医師臨床研修指導ガイドライン
－2024 年度版－

2024 年 12 月　一部改訂

医師臨床研修指導ガイドライン－2024年度版－

＜目 次＞

はじめに　・・・　1

序章　・・・　3

第１章　到達目標　・・・　４

第２章　実務研修の方略　・・・　9

第３章　到達目標の達成度評価　・・・　25

第４章　指導体制・指導環境　・・・　44

第５章　研修医の労務環境　・・・　49

第６章　医師臨床研修に関するQ&A　・・・　57

はじめに

医師臨床研修の到達目標と指導ガイドライン見直しの経緯

医師臨床研修につきましては、日頃より関係の皆様方に御協力いただきまして、改めて厚く御礼申し上げます。

平成 16 年４月に現今の医師臨床研修制度が実施されて以来見直しが行われていなかった臨床研修の到達目標は、平成 25 年 12 月の厚生労働省医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書において、2020 年度（平成 32 年度）に予定されている制度見直し時に見直すこととされました。

この決定を受けて、平成 26 年度以降、研究班が厚生労働省の事業費で組織され、到達目標を見直す過程で必要になる情報を収集し、見直し原案の策定作業を進めておりました。

策定された原案は、厚生労働省内に平成 26 年度から設置された『医師臨床研修の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ』にて何度も審議され、最終的には、パブリックコメントを受けた後、平成 30 年 3 月の同医師臨床研修部会報告書で見直し案が確定し、同年 7 月 3 日付の厚生労働省医政局長の臨床研修省令の施行通知文書の別添＜臨床研修の到達目標、方略及び評価＞として発出されました。

今般、上記＜臨床研修の到達目標、方略及び評価＞が 2020 年度より臨床研修において円滑に導入されることを目的とし、平成 17 年公表の「新医師臨床研修制度における指導ガイドライン」を見直し、臨床研修の指導者のための「医師臨床研修指導ガイドライン-2020 年度版-」を新たに策定することにしました。

本ガイドラインは、平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費事業『新たな臨床研修の到達目標・方略・評価を踏まえた指導ガイドラインに関する研究』研究班および厚生労働省医師臨床研修推進室にて取りまとめ、平成 31 年３月時点版として公表するものです。今後、関係の皆様方からいただく御意見等を踏まえ、改訂版を厚生労働省のホームページに公表していきたいと考えております。

また、本ガイドラインは、現行の到達目標等の見直し内容を簡潔にまとめることを主眼とし、研修実施方法の詳細な記載はしておりません。必要に応じて、上記施行通知文書および本ガイドラインの内容と齟齬の生じない範囲において、従来の「新医師臨床研修制度における指導ガイドライン」を研修医教育の指針として御活用いただければと思います。

今後とも、我が国の医療を担う優れた医師が養成されるよう、よりよい臨床研修の体制づくりに努めてまいりたいと存じますので、関係の皆様の御協力を御願い申し上げます。

平成 31 年３月

平成 30 年度厚生労働行政推進調査事業費
「新たな臨床研修の到達目標・方略・評価を踏まえた指導ガイドラインに関する研究」研究班

厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室

臨床研修ガイドラインは厚生労働省のホームページ（以下 URL）にて、都度更新を行うこととしています。定期的なご確認をお願い致します。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/rinsyo/index.html

医師臨床研修指導ガイドライン作成組織

厚生労働省研究班（地域医療基盤開発推進研究事業）
2014 年度(平成 26 年度)「医師臨床研修の到達目標とその評価の在り方に関する研究」
2015 年度(平成 27 年度)「臨床研修の到達目標と連動した研修診療科に関する研究」
2016 年度(平成 28 年度)「臨床研修の到達目標と連動した研修プログラム及び評価方法・指導方法に関する研究」
2017 年度(平成 29 年度)「臨床研修到達目標改定案の研修現場における利用可能性に関する研究」
2018 年度(平成 30 年度)「新たな臨床研修の到達目標・方略・評価を踏まえた指導ガイドラインに関する研究」

＊◎	福井次矢	聖路加国際病院　院長
＊○	大滝純司	北海道大学大学院医学研究院　医学教育・国際交流推進センター　教授
＊○	髙橋　誠	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科　講師
＊○	高村昭輝	金沢医科大学医学部　講師
＊○	前野哲博	筑波大学医学医療系臨床医学域　教授
＊	村岡　亮	国立国際医療研究センター　部長
＊	片岡仁美	岡山大学医学部地域医療人材育成講座　教授
○	高橋　理	聖路加国際大学公衆衛生大学院　教授
○	鈴木康之	岐阜大学医学教育開発研究センター　教授
○	奈良信雄	日本医学教育評価機構　常勤理事
○	野村英樹	金沢大学付属病院総合診療部　部長
	大出幸子	聖路加国際大学公衆衛生大学院　准教授
	川畑秀伸	北海道大学大学院医学研究科　准教授
	武冨貴久子	北海道大学大学院医学研究科　学術研究員
	後藤英司	JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院　院長
	木下牧子	医療法人愛の会光風園病院　副理事長
	大生定義	立教大学社会学部　教授
	朝比奈真由美	千葉大学医学部　講師
	宮田靖志	名古屋医療センター　卒後教育研修センター長
	井上千鹿子	日本医科大学医学教育センター　助教
	瀬尾恵美子	筑波大学附属病院総合臨床教育センター　副部長

（2014～2018 年度　所属は参画当時）
◎研究代表者、○研究分担者、＊執筆者

序章　本ガイドラインの構成と臨床研修の基本理念

現行の臨床研修の到達目標は、行動目標と経験目標から構成されるが、その内容について必ずしも目標と目標を達成するための方策・手段である方略、目標を達成しているかどうかの評価に分けられていないといった指摘があった。また、経験目標の一部については、単に当該項目を「経験する」のではなく、そうすることによって身に付けた診療能力やその評価を重視すべきとの指摘や、評価方法の標準化が必要である等の指摘を踏まえ、平成 30 年３月の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の報告書（以下「臨床研修部会報告書」という。）で、2020 年度から実施される新たな臨床研修の到達目標については、「到達目標」とそれを達成するための「方略」（実務研修の方略）、及びその「評価」（到達目標の達成度評価）の３つに分けて整理することとされた。

最終的に確定した 2020 年度から実施される臨床研修の到達目標、方略及び評価は、臨床研修部会報告書及び同年 7 月 3 日付の厚生労働省医政局長の臨床研修省令の施行通知文書に別添＜臨床研修の到達目標、方略及び評価＞として添付されている。

そこで本ガイドラインは、＜臨床研修の到達目標、方略及び評価＞の構成に沿って、第１章では「到達目標」、第２章では「実務研修の方略」、第３章では「到達目標の達成度評価」を概説している。第４章では、今回の制度見直しで大きな変更点はないものの 2020 年度以降も引き続き研修医の指導の指針として重要な「指導体制・指導環境」を概説している。加えて、第５章では「研修医の労務環境」を概説し、第６章では「医師臨床研修に関する Q&A」を掲載している。

〈臨床研修の基本理念〉（医師法第一六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、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学およ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。

＜解説＞

2020 年度から実施される臨床研修の到達目標、方略及び評価の根拠法令となる臨床研修の基本理念は、医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する医師臨床研修に関する省令に規定されているが、医師に対する社会からの要請等の内容は変わらないため、従来のものからの変更点はない。基本理念のキーワードは、「医師としての人格」のかん養、医師としての「社会的役割」の認識、そして「基本的な診療能力」である。

「医師としての人格」には、知性を磨き、徳を身につけ、優しさと献身性を示し、患者や医療スタッフから信頼される医師としての理想像が含意されている。

「社会的役割」には、眼前の患者に最大限貢献することは当然として、人の集団、社会と医療の体制、公衆衛生へも注意を向けるよう喚起を促している。

「基本的な診療能力」とは、将来携わる専門診療の種類にかかわらず、全ての医師に共通して求められる幅広い診療能力をいう。

第１章　到達目標

今回新たに作成された到達目標は、医師としてのあらゆる行動を決定づける基本的価値観（プロフェッショナリズム)、医師に求められる具体的な資質・能力、そして研修修了時にほぼ独立して遂行できる基本的診療業務という 3 つの領域からなる。

主として知識、技術、態度・習慣などが個別に列挙されていた従来の到達目標とは異なり、医師としての行動の背後にある考えや価値観、知識、技術、態度・習慣などを包括した構成となっている。

到達目標が達成されているか否かの評価は、従前以上に医師やその他の医療スタッフのたゆまない観察とその記録が必要となる。

Ⅰ　到達目標

医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付けなくてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。

＜解説＞

医師は眼前の病める人への責務を果たすだけでなく公衆衛生的視点をも有さなくてはならない。臨床研修は医師としての基盤形成を行う期間であり、医師の行動を決定づける基本的価値観（プロフェッショナリズム)、業務遂行に必要な資質・能力、そして最終的にほぼ独立して行うことが求められる基本的診療業務という 3 つの領域から到達目標が構成されていることを述べている。

A. 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

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

２．利他的な態度

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

３．人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

４．自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

＜解説＞

医師としての行動を決定づける基本的価値観（プロフェッショナリズム）として、社会的

枠組みでの公平性・公正性と公衆衛生的視点の確保、病める人の福利優先、他者への思いやり・優しさ、絶え間ない自己向上心という 4 つの価値観が挙げられている。

B. 資質・能力

１．医学・医療における倫理性

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。

② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。

③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。

④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。

⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不法行為の防止に努める。

＜解説＞

診療面や研究面、教育面において、倫理原則や関連する法律を理解した上で個人情報に配慮する。さまざまな意思決定の場面で、倫理に関わる用語を用いて理由づけができなくてはならない。

２．医学知識と問題対応能力

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題に対して、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。

② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床判断を行う。

③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。

＜解説＞

医学知識を臨床現場で適切に活用する（患者アウトカムの最大化を最優先した論理的な推論プロセスを経る）ためには、根拠に基づく医療（EBM）の考え方と手順を身に付け、できるだけ多くの臨床経験を積み、省察を繰り返す必要がある。

３．診療技能と患者ケア

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。

② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。

③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。

＜解説＞

患者に対面し、主として言語を介したコミュニケーションにより病歴を把握したうえで、身体診察、検査を行う。そうして得られたさまざまな情報に基づいて病態を把握し、診断を下し、治療を行う。患者に危害を加えることのないよう最大限の注意を払いつつ、この一連のプロセスを繰り返し、安全かつ効率的な診療行為を身に付けなくてはならない。

４．コミュニケーション能力

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。

② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。

③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。

＜解説＞

他者への思いやり・優しさを患者からの信頼感獲得につなげるためには、社会人としてのエチケット・マナーを身に付け、思いやり・優しさを適切に表出できなくてはならない。患者アウトカム（症状の軽減・消失、QOL の改善、疾病の治癒、生存期間の延長など）は、患者が医師を信頼しているかどうかによっても左右されると考えられている。

５．チーム医療の実践

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。

② チームの構成員と情報を共有し、連携を図る。

＜解説＞

今や、医師一人で完結させることのできる医療はほとんどなくなったといえよう。したがって、医師にはない知識や技術を有するさまざまな医療職と協働する必要があり、そのような他職種の役割を理解しコミュニケーションをとり、連携を図らなくてはならない。また、慢性疾患のマネジメントでは、とりわけ患者や家族の役割が重要となる。

６．医療の質と安全管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。

② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。

③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。

④ 医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの健康管理に努める。

＜解説＞

最新医療は高い有効性をもたらす一方、わずかなミスが重大な健康傷害を引き起こす場面も目立つようになってきた。そのため、提供する医療の質を知り改善すること、そして患者および医療従事者の安全性確保の重要性はますます高まってきており、質の向上と安全性確保のための知識と技術が必須である。

７．社会における医療の実践

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。

② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。

③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。

④ 予防医療・保健・健康増進に努める。

⑤ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。

⑥ 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

＜解説＞

提供される医療へのアクセスやその内容は、どのような社会体制（医療提供体制や保険制度など）のもとでの医療なのかによって大きく左右される。疾病への罹患（その裏返しである疾病の予防）を決定する重要な因子の一つが社会経済的要因であることを理解し、社会という広がりをもった全体の中での効果的・効率的な医療の提供を意識して行動する必要がある。

８．科学的探究

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

① 医療上の疑問点を研究課題に変換する。

② 科学的研究方法を理解し、活用する。

③ 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

＜解説＞

眼前の患者への標準的な診療を提供するだけでなく、医学の発展に寄与することも望まれる。根拠に基づく医療（EBM）は、すでに確立されたエビデンスを診療現場で用いる手順であるが、エビデンスを作る過程にも可能な範囲で貢献できるよう臨床研究に関する基本的知識や方法を身に付ける。

９．生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

① 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。

② 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。

③ 国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療を含む。）を把握する。

＜解説＞

医学の発展速度は早く、提供する医療は複雑化し、複数の医療者が関わらざるを得ない場面がますます多くなってきている。新しい知識や技術を滞りなく身に付けるためには、診療現場で同僚や他の多くの医療職と共に学ぶこと（ピア・ラーニング）が必須とされる。場面によっては、患者と共に、あるいは患者から学ぶ姿勢も望まれるところである。

C. 基本的診療業務

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。

１．一般外来診療

頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。

２．病棟診療

急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域医療に配慮した退院調整ができる。

３．初期救急対応

緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。

４．地域医療

地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。

＜解説＞

指導医がそばにいなくても、必要時には連絡が取れる状況下であれば、一般外来、病棟、初期救急、地域医療などの診療現場で、一人で診療しても対応可能なレベルまで診療能力を高めることが研修修了の要件である。

第２章　実務研修の方略

到達目標を達成するための方策・手段である実務研修の方略には、研修期間、臨床研修を行う分野・診療科、経験すべき症候、経験すべき疾病・病態が規定されている 。現行の到達目標の「経験すべき診察法・検査・手技」は今回の方略には規定されていないが、臨床研修部会報告書が「診療能力を評価する際の評価の枠組みに組み込む」とした経緯から本章末に概説する。

Ⅱ　実務研修の方略

研修期間

研修期間は原則として 2 年間以上とする。

協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合にあっては、原則として、1 年以上は基幹型臨床研修病院で研修を行う。なお、地域医療等における研修期間を、12 週を上限として、基幹型臨床研修病院で研修を行ったものとみなすことができる。

＜解説＞

研修期間は全体で 2 年間以上を原則としており、これまでと同じである。地域医療等における研修期間は 12 週を上限として基幹型臨床研修病院で研修を行ったものとみなすことが可能としている。「地域医療等」の「等」とは、保健・医療行政や一般外来等を想定している。

臨床研修を行う分野・診療科

＜オリエンテーション＞

＜解説＞

臨床研修への円滑な導入、医療の質・安全性の向上、多職種連携の強化等を目的に、研修開始後の早い時期に、数日～２週間程度のオリエンテーションを行うことが望ましい。その内容を以下に例示する。

1） 臨床研修制度・プログラムの説明：理念、到達目標、方略、評価、修了基準、研修管理委員会、メンターの紹介など。
2） 医療倫理：人間の尊厳、守秘義務、倫理的ジレンマ、利益相反、ハラスメント、不法行為の防止など。
3） 医療関連行為の理解と実習：診療録（カルテ）記載、保険診療、診断書作成、採血・注射、皮膚縫合、BLS・ACLS、救急当直、各種医療機器の取り扱いなど。
4） 患者とのコミュニケーション：服装、接遇、インフォームドコンセント、困難な患者への対応など。
5） 医療安全管理：インシデント・アクシデント、医療過誤、院内感染、災害時対応など。
6） 多職種連携・チーム医療：院内各部門に関する説明や注意喚起、体験研修、多職種合同での演習、救急車同乗体験など。
7） 地域連携：地域包括ケアや連携システムの説明、近隣施設の見学など。

８） 自己研鑽：図書館（電子ジャーナル）、学習方法、文献検索、EBM など。

＜必修分野＞

① 内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修分野とする。また、一般外来での研修を含めること。

