

国保診療施設における研修受け入れ状況に関する調査

全国国民健康保険診療施設協議会

診療所委員会

背景・目的

全国国民健康保険診療施設協議会（以下、国診協）では、令和 6 年 3 月に「国保直診ありたい姿に関する報告書」を取りまとめた。同報告書では、今後も国保直診施設（以下、国保直診）の運営を継続していくために、地域包括医療・ケアに関する理念や価値観を共有できる人材の確保・育成の重要性を提言している。また実際に、多くの国保直診は、研修医や学生の受け入れを行っている。

こうした中、国診協診療所委員会では、令和 7 年度から診療所で地域医療研修を行う研修医が、他施設の研修医や指導医とオンラインで交流し、互いに学び合うミーティング（通称「学びの会」）を開始した。参加した研修医・指導医からは研修内容の充実につながるとの評価が得られており、今後更なる参加者の拡大を目指している。

そこで、本調査では、全国の国保直診における研修医受け入れ状況、研修内容、研修に関する課題、および「学びの会」などの多施設参加型研修への関心を把握することを目的としてアンケートを実施した。

方法

国診協には、開設者委員会を除き 7 委員会 5 部会があり、それぞれが国保直診の維持・発展に寄与するような取り組みを行っている。これらの委員会・部会の運営においては、全国の国保直診の現状を把握し、課題を抽出するとともに、その解決策を検討するため、毎年「全国国保直診実態調査」を実施している。本調査は、令和 7 年度国保直診実態調査の一環として行われた。

調査対象は、国診協会員施設全施設とし、研修医受け入れ状況、研修内容などに関する質問票を作成し、電子媒体または Web により回答を依頼した。ただし、管理型臨床研修病院のうち、協力型臨床研修施設または協力施設として初期臨床研修医を受け入れていない施設については、回答不要とした。

国診協会員施設は、診療所から 200 床を超える病院まで多様な施設で構成されており、施設規模によって研修医の受け入れ状況や課題が異なることが想定されるため、以下の 4 群に分類して検討を行った。

- ・ 診療所
- ・ 小規模病院（20～99 床）
- ・ 中規模病院（100～199 床）
- ・ 大規模病院（200 床以上）

また、自由記載については、教育密度指数、地域関与指数、負担指数を設定し、それぞれ 0～3 点（0：ほぼ記載なし、1：散発的な記載、2：複数の記載、3：中核テーマとして頻出）で半定量化した。教育密度指数はマンツーマン指導、振り返りの頻度、研修医への裁量付与をもとに評価し、地域関与指数は在宅医療や住民活動、行政との連携などに関する記載から算出した。負担指数は時間外労働や業務増加など、教育負担に関する明示的な記述をもとに評価した。

結果

国保直診の全施設数は 792 施設であり、467 施設から回答（回答率 59.0%）を得た。本調査項目の回答対象施設は 467 施設であり、当該項目への回答率は 100%であった。施設分類別では大規模病院 26 施設、中規模病院 42 施設、小規模病院 79 施設、診療所 320 施設であった。

1. 研修医受け入れの有無（図 1）

研修医を受け入れている施設の割合は 37.1%であった。施設分類別では、中規模病院群で 73.8%、小規模病院群で 63.3%と高い割合であった一方、大規模病院群では 58.3%、診療所群では 60.6%が研修医を受け入れていなかった。

2. 研修医を受け入れている理由（図 2）

研修医を受け入れている理由としては、いずれの施設群も「地域医療を学ぶ場を提供したい」、「医師の教育・育成に貢献したい」、「自施設の診療内容が研修に適している」、「将来の人材確保につながる可能性がある」、「大

学・管理型病院からの要請がある」のすべての項目で回答が認められた。一方で、「自施設の診療内容が研修に適している」という項目に回答した割合は、他の項目と比較していずれの施設群でも低い傾向であった。自由記載では、「常勤医の負担軽減とマンパワー不足の解消」、「医師不足のため、戦力として必要」など、研修医受け入れ自体が病院の医師数の充足や戦力につながるといった記載や、「最新の医療知識のアップデート」、「地域医療を理解する医師を増やしたい」など、研修医受け入れを通じた相互学習に関する記載も認められた。

3. 指導医として特に研修医に学ばせようとしている点（図3）

指導医として研修医に学ばせようとしている点がある」と回答した割合は全体で87.2%であった。施設分類別では中規模病院群90.3%、小規模病院群92.0%と高い割合であった。

自由記載では、診療所群、特に無床診療所において「地域医療」「在宅医療」「へき地医療」「多職種連携」「地域包括ケア」などの語が多く認められていた。「主治医意見書作成」「サービス担当者会議への参加」「訪問診療同行」など、医療と生活を接続する実践的体験に関する記載も認められた。

大規模病院群では「臨床推論能力」「鑑別診断」「医療安全」「手術室実習」「救急対応」などの語が多く認められた。診断・治療能力の向上や専門的技能の習得に重点が置かれていた。プロフェッショナリズムや倫理観への言及もみられ、医師としての基礎的能力を体系的に育成する意図が読み取れた。中規模病院群および小規模病院群では、「急性期対応」「コモンディジーズの診療」に加え、「地域包括ケア」や「在宅医療」に関する記載も認められた。

4. 研修医からのフィードバック（図4）

研修医からのフィードバックがある」と回答した割合は、病院群で高い傾向がみられたが、診療所群では「ある」と「ない」がほぼ同程度であった。

フィードバックの方法としては、振り返りの時間、感想文、レポート、学会報告、SNS・メールなどの利用、アンケートなどが挙げられ、施設群間で大きな差は認められなかった。

