

資料目次

1. 初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究 研究班メンバー	……P1
2. 初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究について	……P2
3. 初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究について(研究のたたき台)	……P4
4. 初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究スケジュール	……P5
5. 臨床研修制度における評価について(施行通知より抜粋)	……P6
6. 新医師臨床研修制度の評価に関する調査研究(主任研究者:福井次矢)	……P8
7. 臨床研修修了者帰学状況調査(全国医学部長病院長会議)	……P18
8. 臨床研修医在籍状況の推移	……P27
9. 臨床研修病院の施設数・募集定員について(9月4日臨床研修部会資料)	……P32
10. 医学部入学生と卒業生の地域定着の動向	……P37
11. 研修医の未修了者数等について	……P39
12. 研修医の平均給与の比較	……P40
13. 医師臨床研修制度に関するこれまでの経緯	……P41
14. 臨床研修制度のあり方等に関する検討会 意見のとりまとめの概要	……P43
15. 医師臨床研修制度の見直しについて	……P44
16. 大学病院と臨床研修病院を対象としたアンケート調査の実施状況について	……P47
17. 臨床研修修了者アンケート調査実施要領	……P71
18. 医師派遣について	……P78

初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究

研究班メンバー

○主任研究者

桐野 高明 国立国際医療センター総長

○分担研究者

大滝 純司 東京医科大学病院総合診療科教授

小川 彰 岩手医科大学学長

北村 聖 東京大学医学教育国際協力研究センター教授

斎藤 宣彦 日本歯科大学附属病院内科客員教授

西澤 寛俊 特別医療法人恵和会西岡病院理事長

福井 次矢 聖路加国際病院長

山下 英俊 山形大学医学部附属病院院長

○オブザーバー

田原 克志 厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室室長

○桐野班長 本研究班では制度の評価そのものも含めて検討したい。できれば、1月に1回、3月までに目標を達成したい。

○田原医師臨床研修推進室長 今回、さまざまなご意見を踏まえて制度の見直しを行った。見直しのもとになった臨床研修制度等に関する検討会の意見のとりまとめ(平成21年2月)には、今回の見直しの結果、研修医の診療能力の向上や地域医療の確保にどのような効果、影響があったか、継続的に検証し、5年後を目途に改めて制度の見直しについて検討する必要がある、とされている。これまでも、研修医の評価、病院の評価は行われているが、その結果に対しては、さまざまなご指摘をいただいている。また、制度そのものが地域医療に与える影響については必ずしも十分な検討がなされているとは言えないと感じている。この際、制度全般に対する評価のあり方について、さまざまな立場からご議論をいただきたい。短期間に全てに対応することは困難かもしれないし、追加して検討すべきこともあるかもしれない。特に、評価の対象、評価の手法、評価の限界について検討をお願いしたい。アンケート調査をすることが適切かどうかも含めて検討していただきたい。本研究班の研究結果は、毎年を検証、5年後の見直しの根拠となり、制度改善のためのたたき台になる。医道審議会でもご議論いただくことを考えている。また、必要があれば平成22年度以降についても引き続き調査研究を実施することを想定している。今後の制度の方向付けを行う基礎資料となるので、よろしく願います。

○桐野班長 制度の5年毎見直しおよび毎年の検証について、判断材料や根拠を示すことが必要である。どのようなデータをどうやって集めるのかが問題だ。その意味で、資料4ページの「評価する対象について」の③制度自体(制度が及ぼす影響等)が最も難しい。4ページ目最後の「初期臨床研修制度で対応すべき課題と、他の方法で対応すべき課題との整理」については、問題点の抽出のみならず、どこでどのように対応すべきか、という議論が必要だ。

1 総論

○西澤先生 新医師臨床研修制度の導入による影響と、今回の見直しによる影響とを分けて評価すべきである。

○桐野班長 そこについては幅があると考えてよい。制度の改善のために、また、評価を正当に行うためには、どのようなデータを取ればよいか。現在あるデータで足りないところは、どういう調査をすればよいかを検討する。

○斎藤先生 プロダクトの評価、プロセスの評価がある。プロセスの評価は難しい。パブリック、病院、大学のニーズを正当に評価しないといけない。到達目標の評価は、福井先生の研究結果がある。指導医の評価も必要だが、それよりもまずやらなければいけないことがある。それはシステムについての評価。制度の評価についてはどういう評価方法をとるのか。研究班の目的にあったものにするのが難しい。それが見えてくれば、そこから先は早い。うまくいくかどうかわからない。制度導入のときは、on-site visit でプログラムを評価し、指導医や研修医に会ってコメントを付けて意見を出した。そのくらい慎重に調査すべき。

○大滝先生 研修医の評価に関する議論と制度の評価に関する議論を分けて検討すべき。研修医に対する評価が形骸化している研修プログラムがある。研修プログラムの評価に関しては、まず、到達目標が達成されていることを確認する必要がある。研修医の評価方法は目標が変わっても利用できるいいものを作るべき。今年の研修班の活動としては、研修の到達度をパイロット的に調査してみてもどうか。制度の評価に関しては、あらためて新しい調査をやるというよりも、すでにあるデータを活用して議論をすることから始めたい。