＜解説＞

2004 年度（平成 16 年度）の臨床研修必修化に伴い、多くの診療科での短期間の研修が一律に行われることになり、専門医等の多様なキャリアパスへの円滑な接続が妨げられる場合があるとの意見に基づき、各病院の個性や工夫を活かした特色ある研修が可能となるよう、2010 年度（平成 22 年度）の臨床研修制度の見直しにおいて、研修プログラムの弾力化（必須ローテーション診療科数の削減）が行われた。

しかしながら、外科や小児科、産婦人科、精神科を含む複数の診療科をローテートすることで、研修医の基本的な診療能力に一定の向上が見られていることから、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ために、今回の見直しでは内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、救急、地域医療を必修分野として位置づけた。（②参照）

また、多くの疾病のマネジメントが入院医療から外来医療に移行しつつあること、地域包括ケアをはじめとする医療提供体制の変化が起こりつつあること、また診断のついていない患者での臨床推論を的確に行う能力の重要性が高まってきていることなどから、医師の外来診療能力を一層高めるために一般外来における研修が必修とされた。（⑩参照）

＜分野での研修期間＞

② 原則として、内科 24 週以上、救急 12 週以上、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療それぞれ 4 週以上の研修を行う。なお、外科、小児科、産婦人科、精神科及び地域医療については、8 週以上の研修を行うことが望ましい。

＜解説＞

柔軟な研修が可能となるよう、研修期間については従来の月単位から週単位としている。

③ 原則として、各分野では一定のまとまった期間に研修（ブロック研修）を行うことを基本とする。ただし、救急について、4 週以上のまとまった期間に研修を行った上で、週 1 回の研修を通年で実施するなど特定の期間一定の頻度により行う研修（並行研修）を行うことも可能である。なお、特定の必修分野を研修中に、救急の並行研修を行う場合、その日数は当該特定の必修分野の研修期間には含めないこととする。

＜解説＞

一般外来を除く必修分野におけるブロック研修は、一定のまとまった期間を想定しており、そのため同一医療機関における研修が該当となり、原則として、複数の施設で行うことは望ましくない。

救急以外の必修分野を研修中に救急の並行研修を行う場合、例えば、４週間の必修分野である診療科の研修中に並行研修で週１回救急外来研修を行おうとする場合は、当該診療科の研修期間をあらかじめ４週ではなく５週で計画する等、不足分を補う必要がある。

なお、ブロック研修をしている診療科の研修に支障をきたすため、原則、１週間に複数回

の並行研修は望ましくない。しかし、例えば、小児科のローテーション中に小児外来を１週間に２回行う場合、ブロック研修をしている小児科の研修に支障をきたすとは考えられないため、「頻度の高い慢性疾患の継続診療を行うために、特定の症候や疾病に偏ることなく、原則として初診患者の診療及び慢性疾患の継続診療を含む研修を行うこと」などの一般外来の方略の要件を満たすのであれば、小児科と⑩に定める一般外来の研修期間のダブルカウントが認められ、週複数回の並行研修を行うことは差し支えない。

④ 内科については、入院患者の一般的・全身的な診療とケア、及び一般診療で頻繁に関わる症候や内科的疾患に対応するために、幅広い内科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。

＜解説＞

高次機能病院などの大病院では、内科が臓器別等に編成されているため、研修する疾患が特定の領域や疾患そして年齢に、極端に偏らないよう配慮する。

⑤ 外科については、一般診療において頻繁に関わる外科的疾患への対応、基本的な外科手技の習得、周術期の全身管理などに対応するために、幅広い外科的疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。

＜解説＞

この外科の方略の規定に合致し、「経験すべき疾病・病態」を有する患者が診療対象に含まれる、一般外科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科等で研修することが望ましい。全身麻酔での手術が一般的に行われ、周術期管理を行う診療科（脳神経外科や泌尿器科等）を一部含んでもよい。

また、外科においても、研修する疾患が特定の領域や疾患そして年齢に、極端に偏らないよう配慮する。

⑥ 小児科については、小児の心理・社会的側面に配慮しつつ、新生児期から思春期までの各発達段階に応じた総合的な診療を行うために、幅広い小児科疾患に対する診療を行う病棟研修を含むこと。

＜解説＞

小児科においても、研修する疾患が特定の領域や疾患そして年齢に、極端に偏らないよう配慮する。また、健常な小児に対する健診や思春期疾患など成育医療を含むのが望ましい。

⑦ 産婦人科については、妊娠・出産、産科疾患や婦人科疾患、思春期や更年期における医学的対応などを含む一般診療において、頻繁に遭遇する女性の健康問題への対応等を習得するために、幅広い産婦人科領域に対する診療を行う病棟研修を含むこと。

＜解説＞

産婦人科においても、研修する疾患が特定の領域や疾患そして年齢に、極端に偏らないよう配慮するとともに、女性に特有の生殖に関わる課題を含む健康問題に広く対応できるよう研修を行う。他の診療科においても、妊婦の診療時には処方薬に特段の注意を払う必要があることなどを学ぶ。

⑧ 精神科については、精神保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、精神科専門外来又は精神科リエゾンチームでの研修を含むこと。なお、急性期入院患者の診療を行うことが望ましい。

＜解説＞

精神科での研修について、今回の制度見直しでは、病棟研修は必須ではなくなったが、精神科専門外来又は精神科リエゾンチーム（精神科以外の診療科の入院患者に対して精神科診療を提供する精神科を中心としたチーム）での研修が必須となった。また、すでに診断のついた慢性期の患者だけでなく、急性期入院患者の診療を経験することが望ましい。

⑨ 救急については、頻度の高い症候と疾患、緊急性の高い病態に対する初期救急対応の研修を含むこと。また、麻酔科における研修期間を、4 週を上限として、救急の研修期間とすることができる。麻酔科を研修する場合には、気管挿管を含む気道管理及び呼吸管理、急性期の輸液・輸血療法、並びに血行動態管理法についての研修を含むこと。

＜解説＞

救急においても、研修する疾患が特定の領域や疾患そして年齢に、極端に偏らないよう配慮する。

救急の指導医は、救急科や麻酔科指導医に限る必要はないが、救急部門の臨床研修指導医として、事前に登録された医師としている。

本来は救急部門で日中に研修を行うことが望ましいが、当直で行うことも差し支えない。また、４週以上のブロック研修を行った上であれば、救急部門のブロック研修期間中に行う当直１回を、救急部門研修の１日として算定して差し支えない。

救急以外の必修分野を研修中に救急の並行研修を行う場合、例えば、４週間の必修分野である診療科での研修期間中に並行研修で週１回救急外来研修を行おうとする場合は、当該診療科での研修期間をあらかじめ４週ではなく５週で計画する等、不足分を補う必要がある。

なお、救急部門は一般外来研修として扱うことはできず、救急部門ローテーション中の一般外来研修のダブルカウントはできない。ただし、例えば、日中に必修分野（一般外来研修を含む）の研修を行い、夜間に救急部門を研修する場合は、それぞれ研修期間のカウントが可能である。

⑩ 一般外来での研修については、ブロック研修又は、並行研修により、4 週以上の研修を行うこと。なお、受け入れ状況に配慮しつつ、8 週以上の研修を行うことが望ましい。また、症候・病態については適切な臨床推論プロセスを経て解決に導き、頻度の高い慢性疾患の継続診療を行うために、特定の症候や疾病に偏ることなく、原則として初診患者の診療及び慢性疾患の継続診療を含む研修を行うことが必須事項である。例えば、総合診療、一般内科、一般外科、小児科、地域医療等における研修が想定され、特定の症候や疾病のみを診察する専門外来や、慢性疾患患者の継続診療を行わない救急外来、予防接種や健診・検診などの特定の診療のみを目的とした外来は含まれない。一般外来研修においては、他の必修分野等との同時研修を行うことも可能である。

＜解説＞

一般外来の研修は、「Ⅱ 実務研修の方略」に規定されている「経験すべき症候」および「経験すべき疾病・病態」が広く経験できる外来において、研修医が診察医として指導医からの

指導を受け、適切な臨床推論プロセスを経て臨床問題を解決する研修を想定している。そして、研修修了時には、コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、単独で一般外来診療を行えることが目標である。

一般外来の研修先としては、総合診療科外来や一般内科外来、一般外科外来、小児科外来などを想定しており、一般外来研修が主眼とする症候や疾病・病態についての臨床推論プロセスを経て解決に導くといった作業が限定的となる呼吸器内科などの臓器や糖尿病外来などの疾病に特化した専門外来は該当しない。

「一般内科」、「一般外科」とは、大学病院や特定機能病院等においては、主に紹介状を持たない初診患者あるいは紹介状を有していても臨床問題や診断が特定されていない初診患者を担当する外来を指し、地域医療を担う病院においては、上記に加えて特定の臓器でなく広く慢性疾患を継続診療する外来も含む。内科および外科領域において、「Ⅱ 実務研修の方略」に規定される症候や疾病・病態が広く経験できる外来等を想定している。「一般内科」等を標榜していないが、呼吸器内科や循環器内科等の各専門診療科が持ち回り（交替制）で実質的に幅広く疾患等の外来診療にあたる場合は、⑩の規定を満たすのであれば一般外来研修として認められる。

時間外（宿日直帯）の小児科外来は、救急外来としての側面が強く、翌日の他の診療科につなげることが主な役割であり、⑩の規定「臨床推論プロセスを経て解決に導き」という作業が限定的になることから、小児科の研修としては認められるが、一般外来研修としては認められない。同様に、救急の研修中の救急外来も、初診患者の診療及び慢性疾患患者の継続診療を行ったとしても、応急的な診療にとどまり、他の診療科につなげることになるので、⑩の規定「臨床推論プロセスを経て解決に導き」という作業が限定的になることから、一般外来研修としては認められない。

大学病院には一般外来診療が可能な場が少ないため、基本的には地域医療の研修など、協力型病院で一般外来のブロック研修が行われることが想定される。

一般外来の研修では、総合診療、内科、外科、小児科等の分野の指導医が指導にあたることを想定している。

一般外来の研修期間についてダブルカウントが可能なのは、内科、外科、小児科、又は地域医療を研修中に、同一診療科の一般外来を行う場合を想定しており、４週以上すべてを並行研修で実施することが可能としている。たとえば、一般外来研修４週を内科外来で実施する場合、必修分野である内科研修（24 週）のうちの４週を一般外来に充て、研修期間としてダブルカウントすることが可能である。また、ダブルカウントが認められない診療科のブロック研修中は、当該診療科の研修に支障をきたさないよう、１週間に複数回の並行研修は避けること。

午前中しか外来診療を行っていない場合、研修期間は 0.5 日として算定する。

一般外来の研修記録は、カルテ等の記載を利用して行う。レポートを別途作成する必要はないが、研修医が指導医の指導・監督の下で診療したことが、事後に確認できる内容を記載することが求められる。そのためには、一般外来診療の到達レベルが分かるような代表症例と、その患者で経験した症候や疾病・病態等の情報を、PG-EPOC（3 章 - 3 参照）などのシステムにより研修記録として管理することが求められる。

一般外来研修で診察する患者数や指導方法の例を表に示す。

表 2-1　一般外来研修の方法（例）

１）準備
・外来研修について、指導医が看護師や事務職など関係スタッフに説明しておく。
・研修医が外来診療を担当することがある旨を病院の適切な場所に掲示する。
・外来診察室の近くに文献検索などが可能な場があることが望ましい。

２）導入（初回）
・病棟診療と外来診療の違いについて研修医に説明する。
・受付、呼び入れ、診察用具、検査、処置、処方、予約、会計などの手順を説明する。

３）見学
（初回～数回：初診患者および慢性疾患の再来通院患者）
・研修医は指導医の外来を見学する。
・呼び入れ、診療録作成補助、各種オーダー作成補助などを研修医が担当する。

４）初診患者の医療面接と身体診察
（患者 1～2 人／半日）
・指導医やスタッフが適切な患者を選択（頻度の高い症候、軽症、緊急性が低いなど）する。
・予診票などの情報をもとに、診療上の留意点（把握すべき情報、診療にかける時間の目安など）を指導医と研修医で確認する。
・指導医が研修医を患者に紹介し、研修医が診療の一部を担当することについて承諾を得る。
・時間を決めて（10～30 分間）研修医が医療面接と身体診察を行う。
・医療面接と身体診察終了後に、研修医は得られた情報を指導医に報告（プレゼンテーション）し、指導医は報告に基づき指導する。
・指導医が診療を交代し、研修医は見学や診療補助を行う。

５）初診患者の全診療過程
（患者 1～2 人／半日）
・上記４）の医療面接と身体診察の終了後、その後に行う検査、治療、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーションなどについて指導医から指導を受ける。
・指導医の監督下に、検査や治療のオーダー、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーション依頼などを行う。
・前記の診療行為のうち、結果が当日判明するものについては、その結果を患者に説明する。
・必要な処方薬を指導医の指導のもとに処方する。
・次回の外来受診日を決め、それまでの注意事項などについて指導する。

６）慢性疾患を有する再来通院患者の全診療過程
（上記４）、５）と並行して患者 1～2 人／半日）

・指導医やスタッフが適切な患者を選択（頻度の高い疾患、病状が安定している、診療時間が長くなることを了承してくれるなど）する。
・過去の診療記録をもとに、診療上の留意点（把握すべき情報、診療にかける時間の目安など）を指導医とともに確認する。
・指導医が研修医を患者に紹介し、研修医が診療の一部を担当することについて承諾を得る。
・時間を決めて（10～20 分間）研修医が医療面接と身体診察を行う。
・医療面接と身体診察の終了後に、研修医は得られた情報を指導医に報告（プレゼンテーション）し、報告内容をもとに、その後の検査、治療、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーションなどについて指導医から指導を受ける。
・指導を踏まえて、研修医が検査や治療のオーダー、患者への説明、関連する医療行為、他科へのコンサルテーション依頼などを行う。
・前記の診療行為のうち、結果が当日判明するものについては、その結果を患者に説明する。
・必要な処方薬を指導医の指導のもとに処方する。
・次回の外来受診日を決め、それまでの注意事項などについて指導する。

7）単独での外来診療
・指導医が問診票などの情報に基づいて、研修医に診療能力に応じて適切な患者を選択する。
・研修医は上記５）、６）の診療過程を単独で行うこととするが、必要に応じて指導医にすぐに相談できる体制をとる。
・原則として、研修医は診察した全ての患者について指導医に報告（プレゼンテーション）し、指導医は報告に基づき指導する。

※一般外来研修では、研修医にどのレベルまでの診療を許容するのかについては、指導医が一人ひとりの研修医の能力を見極めて個別に判断する必要がある。
※どのような能力レベルの研修医であっても、診療終了後には必ず共に振り返りを行い、指導内容を診療録に記載する。

臨床研修期間中に、並行研修やブロック研修を組み合わせて外来研修を行う場合、図２－１のような実施記録表を用いると研修実績を的確に把握されやすいため適宜活用されるのが望ましい。

図 2-1　一般外来研修の実施記録表（例）

例） 一般外来研修の実施記録表

病院施設番号：　　臨床研修病院の名称：

研修先No.	研修先病院名	診療科名
1		
2		
3		
4		

総計
日

<記載例>

実施日No.	1	2	3	4	5	6	7	8	小計
年	2019年	2019年	2019年	2019年	2019年	2019年	2019年	2019年	
月	2月	2月	2月	2月	2月	2月	2月	2月	
日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	**5.5日**
1日or半日	0.5日	0.5日	1日	1日	0.5日	0.5日	1日	0.5日	
研修先No.	1	1	1	1	1	1	1	1	

実施日No.	1	2	3	4	5	6	7	8	小計
年	年	年	年	年	年	年	年	年	
月	月	月	月	月	月	月	月	月	
日	日	日	日	日	日	日	日	日	**日**
1日or半日	日	日	日	日	日	日	日	日	
研修先No.									