5. 研修医送り出し病院との話し合い（図5）

送り出し病院との話し合いを行っている」と回答した施設は、いずれの施設群

でも多かった。話し合いの形態としては、研修管理委員会やWeb会議など定例会議が多かったが、メールや電話でのやり取りという回答も認められた。頻度は年1～3回程度であった。

6. 研修医の宿泊方法（図6）

病院群では、自施設宿舎の利用が多かった。一方、診療所群では、自宅から通勤が最も多く、次いで民間宿泊施設の利用が多かった。

その他の回答として、自施設官舎、病院借り上げアパートがあり、特に診療所群では送り出し元病院の官舎、市が管理している研修宿泊施設などの回答も認められた。

7. 宿泊・通勤に対して送り出し病院からの費用補助（図7）

宿泊・通勤に対して送り出し病院からの費用補助については、いずれの施設群でも「費用補助はない」と回答した割合が高かった。

8. 研修医受け入れで負担に感じていること（図8）

研修医受け入れで負担に感じているかについては、大規模病院群では「ある」と「ない」がほぼ同程度であった。一方、その他の施設群では「ない」と回答した割合が高かった。

自由記載では、負担要因として「人的資源不足」「時間的圧迫」「事務・宿泊などの環境整備」「研修医の質への対応」などが挙げられた。最も多く認められたのは指導医不足に関する記載であった。特に無床診療所や小規模病院では、一人医師体制やマンツーマン指導に伴い、通常診療後の時間外業務が増加するとの記載がみられた。また、外来診療と並行して指導を行うことにより、患者待ち時間が延長し診療効率の低下を指摘する記載も多く認められた。

事務的負担としては、スケジュール調整、契約手続き、電子カルテのローカルルール共有、オリエンテーション実施などの準備業務が施設規模を問わず挙げられた。中規模病院群および大規模病院群では、送り出し元との調整や制度対応の記載も認められた。さらに官舎確保、宿泊費負担、老朽化した宿舎整備など、生活基盤支援の負担に関する記載も認められた。また、やる気や基礎能力に差がある研修医への対応、地域医療へのモチベーション不足への対応に関する心理的負担も記載されていた。一方で「負担ではあるが役目である」といった受容的な記載も散見された。

9. 指導に当たり工夫していること（図9）

指導に当たり工夫していることが「ある」と回答した割合は、いずれの施設群でも高かった。

自由記載では、「主体的参加」「地域接続」「多職種連携」「頻回の振り返り」などが中心的な内容であった。

診療所群では、見学中心ではなく実務参加型とし、訪問診療や離島医療への同行を通じて生活者視点を養う工夫が認められた。また、研修医の希望や特性に応じた個別調整、日々のフィードバック、否定しない関わりなど、心理的安全性への配慮に関する記載も多く認められた。

小規模病院群および中規模病院群では、担当患者制、カンファレンス参加、Mini-CEX などを用いた構造化教育、多職種合同指導が行われていた。また、症例確保や受入数調整など、運営面の工夫も認められた。

大規模病院群では標準化されたカリキュラム整備と個別最適化を両立しようとする記載が認められた。

10. 研修医の受け入れにより医師以外の職員が学んでいること（図10）

研修医の受け入れにより医師以外の職員が学んでいることは「ない」と回答した割合は、大規模病院群と診療所群で高かった。

自由記載では、診療所群において、研修医の存在が日常業務の意義を再確認する機会となり、外部からの視点による刺激や内省を促していることが記載されていた。また、振り返りレクチャーや講話を通じ、ACP や地域医療に関する知識共有が行われている例も認められた。

小規模病院群および中規模病院群では、指導、症例報告会、多職種カンファレンスを通じて、説明力や知識整理が促されているとの記載が認められた。

大規模病院群では、教育体制の構築や評価方法の理解など、制度面での学習に関する記載も認められた。

11. 多職種（リハビリ職・栄養士・歯科など）が参加するプログラム（図11）

多職種（リハビリ職・栄養士・歯科など）が参加するプログラムを有する割合は中規模病院群および小規模病院群で高かった。

自由記載では、無床診療所では体系化されたプログラムは少ないものの、訪

問看護・訪問リハビリへの同行、ACP 啓発、特別養護老人ホームの見学、在宅ケア会議など、地域包括ケアに直結する実践参加型の内容が中心であった。有床診療所では、病棟会議や感染症研修など院内完結型の内容と、通所リハビリや外部連携を含む地域接続型の内容が認められた。

小規模病院群および中規模病院群では多職種カンファレンス、退院支援会議、NST 回診、各部門ローテーションなど、制度化された横断的教育が認められた。

大規模病院群では、さらに組織横断的で構造化されたプログラムが認められた。

12. 研修医が住民と関わる活動（例：健康教室、学校教育、在宅訪問など）に参加する機会（図 12）

研修医が住民と関わる活動（例：健康教室、学校教育、在宅訪問など）に参加する機会が「ある」と回答した割合は、いずれの施設群でも高かった。

活動内容としては、在宅訪問、健康教育（健康教室、健康講座）、栄養指導、病院祭・院内コンサート、地域で行われる健康相談、ワクチン集団接種時の問診、集団健診、学校・保育園の健診、地域ケア個別会議、介護施設の訪問・ミニ講座、小中学校での授業、巡回診療、訪問看護・訪問リハビリへの同行、コミュニティ活動、乳幼児健診、救急車同乗、産業医業務（職場巡視）、医療 MaaS、認知症カフェ、地域サロンなどが挙げられた。

