



図 2-16

【カテゴリ別 χ^2 検定結果（期待度数が5以下の項目がある場合、Fisherの直接確率検定実施）】

	有効数		欠損		合計		p値
	N	パーセント	N	パーセント	N	パーセント	
年間入院患者数(3000人未満以上) * 問1 2択	1308	91.8%	117	8.2%	1425	100.0%	.234
年間入院患者数(3000人未満以上) * 問2 2択	1378	96.7%	47	3.3%	1425	100.0%	.083
年間入院患者数(3000人未満以上) * 問3 2択	1340	94.0%	85	6.0%	1425	100.0%	.071
年間入院患者数(3000人未満以上) * 問4 2択	1329	93.3%	96	6.7%	1425	100.0%	.038 *
年間入院患者数(3000人未満以上) * 問5 2択	1341	94.1%	84	5.9%	1425	100.0%	.144
年間入院患者数(3000人未満以上) * 問6 2択	1163	81.6%	262	18.4%	1425	100.0%	.004 *
年間入院患者数(3000人未満以上) * 問7 2択	1274	89.4%	151	10.6%	1425	100.0%	.163
年間入院患者数(3000人未満以上) * 問8 2択	1340	94.0%	85	6.0%	1425	100.0%	.088
大学病院or臨床研修病院 * 問1 2択	1308	91.8%	117	8.2%	1425	100.0%	.683
大学病院or臨床研修病院 * 問2 2択	1378	96.7%	47	3.3%	1425	100.0%	.965
大学病院or臨床研修病院 * 問3 2択	1340	94.0%	85	6.0%	1425	100.0%	.570
大学病院or臨床研修病院 * 問4 2択	1329	93.3%	96	6.7%	1425	100.0%	.702
大学病院or臨床研修病院 * 問5 2択	1341	94.1%	84	5.9%	1425	100.0%	.110
大学病院or臨床研修病院 * 問6 2択	1163	81.6%	262	18.4%	1425	100.0%	.437
大学病院or臨床研修病院 * 問7 2択	1274	89.4%	151	10.6%	1425	100.0%	.184
大学病院or臨床研修病院 * 問8 2択	1340	94.0%	85	6.0%	1425	100.0%	.288
入院科目大分類 * 問1 2択	1287	90.3%	138	9.7%	1425	100.0%	.001 *
入院科目大分類 * 問2 2択	1356	95.2%	69	4.8%	1425	100.0%	.030 *
入院科目大分類 * 問3 2択	1317	92.4%	108	7.6%	1425	100.0%	.261
入院科目大分類 * 問4 2択	1307	91.7%	118	8.3%	1425	100.0%	.701
入院科目大分類 * 問5 2択	1320	92.6%	105	7.4%	1425	100.0%	.305
入院科目大分類 * 問6 2択	1145	80.4%	280	19.6%	1425	100.0%	.101
入院科目大分類 * 問7 2択	1255	88.1%	170	11.9%	1425	100.0%	.101
入院科目大分類 * 問8 2択	1318	92.5%	107	7.5%	1425	100.0%	.866
入院科目3分類 * 問1 2択	1292	90.7%	133	9.3%	1425	100.0%	.000 *
入院科目3分類 * 問2 2択	1362	95.6%	63	4.4%	1425	100.0%	.006 *
入院科目3分類 * 問3 2択	1323	92.8%	102	7.2%	1425	100.0%	.562
入院科目3分類 * 問4 2択	1312	92.1%	113	7.9%	1425	100.0%	1.000
入院科目3分類 * 問5 2択	1325	93.0%	100	7.0%	1425	100.0%	.602
入院科目3分類 * 問6 2択	1150	80.7%	275	19.3%	1425	100.0%	.173
入院科目3分類 * 問7 2択	1261	88.5%	164	11.5%	1425	100.0%	.218
入院科目3分類 * 問8 2択	1324	92.9%	101	7.1%	1425	100.0%	.648
総病床数(300床未満以上) * 問1 2択	1308	91.8%	117	8.2%	1425	100.0%	.383
総病床数(300床未満以上) * 問2 2択	1378	96.7%	47	3.3%	1425	100.0%	.601
総病床数(300床未満以上) * 問3 2択	1340	94.0%	85	6.0%	1425	100.0%	.261
総病床数(300床未満以上) * 問4 2択	1329	93.3%	96	6.7%	1425	100.0%	.181
総病床数(300床未満以上) * 問5 2択	1341	94.1%	84	5.9%	1425	100.0%	.077
総病床数(300床未満以上) * 問6 2択	1163	81.6%	262	18.4%	1425	100.0%	.173
総病床数(300床未満以上) * 問7 2択	1274	89.4%	151	10.6%	1425	100.0%	.351
総病床数(300床未満以上) * 問8 2択	1340	94.0%	85	6.0%	1425	100.0%	.421
年間救急件数(10000件未満以上) * 問1 2択	1308	91.8%	117	8.2%	1425	100.0%	.214
年間救急件数(10000件未満以上) * 問2 2択	1378	96.7%	47	3.3%	1425	100.0%	.573
年間救急件数(10000件未満以上) * 問3 2択	1340	94.0%	85	6.0%	1425	100.0%	.735
年間救急件数(10000件未満以上) * 問4 2択	1329	93.3%	96	6.7%	1425	100.0%	.219
年間救急件数(10000件未満以上) * 問5 2択	1341	94.1%	84	5.9%	1425	100.0%	.318
年間救急件数(10000件未満以上) * 問6 2択	1163	81.6%	262	18.4%	1425	100.0%	.069
年間救急件数(10000件未満以上) * 問7 2択	1274	89.4%	151	10.6%	1425	100.0%	.700
年間救急件数(10000件未満以上) * 問8 2択	1340	94.0%	85	6.0%	1425	100.0%	.698
人口10万対医師数(平均未満以上) * 問1 2択	1306	91.6%	119	8.4%	1425	100.0%	.218
人口10万対医師数(平均未満以上) * 問2 2択	1376	96.6%	49	3.4%	1425	100.0%	.865
人口10万対医師数(平均未満以上) * 問3 2択	1338	93.9%	87	6.1%	1425	100.0%	.273
人口10万対医師数(平均未満以上) * 問4 2択	1327	93.1%	98	6.9%	1425	100.0%	.168
人口10万対医師数(平均未満以上) * 問5 2択	1339	94.0%	86	6.0%	1425	100.0%	.063
人口10万対医師数(平均未満以上) * 問6 2択	1161	81.5%	264	18.5%	1425	100.0%	.275
人口10万対医師数(平均未満以上) * 問7 2択	1272	89.3%	153	10.7%	1425	100.0%	.343
人口10万対医師数(平均未満以上) * 問8 2択	1338	93.9%	87	6.1%	1425	100.0%	.638

