

【英国視察調査報告】

(聖路加国際病院：大出幸子 徳田安春 高橋理)

1. Dr Tim Swanwick, MA, FRCGP, MA (Ed) Faculty of Development Unit, London Deanery

英国における卒前から卒後医学教育についての概要について説明を受けた。以下はその要約。

英国では5～6年の大学医学部教育が行われている。このうち、BSc (Bachelor of Science) として主に基礎医学研究を行う1年間のオプション的なカリキュラムもある。臨床実習を終えて各大学医学部を卒業すると、Foundation 1 and 2 とよばれている2年間の卒後前期臨床研修を受ける必要がある。

Foundation の研修において最近強調されていることが3つある。1つ目は、多数の患者ケアに参加することにより臨床現場で多くの経験すること。2つ目は、マネジメントとリーダーシップについて学習できるようなカリキュラムを作成すること。3つ目は、労働時間を規制する動きが欧州連合 European Union (EU) で提案されており、それに合わせて研修医の労働時間を制限する規制（現在は週56時間以内であるが新しい提案では週48時間以内となる予定）が近く（数年以内）に導入される予定であること、である。

このなかで特に注目されるのは、マネジメントとリーダーシップについての学習を推進することである。医師のうち55%が総合医 General Practitioner (GP) となる英国では、大きな責任と権限をもたされて地域医療に従事する GP が多い。このような GP の業務の大きな部分にマネジメントに関わる諸問題がある。このような問題について、効果的に対応し問題解決ができる能力を有することが望ましいことから、Foundation 1 and 2 という2年間の卒後前期臨床研修からこのようなスキルを育てることを意識するようになった。

2. Dr David Guile Institute of Medicine

英国の臨床研修では、最近の職業人教育理論 vocational education に基づく workplace-based learning という教育手法が導入されてきている。そのなかで重要なことは、学習者が実際に業務内容にチームの一員として「参加」することであり、それなしでは学習意欲を保つことは困難であるとしている。

教育目標の達成のためには、評価が必須であるが、従来からの assessment というような意

識（批判的な評価）より、最近では feedback（建設的な意味での評価）という意識で行われることがより教育効果が向上する。

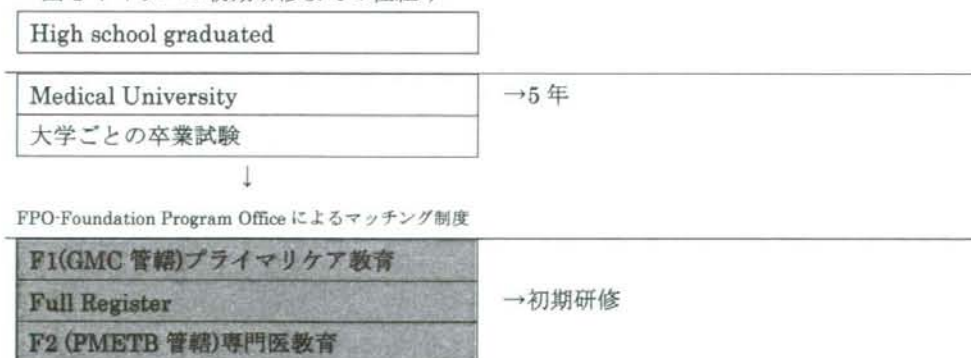
医師の教育の大きな要素には知識、技術（手技）、そして態度があるが、このうち態度のなかに含まれる重要な部分として医師としてのプロフェッショナリズムがある。個々の医師や研修医において、プロフェッショナリズムを測定し評価することは困難であり、実際にはその代理要素 proxy を測定することになる。このような代理要素を測定する方法として挙げられるのが、1) 試験（プロフェッショナリズムに関連する知識を測るものや、症例のシナリオを用いて与えられた選択肢から回答を選ぶものなど）、2) workplace-based における他者からの評価（チェックリストや尺度などを利用した 360 度評価など）、3) 学習者との面接（学習者にプロフェッショナリズムにかかわる実際の症例を自ら選択させて、その症例に対し省察 reflection を行わせて、反省点や取るべき行動などについて聞き出すことにより、評価対象者がどこまで省察しプロフェッショナリズムを意識していくかをみていく、の 3 つの方法である。

3. Dr Ben Griffith, Senior Policy Analyst, GMC

Dr Richard Marchant, Strategy and Planning, GMC

General Medical Certification (GMC)を訪問し、医師の登録制度、卒後教育（F1）の構成とサポートと医師の質保証制度についてディスカッションを交わした。GMC の役割には 3 つあり、1)医師の登録（MD Registrar）、2)医師が臨床能力を備えているかを確認する医師の質の保証調査、3)卒後教育。イギリスでは、日本の初期臨床教育プログラム（ジュニアレジデンシー）にあたる F1、F2 教育があり、うち F1 がプライマリケアを目的としたスーパーローテーションで、F2 はそれぞれの専門に分かれた教育となる。F1 は GMC の管轄であり、F2 は Post Graduate Medical Training Board (PMETB)である。F1 を修了した段階で医師は Full Registrar として登録される。

図 1:イギリスの初期研修までの仕組み



イギリスには国家試験がなく、各大学の卒業試験を経て、FPO にオンラインで申請書を提出し（申請書提出機関は毎年 8 月～11 月）、初期研修の病院を決定する。FPO に申請を行う際、希望する臨床研修病院のランキングを提示した上で申請するが、研修医の 95%が第一希望の研修病院で初期研修を行っている。研修医は主に研修病院の場所、各研修病院におけるローテーションプログラムなどを参考にしたいうえで研修病院を決定している。