実施日No.	9	10	11	12	13	14	15	16	小計
年	年	年	年	年	年	年	年	年	
月	月	月	月	月	月	月	月	月	
日	日	日	日	日	日	日	日	日	**日**
1日or半日	日	日	日	日	日	日	日	日	
研修先No.									

実施日No.	17	18	19	20	21	22	23	24	小計
年	年	年	年	年	年	年	年	年	
月	月	月	月	月	月	月	月	月	
日	日	日	日	日	日	日	日	日	**日**
1日or半日	日	日	日	日	日	日	日	日	
研修先No.									

実施日No.	25	26	27	28	29	30	31	32	小計
年	年	年	年	年	年	年	年	年	
月	月	月	月	月	月	月	月	月	
日	日	日	日	日	日	日	日	日	**日**
1日or半日	日	日	日	日	日	日	日	日	
研修先No.									

実施日No.	33	34	35	36	37	38	39	40	小計
年	年	年	年	年	年	年	年	年	
月	月	月	月	月	月	月	月	月	
日	日	日	日	日	日	日	日	日	**日**
1日or半日	日	日	日	日	日	日	日	日	
研修先No.									

実施日No.	41	42	43	44	45	46	47	48	小計
年	年	年	年	年	年	年	年	年	
月	月	月	月	月	月	月	月	月	
日	日	日	日	日	日	日	日	日	**日**
1日or半日	日	日	日	日	日	日	日	日	
研修先No.									

⑪ 地域医療については、原則として、2 年次に行うこと。また、へき地・離島の医療機関、許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所を適宜選択して研修を行うこと。さらに、研修内容としては以下に留意すること。

1）一般外来での研修と在宅医療の研修を含めること。ただし、地域医療以外で在宅医療の研修を行う場合に限り、必ずしも在宅医療の研修を行う必要はない。

2）病棟研修を行う場合は慢性期・回復期病棟での研修を含めること。

3）医療・介護・保健・福祉に係わる種々の施設や組織との連携を含む、地域包括ケアの実際について学ぶ機会を十分に含めること。

＜解説＞

必修分野において研修時期に制約があるのは、地域医療のみであり、「２年次に地域医療を研修すること」としている。

地域医療での研修先としては、適切な指導体制のもとで、患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療（在宅医療を含む）について理解し実践するという目的を達成するために、へき地・離島の医療機関および許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所から適宜選択することとしていて、従来の「中小病院・診療所」よりも対象範囲を狭めている。また、研修を行う上で有益な施設、例えば、保健所等で 1～2 日程度行うことは差し支えない。

並行研修として認められるのは救急と一般外来及び地域医療の３つである。ただし、原則として、必修分野の各診療科等（一般外来を除く）は、一定のまとまった期間に研修（ブロック研修）を行うことを基本としている。このため、追加的に在宅医療等の並行研修を行う４週は必ずブロック研修で行った上で行うのが望ましい。

在宅医療の研修とは、在宅医療が提供されている患者宅に赴き、訪問診療等を行うことを指している。在宅医療の研修は必須であるが、研修期間に制約は設けていない。

なお、指導する医師が同行しない場合は、在宅医療の研修として認められない。

地域医療の研修期間中における一般外来の研修は、上記⑩の内容を満たす場合に限り、並行研修として認められる。また、地域医療と一般外来のダブルカウントも可能である。

⑫ 選択研修として、保健・医療行政の研修を行う場合、研修施設としては、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、健診・検診の実施施設、国際機関、行政機関、矯正機関、産業保健の事業場等が考えられる。また、法医の研修を行う場合の研修施設としては、法医解剖の実施施設が考えられる。

＜解説＞

必修分野及び一般外来以外の分野の研修期間中、下記の研修目的と研修方法を参考に上記施設での研修が実施できるよう、研修医の希望に応じた研修環境を臨床研修病院が整備することが望ましい。

※保健所等は地域医療研修の中で１～２日の研修を行うことは可能。

1）保健所

研修目的：都道府県・地域レベル保健所の役割とその業務の実際を学ぶ。

研修方法：都道府県レベルの保健・医療行政に関する概要について講義を受け、その後公衆衛生医師等の実務者のもと、一定期間、感染症対策や精神保健行政、難病対策等の保健所業務について実務研修を行う。

2）介護施設・社会福祉施設

研修目的：一時的又は永続的に自宅での生活が困難になった高齢者のための施設介護、介護保険、利用者の尊厳を保持した医療、福祉、生活サポートのあり方等を理解する。利用者とその家族、施設職員やケアマネジャー等とのコミュニケーションを通じて、医療的側面のみならず利用者の生活について学ぶ。

研修方法：地域医療研修を行う医療機関が所在する市町村の特別養護老人ホーム、介護老人保健施設やグループホームなどにおいて、施設への訪問診療や施設における業務を実施しながら、カンファレンス等に参加する。

3）赤十字社血液センター

研修目的：無償の献血者に接する献血現場での採血業務を通じて、 献血の推進・献血者募集・採血・検査・製剤・供給の流れ等血液事業の仕組みと現状、また血液製剤の安全性を確保するための対策及び適正使用について理解する。

研修方法:各地域にある赤十字血液センターを訪問し、血液事業全体の流れを観察する。採血業務などについては実務研修を行う。

4）検診・健診の実施施設

研修目的：各種検診・健診活動を通して、法定健（検）診、総合健診の意義を理解し、その基本的診断技術・健康指導技術を習得する。

研修方法：基幹病院が所在する地域における、職域検診あるいは保険者や自治体による検診・健診に参加し、検診・健診の流れを学ぶ。また検診医を補助し、検診・健診における診断や指導を実践する。

5）国際機関

研修目的：世界保健機関（WHO）等の国際機関における国際保健や各国の保健医療政策に影響を与えるような合意の形成プロセス、各国際機関の役割、あるいは国際保健に関わる課題に対する各国際機関の具体的な取り組みなどについて学ぶ。

研修方法：世界保健機関（WHO）等の国際機関におけるインターンシップ等に申込み、国際機関の業務に従事する。

6）行政機関

研修目的：臨床現場に直結する感染症等の公衆衛生や医療制度等の医療政策など、保健医療行政を学ぶ。

研修方法：厚生労働省や各都道府県庁などにおいて主に医系技官の指導の下、行政機関の役割に関する総合的な講義を受けた後に、インターンとして業務に従事する。

7）矯正施設

研修目的:刑務所や医療刑務所、少年院などにおいて、矯正施設における医療の必要性や矯正医官としての業務の実際を学ぶ。

研修方法：各ブロックの矯正管区にある矯正医事課に相談し、各矯正施設の矯正医官と調整の上、矯正医官の業務を見学あるいはその一部に従事する。

8）産業保健の事業場

研修目的：産業保健における制度及び職域保健における課題と対策を学ぶ。

研修方法：産業医の実際の業務を一定期間見学し、系統的な講義を受ける。

9）法医解剖の実施施設

研修目的：死因究明における医師の社会的役割を認識するとともに、その業務の実際を

学ぶ。
研修方法：大学法医学教室、監察医務機関その他の法医解剖を実施している施設において、死因究明の社会的意義や制度に関する講義を受けた後に、死体検案、法医解剖、死後画像検査、薬毒物検査、死因判定等の各プロセスにおける高度な知識・技能習得に向けた実務研修を行う。

⑬ 全研修期間を通じて、感染対策（院内感染や性感染症等）、予防医療（予防接種等）、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP・人生会議）、臨床病理検討会（CPC）等、基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修を含むこと。また、診療領域・職種横断的なチーム（感染制御、緩和ケア、栄養サポート、認知症ケア、退院支援等）の活動に参加することや、児童・思春期精神科領域（発達障害等）、薬剤耐性、ゲノム医療等、社会的要請の強い分野・領域等に関する研修を含むことが望ましい。

＜解説＞
「を含むこと」と規定される研修は研修の必須項目で、「を含むことが望ましい」と規定される研修は研修が推奨される項目となる。

1）必須項目である感染対策、予防医療、虐待、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP・人生会議）、臨床病理検討会（CPC）については、下記の研修目的と研修方法を参考に研修を行う。これらの項目に関する研修は必修分野あるいは選択分野のローテーション中に実施でき、そのために数日程度、当該必修分野あるいは選択分野の研修から離脱してもよく、その分を後日補う必要はない。ただし、離脱しても到達目標を満たせることを前提とする。実施した研修に関しては PG-EPOC 等の評価ツールを用いて、研修したことを記録する。

ⅰ）感染対策（院内感染や性感染症等）
研修目的：公衆衛生上、重要性の高い結核、麻疹、風疹、性感染症などの地域や医療機関における感染対策の実際を学ぶとともに、臨床研修病院においては各診療科の診療に関連する感染症の感染予防や治療、院内感染対策における基本的考え方を学ぶ。
研修方法：研修医を対象にした系統的な感染症のセミナーに出席し、院内感染に係る研修については院内感染対策チームの活動等に参加する。保健所研修では、結核に対する対応、性感染症に対する現場での対応に可能な範囲で携わる。

ⅱ）予防医療（予防接種を含む）
研修目的：法定健（検）診、総合健診、人間ドック、予防接種などの予防医療の公衆衛生上の重要性と各種事業を推進する意義を理解する。
研修方法：医療機関あるいは保険者や自治体等が実施する検診・健診に参加し、診察と健康指導を行う。また予防接種の業務に参加する場合は、予防接種を行うとともに、接種の可否の判断や計画の作成に加わる。

ⅲ）虐待
研修目的：主に児童虐待において、医療機関に求められる早期発見につながる所見や徴候、及びその後の児童相談所との連携等について学ぶ。
研修方法：虐待に関する研修(BEAMS 等、下記参照)を受講する。あるいは同様の研修等を受講した小児科医による伝達講習や被虐待児の対応に取り組んだ経験の多い小児科

医からの講義を受ける。
参考：BEAMS　虐待対応プログラム
https://beams.childfirst.or.jp/event/

ⅳ）社会復帰支援

研修目的：診療現場で患者の社会復帰について配慮できるよう、長期入院などにより一定の治療期間、休職や離職を強いられた患者が直面する困難や社会復帰のプロセスを学ぶ。
研修方法：長期入院が必要であった患者が退院する際、ソーシャルワーカー等とともに、社会復帰支援計画を患者とともに作成し、外来通院時にフォローアップを行う。

ⅴ）緩和ケア

研修目的：生命を脅かす疾患に伴う諸問題を抱える患者とその家族に対する緩和ケアの意義と実際を学ぶ。緩和ケアが必要となる患者での緩和ケア導入の適切なタイミングの判断や心理社会的な配慮ができるようになる。
研修方法：内科や外科、緩和ケア科などの研修中、緩和ケアを必要とする患者を担当し、緩和ケアチームの活動などに参加する。また、緩和ケアについて体系的に学ぶことができる講習会等を受講する。
参考:厚生労働省　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会(e-learning)
https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html
参考：日本緩和医療学会　教育セミナー
https://www.jspm.ne.jp/seminar_m/index.html

ⅵ）アドバンス・ケア・プランニング（ACP）

研修目的：人生の最終段階を迎えた本人や家族等と医療・ケアチームが、合意のもとに最善の医療・ケアの計画を作成することの重要性とそのプロセスを学ぶ。
研修方法：内科、外科などを研修中に、がん患者等に対して、経験豊富な指導医の指導のもと、医療・ケアチームの一員としてアドバンス・ケア・プランニングを踏まえた意思決定支援の場に参加する。また、ACP について体系的に学ぶことができる講習会などを受講する。
参考：人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf

ⅶ）臨床病理検討会（CPC）

研修目的：剖検症例の臨床経過を詳細に検討して問題点を整理し、剖検結果に照らし合わせて総括することにより、疾病・病態について理解を深める。
研修方法:死亡患者の家族への剖検の説明に同席し、剖検に立ち会う。CPC においては、症例レポート作成は不要とするが、症例提示を行い、フィードバックを受け、考察を含む最終的なまとめまで行う。

CPC の開催については、関係臨床科医師および病理医の出席を求める必要がある。出席者の把握のほか、議事録等を作成することが望ましい。なお、臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合には、CPC を開催している臨床研修協力施設において適切に CPC 研修が行われるように配慮しなければならない。

研修医は CPC 研修の症例提示において、少なくとも何らかの主体的な役割を担うこ

とが必要であり、CPC のディスカッションで積極的に意見を述べ、フィードバックを受けることが求められる。

臨床経過と病理解剖診断に加えて、CPC での討議を踏まえた考察の記録が残されなくてはならない。

2）研修が推奨される項目である感染制御チーム、緩和ケアチーム、栄養 サポートチーム、認知症ケアチーム、退院支援チーム等、診療領域・職種横断的なチームの活動への参加、発達障害等の児童・思春期精神科領域、薬剤耐性菌、ゲノム医療等については、下記の研修目的、研修方法を参考に、研修医の希望に応じて環境を整備する。これらの項目に関する研修は必修分野あるいは選択分野のローテーション中に実施でき、そのために数日程度、当該必修分野あるいは選択分野の研修から離脱してもよく、その分を後日補う必要はない。ただし、離脱しても到達目標を満たせることを前提とする。実施した研修に関しては PG-EPOC 等の評価ツールを用いて、研修したことを記録する。

ⅰ）児童・思春期精神科領域

研修目的：臨床現場で直面する発達障害や不登校の児などについて、支援のあり方、初期対応の実際や臨床心理士などとの連携について学ぶ。

研修方法：小児科や精神科の外来および病棟研修において、不登校や発達障害の小児を担当し、診療の実際を学び、職種間の症例会議などに参加する。教育現場での対応を学ぶため、学校健診に参加する。本テーマについて系統的に学べる講義を受講してもよい。

ⅱ）薬剤耐性菌

研修目的：薬剤耐性に係る基本的な問題を理解し、その背景や対応策について学ぶ。

研修方法：薬剤耐性に関する系統的な講義の受講や、各研修病院におけるアンチバイオグラムを用いた薬剤耐性の状況把握と対策を実践する感染症制御チーム等に参加する。

ⅲ）ゲノム医療

研修目的：ゲノム医療について理解を深め、その重要性や進展について学ぶ。

研修方法：各診療分野に関連するゲノム医療の論文を用いた抄読会、あるいはゲノム医療に関する講演会や学会に参加する。

ⅳ）その他

感染制御チーム、緩和ケアチーム、栄養 サポートチーム、認知症ケアチーム、退院支援チーム等、診療領域・職種横断的なチームの活動に参加することが推奨される。

なお、⑫、⑬については、プログラム作成時に、研修時期と研修方法を明記する必要はないが、研修開始時のオリエンテーションにおいては、研修時期と研修方法について研修医に提示する必要がある。

経験すべき症候－29 症候－

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

（ショック、体重減少・るい痩、発疹、黄疸、発熱、もの忘れ、頭痛、めまい、意識障害・失神、けいれん発作、視力障害、胸痛、心停止、呼吸困難、吐血・喀血、下血・血便、嘔気・嘔吐、腹痛、便通異常（下痢・便秘）、熱傷・外傷、腰・背部痛、関節痛、運動麻痺・筋力低下、排尿障害（尿失禁・排尿困難）、興奮・せん妄、抑うつ、成長・発達の障害、妊娠・出産、終末期の症候）

経験すべき疾病・病態－26 疾病・病態－

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

（脳血管障害、認知症、急性冠症候群、心不全、大動脈瘤、高血圧、肺癌、肺炎、急性上気道炎、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、急性胃腸炎、胃癌、消化性潰瘍、肝炎・肝硬変、胆石症、大腸癌、腎盂腎炎、尿路結石、腎不全、高エネルギー外傷・骨折、糖尿病、脂質異常症、うつ病、統合失調症、依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博））

経験すべき症候及び経験すべき疾病・病態の研修を行ったことの確認は、日常診療において作成する病歴要約に基づくこととし、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含むこと。