図 2-17

	有効数		欠損		合計		p値
	N	パーセント	N	パーセント	N	パーセント	
6都府県その他 * 問1 2択	1308	91.8%	117	8.2%	1425	100.0%	.152
6都府県その他 * 問2 2択	1378	96.7%	47	3.3%	1425	100.0%	.746
6都府県その他 * 問3 2択	1340	94.0%	85	6.0%	1425	100.0%	.275
6都府県その他 * 問4 2択	1329	93.3%	96	6.7%	1425	100.0%	.267
6都府県その他 * 問5 2択	1341	94.1%	84	5.9%	1425	100.0%	.006 *
6都府県その他 * 問6 2択	1163	81.6%	262	18.4%	1425	100.0%	.162
6都府県その他 * 問7 2択	1274	89.4%	151	10.6%	1425	100.0%	.055
6都府県その他 * 問8 2択	1340	94.0%	85	6.0%	1425	100.0%	.616
プログラム種別 * 問1 2択	1308	91.8%	117	8.2%	1425	100.0%	.091
プログラム種別 * 問2 2択	1378	96.7%	47	3.3%	1425	100.0%	.497
プログラム種別 * 問3 2択	1340	94.0%	85	6.0%	1425	100.0%	.818
プログラム種別 * 問4 2択	1329	93.3%	96	6.7%	1425	100.0%	.362
プログラム種別 * 問5 2択	1341	94.1%	84	5.9%	1425	100.0%	.721
プログラム種別 * 問6 2択	1163	81.6%	262	18.4%	1425	100.0%	.050
プログラム種別 * 問7 2択	1274	89.4%	151	10.6%	1425	100.0%	.846
プログラム種別 * 問8 2択	1340	94.0%	85	6.0%	1425	100.0%	.441

年間入院患者数、および入院診療科についての変量ロジスティック分析結果(p<0.05の項目が含まれるもののみ掲載)

1. 診察のため病室に来ていたと回答するオッズ比 (患者数3000未満を1とする)

	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間		有意確率	P<0.05
		下限	上限		
患者数 3000 から 4999	3.312	1.106	9.917	.032	○
患者数 5000 から 6999	1.676	.634	4.433	.298	
患者数 7000 から 9999	2.337	.930	5.873	.071	
患者数 10000 以上	2.188	.928	5.161	.074	

2. 患者の質問に対し答えてくれたと回答するオッズ比 (患者数3000未満を1とする)

	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間		有意確率	P<0.05
		下限	上限		
患者数 3000 から 4999	4.969	.795	31.047	.086	
患者数 5000 から 6999	3.781	.728	19.631	.113	
患者数 7000 から 9999	5.977	1.279	27.918	.023	○
患者数 10000 以上	4.335	1.208	15.547	.024	○

3. 問題があった時の対応が適切だったと回答するオッズ比 (患者数3000未満を1とする)

	オッズ比	オッズ比の95%信頼区間		有意確率	P<0.05
		下限	上限		
患者数 3000 から 4999	3.560	.831	15.256	.087	
患者数 5000 から 6999	17.280	1.851	161.356	.012	○
患者数 7000 から 9999	5.029	1.376	18.382	.015	○
患者数 10000 以上	9.240	2.783	30.674	.000	○

図 2-18

4. 自己紹介があったと回答するオッズ比（その他の科目を1とする）

	オッズ比	オッズ比の 95% 信頼区間		有意確率	P<0.05
		下限	上限		
必修科目	1.910	1.373	2.656	.000	○
選択必修科目	1.464	1.020	2.101	.039	○

5. 診察のために病室に来ていたと回答するオッズ比（その他の科目を1とする）

	オッズ比	オッズ比の 95% 信頼区間		有意確率	P<0.05
		下限	上限		
必修科目	1.810	1.136	2.884	.013	○
選択必修科目	1.040	.642	1.687	.873	

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

臨床研修指導医を対象としたアンケート調査研究

分担研究者 安田 あゆ子 名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部
研究協力者 安藤 昌彦 名古屋大学医学部附属病院 先端医療・臨床研究支援センター

研究要旨

医師臨床研修制度の改善を図るため、制度の運用者である臨床研修指導医の状況や考えなどを把握することは、制度設計上、非常に重要なことである。今回本邦初の大規模な指導医調査を実施し、その一端が明らかとなった。

研修医指導については、業務環境は必ずしも整備されているわけではないが、医師として指導に対するモチベーションが勝っている印象をうける。指導方法等については、疑問や不安を抱えているものもあり、教育技法や制度、日常の指導に関する疑問を解決する機会を効率よく提供することが必要と考えられた。臨床研修制度に対しては、約半数はおおむね良い制度とするも、改善が必要な部分については多数の意見が挙がった。必要期間や研修科目、募集定員、指定基準などに関しては現行ルールの変更が必要と考えているものが多く、その方向性としては、基本的診療能力をより身に付けるように大病院に偏らず多彩な経験をすべきと考えるものと、専門研修を早くに実施するように根本的に改善すべきと考える2つの方向性があることがわかった。

「国民の求める医師像」という制度の基本理念実現のための改善の基盤として、制度運用に欠くことのできない指導医の環境整備をし、研修医指導に対する意識の向上を図ることが必要と思われた。

A. 研究目的

本研究の目的は、医師臨床研修制度の次回の見直しの検討に必要な客観的なデータを得ることにある。医師臨床研修制度に関する法令においては、「適切な指導体制の下で医師としての人格を涵養し、プライマリ・ケアを中心に幅広く医師として必要な診療能力を効果的に身に付けることができるもの」とされている。臨床研修指導医（以下、指導医）に関しては、「研修医に対する

指導を行うための必要な経験及び能力を有しているものでなければならないこと」とあり、このため成人教育理論を含めたプライマリ・ケアの指導方法等に関する講習会（以下、指導医講習会）が全国各地にて開催され、これを修了したものが、臨床経験7年以上という規定に加え指導医とされているところである。平成20年の制度改正の際に指導医講習会受講が指導医の必要要件とされたため、指導医講習会受講者数から

指導医の概数は把握できるようになった
(平成 22 年度末までで延べ 43,701 人)。

臨床研修制度を実際に運用しているのは、研修医を指導する指導医である。その指導医の属性や研修医指導にかかる満足度、制度に対する意見などはこれまでに国全体で把握されたことはなかった。臨床研修制度の現状を把握し、改善につなげ医師育成システムの向上を図るためには第一のステークホルダーとして制度を担っている指導医の状況や負担、考え、満足度等の把握が必須であると考えられる。今回本邦初となる、全国の指導医に対する大規模なアンケート調査を実施することによって、全国の指導医がどのような業務状況にあり、どのような考えで研修制度を運用し、研修医を育成しているのかを描出することを試みた。

