

卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方

医学生の臨床実習における基本的医行為

医学生の臨床実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示①

(平成3年5月13日)

	水準Ⅰ 指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅱ 状況によって指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅲ 原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの
1. 診察	<ul style="list-style-type: none"> ・全身の視診、打診、聴診 ・簡単な器具（聴診器、打鍵器、血圧計など）を用いる全身の診察 ・直腸診 ・耳鏡、鼻鏡、検眼鏡による診察 ・内診 ・産科的診察 		
2. 検査	(生理学的検査) <ul style="list-style-type: none"> ・心電図、心音図、心機図 ・脳波 ・呼吸機能(肺活量等) ・聴力、平衡、味覚、嗅覚 ・視野、視力 	<ul style="list-style-type: none"> ・筋電図 	<ul style="list-style-type: none"> ・眼球に直接触れる検査
	(消化管検査) <ul style="list-style-type: none"> ・直腸鏡、肛門鏡 		<ul style="list-style-type: none"> ・食道、胃、大腸、気管、気管支などの内視鏡検査
	(画像診断) <ul style="list-style-type: none"> ・超音波 ・MRI(介助) 		
	(放射線学的検査) <ul style="list-style-type: none"> ・単純X線撮影(介助) ・RI(介助) 	<ul style="list-style-type: none"> ・胃腸管透視 	<ul style="list-style-type: none"> ・気管支造影など造影剤注入による検査

医学生の臨床実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示② (平成3年5月13日)

	水準Ⅰ 指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅱ 状況によって指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅲ 原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの
2. 検査	(採血) ・耳朶・指先など毛細血管、静脈(末梢)	・動脈(末梢)	・小児からの採血
	(穿刺) ・嚢胞(体表)、膿瘍(体表)	・胸、腹腔、骨髄	・腰椎、バイオプシー
	(産婦人科) ・腔内容採取 ・コルポスコピー		・子宮内操作
	(その他) ・アレルギー検査(貼付) ・発達テスト		・知能テスト、心理テスト
3. 治療	(看護的業務) ・体位交換、おむつ交換、移送		
	(処置) ・皮膚消毒、包帯交換 ・外用薬貼布・塗布 ・気道内吸引、ネブライザー ・導尿、浣腸 ・ギプス巻	・創傷処置 ・胃管挿入	
	(注射)	・皮内、皮下、筋肉 ・静脈(末梢)	・静脈(中心)、動脈 ・全身麻酔、局所麻酔 ・輸血

医学生の臨床実習において、一定条件下で許容される基本的医行為の例示③ (平成3年5月13日)

	水準Ⅰ 指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅱ 状況によって指導医の指導・監視のもとに実施が許容されるもの	水準Ⅲ 原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの
3. 治療	(外科的処置) ・抜糸・止血 ・手術助手	・膿瘍切開、排膿 ・縫合	・各種穿刺による排液
	(その他) ・作業療法(介助)	・鼠径ヘルニア用手還納	・分娩介助 ・精神療法 ・眼球に直接接触れる治療
4. 救急	・バイタルサインチェック ・気道確保(エアウェイによる)、 人工呼吸、酸素投与	・気管内挿管 ・心マッサージ ・電氣的除細動	
5. その他	・カルテ記載 (症状経過のみ学生のサインとともに書き 入れ、主治医のサインを受ける) ・健康教育(一般的内容に限る)	・患者への病状説明	・家族への病状説明

医師国家試験

医師法

(試験の内容)

第9条 医師国家試験は、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う。

(試験の実施)

第10条 医師国家試験及び医師国家試験予備試験は、毎年少なくとも1回、厚生労働大臣が、これを行う。

2 厚生労働大臣は、医師国家試験又は医師国家試験予備試験の科目又は実施若しくは合格者の決定の方法を定めようとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

医師国家試験の一年

(例)一般的な医師国家試験の流れ

○4月頃、医道審議会医師分科会で医師国家試験の方針決定



○7月頃、試験日、試験地、試験委員などの公表



○翌年2月頃、医師国家試験実施



○3月頃、医道審議会医師分科会で合格基準の決定



○3月頃、合格発表

※上記は医師国家試験の流れの一例を示しているに過ぎず、毎年必ずしもこのとおりに進行するわけではない。

医師国家試験の出題内容

内容と形式

【出題内容】

- 試験問題は、臨床上必要な医学又は公衆衛生に関し、医師として具有すべき知識、技能について広く一般的実力を試し得るものとされている。
- 具体的な出題範囲は、「医師国家試験出題基準（ガイドライン）」に準拠している。
- 生命や臓器機能の廃絶に関わるような解答や、倫理的に誤った解答をする受験者の合格を避ける目的で、禁忌肢が設定されている。

【出題形式】

- 多肢選択式・マークシート方式であり、総出題数は平成29年までは500題である。
- 試験問題の内訳は次表の通り。なお、ブループリント(医師国家試験設計表)において、各項目・評価領域毎の出題割合が示されている。

総問題数500題	一般問題	臨床実地問題
必修問題	50題	50題
医学総論	200題	200題
医学各論		

医師国家試験の合格基準

医師国家試験の合否

(1) 基本的な考え方

○必修問題、必修問題を除いた一般問題・臨床実地問題の各々の得点と、禁忌肢の選択状況をもとに合否を決定する。

○必修問題の合格基準は絶対基準を用いて最低の合格レベルを80%とし、必修問題を除いた一般問題・臨床実地問題の合格基準は各々平均点と標準偏差とを用いた相対基準を用いる。

(2) 合否判定の方法

○試験の実施後、医道審議会医師分科会および医師国家試験K・V部会において問題の妥当性を検討している。

○同分科会の意見を踏まえて厚生労働大臣が合格者を決定している。

医師国家試験の歴史

○ 昭和21年 第1回医師国家試験（年2回実施、筆記3日間、論述式）
（国民医療法施行令の一部改正により開始）



○ 昭和28年 筆記が1日になり、口頭試問を導入（第14回）



○ 昭和47年 問題が論述式から客観式へ変更（第53回）



○ 昭和50年 筆記1.5日になり、口頭試問を廃止（第59回）
出題数が190題から260題へ（第59回）
出題基準作成のための医師国家試験専門委員会が初めて設置（10月）



○ 昭和51～53年 医師国家試験出題基準が初めて策定（昭和53年版）



○ 昭和60年 秋試験を廃止し、年1回の実施となり、試験日数も2日間へ（第79回）
出題数が260題から320題へ



○ 平成13年 試験日数が3日間へ（第95回）
出題数が320題から500題へ（第95回）

近年の医師国家試験の変遷

回	第87～90回	第91～94回	第95～98回	第99～102回	第103～106回	第107～111回	第112回
年	平成5～8年	平成9～12年	平成13～16年	平成17～20年	平成21～24年	平成25年～	平成30年
一般問題	内容	医学総論 医学各論	必修 医学総論 医学各論	必修 医学総論 医学各論			必修 医学総論 医学各論
	数	200問		250問			150問
臨床 実地 問題	内容	医学総論 医学各論	必修 医学総論 医学各論	必修 医学総論 医学各論			必修 医学総論 医学各論
	数	120問		250問			250問
設問数	計320問		計500問			計400問	
試験日数	2日間		3日間			2日間	