Foundation Program（初期研修プログラム）は現在、F1 を GMC、F2 を PMETB が管轄しているが 2010 を以って、合体した管轄機関になる予定である。F1、F2 のカリキュラムはきちんと目的を明示したアウトカムベースのカリキュラムとなっている。以前は内科や外科など主要な科におけるローテーション期間が定められていたが、2 年前にローテーション期間を定めることが廃止となり、ローテーション期間は各臨床研修病院に任されている。各研修病院には毎年監査を行い、GMC が提示している到達目標がどれだけ達成されているかを確認している。また、到達目標がどれだけ達成されたかなどについての、全国の研修医を対象としたサーベイが PMETB によって行われ、2008 年 7 月 25 日に結果が公表される予定である。

GMC のもうひとつの役割として、登録されている医師の質を保証するための監査がある。現在、全体で 20 万人の医師が登録されているが、全員に 5 年に一度プレンターシップ評価を行う。プレンターシップ評価では同僚による評価、患者による評価など 360 度評価が行われ、また、臨床能力とコミュニケーションスキル、マネジメント能力についてのアンケートが行われる。この結果によっては、医師の登録が抹消される場合もある。このほかに毎年簡易版の臨床能力、コミュニケーション能力やマネジメント能力に関する調査が行われ、医師として合わない人材をなるべく早く把握し、フィードバックを行うように努めている。この医師の再評価制度（Revalidation System）は 1998 年から開始され、2004 年に患者団体からの強い要請でさらに強化して行われることになった。最悪の場合、医師の登録を抹消する可能性もあることから、評価システムとしてはエビデンスに基づいた評価方法と十分なフィードバックの体制を整備して行う。医師の再評価制度と深い関係にあるのが医師免許の更新制度であり、医師の質についての調査は、医師免許更新時と同時期に行い、GMC の中で同一の部署が管轄して行っている。現在、イギリスでは医師国家試験がなく、各大学の卒業試験の結果で、医師免許が与えられているが、医師免許更新の制度と医師の再評価制度は各大学ではなく、GMC が行っている。この制度を導入するに際し、様々な反響があったが、ワークショップを行うなどして、現在は理解が得られるようになった。

4. Mrs Sue Roff

University of Dundee

目的：世界の医学教育で中心的役割を担っているイギリス・スコットランド地域・ダンディー市にあるダンディー大学医学教育センターで、イギリスの卒後教育について、PMETB

(Postgraduate Medical Education and Training Board)を中心にインタビューし、内容を報告する。

方法:平成 20 年 6 月 23 日午前に、4 人でインタビューを行った。インタビュー相手は、Project Development Officer の Mrs. Sue Roff 先生で、約 1 時間行った。

結果: PMETB は卒後研修医 2 年生(Foundation 2: F2) 以上の教育プログラム開発・促進を担当している非政府独立規制機関(Non-government, independent regulatory body)である。目的は、医師の技術と患者や社会に提供する診療の質の高め、それを保つことにある。専門医教育カリキュラムの評価、認定などを行っている。政府機関・専門医学会など様々な団体と連携しているが、その中には、患者団体をはじめ一般人をも含めて評価している。イギリスには 57 の specialist organization があり、PMETB を施行するに当たり、専門医制度が各学会同士により連携をはかり全国で統一した。最初は、専門医学会による抵抗が強かった。特に、外科学会からの抵抗が強かったが、辛抱よく説得し、いまでは、外科が PMETB の中心的役割を担いを押し進めているとのこと。

5. Dr Gominda Ponnampereuma University of Dundee

Dr Ponnampereuma は、Selection すなわち医学部入学時学生選抜における評価のあり方について研究している。認知技能である知識 knowledge を測定することが 70 年代までの主流であったが、その後より技術 skill (psychomotor skill)や態度 attitude を測定する試みが導入されている。技術 skill の測定法として、ビデオゲームを利用した方法などを研究している。態度 attitude については、situational based method として、多くのシナリオ(通常 10~15 例)を用いた situational judgment test の導入を試みている。また、structured behavioral interview も組み合わせた方法を模索している。卒後研修の選抜では、workplace-based assessment としての mini-CEX や、360 度評価としての P-MET の利用が勧められている。具体的な outcome の作成として、focus group interview と Dolphi method を組み合わせた方法がよく用いられている。

6. Mrs Julie McDonald Teaching & Research Fellow, University of Dundee

Scottish Consultant Workforce Survey

Professor Margery Davis and Professor Dilip Nathwani, Director of Education at Ninewells Hospital and Medical School, have been funded by the National Health Service Education Scotland to carry out a survey of the Scottish Consultant Workforce. The survey is intended to identify what support Scottish Consultants need for their

educational roles. Susie Schofield, Julie McDonald and Gominda Ponnampereuma are also contributing to this project.

ダンディー大学では、NHS (National Health Service Education Scotland) のサポートの下、Scottish Consultant Workforce Survey を行っている。この調査の目的は、研修医の教育行う上で、必要としているサポートなどを明らかにすることである。調査の結果、「医療教育現場における IT の活用」、「若い研修医と年齢の離れた指導医がどのように教育を行っていけばよいのか」、「いかに医師のクオリティーを維持させるか」、「医師の労働時間制限などについて」様々な意見が寄せられた。特に医師の労働時間については、週 48 時間までと制限があるものの、研修医が教育や自らの研究に費やすことができる *protected time* が確保されていないことがわかり、NHS が本調査後、研修医が *protected time* を確保できるように提言した。また、英国では、ジュニアドクターが適材適所に配置され、行いたい仕事が行えるように、National Matching System を行っているが、技術的な理由、政治的な理由、倫理的な理由であまりうまくいっていないのが現状であることもわかった。