B. 研究方法

B-1. アンケート調査

臨床研修指導医を取り巻く状況やその考えについてのデータを得るために、1) どのような属性であるのか、2) 担当分野と基本的診療能力の関係をどのように考えているのか、3) 指導医に求められる資質をどのように考えているのか、4) 業務状況はどうか、5) 研修医指導にあたる不安や満足度はどうか、6) 臨床研修制度についてどのように考えているのかの 6 つの大項目に関しアンケート調査を実施した。平成 24 年 2,3 月に全国の基幹型相当大学病院もしくは基幹型臨床研修病院に在籍する常勤医師で、臨床経験が 7 年以上あり(平成 18 年までに医師免許取得したもの)、指導医講習会を受講済みの指導医を対象とした。アンケートを作成し【図 1-1,2】、平成 24 年 2 月中旬ごろ全国の基幹型臨床研修

病院に郵送にて送付した。アンケートは無記名式で年齢、性別、所属病院名を記入していただいた。アンケート項目は各指導医の属性、担当研修科目、指導医の資質、指導業務、指導にかかる満足度、疑問、臨床研修制度についての意見などとなっている。アンケート実施期間は平成 24 年 3 月 31 日までとした。アンケートは各施設より指導医に配布され、施設ごとに、地方厚生局を通じて回収した。回収したアンケートは集計後、解析を実施した。統計解析には、SPSS 統計ソフトウェア version 20.0 を用いた。

B-2. 倫理的配慮

本研究にあたっては、名古屋大学大学院医学系研究科倫理審査委員会において倫理的配慮に関し事前に検討が行われ、承認(承認番号 2011-0009)が得られている。

アンケートは無記名式であり、アンケートの趣旨に合意した場合、記入する方式とした。

C. 研究結果

以下の 6 つの大項目について結果を解析した。詳細は【図 2】臨床研修指導医アンケート集計結果を参照していただきたい。

1. アンケート回収率および指導医の属性
2. 研修に必要な科目、期間
3. 指導医に求められる資質
4. 指導・教育関連業務について
5. 研修医指導に関わる際の疑問・戸惑い、満足度
6. 臨床研修制度について

C-1. アンケート回収率および指導医の属

性

アンケートの配布総数は 23,603 となった。アンケート回収総数は 16,669(70.6%) であり、無効回答を除く解析対象は N=16,647 となった。男女比は男性 88.0%、女性 10.4%、無回答 1.6%であった【図 2-1】。回答者年齢分布の平均値は 47.0±7.7 歳であり、経験年数の平均値は 21.9±7.7 年であった【図 2-2】。

専門とする診療科として最も多かったのは内科系 n=5,344、次いで外科系 n=2,630、小児科 n=1,192 であり、診療科ごとの年齢分布は図 2-3 のとおりである【図 2-2,3】。

臨床研修の院内体制における役割として、プログラム責任者(副を含む)は n=1,800、研修管理委員長は n=402 であり、プログラム責任者の平均年齢は 52.1 歳、研修管理委員長は 54.8 歳であった【図 2-3】。

指導医の所属基幹型病院の都道府県別分布は【図 2-4①】のとおりである。今回の回答者では東京都が n=2,332 と最も多く、山梨県が n=35 と最も少なかった。その他所属病院の規模等で分けた指導医の分布は

【図 2-4,5】のとおりである。カテゴリ別解析のために各施設で採用している研修プログラムを二分した。研修プログラム種別として改正以前の 7 必修科目を全て必修としているプログラム、または 3 必修科目以外に 4 選択必修科目(科目、期間は問わない)を必修としているプログラムが募集定員の多数を占める施設を SR(スーパーローテーションプログラム)施設(n=392)とし、それ以外を F(弾力化プログラム)施設(n=634)とした。検討対象となった施設の構成は以下のとおりである【表 1-1,2】。

【表 1-1】病院種別によるプログラムの割合

N=1034		病院種別		合計
		臨床研修 病院	大学病院	
プログ ラム種 別		0.8%	0.9%	0.8%
	F	59.1%	79.1%	61.3%
	SR	40.2%	20.0%	37.9%
合計		100.0%	100.0%	100.0%

【表 1-2】都道府県によるプログラムの割合

N=1034		都道府県		合計
		その他の 道県	6 都府県	
プログ ラム種 別		1.2%	0.0%	0.8%
	F	65.7%	53.0%	61.3%
	SR	33.1%	47.0%	37.9%
合計		100.0%	100.0%	100.0%

指導医自身がうけた研修に関しては、スーパーローテーション型研修、ストレート型研修、およびその他の 3 つから 1 つ選択とした。ストレート型研修をうけたものは 70.7% (平均年齢 47.3 歳)、スーパーローテーション型研修を受けたものは 19.9%(平均年齢 45.1 歳)であった【図 2-5,6】。都道府県別の受けた研修ごとの回答者割合やプログラム種別回答者割合は様々で、地域により違いがみられた。

C-2. 研修に必要な科目、期間

臨床研修において担当している科目を複数回答にて聞いた。専門分野の回答数との比較も掲載した【図 2-7】。担当研修科目は基本的診療能力を修得するのに必要かどうか聞いたところ【図 2-8②】のような回答が得られた。どの科目においても概ね 6 割が

上の回答者が自分の担当する研修科目が基本的診療能力習得において必要と考えているが、総合診療科、救急科、内科系など必要と考える回答者が非常に多い研修科と、病理・病理診断科や眼科など必要でないとするものが一定割合含まれる研修科がみられた。必要研修期間に関しては、全体では中央値が3か月となったが、研修科目によって中央値、最頻値は異なり、内科系では最頻値が6か月と最長となった。その他外科系、麻酔科、救急科、および総合診療では中央値が3か月となった【図2-9】。採用しているプログラム種別や病院種別で必要研修期間は有意差があり、弾力型プログラムを採用している病院や大学病院の指導医は3か月以上の長い期間が必要と考えているものが多かった【図2-10】。

C-3. 指導医に求められる資質

指導医に必要な資質として、臨床経験が必要と考える割合が最も多く、次いで教育的知識・教育歴、専門医資格、指導医講習会受講歴の順に必要とする回答割合が多く、研究経験が必要としたものの割合が最も少なかった。研修体制における院内役割別に検討すると、臨床経験、教育歴に関してはどの役割のものでも順位は変わらなかったが、専門医資格と指導医講習会受講歴に関しては、プログラム責任者、研修管理委員長では専門医資格よりも講習会受講歴が必要と考えているものの割合が増える傾向にあった【図2-11】。

指導医講習会のテーマに関してどのように考えているか、現行の開催指針に含まれるテーマおよび、講習会でよくとりあげられているテーマ各々について、指導医講習

会で受講する（指導医が理解しておく）必要があるかどうか聞いた。全般にどのテーマに関しても必要もしくはどちらかと言えば必要と考える回答者が多かったが、テーマによって平均値、中央値に差がみられ、「医療安全管理」、「患者医師関係」、「プライマリ・ケアの基本的診療能力」などを理解しておく必要があると考えているものが多かった。反対に「地域保健医療」、「研修プログラム立案」、「卒前教育の現状」などは相対的に必要と考える回答者割合が低かった【図2-12】。