＜解説＞

① 上記の 29 症候と 26 疾病・病態は、2 年間の研修期間中に全て経験するよう求められている必須項目となる。少なくとも半年に１回行われる形成的評価時には、その時点で研修医が経験していない症候や疾病・病態があるかどうか確認し、残りの期間に全て経験できるようにローテーション診療科を調整する必要がある。なお、「体重減少・るい痩」、「高エネルギー外傷・骨折」など、「・」で結ばれている症候はどちらかを経験すればよい。疾病・病態の中には、予防が重要なものも少なくなく、急性期の治療後は地域包括ケアの枠組みでの対応がますます重要になりつつあるものがある。したがって、予防の視点、社会経済的な視点で疾病を理解しておくことも重要である。依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）に関しては、ニコチン、アルコール、薬物、病的賭博依存症のいずれかの患者を経験することとし、経験できなかった疾病については座学で代替することが望ましい。

② 病歴要約とは、日常業務において作成する外来または入院患者の医療記録を要約したものであり、具体的には退院時要約、診療情報提供書、患者申し送りサマリー、転科サマリー、週間サマリー等の利用を想定しており、改めて提出用レポートを書く必要はない。

症例レポートの提出は必須ではなくなったが、経験すべき症候（29 症候）、および経験すべき疾病･病態（26 疾病･病態）について、研修を行った事実の確認を行うため日常業務において作成する病歴要約を確認する必要がある。

病歴要約には、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含むことが必要である。

病歴要約に記載された患者氏名、患者 ID 番号等は同定不可能とした上で記録を残す。

「経験すべき疾病･病態」の中の少なくとも１症例は、外科手術に至った症例を選択し、病歴要約には必ず手術要約を含めることが必要である。

その他（経験すべき診察法・検査・手技等）

基本的診療能力を身に付けるためには、患者の診療に直接携わることにより、医療面接と身体診察の方法、必要な臨床検査や治療の決定方法、検査目的あるいは治療目的で行われる臨床手技（緊急処置を含む）等を経験し、各疾病・病態について、最新の標準治療の提供にチームの一員として貢献する経験が必要である。

今回の制度見直し前の現行の臨床研修の到達目標にて経験目標の一部となっている「経験すべき診察法・検査・手技」については、項目が細分化されており、何らかの簡素化が必要との指摘を踏まえ、臨床研修部会報告書で「診療能力を評価する際の評価の枠組みに組み込む」こととされ、研修修了にあたって習得すべき必須項目ではなくなった。しかしながら、こうした経緯から、以下の項目については、研修期間全体を通じて経験し、第３章で後述する形成的評価、総括的評価の際に習得度を評価するべきである。特に以下の手技等の診療能力の獲得状況については、PG-EPOC 等に記録し指導医等と共有し、研修医の診療能力の評価を行うべきである。

① 医療面接

医療面接では、患者と対面した瞬間に緊急処置が必要な状態かどうかの判断が求められる場合があること、診断のための情報収集だけでなく、互いに信頼できる人間関係の樹立、患者への情報伝達や推奨される健康行動の説明等、複数の目的があること、そして診療の全プロセス中最も重要な情報が得られることなどを理解し、望ましいコミュニケーションのあり方を不断に追求する心構えと習慣を身に付ける必要がある。

患者の身体に関わる情報だけでなく、患者自身の考え方、意向、解釈モデル等について傾聴し、家族をも含む心理社会的側面、プライバシーにも配慮する。

病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー等）を聴取し、診療録に記載する。

② 身体診察

病歴情報に基づいて、適切な診察手技（視診、触診、打診、聴診等）を用いて、全身と局所の診察を速やかに行う。このプロセスで、患者に苦痛を強いたり傷害をもたらしたりすることのないよう、そして倫理面にも十分な配慮をする必要がある。とくに、乳房の診察や泌尿・生殖器の診察（産婦人科的診察を含む）を行う場合は、指導医あるいは女性看護師等の立ち合いのもとに行わなくてはならない。

③ 臨床推論

病歴情報と身体所見に基づいて、行うべき検査や治療を決定する。患者への身体的負担、緊急度、医療機器の整備状況、患者の意向や費用等、多くの要因を総合してきめなければならないことを理解し、検査や治療の実施にあたって必須となるインフォームドコンセントを受ける手順を身に付ける。また、見落とすと死につながるいわゆる Killer disease を確実に診断できるように指導されるのが望ましい。

④ 臨床手技

1）大学での医学教育モデルコアカリキュラム（2016 年度改訂版）では、学修目標として、体位変換、移送、皮膚消毒、外用薬の貼布・塗布、気道内吸引・ネブライザー、静脈採血、胃管の挿入と抜去、尿道カテーテルの挿入と抜去、注射（皮内、皮下、筋肉、静脈内）を

実施できることとされている。また、中心静脈カテーテルの挿入、動脈血採血・動脈ラインの確保、腰椎穿刺、ドレーンの挿入・抜去、全身麻酔・局所麻酔・輸血、眼球に直接触れる治療については、見学し介助できることが目標とされている。

2）研修開始にあたって、各研修医が医学部卒業までに上記手技をどの程度経験してきたのか確認し、研修の進め方について個別に配慮することが望ましい。

3）具体的には、①気道確保、②人工呼吸（バッグ・バルブ・マスクによる徒手換気を含む。）、③胸骨圧迫、④圧迫止血法、⑤包帯法、⑥採血法（静脈血、動脈血）、⑦注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）、⑧腰椎穿刺、⑨穿刺法（胸腔、腹腔）、⑩導尿法、⑪ドレーン・チューブ類の管理、⑫胃管の挿入と管理、⑬局所麻酔法、⑭創部消毒とガーゼ交換、⑮簡単な切開・排膿、⑯皮膚縫合、⑰軽度の外傷・熱傷の処置、⑱気管挿管、⑲除細動等の臨床手技を身に付ける。

⑤ 検査手技

血液型判定・交差適合試験、動脈血ガス分析（動脈採血を含む）、心電図の記録、超音波検査等を経験する。

⑥ 地域包括ケア・社会的視点

症候や疾病・病態の中には、その頻度の高さや社会への人的・経済的負担の大きさから、社会的な視点から理解し対応することがますます重要になってきているものが少なくない。例えば、もの忘れ、けいれん発作、心停止、腰・背部痛、抑うつ、妊娠・出産、脳血管障害、認知症、心不全、高血圧、肺炎、慢性閉塞性肺疾患、腎不全、糖尿病、うつ病、統合失調症、依存症などについては、患者個人への対応とともに、社会的な枠組みでの治療や予防の重要性を理解する必要がある。

⑦ 診療録

日々の診療録（退院時要約を含む）は速やかに記載する。指導医あるいは上級医は適切な指導を行った上で記録を残す。入院患者の退院時要約には、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療方針、教育）、考察等を記載する。退院時要約を症候および疾病・病態の研修を行ったことの確認に用いる場合であって考察の記載欄がない場合、別途、考察を記載した文書の提出と保管を必要とする。

なお、研修期間中に、各種診断書（死亡診断書を含む）の作成を必ず経験すること。

第３章　到達目標の達成度評価

臨床研修に係る研修医の評価は、従前と同様に、（１）研修期間中の評価（形成的評価）と（２）研修期間終了時の評価（総括的評価）から構成されるが、今回の制度見直しで、（１）では「研修医評価票（Ⅰ～Ⅲ）」を、（２）では「臨床研修の目標の達成度判定票」を用いて、また、インターネットを用いた評価システム等を活用した電子的記録により、実施することとなった。そこで、本章では、上記の（１）および（２）の臨床研修の目標の達成度評価までの手順等について１．と２．で、そして現在開発中の評価システムの一例について３．で概説する。

なお、研修医の臨床研修の修了認定は、今回の制度見直し後も、従前と同様に、３つの評価（①研修実施期間の評価、②臨床研修の目標の達成度評価、③臨床医としての適性の評価）から構成されることになったが、修了認定については第４章を参照いただきたい。

Ⅲ　到達目標の達成度評価

１．臨床研修の目標の達成度評価までの手順

（１）研修医が到達目標を達成しているかどうかは、各分野・診療科のローテーション終了時に、医師及び医師以外の医療職が別添の研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを用いて評価し、評価票は研修管理委員会で保管する。医師以外の医療職には看護師を含むことが望ましい。上記評価の結果を踏まえて、少なくとも年２回、プログラム責任者・研修管理委員会委員が、研修医に対して形成的評価（フィードバック）を行う。 ２年間の研修終了時に、研修管理委員会において、研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを勘案して作成される「臨床研修の目標の達成度判定票」を用いて、到達目標の達成状況について評価する。

（２）２年次終了時の最終的な達成状況については、臨床研修の目標の達成度判定票を用いて評価（総括的評価）する。

＜解説＞

形成的評価（フィードバック）とは、目標と現状との関係を知り、目標達成のために方略を微調整する目的で、研修医が自らの到達度（できていること、できていないこと）を客観的に把握できるよう、指導医・指導者からの評価や具体的なアドバイスを研修医に提供することをいう。フィードバックが効果的に機能するためには、指導医・指導者と研修医との間に適切な信頼関係が構築され、一貫性を持った評価基準のもとで、必要な情報が十分に収集された上で、明示された到達目標と研修評価票の内容を基に適切な頻度で行う必要がある。研修分野・診療科のローテーション終了時には、評価票による評価を行うだけでなく、省察の時間を持ち、次のローテーション先で何を学ぶべきかなど、具体的に目標達成の方向性を見出せるよう、十分な話し合いの時間を持つことが望ましい。

２．研修医評価票の各項目の意味、解釈

今回の制度見直しで、2020 年度から実施される臨床研修の到達目標は、研修終了時に修得

していることが求められるA.基本的価値観（プロフェッショナリズム）、B.資質・能力、C.基本的診療業務から構成されるが、実務を通じた学習を中心とする臨床研修においては「実務評価」が中心となり、深いレベルの知識についてはプレゼンテーションを通じた評価が、技能については直接観察による評価が、価値観や態度については360度の直接観察による評価が適している。そのような考え方にそって、到達目標ごとに研修医評価票が作成された。

各研修分野・診療科ローテーション終了時に研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを用いて評価を行い、少なくとも半年に1回はそれらの評価結果に基づいた形成的評価（フィードバック）を行い、到達目標未達成の項目に関しては残りの研修期間で到達できるよう話し合い、計画する。研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲは、特に、研修1年次はレベル3に達していない評価が少なくないと思われるが、研修医の研修の改善を目的とする形成的評価であるので、研修終了時には各評価レベル3に達するよう研修医を指導することが肝要である。

研修終了時にはこれらすべての評価を総合的に判断し、達成度判定票を記載し、臨床研修の目標の達成度に係る総括的評価を行う（達成度評価の構造図参照）。プログラム責任者は、研修管理委員会に対して研修医ごとの臨床研修の目標の達成状況を、達成度判定票を用いて報告し、その報告に基づき、研修管理委員会は研修修了の可否について評価する。研修管理委員会は、管理者に対し、研修医の評価を報告しなければならないが、もし、未達の項目が残っている場合は、管理者及び研修管理委員会が当該研修医及び指導関係者と十分話し合った上で、管理者の責任で未修了と判定し、管理者が当該研修医の研修期間を延長する。

臨床現場での評価は主として指導医が行うが、複数の評価者による複数回の評価によって信頼性と妥当性を高めることができることから、より多くの評価者に評価票を記載してもらうことが望ましい。指導医および医師以外の医療職種である指導者による評価票の記載は必須である。

なお、これまで研修医の評価に広く用いられているEPOCは、３．で後述するように評価制度見直しに合わせて改修された新システム（PG-EPOC）が2020年４月から運用されており、2022年度末で全国約5,600施設、登録研修医は約16,000名（利用率92%）、指導医約60,000名、メディカルスタッフ約5,300名が利用している。

研修医評価票

Ⅰ：到達目標の「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」に関する評価

１）何を評価するのか

到達目標における医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）4項目について評価する。研修医の日々の診療実践を観察して、医師としての行動基盤となる価値観などを評価する。具体的には医師の社会的使命を理解した上で医療提供をしているのか（A-1）、患者の価値観に十分配慮して診療を行っているのか（A-2、A-3）、医療の専門家として生涯にわたって自己研鑽していく能力を身につけているのか（A-4）などについて多角的に評価する。

２）評価のタイミング

研修分野・診療科のローテーション終了時ごとに評価する。必修診療科だけでなく、選択診療科でも行う。指導医が立ち会うとは限らない場面で観察される行動や能力も評価対象となっていることから、指導医のみならず、研修医を取り巻く他の医師、さまざまな医療スタッフが評価者となる。結果は研修管理委員会で共有されなくてはならない。また、

ある研修分野・診療科から次の研修分野・診療科へ移る際には、指導医間、指導者間で評価結果を共有し、改善につなげる。

3）記載の実際

観察期間は評価者が当該研修医に関与し始めた日から関与を終えた日までとし、記載日は実際に評価票を記載した日付とする。観察期間の最終日からできるだけ短期間で評価票を記載することが望ましい。指導医あるいは指導者としての関与の仕方によっては研修医を観察する機会がない項目もあり、そのような場合には観察機会なしのボックスにチェックする。

期待されるレベルとは、当該研修医の評価を行った時点で期待されるレベルではなく、研修を修了した研修医に到達してほしいレベルを意味している。そのため、研修途中の診療科では期待通りのレベルに到達していないことが少なくないと思われるが、研修修了時点で期待通りのレベルにまで到達するよう指導する必要がある。

評価者によって期待される到達度の解釈が少々異なる可能性もあるが、個々の評価者の判断に任せてよい。そのような場合でも、評価者が多ければ全体としての評価の信頼性、妥当性を確保できるので、可能な限り多くの評価者に記載してもらう。

また、評価の参考となった印象的なエピソードがあれば、その良し悪しにかかわらず、自由記載欄に記載する。特に「期待を大きく下回る」と評価した場合には、その評価の根拠となったエピソードを必ず記載する。

図 3-1　研修医評価票 I

研修医評価票　I

「A. 医師としての基本的価値観(プロフェッショナリズム)」に関する評価

研修医名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

研修分野・診療科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

観察者　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　区分　□医師　□医師以外（職種名　　）

観察期間 ＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　～　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

記載日　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

	レベル１ 期待を大きく下回る	レベル２ 期待を下回る	レベル３ 期待通り	レベル４ 期待を大きく上回る	観察機会なし
A-1. 社会的使命と公衆衛生への寄与 社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。	□	□	□	□	□
A-2. 利他的な態度 患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。	□	□	□	□	□
A-3. 人間性の尊重 患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。	□	□	□	□	□
A-4. 自らを高める姿勢 自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。	□	□	□	□	□

※「期待」とは、「研修修了時に期待される状態」とする。
印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。特に、「期待を大きく下回る」とした場合は必ず記入をお願いします。

〔　　〕

Ⅱ：到達目標の「B. 資質・能力」に関する評価

1）何を評価するのか

研修医が研修修了時に修得すべき包括的な資質・能力 9 領域（32 下位項目）について評価する。研修医は日々の診療実践を通して、段階的に医師としての資質・能力を修得していく。また、項目の内容によっては、それまでにローテーションした分野・診療科が異なれば、到達度が異なる可能性が高い。また、分野・診療科の特性上、評価しやすい項目とそうでない項目があることも予測される。研修医の日々の診療活動をできる限り注意深く観察して、臨床研修中に身に付けるべき医師としての包括的な資質・能力の達成度を継続的に評価する。

2）評価のタイミング

研修分野・診療科のローテーション終了時ごとに、指導医だけでなく、研修医に関わる様々な医療スタッフが異なった観点で評価し、分野・診療科毎の最終評価の材料として用いる。結果は研修管理委員会で共有されなくてはならない。また、現研修診療科から次の研修診療科へ移る際に指導医間、指導者間で評価結果が共有され、改善を目指して有効活用されることが望ましい。

3）記載の実際

観察期間は評価者が関与し始めた日から関与を終えた日を記載し、記載日は実際に評価票を記載した日付とする。観察期間の最終日からできるだけ短期間で評価票を記載することが望ましい。