平成13年～問題の公募

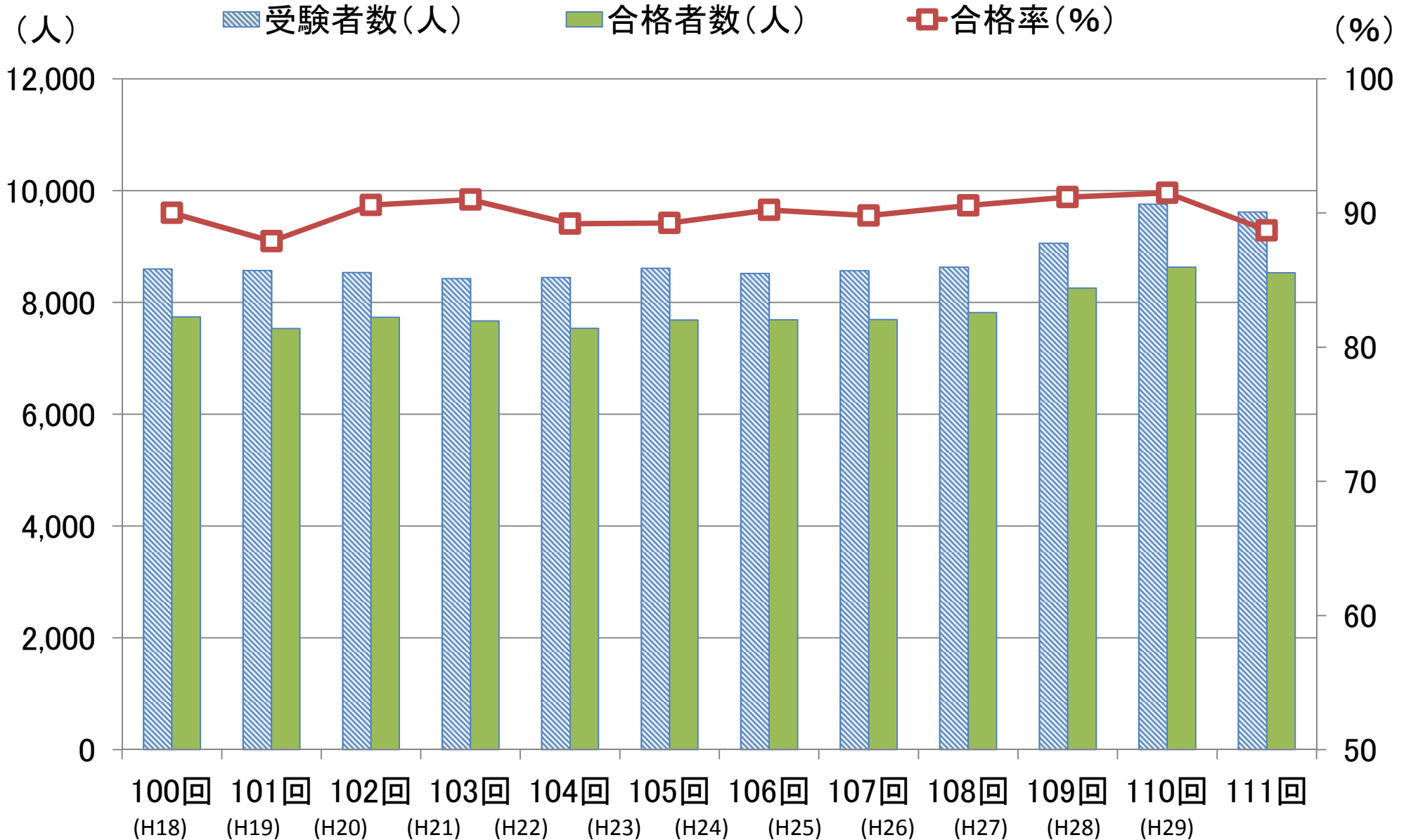
平成13年～問題回収

平成18年～問題の持ち帰り可

平成18年～正答肢の公表

出題基準：昭和53年～
医師国家試験設計表(フルプリント)：平成13年～

医師国家試験の合格率等の推移



平成26年度医師国家試験改善検討部会報告書の概要

基本的な考え方

- 医師国家試験は、卒前教育・卒後臨床研修・新しい専門医の仕組みを含めた一連の医師養成過程の中に位置付けられることから、それぞれの到達目標との整合性を図りつつ、近年の卒前教育を巡る動向を踏まえ、その果たすべき役割を十分に発揮できるものとする必要がある。

主な論点と方向性

1. 出題数について

- 平成27年度より卒前教育において共用試験CBT※1の合格基準が統一化され、医学生の基本的な知識が担保されることを前提として、医師国家試験の出題数の見直しを行う。
- 具体的な方向性としては、臨床的な応用力を問う問題を出題することとするため、出題傾向として「臨床実地問題」に、より重点をおくこととする。
 - ① 医師国家試験として問うべき水準は維持しつつ、医師国家試験の出題数は、必修問題以外の「一般問題」を100題程度縮小することが可能である。(第112回(平成30年)から適用。試験日数を見直すことが期待される(3日間→2日間)。)
 - ② 現行の合格基準は必修問題以外の「一般問題」と「臨床実地問題」は各々で相対基準を用いているが、出題数の見直しに伴い「一般問題」と「臨床実地問題」を併せて相対基準を設定する等の見直しを行うべきである。
 - ③ 保健医療論・公衆衛生等の「一般問題」の出題数は担保し、分野毎に必要な出題数が確保されるよう医師国家試験出題基準の見直しを行う必要がある。

500題→ 約400題	一般問題	臨床実地問題
必修問題	50題	50題
医学総論	200題→ 約100題	200題
医学各論		

2. OSCE※2について

現時点では、卒前教育における臨床実習終了時OSCEの導入を進めることが重要であり、医師国家試験へのOSCE導入の是非については、その達成状況を確認してから改めて議論していく必要がある。

3. コンピュータ制について

日本の卒前教育に沿った手法等について検討を行う。(試験問題の蓄積(プール問題)や年間の試験実施回数についてはコンピュータ制と併せて検討。)

4. 医師国家試験受験資格認定について

日本における卒前教育の充実を踏まえ、外国で医師免許を得た者に対する日本語による診療能力の調査の充実等、日本の卒前教育との同等性を評価するよう見直しを行う。

※1: 医療系大学間共用試験実施評価機構により臨床実習開始前に実施されている共用試験のうち、コンピュータを活用した知識の評価(Computer Based Testing)のこと。

※2: Objective Structured Clinical Examination (客観的臨床能力試験)の略。

第112回(平成30年)医師国家試験における変更点について

背景

○ 平成26年度医師国家試験改善検討部会報告書において、第112回(平成30年)より、これまでの医師国家試験の「医学総論」および「医学各論」から「一般問題」として100題程度減らすことが可能であるとされた。

<理由>

- ① 共用試験CBT※の出題内容と医師国家試験の出題内容に重複がある
- ② 平成27年度より、全ての医学部において、共用試験CBT※の合格基準が統一化

医道審議会医師分科会の審議結果

○ 上記の報告書を踏まえ、平成29年4月の医道審議会医師分科会における審議を経て、第112回(平成30年)医師国家試験は以下の変更を行う。

<出題数について>

- ・ 出題数は、500題から400題に減じる。(「医学総論」および「医学各論」から「一般問題」として100題減じる。「必修問題」および「臨床実地問題」の出題数は現状維持とする。)

総出題数 500題→ 400題	一般問題	臨床実地問題
必修問題	50題	50題
医学総論	200題→ 100題	200題
医学各論		

<試験日数について>

- ・ 出題数の減少に伴い、試験日数は3日間から2日間に変更する。

<配点について>

- ・ 必修問題以外の一般問題と臨床実地問題は、ともに1問1点で採点を行う。

<合格基準について>

- ・ 必修問題以外の一般問題と臨床実地問題は、これまで各々で合格基準を設定していたものを、一般問題と臨床実地問題の得点の合計について合格基準を設定する。

改定のポイント

- 第112回(平成30年)医師国家試験から問題数の変更(500問→400問)を見据えて、ブループリント及び出題基準の改定を実施。(新しい出題基準は第112回から適用。)
- 保健医療論・公衆衛生等の出題数は担保されるべきとの平成26年度医師国家試験改善検討部会の報告を踏まえつつ、臨床実地問題を重視する観点から医学総論のブループリント(医師国家試験設計表)を改定。
- 医学教育モデル・コア・カリキュラムや卒後臨床研修到達目標等との整合も考慮し、問題の水準を、引き続き、臨床研修において指導医の下で診療に従事する際に必要な知識及び技能を問うレベルに設定。
- 医師に対する社会的要請や医学・医療の進歩を踏まえ、各領域の出題事項を見直し。
(改定の例 医師のプロフェッショナリズム:生と死にかかわる倫理的問題、利他主義など、医療の質・医療安全:同意撤回書、ヒューマンエラー、制度・組織エラー、薬剤耐性<AMR>など、保健医療・地域医療:多職種連携教育、地域包括ケアシステムなど、救急医療や緩和ケア関係の項目名の見直し、新たな領域:ゲノム要因など)
- 日本医学会医学用語辞典との整合や項目番号付与(医学各論)など利便性の向上も考慮。

【必修の基本的事項】

(大項目)	(ブループリント)
1 医師のプロフェッショナリズム	約4%
2 社会と医療	約6%
3 診療情報と諸証明書	約2%
4 医療の質と安全の確保	約4%
5 人体の構造と機能	約3%
6 医療面接	約6%
7 主要症候	約15%
8 一般的な身体診察	約13%
9 検査の基本	約5%
10 臨床判断の基本	約4%
11 救急初期診療	約9%
12 主要疾患・症候群	約10%
13 治療の基本	約4%
14 基本的手技	約4%
15 死、緩和ケア、終末期ケア	約2%
16 チーム医療	約2%
17 生活習慣とリスク	約5%
18 一般教養的事項	約2%

【医学総論】

(章)	(ブループリント注)
I 保健医療論	約13%(10)
II 予防と健康管理・増進	約17%(13)
III 人体の正常構造と機能	約9%(10)
IV 生殖、発生、成長、発達、加齢	約9%(10)
V 病因、病態生理	約12%(13)
VI 症候	約12%(13)
VII 診察	約7%(8)
VIII 検査	約9%(10)
IX 治療	約13%(15)

注:括弧内はH25年版の数字。「医学総論」では大項目までブループリント(医師国家試験設計表)を設定

【医学各論】

(章)	(ブループリント)
I 先天異常、周産期の異常、成長・発達の異常	約5%
II 精神・心身医学的疾患	約5%
III 皮膚・頭頸部疾患	約11%
IV 呼吸器・胸壁・縦隔疾患	約7%
V 心臓・脈管疾患	約10%
VI 消化器・腹壁・腹膜疾患	約13%
VII 血液・造血器疾患	約5%
VIII 腎・泌尿器・生殖器疾患	約12%
IX 神経・運動器疾患	約9%
X 内分泌・代謝・栄養・乳腺疾患	約8%
X I アレルギー性疾患・膠原病、免疫病	約5%
X II 感染性疾患	約8%
X III 生活環境因子・職業性因子による疾患	約5%

※ブループリントとは出題割合の目安を示す数値。概数のため必ずしも合計が100%にならない。

臨床研修制度

臨床研修制度に関する経緯

○ 昭和23年 インターン制度を開始(国家試験の受験資格を得るために必要な課程)

(当時の問題点) インターン生の身分・処遇が不明確、指導体制が不十分

○ 昭和43年 臨床研修制度創設(医師免許取得後2年以上の努力義務)

【指摘された問題点】

1. 専門医志向のストレート研修中心で、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得が不十分
2. 受入病院の指導体制が不十分
3. 処遇の確保が不十分で、アルバイトによる生計維持
4. 限られた範囲(出身大学等)での研修