○山下先生 制度そのものの評価が必要。2点ある。①どういう医師をつくるかということを議論すべき。General practice だけができればいいというのではダメ。専門医を養成するという観点からの議論が必要。専門医の中でどうやって general な部分を担保するのが重要。世界標準を視野に置いた医師養成の観点も必要。これまでのようなアンケートからはよい結論はでてこない。専門家へのアンケート、議論が必要。②研修が終わった人たちの悩みがアンケートに出ていない。自分は何のために勉強しているのか、腰を落ち着けて、誰が自分の面倒を見てくれているのか、絵が描きにくい。専門医としての研修を受けた後に、振り返って初期研修のときに、何がよかったかというアンケートもすべき。3～5年目の医師に〇〇は役に立った、〇〇は役に立たなかった、ということがわかるアンケートをすべき。

○北村先生 研修医の評価に関しては、経験目標が現状のままでよいのか。項目を経験した・しないだけであると、経験の深さがわからない。ACGME(卒後医学教育認証協議会)のように6つの能力を獲得(Six core-competencies)するというような簡単な目標の方が分かりやすい。福井先生の研究が良く、これを繰り返す必要はない。また、医師としての適正を欠く研修医を辞めさせられない制度が問題。現行制度では臨床医に向かない医師についても研修を修了させないといけない。未修了者は100人くらいいてもおかしくないが、現状では十分なフォローアップがなされて

いない。病院評価(プログラム評価)に関しては、医師臨床研修評価機構(Japan Council for Evaluation of Postgraduate Clinical Training: 以下"JCEP")の第三者評価は必ずしも全てがうまくいっていない。JCEP には現在まで70病院ほどが受審。研修病院の中には研修医を育てようという心のない病院もある。病院の特性に応じて3種類くらいの評価基準を設け、5年間くらいの間に受審を義務付け、受審しない病院は、指定を更新できないようにしてはどうか。複数の第三者評価機構を立ち上げる必要があるのではないか。病院の評価をしっかりと行うためには on-site visit は重要。制度の評価に関しては、研修制度以外の要因として、国立大学の独法化、DPC 導入があった。また、小泉改革による市場主義(医療費3.16%減)の導入によって地域医療の崩壊、医師不足が一度に起こった。したがって、研修制度の影響だけをとりだして評価することは難しい。きわめて複雑。地方から研修医がいなくなったということを研修制度導入に帰することは表層的な見方である。日本ほど医療水準の均霑化されている国はないが、医療事故の問題で、国民のマインドが変わり、医療に対する要求水準が高くなった。

○小川先生 研修医の到達度に関して、福井先生の研究にある項目はナンセンス。項目が総花的で、なんでも入っている。もう一度評価しても意味がない。回答者も今の制度しか知らないのが気分で見ている。ほとんど信用できない。前の制度、今の制度の両方が分かっている人、例えば学会が評価すべき。激変緩和で、募集定員や指定基準の変革がなおざりにされている。いい加減な病院が基幹病院として指定されており問題。かなり小さな病院まで指定されている。制度そのものを見直すというのが最重要ポイント。卒前、初期研修、後期研修が連携していなければならない。初期研修だけを良い、悪いと議論してもしょうがない。医学は5年10年経つと大きく変わる。医師となった後に、新しい医学の修得や生涯学習を自らできるようになることが重要。現行制度は GP だけを作るというのが目的となっていて問題。国民の意識とはかい離がある。医学研究が沈滞している。臨床研修を義務化して、病院の管理者になるために研修をしないといけなくなって基礎医学を目指す人が激減した。全ての卒業生を対象として初期臨床研修を義務化したことが問題。

○福井先生 北村先生の意見とほぼ同じ。追加すると、評価方法には相対評価と絶対評価とがあり、研究方法が異なってくる。21年度にはモデル事業の特別コースが行われている。相対評価をするには、新制度3期生をベースにして、22年度修了者と比較することが考えられる。絶対評価にするなら、修了認定の後、医籍に登録しているが、評価にいいかげんなどところがあり、客観的評価をしてから医籍に登録すべきである。したがって、評価プロセスは要改善である。制度に関しては、多くの要因が影響しており、どのようにしたら研修制度の影響を純粋にとりあげるこ

とができるか、検討を要する。

○桐野班長 ここは価値判断をする場ではない。価値判断をするためにどのようなデータが必要か、判断のための根拠について議論してほしい。研修制度の導入は一步前進だが、大学には副作用があったということは確かだ。必要に応じて研修制度を変えていけばよい。各先生の考え方は様々だが、その考え方をサポートするためにどのようなデータをとるべきかについては一致するのではないか。

2 今後の進め方

○桐野班長 案にあるようなスケジュールは難しい。アンケートをするとすればやるが、その前に、方向性を定めるための議論が必要。今回と次回はベーシックな議論をした方がよい。

3 評価する対象について

○桐野班長 評価する対象について、資料4ページでは、①研修医(到達目標の達成度等)の評価、②臨床研修病院(研修プログラム、指導体制等)の評価、③制度自体(制度が及ぼす影響等)の評価の3つが挙げられている。それぞれについて、どこに重点を置くか、皆さんの意見を聞きたい。

(1) 研修医の評価

○西澤先生 卒前教育の段階で差があると到達目標の達成度に差がでる。研修医の能力を調査するのであれば、この点を考慮すべき。

○斎藤先生 まず測定を行い、次いで価値判断をし、最後に意志決定をするというステップを踏むことが必要である。研修医の評価方法として3つある。研修医自身を評価する、指導医から評価する、国民から評価する。ここを固める必要がある。現時点では、卒前、国試、卒後の到達目標が異なっており、3者の整合性が問題である。この点については過去に、医学教育学会のワークショップで検討した経緯がある。なお、現行の到達目標が妥当かどうかの評価は研修医の評価とは異なる。