評価票のレベルは４段階に分かれており、

レベル１：医学部卒業時に修得しているレベル（医学教育モデル・コア・カリキュラムに規定されているレベル）

レベル２：研修の中途時点（１年間終了時点で習得されているべきレベル）

レベル３：研修終了時点で到達すべきレベル

レベル４：他者のモデルになり得るレベル

９つの領域について包括的にレベルをチェックする構成となっているが、領域によっては２つのレベルの中間という評価もありうるため、隣接するレベルの中間にチェックボックスが設けられている。また、評価にあたって、複数の下位項目間で評価レベルが異なる可能性がある場合は、それらを包括した評価としてチェックボックスのいずれかをチェックし、研修医にはどの下位項目がどのレベルに到達しているのかを具体的にフィードバックする。研修終了時には、すべての領域でレベル３以上に到達できるように指導する。また、研修分野・診療科によっては観察する機会がない領域もあると考えられ、その場合にはチェックボックス「観察する機会が無かった」にチェックする。

また、研修医へのフィードバックに有用と考えられるエピソードやレベル判定に強く影響を与えたエピソードがあれば、その内容をコメント欄に記載する。

図 3-2　評価票の記載例

1.　**医学・医療における倫理性**：

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

レベル１ モデル・コア・カリキュラム	レベル２	レベル３ 研修終了時で期待されるレベル	レベル４
■医学・医療の歴史的な流れ、臨床倫理や生と死に係る倫理的問題、各種倫理に関する規範を概説できる。 ■患者の基本的権利、自己決定権の意義、患者の価値観、インフォームドコンセントとインフォームドアセントなどの意義と必要性を説明できる。 ■患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を理解した上で適切な取り扱いができる。	人間の尊厳と生命の不可侵性に関して尊重の念を示す。	**人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。**	モデルとなる行動を他者に示す。
	患者のプライバシーに最低限配慮し、守秘義務を果たす。	**患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。**	モデルとなる行動を他者に示す。
	倫理的ジレンマの存在を認識する。	**倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。**	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づいて多面的に判断し、対応する。
	利益相反の存在を認識する。	**利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。**	モデルとなる行動を他者に示す。
	診療、研究、教育に必要な透明性確保と不正行為の防止を認識する。	**診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。**	モデルとなる行動を他者に示す。

□	□	□	■	□	□	□

□　観察する機会が無かった

コメント：

倫理的な葛藤に関してはもう少し、深く考えた方が良いでしょう。（指導医サイン）

図 3-3　研修医評価票Ⅱ

研修医評価票 Ⅱ

「B. 資質・能力」に関する評価

研修医名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

研修分野・診療科：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

観察者　氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　区分　□医師　□医師以外（職種名　　）

観察期間　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　～　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

記載日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

レベルの説明

レベル１	レベル２	レベル３	レベル４
臨床研修の開始時点で 期待されるレベル （モデル・コア・カリキュラム相当）	臨床研修の中間時点で 期待されるレベル	臨床研修の終了時点で 期待されるレベル （到達目標相当）	上級医として 期待されるレベル

図 3-4　研修医評価票Ⅱ（1. 医学・医療における倫理性）

1.　**医学・医療における倫理性**：

診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。

レベル１ モデル・コア・カリキュラム	レベル２	レベル３ 研修終了時で期待されるレベル	レベル４
■医学・医療の歴史的な流れ、臨床倫理や生と死に係る倫理的問題、各種倫理に関する規範を概説できる。 ■患者の基本的権利、自己決定権の意義、患者の価値観、インフォームドコンセントとインフォームドアセントなどの意義と必要性を説明できる。 ■患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を理解した上で適切な取り扱いができる。	人間の尊厳と生命の不可侵性に関して尊重の念を示す。	**人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。**	モデルとなる行動を他者に示す。
	患者のプライバシーに最低限配慮し、守秘義務を果たす。	**患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。**	モデルとなる行動を他者に示す。
	倫理的ジレンマの存在を認識する。	**倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。**	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づいて多面的に判断し、対応する。
	利益相反の存在を認識する。	**利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。**	モデルとなる行動を他者に示す。
	診療、研究、教育に必要な透明性確保と不正行為の防止を認識する。	**診療、研究、教育の透明性を確保し、不正行為の防止に努める。**	モデルとなる行動を他者に示す。

□	□	□	□	□	□	□

□　観察する機会が無かった

コメント：

図 3-5　研修医評価票Ⅱ（2. 医学知識と問題対応能力）

2.　**医学知識と問題対応能力：**

最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題について、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。

レベル１ モデル・コア・カリキュラム	レベル２	レベル３ 研修終了時で期待されるレベル	レベル４
■必要な課題を発見し、重要性・必要性に照らし、順位付けをし、解決にあたり、他の学習者や教員と協力してより良い具体的な方法を見出すことができる。適切な自己評価と改善のための方策を立てることができる。 ■講義、教科書、検索情報などを統合し、自らの考えを示すことができる。	頻度の高い症候について、基本的な鑑別診断を挙げ、初期対応を計画する。	**頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。**	主な症候について、十分な鑑別診断と初期対応をする。
	基本的な情報を収集し、医学的知見に基づいて臨床決断を検討する。	**患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床決断を行う。**	患者に関する詳細な情報を収集し、最新の医学的知見と患者の意向や生活の質への配慮を統合した臨床決断をする。
	保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案する。	**保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。**	保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、患者背景、多職種連携も勘案して実行する。

□	□	□	□	□	□	□

□　観察する機会が無かった

コメント：

図 3-6　研修医評価票Ⅱ（3. 診療技能と患者ケア）

3.　**診療技能と患者ケア**：

臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■必要最低限の病歴を聴取し、網羅的に系統立てて、身体診察を行うことができる。 ■基本的な臨床技能を理解し、適切な態度で診断治療を行うことができる。 ■問題志向型医療記録形式で診療録を作成し、必要に応じて医療文書を作成できる。 ■緊急を要する病態、慢性疾患、に関して説明ができる。	必要最低限の患者の健康状態に関する情報を心理・社会的側面を含めて、安全に収集する。	**患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。**	複雑な症例において、患者の健康に関する情報を心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
	基本的な疾患の最適な治療を安全に実施する。	**患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。**	複雑な疾患の最適な治療を患者の状態に合わせて安全に実施する。
	最低限必要な情報を含んだ診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切に作成する。	**診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。**	必要かつ十分な診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成でき、記載の模範を示せる。

□	□	□	□	□	□	□

□　観察する機会が無かった

コメント：

図 3-7　研修医評価票Ⅱ（4. コミュニケーション能力）

4.　**コミュニケーション能力**：

患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■コミュニケーションの方法と技能、及ぼす影響を概説できる。 ■良好な人間関係を築くことができ、患者・家族に共感できる。 ■患者・家族の苦痛に配慮し、分かりやすい言葉で心理的社会的課題を把握し、整理できる。 ■患者の要望への対処の仕方を説明できる。	最低限の言葉遣い、態度、身だしなみで患者や家族に接する。	**適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。**	適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで、状況や患者家族の思いに合わせた態度で 患者や家族に接する。
	患者や家族にとって必要最低限の情報を整理し、説明できる。指導医とともに患者の主体的な意思決定を支援する。	**患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。**	患者や家族にとって必要かつ十分な情報を適切に整理し、分かりやすい言葉で説明し、医学的判断を加味した上で患者の主体的な意思決定を支援する。
	患者や家族の主要なニーズを把握する。	**患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。**	患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握し、統合する。

□	□	□	□	□	□	□

□　観察する機会が無かった

コメント：

図 3-8　研修医評価票Ⅱ（5. チーム医療の実践）

5. **チーム医療の実践**：

医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。

レベル１ モデル・コア・カリキュラム	レベル２	レベル３ 研修終了時で期待されるレベル	レベル４
■チーム医療の意義を説明でき、（学生として）チームの一員として診療に参加できる。 ■自分の限界を認識し、他の医療従事者の援助を求めることができる。 ■チーム医療における医師の役割を説明できる。	単純な事例において、医療を提供する組織やチームの目的等を理解する。	**医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。**	複雑な事例において、医療を提供する組織やチームの目的とチームの目的等を理解したうえで実践する。
	単純な事例において、チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。	**チームの各構成員と情報を共有し、連携を図る。**	チームの各構成員と情報を積極的に共有し、連携して最善のチーム医療を実践する。

□	□	□	□	□	□	□

□　観察する機会が無かった

コメント：

図 3-9　研修医評価票Ⅱ（6. 医療の質と安全の管理）

6. **医療の質と安全の管理**：

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

レベル１ モデル・コア・カリキュラム	レベル２	レベル３ 研修終了時で期待されるレベル	レベル４
■医療事故の防止において個人の注意、組織的なリスク管理の重要性を説明できる ■医療現場における報告・連絡・相談の重要性、医療文書の改ざんの違法性を説明できる ■医療安全管理体制の在り方、医療関連感染症の原因と防止に関して概説できる	医療の質と患者安全の重要性を理解する。	**医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。**	医療の質と患者安全について、日常的に認識・評価し、改善を提言する。
	日常業務において、適切な頻度で報告、連絡、相談ができる。	**日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。**	報告・連絡・相談を実践するとともに、報告・連絡・相談に対応する。
	一般的な医療事故等の予防と事後対応の必要性を理解する。	**医療事故等の予防と事後の対応を行う。**	非典型的な医療事故等を個別に分析し、予防と事後対応を行う。
	医療従事者の健康管理と自らの健康管理の必要性を理解する。	**医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの健康管理に努める。**	自らの健康管理、他の医療従事者の健康管理に努める。

□	□	□	□	□	□	□

□　観察する機会が無かった

コメント：

図 3-10　研修医評価票Ⅱ（7. 社会における医療の実践）

7. **社会における医療の実践**：

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■離島・へき地を含む地域社会における医療の状況、医師偏在の現状を概説できる。 ■医療計画及び地域医療構想、地域包括ケア、地域保健などを説明できる。 ■災害医療を説明できる ■（学生として）地域医療に積極的に参加・貢献する	保健医療に関する法規・制度を理解する。	**保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。**	保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解し、実臨床に適用する。
	健康保険、公費負担医療の制度を理解する。	**医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。**	健康保険、公費負担医療の適用の可否を判断し、適切に活用する。
	地域の健康問題やニーズを把握する重要性を理解する。	**地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。**	地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案・実行する。
	予防医療・保健・健康増進の必要性を理解する。	**予防医療・保健・健康増進に努める。**	予防医療・保健・健康増進について具体的な改善案などを提示する。
	地域包括ケアシステムを理解する。	**地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。**	地域包括ケアシステムを理解し、その推進に積極的に参画する。
	災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要が起こりうることを理解する。	**災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。**	災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要を想定し、組織的な対応を主導する実際に対応する。

□	□	□	□	□	□	□

□　観察する機会が無かった

コメント：

図 3-11　研修医評価票Ⅱ（8. 科学的探究）

8. **科学的探究**：

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

レベル 1 モデル・コア・カリキュラム	レベル 2	レベル 3 研修終了時で期待されるレベル	レベル 4
■研究は医学・医療の発展や患者の利益の増進のために行われることを説明できる。 ■生命科学の講義、実習、患者や疾患の分析から得られた情報や知識を基に疾患の理解・診断・治療の深化につなげることができる。	医療上の疑問点を認識する。	**医療上の疑問点を研究課題に変換する。**	医療上の疑問点を研究課題に変換し、研究計画を立案する。
	科学的研究方法を理解する。	**科学的研究方法を理解し、活用する。**	科学的研究方法を目的に合わせて活用実践する。
	臨床研究や治験の意義を理解する。	**臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。**	臨床研究や治験の意義を理解し、実臨床で協力・実施する。

□	□	□	□	□	□	□

□　観察する機会が無かった

コメント：

図 3-12　研修医評価票Ⅱ（9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢）

9.　**生涯にわたって共に学ぶ姿勢**：
医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

レベル１ モデル・コア・カリキュラム	レベル２	レベル３ 研修終了時で期待されるレベル	レベル４
■生涯学習の重要性を説明でき、継続的学習に必要な情報を収集できる。	急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収の必要性を認識する。	**急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。**	急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収のために、常に自己省察し、自己研鑽のために努力する。
	同僚、後輩、医師以外の医療職から学ぶ姿勢を維持する。	**同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。**	同僚、後輩、医師以外の医療職と共に研鑽しながら、後進を育成する。
	国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）の重要性を認識する。	**国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）を把握する。**	国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療等を含む。）を把握し、実臨床に活用する。

□	□	□	□	□	□	□

□　観察する機会が無かった

コメント：

Ⅲ：到達目標の「C. 基本的診療業務」に関する評価

1）何を評価するのか

研修修了時に身に付けておくべき 4 つの診療場面（一般外来診療、病棟診療、初期救急対応、地域医療）における診療能力の有無について、研修医の日々の診療行動を観察して評価する。

2）評価のタイミング

基本的診療業務として規定されている一般外来研修、病棟研修、救急研修、地域医療研修について、それぞれの当該診療現場での評価は当然として、その他の研修分野・診療科のローテーションにおいても、本評価票（研修評価票Ⅲ）を用いて評価する。指導医に加えて、さまざまな医療スタッフが異なった観点から評価し、最終評価の評価材料として用いる。結果は研修管理委員会で共有されなくてはならない。また、研修分野・診療科を移動する際、指導医間、指導者間で評価結果が共有され、継続性をもって改善につながるよう有効活用されることが望ましい。

3）記載の実際

観察期間は、評価者が関与し始めた日から関与を終えた日までとし、記載日は実際に評価票を記載した日付とする。観察期間の最終日からできるだけ短期間で評価票を記載することが望ましい。

評価票のレベルは４段階に分かれており、各基本的診療業務について、各レベルは下記のように想定しています。

レベル１：指導医の直接監督下で遂行可能
レベル２：指導医がすぐに対応できる状況下で遂行可能
レベル３：ほぼ単独で遂行可能
レベル４：後進を指導できる

研修修了時には4診療場面すべてについて、レベル３以上に到達できるよう指導を行う。実際には診療場面の様々な要因（患者背景、疾患など）によって達成の難易度が変わるため、一様に判定することは必ずしも容易ではない。できる限り、複数の観察機会を見出し、評価を行い、評価に影響したエピソードがあれば自由記載欄に記載する。そうすることによって、評価の妥当性を高めることができる。

図 3-13　研修医評価票Ⅲ

研修医評価票 Ⅲ

「C. 基本的診療業務」に関する評価

研修医名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

研修分野・診療科 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

観察者　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　区分　□医師　□医師以外（職種名　　）

観察期間 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日　～　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

記載日　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

レベル	レベル１ 指導医の直接の監督の下でできる	レベル２ 指導医がすぐに対応できる状況下でできる	レベル３ ほぼ単独でできる	レベル４ 後進を指導できる	観察機会なし
C-1. 一般外来診療 頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。	□	□	□	□	□
C-2. 病棟診療 急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域連携に配慮した退院調整ができる。	□	□	□	□	□
C-3. 初期救急対応 緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。	□	□	□	□	□
C-4. 地域医療 地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。	□	□	□	□	□

印象に残るエピソードがあれば記述して下さい。

〔　　〕

Ⅳ：臨床研修の目標の達成度判定票

1）目的

研修医評価票Ⅰ～Ⅲが研修医の研修の改善を目的とする形成的評価であるのに対して、この臨床研修の目標の達成度判定票は、研修医が臨床研修を終えるにあたって、臨床研修の目標を達成したかどうか（既達あるいは未達）を、プログラム責任者が記載し、各研修医の達成状況を研修管理委員会に報告することを目的とする総括的評価となる。なお、臨床研修管理委員会は、当該達成状況の報告に加え、研修を実際に行った期間や医師としての適性（安全な医療および法令･規則の遵守ができること）をも考慮して、研修修了認定の可否を評価し、管理者に報告する。第４章で後述するように研修医の修了認定は管理者が最終判断する。

