

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

令和5年度 総括研究報告書

臨床研修の到達目標・方略・評価等の見直しに向けた研究

臨床研修到達目標改定前後の臨床研修修了者アンケート結果比較研究（平成31年度、令和2年度、3年度）

研究代表者 福井 次矢 東京医科大学 茨城医療センター 病院長

研究要旨：

本研究の目的は、令和2（2020）年度に大きく改定された医師臨床研修制度における到達目標・方略・評価への遵守状況を把握し、さらなる改善に向けて課題を抽出することである。

そのために、2つの調査研究を計画した。一つは、比較的少数の上級医や指導医を対象にフォーカスグループインタビューを行い、その結果を解析すること、もう一つは、年度末に厚生労働省が行っている、全国の臨床研修病院の研修医、指導医、プログラム責任者を対象としたアンケート調査に必要な質問項目を組み込み、得られた結果を解析することである。

前者に関しては、全国の12名の上級医・指導医を対象に、令和4（2022）年7月6日～令和4（2022）年7月12日の期間に6回、インタビューを行った。同研究結果は、令和6（2024）年度から開始される医師の働き方改革を控え、令和7（2025）年度に予定されている第4回目の制度の見直しに向けて、議論し、判断する上で、貴重なデータとなることが期待された。

令和5年度は後者の研究を行った。本研究は、厚生労働省が各年度末に行っている臨床研修修了者アンケート結果の、平成31年度から令和3年度までの三箇年度を対象とした後ろ向き比較研究である。結果を経時的な変化を評価するとともに、特に研修医到達目標に対する研修修了時点での自己評価を臨床研修プログラム改訂前後（前：令和2年度、後：令和3年度）で比較検討した。

得られたアンケート結果はそれぞれ、平成31年度6,806名、令和2年度7,382名、令和3年度7,248名であった。平均年齢はいずれの年度でも27.9歳、女性の占める割合は33%であった。臨床研修到達目標における、自己評価の改定前後比較では14項目すべてにおいて、到達目標改訂前（令和2年度）から改定後（令和3年度）にかけて、自己評価の上昇が認められた。いずれの項目でも統計学的有意差を認めたが、特に[医師としての基本的価値観（平均0.24上昇）]、[医学・医療における倫理性（平均0.23上昇）]及び[一般外来における診察能力（平均0.24上昇）]にて大きく上昇を認めた。一方で、[科学的探究（平均0.04上昇）]と[地域医療における診察能力（平均0.03上昇）]は、あまり大きな変化を認めなかった。また、令和3年度内調査項目にある卒前教育で学ぶべき項目に関しては、[プライマリケア能力・基本的臨床能力（41.4%）]、[臨床推論（診察能力）（39.3%）]及び[医学英語（36.6%）]が高率である、一方[社会的使命と公衆衛生への寄与（5.0%）]、[利他的な態度（4.0%）]及び[人間性の尊重（4.9%）]では、回答数が少なかった。

本研究結果から、令和2年度に行われた研修制度の改訂がより優れた医師の養成に効果的である可能性が示唆された。しかしながら、その事をより確実に証明するには、更なる経年的な情報収集・評価が必要と考えられる。

なお、本研究に参加している研究者はほぼ全員、長年にわたって医師卒後臨床研修に深く関わってきていて、卒後臨床研修制度のあり方や改善に関する意見を記録しておくことに意義があると考え、本研究報告書に『付録』として、『「見直し」が望まれる点、「見直し」の可能性について検討することが望ましい点－2024年1月22日時点における研究班員の意見－』をまとめ、掲載した。

研究分担者

大滝純司	東京医科大学 医学教育学分野 兼任教授
片岡仁美	岡山大学 大学院医歯薬学総合研究科 教授
高橋 理	聖路加国際大学 専門職大学院 公衆衛生学研究科 教授
高橋 誠	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
高村昭輝	富山大学・学術研究部医学系 医学教育学講座 教授
野村英樹	金沢大学 付属病院 特任教授
前野哲博	筑波大学 医学医療系 教授
村岡 亮	国立国際医療研究センター 医学教育顧問
大出幸子	聖路加国際大学 専門職大学院 公衆衛生学研究科 教授
有岡宏子	聖路加国際大学 聖路加国際病院 部長
大谷典生	聖路加国際大学 聖路加国際病院 部長
東谷迪昭	東京医科大学茨城医療センター 准教授
小林大輝	東京医科大学茨城医療センター 教授

研究協力者

森田貴子	聖路加国際大学 専門職大学院 公衆衛生学研究科 研究補助員
------	-------------------------------

【臨床研修到達目標改定前後の臨床研修修了者アンケート結果比較研究】

A. 研究目的

平成16（2004）年度から医師の臨床研修が必修となった現行の医師臨床研修制度は、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会での審議を経て、概ね5年ごとに見直しが行われることになっている。

令和2（2020）年度から、第3回目の見直しが施行され、2年間の研修期間終了時までに研修医が達成すべき到達目標とそのための方略、評価方法等が大きく変更された。

この変更された臨床研修制度への遵守状況を知ることが、令和6（2024）年度から開始される医師の働き方改革を控え、令和7（2025）年度の第4回目の臨床研修制度の見直しに向けて、特に到達目標・方略・評価等の研修プログラムを改定する必要があるかどうか、改定する場合にはどのような内容にすべきかを判断する上でも非常に重要である。

そのために、2つの調査研究を計画した。一つは、比較的少数の上級医や指導医を対象に詳細なインタビューを行い、その結果を解析すること、もう一つは、年度末に厚生労働省が行っている、全国の臨床研修病院の研修医、指導医、プログラム責任者を対象としたアンケート調査に必要な質問項目を組み込み、得られた結果を解析することであった。

令和4年度に前者の調査研究を行った。インタビューは、令和4（2022）年7月6日から令和4（2022）年7月12日の期間に6回、計12名の上級医・指導医を対象に実施した。同研究結果は、令和6年（2024）年度から開始される医師の働き方改革を控え、令和7年度の第4回目の臨床研修制度の見直しに向けて、研修プログラムを改定する必要があるかどうかを判断する上でも非常に重要であった。

一方で、今回後者に関して臨床研修修了アンケートデータ(平成31年、令和2年、3年度の三箇年度分)を入手したため解析を行い、令和3年度に研修医到達目標が改訂された新制度前後にて比較を行った。

B. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究は、厚生労働省が各年度末に行っている臨床研修修了者アンケート結果の、平成31年度から令和3年度までの三箇年度を対象とした後ろ向き比較研究である。厚生労働省研修修了アンケートの対象者は、各年度3月末に臨床研修を修了予定の研修医である。調査方法は、厚生労働省より自記式質問票を送付し、回答後に地方厚生局へ提出する。各年度の調査期間は、各年度末の3月1日から年3月31日に行った。アンケート結果は厚生労働省内で集計された。

今回アンケート結果データ取得にあたり、【臨床研修修了者アンケート結果情報の提供に係る利用規約】に則り、データ使用申請を厚生労働省に対して行い、データを修得した。

（倫理面への配慮）

取得したデータは、個人が特定できる情報（例、医籍番号や研修プログラム名など）を含まず匿名化されたものの提供を受けた。なお使用許可に際し、厚生労働省側からも同様に、個人を特定する情報を含まない事を確認している。

2) 解析方法

まず初めに、各調査項目における記述統計を算出した。連続変数に対しては平均値及び標準偏差(standard deviation: SD)または、中央値及び四分位範囲(interquartile range: IQR)にて表記を行った。カテゴリー変数に関しては、観測数及び全体に占める割合を%にて表記した。

その後平成31年度の調査項目を基に、各年度にて同一の調査項目がある場合は、年度毎の比較を行った。経時的な変化を評価するとともに、特に研修医到達目標に対する研修修了時点での自己評価は、臨床研修プログラム改訂前後(前：令和2年度、後：令和3年度)で、t検定及びMann-Whitney U検定にて統計学的解析も加え評価を行った。

C. 研究結果

得られたアンケート結果はそれぞれ、平成31年度6,806名、令和2年度7,382名、令和3年度7,248名であった。平均年齢はいずれの年度でも27.9歳、女性の占める割合は33%であった。

1. 同一調査項目における経年的変化

解析結果 1 に平成31年度の調査票質問を基準とした、各年度の記述統計比較を、解析結果 2 に平成31年度の調査票にない質問項目の記述統計比較を、解析結果 3 に平成31年度の調査票内【臨床知識、技術、態度】に関する質問結果集計示す。経年的変化が認められた項目を以下のように抜粋した。

1. 医学博士取得希望者

医学博士取得希望者は、平成31年度39.6%に対して、36.7%、31.4%と経年的に低下傾向であった。

2. 研修必修診療科

研修プログラム内において、【内科・地域医療・救急】のみ必修とするプログラムは、11.8%から13.7%と微増しており、一方で多数を必修とするプログラムを受けた研修医は低下傾向であった。

3. 地域枠医学生

地域医療等に従事する明確な意志をもった学生の選抜枠であった研修医は、平成31年度10.7%であったのに対し、令和2年度11.0%、令和3年度11.8%と微増傾向にあった。

4. タスクシフト

【病院の方針として、タスク・シフト/シェアする業務が明確に示されていた】との回答は増加傾向であったが、【実施されていた】との回答は減少傾向であった。特に、初療時の予診・服薬指導・尿道留置カテーテル挿入が微増傾向にあった。

2. 研修医到達目標に対する研修修了時点での自己評価の経年的変化

上記自己評価に関して、調査票の不備が以下のように認めた。平成31年度及び令和2年度では、【問：以下の診療能力等について、指導の有無と自己評価としてもっとも該当するものにそれぞれ○を付けてください。】に対して、指導評価及び自己評価として1～5点を回答する調査項目であった。一方令和3年度は、【問：以下の診療能力等について、指導の有無と自己評価としてもっとも該当するものにそれぞれ○を付けてください。】と設問は同じであったが、回答は【卒業時】及び【研修修了時】となっており、令和3年度の設問不備であると結論付けられた。上記から、令和3年度は【研修修了時】の回答を、平成31年度及び令和2年度の自己評価と同等と仮定し、解析を行った。

結果を、図 1. 臨床研修到達目標における、自己評価の改定前後比較及び結果 4. 臨床研修到達目標における、自己評価の統計学的改定前後比較に示す。

14項目すべてにおいて、到達目標改訂前(令和2年度)から改定後(令和3年度)にかけて、自己評価の上昇が認められた。いずれの項目でも統計学的有意差を認めたが、特に[医師としての基本的価値観(平均0.24上昇)]、[医学・医療における倫理性(平均0.23上昇)]及び[一般外来における診察能力(平均0.24上昇)]にて大きく上昇を認めた。一方で、[科学的探究(平均0.04上昇)]と[地域医療における診察能力(平均0.03上昇)]は、あまり大きな変化を認めなかった。

3. 学生時代に学ぶべきであった事項

令和3年度内調査項目に【問34 臨床研修を終えて、学生時代にもっと学ぶべきだったと考える内容について、該当するもの全てに○をつけてください。】があり特筆すべき項目と考えられた。中でも[プライマリアケア能力・基本的臨床能力(41.4%)]、[臨床推論(診察能力)(39.3%)]及び[医学英語(36.6%)]が高率であり卒前教育として学ぶべきと研修医は考えている。一方で、[社会的使命と公衆衛生への寄与(5.0%)]、[利他的な態度(4.0%)]及び[人間性の尊重(4.9%)]では、回答数が少なかった。

D. 考察

今回の比較研究から、臨床制度の改訂前後では、研修医到達目標に対する自己評価が上昇していることが読み取れた。これにより、各研修プログラムでは、改訂に伴い有効な教育・研修を実施していることが示唆された。しかし、令和2年度は厳密にいうと臨床制度改訂移行期であり、ある程度の影響を受けている可能性がある。移行期前である平成31年度の結果と比べても同様の傾向であるため、改訂後に有効な研修が提供されている可能性が高いと考えられるが、一方で前述の通り調査項目解答の不備があることも考慮する必要がある。制度改訂効果をより確実に評価するためには、更なる結果の収集が望まれる。

研修医の卒前教育に対する考えでは、臨床能力や医学英語に対する勉強不足が読み取れた。今後の卒前教育へ反映すべき内容である。一方で、医師とし

での使命や倫理的な観点に関しては、卒前学習が足りていないとは考えていないようである。これは、十分な卒前教育がなされていると考えている可能性もあり、一方で臨床研修制度下にて優先順位が低い項目である可能性もある。現状のアンケート結果からはこれ以上の推察が困難であり、更なる調査項目の追加にて明らかにすべきと考えられる。

E. 結論

本研究結果から、令和2年度に行われた研修制度改訂が一定の効果を持っている可能性が示唆された。しかし断定するには更なる経年的な情報収集が必要と考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表 該当なし
2. 学会発表 該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
 該当なし
2. 実用新案登録
 該当なし
3. その他
 該当なし

解析結果 1. 平成 31 年度の調査票質問を基準とした、各年度の記述統計比較

		平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)		
平均年齢	SD	27.88	3.17	27.86	3.18	27.86	3.08	
性別	n, %	不詳	302	4.44	368	4.99	—	—
		女	2281	33.51	2,434	32.97	2,310	33.34
		男	4223	62.05	4,580	62.04	4,619	66.66
中断の有無	n, %	有	65	1.03	59	0.87	54	0.8

問 1. あなたが卒業した医学部はどこですか n, %

		平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
	北海道	84	1.25	93	1.27	96	1.34
	旭川	79	1.17	61	0.84	68	0.95
	弘前	78	1.16	113	1.55	87	1.21
	東北	91	1.35	113	1.55	115	1.6
	秋田	100	1.48	115	1.57	104	1.45
	山形	100	1.48	107	1.46	95	1.33
	筑波	73	1.08	79	1.08	66	0.92
	群馬	98	1.45	96	1.31	91	1.27
	防衛	60	0.89	80	1.10	61	0.85
	千葉	97	1.44	74	1.01	92	1.28
	東京	69	1.02	78	1.07	78	1.09
	東京医科歯科	99	1.47	93	1.27	99	1.38
	新潟	78	1.16	104	1.42	88	1.23
	富山	87	1.29	78	1.07	84	1.17
	金沢	92	1.36	96	1.31	91	1.27
	福井	89	1.32	93	1.27	83	1.16
	山梨	88	1.30	83	1.14	104	1.45
	信州	83	1.23	90	1.23	98	1.37
	義父	70	1.04	94	1.29	83	1.16
	浜松	97	1.44	97	1.33	108	1.51
	名古屋	98	1.45	106	1.45	99	1.38
	三重	98	1.45	100	1.37	95	1.33
	滋賀	56	0.83	77	1.05	92	1.28
	京都	72	1.07	86	1.18	60	0.84
	大阪	83	1.23	80	1.10	72	1

神戸	75	1.11	78	1.07	82	1.14
鳥取	95	1.41	81	1.11	91	1.27
島根	84	1.25	95	1.30	69	0.96
岡山	98	1.45	98	1.34	90	1.26
広島	100	1.48	77	1.05	80	1.12
山口	89	1.32	101	1.38	99	1.38
徳島	81	1.20	89	1.22	83	1.16
香川	86	1.28	87	1.19	96	1.34
愛媛	88	1.30	108	1.48	92	1.28
高知	95	1.41	90	1.23	101	1.41
九州	79	1.17	74	1.01	84	1.17
佐賀	95	1.41	78	1.07	85	1.19
長崎	91	1.35	66	0.90	82	1.14
熊本	94	1.39	97	1.33	95	1.33
大分	84	1.25	91	1.25	86	1.2
宮崎	78	1.16	88	1.20	82	1.14
鹿児島	108	1.60	98	1.34	113	1.58
琉球	73	1.08	83	1.14	82	1.14
札幌医科	87	1.29	92	1.26	81	1.13
福島県立	90	1.33	91	1.25	110	1.54
横浜市立	44	0.65	53	0.73	64	0.89
名古屋市立	90	1.33	80	1.10	86	1.2
京都府立	80	1.19	49	0.67	87	1.21
大阪市立	66	0.98	92	1.26	83	1.16
奈良県立	88	1.30	98	1.34	93	1.3
和歌山県立	64	0.95	95	1.30	72	1
岩手	96	1.42	116	1.59	107	1.49
自治	78	1.16	104	1.42	95	1.33
独協	81	1.20	106	1.45	97	1.35
埼玉	95	1.41	104	1.42	102	1.42
杏林	73	1.08	102	1.40	92	1.28
慶應	84	1.25	85	1.16	99	1.38
順天堂	87	1.29	89	1.22	95	1.33
昭和	103	1.53	98	1.34	100	1.4
帝京	74	1.10	102	1.40	101	1.41
東京医科歯科	94	1.39	93	1.27	90	1.26
慈恵医大	79	1.17	102	1.40	72	1
女子医大	88	1.30	98	1.34	86	1.2
東邦	77	1.14	85	1.16	74	1.03

日本大学	79	1.17	99	1.36	93	1.3
日本医科	92	1.36	101	1.38	73	1.02
北里	80	1.19	95	1.30	97	1.35
東海	78	1.16	81	1.11	90	1.26
聖マリアンナ	90	1.33	96	1.31	99	1.38
金沢医科	73	1.08	86	1.18	76	1.06
愛知医科	80	1.19	104	1.42	98	1.37
藤田	88	1.30	95	1.30	105	1.47
大阪医科	85	1.26	100	1.37	95	1.33
関西医科	69	1.02	72	0.99	77	1.07
近畿	70	1.04	91	1.25	88	1.23
兵庫	76	1.13	95	1.30	94	1.31
川崎	82	1.22	90	1.23	83	1.16
久留米	78	1.16	91	1.25	88	1.23
福岡	70	1.04	84	1.15	92	1.28
産業医科	80	1.19	87	1.19	77	1.07
認定及び予備試験	43	0.64	36	0.49	54	0.75

問 2. あなたが高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県（出身地）はどこですか。 n, %

	平成 31 年度		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度	
	(n=6,806)				(n=7,248)	
北海道	227	3.35	217	2.95	207	2.86
青森	58	0.86	73	0.99	52	0.72
岩手	57	0.84	53	0.72	69	0.95
宮城	95	1.40	119	1.62	104	1.44
秋田	46	0.68	54	0.73	55	0.76
山形	48	0.71	43	0.59	45	0.62
福島	96	1.42	97	1.32	100	1.38
茨城	113	1.67	100	1.36	113	1.56
栃木	84	1.24	118	1.61	98	1.36
群馬	101	1.49	111	1.51	107	1.48
埼玉	271	4.00	276	3.76	253	3.5
千葉	225	3.32	246	3.35	251	3.47
東京	855	12.62	959	13.05	966	13.37
神奈川	369	5.44	394	5.36	411	5.69
新潟	84	1.24	104	1.41	86	1.19
富山	58	0.86	54	0.73	60	0.83
石川	70	1.03	80	1.09	62	0.86
福井	52	0.77	65	0.88	49	0.68

山梨	52	0.77	53	0.72	54	0.75
長野	128	1.89	124	1.69	117	1.62
岐阜	104	1.53	119	1.62	134	1.85
静岡	153	2.26	167	2.27	175	2.42
愛知	407	6.01	452	6.15	418	5.78
三重	100	1.48	115	1.56	117	1.62
滋賀	51	0.75	68	0.93	65	0.9
京都	154	2.27	159	2.16	179	2.48
大阪	483	7.13	549	7.47	575	7.96
兵庫	337	4.97	380	5.17	331	4.58
奈良	108	1.59	114	1.55	111	1.54
和歌山	78	1.15	94	1.28	67	0.93
鳥取	49	0.72	39	0.53	39	0.54
島根	39	0.58	63	0.86	47	0.65
岡山	112	1.65	121	1.65	112	1.55
広島	182	2.69	213	2.90	186	2.57
山口	66	0.97	80	1.09	87	1.2
徳島	82	1.21	67	0.91	50	0.69
香川	63	0.93	52	0.71	67	0.93
愛媛	97	1.43	114	1.55	110	1.52
高知	51	0.75	52	0.71	66	0.91
福岡	316	4.66	320	4.35	369	5.11
佐賀	60	0.89	48	0.65	69	0.95
長崎	107	1.58	82	1.12	89	1.23
熊本	124	1.83	121	1.65	100	1.38
大分	65	0.96	73	0.99	70	0.97
宮崎	72	1.06	100	1.36	74	1.02
鹿児島	119	1.76	123	1.67	128	1.77
沖縄	69	1.02	75	1.02	84	1.16
海外	34	0.50	35	0.48	46	0.64

問3. あなたが臨床研修を行った主たる病院が所在する都道府県はどこですか。 n, %

	平成31年度 (n=6,806)		令和2年度(n=7,382)		令和3年度 (n=7,248)	
北海道	241	3.56	249	3.37	258	3.57
青森	52	0.77	68	0.92	50	0.69
岩手	67	0.99	75	1.02	74	1.02
宮城	115	1.70	132	1.79	123	1.7
秋田	68	1.00	72	0.98	60	0.83

山形	74	1.09	64	0.87	57	0.79
福島	88	1.30	108	1.46	110	1.52
茨城	73	1.08	98	1.33	85	1.18
栃木	84	1.24	111	1.50	111	1.54
群馬	78	1.15	77	1.04	79	1.09
埼玉	288	4.25	330	4.47	341	4.72
千葉	305	4.50	332	4.50	289	4
東京	1042	15.37	1,130	15.31	1,070	14.8
神奈川	423	6.24	453	6.14	474	6.56
新潟	60	0.89	101	1.37	77	1.07
富山	61	0.90	55	0.75	61	0.84
石川	76	1.12	97	1.31	90	1.25
福井	58	0.86	53	0.72	43	0.59
山梨	46	0.68	40	0.54	61	0.84
長野	121	1.78	114	1.54	119	1.65
岐阜	102	1.50	129	1.75	127	1.76
静岡	163	2.40	215	2.91	211	2.92
愛知	417	6.15	455	6.16	468	6.47
三重	91	1.34	99	1.34	98	1.36
滋賀	51	0.75	76	1.03	89	1.23
京都	169	2.49	140	1.90	129	1.78
大阪	446	6.58	487	6.60	482	6.67
兵庫	254	3.75	300	4.06	283	3.92
奈良	102	1.50	112	1.52	110	1.52
和歌山	69	1.02	103	1.40	76	1.05
鳥取	43	0.63	38	0.51	36	0.5
島根	44	0.65	51	0.69	51	0.71
岡山	150	2.21	147	1.99	153	2.12
広島	140	2.07	145	1.96	121	1.67
山口	56	0.83	76	1.03	74	1.02
徳島	48	0.71	47	0.64	38	0.53
香川	70	1.03	58	0.79	65	0.9
愛媛	68	1.00	88	1.19	75	1.04
高知	48	0.71	47	0.64	61	0.84
福岡	284	4.19	336	4.55	340	4.7
佐賀	41	0.60	40	0.54	60	0.83
長崎	83	1.22	51	0.69	66	0.91
熊本	105	1.55	101	1.37	85	1.18
大分	66	0.97	48	0.65	51	0.71

宮崎	43	0.63	41	0.56	44	0.61
鹿児島	99	1.46	96	1.30	96	1.33
沖縄	106	1.56	97	1.31	105	1.45
海外					1	0.01

問 3-1。臨床研修を開始した病院には、どのように採用されましたか。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
マッチング	6159	93.67	6,542	91.75	6,495	92.4
アンマッチで個別採用	201	3.06	325	4.56	291	4.14
マッチング不参加で個別採用	128	1.95	142	1.99	141	2.01
その他	86	1.31	120	1.68	102	1.45

問 4. あなたが臨床研修を行った主たる病院の種別はどれですか n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
卒業した大学の大学病院	1798	26.72	1,733	23.75	1,734	24.21
卒業した大学以外の大学病院	973	14.46	1,069	14.65	1,001	13.97
臨床研修病院	3958	58.81	4,493	61.58	4,428	61.82

問 5. 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として希望する主たる勤務地（都道府県）はどこですか。 n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
北海道	231	3.50	234	3.22	231	3.23
青森	53	0.80	59	0.81	49	0.68
岩手	66	1.00	69	0.95	74	1.03
宮城	108	1.64	136	1.87	110	1.54
秋田	42	0.64	53	0.73	44	0.62
山形	65	0.99	56	0.77	52	0.73
福島	68	1.03	81	1.12	82	1.15
茨城	88	1.33	93	1.28	85	1.19
栃木	80	1.21	88	1.21	103	1.44
群馬	68	1.03	66	0.91	77	1.08
埼玉	169	2.56	217	2.99	210	2.94
千葉	219	3.32	264	3.64	253	3.54
東京	1376	20.85	1,457	20.07	1,391	19.44
神奈川	367	5.56	428	5.90	483	6.75
新潟	65	0.99	95	1.31	69	0.96
富山	45	0.68	39	0.54	37	0.52

石川	81	1.23	103	1.42	95	1.33
福井	51	0.77	43	0.59	35	0.49
山梨	42	0.64	39	0.54	56	0.78
長野	99	1.50	101	1.39	93	1.3
岐阜	80	1.21	108	1.49	103	1.44
静岡	133	2.02	167	2.30	151	2.11
愛知	389	5.90	438	6.03	472	6.6
三重	76	1.15	81	1.12	72	1.01
滋賀	46	0.70	66	0.91	72	1.01
京都	174	2.64	153	2.11	163	2.28
大阪	486	7.37	556	7.66	568	7.94
兵庫	273	4.14	311	4.28	296	4.14
奈良	84	1.27	99	1.36	89	1.24
和歌山	59	0.89	79	1.09	56	0.78
鳥取	47	0.71	46	0.63	42	0.59
島根	32	0.48	39	0.54	45	0.63
岡山	150	2.27	167	2.30	147	2.05
広島	117	1.77	127	1.75	106	1.48
山口	36	0.55	58	0.80	64	0.89
徳島	48	0.73	41	0.56	38	0.53
香川	59	0.89	42	0.58	54	0.75
愛媛	61	0.92	79	1.09	69	0.96
高知	35	0.53	40	0.55	60	0.84
福岡	343	5.20	381	5.25	388	5.42
佐賀	37	0.56	37	0.51	49	0.68
長崎	77	1.17	52	0.72	69	0.96
熊本	107	1.62	107	1.47	85	1.19
大分	49	0.74	43	0.59	44	0.62
宮崎	41	0.62	35	0.48	35	0.49
鹿児島	86	1.30	88	1.21	100	1.4
沖縄	74	1.12	82	1.13	76	1.06
海外	10	0.15	13	0.18	11	0.15

問 6. 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として希望する主たる病院等の種別はどれですか。該当するもの 1 つに○を 1 つ付けてください。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
卒業した大学の大学病院	2294	35.57	2,381	33.21	2,411	34.14
卒業した大学以外の大学病院	1477	22.90	1,690	23.57	1,621	22.95

大学病院以外の病院	2564	39.76	2,902	40.48	2,870	40.64
診療所等を開設	18	0.28	65	0.91	52	0.74
臨床医以外の進路	89	1.38	127	1.77	108	1.53

問 7. あなたが臨床研修を行った病院(プログラム)を選んだ理由について、該当するものを最大3つまで影響が強かった順に番号をおしえてください。n, %

注：令和3年度は質問なし

		平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度
1	臨床研修のプログラムが充実					
	1 位	2102	30.88	2033	27.54	—
	2 位	298	4.38	358	4.85	—
	3 位	292	4.29	318	4.31	—
2	たすきがけプログラムがあったから					
	1 位	375	5.51	372	5.04	—
	2 位	548	8.05	479	6.49	—
	3 位	145	2.13	128	1.73	—
3	指導体制が充実					
	1 位	456	6.70	542	7.34	—
	2 位	932	13.69	988	13.38	—
	3 位	540	7.93	529	7.17	—
4	熱心な指導医が在職					
	1 位	261	3.83	266	3.60	—
	2 位	396	5.82	407	5.51	—
	3 位	347	5.10	396	5.36	—
5	プライマリ・ケアに関する能力を修得できる					
	1 位	344	5.05	383	5.19	—
	2 位	310	4.55	302	4.09	—
	3 位	366	5.38	303	4.10	—
6	多くの症例を経験できる					
	1 位	551	8.10	651	8.82	—
	2 位	810	11.90	879	11.91	—
	3 位	599	8.80	575	7.79	—
7	様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める					
	1 位	506	7.43	592	8.02	—
	2 位	621	9.12	738	10.00	—
	3 位	520	7.64	576	7.80	—
8	高度な技術や知識を習得できる					
	1 位	63	0.93	89	1.21	—

	2 位	157	2.31	180	2.44	—	—
	3 位	203	2.98	211	2.86	—	—
9 病院の施設・設備が充実							
	1 位	103	1.51	83	1.12	—	—
	2 位	210	3.09	220	2.98	—	—
	3 位	270	3.97	290	3.93	—	—
10 専門医を取得するのに有利							
	1 位	72	1.06	94	1.27	—	—
	2 位	132	1.94	141	1.91	—	—
	3 位	130	1.91	157	2.13	—	—
11 学位を取得するのに有利							
	1 位	18	0.26	8	0.11	—	—
	2 位	25	0.37	28	0.38	—	—
	3 位	32	0.47	28	0.38	—	—
12 臨床研修後の進路やキャリアを考えて有利（10、11以外）							
	1 位	177	2.60	217	2.94	—	—
	2 位	245	3.60	238	3.22	—	—
	3 位	246	3.61	303	4.10	—	—
13 優れた研修医が集まっている							
	1 位	67	0.98	70	0.95	—	—
	2 位	116	1.70	118	1.60	—	—
	3 位	173	2.54	173	2.34	—	—
14 先輩等の評判が良い							
	1 位	153	2.25	169	2.29	—	—
	2 位	243	3.57	269	3.64	—	—
	3 位	310	4.55	348	4.71	—	—
15 出身大学である							
	1 位	542	7.96	505	6.84	—	—
	2 位	272	4.00	283	3.83	—	—
	3 位	291	4.28	340	4.61	—	—
16 出身地である							
	1 位	438	6.44	460	6.23	—	—
	2 位	359	5.27	364	4.93	—	—
	3 位	535	7.86	497	6.73	—	—
17 大都市圏である							
	1 位	69	1.01	90	1.22	—	—
	2 位	139	2.04	152	2.06	—	—
	3 位	152	2.23	220	2.98	—	—
18 労働環境（勤務時間・当直回数）が良い							

	1 位	57	0.84	102	1.38	—	—
	2 位	162	2.38	240	3.25	—	—
	3 位	211	3.10	294	3.98	—	—
19 雑用が少ない							
	1 位	14	0.21	15	0.20	—	—
	2 位	36	0.53	41	0.56	—	—
	3 位	56	0.82	73	0.99	—	—
20 処遇（給与・福利厚生）が良い							
	1 位	76	1.12	82	1.11	—	—
	2 位	205	3.01	247	3.35	—	—
	3 位	418	6.14	484	6.56	—	—
21 奨学金返還免除要件に指定されたため							
	1 位	140	2.06	153	2.07	—	—
	2 位	53	0.78	57	0.77	—	—
	3 位	85	1.25	92	1.25	—	—
22 その他							
	1 位	142	2.09	177	2.40	—	—
	2 位	41	0.60	50	0.68	—	—
	3 位	132	1.94	142	1.92	—	—

問 9. 以下のうち、研修を行った施設等について、該当するものに○を付けてください。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
保健所	763	11.21	774	10.48	558	7.70
介護老人保健施設	1453	21.35	1526	20.67	1248	17.22
社会福祉施設	569	8.36	563	7.63	458	6.32
赤十字社血液センター	721	10.59	766	10.38	749	10.33
各種検診・健診施設	780	11.46	830	11.24	684	9.44
国際機関	22	0.32	33	0.45	9	0.12
行政機関	150	2.20	140	1.90	116	1.60
矯正施設	14	0.21	14	0.19	13	0.18
産業保健施設	138	2.03	123	1.67	119	1.64
上記施設では行っていない	3764	55.30	4112	55.70	4320	59.60

問 10. 臨床研修修了後、いわゆる大学の医局に入局（大学の講座や教室等に所属）する予定ですか。該当するもの 1 つに○を付けてください。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
卒業大学の医局	3223	47.85	3,270	45.54	3,235	45.63

卒業した大学以外の医局	2168	32.19	2,403	33.47	2,336	32.95
入局する予定はない	783	11.63	872	12.14	872	12.3
わからない	558	8.29	633	8.82	646	9.11

問 11. あなたは、博士（医学）を取りたいと思いますか。該当するもの 1 つに○を付けてください。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
はい	2666	39.63	2,632	36.65	2,227	31.41
いいえ	1203	17.88	1,429	19.90	1,490	21.01
わからない	2859	42.49	3,121	43.46	3,373	47.57

問 12. 臨床研修修了後、専門研修を行う予定ですか。該当するもの 1 つに○を付けてください。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
専門研修を行う	6297	94.07	6,581	93.88	6,474	94.3
来年は専門研修を行わない	157	2.35	166	2.37	155	2.26
専門研修を行う予定がない	79	1.18	102	1.46	104	1.51
わからない	161	2.41	159	2.27	132	1.92

問 12-1. 専門研修の分野はなんですか。 n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
内科	2067	32.87	2,170	32.99	2,233	33.38
小児	411	6.54	420	6.39	437	6.53
皮膚科	233	3.70	197	3.00	223	3.33
精神科	293	4.66	324	4.93	330	4.93
外科	634	10.08	604	9.18	669	10
整形外科	375	5.96	497	7.56	449	6.71
産婦人科	343	5.45	353	5.37	372	5.56
眼科	229	3.64	249	3.79	239	3.57
耳鼻咽喉科	205	3.26	207	3.15	173	2.59
泌尿器科	201	3.20	250	3.80	236	3.53
脳神経外科	194	3.08	194	2.95	179	2.68
放射線科	161	2.56	167	2.54	185	2.77
麻酔科	345	5.49	325	4.94	343	5.13
病理	72	1.14	67	1.02	55	0.82
臨床検査	9	0.14	3	0.05	1	0.01
救急	200	3.18	172	2.62	224	3.35
形成外科	154	2.45	167	2.54	152	2.27

リハビリテーション	41	0.65	49	0.75	55	0.82
総合診療	116	1.84	149	2.27	135	2.02

問 12-2. 専門研修プログラムを選んだ際、希望する分野で研修を行うために、研修を行う都道府県について、もともと希望していたところから変更しましたか n, %

注：令和 3 年度は問 12-3

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
いいえ	5555	88.75	5,741	87.84	5,814	87.15
はい	704	11.25	795	12.16	857	12.85

問 12-3. 専門研修プログラムを選んだ際、希望する都道府県で研修を行うために、専攻する分野を変更しましたか。n, %

注：令和 3 年度は問 12-4

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
いいえ	6122	97.80	6,367	97.37	5,972	89.41
はい	138	2.20	172	2.63	707	10.59

問 12-4. 専門研修プログラムを選んだ際、実際には選択しなかった第二希望の分野は何でしたか。n, %

注：令和 3 年度は問 12-5

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
内科	30	27.03	33	22.45	166	25.98
小児	9	8.11	10	6.80	71	11.11
皮膚科	10	9.01	15	10.20	25	3.91
精神科	7	6.31	4	2.72	21	3.29
外科	10	9.01	12	8.16	73	11.42
整形外科	5	4.50	9	6.12	36	5.63
産婦人科	9	8.11	6	4.08	39	6.1
眼科	1	0.90	7	4.76	20	3.13
耳鼻咽喉科	4	3.60	5	3.40	20	3.13
泌尿器科	2	1.80	5	3.40	15	2.35
脳神経外科	3	2.70	2	1.36	19	2.97
放射線科	3	2.70	4	2.72	10	1.56
麻酔科	0	0.00	8	5.44	30	4.69
病理	1	0.90	2	1.36	8	1.25
臨床検査	0	0.00	0	0.00	1	0.16
救急	5	4.50	7	4.76	32	5.01
形成外科	3	2.70	9	6.12	20	3.13

リハビリテーション	0	0.00	1	0.68	2	0.31
総合診療	5	4.50	7	4.76	29	4.54

問 12-5. 問 12-4 で回答した専門分野を選択しなかった理由について、該当するものを最大3つまで影響が強かった順に番号をお答えください。n, %

注：令和3年度は質問なし

		平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度
1	将来的に専門性を維持しづらい					
	1 位	28	0.41	20	0.27	—
	2 位	1	0.01	2	0.03	—
	3 位	1	0.01	2	0.03	—
2	研修開始前には従事する診療科が未定だった					
	1 位	6	0.09	9	0.12	—
	2 位	18	0.26	13	0.18	—
	3 位	2	0.03	3	0.04	—
3	適性・才能がない					
	1 位	6	0.09	9	0.12	—
	2 位	5	0.07	2	0.03	—
	3 位	18	0.26	9	0.12	—
4	仕事の内容が想像と違った					
	1 位	10	0.15	8	0.11	—
	2 位	9	0.13	8	0.11	—
	3 位	6	0.09	2	0.03	—
5	やりがいが見いだせない					
	1 位	3	0.04	3	0.04	—
	2 位	4	0.06	5	0.07	—
	3 位	4	0.06	2	0.03	—
6	なんとなく相性が合わない					
	1 位	5	0.07	4	0.05	—
	2 位	11	0.16	9	0.12	—
	3 位	6	0.09	5	0.07	—
7	人間関係に疲弊					
	1 位	6	0.09	5	0.07	—
	2 位	2	0.03	2	0.03	—
	3 位	1	0.01	5	0.07	—
8	突然呼び出されることが多い					
	1 位	3	0.04	0	0.00	—
	2 位	4	0.06	1	0.01	—

	3 位	1	0.01	2	0.03	—	—
9 精神的にきつい							
	1 位	4	0.06	2	0.03	—	—
	2 位	4	0.06	5	0.07	—	—
	3 位	2	0.03	3	0.04	—	—
10 給与が悪い							
	1 位	1	0.01	0	0.00	—	—
	2 位	1	0.01	3	0.04	—	—
	3 位	0	0.00	1	0.01	—	—
11 労働環境（勤務時間・当直回数等）が悪い							
	1 位	7	0.10	7	0.09	—	—
	2 位	4	0.06	6	0.08	—	—
	3 位	5	0.07	7	0.09	—	—
12 研修施設・設備が充実していない							
	1 位	3	0.04	4	0.05	—	—
	2 位	3	0.04	2	0.03	—	—
	3 位	0	0.00	1	0.01	—	—
13 優れた指導者がいない（または転出してしまった）							
	1 位	2	0.03	2	0.03	—	—
	2 位	0	0.00	2	0.03	—	—
	3 位	2	0.03	1	0.01	—	—
14 他に興味を持つ分野ができた							
	1 位	9	0.13	27	0.37	—	—
	2 位	7	0.10	6	0.08	—	—
	3 位	8	0.12	11	0.15	—	—
15 専門医資格が取りづらい							
	1 位	2	0.03	7	0.09	—	—
	2 位	2	0.03	7	0.09	—	—
	3 位	2	0.03	6	0.08	—	—
16 訴訟となるリスクが高い							
	1 位	0	0.00	0	0.00	—	—
	2 位	4	0.06	0	0.00	—	—
	3 位	1	0.01	0	0.00	—	—
17 出産・育児・教育の環境が整っていない							
	1 位	4	0.06	6	0.08	—	—
	2 位	2	0.03	8	0.11	—	—
	3 位	2	0.03	2	0.03	—	—
18 医学博士号がとりづらい							
	1 位	0	0.00	1	0.01	—	—

	2 位	1	0.01	1	0.01	—	—
	3 位	1	0.01	1	0.01	—	—
19 継続したキャリアを積みにくい							
	1 位	2	0.03	5	0.07	—	—
	2 位	0	0.00	8	0.11	—	—
	3 位	1	0.01	5	0.07	—	—
20 専門領域の将来性に不安を感じた							
	1 位	4	0.06	10	0.14	—	—
	2 位	5	0.07	10	0.14	—	—
	3 位	9	0.13	4	0.05	—	—
21 その他							
	1 位	14	0.21	25	0.34	—	—
	2 位	5	0.07	5	0.07	—	—
	3 位	6	0.09	9	0.12	—	—

問 13. あなたが臨床研修を行う前の時点で、将来もっとも従事したいと考えていた診療科または基礎系の分野はどれですか。完全に一致するものがない場合は最も近いものを1つお答えください。 n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
内科	987	14.69	909	12.47	868	12.13
呼吸器内科	178	2.65	160	2.20	200	2.79
循環器内科	302	4.49	329	4.51	359	5.02
消化器内科	366	5.45	456	6.26	434	6.06
腎臓内科	139	2.07	133	1.82	117	1.63
神経内科	168	2.50	186	2.55	196	2.74
糖尿病内科	165	2.45	159	2.18	173	2.42
血液内科	108	1.61	112	1.54	117	1.63
アレルギー科	9	0.13	8	0.11	7	0.1
リウマチ科	63	0.94	61	0.84	71	0.99
感染症内科	29	0.43	34	0.47	18	0.25
心療内科	8	0.12	11	0.15	8	0.11
救急科	187	2.78	184	2.52	197	2.75
地域医療	43	0.64	50	0.69	-	-
地域保健	4	0.06	1	0.01	-	-
外科	309	4.60	327	4.49	255	3.56
呼吸器外科	68	1.01	59	0.81	83	1.16
心臓血管外科	118	1.76	102	1.40	120	1.68
乳腺外科	45	0.67	50	0.69	49	0.68
気管食道外科	2	0.03	0	0.00	1	0.01

消化器外科	169	2.51	166	2.28	193	2.7
肛門外科	1	0.01	3	0.04	0	0
小児外科	44	0.65	58	0.80	61	0.85
脳神経外科	166	2.47	185	2.54	184	2.57
整形外科	369	5.49	509	6.98	436	6.09
精神科	226	3.36	268	3.68	283	3.95
小児科	556	8.27	574	7.87	542	7.57
産婦人科	306	4.55	337	4.62	326	4.56
産科	62	0.92	83	1.14	69	0.96
婦人科	31	0.46	29	0.40	37	0.52
麻酔科	214	3.18	262	3.59	220	3.07
皮膚科	178	2.65	164	2.25	175	2.45
泌尿器科	145	2.16	187	2.57	189	2.64
形成外科	112	1.67	132	1.81	162	2.26
美容外科	23	0.34	29	0.40	28	0.39
眼科	165	2.45	210	2.88	200	2.79
耳鼻咽喉科	149	2.22	162	2.22	158	2.21
リハビリテーション科	26	0.39	37	0.51	36	0.5
放射線科	117	1.74	114	1.56	94	1.31
病理診断科	52	0.77	60	0.82	28	0.39
臨床検査科	1	0.01	4	0.05	0	0
総合診療	86	1.28	107	1.47	109	1.52
解剖学	2	0.03	4	0.05	5	0.07
生理学	7	0.10	8	0.11	8	0.11
生化学	5	0.07	2	0.03	3	0.04
薬理学	1	0.01	5	0.07	0	0
病理学	23	0.34	17	0.23	28	0.39
法医学	11	0.16	13	0.18	16	0.22
微生物学	2	0.03	8	0.11	0	0
寄生虫学	1	0.01	2	0.03	1	0.01
免疫学	7	0.10	4	0.05	10	0.14
その他の基礎医学	16	0.24	14	0.19	19	0.27
衛生学・公衆衛生学	20	0.30	28	0.38	38	0.53
行政機関	12	0.18	19	0.26	12	0.17
未定	116	1.73	127	1.74	212	2.96

問 14.あなたが現時点で、将来もっとも従事したい診療科または基礎系の分野はどれですか。完全に一致するものがない場合は最も近いものを1つお答えください。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)	令和 2 年度(n=7,382)	令和 3 年度 (n=7,248)
--	-----------------------	------------------	----------------------

内科	595	8.84	526	7.22	495	6.91
呼吸器内科	227	3.37	239	3.28	253	3.53
循環器内科	318	4.73	348	4.78	397	5.54
消化器内科	392	5.83	458	6.29	426	5.94
腎臓内科	157	2.33	162	2.22	204	2.85
神経内科	164	2.44	180	2.47	184	2.57
糖尿病内科	163	2.42	197	2.70	207	2.89
血液内科	119	1.77	115	1.58	122	1.7
アレルギー科	7	0.10	4	0.05	10	0.14
リウマチ科	67	1.00	82	1.13	69	0.96
感染症内科	29	0.43	35	0.48	26	0.36
心療内科	9	0.13	17	0.23	11	0.15
救急科	204	3.03	175	2.40	210	2.93
地域医療	46	0.68	64	0.88	-	-
地域保健	5	0.07	1	0.01	-	-
外科	237	3.52	242	3.32	210	2.93
呼吸器外科	75	1.11	63	0.86	95	1.33
心臓血管外科	90	1.34	92	1.26	104	1.45
乳腺外科	51	0.76	62	0.85	53	0.74
気管食道外科	2	0.03	1	0.01	1	0.01
消化器外科	150	2.23	149	2.04	184	2.57
肛門外科	1	0.01	1	0.01	3	0.04
小児外科	43	0.64	44	0.60	51	0.71
脳神経外科	189	2.81	202	2.77	179	2.5
整形外科	380	5.65	511	7.01	440	6.14
精神科	311	4.62	353	4.84	344	4.8
小児科	415	6.17	438	6.01	428	5.97
産婦人科	266	3.95	283	3.88	281	3.92
産科	51	0.76	58	0.80	62	0.87
婦人科	31	0.46	30	0.41	35	0.49
麻酔科	322	4.79	333	4.57	333	4.65
皮膚科	232	3.45	220	3.02	219	3.06
泌尿器科	200	2.97	253	3.47	239	3.34
形成外科	164	2.44	164	2.25	158	2.2
美容外科	42	0.62	65	0.89	49	0.68
眼科	220	3.27	252	3.46	246	3.43
耳鼻咽喉科	204	3.03	208	2.85	170	2.37
リハビリテーション科	43	0.64	61	0.84	53	0.74
放射線科	151	2.24	166	2.28	187	2.61

病理診断科	64	0.95	59	0.81	34	0.47
臨床検査科	9	0.13	7	0.10	1	0.01
総合診療	96	1.43	112	1.54	129	1.8
解剖学	8	0.12	3	0.04	8	0.11
生理学	8	0.12	12	0.16	9	0.13
生化学	3	0.04	8	0.11	2	0.03
薬理学	0	0.00	8	0.11	2	0.03
病理学	19	0.28	19	0.26	28	0.39
法医学	10	0.15	7	0.10	14	0.2
微生物学	6	0.09	7	0.10	0	0
寄生虫学	0	0.00	2	0.03	1	0.01
免疫学	12	0.18	7	0.10	12	0.17
その他の基礎医学	21	0.31	17	0.23	21	0.29
衛生学・公衆衛生学	40	0.59	56	0.77	53	0.74
行政機関	13	0.19	26	0.36	20	0.28
未定	41	0.61	65	0.89	94	1.31

問 15. 臨床研修前に希望していた診療科または基礎系の分野が研修後に変った理由について、該当するものを最大3つまで影響が強かった順に番号をお答え下さい。n, %

注：令和3年度は質問なし

		平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度
1	将来的に専門性を維持しづらい					
	1 位	163	2.39	146	1.98	—
	2 位	47	0.69	48	0.65	—
	3 位	37	0.54	49	0.66	—
2	研修開始前には従事する診療科が未定だった					
	1 位	293	4.31	298	4.04	—
	2 位	83	1.22	87	1.18	—
	3 位	28	0.41	39	0.53	—
3	適性・才能がない					
	1 位	199	2.92	199	2.70	—
	2 位	136	2.00	111	1.50	—
	3 位	97	1.43	127	1.72	—
4	仕事の内容が想像と違った					
	1 位	257	3.78	267	3.62	—
	2 位	196	2.88	199	2.70	—
	3 位	124	1.82	112	1.52	—
5	やりがいが見いだせない					

	1 位	110	1.62	86	1.16	—	—
	2 位	96	1.41	102	1.38	—	—
	3 位	81	1.19	71	0.96	—	—
6	なんとなく相性が合わない						
	1 位	149	2.19	146	1.98	—	—
	2 位	197	2.89	196	2.66	—	—
	3 位	135	1.98	123	1.67	—	—
7	人間関係に疲弊						
	1 位	35	0.51	48	0.65	—	—
	2 位	47	0.69	40	0.54	—	—
	3 位	44	0.65	40	0.54	—	—
8	突然呼び出されることが多い						
	1 位	56	0.82	62	0.84	—	—
	2 位	105	1.54	103	1.40	—	—
	3 位	76	1.12	80	1.08	—	—
9	精神的にきつい						
	1 位	38	0.56	65	0.88	—	—
	2 位	76	1.12	103	1.40	—	—
	3 位	77	1.13	73	0.99	—	—
10	給与が悪い						
	1 位	18	0.26	15	0.20	—	—
	2 位	25	0.37	19	0.26	—	—
	3 位	18	0.26	23	0.31	—	—
11	労働環境（勤務時間・当直回数等）が悪い						
	1 位	153	2.25	150	2.03	—	—
	2 位	138	2.03	158	2.14	—	—
	3 位	100	1.47	103	1.40	—	—
12	研修施設・設備が充実していない						
	1 位	14	0.21	21	0.28	—	—
	2 位	26	0.38	13	0.18	—	—
	3 位	22	0.32	14	0.19	—	—
13	優れた指導者がいない（または転出してしまった）						
	1 位	23	0.34	29	0.39	—	—
	2 位	39	0.57	40	0.54	—	—
	3 位	28	0.41	37	0.50	—	—
14	他に興味を持つ分野ができた						
	1 位	680	9.99	683	9.25	—	—
	2 位	255	3.75	319	4.32	—	—
	3 位	243	3.57	218	2.95	—	—

15	専門医資格が取りづらい						
	1 位	51	0.75	34	0.46	—	—
	2 位	35	0.51	44	0.60	—	—
	3 位	46	0.68	45	0.61	—	—
16	訴訟となるリスクが高い						
	1 位	4	0.06	4	0.05	—	—
	2 位	18	0.26	18	0.24	—	—
	3 位	26	0.38	24	0.33	—	—
17	出産・育児・教育の環境が整っていない						
	1 位	48	0.71	41	0.56	—	—
	2 位	61	0.90	63	0.85	—	—
	3 位	51	0.75	55	0.75	—	—
18	医学博士号がとりづらい						
	1 位	3	0.04	2	0.03	—	—
	2 位	13	0.19	6	0.08	—	—
	3 位	4	0.06	7	0.09	—	—
19	継続したキャリアを積みにくい						
	1 位	18	0.26	38	0.51	—	—
	2 位	60	0.88	52	0.70	—	—
	3 位	60	0.88	47	0.64	—	—
20	専門領域の将来性に不安を感じた						
	1 位	48	0.71	49	0.66	—	—
	2 位	75	1.10	64	0.87	—	—
	3 位	73	1.07	76	1.03	—	—
21	その他						
	1 位	168	2.47	190	2.57	—	—
	2 位	52	0.76	50	0.68	—	—
	3 位	68	1.00	78	1.06	—	—

問 16. 問 14 の回答について伺います。あなたが将来もっとも従事したい診療科または基礎系の分野を選択した理由について、該当するものを最大 3 つまで影響が強かった順に番号をお答え下さい。n, %

注：令和 3 年度は質問なし

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度	
1 適性・才能があると感じた						
1 位	1,134	16.66	1122	15.20	—	—
2 位	252	3.70	272	3.68	—	—
3 位	270	3.97	333	4.51	—	—
2 やりがいがある						

	1 位	2,070	30.41	2098	28.42	—	—
	2 位	1,444	21.22	1446	19.59	—	—
	3 位	529	7.77	606	8.21	—	—
3	なんとなく相性が合う						
	1 位	1,352	19.86	1381	18.71	—	—
	2 位	1,106	16.25	1302	17.64	—	—
	3 位	976	14.34	971	13.15	—	—
	患者・患者家族からの信頼を得やす						
4	い						
	1 位	17	0.25	15	0.20	—	—
	2 位	84	1.23	90	1.22	—	—
	3 位	110	1.62	113	1.53	—	—
5	給与が良い						
	1 位	51	0.75	59	0.80	—	—
	2 位	112	1.65	148	2.00	—	—
	3 位	157	2.31	171	2.32	—	—
6	労働環境（勤務時間・当直回数等）が良い						
	1 位	110	1.62	120	1.63	—	—
	2 位	293	4.31	249	3.37	—	—
	3 位	292	4.29	337	4.57	—	—
7	学問的に興味がある						
	1 位	1,163	17.09	1454	19.70	—	—
	2 位	1,247	18.32	1293	17.52	—	—
	3 位	751	11.03	836	11.32	—	—
8	優れた指導者がいる						
	1 位	76	1.12	121	1.64	—	—
	2 位	292	4.29	340	4.61	—	—
	3 位	365	5.36	391	5.30	—	—
9	専門性を維持しやすい						
	1 位	119	1.75	142	1.92	—	—
	2 位	314	4.61	327	4.43	—	—
	3 位	351	5.16	377	5.11	—	—
10	専門医資格がとりやすい						
	1 位	21	0.31	19	0.26	—	—
	2 位	53	0.78	66	0.89	—	—
	3 位	79	1.16	79	1.07	—	—
11	先輩や教授に誘われた						
	1 位	76	1.12	82	1.11	—	—
	2 位	146	2.15	183	2.48	—	—

	3 位	246	3.61	264	3.58	—	—
12 訴訟のリスクが低い							
	1 位	6	0.09	6	0.08	—	—
	2 位	18	0.26	16	0.22	—	—
	3 位	22	0.32	23	0.31	—	—
13 親や親戚がその診療科・分野に従事							
	1 位	161	2.37	208	2.82	—	—
	2 位	110	1.62	132	1.79	—	—
	3 位	147	2.16	157	2.13	—	—
14 独立・開業しやすい							
	1 位	29	0.43	37	0.50	—	—
	2 位	88	1.29	126	1.71	—	—
	3 位	170	2.50	231	3.13	—	—
15 出産・育児・教育の環境が整っている							
	1 位	53	0.78	57	0.77	—	—
	2 位	111	1.63	118	1.60	—	—
	3 位	129	1.90	169	2.29	—	—
16 医学博士号がとりやすい							
	1 位	6	0.09	6	0.08	—	—
	2 位	4	0.06	16	0.22	—	—
	3 位	17	0.25	14	0.19	—	—
17 プライマリケアに関する能力を得られると思ったから							
	1 位	44	0.65	57	0.77	—	—
	2 位	91	1.34	126	1.71	—	—
	3 位	127	1.87	109	1.48	—	—
18 地域に貢献したいから							
	1 位	46	0.68	55	0.75	—	—
	2 位	113	1.66	119	1.61	—	—
	3 位	188	2.76	198	2.68	—	—
19 継続したキャリアを積みやすい							
	1 位	50	0.73	68	0.92	—	—
	2 位	115	1.69	139	1.88	—	—
	3 位	253	3.72	331	4.48	—	—
20 その他							
	1 位	105	1.54	133	1.80	—	—
	2 位	28	0.41	54	0.73	—	—
	3 位	130	1.91	134	1.82	—	—

問 17. 問 14 で回答した診療科をローテートした際の満足度をお答えください。平均値, SD

注：1－5点。1＝満足していない。5＝大変満足している

注：令和2年度、3年度は質問なし

	平成31年度 (n=6,806)		令和2年度		令和3年度	
職場の雰囲気が良い	4.16	0.96	—	—	—	—
患者数がたくさん診られる	4.03	0.93	—	—	—	—
研修の質が高い	3.94	0.95	—	—	—	—
上級医が多い	3.81	1.06	—	—	—	—
交代制などの勤務システムが働きやすい	3.53	1.11	—	—	—	—
保育園等のサポートシステムが充実	3.29	1.04	—	—	—	—
他職種へのタスクシフト	3.47	0.99	—	—	—	—
キャリアパスがしっかりしている	3.68	0.93	—	—	—	—
その他	4.07	0.88	—	—	—	—

問18. あなたが経験した(予定を含む)臨床研修に関して、研修を行った診療科で、期間の合計を月数でお答えください。平均値, SD

注：令和2年度、3年度は問17

	平成31年度 (n=6,806)		令和2年度(n=7,382)		令和3年度 (n=7,248)	
内科	4.52	3.52	7.86	2.27	1.07	2.28
呼吸器内科	1.75	0.96	1.74	0.91	1.22	1.12
循環器内科	1.97	1.07	1.95	1.08	1.67	1.22
消化器内科	2.06	1.21	2.05	1.17	1.61	1.40
腎臓内科	1.56	0.89	1.55	0.83	0.92	1.07
神経内科	1.54	0.92	1.60	0.91	0.92	1.03
糖尿病内科	1.52	0.88	1.55	0.83	0.96	1.03
血液内科	1.48	0.98	1.51	0.88	0.56	0.90
アレルギー科	0.52	0.77	1.31	0.70	0.05	0.29
リウマチ科	1.26	1.02	1.47	0.82	0.30	0.70
感染症内科	0.93	0.76	1.23	0.60	0.17	0.50
心療内科	0.52	0.80	1.26	0.77	0.04	0.27
救急科	2.71	1.13	3.49	0.90	2.70	1.31
地域医療	1.16	0.51	1.15	0.46	1.12	0.56
地域保健	0.34	0.47	0.80	0.37	0.02	0.17
外科	2.16	1.35	2.20	1.34	0.63	1.15
呼吸器外科	1.00	0.88	1.24	0.75	0.23	0.62
心臓血管外科	1.07	1.01	1.39	0.90	0.20	0.58
乳腺外科	0.82	0.83	1.29	0.73	0.12	0.44
気管食道外科	0.19	0.57	1.20	0.61	0.02	0.17

消化器外科	1.69	1.28	1.90	1.20	0.88	1.31
肛門外科	0.13	0.49	1.42	0.74	0.01	0.15
小児外科	0.67	0.81	1.29	0.86	0.08	0.34
脳神経外科	1.36	1.38	1.48	1.20	0.37	0.91
整形外科	1.57	1.43	1.79	1.56	0.67	1.24
精神科	1.21	0.96	1.22	0.96	0.99	1.01
小児科	1.60	1.32	1.60	1.27	1.20	1.26
産婦人科	1.30	1.00	1.33	1.03	0.81	1.00
産科	0.68	0.73	1.08	0.68	0.06	0.31
婦人科	0.64	0.69	1.11	0.70	0.06	0.29
麻酔科	2.03	1.16	1.98	1.14	1.69	1.18
皮膚科	1.21	1.11	1.30	0.98	0.40	0.76
泌尿器科	1.23	1.31	1.54	1.36	0.33	0.89
形成外科	1.12	0.97	1.35	0.92	0.26	0.70
美容外科	0.03	0.17	0.75	0.35	0.00	0.05
眼科	1.40	1.89	1.81	2.03	0.29	1.02
耳鼻咽喉科	1.20	1.33	1.41	1.22	0.25	0.74
リハビリテーション科	0.67	0.78	1.22	0.70	0.08	0.35
放射線科	1.30	0.91	1.31	0.86	0.68	0.86
病理診断科	1.02	1.22	1.30	1.19	0.16	0.50
臨床検査科	0.64	0.59	1.00	0.40	0.08	0.31
総合診療	1.71	1.42	2.02	1.30	0.46	1.04
解剖学	0.01	0.14	4.00	—	—	—
生理学	0.01	0.11	1.25	0.50	—	—
生化学	0.00	0.03	—	—	—	—
薬理学	0.01	0.08	1.00	—	—	—
病理学	0.33	0.78	0.99	0.40	—	—
法医学	0.01	0.12	1.50	0.71	—	—
微生物学	0.01	0.11	1.00	0.00	—	—
寄生虫学	0.00	0.05	—	—	—	—
免疫学	0.01	0.11	2.00	—	—	—
その他の基礎医学	0.01	0.09	0.94	0.17	0.00	0.03
衛生学・公衆衛生学	0.10	0.36	1.21	0.71	0.00	0.07
行政機関	0.11	0.30	0.78	0.45	0.00	0.05
オリエンテーション	0.42	0.44	0.74	0.32	0.05	0.20
その他の基礎医学	1.17	0.96	1.49	0.98	0.19	0.85

問 18-1. あなたが経験した(予定を含む)臨床研修に関して、研修病院で必修とされた診療科は以下のうちどれですか。n, %

注：令和2年度、3年度は問 17-1

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
内科、地域医療、救急のみ	594	11.83	852	12.28	916	13.65
内科、外科、小児科、産婦人科、精神 科、地域医療、救急を含む	3,200	63.71	4,470	64.43	4,158	61.97
上記の 1 と 2 以外	1,193	23.75	1,597	23.02	1,635	24.37

問 19. あなたが経験した(予定を含む) 臨床研修に関して、研修期間の合計を研修病院・施設毎に月数でお答えください。平均, SD

注：令和 2 年度、3 年度は問 18

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
基幹型臨床研修病院・基幹型相当大学 病	19.80	5.16	21.54	116.71	19.88	5.44
協力型臨床研修病院・協力型相当大学 病院	5.38	5.48	5.26	5.41	4.47	5.22
臨床研修協力施	3.09	6.16	2.93	5.45	2.31	5.06

問 20. あなたは、入学時に、大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意志をもった学生の選抜枠域枠)」で入学しましたか。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
はい	717	10.72	786	11.01	827	11.81
いいえ	5,970	89.28	6,355	88.99	6,174	88.19

問 20-1 どの地域で臨床に従事することが求められていますか。 n, %

	平成 31 年度 (n=717)		令和 2 年度 (n=786)		令和 3 年度 (n=827)	
北海道	35	4.92	43	5.56	42	4.96
青森	39	5.48	54	6.98	45	5.31
岩手	21	2.95	16	2.07	15	1.77
宮城	3	0.42	3	0.39	3	0.35
秋田	18	2.53	21	2.71	18	2.13
山形	0.00	0.00	1	0.13	2	0.24
福島	25	3.51	29	3.75	44	5.19
茨城	6	0.84	15	1.94	13	1.53
栃木	7	0.98	14	1.81	15	1.77
群馬	12	1.69	15	1.94	23	2.72
埼玉	10	1.40	4	0.52	6	0.71
千葉	4	0.56	4	0.52	10	1.18

東京	27	3.79	19	2.45	18	2.13
神奈川	20	2.81	19	2.45	23	2.72
新潟	9	1.26	14	1.81	10	1.18
富山	20	2.81	18	2.33	17	2.01
石川	9	1.26	11	1.42	10	1.18
福井	13	1.83	9	1.16	10	1.18
山梨	31	4.35	23	2.97	38	4.49
長野	13	1.83	12	1.55	13	1.53
岐阜	21	2.95	27	3.49	29	3.42
静岡	13	1.83	13	1.68	11	1.3
愛知	8	1.12	11	1.42	18	2.13
三重	26	3.65	30	3.88	29	3.42
滋賀	6	0.84	7	0.90	6	0.71
京都	5	0.70	3	0.39	8	0.94
大阪	12	1.69	11	1.42	13	1.53
兵庫	13	1.83	7	0.90	12	1.42
奈良	19	2.67	15	1.94	13	1.53
和歌山	20	2.81	30	3.88	24	2.83
鳥取	19	2.67	14	1.81	19	2.24
島根	14	1.97	25	3.23	25	2.95
岡山	14	1.97	18	2.33	15	1.77
広島	13	1.83	13	1.68	15	1.77
山口	11	1.54	15	1.94	13	1.53
徳島	14	1.97	12	1.55	8	0.94
香川	11	1.54	11	1.42	14	1.65
愛媛	11	1.54	19	2.45	16	1.89
高知	17	2.39	21	2.71	22	2.6
福岡	15	2.11	13	1.68	20	2.36
佐賀	4	0.56	3	0.39	17	2.01
長崎	13	1.83	5	0.65	15	1.77
熊本	5	0.70	6	0.78	4	0.47
大分	12	1.69	14	1.81	12	1.42
宮崎	15	2.11	7	0.90	16	1.89
鹿児島	21	2.95	21	2.71	23	2.72
沖縄	5	0.70	16	2.07	12	1.42
海外	0	0.00	0	0.00	0	0
規定なし	32	4.49	41	5.30		

問 21 あなたは、学生時代に特定の地域や診療科での勤務を条件とする奨学金を受給しましたか。n, %注：

令和 3 年度は質問なし

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度	
はい	1,001	15.04	1,139	15.96	—	—
いいえ	5,584	83.88	5,939	83.21	—	—
受給したが途中で返還し	71	1.07	58	0.81	—	—

問 21-1 奨学金の支給元を以下から該当するものに○を付けてください。n, %

注：令和 3 年度は質問なし

	平成 31 年度 (n=1,001)		令和 2 年度 (n=1,139)		令和 3 年度	
都道府県	793	79.22	863	75.77	—	—
市町村	55	5.49	54	4.74	—	—
大学	87	8.69	120	10.54	—	—
大学以外の医療機関	100	9.99	99	8.69	—	—
その他	49	4.90	76	6.67	—	—
都道府県	793	79.22	863	75.77	—	—

問 21-2. あなたが受給した奨学金の返還の免除要件に、特定の地域で臨床に従事することが求められていますか。n, %

注：令和 3 年度は質問なし

	平成 31 年度 (n=1,001)		令和 2 年度 (n=1,139)		令和 3 年度	
特定の地域で求められている	902	88.69	1,001	87.50	—	—
特定の地域で求められていない	114	11.21	143	12.50	—	—

問 21-3 従事することが求められている（求められていた）都道府県はどこですか。。 n, %

	平成 31 年度 (n=1,001)		令和 2 年度(n=1,139)		令和 3 年度	
北海道	30	3.37	26	2.64	—	—
青森	17	1.91	32	3.25	—	—
岩手	33	3.71	30	3.05	—	—
宮城	28	3.15	42	4.27	—	—
秋田	20	2.25	32	3.25	—	—
山形	22	2.47	17	1.73	—	—
福島	31	3.49	46	4.67	—	—
茨城	13	1.46	23	2.34	—	—
栃木	9	1.01	15	1.52	—	—
群馬	14	1.57	15	1.52	—	—

埼玉	21	2.36	10	1.02	—	—
千葉	20	2.25	24	2.44	—	—
東京	30	3.37	25	2.54	—	—
神奈川	22	2.47	23	2.34	—	—
新潟	17	1.91	25	2.54	—	—
富山	21	2.36	23	2.34	—	—
石川	13	1.46	15	1.52	—	—
福井	20	2.25	12	1.22	—	—
山梨	36	4.05	32	3.25	—	—
長野	31	3.49	32	3.25	—	—
岐阜	27	3.04	36	3.66	—	—
静岡	64	7.20	83	8.43	—	—
愛知	17	1.91	20	2.03	—	—
三重	50	5.62	40	4.07	—	—
滋賀	4	0.45	11	1.12	—	—
京都	6	0.67	5	0.51	—	—
大阪	6	0.67	6	0.61	—	—
兵庫	19	2.14	17	1.73	—	—
奈良	15	1.69	17	1.73	—	—
和歌山	12	1.35	17	1.73	—	—
鳥取	21	2.36	25	2.54	—	—
島根	23	2.59	25	2.54	—	—
岡山	5	0.56	8	0.81	—	—
広島	23	2.59	16	1.63	—	—
山口	9	1.01	15	1.52	—	—
徳島	9	1.01	10	1.02	—	—
香川	11	1.24	15	1.52	—	—
愛媛	17	1.91	20	2.03	—	—
高知	21	2.36	20	2.03	—	—
福岡	8	0.90	10	1.02	—	—
佐賀	3	0.34	3	0.30	—	—
長崎	5	0.56	1	0.10	—	—
熊本	12	1.35	9	0.91	—	—
大分	10	1.12	15	1.52	—	—
宮崎	12	1.35	8	0.81	—	—
鹿児島	20	2.25	19	1.93	—	—
沖縄	9	1.01	13	1.32	—	—
海外	0	0.00	0	0.00	—	—

問 21-4 従事先について、該当するものすべてに○を付けてください。n, %

注：令和 2 年度は回答選択肢変更、令和 3 年度は母数不明

	平成 31 年度 (n=1,001)		令和 2 年度 (n=1,139)		令和 3 年度	
都道府県内の複数の医療機関から選択	696	69.53	783	68.74	544	—
市町村内の複数の医療機関から選択	89	8.89	—	—	12	—
特定の大学	48	4.80	92	8.08	39	—
大学以外の特定の医療機関	147	14.69	219	19.23	13	—
その他	28	2.80	13	1.14	17	—

問 21-5. あなたが受給した奨学金の免除要件に、特定の地域でのいわゆる初期の臨床研修が求められていますか。n, %

注：令和 3 年度は質問なし

	平成 31 年度 (n=1,001)		令和 2 年度 (n=1,139)		令和 3 年度	
特定の地域で初期研修が求められている	494	55.57	576	58.18	—	—
特定の地域で初期研修が求められていない	388	43.64	407	41.11	—	—
その他	7	0.79	5	0.51	—	—

問 21-6. あなたが受給した奨学金の免除要件に、特定の地域での専門研修が求められていますか。n, %

注：令和 3 年度は質問なし

	平成 31 年度 (n=1,001)		令和 2 年度 (n=1,139)		令和 3 年度	
特定の地域で専門研修が求められている	532	60.25	592	60.04	—	—
特定の地域で専門研修が求められていない	342	38.73	383	38.84	—	—
その他	9	1.02	9	0.91	—	—

問 22-1. あなたが受給した奨学金の免除要件には、いわゆる臨床研修修了後に、特定の診療科における診療が求められている、あるいは求められていましたか。n, %

注：令和 3 年度は質問なし

	平成 31 年度 (n=1,001)		令和 2 年度 (n=1,139)		令和 3 年度	
特定の診療科における診療が求められている	240	24.97	248	24.55	—	—
特定の診療科における診療が求められているが、一定期間の累積年数が決められている	91	9.47	98	9.70	—	—
特定の診療科における診療は求められていない	615	64.00	657	65.05	—	—
その他	11	1.14	6	0.59	—	—

問 22-2 従事する診療科は何ですか。n, %

注：令和 3 年度は問 20-10

	平成 31 年度 (n=427)		令和 2 年度 (n=402)		令和 3 年度 (n=250)	
内科	83	19.44	80	19.90	50	20
呼吸器内科	4	0.94	10	2.49	38	15.2
循環器内科	9	2.11	11	2.74	7	2.8
消化器内科	17	3.98	5	1.24	6	2.4
腎臓内科	5	1.17	4	1.00	4	1.6
神経内科	7	1.64	7	1.74	1	0.4
糖尿病内科	6	1.41	3	0.75	4	1.6
血液内科	3	0.70	3	0.75	0	0
アレルギー科	0	0.00	1	0.25	0	0
リウマチ科	1	0.23	1	0.25	0	0
感染症内科	1	0.23	1	0.25	0	0
心療内科	1	0.23	0	0.00	0	0
救急科	41	9.60	34	8.46	18	7.2
地域医療	10	2.34	8	1.99	—	—
地域保健	0	0.00	1	0.25	—	—
外科	20	4.68	25	6.22	10	4
呼吸器外科	3	0.70	1	0.25	0	0
心臓血管外科	1	0.23	1	0.25	1	0.4
乳腺外科	1	0.23	2	0.50	1	0.4
気管食道外科	0	0.00	0	0.00	0	0
消化器外科	4	0.94	3	0.75	5	2
肛門外科	1	0.23	0	0.00	0	0
小児外科	0	0.00	2	0.50	4	1.6
脳神経外科	4	0.94	9	2.24	0	0
整形外科	10	2.34	9	2.24	7	2.8
精神科	12	2.81	9	2.24	2	0.8
小児科	51	11.94	39	9.70	23	9.2
産婦人科	47	11.01	38	9.45	23	9.2
産科	6	1.41	5	1.24	3	1.2
婦人科	1	0.23	2	0.50	1	0.4
麻酔科	29	6.79	28	6.97	10	4
皮膚科	6	1.41	5	1.24	1	0.4
泌尿器科	4	0.94	4	1.00	3	1.2
形成外科	2	0.47	2	0.50	3	1.2
美容外科	0	0.00	1	0.25	0	0
眼科	3	0.70	6	1.49	1	0.4
耳鼻咽喉科	1	0.23	2	0.50	2	0.8

リハビリテーション科	1	0.23	0	0.00	0	0
放射線科	2	0.47	1	0.25	0	0
病理診断科	0	0.00	1	0.25	0	0
臨床検査科	0	0.00	0	0.00	0	0
総合診療	16	3.75	30	7.46	13	5.2
解剖学	0	0.00	0	0.00	1	0.4
生理学	0	0.00	0	0.00	2	0.8
生化学	0	0.00	0	0.00	1	0.4
薬理学	0	0.00	0	0.00	1	0.4
病理学	0	0.00	0	0.00	1	0.4
法医学	0	0.00	1	0.25	1	0.4
微生物学	0	0.00	0	0.00	1	0.4
寄生虫学	0	0.00	0	0.00	1	0.4
免疫学	0	0.00	0	0.00	0	0
その他の基礎医学	2	0.47	2	0.50	0	0
衛生学・公衆衛生学	7	1.64	4	1.00	0	0
行政機関	2	0.47	1	0.25	0	0

問 23 以下の診療能力等について、指導の有無と自己評価としてもっとも該当するものにそれぞれ○を付けてください。平均値, SD

注：1－5点。指導評価 1＝あまり指導がなかった。5＝よく指導された

自己評価 1＝あまりできていない。5＝よくできた

注：令和2年度は問27、令和3年度は質問なし

	平成31年度 (n=6,806)		令和2年度 (n=7,382)		令和3年度	
1 医師としての基本的価値観						
指導受けていない・受けた	3.93	0.82	3.89	0.86	—	—
できない・できる	3.80	0.78	3.80	0.81	—	—
2 医学・医療における倫理性						
指導受けていない・受けた	3.88	0.82	3.87	0.85	—	—
できない・できる	3.83	0.76	3.85	0.79	—	—
3 医学知識と問題対応能力						
指導受けていない・受けた	4.00	0.77	3.98	0.80	—	—
できない・できる	3.73	0.77	3.74	0.80	—	—
4 診察技能と患者ケア						
指導受けていない・受けた	3.97	0.77	3.97	0.79	—	—
できない・できる	3.79	0.75	3.81	0.78	—	—
5 コミュニケーション能力						
指導受けていない・受けた	3.87	0.85	3.86	0.88	—	—

	できない・できる	3.86	0.79	3.86	0.80	—	—
6	チーム医療の実践						
	指導受けていない・受けた	3.92	0.82	3.91	0.85	—	—
	できない・できる	3.83	0.78	3.85	0.79	—	—
7	医療の質と安全の管理						
	指導受けていない・受けた	3.93	0.81	3.94	0.81	—	—
	できない・できる	3.78	0.77	3.82	0.78	—	—
8	社会における医療の実践						
	指導受けていない・受けた	3.77	0.85	3.79	0.88	—	—
	できない・できる	3.65	0.81	3.68	0.84	—	—
9	科学的探究						
	指導受けていない・受けた	3.56	0.97	3.60	0.99	—	—
	できない・できる	3.43	0.94	3.46	0.96	—	—
10	生涯にわたって共に学ぶ姿勢						
	指導受けていない・受けた	3.89	0.85	3.89	0.88	—	—
	できない・できる	3.76	0.82	3.76	0.84	—	—
11	一般外来における診察能力						
	指導受けていない・受けた	3.72	0.95	3.72	0.98	—	—
	できない・できる	3.57	0.91	3.58	0.94	—	—
12	病棟における診察能力						
	指導受けていない・受けた	3.98	0.79	3.98	0.81	—	—
	できない・できる	3.78	0.78	3.80	0.79	—	—
13	初期救急における診察能力						
	指導受けていない・受けた	4.02	0.85	4.00	0.86	—	—
	できない・できる	3.81	0.82	3.81	0.84	—	—
14	地域医療における診察能力						
	指導受けていない・受けた	3.81	0.86	3.82	0.90	—	—
	できない・できる	3.65	0.83	3.68	0.87	—	—

問 24. 医療の持つ社会的側面を踏まえた以下のような指導を受けましたか。平均値, SD

注：1－5点。指導評価 1＝あまり指導がなかった。5＝よく指導された

自己評価 1＝あまりできていない。5＝よくできた

注：令和2年度は問28、令和3年度は質問なし

	平成31年度 (n=6,806)	令和2年度 (n=7,382)	令和3年度
1 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みに対する指導			
指導受けていない・受けた	3.93	3.89	—
できない・できる	3.80	3.80	—
2 健康保険、公費負担医療の適切な活用に対する指導			

指導受けていない・受けた	3.88	0.82	3.87	0.85	—	—
できない・できる	3.83	0.76	3.85	0.79	—	—
3 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を行うことに対する指導						
指導受けていない・受けた	4.00	0.77	3.98	0.80	—	—
できない・できる	3.73	0.77	3.74	0.80	—	—
4 予防医療・保健・健康増進に対する指導						
指導受けていない・受けた	3.97	0.77	3.97	0.79	—	—
できない・できる	3.79	0.75	3.81	0.78	—	—
5 地域包括ケアシステムの推進に対する指導						
指導受けていない・受けた	3.87	0.85	3.86	0.88	—	—
できない・できる	3.86	0.79	3.86	0.80	—	—
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対する指導						
指導受けていない・受けた	3.92	0.82	3.91	0.85	—	—
できない・できる	3.83	0.78	3.85	0.79	—	—
7 後発品など薬効と価格を考慮し使い分ける						
指導受けていない・受けた	3.93	0.81	3.94	0.81	—	—
できない・できる	3.78	0.77	3.82	0.78	—	—
8 AMR 予防を意識した抗生物質・抗菌薬の適正使用						
指導受けていない・受けた	3.77	0.85	3.79	0.88	—	—
できない・できる	3.65	0.81	3.68	0.84	—	—
9 費用対効果などを考慮した臨床指導						
指導受けていない・受けた	3.56	0.97	3.60	0.99	—	—
できない・できる	3.43	0.94	3.46	0.96	—	—

問 22-2 従事する診療科は何ですか。n, %

注：令和3年度は問 20-10

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
1 地域医療への関心が高まった	4453	65.43	4559	61.76	—	—
2 地域医療に従事したいと考えるようになった	1118	16.43	1135	15.38	—	—
3 退院支援(退院後における在宅医療の環境整備、リハビリテーション等)の理解が深まった	2346	34.47	2398	32.48	—	—
4 病病・病診・診診連携、他病院からの受入等(地域連携担当部署の業務)の理解が深まった	1921	28.23	1890	25.60	—	—
5 地域包括ケア・介護関係の業務(主治医意見書作成、ケアカンファレンス参加等)の理解が深まった	1541	22.64	1542	20.89	—	—

6 緩和ケア・終末期医療・看取りの理解が深まった	1853	27.23	1877	25.43	—	—
7 一次救急の対応ができるようになった	1683	24.73	1730	23.44	—	—
8 外来診療の診療能力が高まった	1656	24.33	1679	22.74	—	—
9 在宅医療の診療能力が高まった	1226	18.01	1193	16.16	—	—
10 チーム医療（関係職種と連携した栄養管理、リハビリテーション、褥瘡対策等）の理解が深まった	1930	28.36	1930	26.14	—	—
11 他職種連携（社会福祉士、介護支援専門員（ケアマネージャー）等と連携した業務）の理解が深まった	1804	26.51	1773	24.02	—	—
12 予防医療への理解が深まった	1140	16.75	1099	14.89	—	—
13 幅広い疾病・症候に対する総合的な診療能力が高まった	1590	23.36	1458	19.75	—	—

解析結果 2. 平成 31 年度の調査票にない質問項目の記述統計比較

令和 2 年度.問 19 あなたが経験した臨床研修を振り返って、以下のそれぞれの項目についての満足度をお答えください。平均, SD

注：1－5 点。1＝満足していない。5＝大変満足している

注：平成 31 年度、令和 3 年度は質問なし

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
研修プログラム	－	－	4.08	0.90	－	－
経験症例・検査等の種類	－	－	4.08	0.87	－	－
経験症例・検査等の数	－	－	4.08	0.87	－	－
診療へのかかわり方	－	－	4.00	0.90	－	－
指導体制	－	－	3.96	0.94	－	－
臨床研修に関する病院の耐性	－	－	3.91	0.99	－	－
処遇	－	－	3.75	1.14	－	－
臨床研修全体	－	－	4.07	0.86	－	－

令和 2 年度.問 23 臨床研修中に JAMEP(基本的臨床能力評価試験)を受験したかお答えください。n, %

注：平成 31 年度は質問なし

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
受験した	－	－	3,242	45.98	3,553	50.09
受験していない	－	－	3,808	54.01	3,540	49.91

令和 2 年度.問 24 基幹型臨床研修病院で 1 ヶ月あたり平均何回程度当直業務を行ったかお答えください。
中央値, IQR

注：平成 31 年度は質問なし

注：令和 3 年度は問 22

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
当直回数	－	－	4	2	4	2

令和 2 年度.問 25 当直時に平均して何例救急症例を経験しましたか。救急車による搬送症例と Walk-in 症例のそれぞれについてお答えください。中央値, IQR

注：平成 31 年度は質問なし

注：令和 3 年度は問 23

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
救急車	－	－	4	2	3	3

Walk-in — — 5 7 5 5

令和 2 年度. 問 26 当直業務実施にあたり、給与の支払いを受けていましたか。n, %

注：平成 31 年度は質問なし

注：令和 3 年度は問 24

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
受けていた	—	—	6,510	92.76	6,496	93
受けていない	—	—	500	7.12	489	7

令和 2 年度. 問 26-1. 当直業務 1 回あたりの平均の給与(手当含む)をお答えください。中央値, IQR

注：平成 31 年度は質問なし

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
給与	—	—	15000	10000	16000	10000

令和 2 年度. 問 30 臨床研修においてプライマリケア能力をつけるために重要だと思うこと全てに○をつけてください。n, %

注：令和 3 年度は問 29、回答改変

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
内科研修期間の延長	—	—	1708	23.14	1,722	23.76
救急科研修期間の延長	—	—	1883	25.51	2122	29.28
地域医療実習の期間の延長	—	—	1177	15.94	969	13.37
日直・当直業務の回数の増加	—	—	1372	18.59	1460	20.14
多数の診療科のローテート	—	—	2771	37.54	2859	39.45
選択期間の延長	—	—	1426	19.32	1541	21.26
医療資源の乏しい地域での診療経験	—	—	—	—	1400	19.32
その他	—	—	399	5.41	304	4.19

令和 2 年度. 問 31 臨床研修で、救急患者の重症度および緊急度を判断が身につきましたか。n, %

注：令和 3 年度は問 30

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
確実にできる	—	—	608	8.76	487	6.85
だいたいできる	—	—	4,620	66.57	4,871	68.49
あまり自信がない	—	—	1,627	23.44	1,692	23.79
できない	—	—	69	0.99	62	0.87

令和 2 年度. 問 32 臨床研修中に病的賭博(ギャンブル依存症)の症例を何例経験しましたか。n, %

注：令和3年度は問31

	平成31年度 (n=6,806)		令和2年度(n=7,382)		令和3年度 (n=7,248)	
0 例	—	—	5,552	80	5,629	79.11
1-5 例	—	—	1,315	18.95	1,393	19.58
6-10 例	—	—	49	0.71	59	0.83
11 例以上	—	—	20	0.29	34	0.48

令和2年度、問33 下記①～⑨の項目について、2年間の研修中のあなたの実施状況について、1)～6)のうち該当する選択肢に○を記載してください。n, %

注：令和3年度は問26

		平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
初療時の予診							
1	指導医等の指示あるいは病院の方針により 2 年間通して実施した	—	—	3,363	48.19	3,555	51.11
2	予め決められた期間、当該業務を行うよう 指導医等から指示があった	—	—	2,048	29.35	1,842	26.48
3	当該業務を習得するまで行い、指導医等の 判断により他職種がするようになった	—	—	285	4.08	286	4.11
4	自らの意志で一定期間実施した	—	—	603	8.64	634	9.12
5	2 年間を通して実施していない	—	—	399	5.72	466	6.7
6	その他	—	—	190	2.72	169	2.43

検査手順の説明や入院の説明

1 指導医等の指示あるいは病院の方針により 2年間通して実施した	—	—	3,304	47.4	3,592	51.56
2 予め決められた期間、当該業務を行うよう 指導医等から指示があった	—	—	1,681	24.12	1,456	20.9
3 当該業務を習得するまで行い、指導医等の 判断により他職種がするようになった	—	—	481	6.9	446	6.4
4 自らの意志で一定期間実施した	—	—	845	12.12	885	12.7
5 2年間を通して実施していない	—	—	397	5.7	413	5.93
6 その他	—	—	178	2.55	171	2.45

薬の説明や服薬の指導

1 指導医等の指示あるいは病院の方針により 2年間通して実施した	—	—	2,642	37.94	2,828	40.74
2 予め決められた期間、当該業務を行うよう 指導医等から指示があった	—	—	1,274	18.3	1,092	15.73
3 当該業務を習得するまで行い、指導医等の 判断により他職種がするようになった	—	—	911	13.08	809	11.66

4	自らの意志で一定期間実施した	—	—	1,129	16.21	1,179	16.99
5	2年間を通して実施していない	—	—	680	9.77	771	11.11
6	その他	—	—	245	3.52	259	3.73

静脈採血

1	指導医等の指示あるいは病院の方針により 2年間通して実施した	—	—	3,203	45.92	3,243	46.58
2	予め決められた期間、当該業務を行うよう 指導医等から指示があった	—	—	1,064	15.25	966	13.88
3	当該業務を習得するまで行い、指導医等の 判断により他職種がするようになった	—	—	1,131	16.22	1,249	17.94
4	自らの意志で一定期間実施した	—	—	1,258	18.04	1,273	18.28
5	2年間を通して実施していない	—	—	100	1.43	100	1.44
6	その他	—	—	135	1.94	128	1.84

静脈注射

1	指導医等の指示あるいは病院の方針により 2年間通して実施した	—	—	3,121	44.81	3,151	45.29
2	予め決められた期間、当該業務を行うよう 指導医等から指示があった	—	—	1,101	15.81	950	13.65
3	当該業務を習得するまで行い、指導医等の 判断により他職種がするようになった	—	—	1,079	15.49	1,225	17.61
4	自らの意志で一定期間実施した	—	—	1,183	16.98	1,200	17.25
5	2年間を通して実施していない	—	—	224	3.22	250	3.59
6	その他	—	—	179	2.57	179	2.57

静脈ラインの確保

1	指導医等の指示あるいは病院の方針により 2年間通して実施した	—	—	3,316	47.56	3,360	48.32
2	予め決められた期間、当該業務を行うよう 指導医等から指示があった	—	—	1,075	15.42	952	13.69
3	当該業務を習得するまで行い、指導医等の 判断により他職種がするようになった	—	—	985	14.13	1,141	16.41
4	自らの意志で一定期間実施した	—	—	1,287	18.46	1,294	18.61
5	2年間を通して実施していない	—	—	89	1.28	81	1.16
6	その他	—	—	136	1.95	123	1.77

尿道カテーテルの留置

1	指導医等の指示あるいは病院の方針により 2年間通して実施した	—	—	2,887	41.43	2,990	42.99
2	予め決められた期間、当該業務を行うよう 指導医等から指示があった	—	—	1,034	14.84	913	13.13
3	当該業務を習得するまで行い、指導医等の 判断により他職種がするようになった	—	—	1,098	15.76	1,185	17.04

4	自らの意志で一定期間実施した	—	—	1,296	18.6	1,312	18.86
5	2年間を通して実施していない	—	—	360	5.17	352	5.06
6	その他	—	—	217	3.11	200	2.88

診断書等の記載（下書き）・入力（代行）

1	指導医等の指示あるいは病院の方針により 2年間通して実施した	—	—	3,155	45.3	3,213	46.16
2	予め決められた期間、当該業務を行うよう 指導医等から指示があった	—	—	1,546	22.2	1,413	20.3
3	当該業務を習得するまで行い、指導医等の 判断により他職種がするようになった	—	—	362	5.2	369	5.3
4	自らの意志で一定期間実施した	—	—	857	12.3	871	12.51
5	2年間を通して実施していない	—	—	715	10.27	812	11.67
6	その他	—	—	259	3.72	279	4.01