7. Paul P. Glasziou

Director, Centre for Evidence-Based Medicine

背景：現在、EBM を診療に取り入れることは、医師のプロフェッショナリズムの一つであり、医師がどの診療科に進むとしても、誰でも習得するべき手法の一つであるといわれている。しかし、それを正しく理解し利用することは容易なことではない。特に、卒前教育で臨床経験の少ない医学生に対する EBM の教育は困難であり、どの時期に EBM 教育を行うべきに関して明確ではない。

目的：EBM 教育で有名な EBM センターの一つである、イギリスのオックスフォード大学にある、Centre for Evidence-based medicine の Director である、Paul P. Glasziou 教授を訪問し、当センターでの EBM 教育の現状についてインタビューし、内容を報告する。

方法：平成 20 年 6 月 20 日午後に、4 人でインタビューを行った。インタビュー相手は、P. Glasziou 教授本人と、そのセンターで生物統計学を教えている医師で、約 1 時間行った。

結果：イギリスのオックスフォード大学、Centre for Evidence-based medicine の Director である、Paul P. Glasziou 教授を訪問し、センターでの EBM 教育に現状についてインタビューを行った。現在、EBM の教育は、自分の大学の学生向けと、大学以外の一般の医療関係者向けにワークショップを行っている。1 日、3 日、5 日コースに別れ、受講者の興味・レベルに合わせて受講できるように工夫している。ほかに、e-learning も受講できる。強みは、Gate などの新しい方法論を導入し、視覚的にわかりやすく説明していることである。教科書としてワークブックを参考にして、効率的に短期間で習得することを可能としてい

る。臨床経験の少ない医学生に対する EBM 教育に関しては、医学生向け特別にワークショップを開催している。特に、リサーチクエスチョンを組み立てることが困難とのことであったが、学生を 2 人一組になって相談することで想像した以上に学生でもリサーチクエスチョンの組み立ては可能とのことであった。

考察：世界の中で、EBM 教育で有名な施設の今までの経験を通して、今後の EBM 教育について参考になると考えられる部分を報告した。EBM 教育を主にワークショップを開くことで教育を行い、その中でいくつかのコースに分けて受講希望者のニーズにこたえていた。大学の医学生に対しては、我々と同じ困難さを共有していると思われた。これに対して、学生向けのワークショップを開催することで対応していたが、希望者のみであり、全体の学生向けではなく、日本の場合も、まずは、希望者を対象とし、徐々に全学生を教育することがよいかもしれない。

5. 米国における医師養成の在り方

(聖路加国際病院：小俣富美雄 シャピロ美奈 ジェイコブス・ジョシュア)

米国で医師になるためには、日本と異なり高校卒業後すぐに医学校に入ることはできず、4年制の大学を卒業した後に、さらに4年制の医学校(medical school)を卒業する必要がある。言いかえると米国の医学校は日本の大学院に相当する。米国の医学部卒業生に与えられる学位はDoctor of Medicine (M. D.)であり日本の医学部卒業生に与えられる学位はBachelor of Medicine (B. M.)となっている。医学校を卒業した後は卒業後医学教育(graduate medical education)があり、研修医制度(residency)と専門分野研修(fellowship training)それに引き続く医師免許証、専門医資格の更新が含まれる。

● 学部教育 (undergraduate education)

生物学・化学・物理などの基礎科学に重点を置き、大学で4年間の教育を受け、B. S. (理学士号)またはB. A. (文学士号)を取得する。(他の専攻分野からmedical schoolに入る学生もいる。)

● 医学校教育 (medical school)

Liaison Committee on Medical Education (LCME) に認定された155校存在するアメリカの医学校(medical school (Doctor of Osteopathy (DO) School も含む))で、臨床前及び臨床教育を4年間受ける。DO schoolは全米に25あり卒業後に得られる学位はD. O.であるが、M. D.と同様に各州の医師免許証、専門医資格を取ることが可能である。これらの学校では、入学後、早い段階で臨床教育が始まり、講義と同時進行で臨床教育が行われる。試験に合格することだけでなく、知識以外の医師として必要な能力を得ることが重視される。授業は生徒のニーズを常に優先し進められ、小さなグループに分かれてのディスカッションも多い。アメリカの医学校の最大の特徴は生徒たちが臨床現場で「医療チームの一員」としてみなされることである。医学生は受け持ちの患者数が研修医や担当医より比較的少ないため、患者の心理社会的な情報などを多く得ることができ、医療チームにおいて重要な役割を果たすとされている。医学生は診断や治療等についてチームの中で最初に自分の意見や考えを述べるのが求められる。医学生は医療チームをただ観察するだけではなく、自ら積極的に参加することが求められる。また、米国では、日本に比較して入院期間も短いため、さまざまな症例に関わることが可能である。教員の能力開発の機会も豊富である。医学校終了後、M. D.の学位を得られるが、医師として一人前になるまでには下記にのべるさらなるトレーニングが必要である。

● 医師免許試験

米国の医師免許試験はUnited States Medical Licensure Examination (USMLE)と称されNational board of medical examiner (NBME)という会社によって行われる。日本と異なり国

家による試験はなく3段階のステップからなる。Step 1は医学校の二年時終了時に受験資格が与えられ、Step 2は医学校卒業時に受験する。Step 2は知識の試験だけでなく、模擬患者を用いた実技試験、Clinical skill assessment (CSA)もあることが特徴である。Step 2に合格しないと医学校を卒業できず、M. D.の学位を得ることができない。Step 3は、下記にのべる Accreditation council of graduate medical education (ACGME)に認定されたプログラムを終了した段階で受験が可能となる。Step 1-3ともに知識の試験はコンピュータを用いて行われる。

- 研修医制度 (residency program)