2）記載の実際

研修中、各研修分野・診療科での研修終了時に、研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲが記載され、研修管理委員会に提出されている。かなりの数に上るであろうそれらの評価票を分析し、到達目標の A.医師としての基本的価値観、B.資質・能力、C.基本的診療業務それぞれの各項目の評価がレベル３以上に到達していること（既達）を確認し、臨床研修の到達目標の達成状況を判定（既達あるいは未達）する。

各項目の備考欄には、とりわけ未達の場合、その理由などを記載する。

3）判定

全項目中１つでも未達の項目があれば最終判定は未達となり、研修修了は認められない。その場合、どの項目がどのような理由で未達となっているのか、既達になるためにはどのような条件を満たす必要があるのかを具体的に記載し、判定を行った日付を記載して、研修プログラム責任者が署名する。研修終了時に未達項目が残る可能性があると考えられた場合には、研修期間中に既達になるよう研修プログラム責任者、臨床研修管理委員会は最大限の努力をしなくてはならない。

研修期間終了時に未達項目が残った場合には、管理者の最終判断により、当該研修医の研修は未修了となり、研修の延長・継続を要する。

図 3-14　臨床研修の目標の達成度判定票

臨床研修の目標の達成度判定票

研修医氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

A.　医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

到達目標	達成状況：既達／未達	備　　考
1. 社会的使命と公衆衛生への寄与	□既　□未	
2. 利他的な態度	□既　□未	
3. 人間性の尊重	□既　□未	
4. 自らを高める姿勢	□既　□未	

B.　資質・能力

到達目標	既達／未達	備　　考
1. 医学・医療における倫理性	□既　□未	
2. 医学知識と問題対応能力	□既　□未	
3. 診療技能と患者ケア	□既　□未	
4. コミュニケーション能力	□既　□未	
5. チーム医療の実践	□既　□未	
6. 医療の質と安全の管理	□既　□未	
7. 社会における医療の実践	□既　□未	
8. 科学的探究	□既　□未	
9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	□既　□未	

C.　基本的診療業務

到達目標	既達／未達	備　　考
1. 一般外来診療	□既　□未	
2. 病棟診療	□既　□未	
3. 初期救急対応	□既　□未	
4. 地域医療	□既　□未	

臨床研修の目標の達成状況	□既達　□未達
（臨床研修の目標の達成に必要となる条件等）	

年　　月　　日

○○プログラム・プログラム責任者　＿＿＿＿＿＿＿＿

３．PG-EPOC(E-Portfolio of Clinical training for PostGraduates)

従前より、研修医及び指導医は、臨床研修の到達目標に記載された個々の項目について、研修医が実際にどの程度履修したのか随時記録を行うものとされており、研修の進捗状況の記録については、研修医手帳が利用されているほか、インターネットを用いた評価システムなどが活用されている。

2018 年（平成 30 年）7 月 3 日付の厚生労働省医政局長省令施行通知文書では、研修期間中の評価は、少なくとも分野・診療科ごとの研修期間終了の際に、指導医を始めとする医師及び医師以外の医療職（看護師を含むことが望ましい）が、前出の研修医評価票を用いて、到達目標の達成度を評価し、研修管理委員会で保管することと規定され、研修の進捗状況の記録については、インターネットを用いた評価システム等を活用することと改められた。したがって、少なくとも分野・診療科ごとの研修期間終了の際に、研修評価票Ⅰ（1 枚）、Ⅱ（10 枚）、Ⅲ（1 枚）の合計 12 枚の評価票が複数の評価者から（施設によっては研修医自身からも）プログラム責任者・研修管理委員会に提出されるようになるため、研修修了までに多数の評価票を管理する必要があることから、これらの記録については電子的に管理することが必須となっている。

インターネットを用いた評価システムとしては、従前よりオンライン卒後臨床研修評価システム（EPOC）が広く活用されていた。EPOC は、到達目標の達成度の評価等、研修管理に有用な情報を記録・管理することが可能な、研修プログラム管理のサポートツールである。2020 年４月から、厚生労働省の補助金により開発された、＜臨床研修の到達目標、方略及び評価＞に準拠した新しい卒後臨床研修医用 EPOC（以下「PG-EPOC」という。）が運用されている。2022 年度末で全国約 5,600 施設、登録研修医は約 16,000 名（利用率 92%）、指導医約 60,000 名、メディカルスタッフ約 5,300 名が利用している。

PG-EPOC では、携帯端末からこれまでよりも簡便に情報の登録・閲覧ができることから、研修現場での評価およびフィードバックに活用することが可能である。加えて、経験症例や研修活動を記録する機能も搭載されているので、臨床研修の評価だけでなく、研修医自身の研修ポートフォリオとしても活用できる。本稿では、PG-EPOC の仕様の概要を紹介する。

（１）PG-EPOC と UMIN ID

PG-EPOC を利用するためには、大学病院医療情報ネットワークセンター(UMIN センター)の UMIN ID が必要である。UMIN ID は、医療関連の資格所持者であれば無料で取得できる。研修医は出身大学で取得済みである。UMIN ID を持たない評価者については、研修管理部門が評価を代行入力することで対応可能である。なお、EPOC システムから配信されるメール（評価依頼メール等）は UMIN アドレス（xxxx-xxx@umin.ac.jp）に送信されるので、受信できるように UMIN 電子メールの転送設定を行う必要がある。

（２）PG-EPOC に登録する情報

PG-EPOC には、①到達目標の達成度評価（研修医評価票Ⅰ～Ⅲ）、②研修履歴（研修期間／分野・診療科）、③経験した症候／疾病・病態の記録、④基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修の記録、⑤研修医へのフィードバックの記録、⑥到達目標の達成度判定票及び研修修了判定を登録する（図 3-15「達成度評価の構造」を参照）。必要に応じ

て、診察法・検査・手技等の記録、診療現場での評価、振り返り記録、講習会・研修会の受講歴、学術活動、その他の研修も登録可能である。

経験した症候／疾病・病態の記録は、患者識別番号（院内 ID 暗号化ツールが提供され暗号化が可能)、方略に挙げられている経験すべき症候／経験すべき疾病・病態の中で該当するもの、診断名、性別、年代、診療科、受持期間、外来及び入院の別、転帰等の最小限の情報を研修医が登録し、指導医・上級医は診療録への記載に基づいて研修を行ったことの確認を行う。

基本的な診療において必要な分野・領域等に関する研修の記録は、感染対策（院内感染や性感染症等)、予防医療（予防接種等)、虐待への対応、社会復帰支援、緩和ケア、アドバンス・ケア・プランニング（ACP)、臨床病理検討会（CPC）等の研修について、その内容を研修医が簡潔に登録する。

臨床研修の到達目標及び実務研修の方略が規定するもののほか、病院独自に到達目標を定めている場合も、評価項目を追加し評価の入力が可能である。

なお、いずれも患者個人情報は登録しない。

（3）診療現場での PG-EPOC への評価登録

PG-EPOC は、インターネットに接続されたスマートフォン等から登録・確認をすることが可能であり、診療現場で即時入力されることが期待される。研修医が PG-EPOC に登録した経験症例／疾病・病態は、指導医・上級医へメールで確認を依頼できるほか、研修医の携帯端末に QR コードを表示させ、それを指導医・上級医が読み取ることで確認が行える機能が搭載されている。同様に、QR コードで UMIN ID を持たない評価者に評価を依頼する機能も搭載されている。

（4）PG-EPOC に登録された情報の活用

登録された情報は、研修医ごとの研修内容を改善することを主な目的として、研修医（本人のデータ)、指導医（担当する研修医のデータ)、研修管理部門（全てのデータ）が閲覧可能とすることを基本にするが、閲覧権限の詳細は研修管理部門で設定が可能である。

研修医へのフィードバック等のため、登録された情報を閲覧するとともに、集積された研修評価票の要約（レーダーチャート等）を表示することや、自プログラムや全国の集計データを参照することが可能である。

研修修了時には、集積された研修評価票の評価記録から、到達目標の達成度判定票の草案を自動作成することが可能である。これを研修管理委員会で必要に応じて修正し、研修修了判定を行う。

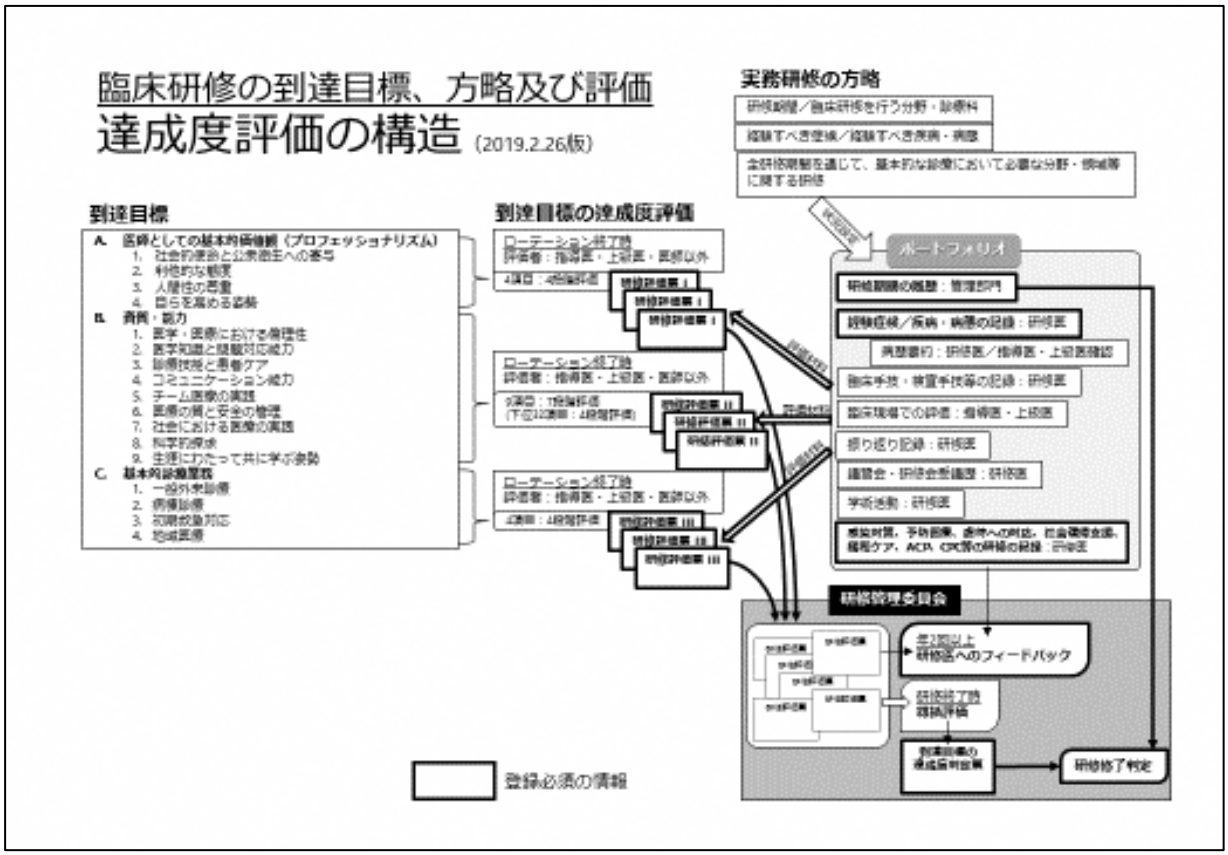
（5）研修医からプログラムへのフィードバック

PG-EPOC は、研修医の評価のほか、研修医から研修プログラムへのフィードバック（指導医評価、研修分野・診療科評価、研修施設評価、研修プログラム評価）も記録するものとなっており、研修プログラムの継続的な改善のための情報として活用されることが期待される。

（６）CC-EPOC(Clinical Clerkship E-Portfolio of Clinical training)との連携

卒前臨床実習生用 EPOC（以下「CC-EPOC」という。）は、医学教育モデル・コア・カリキュラムに対応した卒前の診療参加型臨床実習の評価及び実習活動の記録を電子的に行うツールである。2021 年度から運用が開始され、現在全国の大学医学部で順次導入が進んでいる。卒前卒後の一貫した医師の養成のため、CC-EPOC では臨床実習での評価とポートフォリオを PG-EPOC へ連携させる機能の開発が進められている。

図 3-15　臨床研修の到達目標、方略及び評価　―達成度評価の構造（2019.2.26 版）―



第４章　指導体制・指導環境

今回の制度見直しにより、第３章で概説したように研修医の評価は研修医評価票を用いるなどの変更点はあるが、研修医に対する指導方法、研修の指導体制・指導環境については、大きな変更点はない。2018 年（平成 30 年）7 月 3 日付の厚生労働省医政局長省令施行通知文書に基づき、管理者、研修管理員会、プログラム責任者、研修実施責任者、臨床研修指導医（指導医）、上級医、医師以外の指導者の位置づけと主な役割を以下に概説する。

臨床研修を行う病院の指導体制の全体像と各役割の相互関係を図 4-1 に示す。

１．管理者

臨床研修を行う基幹型臨床研修病院の管理者（院長等）は、病院（群）全体で研修医育成を行う体制を支援し、プログラム責任者や指導医等の教育担当者の業務が円滑に行われるように配慮する。研修管理委員会やプログラム責任者の意見を受けて、研修医に関する重要な決定を行う。

管理者の役割は以下のとおりである。

１）受け入れた研修医について、予め定められた研修期間内に研修が修了できるよう責任を負う。

２）研修医募集の際に研修プログラムと共に定められた事項を公表する。

３）研修医が臨床研修を中断した場合には、当該研修医の求めに応じて、臨床研修中断証を交付し、臨床研修の再開のための支援を行うことを含め、適切な進路指導を行う。さらに、中断証の写しと臨床研修中断報告書を地方厚生局に送付する。

４）研修管理委員会における、研修実施期間の確認、目標達成度の評価、安全な医療および法令･規則遵守の評価等を踏まえ、研修修了を認定する。

５）臨床研修を修了認定した研修医に対して、臨床研修修了証を交付する。併せて、臨床研修修了者一覧表を地方厚生局に提出する。

６）研修管理委員会の評価に基づき、研修を未修了と認定した研修医に対して、理由を付して、研修未修了理由書で通知する。

７）未修了者に対して、研修継続に先立ち、研修医が臨床研修の修了基準を満たすための履修計画表を地方厚生局に送付する。

８）研修記録（臨床研修を受けた研修医に関する規定の事項が記載された文書）を、臨床研修修了又は中断日から 5 年間保存する。

２．研修管理委員会

研修管理委員会は、基幹型臨床研修病院に設置され、臨床研修の実施を統括管理する機関であり、最上位の決定機関である。構成員として、管理者、事務部門責任者、全てのプログラム責任者、協力型病院及び臨床研修協力施設の研修実施責任者、外部委員として、当該臨床研修病院及び臨床研修協力施設以外に所属する医師、有識者等を含む。なお、頻回の開催が困難な場合には、実務を取り扱う下部委員会（研修管理小委員会等）を設置して、その任の

一部を担当させてもよい。

研修管理員会の役割は以下のとおりである、

1）研修プログラムの作成、プログラム相互間の調整、研修医の管理及び研修医の採用・中断・修了の際の評価等、臨床研修の実施の統括管理を行う。

2）プログラム責任者や指導医から研修医ごとの進捗状況について情報提供を受け、研修医ごとの研修進捗状況を把握･評価し、研修期間終了時に修了基準を満たさないおそれのある項目については確実に研修が行われるよう、プログラム責任者や指導医に指導・助言を行う。

3）研修医の研修期間の終了に際し、プログラム責任者の報告に基づき、研修の修了認定の可否について評価を行い、管理者に報告する。臨床研修中断証を提出して臨床研修を再開していた研修医については、中断証に記載された評価を考慮する。