患者の移動

1	指導医等の指示あるいは病院の方針により 2年間通して実施した	—	—	3,078	44.29	3,221	46.55
2	予め決められた期間、当該業務を行うよう 指導医等から指示があった	—	—	890	12.81	729	10.53
3	当該業務を習得するまで行い、指導医等の 判断により他職種がするようになった	—	—	736	10.59	657	9.49
4	自らの意志で一定期間実施した	—	—	1,552	22.33	1,673	24.18
5	2年間を通して実施していない	—	—	321	4.62	333	4.81
6	その他	—	—	302	4.35	303	4.38

令和2年度、問34 あなたが研修を行った病院（基幹型臨床研修病院）では、医師から医師以外の他職種へのタスク・シフト/シェアに関する方針について、1)～5)のうち該当するものに○を記載してください。
n, %

注：令和3年度は問27

	平成31年度 (n=6,806)		令和2年度 (n=7,382)		令和3年度 (n=7,248)	
病院の方針として、タスク・シフト/シェアする業務が明確に示されていた	—	—	1,698	24.54	1,941	27.17
病院の方針として、タスク・シフト/シェアする業務は明確に示されていないが、タスク・シフト/シェアについて積極的に取り組まれていた	—	—	2,109	30.48	2,064	28.91
病院の方針としてタスク・シフト/シェアする業務が明確に示されておらず、タスク・シフト/シェアについても積極的に取り組まれていなかった	—	—	1,270	18.35	1,088	15.24

わからない	—	—	1,805	26.08	1,904	26.65
その他	—	—	15	0.22	25	0.35

令和３年度、問７ あなたが臨床研修を行った病院(プログラム)を選んだ理由について、該当するものを最大３つまで番号をお答え下さい。n, %

注：平成３１年、令和２年度と集計方式が異なる

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
臨床研修のプログラムが充実	—	—	—	—	2,866	40.3
たすきがけプログラムがあったから	—	—	—	—	956	13.44
指導体制が充実	—	—	—	—	2,097	29.49
熱心な指導医が在職	—	—	—	—	956	13.44
プライマリ・ケアに関する能力を修得できる	—	—	—	—	927	13.03
多くの症例を経験できる	—	—	—	—	1,987	27.94
様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める	—	—	—	—	1,733	24.37
高度な技術や知識を習得できる	—	—	—	—	405	5.69
病院の施設・設備が充実	—	—	—	—	554	7.79
専門医を取得するのに有利	—	—	—	—	340	4.78
学位を取得するのに有利	—	—	—	—	62	0.87
臨床研修後の進路やキャリアを考えて有利 (１０、１１以外)	—	—	—	—	638	8.97
優れた研修医が集まっている	—	—	—	—	300	4.22
先輩等の評判が良い	—	—	—	—	647	9.1
出身大学である	—	—	—	—	1,013	14.24
出身地である	—	—	—	—	1,246	17.52
大都市圏である	—	—	—	—	393	5.53
労働環境（勤務時間・当直回数）が良い	—	—	—	—	629	8.84
雑用が少ない	—	—	—	—	129	1.81
処遇（給与・福利厚生）が良い	—	—	—	—	790	11.11
奨学金返還免除要件に指定されたため	—	—	—	—	325	4.57
その他	—	—	—	—	269	3.78

令和３年度、問８ 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として、勤務を希望する病院等を選んだ理由について、該当するものを最大３つまで番号をお答え下さい。n, %

注：平成３１年、令和２年度と集計方式が異なる

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
臨床研修修了後の研修プログラムが優れている	—	—	—	—	2,209	31.06
優れた指導者がいる	—	—	—	—	2,233	31.4
高度な技術や知識を習得できる	—	—	—	—	2,536	35.66

臨床研究が優れている	—	—	—	—	307	4.32
病院の施設・設備が充実	—	—	—	—	1,145	16.1
医師不足地域での医療への情熱	—	—	—	—	139	1.95
専門医取得につながる	—	—	—	—	2,648	37.23
学位（博士（医学）等）取得につながる	—	—	—	—	348	4.89
出身大学である	—	—	—	—	1,479	20.8
臨床研修を受けた病院である	—	—	—	—	1,058	14.88
国公立の病院である	—	—	—	—	96	1.35
大学からの派遣	—	—	—	—	502	7.06
先輩医師からの紹介	—	—	—	—	353	4.96
出身地である	—	—	—	—	950	13.36
大都市圏である	—	—	—	—	379	5.33
労働環境（勤務時間・当直回数）が良い	—	—	—	—	403	5.67
処遇（給与・福利厚生）が良い	—	—	—	—	318	4.47
出産・育児・教育の環境が整っている	—	—	—	—	193	2.71
奨学金返還免除要件に指定されたため	—	—	—	—	359	5.05
その他	—	—	—	—	391	5.5

令和3年度 問12-2 専門研修に応募する際の意思決定や実際の採用において、シーリングの影響はありましたか。n, %

		平成31年度 (n=6,806)	令和2年度 (n=7,382)	令和3年度 (n=7,248)		
研修場所	あった	—	—	—	1,748	26.29
	なかった	—	—	—	4,900	73.71
診療科	あった	—	—	—	1,443	21.91
	なかった	—	—	—	5,144	78.09

令和3年度 問12-6 問12-5 で回答した専門分野を選択しなかった理由について、該当する問12-6 のものを最大3つまで番号をお答え下さい。n, %

注：平成31年、令和2年度と集計方式が異なる

	平成31年度 (n=6,806)	令和2年度 (n=7,382)	令和3年度 (n=7,248)		
将来的に専門性を維持しづらい	—	—	—	138	1.94
研修開始前には従事する診療科が未定だった	—	—	—	112	1.57
適性・才能がない	—	—	—	176	2.47
仕事の内容が想像と違った	—	—	—	153	2.15
やりがいが見いだせない	—	—	—	100	1.41
なんとなく相性が合わない	—	—	—	177	2.49

人間関係に疲弊	—	—	—	—	45	0.63
突然呼び出されることが多い	—	—	—	—	83	1.17
精神的にきつい	—	—	—	—	91	1.28
給与が悪い	—	—	—	—	21	0.3
労働環境（勤務時間・当直回数等）が悪い	—	—	—	—	137	1.93
研修施設・設備が充実していない	—	—	—	—	27	0.38
優れた指導者がいない(または転出してしまった)	—	—	—	—	33	0.46
他に興味を持つ分野ができた	—	—	—	—	349	4.91
専門医資格が取りづらい	—	—	—	—	80	1.12
訴訟となるリスクが高い	—	—	—	—	20	0.28
出産・育児・教育の環境が整っていない					64	0.9
医学博士号がとりづらい					7	0.1
継続したキャリアを積みにくい	—	—	—	—	39	0.55
専門領域の将来性に不安を感じた	—	—	—	—	95	1.34
シーリングの影響	—	—	—	—	64	0.9
その他	—	—	—	—	180	2.53

令和3年度、問15 臨床研修前に希望していた診療科または基礎系の分野が研修後に変った理由について、該当するものを最大3つまで番号をお答え下さい。n, %

注：平成31年、令和2年度と集計方式が異なる

	平成31年度 (n=6,806)		令和2年度 (n=7,382)		令和3年度 (n=7,248)	
将来的に専門性を維持しづらい	—	—	—	—	244	3.4
研修開始前には従事する診療科が未定だった	—	—	—	—	478	6.65
適性・才能がない	—	—	—	—	412	5.74
仕事の内容が想像と違った	—	—	—	—	524	7.3
やりがいが見いだせない	—	—	—	—	220	3.06
なんとなく相性が合わない	—	—	—	—	425	5.92
人間関係に疲弊	—	—	—	—	109	1.52
突然呼び出されることが多い	—	—	—	—	219	3.05
精神的にきつい	—	—	—	—	199	2.77
給与が悪い	—	—	—	—	71	0.99
労働環境（勤務時間・当直回数等）が悪い	—	—	—	—	323	4.5
研修施設・設備が充実していない	—	—	—	—	51	0.71
優れた指導者がいない(または転出してしまった)	—	—	—	—	55	0.77
他に興味を持つ分野ができた	—	—	—	—	1,128	15.7
専門医資格が取りづらい	—	—	—	—	137	1.91
訴訟となるリスクが高い					38	0.53
出産・育児・教育の環境が整っていない					155	2.16
医学博士号がとりづらい	—	—	—	—	8	0.11

継続したキャリアを積みにくい	—	—	—	—	117	1.63
専門領域の将来性に不安を感じた	—	—	—	—	189	2.63
その他	—	—	—	—	286	3.98

令和3年度. 問16 問14の回答について伺います。あなたが将来もっとも従事したい診療科または基礎系の分野を選択した理由について、該当するものを最大3つまで番号をお答え下さい。n, %

注：平成31年、令和2年度と集計方式が異なる

	平成31年度 (n=6,806)		令和2年度 (n=7,382)		令和3年度 (n=7,248)	
適性・才能があると感じた	—	—	—	—	1,573	21.9
やりがいがある	—	—	—	—	3,808	53.02
なんとなく相性が合う	—	—	—	—	3,299	45.93
患者・患者家族からの信頼を得やすい	—	—	—	—	190	2.65
給与が良い	—	—	—	—	361	5.03
労働環境（勤務時間・当直回数等）が良い	—	—	—	—	704	9.8
学問的に興味がある	—	—	—	—	3,261	45.41
優れた指導者がいる	—	—	—	—	738	10.28
専門性を維持しやすい	—	—	—	—	794	11.06
専門医資格がとりやすい	—	—	—	—	147	2.05
先輩や教授に誘われた	—	—	—	—	437	6.08
訴訟のリスクが低い	—	—	—	—	35	0.49
親や親戚がその診療科・分野に従事	—	—	—	—	411	5.72
独立・開業しやすい	—	—	—	—	349	4.86
出産・育児・教育の環境が整っている					322	4.48
医学博士号がとりやすい					38	0.53
プライマリケアに関する能力を得られると思ったから	—	—	—	—	297	4.14
地域に貢献したいから	—	—	—	—	356	4.96
継続したキャリアを積みやすい	—	—	—	—	435	6.06
その他	—	—	—	—	313	4.36

令和3年度. 問19-1 地域医療研修を行った都道府県をお答えください。 n, %

	平成31年度 (n=6,806)		令和2年度(n=7,382)		令和3年度 (n=7,248)	
北海道	—	—	—	—	366	5.55
青森	—	—	—	—	98	1.48
岩手	—	—	—	—	140	2.12
宮城	—	—	—	—	115	1.74
秋田	—	—	—	—	80	1.21
山形	—	—	—	—	71	1.08
福島	—	—	—	—	128	1.94

茨城	—	—	—	—	100	1.52
栃木	—	—	—	—	92	1.39
群馬	—	—	—	—	92	1.39
埼玉	—	—	—	—	245	3.71
千葉	—	—	—	—	284	4.3
東京	—	—	—	—	628	9.52
神奈川	—	—	—	—	276	4.18
新潟	—	—	—	—	121	1.83
富山	—	—	—	—	63	0.95
石川	—	—	—	—	95	1.44
福井	—	—	—	—	52	0.79
山梨	—	—	—	—	55	0.83
長野	—	—	—	—	126	1.91
岐阜	—	—	—	—	166	2.52
静岡	—	—	—	—	184	2.79
愛知	—	—	—	—	344	5.21
三重	—	—	—	—	88	1.33
滋賀	—	—	—	—	82	1.24
京都	—	—	—	—	83	1.26
大阪	—	—	—	—	329	4.98
兵庫	—	—	—	—	268	4.06
奈良	—	—	—	—	73	1.11
和歌山	—	—	—	—	71	1.08
鳥取	—	—	—	—	25	0.38
島根	—	—	—	—	68	1.03
岡山	—	—	—	—	141	2.14
広島	—	—	—	—	104	1.58
山口	—	—	—	—	66	1
徳島	—	—	—	—	35	0.53
香川	—	—	—	—	70	1.06
愛媛	—	—	—	—	73	1.11
高知	—	—	—	—	68	1.03
福岡	—	—	—	—	248	3.76
佐賀	—	—	—	—	62	0.94
長崎	—	—	—	—	148	2.24
熊本	—	—	—	—	71	1.08
大分	—	—	—	—	62	0.94
宮崎	—	—	—	—	46	0.7
鹿児島	—	—	—	—	235	3.56

沖縄	—	—	—	—	162	2.45
----	---	---	---	---	-----	------

令和 3 年度. 問 19-2 地域医療研修を行った市町村の規模をお答えください。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
都道府県庁所在地	—	—	—	—	1,268	18.41
都道府県の第 2, 3 の市	—	—	—	—	1,205	17.49
その他の市	—	—	—	—	2,844	41.28
町村	—	—	—	—	1,423	20.66
その他	—	—	—	—	148	2.15

令和 3 年度. 問 19-3 地域医療研修を行った主たる施設をお答えください。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
20-100 床未満の病院	—	—	—	—	1,443	21.02
100-200 床未満の病院	—	—	—	—	1,966	28.64
200-400 床未満の病院	—	—	—	—	1,244	18.12
400 床以上の病院	—	—	—	—	589	8.58
診療所	—	—	—	—	1,506	21.94
その他	—	—	—	—	114	1.66

令和 3 年度. 問 19-4 地域医療研修の内容について、エフォートを記載してください。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
病棟（急性期	—	—	—	—	13.58	19.59
病棟（回復期・慢性期					20.46	23.47
一般外来					28.50	28.13
救急外来	—	—	—	—	11.22	16.62
訪問診療	—	—	—	—	15.16	21.72
介護・老人保健施設	—	—	—	—	4.07	8.86
保健所業務	—	—	—	—	1.43	8.09
その他	—	—	—	—	4.22	14.53

令和 3 年度. 問 19-5 地域医療研修の際に指導を受けた医師についてお答えください。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
常勤医師複数	—	—	—	—	5,530	81.13
常勤医師 1 名	—	—	—	—	1,190	17.46
非常勤医師	—	—	—	—	96	1.41

令和3年度. 問 19-6 地地域医療研修の影響について、該当するものに○をつけてください。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
1 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）への理解が深まった	—	—	—	—	5,276	74.98
2 退院支援（退院後における在宅医療の環境整備、リハビリテーション等）の理解が深まった	—	—	—	—	2,407	34.21
3 病病・病診・診診連携、他病院からの受入等（地域連携担当部署の業務）の理解が深まった	—	—	—	—	2,123	30.17
4 地域包括ケア・介護関係の業務（主治医意見書作成、ケアカンファレンス参加等）の理解が深まった	—	—	—	—	2,099	29.83
5 緩和ケア・終末期医療・看取りの理解が深まった	—	—	—	—	1,922	27.31
6 幅広い疾病・症候に対する総合的な診療能力が高まった	—	—	—	—	1,445	20.54
7 一次救急の診療能力が高まった	—	—	—	—	1,286	18.28
8 外来診療の診療能力が高まった	—	—	—	—	1,770	25.15
9 在宅医療の診療能力が高まった	—	—	—	—	1,821	25.87
10 チーム医療（関係職種と連携した栄養管理、リハビリテーション、褥瘡対策等）の理解が深まった	—	—	—	—	1,575	22.38
11 他職種連携（社会福祉士、介護支援専門員（ケアマネージャー）等と連携した業務）の理解が深まった	—	—	—	—	1,499	21.3
12 予防医療への理解が深まった	—	—	—	—	1,025	14.57
13 将来的に大都市圏以外で、（一定期間）勤務することも選択肢の一つになった	—	—	—	—	651	9.25
14 将来的に地域医療研修を行った地域で、（一定期間）勤務することも選択肢の一つになった	—	—	—	—	503	7.15
15 3年目以降の診療科選択に影響があった	—	—	—	—	372	5.28

令和3年度. 問 19-7 地域医療研修の期間は何ヶ月程度が妥当と考えますか。平均値, SD

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
期間	—	—	—	—	1.31	1.77

令和3年度. 問 20-2 選抜方式についてお答えください。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
別枠方式	—	—	—	—	607	72.35
手上げ方式	—	—	—	—	232	27.65

令和 3 年度. 問 20-3 従事要件の期間についてお答えください。n, %							
	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)		
あり	—	—	—	—	597	81.11	
なし					139	18.89	
期間 平均, SD	—	—	—	—	7.87	2.32	

令和 3 年度. 問 20-4 従事要件の勤務先についてお答えください。n, %							
	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)		
特定地域内で一定期間従事	—	—	—	—	709	86.25	
特定の大学で一定期間従事					49	5.96	
その他	—	—	—	—	64	7.79	

令和 3 年度. 問 20-5 臨床研修中に従事要件がありますか。n, %							
	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)		
あり	—	—	—	—	506	59.67	
なし	—	—	—	—	342	40.33	

令和 3 年度. 問 20-6 専門研修中に従事要件がありますか。n, %							
	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)		
あり	—	—	—	—	618	72.96	
なし	—	—	—	—	229	27.04	

令和 3 年度. 問 20-7 奨学金について、該当するもの 1 つに○を付けてください。n, %							
	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)		
はい	—	—	—	—	589	73.08	
いいえ	—	—	—	—	217	26.92	

令和 3 年度. 問 20-9 特定の診療科での勤務が求められていますか。n, %							
	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)		
はい	—	—	—	—	123	16.67	
いいえ	—	—	—	—	615	83.33	

令和 3 年度. 問 25 基幹型臨床研修病院で 1 ヶ月あたり平均何回程度オンコール業務を行ったかお答えくだ

さい。中央値, IQR

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度(n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
回数	—	—	—	—	0	2

令和 3 年度. 問 28 以下の診療能力等について、指導の有無と自己評価としてもっとも該当するものにそれぞれ○を付けてください。平均値, SD

注：設問と回答が合致していない不適切設問

注：1－5 点。1＝全く身に付いていない。5＝身に付いた

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
1 医師としての基本的価値観						
卒業時	—	—	—	—	3.02	1.09
研修修了時	—	—	—	—	4.04	0.74
2 医学・医療における倫理性						
卒業時	—	—	—	—	3.30	0.98
研修修了時	—	—	—	—	4.08	0.74
3 医学知識と問題対応能力						
卒業時	—	—	—	—	2.79	1.04
研修修了時	—	—	—	—	3.93	0.73
4 診察技能と患者ケア						
卒業時	—	—	—	—	2.63	1.09
研修修了時	—	—	—	—	3.98	0.72
5 コミュニケーション能力						
卒業時	—	—	—	—	3.08	1.01
研修修了時	—	—	—	—	4.00	0.75
6 チーム医療の実践						
卒業時	—	—	—	—	2.79	1.07
研修修了時	—	—	—	—	3.98	0.74
7 医療の質と安全の管理						
卒業時	—	—	—	—	2.79	1.04
研修修了時	—	—	—	—	3.93	0.74
8 社会における医療の実践						
卒業時	—	—	—	—	2.70	1.06
研修修了時	—	—	—	—	3.81	0.79
9 科学的探究						
卒業時	—	—	—	—	2.74	1.06
研修修了時	—	—	—	—	3.50	0.95
10 生涯にわたって共に学ぶ姿勢						

	卒業時	—	—	—	—	3.02	1.01
	研修修了時	—	—	—	—	3.91	0.81
11 一般外来における診察能力							
	卒業時	—	—	—	—	2.41	1.15
	研修修了時	—	—	—	—	3.82	0.82
12 病棟における診察能力							
	卒業時	—	—	—	—	2.39	1.16
	研修修了時	—	—	—	—	3.97	0.74
13 初期救急における診察能力							
	卒業時	—	—	—	—	2.31	1.19
	研修修了時	—	—	—	—	3.97	0.76
14 地域医療における診察能力							
	卒業時	—	—	—	—	2.35	1.16
	研修修了時	—	—	—	—	3.71	0.84

令和3年度. 問32 今年度、必須であった研修内容の中で、COVID-19の影響で実施できなかった研修内容
はありますか。n, %

	平成31年度 (n=6,806)		令和2年度(n=7,382)		令和3年度 (n=7,248)	
はい	—	—	—	—	3,001	44.9
いいえ	—	—	—	—	3,683	55.1

令和3年度. 問33 COVID-19によって影響を受けた、あるいは影響があったと思う研修内容について上
位3つを影響が強かった順に番号でお答えください。n, %

	平成31年度 (n=6,806)	令和2年度 (n=7,382)	令和3年度
手術への参加			
1位	—	—	1,167 18.2
2位	—	—	487 8.31
3位	—	—	566 10.54
内視鏡検査・カテーテル検査等の侵襲的処置への参加			
1位	—	—	497 7.75
2位	—	—	695 11.86
3位	—	—	680 12.66
外傷患者への対応			
1位	—	—	130 2.03
2位	—	—	255 4.35
3位	—	—	350 6.52

発熱・肺炎患者への初期対応

1 位	—	—	—	—	2,656	41.42
2 位	—	—	—	—	1,422	24.27
3 位	—	—	—	—	577	10.74
小児科患者への対応						
1 位	—	—	—	—	235	3.67
2 位	—	—	—	—	282	4.81
3 位	—	—	—	—	234	4.36
抜管・挿管・気管切開等の処置への参加						
1 位	—	—	—	—	527	8.22
2 位	—	—	—	—	1,404	23.97
3 位	—	—	—	—	1,032	19.21
外来勤務						
1 位	—	—	—	—	268	4.18
2 位	—	—	—	—	622	10.62
3 位	—	—	—	—	763	14.21
地域医療への参加						
1 位	—	—	—	—	616	9.61
2 位	—	—	—	—	440	7.51
3 位	—	—	—	—	743	13.83
剖検						
1 位	—	—	—	—	125	1.95
2 位	—	—	—	—	178	3.04
3 位	—	—	—	—	305	5.68
その他						
1 位	—	—	—	—	191	2.98
2 位	—	—	—	—	73	1.25
3 位	—	—	—	—	121	2.25

令和 3 年度. 問 34 臨床研修を終えて、学生時代にもっと学ぶべきだったと考える内容について、該当するもの全てに○をつけてください。n, %

	平成 31 年度 (n=6,806)		令和 2 年度 (n=7,382)		令和 3 年度 (n=7,248)	
プライマリケア能力・基本的臨床能力	—	—	—	—	2,949	41.36
心理社会的視点をふまえた診療能力	—	—	—	—	744	10.43
臨床推論（診断能力）	—	—	—	—	2,800	39.27
Evidence based medicine の実践	—	—	—	—	1,826	25.61
多職種連携	—	—	—	—	871	12.22
感染症対策	—	—	—	—	1,442	20.22
医療倫理（看取りを含む）	—	—	—	—	549	7.7

医療統計など臨床研究の手法	—	—	—	—	1,317	18.47
基礎医学の研究手法	—	—	—	—	743	10.42
中小規模病院における医療	—	—	—	—	550	7.71
診療所における医療や在宅医療	—	—	—	—	429	6.02
保健・福祉（保健所・福祉施設の業務や医療 費についてなど）	—	—	—	—	811	11.38
医師患者間コミュニケーション	—	—	—	—	787	11.04
医学英語	—	—	—	—	2,624	36.82
社会的使命と公衆衛生への寄与	—	—	—	—	356	4.99
利他的な態度	—	—	—	—	283	3.97
人間性の尊重	—	—	—	—	347	4.87
自らを高める姿勢	—	—	—	—	1,010	14.17
その他	—	—	—	—	152	2.13

令和 3 年度. 問 35 あなたが経験した臨床研修を振り返って、臨床研修全体についての満足度をお答えください。平均値, SD

注：1－5 点。1＝満足していない。5＝大変満足している

	平成 31 年度 (n=6,806)				令和 3 年度 (n=7,248)	
満足度	—	—	—	—	4.14	0.81

解析結果 3. 平成 31 年度の調査票内【臨床知識、技術、態度】に関する質問結果集計

問 26 臨床研修で身に付いた臨床知識、技術、態度についてお尋ねします。回答用紙の項目について A、B、C、D のうち、該当するものを○で囲んでください。n, %

	A：確実にできる、自信がある		B：だいたいできる、たぶんできる		C：あまり自信がない、ひとりでは不安である		D：できない	
1 患者の解釈モデルを聞きだすことができる	1,930	29.3	4,465	67.8	187	2.8	5	0.1
2 患者の病歴を系統的に聴取できる	2,107	32.0	4,293	65.2	183	2.8	4	0.1
3 患者と非言語的コミュニケーションができる	1,980	30.1	4,232	64.2	368	5.6	8	0.1
4 バイタルサインを取ることができる	3,363	51.1	3,085	46.8	128	1.9	10	0.2
5 皮膚の所見を記述できる	1,160	17.6	4,059	61.6	1298	19.7	63	1.0
6 眼底所見により、動脈硬化の有無を判定できる	611	9.3	2,041	31.0	2309	35.1	1623	24.6
7 鼓膜を観察し、異常の有無を判定できる	783	11.9	2,925	44.5	2199	33.4	670	10.2
8 甲状腺の触診ができる	1,163	17.7	3,987	60.5	1334	20.3	98	1.5
9 心尖拍動を触知できる	1,531	23.2	4,048	61.4	923	14.0	85	1.3
10 心雑音を聴取し、記載できる	1,521	23.1	4,237	64.3	800	12.2	27	0.4
11 ラ音を聴取し、記載できる	1,772	26.9	4,338	65.9	452	6.9	23	0.4
12 筋性防御の有無を判定できる	2,361	35.9	3,900	59.2	311	4.7	13	0.2
13 直腸診で前立腺の異常を判断できる	1,248	19.0	3,332	50.6	1711	26.0	294	4.5
14 妊娠の初期兆候を把握できる	846	12.9	2,835	43.1	2293	34.8	609	9.3
15 双手診により女性附属器の腫脹を触知できる	696	10.6	2,200	33.4	2091	31.8	1596	24.2
16 関節可動域を検査できる	1,093	16.6	3,280	49.8	1823	27.7	383	5.8
17 髄膜刺激所見をとることができる	1,962	29.8	4,053	61.5	528	8.0	43	0.7
18 うつ病の診断基準を述べることができる	907	13.8	3,120	47.4	2018	30.7	537	8.2
19 骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる	1,084	16.5	3,375	51.3	1747	26.6	374	5.7

20	尿沈査の鏡検で、赤血球、白血球、円柱を区別できる	1,201	18.2	2,945	44.7	1616	24.5	818	12.4
21	便の潜血反応を実施し、結果を解釈することができる	1,782	27.1	3,952	60.1	708	10.8	133	2.0
22	血液ガス分析の適応が判断でき、結果の解釈ができる	2,259	34.3	4,014	61.0	299	4.5	11	0.2
23	血算・白血球分画検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	2,379	36.2	3,952	60.1	237	3.6	11	0.2
24	血液生化学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	2,294	34.9	4,052	61.6	229	3.5	6	0.1
25	血液凝固機構に関する検査を指示し、結果を判定できる	2,076	31.5	4,123	62.6	373	5.7	10	0.2
26	簡易検査（血糖、電解質、尿素窒素など）の適応が判断でき、結果の解釈ができる	2,280	34.6	4,041	61.4	249	3.8	12	0.2
27	血液免疫血清学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	1,502	22.8	4,018	61.1	983	14.9	79	1.2
28	内分泌学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	1,090	16.6	3,755	57.1	1605	24.4	127	1.9
29	グラム染色を行い、結果の解釈ができる	1,230	18.7	3,425	52.0	1583	24.1	342	5.2
30	髄液検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	1,300	19.8	3,835	58.3	1299	19.8	143	2.2
31	心電図検査を自ら実施し、不整脈の鑑別診断ができる	1,616	24.5	4,129	62.7	809	12.3	29	0.4
32	肺機能検査で閉塞性換気障害の判定ができる	1,793	27.2	4,020	61.1	704	10.7	66	1.0
33	超音波検査を自ら実施し、胆管拡張の判定ができる	1,401	21.3	3,668	55.7	1346	20.4	168	2.6
34	胸部単純 X 線でシルエットサインを判定できる	1,775	27.0	4,038	61.3	726	11.0	47	0.7
35	腹部単純 X 線でイレウスを判定できる	2,143	32.6	4,025	61.1	395	6.0	18	0.3
36	胸部 CT で肺癌による所見を見出すことができる	1,755	26.7	4,113	62.5	694	10.5	22	0.3
37	頭部 MRI 検査の適応が判断でき、脳梗塞を判定できる	2,073	31.5	3,906	59.3	577	8.8	27	0.4
38	手術の手洗いが適切にできる	3,596	54.6	2,841	43.1	142	2.2	7	0.1
39	静脈血採血が正しくできる	3,596	54.6	2,824	42.9	159	2.4	8	0.1
40	動脈血採血が正しくできる	3,658	55.5	2,775	42.1	143	2.2	8	0.1
41	血液型クロスマッチを行い、結果の判定ができる	1,700	25.8	3,454	52.4	1196	18.2	236	3.6
42	輸液の種類と適応を挙げ、輸液の量を決定できる	1,850	28.1	4,041	61.4	655	10.0	39	0.6
43	腰椎穿刺を実施できる	2,189	33.2	3,452	52.4	803	12.2	142	2.2
44	導尿法を実施できる	2,984	45.3	3,177	48.2	389	5.9	38	0.6
45	抗菌薬の作用・副作用を理解し、処方できる	1,818	27.6	4,241	64.4	515	7.8	14	0.2

46	局所浸潤麻酔とその副作用に対する処置が行える	2,111	32.0	3,887	59.0	555	8.4	34	0.5
47	傷病の基本的処置として、デブリードマンができる	1,445	21.9	3,338	50.6	1506	22.9	301	4.6
48	皮膚縫合法を実施できる	2,388	36.2	3,646	55.3	528	8.0	27	0.4
49	術後起こりうる合併症及び異常に対して基本的な対処ができる	1,433	21.8	3,847	58.4	1218	18.5	88	1.3
50	術前患者の不安に対し、心理的配慮をした処置ができる	1,841	27.9	4,095	62.2	612	9.3	38	0.6
51	心マッサージができる	3,375	51.2	3,022	45.9	184	2.8	8	0.1
52	気管挿管ができる	2,431	36.9	3,582	54.4	545	8.3	30	0.5
53	レスピレーターを装着し、調節できる	1,584	24.0	3,686	55.9	1191	18.1	124	1.9
54	電氣的除細動の適応を挙げ、実施できる	2,057	31.2	3,705	56.3	785	11.9	39	0.6
55	救急患者の重症度および緊急度を判断できる	1,913	29.1	4,101	62.3	542	8.2	27	0.4
56	ショックの診断と治療ができる	1,861	28.3	4,020	61.0	680	10.3	24	0.4
57	末期患者の家族に病気を説明し、家族の心理的不安を受け止めることができる	1,439	21.9	3,905	59.3	1153	17.5	86	1.3
58	在宅医療を希望する末期患者のために、環境整備を指導できる	1,013	15.4	3,355	51.0	1932	29.3	285	4.3
59	緩和ケア（WHO 方式がん疼痛治療法を含む）のチーム医療に参加できる	1,124	17.1	3,701	56.2	1568	23.8	190	2.9
60	患者の身体的側面だけでなく、心理社会的側面に配慮した治療ができる	1,420	21.6	4,233	64.3	882	13.4	45	0.7
61	医療費や社会福祉サービスに関する患者、家族の相談に応じ、解決法を指導できる	1,066	16.2	3,653	55.5	1650	25.1	209	3.2
62	インフォームドコンセントをとることが実施できる	1,787	27.2	4,244	64.5	532	8.1	19	0.3
63	指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる	1,907	29.0	4,273	64.9	383	5.8	16	0.2
64	糖尿病患者への健康教育（健康相談および指導）ができる	1,249	19.0	3,992	60.7	1222	18.6	114	1.7
65	日常よく行う処置、検査等の保険点数を知っている	734	11.2	2,416	36.7	2068	31.4	1362	20.7
66	ソーシャルワーカーの役割を理解し、協同して患者ケアを行える	1,113	16.9	3,875	58.9	1397	21.2	188	2.9
67	禁煙指導ができる	1,091	16.6	3,515	53.4	1651	25.1	321	4.9
68	患者の知識や関心のレベルに応じた健康教育ができる	1,168	17.8	4,146	63.1	1177	17.9	84	1.3
69	在宅医療の適応の判断ができる	910	13.8	3,460	52.6	1922	29.2	284	4.3
70	地域の医療資源を活用し、入院患者の退院後も継続性のある医療を提供できるよ	953	14.5	3,720	56.6	1680	25.6	220	3.4

う調整することができる									
71	社会福祉施設等の役割について理解し、連携をとることができる	912	13.9	3,591	54.6	1823	27.7	250	3.8
72	診療上湧き上がってきた疑問点について、Medline で文献検索ができる	1,335	20.3	3,975	60.4	1096	16.7	171	2.6
73	カンファレンス等で簡潔に受持患者のプレゼンテーションできる	1,718	26.1	4,382	66.7	446	6.8	29	0.4
74	診療録（退院時サマリーを含む）を POS(Problem Oriented System)に従って記載し管理できる	2,076	31.6	4,110	62.5	367	5.6	25	0.4
75	研究デザインを理解して、論文を読むことができる	1,134	17.2	3,851	58.5	1461	22.2	132	2.0
76	学会で症例報告ができる	1,327	20.2	3,682	56.0	1342	20.4	229	3.5
77	データの種類に応じて適切な統計学的解析ができる	788	12.0	2,838	43.1	2213	33.6	733	11.1
78	医療上の安全確認の基本的な考え方を理解し、実施できる	1,347	20.5	4,329	65.9	831	12.6	62	0.9
79	医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる	1,394	21.2	4,338	65.9	791	12.0	54	0.8
80	院内感染対策(Standard Precautions を含む)の基本を理解し、実施できる	1,547	23.5	4,388	66.7	617	9.4	26	0.4
81	高齢者の聴力・視力・認知面での障害の有無に配慮した、病歴聴取を行うことができる	1,659	25.2	4,373	66.5	525	8.0	23	0.4
82	高齢者の症状が非特異的、非典型的であることを理解して、身体所見をとることができる	1,672	25.4	4,412	67.0	472	7.2	24	0.4
83	高齢者の身体的、精神的、社会的活動性をできるだけ良好に維持するような治療法を提示することができる	1,486	22.6	4,399	66.9	658	10.0	33	0.5
84	小児の精神運動発達の異常を判断できる	768	11.7	2,828	42.9	2403	36.5	586	8.9
85	小児の採血、点滴ができる	1,234	18.7	3,334	50.6	1631	24.8	384	5.8
86	患児の身体的苦痛のみならず、精神的ケアにも配慮できる	1,335	20.3	4,156	63.1	991	15.1	101	1.5
87	患児の年齢や理解度に応じた説明ができる	1,356	20.6	4,177	63.5	935	14.2	114	1.7
88	代表的な精神科疾患について、診断および治療ができる	1,031	15.7	3,427	52.0	1875	28.5	251	3.8
89	精神科領域の薬物治療に伴うことの多い障害について理解し、適切な検査・処置ができる	956	14.5	3,410	51.8	1934	29.4	281	4.3
90	精神科コ・メディカルスタッフ（PSW 等）の業務を理解し、連携してケアを	1,126	17.3	3,816	58.6	1377	21.2	187	2.9

行うことができる									
91	地域の精神保健福祉に関する支援体制状況に関する知識を持ち、適切な連携をとることができる	978	15.0	3,617	55.6	1680	25.8	230	3.5
92	守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる	2,774	42.6	3,481	53.5	241	3.7	11	0.2
93	患者の基本的権利について説明できる	2,061	31.7	3,953	60.7	454	7.0	38	0.6
94	自己決定できない患者での代理決定について判断できる	1,561	24.0	4,030	61.9	858	13.2	58	0.9
95	診療計画(診断、治療、患者・家族への説明を含む)を作成できる	1,773	27.2	4,150	63.8	556	8.5	29	0.5
96	診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる	1,741	26.8	4,216	64.8	533	8.2	17	0.3
97	基本的な臨床知識・技術について後輩を指導することができる	1,498	23.0	4,225	64.9	729	11.2	55	0.9
98	医療人として必要な姿勢・態度について後輩のロールモデルになることができる	1,348	20.7	4,095	62.9	960	14.8	100	1.5

問 27 2 年の研修期間中にあなたの経験した症例数（入院患者あるいは外来患者）について、該当するもの（症例数）を○で囲んでください。n, %

	0 例		1-5 例		6—10 例		11 例以上	
1 不眠	5	0.1	1662	25.6	1527	23.6	3,290	50.7
2 浮腫	3	0.1	1145	17.6	1638	25.2	3,714	57.1
3 リンパ節腫脹	5	0.1	2595	40.0	2035	31.3	1,858	28.6
4 発疹	3	0.1	1655	25.5	2002	30.8	2,835	43.6
5 発熱	1	0.0	624	9.6	578	8.9	5,293	81.4
6 頭痛	1	0.0	823	12.7	1006	15.5	4,670	71.8
7 めまい	2	0.0	996	15.3	1191	18.3	4,307	66.3
8 視力障害、視野狭窄	30	0.5	4077	62.7	1444	22.2	942	14.5
9 結膜の充血	38	0.6	4059	62.5	1488	22.9	910	14.0
10 胸痛	2	0.0	889	13.7	1340	20.6	4,262	65.6
11 動悸	1	0.0	994	15.3	1537	23.7	3,948	60.9
12 呼吸困難	2	0.0	705	10.9	1093	16.9	4,679	72.2
13 咳・痰	3	0.1	602	9.3	805	12.4	5,073	78.2

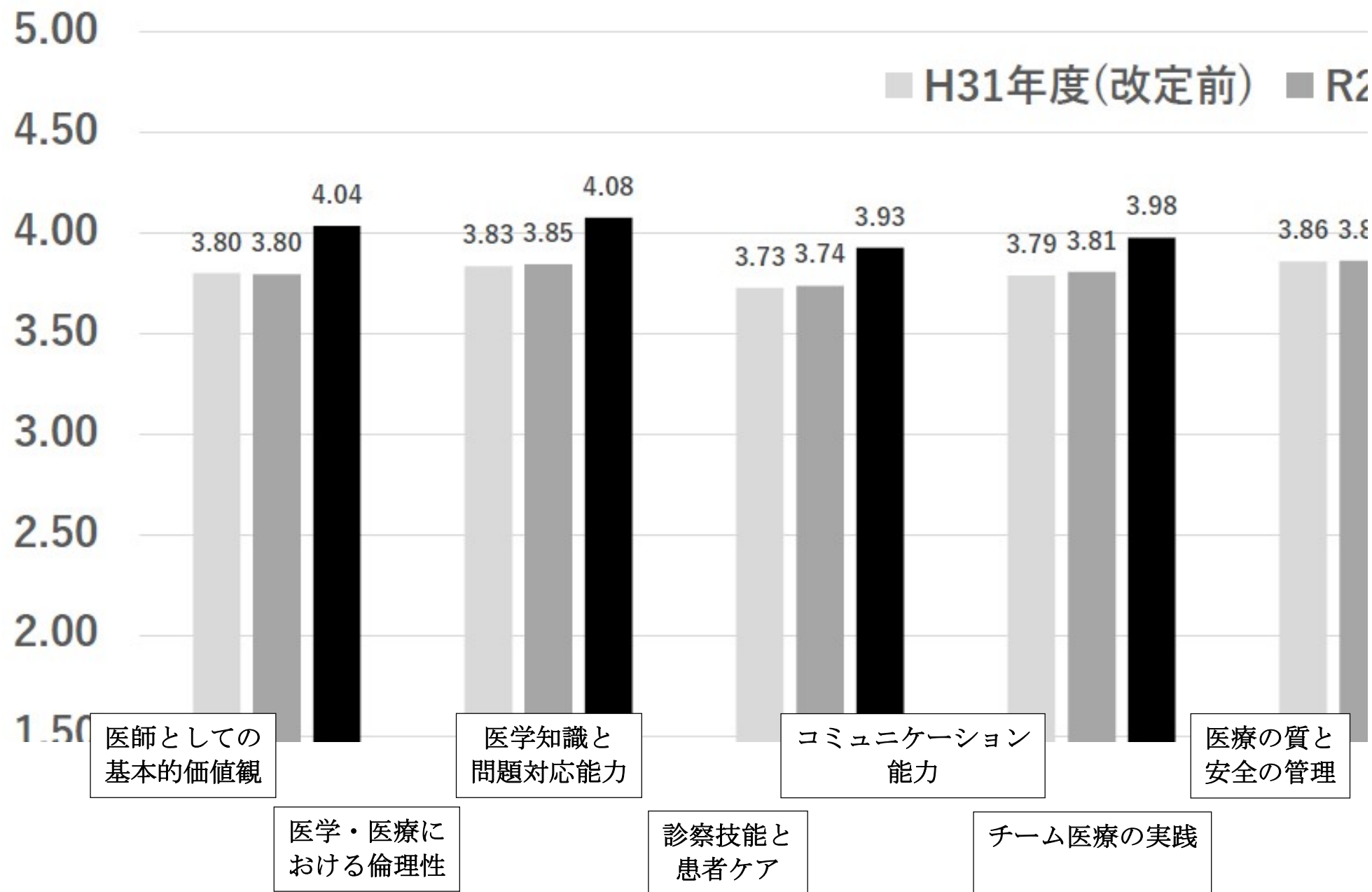
14	嘔気・嘔吐	1	0.0	597	9.2	809	12.5	5,074	78.3
15	腹痛	1	0.0	553	8.5	729	11.2	5,200	80.2
16	便通異常(下痢、便秘)	1	0.0	568	8.8	708	10.9	5,207	80.3
17	腰痛	3	0.1	880	13.6	1425	22.0	4,169	64.3
18	四肢のしびれ	1	0.0	1487	22.9	2191	33.8	2,800	43.2
19	血尿	1	0.0	1744	26.9	2096	32.3	2,639	40.7
20	排尿障害(尿失禁・排尿困難)	3	0.1	1488	23.0	2001	30.9	2,990	46.1
21	不安・抑うつ	6	0.1	1748	26.9	2074	31.9	2,664	41.0
22	心肺停止	10	0.2	1298	20.0	1910	29.4	3,274	50.4
23	ショック	3	0.1	1246	19.2	1831	28.2	3,418	52.6
24	意識障害	1	0.0	846	13.0	1353	20.8	4,296	66.1
25	脳血管障害	1	0.0	1039	16.0	1533	23.6	3,923	60.4
26	急性心不全	4	0.1	1074	16.5	1742	26.8	3,674	56.6
27	急性冠症候群	12	0.2	1316	20.3	1920	29.5	3,250	50.0
28	急性腹症	2	0.0	1059	16.3	1538	23.7	3,900	60.0
29	急性消化管出血	13	0.2	1644	25.3	2047	31.5	2,794	43.0
30	外傷	14	0.2	1118	17.2	1380	21.2	3,986	61.3
31	急性中毒	177	2.7	3565	54.9	1714	26.4	1,039	16.0
32	誤飲、誤嚥	42	0.7	2289	35.2	1559	24.0	2,604	40.1
33	熱傷	193	3.0	3621	55.8	1687	26.0	989	15.2
34	自殺企図	371	5.7	3984	61.4	1414	21.8	723	11.1
35	貧血(鉄欠乏性貧血、二次性貧血)	2	0.0	849	13.1	1366	21.0	4,276	65.9
36	脳・脊髄血管障害(脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血)	1	0.0	1070	16.5	1533	23.6	3,890	59.9
37	湿疹・皮膚炎群(接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎)	23	0.4	1815	27.9	1946	30.0	2,713	41.8
38	蕁麻疹	15	0.2	1837	28.3	1961	30.2	2,684	41.3
39	皮膚感染症	45	0.7	2278	35.1	2115	32.5	2,059	31.7
40	骨折	34	0.5	1544	23.7	1515	23.3	3,408	52.4

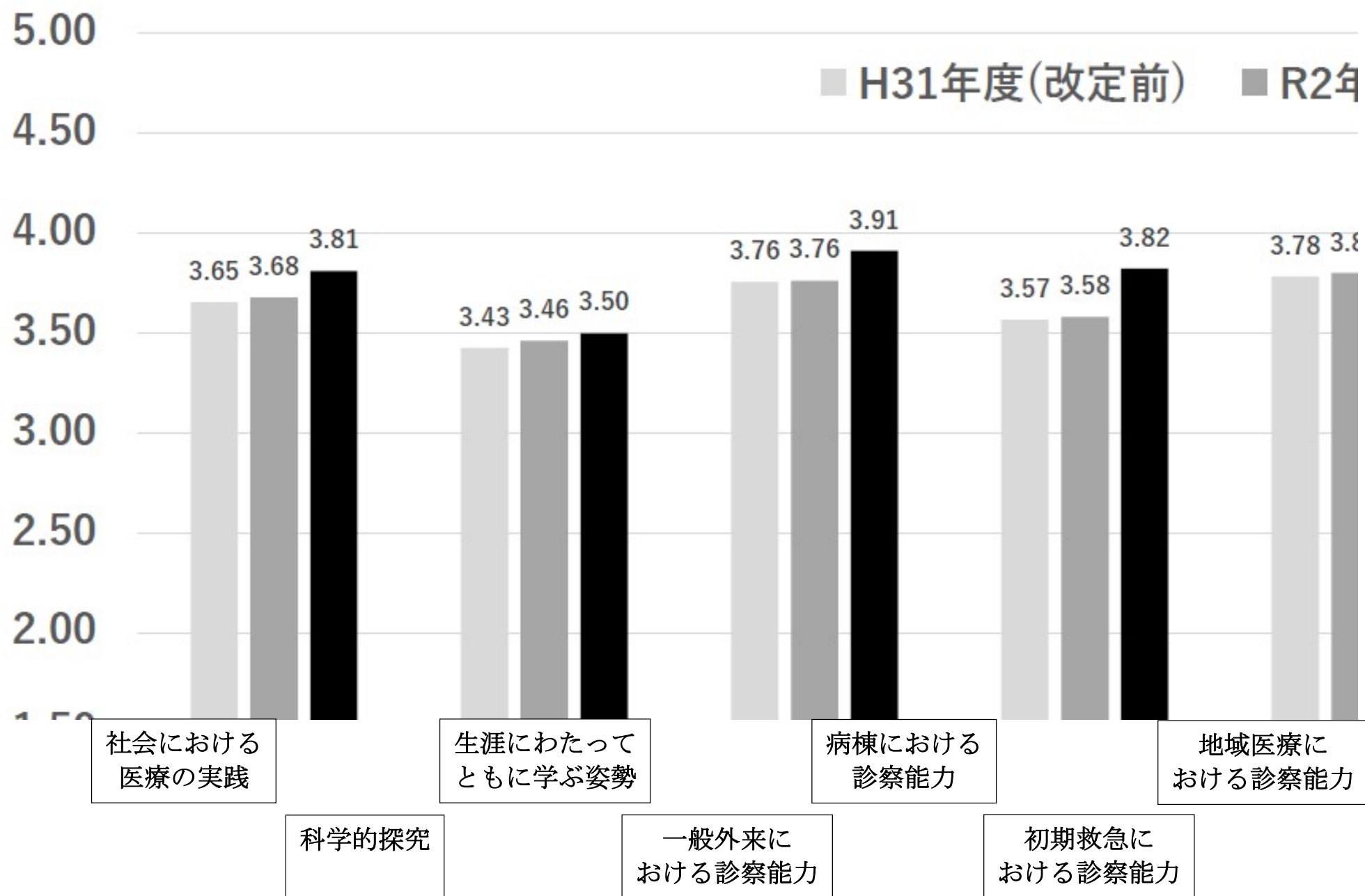
41	関節の脱臼、亜脱臼、捻挫、靱帯損傷	152	2.3	2379	36.6	1848	28.4	2,119	32.6
42	骨粗鬆症	27	0.4	1709	26.3	1842	28.3	2,916	44.9
43	脊柱障害(腰椎椎間板ヘルニア)	80	1.2	2335	35.9	2074	31.9	2,005	30.9
44	心不全	3	0.1	882	13.6	1364	21.0	4,250	65.4
45	狭心症、心筋梗塞	5	0.1	1085	16.7	1640	25.3	3,760	57.9
46	不整脈(主要な頻脈性、徐脈性不整脈)	3	0.1	1012	15.6	1688	26.0	3,785	58.3
47	動脈疾患(動脈硬化症、大動脈瘤)	5	0.1	1253	19.3	1749	26.9	3,483	53.7
48	高血圧症(本態性、二次性高血圧症)	0	0.0	678	10.4	863	13.3	4,949	76.2
49	呼吸不全	1	0.0	836	12.9	1258	19.4	4,399	67.7
50	呼吸器感染症(急性上気道炎、気管支炎、肺炎)	2	0.0	626	9.6	856	13.2	5,007	77.1
51	閉塞性・拘束性肺疾患(気管支喘息、気管支拡張症)	5	0.1	1030	15.9	1694	26.1	3,762	58.0
52	食道・胃・十二指腸疾患(食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎)	1	0.0	994	15.3	1644	25.3	3,851	59.3
53	小腸・大腸疾患(イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻)	1	0.0	1004	15.5	1609	24.8	3,878	59.7
54	肝疾患(ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害)	3	0.1	1420	21.9	2099	32.3	2,968	45.7
55	横隔膜・腹壁・腹膜(腹膜炎、急性腹症、ヘルニア)	20	0.3	1722	26.6	1958	30.2	2,782	42.9
56	腎不全(急性・慢性腎不全、透析)	0	0.0	1096	16.9	1761	27.2	3,624	55.9
57	泌尿器科的腎・尿路疾患(尿路結石、尿路感染症)	5	0.1	1150	17.8	1566	24.2	3,757	58.0
58	妊娠分娩(正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥)	608	9.4	2322	35.8	1488	22.9	2,065	31.8
59	男性生殖器疾患(前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍)	398	6.1	3132	48.3	1639	25.3	1,317	20.3
60	糖代謝異常(糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖)	3	0.1	764	11.8	1114	17.2	4,599	70.9
61	高脂血症	8	0.1	837	12.9	1095	16.9	4,531	69.9
62	屈折異常(近視、遠視、乱視)	1,145	17.7	3240	50.0	966	14.9	1,128	17.4
63	角結膜炎	800	12.3	3885	59.9	1058	16.3	739	11.4
64	白内障	525	8.1	2931	45.2	1277	19.7	1,749	27.0
65	緑内障	739	11.4	3610	55.5	1140	17.5	1,009	15.5
66	中耳炎	552	8.5	3367	51.8	1382	21.3	1,191	18.3

67	アレルギー性鼻炎	141	2.2	2529	38.9	1613	24.8	2,215	34.1
68	認知障害(血管性認知障害を含む)	4	0.1	1141	17.6	1330	20.5	4,015	61.8
69	うつ病	15	0.2	2516	38.7	1910	29.4	2,054	31.6
70	統合失調症	37	0.6	3471	53.4	1644	25.3	1,344	20.7
71	身体表現性障害、ストレス関連障害	192	3.0	3609	55.6	1493	23.0	1,197	18.4
72	ウイルス感染症(インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎)	8	0.1	1095	16.7	1042	15.9	4,413	67.3
73	細菌感染症(ブドウ球菌、MRSA、A 群連鎖球菌、クラミジア)	5	0.1	1059	16.1	1253	19.1	4,249	64.7
74	結核	726	11.1	4448	67.8	1007	15.3	381	5.8
75	慢性関節リウマチ	246	3.8	3518	53.6	1668	25.4	1,126	17.2
76	アレルギー疾患	26	0.4	2184	33.3	1733	26.4	2,608	39.8
77	熱傷	225	3.4	3589	54.7	1497	22.8	1,250	19.0
78	小児けいれん性疾患	636	9.7	3327	50.7	1410	21.5	1,186	18.1
79	小児ウイルス感染症(麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ)	454	6.9	2731	41.6	1413	21.5	1,968	30.0
80	小児喘息	663	10.1	3071	46.8	1467	22.3	1,360	20.7
81	高齢者の栄養摂取障害	16	0.2	1301	19.8	1448	22.1	3,798	57.9
82	老年症候群(誤嚥、転倒、失禁、褥瘡)	7	0.1	1004	15.3	1088	16.6	4,466	68.0
83	死亡診断書	657	10.0	4199	64.0	1110	16.9	597	9.1
84	死体検案書	3,409	52.0	424	6.5	243	3.7	2,480	37.8
85	CPC レポート(剖検報告)	340	5.2	223	3.4	104	1.6	5,895	89.8
86	紹介状	34	0.5	1071	16.3	952	14.5	4,505	68.6

図1. 臨床研修到達目標における、自己評価の改定前後比較

注：平成31年度、令和2年度は自己評価結果を、令和3年度は研修修了時の自己評価結果を同一回答とみなし比較した。





解析結果 4. 臨床研修到達目標における、自己評価の統計学的改定前後比較

	平成 31 年度		令和 2 年度		令和 3 年度		令和 2・3 年度比較		
	平均値	中央値	平均値	中央値	平均値	中央値	平均の差 (R3-R2)	p 値 (t test)	p 値 (MW U test)
医師としての基本的価値観	3.80	4	3.80	4	4.04	4	0.24	<0.01	<0.01
医学・医療における倫理性	3.83	4	3.85	4	4.08	4	0.23	<0.01	<0.01
医学知識と問題対応能力	3.73	4	3.74	4	3.93	4	0.19	<0.01	<0.01
診察技能と患者ケア	3.79	4	3.81	4	3.98	4	0.17	<0.01	<0.01
コミュニケーション能力	3.86	4	3.86	4	4.00	4	0.13	<0.01	<0.01
チーム医療の実践	3.83	4	3.85	4	3.98	4	0.13	<0.01	<0.01
医療の質と安全の管理	3.78	4	3.82	4	3.93	4	0.11	<0.01	<0.01
社会における医療の実践	3.65	4	3.68	4	3.81	4	0.13	<0.01	<0.01
科学的探究	3.43	3	3.46	3	3.50	4	0.04	0.02	<0.01
生涯にわたって共に学ぶ姿勢	3.76	4	3.76	4	3.91	4	0.15	<0.01	<0.01
一般外来における診察能力	3.57	4	3.58	4	3.82	4	0.24	<0.01	<0.01
病棟における診察能力	3.78	4	3.80	4	3.97	4	0.17	<0.01	<0.01
初期救急における診察能力	3.81	4	3.81	4	3.97	4	0.16	<0.01	<0.01
地域医療における診察能力	3.65	4	3.68	4	3.71	4	0.03	0.02	<0.01

注：評価は 1－5 点。1＝あまりできていない。5＝よくできた

平成 31 年度、令和 2 年度は自己評価結果を、令和 3 年度は研修修了時の自己評価結果を同一回答とみなし比較した。

付録 臨床研修プログラムの「見直し」に関する研究班員の意見

臨床研修の到達目標・方略・評価等の見直しに向けた研究

「見直し」が望まれる点、「見直し」の可能性について検討することが望ましい点

－2024年1月22日時点における研究班員の意見－

意見表明研究班員：有岡宏子、大谷典生、大出幸子、大滝純司、高橋誠、高村昭輝、野村英樹、村岡亮

1. 到達目標・方略・評価等の全体について

- i) 2020年の見直しからまだ5年しか経っておらず、2025年の見直しでは、全体の骨格や内容を大幅に変更することは現場に混乱をもたらす可能性があります。今回は研修現場での運用で問題のあった箇所の修正のみにとどめるマイナーチェンジで良いと考えます。新しい卒前教育のモデルコアカリが2024年4月入学者から適用されますが、彼らが研修医になる2030年4月に向けて、卒前との整合性を担保し、最新の医学教育の進歩を取り入れつつ大改訂を行うことがよいと考えます。
- ii) 全体の章立ては、R4年度改訂版コアカリや診療参加型臨床実習実施ガイドラインとも整合しており、現時点で特段の見直しは必要ないと考えます。
- iii) 2020年度からの到達目標はそのABCそれぞれの関係を考えても非常によく考えられていると思います。この数年少しずつ現場に浸透していつているように思いますが、まだ大きな変更を考えるほどの効果判定には至らないのではないかと考えます。もう少しこのままで検討を続けていいように思います。
- iv) 教育や研修の評価は非常に難しく、特に長期的な効果を検証することは不可能に近いと、基本的な考え方が整備された段階では、制度の改定や評価表の複雑化・精緻化は最小限に止めるのが望ましいと考えます。臨床という現場を抱えた病院で行われることを鑑みて、この評価やシステムの維持にどの程度の時間やマンパワーを要したかも確認すべき事柄ではないでしょうか。
- v) 評価票については、他職種からの評価にも利用できるように施設独自のものを検討すべきところですが、なかなかそこまでの検討に及んでいません。
- vi) 臨床研修の到達目標は、社会が医療制度に期待し、医療制度が社会に対して約束する「臨床医」の基本的な価値観と能力を記述するものであると認識していますが、その意味で現在の到達目標は、大枠（A～Cの3領域とそれぞれの大項目）は概ね適切であると思います。また、社会の視点からも、臨床医を目指して努力する研修医の視点からも、あるいは臨床医を育成する指導医・指導者の視点からも、到達目標はある程度安定したものであるべきと考えます。したがって、2030年度に向けた今回の見直しでは、到達目標の大枠に（語句の変更などを除き）変更の必要はないと思います。なお、モデル・コア・カリキュラム（コアカリ）は2025年度入学生適用分から見直しがなされましたが、これは「大学」の育成目標であり、「臨床医」の育成における到達目標とは目的も異なりますので、全て一致させる必要はないと考えます。
- vii) 経験すべき症候や疾病・病態については、実際にそれらへの対応を身につけていなければ各種の基本的診療業務（一般外来、病棟診療、救急診療、地域医療）を任せることが難しいものに絞り込まれているかと思いますので、やはり方略ではなく、基本的診療業務の中に組み入れるべきかと思います。例えば一般外来診療ではこのような症候に対応でき、このような疾患が診断でき、このような疾患を継続して診療できる必要があり、救急診療ではこのような症候や疾患に対応できる必要がある、という関係がわかるように、「診療業務×症候および疾病・病態」表を提示してはいかがでしょうか。その上で、どの診療科でどの症候や疾病・病態が経験しやすく、指導してもらいやすいのかのマトリクス表を、研修医に予め公開する仕組みがあると良いと思います（ちなみにJCEPでは提出して頂いています）。
- viii) 各分野の終了時には評価票Ⅰ～Ⅲを使用した評価が必須であり、また医師以外を観察者とした評価も必須となっていますが、必ずしも確実に実施されていないようです。評価票Ⅰ～Ⅲ、および達成度判定票の使用が施行通知で定められていることをこれらの評価票・判定票に明記してはいかがでしょうか。
- ix) 評価票Ⅰ～Ⅲは、全体として見ると枚数が多く（1セットで11枚）、分野終了時に医師および医師以外で1セットずつを集めるのが精いっぱい、評価の信頼性があがらないジレンマがあります。一方で、

11 枚のうち評価票Ⅱ（B. 資質・能力）が 9 枚を占め、逆に評価票Ⅲ（C. 基本的診療業務）はローテーション毎に関係する診療業務は一部に留まるため、「観察機会なし」が多くなりがちです。また、並行研修中の救急診療や一般外来診療をそれぞれ救急の指導医、一般外来の指導医が指導および評価する場合も想定されますが、その評価をどのタイミングで行うかは指定されていません。ここで、「B. 資質・能力」と「C. 基本的診療業務」は相互に独立したものではなく、それぞれの業務を遂行する中で資質・能力が発揮されるという縦糸と横糸のような関係にあると考えることができます（下図）。そのように考えると、評価票Ⅲという形を採らずに、評価票Ⅱを一般外来で 1 セット、病棟で 1 セット、救急で 1 セット、地域医療で 1 セット、それぞれの診療業務で指導にあたった医師が記入することとしてはいかがでしょうか。その上で、並行研修中の救急診療や一般外来診療を、それぞれ同じ一人の救急の指導医、同じ一人の一般外来の指導医が継続して指導および評価する場合（一般外来では後述する half-day back 方式に相当）には、3 ないし 4 か月に 1 回程度記載すると良いように思います。他職種についても、一般外来、病棟、救急、地域医療でそれぞれ担当者は異なることがほとんどかと思しますので、同様にすると良いかと思います。

資質・能力と基本的診療業務の関係				
	一般外来診療	病棟診療	初期救急対応	地域医療
①医学・医療における倫理性				
②医学知識と問題対応能力				
③診療技能と患者ケア				
④コミュニケーション能力				
⑤チーム医療の実践				
⑥医療の質と安全管理				
⑦社会における医療の実践				
⑧科学的探究				
⑨生涯にわたって共に学ぶ姿勢				

2. 到達目標について

A. プロフェッショナリズム

i) 変更なし

ii) 現時点で特段の見直しは必要ないと考えます。

iii) 医師としての社会的使命、という以前に、組織人・社会人・労務者として権

利と義務、就労と報酬、指示監督と復命報告が対になることについてきちんと自覚させる必要があり、その点を 5 つ目の項目として独立させる方がよいのではないかと考えます。⇒これのご意見については臨床研修でやるべきことではなく、むしろ卒前でもお願いしたいことではないかと思ひます。

v) プロフェッショナリズムは「価値観」に基づいた「行動」であることから、価

値観を涵養することが重要であることを明確に示しているのがこのカテゴリーであり、価値観を言語化して資質・能力の上位にあるものとして独立させたことは画期的であったと思います。したがって、到達目標の最初に「医師としての基本的価値観」を掲げることは、是非継続すべきと思います。そのことを前提として、数点検討が必要と思われる点について以下に記載します。

vi) 「社会的使命」という表現に対して、社会から一方的に過重な義務を押し付けられているイメージを持つ医師が一定数いるようです。「社会的使命」に代えて、医師免許が医師のプロフェッションと社会との間の「社会契約」あるいは「社会的互惠関係」の証であることを前文で明記した上で、「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」には医師から社会へどのような「価値観」に基づいて行動することを公約（profess）するかを記載している、という説明を加えてはいかがでしょうか。その場合、「1. 社会的使命と公衆衛生への寄与」は、「1. 公正な医療と公衆衛生への寄与」などが良いかも知れません。

vii) 「2. 利他的な態度」の説明文の後半にある「患者の価値観や自己決定権の尊重」は、次の 3 に含めるとすっきりすると思います。逆に、3 に含まれている「思いやりの心（compassion）」は、共感などと共に「2. 利他的な態度」に含まれる能力だと思います。

viii) 「3. 人間性の尊重」ですが、「人間性」は「humanism」と同様に非常に多義的な言葉であり、人によって意味するものが大きく異なるため、できれば避けた方が良くと思います。内容から考

えると、「3. 患者の自律性の尊重」とすると良いように思います。なお、説明文には「尊敬」とありますが、基本的に尊敬は全ての人を対象とすることを前提にした言葉ではないと思われます。しかし「尊重」であれば全ての人を対象となり得ますので、こちらも「尊重」が良いように思います。また、「思いやりの心 compassion」は「2. 利他的な態度」に含めると良いように思います。

B. 資質・能力：

- i) 「1. 医学・医療における倫理性」において、「生命の不可侵性」及び「倫理的ジレンマ」を含む文章は、医師のみならず多くの医療者にとって意味が難解であり、よい平易な言葉に置き換えるべきでしょう。
- ii) R4 年度改訂版コアカリで資質・能力が改訂されており、これが適用される R6 年度入学者が臨床研修を開始する R12 年度には、R4 年度改訂版コアカリを踏まえた臨床研修の資質・能力の改訂が必要と考えます。
- iii) 大項目の 9 つについては特に異論はありません。
- iv) 5. チーム医療の実践 または 7 の社会における医療の実践の下位項目に急性期の病院から地域につなげる、さらに急性期と地域双方向のチーム医療の重要性に関する項目が入れば良いように思います。
- v) 基本的に、資質・能力の 9 つの大項目は変更の必要はないと思います。なお、改定コアカリでは患者安全が資質・能力から外れていますが、臨床医には患者さんに害を与えないよう最大限の努力が求められますので、「患者安全」は独立した資質・能力の大項目として扱うべきかと思います。
- vi) B-2 と B-3 ですが、各研修分野において必要とされる医学的知識や技能の内容には共通点もありますが違いもありますので、その点は明記しておく必要があると考えます。プログラムによっては、それぞれの分野で修得すべき医学的知識や技能を明示するオプションがあり得ることを記載しても良いと思います。
- vii) 各大項目の下位に並んでいる①②…などの小項目については、項目ごとのサイズ感にばらつきがあり、大きいものは概念的、小さいものは具体的であったりしています。大項目によって小項目の数も 2～6 とばらつきが大きいので、文の表現も含めて一度見直しが必要かと思います。

C. 基本的診療業務

- i) 変更なし
- ii) 現時点で特段の見直しは必要ないと考えます。
- iii) 4 つの診療現場についてもう少し詳細に到達すべきゴールを記載したほうが良いように思います。たとえば、経験すべき症候や疾病・病態が 方略に分類されていますが、これらは毎日の臨床業務の中で経験し診断から診療までのプロセスの中で多くを習得してくというように考えます。これらをそれぞれの診療現場で経験するのであれば以前のマトリックス表のようにその場面で経験し指導し、評価するのかまでそれぞれの施設で検討すべきだと思います。当院ではマトリックス表を研修プログラムに掲載しています。そのほうが現場の理解が進むように思いました。
- iv) 基本的診療業務は、いわゆる「Entrustable Professional Activities」としての意味を持ち、医療システムの中で活躍するための重要な目標であると思います。その意味で、もう少し「任せることができる」業務を分割して設定し、フィードバックしながら任せられる範囲を拡げていけるようにすると良いように思います。

3. 方略について

A. 研修期間：

- i) 2 年間は変更せず
- ii) 選択科目を増やすために必修の週数を減らす、例えば内科 120 日を 80 日くらいに変更
- iii) 精神科での研修を 2 か月間義務付ける必要はない
- iv) 大学病院では、一般外来研修は必須にしないほしい。
- v) 地域医療研修先は 200 床以下の医療機関とするという制約を解消してほしい。
- vi) 基礎研究医プログラムの対象者における研究は並行研修として認めてほしい。

- vii) 現時点で特段の見直しは必要ないと考えます。その次の見直しでは、卒前 CC の充実如何によつては、1 年間への短縮もありかと考えます。
- viii) 特に意見はありませんでした。
- ix) やはり研修の習得具合を見る限り…地域医療、外来研修についてはまだまだ不十分なのだと思います。4 週間の地域医療研修や外来研修をもう少し増やせるとよいのですが、そのハードルは高そうですね。
- x) 週単位による研修期間の設定は、分野によって研修先医療機関が変わる場合に月給の支払い等の手続きが難しくなる、あるいは、給与は3か月以上勤務しないと支払えない規定があつて12週の勤務の場合に給与が支払えない、損害賠償保険が月単位であるなど、困る場合があるようです。各分野の最小研修期間を週単位で表現したとしても、月単位のローテーションを許容する旨明記して頂くと良いかと思ひます。

B. 臨床研修を行う分野・診療科・研修期間

- i) 7 科目変更なし、分野・診療科も変更なし
- ii) 研修期間：地域医療
- ・指導体制が確保できれば地域医療は2年目に8-12週以上行うべき
 - ・4週間では見学のみのお客さんで終わってしまい、到達目標達成は難しい
 - ・医師の需給・偏在問題、地域医療再編への対応上も妥当な線であろう
- iii) 並行研修のダブルカウントの可否について、ルールをよりシンプルなものに出来たら良いと考えます。
- iv) 一般外来研修の必修化はきわめて重要な変更点であつたと思ひます。原則として初診患者の診療および慢性疾患の継続診療を行うことが求められており、half-day back 方式(HDB)は理想的と考えますが、現場によっては難しい場合もあります。その場合はブロックになるため期間を4週間ではなく8-12週にする方が現実的かと思ひます。理想はあくまでHDBですがそれがむずかしい場合はブロック形式で8-12週としていただくのがいいかと思ひます。
- v) 指導ガイドラインで私が下書きをした部分である「一般外来での研修」については、研修する場所や期間は或る程度確保されつつあるようですが、その研修における経験症例数に関しては、同ガイドラインでは(表 2-1 に一部が例示されているものの)数値目標のような形で示していません。そして実態もあまり把握できていないと認識しています。
- 表 2-1 で例示した内容を直ちに数値目標とすることは拙速かもしれませんが、努力目標のような形で望ましい経験症例数を示したり、研修後の調査などで一般外来でのおおよその経験症例数を尋ねて実態を把握しておくことは、この研修の充実や均てん化をすすめるために重要であろうと考えました。
- vi) 医師として独り立ちするということは、少なくとも一般外来で患者を一人で診療できる状態になることかと思ひますので、一般外来研修を必修としたことは良かったと思ひます。ただ、ダブルカウントという考え方を導入したこと、ダブルカウントできないと損だからといわれる half-day back 方式(HDB)が敬遠されたり、研修医が外来のために病棟や手術室・リハビリ室からいなくなる時間ができることをマンパワーの損失と捉えられてしまったりして、必ずしも実のある一般外来研修が実現できている研修プログラムばかりではないようです。並行研修という選択肢をなくしてしまうのも一つの解決策かも知れませんが、セレクションのかかっている初診患者の診療に加えて慢性疾患の継続診療も行う必要があることから、本来一般外来はHDBが理想ですので、一般外来は曜日を固定して半日×40週(最短で10か月間)、同じ外来(総合診療外来、または臓器別ではない内科外来)で行うこと、としてしまつても良いかと思ひます。なおその場合、週半日までの一般外来は必修分野の研修日数に含めて良いとして頂くと良いかと思ひます。
- vii) 我が国の医療提供体制の今後のニーズも考慮して、「総合診療科」を新たな必修分野として追加することも検討してはいかがでしょうか。その分「選択期間」は短くなりますが、幅広いキャリア形成に寄与するためという名目で一年近く確保された選択期間を実質的に専門研修に充てている向きもあるので、医師としての基礎を築く上で必修をしっかり学んで頂く方が良いと考えます。総合診療科が一般外来と一般病棟を担当し、総合診療のブロック研修で一般病棟を中心に4週間ローテート、加えてHDB方式の並行研修で一般外来を40回経験することで、一般診療の能力がしっかり

と身につくものと思います。

viii) 「救急 12 週以上のうち、4 週間をブロック研修にする」ことについては異論ありませんし、「麻酔科における研修期間を最大 4 週まで救急の研修期間とする」ことができることも異論ありませんが、それぞれの規程にはそれぞれ異なる意図があるものと推察しています。ところが、「救急の研修期間とした麻酔科における研修期間の 4 週」を、そのまま「救急で必須とされているの 4 週間のブロック研修」とみなして良いと解釈されてしまっている現状があるようです。救急研修の一部を麻酔科で行う場合については、「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。」と記載されています。しかし、救急科のブロック研修期間がなぜ必要なのか、ブロック研修期間に何を学ぶべきかについては記載がありません。もし、これが「救急研修の一部を麻酔科で行う際に学ぶべきこと」と相反しないのであれば問題ありませんが、相反するのであれば、「救急研修としてカウントされる麻酔科での研修」は、「救急で必須となっている 4 週以上のブロック研修」に含めないようにすべきであると思います。

ix) 地域医療ですが、研修内容に含めるべきとしている「慢性期・回復期病棟」は、「療養病棟、回復期リハビリテーション病棟、または地域包括ケア病棟」と現在の区分に合わせる必要があると思います。

x) 「臨床研修を行う分野・診療科」の⑬に、「全研修期間を通じて、・・・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、・・・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。」と記載されている部分について、きちんと経験の機会が提供されていないプログラムが多いことが JCEP など指摘されています。また、以前は死亡診断書の記載を経験することも挙げられていましたが、記載がなくなっているようです。資質・能力も全研修期間を通じて学ぶものですので、これらも資質・能力の中に含める、あるいは該当する資質・能力の注釈として記載するなど、到達目標として扱うべきかと思います。

C. 経験すべき症候－29 症候－

- i) 変更なし
- ii) 現時点で特段の見直しは必要ないと考えます。

D. 経験すべき疾病・病態－26 疾病・病態－

- i) 変更なし
- ii) 現時点で特段の見直しは必要ないと考えます
- iii) 経験すべき症候や疾病・病態が卒前の方が多く、という逆転現象が生じており、ここは擦り合わせが必要ではないでしょうか。医師免許を持つ研修医は、免許を持たない実習生よりも経験しやすい症候や疾病・病態が多いと思いますので、症候や疾病・病態の種類を実習生は減らし、研修医は増やしても良いのではないのでしょうか。

4. 達成度評価について

A. 研修医評価票Ⅰ、研修医評価票Ⅱ、研修医評価票Ⅲ

- i) ローテーション診療科毎に内部で話し合い、診療科毎の評価基準を作成した方が良いと考えます。でない評価票の記述がやや抽象的であり、地に足のついた評価が難しいのではないかと感じます。
- ii) 評価項目数を減らしてほしい。
- iii) 現時点で特段の見直しは必要ないと考えます。
- iv) すべての評価票に評価基準の詳細がないことで、本来であれば施設独自の評価票などを作成すべきところですが、現実的なところ言うとなかなかそこまで準備がなされていないと思います。
- v) 研修評価表Ⅰの文言が難しすぎて、少なくとも多職種には使えないという声を多く聞きます。ここを少し修正するのは考えてもよいのではないかと思います。
研修評価表Ⅱについては今年入学する 1 年生からコアカリキュラムが変わりますので、彼らが卒業する 2030 年からの初期臨床研修はと到達目標も評価表も作り直す必要がありますね。研修評価表Ⅲについては上の方略に関係しますが、EPAs をもう少し具体的に 4 つの領域についてするかどうか…ですね。
- vi) 共通して、「合否境界レベル」の設定があると良いと思います。卒前で行われている OSCE の

評価票にそのレベル設定がありますが、最終的に到達目標が全て「到達」とするためには、例えば最後の4か月の平均が合否境界レベル以上であれば「到達」と定義することができますので、判定が明確になり、また、合否判定の信頼性の検討も可能となるかと思います。

vii) 評価票ⅠおよびⅡの評語に含まれる「期待」とは「社会からの期待」であることを明記してはいかがでしょうか。目標の「A. 医師としての基本的価値観」との整合性のうえでも、その方が望ましいと考えます。

viii) 患者（あるいはそのケアラー）による評価を必須とすることも検討が必要かと思いますが、特に「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）」や「B-4. コミュニケーション能力」などは、患者の視点からの評価が必須であり、CARE measure 日本語版など、妥当性が評価されている既存の評価票を活用することも検討してはいかがでしょうか。

ix) 各分野終了時の研修医評価票Ⅰ～Ⅲに基づいて年2回以上プログラム責任者・研修管理委員会からフィードバックすることとされていますが、「フリーコメント」欄に記載がなくルーブリック評価のみの場合が多く、研修医から「どこをどうすれば改善すればよいかわからない。」などの声を聞きます。具体的に今後の方針を相談できるように、「フリーコメント」を「良かった点」「芳しくなかった点」「改善のための助言」などとし、特に「改善のための助言」は必須としてはいかがでしょうか。

x) 評価票Ⅰ～Ⅲは、直接の指導医が記載することが前提となっていると理解していますが、多数の研修医を抱える大学病院などでは、診療科内の研修担当者がまとめて記載しているようなケースもあるようです。これでは真正の評価とは言えませんが、適切なフィードバックも行えないと思いますので、直接の指導医が記載してサインするように明記してはいかがでしょうか。

xi) 他職種にとっては、評価票の文言が難解で評価に困難を感じると聞いています。各施設で加筆・補足すべきことかもしれませんが、他職種向けの評価票（全小項目でなくても良いかも知れませんが）を例示して頂けるとありがたいと思います。

B. 臨床研修の目標の達成度判定票

i) 現時点で特段の見直しは必要ないと考えます。

ii) 「既達」と「未達」だけの場合、フィードバックにも利用しにくいという点、評価が「既達」ありきになってしまうような懸念があります。評価ⅠとⅡを総合的にみての評価票ということがわかるような記載がいいと思います。

iii) 研修管理委員会で各研修医の状況を把握し、適切な判定を行う上では、各到達目標について「到達」と「未達」だけではなく、もう少し個々の到達目標の具体的な達成状況について記載できるようなフォーマット（評価票Ⅰ～Ⅲの評点平均を時系列で表示する、プログラム責任者の所見欄を設ける、など）がよいのではないかと思います。

5. 指導体制・指導環境について

i) 指導ガイドラインに、Mini-CEX, DOPS, CbD など、WpBA(Workplace-Based Assessment)の手法の実際をより詳しく掲載することも考えられます。

ii) 医師以外による360度評価は正しく評価できないため必要でない。

iii) 現時点で特段の見直しは必要ないと考えます。

v) 特に意見はありませんでした。

vi) 九州大学の菊川先生が日本語版指導評価表を開発し、信頼性妥当性の検証も済んでいます。何かしら一つでも新しいことをするのであれば、指導評価票の導入というのはいかならないかと思いますが。

vii) 医師以外の他職種の指導者による指導は、本制度において欠かせない重要な部分であると思います。他職種の指導者に意欲をもって取り組んで頂けるよう、その重要性を省令ないし施行通知等で明記する、プログラム責任者+研修管理委員長名で任命状を交付し、プログラムに指導者名を記載するように求める、などを行ってはいかがでしょうか。

viii) （指導医を含む）指導者やプログラム責任者の働き方改革も重要な視点かと思いますが、医療クラークや臨床研修の事務作業を補佐する人員の確保など、サポートする体制の整備を推奨する記載があると良いと考えます。

ix) 一方で、（指導医を含む）指導者に対する評価を必ず実施することを明記してはいかがでしょうか。

- x) 医師としての経験が 7 年未満であっても、上級医として研修医の指導にあたる場合には指導医講習会の受講を推奨する、「7. その他」の⑨に記載したように、指導医の再教育の機会を強化するといったことについても言及があっても良いかも知れません。
- xi) 研修医や指導者に限りませんが、少なくとも基幹型研修指定病院の要件として、職員のメンタルサポートのために臨床心理士やカウンセラーを配置していることを含めても良いかも知れません。

6. 研修医の労務環境について

- i) 2024 年開始の医師の働き方改革に対応し、並行研修を見直してほしい。
- ii) 研修先での当直勤務などについて、手当等支給ルールを統一してほしい。病院ごと に異なると、地域研修先で、異なる病院の研修医がいると手当をもらえる人、もらえない人で不公平がでている。
- iii) 離島などでの遠方での研修の際の交通費について、助成してほしい。
- iv) 実情に合わせた記述に見直す必要はあると考えます。
- vi) 2024 年度から 医師の働き方改革が推進されますが、研修時間、勤務時間の短縮ばかりにフォーカスがあてられています。研修の質、2 年間の研修修了時の到達度に与える影響などについての考察をぜひされるべきだと思います。
- v) 協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設で研修する場合の労務環境の確認を、基幹型臨床研修病院がきちんと行うことを求めているかでしょうか。
- vii) 働き方改革により、研修（勤務）時間を短縮する方向だけではなく、「もっと現場で学びたい」という心身共に健康な研修医が、一定の範囲内で時間外勤務を経験できるような仕組みも整備する必要があると思います。

7. その他

- i) アウトカム基盤型であれば、真正な評価方法を担保した上で、研修成果が上がったな否かを最重要視し、方略における細かいルールはできるだけ簡素化した方が現場はやりやすいかと思います（一般外来や地域医療における並行研修など、決まり事があまりにも多く複雑であり、現場からの評判は必ずしもよくないようです）。
- ii) PG-EPOC の導入によって、今まで使っていた診療科毎カリキュラム（ローテ中の一般目標、具体的目標、評価シート）を使わなくなってしまった研修病院が増えています。誠に勿体ないことです。米国等でも、評価のし難さ故、competency ベースの評価からより具体的な EPA ベースの目標設定・評価にシフトしつつあり、以前から使っていた診療科毎の到達目標や評価票（聖路加国際病院では 1 冊にまとまって製本されていた記憶があります）が EPA の概念や様式に準拠した上で、活用されている例も多いようです。
- iii) 医師の働き方改革への対応としては、指導ガイドラインに厚労省の該当ホームページ「いきサポ」（藤川葵先生）へのリンクを張れば目的の大部分は達成できそうです。
「いきサポ」のトップページ
<https://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp>
スライド
https://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/commentary_slide
マンガ
<https://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/manga/>
e-ラーニング
<https://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/elearning>
- v) 前回の大幅な見直しから 5 年であり、特に到達目標や評価方法については、大きな見直しはしない方が良いでしょう。一方、卒前教育が大きく変わりそうであることから、その次の見直しに向けて、卒前の状況を注視する必要があると考えます。
- vi) 省令施行通知の「20 臨床研修の修了」に、「各研修分野に求められている必要履修期間を満たしていない場合は、休日・夜間の当直又は選択科目の期間の利用等により、あらかじめ定められた研修期間内に各研修分野の必要履修期間を満たすよう努めなければならないこと。」とありますが、努力義務なので必ずしも満たさなくても良いと解釈され、地域医療の研修期間に長期の休みを取る研修医がいると聞き及びますので、「～満たすべきであること」とするべきだと考えます。
- vii) 同じく「20 臨床研修の修了」に、「少なくとも全ての必修項目について目標を達成しなければ、

修了と認めてはならないこと」とありますが、その解釈があいまいとなっています。一度でも 3 になれば達成なのか、最後だけ 3 になれば達成なのかと言えば、**programmatic assessment** の概念から考えても認めることはできないと思われます。かと言って、一度だけ 2 だったらダメというわけでもなく、例えば最後の 4 か月で医師による評価と他職種による評価で 2 が 1 つ以内であれば達成と認めるなど、基準を提示する必要があると思います。「4. 達成度評価について」で記載したように「可否境界レベル」の設定があれば、平均でそのレベル以上となった場合を合格と明確に定義できるかと思います。

- viii) 同じく「臨床医としての適性の評価は非常に困難であり、十分慎重に検討を行う必要があること。なお、原則として、当該研修医が最初に臨床研修を行った臨床研修病院においては、その程度が著しい場合を除き臨床医としての適性の判断を行うべきではなく、少なくとも複数の臨床研修病院における臨床研修を経た後に評価を行うことが望ましいこと。」とありますが、この部分の解釈が難しいとの声をしばしば耳にします。「臨床医としての適性の評価は、十分慎重に検討を行う必要があること。原則として臨床医としての適性の判断は、その程度が著しい場合を除き、2 施設以上の臨床研修病院における臨床研修を経た後に判断することが望ましいこと。2 施設以上での研修が困難な場合、あるいは 2 施設以上で研修を行った上で臨床医としての適性を欠くと判断した場合には研修中断とし、再度他の臨床研修プログラムで評価を受ける機会を与えるべきこと。」などとすべきかと思います。
- ix) 同じく「重大な傷病によって適切な診療行為が行えず医療安全の確保が危ぶまれ、又は患者に不安感を与える等の場合にも、未修了や中断の判断もやむを得ないこと。なお、傷病又はそれに起因する障害等により当該臨床研修病院では研修不可能であるが、それを補完・支援する環境が整っている他の臨床研修病院では研修可能な場合には、管理者は、当該研修医が中断をして病院を移ることを可能とすること。」とありますが、障害者差別保護法に基づく合理的配慮に関して、臨床研修病院が従うべきガイドラインを明示して頂く必要があるように思います。
- x) 第三者評価を義務化するかどうか、仮に 2025 年で見送りとなった場合、JCEP の努力だけに依存するのではなく、受診病院が増えるような施策を検討し、推進して頂きたいと思います。
- xi) 研修医と研修を実施する施設の雇用関係を整理していただきたいと思います。この点はこれまで曖昧でしたが、働き方改革が導入されましたので、これを機にぜひとも国でルールを示していただきたいところです。全研修期間を通じて基幹型臨床研修病院が雇用者となるのか、協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設で研修するときは、その都度そこが雇用先になるのかということです。どちらの方式を採用しても良いと思いますが、前者であるなら、労働時間管理や給与などの待遇面もすべて基幹型臨床研修病院が行うべきで、たとえば大学病院プログラムの研修医が市中の協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設においてたすきがけで研修をする場合の給与は、大学病院で負担するべきです。後者であるなら、市中病院の研修医が協力型臨床研修病院である大学病院で研修する場合の給与は、大学病院が支払うべきです。現状は、大学の研修医が市中病院に出る際は市中病院が給与を支払い、市中病院の研修医が大学病院に研修に出る際も市中病院が給与を支払っている例が多数あり、これは病院間の搾取構造と言えます。県を跨いで協力施設を置くプログラムも増えてきていますので、市中病院同士でも、今後トラブルが発生することを懸念します。いつまでも当事者に任せるのではなく、国の制度ですから、方向性を示すべきかと考えます。
- xii) PG-EPOC を利用する研修病院が増えていると思いますが、独自の資質・能力を追加するなど、カスタマイズの自由度が上がることを期待しています
- xiv) PG-EPOC では、他職種評価の研修医評価票Ⅱで「観察する機会が無かった」に初期設定で☑が入っている大項目が多いようです。はじめから他職種に評価して欲しくないように見えますが、むしろ他職種（看護師以外にも）には積極的に評価をお願いしたいので、この初期設定は改善する必要があると思います。
- xv) 360 度評価や多職種からの指導のためにも、他職種に臨床研修について理解して頂けるわかりやすい説明動画があると良いと思います。紙面ではなかなか伝わりませんし、読まれづらいと思いますので。
- xvi) 施行通知やガイドラインを「全て読みなさい」ではなかなか浸透しませんので、2020 年度以前に指導医になった人に対する追加講習的な動画を作成してはいかがでしょうか。また、視聴を義務化し、視聴しない場合は指導医資格を失うことにしても良いように思います。
- xvii) プログラムに書かれていない研修はできない（研修医が希望しても病院群以外の病院では研修でき

ない) ことを理解していない研修病院の事務職員がときどきおられますので、研修病院事務職向けの講習会があると良いと思います。初めて担当する事務職向けと、制度の改定時に行う講習会が必要かと思っています。

- xvii) 大規模災害の診療支援に研修医が赴くことは、研修医にとっては貴重な経験となると思われます。少なくとも支援に行くことを希望する研修医には柔軟に認めることを明記し、その際の指導や評価の在り方などについて、何らかの指針があると良いと思います。

添付資料 1. 平成 31 年臨床研修修了者アンケート調査票

【調査票 B】平成31年臨床研修修了者アンケート

このアンケート調査は、臨床研修を修了した医師の進路に対するお考え等を把握し、政策に反映させるため厚生労働省が実施する調査です。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。なお、本調査結果は、臨床研修制度の向上等に向け、厚生労働省、厚生労働科学研究所及び自治体等において活用することがございます。

※ アンケート用紙を 3 月 31 日までに病院の担当者にお渡しください。

性別	年齢	研修プログラム番号	医籍番号	研修期間	中断有無	中断期間
男・女	歳			平成 年 月 日 ～ 年 月 日	有 無	平成 年 月 日 ～ 年 月 日