医学校卒業生は全米研修医マッチング制度 (National Resident Matching Program)を通じて研修医プログラムに入り上級医の監督下で1-5年間ACGMEによって定められた基準を満たすカリキュラムのもと教育を受ける。研修医プログラムの期間は専門分野によって異なる。例えば、一般診療なら3年間、一般外科なら5年間のトレーニングが必要である。勤務時間の上限は厳しく制限されていて、シフト交代や引継ぎのシステムも確立している。研修医は医学校の学生の主な教育担当者でもある。

- フェローシップ (fellowship)

研修医終了後、さらなる専門分野に関して研修する制度である。具体的には、内科では消化器病学、循環器病学、感染症などがある。これらの専門研修プログラムの中には、ACGMEに認められているものと、そうでないものがある。

米国の医師免許は州単位で発行される。USMLEのStep 2合格者には、Limited licence or Training licenseが発行され、Step 3合格者にはFull licenseが発行される。Training licenseの所有者は、単独での処方権限がないなどの制限が加えられている。医師の大多数は専門医資格(board certification)を取る。この資格は専門分野における医師の知識、技術、経験を保証するものである。24の専門委員会による2段階の認定があり、医師は36の医療分野及び88のさらなる専門分野の認定を得ることができる。ほとんどの認定が6年から10年毎の更新が必要とされている。研修医とフェローシップ終了後も医師は学習を続ける必要がある。医師はcontinuing medical education(CME)の単位を取得し続ける必要がある。このCMEの単位は、Accreditation council of continuing medical education (ACCME)により発行される。ACCMEに認められた医学校内の講義、各学会場での講義に出席することでこの単位を取得することができる。この単位を取得する理由は州から発行された医師免許証の更新と専門医の更新に一定の単位数が必要だからである。例えば、ハワイ州では二年ごとの医師免許証の更新の際に、40単位のCMEが必要とされている。また、ファミリーメディスンの専門医試験は7年間毎に必要であるが、この受験の必要条件として、300単位のCMEが必要とされている。

以上、簡単に米国における医師の養成、生涯教育のしくみを述べた。かいつまんで日本と異なる点は、医学校の入学が4年制大学卒業後であること、少数(全米で約15-20)ではあるが医学校と並びDO schoolがあること、医師免許に必要な試験が3段階に分かれていて、第2段階では実

技試験が含まれていること、医師免許証には通常免許と、制限された免許がありいずれも州から発行されること、専門医資格も医師免許証も更新が必要なこと、などがあげられる。

6. 卒前臨床実習の現状と課題

(横浜市立大学医：後藤 英司)

平成13年の文部科学省「医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議」の報告では、「我が国の臨床実習は、見学型を中心として行われてきたため、日本の医科大学（医学部）の卒業生と、診療チームの一員として診療参加型の臨床実習（クリニカル・クラークシップ）を行っている米国の医科大学を卒業した学生とは、臨床能力において較差が生じている」と指摘し、「基本的臨床能力を向上させるためには、これまでの見学型から診療参加型の臨床実習へ移行していく必要がある」と提言している。また、臨床実習に参加する学生の質的な保証が必要であるとして、学生が習得すべき医学的知識等に関する具体的な学習目標を「医学教育モデル・コアカリキュラム」として提示し、これに基づいた臨床実習開始前の学生の評価システムとして大学間の共用試験システムの創設も提言した。その後、全国共用試験実施機構が設立され、17年度からは共用試験（知識の評価を目的とする CBT と技能・態度を評価する OSCE）が全国の大学が参加する形で導入された。

この一連の教育改革に伴い、全国の大学でカリキュラムの見直しや改善が進められた。全国医学部長病院長会議「わが国の大学医学部（医科大学）白書」によると、モデル・コアカリキュラムの学習目標を重視して教育する大学が14年度は20%台であったが18年度には80%台に増加している。また、共用試験の導入により、臨床実習開始前の学生（大多数が4年生）の医学的知識や技能は確実に向上したと考えられる。

一方、診療参加型臨床実習については、同白書によれば18年度には80%以上の大学が「すでに実施」と回答しているが、実施体制はまだ脆弱であり実習内容も不十分であるとの指摘が多かった。このため、19年に発表された文部科学省「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の報告では再び診療参加型臨床実習の充実するよう提言がなされている。同報告においては、診療参加型臨床実習の趣旨を、学生が診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら、「単なる知識・技能の習得や診療の経験にとどまらず、実際の患者を相手にした診療業務を通じて、医療現場に立った時に必要とされる診断及び治療に関する思考力（臨床推論）・対応力等を養うことにある」としている。

診療参加型臨床実習が定着しにくい理由としては、臨床実習が病院全体と言うより診療科ごとに個別に行われていることが多いこと、診療科に必ずしも確かな診療チームが構築されていないこと、また、全診療科をローテーションするため各診療科の実習期間が短くなっていることなど、実施体制の不備がまず挙げられる。また、医師免許を持たない医学生の医療行為に対して患者の理解や同意を得にくいという背景もある。

さらに、実習の具体的な到達目標が不明確であることや習得した技能や態度を適切に評価する

システムが確立していないことも大きな問題と考えられている。現行の医師国家試験は知識の評価に限られている。また、年々、出題内容が細部に及ぶようになり、学生の知識習得に費やす時間は増えつつある。17年から国家試験の実施が2月になったため、6年生は早期から受験勉強を始めるようになった。学生はこの他にも大学が課す卒業試験に合格しなければならない。さらに、研修を受ける病院を探したり採用試験の準備に追われたりするようになり、最終学年の学生の負担は確実に増加している。このような状況では、十分に臨床実習をする余裕がないとも考えられる。