13. 養成プログラムへの所属

1) 日本専門医機構認定「総合診療専門医」養成プログラム（図 13-1）

小規模病院群で、参加している割合が高かった。一方、その他の施設群では参加していない割合が高かった。

2) 地域医療学会「地域総合診療専門医」養成プログラム（図 13-2）

いずれの施設群でも参加していない割合が高かった。

14. 研修医を受け入れていない理由（図 14）

研修医を受け入れていない理由としては、いずれの群でも、「指導医の確保が難しい」と回答した割合が最も高かった。「大学・管理型からの要請がない」とする回答も多かった。

15. 多職種参加型 Zoom 研修会参加への興味（図 15）

多職種参加型 Zoom 研修会への参加意向については、中規模病院群では興味が「ある」と回答した割合が高かった。小規模病院群では興味が「ある」と「ない」がほぼ同程度であり、診療所群では興味が「ない」と回答した割合が高かった。一方、診療所群において 88 施設が参加に興味を示していた。

1. 自由記載の簡易指数化（表 1）

アンケート全体の自由記載欄の記載内容を教育密度、地域関与、負担の 3 項目に関して、出現頻度と記述内容の濃さをもとに簡易指数化を行った。その結果、教育密度、地域関与、負担のいずれの項目においても、無床診療所、有床診療所、小規模病院、中規模病院、大規模病院の順に指数が高い傾向が認められた。

表 1

	教育密度 指数	地域関与 指数	負担指数	教育モデルの特徴
無床診療所	3.0	3.0	3.0	生活没入型・マンツーマン 濃厚教育
有床診療所	2.5	2.5	2.5	ハイブリッド型（病棟＋在宅）
小規模病院	2.2	2.0	2.3	診療所寄り病院モデル
中規模病院	2.0	1.8	1.8	バランス型・制度教育併存
大規模病院	1.7	1.3	1.4	組織型・標準化教育

考察

本調査により、国保直診における研修医受け入れは、中規模病院および小規模病院で高い割合を示し、診療所では相対的に低いことが明らかとなった。診療所では、一人医師体制や限られた診療日数、近隣病院からの医師派遣による

運営など、受け入れに必要な人的・時間的余裕が乏しいことが背景にあると考えられる。

一方で、自由記載からは、診療所における研修内容は、在宅医療、多職種連携、住民活動、行政との接続など、地域包括医療・ケアの実践に深く関わる内容を含んでいることが示された。病院群では、臨床推論、救急対応、医療安全、専門的技能など、医学的能力の向上に重点が置かれていた。したがって、病院と診療所は研修医教育において異なる教育的価値を有しており、両者は補完的な関係にあると考えられる。

研修医受け入れの負担としては、指導医不足、時間的圧迫、事務的調整、宿泊環境整備、研修医の意欲や能力差への対応などが挙げられた。特に診療所や小規模病院では、人的資源が限られる中でマンツーマン指導を行っており、教育密度が高い一方で、負担も大きいことが示唆された。

また、宿泊・通勤に対する費用補助がない施設が多かったことから、研修医受け入れを継続・拡大するためには、宿泊環境や交通費補助を含めた支援体制の整備が重要であると考えられる。

総合診療専門医養成プログラムへの参加は、小規模病院群で比較的高かったものの、全体としては十分とはいえなかった。国保直診は、地域包括医療・ケア、在宅医療、多職種連携、住民との関わりを実践している施設が多く、総合診療医の養成に適した教育資源を有している。今後は、国保直診の特性を活かした総合診療専門医養成への参画を促進することが求められる。

多職種参加型 Zoom 研修会については、診療所群では参加意向が低い傾向にあったものの、88 施設が興味を示していた。このことから、既存の「学びの会」には一定の潜在的ニーズがあると考えられる。今後は、診療所の負担に配慮しつつ、短時間・少人数・実践共有型のオンライン研修を展開することで、参加施設の拡大が期待される。

まとめ

人口減少、少子高齢社会の中で、総合診療の重要性は一層高まっている。とりわけ、少子高齢化がより進む地域に立地する国保直診施設は総合診療ニーズに直面し、地域包括医療・ケアの実践という形で対応してきた経緯がある。

一方、総合診療専門医は日本専門医機構の基本 19 領域の一つとして位置づけられているが、「総合診療科」は現時点で標榜可能な診療科名とはされておらず、その追加について検討が進められている。

本調査では、国保直診の約4割が、地域医療を学ぶ場の提供や、医師の教育・育成への貢献を理由として、研修医を受け入れていることが示された。また、受け入れ施設では、研修医に伝えたい内容を明確に持ち、それを伝えるために指導上の工夫を行っていた。さらに、住民と関わる活動や多職種連携など、地域包括医療・ケアを学ぶ機会が多く研修内容に取り入れられていた。

一方で、研修医受け入れには、指導に伴う業務量の増加、マンパワー不足、研修の質の担保、宿舎の確保、通勤費などの費用負担を含む多くの課題も認められた。特に診療所では、より限られた人員体制の中で高密度の教育を行っており、負担が顕著であった。

今後、国保直診診療所委員会では、本調査結果を踏まえ、研修医と指導医が参加するオンラインミーティングへの参加を広く呼びかけていく予定である。指導医に対しては研修ノウハウを共有する場を提供し、受け入れ負担の軽減につなげるとともに、研修医に対しては他施設の研修医や指導医との意見交換を通じて学びを深める機会を提供していく。これにより、研修医・指導医がともに楽しく学べる機会を広げ、国保直診における地域医療研修のさらなる充実を目指したい。