問1 あなたが卒業した医学部はどこですか。
下記の、「医学部の一覧」をご参照の上、該当する学校番号をご記入ください。

医学部の一覧				
<国立大学法人等>		22 三重大学医学部	<公立大学・公立大学法人>	
1 北海道大学医学部	23 滋賀医科大学	51 札幌医科大学	73 東邦大学医学部	
2 旭川医科大学	24 京都大学医学部	52 福島県立医科大学医学部	74 日本大学医学部	
3 弘前大学医学部	25 大阪大学医学部	53 横浜市立大学医学部	75 日本医科大学	
4 東北大学医学部	26 神戸大学医学部	54 名古屋市立大学医学部	76 北里大学医学部	
5 秋田大学医学部	27 鳥取大学医学部	55 京都府立医科大学	77 東海大学医学部	
6 山形大学医学部	28 島根大学医学部	56 大阪市立大学医学部	78 聖マリアンナ医科大学	
7 筑波大学医学部	29 岡山大学医学部	57 奈良県立医科大学	79 金沢医科大学	
8 群馬大学医学部	30 広島大学医学部	58 和歌山県立医科大学	80 愛知医科大学	
9 防衛医科大学校	31 山口大学医学部	<私立大学>		81 藤田保健衛生大学医学部
10 千葉大学医学部	32 徳島大学医学部	61 岩手医科大学	82 大阪医科大学	
11 東京大学医学部	33 香川大学医学部	62 自治医科大学	83 関西医科大学	
12 東京医科歯科大学医学部	34 愛媛大学医学部	63 獨協医科大学	84 近畿大学医学部	
13 新潟大学医学部	35 高知大学医学部	64 埼玉医科大学	85 兵庫医科大学	
14 富山大学医学部	36 九州大学医学部	65 杏林大学医学部	86 川崎医科大学	
15 金沢大学医学部	37 佐賀大学医学部	66 慶應義塾大学医学部	87 久留米大学医学部	
16 福井大学医学部	38 長崎大学医学部	67 順天堂大学医学部	88 福岡大学医学部	
17 山梨大学医学部	39 熊本大学医学部	68 昭和大学医学部	89 産業医科大学	
18 信州大学医学部	40 大分大学医学部	69 帝京大学医学部	<その他>	
19 岐阜大学医学部	41 宮崎大学医学部	70 東京医科大学	98 認定及び予備試験	
20 浜松医科大学	42 鹿児島大学医学部	71 東京慈恵会医科大学		
21 名古屋大学医学部	43 琉球大学医学部	72 東京女子医科大学		

問2 あなたが高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県（出身地）はどこですか。
（下記の〈都道府県の一覧〉をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。）

問3 あなたが臨床研修を行った主たる病院が所在する都道府県はどこですか。
（下記の〈都道府県の一覧〉をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。）

問3-1 臨床研修を開始した病院には、どのように採用されましたか。
1 マッチングによる採用 2 アンマッチであったため個別の採用
3 マッチングに参加で個別の採用 4 その他

問4 あなたが臨床研修を行った主たる病院の種別はどれですか。該当するもの 1 つに○をつけてください。
1 卒業した大学の大学病院 2 卒業した大学以外の大学病院 3 臨床研修病院
※「大学病院」は医学部附属の大学病院です。（防衛医科大学校等の病院は、臨床研修病院になります。）

問5 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として希望する主たる勤務地（都道府県）はどこですか。
（下記の〈都道府県の一覧〉をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。）

都道府県の一覧			
1 北海道	13 東京都	25 滋賀県	37 香川県
2 青森県	14 神奈川県	26 京都府	38 愛媛県
3 岩手県	15 新潟県	27 大阪府	39 高知県
4 宮城県	16 富山県	28 兵庫県	40 福岡県
5 秋田県	17 石川県	29 奈良県	41 佐賀県
6 山形県	18 福井県	30 和歌山県	42 長崎県
7 福島県	19 山梨県	31 鳥取県	43 熊本県
8 茨城県	20 長野県	32 島根県	44 大分県
9 栃木県	21 岐阜県	33 岡山県	45 宮崎県
10 群馬県	22 静岡県	34 広島県	46 鹿児島県
11 埼玉県	23 愛知県	35 山口県	47 沖縄県
12 千葉県	24 三重県	36 徳島県	48 海外

問6 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として希望する主たる病院等の種別はどれですか。該当するもの 1 つに○をつけてください。
1 卒業した大学の大学病院 2 卒業した大学以外の大学病院
3 大学病院以外の病院（臨床研修病院を含む） 4 診療所等を開設
5 臨床医以外の進路（基礎医学、行政機関等）

問7 あなたが臨床研修を行った病院(プログラム)を選んだ理由について、該当するものを最大3つまで影響が強かった順に番号をお答え下さい。	
1 臨床研修のプログラムが充実 3 指導体制が充実 5 プライマリ・ケアに関する能力を修得できる 7 様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める 9 病院の施設・設備が充実 11 学位を取得するのに有利 13 優れた研修医が集まっている 15 出身大学である 17 大都市圏である 19 雑用が少ない 21 奨学金返還免除要件に指定されたため	2 たすきがけプログラムがあったから 4 熱心な指導医が在職 6 多くの症例を経験できる 8 高度な技術や知識を習得できる 10 専門医を取得するのに有利 12 臨床研修後の進路やキャリアを考えて有利(10、11以外) 14 先輩等の評判が良い 16 出身地である 18 労働環境(勤務時間・当直回数)が良い 20 処遇(給与・福利厚生)が良い 22 その他
1 番	2 番

問8 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として、勤務を希望する病院等を選んだ理由について、該当するものを最大3つまで影響が強かった順に番号をお答え下さい。	
1 臨床研修修了後の研修プログラムが優れている 3 高度な技術や知識を習得できる 5 病院の施設・設備が充実 7 専門医取得につながる 9 出身大学である 11 国公立の病院である 13 先輩医師からの紹介 15 大都市圏である 17 処遇(給与・福利厚生)が良い 19 奨学金返還免除要件に指定されたため	2 優れた指導者がいる 4 臨床研究が優れている 6 医師不足地域での医療への情熱 8 学位(博士(医学)等)取得につながる 10 臨床研修を受けた病院である 12 大学からの派遣 14 出身地である 16 労働環境(勤務時間・当直回数)が良い 18 出産・育児・教育の環境が整っている 20 その他
1 番	2 番

問9 以下のうち、研修を行った施設等について、該当するものに○を付けてください。(複数回答可)		
1 保健所	2 介護老人保健施設	3 社会福祉施設
4 赤十字社血液センター	5 各種検診・健診施設	6 国際機関
7 行政機関	8 矯正施設	9 産業保健
10 上記施設では行っていない		

問10 臨床研修修了後、いわゆる大学の医局に入局(大学の講座や教室等に所属)する予定ですか。該当するもの1つに○を付けてください。(既に入局している人は1、または2から選んで下さい)	
1 卒業大学の医局	2 卒業した大学以外の医局
3 入局する予定はない	4 わからない・まだ決めていない

問11 あなたは、博士(医学)を取りたいと思いますか。該当するもの1つに○を付けてください。		
1 はい	2 いいえ	3 わからない・まだ決めていない

問12 臨床研修修了後、専門研修を行う予定ですか。該当するもの1つに○を付けてください。	
1 専門研修を行う →問12-1へ	2 来年は専門研修を行わない →問13へ
3 専門研修を行う予定がない →問13へ	4 わからない・まだ決めていない →問13へ

問12で「1 専門研修を行う」と回答された場合にお答えください。

問12-1	専門研修の分野はなんですか。		
(下記の「専門研修の分野の一覧」をご参照の上、該当する番号をご記入ください。)			
専門研修の分野の一覧			
1 内科	6 整形外科	11 脳神経外科	16 救急科
2 小児科	7 産婦人科	12 放射線科	17 形成外科
3 皮膚科	8 眼科	13 麻酔科	18 リハビリテーション科
4 精神科	9 耳鼻咽喉科	14 病理	19 総合診療
5 外科	10 泌尿器科	15 臨床検査	

問12-2	専門研修プログラムを選んだ際、希望する分野で研修を行うために、研修を行う都道府県について、もともと希望していたところから変更しましたか。
1	2

問12-3	専門研修プログラムを選んだ際、希望する都道府県で研修を行うために、専攻する分野を変更しましたか。
1	2

問12-4で「2. はい」と回答した方にお尋ねします。

問12-4	専門研修プログラムを選んだ際、実際には選択しなかった第二希望の分野は何でしたか。 (上記の「専門研修の分野の一覧」をご参照の上、該当する番号をご記入ください。)
-------	---

問12-5 問12-4で回答した専門分野を選択しなかった理由について、該当するものを最大3つまで影響が強かった順に番号をお答えください。

1 将来的に専門性を維持しづらい 3 適性・才能がない 5 やりがいが見いだせない 7 人間関係に疲弊 9 精神的にきつい 11 労働環境（勤務時間・当直回数等）が悪い 13 優れた指導者がいない（または転出してしまった） 15 専門医資格が取りづらい 17 出産・育児・教育の環境が整っていない 19 継続したキャリアを積みにくい 21 その他	2 研修開始前には従事する診療科が未定だった 4 仕事の内容が想像と違った 6 なんとなく相性が合わない 8 突然呼び出されることが多い 10 給与が悪い 12 研修施設・設備が充実していない 14 他に興味を持つ分野ができた 16 訴訟となるリスクが高い 18 医学博士号がとりづらい 20 専門領域の将来性に不安を感じた						
	<table border="1"> <tr> <td>1 番</td> <td></td> <td>2 番</td> <td></td> <td>3 番</td> <td></td> </tr> </table>	1 番		2 番		3 番	
1 番		2 番		3 番			

(全員がお答えください)

問13 あなたが臨床研修を行う前の時点で、将来もっとも従事したいと考えていた診療科または基礎系の分野はどれですか。完全に一致するものがない場合は最も近いものを1つお答えください。

(下記の「診療科または基礎系の分野の一覧」をご参照の上、該当する番号をご記入ください。)

問14 あなたが現時点で、将来もっとも従事したい診療科または基礎系の分野はどれですか。完全に一致するものがない場合は最も近いものを1つお答えください。

(下記の「診療科または基礎系の分野の一覧」をご参照の上、該当する番号をご記入ください。)

診療科または基礎系の分野の一覧

1 内科	11 感染症内科	21 消化器外科	31 麻酔科
2 呼吸器内科	12 心療内科	22 肛門外科	32 皮膚科
3 循環器内科	13 救急科	23 小児外科	33 泌尿器科
4 消化器内科(胃腸内科)	14 地域医療	24 脳神経外科	34 形成外科
5 腎臓内科	15 地域保健	25 整形外科	35 美容外科
6 神経内科	16 外科	26 精神科	36 眼科
7 糖尿病内科(代謝内科)	17 呼吸器外科	27 小児科	37 耳鼻咽喉科
8 血液内科	18 心臓血管外科	28 産婦人科	38 リハビリテーション科
9 アレルギー科	19 乳腺外科	29 産科*	39 放射線科
10 リウマチ科	20 気管食道外科	30 婦人科*	40 病理診断科
※ 産科、婦人科は、それぞれ産科のみ、婦人科のみに場合に選択			
41 臨床検査科	45 生化学	49 微生物学	53 衛生学・公衆衛生学
42 総合診療	46 薬理学	50 寄生虫学	54 行政機関
43 解剖学	47 病理学	51 免疫学	55 未定
44 生理学	48 法医学	52 その他の基礎医学・生物学	

問13と問14の回答が異なる方にお聞きます。

問15 臨床研修前に希望していた診療科または基礎系の分野が研修後に変った理由について、該当するものを最大3つまで影響が強かった順に番号をお答え下さい。

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| 1 将来的に専門性を維持しづらい | 2 研修開始前には従事する診療科が未定だった |
| 3 適性・才能がない | 4 仕事の内容が想像と違った |
| 5 やりがいが見いだせない | 6 なんとなく相性が合わない |
| 7 人間関係に疲弊 | 8 突然呼び出されることが多い |
| 9 精神的にきつい | 10 給与が悪い |
| 11 労働環境(勤務時間・当直回数等)が悪い | 12 研修施設・設備が充実していない |
| 13 優れた指導者がいない(または転出してしまった) | 14 他に興味を持つ分野ができた |
| 15 専門医資格が取りづらい | 16 訴訟となるリスクが高い |
| 17 出産・育児・教育の環境が整っていない | 18 医学博士号がとりづらい |
| 19 継続したキャリアを積みにくい | 20 専門領域の将来性に不安を感じた |
| 21 その他 | |

1番		2番		3番	
----	--	----	--	----	--

(全員お答えください)

問16 問14の回答について伺います。あなたが将来もっとも従事したい診療科または基礎系の分野を選択した理由について、該当するものを最大3つまで影響が強かった順に番号をお答え下さい。

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1 適性・才能があると感じた | 2 やりがいがある |
| 3 なんとなく相性が合う | 4 患者・患者家族からの信頼を得やすい |
| 5 給与が良い | 6 労働環境(勤務時間・当直回数等)が良い |
| 7 学問的に興味がある | 8 優れた指導者がいる |
| 9 専門性を維持しやすい | 10 専門医資格がとりやすい |
| 11 先輩や教授に誘われた | 12 訴訟のリスクが低い |
| 13 親や親戚がその診療科・分野に従事 | 14 独立・開業しやすい |
| 15 出産・育児・教育の環境が整っている | 16 医学博士号がとりやすい |
| 17 プライマリケアに関する能力を得られると思ったから | 18 地域に貢献したいから |
| 19 継続したキャリアを積みやすい | 20 その他 |

1番		2番		3番	
----	--	----	--	----	--

問17 問14で回答した診療科をローテートした際の満足度をお答えください

1	職場の雰囲気がよい	満足していない ←	1	2	3	4	5 →	大変満足している
2	患者数がたくさん診られる	満足していない ←	1	2	3	4	5 →	大変満足している
3	研修の質が高い	満足していない ←	1	2	3	4	5 →	大変満足している
4	上級医が多い	満足していない ←	1	2	3	4	5 →	大変満足している
5	交代制などの勤務システムが働きやすい	満足していない ←	1	2	3	4	5 →	大変満足している
6	保育園などのサポートシステムが充実している	満足していない ←	1	2	3	4	5 →	大変満足している
7	他職種へのタスクシフト	満足していない ←	1	2	3	4	5 →	大変満足している
8	キャリアパスがしっかりしている	満足していない ←	1	2	3	4	5 →	大変満足している
9	その他(ローテートしていない場合を含む)							

(全員お答えください)

- 問18 あなたが経験した(予定を含む)臨床研修に関して、研修を行った診療科で、期間の合計を月数でお答えください。
 ※ 合計が24ヶ月以上になる事をご確認ください。 ※研修終了時までの予定も含むこと。
 ※ 1内科、16外科、28産婦人科は続けて示された診療科の合計ではなく、それぞれ研修を行った診療科であることをご確認ください。
 ※ 地域医療とは、必修の「地域医療研修」を指します。この期間については他の診療科の期間に入れないでください。
 ※ 地域保健とは、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、各種検診・健診の実施施設等を指し、必修の「地域医療研修」は含まれない。

診療科目	ローテート期間
1 内科	ヶ月
2 呼吸器内科	ヶ月
3 循環器内科	ヶ月
4 消化器内科 (胃腸内科)	ヶ月
5 腎臓内科	ヶ月
6 神経内科	ヶ月
7 糖尿病内科 (代謝内科)	ヶ月
8 血液内科	ヶ月
9 アレルギー科	ヶ月
10 リウマチ科	ヶ月
11 感染症内科	ヶ月
12 心療内科	ヶ月
13 救急科	ヶ月
14 地域医療	ヶ月
15 地域保健	ヶ月
16 外科	ヶ月
17 呼吸器外科	ヶ月
18 心臓血管外科	ヶ月
19 乳腺外科	ヶ月
20 気管食道外科	ヶ月
21 消化器外科	ヶ月
22 肛門外科	ヶ月
23 小児外科	ヶ月
24 脳神経外科	ヶ月
25 整形外科	ヶ月
26 精神科	ヶ月
27 小児科	ヶ月
28 産婦人科	ヶ月

* 産科、婦人科は、それぞれ産科のみ、婦人科のみの場合に選択

診療科目	ローテート期間
29 産科*	ヶ月
30 婦人科*	ヶ月
31 麻酔科	ヶ月
32 皮膚科	ヶ月
33 泌尿器科	ヶ月
34 形成外科	ヶ月
35 美容外科	ヶ月
36 眼科	ヶ月
37 耳鼻咽喉科	ヶ月
38 リハビリテーション科	ヶ月
39 放射線科	ヶ月
40 病理診断科	ヶ月
41 臨床検査科	ヶ月
42 総合診療	ヶ月
43 解剖学	ヶ月
44 生理学	ヶ月
45 生化学	ヶ月
46 薬理学	ヶ月
47 病理学	ヶ月
48 法医学	ヶ月
49 微生物学	ヶ月
50 寄生虫学	ヶ月
51 免疫学	ヶ月
52 その他の基礎医学・生物学	ヶ月
53 衛生学・公衆衛生学	ヶ月
54 行政機関	ヶ月
55 オリエンテーション	ヶ月
56 その他	ヶ月

ローテート期間合計 ヶ月

※ 合計が24ヶ月以上になる事をご確認ください。

- 問18 あなたが経験した(予定を含む)臨床研修に関して、研修病院で必修とされた診療科は以下のうちどれですか。
 1 内科、地域医療、救急のみ 2 内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療、救急を含む
 3 上記の1と2以外 (1に加えていくつかの診療科が必修だが2より少ない)

問19 あなたが経験した(予定を含む)臨床研修に関して、研修期間の合計を研修病院・施設毎に月数でお答えください。 ※ 合計が24ヶ月以上になる事をご確認ください。 ※研修終了時までの予定も含むこと。	
基幹型臨床研修病院・基幹型相当大学病院	ヶ月 → ※臨床研修の全体的な管理を行っている病院
協力型臨床研修病院・協力型相当大学病院	ヶ月 → ※基幹型臨床研修病院・基幹型相当大学病院と共同して臨床研修を実施している病院
臨床研修協力施設	ヶ月 → ※上記以外 (診療所、保健所、検診・健診の実施施設等)

- 問20 あなたは、入学時に、大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意志をもった学生の選抜枠 (いわゆる地域枠)」で入学しましたか。該当するもの1つに○を付けてください。
 1 はい → 問20-1へ 2 いいえ → 問21へ

問20で「1. はい」と回答した方にお尋ねします。

問20-1 どの地域で臨床に従事することが求められていますか

(問5の下にある<都道府県の一覧>をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。)

特に地域的な指定がなかった場合は49とご記入ください。

(全員お答えください)

- 問21 あなたは、学生時代に特定の地域や診療科での勤務を条件とする奨学金を受給しましたか。
 該当するもの1つに○を付けてください。
 1 はい → 問21-1へ 2 いいえ → 問23へ 3 受給したが途中で返還した → 問21-1へ

問21で「1. はい」または「3. 受給したが途中で返還した」と回答した方にお尋ねします。

問21-1 奨学金の支給元を以下から該当するものに○を付けてください。(複数回答可)

1 都道府県 2 市町村 3 大学 4 大学以外の医療機関 5 その他

問21-2 あなたが受給した奨学金の返還の免除要件に、特定の地域で臨床に従事することが求められていますか。該当するもの1つに○を付けてください。

1 特定の地域で求められている → 問21-3へ

2 特定の地域で求められていない → 問22-1へ

問21-2で「1. 特定の地域で求められている」回答した方にお尋ねします。

問21-3 従事することが求められている(求められていた)都道府県はどこですか。

(問5の下にある<都道府県の一覧>をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。)

問21-4 従事先について、該当するものすべてに○を付けてください。

1 都道府県内の複数医療機関から選択 2 市町村内の複数医療機関から選択 3 特定の大学

4 大学以外の特定の医療機関 5 その他

問21-5 あなたが受給した奨学金の免除要件に、特定の地域でのいわゆる初期の臨床研修が求められていますか。該当するもの1つに○を付けてください。

1 特定の地域で初期臨床研修が求められている(例:「卒後、初期臨床研修を含めて連続して9年間従事する」など)

2 特定の地域で初期臨床研修が求められていない

(例:「県外の臨床研修が可能」、「大学院進学が可能」、「卒後15年間のうち9年間従事する」など)

3 その他()

問21-6 あなたが受給した奨学金の免除要件に、特定の地域での専門研修が求められていますか。該当するもの1つに○を付けてください。

1 特定の地域で専門研修が求められている(例:「卒後、初期臨床研修を含めて連続して9年間従事する」など)

2 特定の地域で専門研修が求められていない

(例:「県外の専門研修が可能」、「大学院進学が可能」、「卒後15年間のうち9年間従事する」など)

3 その他()

問21で「1. はい」または「3. 受給したが途中で返還した」と回答した方にお尋ねします。

問22-1 あなたが受給した奨学金の免除要件には、いわゆる臨床研修修了後に、特定の診療科における診療が求められている、あるいは求められていましたか。該当するもの1つに○を付けてください。

1 特定の診療科における診療が求められている(例:「卒後、連続して9年間従事する」、「臨床研修修了後、連続して9年間従事する」など)

2 特定の診療科における診療が求められているが、一定期間の累積年数が決められている。(例:「卒後15年の間に9年間従事する」など)

3 特定の診療科における診療は求められていない

4 その他()

→ 3または4を回答された方は、問23へ

問22-1で「1」または「2」と回答した方にお尋ねします。

問22-2 従事する診療科は何ですか(複数回答可)

(問14の下にある<診療科または基礎系の分野の一覧>をご参照の上、該当する診療科番号をご記入ください。)

(全員お答えください)

問23 以下の診療能力等について、指導の有無と自己評価としてもっとも該当するものにそれぞれ○を付けてください。											
1	医師としての基本的価値観 (プロフェッショナリズム※)	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された		
		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている		
※プロフェッショナリズム: 社会的使命と公衆衛生への寄与、利他的な態度、人間性の尊重、自らを高める姿勢											
2	医学・医療における倫理性	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された		
		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている		
3	医学知識と問題対応能力	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された		
		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている		
4	診療技能と患者ケア	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された		
		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている		
5	コミュニケーション能力	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された		
		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている		
6	チーム医療の実践	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された		
		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている		
7	医療の質と安全の管理	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された		
		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている		
8	社会における医療の実践	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された		
		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている		
9	科学的探究	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された		
		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている		
10	生涯にわたってともに学ぶ姿勢	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された		
		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている		
11	一般外来における診療能力	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された		
		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている		
12	病棟における診療能力	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された		

		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている
13	初期救急における診療能力	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている
14	地域医療における診療能力	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5	→	よくできている

問24 医療の持つ社会的側面を踏まえた以下のような指導を受けましたか									
1	保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みに対する指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
2	健康保険、公費負担医療の適切な活用に対する指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
3	地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を行うことに対する指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
4	予防医療・保健・健康増進に対する指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
5	地域包括ケアシステムの推進に対する指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
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対する指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
7	後発品など薬効と価格を考慮し使い分ける	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
8	AMR予防を意識した抗生物質・抗菌薬の適正使用	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
9	費用対効果などを考慮した臨床指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している

問25 地域医療研修の効果について、該当するものに○をつけてください。(複数回答可)	
1	地域医療への関心が高まった
2	※地域医療とは、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)を指す
3	地域医療に従事したいと考えようになった
4	退院支援(退院後における在宅医療の環境整備、リハビリテーション等)の理解が深まった
5	病病・病診・診診連携、他病院からの受入等(地域連携担当部署の業務)の理解が深まった
6	地域包括ケア・介護関係の業務(主治医意見書作成、ケアカンファレンス参加等)の理解が深まった
7	緩和ケア・終末期医療・看取りの理解が深まった
8	一次救急の対応ができるようになった
9	外来診療の診療能力が高まった
10	在宅医療の診療能力が高まった
11	チーム医療(関係職種と連携した栄養管理、リハビリテーション、褥瘡対策等)の理解が深まった
12	他職種連携(社会福祉士、介護支援専門員(ケアマネージャー)等と連携した業務)の理解が深まった
13	予防医療への理解が深まった
14	幅広い疾病・症候に対する総合的な診療能力が高まった

問 26 臨床研修で身に付いた臨床知識、技術、態度についてお尋ねします。回答用紙の項目について A、B、C、Dのうち、該当するものを○で囲んでください。

A 確実にできる、自信がある B だいたいできる、たぶんできる C あまり自信がない、ひとりでは不安である D できない

1	患者の解釈モデルを聞きだすことができる	A	B	C	D
2	患者の病歴を系統的に聴取できる	A	B	C	D
3	患者と非言語的コミュニケーションができる	A	B	C	D
4	バイタルサインを取ることができる	A	B	C	D
5	皮膚の所見を記述できる	A	B	C	D
6	眼底所見により、動脈硬化の有無を判定できる	A	B	C	D
7	鼓膜を観察し、異常の有無を判定できる	A	B	C	D
8	甲状腺の触診ができる	A	B	C	D
9	心尖拍動を触知できる	A	B	C	D
10	心雑音を聴取し、記載できる	A	B	C	D
11	う音を聴取し、記載できる	A	B	C	D
12	筋性防御の有無を判定できる	A	B	C	D
13	直腸診で前立腺の異常を判断できる	A	B	C	D
14	妊娠の初期兆候を把握できる	A	B	C	D
15	双手診により女性附属器の腫脹を触知できる	A	B	C	D
16	関節可動域を検査できる	A	B	C	D
17	髄膜刺激所見をとることができる	A	B	C	D
18	うつ病の診断基準を述べることができる	A	B	C	D
19	骨折、脱臼、捻挫の鑑別診断ができる	A	B	C	D
20	尿沈査の鏡検で、赤血球、白血球、円柱を区別できる	A	B	C	D
21	便の潜血反応を実施し、結果を解釈することができる	A	B	C	D
22	血液ガス分析の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D
23	血算・白血球分画検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D
24	血液生化学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D
25	血液凝固機構に関する検査を指示し、結果を判定できる	A	B	C	D
26	簡易検査（血糖、電解質、尿素窒素など）の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D
27	血液免疫血清学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D
28	内分泌学的検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D
29	グラム染色を行い、結果の解釈ができる	A	B	C	D
30	髄液検査の適応が判断でき、結果の解釈ができる	A	B	C	D
31	心電図検査を自ら実施し、不整脈の鑑別診断ができる	A	B	C	D
32	肺機能検査で閉塞性換気障害の判定ができる	A	B	C	D
33	超音波検査を自ら実施し、胆管拡張の判定ができる	A	B	C	D
34	胸部単純X線でシルエットサインを判定できる	A	B	C	D
35	腹部単純X線でイレウスを判定できる	A	B	C	D
36	胸部CTで肺癌による所見を見出すことができる	A	B	C	D
37	頭部MRI検査の適応が判断でき、脳梗塞を判定できる	A	B	C	D
38	手術の手洗いが適切にできる	A	B	C	D
39	静脈血採血が正しくできる	A	B	C	D
40	動脈血採血が正しくできる	A	B	C	D
41	血液型クロスマッチを行い、結果の判定ができる	A	B	C	D
42	輸液の種類と適応を挙げ、輸液の量を決定できる	A	B	C	D
43	腰椎穿刺を実施できる	A	B	C	D

44	導尿法を実施できる	A	B	C	D
45	抗菌薬の作用・副作用を理解し、処方できる	A	B	C	D
46	局所浸潤麻酔とその副作用に対する処置が行える	A	B	C	D
47	傷病の基本的処置として、デブリードマンができる	A	B	C	D
48	皮膚縫合法を実施できる	A	B	C	D
49	術後起こりうる合併症及び異常に対して基本的な対処ができる	A	B	C	D
50	術前患者の不安に対し、心理的配慮をした処置ができる	A	B	C	D
51	心マッサージができる	A	B	C	D
52	気管挿管ができる	A	B	C	D
53	レスピレーターを装着し、調節できる	A	B	C	D
54	電氣的除細動の適応を挙げ、実施できる	A	B	C	D
55	救急患者の重症度および緊急度を判断できる	A	B	C	D
56	ショックの診断と治療ができる	A	B	C	D
57	末期患者の家族に病気を説明し、家族の心理的不安を受け止めることができる	A	B	C	D
58	在宅医療を希望する末期患者のために、環境整備を指導できる	A	B	C	D
59	緩和ケア（WHO 方式がん疼痛治療法を含む）のチーム医療に参加できる	A	B	C	D
60	患者の身体的側面だけでなく、心理社会的側面に配慮した治療ができる	A	B	C	D
61	医療費や社会福祉サービスに関する患者、家族の相談に応じ、解決法を指導できる	A	B	C	D
62	インフォームドコンセントをとることが実施できる	A	B	C	D
63	指導医や専門医に適切なタイミングでコンサルテーションができる	A	B	C	D
64	糖尿病患者への健康教育（健康相談および指導）ができる	A	B	C	D
65	日常よく行う処置、検査等の保険点数を知っている	A	B	C	D
66	ソーシャルワーカーの役割を理解し、協同して患者ケアを行える	A	B	C	D
67	禁煙指導ができる	A	B	C	D
68	患者の知識や関心のレベルに応じた健康教育ができる	A	B	C	D
69	在宅医療の適応の判断ができる	A	B	C	D
70	地域の医療資源を活用し、入院患者の退院後も継続性のある医療を提供できるよう調整することができる	A	B	C	D
71	社会福祉施設等の役割について理解し、連携をとることができる	A	B	C	D
72	診療上湧き上がってきた疑問点について、Medline で文献検索ができる	A	B	C	D
73	カンファレンス等で簡潔に受持患者のプレゼンテーションできる	A	B	C	D
74	診療録（退院時サマリーを含む）を POS (Problem Oriented System) に従って記載し管理できる	A	B	C	D
75	研究デザインを理解して、論文を読むことができる	A	B	C	D
76	学会で症例報告ができる	A	B	C	D
77	データの種類に応じて適切な統計学的解析ができる	A	B	C	D
78	医療上の安全確認の基本的な考え方を理解し、実施できる	A	B	C	D
79	医療事故防止及び事故後の対処について、マニュアルなどに沿って行動できる	A	B	C	D
80	院内感染対策 (Standard Precautions を含む) の基本を理解し、実施できる	A	B	C	D
81	高齢者の聴力・視力・認知面での障害の有無に配慮した、病歴聴取を行うことができる	A	B	C	D
82	高齢者の症状が非特異的、非典型的であることを理解して、身体所見をとることができる	A	B	C	D
83	高齢者の身体的、精神的、社会的活動性をできるだけ良好に維持するような治療法を提示することができる	A	B	C	D
84	小児の精神運動発達達の異常を判断できる	A	B	C	D
85	小児の採血、点滴ができる	A	B	C	D
86	患児の身体的苦痛のみならず、精神的ケアにも配慮できる	A	B	C	D
87	患児の年齢や理解度に応じた説明ができる	A	B	C	D
88	代表的な精神科疾患について、診断および治療ができる	A	B	C	D
89	精神科領域の薬物治療に伴うことの多い障害について理解し、適切な検査・処置ができる	A	B	C	D

90	精神科コ・メディカルスタッフ（PSW 等）の業務を理解し、連携してケアを行うことができる	A	B	C	D
91	地域の精神保健福祉に関する支援体制状況に関する知識を持ち、適切な連携をとることができる	A	B	C	D
92	守秘義務を果たし、プライバシーへの配慮ができる	A	B	C	D
93	患者の基本的権利について説明できる	A	B	C	D
94	自己決定できない患者での代理決定について判断できる	A	B	C	D
95	診療計画（診断、治療、患者・家族への説明を含む）を作成できる	A	B	C	D
96	診療ガイドラインやクリティカルパスを理解し活用できる	A	B	C	D
97	基本的な臨床知識・技術について後輩を指導することができる	A	B	C	D
98	医療人として必要な姿勢・態度について後輩のロールモデルになることができる	A	B	C	D

問 27 2 年の研修期間中にあなたの経験した症例数（入院患者あるいは外来患者）について、該当するもの（症例数）を○で囲んでください。

I 症状・病態について				
1	不眠	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
2	浮腫	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
3	リンパ節腫脹	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
4	発疹	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
5	発熱	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
6	頭痛	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
7	めまい	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
8	視力障害、視野狭窄	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
9	結膜の充血	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
10	胸痛	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
11	動悸	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
12	呼吸困難	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
13	咳・痰	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
14	嘔気・嘔吐	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
15	腹痛	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
16	便通異常（下痢、便秘）	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
17	腰痛	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
18	四肢のしびれ	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
19	血尿	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
20	排尿障害（尿失禁・排尿困難）	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
21	不安・抑うつ	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
22	心肺停止	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
23	ショック	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
24	意識障害	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
25	脳血管障害	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
26	急性心不全	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
27	急性冠症候群	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
28	急性腹症	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
29	急性消化管出血	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
30	外傷	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～
31	急性中毒	0 例	1～5 例	6～10 例 11 例～

32	誤飲、誤嚥	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
33	熱傷	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
34	自殺企図	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～

Ⅱ 疾患について（複数の疾患を含む項目は、そのひとつでも経験すれば1例と数え、合計数をご回答ください）

35	貧血（鉄欠乏性貧血、二次性貧血）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
36	脳・脊髄血管障害（脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
37	湿疹・皮膚炎群（接触皮膚炎、アトピー性皮膚炎）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
38	蕁麻疹	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
39	皮膚感染症	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
40	骨折	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
41	関節の脱臼、亜脱臼、捻挫、靱帯損傷	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
42	骨粗鬆症	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
43	脊柱障害（腰椎椎間板ヘルニア）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
44	心不全	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
45	狭心症、心筋梗塞	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
46	不整脈（主要な頻脈性、徐脈性不整脈）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
47	動脈疾患（動脈硬化症、大動脈瘤）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
48	高血圧症（本態性、二次性高血圧症）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
49	呼吸不全	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
50	呼吸器感染症（急性上気道炎、気管支炎、肺炎）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
51	閉塞性・拘束性肺疾患（気管支喘息、気管支拡張症）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
52	食道・胃・十二指腸疾患（食道静脈瘤、胃癌、消化性潰瘍、胃・十二指腸炎）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
53	小腸・大腸疾患（イレウス、急性虫垂炎、痔核・痔瘻）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
54	肝疾患（ウイルス性肝炎、急性・慢性肝炎、肝硬変、肝癌、アルコール性肝障害、薬物性肝障害）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
55	横隔膜・腹壁・腹膜（腹膜炎、急性腹症、ヘルニア）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
56	腎不全（急性・慢性腎不全、透析）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
57	泌尿器科的腎・尿路疾患（尿路結石、尿路感染症）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
58	妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
59	男性生殖器疾患（前立腺疾患、勃起障害、精巣腫瘍）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
60	糖代謝異常（糖尿病、糖尿病の合併症、低血糖）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
61	高脂血症	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
62	屈折異常（近視、遠視、乱視）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
63	角結膜炎	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
64	白内障	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
65	緑内障	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
66	中耳炎	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
67	アレルギー性鼻炎	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
68	認知障害（血管性認知障害を含む）	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
69	うつ病	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
70	統合失調症	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
71	身体表現性障害、ストレス関連障害	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～

72	ウイルス感染症(インフルエンザ、麻疹、風疹、水痘、ヘルペス、流行性耳下腺炎)	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
73	細菌感染症(ブドウ球菌、MRSA、A 群連鎖球菌、クラミジア)	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
74	結核	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
75	慢性関節リウマチ	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
76	アレルギー疾患	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
77	熱傷	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
78	小児けいれん性疾患	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
79	小児ウイルス感染症(麻疹、流行性耳下腺炎、水痘、突発性発疹、インフルエンザ)	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
80	小児喘息	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
81	高齢者の栄養摂取障害	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～
82	老年症候群(誤嚥、転倒、失禁、褥瘡)	0 例	1～5 例	6～10 例	11 例～

Ⅲ 医療記録について (作成した文書の数をご回答ください)

83	死亡診断書	0 通	1～5 通	6～10 通	11 通～
84	死体検案書	0 通	1・2 通	3・4 通	5 通～
85	CPC レポート(剖検報告)	0 例	1・2 例	3・4 例	5 例～
86	紹介状	0 通	1～5 通	6～10 通	11 通～

アンケートは以上です。ご協力いただき誠にありがとうございました。

添付資料 2. 令和 2 年臨床研修修了者アンケート調査票

【調査票B】令和2年臨床研修修了者アンケート

このアンケート調査は、臨床研修を修了した医師の進路に対するお考え等を把握し、政策に反映させるため厚生労働省が実施する調査です。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。なお、本調査結果は、臨床研修制度の向上等に向け、厚生労働省、厚生労働科学研究班及び自治体等において活用することがございます。

※ アンケート用紙を3月31日までに病院の担当者にお渡しください。

性別	年齢	研修プログラム番号	医籍番号	研修期間	中断有無	中断期間
男・女	歳			平成 年 月 日 ～ 年 月 日	有 無	平成 年 月 日 ～ 年 月 日

問1 あなたが卒業した医学部はどこですか。
下記の「医学部の一覧」をご参照の上、該当する学校番号をご記入ください。

医学部の一覧				
<国立大学法人等>		<公立大学・公立大学法人>		
1 北海道大学医学部	22 三重大学医学部	51 札幌医科大学	73 東邦大学医学部	
2 旭川医科大学	23 滋賀医科大学	52 福島県立医科大学医学部	74 日本大学医学部	
3 弘前大学医学部	24 京都大学医学部	53 横浜市立大学医学部	75 日本医科大学	
4 東北大学医学部	25 大阪大学医学部	54 名古屋市立大学医学部	76 北里大学医学部	
5 秋田大学医学部	26 神戸大学医学部	55 京都府立医科大学	77 東海大学医学部	
6 山形大学医学部	27 鳥取大学医学部	56 大阪市立大学医学部	78 聖マリアンナ医科大学	
7 筑波大学医学部	28 島根大学医学部	57 奈良県立医科大学	79 金沢医科大学	
8 群馬大学医学部	29 岡山大学医学部	58 和歌山県立医科大学	80 愛知医科大学	
9 防衛医科大学校	30 広島大学医学部		81 藤田保健衛生大学医学部	
10 千葉大学医学部	31 山口大学医学部	<私立大学>		82 大阪医科大学
11 東京大学医学部	32 徳島大学医学部	61 岩手医科大学	83 関西医科大学	
12 東京医科歯科大学医学部	33 香川大学医学部	62 自治医科大学	84 近畿大学医学部	
13 新潟大学医学部	34 愛媛大学医学部	63 獨協医科大学	85 兵庫医科大学	
14 富山大学医学部	35 高知大学医学部	64 埼玉医科大学	86 川崎医科大学	
15 金沢大学医学部	36 九州大学医学部	65 杏林大学医学部	87 久留米大学医学部	
16 福井大学医学部	37 佐賀大学医学部	66 慶應義塾大学医学部	88 福岡大学医学部	
17 山梨大学医学部	38 長崎大学医学部	67 順天堂大学医学部	89 産業医科大学	
18 信州大学医学部	39 熊本大学医学部	68 昭和大学医学部	<その他>	
19 岐阜大学医学部	40 大分大学医学部	69 帝京大学医学部	98 認定及び予備試験	
20 浜松医科大学	41 宮崎大学医学部	70 東京医科大学		
21 名古屋大学医学部	42 鹿児島大学医学部	71 東京慈恵会医科大学		
	43 琉球大学医学部	72 東京女子医科大学		

問2 あなたが高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県(出身地)はどこですか。
(下記の「都道府県の一覧」をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。)

問3 あなたが臨床研修を行った主たる病院が所在する都道府県はどこですか。
(下記の「都道府県の一覧」をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。)

問3-1 臨床研修を開始した病院には、どのように採用されましたか。
1 マッチングによる採用 2 アンマッチであったため個別の採用
3 マッチングに不参加で個別の採用 4 その他

問4 あなたが臨床研修を行った主たる病院の種別はどれですか。該当するもの1つに○をつけてください。
1 卒業した大学の大学病院 2 卒業した大学以外の大学病院 3 臨床研修病院
※「大学病院」は医学部附属の大学病院です。(防衛医科大学校等の病院は、臨床研修病院になります。)

問5 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として希望する主たる勤務地(都道府県)はどこですか。
(下記の「都道府県の一覧」をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。)

都道府県の一覧			
1 北海道	13 東京都	25 滋賀県	37 香川県
2 青森県	14 神奈川県	26 京都府	38 愛媛県
3 岩手県	15 新潟県	27 大阪府	39 高知県
4 宮城県	16 富山県	28 兵庫県	40 福岡県
5 秋田県	17 石川県	29 奈良県	41 佐賀県
6 山形県	18 福井県	30 和歌山県	42 長崎県
7 福島県	19 山梨県	31 鳥取県	43 熊本県
8 茨城県	20 長野県	32 島根県	44 大分県
9 栃木県	21 岐阜県	33 岡山県	45 宮崎県
10 群馬県	22 静岡県	34 広島県	46 鹿児島県
11 埼玉県	23 愛知県	35 山口県	47 沖縄県
12 千葉県	24 三重県	36 徳島県	48 海外

問6 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として希望する主たる病院等の種別はどれですか。該当するもの1つに○をつけてください。	
1 卒業した大学の大学病院	2 卒業した大学以外の大学病院
3 大学病院以外の病院(臨床研修病院を含む)	4 診療所
5 臨床医以外の進路(基礎医学、行政機関等)	

問7 あなたが臨床研修を行った病院(プログラム)を選んだ理由について、該当するものを最大3つまで影響が強かった順に番号をお答え下さい。	
1 臨床研修のプログラムが充実	2 たすきがけプログラムがあったから
3 指導体制が充実	4 熱心な指導医が在職
5 プライマリ・ケアに関する能力を修得できる	6 多くの症例を経験できる
7 様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める	8 高度な技術や知識を習得できる
9 病院の施設・設備が充実	10 専門医を取得するのに有利
11 学位を取得するのに有利	12 臨床研修後の進路やキャリアを考えて有利(10、11以外)
13 優れた研修医が集まっている	14 先輩等の評判が良い
15 出身大学である	16 出身地である
17 大都市圏である	18 労働環境(勤務時間・当直回数)が良い
19 雑用が少ない	20 処遇(給与・福利厚生)が良い
21 奨学金返還免除要件に指定されたため	22 その他
1番 2番 3番	

問8 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として、勤務を希望する病院等を選んだ理由について、該当するものを最大3つまで影響が強かった順に番号をお答え下さい。	
1 臨床研修修了後の研修プログラムが優れている	2 優れた指導者がいる
3 高度な技術や知識を習得できる	4 臨床研究が優れている
5 病院の施設・設備が充実	6 医師不足地域での医療への情熱
7 専門医取得につながる	8 学位(博士(医学)等)取得につながる
9 出身大学である	10 臨床研修を受けた病院である
11 国公立の病院である	12 大学からの派遣
13 先輩医師からの紹介	14 出身地である
15 大都市圏である	16 労働環境(勤務時間・当直回数)が良い
17 処遇(給与・福利厚生)が良い	18 出産・育児・教育の環境が整っている
19 奨学金返還免除要件に指定されたため	20 その他
1番 2番 3番	

問9 以下のうち、研修を行った施設等について、該当するものに○を付けてください。(複数回答可)		
1 保健所	2 介護老人保健施設	3 社会福祉施設
4 赤十字社血液センター	5 各種検診・健診施設	6 国際機関
7 行政機関	8 矯正施設	9 産業保健
10 上記施設では行っていない		

問10 臨床研修修了後、いわゆる大学の医局に入局(大学の講座や教室等に所属)する予定ですか。該当するもの1つに○を付けてください。(既に入局している人は1, または2から選んで下さい)	
1 卒業大学の医局	2 卒業した大学以外の医局
3 入局する予定はない	4 わからない・まだ決めていない

問11 あなたは、博士(医学)を取りたいと思いますか。該当するもの1つに○を付けてください。		
1 はい	2 いいえ	3 わからない・まだ決めていない

問12 臨床研修修了後、専門研修を行う予定ですか。該当するもの1つに○を付けてください。	
1 専門研修を行う →問12-1へ	2 来年は専門研修を行わない →問13へ
3 専門研修を行う予定がない →問13へ	4 わからない・まだ決めていない →問13へ

問12で「1 専門研修を行う」と回答された場合にお答えください。

問12-1	専門研修の分野はなんですか。
(下記の「専門研修の分野の一覧」をご参照の上、該当する番号をご記入ください。)	

専門研修の分野の一覧

1 内 科	6 整形外科	11 脳神経外科	16 救急科
2 小児科	7 産婦人科	12 放射線科	17 形成外科
3 皮膚科	8 眼科	13 麻酔科	18 リハビリテーション科
4 精神科	9 耳鼻咽喉科	14 病理	19 総合診療
5 外科	10 泌尿器科	15 臨床検査	

問12-2	専門研修プログラムを選んだ際、希望する分野で研修を行うために、研修を行う都道府県について、もともと希望していたところから変更しましたか。
1 いいえ	2 はい

問12-3	専門研修プログラムを選んだ際、希望する都道府県で研修を行うために、専攻する分野を変更しましたか。
1 いいえ	2 はい

問12-3で「2. はい」と回答した方にお尋ねします。

問12-4	専門研修プログラムを選んだ際、実際には選択しなかった第二希望の分野は何でしたか。
(上記の「専門研修の分野の一覧」をご参照の上、該当する番号をご記入ください。)	

問12-5	問12-4で回答した専門分野を選択しなかった理由について、該当するものを最大3つまで影響が強かった順に番号をお答え下さい。
1 将来的に専門性を維持しづらい 2 研修開始前には従事する診療科が未定だった 3 適性・才能がない 4 仕事の内容が想像と違った 5 やりがいが見いだせない 6 なんとなく相性が合わない 7 人間関係に疲弊 8 突然呼び出されることが多い 9 精神的にきつい 10 給与が悪い 11 労働環境(勤務時間・当直回数等)が悪い 12 研修施設・設備が充実していない 13 優れた指導者がいない(または転出してしまった) 14 他に興味を持つ分野ができた 15 専門医資格が取りづらい 16 訴訟となるリスクが高い 17 出産・育児・教育の環境が整っていない 18 医学博士号がとりづらい 19 継続したキャリアを積みにくい 20 専門領域の将来性に不安を感じた 21 その他 1 番 2 番 3 番	

(全員がお答えください)

問13 あなたが臨床研修を行う前の時点で、将来もっとも従事したいと考えていた診療科または基礎系の分野はどれですか。完全に一致するものがない場合は最も近いものを1つお答えください。

(下記の「診療科または基礎系の分野の一覧」をご参照の上、該当する番号をご記入ください。)

問14 あなたが現時点で、将来もっとも従事したい診療科または基礎系の分野はどれですか。完全に一致するものがない場合は最も近いものを1つお答えください。

(下記の「診療科または基礎系の分野の一覧」をご参照の上、該当する番号をご記入ください。)

診療科または基礎系の分野の一覧

1 内科	11 感染症内科	21 消化器外科	31 麻酔科
2 呼吸器内科	12 心療内科	22 肛門外科	32 皮膚科
3 循環器内科	13 救急科	23 小児外科	33 泌尿器科
4 消化器内科(胃腸内科)	14 地域医療	24 脳神経外科	34 形成外科
5 腎臓内科	15 地域保健	25 整形外科	35 美容外科
6 神経内科	16 外科	26 精神科	36 眼科
7 糖尿病内科(代謝内科)	17 呼吸器外科	27 小児科	37 耳鼻咽喉科
8 血液内科	18 心臓血管外科	28 産婦人科	38 リハビリテーション科
9 アレルギー科	19 乳腺外科	29 産科*	39 放射線科
10 リウマチ科	20 気管食道外科	30 婦人科*	40 病理診断科
※ 産科、婦人科は、それぞれ産科のみ、婦人科のみの場合を選択			
41 臨床検査科	45 生化学	49 微生物学	53 衛生学・公衆衛生学
42 総合診療	46 薬理学	50 寄生虫学	54 行政機関
43 解剖学	47 病理学	51 免疫学	55 未定
44 生理学	48 法医学	52 その他の基礎医学・生物学	

問13と問14の回答が異なる方にお聞きます。

問15 臨床研修前に希望していた診療科または基礎系の分野が研修後に変った理由について、該当するものを最大3つまで影響が強かった順に番号をお答え下さい。

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| 1 将来的に専門性を維持しづらい | 2 研修開始前には従事する診療科が未定だった |
| 3 適性・才能がない | 4 仕事の内容が想像と違った |
| 5 やりがいが見いだせない | 6 なんとなく相性が合わない |
| 7 人間関係に疲弊 | 8 突然呼び出されることが多い |
| 9 精神的にきつい | 10 給与が悪い |
| 11 労働環境(勤務時間・当直回数等)が悪い | 12 研修施設・設備が充実していない |
| 13 優れた指導者がいない(または転出してしまった) | 14 他に興味を持つ分野ができた |
| 15 専門医資格が取りづらい | 16 訴訟となるリスクが高い |
| 17 出産・育児・教育の環境が整っていない | 18 医学博士号がとりづらい |
| 19 継続したキャリアを積みにくい | 20 専門領域の将来性に不安を感じた |
| 21 その他 | |

1 番	2 番	3 番
--------	--------	--------

(全員お答えください)

問16 問14の回答について伺います。あなたが将来もっとも従事したい診療科または基礎系の分野を選択した理由について、該当するものを最大3つまで影響が強かった順に番号をお答え下さい。

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1 適性・才能があると感じた | 2 やりがいがある |
| 3 なんとなく相性が合う | 4 患者・患者家族からの信頼を得やすい |
| 5 給与が良い | 6 労働環境(勤務時間・当直回数等)が良い |
| 7 学問的に興味がある | 8 優れた指導者がいる |
| 9 専門性を維持しやすい | 10 専門医資格がとりやすい |
| 11 先輩や教授に誘われた | 12 訴訟のリスクが低い |
| 13 親や親戚がその診療科・分野に従事 | 14 独立・開業しやすい |
| 15 出産・育児・教育の環境が整っている | 16 医学博士号がとりやすい |
| 17 プライマリケアに関する能力を得られると思ったから | 18 地域に貢献したいから |
| 19 継続したキャリアを積みやすい | 20 その他 |

1 番	2 番	3 番
--------	--------	--------

(全員お答えください)

- 問17 あなたが経験した(予定を含む)臨床研修に関して、研修を行った診療科で、期間の合計を月数でお答えください。
 ※ 合計が24ヶ月以上になる事をご確認ください。 ※研修終了時までの予定も含むこと。
 ※ 1内科、16外科、28産婦人科は続けて示された診療科の合計ではなく、それぞれ研修を行った診療科であることをご確認ください。
 ※ 地域医療とは、必修の「地域医療研修」を指します。この期間については他の診療科の期間に入れないでください。
 ※ 地域保健とは、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、各種検診・健診の実施施設等を指し、必修の「地域医療研修」は含まれない。

診療科目	ローテート期間
1 内科	ヶ月
2 呼吸器内科	ヶ月
3 循環器内科	ヶ月
4 消化器内科(胃腸内科)	ヶ月
5 腎臓内科	ヶ月
6 神経内科	ヶ月
7 糖尿病内科(代謝内科)	ヶ月
8 血液内科	ヶ月
9 アレルギー科	ヶ月
10 リウマチ科	ヶ月
11 感染症内科	ヶ月
12 心療内科	ヶ月
13 救急科	ヶ月
14 地域医療	ヶ月
15 地域保健	ヶ月
16 外科	ヶ月
17 呼吸器外科	ヶ月
18 心臓血管外科	ヶ月
19 乳腺外科	ヶ月
20 気管食道外科	ヶ月
21 消化器外科	ヶ月
22 肛門外科	ヶ月
23 小児外科	ヶ月
24 脳神経外科	ヶ月
25 整形外科	ヶ月
26 精神科	ヶ月
27 小児科	ヶ月
28 産婦人科	ヶ月

* 産科、婦人科は、それぞれ産科のみ、婦人科のみの場合に選択

診療科目	ローテート期間
29 産科*	ヶ月
30 婦人科*	ヶ月
31 麻酔科	ヶ月
32 皮膚科	ヶ月
33 泌尿器科	ヶ月
34 形成外科	ヶ月
35 美容外科	ヶ月
36 眼科	ヶ月
37 耳鼻咽喉科	ヶ月
38 リハビリテーション科	ヶ月
39 放射線科	ヶ月
40 病理診断科	ヶ月
41 臨床検査科	ヶ月
42 総合診療	ヶ月
43 解剖学	ヶ月
44 生理学	ヶ月
45 生化学	ヶ月
46 薬理学	ヶ月
47 病理学	ヶ月
48 法医学	ヶ月
49 微生物学	ヶ月
50 寄生虫学	ヶ月
51 免疫学	ヶ月
52 その他の基礎医学・生物学	ヶ月
53 衛生学・公衆衛生学	ヶ月
54 行政機関	ヶ月
55 オリエンテーション	ヶ月
56 その他	ヶ月

ローテート期間合計 ヶ月

※ 合計が24ヶ月以上になる事をご確認ください。

問17-1 あなたが経験した(予定を含む)臨床研修に関して、研修病院で必修とされた診療科は以下のうちどれですか。

- 1 内科、地域医療、救急のみ 2 内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療、救急を含む
 3 上記の1と2以外(1に加えていくつかの診療科が必修だが2より少ない)

問18 あなたが経験した(予定を含む)臨床研修に関して、研修期間の合計を研修病院・施設毎に月数でお答えください。

※ 合計が24ヶ月以上になる事をご確認ください。 ※研修終了時までの予定も含むこと。

基幹型臨床研修病院・基幹型相当大学病院	ヶ月	→ ※臨床研修の全体的な管理を行っている病院
協力型臨床研修病院・協力型相当大学病院	ヶ月	→ ※基幹型臨床研修病院・基幹型相当大学病院と共同して臨床研修を実施している病院
臨床研修協力施設	ヶ月	→ ※上記以外(診療所、保健所、検診・健診の実施施設等)

問19 あなたが経験した臨床研修を振り返って、以下のそれぞれの項目についての満足度をお答えください。

A～Hに対し、該当する数値にそれぞれ○を付けてください。

A	研修プログラム	満足していない ←	1	2	3	4	5	→大変満足している
B	経験症例・検査等の種類	満足していない ←	1	2	3	4	5	→大変満足している
C	経験症例・検査等の数	満足していない ←	1	2	3	4	5	→大変満足している
D	診療への関わり方	満足していない ←	1	2	3	4	5	→大変満足している
E	指導体制	満足していない ←	1	2	3	4	5	→大変満足している
F	臨床研修に関する病院の体制	満足していない ←	1	2	3	4	5	→大変満足している
G	処遇(給与、休暇、休養等)	満足していない ←	1	2	3	4	5	→大変満足している
H	臨床研修全体	満足していない ←	1	2	3	4	5	→大変満足している

問20 あなたは、入学時に、大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意志をもった学生の選抜枠(いわゆる地域枠)」で入学しましたか。該当するもの1つに○を付けてください。
1 はい → 問20-1へ 2 いいえ → 問21へ

問20で「1. はい」と回答した方にお尋ねします。

問20-1 どの地域で臨床に従事することが求められていますか (問5の下にある<都道府県の一覧>をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。 特に地域的な指定がなかった場合は49とご記入ください。)	
--	--

(全員お答えください)

問21 あなたは、学生時代に特定の地域や診療科での勤務を条件とする奨学金を受給しましたか。 該当するもの1つに○を付けてください。
1 はい → 問21-1へ 2 いいえ → 問23へ 3 受給したが途中で返還した → 問21-1へ

問21で「1. はい」または「3. 受給したが途中で返還した」と回答した方にお尋ねします。

問21-1 奨学金の支給元を以下から該当するものに○を付けてください。(複数回答可)
1 都道府県 2 市町村 3 大学 4 大学以外の医療機関 5 その他

問21-2 あなたが受給した奨学金の返還の免除要件に、特定の地域で臨床に従事することが求められていますか。該当するもの1つに○を付けてください。

1 特定の地域で求められている → 問21-3へ
2 特定の地域で求められていない → 問22-1へ

問21-2で「1. 特定の地域で求められている」回答した方にお尋ねします。

問21-3 従事することが求められている(求められていた)都道府県はどこですか。 (問5の下にある<都道府県の一覧>をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。)	
---	--

問21-4 従事先について、該当するものすべてに○を付けてください。

1 特定地域内の複数医療機関から選択 2 特定の大学 3 大学以外の特定の医療機関
4 その他

問21-5 あなたが受給した奨学金の免除要件に、特定の地域でのいわゆる初期の臨床研修が求められていますか。該当するもの1つに○を付けてください。

1 特定の地域で初期臨床研修が求められている (例:「卒後、初期臨床研修を含めて連続して9年間従事する」など)
2 特定の地域で初期臨床研修が求められていない (例:「県外の臨床研修が可能」、「大学院進学が可能」、「卒後15年間のうち9年間従事する」など)
3 その他()

問21-6 あなたが受給した奨学金の免除要件に、特定の地域での専門研修が求められていますか。該当するもの1つに○を付けてください。

1 特定の地域で専門研修が求められている (例:「卒後、初期臨床研修を含めて連続して9年間従事する」など)
2 特定の地域で専門研修が求められていない (例:「県外の専門研修が可能」、「大学院進学が可能」、「卒後15年間のうち9年間従事する」など)
3 その他()

問21で「1. はい」または「3. 受給したが途中で返還した」と回答した方にお尋ねします。

問22-1 あなたが受給した奨学金の免除要件には、いわゆる臨床研修修了後に、特定の診療科における診療が求められている、あるいは求められていましたか。該当するもの1つに○を付けてください。

1 特定の診療科における診療が求められている(例:「卒後、連続して9年間従事する」、「臨床研修修了後、連続して9年間従事する」)
2 特定の診療科における診療が求められているが、一定期間の累積年数が決められている。(例:「卒後15年の間に9年間従事する」)
3 特定の診療科における診療は求められていない□
4 その他()

→ 3または4を回答された方は、問23へ

問22-1で「1」または「2」と回答した方にお尋ねします。

問22-2 従事する診療科は何ですか(複数回答可)
(問14の下にある<診療科または基礎系の分野の一覧>をご参照の上、該当する診療科番号をご記入ください。)

問23 臨床研修中にJAMEP(基本的臨床能力評価試験)を受験したかお答えください
1 受験した 2 受験していない

問24 基幹型臨床研修病院で1ヶ月あたり平均何回程度当直業務を行ったかお答えください
()回

問25 当直時に平均して何例救急症例を経験しましたか。救急車による搬送症例とWalk-in症例のそれぞれについてお答えください
救急車()台 Walk-in()例

問26 当直業務実施にあたり、給与の支払いを受けていましたか
1 受けていた 2 受けていない

問26で「1. 受けていた」と回答した方にお尋ねします。

問26-1 当直業務1回あたりの平均の給与(手当含む)をお答えください
()円

(全員お答えください)

問27 以下の診療能力等について、指導の有無と自己評価としてもっとも該当するものにそれぞれ○を付けてください。							
1	医師としての基本的価値観 (プロフェッショナリズム※)	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている
※プロフェッショナリズム: 社会的使命と公衆衛生への寄与、利他的な態度、人間性の尊重、自らを高める姿勢							
2	医学・医療における倫理性	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている
3	医学知識と問題対応能力	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている
4	診療技能と患者ケア	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている
5	コミュニケーション能力	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている
6	チーム医療の実践	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている
7	医療の質と安全の管理	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている
8	社会における医療の実践	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている
9	科学的探究	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている
10	生涯にわたってともに学ぶ姿勢	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている
11	一般外来における診療能力	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている
12	病棟における診療能力	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている
13	初期救急における診療能力	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている
14	地域医療における診療能力	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5 → よく指導された
		あまりできていない←	1	2	3	4	5 → よくできている

問28 医療の持つ社会的側面を踏まえた以下のような指導を受けましたか									
1	保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みに対する指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
2	健康保険、公費負担医療の適切な活用に対する指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
3	地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を行うことに対する指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
4	予防医療・保健・健康増進に対する指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
5	地域包括ケアシステムの推進に対する指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
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対する指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
7	後発品など薬効と価格を考慮し使い分ける	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
8	AMR予防を意識した抗生物質・抗菌薬の適正使用	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している
9	費用対効果などを考慮した臨床指導	あまり指導がなかった←	1	2	3	4	5	→	よく指導された
		あまり理解できなかった←	1	2	3	4	5	→	よく理解している

問29 地域医療研修の効果について、該当するものに○をつけてください。(複数回答可)	
1	地域医療への関心が高まった
※地域医療とは、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)を指す	
2	地域医療に従事したいと考えようになった
3	退院支援(退院後における在宅医療の環境整備、リハビリテーション等)の理解が深まった
4	病病・病診・診診連携、他病院からの受入等(地域連携担当部署の業務)の理解が深まった
5	地域包括ケア・介護関係の業務(主治医意見書作成、ケアカンファレンス参加等)の理解が深まった
6	緩和ケア・終末期医療・看取りの理解が深まった
7	一次救急の対応ができるようになった
8	外来診療の診療能力が高まった
9	在宅医療の診療能力が高まった
10	チーム医療(関係職種と連携した栄養管理、リハビリテーション、褥瘡対策等)の理解が深まった
11	他職種連携(社会福祉士、介護支援専門員(ケアマネージャー)等と連携した業務)の理解が深まった
12	予防医療への理解が深まった
13	幅広い疾病・症候に対する総合的な診療能力が高まった

問30 臨床研修においてプライマリケア能力をつけるために重要だと思うこと全てに○をつけてください。(複数回答可)	
1	内科研修期間の延長
2	救急科研修期間の延長
3	地域医療実習の期間の延長
4	日直・当直業務の回数の増加
5	多数の診療科のローテート
6	選択期間の延長
7	その他()

問31 臨床研修で、救急患者の重症度および緊急度を判断が身につきましたか。	
1	確実にできる、自信がある
2	だいたいできる、たぶんできる
3	あまり自信がない、ひとりでは不安である
4	できない

問32 臨床研修中に病的賭博(ギャンブル依存症)の症例を何例経験しましたか。	
1	0例
2	1～5例
3	6～10例
4	11例～

問33 下記①～⑨の項目について、2年間の研修中のあなたの実施状況について、1)～6)のうち該当する選択肢に○を記載してください

- 1) 指導医等の指示あるいは病院の方針により2年間通して実施した
- 2) 予め決められた期間、当該業務を行うよう指導医等から指示があった
- 3) 当該業務を習得するまで行い、指導医等の判断により他職種がするようになった
- 4) 自らの意志で一定期間実施した
- 5) 2年間を通して実施していない
- 6) その他

	1)	2)	3)	4)	5)	6)
① 初療時の予診						
② 検査手順の説明や入院の説明						
③ 薬の説明や服薬の指導						
④ 静脈採血						
⑤ 静脈注射						
⑥ 静脈ラインの確保						
⑦ 尿道カテーテルの留置						
⑧ 診断書等の記載（下書き）・入力（代行）						
⑨ 患者の移動						

※ ①～⑨の項目は、厚生労働省が医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みとして、医師から他職種へタスク・シフト/シェアを推進している業務。

問34 あなたが研修を行った病院（基幹型臨床研修病院）では、医師から医師以外の他職種へのタスク・シフト/シェアに関する方針について、1)～5)のうち該当するものに○を記載してください

- 1 病院の方針として、タスク・シフト/シェアする業務が明確に示されていた
- 2 病院の方針として、タスク・シフト/シェアする業務は明確に示されていないが、タスク・シフト/シェアについて積極的に取り組まれていた
- 3 病院の方針としてタスク・シフト/シェアする業務が明確に示されておらず、タスク・シフト/シェアについても積極的に取り組まれていなかった
- 4 わからない
- 5 その他

添付資料3. 令和3年臨床研修修了者アンケート調査票

【調査票B】令和3年臨床研修修了者アンケート

このアンケート調査は、臨床研修を修了した医師の進路に対するお考え等を把握し、政策に反映させるため厚生労働省が実施する調査です。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。なお、本調査結果は、臨床研修制度をはじめとした医師養成課程にかかる制度の向上等に向け、厚生労働省、厚生労働科学研究班及び自治体等において活用することがございます。

※ アンケート用紙を3月31日までに病院の担当者にお渡しください。

性別	年齢	研修プログラム番号	医籍番号	研修期間	中断有無	中断期間
男・女	歳			平成 年 月 日 ～ 年 月 日	有 無	平成 年 月 日 ～ 年 月 日

問1 あなたが卒業した医学部はどこですか。

下記の「医学部の一覧」をご参照の上、該当する学校番号をご記入ください。

医学部の一覧							
<国立大学法人等>		22	三重大学医学部	<公立大学・公立大学法人>	73	東邦大学医学部	
1	北海道大学医学部	23	滋賀医科大学	51	札幌医科大学	74	日本大学医学部
2	旭川医科大学	24	京都大学医学部	52	福島県立医科大学医学部	75	日本医科大学
3	弘前大学医学部	25	大阪大学医学部	53	横浜市立大学医学部	76	北里大学医学部
4	東北大学医学部	26	神戸大学医学部	54	名古屋市立大学医学部	77	東海大学医学部
5	秋田大学医学部	27	鳥取大学医学部	55	京都府立医科大学	78	聖マリアンナ医科大学
6	山形大学医学部	28	島根大学医学部	56	大阪市立大学医学部	79	金沢医科大学
7	筑波大学医学部	29	岡山大学医学部	57	奈良県立医科大学	80	愛知医科大学
8	群馬大学医学部	30	広島大学医学部	58	和歌山県立医科大学	81	藤田医科大学医学部
9	防衛医科大学校	31	山口大学医学部	<私立大学>		82	大阪医科大学
10	千葉大学医学部	32	徳島大学医学部	61	岩手医科大学	83	関西医科大学
11	東京大学医学部	33	香川大学医学部	62	自治医科大学	84	近畿大学医学部
12	東京医科歯科大学医学部	34	愛媛大学医学部	63	獨協医科大学	85	兵庫医科大学
13	新潟大学医学部	35	高知大学医学部	64	埼玉医科大学	86	川崎医科大学
14	富山大学医学部	36	九州大学医学部	65	杏林大学医学部	87	久留米大学医学部
15	金沢大学医学部	37	佐賀大学医学部	66	慶應義塾大学医学部	88	福岡大学医学部
16	福井大学医学部	38	長崎大学医学部	67	順天堂大学医学部	89	産業医科大学
17	山梨大学医学部	39	熊本大学医学部	68	昭和大学医学部	<その他>	
18	信州大学医学部	40	大分大学医学部	69	帝京大学医学部	98	認定及び予備試験
19	岐阜大学医学部	41	宮崎大学医学部	70	東京医科大学		
20	浜松医科大学	42	鹿児島大学医学部	71	東京慈恵会医科大学		
21	名古屋大学医学部	43	琉球大学医学部	72	東京女子医科大学		

問2 あなたが高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県(出身地)はどこですか。

(下記の「都道府県の一覧」をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。)

問3 あなたが臨床研修を行った主たる病院が所在する都道府県はどこですか。

(下記の「都道府県の一覧」をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。)

問3-1 臨床研修を開始した病院には、どのように採用されましたか。

1 マッチングによる採用	2 アンマッチであったため個別の採用
3 マッチングに不参加で個別の採用	4 その他

問4 あなたが臨床研修を行った主たる病院の種別はどれですか。該当するもの1つに○をつけてください。

1 卒業した大学の大学病院	2 卒業した大学以外の大学病院	3 臨床研修病院
---------------	-----------------	----------

※「大学病院」は医学部附属の大学病院です。(防衛医科大学校等の病院は、臨床研修病院になります。)

問5 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として希望する主たる勤務地(都道府県)はどこですか。

(下記の「都道府県の一覧」をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。)

都道府県の一覧			
1 北海道	13 東京都	25 滋賀県	37 香川県
2 青森県	14 神奈川県	26 京都府	38 愛媛県
3 岩手県	15 新潟県	27 大阪府	39 高知県
4 宮城県	16 富山県	28 兵庫県	40 福岡県
5 秋田県	17 石川県	29 奈良県	41 佐賀県
6 山形県	18 福井県	30 和歌山県	42 長崎県
7 福島県	19 山梨県	31 鳥取県	43 熊本県
8 茨城県	20 長野県	32 島根県	44 大分県
9 栃木県	21 岐阜県	33 岡山県	45 宮崎県
10 群馬県	22 静岡県	34 広島県	46 鹿児島県
11 埼玉県	23 愛知県	35 山口県	47 沖縄県
12 千葉県	24 三重県	36 徳島県	48 海外

問6 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として希望する主たる病院等の種別はどれですか。該当するもの1つに○をつけてください。	
1 卒業した大学の大学病院	2 卒業した大学以外の大学病院
3 大学病院以外の病院(臨床研修病院を含む)	4 診療所
5 臨床医以外の進路(基礎医学、行政機関等)	

問7 あなたが臨床研修を行った病院(プログラム)を選んだ理由について、該当するものを最大3つまで番号をお答え下さい。	
1 臨床研修のプログラムが充実	2 たすきがけプログラムがあったから
3 指導体制が充実	4 熱心な指導医が在職
5 プライマリ・ケアに関する能力を修得できる	6 多くの症例を経験できる
7 様々な診療科・部門でバランス良い経験を積める	8 高度な技術や知識を習得できる
9 病院の施設・設備が充実	10 専門医を取得するのに有利
11 学位を取得するのに有利	12 臨床研修後の進路やキャリアを考えると有利(10、11以外)
13 優れた研修医が集まっている	14 先輩等の評判が良い
15 出身大学である	16 出身地である
17 大都市圏である	18 労働環境(勤務時間・当直回数)が良い
19 雑用が少ない	20 処遇(給与・福利厚生)が良い
21 奨学金返還免除要件に指定されたため	22 その他

問8 臨床研修修了後の研修の場・勤務先として、勤務を希望する病院等を選んだ理由について、該当するものを最大3つまで番号をお答え下さい。	
1 臨床研修修了後の研修プログラムが優れている	2 優れた指導者がいる
3 高度な技術や知識を習得できる	4 臨床研究が優れている
5 病院の施設・設備が充実	6 医師不足地域での医療への情熱
7 専門医取得につながる	8 学位(博士(医学)等)取得につながる
9 出身大学である	10 臨床研修を受けた病院である
11 国公立の病院である	12 大学からの派遣
13 先輩医師からの紹介	14 出身地である
15 大都市圏である	16 労働環境(勤務時間・当直回数)が良い
17 処遇(給与・福利厚生)が良い	18 出産・育児・教育の環境が整っている
19 奨学金返還免除要件に指定されたため	20 その他

問9 以下のうち、研修を行った施設等について、該当するものに○を付けてください。(複数回答可)		
1 保健所	2 介護老人保健施設	3 社会福祉施設
4 赤十字社血液センター	5 各種検診・健診施設	6 国際機関
7 行政機関	8 矯正施設	9 産業保健
10 上記施設では行っていない		

問10 臨床研修修了後、いわゆる大学の医局に入局(大学の講座や教室等に所属)する予定ですか。該当するもの1つに○を付けてください。(既に入局している人は1、または2から選んで下さい)	
1 卒業大学の医局	2 卒業した大学以外の医局
3 入局する予定はない	4 わからない・まだ決めていない

問11 あなたは、博士(医学)を取りたいと思いますか。該当するもの1つに○を付けてください。		
1 はい	2 いいえ	3 わからない・まだ決めていない

問12 臨床研修修了後、専門研修を行う予定ですか。該当するもの1つに○を付けてください。	
1 専門研修を行う →問12-1へ	2 来年は専門研修を行わない →問13へ
3 専門研修を行う予定がない →問13へ	4 わからない・まだ決めていない →問13へ

問12で「1 専門研修を行う」と回答された場合にお答えください。

問12-1	専門研修の分野はなんですか。		
(下記の「専門研修の分野の一覧」をご参照の上、該当する番号をご記入ください。)			
専門研修の分野の一覧			
1 内科	6 整形外科	11 脳神経外科	16 救急科
2 小児科	7 産婦人科	12 放射線科	17 形成外科
3 皮膚科	8 眼科	13 麻酔科	18 リハビリテーション科
4 精神科	9 耳鼻咽喉科	14 病理	19 総合診療
5 外科	10 泌尿器科	15 臨床検査	

問12-2	専門研修に応募する際、意思決定や実際の採用において、シーリングの影響はありましたか。	
研修場所(都道府県)	1 あった	2 なかった
診療科	1 あった	2 なかった

問12-3	専門研修プログラムを選んだ際、希望する分野で研修を行うために、研修を行う都道府県について、もともと希望していたところから変更しましたか。	
1 はい	2 いいえ	

問12-4	専門研修プログラムを選んだ際、もともと希望していたところから、専攻する分野を変更しましたか。	
1 はい	2 いいえ	

問12-4で「1. はい」と回答した方にお尋ねします。

問12-5	専門研修プログラムを選んだ際、実際には選択しなかった第二希望の分野は何でしたか。	
(上記の「専門研修の分野の一覧」をご参照の上、該当する番号をご記入ください。)		

問12-6	問12-5で回答した専門分野を選択しなかった理由について、該当するものを最大3つまで番号をお答え下さい。	
1 将来的に専門性を維持しづらい 3 適性・才能がない 5 やりがいが見いだせない 7 人間関係に疲弊 9 精神的にきつい 11 労働環境(勤務時間・当直回数等)が悪い 13 優れた指導者がいない(または転出してしまった) 15 専門医資格が取りづらい 17 出産・育児・教育の環境が整っていない 19 継続したキャリアを積みにくい 21 シーリングの影響 2 研修開始前には従事する診療科が未定だった 4 仕事の内容が想像と違った 6 なんとなく相性が合わない 8 突然呼び出されることが多い 10 給与が悪い 12 研修施設・設備が充実していない 14 他に興味を持つ分野ができた 16 訴訟となるリスクが高い 18 医学博士号がとりづらい 20 専門領域の将来性に不安を感じた 22 その他		

(全員がお答えください)

問13 あなたが臨床研修を行う前の時点で、将来もっとも従事したいと考えていた診療科または基礎系の分野はどれですか。完全に一致するものがない場合は最も近いものを1つお答えください。

(下記の「診療科または基礎系の分野の一覧」をご参照の上、該当する番号をご記入ください。)

問14 あなたが現時点で、将来もっとも従事したい診療科または基礎系の分野はどれですか。完全に一致するものがない場合は最も近いものを1つお答えください。

(下記の「診療科または基礎系の分野の一覧」をご参照の上、該当する番号をご記入ください。)

診療科または基礎系の分野の一覧

1 内科	16 心臓血管外科	31 泌尿器科	46 法医学
2 呼吸器内科	17 乳腺外科	32 形成外科	47 微生物学
3 循環器内科	18 気管食道外科	33 美容外科	48 寄生虫学
4 消化器内科(胃腸内科)	19 消化器外科	34 眼科	49 免疫学
5 腎臓内科	20 肛門外科	35 耳鼻咽喉科	50 その他の基礎医学・生物学
6 脳神経内科	21 小児外科	36 リハビリテーション科	51 衛生学・公衆衛生学 (国際保健含む)
7 糖尿病内科(代謝内科)	22 脳神経外科	37 放射線科	52 行政機関
8 血液内科	23 整形外科	38 病理診断科	53 未定
9 アレルギー科	24 精神科	39 臨床検査科	
10 リウマチ科	25 小児科	40 総合診療	
11 感染症内科	26 産婦人科	41 解剖学	
12 心療内科	27 産科*	42 生理学	
13 救急科	28 婦人科*	43 生化学	
14 外科	29 麻酔科	44 薬理学	
15 呼吸器外科	30 皮膚科	45 病理学	

※ 産科、婦人科は、それぞれ産科のみ、婦人科のみの場合に選択

問13と問14の回答が異なる方にお聞きます。

問15 臨床研修前に希望していた診療科または基礎系の分野が研修後に変った理由について、該当するものを最大3つまで番号をお答え下さい。

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| 1 将来的に専門性を維持しづらい | 2 研修開始前には従事する診療科が未定だった |
| 3 適性・才能がない | 4 仕事の内容が想像と違った |
| 5 やりがいが見いだせない | 6 なんとなく相性が合わない |
| 7 人間関係に疲弊 | 8 突然呼び出されることが多い |
| 9 精神的にきつい | 10 給与が悪い |
| 11 労働環境(勤務時間・当直回数等)が悪い | 12 研修施設・設備が充実していない |
| 13 優れた指導者がいない(または転出してしまった) | 14 他に興味を持つ分野ができた |
| 15 専門医資格が取りづらい | 16 訴訟となるリスクが高い |
| 17 出産・育児・教育の環境が整っていない | 18 医学博士号がとりづらい |
| 19 継続したキャリアを積みにくい | 20 専門領域の将来性に不安を感じた |
| 21 その他 | |

--	--	--

(全員お答えください)

問16 問14の回答について伺います。あなたが将来もっとも従事したい診療科または基礎系の分野を選択した理由について、該当するものを最大3つまで番号をお答え下さい。

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1 適性・才能があると感じた | 2 やりがいがある |
| 3 なんとなく相性が合う | 4 患者・患者家族からの信頼を得やすい |
| 5 給与が良い | 6 労働環境(勤務時間・当直回数等)が良い |
| 7 学問的に興味がある | 8 優れた指導者がいる |
| 9 専門性を維持しやすい | 10 専門医資格がとりやすい |
| 11 先輩や教授に誘われた | 12 訴訟のリスクが低い |
| 13 親や親戚がその診療科・分野に従事 | 14 独立・開業しやすい |
| 15 出産・育児・教育の環境が整っている | 16 医学博士号がとりやすい |
| 17 プライマリケアに関する能力を得られると思ったから | 18 地域に貢献したいから |
| 19 継続したキャリアを積みやすい | 20 その他 |

--	--	--

(全員お答えください)

- 問17 あなたが経験した(予定を含む)臨床研修に関して、研修を行った診療科で、期間の合計を月数でお答えください。
- ※ 合計が24ヶ月以上になる事をご確認ください。 ※研修修了時までの予定も含むこと。
- ※ 1内科、16外科、28産婦人科は続けて示された診療科の合計ではなく、それぞれ研修を行った診療科であることをご確認ください。
- ※ 地域医療とは、必修の「地域医療研修」を指します。この期間については他の診療科の期間に入れないでください。
- ※ 地域保健とは、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、各種検診・健診の実施施設等を指し、必修の「地域医療研修」は含まれない。

* 産科、婦人科は、それぞれ産科のみ、婦人科のみの場合に選択

診療科目	ローテート期間	診療科目	ローテート期間
1 内科(2～12以外)	ヶ月	25 整形外科	ヶ月
2 呼吸器内科	ヶ月	26 精神科	ヶ月
3 循環器内科	ヶ月	27 小児科	ヶ月
4 消化器内科(胃腸内科)	ヶ月	28 産婦人科	ヶ月
5 腎臓内科	ヶ月	29 産科*	ヶ月
6 神経内科	ヶ月	30 婦人科*	ヶ月
7 糖尿病内科(代謝内科)	ヶ月	31 麻酔科	ヶ月
8 血液内科	ヶ月	32 皮膚科	ヶ月
9 アレルギー科	ヶ月	33 泌尿器科	ヶ月
10 リウマチ科	ヶ月	34 形成外科	ヶ月
11 感染症内科	ヶ月	35 美容外科	ヶ月
12 心療内科	ヶ月	36 眼科	ヶ月
13 救急科(必修)	ヶ月	37 耳鼻咽喉科	ヶ月
14 地域医療(必修)	ヶ月	38 リハビリテーション科	ヶ月
15 地域保健	ヶ月	39 放射線科	ヶ月
16 外科(17～25以外)	ヶ月	40 病理診断科	ヶ月
17 呼吸器外科	ヶ月	41 臨床検査科	ヶ月
18 心臓血管外科	ヶ月	42 総合診療	ヶ月
19 乳腺外科	ヶ月	43 基礎医学・生物学	ヶ月
20 気管食道外科	ヶ月	44 衛生学・公衆衛生学	ヶ月
21 消化器外科	ヶ月	45 行政機関	ヶ月
22 肛門外科	ヶ月	46 オリエンテーション	ヶ月
23 小児外科	ヶ月	47 その他	ヶ月
24 脳神経外科	ヶ月		

ローテート期間合計 ヶ月

※ 合計が24ヶ月以上になる事をご確認ください。

問17-1 あなたが経験した(予定を含む)臨床研修に関して、研修病院で必修とされた診療科は以下のうちどれですか。

- 1 内科、地域医療、救急のみ 2 内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療、救急を含む
- 3 上記の1と2以外(1に加えていくつかの診療科が必修だが2より少ない)

問18 あなたが経験した(予定を含む)臨床研修に関して、研修期間の合計を研修病院・施設毎に月数でお答えください。

※ 合計が24ヶ月以上になる事をご確認ください。 ※研修修了時までの予定も含むこと。

基幹型臨床研修病院・基幹型相当大学病院	ヶ月	→ ※臨床研修の全体的な管理を行っている病院
協力型臨床研修病院・協力型相当大学病院	ヶ月	→ ※基幹型臨床研修病院・基幹型相当大学病院と共同して臨床研修を実施している病院
臨床研修協力施設	ヶ月	→ ※上記以外(診療所、保健所、検診・健診の実施施設等)

問19 地域医療研修(必修)について、下記の質問にお答えください。

問19-1 地域医療研修を行った都道府県をお答えください。
(問5の<都道府県の一覧>をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。)

問19-2 地域医療研修を行った市町村の規模をお答えください。
1 都道府県庁所在地 2 都道府県内の第2,第3の市 3 その他の市
4 町村 5 その他

問19-3 地域医療研修を行った主たる施設をお答えください。
1 20~100床未満の病院 2 100床~200床未満の病院 3 200~400床未満の病院
4 400床以上の病院 5 診療所 6 その他()

問19-4 地域医療研修の内容について、エフォートを記載してください。

【記載例】	
研修内容	エフォート(%)
病棟業務(急性期)	0
病棟業務(回復期・慢性期)	40
一般外来	30
救急外来	0
訪問診療	25
介護・老人保健施設	0
保健所業務	5
その他	0
合計	100

問19-5 地域医療研修の際に指導を受けた医師についてお答えください。
1 常勤医師(複数名) 2 常勤医師(1名) 3 非常勤医師

問19-6 地域医療研修の影響について、該当するものに○をつけてください。(複数回答可)
1 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)への理解が深まった
2 退院支援(退院後における在宅医療の環境整備、リハビリテーション等)の理解が深まった
3 病病・病診・診診連携、他病院からの受入等(地域連携担当部署の業務)の理解が深まった
4 地域包括ケア・介護関係の業務(主治医意見書作成、ケアカンファレンス参加等)の理解が深まった
5 緩和ケア・終末期医療・看取りの理解が深まった
6 幅広い疾病・症候に対する総合的な診療能力が高まった
7 一次救急の診療能力が高まった
8 外来診療の診療能力が高まった
9 在宅医療の診療能力が高まった
10 チーム医療(関係職種と連携した栄養管理、リハビリテーション、褥瘡対策等)の理解が深まった
11 他職種連携(社会福祉士、介護支援専門員(ケアマネージャー)等と連携した業務)の理解が深まった
12 予防医療への理解が深まった
13 将来的に大都市圏以外で、(一定期間)勤務することも選択肢の一つになった
14 将来的に地域医療研修を行った地域で、(一定期間)勤務することも選択肢の一つになった
15 3年目以降の診療科選択に影響があった

問19-7 地域医療研修の期間は何ヶ月程度が妥当と考えますか
() ヶ月

問20 あなたは、入学時に、大学医学部が設定する「地域医療等に従事する明確な意志をもった学生の選抜枠（いわゆる地域枠）」で入学しましたか。該当するもの1つに○を付けてください。

1 はい → 問20-1へ 2 いいえ → 問21へ

問20で「1. はい」と回答した方にお尋ねします。

問20-1 どの地域で臨床に従事することが求められていますか

（問5の下にある＜都道府県の一覧＞をご参照の上、該当する都道府県番号をご記入ください。）

特に地域的な指定がなかった場合は49とご記入ください。

問20-2 選抜方式についてお答えください

1 別枠方式（一般の選抜枠と別に選抜） 2 手上げ方式（一般の選抜枠と共通で選抜）

問20-3 従事要件の期間についてお答えください

1 あり → 年 2 なし

問20-4 従事要件の勤務先についてお答えください。

1 特定地域(都道府県)内で一定期間従事 2 特定の大学で一定期間従事 3 その他

問20-5 臨床研修中に従事要件がありますか

1 あり 2 なし

問20-6 専門研修中に従事要件がありますか

1 あり 2 なし

問20-7 奨学金について、該当するもの1つに○を付けてください

1 はい → 問20-8へ 2 いいえ → 問20-9へ

問20-7で「1. はい」と回答した方にお尋ねします。

問20-8 奨学金の貸与元を以下から該当するものに○を付けてください。（複数回答可）

1 都道府県 2 市町村 3 大学 4 大学以外の医療機関 5 その他

問20で「1. はい」と回答した方、全員お答えください

問20-9 特定の診療科での勤務が求められていますか

1 はい → 問20-10へ 2 いいえ → 問21へ

問20-9で「1. はい」と回答した方にお尋ねします。

問20-10 従事する診療科は何ですか（複数回答可）

（問14の下にある＜診療科または基礎系の分野の一覧＞をご参照の上、該当する診療科番号をご記入ください。）

(全員お答えください)

問21 臨床研修中にJAMEP(日本医療教育プログラム推進機構)の実施する基本的臨床能力評価試験を受験したか お答えください。
1 受験した 2 受験していない

問22 基幹型臨床研修病院で1ヶ月あたり平均何回程度当直業務を行ったかお答えください ()回
--

問23 当直時に平均して何例救急症例を経験しましたか。救急車による搬送症例とWalk-in症例のそれぞれについてお答えください。
救急車()台 Walk-in()例

問24 当直業務実施にあたり、給与の支払いを受けていましたか
1 受けていた 2 受けていない

問25で「1. 受けていた」と回答した方にお尋ねします。

問25-1 当直業務1回あたりの平均の給与(手当含む)をお答えください ()円

(全員お答えください)

問25 基幹型臨床研修病院で1ヶ月あたり平均何回程度オンコール業務を行ったかお答えください ()回

問26 下記①～⑨の項目について、2年間の研修中のあなたの実施状況について、1)～6)のうち該当する選択肢に○を記載し
1) 指導医等の指示あるいは病院の方針により2年間通して実施した
2) 予め決められた期間、当該業務を行うよう指導医等から指示があった
3) 当該業務を習得するまで行い、その後は指導医等の判断により他職種がするようになった
4) 自らの意志で一定期間実施した
5) 2年間を通して実施していない
6) その他

	1)	2)	3)	4)	5)	6)
① 初療時の予診						
② 検査手順の説明や入院の説明						
③ 薬の説明や服薬の指導						
④ 静脈採血						
⑤ 静脈注射						
⑥ 静脈ラインの確保						
⑦ 尿道カテーテルの留置						
⑧ 診断書等の記載(下書き)・入力(代行)						
⑨ 患者の移動						

※ ①～⑨の項目は、厚生労働省が医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取り組みとして、医師から他職種へタスク・シフト/シェアを推進している業務。

問27 あなたが研修を行った病院(基幹型臨床研修病院)では、医師から医師以外の他職種へのタスク・シフト/シェアに関する方針について、1)～5)のうち該当するものに○を記載してください
1 病院の方針として、タスク・シフト/シェアする業務が明確に示されていた
2 病院の方針として、タスク・シフト/シェアする業務は明確に示されていないが、タスク・シフト/シェアについて積極的に取り組まれていた
3 病院の方針としてタスク・シフト/シェアする業務が明確に示されておらず、タスク・シフト/シェアについても積極的に取り組まれていなかった
4 わからない
5 その他

問28 以下の診療能力等について、指導の有無と自己評価としてもっとも該当するものにそれぞれ○を付けてください。									
1	医師としての基本的価値観 (プロフェッショナリズム※)	(卒業時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
		(研修修了時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
※プロフェッショナリズム:社会的使命と公衆衛生への寄与、利他的な態度、人間性の尊重、自らを高める姿勢									
2	医学・医療における倫理性	(卒業時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
		(研修修了時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
3	医学知識と問題対応能力	(卒業時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
		(研修修了時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
4	診療技能と患者ケア	(卒業時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
		(研修修了時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
5	コミュニケーション能力	(卒業時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
		(研修修了時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
6	チーム医療の実践	(卒業時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
		(研修修了時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
7	医療の質と安全の管理	(卒業時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
		(研修修了時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
8	社会における医療の実践	(卒業時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
		(研修修了時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
9	科学的探究	(卒業時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
		(研修修了時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
10	生涯にわたってともに学ぶ姿勢	(卒業時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
		(研修修了時) まったく身に付いていない←	1	2	3	4	5	→	身に付いた
11	一般外来における診療	(卒業時) まったくできない←	1	2	3	4	5	→	できるようになった
		(研修修了時) まったくできない←	1	2	3	4	5	→	できるようになった
12	病棟における診療	(卒業時) まったくできない←	1	2	3	4	5	→	できるようになった
		(研修修了時) まったくできない←	1	2	3	4	5	→	できるようになった
13	初期救急における診療	(卒業時) まったくできない←	1	2	3	4	5	→	できるようになった
		(研修修了時) まったくできない←	1	2	3	4	5	→	できるようになった
14	地域医療における診療	(卒業時) まったくできない←	1	2	3	4	5	→	できるようになった
		(研修修了時) まったくできない←	1	2	3	4	5	→	できるようになった