○大滝先生 到達目標を達成しているかどうかを評価すべき。英国では、臨床の1シーンをサンプリングするなど、評価者がその場面に行き行って記録している。中央で網羅的に把握することはできないが、一部を確認することで評価すべき。Peer review や sampling を用いた評価については、たたき台としてトライアル的にやってみてはどうか。

○山下先生 いままで言われているような研修医の評価の仕方は全部だめだと思っている。医師のキャリアの中で一人の指導医が長く見ており、長いスパンの中で育てられるという環境の中でチェックすべき。長期間マンツーマンで指導できるという制度の中でチェックすべき。チェックリストで評価することは必要かもしれないが、これまで医局がやっていたことをチェックリストに落としているだけで、2年間を無駄にしている。

○北村先生 問題のある研修医への対応では、プロフェッショナリズムやコミュニケーションスキルに関する評価を各研修科目での積み上げで行うことが重要。

○大滝先生 米国では、問題のある研修医については、問題がある度に指導医やプログラム責任者が介入して、カウンセリングをしながら記録を積み上げて最終的に判断するという話を聞いたことがある。

○北村先生 個人に対する評価はポートフォリオで評価すべき。卒前教育でも同様に、文科省の報告書にも盛り込んでもらった。SEA (significant event analysis) という方法が建築学科でもすでに行われている。学生時代から設計図などを USB に保存しておいて、就職や業務の評価に使っている。医師の研修(卒前から卒後を含めて)においても USB に保存して持ち歩くという方法が考えられる。初期研修を超えた仕組みを設けて第三者評価をしてほしい。

○小川先生 ポートフォリオでもいいが、初期研修の2年間だけのものを作ってもしょうがない。学生から生涯教育にかけた全体の一部として作るのには意味がある。本人からアンケートを取っても意味がない。自分だけの問題、科学的なデータにならない。指導医からの評価も、自分が正しい評価をしていると考えているので色眼鏡が付いている。国民には特殊なことはわからないので、国民からの評価は、しても意味がない。どういう医師を作るのか。今の制度が始まる前と始まった後がよく分かっている学会(日本専門医制評価・認定機構)に聞くのは非常に意味がある。GP については家庭医療学会から聞くことで良い結果が得られるだろう。

○福井先生 2年間研修が終わったときに第三者評価ができれば理想的。各目標について記録したものを病院に一定期間保存することを義務付けして外部の人が見るという方法。ガイドライン的なものを出して観察記録した結果を要約して外部評価をすることがよいのではないか。研修記録を残すことが大切。

○桐野班長 長期的に一定の項目で定点観測のようなデータの集積をすべき。

(2) 病院の評価

○西澤先生 研修医が到達目標を達成できるかどうか、そのアウトカムを見るためのストラクチャーやプロセスを評価することは比較的簡単。病院の中で指導医が研修期間を通じて同じ人であるとか、病院全体、他職種が関与しているとか、理念(地域医療に貢献しているなど)を見るなど。

○斎藤先生 岩崎先生の JCEP のサーベイヤーをうまく利用できないか。Peer evaluation を加味できないか。病院は玉石混交。もっと厳しくしてもよいと思う。Community-based hospital というのがあってもよい。

○大滝先生 東京医大では JCEP の外部調査を受けた。自分たちでは気づいていないことがあり、受けてよかった。ただし事務作業量は膨大。3年間隔の更新期間は短い(注:評価内容によって更新期間は最大6年)。評価のための評価になってしまうといけない。全ての研修病院で行う場合は、もっと事務作業量を軽減したい。他の病院の医師(医療専門職者)が調査し、研修医などにヒアリングする点が良い。現場を知っているので、的を射たコメントも得られる。

○山下先生 外形基準、特に病院の大きさが臨床研修病院の基準では重要。ある程度の医師がいけないといけない。プライマリ・ケアだけに留まらず、難しい病気も2年間に診ようということではないといけない。外形基準だと、承認審査が機械的にできるので、アウトカムがキチンと出る。そのうえで運用上の評価はあってしかるべき。病院側は、評価されすぎてうんざりしている。Peer review はよいが現場に即した方法にすべき。研修病院の評価項目と、医療安全対策、感染症対策などの評価項目とが重なっているため、全体で重複部分が増えて現場の負担にならないよう、内容に配慮すべき。様々な評価の中で、研修修了後(例えば後期研修の開始後など)に初期研修の事後評価を現場に即した方法で行うことは意味がある。

○北村先生 JCEP(岩崎先生)による評価があるが、本当に問題のある病院はJCEPを受審しない。したがって、こちらから乗り込んでいく仕組みにしないといけない。研修Gメンの制度を作らないと野放図になる。

○小川先生 JCEP では現在70しか評価していないのに、これから全部を評価するのは不可能。外形基準のデータは全部国が持っているので、申請書によるチェックは必要ではないか。玉石混交でそこが問題であり、外形基準を厳格化して、基幹型になれないところは病院群の協力病院になってもらえばよい。外形基準は表にすることができる。それで検討すべき。

○福井先生 外形基準だけでは不十分。質を高めるためには、on-site visit をすることが必要。JCEP だけではできない。複数の機関が評価できるようにすべき。