指導医講習会が研修医指導の参考になるとしたものは49.9%、ならないは19.8%、どちらもいえないとしたものは30.3%だった【図2-13】。指導医講習会が参考になったとしたものがどのテーマを必要と考えているかについて多変量解析を実施した【図2-14】。有意差があったもののうち、オッズ比(OR)が高く指導医が理解しておく必要が特にあると考えているのは「研修医指導方法の実際」(OR=1.925)「指導医の在り方」(OR=1.489)「研修プログラム立案」(OR=1.317)などであった。

C-4. 指導・教育関連業務について

アンケートに答えた指導医のうち85.5%(n=14,112)が最近1年間に研修医を指導する機会があったと回答した【図2-15】。指導する機会がなかった理由としては「ローテートしなかった」、「指導担当ではなかった」などを選択するものが多かった【図2-15④】。以下の質問は指導する機会があったものを対象とした。指導した研修医数は1~5名が50.4%と最も多かった(n=7,176)が、52名以上と回答したのも1.6%(n=226)

あった。研修医指導にあたる期間として、ほぼ通年が 43.2% (n=6,134) と最も多かった【図 2-15】。

指導医の勤務時間、指導にかける時間等について聞いた。指導医の総勤務時間は一週間あたり平均 54.4±13.2 時間であった

(有効回答を 32 時間以上 168 時間未満とした)。指導医の年齢や経験年数別にみると、若年層の方に勤務時間が長い傾向が見られた【図 2-16】。

研修医指導時間として 3 つの項目にわけ質問し、研修医とともに診療にあたる時間 (平均 11.8±12.4 時間/1 週間)、指導専念時間 (平均 3.9±5.1 時間/1 週間)、および指導の準備時間 (平均 2.21±3.3 時間/1 週間) との回答を得た。分布等は【図 2-16,17】のとおりである。

C-5. 研修医指導に関わる際の疑問・戸惑い、満足度

指導にあたり疑問や戸惑いを感じるかとの問いには 69.5% があると回答、23.4% がないと回答した。どのようなカテゴリの回答者が不安を感じているか、カテゴリ別のクロス集計を実施した【図 2-18,19(ア)～(カ)】。不安や戸惑いがあった回答者は、年間入院患者数が少ない施設、年齢が若い指導医、指導医数が少ない施設、研修医指導にあたる時間が長い指導医、指導にかかわる満足度が低い指導医、スーパーローテーション研修を受けた指導医などに多い傾向が見られた。不安や戸惑いの理由としては、自分の指導法についての不安をあげたものが最も多かった (複数回答にて対象者の 64.3%)【図 2-19】。

研修指導に関わる満足度を 1 : 満足して

いない、5 : 大変満足しているとして、5 段階の数字で表してもらった。3 を選んだ回答者が最も多かった(47.0%)。どのようなカテゴリの回答者に満足度が高いか、カテゴリ別のクロス集計を実施した【図 2-20～22(ア)～(サ)】。研修体制における役割で責任のある指導医、年齢が高い指導医、年間入院患者数が多い施設、一年間に指導した研修医が多い、指導に関わった期間が長い、スーパーローテーション型研修プログラムを実施している施設に所属する指導医で満足度が高い傾向が認められた。研修指導に関することへの満足度が高い指導医がどのようなカテゴリに属するか多変量解析にて検討した。スーパーローテーション研修を受けた指導医は有意差をもって満足度が高く、また年齢が高くなるほど、指導した研修医数や指導した期間が長くなるほど満足度が高くなる傾向が認められた。疑問・戸惑いに関しても同様のカテゴリで多変量解析を実施したところ、疑問・戸惑いが有意差をもって多いカテゴリ (スーパーローテーション研修を受けた指導医、指導研修医数が多い、指導期間が長い指導医) と、有意差をもって少ないカテゴリ (年齢が高い、大学病院の指導医、6 都府県の指導医、年間入院患者数が多い施設の指導医) が存在していた【図 2-22】。

指導医の研修指導に対する考えや、状況等について 8 つの項目を 5 段階の Likert 尺度にて聞いた【図 2-23】。これらの質問に対し因子分析を実施したところ、指導に対する前向きなモチベーションに関係する第 1 因子と、自身の診療業務と指導とのバランスに関係する第 2 因子が抽出された【図 2-23(ア)】。専門診療科を必修科目 (内科系、

救急科、総合診療、および地域医療)、選択必修科目(外科系、小児科、精神科、産婦人科、および麻酔科)、その他の科目(皮膚科、泌尿器科、脳神経外科、整形外科、形成外科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、病理・病理診断科、臨床検査科、基礎医学、およびその他)にわけそれぞれ因子分析を実施したところ、必修科目、選択必修科目では、第1因子が指導に対するモチベーションの因子、第2因子が診療業務と指導とのバランス因子であったが、その他の科目では業務と指導とのバランス因子が第1因子となった。いずれの分析でも指導が組織において評価されている項目は因子負荷量が小さく因子として抽出されなかった【図 2-24】。

C-6. 臨床研修制度について

臨床研修を実施する環境としてふさわしいものを複数回答にて選択してもらった。

「救急症例数が一定以上」である施設が環境としてふさわしいと考えている指導医が最も多かった(n=13,659, 82.9%)。「教育研修機能が一定以上」(77.6%)「病床数が一定以上」(77.6%)「研修医あたりの指導医が数一定以上」(77.2%)というような環境要因がほぼ同数で続いた【図 2-25】。

自身の経験を踏まえて現在の臨床研修制度をどう思うか聞いたところ、「改善すべきところもあるがおおむね良い制度」(n=8,081, 51.1%)、「抜本的な改善が必要」(n=5,994, 37.9%)、「わからない」(n=1,747, 11.0%)との意見であり、肯定的な意見が約半数であった【図 2-25】。

抜本的改善が必要と考える指導医はどのような特徴をもっているのか検討するため

に、多変量ロジスティック分析を実施した。有意差が認められたカテゴリーのうち、OR \geq 1の大学病院の指導医では抜本的改善が必要と考えるものが有意に多く、また施設の指導医数が増えるにつれ、抜本的改善が必要と考える傾向があることを示している。OR $<$ 1の項目として、病院で採用しているプログラムがスーパーローテート型施設の指導医は抜本的改善が必要と考えるものは有意に少なく、同様に自身がスーパーローテート研修を受けたものに関して有意に少ない結果となった。年間に指導した研修医数が増えるほど、また救急取扱い件数が多い施設の指導医ほど、抜本的改善が必要と考えるものは有意に少ないことも示された【図 2-26】。