アンケート結果

図1 研修医受け入れの有無

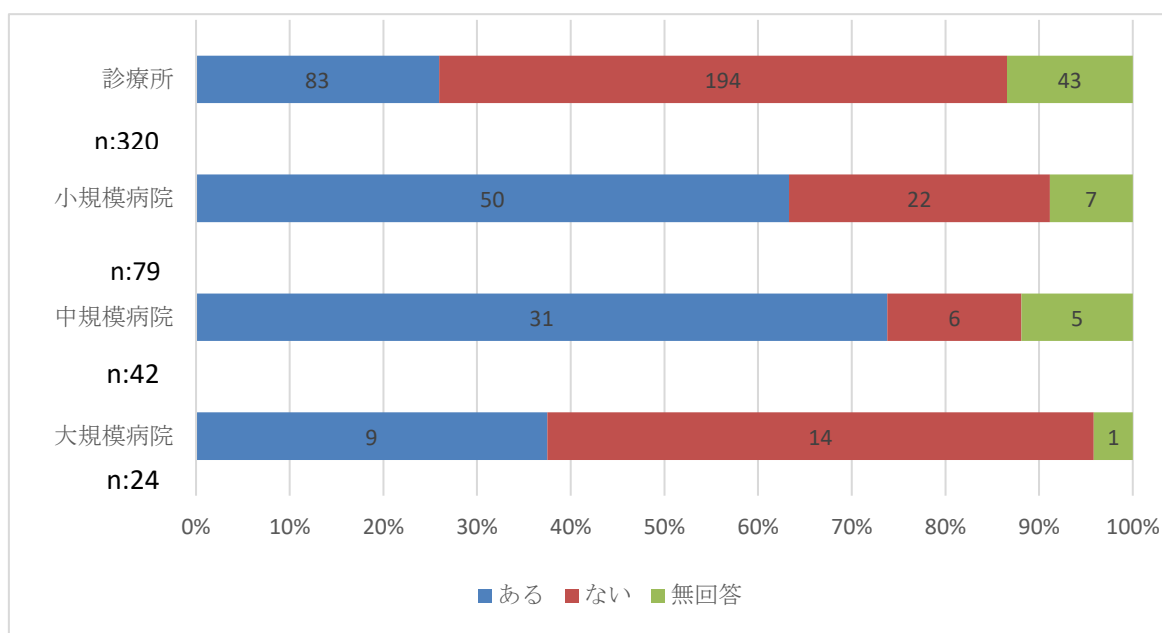


図2 研修医を受け入れている理由（複数回答）

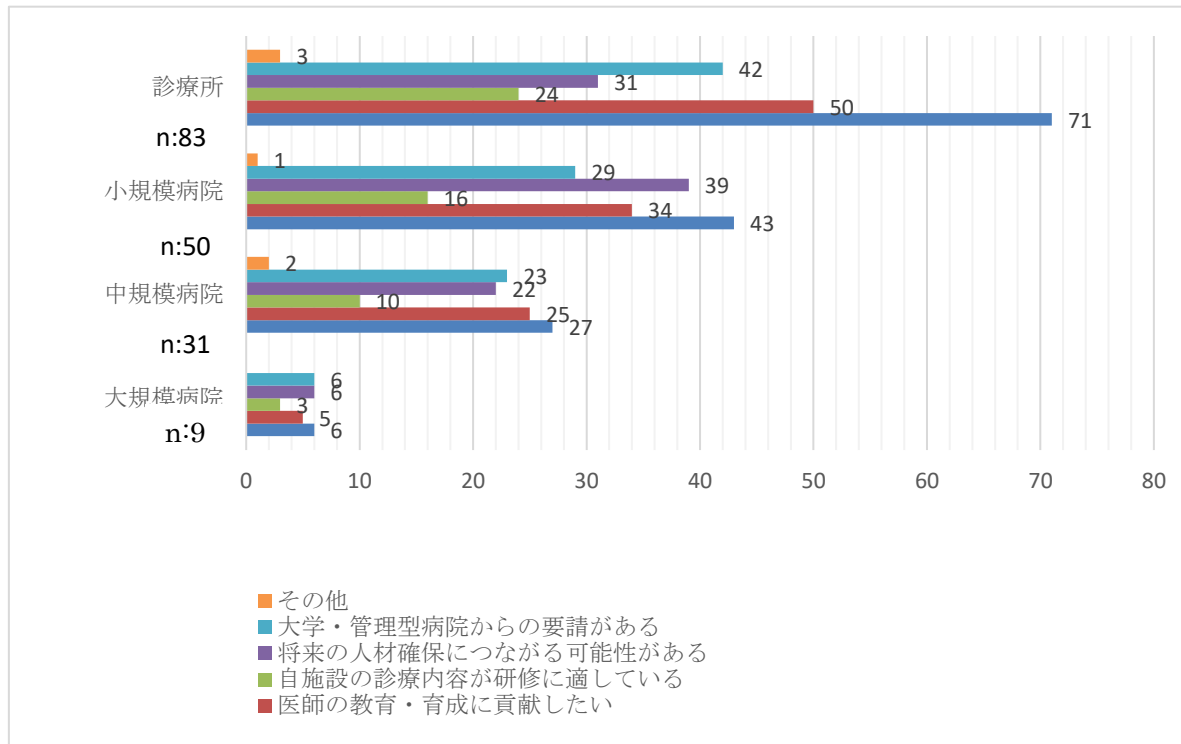


図3 指導医として特に研修医に学ばせようとしている点の有無

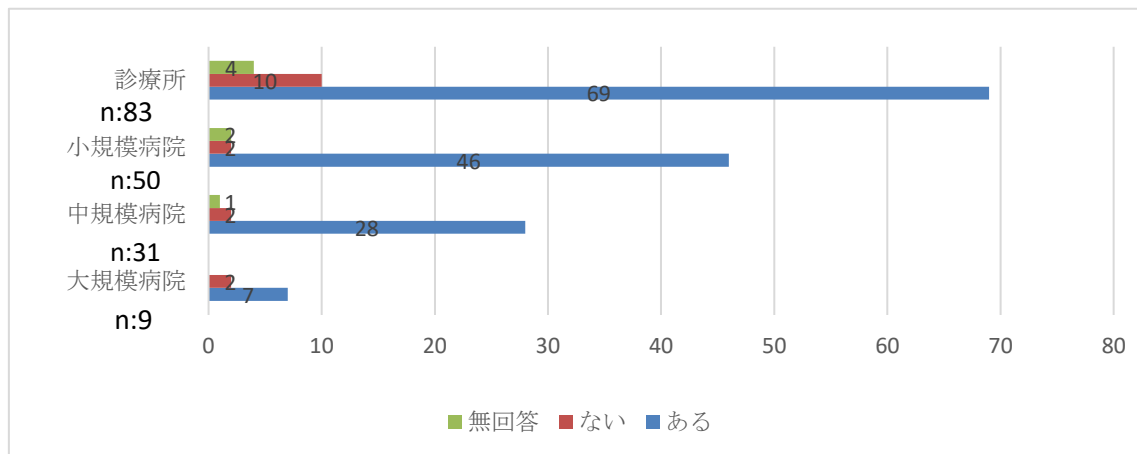


図4 研修医からのフィードバックの有無