○小川先生 評価、評価と言わない方がよい。地方では評価のための時間はない。

○桐野班長 大学評価は大変であった。評価のための評価は避けるべきであろう。病院は評価疲れをしている。研修制度の導入で一番痛い目にあったのは大学である。大学に対する手当ては必要であろう。100%正しい制度、100%正しくない制度など存在しない。どうしたら制度を良くできるのかという観点で議論することが必要だ。

(3)制度自体の評価

○桐野班長 どういう調査、データを得られれば評価できるのか。

○西澤先生 他の要因を切り分けることができない。噛み合うような調査ができないか。対立的ではなく共通の認識を得ることが大切。当時から地域医療がどうなったかという視点が重要だった。他の制度との関連をどうするか。

○斎藤先生 研修制度は5年前に始まったとは考えていない。長いスパンを持ってみる必要がある。評価の手法が重要。重さを計るのに物差しを使うような、間違った評価方法を採用してはいけない。その方法論を議論する必要がある。

○大滝先生 制度の前後を知る人について調査することに賛成。どのように対象を選んで、どのようにサンプリングをするかが課題。調査対象者の背景をとらえて評価を行うべき。大学病院の指導医、コメディカルや医師確保に困っている自治体を対象にすることも考えられる。

○山下先生 2点ある。ひとつは、制度の評価は絶対にすべきということ。どのような医師を育成すべきなのか、制度が理念に合致しているのか否かの検証が必須である。大切なのは、プライマリ・ケア医の養成ではなく first aid ができる医師になることである。どんな医師が必要であるかについて、医療を支えてきたスペシャリストに質問すべきである。もうひとつは、現場の臨床経験3～5年目の研修医に、研修したことのうち、今何が役に立っているのか、立っていないのか。もう少し長い期間研修がしたかったかどうかなどについて聞くべき。後に繋がる質問内容を項目として選ぶことが大切である。

○北村先生 研修制度が政治的に利用されないために、新しい政権がやりたいということについても、その可否が判断できる調査をやるべき。研修医や国民がこういうことを望んでいるかから、これからはこうすべき、といったことが大切である。

○小川先生 帰学率をみると、地方の大学で研修医が3年目以降戻っていない(資料の20～23ページ)。これは事実。こう言うと一般病院にもっといるはずという声が聞かれるので、研修病院だけでなく大学病院等も含めた病院全体についての動向を検討すべき。外科医は減少している。傍証であるが、外科学会の学会入会者が激減している。

○福井先生 研修制度による影響には多くの要因あり。どの要因について調査するのかをみんなで決める必要がある。新たにアンケートを始める前に、今あるデータの解析から始めるべき。どういった資料を組み合わせで検討するか。

4 まとめ

○桐野班長研修制度を導入することについては、当時の全国医学部長病院長会議も賛成している。研修制度の改善をしながら、そのあとのいわゆる後期研修にどうつなげるかを考えていくことが大切。アメリカのようにレジデントに十分な給与が行くようになれば偏在の問題は解決する。みんなのメールアドレスを登録してもらって即座に連絡できる体制をつくりたい。15～17時の時間帯で次の日程調整を行う。主張したいポイントをそれぞれA4の紙1枚にまとめてほしい。

初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究について

○主任研究者

桐野 高明 (国立国際医療センター総長)

○概要：

本研究は、医師の臨床研修制度に対するさまざまな指摘を踏まえつつ、臨床研修制度全体について客観的に評価する方法を確立することが目的である。

医師臨床研修制度については、平成16年度に新たな制度が導入された後、現行の基準による研修プログラムが研修医の将来のキャリア形成の妨げとなっていること、また、新制度の導入により大学病院の医師派遣機能が低下し、医師不足問題が顕在化するきっかけとなったことなどの問題が指摘されている。厚生労働省では、このような指摘を受け、より質の高い医師を効果的に養成する観点などから、研修プログラムの基準の弾力化、臨床研修病院の指定基準の強化などの見直しを行い、平成21年4月に関連する省令の改正等を行った。

本研究では、このような制度の見直しの結果、研修医の診療能力の向上や地域医療の確保にどのような効果、影響があったか、研修の具体的内容、研修医の到達度等について、客観的なデータに基づき評価する方法を確立するものであり、5年後に行われる予定である制度の見直しに大きく寄与することが期待される。