研修制度についてどのような改善が必要か複数選択で回答したものをパレート図にて表現した【図 2-27⑤】。回答した選択肢数は最頻値が3であった。改善が必要とされた項目は「必修科目、期間設定を見直すべき」(n=9,060, 55.1%)、「基本的臨床能力をよりしっかり身に付けられるように見直すべき」(n=8,457, 51.4%)「都道府県別の募集定員設定や、各病院の募集定員制限を見直すべき」(n=5,566, 33.9%)が上位項目として上がった。

改善が必要と思う選択肢に関し、因子分析を実施したところ、4つの因子が抽出された。第1因子は専門研修を重視し早く開始すべきと考える因子、第2因子は大病院に偏らず臨床研修病院や、地域医療研修などにより基本的診療能力をよりしっかり身に付けるべきと考える因子、第3因子は研修制度のルール(到達目標、必修科目、期間、評価方法等)を改善すべきとする因子、

第4因子は国全体として臨床研修病院のありかた（指定基準、募集定員）について改善すべきとする因子と考えられた。これら4つの因子間の相関は第2因子と第3因子、第3因子と第4因子にはかなり認められたが、第1因子とその他の因子間には相関はあまり認められなかった【図2-28】。

研修制度に対し、抜本的な改善が必要と考える場合を1としてどのような改善が必要と考えるかについて多変量ロジスティック分析を実施した。多くの項目で有意差がみられたが、特にオッズ比が高い項目は「早く専門研修を開始できるように見直すべき」(OR=1.859)、「専門研修により重点を置くように見直すべき」(OR=1.820)、「大学病院での研修を経験するように見直すべき」(OR=1.573)などとなった。逆に抜本的改善が必要と考えるものが、有意差をもって選択していない項目としては「臨床研修病院での研修を経験できるように見直すべき」(OR=0.610)、「評価方法を統一するように見直すべき」(OR=0.725)、「大病院に偏らず多彩な経験が積めるように見直すべき」(OR=0.760)などが上がった【図2-29】。

指導医から見た研修医評価として、制度導入により研修修了した医師の総合的な診療能力は導入以前より高くなったかを聞いたところ【図2-30】のようになった。「わからない」と回答したものを除き、各カテゴリ別にクロス集計を実施した【図2-30(ア)～図2-31(ケ)】。年間入院患者数や総病床数、指導医数では規模の小さい施設の指導医の方が、研修医の能力が高くなったと評価している。しかし救急件数に関しては、救急件数が多い施設の指導医のほうが、研修医の能力が高くなったと評価して

いる。指導医の年齢別では年齢の高い指導医の方が高く評価していた。大学病院より臨床研修病院のほうが高くなったという評価が多く、必修科目、選択必修科目、その他の科目の指導医ではその他の科目の指導医が高く評価する傾向があった【図2-31】。能力が高くなった（とても、ややを含む）と回答した場合を1として多変量ロジスティック分析を各カテゴリに対し実施したところ、ほとんどの項目で有意差が認められた。ORがほぼ1以外のものとしては、年齢が高くなるほど、救急件数が多くなるほど指導した研修医が多くなるほど能力は高くなったと評価する傾向が見られた。スーパーローテート型プログラムを採用している施設の指導医のほうが高く評価していた。逆に大学病院や6都府県の指導医は能力が高くなったと評価するものが有意に低かった【図2-32】。

最適な研修期間や履修内容についての考えを聞いた【図2-32⑦】。2年以上の期間でそのうち1年程度を必修科目とすべきとする意見が最も多く43.2%(n=7,130)、次いで2年以上の期間でスーパーローテート形式とすべきとする回答が22.3%(n=3,682)であった。カテゴリ別にどのように意見の比率が変わるかをクロス集計した【図2-33】。

最適な研修期間や履修内容について、その他以外の4つの選択肢を選んだ場合を1として、多変量ロジスティック分析を実施した。5年以上の期間で専門研修も履修すべきという選択肢を有意に多く選択していたのはスーパーローテート研修を受けた指導医であり、大学病院の指導医は有意に選択していない結果となった。2年以上でスーパーローテート形式にすべきという回答

は、スーパーローテーション研修を受けた指導医や救急件数が多い施設の指導医、指導した研修医数が多い指導医などで有意に多かった。逆に大学病院の指導医では有意に選択されていなかった。2年以上で1年程度必修科目を履修すべきという意見を有意に選択しているカテゴリはなく、大学病院の指導医やスーパーローテーション研修を受けた指導医は有意に選択しておらず、また年齢が上がるほど選択しない傾向がみられた。研修期間を1年以内とすべきという回答は大学病院の指導医で有意に多かった。逆にスーパーローテーション研修を受けた指導医や、救急件数が多い施設の指導医、指導した研修医数が多い指導医は有意に選択していなかった【図 2-34】。

D. 考察

D-1. アンケート回収率、指導医属性について

アンケート配布枚数に対する回収率は70.6%であり、初回調査としては多くの指導医から回答が得られたと考えられる。今回の調査では基幹型の指導医のみが対象となり、協力型病院や協力施設の指導医は含まれていない。病院群で研修医を育成するという考えからは、これらの施設にのみ属する指導医も今後調査対象とすべきか検討が必要と思われる。

指導医の年齢分布は平均年齢が47.0歳であり、厚生労働省が実施した平成22年医師数調査の、病院に属する医師の平均年齢43.3歳と比較するとやや高いが、臨床経験7年以上の医師が定義であることから妥当な分布であると思われる。経験年数（医師免許取得年からの年数）は平均21.9年であ

り、経験豊富な医師が回答している。専門とする診療科別の回答者数に関して医師数調査の分布と比較すると、やや臨床研修の必修科目等に多い印象ではあるが、臨床研修指導医が内科、外科、小児科、産婦人科、精神科に配置されていることが、基幹型臨床研修病院の指定基準になっていることから考えると妥当と思われる。

臨床研修における院内体制での役割に関しては、プログラム責任者、研修管理委員長は平均年齢が50歳台と高く、院内において主要な役割を担う医師が担当していることがうかがわれる。

所属病院別にどのようなカテゴリに属する指導医が回答しているか検討した。年間新規入院患者数別にみると、3000人未満の施設に属する指導医はn=147(0.9%)であり、カテゴリ別解析の検討には慎重を要すると考えられた。

自身がうけた研修については70.7%がストレーティング型研修を受け、スーパーローテーション型研修は19.9%が受けたと回答している。新制度開始前よりスーパーローテーション型研修を実施する施設は存在していたが、新制度開始に合わせて増加傾向にあったと考えられ、若年層にスーパーローテーション型研修を受けたものが多い理由と考えられる。どのような研修を受けたものが多いか、またどのようなプログラムを採用している施設の指導医からの回答が多いかに関しては、【図 2-6】のように地域差が存在することがわかった。地域差が生じる理由については、地域の基幹大学の医師養成システムの変遷や地域連携状況、行政の介入状況など様々な複合要因によると思われる。