問29 臨床研修においてプライマリケア能力をつけるために重要だと思うこと全てに○をつけてください。(複数回答可)	
1 内科研修期間の延長	2 救急科研修期間の延長
3 地域医療研修の期間の延長	4 日直・当直業務の回数の増加
5 多数の診療科のローテート	6 選択期間の延長
7 医療資源の乏しい地域での診療経験	
8 その他()	

問30 臨床研修で、救急患者の重症度および緊急度の判断が身につきましたか。									
1	確実にできる、自信がある	2	だいたいできる、たぶんできる						
3	あまり自信がない、ひとりでは不安である	4	できない						

問31 臨床研修中に病的賭博(ギャンブル依存症)の症例を何例経験しましたか。									
1	0例	2	1～5例						
3	6～10例	4	11例～						

問32 今年度、必須であった研修内容の中で、COVID-19の影響で実施できなかった研修内容はありますか。	
1 はい	2 いいえ

問33 COVID-19によって影響を受けた、あるいは影響があったと思う研修内容について上位3つを影響が強かった順に番号でお答えください							
1 手術への参加 3 外傷患者への対応 5 小児科患者への対応 7 外来勤務 9 剖検	2 内視鏡検査・カテーテル検査等の侵襲的処置への参加 4 発熱・肺炎患者への初期対応 6 抜管・挿管・気管切開等の処置への参加 8 地域医療への参加 10 その他()						
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>1番</td> <td></td> <td>2番</td> <td></td> <td>3番</td> <td></td> </tr> </table>		1番		2番		3番	
1番		2番		3番			

問34 臨床研修を終えて、学生時代にもっと学ばべきだったと考える内容について、該当するもの全てに○をつけてください。 (複数回答可)	
1 プライマリケアの運力・基本的臨床能力 3 臨床推論(診断能力) 5 多職種連携 7 医療倫理(看取りを含む) 9 基礎医学の研究手法 11 診療所における医療や在宅医療 13 医師患者間コミュニケーション 15 社会的使命と公衆衛生への寄与 17 人間性の尊重 19 その他()	2 心理社会的視点をふまえた診療能力 4 Evidence based medicineの実践 6 感染症対策 8 医療統計など臨床研究の手法 10 中小規模病院における医療 12 保健・福祉(保健所・福祉施設の業務や医療費についてなど) 14 医学英語 16 利他的な態度 18 自らを高める姿勢

問35 あなたが経験した臨床研修を振り返って、臨床研修全体についての満足度をお答えください。	
満足していない ←	1 2 3 4 5 →大変満足している

添付資料4. 質問フォーマット：臨床研修プログラムの「見直し」に関する研究班員の意見

臨床研修の到達目標・方略・評価等の見直しに向けた研究：2024年1月22日

「見直し」が望まれる点、「見直し」の可能性について検討することが望ましい点

班員の先生：氏名_____

1. 到達目標・方略・評価等の全体について
2. 到達目標について
 - A. プロフェッショナリズム
 - B. 資質・能力
 - C. 基本的診療業務
3. 方略について
 - A. 研修期間
 - B. 臨床研修を行う分野・診療科・研修期間
 - C. 経験すべき症候－29 症候－
 - D. 経験すべき疾病・病態－26 疾病・病態－
4. 達成度評価について
 - A. 研修医評価票Ⅰ、研修医評価票Ⅱ、研修医評価票Ⅲ
 - B. 臨床研修の目標の達成度判定票
5. 指導体制・指導環境について
6. 研修医の労務環境について
7. その他

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

令和5年度 総括研究報告書

臨床研修の到達目標・方略・評価等の見直しに向けた研究

2020年度改定された医師臨床研修制度への遵守状況を把握するためのインタビュー調査

研究代表者 福井 次矢 東京医科大学 茨城医療センター 病院長

研究要旨

本研究班では、全国の研修医を対象としたアンケート調査を分析し、研修医基本的臨床能力および経験症例の習得状況を経時的に作図して、現状を把握することと、日々臨床教育に携わっている上級医・指導医を対象とした、現行の臨床研修制度に関する詳細なインタビューを行い、改善すべきと考えられる点について取りまとめを行うことを目的とした。アンケート調査を分析の結果、病院種別（大学病院・臨床研修病院）間の差はほぼ見られなくなっている一方で、継続プログラム・弾力プログラムでは、「妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥）」などの経験症例数に差があることがわかった。インタビュー調査の結果、医師臨床研修制度における7科必修の臨床研修プログラムについては、賛成意見が多く、地域医療研修の研修期間は現行の4週間が妥当であるという意見が多く、研修の質の確保や研修医を保護するために、第三者評価を義務化すべきとの意見があげられた。

研究分担者

大滝純司	東京医科大学 医学教育学分野 兼任教授
片岡仁美	岡山大学 大学院医歯薬学総合研究科 教授
高橋 理	聖路加国際大学 専門職大学院 公衆衛生学研究科 教授
高橋 誠	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
高村昭輝	富山大学・学術研究部医学系 医学教育学講座 教授
野村英樹	金沢大学 付属病院 特任教授
前野哲博	筑波大学 医学医療系 教授
村岡 亮	国立国際医療研究センター 医学教育顧問
大出幸子	聖路加国際大学 専門職大学院 公衆衛生学研究科 教授
有岡宏子	聖路加国際大学 聖路加国際病院 部長
大谷典生	聖路加国際大学 聖路加国際病院 部長
東谷迪昭	東京医科大学茨城医療センター 准教授
小林大輝	東京医科大学茨城医療センター 教授

研究協力者

森田貴子	聖路加国際大学 専門職大学院 公衆衛生学研究科 研究補助員
------	-------------------------------

状況を把握するためのインタビュー調査

【2020年度改定された医師臨床研修制度への遵守

査】

A. 研究目的

平成16（2004）年度から医師の臨床研修が必須化され、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会によって概ね5年ごとに見直しが行われている。令和2（2020）年度から施行された現在の医師臨床研修制度は、2年間の研修期間終了時の到達目標とそのための方略、評価方法等が大きく変更された。この変更された臨床研修制度への遵守状況を知ることは、令和6（2024）年度から開始された医師の働き方改革や令和7（2025）年度の臨床研修制度の見直しに資するデータを提供することは極めて重要である。本研究では下記、2種類の調査研究を計画した。一つ目は、年度末に厚生労働省が行っている、全国の研修医を対象としたアンケート調査を分析し、研修医基本的臨床能力および経験症例の習得状況を経時的に表し、現状を把握すること、二つ目は、実際に現在臨床教育に日々携わっている上級医・指導医を対象とし、現行の臨床研修制度に関する詳細なインタビューを行い、改善すべきと考えられる点などについて、率直な意見を収集することとした。

B. 研究方法

1. 基本的臨床能力の習得状況および経験症例数について

平成14年より現在に至るまで、全国の2年次研修医を対象に質問票を用いた自記式アンケート調査を実施している。平成14年～平成24年度までは厚生労働省科学研究班において調査を実施していたが、平成25年以降は、厚生労働省主導のもとアンケート調査を取りまとめている。内容としては、基本的臨床能力の習得状況については、「確実にできる、自信がある」、「だいたいできる、たぶんできる」、「あまり自信がない、一人では不安である」、「できない」の4段階評価、経験症例数については、症状、病態、医療記録などについて、経験症例数と医療記録について、0例、1-5例、6-10例、11例-または0例、1・2例、3・4例、5例-の4段階評価とした。定期的に同尺度で研修医から情報を収集しており、平成14、17、18、19、23、25、28、30、31年度においては、経験症例数および基本的臨床能力の習得状況について調査した。本研究班では、病院種別（大

学病院と臨床研修病院）および臨床研修プログラム別において、基本的臨床能力の習得状況および経験症例数の結果に違いがあるかを比較した。臨床研修プログラムは、継続プログラム（外科、麻酔科、産婦人科、小児科、精神科、地域医療の7科を必修とするプログラム）、弾力プログラム（平成22年から令和2年まで実施されたプログラムで、内科、救急、地域医療のみを必修科目としたプログラム、または継続プログラムの定義に当てはまらないもの）の2群とした。

2. フォーカスグループインタビュー調査

本研究班では、臨床研修病院や大学病院における上級医・指導医として、日々研修医の教育に従事している医師を対象に、令和2（2020）年度から施行された医師臨床研修制度の到達目標・方略・評価への遵守状況の実態を調査する目的で、Web面談によるフォーカスグループインタビュー調査を実施した。対象者は、NPO法人卒後臨床研修評価機構（JCEP）に登録している臨床研修病院や大学病院に通知し、インタビュー調査への参加募集を行った。（別表1）

各インタビューは、1つの臨床研修病院から1名の上級医・指導医が参加し、2名の上級医あるいは指導医とファシリテーター2名、タイムキーパー1名の5名で実施した。インタビューに先立ち、録音による記録の許可を得た。

インタビュー項目は、1. 総合診療方式（スーパーローテイト）および7科必修の臨床研修プログラムについて 2. 令和4（2020）年度に見直された到達目標と研修医評価票について 3. 研修医フィードバック面談について 4. 地域医療研修について 5. 次回（令和7（2025）年度を予定）に向けた見直しについて とした。また、インタビュー調査の段取りを標準化する目的で、ファシリテーターを対象としたインタビューガイドを作成し、インタビュー実施前には説明会を実施した。（別表2）分析方法として、すべてのインタビュー終了後、議論内容をテキストに起こし、可能な限りデータを発言者に確認するメンバーチェック（member checking）を実施し、その後、thematic codingを実施してキーワードを抽出し、明らかになった4つのキーワード（肯定的意見、課題・

問題点、改善要望、現場で試みている工夫、苦労など)についてまとめた。

(倫理面への配慮)

医師臨床研修における評価者対象としたフォーカスグループインタビュー調査については、研究実施に先立ち、聖路加国際大学研究審査委員会で承認を得て、事前に説明文書(別紙3)を送付して、文書での同意を得た。(21-R166)

C. 研究結果

1. 基本的臨床能力の習得状況および経験症例数について

1). 基本的臨床能力の習得状況については、「確実にできる、自信がある」、「だいたいできる、たぶんできる」、「あまり自信がない、一人では不安である」、「できない」の4段階評価のうち、「確実にできる、自信がある」、「だいたいできる、たぶんできる」と答えた研修医の割合について、経験症例数については、0例、1-5例、6-10例、11例-または0例、1・2例、3・4例、5例-の4段階評価のうち、6例以上と答えた研修医の割合について、平成14年から平成31年の推移を経時的なグラフで示した。それぞれのグラフは、全体と大学病院、臨床研修病院別に、また、弾力プログラムと継続プログラム別に層別して示した。

① 大学病院と臨床研修病院の比較

基本的臨床能力(図1)

経験症例数(図2)

② 継続プログラムと弾力プログラムの比較

基本的臨床能力(図3)

経験症例数(図4)

2. フォーカスグループインタビュー調査

インタビューは、令和4(2022)年7月6日から令和4(2022)年7月12日の期間に6回、計2名の上級医・指導医を対象に実施した。(表1)

1). 総合診療方式(スーパーローテイト)および7科必修の臨床研修プログラムについて(表2-4,17)

肯定的意見として、12名中8名の指導医が7科必修の臨床研修プログラムについて、5名の指導医が一般外来研修について賛成意見を述べた。課題・問題点としては、12名中5名の指導医が、研修医のロ

テーションスケジュールや働き方改革などにより時間数の調整が困難と発言し、3名の指導医が、大学病院の専門的な診療科や研修医がマイナー科に進路を希望しているケース等の理由により研修医のニーズと合わないことがあると発言した。また、3名の指導医が、研修先として適切でないケースがあると述べた。具体的には、指導できる指導医が揃っているかどうか研修の質に大きく依存することや、一般外来研修に関しては、一般病院ではcommon diseasesの外来診療が主となるが、大学病院であれば紹介患者に対する専門的な診療が主目的となるため、一口に外来診療と言っても、研修内容は異なることなどが挙げられた。改善要望の意見は少なく、それぞれ1名の指導医から、外科の専門診療科の種類が多いため外科の研修期間を延長してほしい、働き方改革に向けて並行研修不可のルールの見直し、総合診療科ローテーションを追加してほしいなどの要望があった。現場での工夫、苦労などについては、3名の指導医から指導体制の再構築を行ったとの発言があった。また、レントゲンカンファレンスを開催しているとの発言も1名の指導医からあった。

2). 2020年度に見直された到達目標と研修医の評価票について(表5-7,17)

肯定的意見として、12名中6名の指導医が、チェック式でありシンプルで評価しやすい、評価すべき項目が組み込まれている、全国的に統一化されたため分析や比較が可能になったことを挙げた。課題・問題点としては、9名の指導医が360度評価を正しく評価ができないことを挙げた。その理由として、コメディカルや看護師に評価方法を説明が十分できない、該当なしが多い、評価が主観的である。また、5名の指導医が、評価項目の文章が抽象的でわかりにくい、3名の指導医は項目数が多い、項目ごとの文章が長いためにわかりにくいことを指摘した。改善要望では、3名の指導医が評価の簡素化を希望した。評価票をAとBとCで分けるのではなく、Cのそれぞれの研修場面においてBの各資質・能力をそれぞれ評価することや、個々の中項目をすべて2あるいは3と評価している評価者も多いため、総合評価をつけるだけという運用

のほうがより考えて評価するのではないか、などの意見が挙げられた。一方で、1名の指導医から項目を追加してほしいとの要望があった。患者のもとに毎日通うことはできているか、時間通りに指示を適切に出せているかなどの外面的な内容に関する評価の改善を求めている。現場での工夫や苦勞などについては、3名の指導医が、病院独自の評価者認定制度の導入やプロフェッショナルリズム勉強会を実施するなど評価者に対するワークショップを開催していると述べた。

3). 研修医フィードバック面談について（表8－10,17）

肯定的意見として、12名中3名の指導医が年2回の実施は妥当で、制度化に賛成であると述べた。これまで面談が実施されていなかった研修医にとっては有益な制度変更であり、年に2回の面談を実施するために、今まで1人で行ってきた面談を研修管理委員会担当の医師が協力することになった結果、研修医のことを把握してくれる指導医が増えたとの説明があった。課題・問題点としては、事務作業量が増えた、EPOC2を活用した効果的なフィードバック方法がわからない、複雑なローテーションが組まれているため定期的なフィードバックが難しいことなどが挙げられた。一方、7名の指導医が、フィードバック方法や面談の時期を工夫していると述べた。具体的には、地域医療研修等で他の施設で研修を行っている研修医とのウェブ面談を実施するだけでなく、医師研修の運営に関わる事務局と研修先の双方が指導医と連携をとっていることや、毎月の研修内容は、前月末に研修医の希望を聴取し協議して決定しているなどとの説明があった。また、4名の指導医の施設において、チューターやメンター制を設置して、研修医が相談しやすい環境づくりを行っていること、院内の研修センターに専門教員を配置したことで、情報の一元化が可能になり研修医へのフィードバックが行いやすくなったこと等の報告があった。その他、提出物の提出に長い期間を要すると、それに連動して評価票の入力が滞ってし

まうため、臨床研修評価システムEPOCではなく、EPOCを改良した病院独自のシステムで研修評価の運用を行っている施設もあった。

4). 地域医療研修について（表11－13,17）

肯定的意見として、12名中7名の指導医は、地域医療研修は大病院・大学病院では実施できない研修（在宅や往診など）が提供できる、往診等の医療リソースが限られた医療現場を体験できると発言した。また、期間に関しても、研修を通して1～2か月間で各地を転々と移動が余儀なくされるのは研修医にとっても負担であり、医療リソースの限られた状況で行われる医療について学ぶことが目標であれば、現行の4週は妥当であるとの意見であった。一方、課題・問題点も多く、受け入れ施設の条件が200床以下と厳格化されたために、これまで連携体制にあった施設と連携ができなくなったこと、条件を満たす連携施設が少ないために受け入れ可能施設に研修医が集中し、施設側の負担が大きくなっていること、研修医のニーズと連携施設側が提供する研修内容に不一致がみられること、研修の進捗が把握しづらく地域医療研修中に夏休みを取っていた研修医がいたこと等について発言があった。給与面の課題・問題点として、受け入れ施設によって当直料などの手当の支給ルールが一致していないため、研修医間に不平が生じていること、島などの遠方での研修にかかる費用は、規定上、市からの補填がなく、持ち出しになり、負担が大きいとの発言があった。連携施設の規模や研修日数を弾力化してほしいとの改善要望があった。

5). 次回(2025年を予定)に向けた見直しについて（表14,17）

6). その他

定的意見や課題・問題点といった4つの項目で分類せずに、研修形態、定員、第三者評価、基礎研究医プログラムの内容で分類分けを行った。研修形態では、必修の週数（内科120日を80日くらいに変更）を減らして、選択期間を延長し

てほしい、夜勤明けの日を労務1日とカウントしている病院もあると聞いたこともあるが、役所に確認するとNGと言われたので実日数のカウントが厳しい等の発言があった。また、精神科での研修を2 か月間義務付ける必要はないことや医療機関ごとに特性があり、クリアできない問題も存在するため、1年ごとに医療機関を行き来する研修の機会を増やしてはどうか等の意見があった。研修医の定員に関しては、役所から割り当てられる研修医が1名と言われることがあったとのことで、一つの研修プログラムに2人以上の研修医を配置するという方針を徹底してほしいと発言があった。

また、2名の指導医が、臨床研修病院の第三者評価の義務化を強く求めた。給料一つとっても、第三者評価を受けていない病院では低い傾向にある。病院側は、研修医が働いた分の対価はしっかりと払うべきであり、このような状態を是正するためにも、第三者評価は重要であると発言した。また、基礎研究医プログラムに関して、大学病院に勤務している指導医から、基礎研究医プログラムに研修医を採用したものの、並行研修に該当するとの学内運営会議の決定により、他の研修医と同様、研究を自己研鑽として時間外の研修として扱わざるを得なくなり、基礎研究医プログラムのメリットが乏しいとの発言があった。

D. 考察

1. 基本的臨床能力の習得状況および経験症例数について

平成14、17、18、19、23、25、28、30、31年度において、基本的臨床能力の習得状況および経験症例数の調査結果の推移を経時的に、大学病院、臨床研修病院別に、また、弾力プログラムと継続プログラム別に層別しながら検討した結果、臨床研修開始当初は、病院の種別（大学病院または臨床研修病院）の間で、基本的臨床能力の習得状況の「うつ病の診断基準を述べることができる」「内分泌学的検査の適応の判断ができ、結果の解釈ができる」、「腰椎穿刺を実施できる」、「救急患者の重症度および緊急度を判断できる」などにおいて、差が見られていたが、近年はこれらの差は、ほとんど見られなくなっていた。経験症例数については、病院の種別における差という点においては、あまり経時的な変化は見られなかった。弾力プログラムと継続プログラム別に層

別すると、経験症例数の「妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥）」において差が顕著であり、弾力プログラムに所属する研修医が、妊娠分娩を経験する機会が著しく減少したことが読み取れた。

2. フォーカスグループインタビュー調査

現在の医師臨床研修制度における7科必修の臨床研修プログラムについては、賛成意見が多かった。これは、研修医が幅広い知識やプライマリケアのスキルを身に付けることができることが評価されたためと考えられる。医師需要分科会において、地域医療研修の研修期間を半年に延長する意見が述べられたとのことであるが、現場の臨床研修病院では4週間が妥当であるという意見が大多数であった。改善点として、研修の質の確保や研修医を保護するために、第三者評価を義務化すべきとの意見があった。また、令和2（2020）年度の見直しで、地域医療研修の受け入れ施設基準として200床以下とされたため、連携できなくなった施設がでてきたとの指摘があった。病床数のみではなく、地域医療研修の内容の評価も必要と思われる。令和4（2022）年度の見直しで導入された基礎研究医プログラムについても検討が必要と思われる。基礎医学に意欲のある学生を対象に、臨床研修と基礎研究の両立を可能とする基礎研究医プログラムの募集を開始したところであるが、病院によっては、基礎研究に費やす時間が自己研鑽としてカウントされている実態が明らかとなり、募集定員を満たさない大学もあることが明らかとなった。医師の働き方改革が導入されつつある現在、研修医たちが自分自身の将来のキャリアプランに合わせて、さらなる検討が必要であると考ええる。

E. 結論

1. 基本的臨床能力の習得状況および経験症例数について

本研究班では、平成14年より現在に至るまで、厚生労働省科学研究班および厚生労働省で全国の2年次研修医を対象に質問票を用いた自記式アンケート調査の基本的臨床能力の習得状況および経験症例数について、経時的に作図して考察した。病院種別（大学病院・臨床研修病院）間の差はほぼ見られなくなっている一方で、継

続プログラム・弾力プログラムでは、「妊娠分娩（正常妊娠、流産、早産、正常分娩、産科出血、乳腺炎、産褥）」などの経験症例数に差があることがわかった。

2. フォーカスグループインタビュー調査

医師臨床研修制度における7科必修の臨床研修プログラムについては、賛成意見が多く、地域医療研修の研修期間は現行の4週間が妥当であるという意見が多く、研修の質の確保や研修医を保護するために、第三者評価を義務化すべきとの意見があげられた。

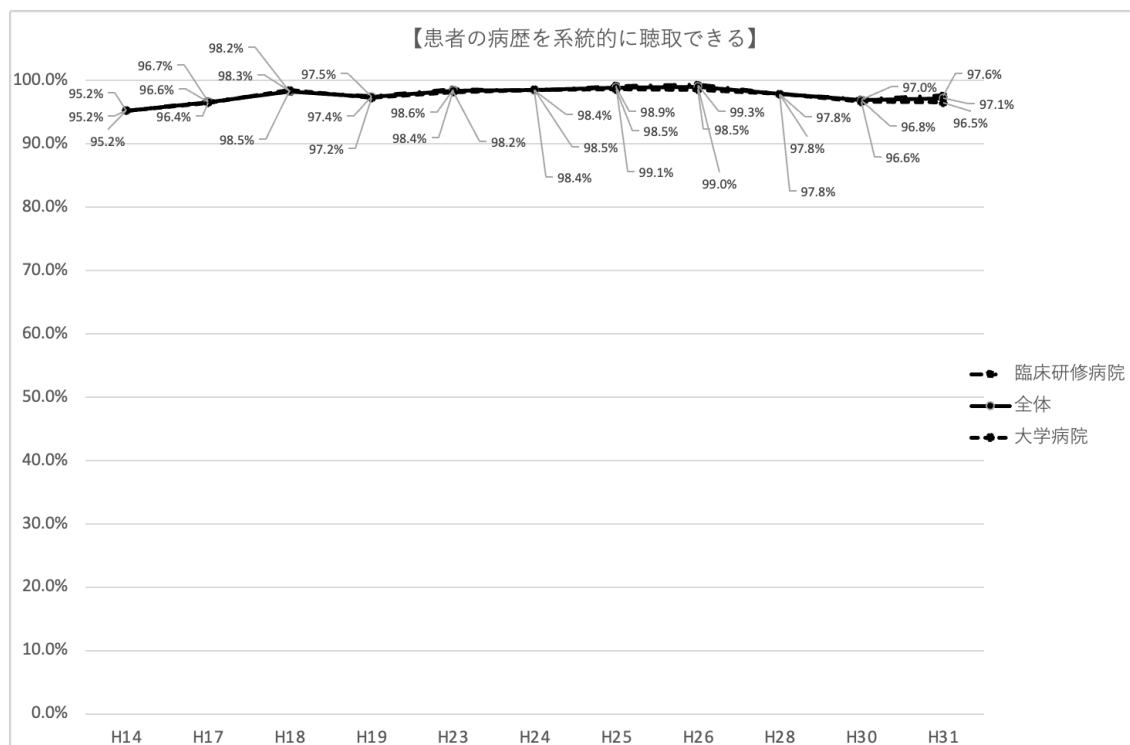
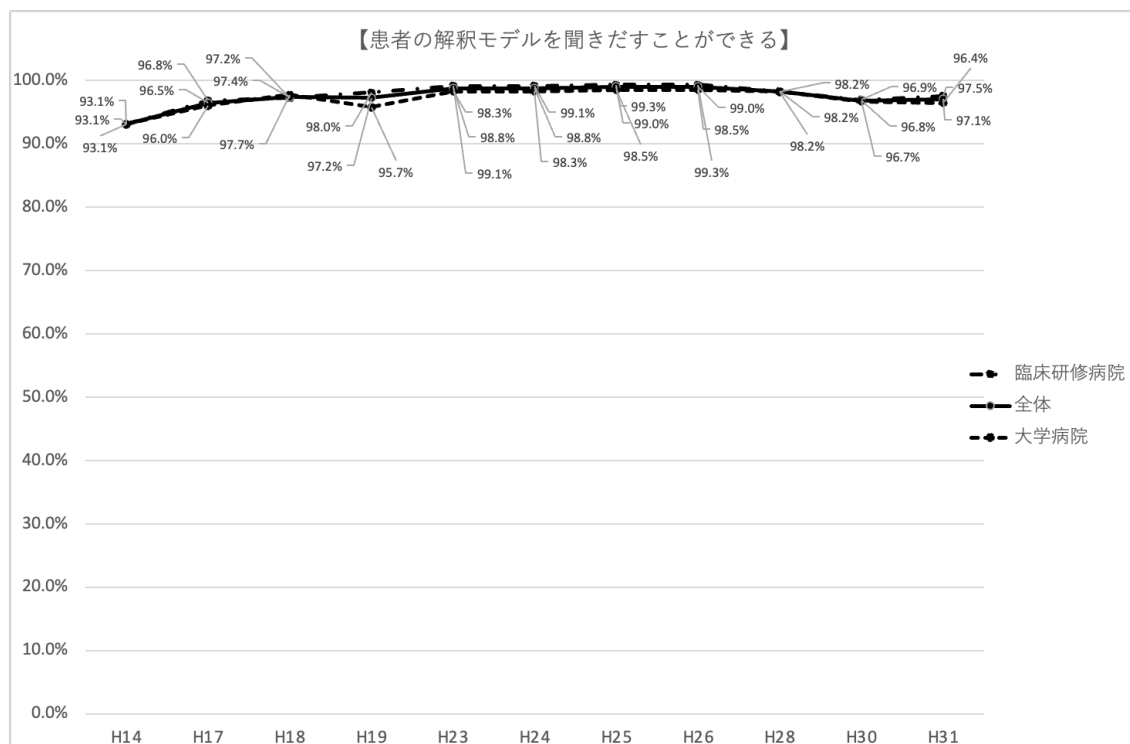
F. 研究発表

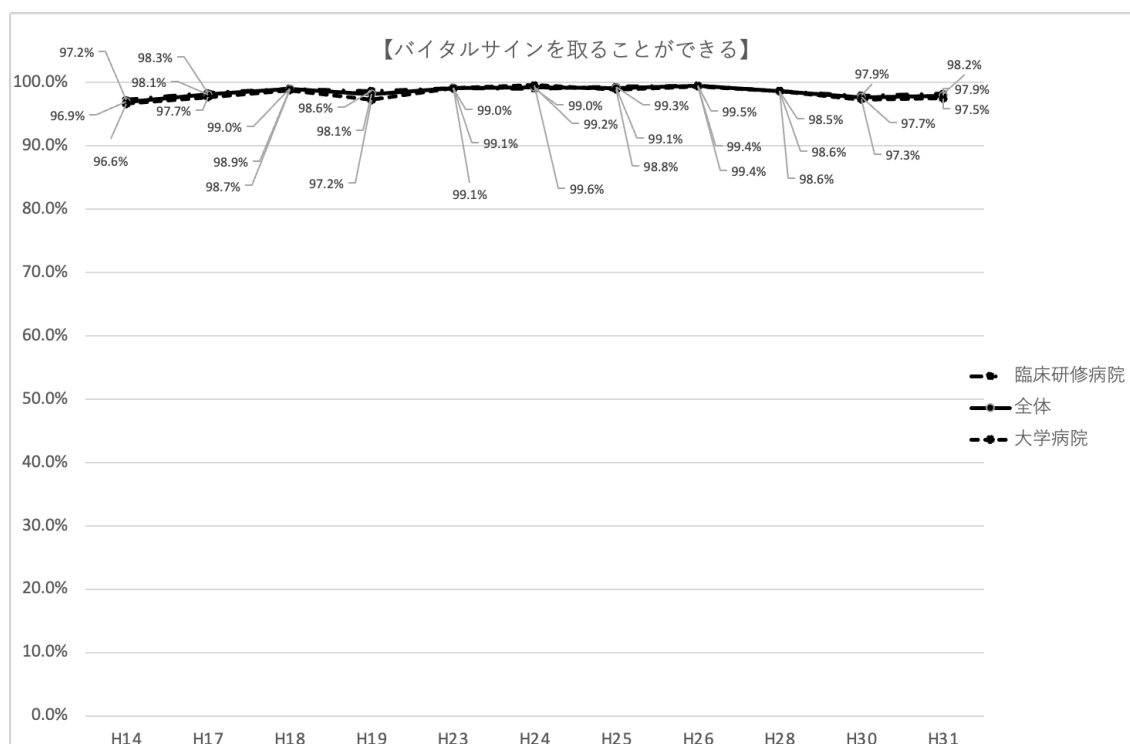
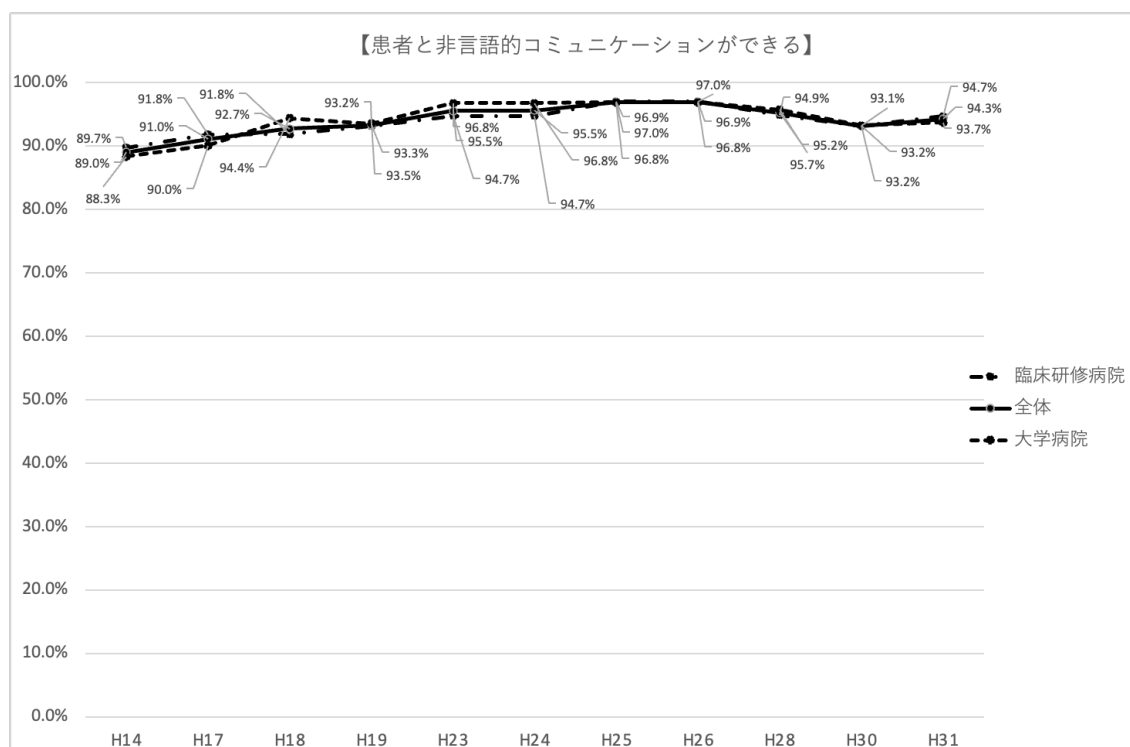
論文発表	該当なし
学会発表	該当なし

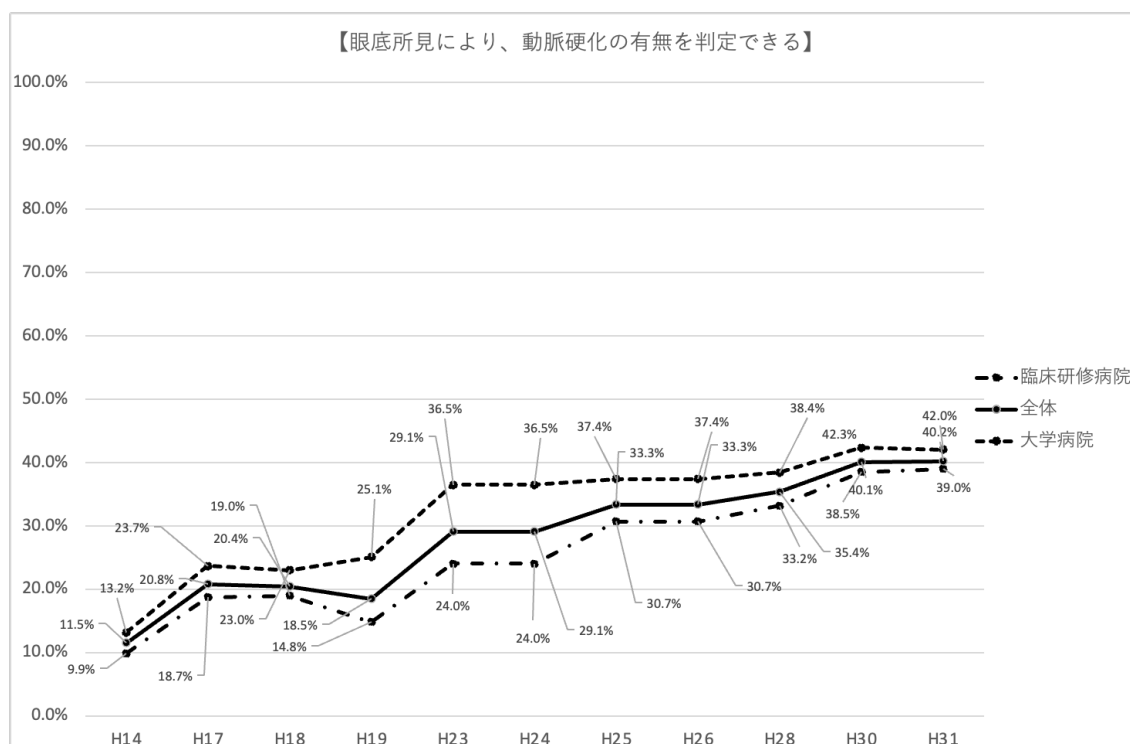
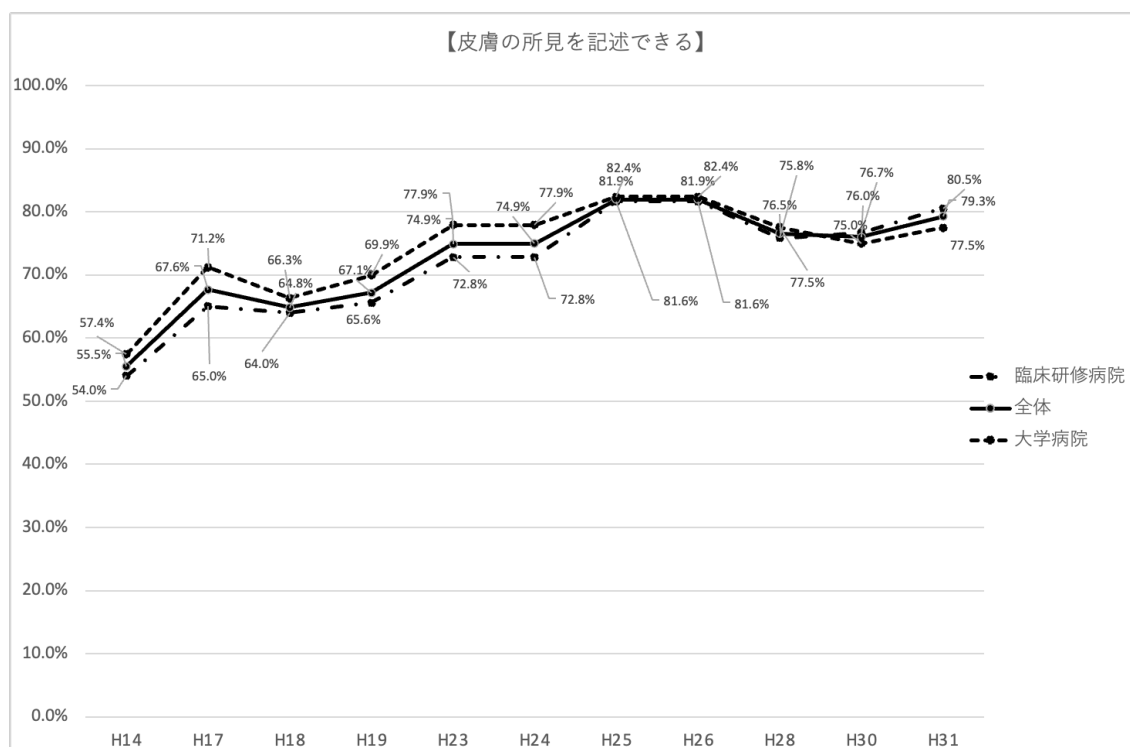
G. 知的財産権の出願・登録状況

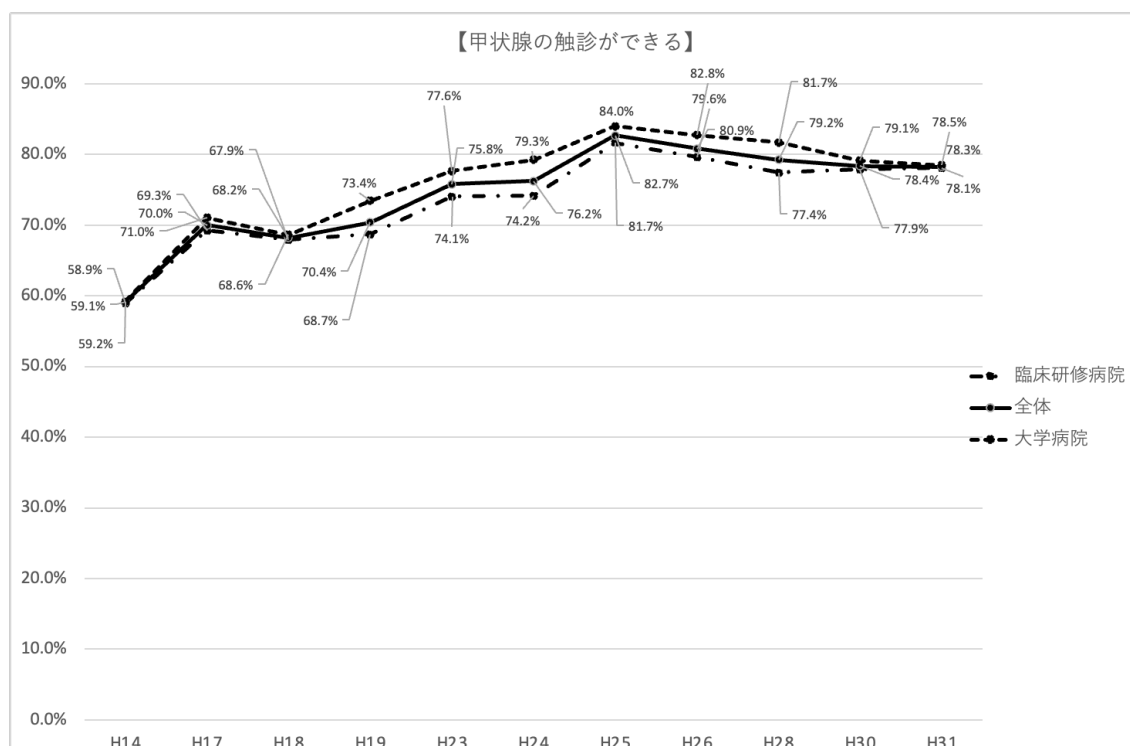
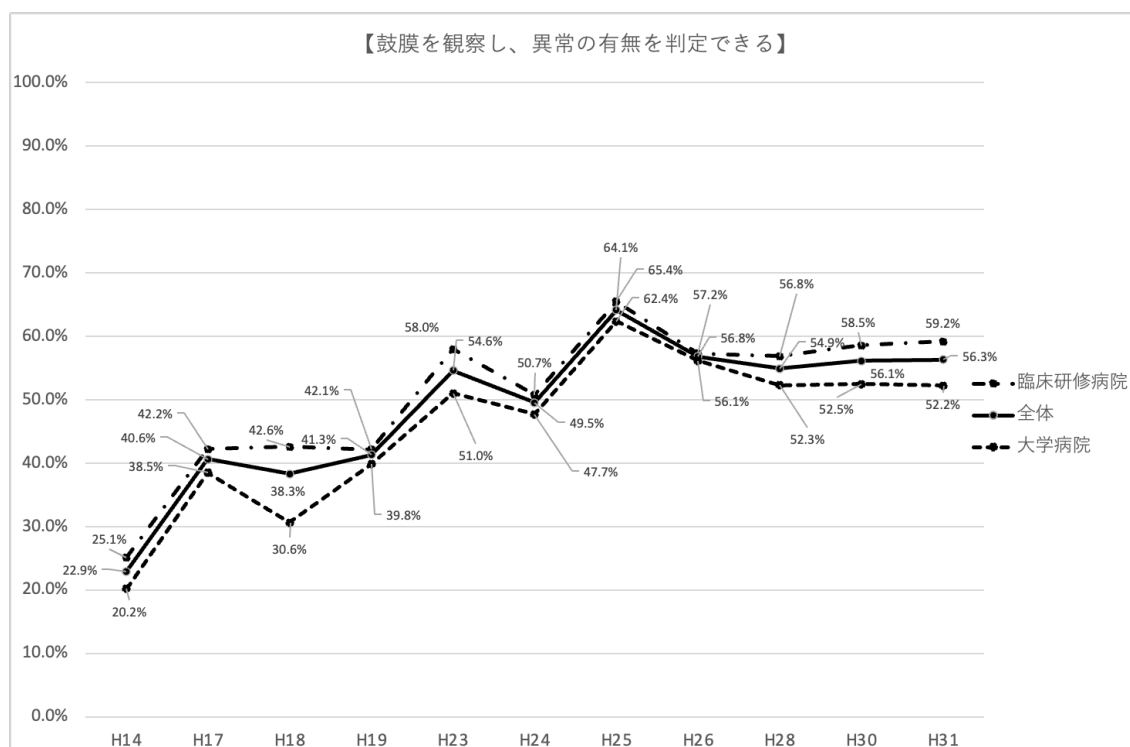
特許取得	該当なし
実用新案登録	該当なし
その他	該当なし

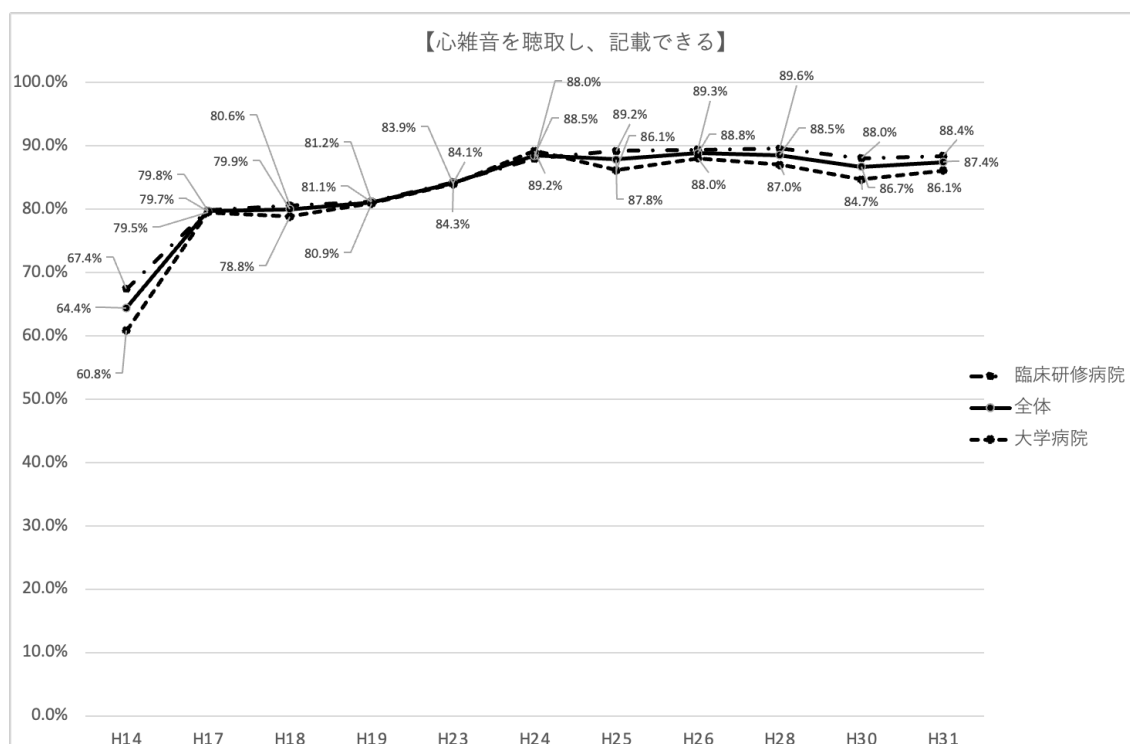
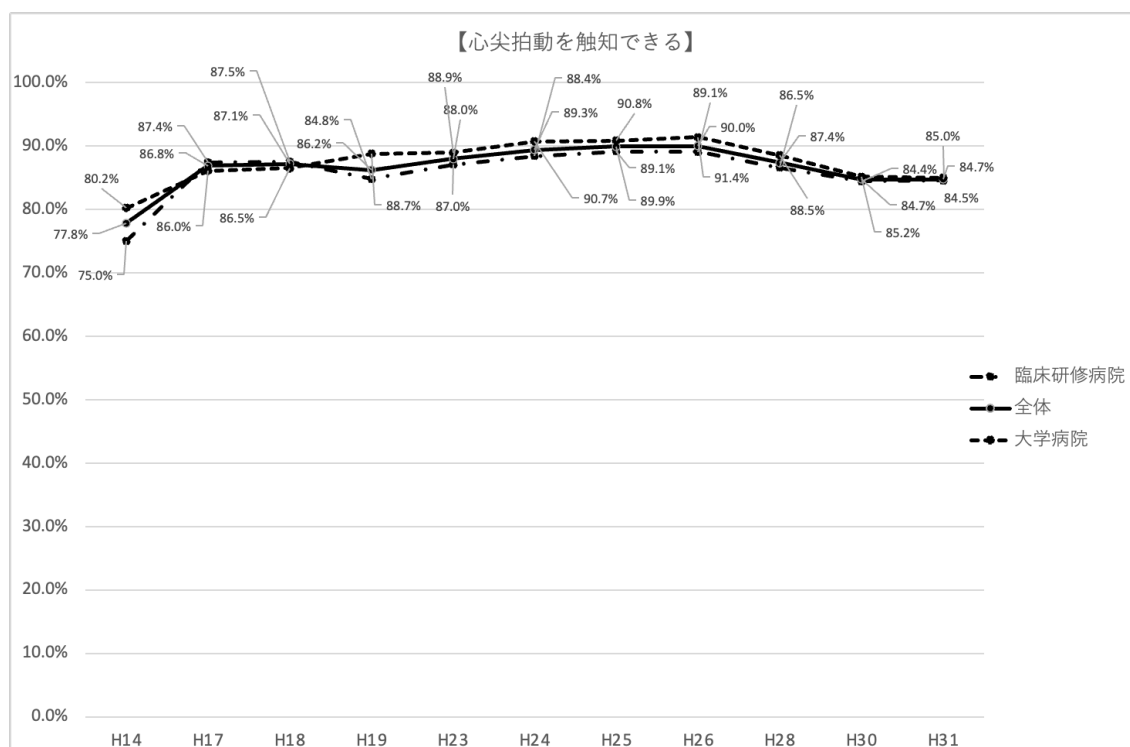
図1. 基本的臨床能力習得推移（大学病院と臨床研修施設の比較）

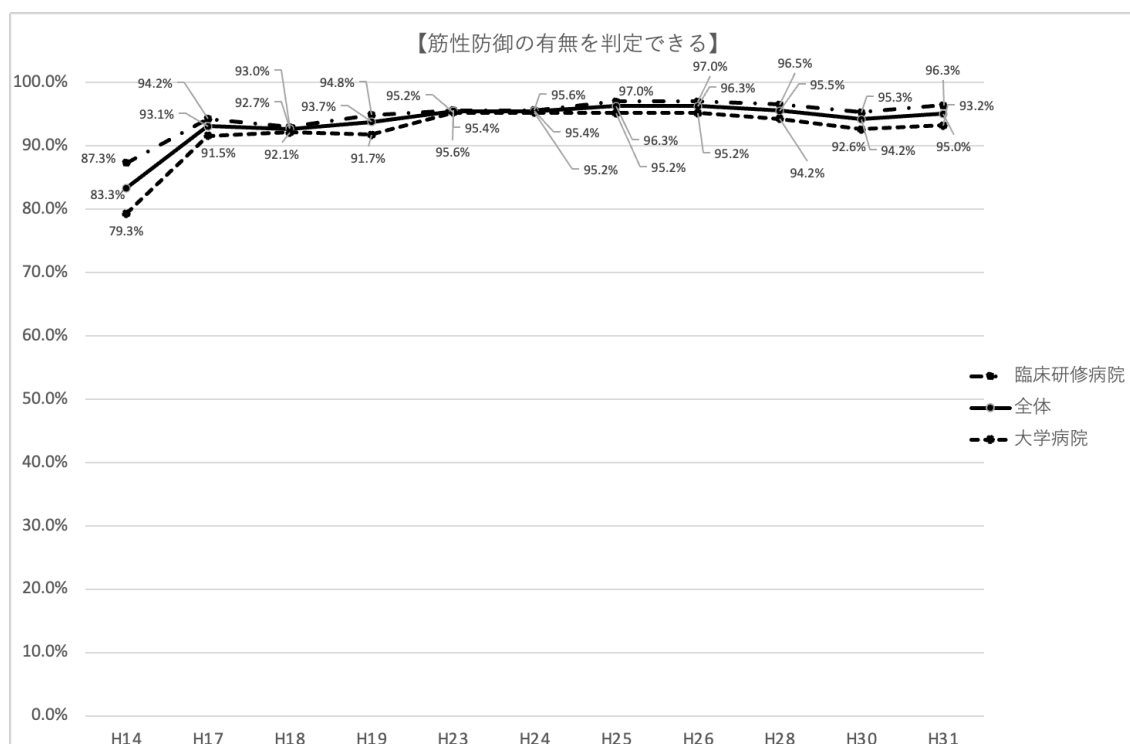
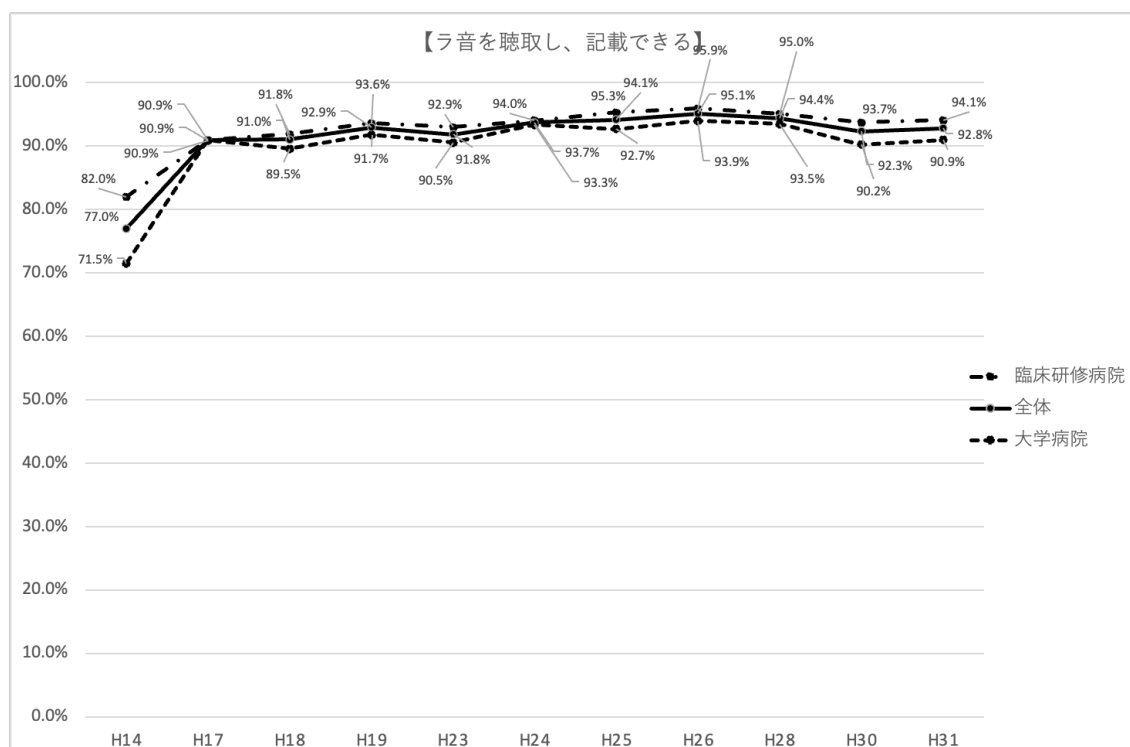


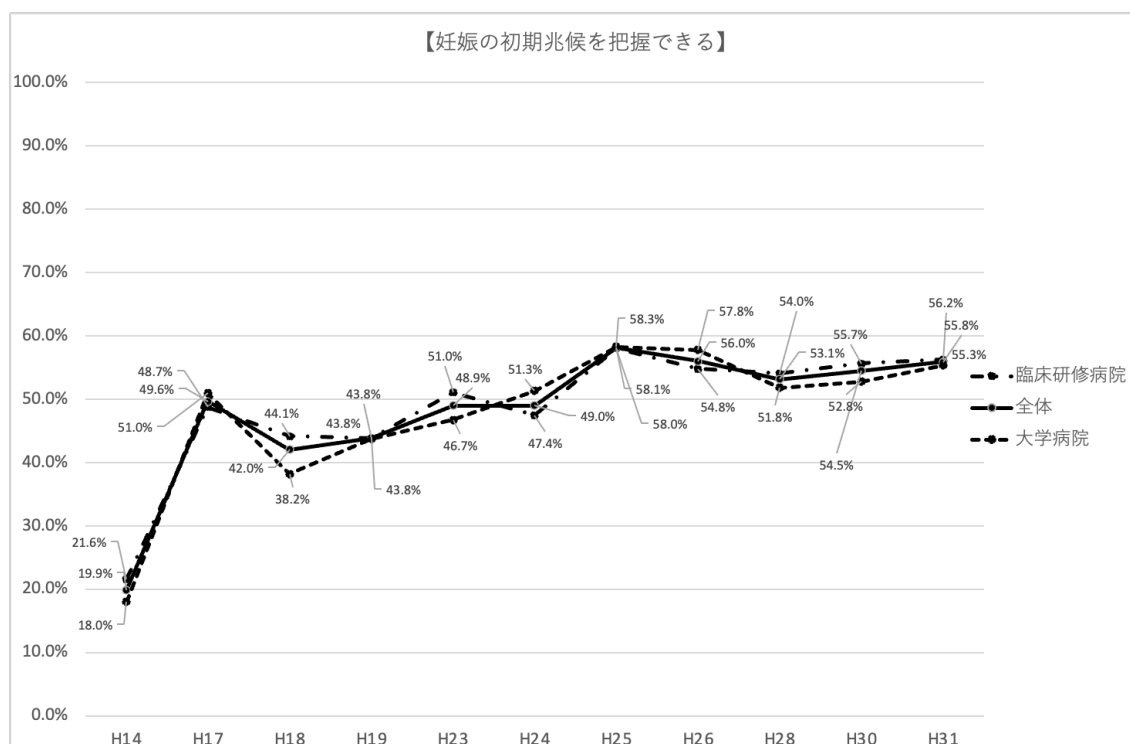
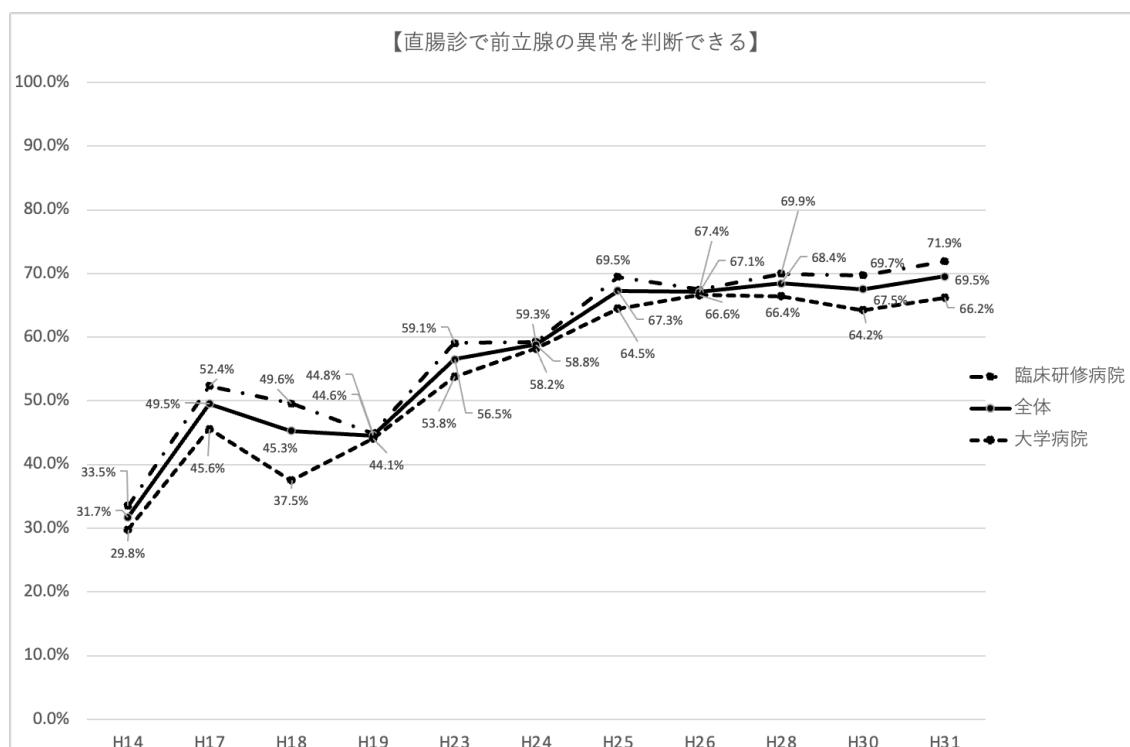


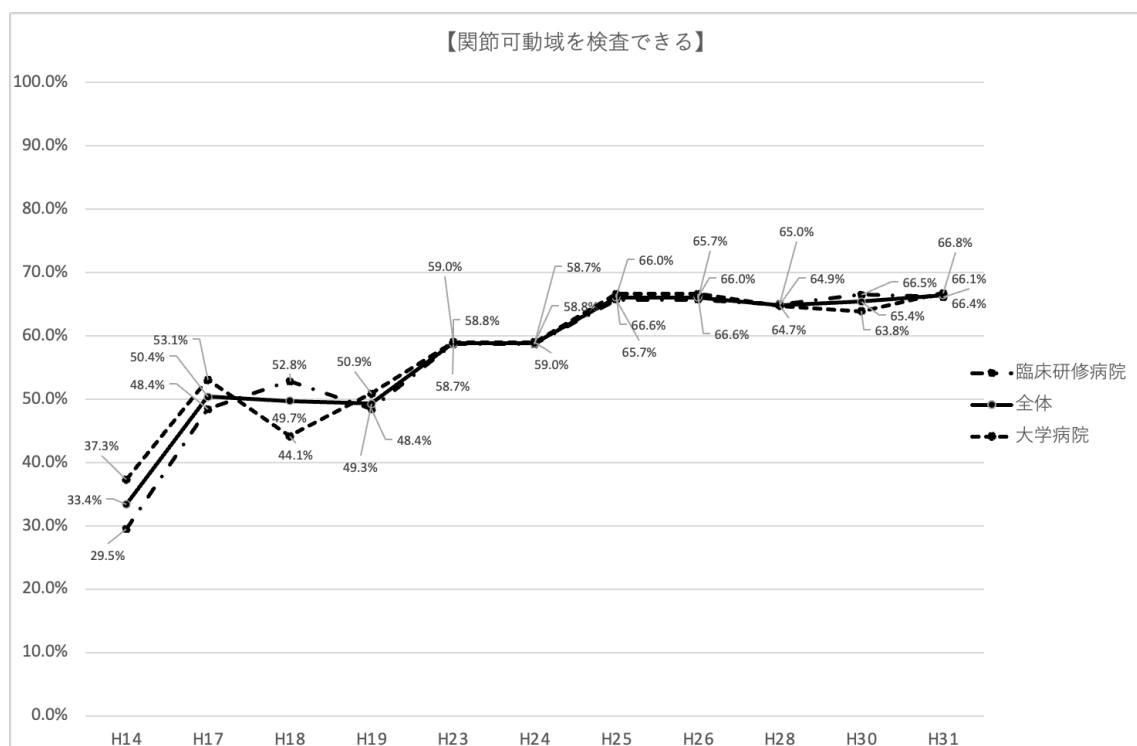
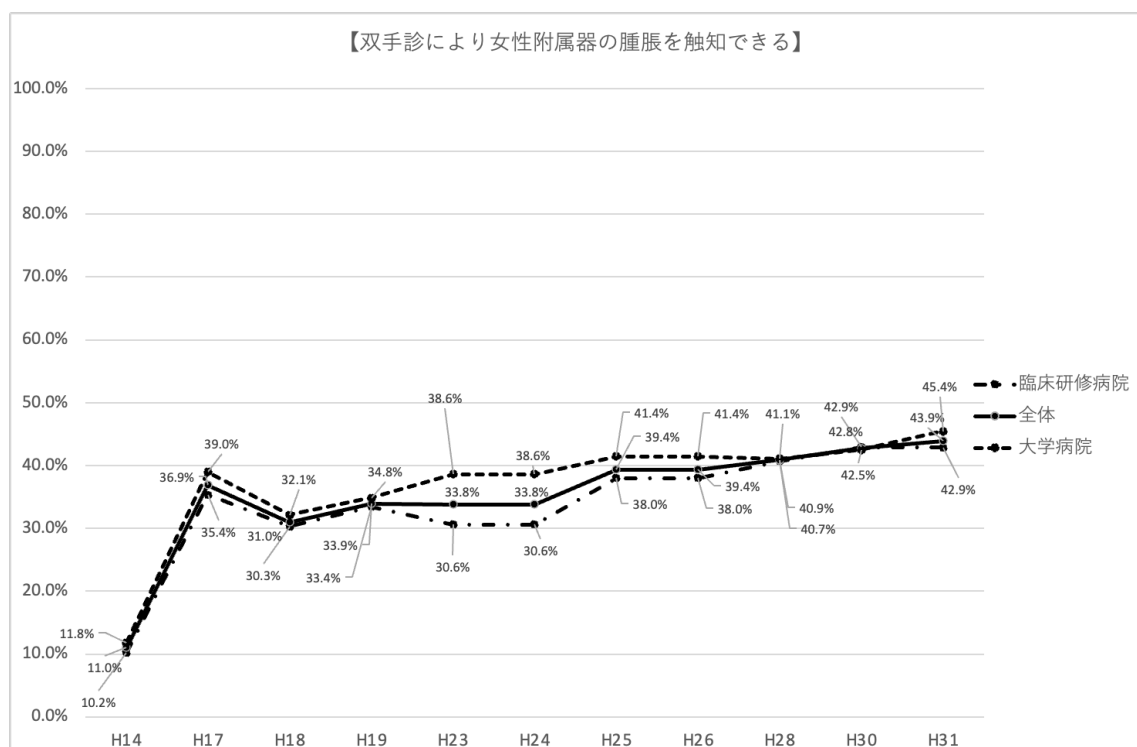


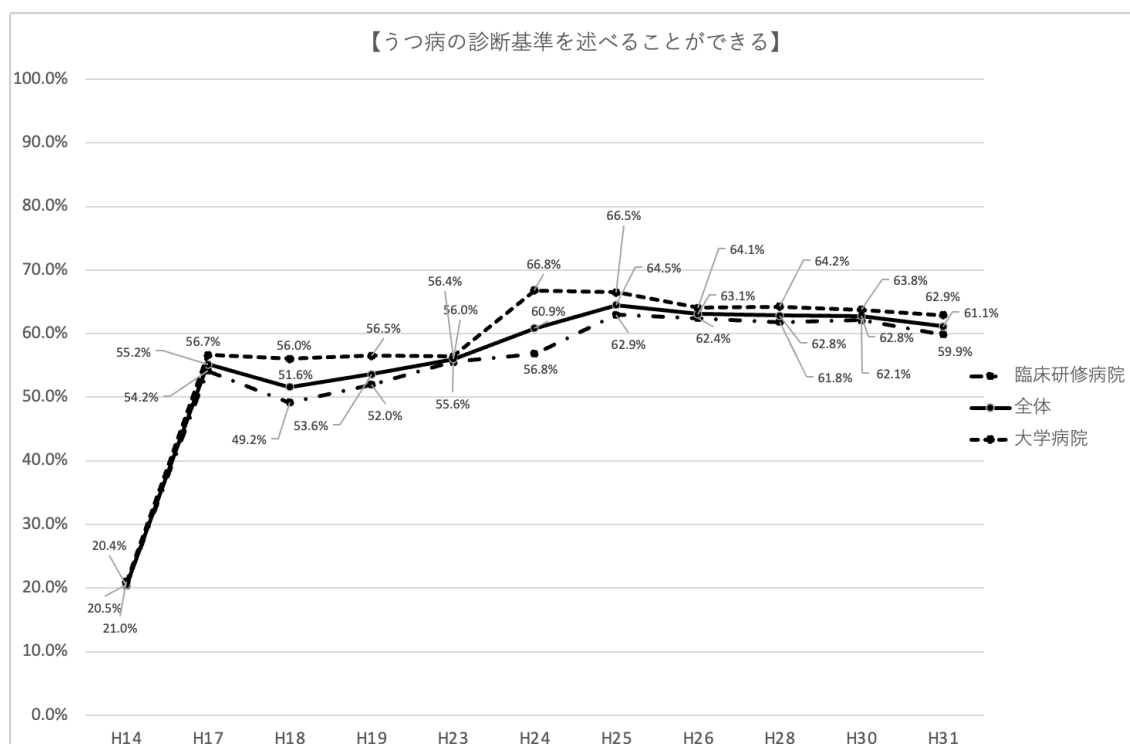
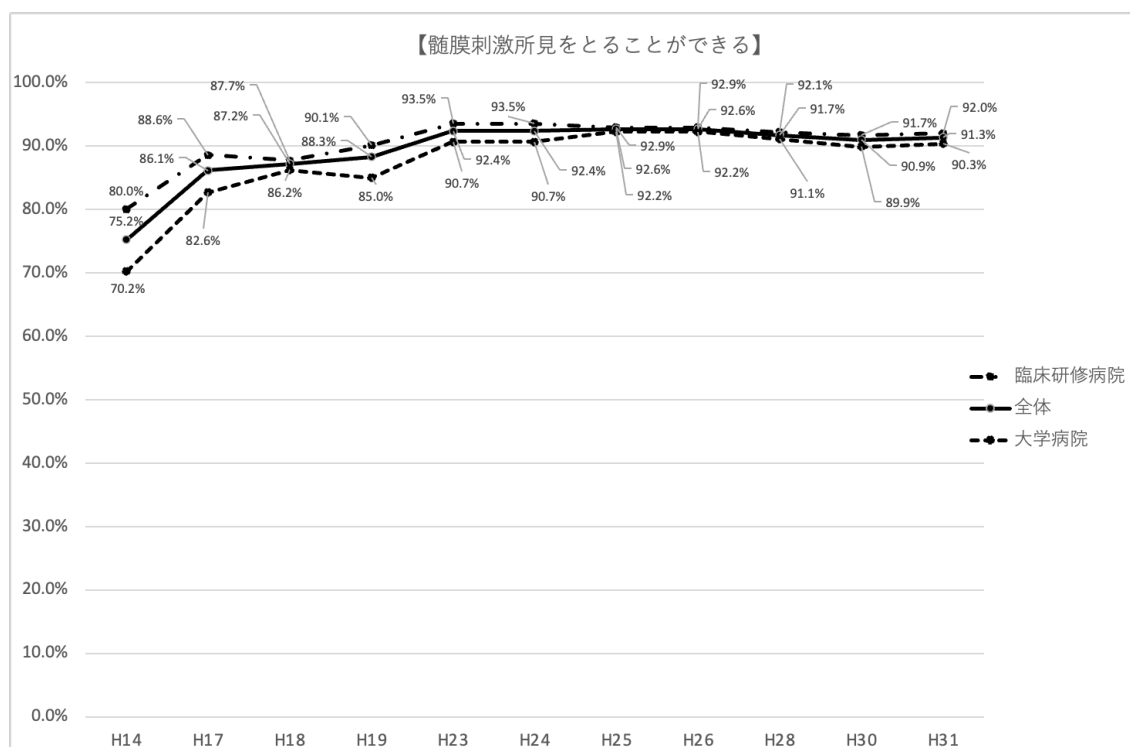


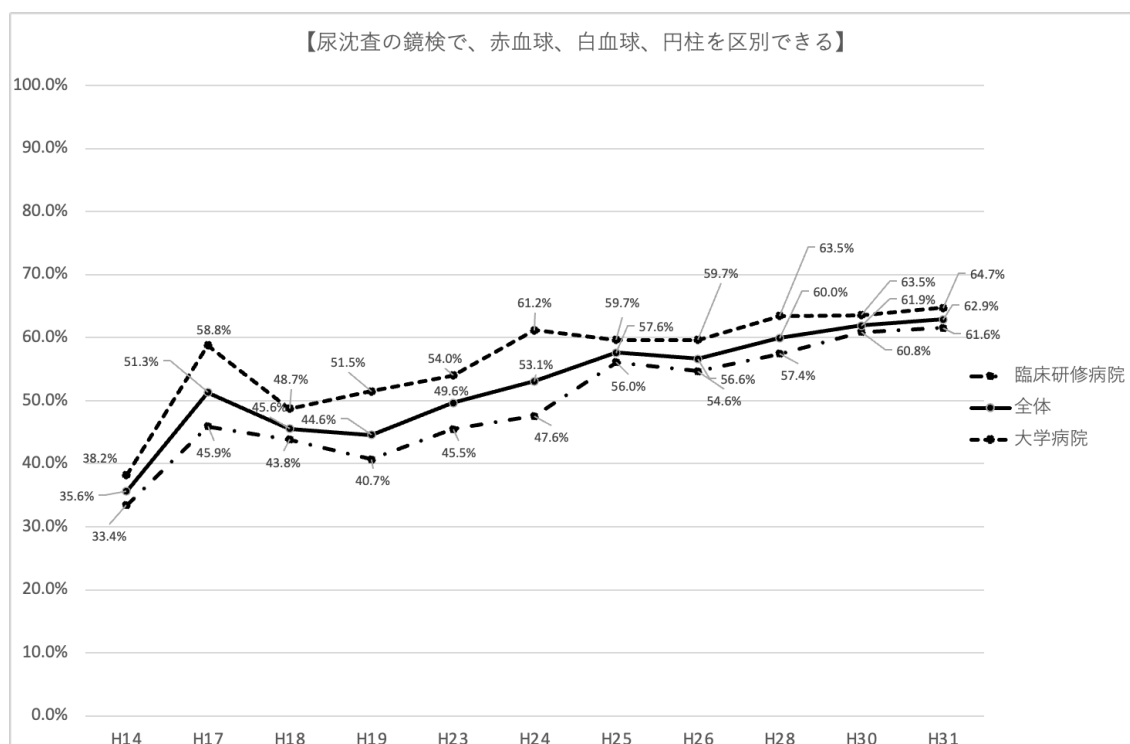
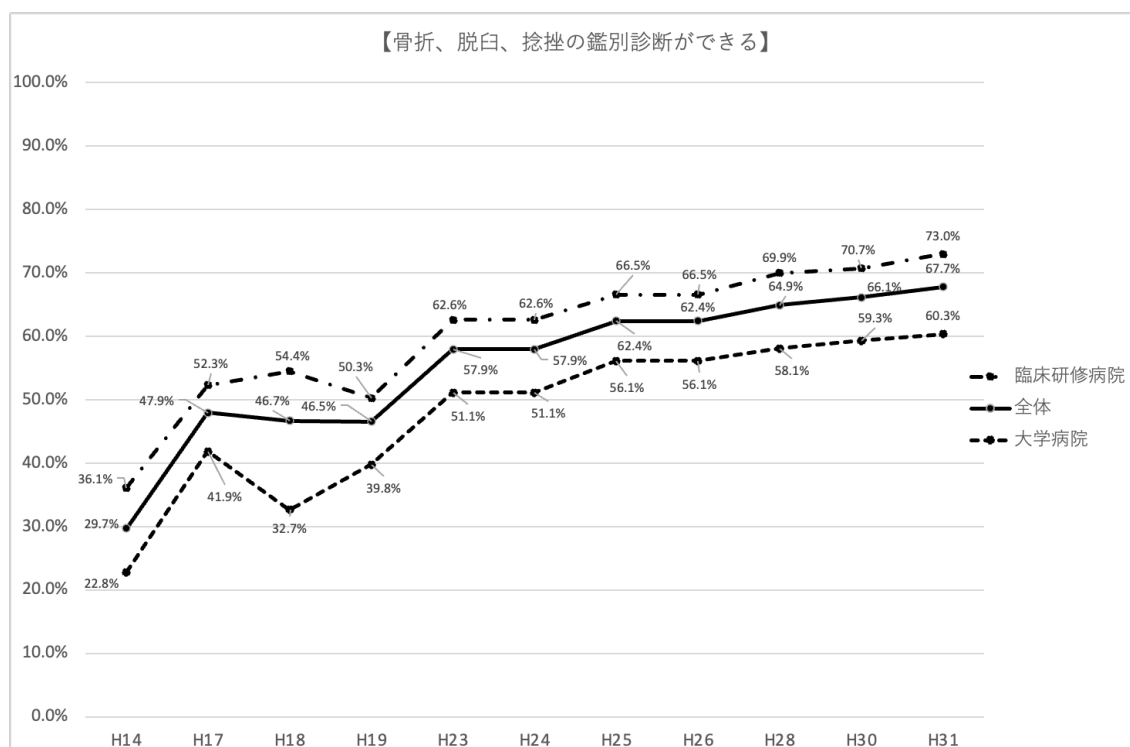


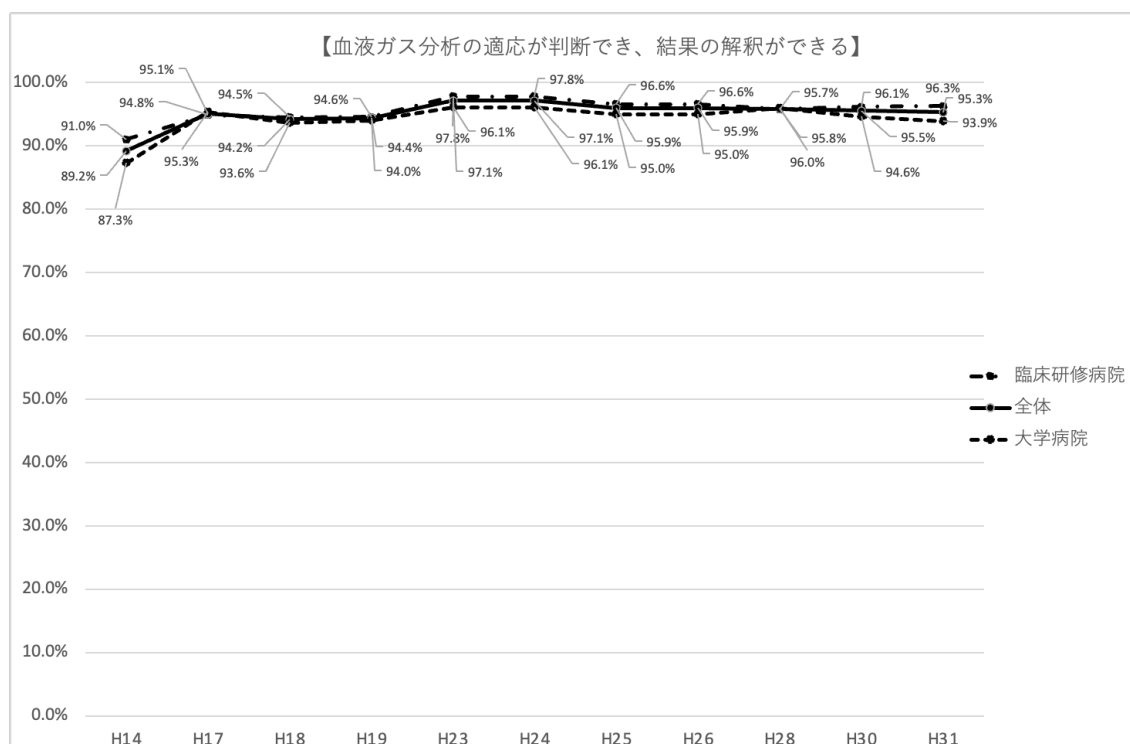
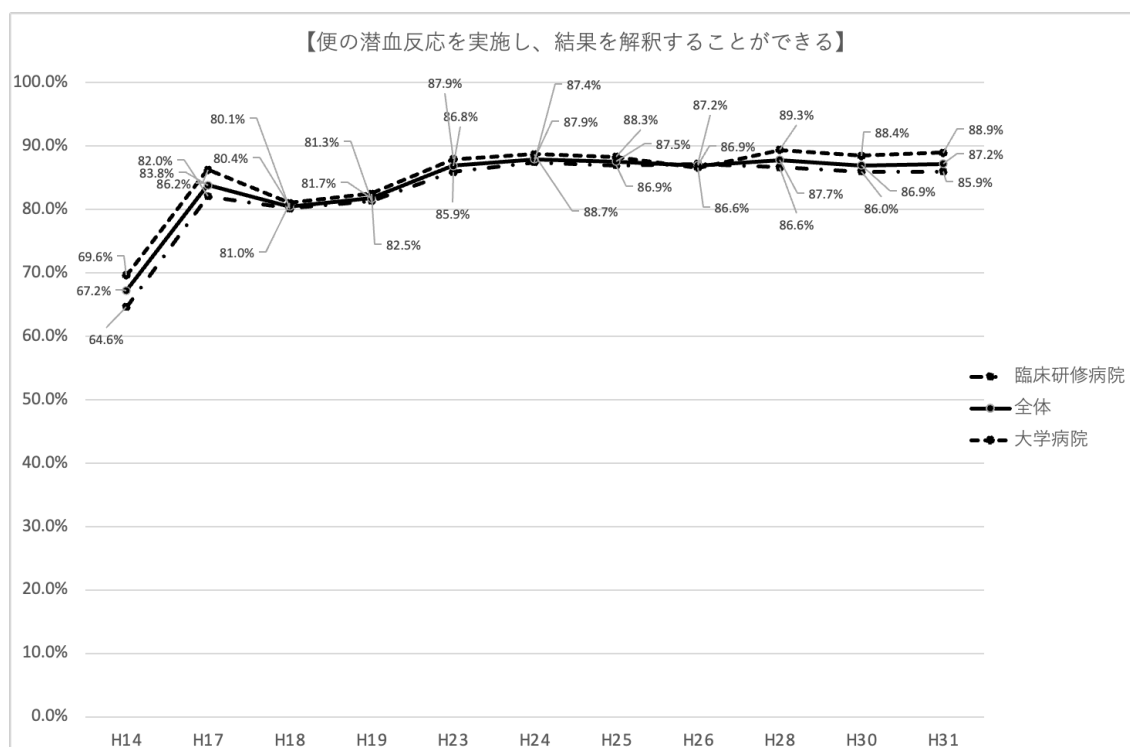


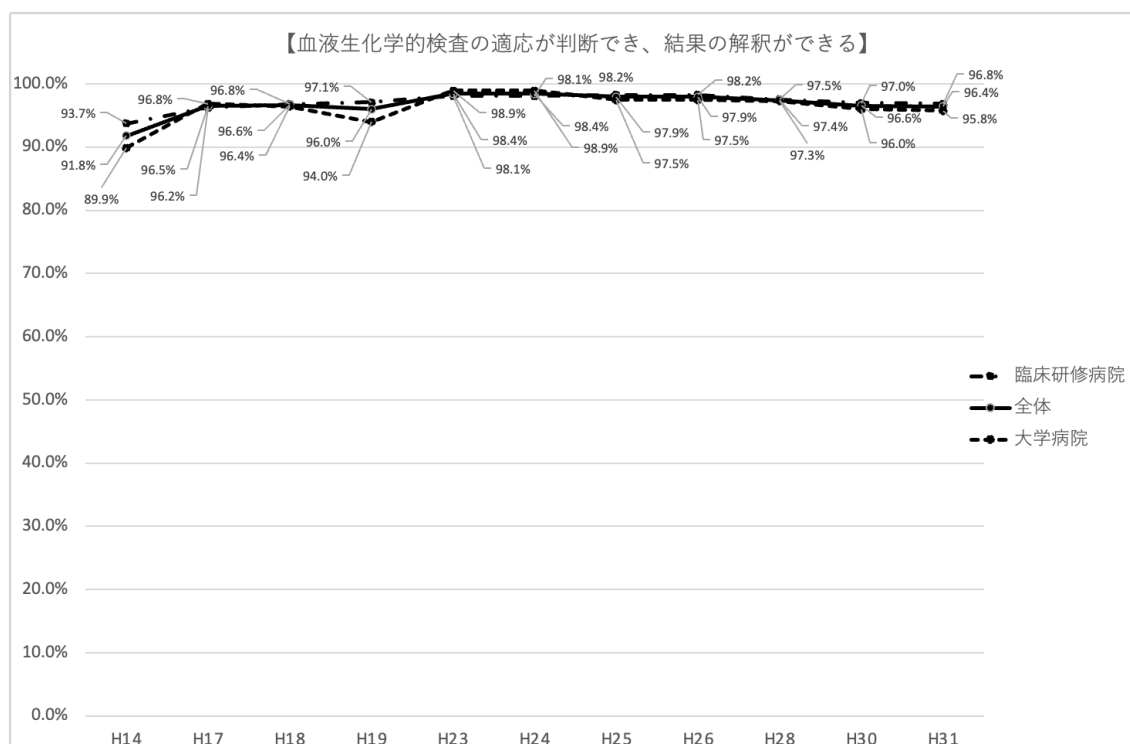
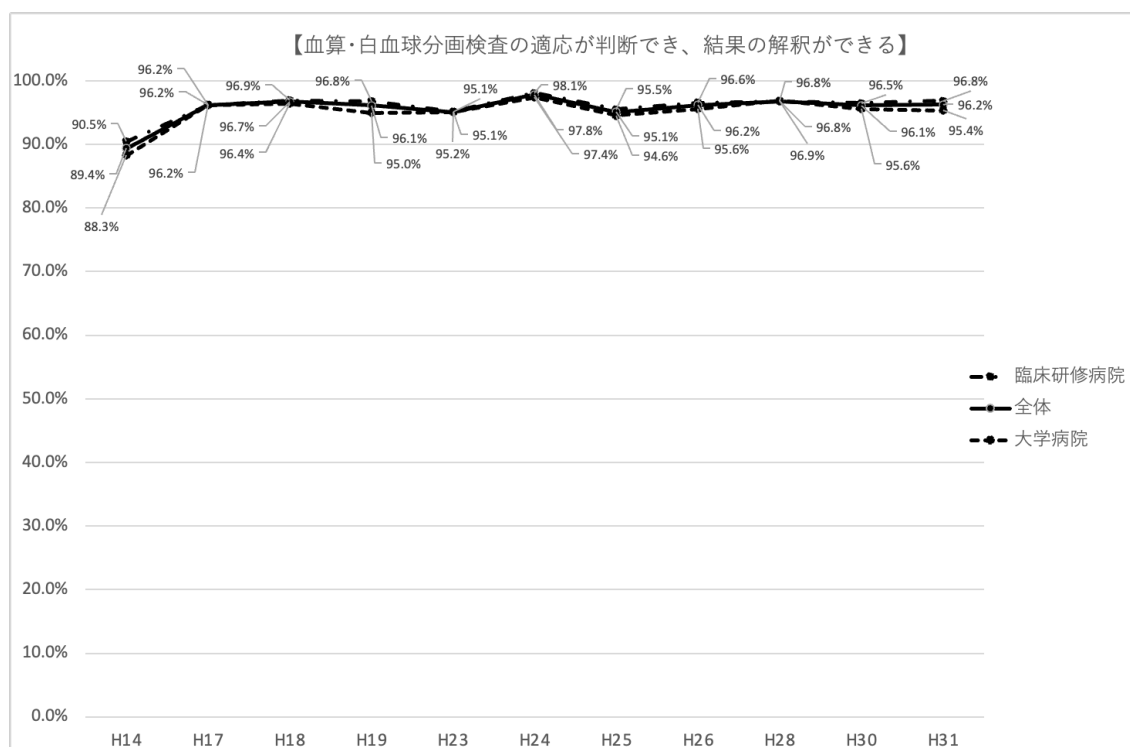