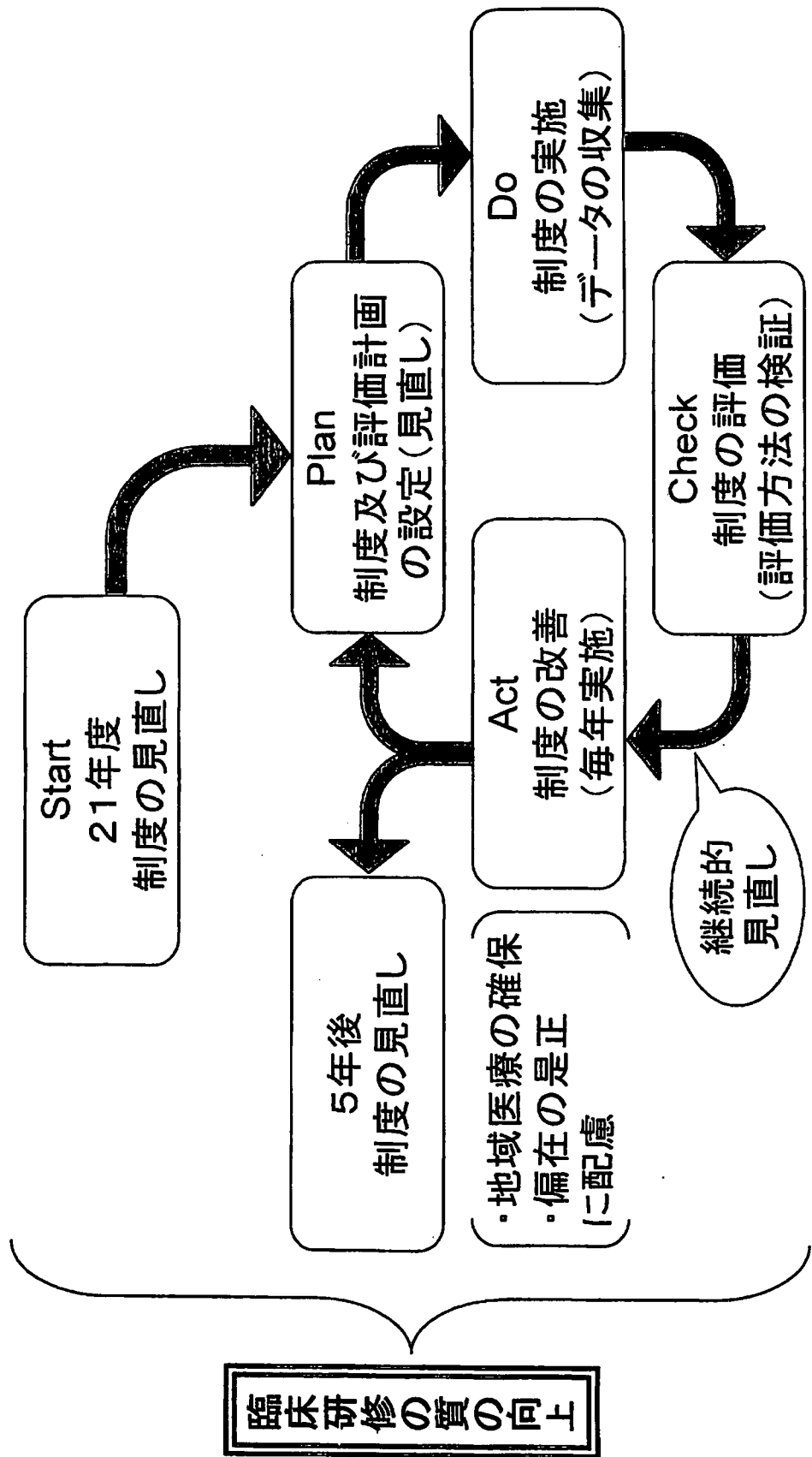
○研究の主な内容

- ① 臨床研修制度の客観的な評価のあり方について検討 (評価の方法、評価に必要な情報、評価の結果を制度評価に活かす方法)
- ② そのための評価の手法を確立 (調査方法や調査する項目を決定)
- ③ 今年度行われている現行の研修制度の評価を実施 (①②において、対象者の検討、調査内容の検討を行い、評価を試行し、改訂)

○分担研究者

- | | |
|--------|----------------------|
| ・大滝 純司 | 東京医科大学病院総合診療科教授 |
| ・小川 彰 | 岩手医科大学学長 |
| ・北村 聖 | 東京大学医学教育国際協力研究センター教授 |
| ・斎藤 宣彦 | 日本歯科大学附属病院内科教授 |
| ・西澤 寛俊 | 特別医療法人恵和会西岡病院理事長 |
| ・福井 次矢 | 聖路加国際病院院長 |
| ・山下 英俊 | 山形大学医学部附属病院院長 |

初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究について



初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究について

(議論のたたき台案)

○評価のあり方について

- 初期臨床研修制度が及ぼした効果と影響について
 - ① 研修医の診療能力の変化
 - ② 医師のキャリアパスへの影響
 - ③ 地域医療への影響 等

- 現行の到達目標の下での評価を前提とすることについて

- 評価する対象について
 - ① 研修医(到達目標の到達度等)
 - ② 臨床研修病院(研修プログラム、指導体制等)
 - ③ 制度自体(制度が及ぼす影響等) 等

- 初期臨床研修制度で対応すべき課題と、他の方法で対応すべき課題との整理について
 - ① 地域医療の確保
 - ② 大学病院の医師確保
 - ③ 医師の地域偏在
 - ④ 医師の診療科偏在
 - ⑤ 医師のキャリア形成(専門医、基礎医学) 等

「初期臨床研修制度の評価のあり方に関する研究」
スケジュール（案）

平成21年	9月	第1回班会議 ○論点整理 ○フリーディスカッション
	10月	第2回班会議 ○評価のあり方について検討 ○評価のあり方に基づいたアンケート案 の作成
	11月	第3回班会議 ○アンケート内容確定
	12月	○アンケート実施 ○22年度の研究計画書提出
平成22年	1月	○アンケート集計
	2月	第4回班会議 ○結果の分析 ○評価のあり方について見直し
	3月	第5回班会議 ○報告書取りまとめ
	4月	○22年度の研究開始