4）分野毎のローテーション終了時に記載される研修医評価票を保管する。

5）研修医が臨床研修を継続することが困難であると評価された場合、中断を勧告することができる。

6）未修了との判定は、管理者と共に当該研修医及び研修指導関係者と十分に話し合い、正確な情報に基づいて行う。

３．プログラム責任者

プログラム責任者は、臨床研修病院の臨床研修関連実務を統括し、研修プログラムの企画・立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の援助を行う者である。臨床研修を行う病院(臨床研修協力施設を除く)の常勤医師であって、指導医及び研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有している者でなければならない。プログラム責任者になるためには、臨床研修指導医の資格を取得してさらに数年の実務経験を積んだ後、プログラム責任者講習会を受講する必要がある。１つの研修プログラムにおいて、20 人以上の研修医が臨床研修を受ける場合には、原則として、プログラム責任者とともに、副プログラム責任者を配置し、プログラム責任者及び副プログラム責任者の受け持つ研修医の数が１人あたり 20 人を超えないようにしなければならない。

プログラム責任者の役割を以下に示す。

1）プログラム責任者は、次に掲げる事項等、研修プログラムの企画立案及び実施の管理並びに研修医に対する助言、指導その他の援助を行う。

① 研修プログラムの原案を作成する。

②すべての研修医が臨床研修の目標を達成できるよう、全研修期間を通じて研修医の指導を行うとともに、研修プログラムの調整を行う。例えば、定期的に、あるいは必要に応じて、研修医ごとの到達目標の達成状況を把握・評価し、定められた研修期間の終了時までに、修了基準を満たさない項目について研修が重点的に行えるよう指導医に情報提供する。

③ 到達目標の達成度について、少なくとも年2回、研修医に対して形成的評価(フィードバック)を行う。

2）研修医の臨床研修の休止にあたり、履修期間を把握したうえで、休止の理由が正当かどうか判定する。研修医が修了基準を満たさなくなるおそれがある場合には、事前に研

修管理委員会に報告・相談するなどして対策を講じ、定められた研修期間内に研修を修了できるように努める。

3）研修期間の終了に際し、研修管理委員会に対して研修医の到達目標の達成状況を達成度判定票を用いて報告する。

4）管理者及び研修管理委員会が臨床研修の中断を検討する際には、十分話し合いを持つことで、当該研修医の臨床研修に関する正確な情報を提供する。

プログラム責任者には、プログラム責任者講習会の受講が求められるが、2020 年 3 月 31 日以前からプログラム責任者であった者については、2023 年 3 月 31 日までの間に限り、この規定は適用されない。

４．研修実施責任者

協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、臨床研修の実施を管理する者をいい、基幹型臨床研修病院の研修管理委員会の構成員となる。研修の評価及び認定において、研修実施責任者は指導医と同様の役割を担うのみならず、協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設などの代表者として、これらの施設における評価及び認定における業務を統括する役割を負う。

プログラム責任者と密接に連絡を取る必要がある。

５．臨床研修指導医（指導医）

指導医とは、研修医を指導する医師であり、臨床研修を行う病院の常勤の医師であって、研修医に対する指導を行うために必要な経験及び能力を有していなければならない。原則 7 年以上の臨床経験を有し、プライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会（指導医講習会）を受講していることが必須である。原則として、内科、救急部門、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科及び一般外来の各診療科並びに当該研修プログラムが独自に必修としている診療科に配置されており、勤務体制上指導時間を十分に確保できることが求められる。研修医 5 人に対して指導医が 1 人以上配置されていることが必要であるが、地域医療に対する配慮から、地域医療と同時に行う一般外来の研修は、指導医を含め、当該地域医療の指導体制が整っていることで差し支えない。なお、研修医による指導医の評価についても、指導医の資質向上に資すると考えられることから、強く推奨される。

指導医の役割を下記に示す。

1）研修医指導の責任者又は管理者であり、研修医を直接指導する場合だけでなく、いわゆる「屋根瓦方式」で指導医の指導監督の下、上級医が研修医を直接指導できることも想定している。

2）研修医が担当した患者の病歴や手術記録を作成するよう指導する。

3）担当する分野・診療科の研修期間中、研修医ごとに到達目標の達成状況を把握し、研修医に対する指導を行い、担当する分野における研修期間の終了後に、研修医評価票を用いて評価し、その結果をプログラム責任者に報告する。

4）研修医の評価に当たって、当該研修医の指導を行った又は共に業務を行った医師、看護師その他の職員と情報を共有することが望ましい。

5）研修医と十分意思疎通を図り、実際の状況と評価に乖離が生じないように努める。
6）指導医を始めとする医師及び医師以外の医療職は、各分野・診療科のローテーション終了時に、研修医評価票を用いて到達目標の達成度を評価し、研修管理委員会に提出する。
7）研修医自身が、インターネットを用いた評価システム等を活用して、研修の進捗状況を把握するように指導する。
8）定期的に研修の進捗状況を研修医に知らせ、研修医及び指導スタッフ間で評価結果を共有し、より効果的な研修へとつなげる。

６．上級医

有資格の「指導医」以外で、研修医よりも臨床経験の長い医師をいう。いわゆる「屋根瓦方式」の指導体制においては、指導医と研修医の間にあって、重要な役割を担う。上級医は、可能な限り指導医講習会を受講しておくことが望ましい（指導医講習会の受講には必ずしも 7 年以上の臨床経験を必要としない)。

上級医は、休日・夜間の当直における研修医の指導に関して、指導医と同等の役割をはたす。すなわち、休日・夜間の当直時、電話等により指導医又は上級医に相談できる体制が確保されるとともに、必要時、指導医又は上級医が直ちに対応できるような体制(オンコール体制)が確保されている必要があり、休日・夜間の当直を 1 年次の研修医が行う場合は、原則として指導医又は上級医とともに行わなければならない。

７．医師以外の医療職種（指導者）

看護師、薬剤師、臨床検査技師等、研修医の指導に関係する医師以外の医療職種全てを指す。研修医の教育研修は医師のみならず、全ての医療職種が協働し、病院を挙げて行うべきである。とくに、研修医の真正な評価には、医師以外の医療職種や患者･家族などからの評価も含めた、いわゆる「360 度評価」が望ましい。

評価にあたる指導者には、少なくとも看護師を含むことが望まれる。

８．メンター

職種にかかわらず、指導者たるメンター(mentor)は、指導を受けるメンティー(mentee)に対して、対話と助言を繰り返しつつ、仕事や日常生活面並びに人生全般における支援を継続的に行う。この一連のプロセスをメンターシップ(mentorship)と呼ぶ。省令施行通知などにおける規定はないが、指導体制充実の一環として、メンター制度を採用する研修プログラムが増えている。

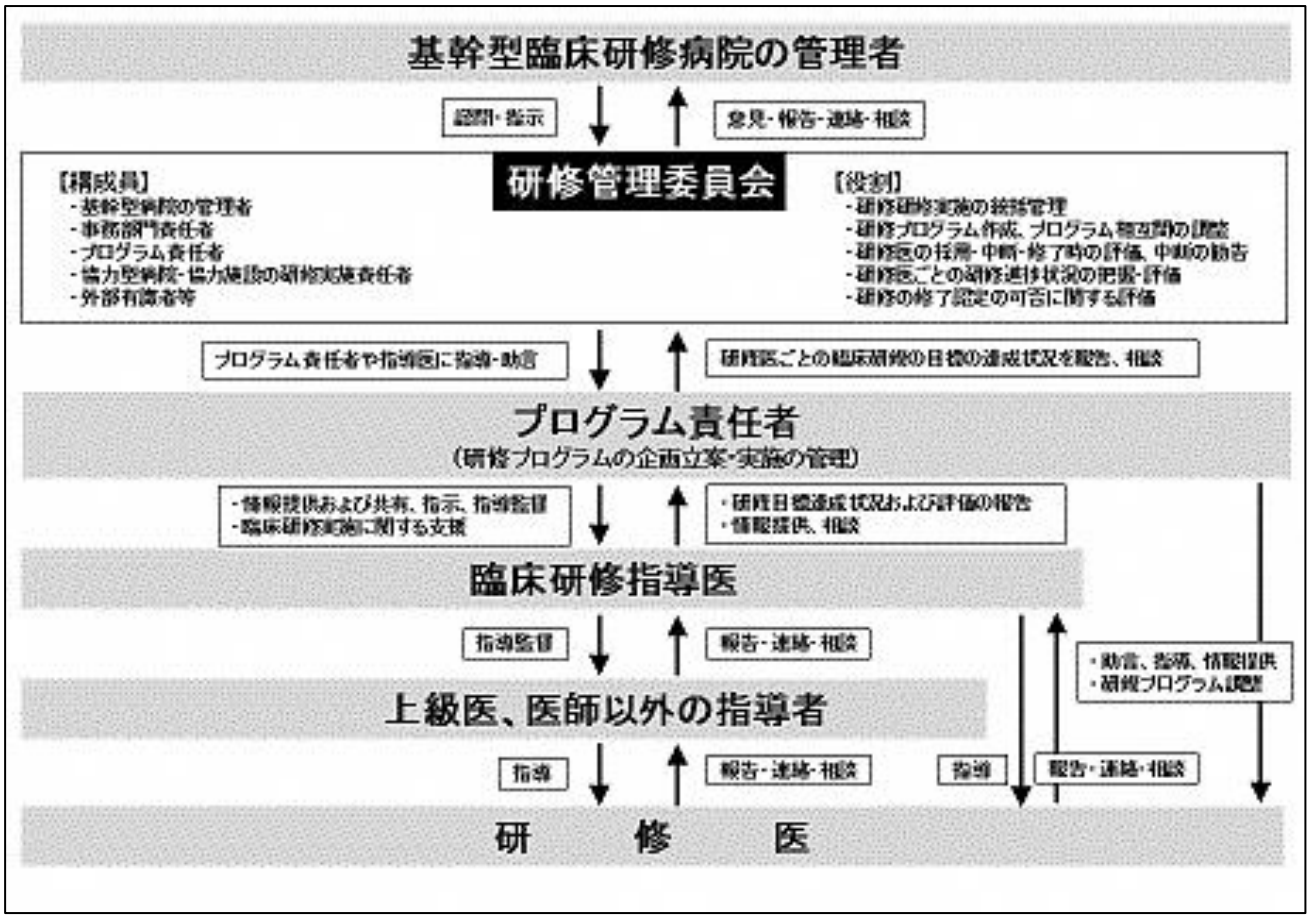
指導医や上級医が、当該分野・診療科のローテーション期間中、研修医からの相談を受け助言を与えるのに対し、メンターは、診療科の枠を超え、メンティーである研修医との定期的なコミュニケーションを通じ、彼らの研修生活やキャリア形成全般についての助言、精神面でのサポートなど、継続的な支援を行う。

メンター制度は、以下のステップを踏んで行われる。

1）メンターの選出（研修医教育に熱意を持つ医師の中からメンターを複数名指名）
2）研修医への情報提供（メンター制度の周知とメンター医師のプロフィール情報の提供）
3）研修医によるメンター選択（研修医が希望するメンター医師を選択）
4）メンターと研修医との顔合わせ（制度のオリエンテーションを含む）
5）メンタリング実施状況の把握（メンター及び研修医からのプログラム責任者への定期的な報告）

メンターとメンティーとの間には利害関係があってはならず、メンターには研修評価者とは別の医師がなるべきである。相談のしやすさから、研修医に年令の近い若手医師がメンターになる場合が多い。

図 4-1　臨床研修を行う病院の指導体制



第５章　研修医の労務環境

１．研修の労務と研修についての基本的な考え方

（１）労務管理に関する基礎的な知識

１）労働時間

臨床研修医は労働者であり、その労働については各労働法規の適用を受ける。労働時間等については労働基準法で規制されており、その詳細は以下の通りである。

① 労働時間

１週 40 時間、１日８時間とする

② 休憩

労働時間６時間超で、少なくとも 45 分の休憩

労働時間８時間超で、少なくとも１時間の休憩　を労働時間の途中に与える

③ 休日

１週１日又は４週４日の休日を与える

④ 時間外・休日労働の割増賃金

法定時間外労働においては 25％以上、法定時間外労働が１か月 60 時間を超えたときは 50％以上、法定休日労働においては 35％以上、22 時から５時までの間に勤務させたときにおいては 25％以上の割増賃金を支払う

２）時間外労働について

使用者は、過半数組合または過半数代表者と締結し、労働基準監督署に届け出た労使協定（36 協定）により、時間外または休日に労働させることができる。その場合も、労働基準法により、時間外労働の限度時間として、１か月 45 時間、１年 360 時間が上限とされている。ただし、臨時的な特別の事情があるとして特別条項を結べば、年間６か月を上限として、例外的に限度時間を超えることができ、月 100 時間未満（休日労働含む。）、年間 720 時間、複数月の平均で月 80 時間（休日労働含む。）が上限となる。

臨床研修医を含め、医師についてはこうした上限の適用が猶予されてきたが、2024 年４月より診療に従事する医師独自の上限が適用された。時間外労働の限度基準が１か月 45 時間、１年 360 時間となる点は同じであるが、臨時的な特別の事情があるとして特別条項を結べば、限度時間を超えることができ、時間外・休日労働時間は原則として年 960 時間が上限となる（Ａ水準）。さらには、地域医療の確保のための副業・兼業として派遣される際に適用される連携Ｂ水準、地域医療の確保のため自院内で長時間労働が必要な場合に適用されるＢ水準、臨床研修医/専攻医が集中的に技能を向上させるためにやむを得ず長時間労働が必要な場合に適用されるＣ－１水準、高度な技能研修のためにやむを得ず長時間労働が必要な場合に適用されるＣ－２水準の医師は、年 1,860 時間が上限となる（ただし、連携Ｂ水準では、自院内での時間外・休日労働は年 960 時間まで。）。

特にＣ－１水準については臨床研修医にも適用されうるものであるが、全ての臨床研修医に対してＣ－１水準が適用されるわけではなく、年 960 時間の範囲内で修練が可能な場合は原則どおりＡ水準が適用されることになる。各臨床研修プログラムで想定される上

限時間数が明示されていることから、自身で明示された時間数を確認し、自身に適した臨床研修とそれ以外の時間のバランスを検討した上で、研修病院を選択することができるという仕組みとなっている。

また、月単位では原則として時間外・休日労働時間を 100 時間未満とする必要があるが、（３）１）に後述する面接指導を実施した場合には、例外的に月 100 時間以上の時間外・休日労働を行わせることもできる。

３）宿日直勤務について

宿日直勤務については、労働基準監督署長の許可を得た場合には、上記の労働時間、休憩、休日に関する規定については、その適用が除外されることとなっている。ただし、その勤務の態様は「常態としてほとんど労働する必要のない勤務」とされており、特に医師、看護師等の宿直については、許可基準の取扱い細目を以下の通り定めている。

① 通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。
② 宿日直中に従事する業務は、一般の宿直業務以外には、特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限ること。
③ 宿直の場合は、夜間に十分睡眠がとり得ること。
④ 上記以外に、一般の宿日直許可の際の条件を満たしていること。

詳しくは、「医師、看護師等の宿日直許可基準について」（令和元年７月１日基発 0701 第８号労働基準局長通達）・「医師等の宿日直許可基準及び医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方についての運用に当たっての留意事項について」（令和元年７月１日基監発 0701 第１号労働基準局監督課長通達（令和６年１月 15 日改正））を参照のこと。

４）年次有給休暇を取得しやすい環境整備について

臨床研修医を含め、労働者には年次有給休暇を取得する権利が与えられている。勤務開始から６ヶ月継続して勤務し、全労働日の８割以上出勤すると 10 労働日分の有給休暇が付与され、医療機関側は年 10 日以上の年次有給休暇が付与される労働者に対して、年次有給休暇の日数のうち年５日については、使用者が時季を指定して取得させることが義務付けられている。