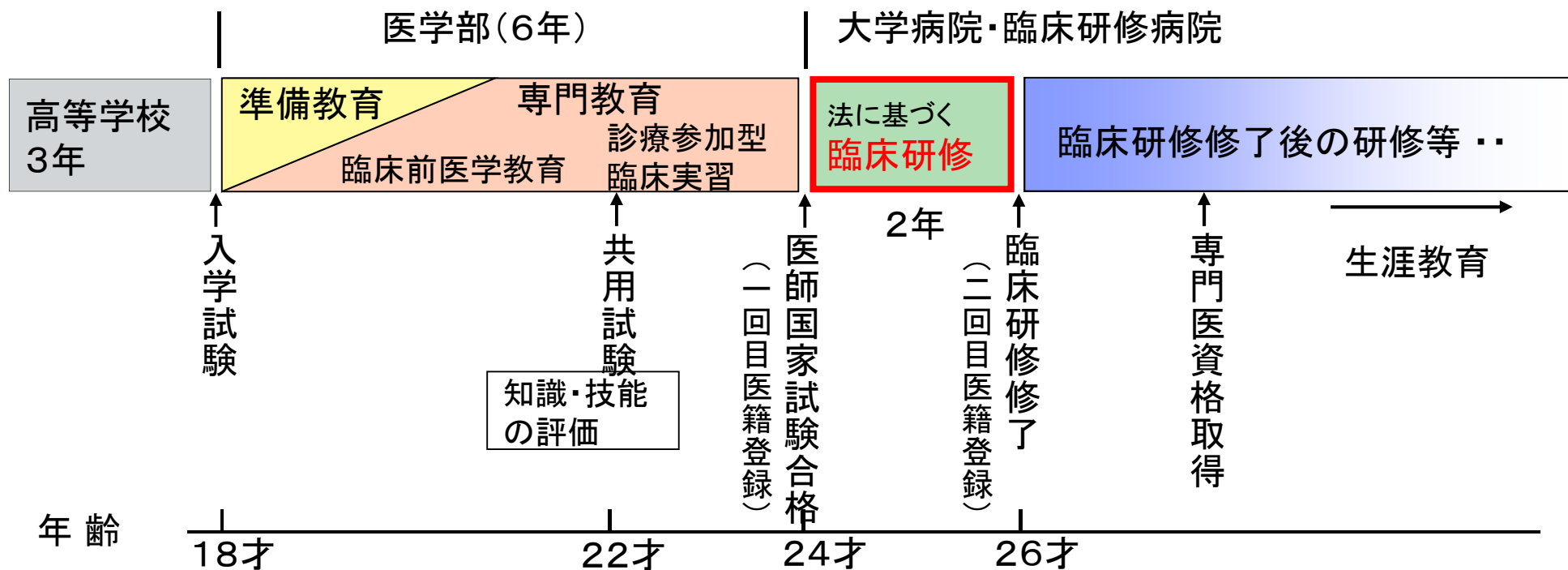
○ 平成16年度 新制度の施行(医師法改正) <臨床研修の必修化>

臨床研修制度の概要

1. 医学教育における臨床研修

○ 法に基づく臨床研修(医師法第十六条の二)

診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学部を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。



2. 臨床研修の基本理念(医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令)

○臨床研修は、医師が、医師として的人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

臨床研修制度に関する経緯

○ 平成16年度 新制度の施行(医師法改正) <臨床研修の必修化>

制度の見直しを検討(平成20年9月～)

【指摘された問題点】

1. 専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる
2. 受入病院の指導体制等に格差が生じている
3. 大学病院の医師派遣機能が低下し、地域における医師不足問題が顕在化
4. 募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中

○ 平成22年度 臨床研修制度の見直し

- (1) 研修プログラムの弾力化(7科目必修から3科目必修+2科目選択必修へ)
- (2) 基幹型臨床研修病院の指定基準の強化(年間入院患者数3000人以上の設定)
- (3) 研修医の募集定員の見直し(都道府県別の上限の設定等)

○ 平成27年度 臨床研修制度の見直し

- (1) 研修希望者に対する募集定員の割合を縮小(平成27年度1.2倍から平成32年度の1.1倍へ)
- (2) 都道府県が、上限の範囲内で各病院の定員を調整できる枠を追加 等

臨床研修の到達目標

I 行動目標

医療人として必要な基本姿勢・態度

- (1) 患者－医師関係、
- (2) チーム医療、
- (3) 問題対応能力、
- (4) 安全管理、
- (5) 症例呈示、
- (6) 医療の社会性

II 経験目標

A 経験すべき診察法・検査・手技

- (1) 医療面接、
- (2) 基本的な身体診察法、
- (3) 基本的な臨床検査、
- (4) 基本的手技、
- (5) 基本的治療法、
- (6) 医療記録、
- (7) 診療計画

B 経験すべき症状・病態・疾患

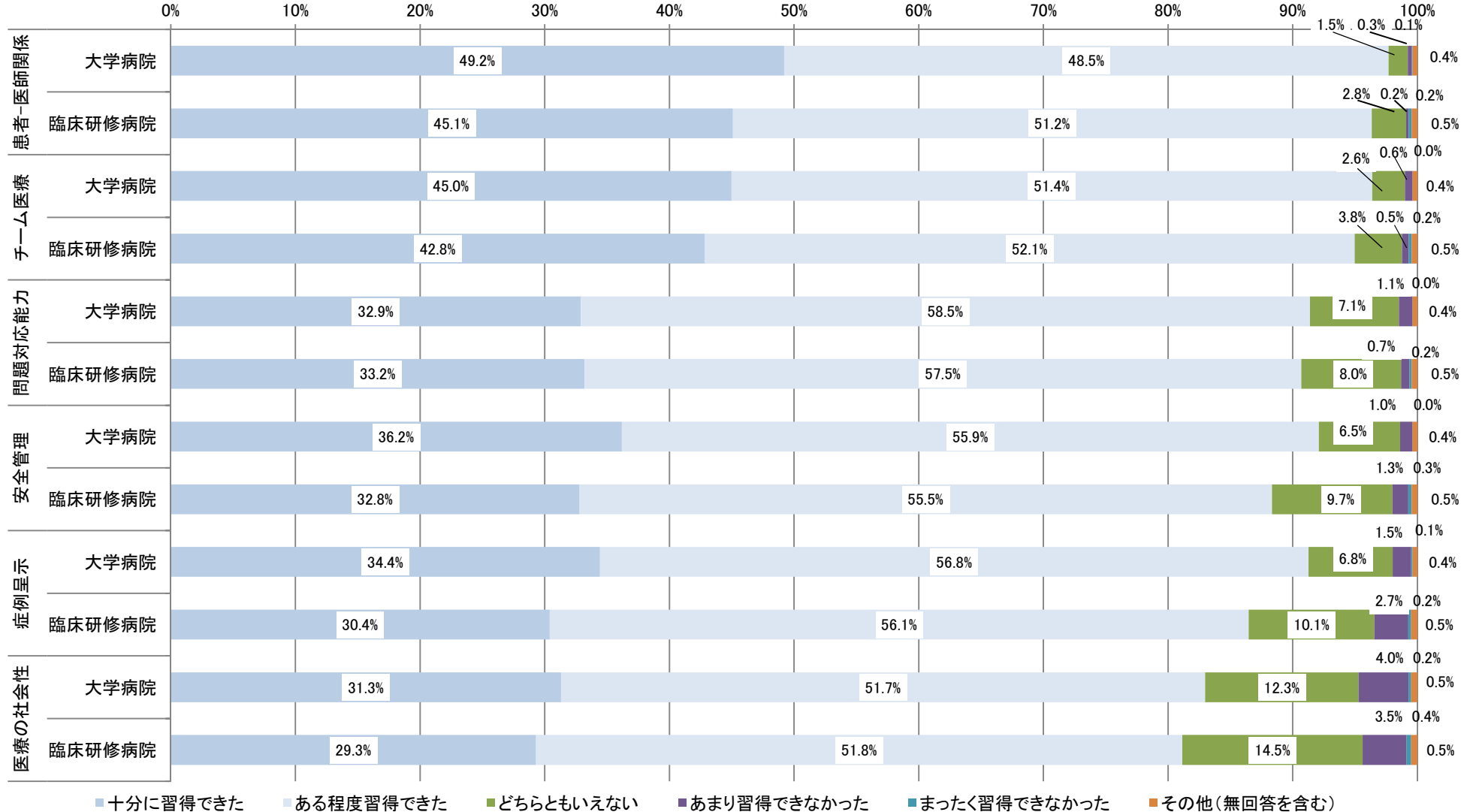
1. 頻度の高い症状（35項目。うち20項目は必修、レポート提出）
2. 緊急を要する症状・病態（17項目。うち11項目は必修）
3. 経験が求められる疾患・病態（88項目。うち70%以上の経験が望ましい）
 - ・ A疾患：入院症例レポートが必修：10項目（脳梗塞、腎不全、認知症等）
 - ・ B疾患：外来、入院での経験が必修：38項目（骨折、肝炎、小児喘息等）
 - ・ 外科症例（手術を含む）1例以上の受け持ち → 症例レポート

C 特定の医療現場の経験

- (1) 救急医療、
- (2) 予防医療、
- (3) 地域医療、
- (4) 周産・小児・成育医療、
- (5) 精神保健・医療、
- (6) 緩和ケア、終末期医療、
- (7) 地域保健