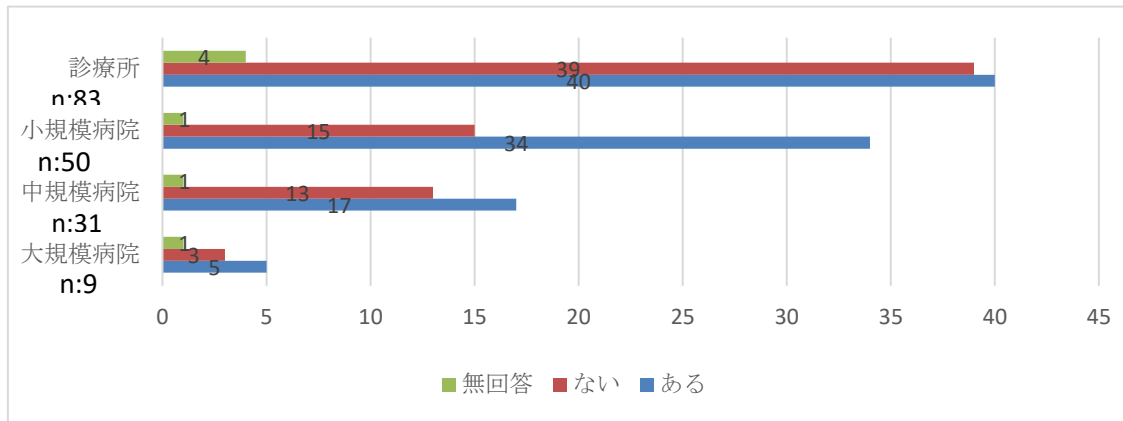


図5 研修医送り出し病院との話し合いの有無

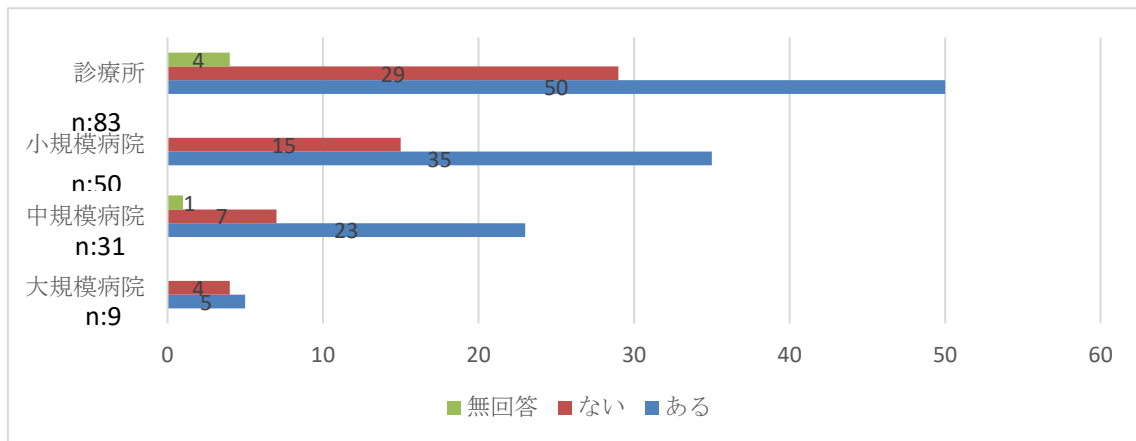


図6 研修医の宿泊方法

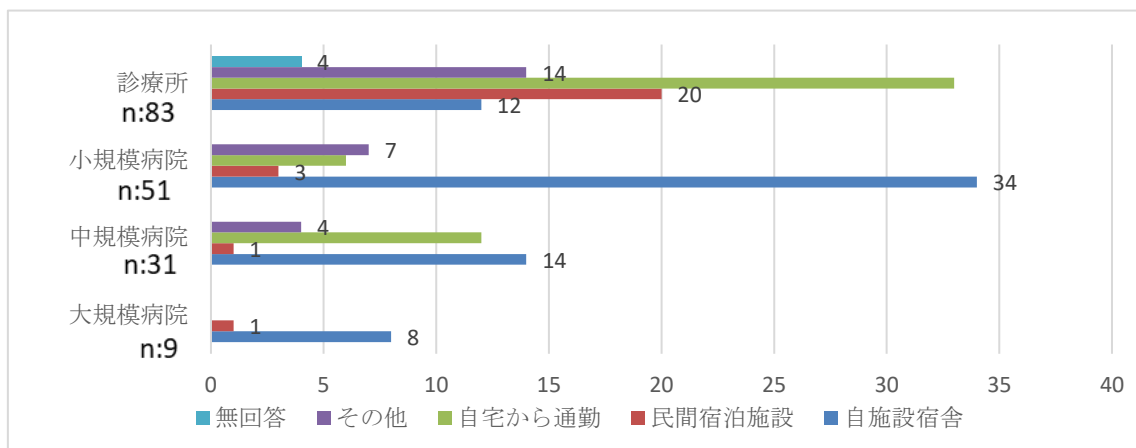


図7 宿泊・通勤に対して送り出し病院からの費用補助の有無

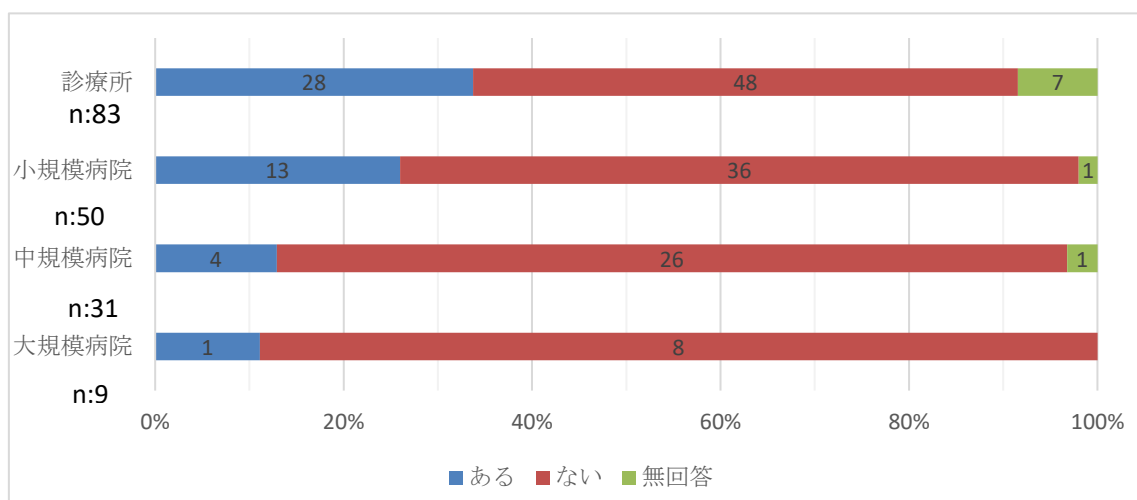