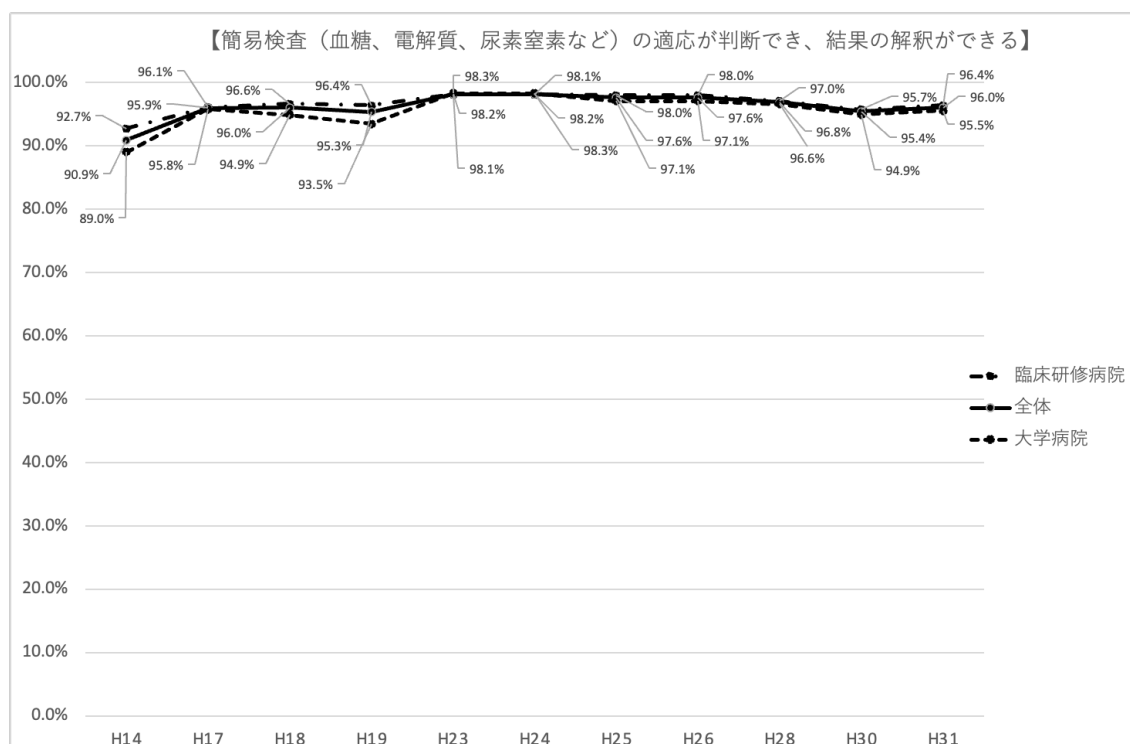
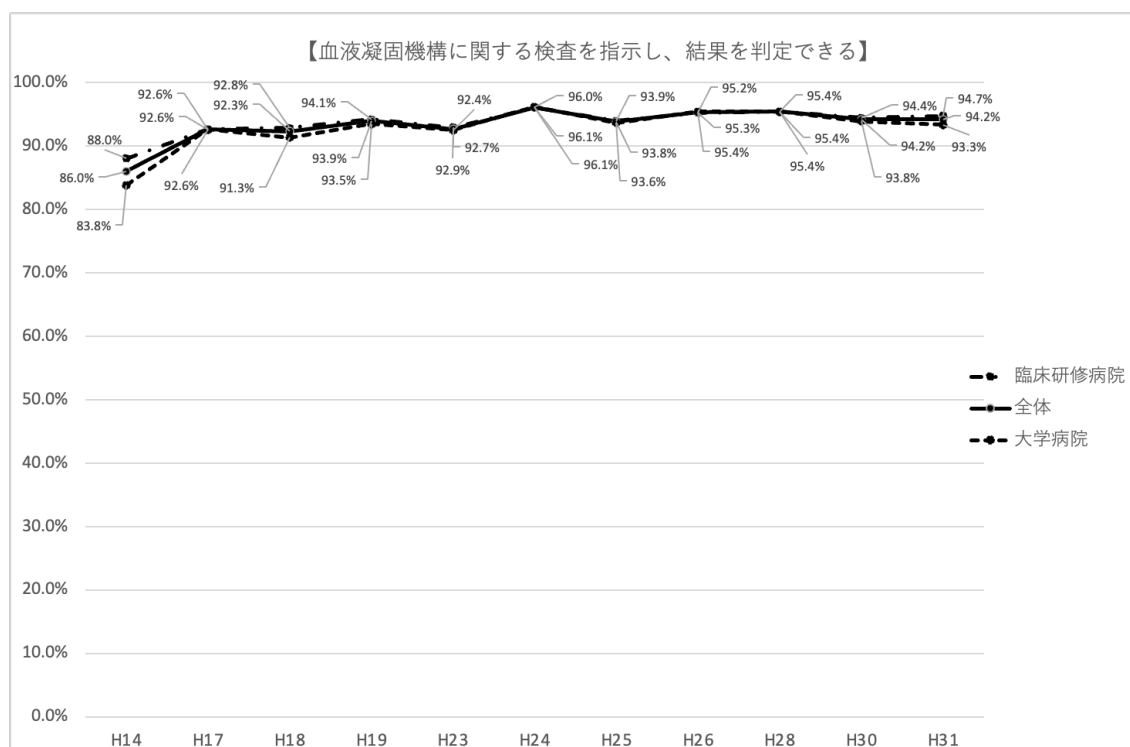


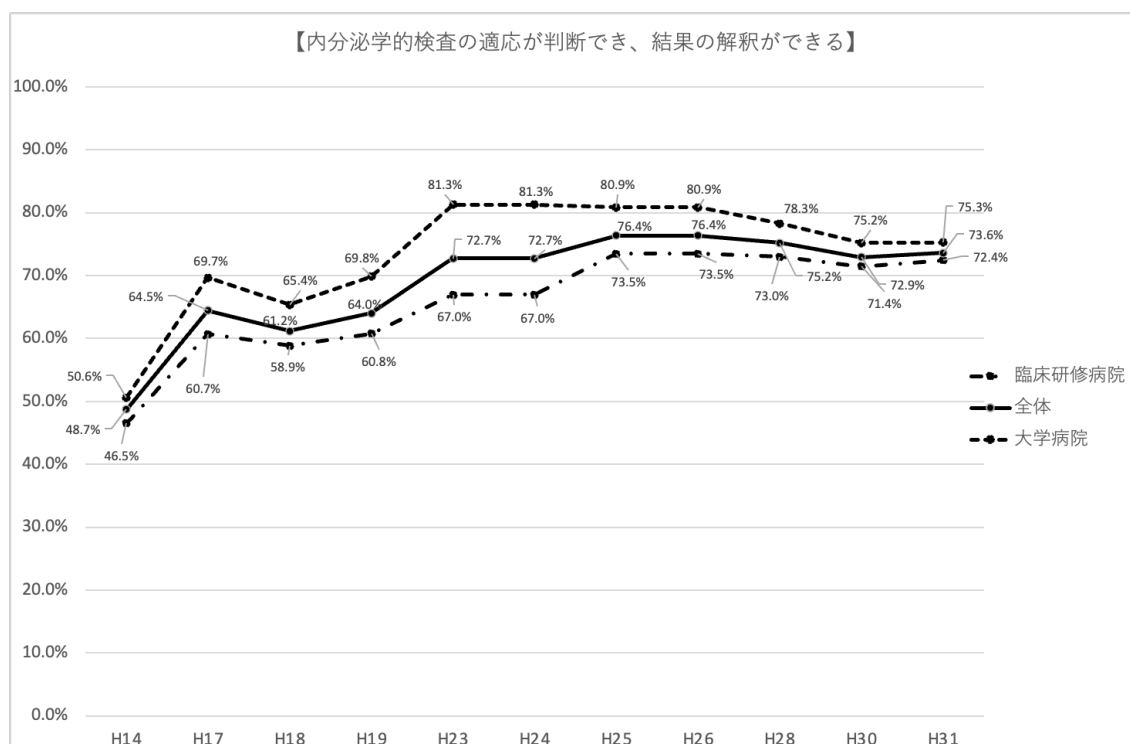
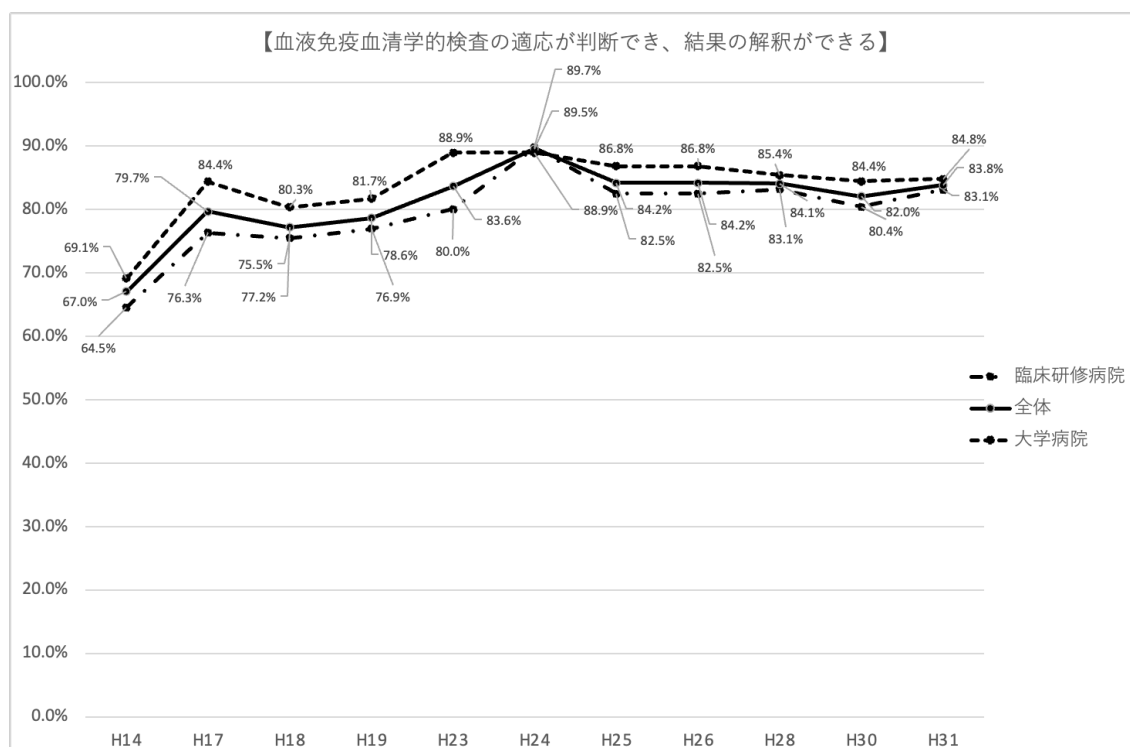


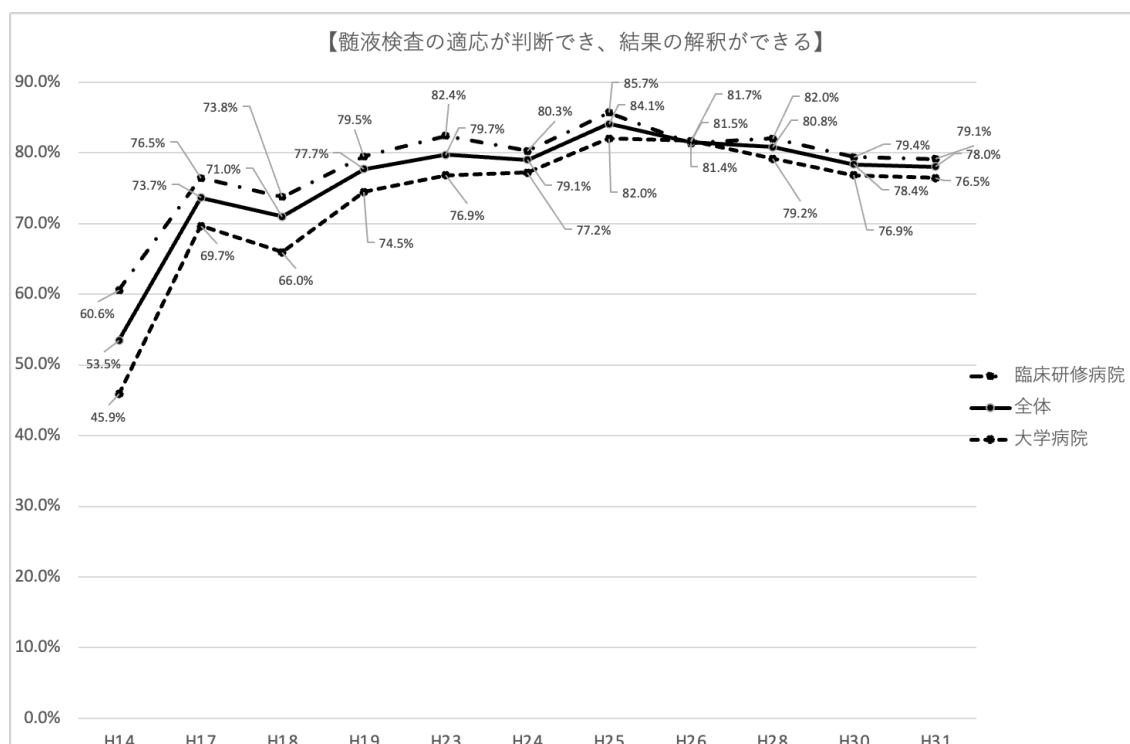
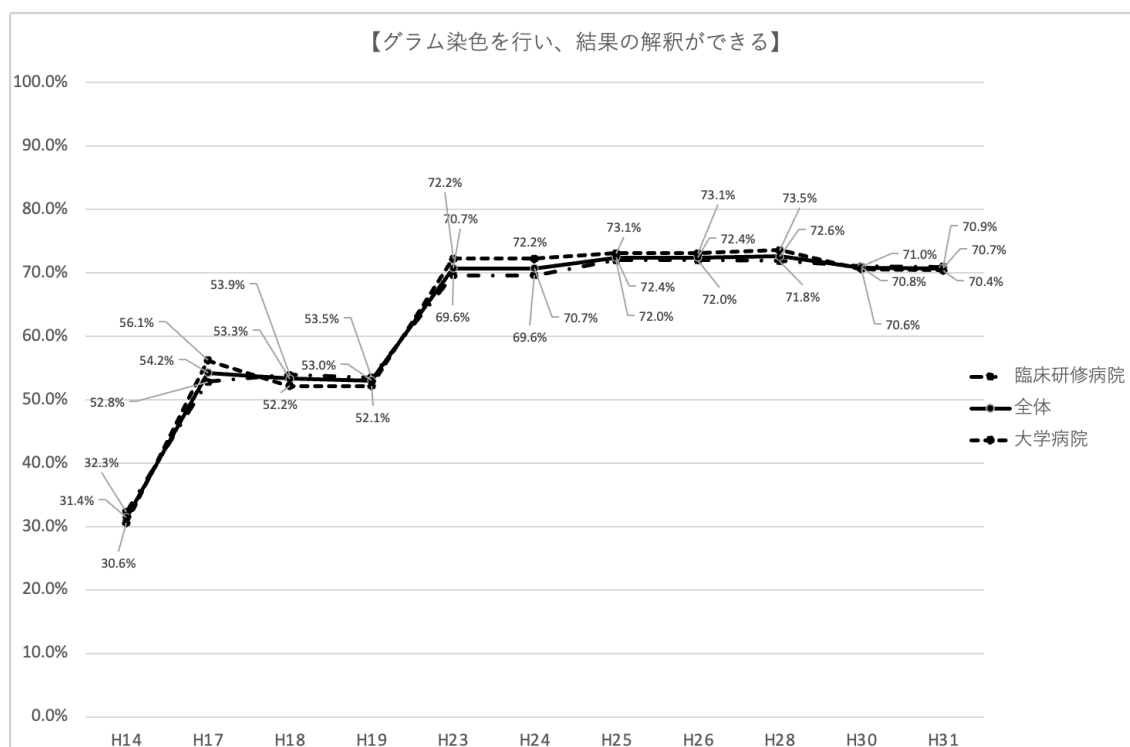


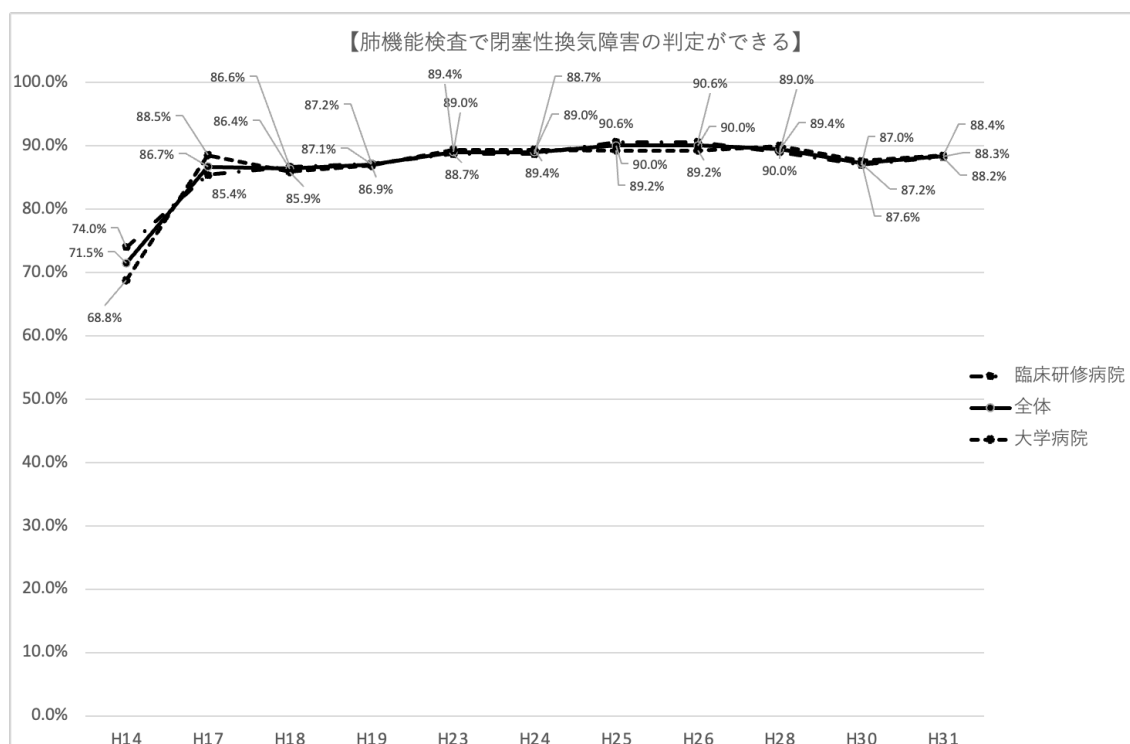
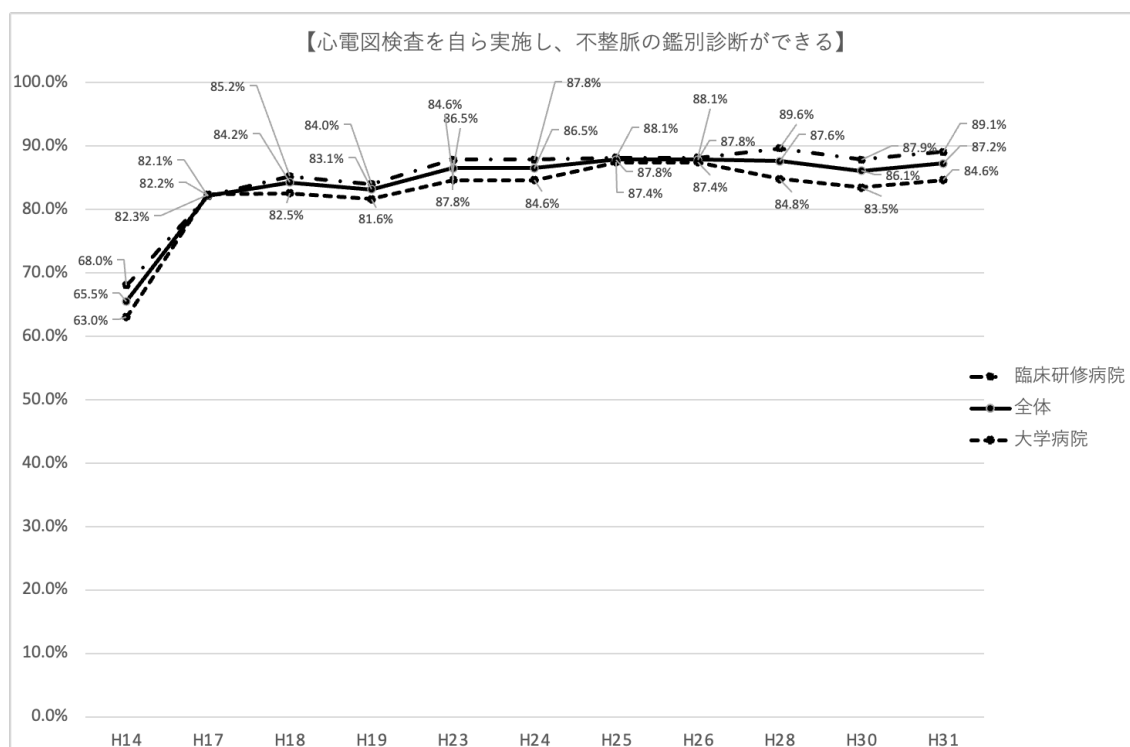


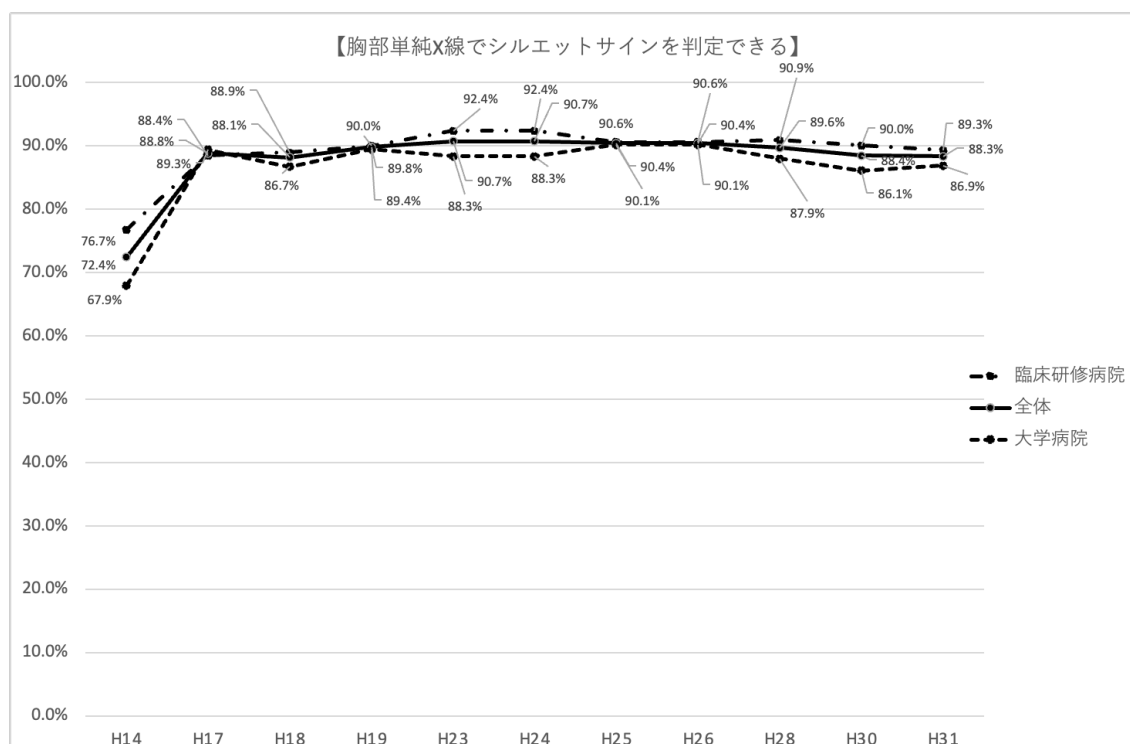
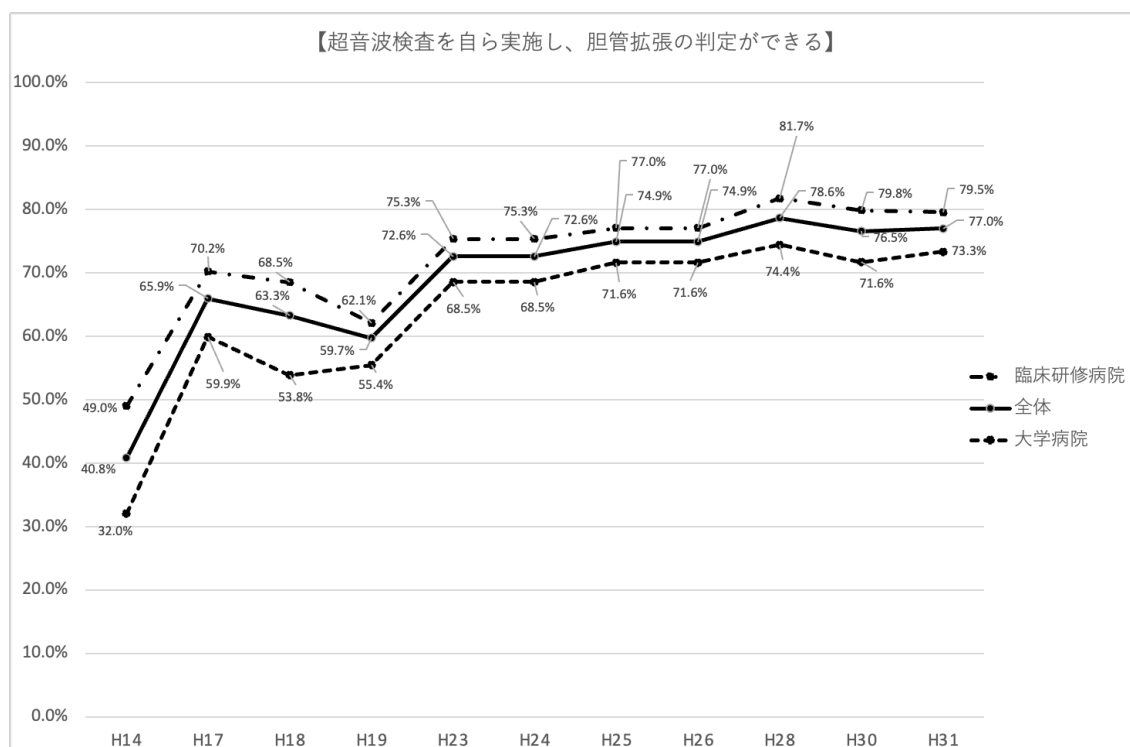


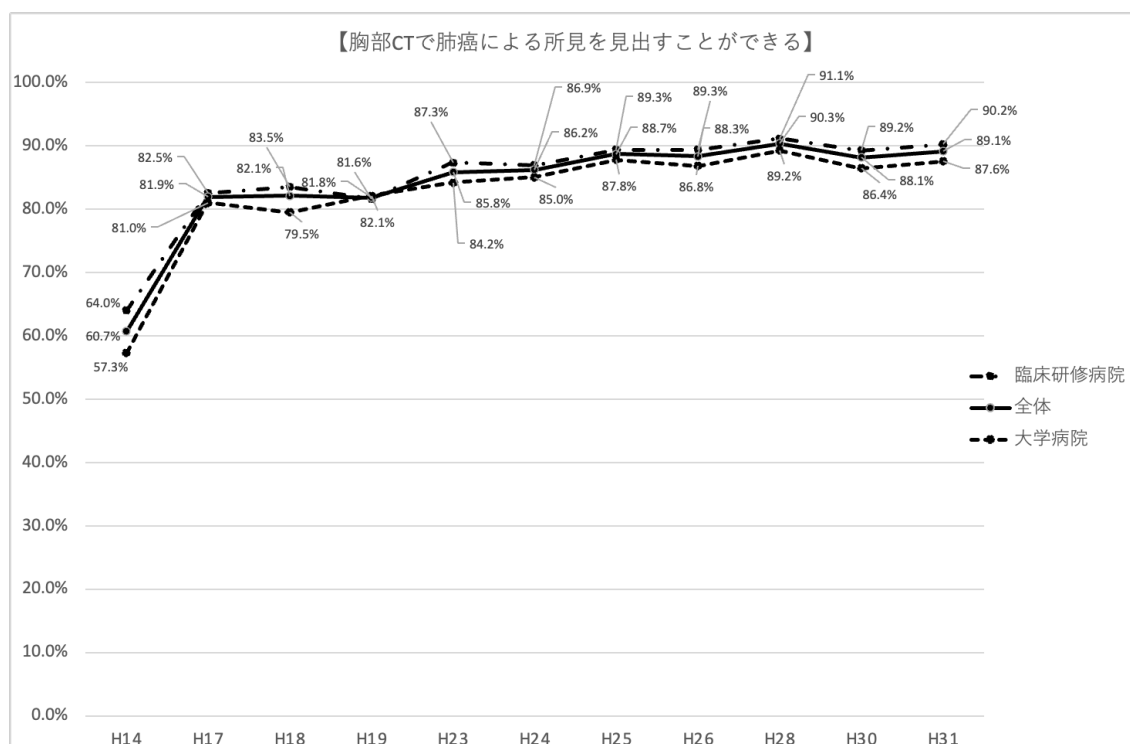
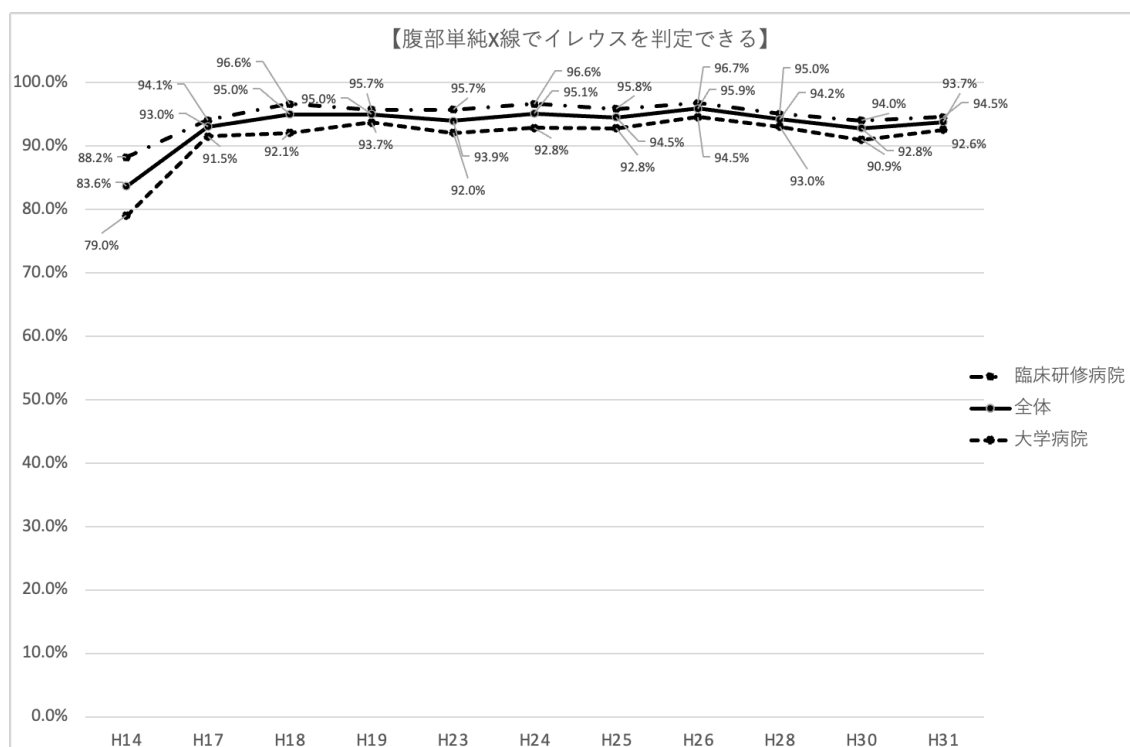


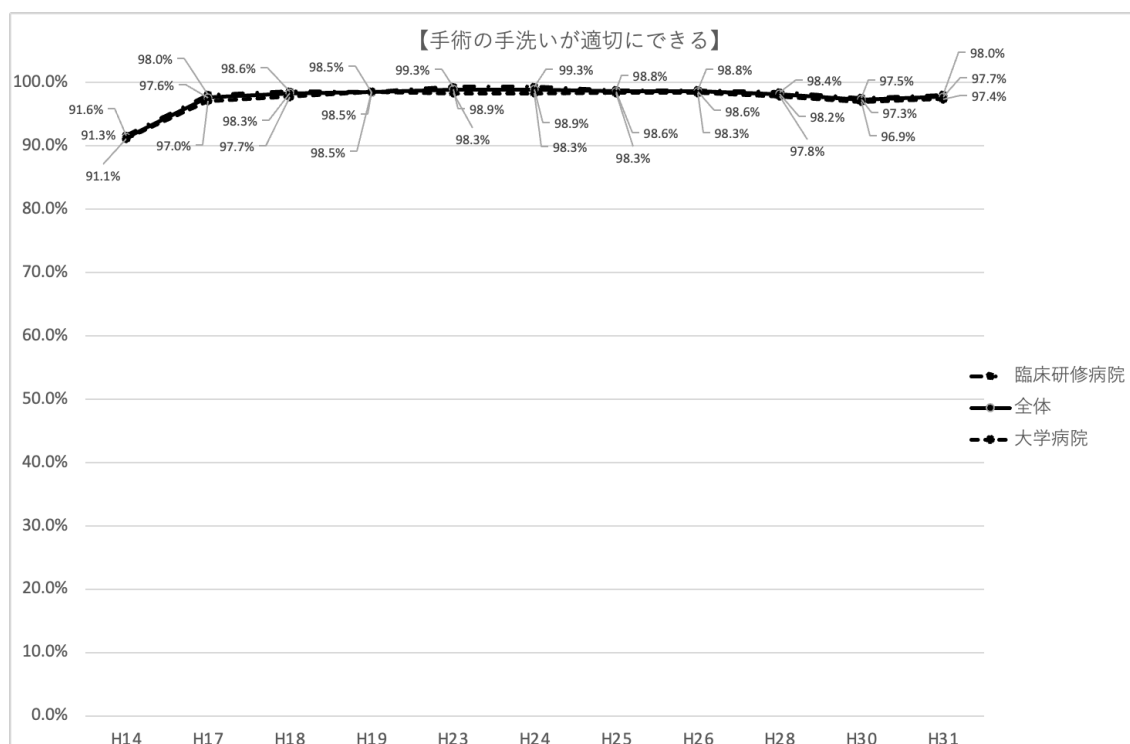
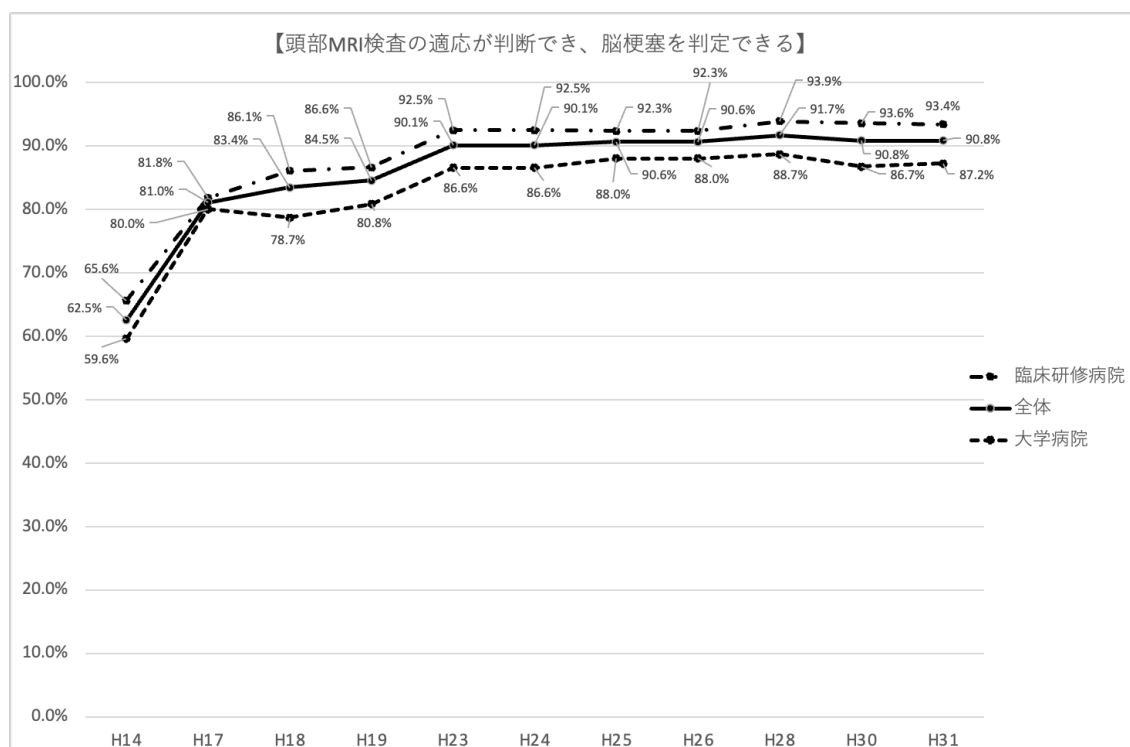


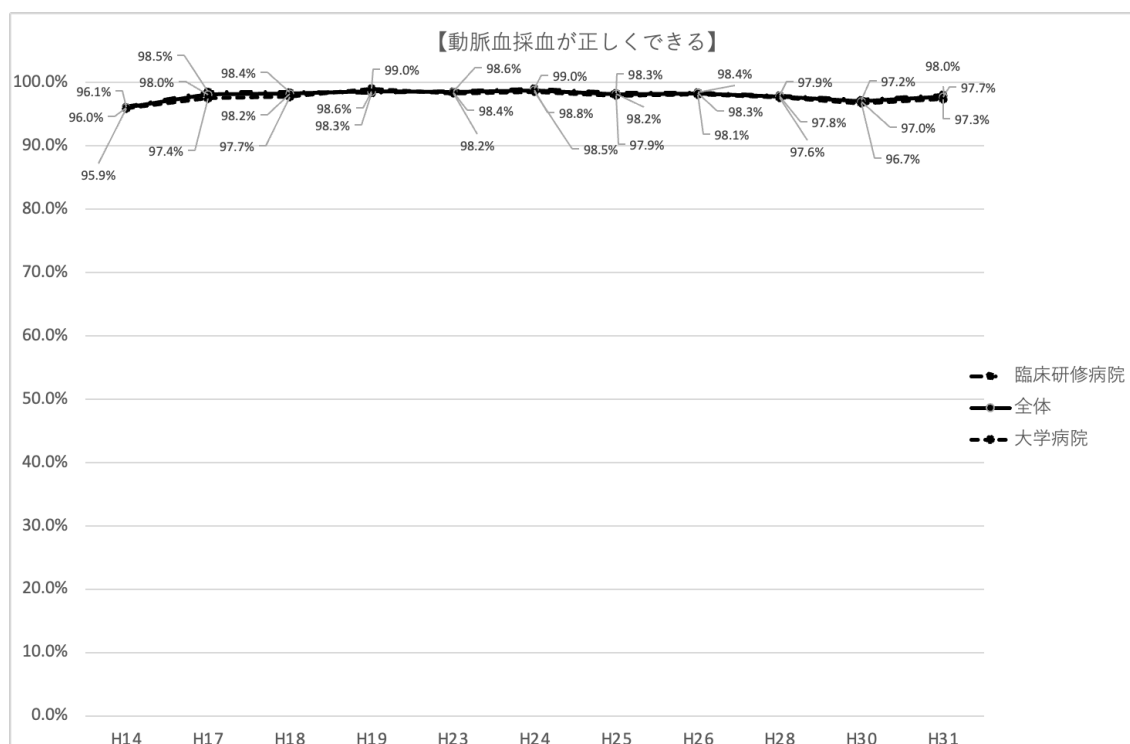
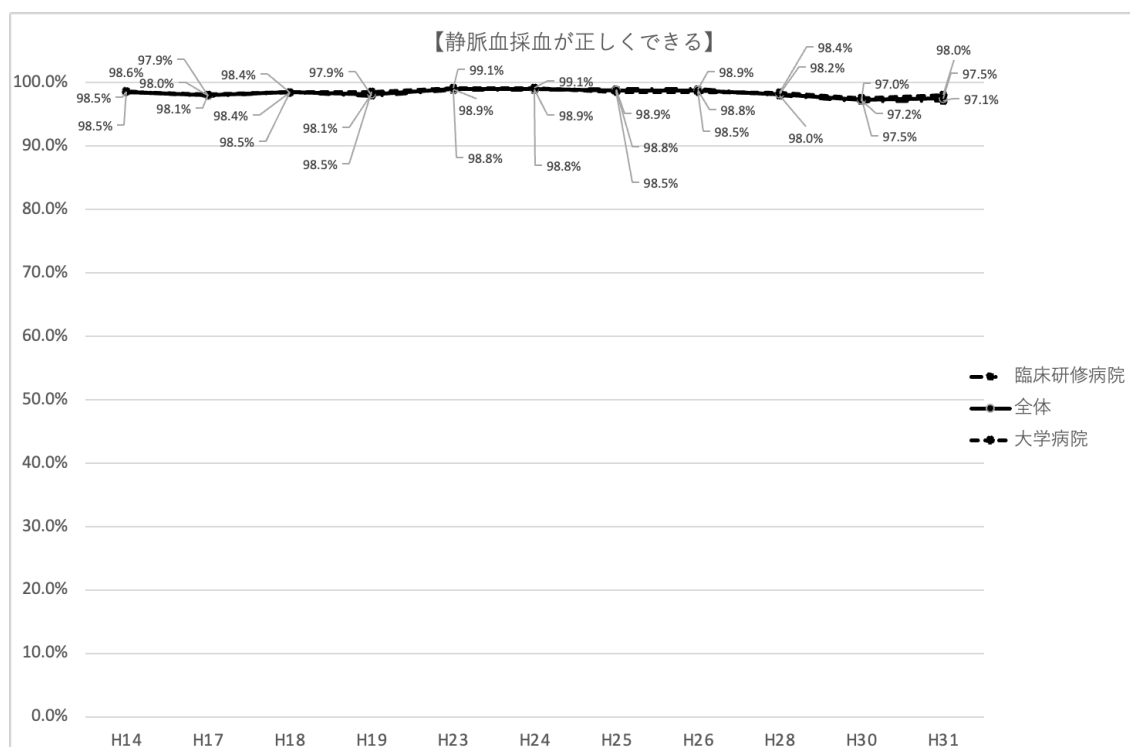


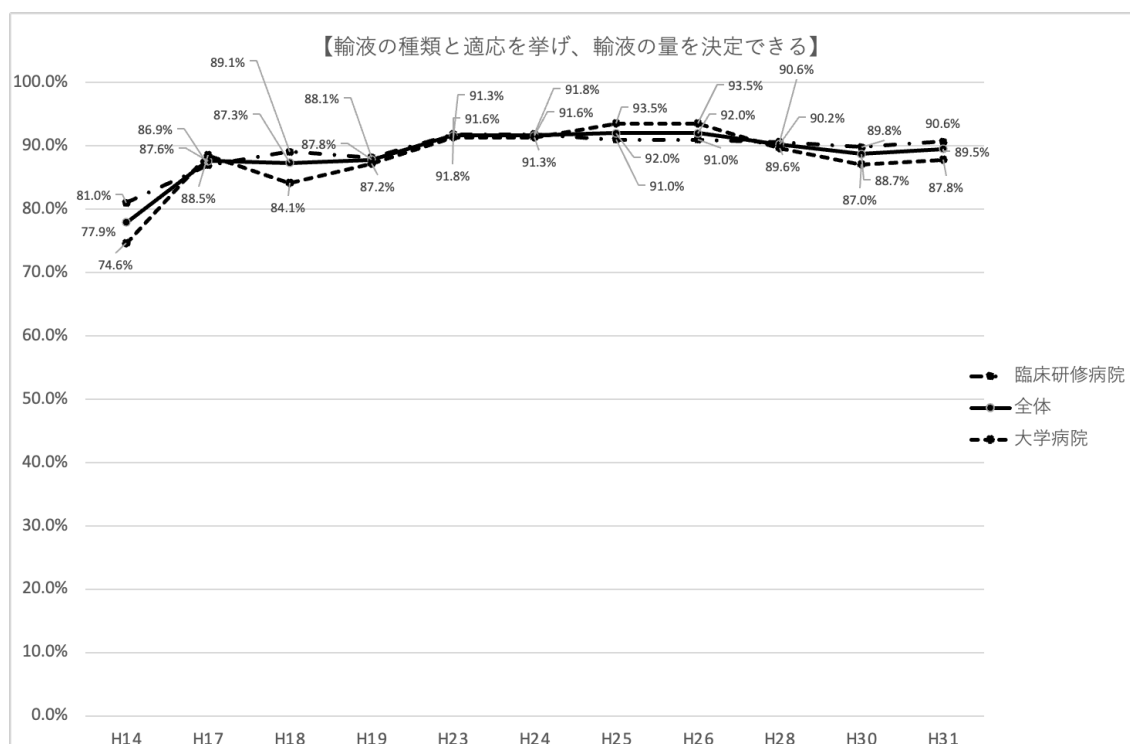
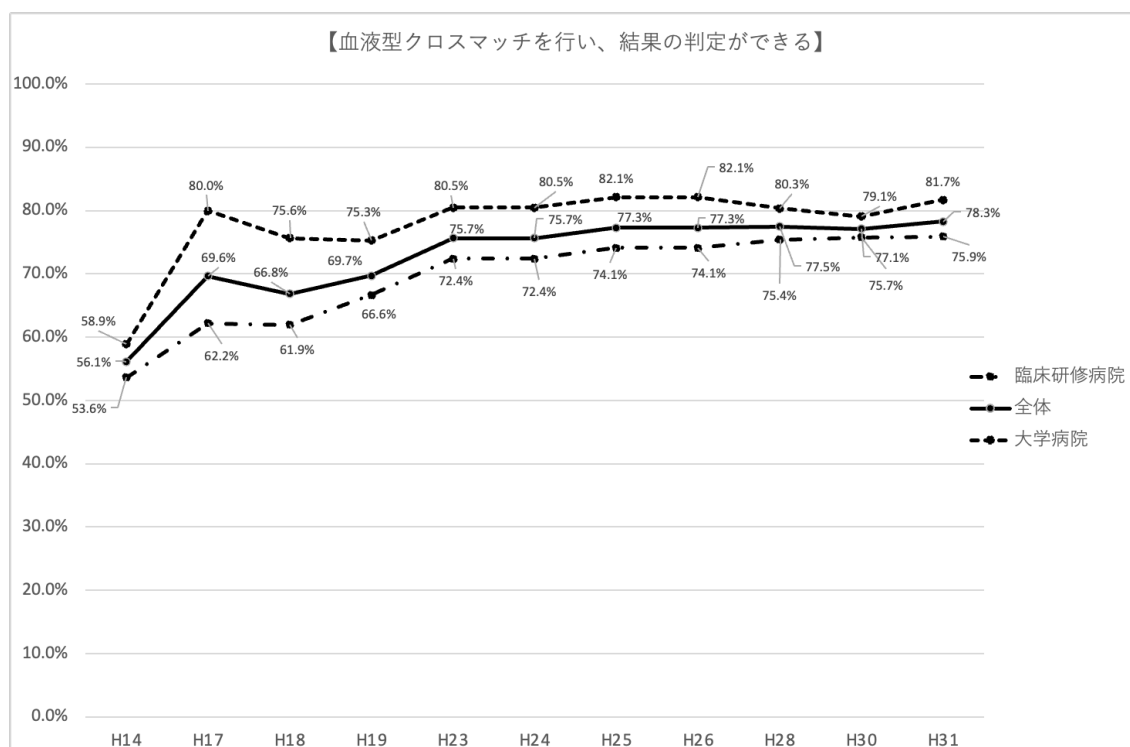


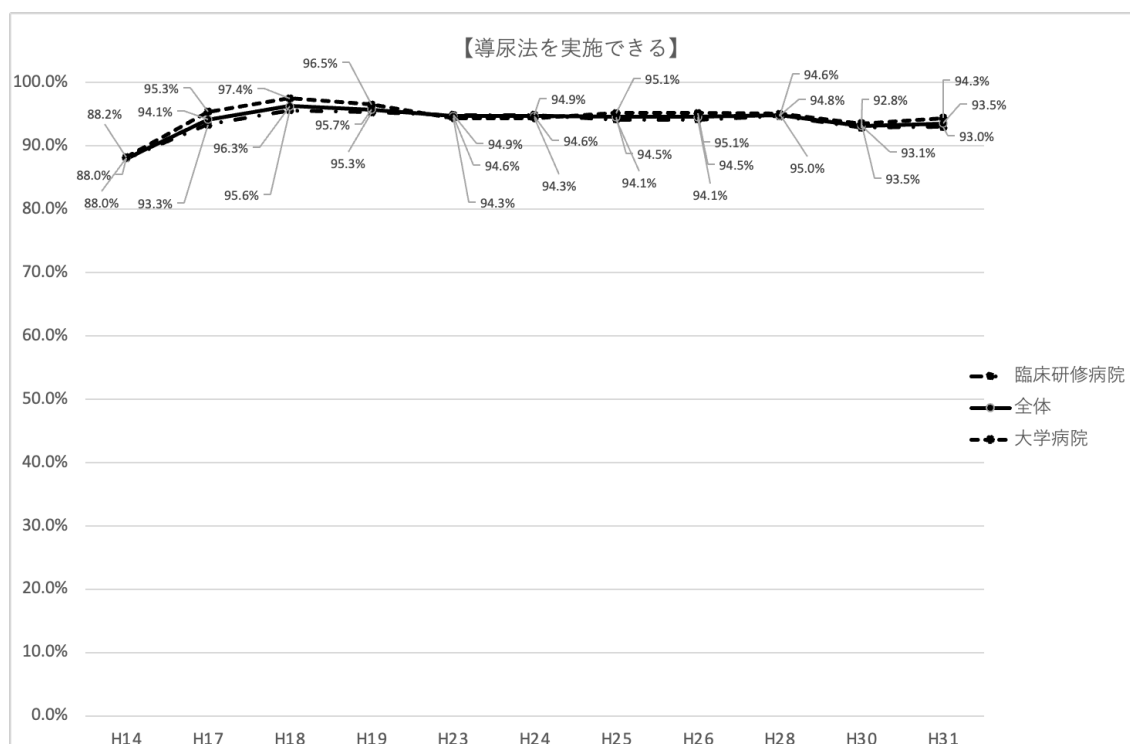
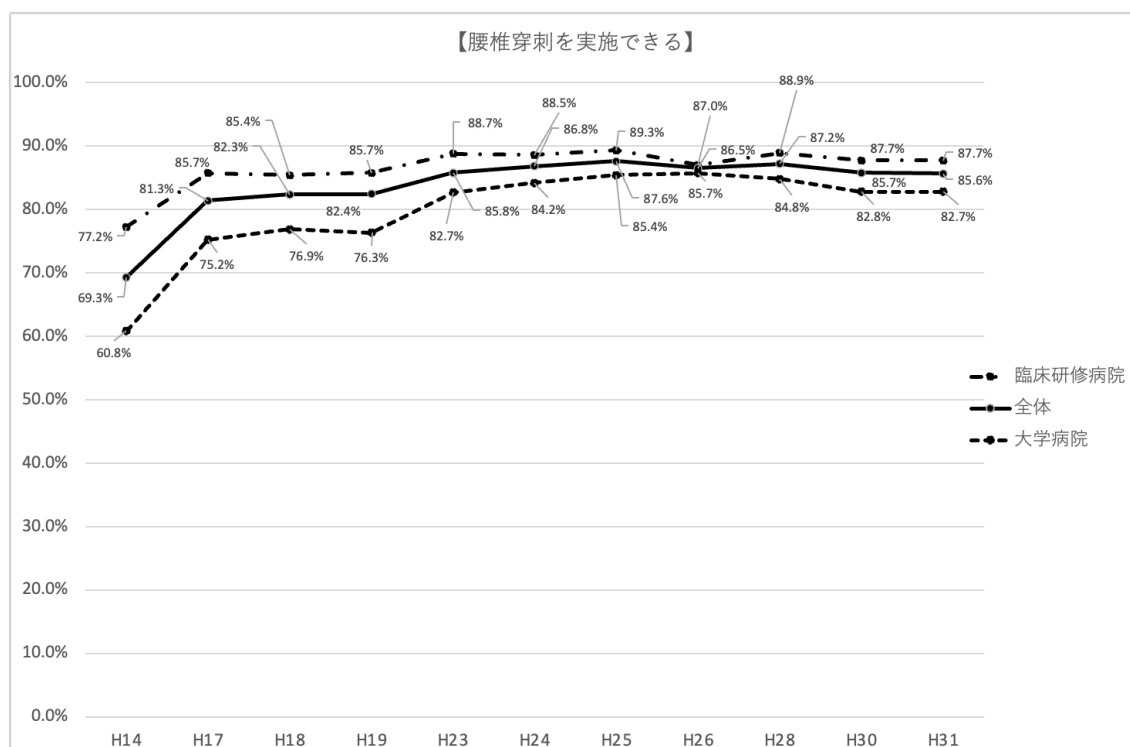


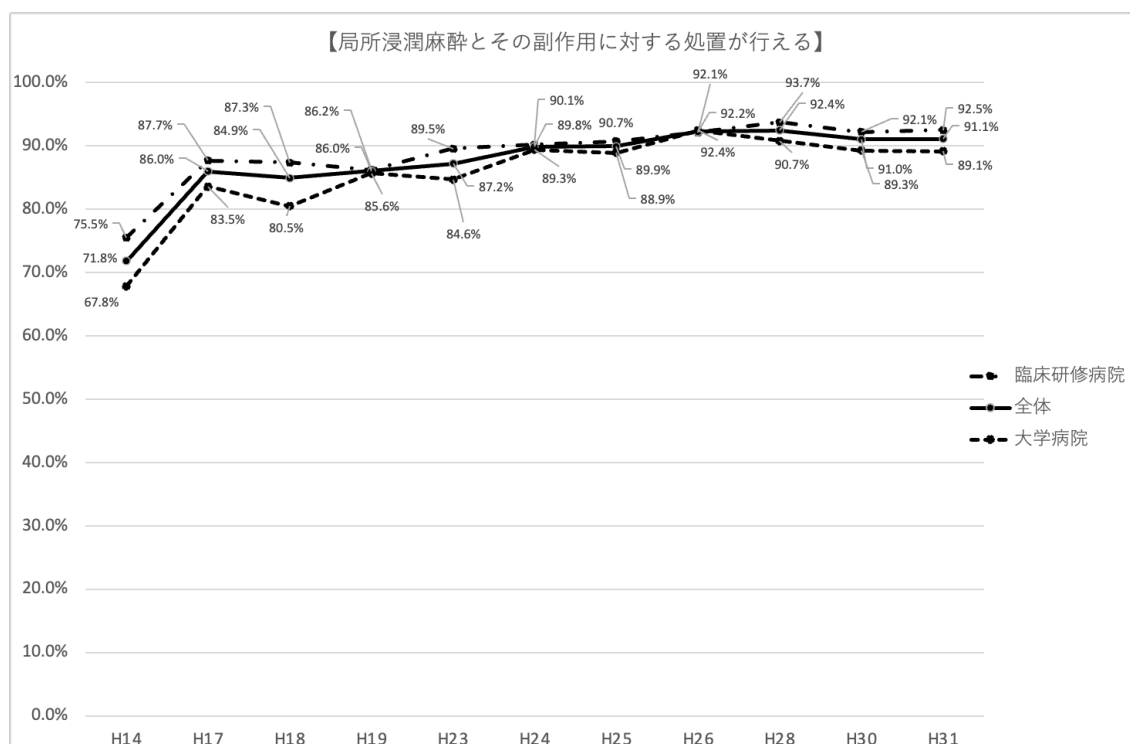
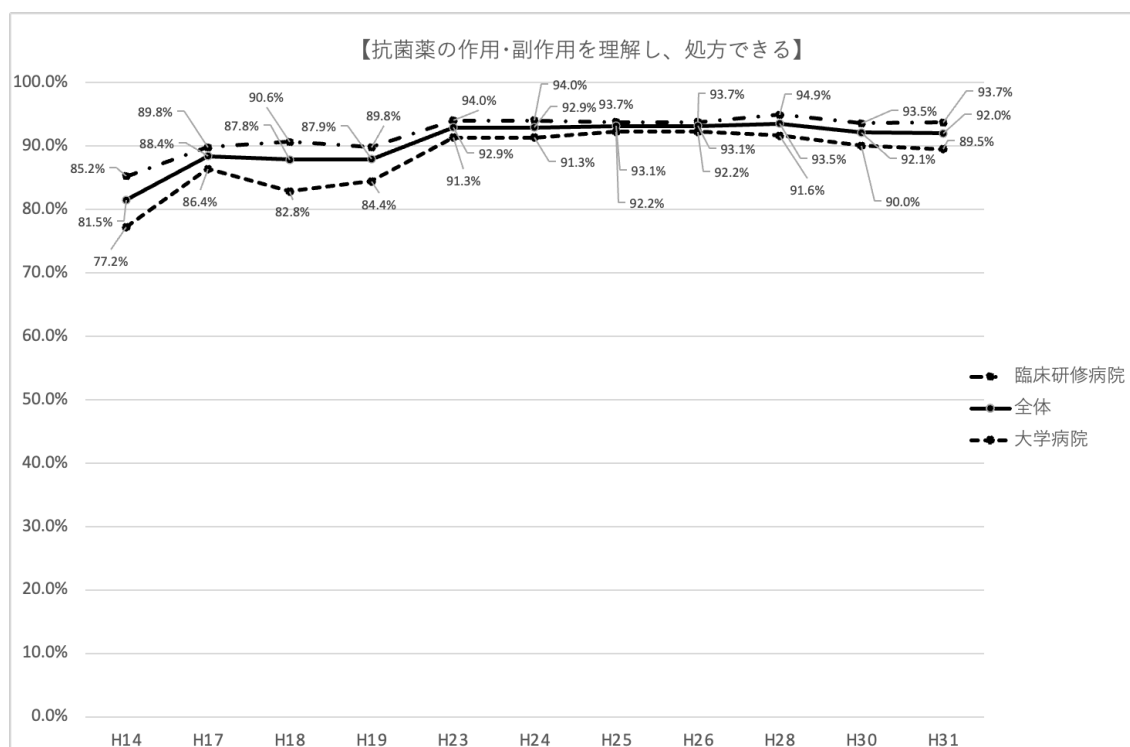


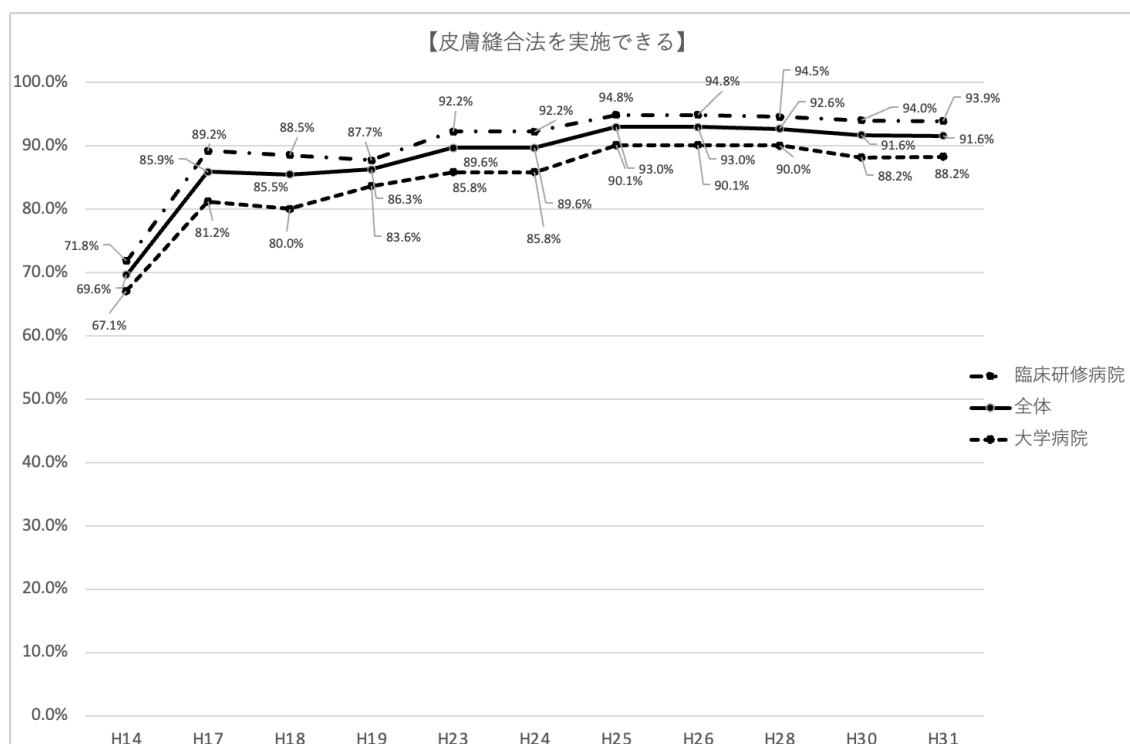
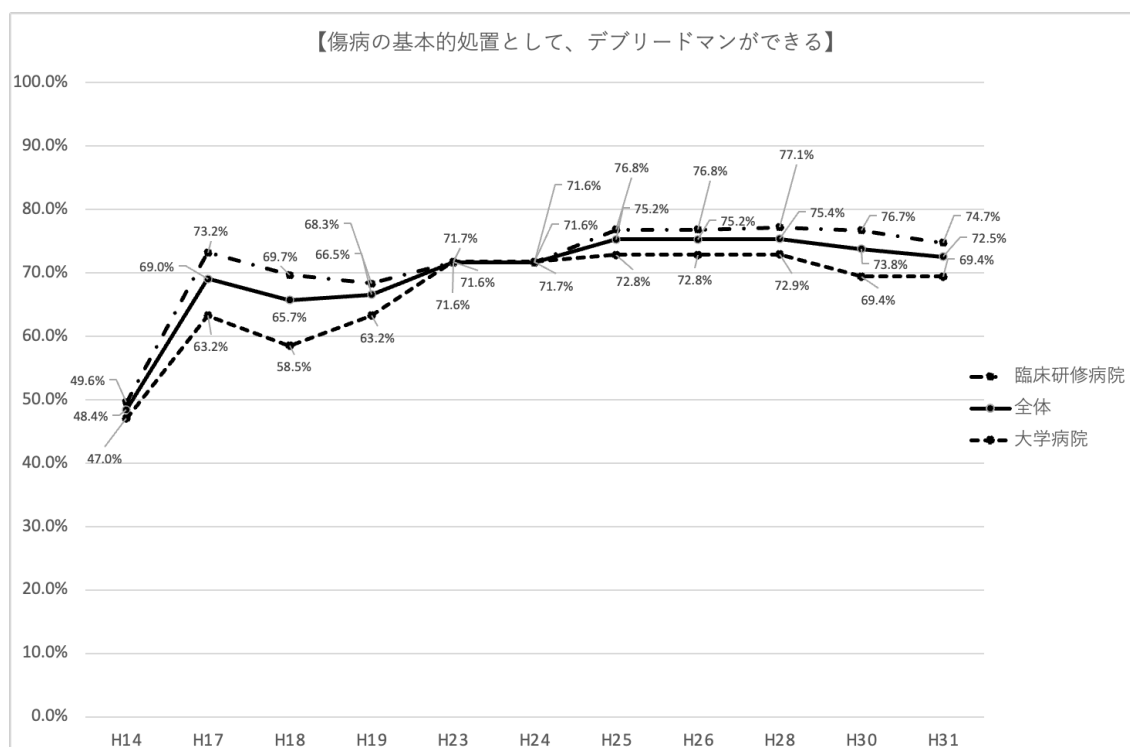


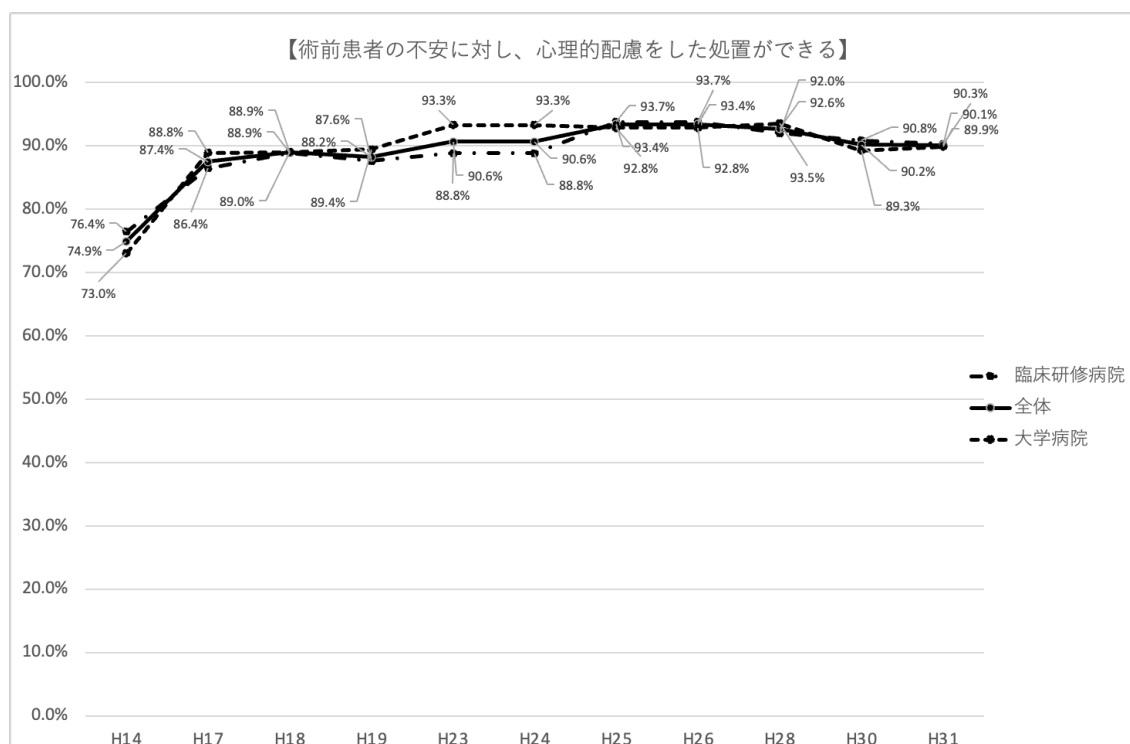
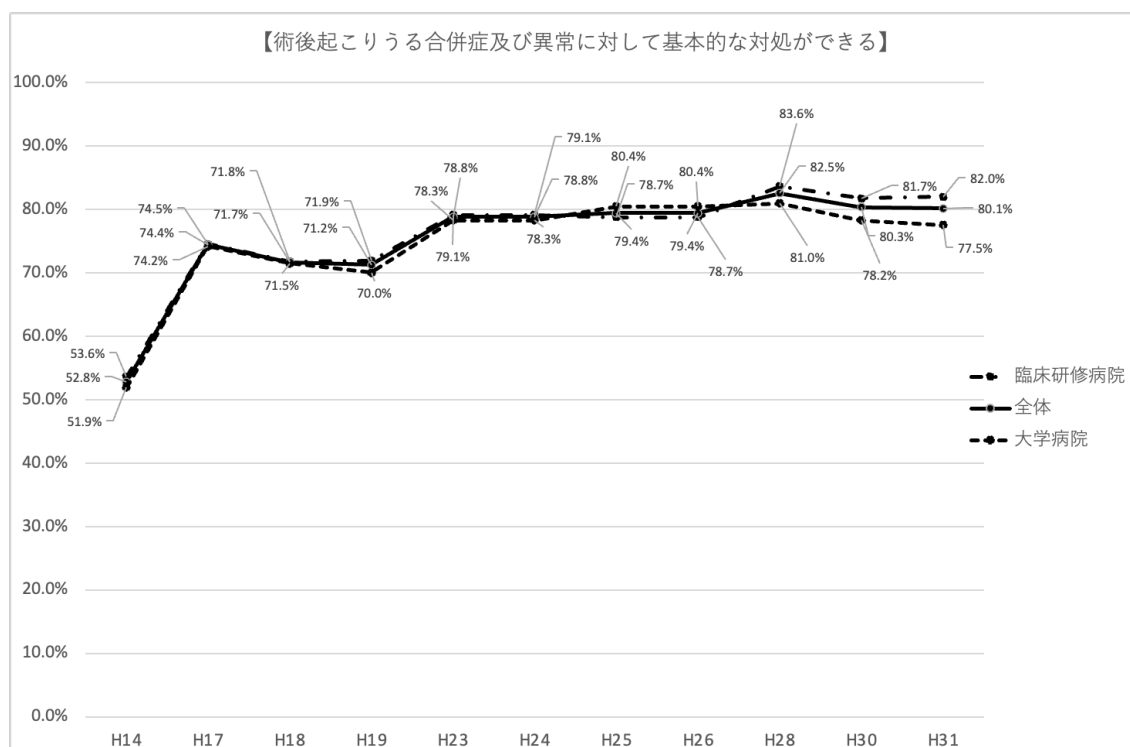


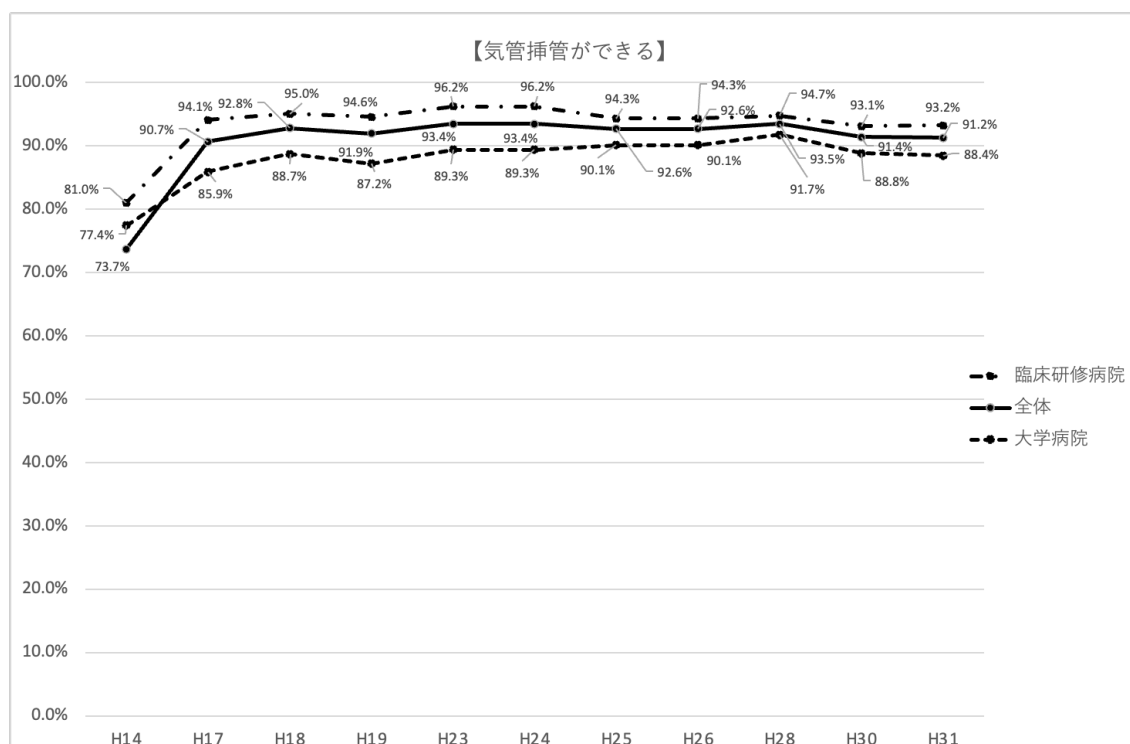
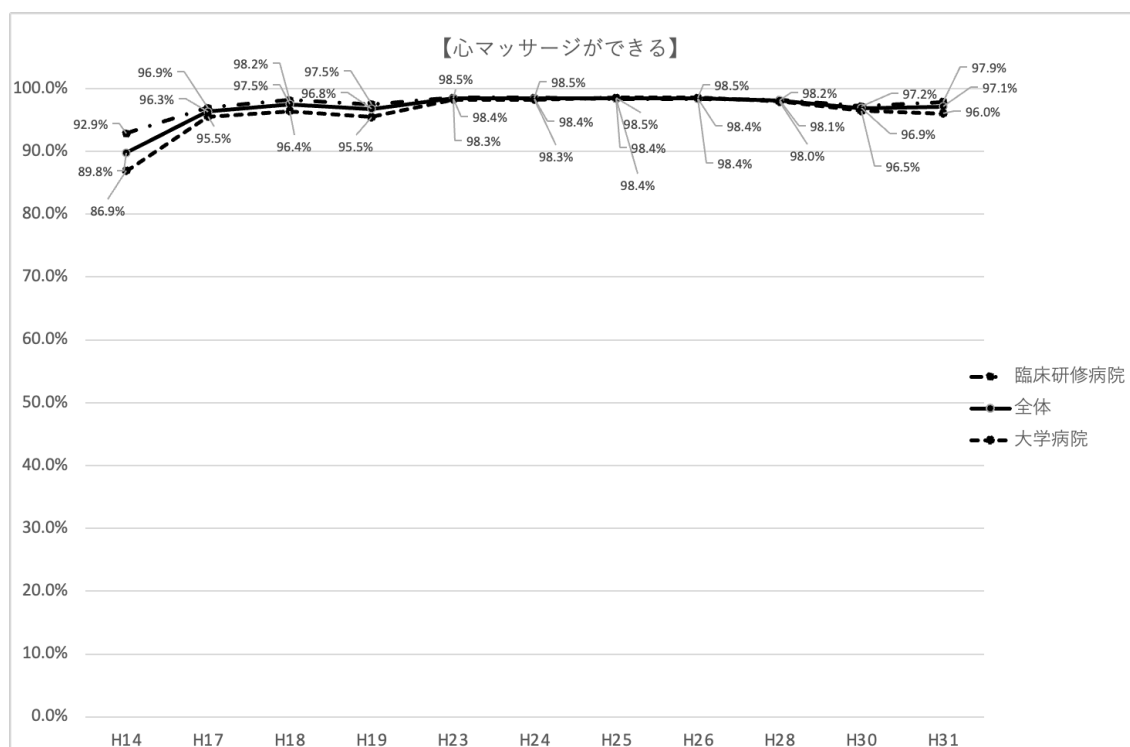


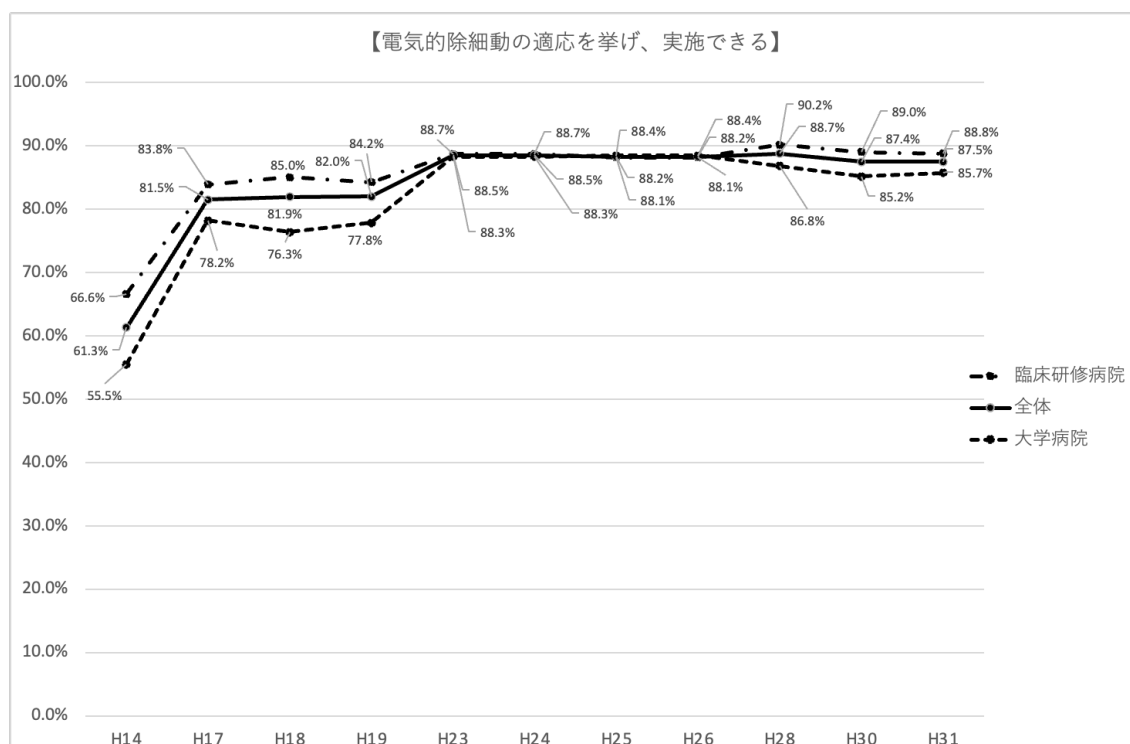
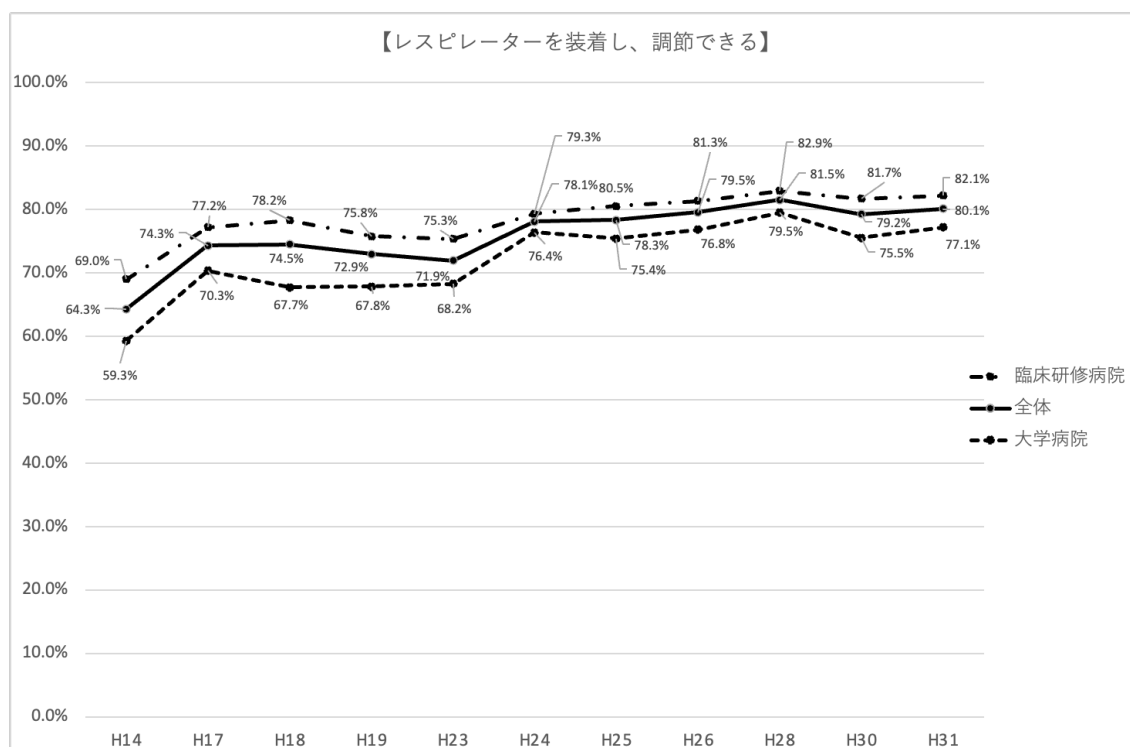


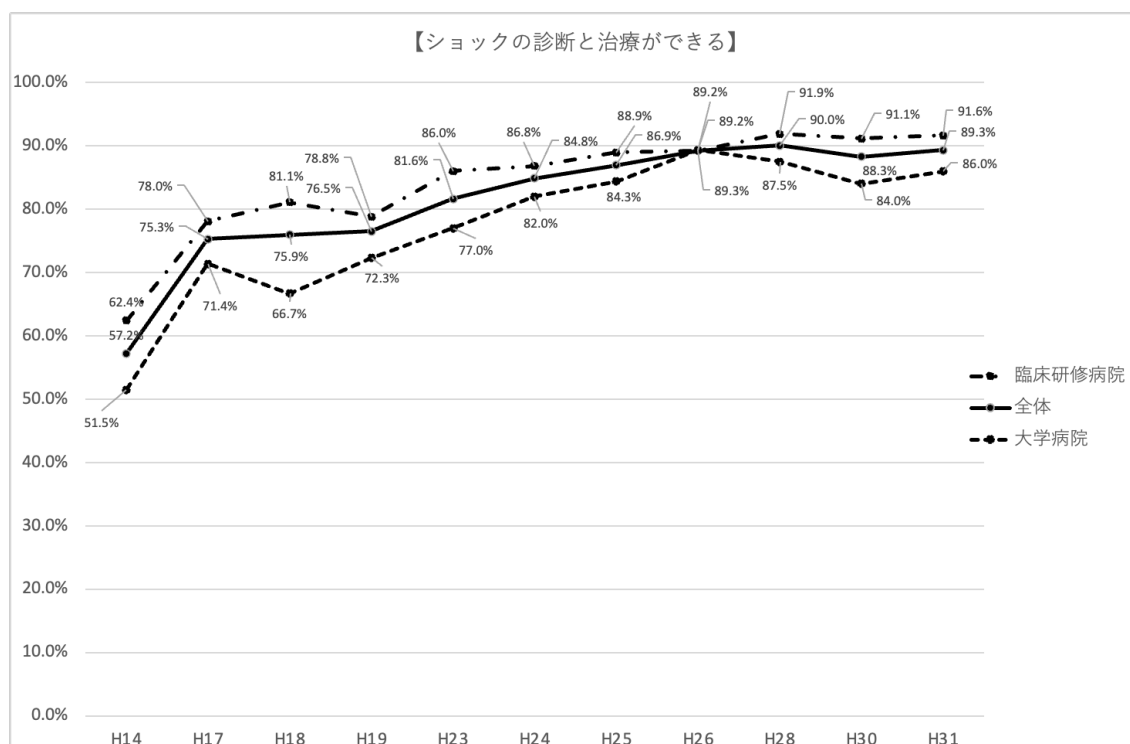
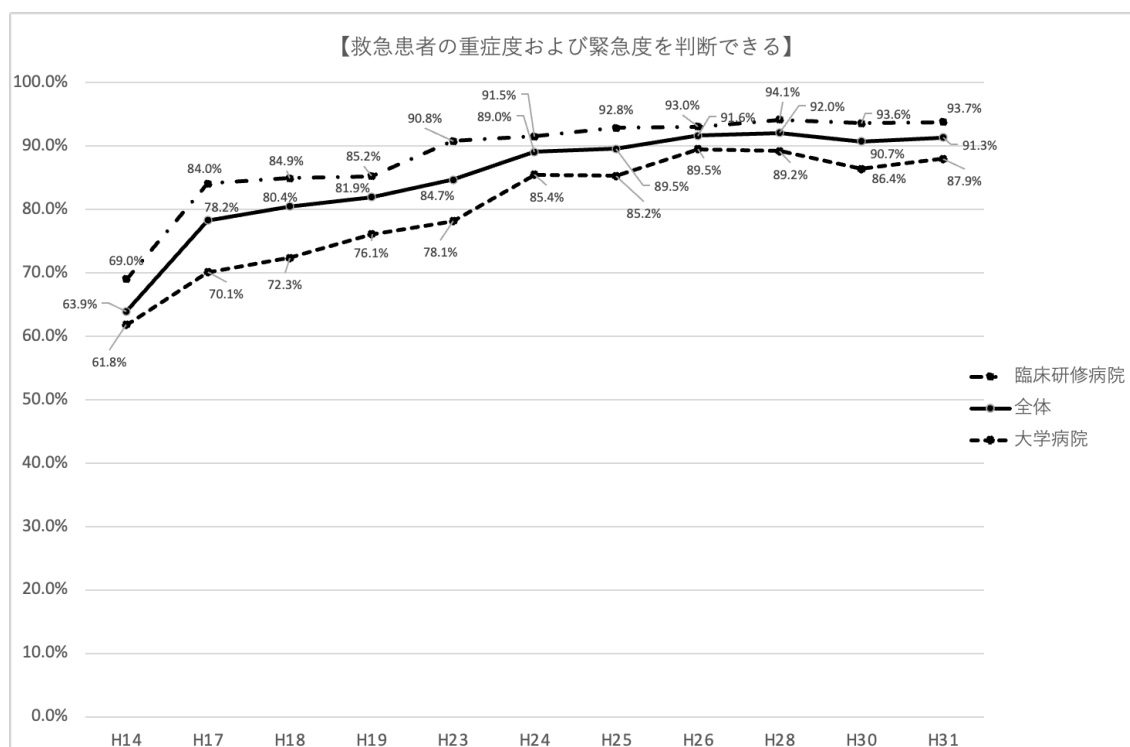


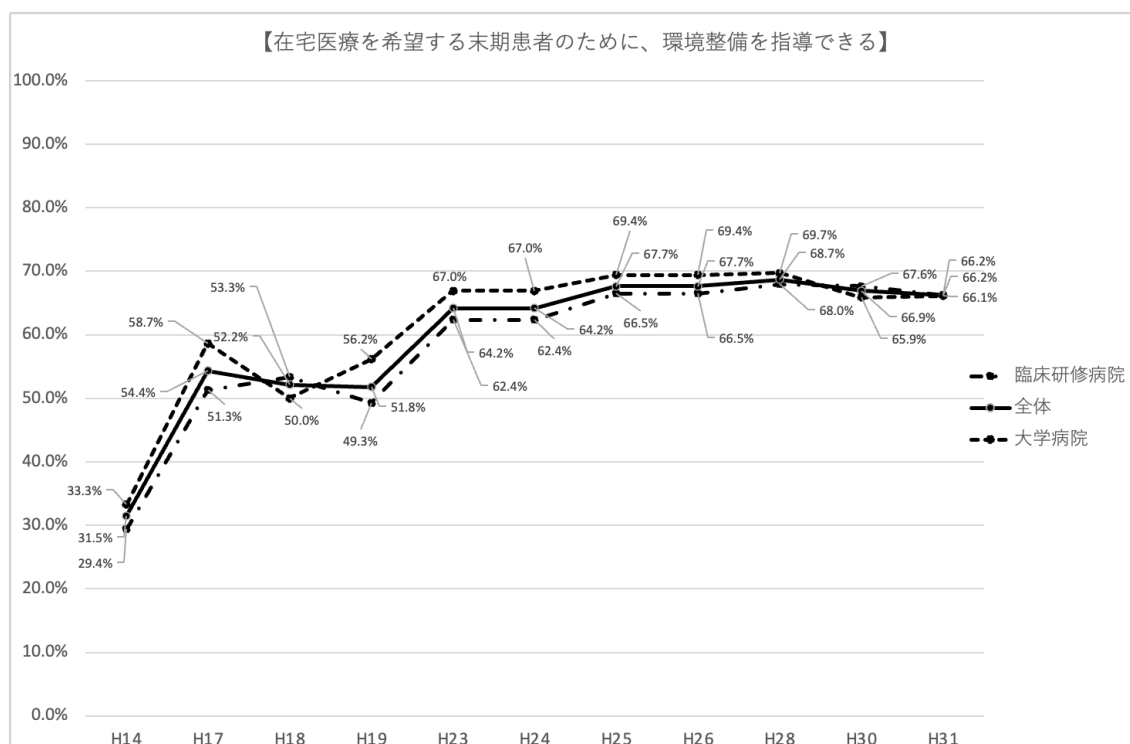
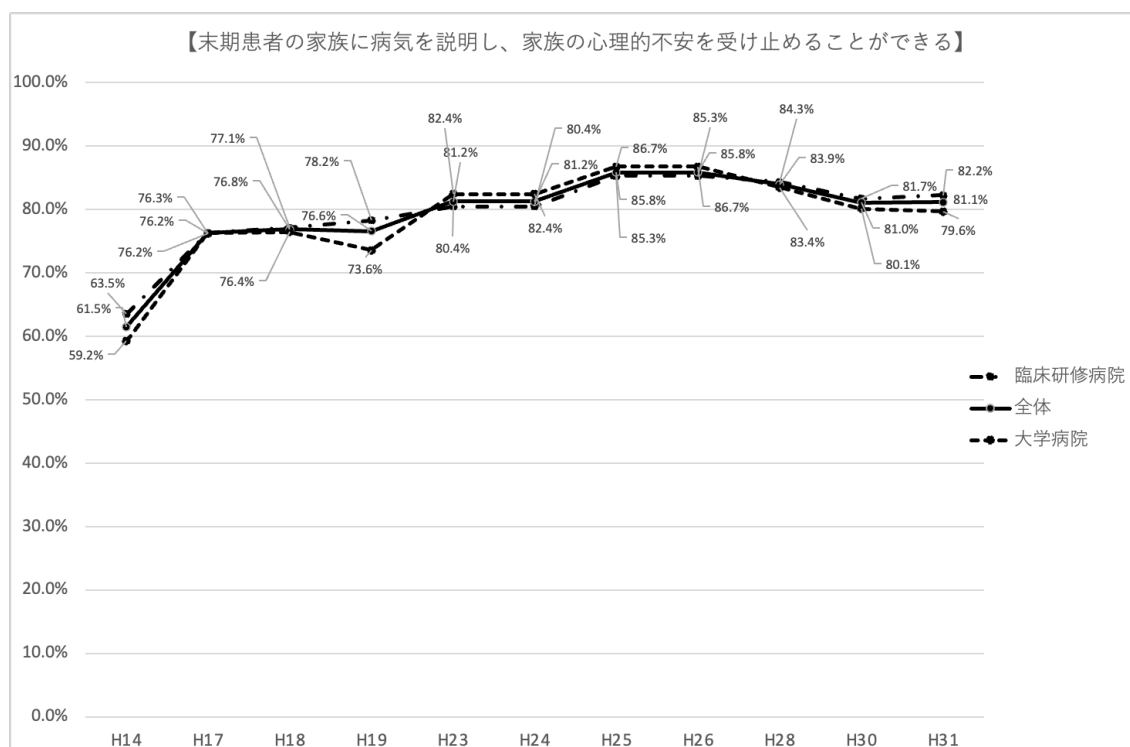