大学病院における臨床実習は先進医療に接する機会が多いという点では良いが、地域における医療を担う上で必須となるプライマリ・ケア能力を習得する場としては必ずしも相応しいとはいえない。大学病院には専門医は多いが、プライマリ・ケア能力を十分身につけた医師が多いとは限らない。地域の診療所等で診療を経験した医師も多くない。また、救急医療に関しては3次救急の受け入れ機関であっても、1次、2次救急の受け入れに積極的ではないことも多い。したがって、大学病院においてプライマリ・ケアや地域医療について十分に学ぶことは難しいと考えられる。

このように、大学病院における診療参加型臨床実習の実施を困難にする因子は少なくない。これを解決するには、コアとなる診療科の設定を含む病院全体としての実施体制の構築、初期研修との連結を勘案した臨床実習の学習目標の設定、国家試験の改善と適切な技能・態度の評価体制の導入、各大学病院一国レベルでの患者から協力を得るための取組（共用試験の有効的な活用を含む）、地域の診療所や病院等との緊密な連携、指導教員の再教育などが必要と考えられる。この他にも、個人情報取り扱いや電子カルテの導入に伴う諸問題の解決も求められており、また、臨床実習実施のための人員や予算の確保も重要な課題として挙げられる。

<参考文献リスト>

- 1) 文部科学省医学・歯学教育の在り方に関する調査研究協力者会議：21世紀における医学・歯学教育の改善方策について-学部教育の再構築のために-、2001。
- 2) 文部科学省医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議：最終報告、2007
- 3) 全国医学部長病院長会議：平成19年度 わが国の大学医学部（医科大学）白書、2007
- 4) 全国医学部長病院長会議：平成19年度 医学教育カリキュラムの現状、2007
- 5) 全国医学部長病院長会議：医師養成のためのグランドデザイン-全国医学部長病院長会議からの提言-、2007

7. 医学生・研修医における卒前学習環境 および臨床研修準備度の調査結果のまとめ

(聖路加国際病院：徳田安春)

回収率=36.9% (2479/6725)

表1:回答者(1年次研修医)の所属施設

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
施設	臨床研修病院	1297	52.3	52.3	52.3
	大学病院	1182	47.7	47.7	100.0
	合計	2479	100.0	100.0	

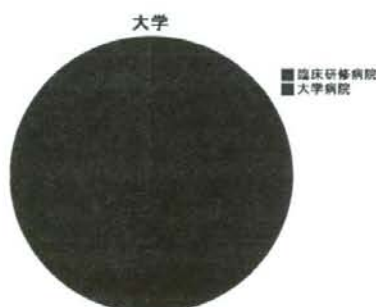


表2:回答者(1年次研修医)の性別

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
性別	女性	927	37.4	37.6	37.6
	男性	1538	62.0	62.4	100.0
	合計	2465	99.4	100.0	
欠損値	システム欠損値	14	.6		
	合計	2479	100.0		

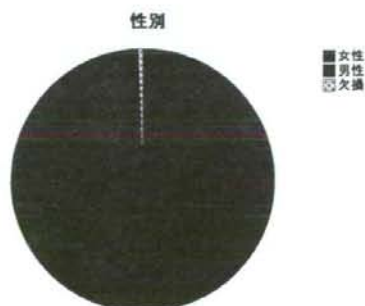


表3:

研修施設別と性別の加集計表 (P<0.001 for trend)

			性別		合計
			女性	男性	
研修施設別	臨床研修病院	度数	433	858	1,291
		研修施設別の%	33.5%	66.5%	100.0%
		性別中の%	46.7%	55.8%	52.4%
	大学病院	度数	494	680	1,174
		研修施設別の%	42.1%	57.9%	100.0%
		性別中の%	53.3%	44.2%	47.6%
合計		度数	927	1,538	2,465
		研修施設別の%	37.6%	62.4%	100.0%
		性別中の%	100.0%	100.0%	100.0%

表4: 回答者(1年次研修医)の所属する研修病院の規模

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	100床未満	1	.0	.0	.0
	100床以上300床未満	57	2.3	2.5	2.5
	300床以上500床未満	520	21.0	22.7	25.2
	500床以上700床未満	777	31.3	33.9	59.0
	700床以上900床未満	389	15.7	16.9	76.0
	900床以上	551	22.2	24.0	100.0
	合計	2295	92.6	100.0	
欠損値	システム欠損値	184	7.4		
	合計	2479	100.0		

研修病院の規模

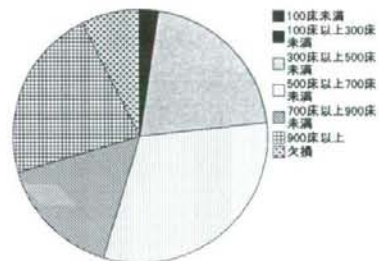


表5:

研修施設別と病院の規模のクロス集計表 (P<0.001 for trend)

		研修病院の規模						合計
		100床未満	100床以上300床未満	300床以上500床未満	500床以上700床未満	700床以上900床未満	900床以上	
臨床研修病院	度数	1	47	446	472	191	90	1,247
	施設別の%	0.1%	3.8%	35.8%	37.9%	15.3%	7.2%	100.0%
大学病院	研修病院の規模の%	100.0%	82.5%	85.8%	60.7%	49.1%	16.3%	54.3%
	度数	0	10	74	305	198	461	1,048
合計	施設別の%	0.0%	1.0%	7.1%	29.1%	18.9%	44.0%	100.0%
	研修病院の規模の%	0.0%	17.5%	14.2%	39.3%	50.9%	83.7%	45.7%
合計	度数	1	57	520	777	389	551	2,295
	施設別の%	0.0%	2.5%	22.7%	33.9%	16.9%	24.0%	100.0%
	研修病院の規模の%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表6: 回答者(1年次研修医)の研修修了後の診療科進路を現時点(2008年11月)で決めているか?