図 8 研修医受け入れで負担に感じていることの有無

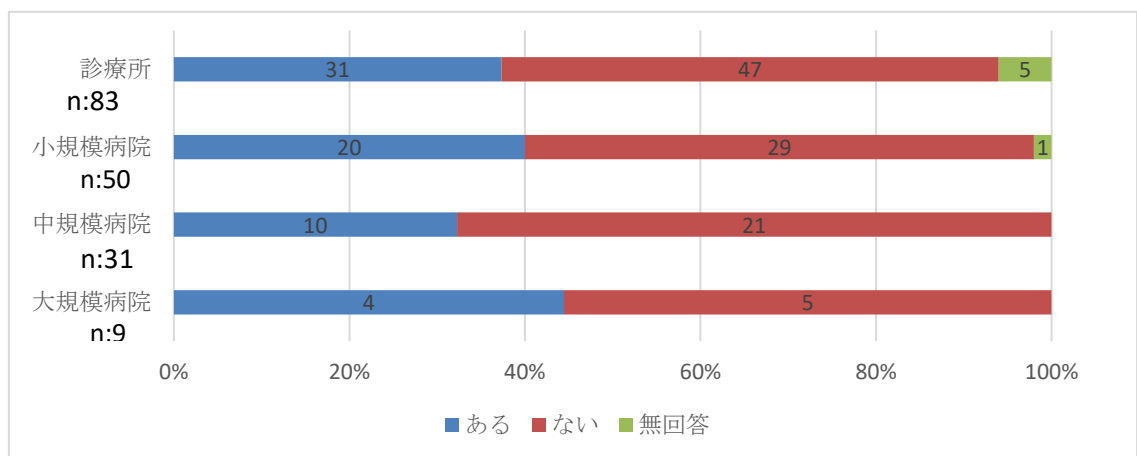


図 9 指導に当たり工夫していることの有無

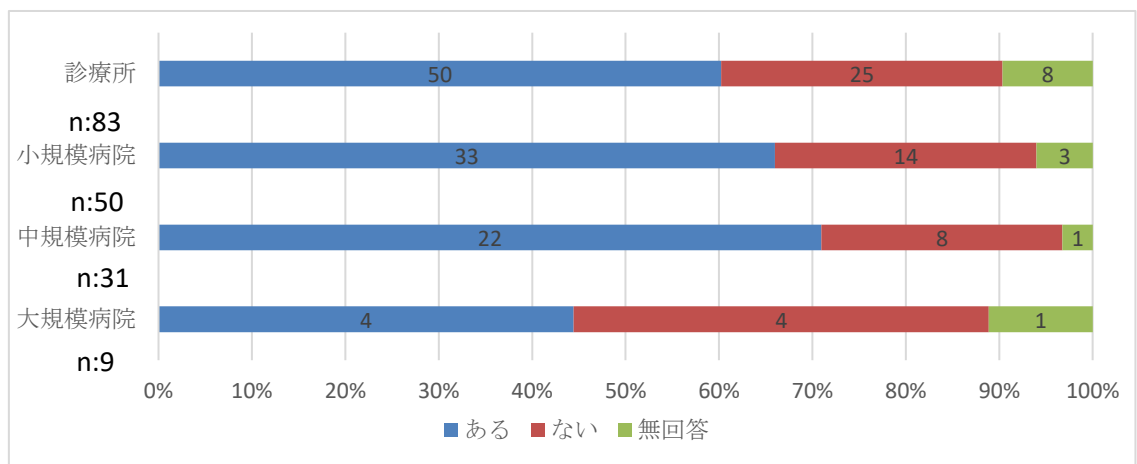


図 10 研修医の受け入れにより医師以外の職員が学んでいることの有無

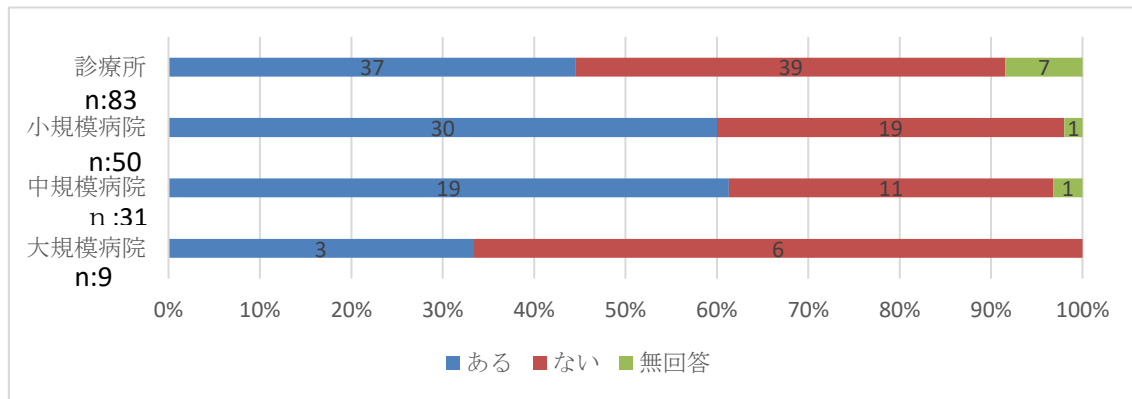