臨床研修医に対しては、①臨床研修医へ年度始期に有給休暇の希望日を聴取する、②定期的に有給休暇の残日数についてアナウンスを行う等、臨床研修を十分に実施しつつ、有給休暇の効果的な取得のために、各医療機関での工夫が求められる。また、各医療機関における全ての職員に向けた有給休暇を取得しやすい環境整備はもちろんのこと、医師になったばかりである臨床研修医の心情にも配慮し、休暇の申し出やすい環境を整えるよう臨床研修指導医へ適切に周知を行う。

（２）労働時間管理

2017 年 1 月に策定された「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」において、使用者には労働時間を適正に把握する責務があることが明記された。具体的には、労働者の労働日ごとの始業・終業時刻を、タイムカード、パソコンの使用時間などの客観的な記録に基づいて確認し、適正に記録することが求められている。

労働時間については、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、例えば、次のような時間は労働時間に該当することが示された。

① 使用者の指示により、就業を命じられた業務に必要な準備行為（着用を義務付けられた所定の服装への着替え等）や業務終了後の業務に関連した後始末（清掃等）を事業場内において行った時間

② 使用者の指示があった場合には即時に業務に従事することを求められており、労働から離れることが保障されていない状態で待機等している時間（いわゆる「手待時間」）

③ 参加することが業務上義務づけられている研修・教育訓練の受講や、使用者の指示により業務に必要な学習等を行っていた時間

（3）健康管理

2019 年 4 月に施行された改正労働安全衛生法などにおいて、産業医・産業保健機能の強化が図られ、事業者から産業医への情報提供を充実・強化するとともに、産業医から受けた勧告の内容を、労使や産業医で構成する衛生委員会に報告しなければならないことが定められた。あわせて、産業医が従業員からの健康相談に応じるための体制整備に努めるとともに、労働者の健康情報の適切な取り扱いの推進が図られることになった。

また、2024 年４月以降は、診療に従事する医師に対して、医療法等に基づき、以下の面接指導の実施と、勤務間インターバルの確保が医療機関に求められることとなった。

１） 面接指導について

医療機関は時間外・休日労働が月 100 時間以上となることが見込まれるＡ・連携Ｂ・Ｂ・Ｃ水準適用医師に対して、面接指導を実施する義務がある。面接指導は長時間働く医師一人一人の健康状態を確認し、医師の健康確保のため、必要に応じて、管理者（事業者）が就業上の措置を講じることを目的として行われる。

長時間労働医師への面接指導は、以下の要件を満たす「面接指導実施医師」が行う。

① 面接指導対象医師が勤務する病院または診療所の管理者でないこと

② 「面接指導実施医師養成講習会」の受講を修了していること

また、医療法に基づき、医療機関の管理者には以下の内容が義務づけられている。

① 面接指導対象医師に対し、面接指導を実施する事

② 面接指導実施医師に、面接指導に必要な情報を提供する事

③ 面接指導実施後、健康確保措置についての面接指導実施医師の意見を聞く事

④ 必要なときは、面接指導対象医師の健康確保のため、労働時間の短縮、宿直の回数の減少、その他の適切な措置を行う事

⑤ 面接指導、面接指導実施医師の意見、健康確保措置の内容を記録、保存する事等

面接指導では勤務の状況（労働時間や労働時間以外で留意すべき事項があるか）、睡眠の状況（睡眠評価表等により確認）、疲労の蓄積の状況（自己診断チェックリスト等により確認）、心身の状況等の確認を行う。

なお、面接指導は、月の時間外・休日労働時間が 100 時間以上となる前に実施する必要があるが、Ａ水準が適用されている医師は、疲労の蓄積（※）が認められなければ、月の時間外・休日労働が 100 時間以上となった後に遅滞なく実施することも可能とさ

れている。また前月において時間外・休日労働時間が 80 時間を超えた医師については、当月の時間外・休日労働時間が 100 時間以上となる可能性が高いため、あらかじめ面接指導の実施時期を決めておく等の対応が推奨されている。

※一定の疲労蓄積が認められる場合とは下記のいずれかに該当した場合である。

① 前月の時間外・休日労働時間数：100 時間以上
② 直近２週間の１日平均睡眠時間：６時間未満
③ 疲労蓄積度チェック：自覚症状が IV 又は疲労蓄積度の点数が４以上
④ 面接指導の希望：有

2）勤務間インターバルについて

診療に従事する医師に対し十分な休息時間（睡眠時間）を確保するため、医療法により、以下の通り勤務間インターバル規制がかかる（A水準医師に対しては努力義務）。

① 始業から 24 時間以内に９時間の連続した休息時間を確保
（通常の日勤および宿日直許可のある宿日直に従事させる場合）
② 始業から 46 時間以内に 18 時間の連続した休息時間を確保
（宿日直許可のない宿日直に従事させる場合）

確実に休息を確保する観点から、９時間又は 18 時間の連続した休息時間は、事前に勤務シフト等で予定されたものであることが原則となる。予定された９時間又は 18 時間の連続した休息時間中にやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合は、当該労働時間に相当する時間の代償休息を事後的に付与する必要がある。なお、C－１水準が適用される臨床研修医については、医師になって間もない時期でもあることを考慮し、勤務間インターバル規制は以下の通りとなる。

① 始業から 24 時間以内に９時間の連続した休息時間を確保
（通常の日勤および宿日直許可のある宿日直に従事させる場合）
② 始業から 48 時間以内に 24 時間の連続した休息時間を確保
（臨床研修における必要性から、指導医の勤務に合わせた 24 時間の連続勤務時間とする必要がある場合）

臨床研修医に対しては、代償休息が発生しないように、勤務間インターバルの確保を徹底することが原則である。ただし、医療機関は、臨床研修における必要性から、勤務間インターバル中の代償休息を付与する形式での研修を実施する場合は、その旨を臨床研修医の募集時に明示することで、代償休息の付与を行うことができる。

（４）研修医の労務管理

研修医は、医師免許を持ち、研修病院と雇用関係を持つ労働者である以上、労働法令の規制を受けるのは言うまでもない。ただ、一般の医師と比較して、医師としてのトレーニングを受ける学習者としての要素が大きいのも事実である。その場合、どこまでを労働として扱い、どこまでを研鑽として扱うかについては判断が難しいところであるが、研鑽として（＝労働ではない時間として）認められるためには、研修医の自由意思で、労働から離れることが保障されている（自らの判断で終了することができる）状態で行われていることが条件として、個別具体的に判断されることになる。その場合、労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事

する時間は労働時間に当たることに留意する必要がある。ここでいう「黙示の指示」とは、使用者の明示の指示はなくとも、「業務」並びに「業務に必要な準備行為」及び「業務終了後の業務に関連した後処理」を事業場内で行う時間は、労働時間に該当する場合があることを意味しており、研修医の場合は特にその線引きが難しい。

「医師の働き方改革に関する検討会」の報告書では、「医師については、自らの知識の習得や技能の向上を図る研鑽を行う時間が労働時間に該当するのかについて、判然としないという指摘がある。このため、医師の研鑽の労働時間の取扱いについての考え方と『労働に該当しない研鑽』を適切に取り扱うための手続を示すことにより、医療機関が医師の労働時間管理を適切に行えるように支援していくことが重要である」とされた。このため、各医療機関では、業務との関連性、制裁等の不利益の有無、上司の指示の範囲の明確化といった研鑽の労働時間該当性を明確化するために求められる手続を講ずるとともに、その適切な運用を確保するための環境の整備を図っていくことが求められる。

研鑽の類型ごとにみた労働時間該当性の判断の基本的考え方等、詳しくは、「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について」（令和元年７月１日基発 0701 第９号労働基準局長通達）・「医師等の宿日直許可基準及び医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方についての運用に当たっての留意事項について」（令和元年７月１日基監発 0701 第１号労働基準局監督課長通達（令和６年１月 15 日改正））を参照のこと。

（５）研修病院として行うべきこと

研修医の労働環境を守るためには、労働時間の管理は当然であるが、労働そのものを減らすための方策についても取り組んでいかなければならない。

これまでの研修体制では、研修医は、事務作業や患者移動、他の職種が実施可能な処置を担うことも多かったと思われる。これは、時間外労働について実質的に上限も管理も不十分だった時代に慣習として行われていたものであり、研修医の健康を守り、充実した研修を定められた時間内に行うために、病院を挙げて取り組むべき課題である。さらに一歩進めて、これまで医師が行ってきた業務を他の職種に移管するタスク・シフティングの推進は医療界全体のテーマでもあり、たとえば、静脈採血など看護師に移管された業務に関しては、研修目的のみで実施するなどの工夫も求められる。

同時に、研修医の健康を守るための支援や相談窓口の充実も必須である。医療安全などの観点から、毎日 6 時間以上の睡眠が確保されるような体制を整えるとともに、産業医や衛生委員会の活動強化を通して、研修医が心身ともに健康な状態で研修に臨めるようにサポートする仕組みの充実が求められる。

２．女性医師のための勤務環境の調整

（１）プログラム責任者の役割

１）研修医の健康及び安全管理

研修医が研修期間中に妊娠・出産などのライフイベントを経験する際、まず研修医の健康及び安全の確保が重要である。研修医は、妊娠した場合、適切な時期に指導医またはプログラム責任者に報告する。プログラム責任者は研修医の健康に配慮し、必要に応じローテーションの調整や夜勤の調整が行われるよう確認する。

2）研修医の研修遂行の管理

産前産後休暇や育児休業についての規定、研修修了のための規定などを研修医に伝え、理解を促す。研修中にライフイベントを経験したとしても、研修を遂行し修了できるよう研修医及び指導医に必要な助言を行う。

（2）指導医の役割

研修医と身近に接するため研修医から直接相談を受けることが多い立場である。研修医の妊娠・出産に際しては研修医の健康及び安全の確保を優先し、同時に研修を継続し、修了するための指導・支援を行う。また、研修医が休暇・休業を取得する場合には他の研修医に過重な負担がかからないよう留意するとともに、同僚や家族の生き方を理解し支えることは医師のプロフェッショナリズムの一環として重要であることを伝える。

（3）病院の環境整備

1）相談窓口の設置

研修医や指導医がライフイベントやハラスメント等について相談できる窓口があることが望ましい。

2）妊娠・出産・育児に関する環境整備

妊娠中の体調不良時に休憩できる場所、産後は搾乳できるスペースを確保することが望ましい。また、院内保育園、病児保育室などが設置してあることが望ましいが、それらが難しい場合、一時保育利用時の補助、ベビーシッター利用時の補助などを行うことも有効である。

3）指導医講習会を通じた理解の促進

女性医師がライフイベントを経験しながら就業を続けるために最も重要な要因の一つが職場の理解である。研修制度や産前産後休暇や育児休業についての規定、女性医師が直面している課題などについて、直接研修医と接する指導医が理解を深めることが重要である。これらは指導医講習会の内容に含めることにより効率的に周知することが可能である。

3．研修医の福利厚生と充実した研修生活のために

（1）研修医の福利厚生

1）住居

文字通り「レジデント」として、病院に近いところに住居があることが理想的である。物理的に難しい場合でも、夜間呼ばれたときに暗い夜道を歩くのは大変危険なので（特に女性)、夜間用の駐車場を確保するなどの対策が必要である。

ローテーションで短期間（例えば１か月）遠方の協力型病院で研修する場合には宿舎の確保は必須である。少なくともローテーションごとに研修医が不動産業者を回ったり、敷金･礼金を払ったりしなくてもすむように、病院が宿舎を持っていない場合は民間のアパートを借り上げるなどの配慮が望まれる。

2）病院内

① 研修医室

机、ロッカー（できれば研修医ごと）のほか、文献検索や教育用コンテンツなどのインターネットコンテンツの利用のため、インターネット接続ができる設備も必要である。また、医局のラウンジでは、自分よりはるかに年上の先生がいてくつろげないので、研修医室で弁当を食べたりお茶を飲んだりするスペースがあると研修医同士の情報交換、息抜きの場になる。

② 仮眠室

夜遅くまで研修した時や、夜間呼び出された翌日の昼休みなど、横になれるスペースが必要である。特に女性の場合医局のソファなどでは横になれないため、男女別の仮眠室があるとなおよい。

③ 食事

研修医は、食事を作ったり食べに行ったりする時間･余裕がないことが多いので、病院食を利用できたり、夜間補食ができるようなシステムがあると便利である。

④ 各種手続き、郵便物の受け取りなど

研修医が平日昼間に外出することは難しいので、銀行振り込みや郵便物の受け取りなどについて代行してもらえる制度があると便利である。

（2）研修の充実

1）シミュレータ

① シミュレータ教育の必要性

研修目標に到達するためには、知識の修得だけでは不十分であり、技能、態度領域の教育が重要である。しかしながら、未熟な研修医が患者に対して侵襲的な手技を行うことには倫理的にも安全管理上も問題が多いため、現場で実施する前にシミュレータを用いて十分に修練を積むことが望ましい。

② シミュレータ教育の利点

シミュレータ教育は、臨床現場におけるスキルの修得に比べて以下の利点を有する。

・実際の患者に害が及ばない
・いつでも、何度も反復して練習できる
・自己学習が可能である
・講義などの他の方法と組み合わせることで学習効果を高めることができる
・遭遇する機会の少ないシチュエーションについて繰り返し学ぶことができる
・主に技能・態度領域における評価に利用できる
・指導医が、研修医のレベルに合わせた教育効果の高いシナリオを意図的に設定できる

③ 用意すべき機材

各施設の状況により必要度は異なるため、予算と必要度に応じて整備すべき機材を決定する。教育効果の高い機材としては、救急蘇生に関するもの（心肺蘇生シミュレータ、挿管練習モデル、AED トレーナーなど)、身体診察に関するもの（心音・呼吸音、婦人科診察、直腸診、眼底、耳など)、手技に関するもの（縫合、採血・静注など）などがある。

④ 運営上の注意

i）運用ルール

運用に当たっては、事前申し込みの有無、鍵の管理、管理者の立ち会いを必要とするのかなどについてあらかじめ運用ルールを作成しておく必要がある。シミュレータ教育の利点を最大限に生かすために、学習者が使いたいときに利用できる体制を整えておく必要がある。

ii）メンテナンスが重要

シミュレータ教育は、技術的に未熟な研修医が「人間を壊さないように」練習するものであるから、シミュレータが破損するのはある程度はやむを得ない。また、たとえば口対口呼吸の練習など、使用するたびに洗浄・消毒あるいは部品交換が必要となるものもあり、また消耗品の補充、使用済みの機材の廃棄などの作業も必要である。

せっかく高価なシミュレータを購入しても、使えなければ何もならない。シミュレータの導入に当たっては、単に機材を購入するだけではなく、購入後のメンテナンスについて、人的・予算的な措置を考慮しておかなければならない。

iii）機材の共有化を図る

シミュレータは高価であり、かつ医療コストに直接貢献するものではないため、研修病院ですべてを整備することは難しい。地域でネットワークを作って機材を共有したり、行政、大学、医師会などが中心となって機材の購入・管理とメンテナンスを行い、研修病院が共同利用したりするなどの方式も有効であろう。

⑤ 図書室・インターネット

i）図書室

主要な医学雑誌、教科書は一通りそろえておくことが望ましい。可能であればオンラインジャーナルを整備しておくと、研修医は 24 時間どこからでも論文にアクセスできるので便利である。

国内では最近、臨床研修を強く意識した雑誌が各社から発売されており、研修医が修得しておくべき基本手技や、研修医が研修で困ったときの対策、指導医向けの指導方法など、研修に役立つ情報が掲載されている。

ii）二次資料

EBM（Evidence-Based Medicine）の普及に伴い、短時間で効率よく質の高い Research evidence にアクセスできる二次資料が充実してきている。研修医が EBM の考え方に基づいた医療が実践できるように指導するためにも、このような二次資料に自由にアクセスできる環境を整備することが望ましい。

第６章　医師臨床研修に関する Q&A

医師臨床研修に関するＱ＆Ａは、厚生労働省のホームページ（以下 URL）にて掲載しております。定期的なご確認をお願い致します。

【厚労省 HP の URL】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/rinsyo/qa/index.html