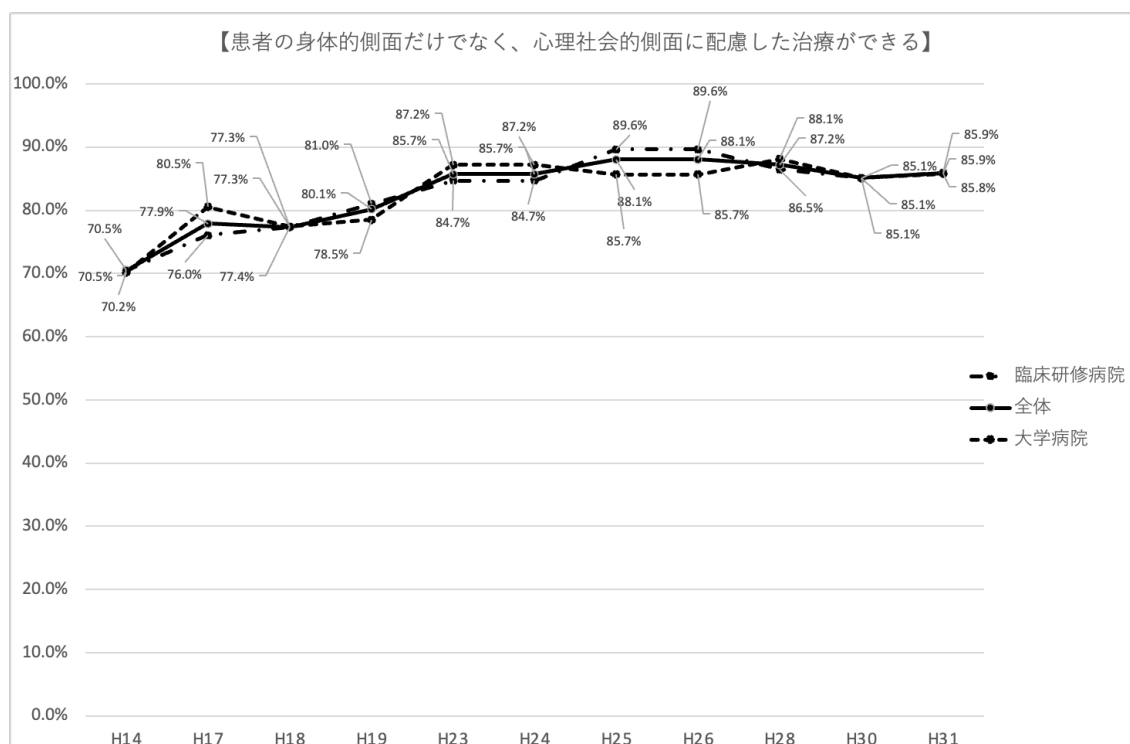
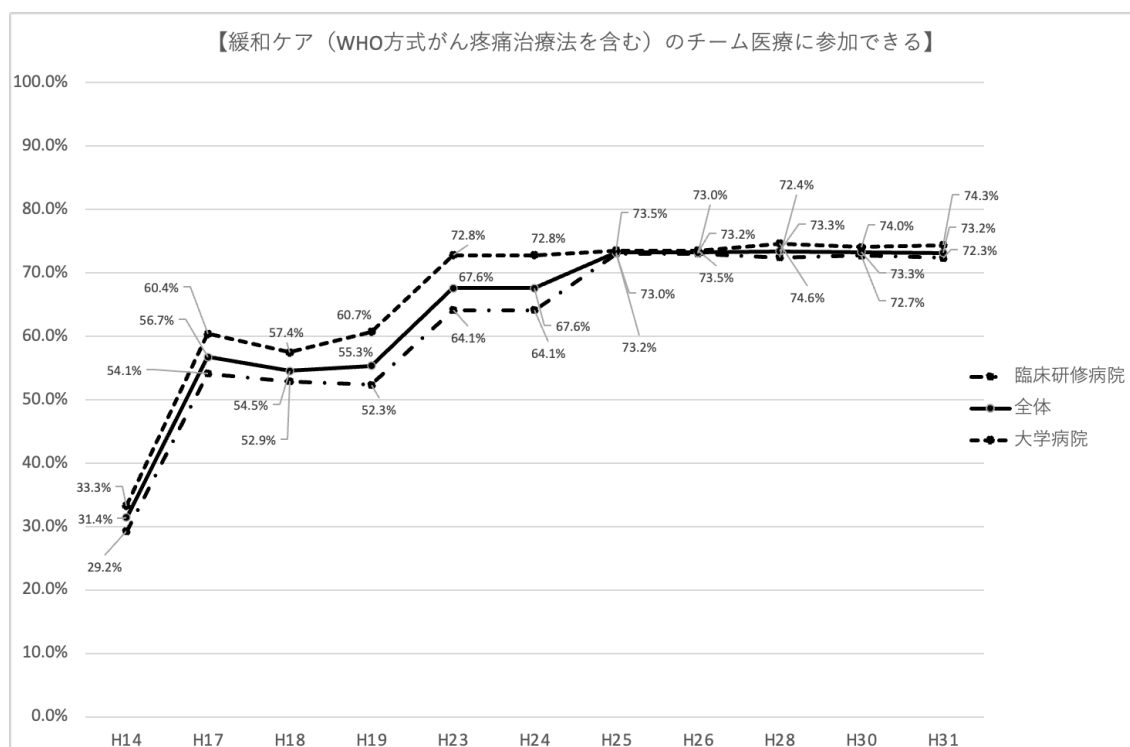


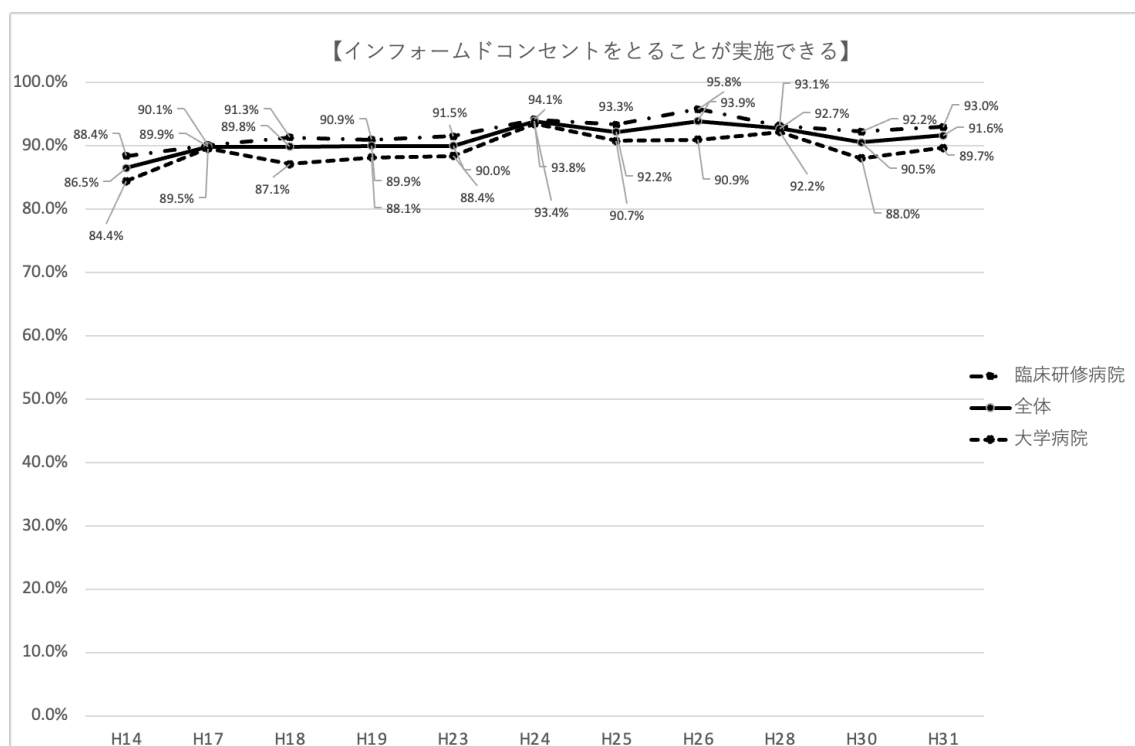
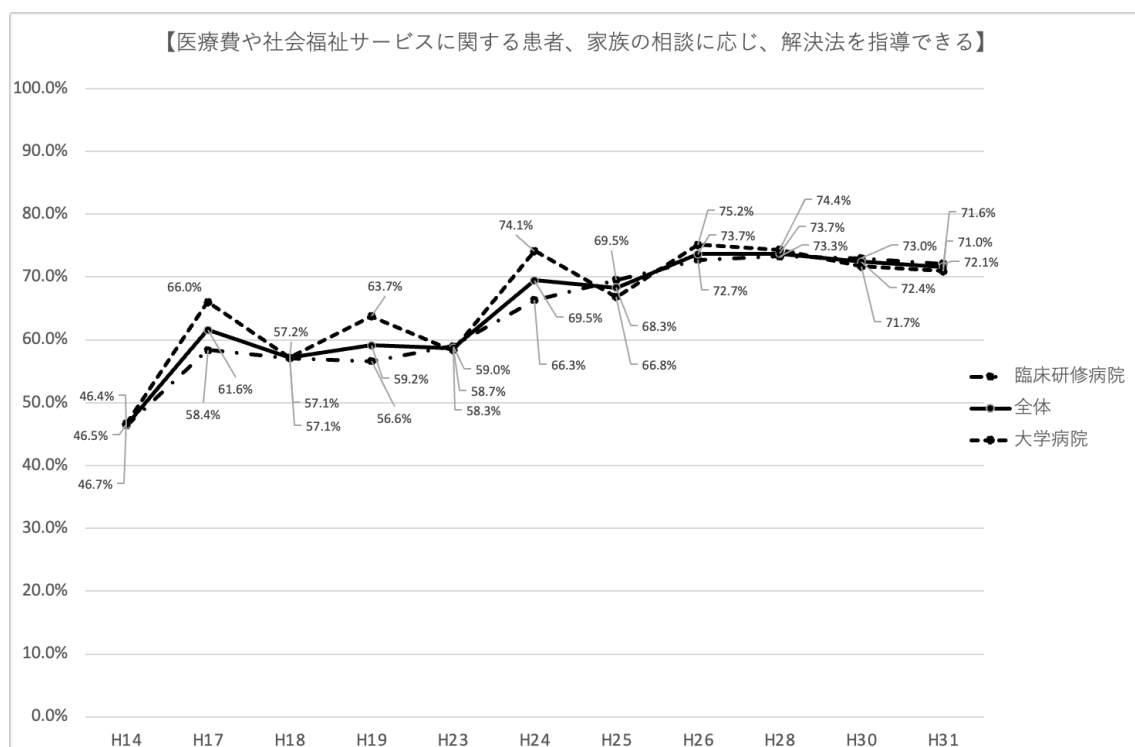


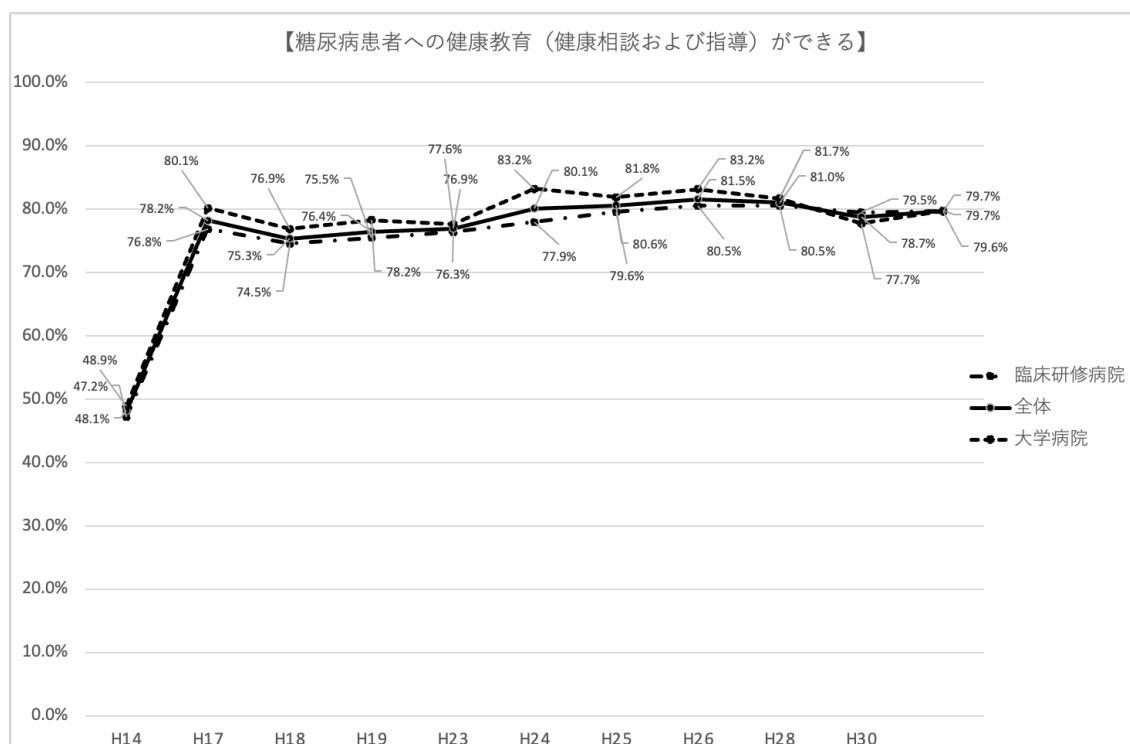
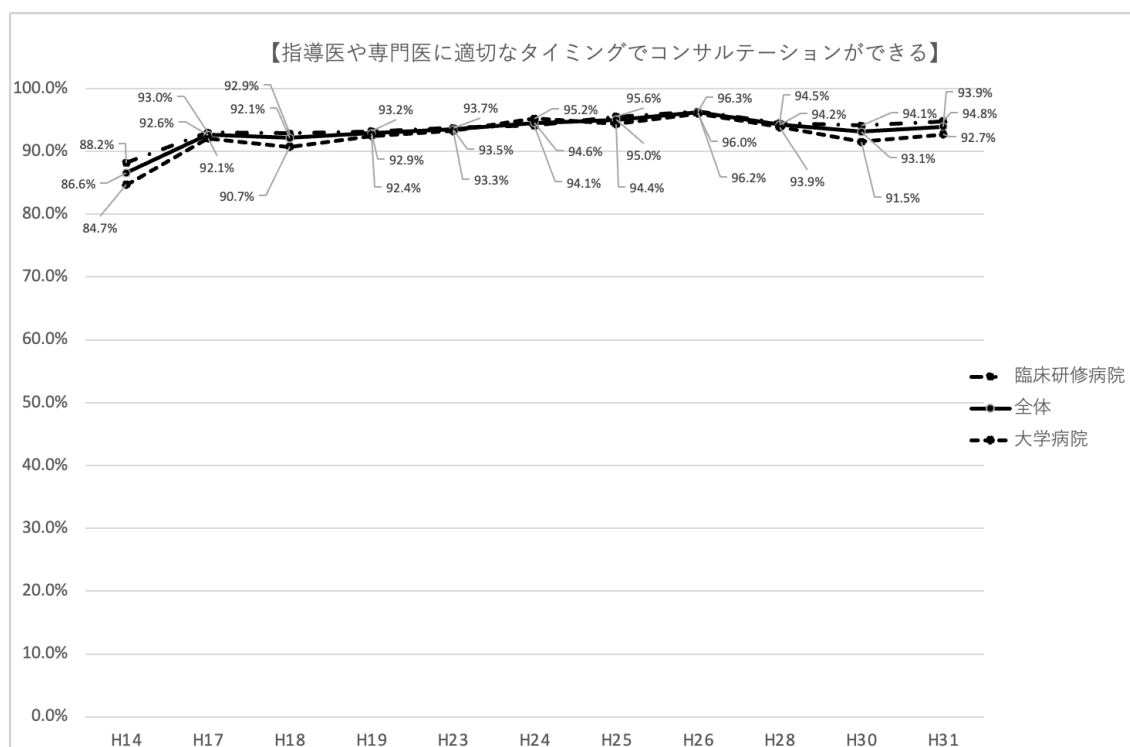


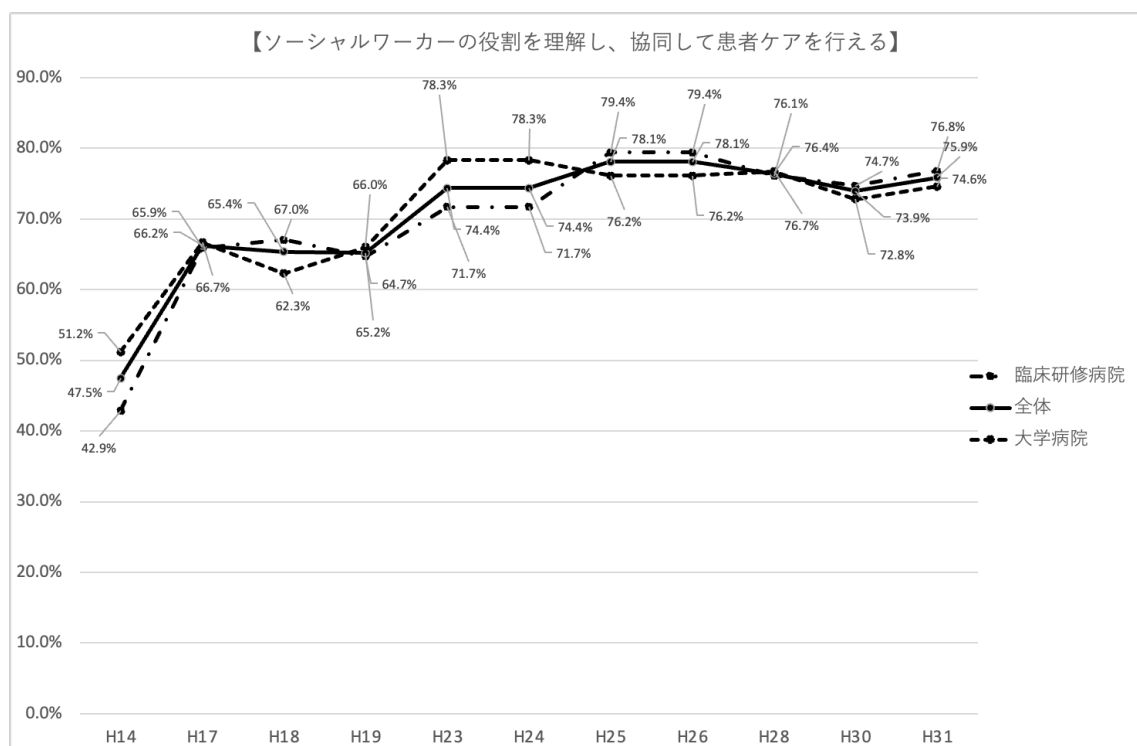
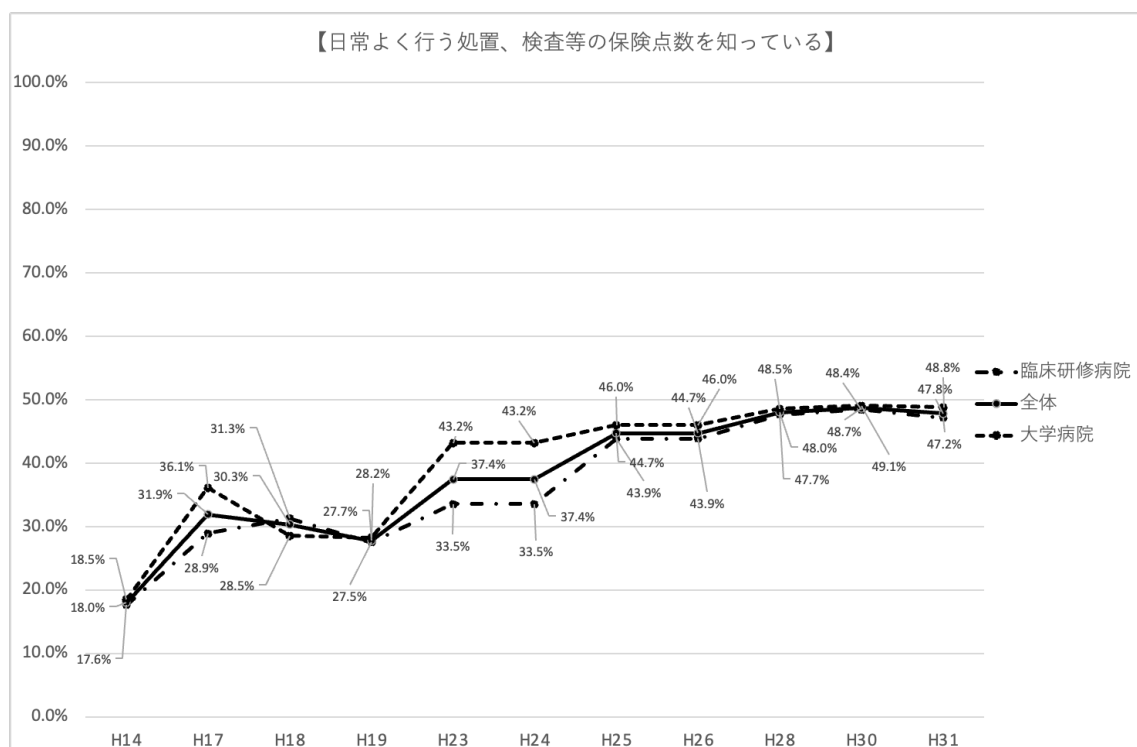


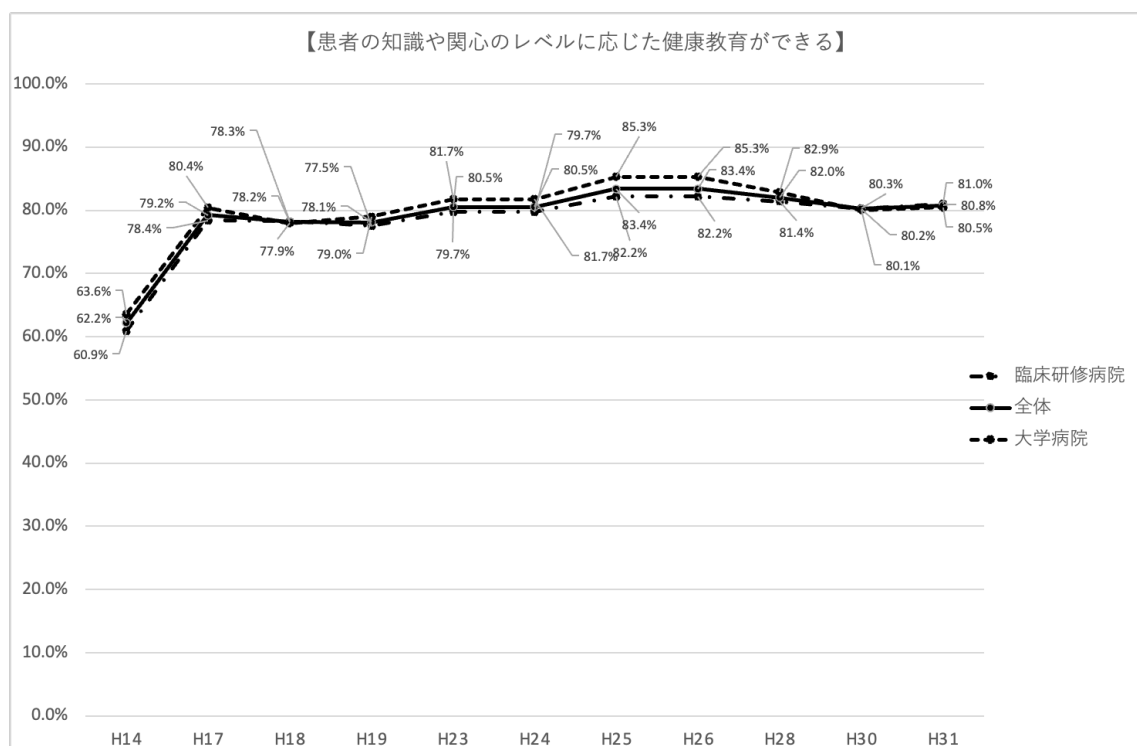
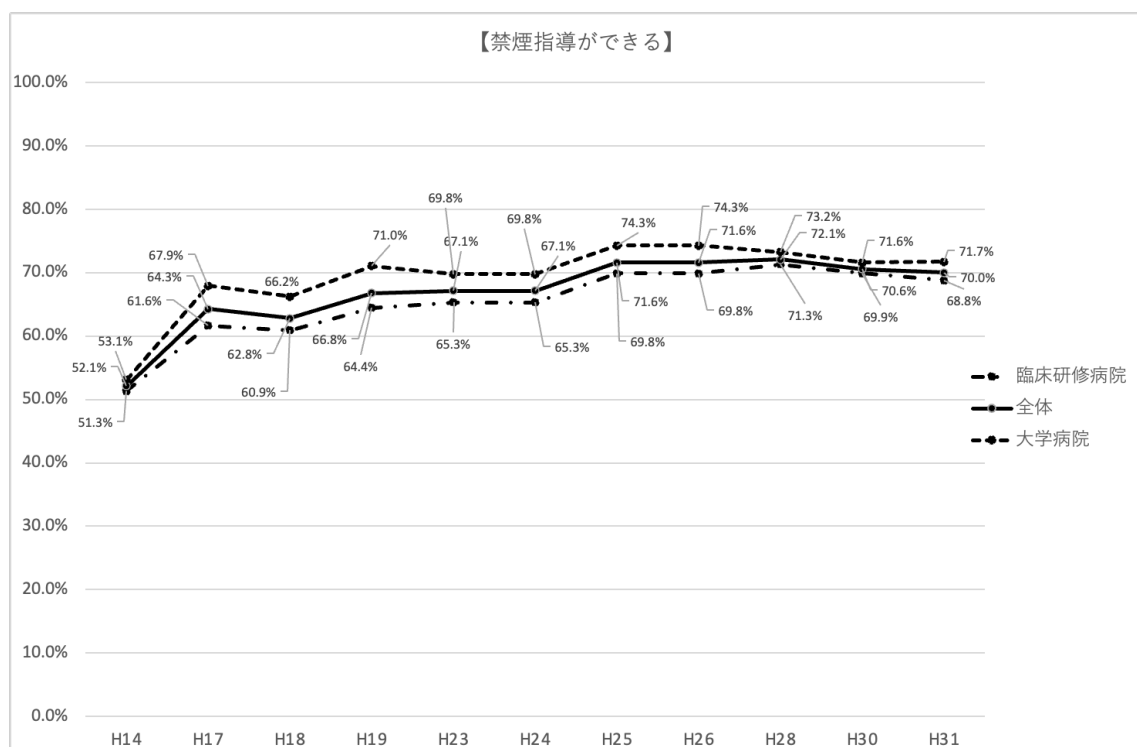


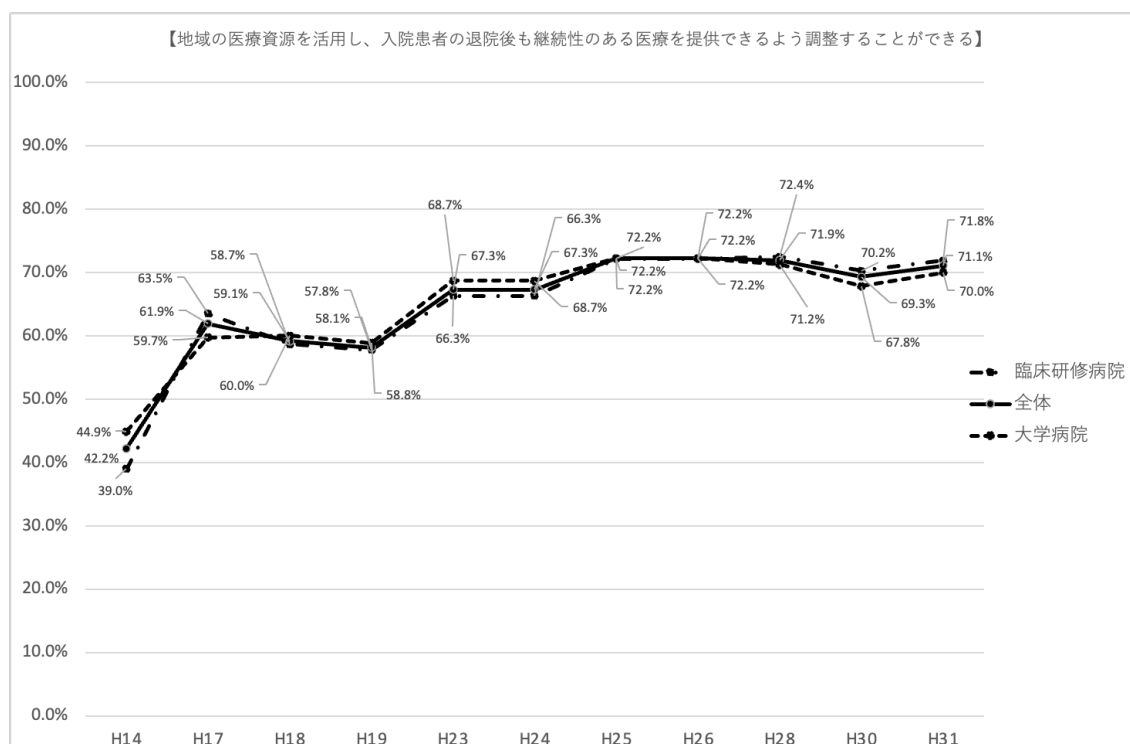
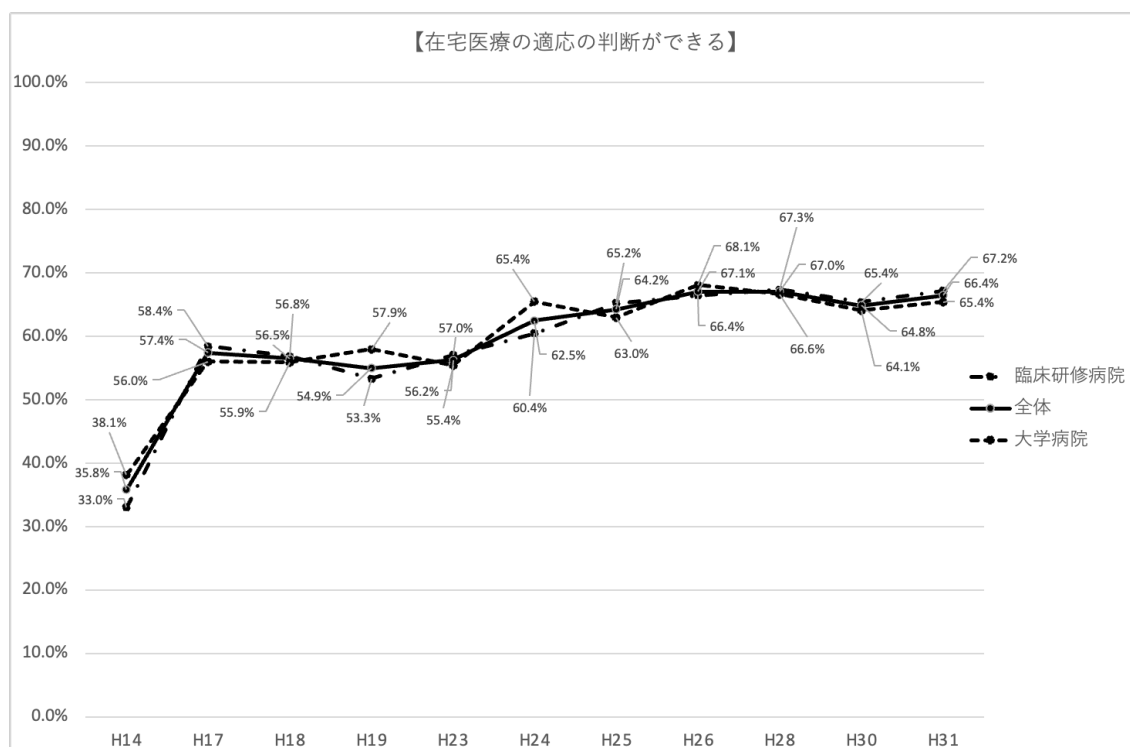


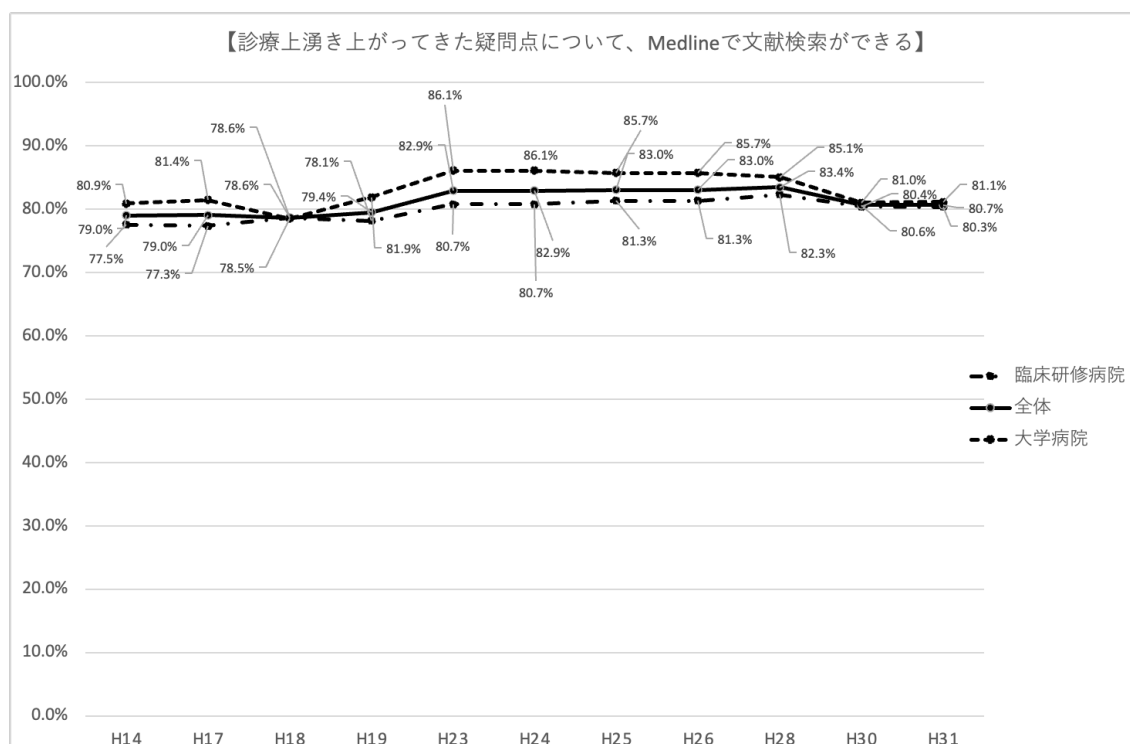
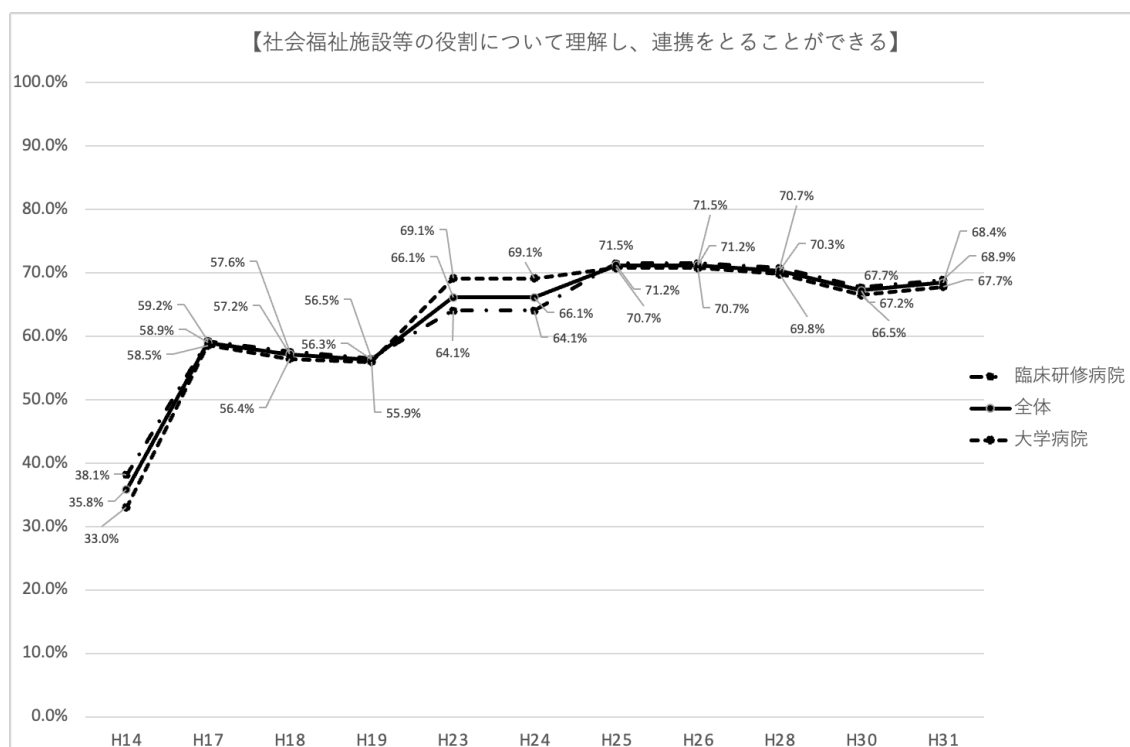


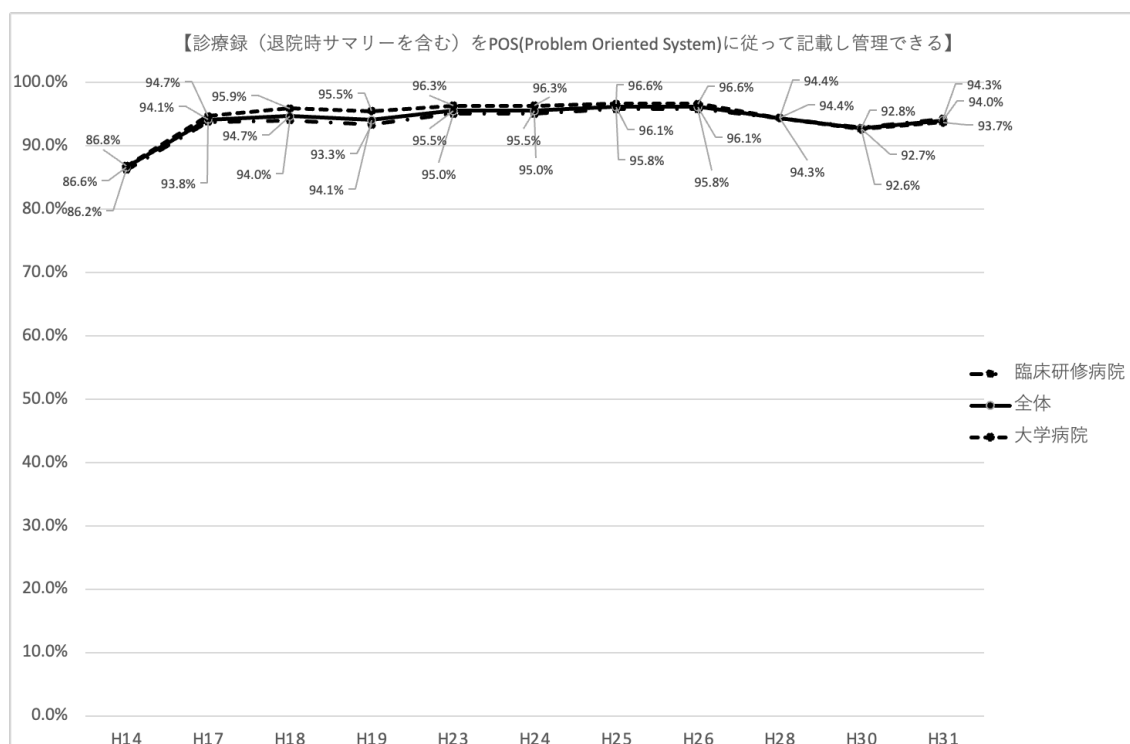
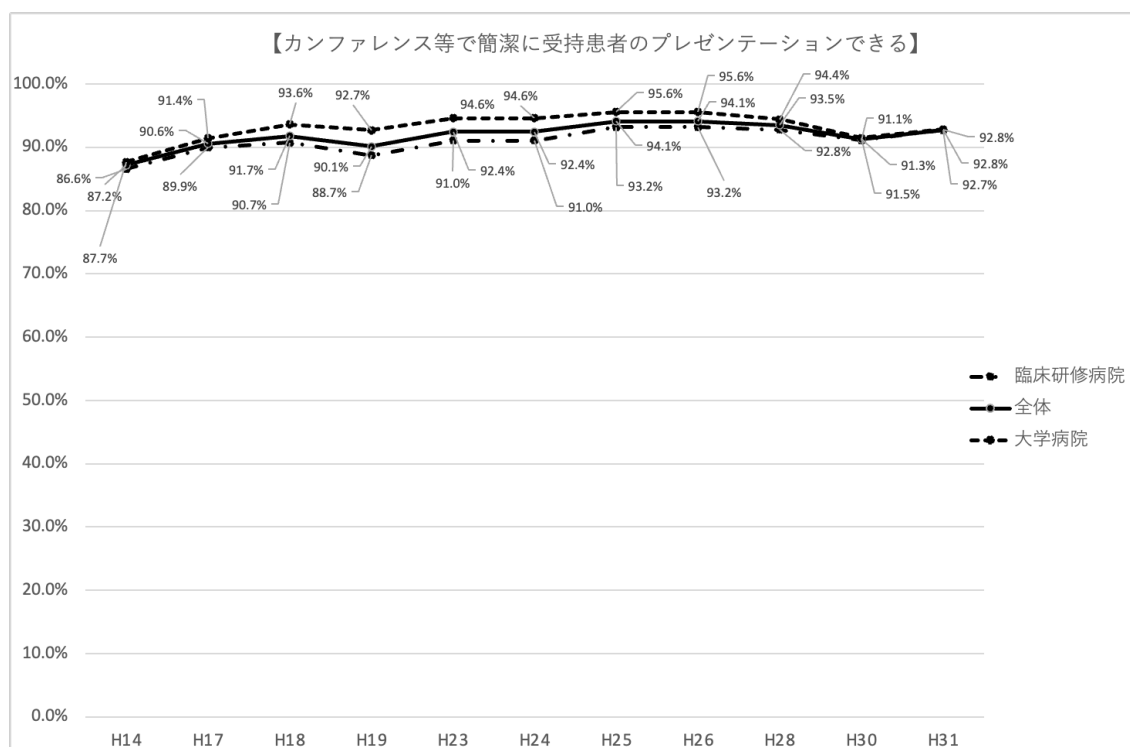


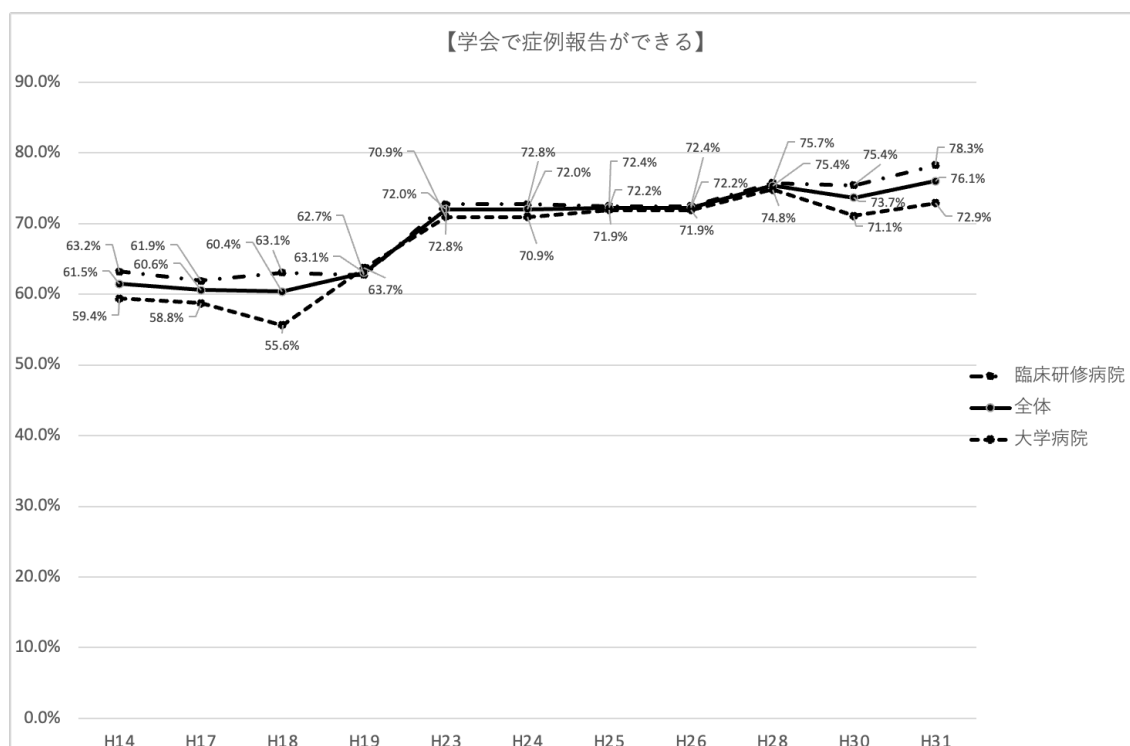
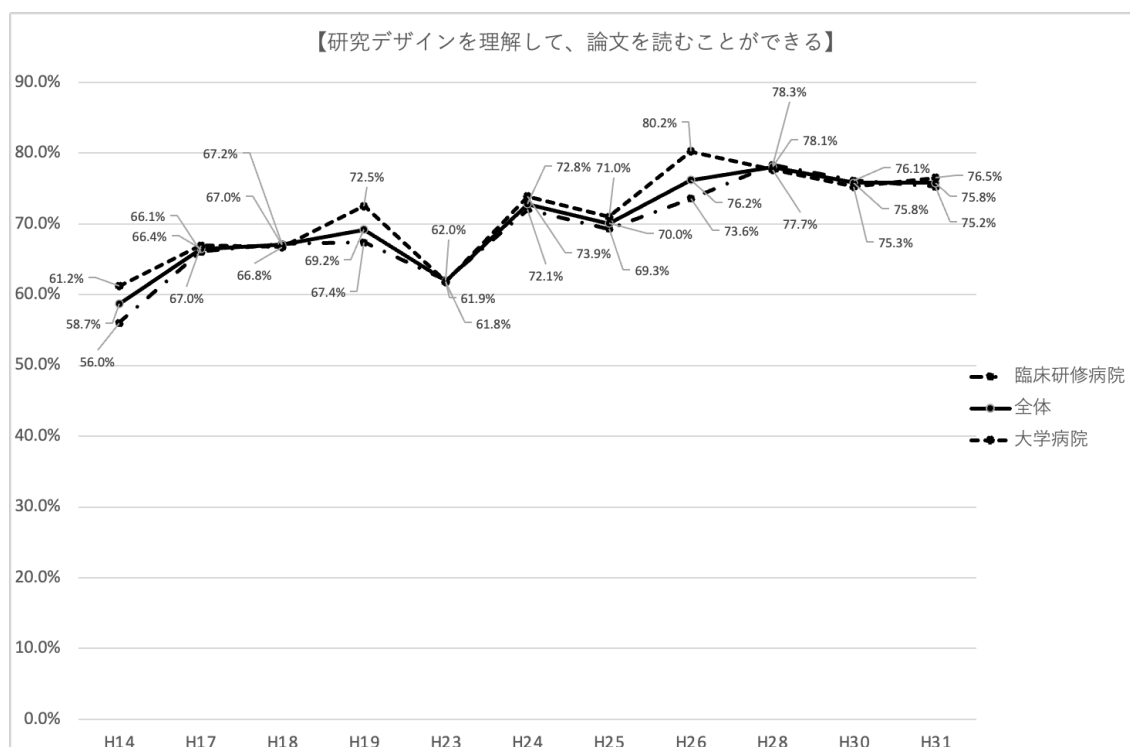


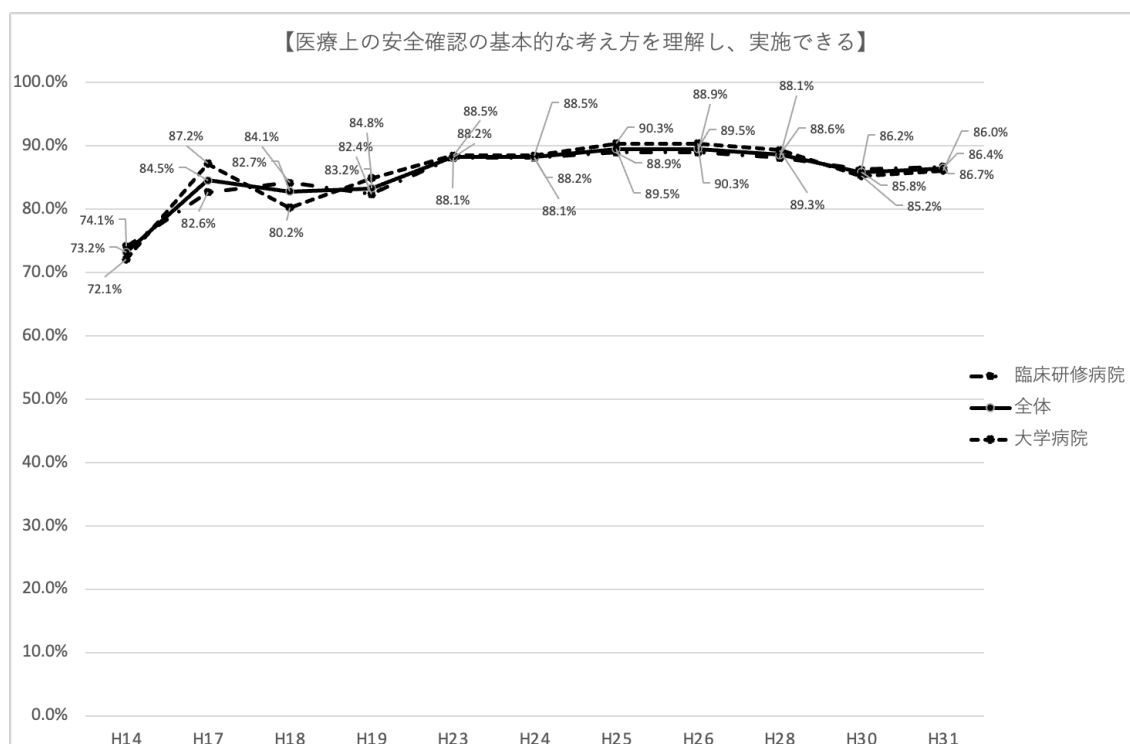
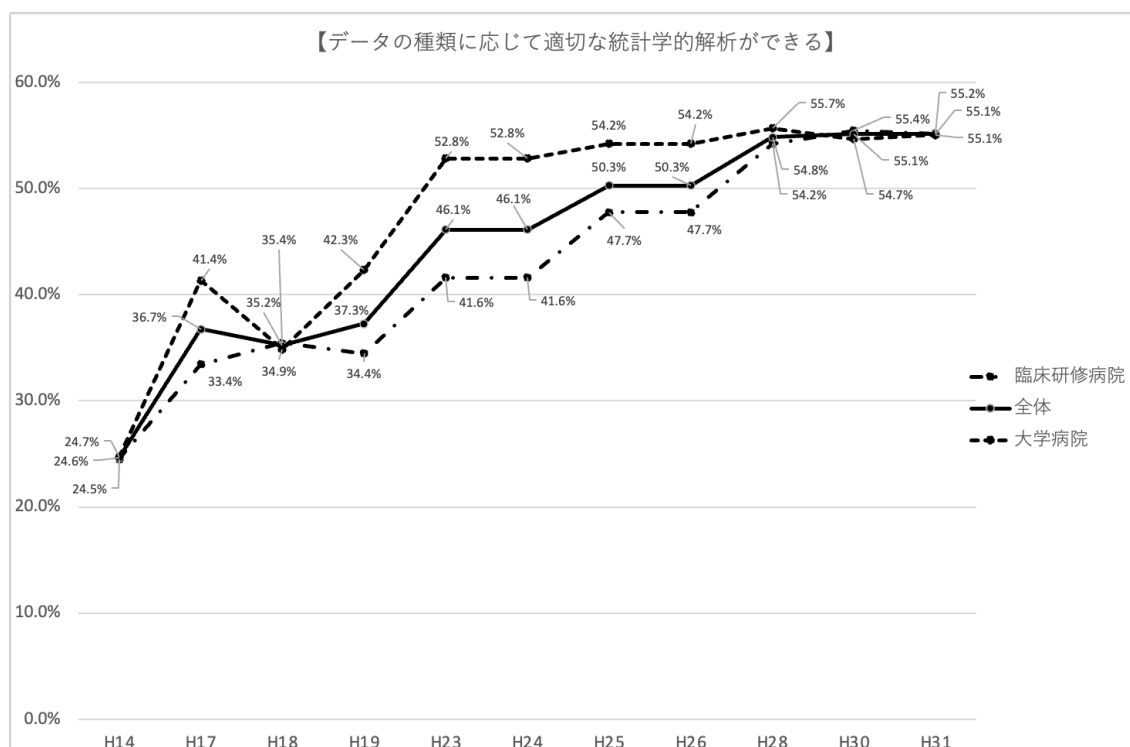


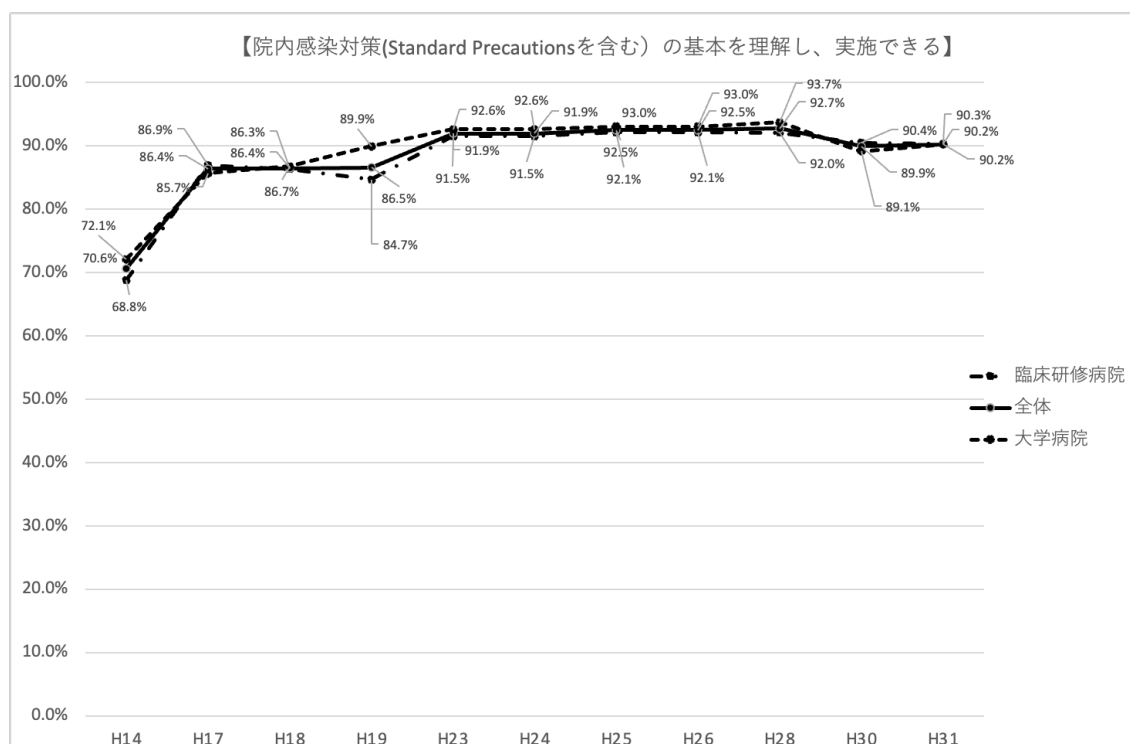
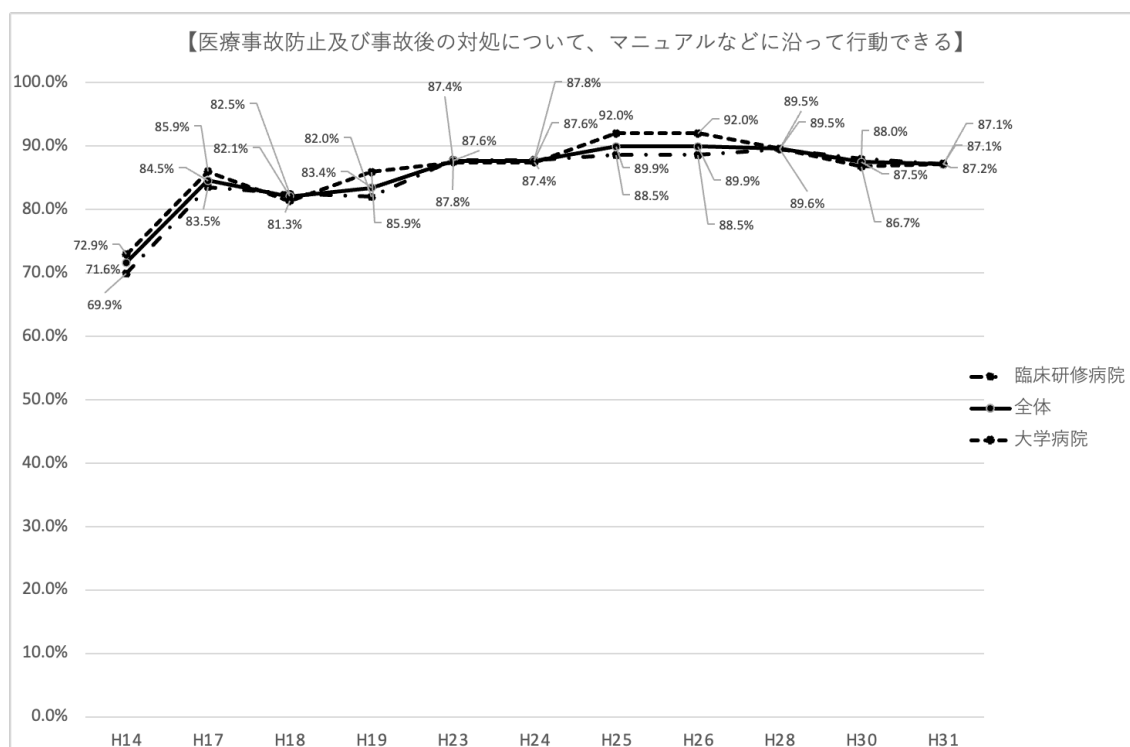


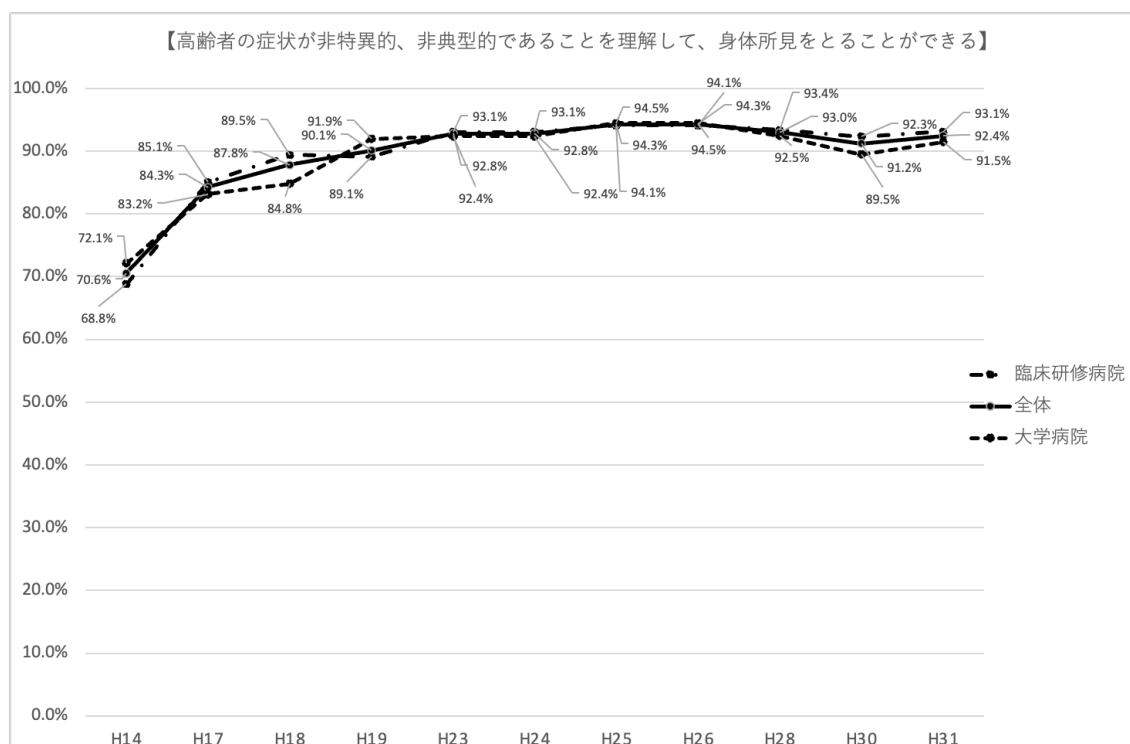
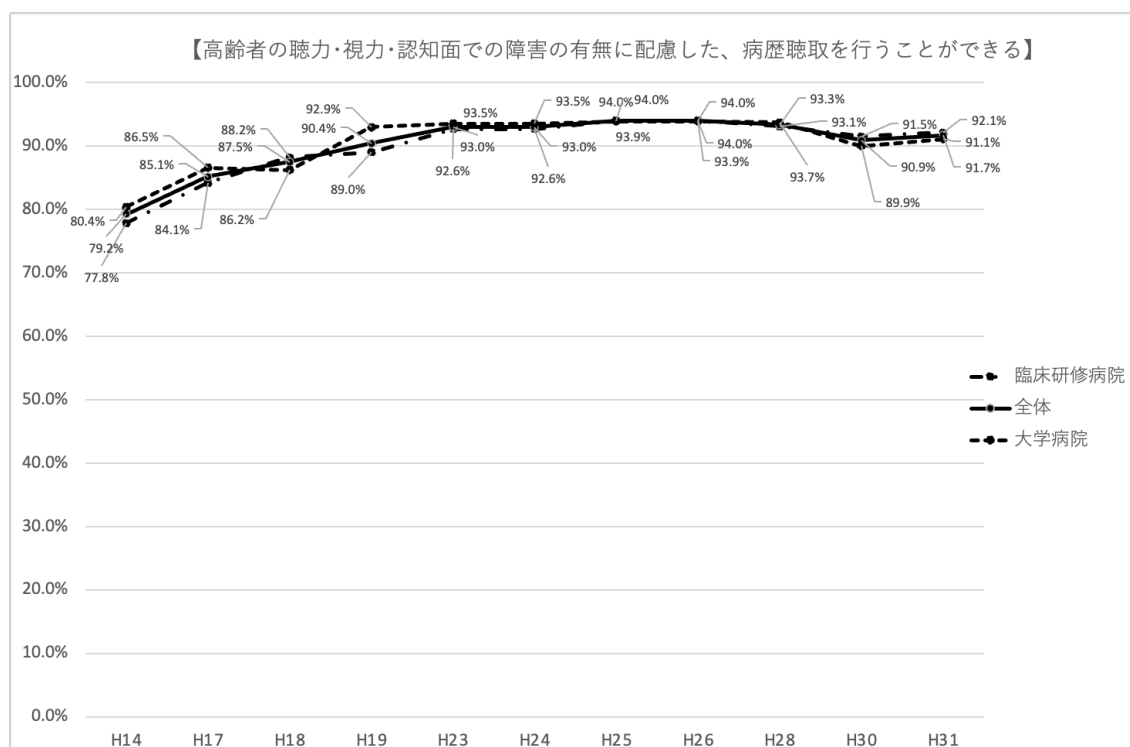


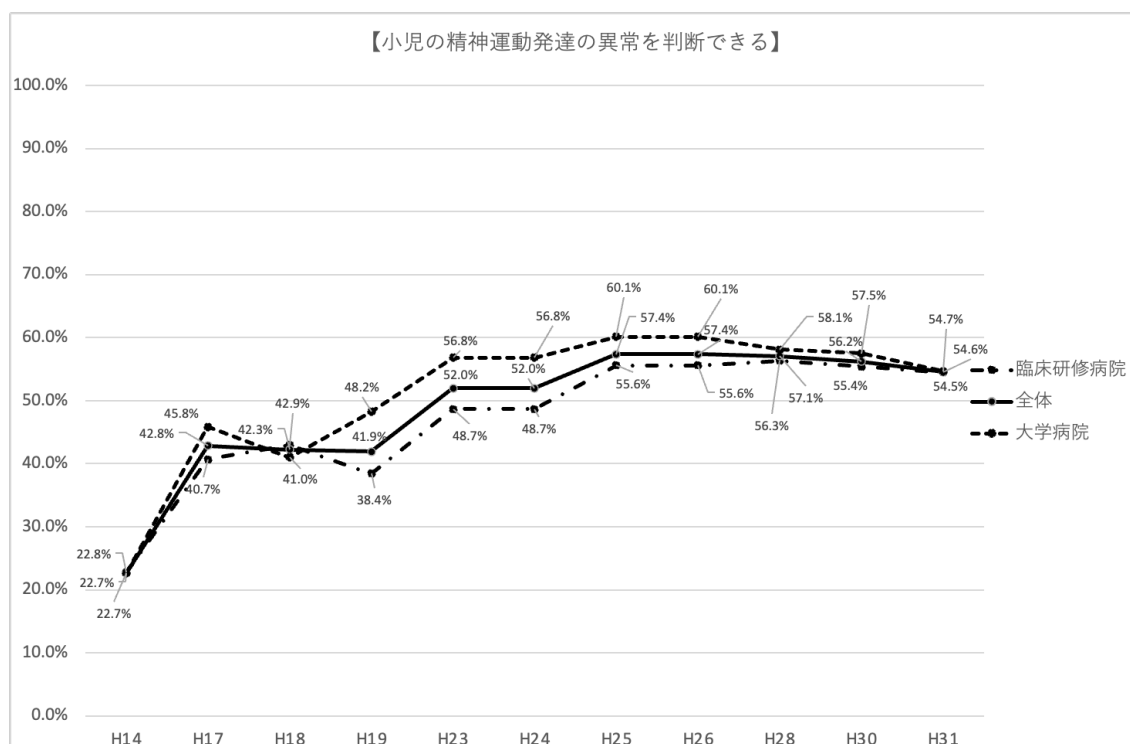
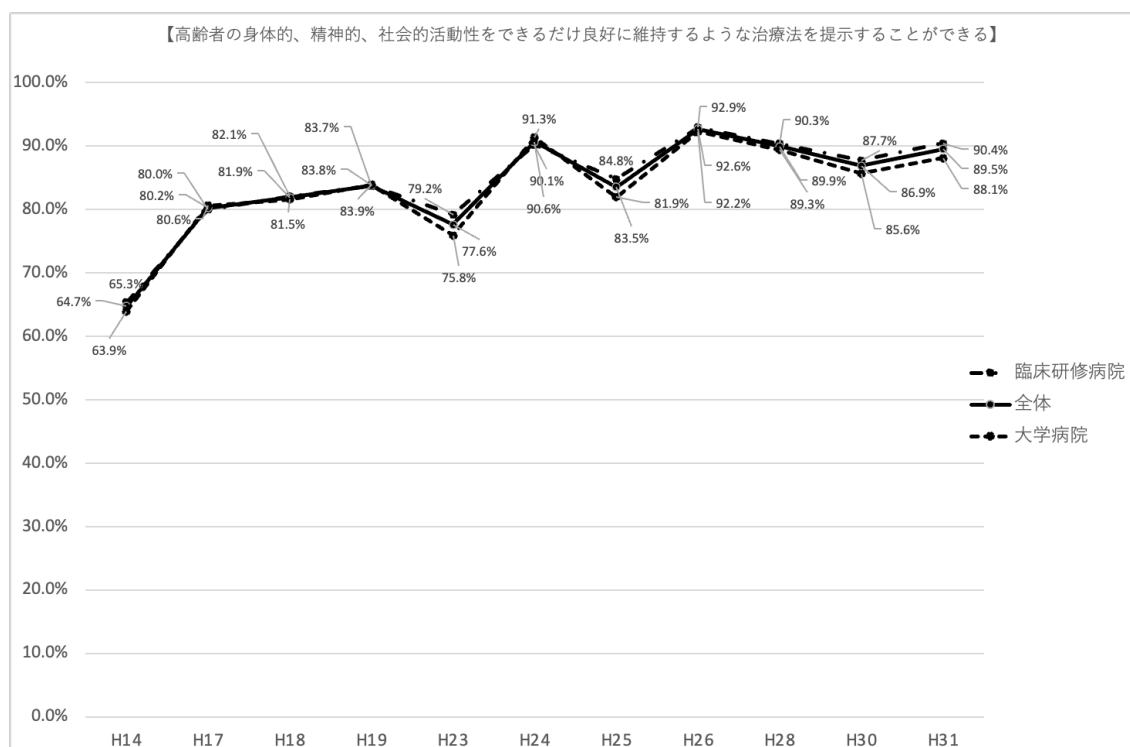


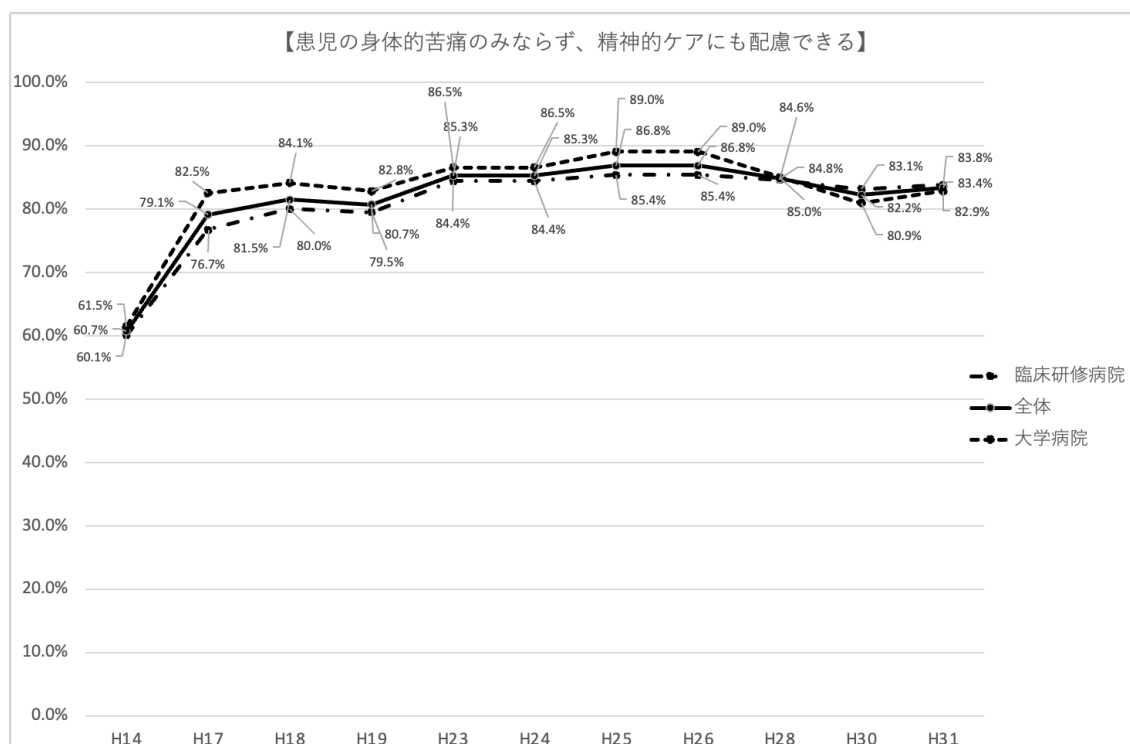
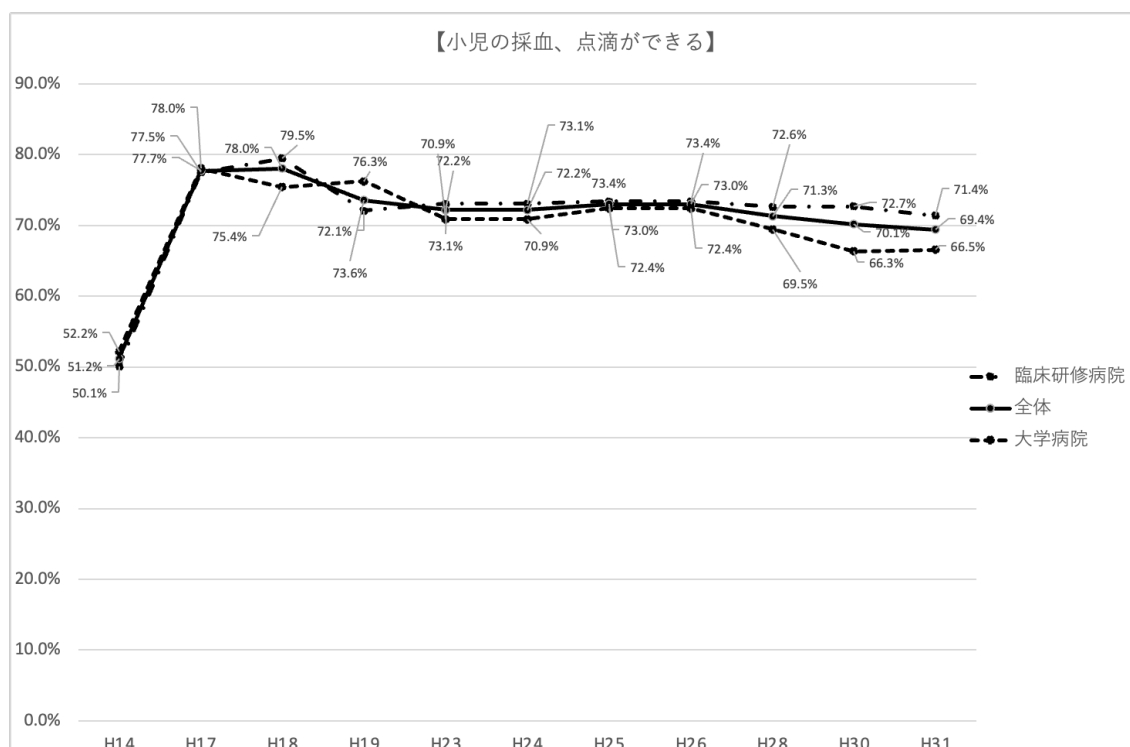


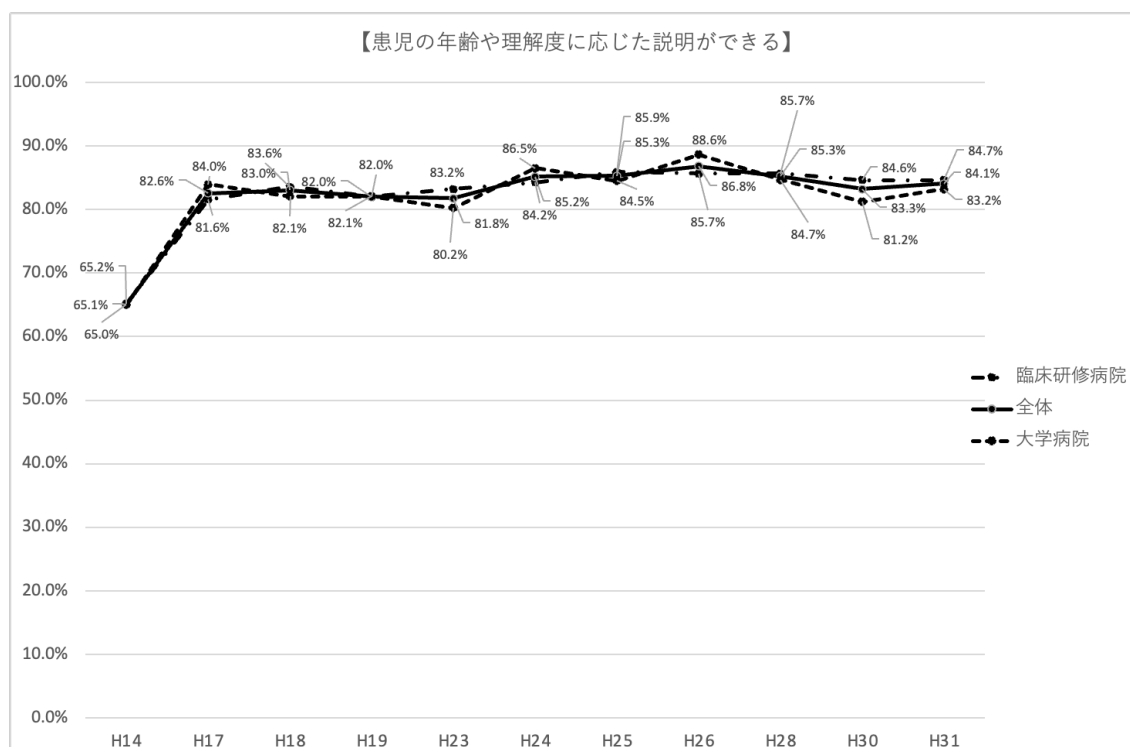


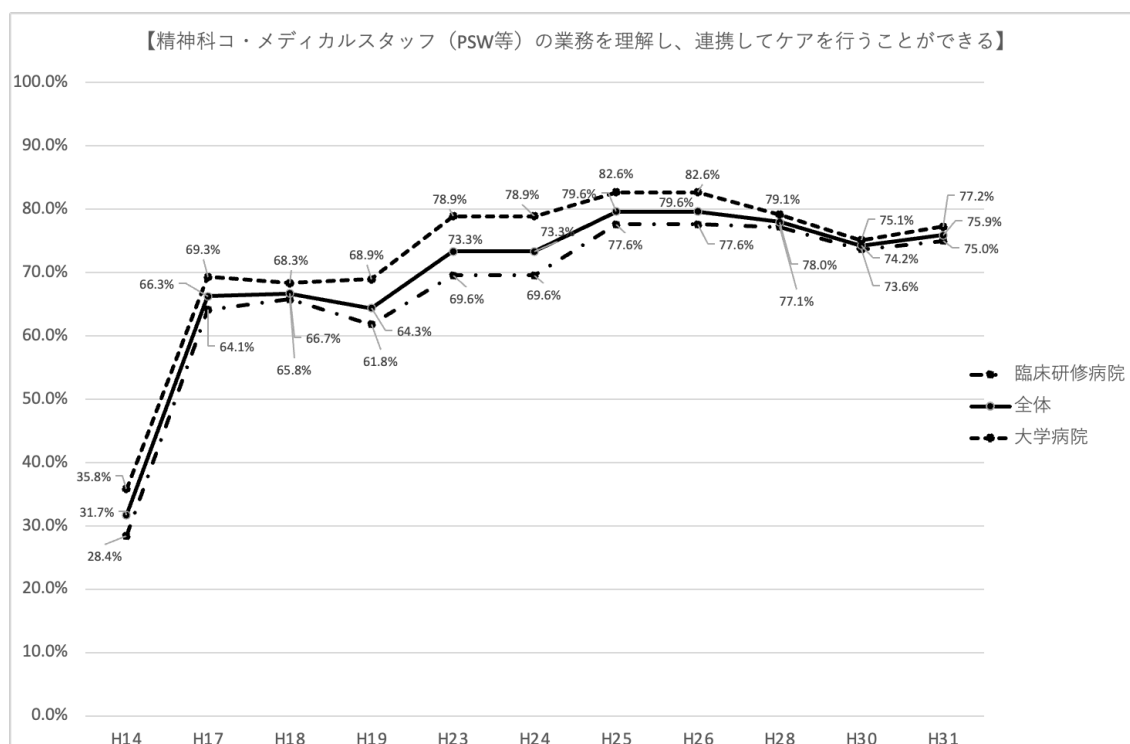
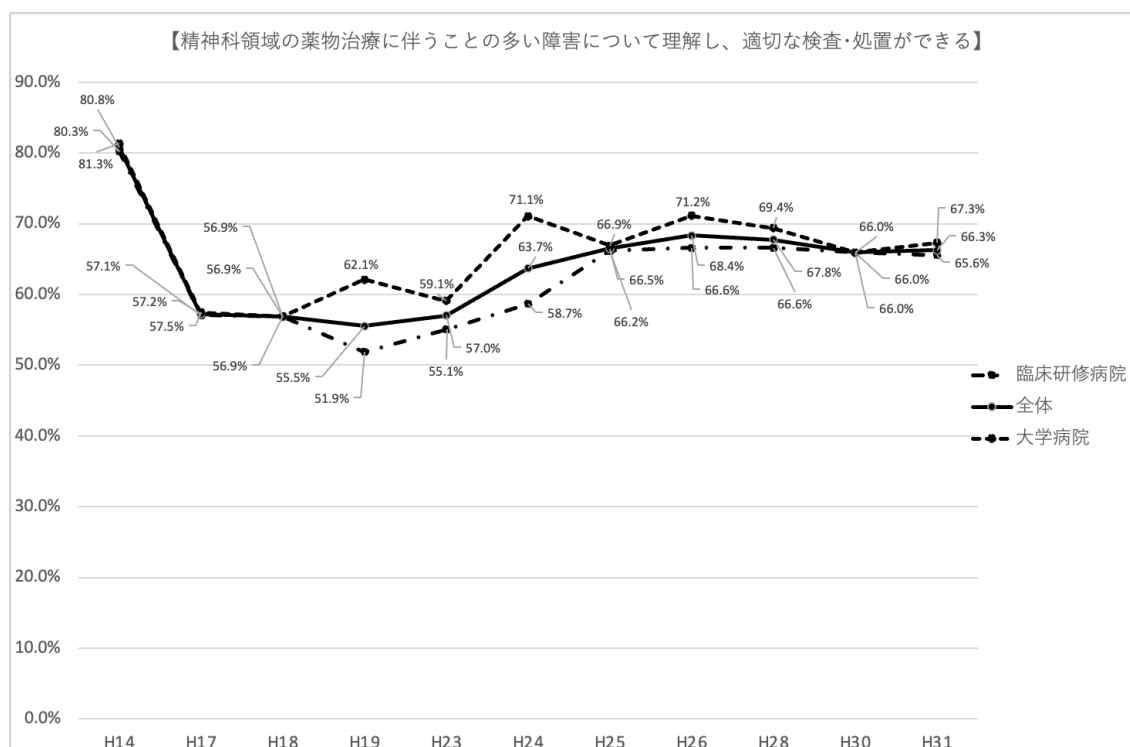


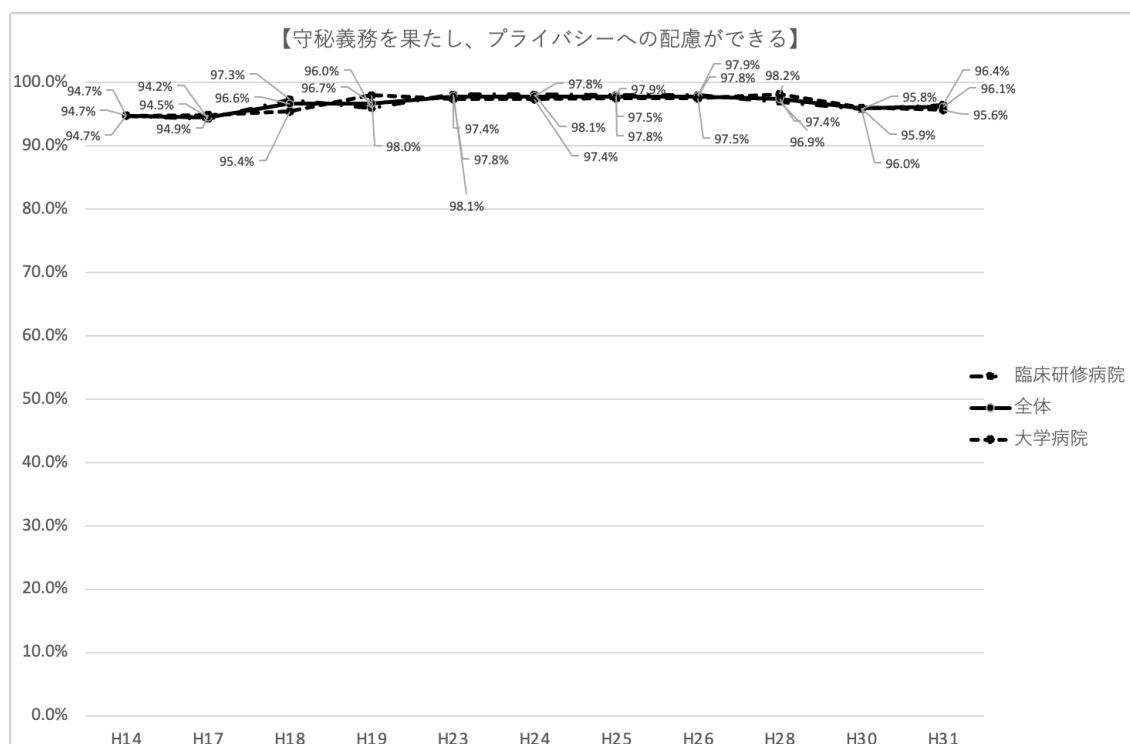
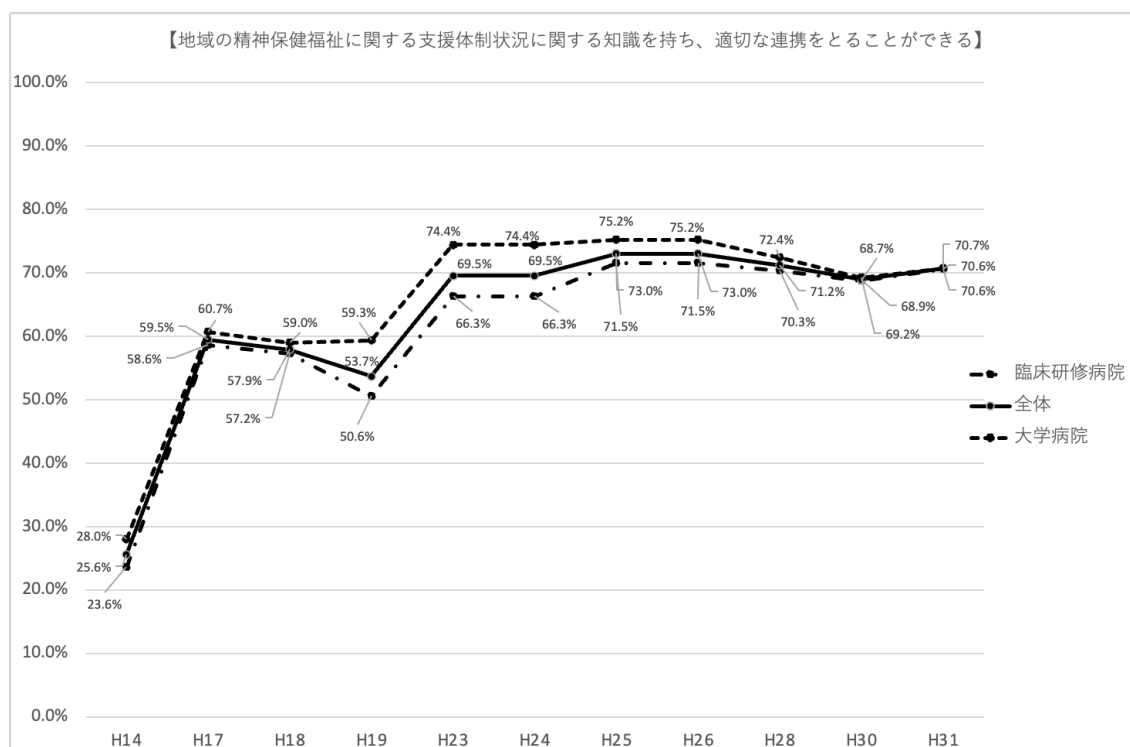