臨床研修の到達目標における各「行動目標」の習得状況

○ 行動目標(医療人として必要な基本姿勢・態度)について、「十分に習得できた」「ある程度習得できた」と答えた研修医の割合は8割を超えている。

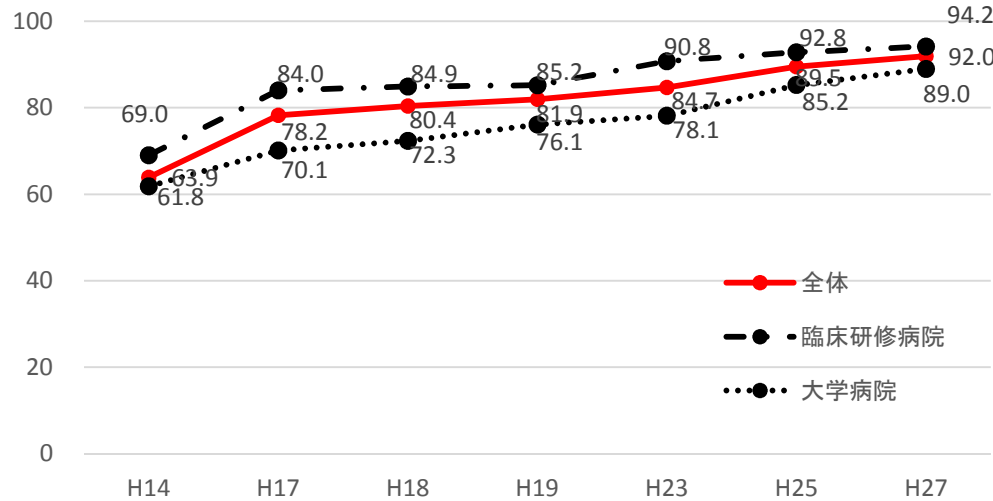


※ アンケート①のみの調査項目であり、回答者数は「大学病院」が1,821名、「臨床研修病院」が2,211名

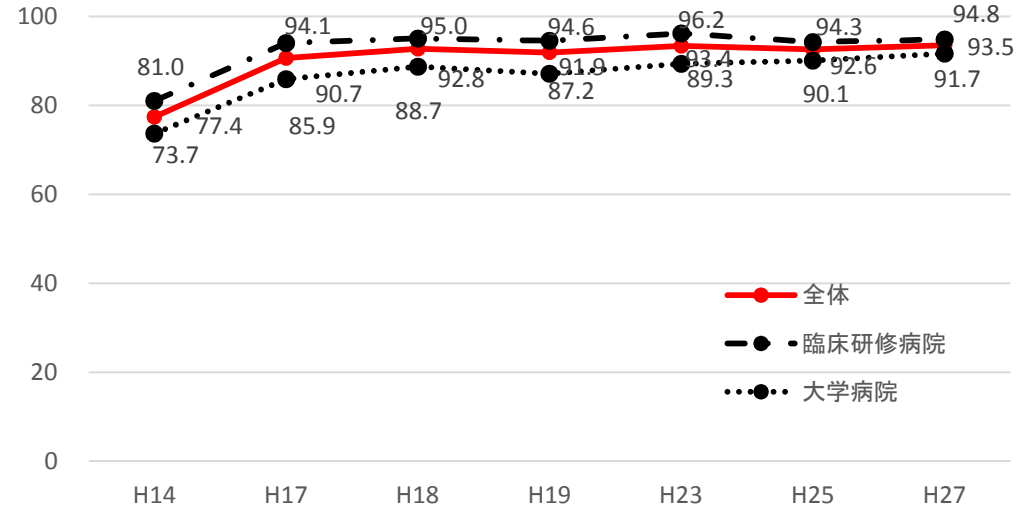
研修医の基本的な診療能力についての経年的評価

○基本的な臨床知識・技術等について、「自信をもってできる」「できる」と答えた研修医の割合は、全体的に年々上昇。

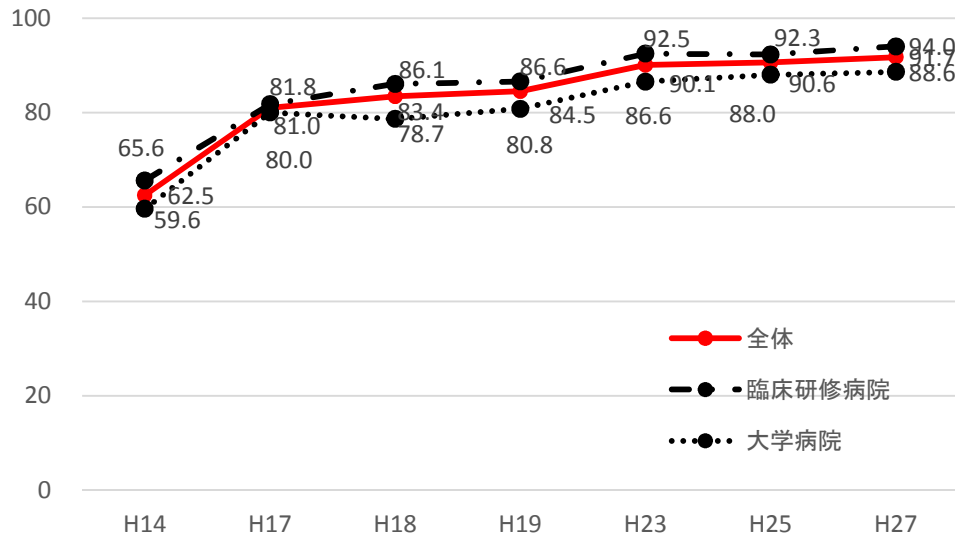
救急患者の重症度および緊急度を判断できる



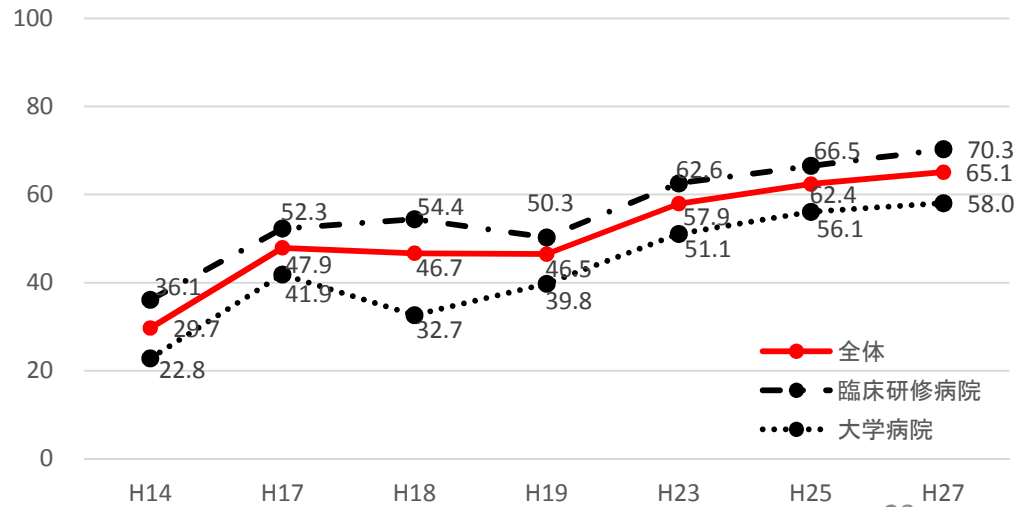
気管挿管ができる



頭部MRI検査の適応が判断でき、脳梗塞を判定できる



骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる



医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ

趣旨

医師臨床研修の実施状況や診療能力の修得状況等を把握し、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会における臨床研修制度の次回の見直しに向けて、到達目標や評価の在り方についての検討をすることを目的に、本ワーキンググループを開催する。(医政局長が主催)

構成員

氏名	所属・役職
伊野 美幸	聖マリアンナ医科大学医学部医学教育文化部門教授
大滝 純司	北海道大学大学院医学研究科医学教育推進センター教授
片岡 仁美	岡山大学大学院医歯薬総合研究科地域医療人材育成講座教授
金丸 吉昌	美郷町地域包括医療局総院長
神野 正博	社会医療法人財団董仙会理事長
羽鳥 裕	日本医師会常任理事
清水 貴子	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院副院長
高橋 弘明	岩手県立中央病院医療研修部長
田中 雄二郎	全国医学部長病院長会議 卒後臨床研修検討WG委員 東京医科歯科大学理事
中島 豊爾	岡山県精神科医療センター理事長
伴 信太郎	名古屋大学医学部附属病院総合診療科長
◎ 福井 次矢	聖路加国際病院長
古谷 伸之	東京慈恵会医科大学内科准教授
前野 哲博	筑波大医学医療系臨床医学域教授

これまでのワーキンググループ開催状況

平成26年8月20日

○第1回ワーキンググループ

- ・到達目標・評価の在り方に関する論点について

平成27年2月13日

○第2回ワーキンググループ

- ・到達目標とその評価に関する研究※の中間報告について
- ・臨床研修修了者アンケート調査について

平成27年7月2日

○第3回ワーキンググループ

- ・到達目標とその評価の在り方に関する研究の報告について

平成27年8月19日

○第4回ワーキンググループ

- ・関係団体等からのヒアリング
 - 一般社団法人日本内科学会
 - 一般社団法人日本救急医学会
 - 一般社団法人日本外科学会
 - 公益社団法人日本麻酔科学会

平成27年9月10日

○第5回ワーキンググループ

- ・関係団体等からのヒアリング
 - 公益社団法人日本小児科学会
 - 公益社団法人日本産科婦人科学会
 - 精神科七者懇談会

平成27年10月14日

○第6回ワーキンググループ

- ・関係団体等からのヒアリング
 - 一般社団法人日本専門医機構
 - 公益社団法人日本医師会
 - 特定非営利活動法人卒後臨床研修評価機構

平成27年10月28日

○第7回ワーキンググループ

- ・関係団体等からのヒアリング
 - 四病院団体協議会
 - 一般社団法人全国医学部長病院長会議
- 研修医に対する教育と評価の取組等について
 - ・聖マリアンナ医科大学臨床研修病院群における取組
 - ・東京慈恵会医科大学附属柏病院における取組

平成27年12月2日

○第8回ワーキンググループ

- ・新たな到達目標・評価の在り方について

平成28年2月19日

○第9回ワーキンググループ

- ・新たな到達目標・評価の在り方について

平成28年4月28日

○第10回ワーキンググループ

- ・新たな到達目標・評価の在り方について

平成28年9月7日

○第11回ワーキンググループ

- ・新たな到達目標・評価の在り方について

平成28年12月14日

○第12回ワーキンググループの開催

- ・新たな到達目標・評価の在り方について

平成29年2月22日

○第13回ワーキンググループ（文部科学省と合同開催）の開催

- ・新たな到達目標・評価の在り方について

平成29年6月26日

○第14回ワーキンググループの開催

- ・新たな到達目標・方略・評価の在り方について

医学教育モデル・コア・カリキュラム(卒前)

医師として求められる基本的な資質・能力

1 プロフェッショナリズム

2 医学知識と問題対応能力

3 診療技能と患者ケア

4 コミュニケーション能力

5 チーム医療の実践

6 医療の質と安全の管理

7 社会における医療の実践

8 科学的探求

9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

臨床研修の到達目標(卒後)