全国医学部長病院長会議 地域医療に関する専門委員会

臨床研修修了者帰学状況調査（最終報告） （3年目） 平成20年7月

- ・ 臨床研修修了者の平成20年4月、平成19年、平成18年における大学への帰学状況を調査検討した。
- ・ 対照として制度開始2年前の平成14年3月卒業者をを用いた。
- ・ 地域別、国公立別、国公立別の帰学動向について14年卒業者と比較し解析した。
- ・ 臨床系診療科別進路状況の変化について解析した。
- ・ **80医科大学・医学部から100%の回収率の解析結果である。**
- ・ 卒後の進路が特殊な防衛医大自治医大産業医大は解析から除外。

臨床研修修了者帰学状況

- ・ 平成14年3月（研修制度発足2年前）国家試験合格者に対する自大学＋他大学所属者の割合を対照
- ・ 平成16, 17, 18年国家試験合格者に対する臨床研修修了者の帰学者（他大学出身者含む）の割合

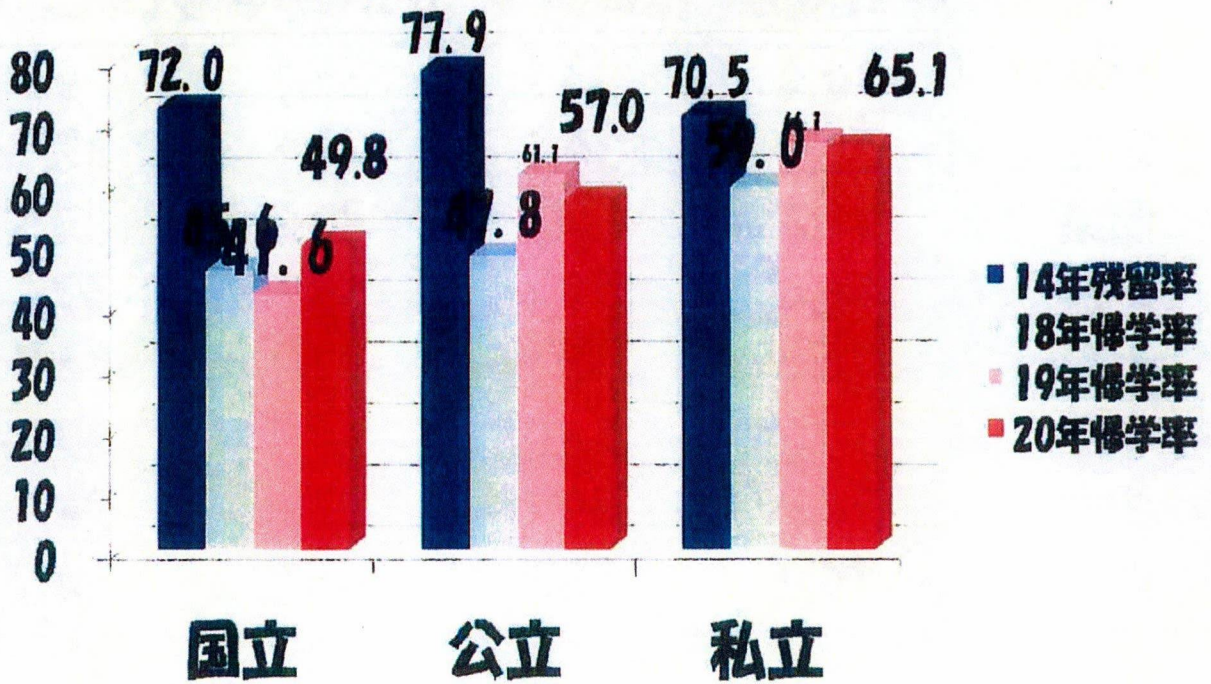
平成14年 : 71.4%

平成18年 : 50.6%

平成19年 : 52.0%

平成20年 : 55.9% **多少の回復**

大学別臨床研修修了者帰学状況

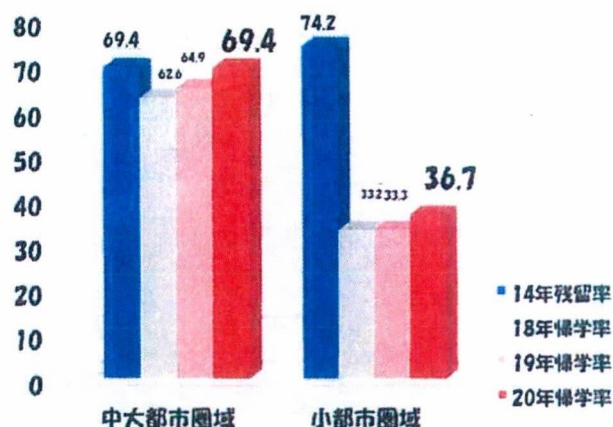
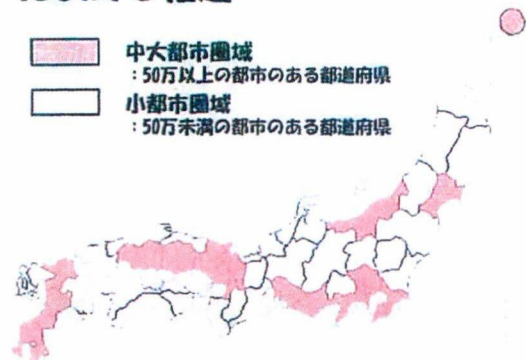