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	決めている	1443	58.2	59.3	59.3
	決めていない	990	39.9	40.7	100.0
	合計	2433	98.1	100.0	
欠損値	システム欠損値	46	1.9		
	合計	2479	100.0		

研修修了後の診療科

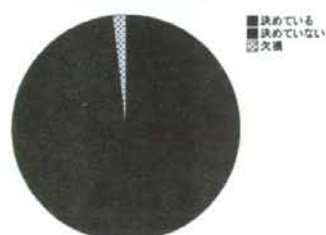


表7

研修施設別と研修修了後診療科のクロス集計表 (P=0.412)

		研修修了後の診療科		合計
		決めている	決めていない	
臨床研修病院	度数	753	522	1,275
	施設別の%	59.1%	40.9%	100.0%
	研修修了後の診療科の%	52.2%	52.7%	52.4%
大学病院	度数	690	468	1,158
	施設別の%	59.6%	40.4%	100.0%
	研修修了後の診療科の%	47.8%	47.3%	47.6%
合計	度数	1,443	990	2,433
	施設別の%	59.3%	40.7%	100.0%
	研修修了後の診療科の%	100.0%	100.0%	100.0%

表8: 医学部卒前臨床実習における受け持ち総入院患者数

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	10人未満	1379	55.6	57.3	57.3
	10人以上20人未満	533	21.5	22.2	79.5
	20人以上30人未満	293	11.8	12.2	91.6
	30人以上40人未満	98	4.0	4.1	95.7
	40人以上	103	4.2	4.3	100.0
	合計	2406	97.1	100.0	
欠損値	システム欠損値	73	2.9		
	合計	2479	100.0		

受け持ち入院患者数

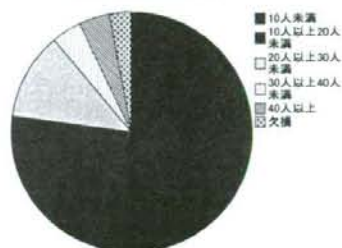


表9: 共用試験のCBTのための学習は卒前臨床実習に役立つと思うか?

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	すごく思う	160	6.5	6.6	6.6
	そう思う	666	26.9	27.6	34.3
	どちらでもない	628	25.3	28.0	60.3
	そう思わない	480	19.4	19.9	80.2
	全くそう思わない	477	19.2	19.8	100.0
	合計	2411	97.3	100.0	
欠損値	システム欠損値	68	2.7		
	合計	2479	100.0		

CBT

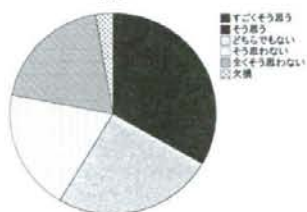


表10: OSCEのための学習は卒前臨床実習に役立ったと思うか？

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	すごく思う	461	18.6	19.1	19.1
	そう思う	1239	50.0	51.2	70.3
	どちらでもない	393	15.9	16.2	86.5
	そう思わない	155	6.3	6.4	92.9
	全くそう思わない	171	6.9	7.1	100.0
	合計	2419	97.6	100.0	
欠損値	システム欠損値	60	2.4		
	合計	2479	100.0		

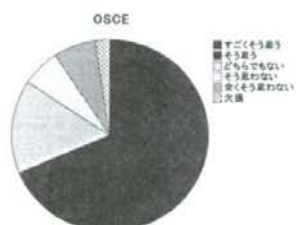


表11: 医師国家試験の知識問題のための学習は卒後臨床研修に役立ったと思うか？

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	すごく思う	309	12.5	12.7	12.7
	そう思う	1229	49.6	50.7	63.4
	どちらでもない	587	23.7	24.2	87.6
	そう思わない	197	7.9	8.1	95.7
	全くそう思わない	104	4.2	4.3	100.0
	合計	2426	97.9	100.0	
欠損値	システム欠損値	53	2.1		
	合計	2479	100.0		

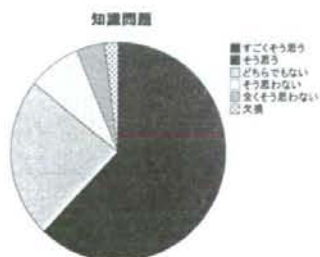


表12: 医師国家試験の症例問題のための学習は卒後臨床研修に役立つと思うか？

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	すごく思う	318	12.8	13.1	13.1
	そう思う	1262	50.9	52.1	65.2
	どちらでもない	557	22.5	23.0	88.2
	そう思わない	190	7.7	7.8	96.0
	全くそう思わない	97	3.9	4.0	100.0
	合計	2424	97.8	100.0	
欠損値	システム欠損値	55	2.2		
	合計	2479	100.0		