医師としての基本的価値観
(プロフェッショナリズム)

1 社会的使命と公衆衛生への寄与

2 利他的な態度

3 人間性の尊重

4 自らを高める姿勢

資質・能力

1 医学・医療における倫理性

2 医学知識と問題対応能力

3 診療技能と患者ケア

4 コミュニケーション能力

5 チーム医療の実践

6 医療の質と安全の管理

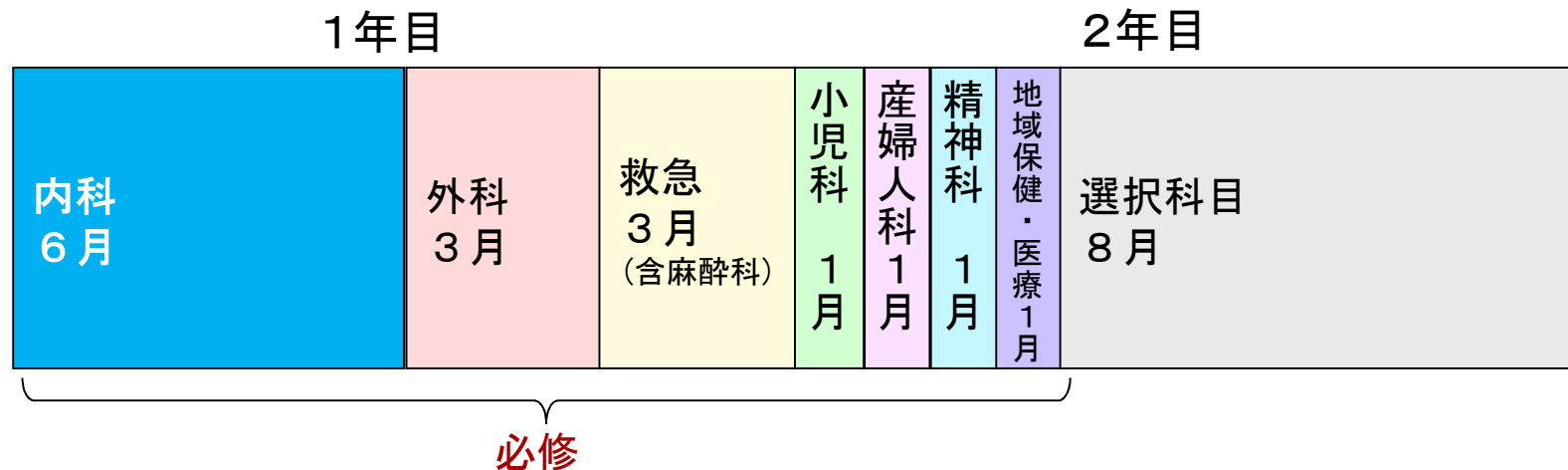
7 社会における医療の実践

8 科学的探求

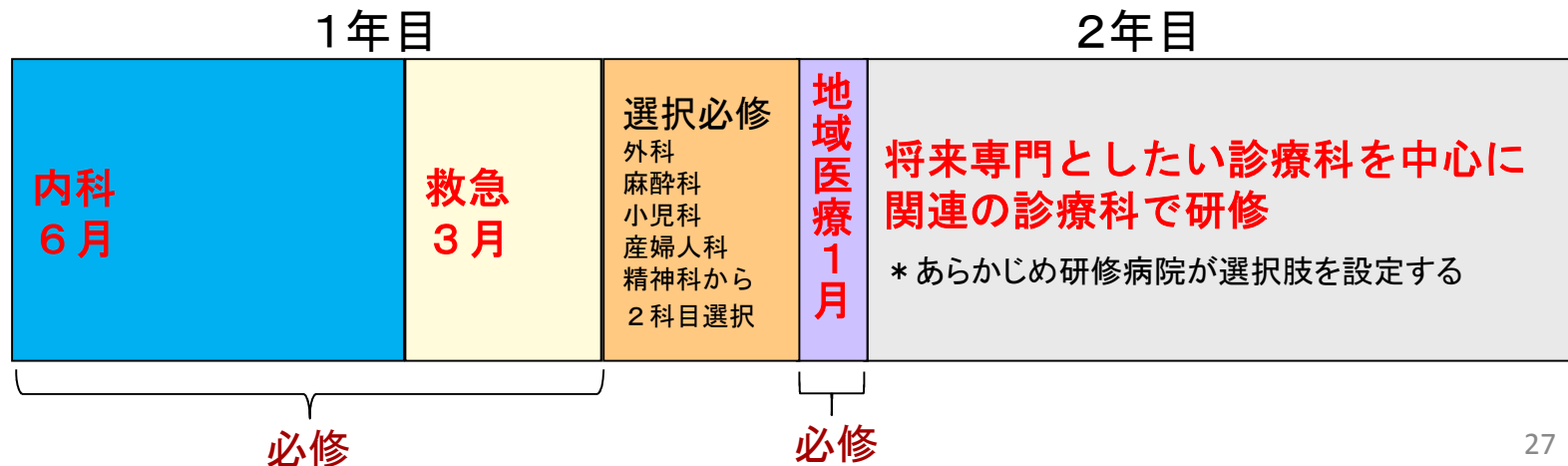
9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

平成22年度からの必修診療科の見直し(イメージ例)

H16年度～H21年度(7科目必修)



H22年度～(3科目必修)

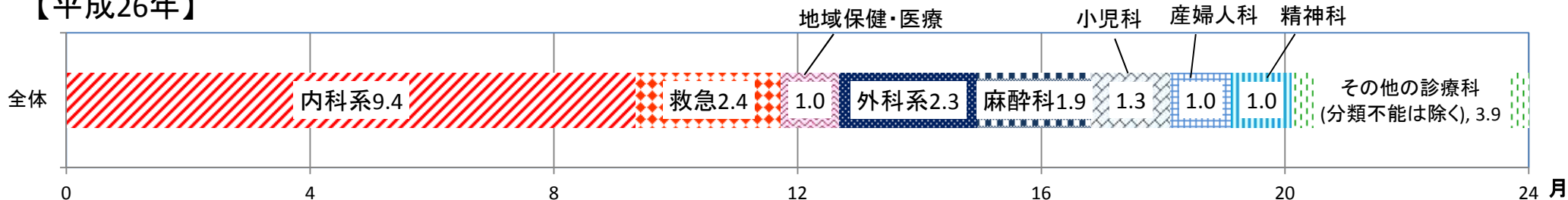


各診療科の平均研修期間

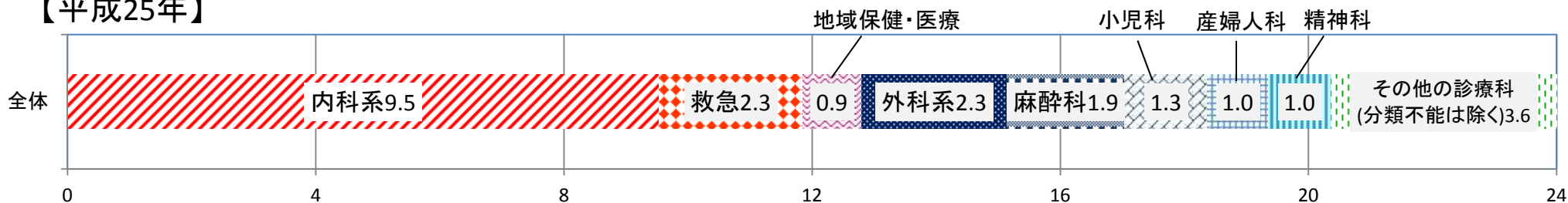
○平均の研修期間は、内科系が9.4月、救急2.4月、外科系、麻酔科は約2月、小児科、産婦人科、精神科は約1月。

研修医の各診療科における平均研修期間(月数)