D-2. 研修に必要な科目、期間

回答された専門分野と担当研修科を比較検討した。100%を超える指導医割合となっている研修科目が多いのは、担当研修科を複数回答可としているためである。中でも地域医療や救急科などは必修科目となっているため、専門分野としてよりは領域として担当している指導医が多いことがうかがわれる。担当研修科目がプライマリ・ケアに必要とされる基本的診療能力を習得するために必要かどうかに関して、専門科と研修科目が一致したもの（自身が専門科と考えている研修科目を指導している）回答のみを検討した。概ねどの研修科目の指導医も自分の専門科（研修科目）が必要と考えているが、その割合が非常に高い科は現在の必修科目に多い傾向が認められ、また必修科目となっていない眼科などでは比較的低い傾向が見られた。病理・病理診断科はCPC研修が必修化されているが期間としては定められていないため、施設による運用に差があることが回答内容に影響を及ぼしていることも考えられた。自身の専門科（研修科目）が基本的診療能力を習得するために必要と考える場合に必要最低期間（必要な研修期間）について検討した。3か月を選択したものが全科を通じ最も多かったが、内科系では現行の必修期間のとおりの6か月以上必要であると考えているものが最も多かった。新制度開始当初のスーパーローテーション型研修では、内科6か月、外科3か月、救急（麻酔科を含む）3か月、小児科、産婦人科、精神科、および地域（保健）医療、各1か月ずつが最低必要期間とされていたが、ある程度これを支持する回答が多く、1か月間が必要とされていた研

修科目に関しては、もう少し長い期間が必要と考える指導医が多いことをうかがわせた。整形外科は必修科目としては独立していないが、外科系として研修科目に含まれている場合や、外科系救急を習得するうえで必修とされている施設が多いことを反映しているのか、最低研修期間の最頻値が3か月となった。所属病院のプログラム種別で必要最低期間を検討すると、スーパーローテーション型プログラムに比べ弾力化プログラムを採用している病院は一つ一つの研修科目を長く研修させる意図があるためか、研修期間をより長くすべきとの回答が有意差をもって多かった。大学病院の指導医も同様に1研修科目の研修期間を長くすべきとの回答が多く見られた。

D-3. 指導医に求められる資質

指導医に求められる資質をどのように考えるかについて5項目に関し、その必要性を聞いた。どの項目に関しても半数以上が必要と考えていたが、臨床経験はほとんどの回答者が必要かどうかと言えば必要との回答であったが、研究経験については3割以上が必要でないとする回答であった。専門医資格よりも教育的知識が必要と考える指導医が多かったことは、臨床現場の実感を反映しているものと考えられる。プログラム責任者や研修管理委員長などの管理的役割にあるものが指導医講習会受講歴を必要と考える傾向にあるが、法令順守の考えからなのか、講習会の各指導医に及ぼす効果を理解しての回答なのかは今回の設問からは読み取れなかった。大学病院の指導医の方が研究経験を必要と考えている回答割合が多く、自らの業務が研究につながっ

ていることが多いことや、EBM 実践の観点などの理由は考えられたが特定はできなかった。

指導医講習会のテーマに関しての考えを聞いた。自分が受講していないテーマで、テーマ名から内容が理解しにくいものに関しては欠損値が多くなっているのではないかと思われる傾向が認められた（プロフェッショナルリズム、卒前教育の現状、新たな医師臨床研修制度など）。指導医講習会が研修医指導の参考になるかどうかについての考えは、約半数が参考になるとしたが、どちらともいえないが3割、参考にならないが2割と、約半数が運用面、もしくは内容か、なんらかの改善が必要と考えていることが明らかとなった。必要と考える回答が多かったテーマは、医療安全管理、患者と医師との関係、チーム医療、プライマリ・ケアの基本的診療能力など、研修医が研修中に身に付けるべきテーマが中心であった。受けた指導医講習会の質や内容によって、参考になったかどうかの印象が変わる可能性を考慮し、参考になったと考える指導医はどのテーマを受講すべきと考えているか分析した。多変量ロジスティック分析にてどのテーマに肯定的な回答が集中しているか検討したところ、研修医指導方法の実際や、指導医のあり方、研修プログラム立案など講習会以外ではなかなか習得できないテーマに関し、参考になったと考えていることがわかった。

D-4. 指導・教育関連業務について

アンケート回答指導医のうち、研修医指導に関わっているものは85.5%であり、現場で指導にあたる上での意見が十分反映さ

れていると考えられた。指導研修医数は5名以下が半数ほどであったが、中には年間50名以上指導にあたるものもいた。指導にあたる期間としてはほぼ通年のものが半数近くであり、一人ひとりの研修医がある程度時間をかけて指導されていることがうかがわれた。

指導医の勤務状況に関して勤務時間等を聞いた。一週間あたりの勤務時間を聞いたが、常勤の医師であることが指導医の条件であるため、健康保険法を参考に32時間以上勤務していると回答したものを有効回答とし、平均54.4時間/1週間勤務していた。しかし中には90時間以上と回答していたものもあり、指導医の中でも特に若年層に長時間勤務の実態がうかがわれた。このような勤務時間の中で、共に診療にあたる時間は平均11.8時間あり、勤務時間の多くの時間を研修医指導に費やしていることがわかった。診療しながら指導を実施しているだけではなく、指導専念時間があると回答している指導医は多く、業務の一環として指導に取り組んでいる事実が明らかとなった。今回の調査は指導を実施している時間のみを聞いているため、この時間が業務や実績として評価されているかどうかは不明である。

D-5. 研修医指導に関わる際の疑問・戸惑い、満足度

指導に関わる際の疑問・戸惑いがあるか聞いたところ、7割近くがあると回答した。その内容は指導方法についての不安や、到達目標や評価基準等、制度についての理解不十分などが上位となっており、研修制度や教育に関しての情報や研修機会提供が現

場レベルの疑問を解決するにはやや不足している面があることもうかがわれた。カテゴリ別にクロス集計を実施すると、入院患者が少ない方が疑問は多い傾向は認められ、また研修指導にあたる期間でカテゴリ別に解析すると、指導にあたっている期間が長い方がむしろ疑問や不安が多い傾向にあり、研修医と接する時間が増えれば疑問や不安が解消されるというわけではないようであるし、入院患者が少ないことは指導機会が少ないこととは一致しないようにも思われた。

研修指導に関わる満足度について聞いたところ、5段階のうちの3を中心に満足度は分布していた。プログラム責任者や研修管理委員長など主要な役割を担うものに満足度は高く、業務として責任をもって関わることにより満足度が上がることがうかがわれた。回答者の年齢別にみると35歳から44歳のカテゴリで満足度はもっとも低く、様々な業務で忙しい年代が、研修医指導に負担感を感じていることを反映している可能性もあると考えられた。1年間に関わった研修医数、研修期間は多いほど満足度は高く、研修医指導に関わることを肯定的にとらえている指導医が多いと考えられた。カテゴリ別解析でプログラム種別においてスーパーローテート型プログラムを採用している施設の指導医に満足度が高く、多変量ロジスティック分析ではスーパーローテート研修を受けた指導医に満足度が高い結果となった。スーパーローテート型研修では多くの診療科が研修医指導に関わることになり、施設全体の研修医指導へのモチベーションが高くなりやすいことや、診療科を超えた屋根瓦式指導体制をとる施設が多