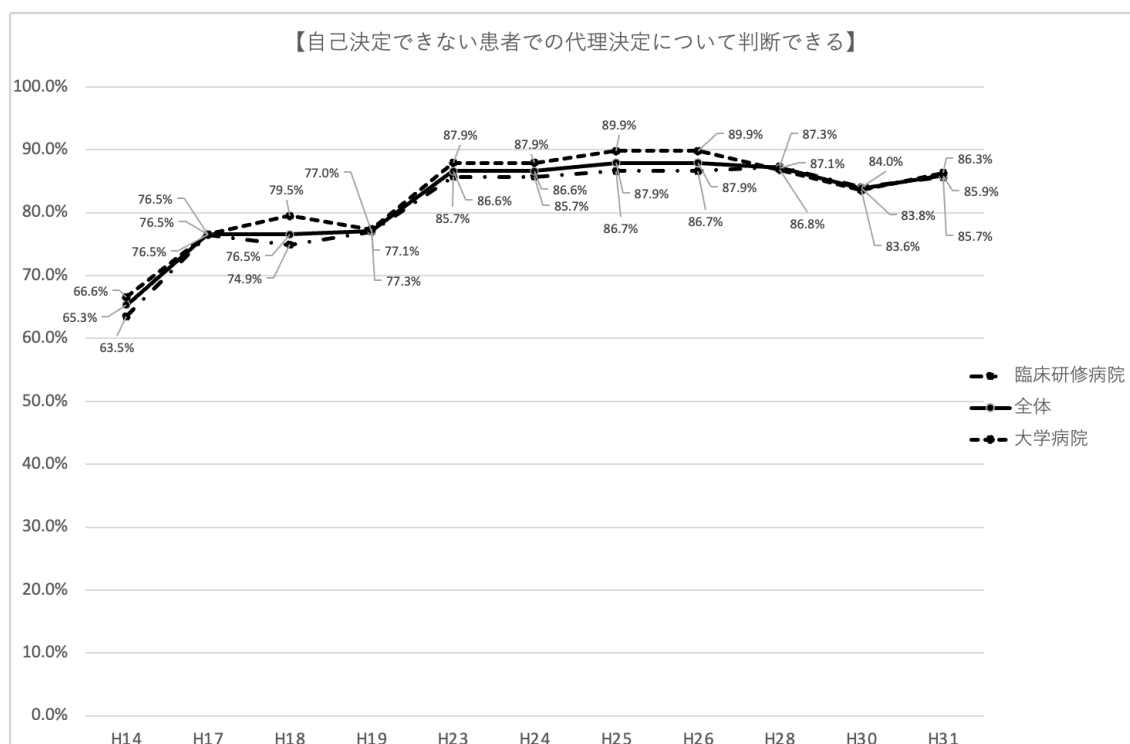
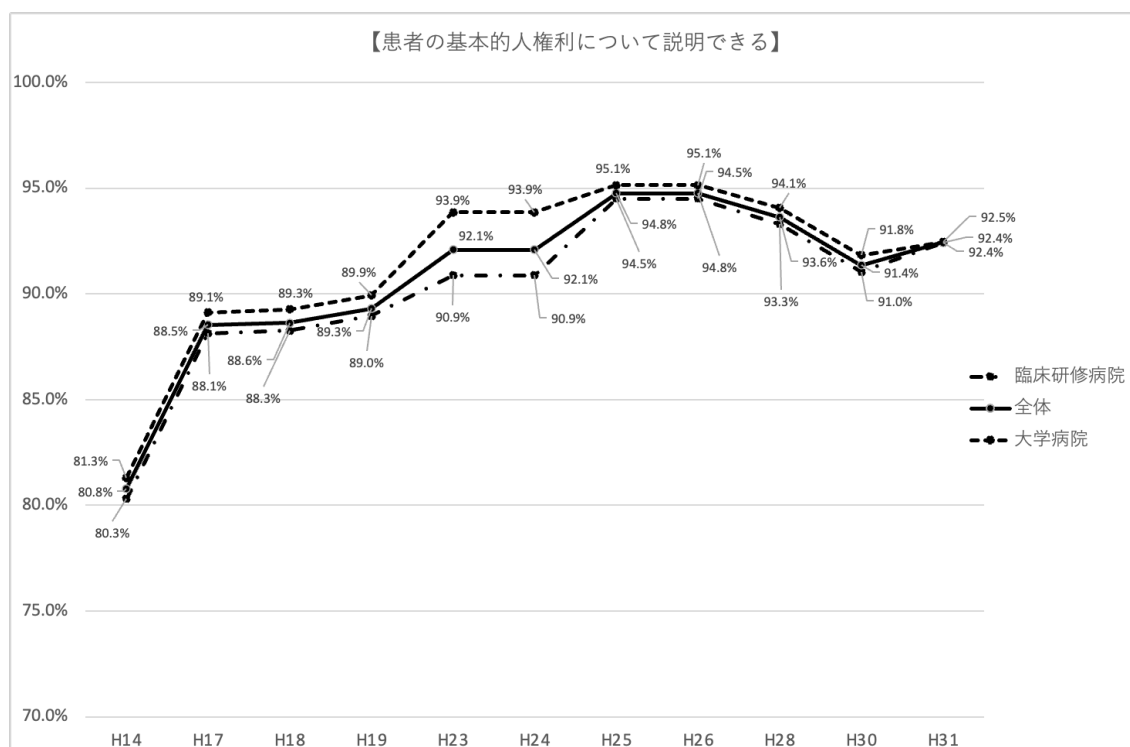


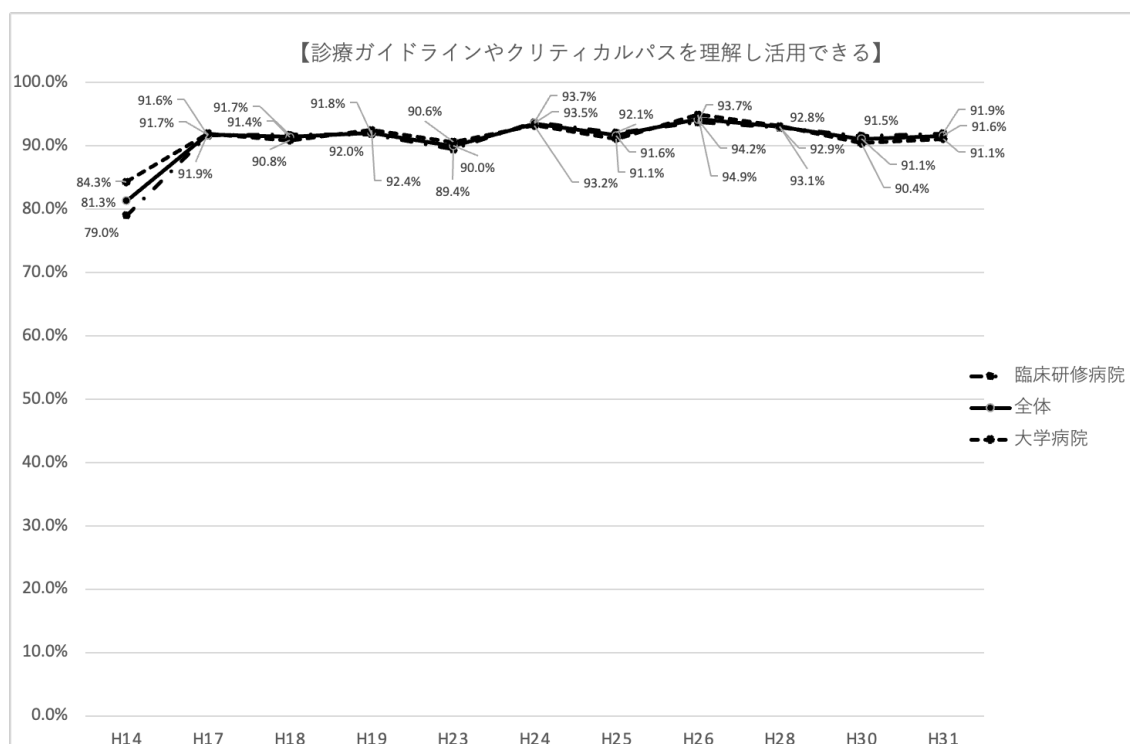
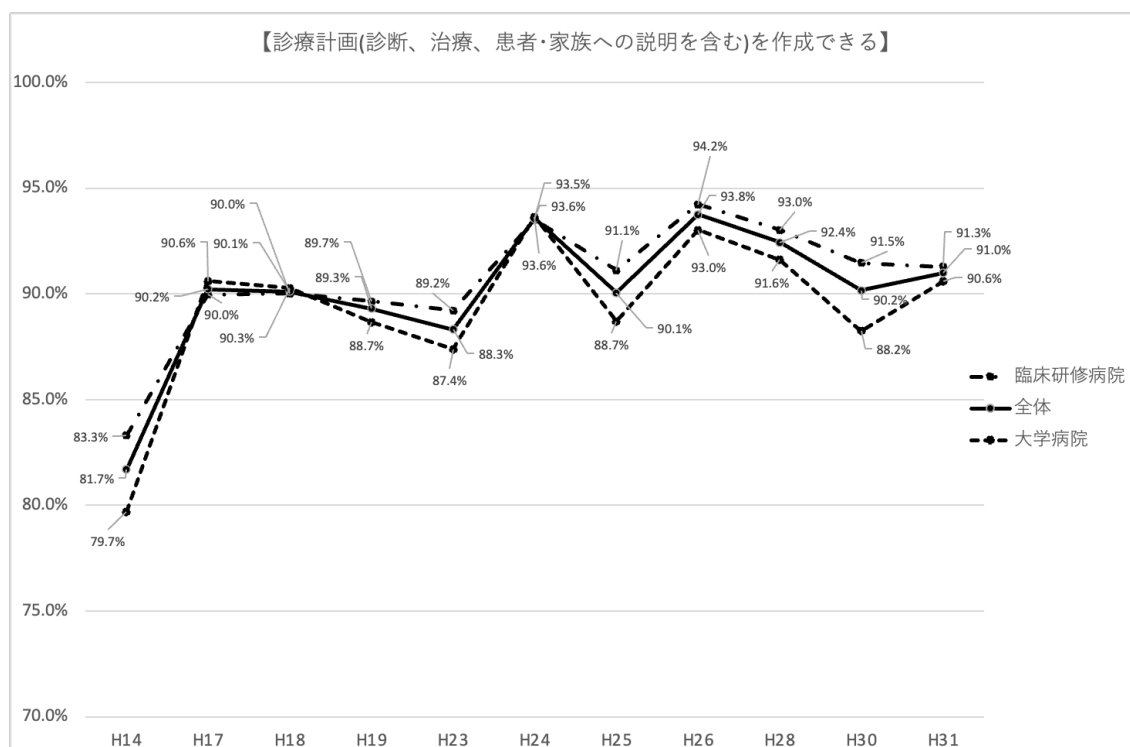












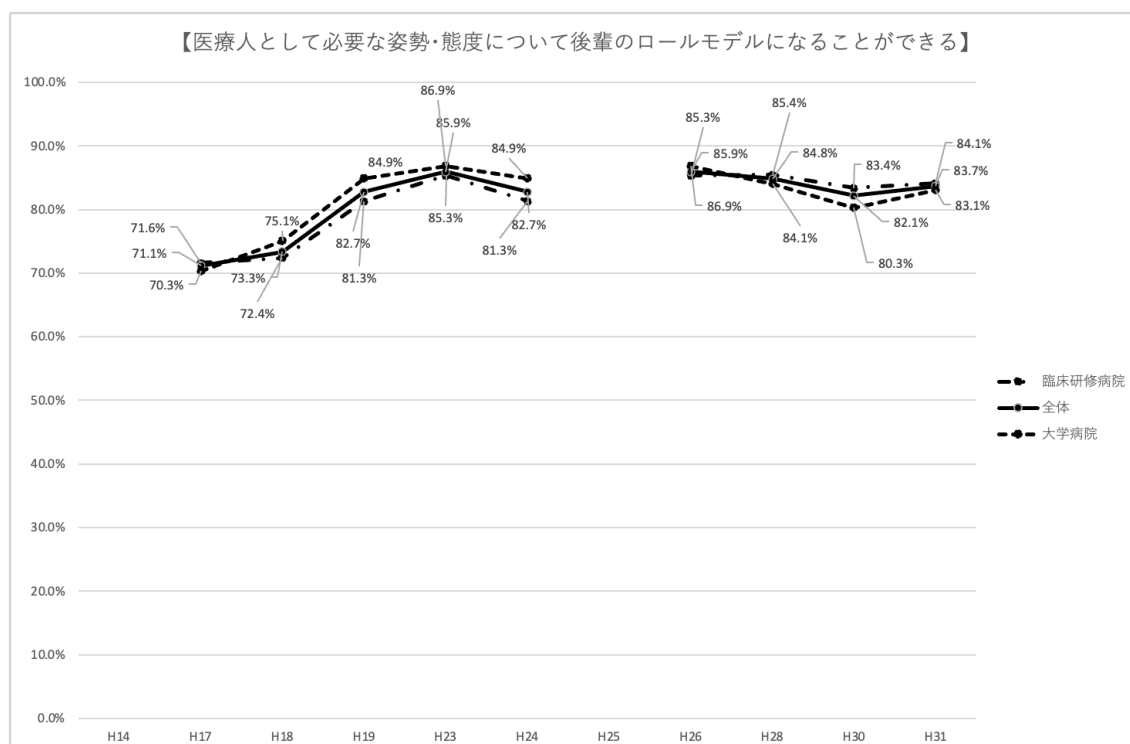
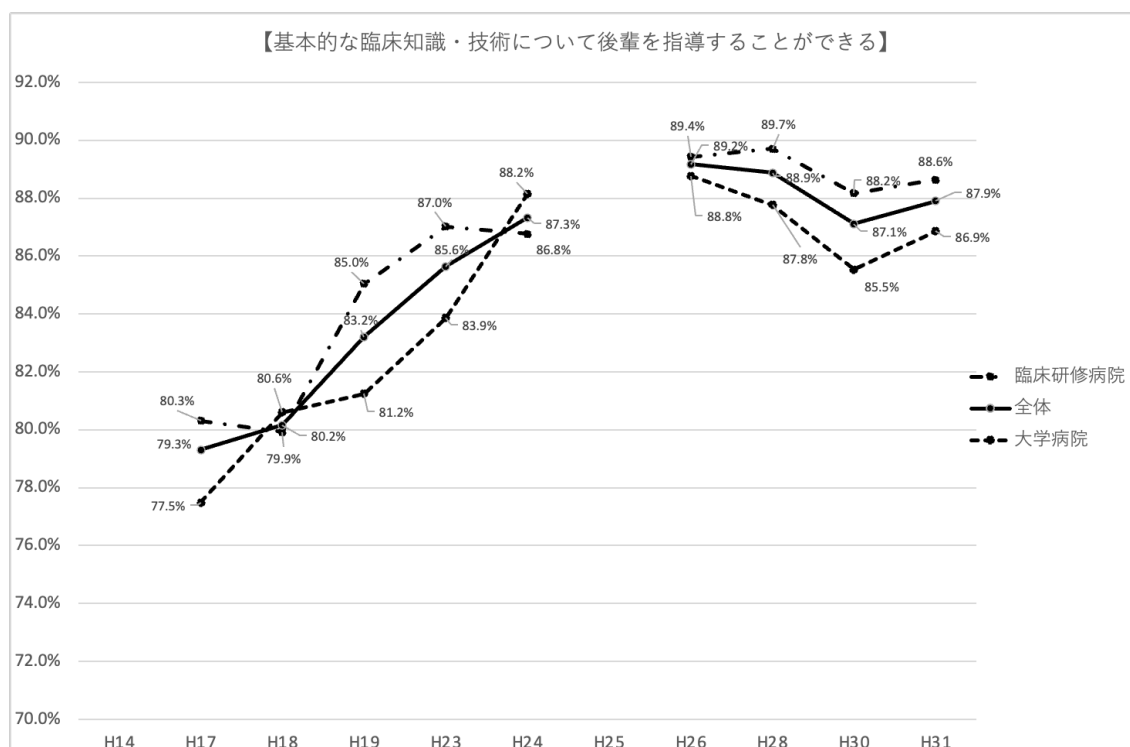
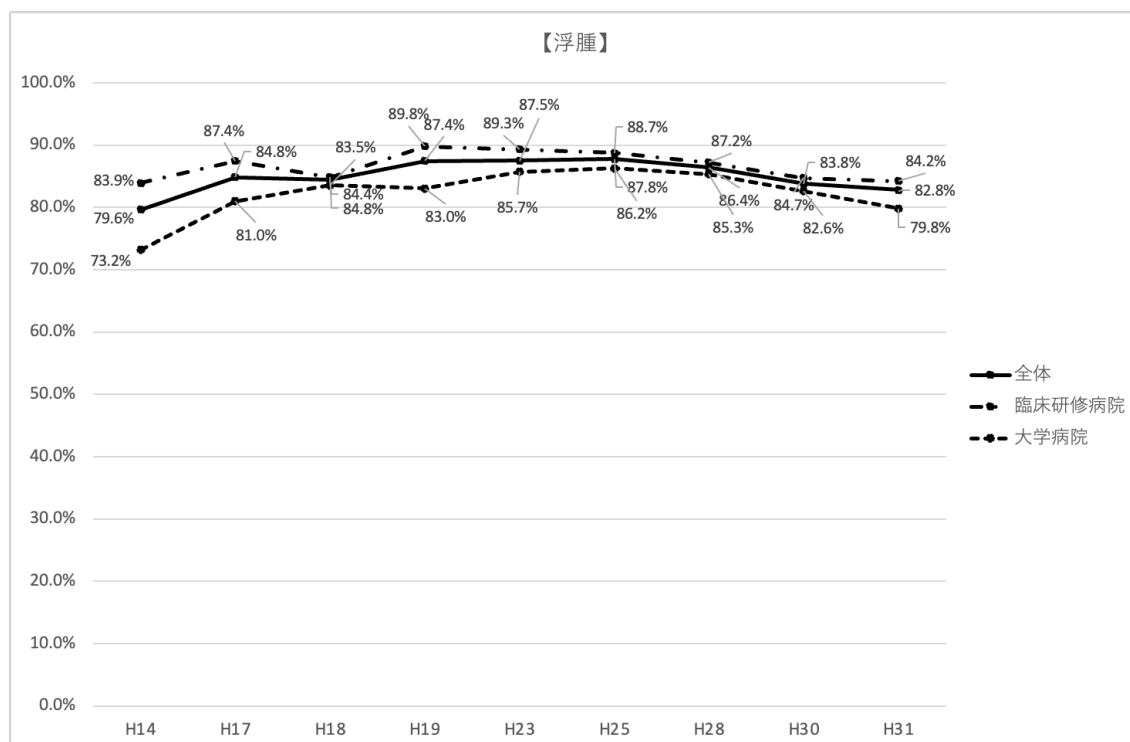
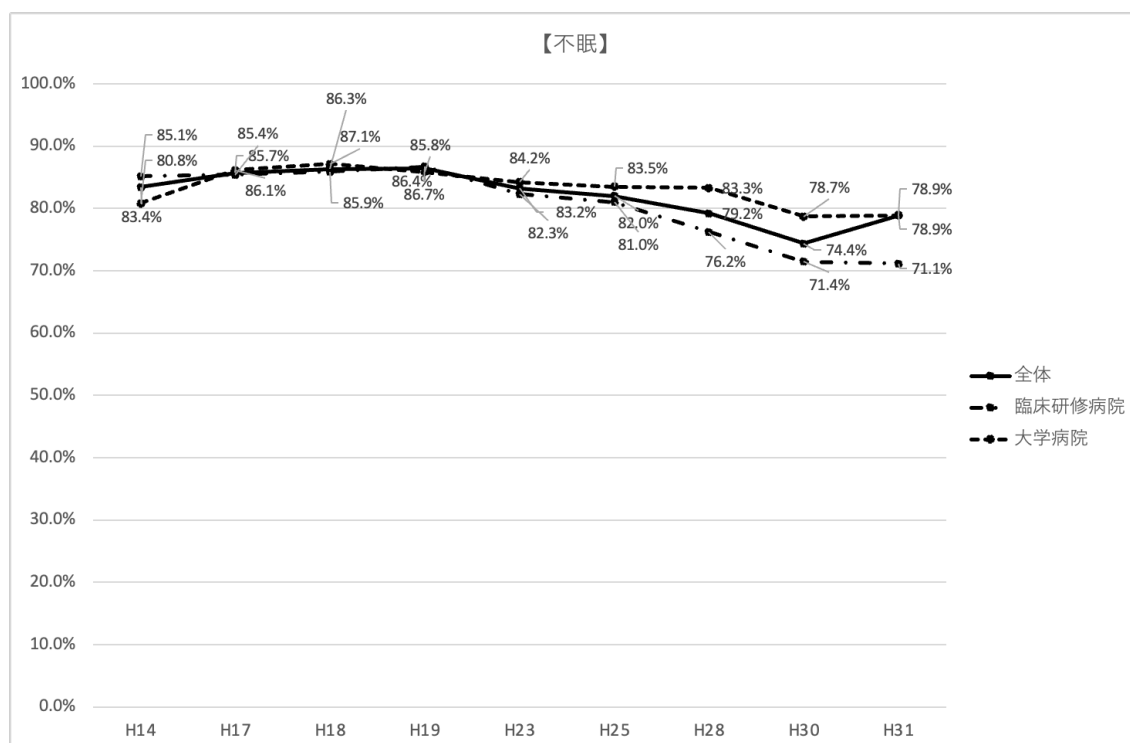
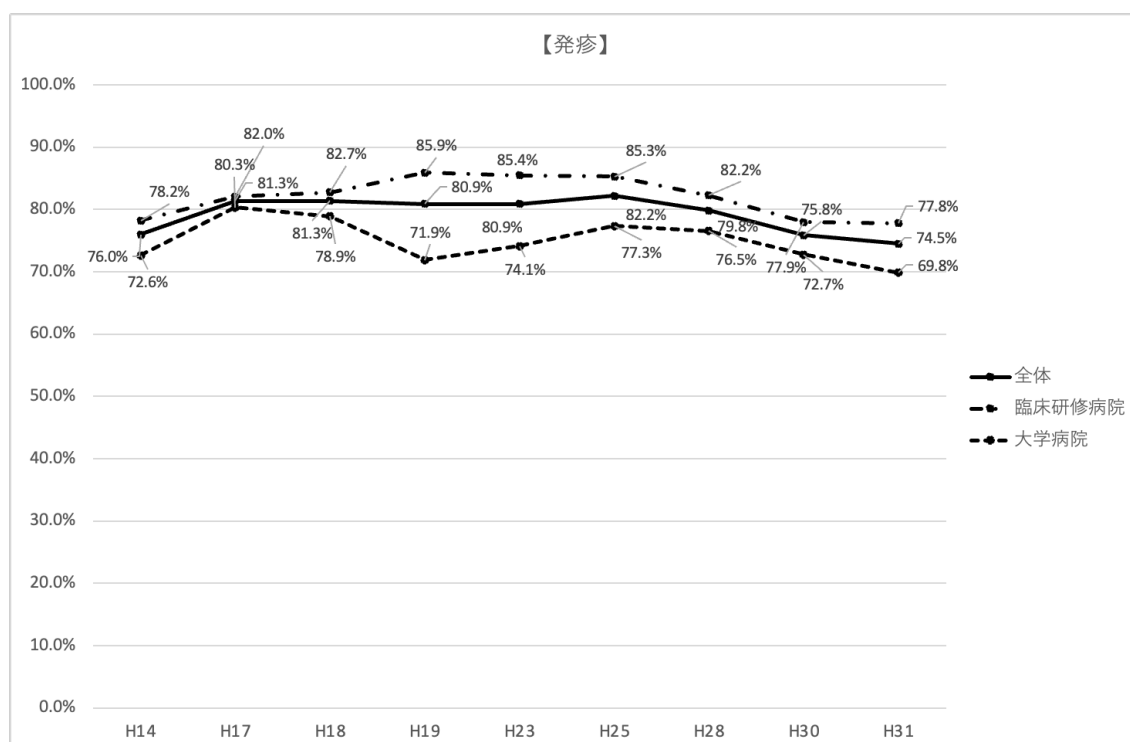
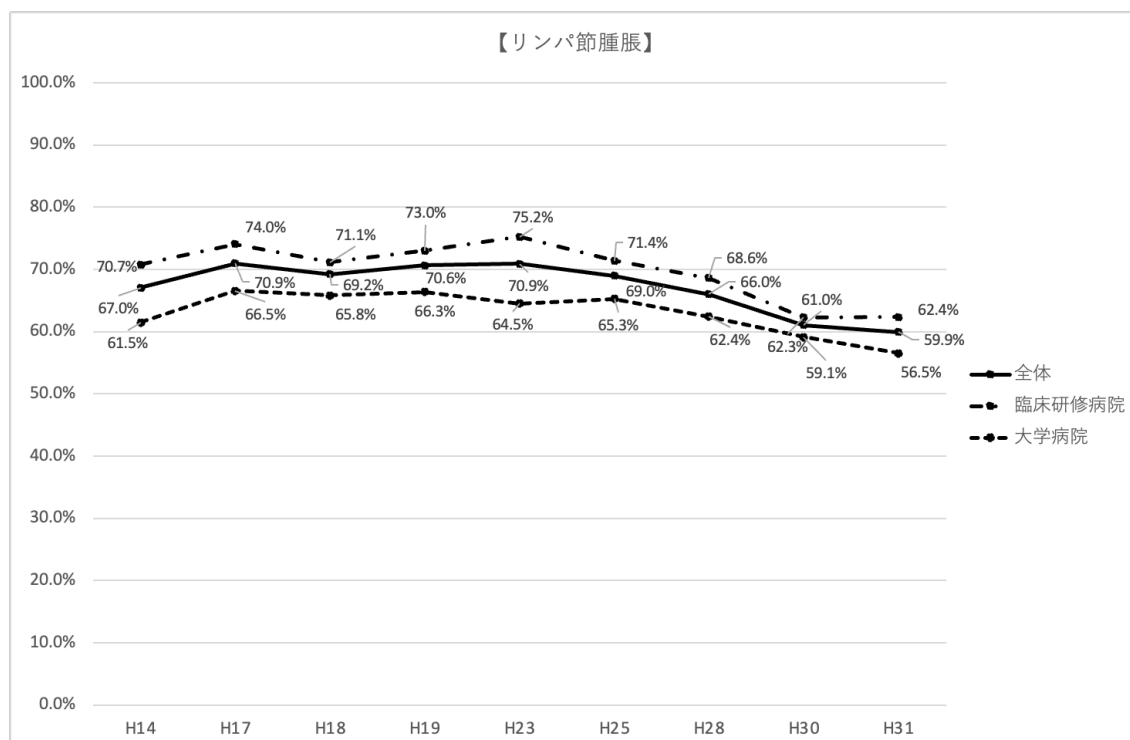
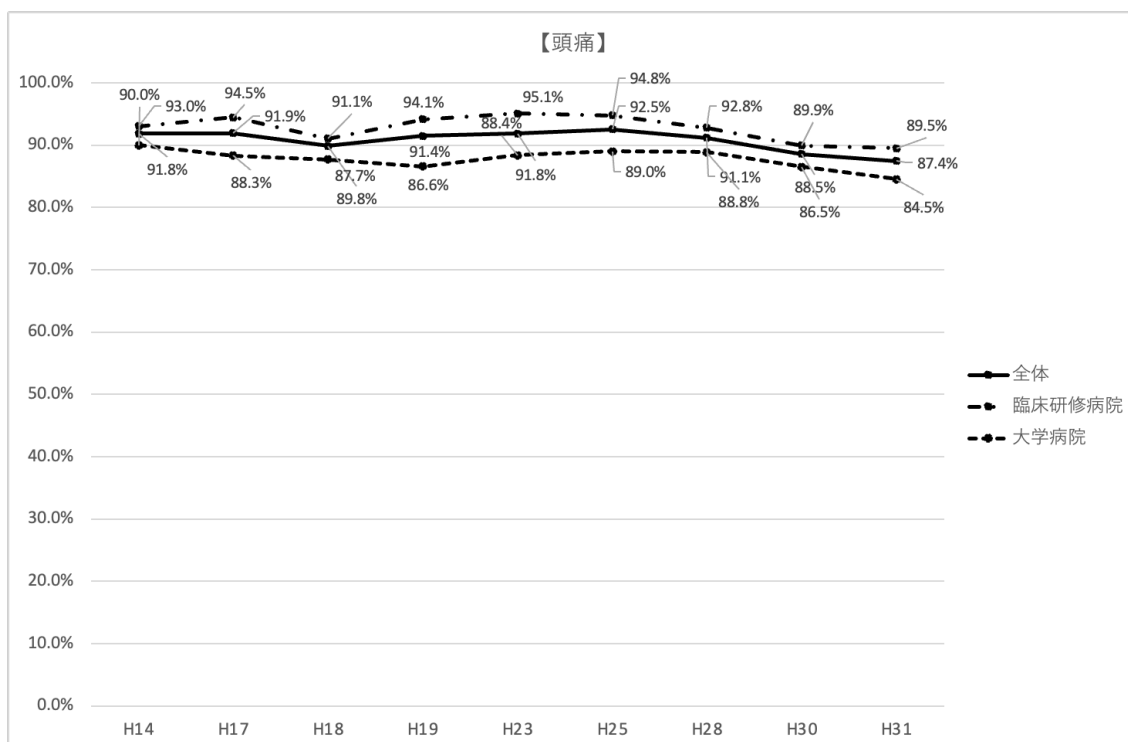
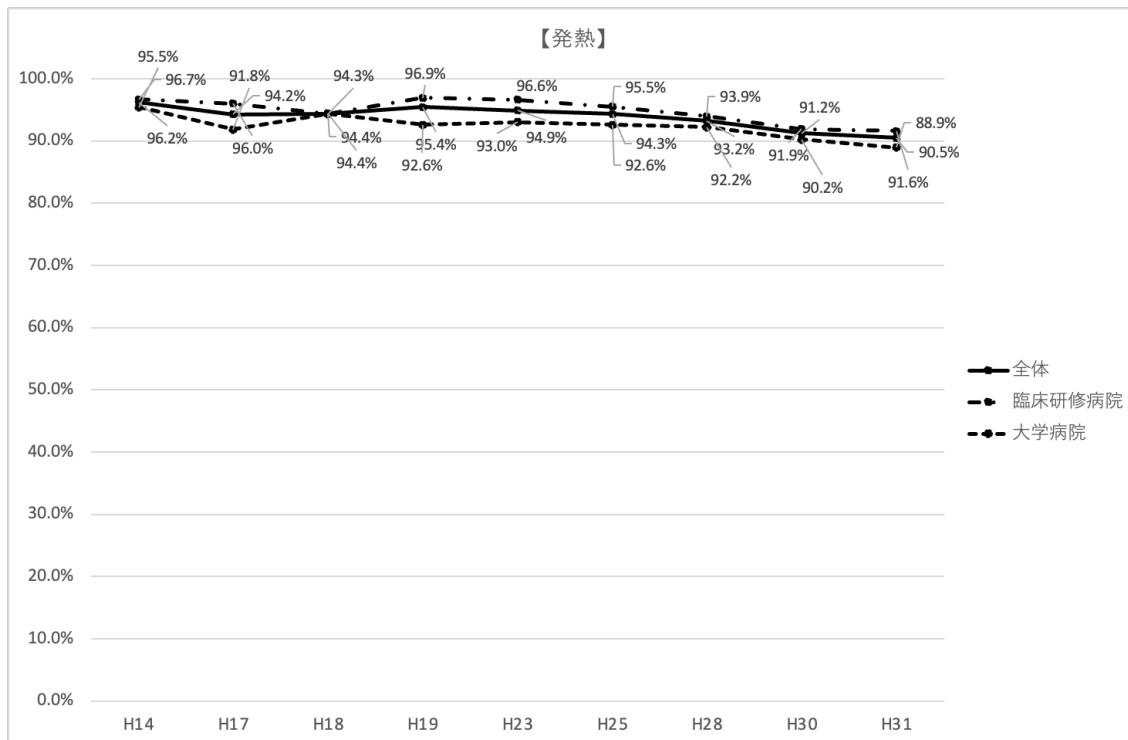
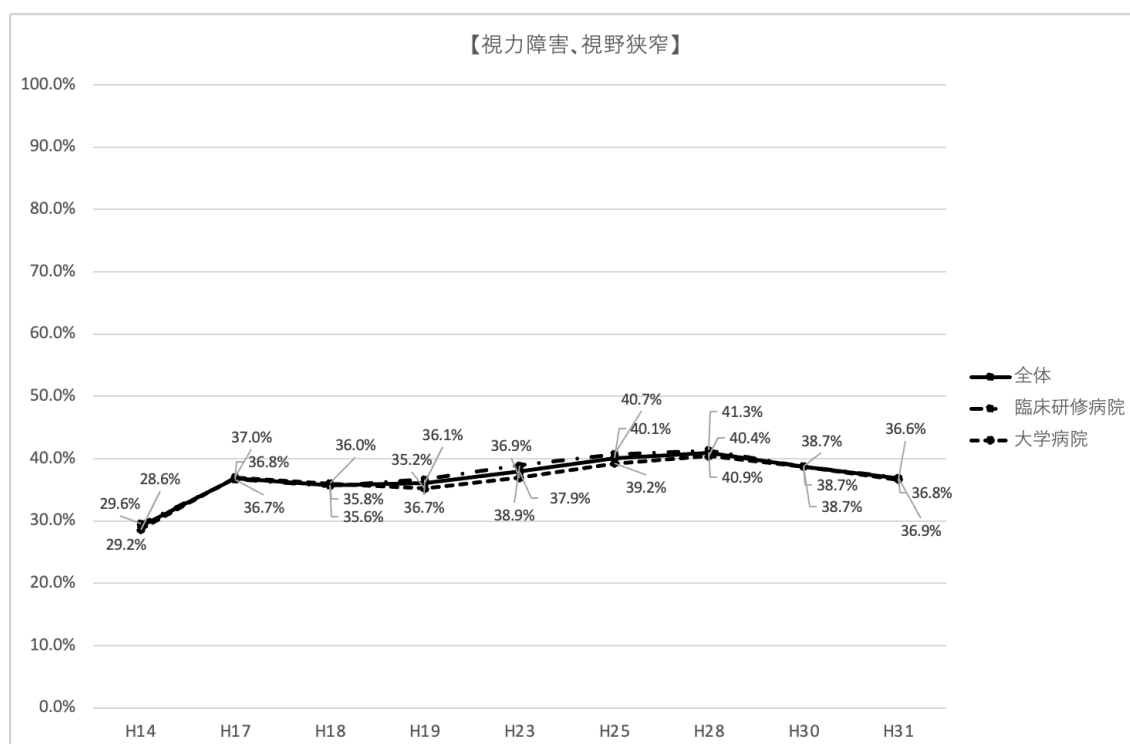
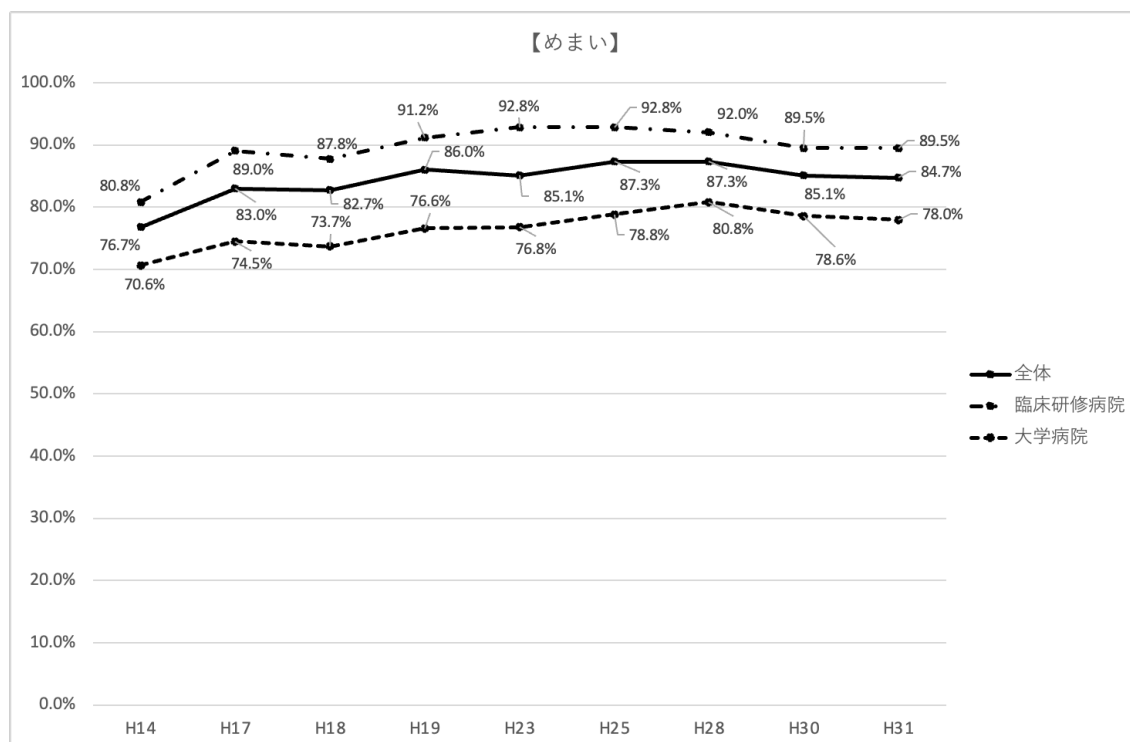


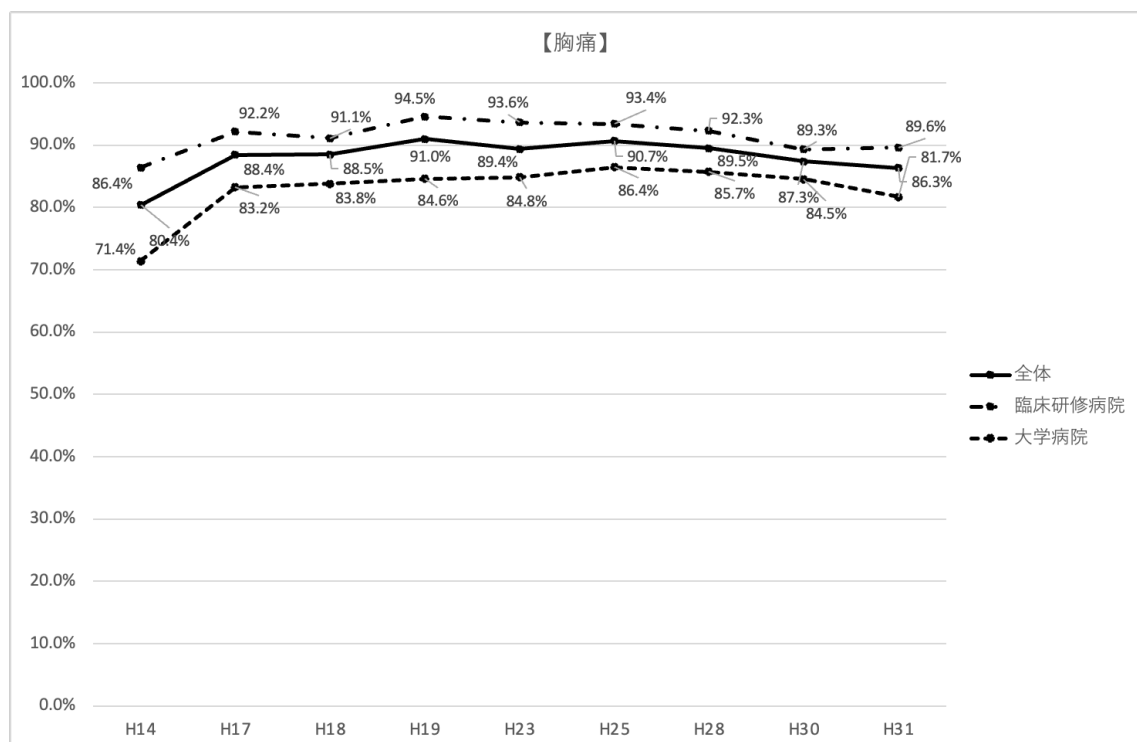
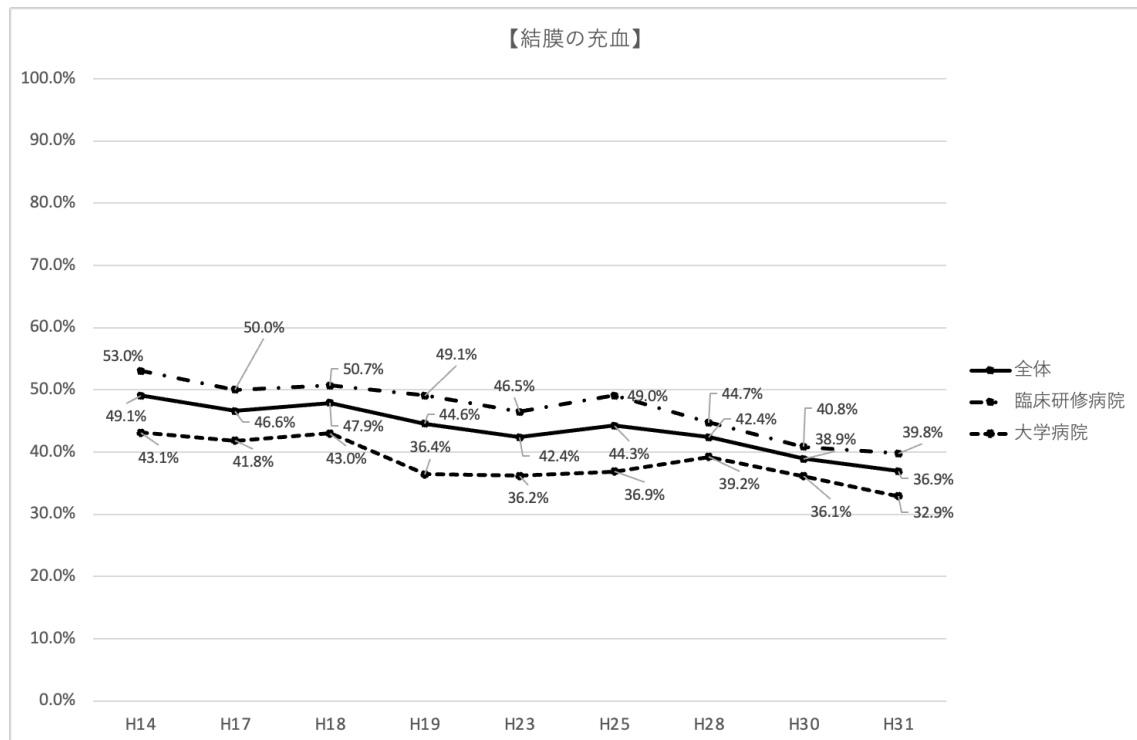
図2. 経験症例数 「6例以上経験した」割合（大学病院と臨床研修施設の比較）

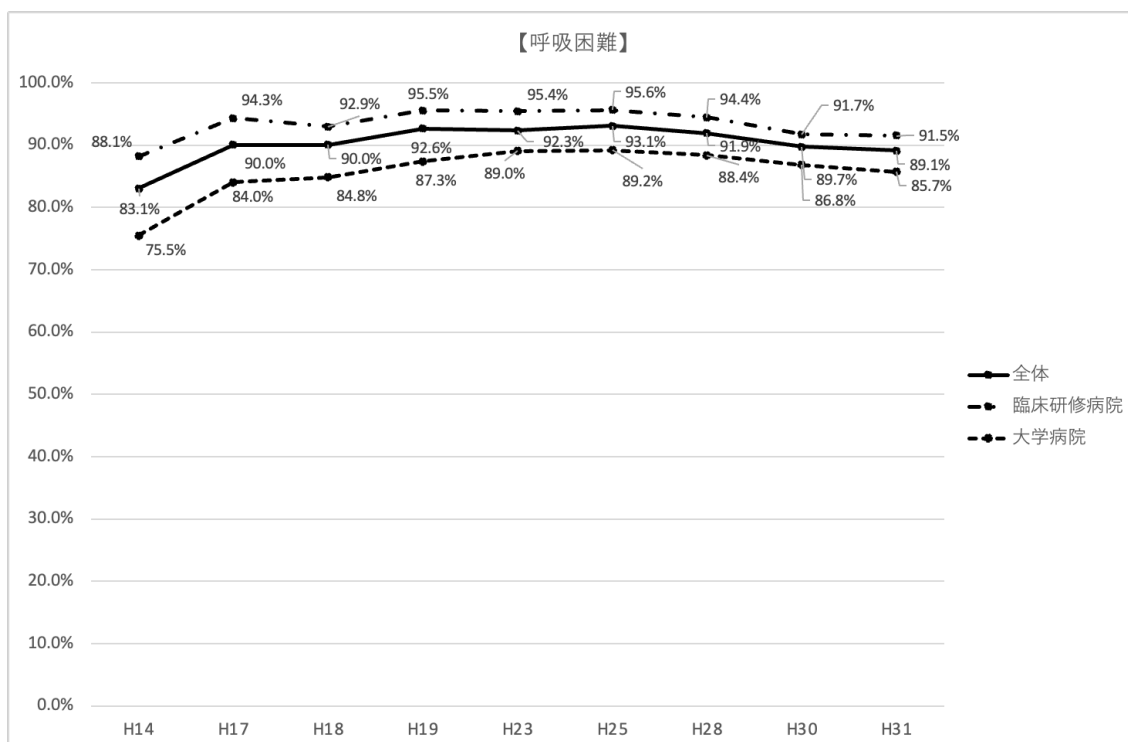
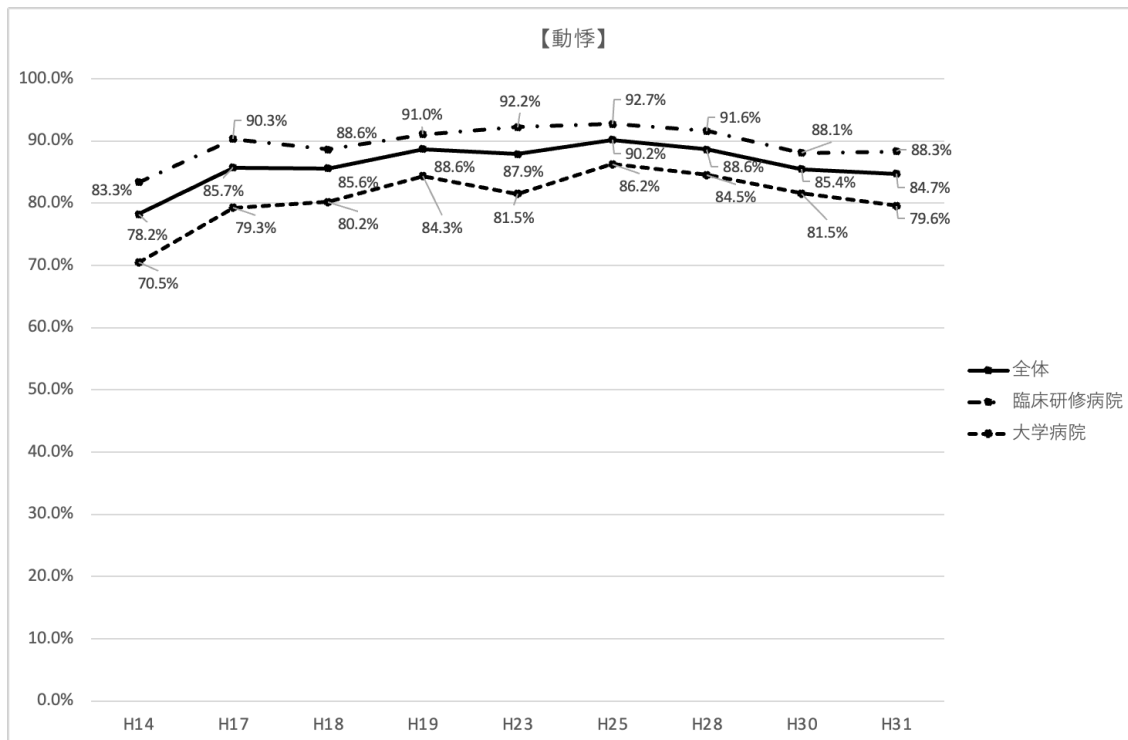


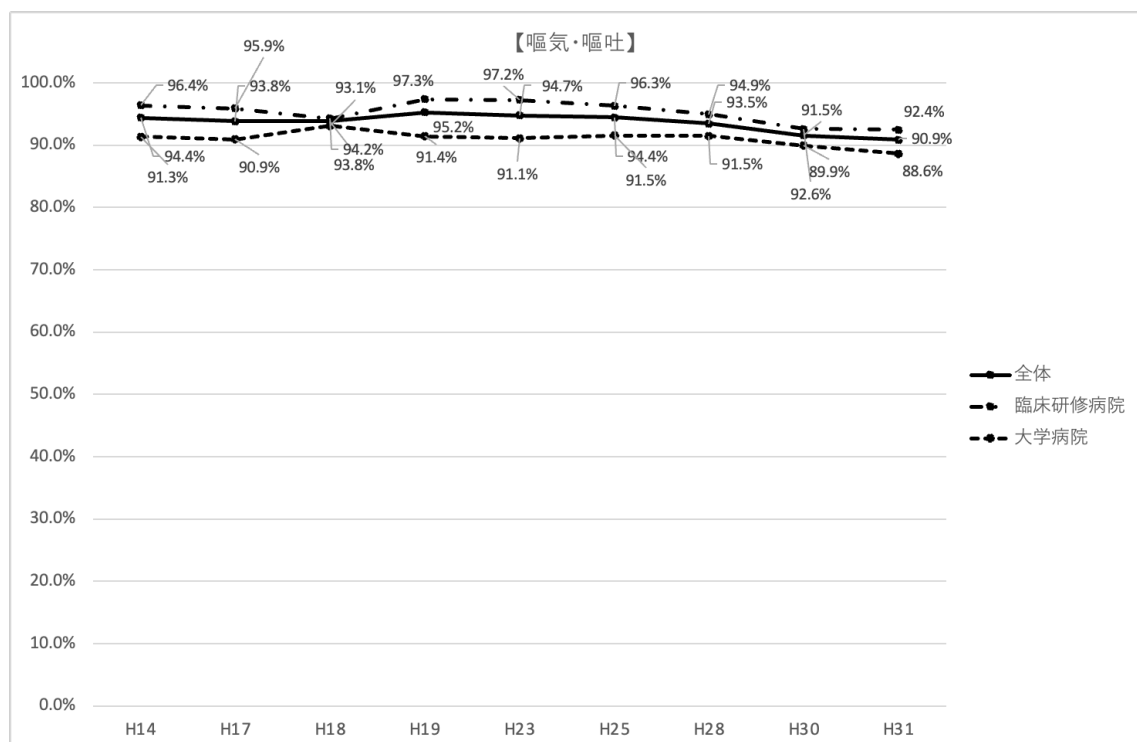
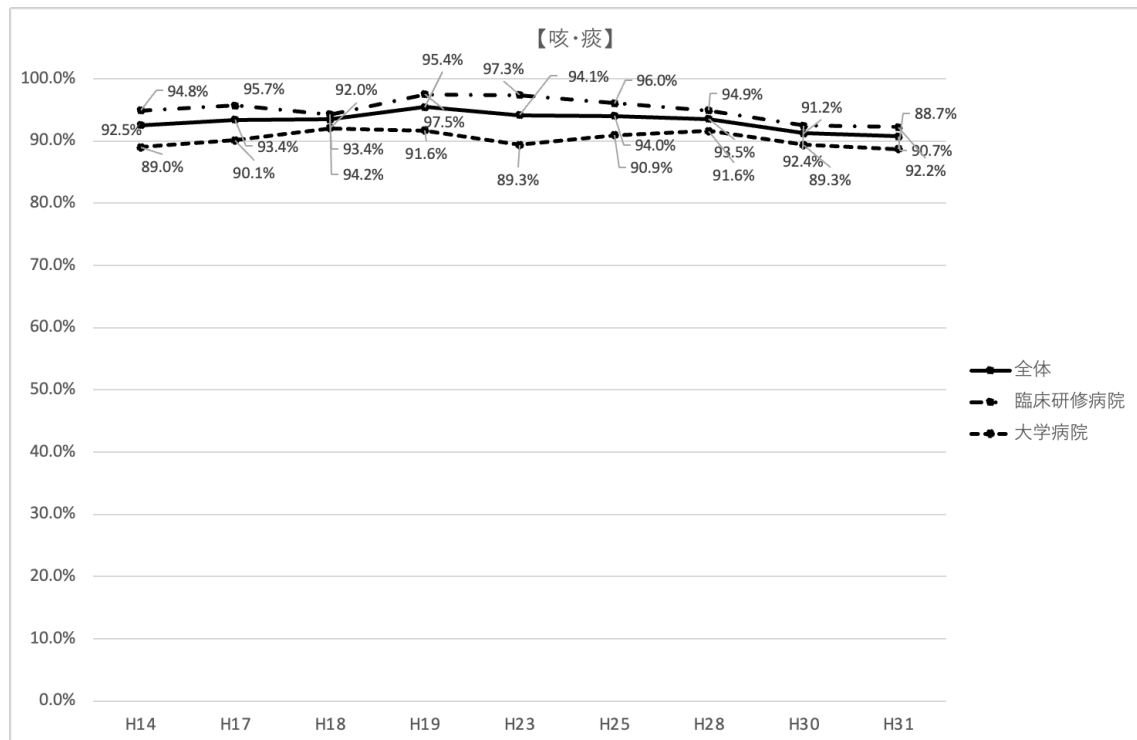


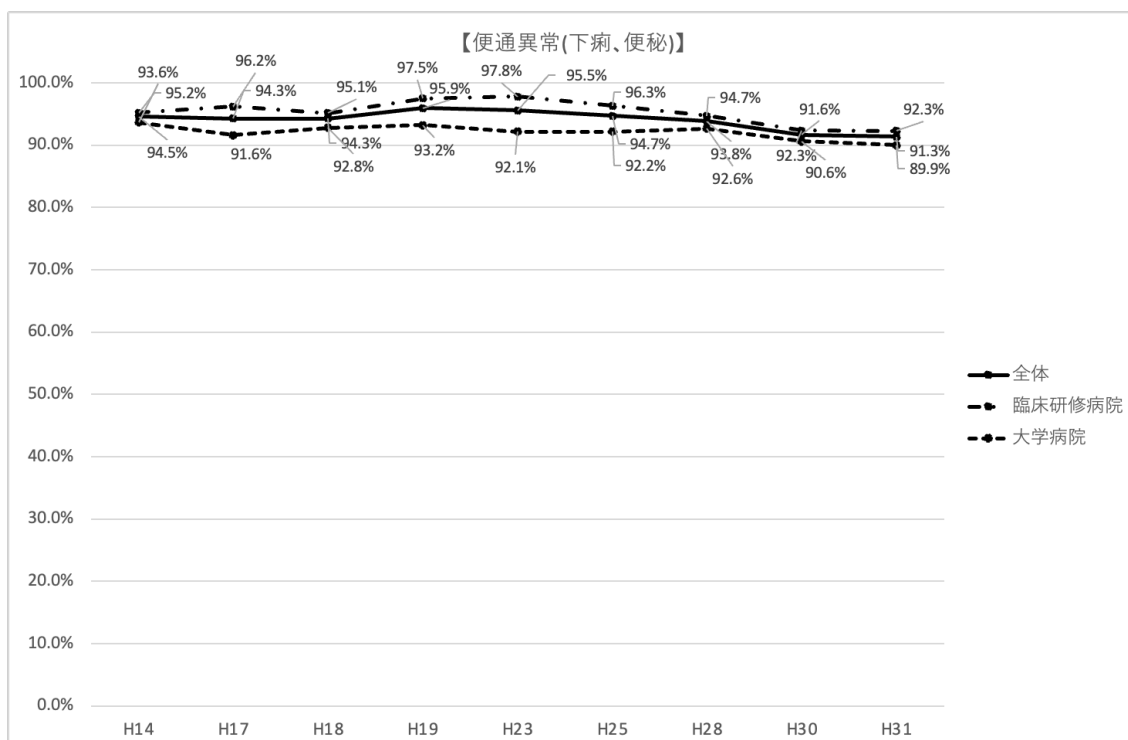
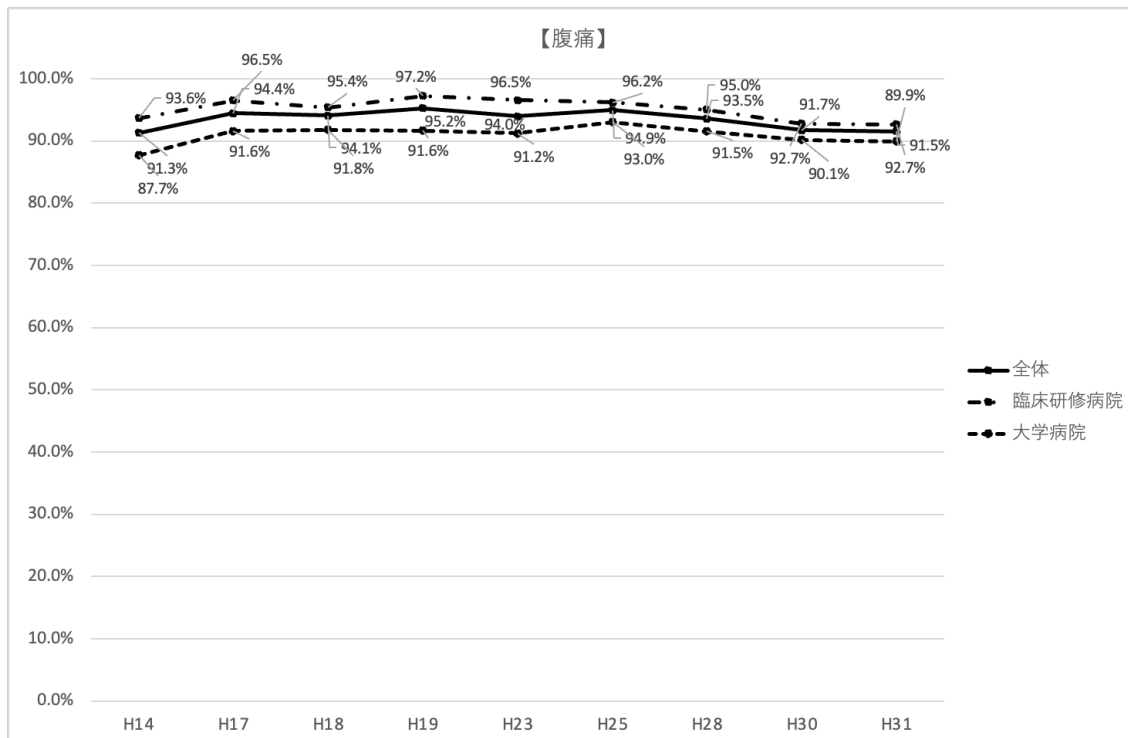


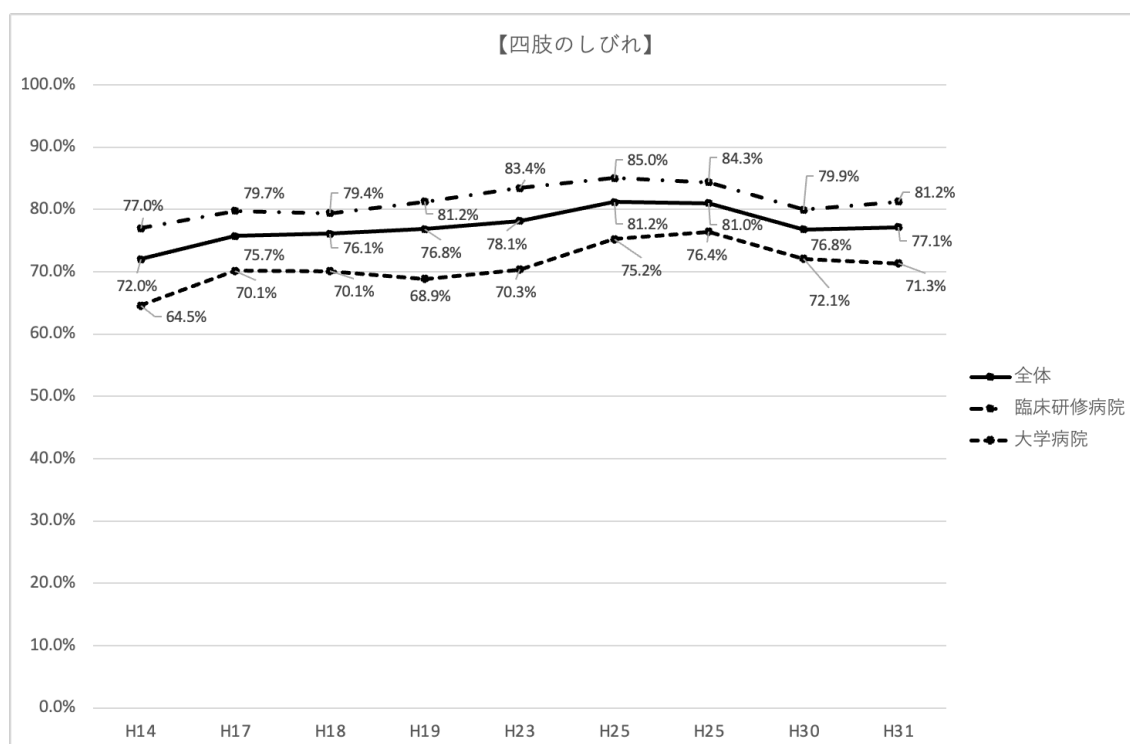
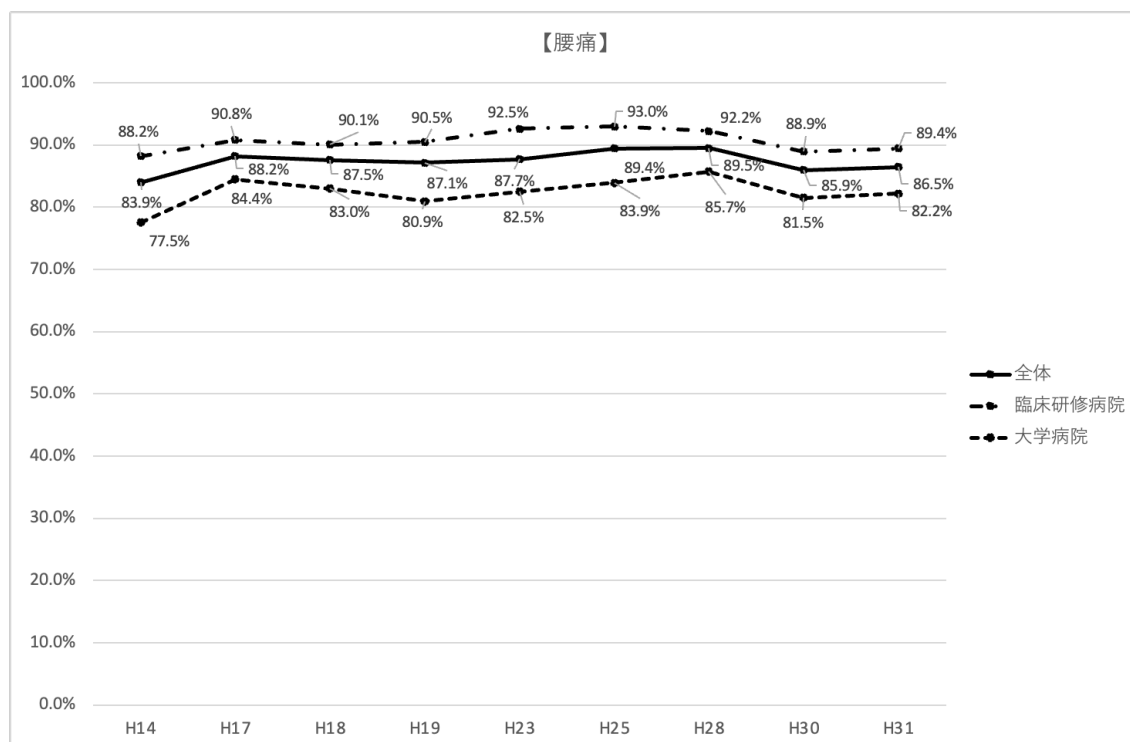


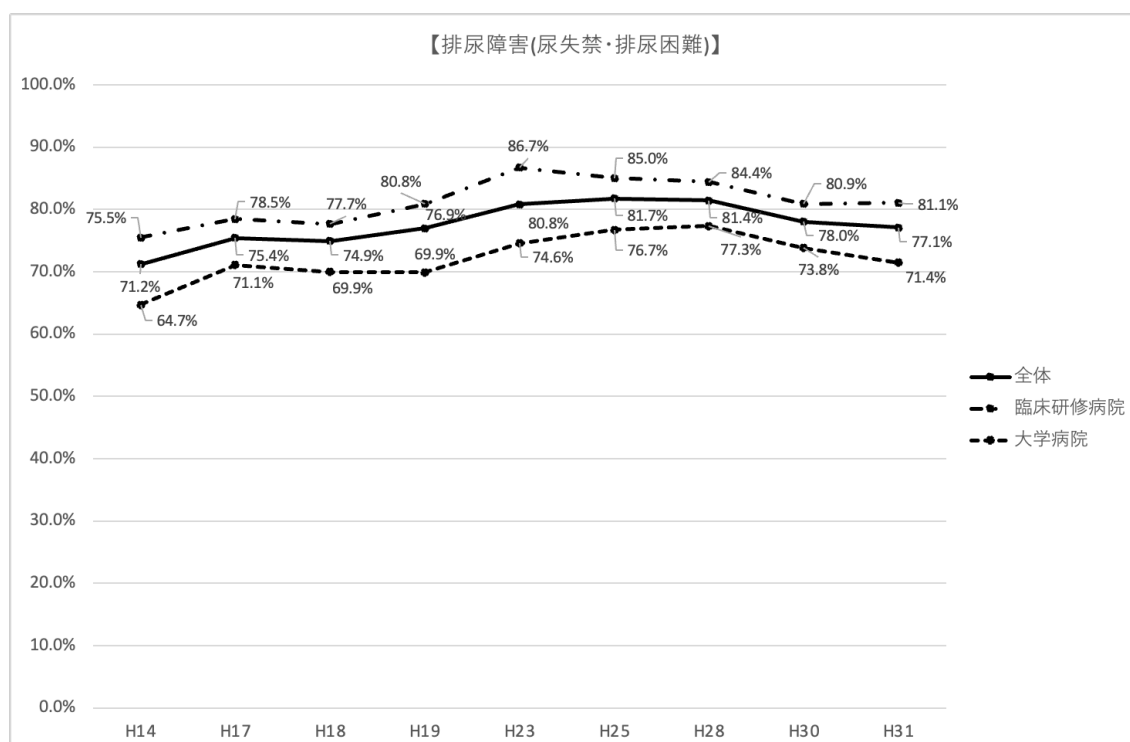
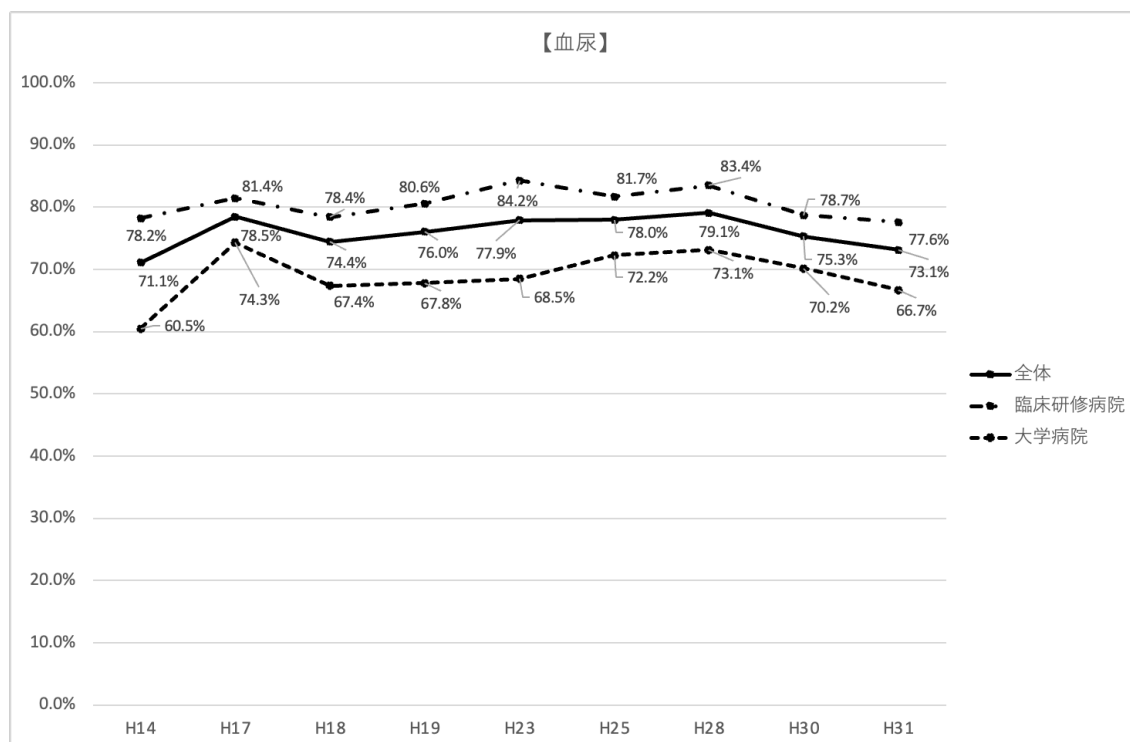


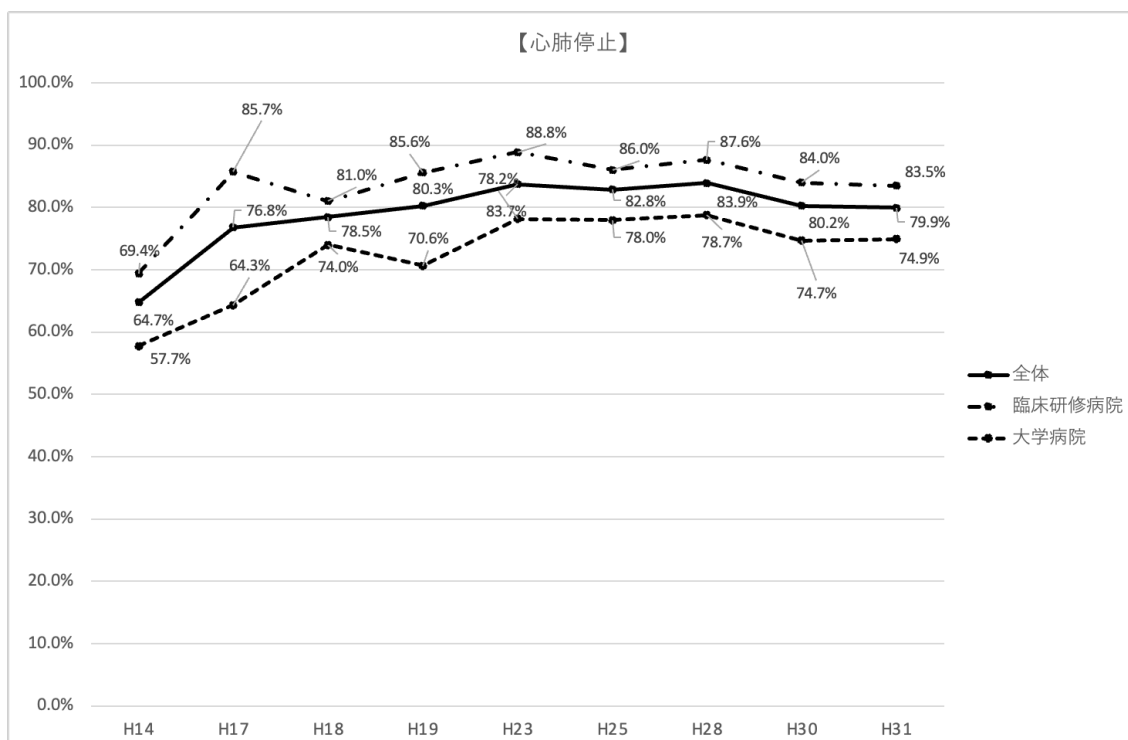
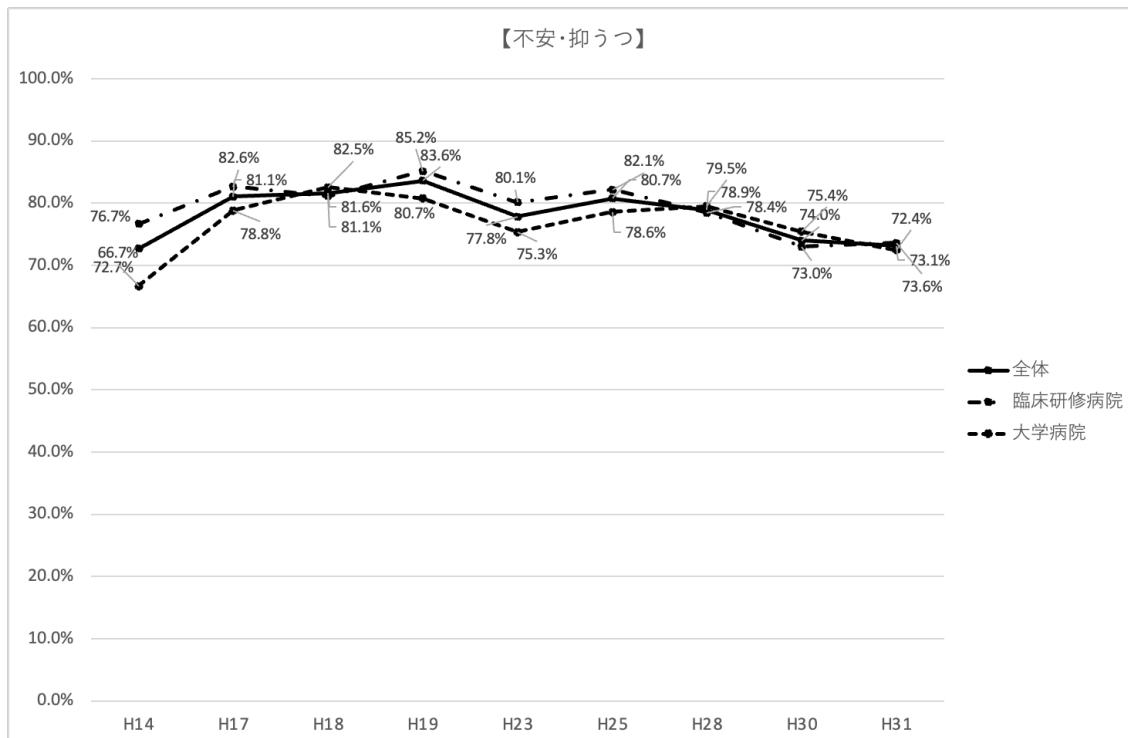


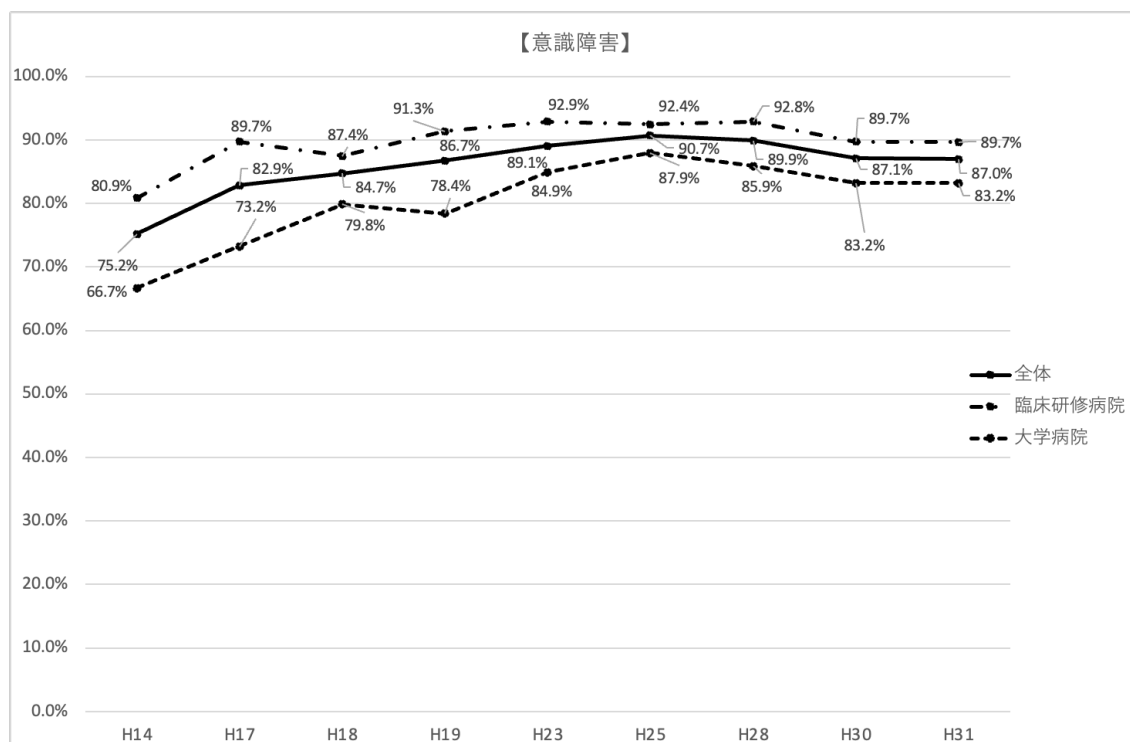
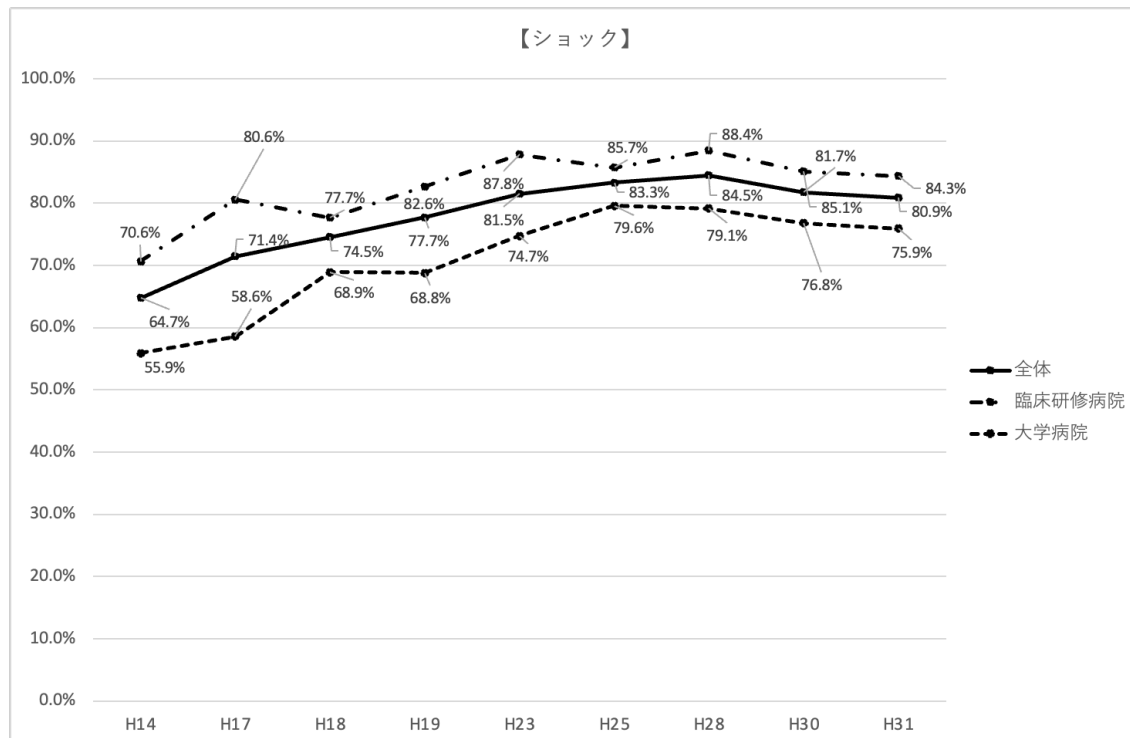


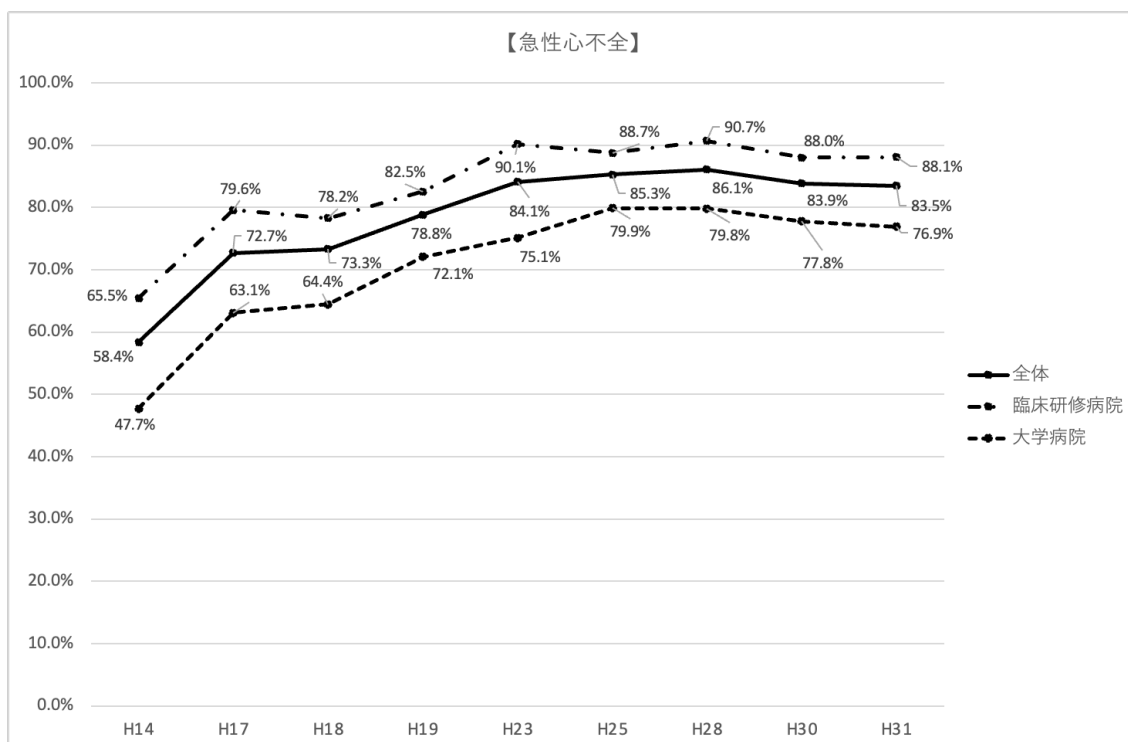
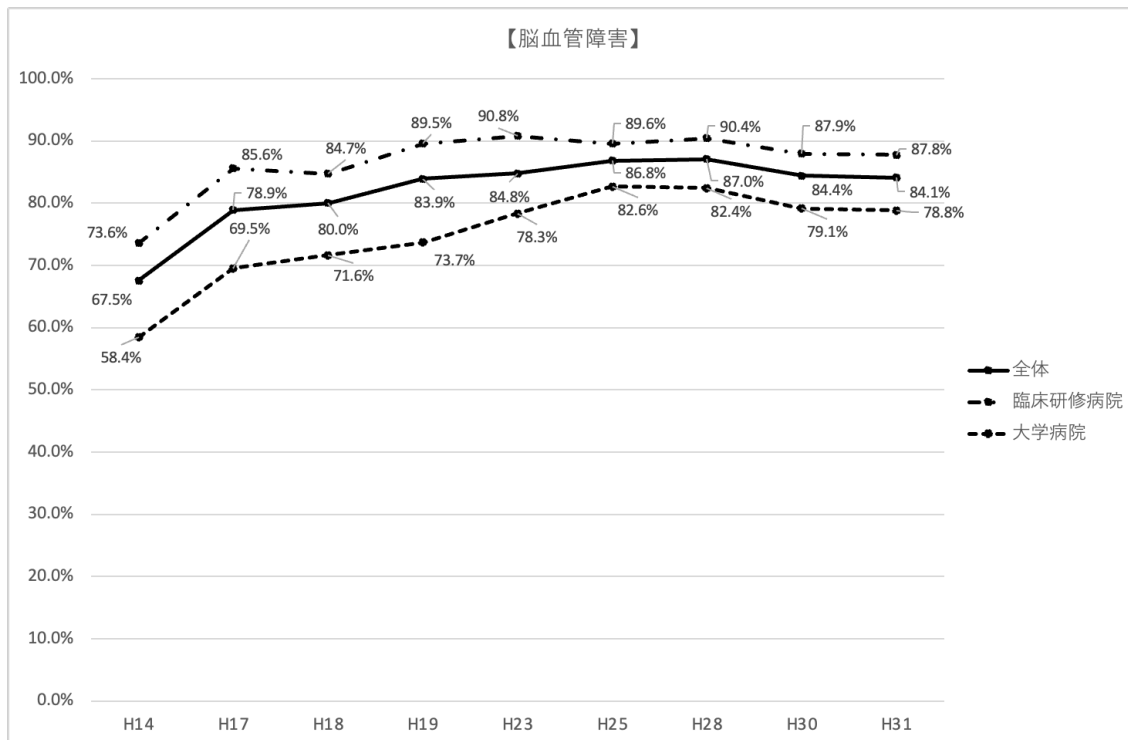