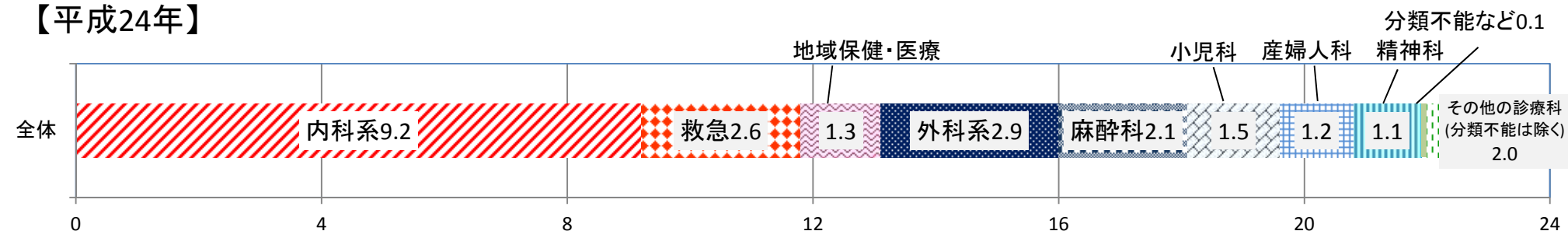
【平成26年】



【平成25年】



【平成24年】



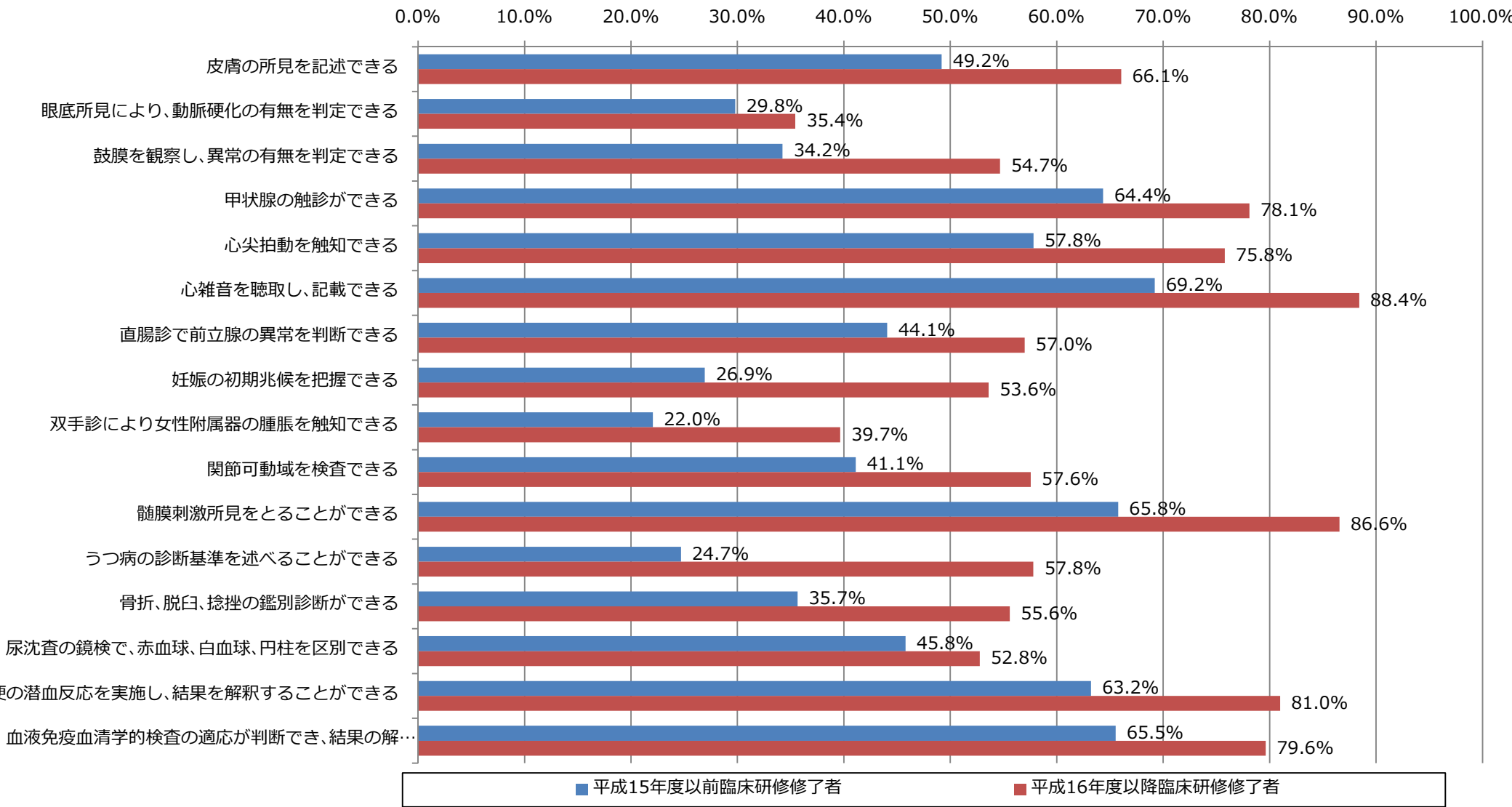
内科系……内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科、血液内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科

外科系……外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

産婦人科…産婦人科、産科、婦人科

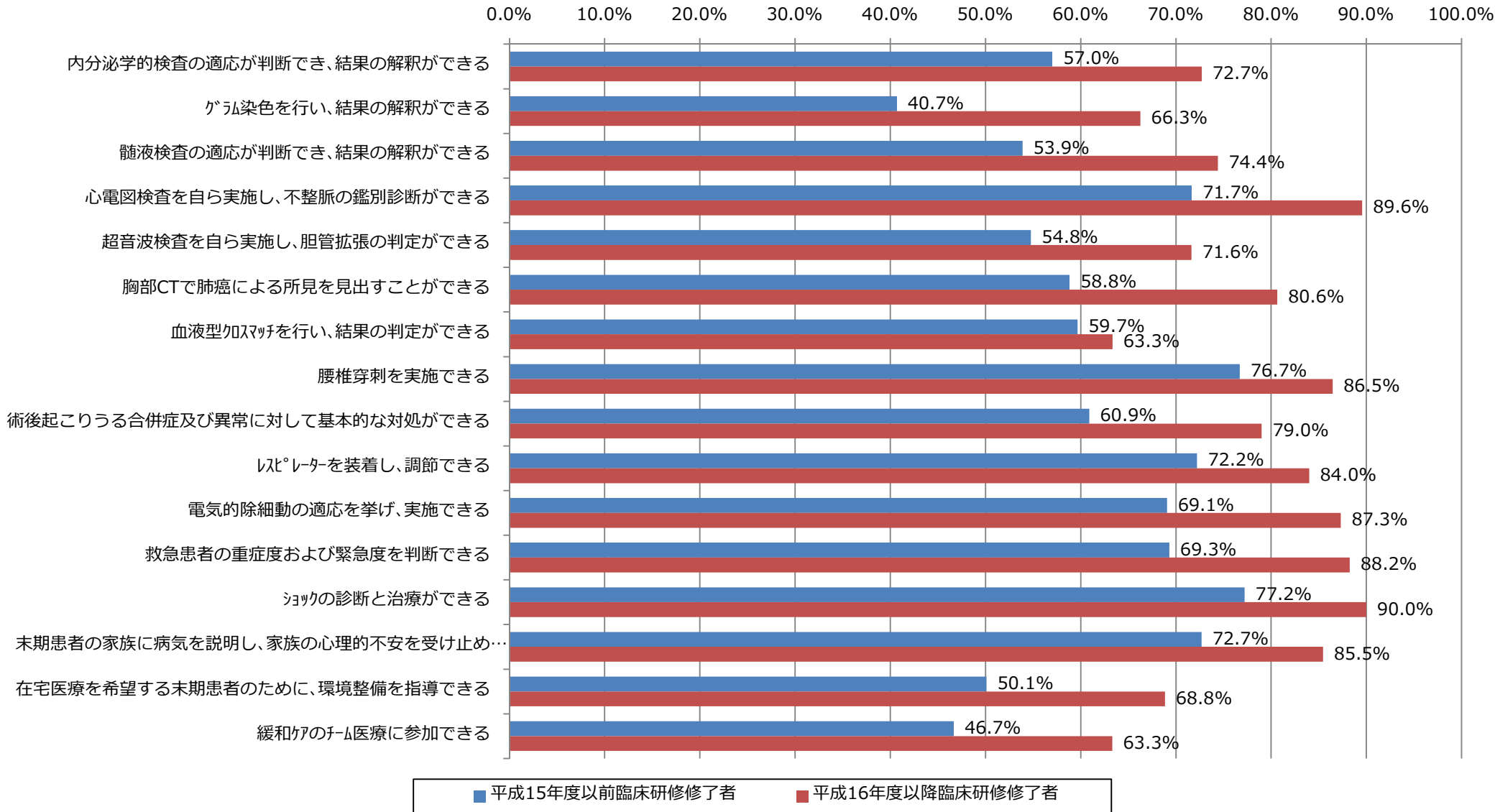
その他……放射線科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、耳鼻咽喉科 等

臨床知識・技術・態度を今までに修得する機会があったという回答割合①



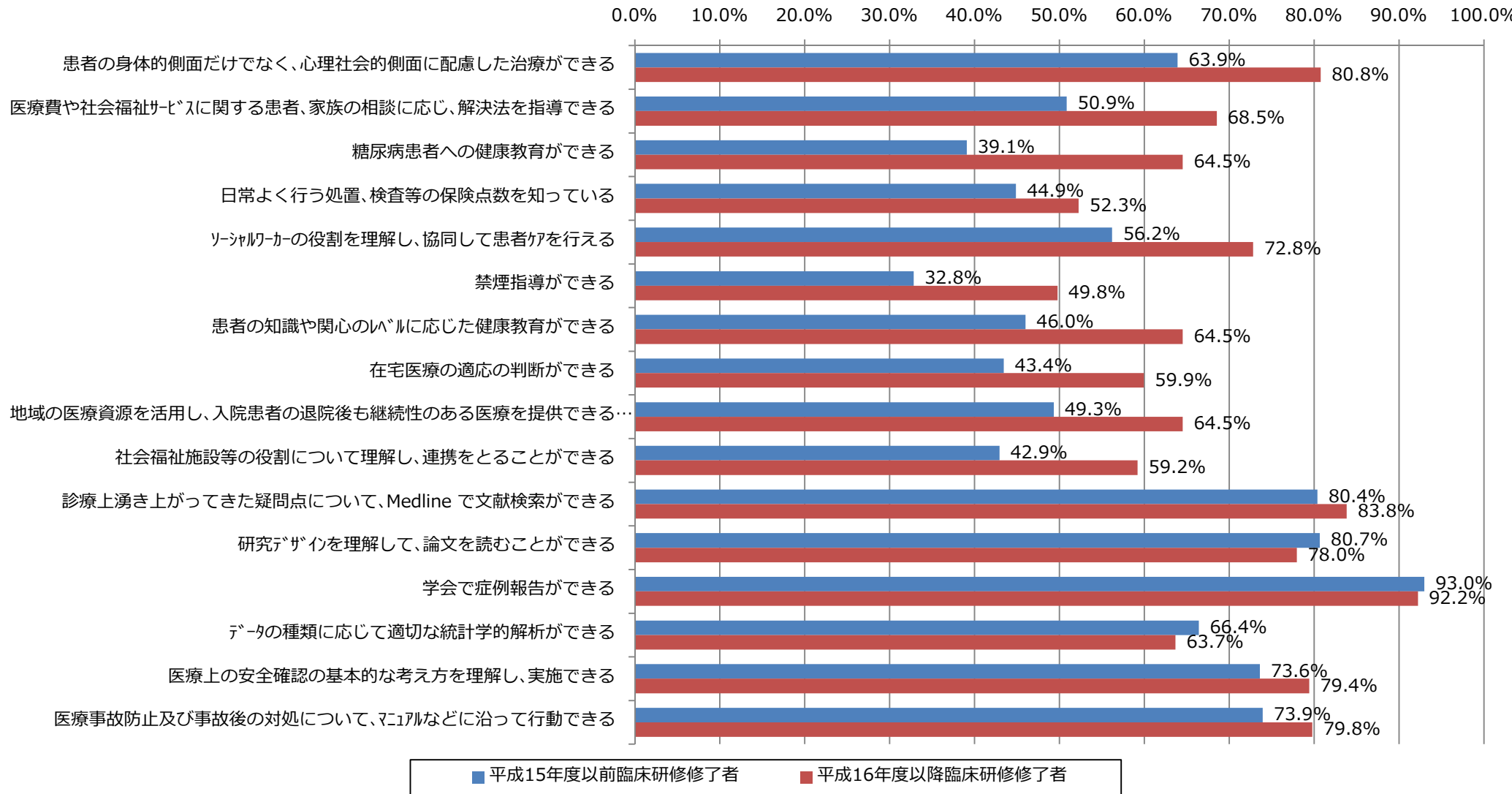
※ 「平成15年度以前臨床研修修了者」とは、「平成15年度以前（臨床研修必修化前）の臨床研修」を受けた指導者（回答数18,826人）を指す。同様に、「平成16年度以降臨床研修修了者」とは、「平成16年度以降（臨床研修必修化後）の臨床研修」を受けた指導者（回答数2,799人）を指す。