図 11 多職種（リハビリ職・栄養士・歯科など）が参加するプログラムの有無

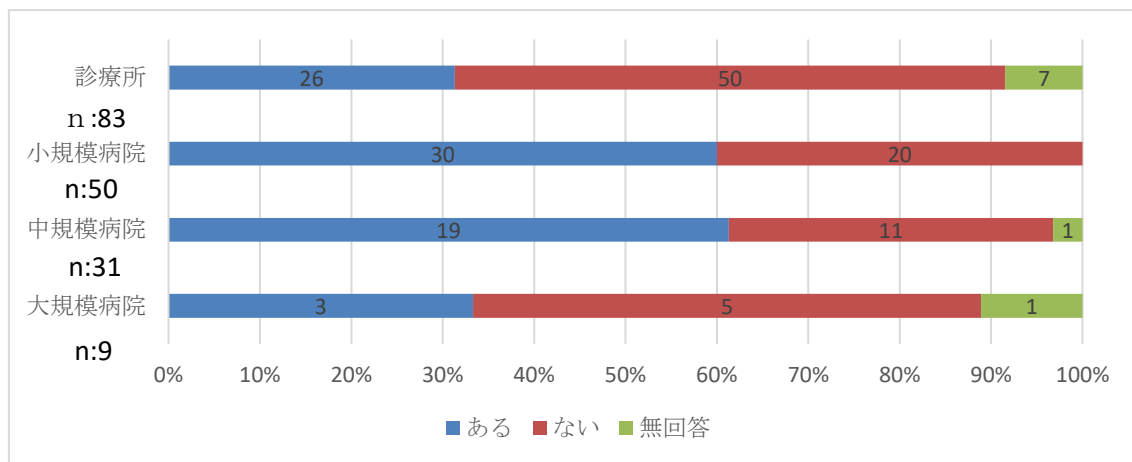


図 12 研修医が住民と関わる活動（例：健康教室、学校教育、在宅訪問など）に参加する機会の有無

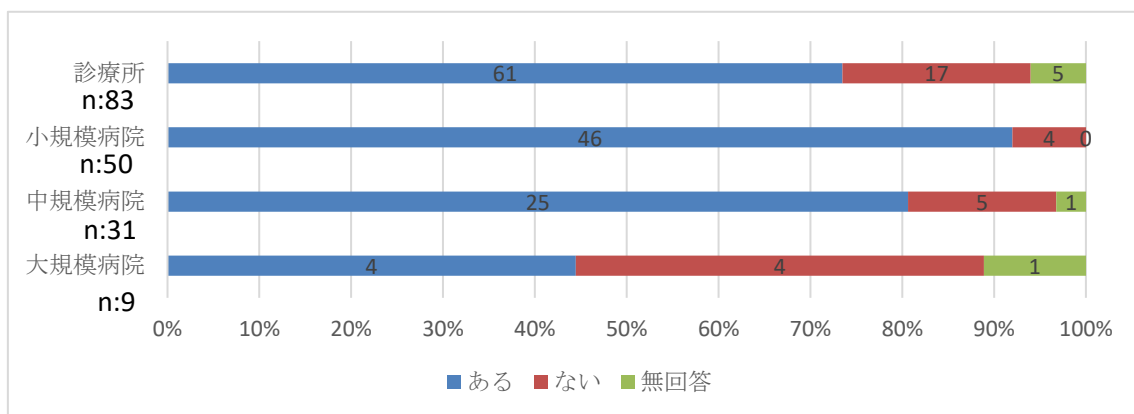


図 13-1 日本専門医機構認定「総合診療専門医」養成プログラムへの参加