く、指導が業務の一環となりやすいことも理由と思われた。

研修指導に対する考えや置かれている状況について聞いた。「後進の教育は必要」や「自身の知識が深まる」等指導に対し前向きな回答は多く見られた一方、「勤務体制上指導時間は十分取れている」や「指導にかかる負担は少ない」と考える指導医は半数以下であることが明らかとなった。どのような考えに基づいて回答しているか探るために因子分析を実施したところ、第1に指導に対する前向きなモチベーション、第2に自身の診療業務と指導とのバランスを求める考えがあることがわかった。組織における評価は寄与因子としては抽出されず、現状として組織で研修医指導が評価されていることはある程度少ないことがうかがわれた。研修科目ごとに実施した因子分析ではその他の科目の指導医に関し、第2因子と第1因子が寄与率で逆転しており、これはその他の科目において、研修医指導時間や負担が少ない状況を表している、診療業務と指導とのバランスを重視していることを表しているわけではないと思われる。

D-6. 臨床研修制度について

臨床研修を行うのに適した環境について聞いたところ、一番選択されたのは、救急症例数が一定以上の施設であった。プライマリ・ケア研修実践の場として、救急外来研修がふさわしいと考える指導医が多いことがうかがわれた。次いで教育研修機能が挙げたが具体的にどんな内容が必要かについては質問していないため不明である。現在の指定基準の一つとなっている、年間新規入院患者数と同程度かそれ以上に必要

と考えられている項目が複数挙がっていることは検討すべきであろう。地域密着型病院であるとか、高度医療提供型病院であることが臨床研修病院として重要であると考えられる指導医は相対的に少ないこともわかった。

現在の研修制度について、どのような改善が必要と考えるか聞いた項目をパレート図にて表現した。上位3項目は、「必修科目、期間設定を見直すべき」「プライマリ・ケアの基本的診療能力をよりしっかりと身に付けるように見直すべき」「都道府県別の募集定員設定や、各病院の募集定員制限を見直すべき」となった。これら3項目に関してはまず改正の際には検討すべき課題とすべきであろう。多くの指導医が複数の選択肢を選んでおり、改善すべき事項が多々あると感じていることがうかがわれた。改善についての選択肢をどういう観点で選択しているか探るために、因子分析を実施した。4つの因子が抽出され、まず専門研修を重視し、早く専門研修をさせるべきと考える第1因子、次いで第2因子は第1因子とは相関があまりなく、大病院に偏らず臨床研修病院や、地域医療研修などにより基本的診療能力をしっかりと身に付けるべきと考える因子であった。第3因子、第4因子は相互にかなり相関があり、研修制度のルール(到達目標、必修科目、期間、評価方法等)を改善すべきとする因子、研修病院のあり方(指定基準、募集定員)について改善すべきとする因子となった。第2因子と第3因子にもかなり相関が認められ、研修制度のルールについての改善は第2因子の考えの方向性にあることがうかがわれる。

研修制度についてどう思うか聞いたとこ

ろ、約半数の指導医が「改善すべきところもあるが概ねよい制度」と回答し「抜本的な改善が必要」とする回答4割弱よりも多かった。抜本的改善が必要と考える指導医がどのようなカテゴリに多いか検討したところ、大学病院の指導医や、スーパーローテート研修を受けた指導医以外、弾力化プログラムを採用している施設の指導医などに多いことが明らかとなった。抜本的改善が必要と考える指導医を従属変数とすると、「専門研修を重視するように改善すべき」と考える回答を選ぶオッズ比が高く、次いで「大学病院での研修を経験させるべき」と考える回答を選ぶ傾向にあった。逆に抜本的な改善が必要と考える指導医は、「研修病院での研修を経験すべき」であるとか、「大病院に偏らず多彩な経験をすべき」、「評価方法を統一すべき」との回答は有意に選んでいなかった。また「研修医が研究活動に携わる期間が必要」とも考えるものも少なかった。研修制度に改善が必要と考える指導医がどのようなカテゴリに属し、どのような改善の方向性を考えているかについて、漠然とではあるが、大学病院の指導医を中心に専門研修を重視するように改善してほしいと考えていることが明らかとなった。この方向性は現行の研修制度自体を変える方向性を示すものであり、それとは別に、制度の内容を改善する必要性に関しては、現行のルールや指定基準、募集定員などを臨床研修病院中心に基本的診療能力を身に付けるのにさらに適した環境に改善すべきと考えている別の指導医のグループがいることがうかがわれた。

指導医からみた研修医の能力評価に関しては、自分の身近にいる研修医を評価して

いると考えられることから、間接的にはあるが能力の高い研修医の存在するカテゴリを反映していると考えられる。しかしあくまで相対的評価となるため、結果は慎重に評価されるべきである。年間入院患者数、総病床数、施設の指導医数に関しては、少ない（小規模）な病院の方が評価がよい傾向にあった。しかし救急件数に関しては件数の多い施設の指導医からの評価が高く、また臨床研修病院の指導医の方が、大学病院の指導医よりも評価が高かった。多変量ロジスティック分析でも同様の結果が認められ、よい評価を得られているカテゴリで行われている研修内容は検討に値すると考えられる。

各指導医が最適な研修期間や、履修内容についてどのように考えているか4つの選択肢を用意し、回答を得た。現行の2年以上の研修期間のうち1年程度を必修科目とするという回答が最も多かったが、それぞれの選択肢を従属変数として多変量ロジスティック分析を実施したところ、積極的に選択されている項目ではないことがわかった。2年以上でスーパーローテート形式の研修を実施すべきと考える指導医は、スーパーローテート研修を自身が受けたもので、救急件数が多い臨床研修病院に多い傾向があることがわかった。1年以内にすべきと考えているのは大学病院の指導医で、自身はスーパーローテート研修を受けていないものが多い傾向にあることがわかった。

E. 結論

新医師臨床研修制度が開始されてから、法令に基づき、全国1,000以上の基幹型施設を中心に研修医指導が行われるようにな

り、制度の実質的運用者としての臨床研修指導医の基準も定められた。これらの指導医たちがどのような状況にあり、どのような考えに基づき制度を運用しているのか、この者たちから見ると制度にはどのような改善が必要なのかを知ることは、臨床研修制度設計上、非常に重要である。今回本邦初の大規模な指導医調査を実施したことで、その状況・考えの一端が明らかとなった。