臨床知識・技術・態度を今までに修得する機会があったという回答割合②



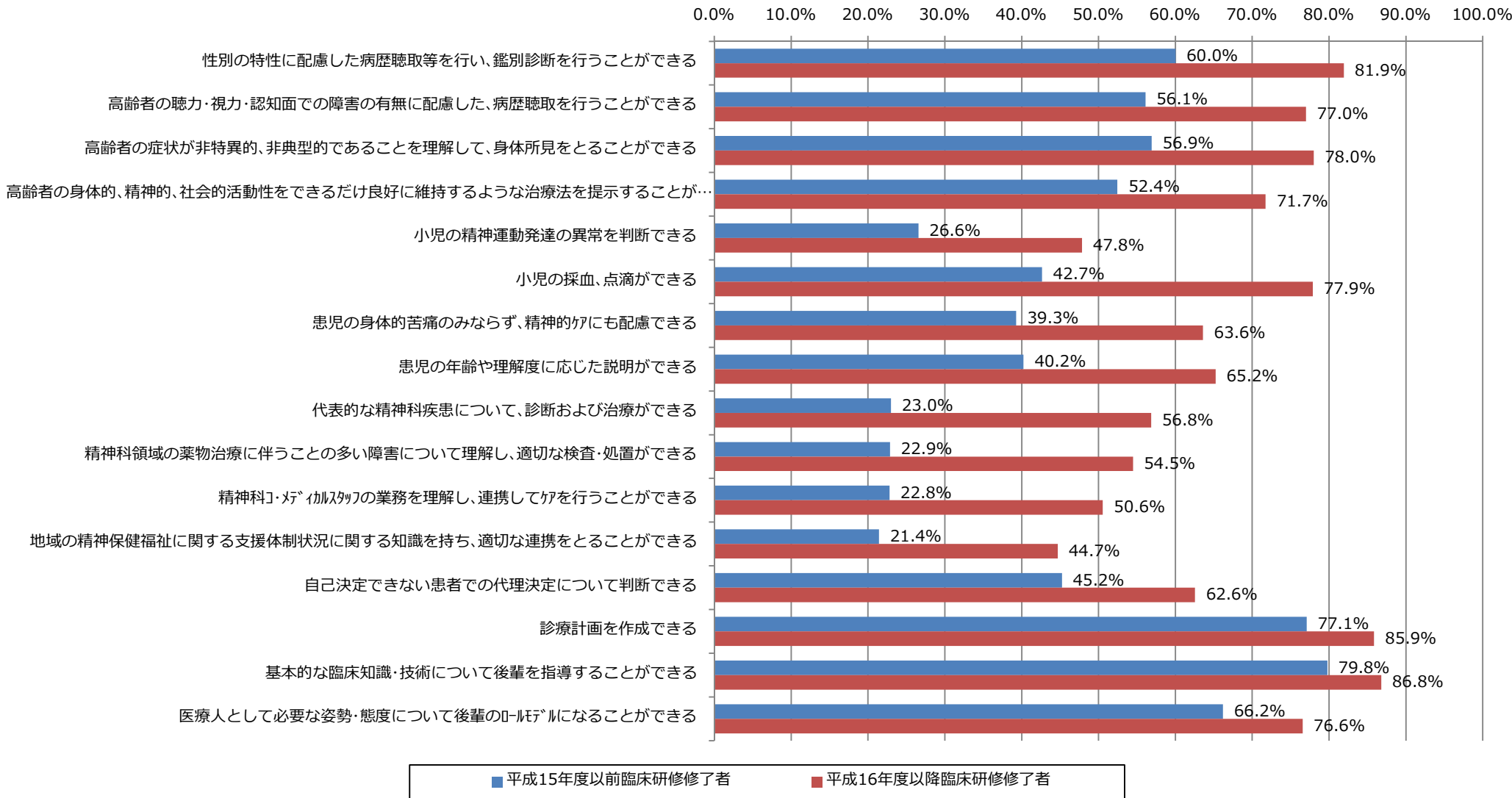
※ 「平成15年度以前臨床研修修了者」とは、「平成15年度以前（臨床研修必修化前）の臨床研修」を受けた指導者（回答数18,826人）を指す。同様に、「平成16年度以降臨床研修修了者」とは、「平成16年度以降（臨床研修必修化後）の臨床研修」を受けた指導者（回答数2,799人）を指す。

臨床知識・技術・態度を今までに修得する機会があったという回答割合③



※ 「平成15年度以前臨床研修修了者」とは、「平成15年度以前（臨床研修必修化前）の臨床研修」を受けた指導者（回答数18,826人）を指す。同様に、「平成16年度以降臨床研修修了者」とは、「平成16年度以降（臨床研修必修化後）の臨床研修」を受けた指導者（回答数2,799人）を指す。

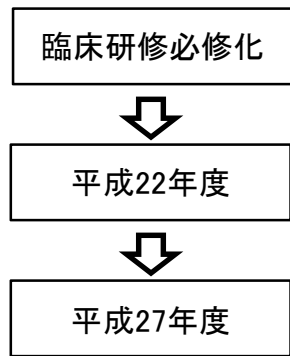
臨床知識・技術・態度を今までに修得する機会があったという回答割合④



※ 「平成15年度以前臨床研修修了者」とは、「平成15年度以前（臨床研修必修化前）の臨床研修」を受けた指導者（回答数18,826人）を指す。同様に、「平成16年度以降臨床研修修了者」とは、「平成16年度以降（臨床研修必修化後）の臨床研修」を受けた指導者（回答数2,799人）を指す。

臨床研修医の募集定員倍率

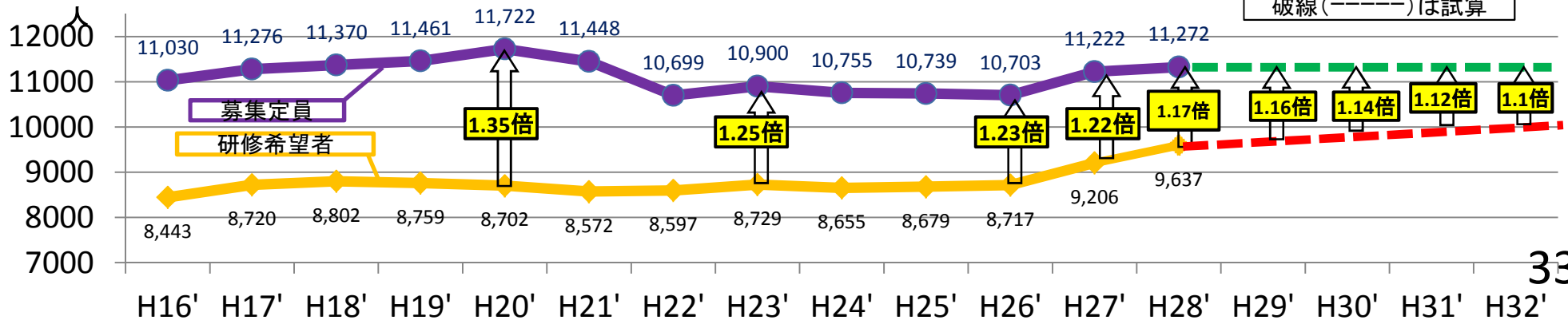
○ 臨床研修の必修化後、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中する傾向が続いた。平成22年度の研修から都道府県別の募集定員上限を設定し、平成27年度には1.22倍まで縮小。今後、平成32年度の約1.1倍まで縮小させる。



- ・ 研修医の募集定員には、全国の定数管理や地域別の偏在調整が行われず
- ・ 全国の募集定員の総数が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大
- ・ 都道府県の募集定員について上限設定
- ・ 平成27年度の約1.2倍から、平成32年度の約1.1倍まで縮小させる

$$\frac{\text{全国の臨床研修募集定員数}}{\text{全国の臨床研修希望者数}} = \text{臨床研修医の募集定員倍率 (平成27年度 約1.2倍)}$$

研修医の募集定員・研修希望者数の推移



研修医の平成28年度採用実績 < 6 都府県とその他の道県 >

- 臨床研修医の採用実績の割合について、平成22年度からの都道府県別の募集定員上限設定後、
 - ・ 大都市部のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）では減少傾向にあり、
 - ・ その他の道県では増加傾向にある。