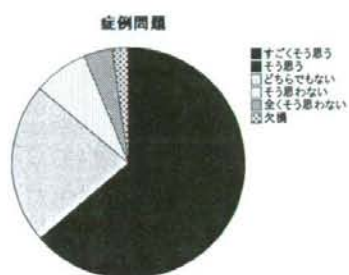


表13: 卒前実習における受け持ち入院総患者数の比較

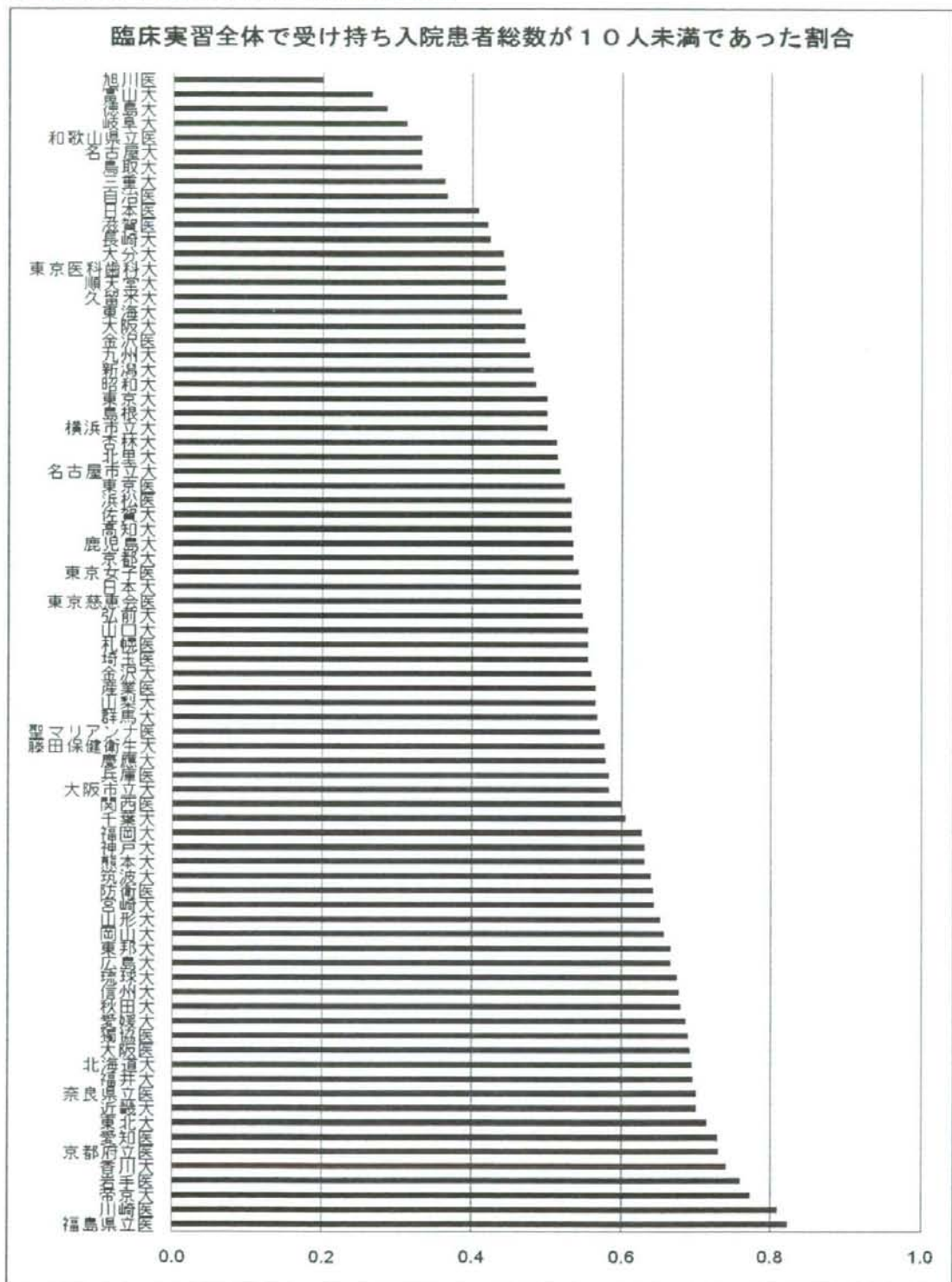


表14: 卒前実習における外来実習経験の比較

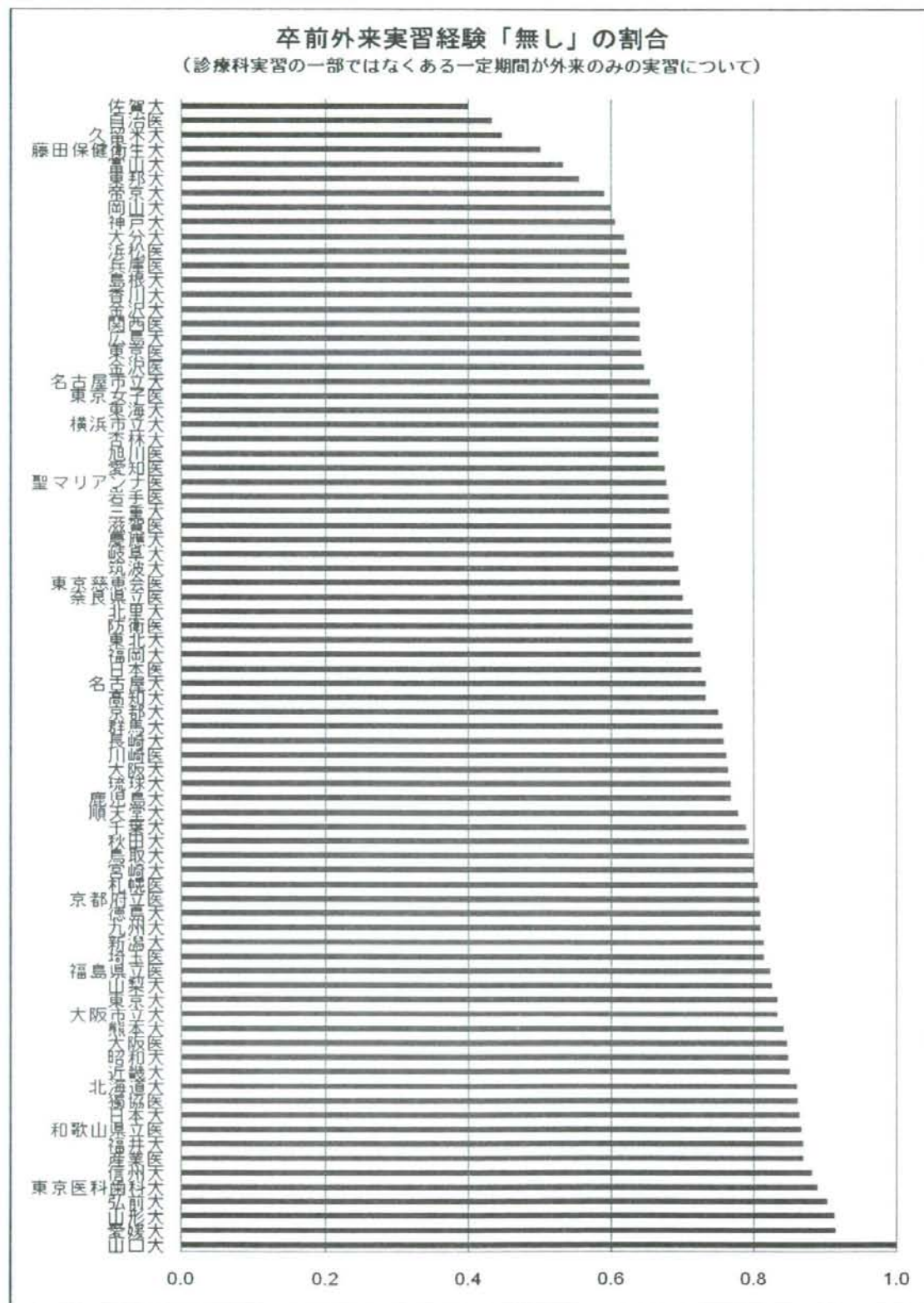