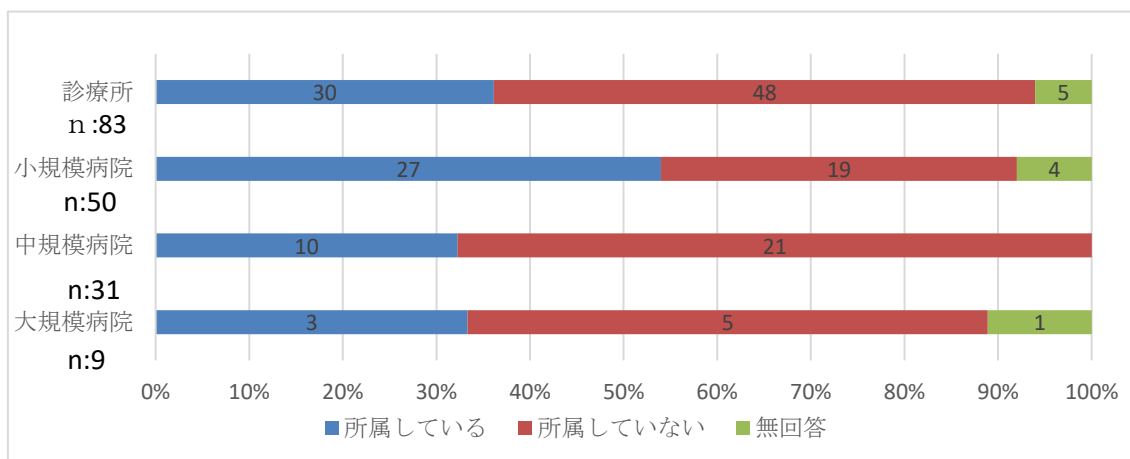


図 13-2 地域医療学会「地域総合診療専門医」養成プログラムへの参加

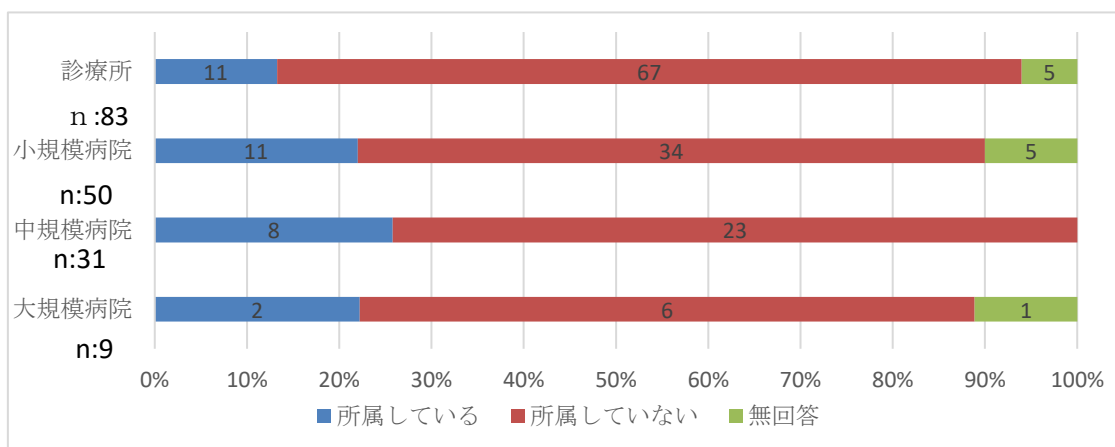


図 14 研修医を受け入れていない理由(複数回答)

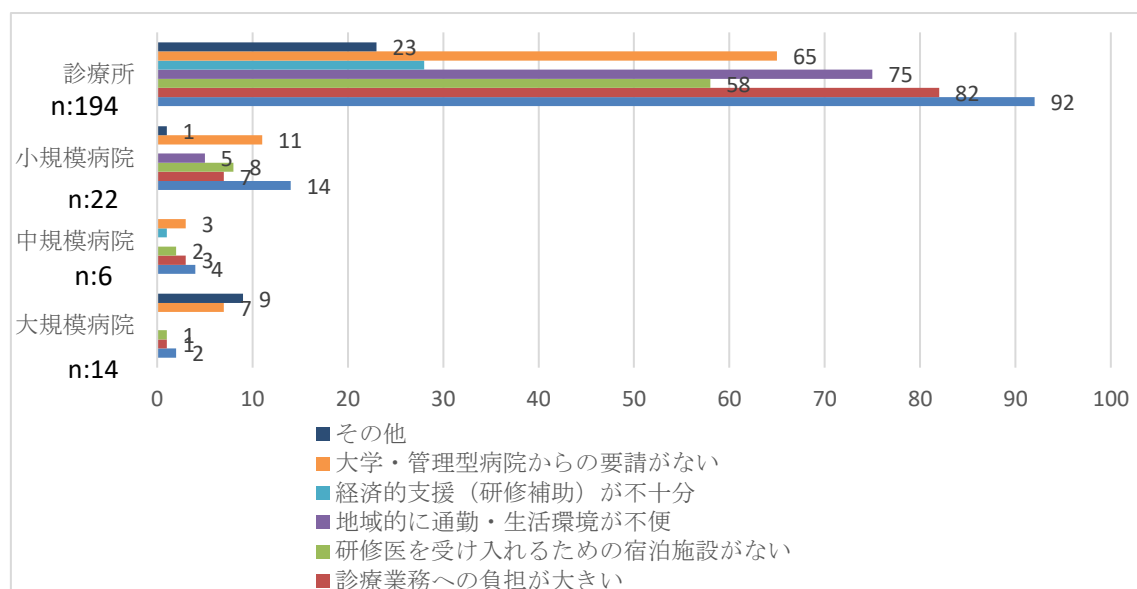


図 15 多職種参加型 Zoom 研修会参加への興味の有無