6 都府県以外の採用実績の割合

26年度 55.6%

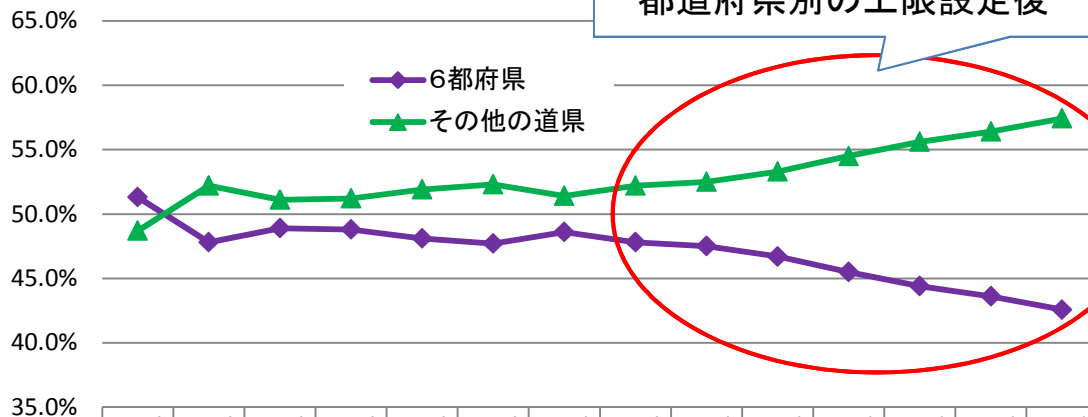
↓

27年度 56.4% (+0.8%)

↓

28年度 57.4% (+1.0%)

採用割合の推移



	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'	H28'
6都府県	51.3%	47.8%	48.9%	48.8%	48.1%	47.7%	48.6%	47.8%	47.5%	46.7%	45.5%	44.4%	43.6%	42.6%
その他の道県	48.7%	52.2%	51.1%	51.2%	51.9%	52.3%	51.4%	52.2%	52.5%	53.3%	54.5%	55.6%	56.4%	57.4%

(人)

	H15'	H16'	H17'	H18'	H19'	H20'	H21'	H22'	H23'	H24'	H25'	H26'	H27'	H28'
6都府県	4,193	3,526	3,680	3,766	3,640	3,689	3,715	3,585	3,643	3,584	3,493	3,462	3,595	3,671
その他の道県	3,973	3,846	3,846	3,951	3,920	4,046	3,929	3,921	4,029	4,095	4,181	4,330	4,649	4,951
合計	8,166	7,372	7,526	7,717	7,560	7,735	7,644	7,506	7,672	7,679	7,674	7,792	8,244	8,622

医師の卒前・卒後教育に関する今後の改訂時期(案)

	位置づけ 又は実施根拠	検討を行う場	近年の 改訂年度		次の 改訂年度 (予定)
↑ 卒前 ↓	CBT・OSCE 大学間で構築した、臨床実習開始前の学生の評価システム (国家試験ではない)	公益社団法人「医療系大学間共用試験実施評価機構」 (第3者機関)	H27	—	
	モデル・コア・カリキュラム 医学教育において、全ての医学生が履修すべき必要不可欠な教育内容を提示したガイドライン	「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会」 「モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会」 (文部科学省)	H22	H28	
	医師法第9条 および第10条	医道審議会医師分科会 「国家試験改善検討部会」 「国家試験出題基準改定部会」 (厚生労働省)	H24 (H24)	H29 (H29)	
↑ 卒後 ↓	医師法16条2	医道審議会医師分科会 「医師臨床研修部会」 (厚生労働省)	H21 (H22)	H25 (H27)	(H32)

※()は施行年度

參考資料

共用試験 CBT、OSCE について

診療参加型臨床実習開始前の「共用試験」について

実施主体：公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）（高久史磨理事長）

臨床実習に際して、医師・歯科医師として資格のない学生が患者に接して医行為を行う際の不可欠な要件（医師法・歯科医師法の違法性の阻却要件）の一つとして、事前に学生の能力と適性を評価し、質を保証しなければならない。このため、全国の医学部・歯学部が共通で利用できる標準評価システム（共用試験システム）を2007年から正式運用開始。共用試験システムは、文部科学省が策定するモデル・コア・カリキュラムに基づいて、

○知識の総合的理解・問題解決能力、臨床推論等の評価についてはコンピュータを用いたCBT(Computer Based Testing)

○基本的診療技能・態度についてはOSCE(Objective Structured Clinical Examination:客観的臨床能力試験)で実施される。

◆CBT(Computer Based Testing)

- ▶ 試験ブロックの構成(各ブロック60分、1～4ブロック=各60設問、ブロック5・6=各40設問、ブロック内ランダム出題)
 - ブロック1～4=五選択肢択一問題
 - ブロック5=多選択肢択一問題(症候と鑑別診断、疾患の病態生理)
 - ブロック6=順次解答4連問五選択肢択一問題(臨床推論能力をみる症例問題:1症例4連問:10症例出題)
 - 原則:医療面接→身体診察→検査→病態生理(後戻り不可)
- ▶ IRT(項目反応理論)を用いた難易度調整、成績評価を実施



機構派遣モニター

CBT実施例

◆OSCE(Objective Structured Clinical Examination)

○基本6ステーション

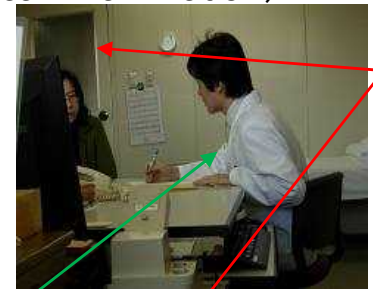
医療面接	10分
頭頸部	5分
胸部・バイタル	5分
腹部	5分
神経	5分
基本手技・救急	5分

○追加ステーション (実施大学の任意選択)

四肢と脊柱	5分
-------	----

機構派遣モニターがステーションを巡回

学生



模擬患者(SP)



内部評価者・機構派遣外部評価者



OSCE実施例

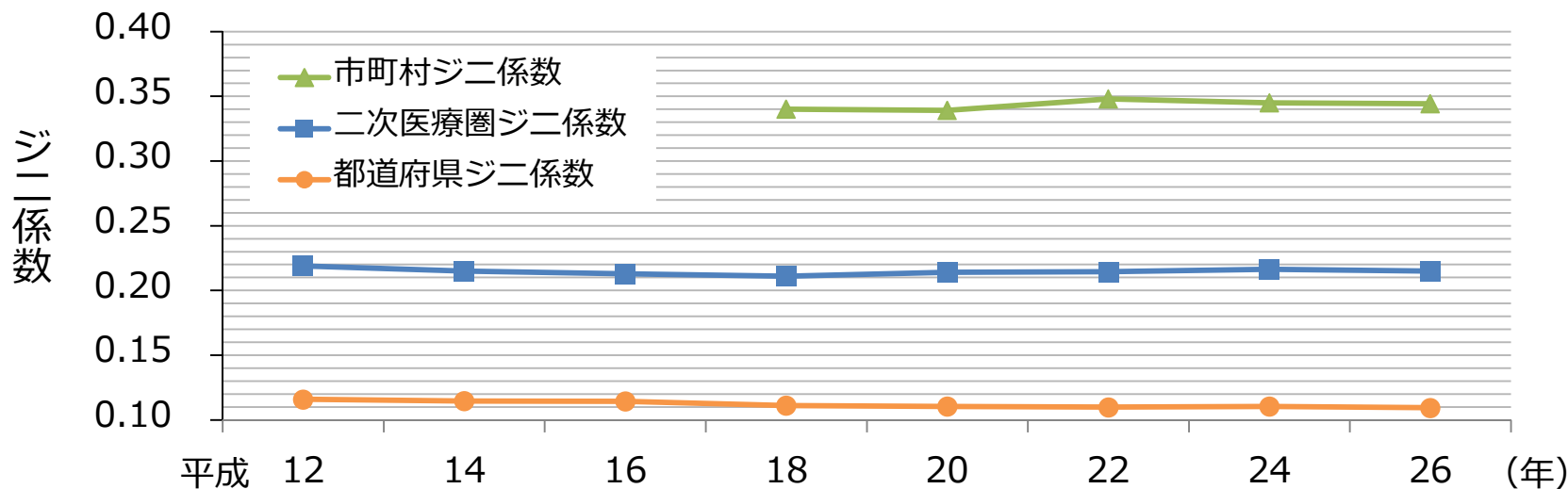
シミュレーター

医師の分布の経年変化

- 市町村ごと・二次医療圏ごと・都道府県ごとの人口対医師数*を、分布の均衡の程度を評価するジニ係数**を用いて経年的に分析。

*医療施設に従事する医師数 ** 0に近いほど均等に分布し、1に近いほど不均等に分布していることを示す。

- ジニ係数では、平成12年以降、都道府県の意思の分布は改善傾向にあるが、二次医療圏の医師の分布状態の改善は明らかでない。



市町村 (ジニ係数)				0.34	0.339	0.348	0.345	0.344
二次医療圏 (ジニ係数)	0.219	0.215	0.213	0.211	0.214	0.215	0.216	0.215
都道府県 (ジニ係数)	0.116	0.115	0.114	0.111	0.110	0.110	0.110	0.109

※平成16年以前は、市町村合併の影響で市町村ごとの人口対医師数の集計が困難なため、含めていない。

参考：アメリカの群（全米で3141群、1群あたり人口の中央値は25,380人）ごとの人口対医師数のジニ係数は0.33、日本の市町村（1947市町村、1市町村あたり人口の中央値は28,011）ごとについては0.34（データはいずれも2006年時点のもの）。Self-employment, specialty choice, and geographical distribution of physicians in Japan: A comparison with the United States. Masatoshi Matsumoto et al. Health Policy 2010, 96:239-244.

出典：平成12年～20年の二次医療圏のジニ係数は、Urbanization and physician maldistribution: a longitudinal study in Japan. Shinichi Tanihara, Yasuki Kobayashi, Hiroshi Une and Ichiro Kawachi. BMC Health Services Research 2011, 11:260.を参照

平成18年の市町村のジニ係数は、Health Policy 2010, 96:239-244.を参照

それ以外については、医師数は医師・歯科医師・薬剤師調査、人口は住民基本台帳を基に計算