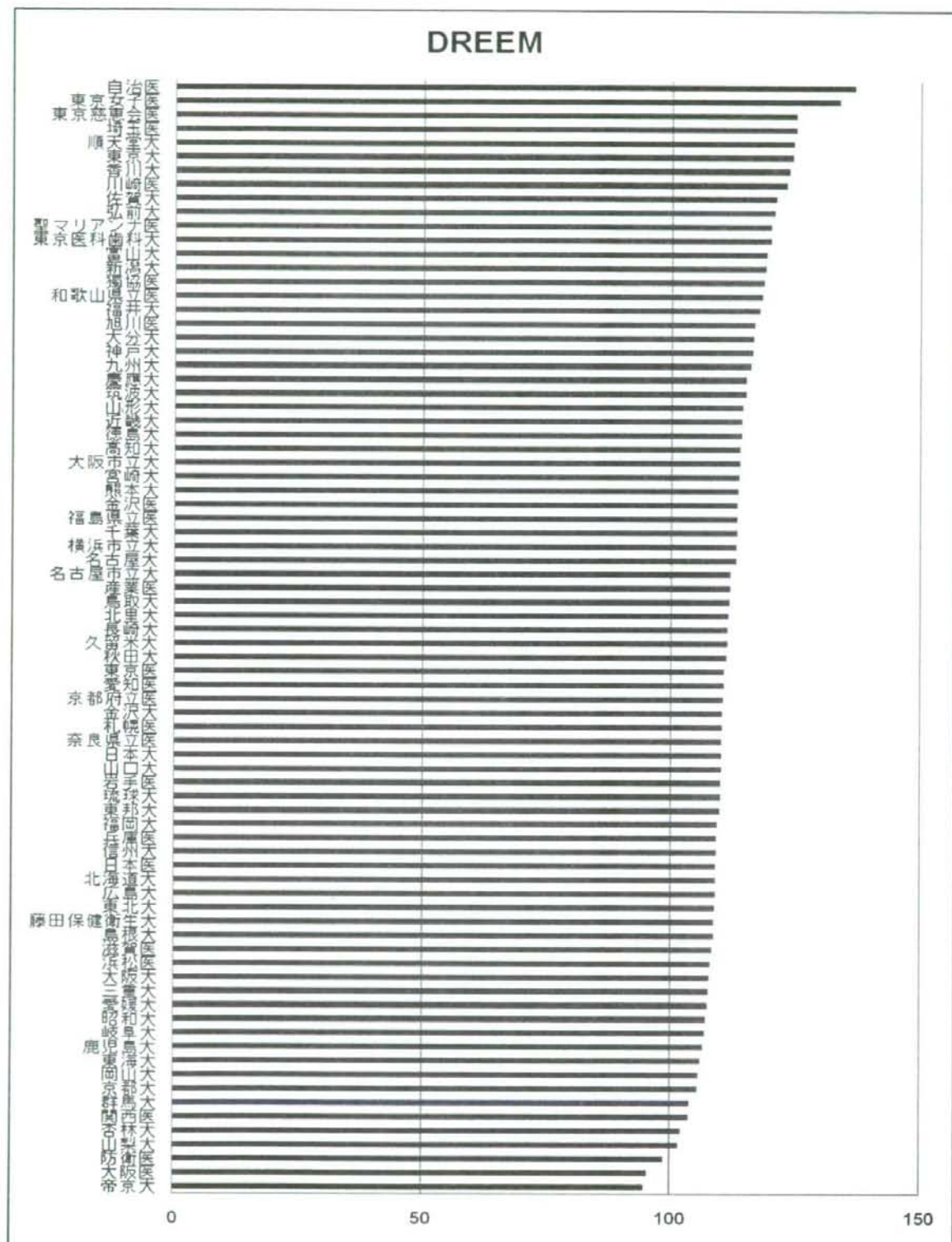


表15: 卒前学習環境尺度平均値の比較(高いほど良い)



50-100=Plenty of Problems: 100-150=More Positive than Negative Responses