指導医は、研修医指導に関しては、医師としてその必要性を理解した上で前向きに取り組んでいるものが多く、業務環境は必ずしも研修医指導に関し整備されているわけではないが、モチベーションが勝っている印象をうける。指導する研修医数が多いなど業務負担が多いと思われるものに指導に関わる満足度が高いこともその根拠の一つである。

指導方法等の教育技法や制度理解に関しては、疑問や不安を抱えていることもある。この意味において指導医講習会等で、教育技法や日常の指導に関する疑問を解決する機会や教材を効率よく提供することも必要と考えられた。指導医講習会自体の質や内容に関しては改善が必要と考えるものも少なからずいた。

臨床研修制度に対しては、約半数はおおむね良い制度とするも、改善が必要な部分については多数の意見が挙がった。必要期間や科目等、募集定員、指定基準などに関しては現行ルールの変更が必要と考えているものが多かったが、その方向性としては、基本的診療能力をより身に付けるように大病院に偏らず多彩な経験をすべきと考えるものと、一方で専門研修を早く実施するように根本的に改変すべきと考える大学病院

の指導医を中心とした2つの方向性があることがわかった。

「国民の求める医師像」という制度の基本理念をどのように実現するかという大前提において、制度の運用者である指導医の意見をどのように取り入れてゆくかは慎重な検討が必要となろう。しかし制度運用に欠くことのできない指導医たちのモチベーションをあげ、研修医指導に対する意識の向上を図ることは、制度の改善における基盤整備と考えられる。

今回の調査は初回調査であり、人口構成比等の要素による違いを結果の中で標準化できていない。このような調査は継続的に測定することが必要であり、測定項目や構成比調整データも含め調査自体の改善を図りつつ、継続実施することが必要である。

【調査票B】指導医アンケート（質問用紙）

図 1-1

このアンケート調査は、厚生労働省と厚生労働科学研究研究班が協同して、**臨床研修指導医（臨床経験が7年以上あり、臨床研修指導医講習会受講済みの医師で、臨床研修担当施設の常勤医）**を対象に、医師臨床研修制度に関するお考えや指導医の指導の実状を把握するために実施する調査です。

臨床研修指導医の先生におかれましては、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願いいたします。

※ 回答用紙のみを、3月31日までに病院のご担当者様にお渡しください。

問1 あなたは、臨床研修（卒後2年目までのいわゆる初期研修）の院内体制において、どのような役割を担っていますか。あてはまる選択肢を全て回答してください。

- | | | |
|---------------------|------------|-----------|
| 1. プログラム責任者（副を含む） | 2. 研修管理委員長 | 3. 研修管理委員 |
| 4. 院内の臨床研修センター等の所属員 | 5. その他 | |

問2 あなたが現在専門としている診療科または基礎系の分野について、別紙の選択肢中からあてはまるものを1つ回答して下さい（完全に一致するものがない場合は最も近いものをひとつ選択して記入してください）。

【プライマリケアに必要とされる基本的診療能力について】

問3 臨床研修（卒後2年目までのいわゆる初期研修）で担当している研修科目について、問2と共通の別紙選択肢の中からあてはまるものをすべて回答して下さい。

問4 あなたが「主として担当している研修科目」の履修はプライマリケアに必要とされる基本的な診療能力を修得（到達目標を達成）するために、必要だと思いますか。

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1 必要だと思う（問5へ） | 2 必要だと思わない（問6へ） |
|---------------|-----------------|

問5 問4で「1」と回答した方のみお答え下さい。その場合最低必要だと思う研修期間についてあてはまる選択肢を1つ回答して下さい。

- | | | | |
|-----------|---------|---------|---------|
| 1 2週間程度 | 2 1ヶ月程度 | 3 2ヶ月程度 | 4 3ヶ月程度 |
| 5 4～5ヶ月程度 | 6 6ヶ月以上 | 7 わからない | |

【指導医に求められる資質・指導医講習会について】

問6 回答用紙の各項目について、臨床研修指導医としてどの程度必要な事項か、あなたのお考えに最も近いものを○で囲んで下さい。

問7 指導医講習会についてお聞きします。回答用紙の各テーマについて、どの程度指導医講習会で受講する必要があるか（指導医が理解しておく必要があるか）、あなたのお考えに最も近いものを○で囲んで下さい。

問8 現在から振り返って、指導医講習会は、臨床現場における研修医の指導にあたり、参考になるものでしたか。

- | | | |
|------|-------|-------------|
| 1 はい | 2 いいえ | 3 どちらともいえない |
|------|-------|-------------|

【指導・教育関連業務について】

問9 最近1年間に初期研修医を指導する機会がありましたか。

1. あった (問10へ) 2. ほとんど・全くなかった (問16へ)

問10～15の質問には、問9で「1. あった」を選択した方のみお答え下さい。

問10 最近1年間で指導した研修医数について、あてはまる選択肢を1つ回答して下さい。

1. 1～5名 2. 6～10名 3. 11～20名 4. 21～50名 5. 51名以上

問11 研修医の指導に当たる年間の期間について、あてはまる選択肢を1つ回答して下さい。

1. 延べ1か月以内 2. 延べ3か月以内 3. 延べ6か月以内 4. 延べ9か月以内 5. ほぼ通年

問12 研修医の指導・教育に携わっている時間についてお聞きします。回答用紙のそれぞれの項目について、1週間あたりの平均時間をお答えください。

問13 指導医として研修医を指導するにあたって、指導に関する疑問や戸惑いを感じたことがありますか。

1. ある 2. ない 3. わからない

問14 問13で「1. ある」と答えられた方にお聞きします。それは、どのようなものですか。あてはまる選択肢を全て回答して下さい。

1. 自分の指導法についての不安 2. 研修医を指導するには自分の医学的知識や技量が足りないのではないかと戸惑い
3. 臨床研修制度における到達目標や評価基準等について自分の理解が不十分であることによる戸惑い 4. その他 ()

問15 研修医の指導に関わることにどの程度満足していますか。

- 満足していない ← 1 2 3 4 5 → 大変満足している

問16は、問9で「2: 指導する機会があまりなかった」を選択した方のみお答え下さい。

問16 最近1年間で、指導を行わなかった主な理由についてあてはまる選択肢を1つ回答して下さい。

1. 研修医が病院に殆ど・全く在籍していなかったから 2. 研修医がローテーションしなかったから
3. 研修医指導の担当ではなかったから (他の指導医・ 4. 業務が多忙だったから
上級医が直接の指導に当たっていたから)
5. 臨床業務を行っていなかったから 6. その他

問17 研修の指導に関するあなたのお考えや置かれている状況を教えてください。回答用紙のそれぞれの項目について、最も近い選択肢を1つ回答して下さい。

【臨床研修制度について】

問18 あなたご自身は、卒業後どのような臨床研修を受けましたか。あてはまる選択肢を一つ回答してください。

1. ストレート型研修 (卒後から専門科中心) 2. スーパーローテーション型研修 3. その他