地域別増減状況

地域別臨床研修修了者帰学状況

	14年残留率	18年帰学率	19年帰学率	20年帰学率
北海道	76.4	33.1	38.7	56.2
東北	63.0	30.1	31.1	32.7
関東	71.6	67.4	89.2	82.3
中部	66.4	41.4	35.1	39.1
近畿	74.1	53.1	41.1	46.7
中国	73.3	36.0	29.8	39.7
四国	74.0	30.2	23.3	28.7
九州	75.0	56.2	46.7	64.3
全国	71.4	50.6	52.0	55.9

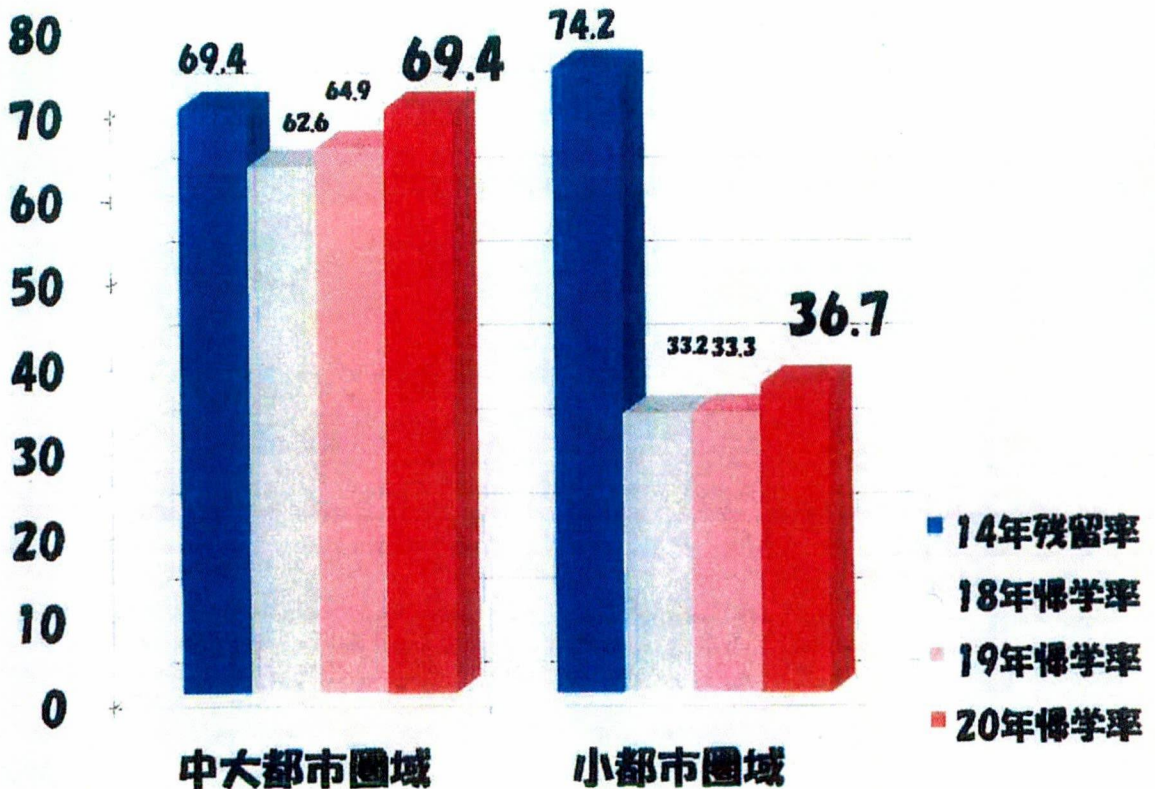
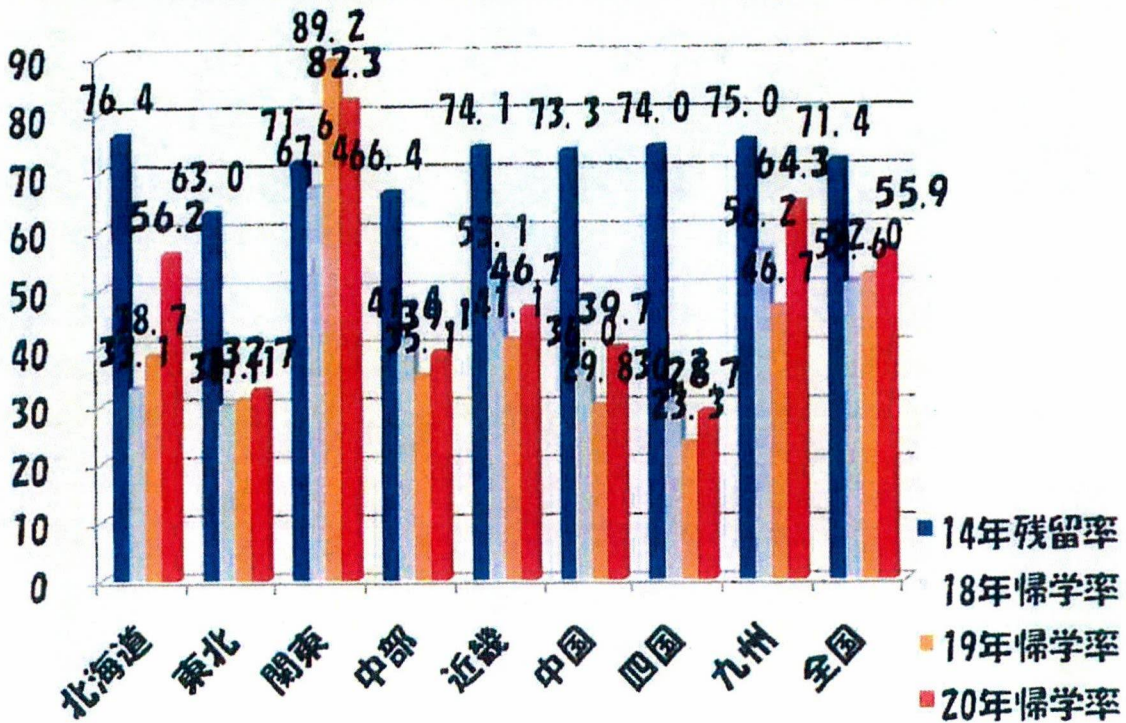
中大都市圏域と小都市圏域における相違



特に僻地・地方医療は地方大学が担っていた。新卒者が地域医療の担い手にはならないが大学の各診療科に若手医師が所属することにより中堅医師が過疎地や地域医療の手伝いが出来ていた。

地方大学における医師不足により過疎地医療のサポート体制が崩壊した。

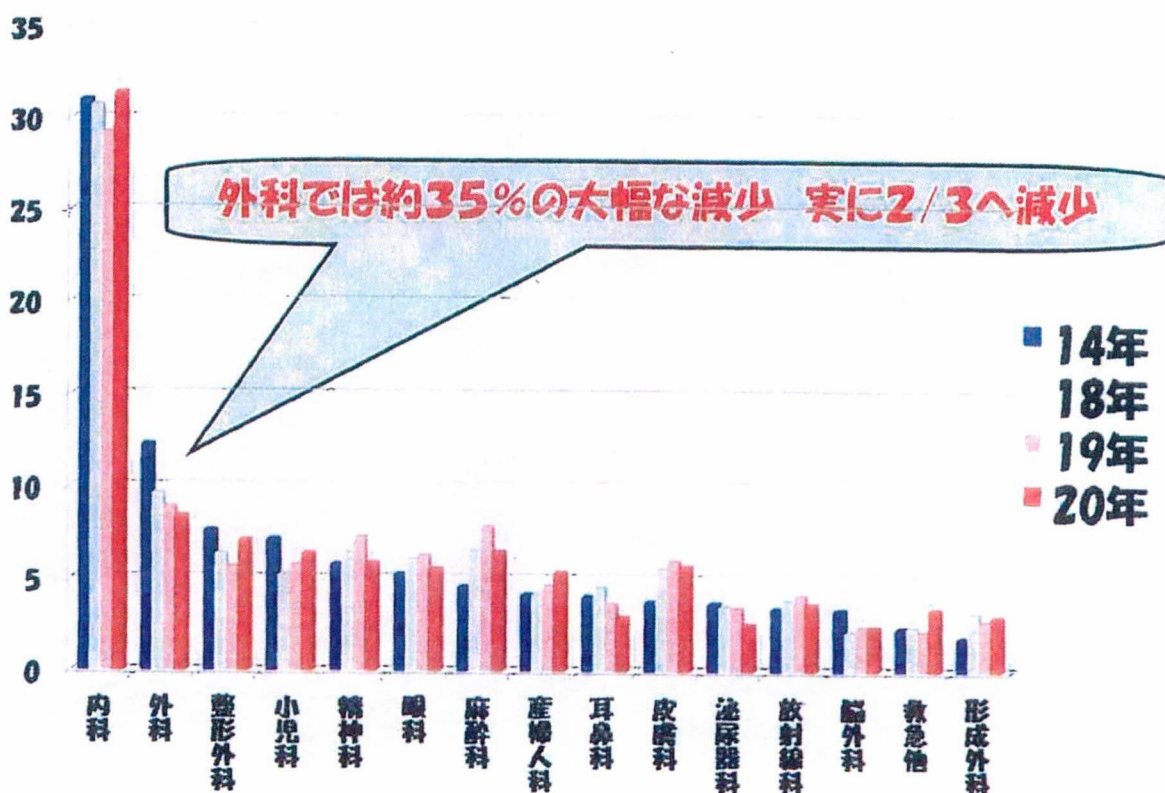
地域別臨床研修修了者帰学状況



診療科別増減

平成18, 19年研修修了大学帰学者進路
平成14年卒業生進路

診療科別増減 平成18, 19, 20年帰学者, 平成14年卒業生



	内科	外科	整形外科	小児科	精神科	眼科	麻酔科	産婦人科	耳鼻科	皮膚科	泌尿器科	放射線科	脳外科	救急他	形成外科
14年	31.0	12.3	7.6	7.1	5.8	5.2	4.6	4.1	4.0	3.7	3.7	3.4	3.3	2.3	1.8
18年	30.8	9.7	6.3	5.2	6.4	6.0	6.5	4.1	4.5	5.5	3.5	3.8	2.1	2.4	3.1
19年	29.2	8.9	5.6	5.8	7.3	6.3	7.9	4.6	3.6	6.0	3.4	4.1	2.4	2.2	2.7
20年	31.4	8.4	7.1	6.4	5.8	5.5	6.5	5.3	2.9	5.7	2.5	3.6	2.4	3.4	2.9

外科医の年齢階級別構成

(厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況)