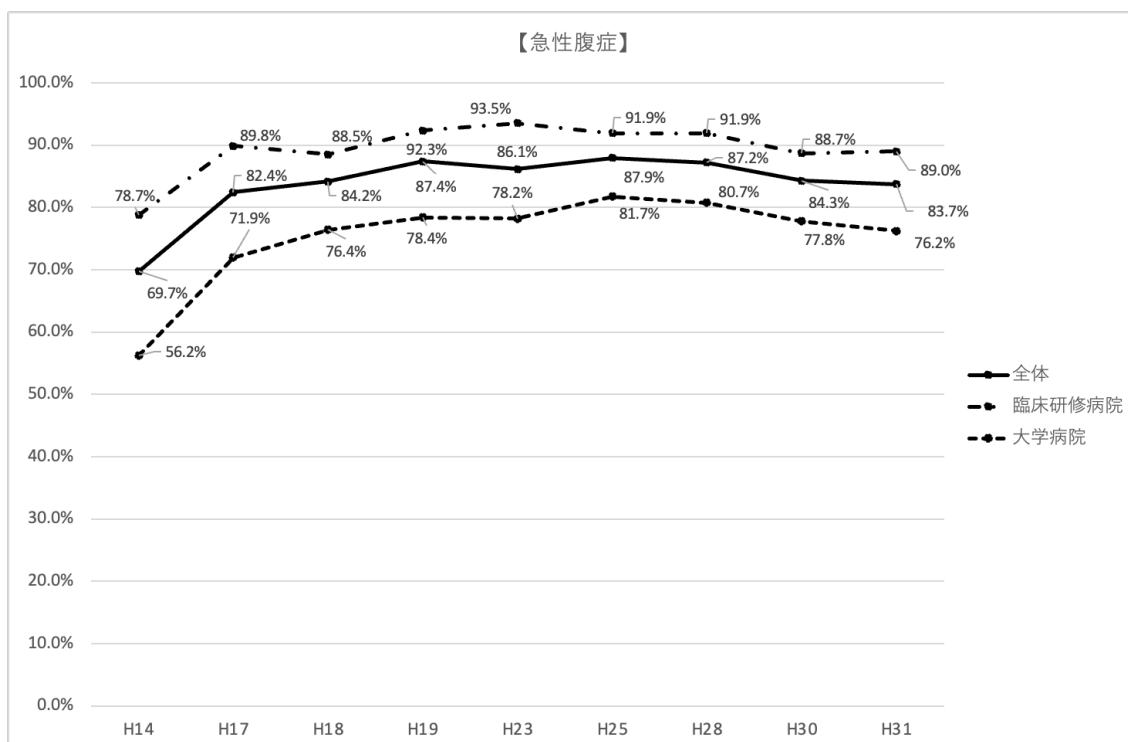
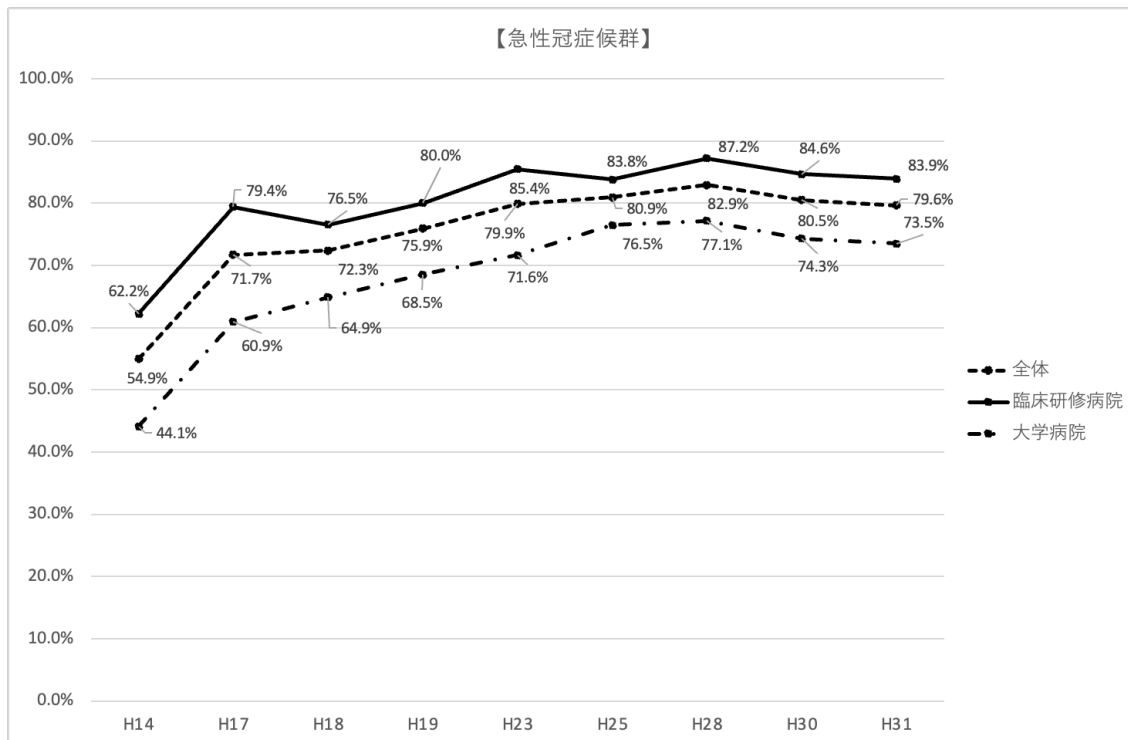


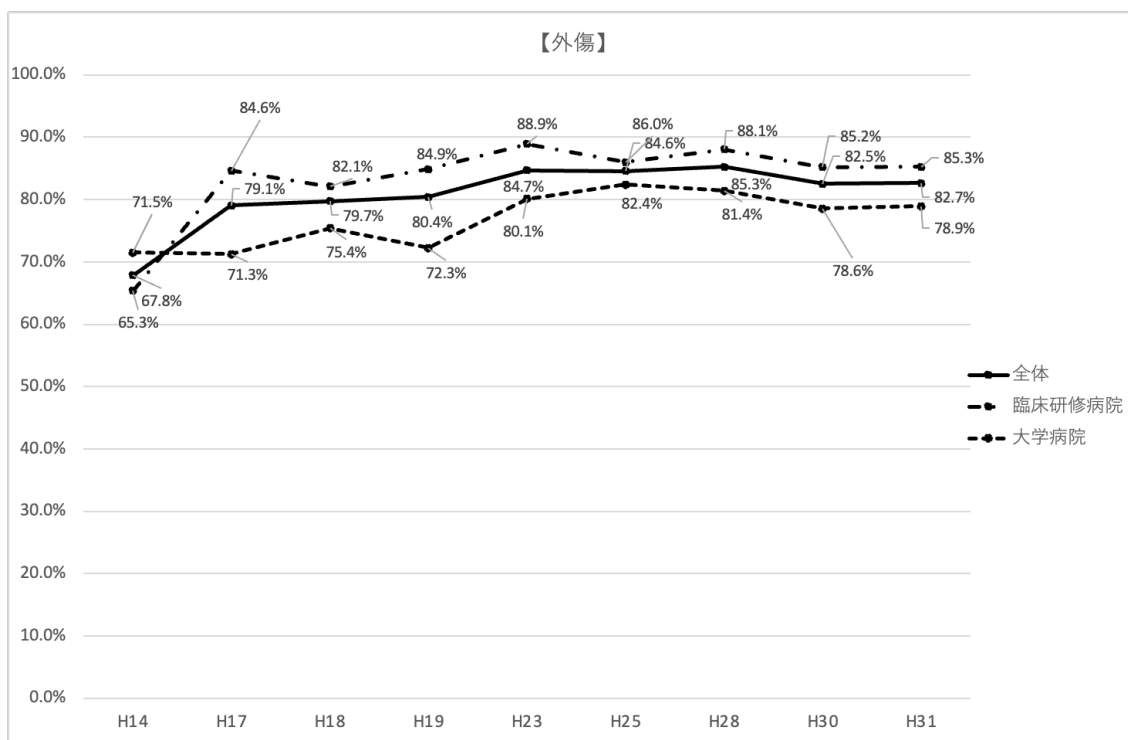
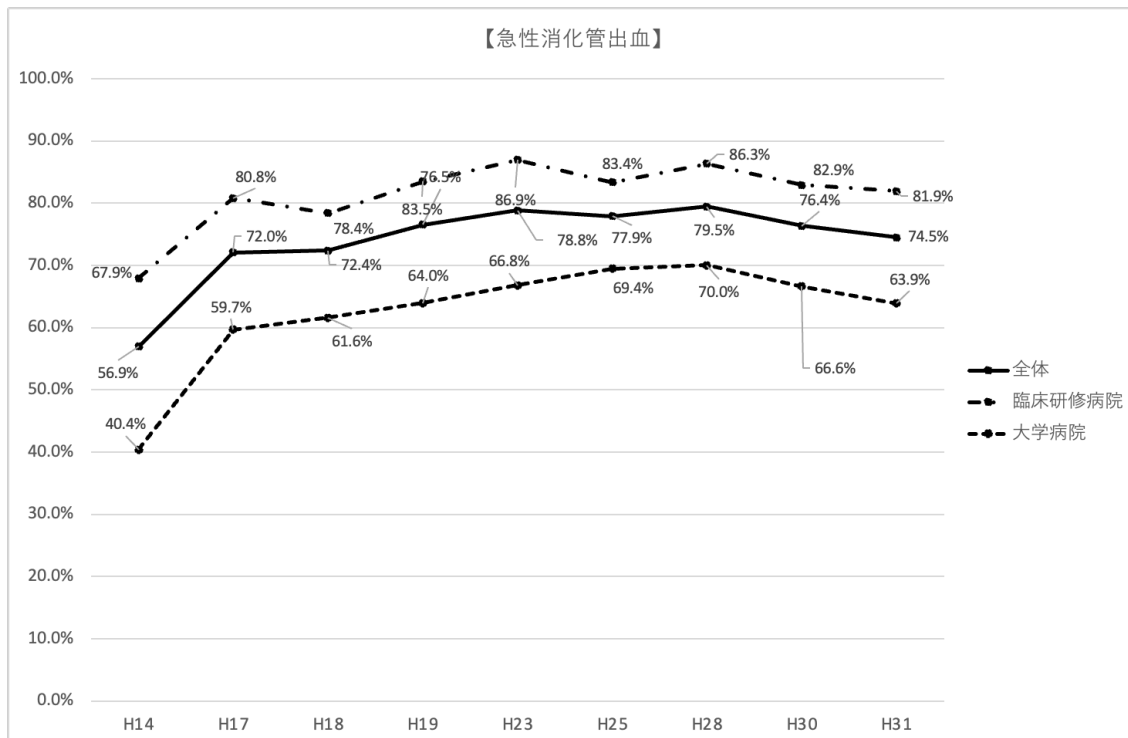


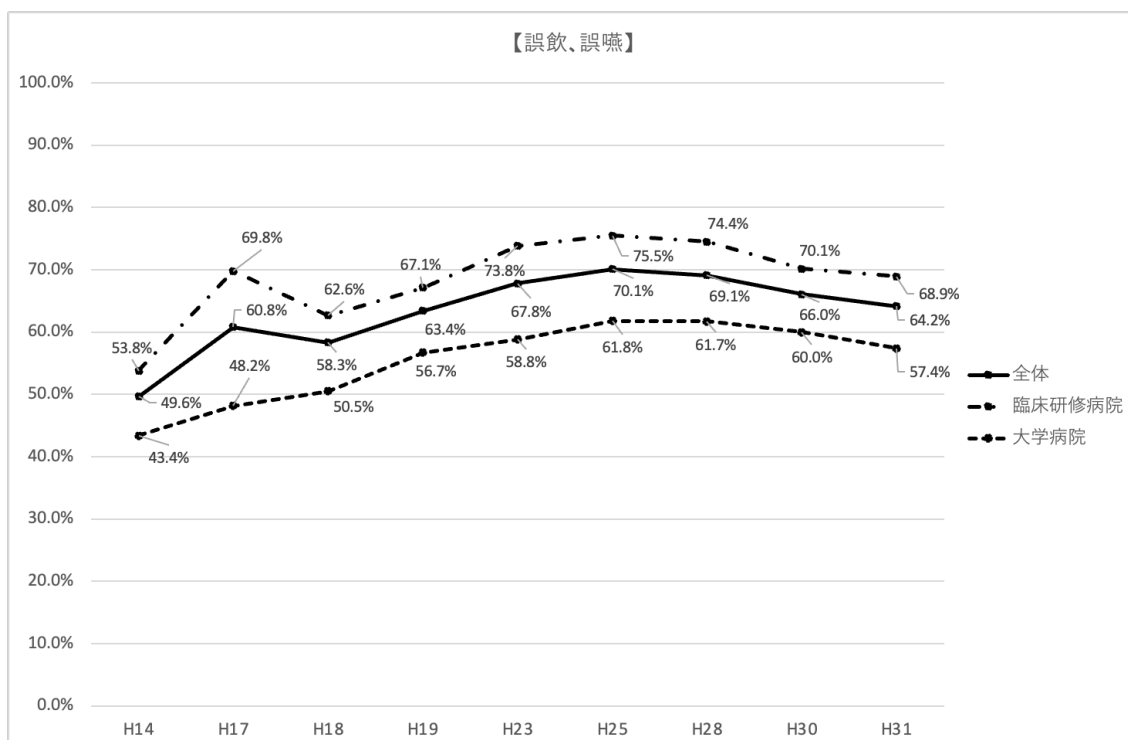
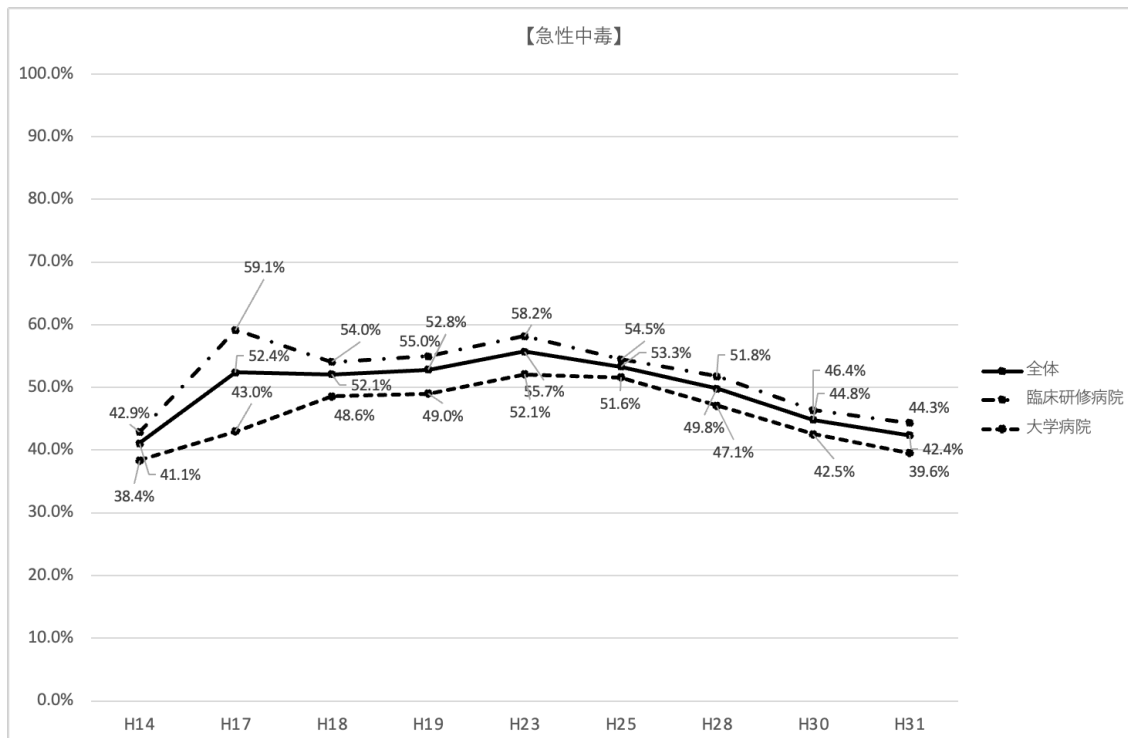


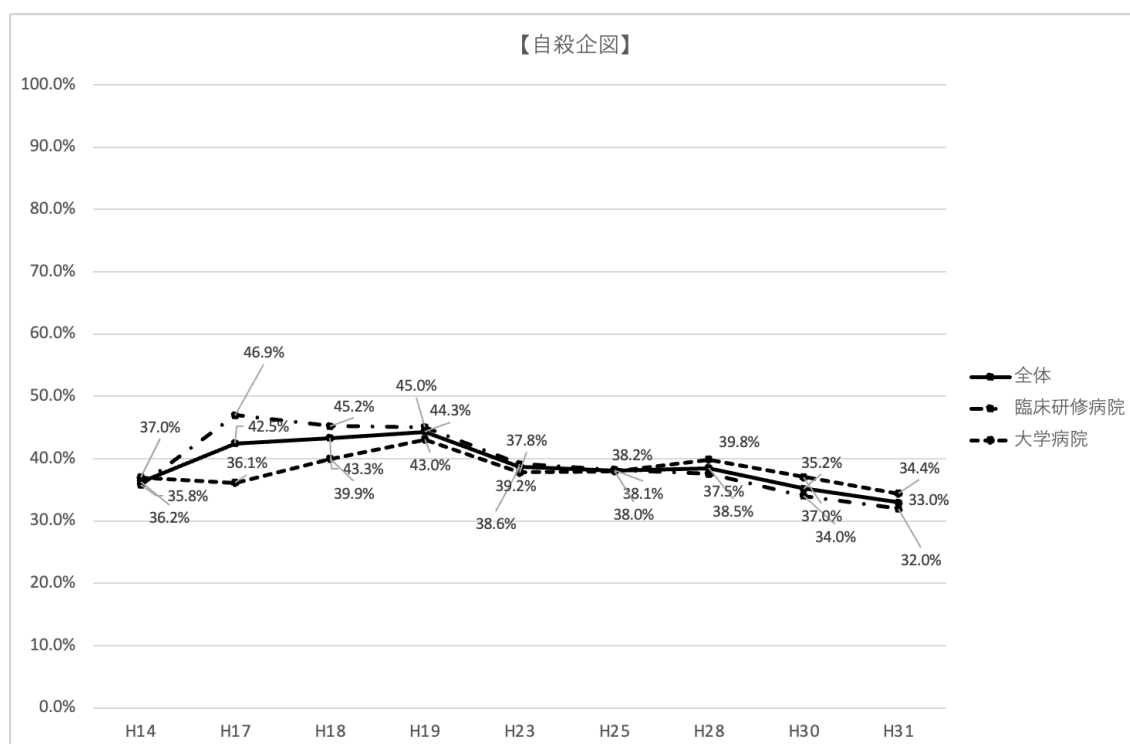
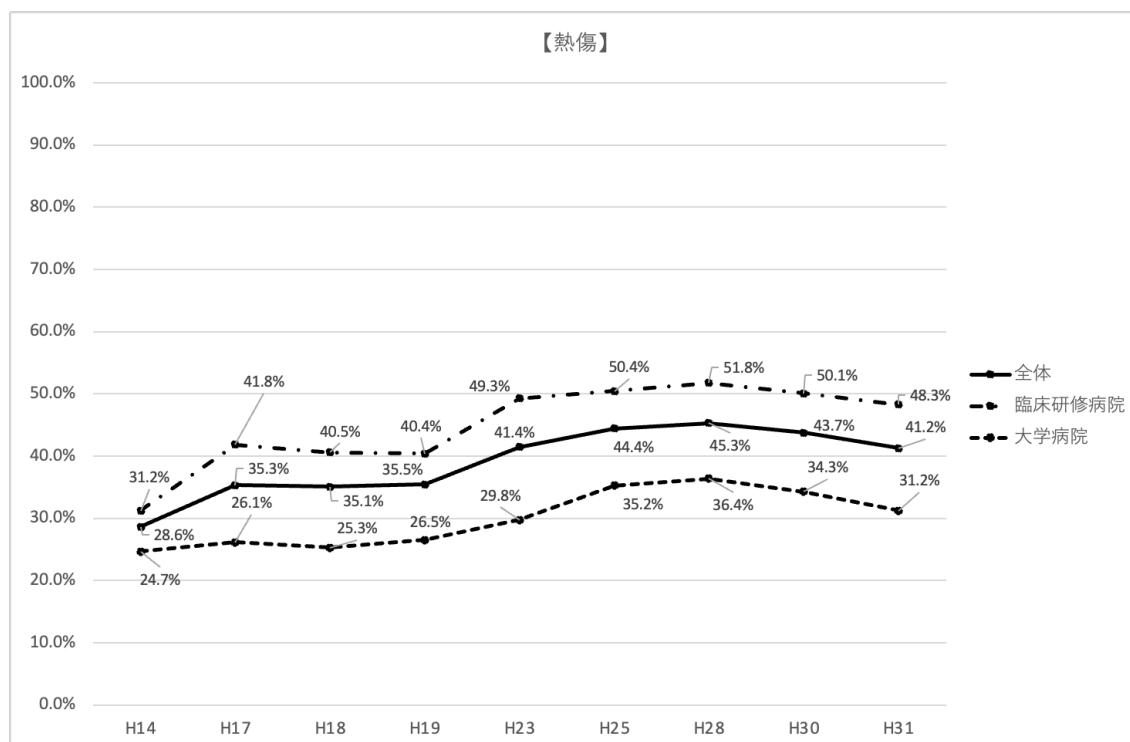


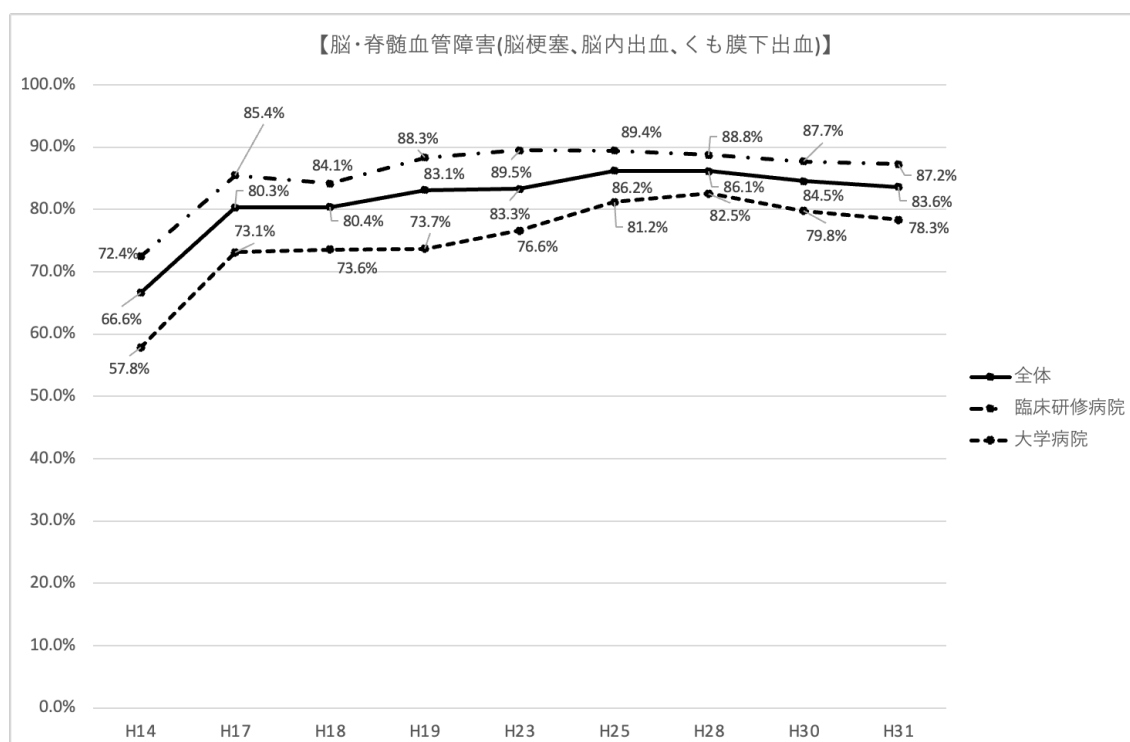
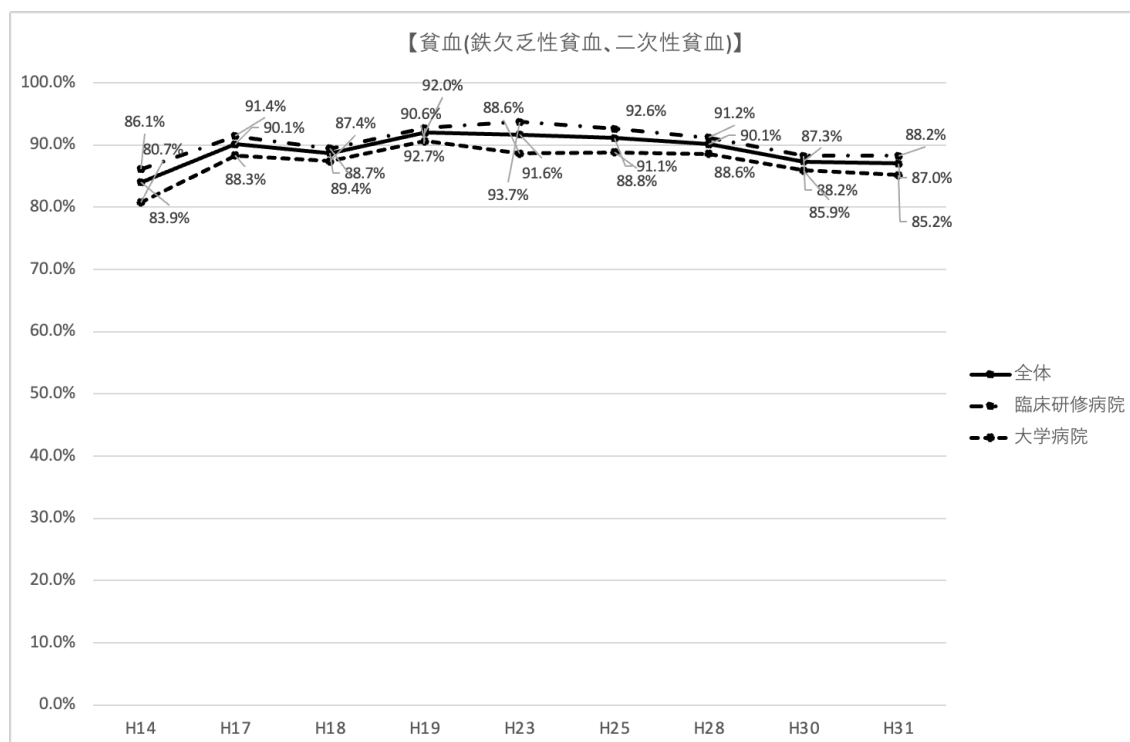


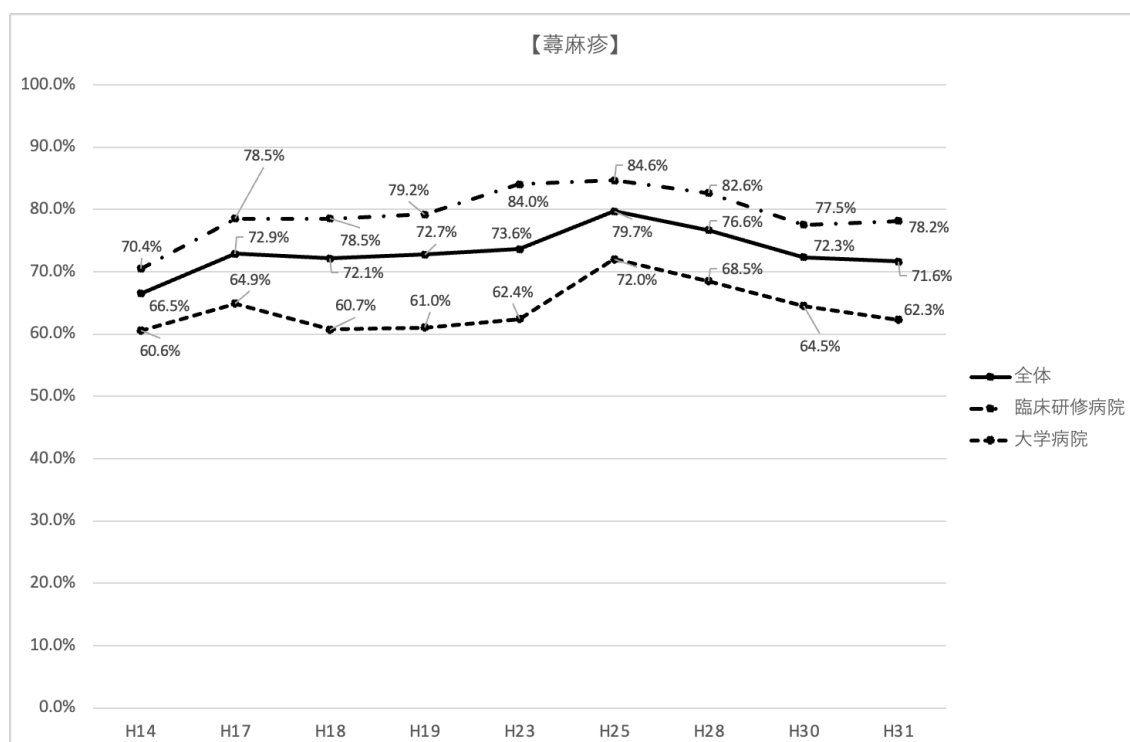
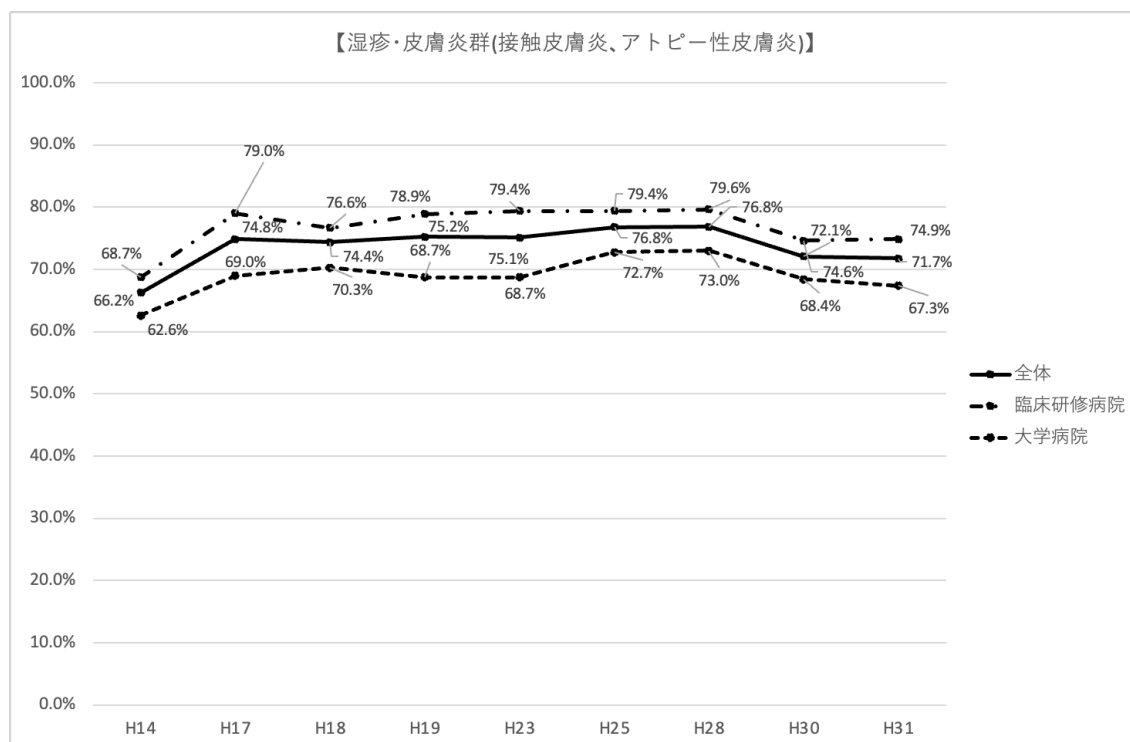


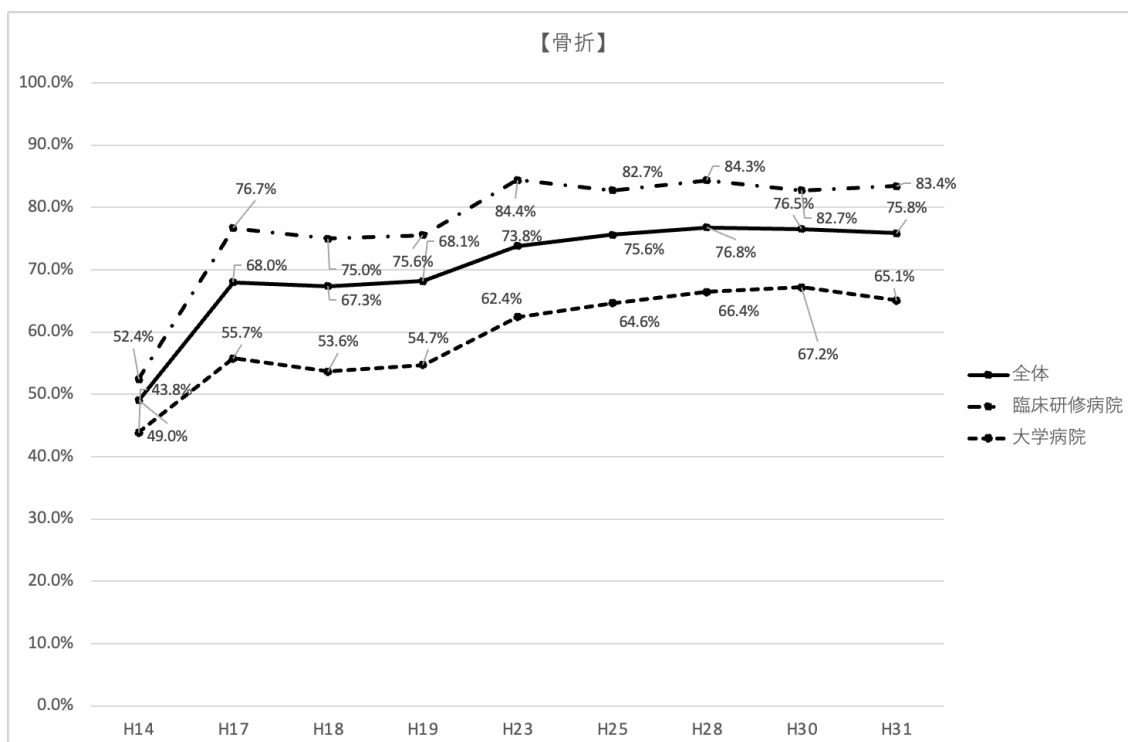
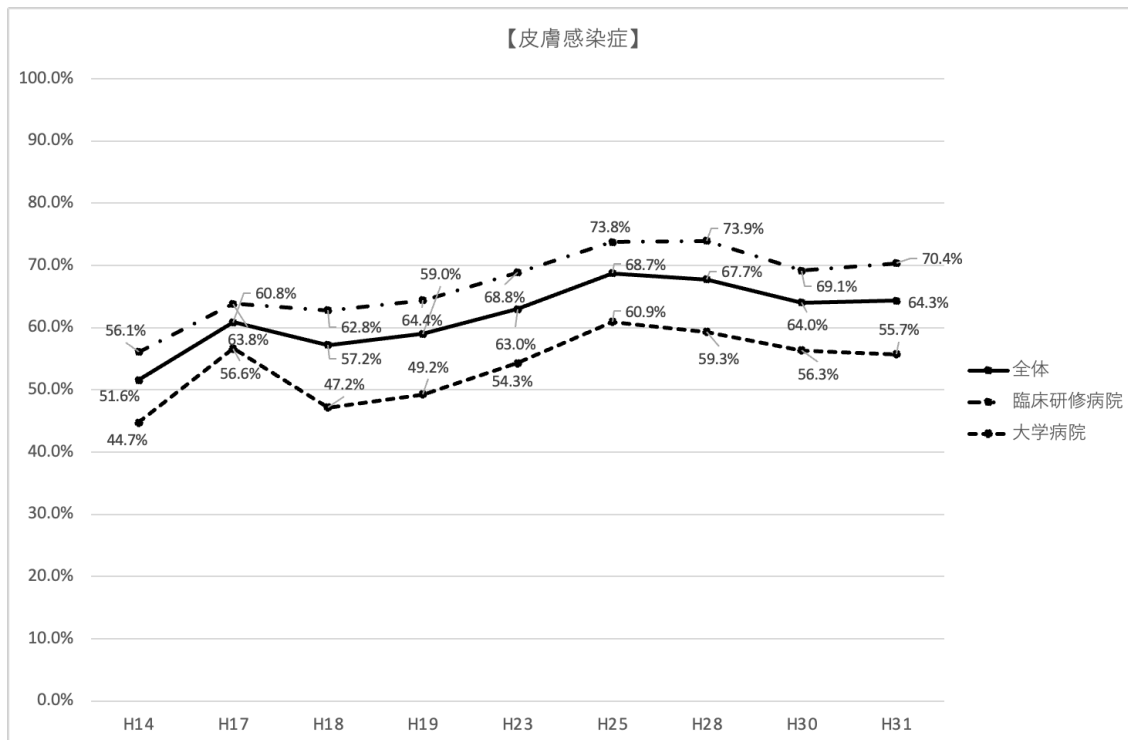


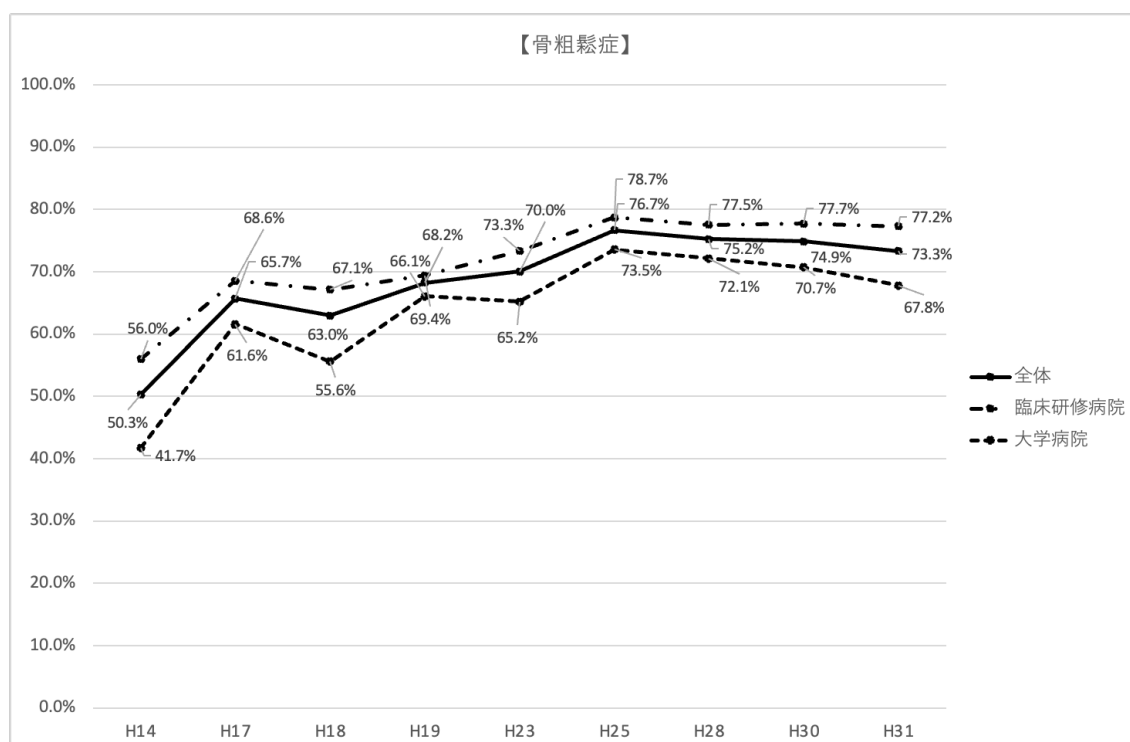
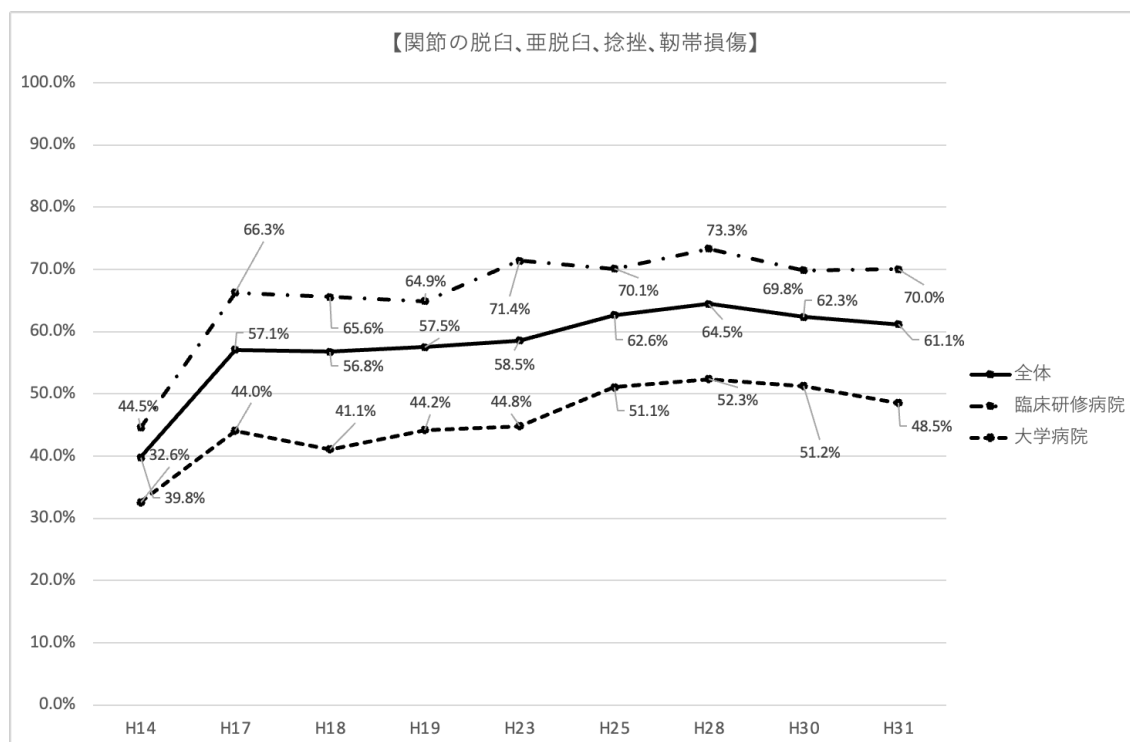


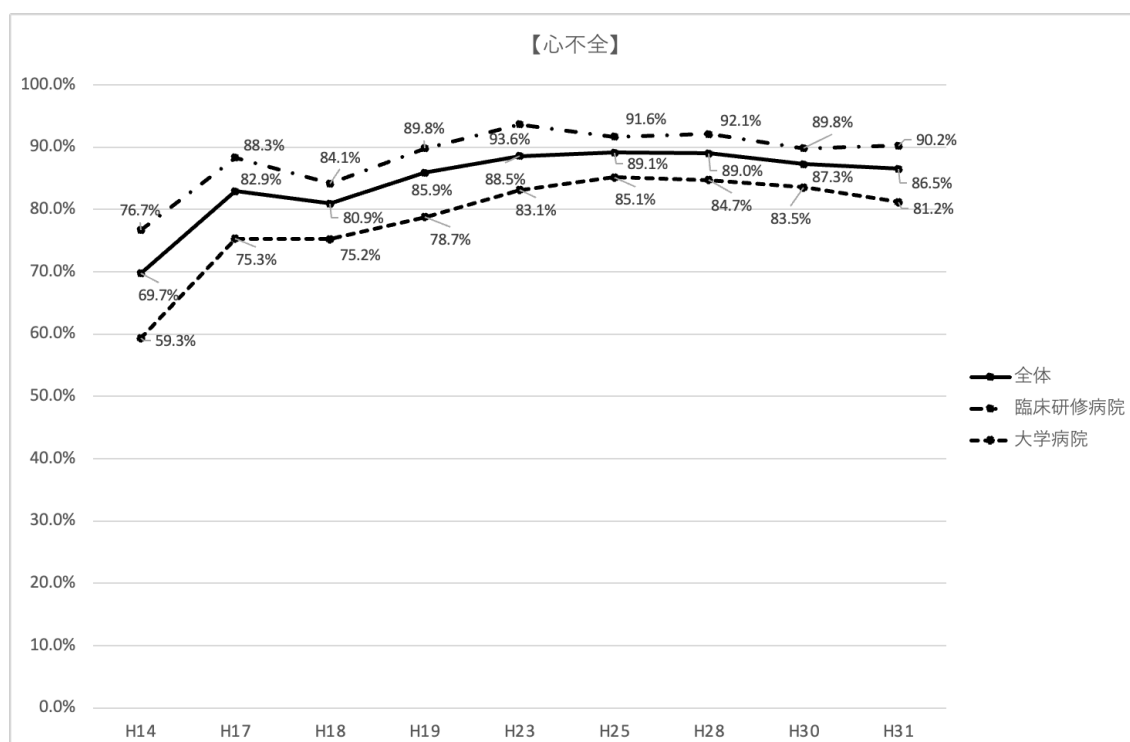
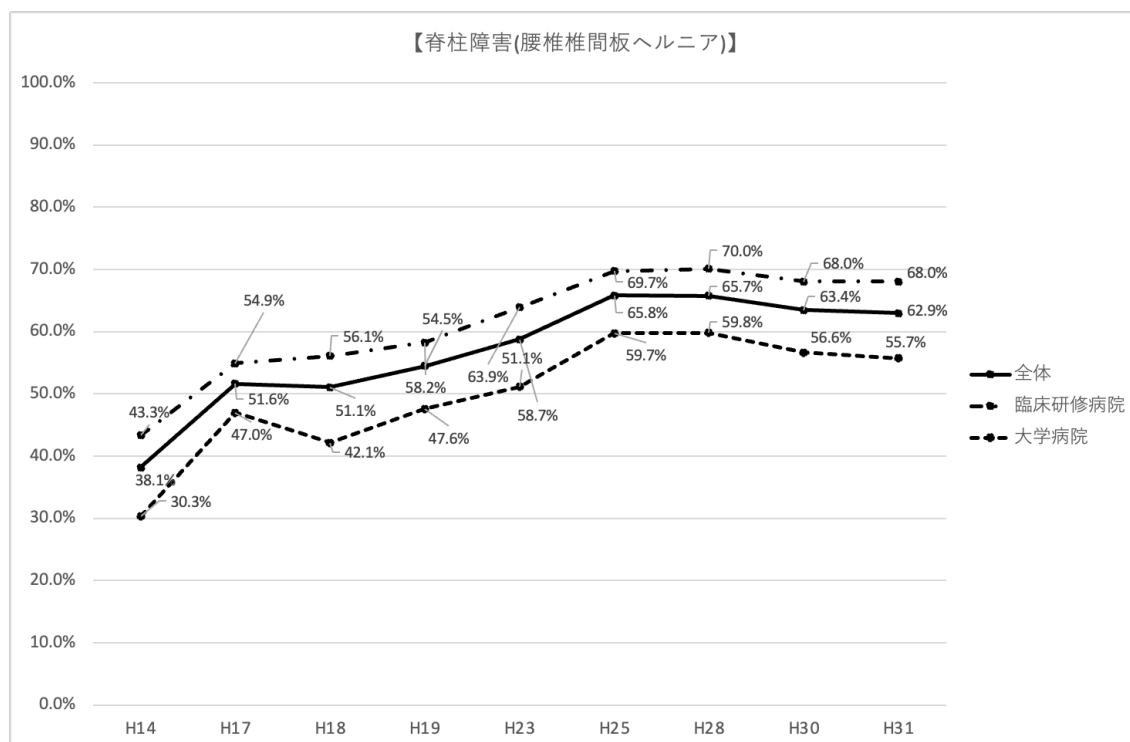


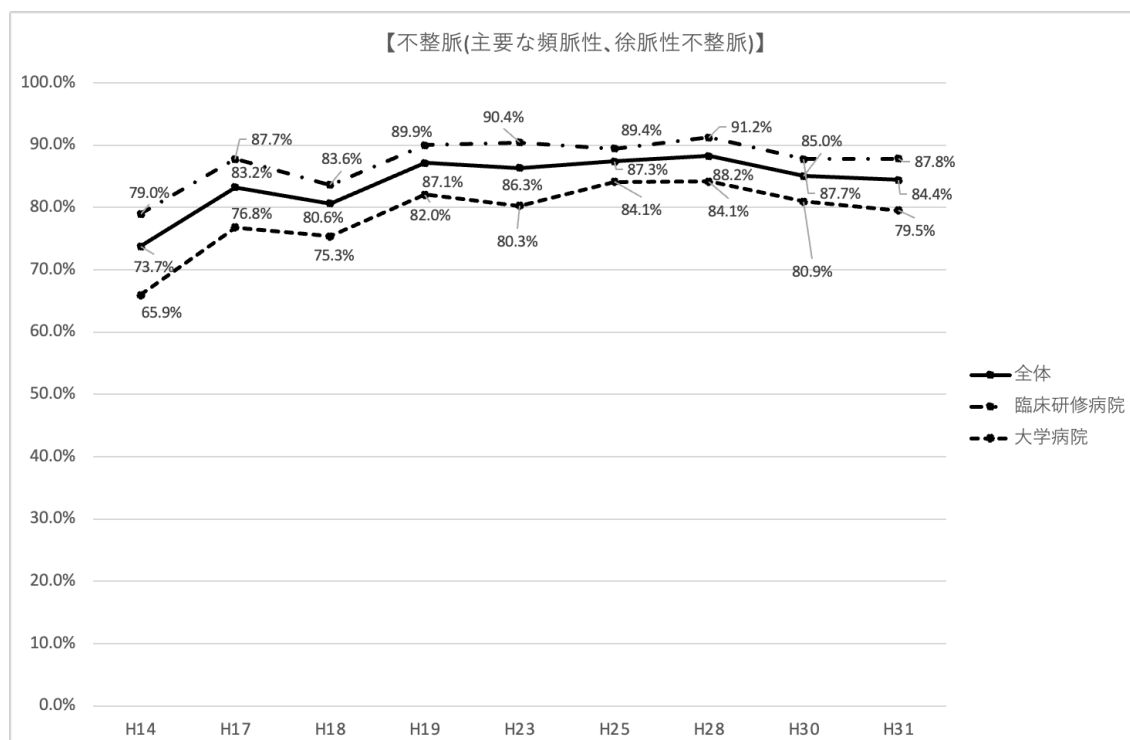
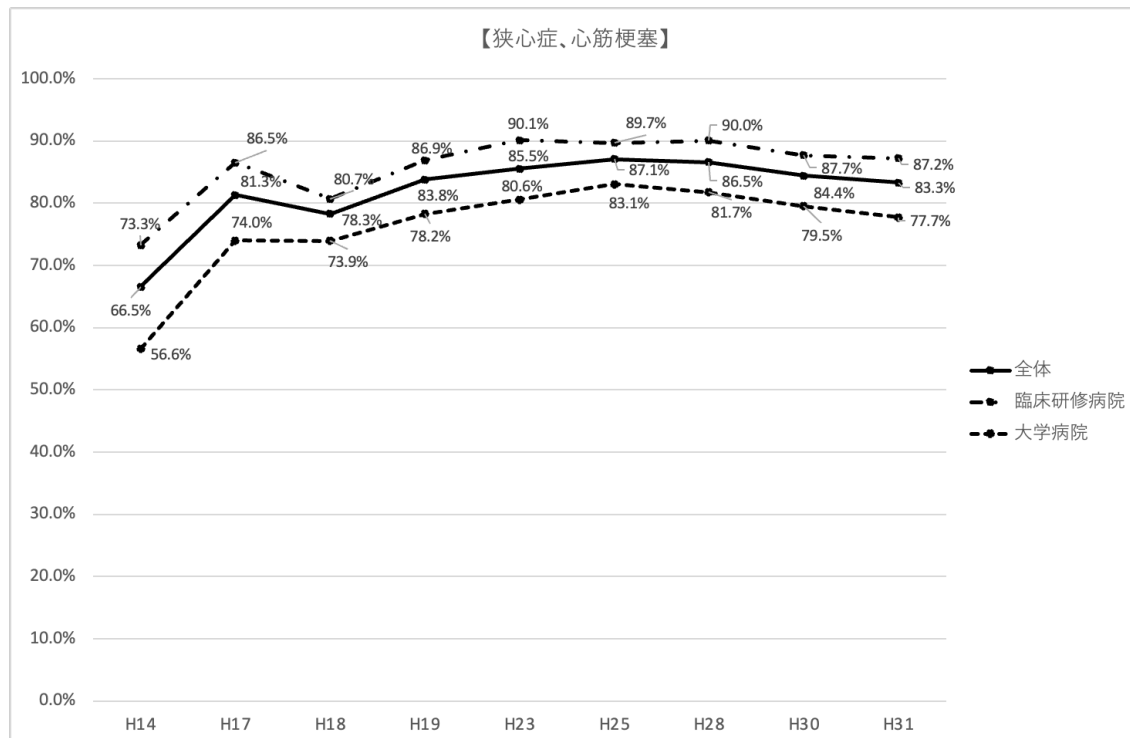


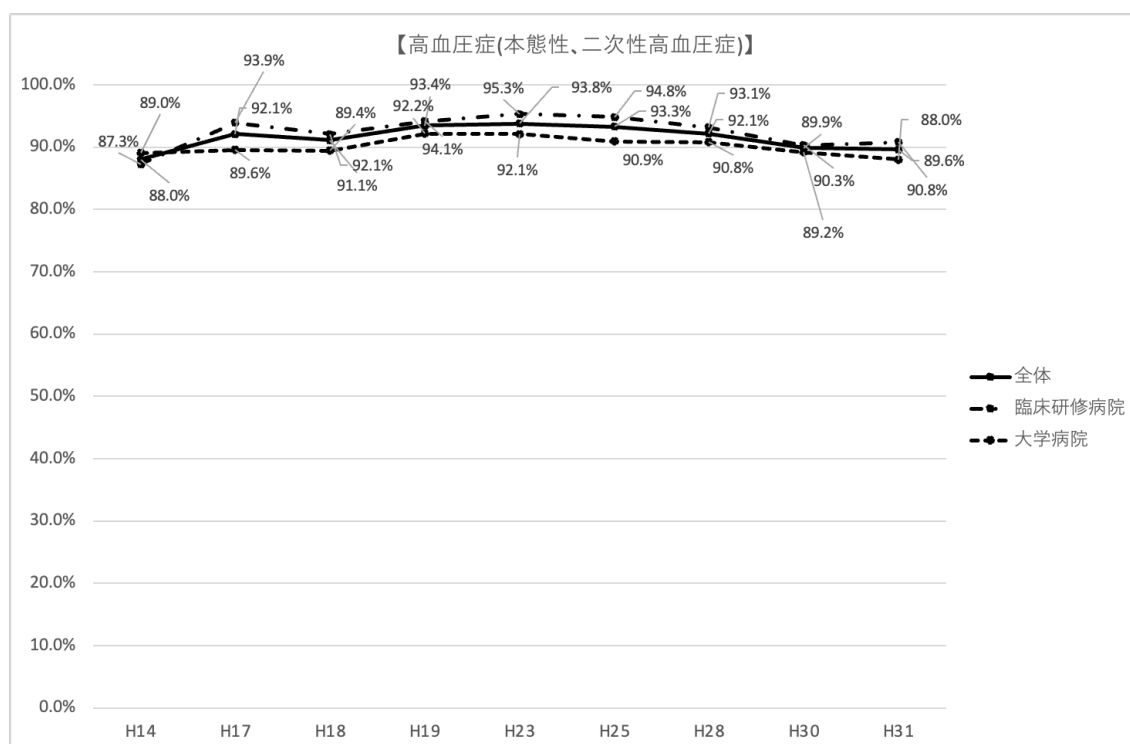
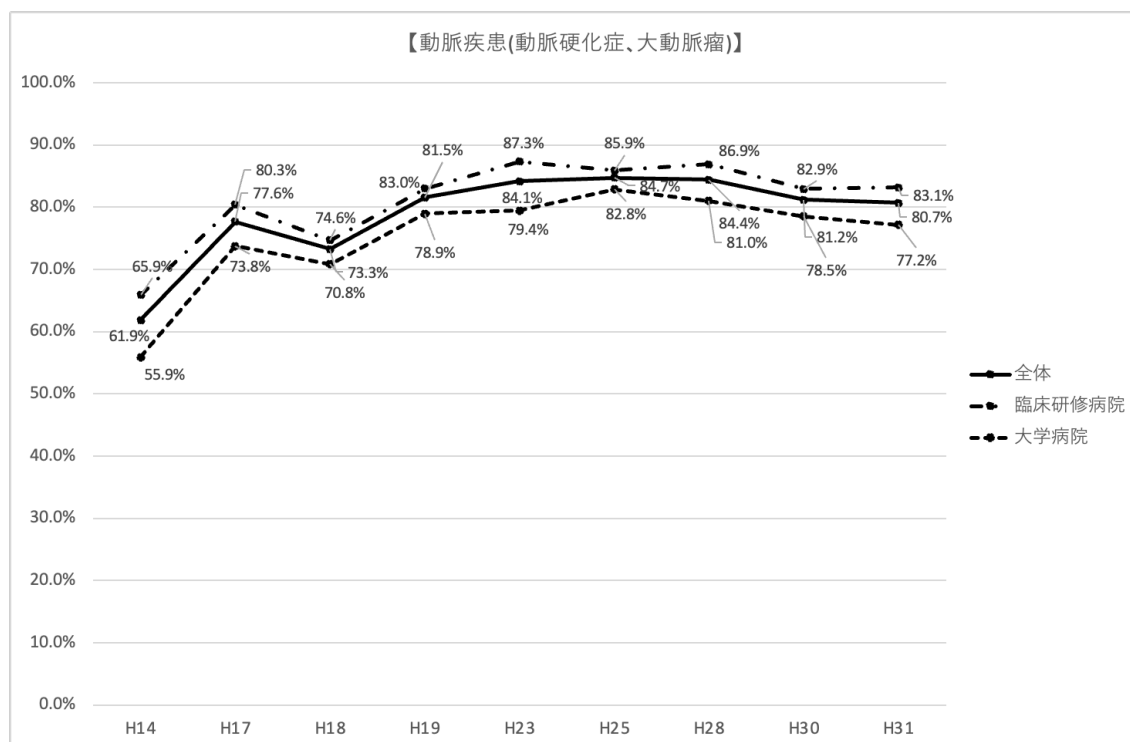


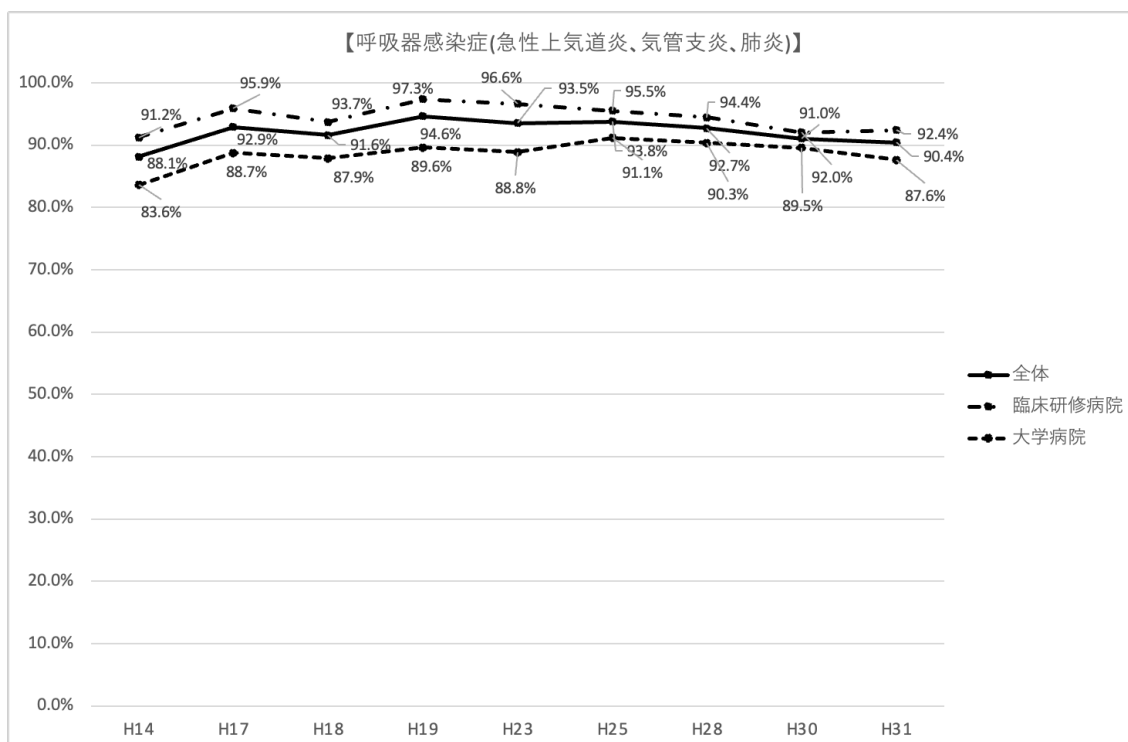
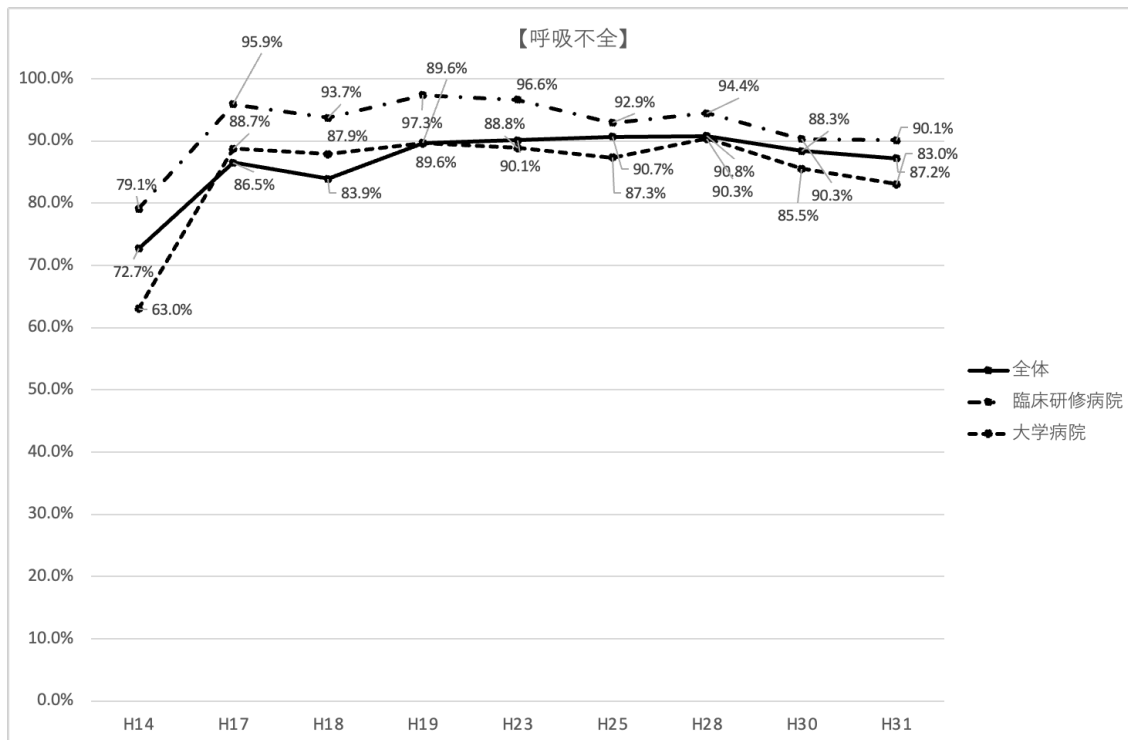


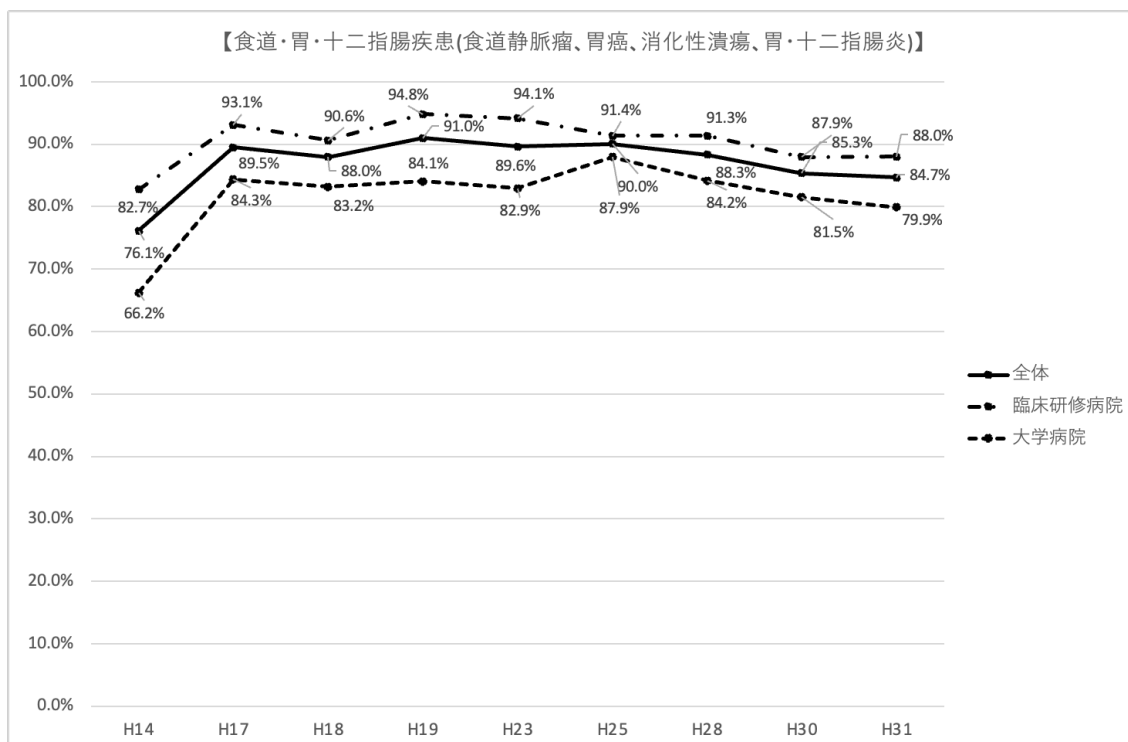
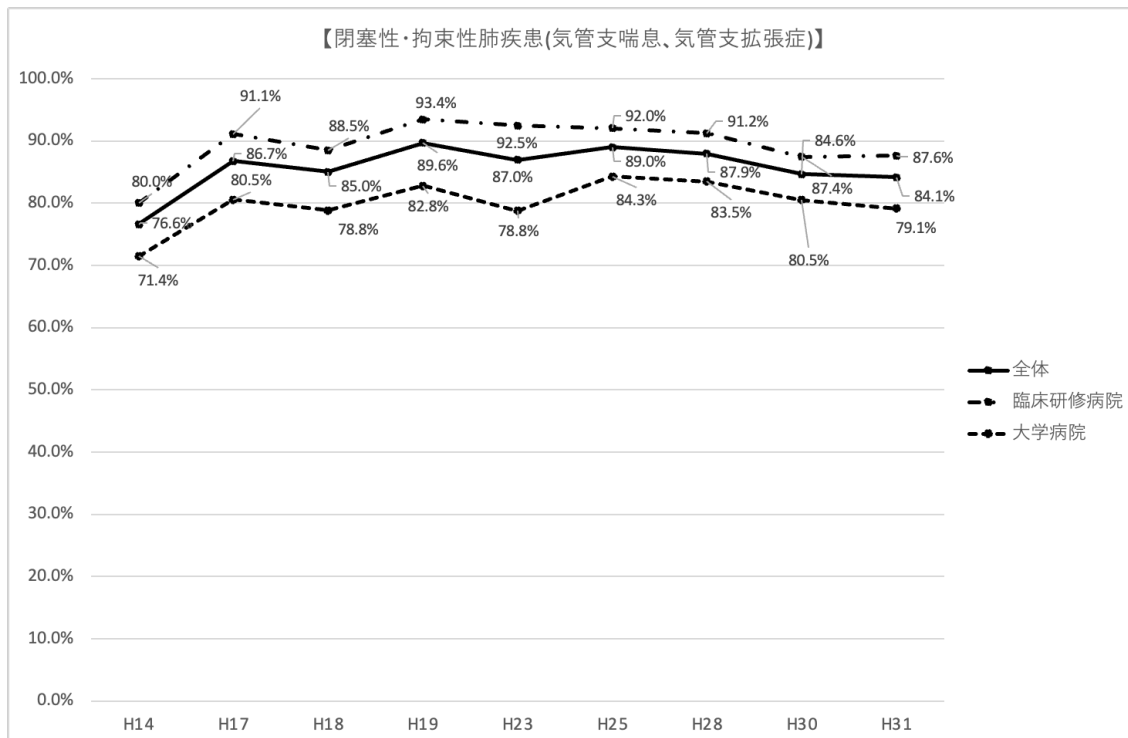


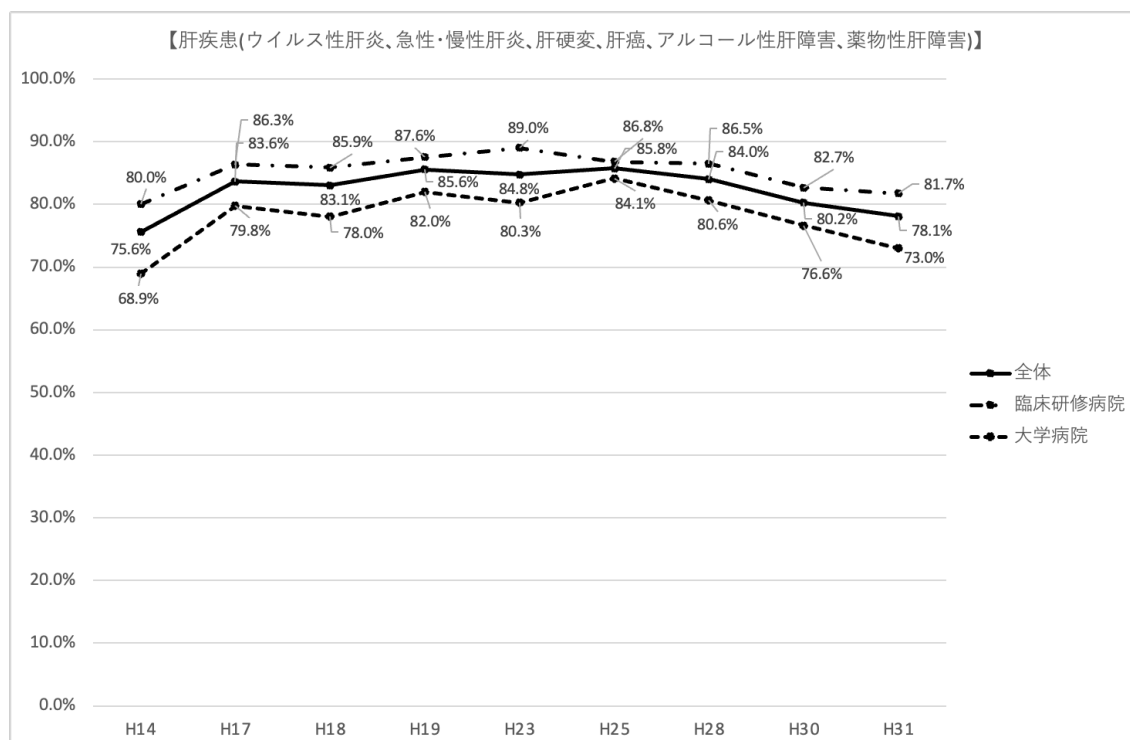
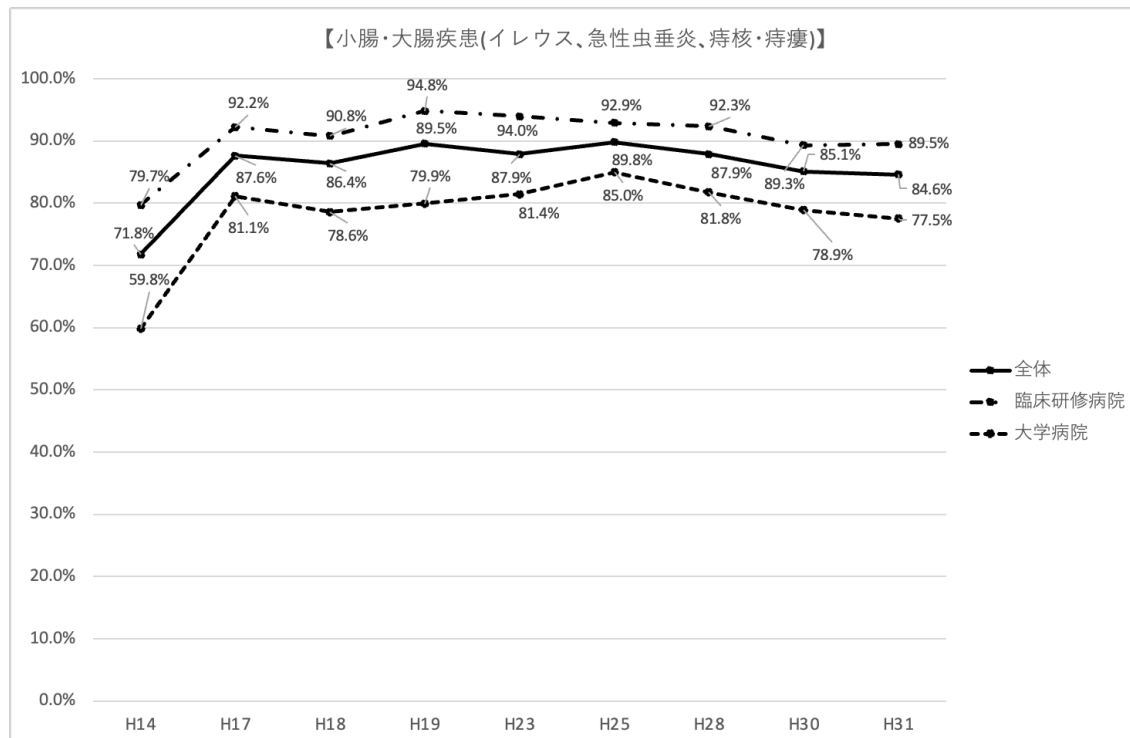


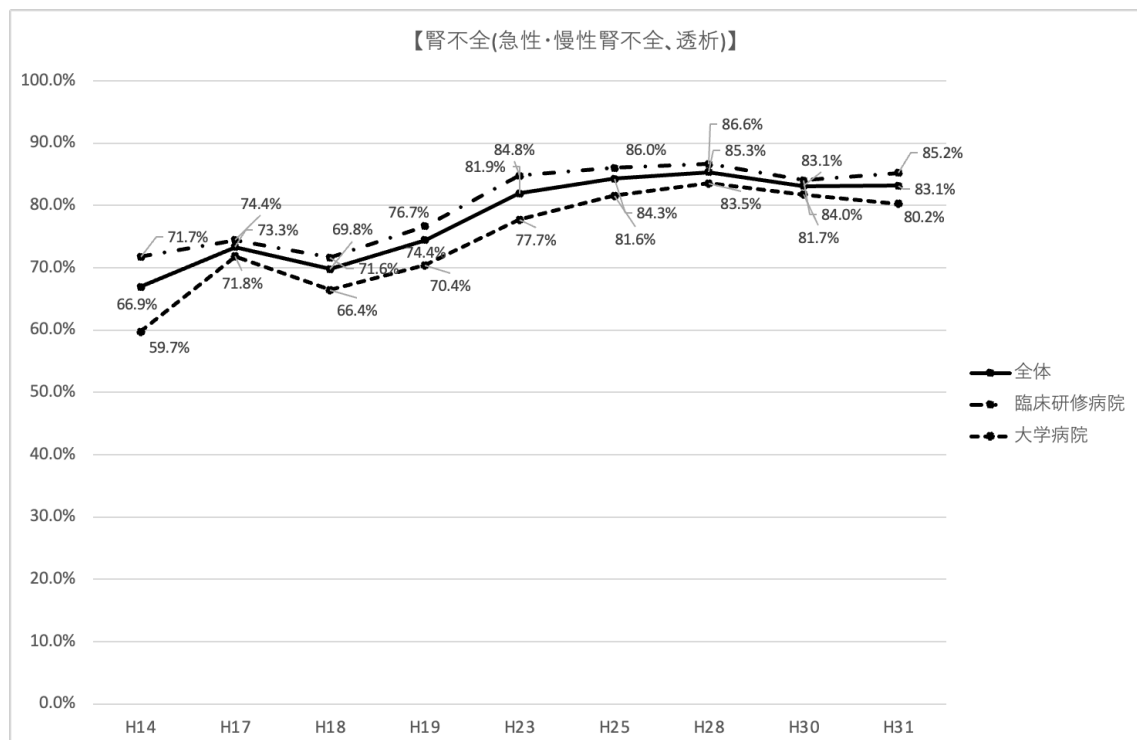
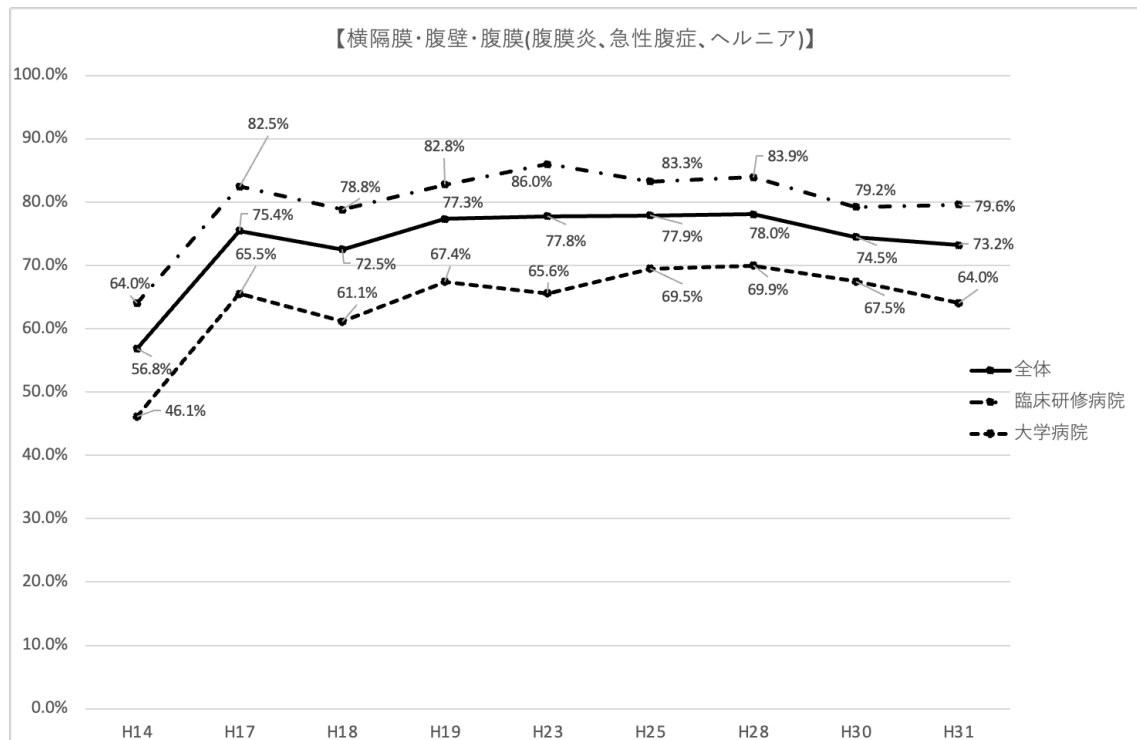


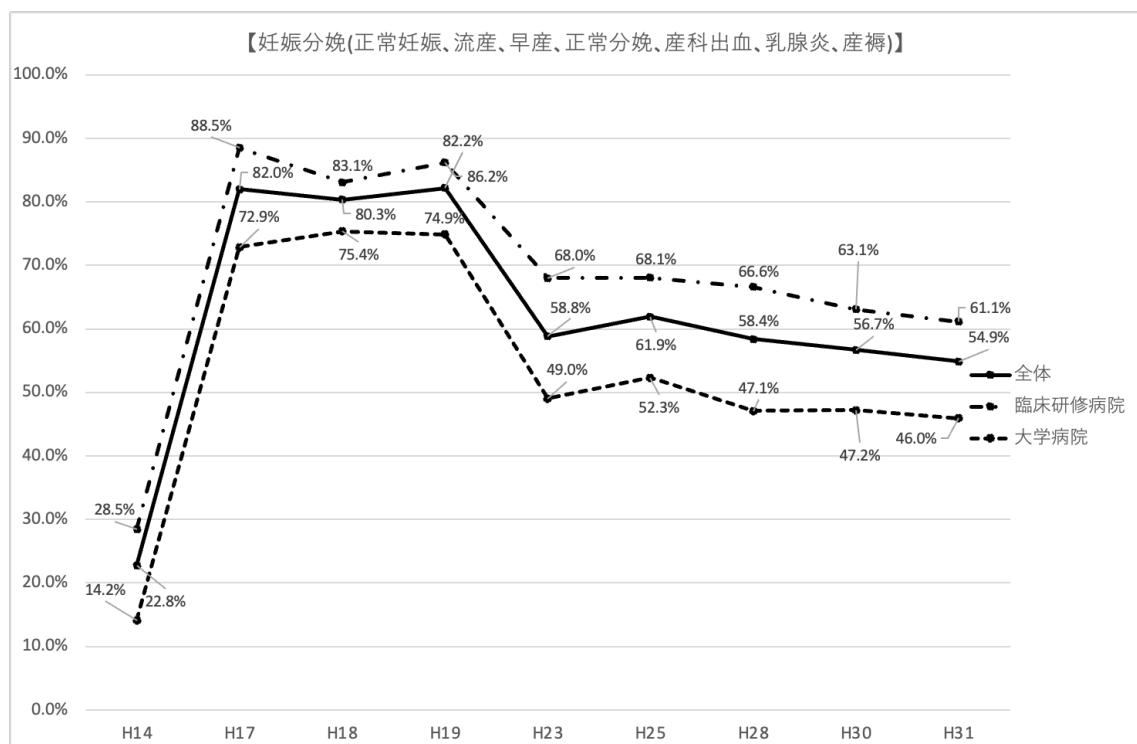
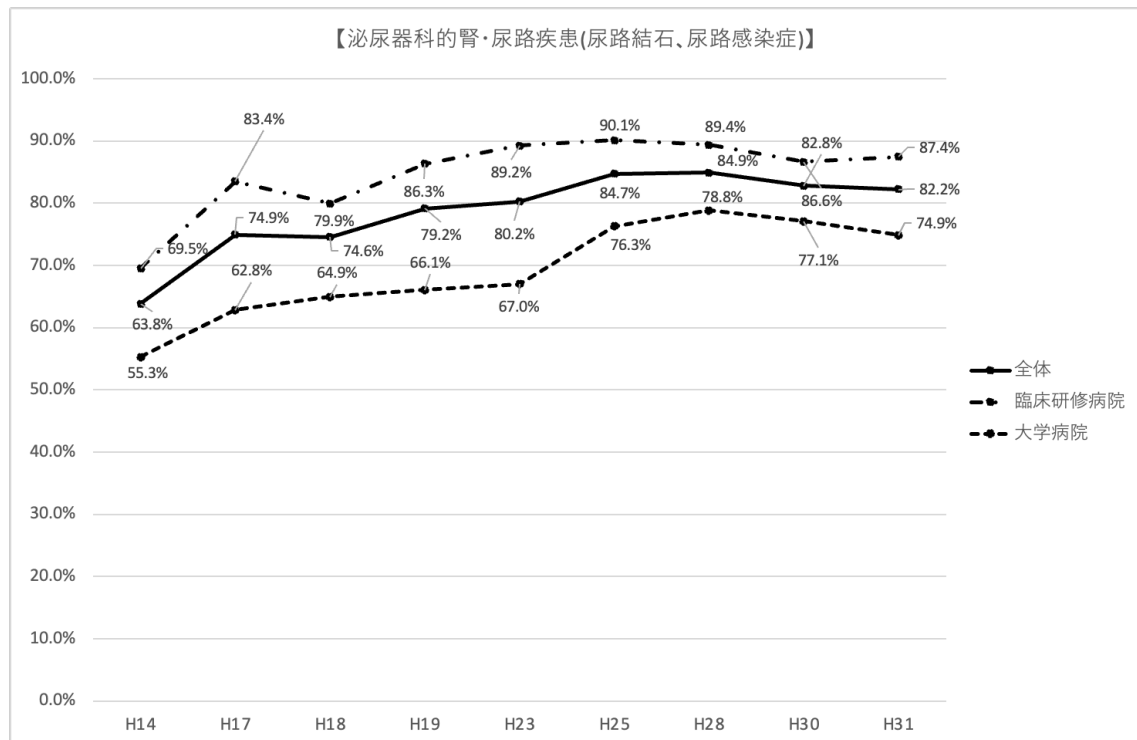


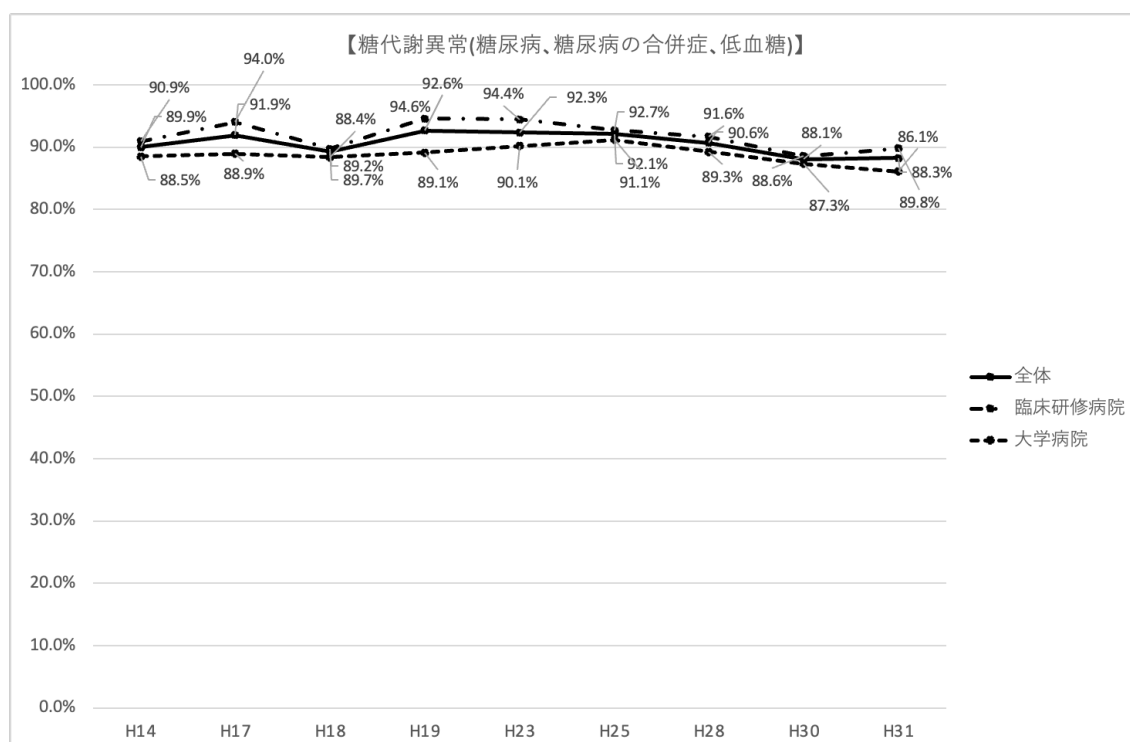
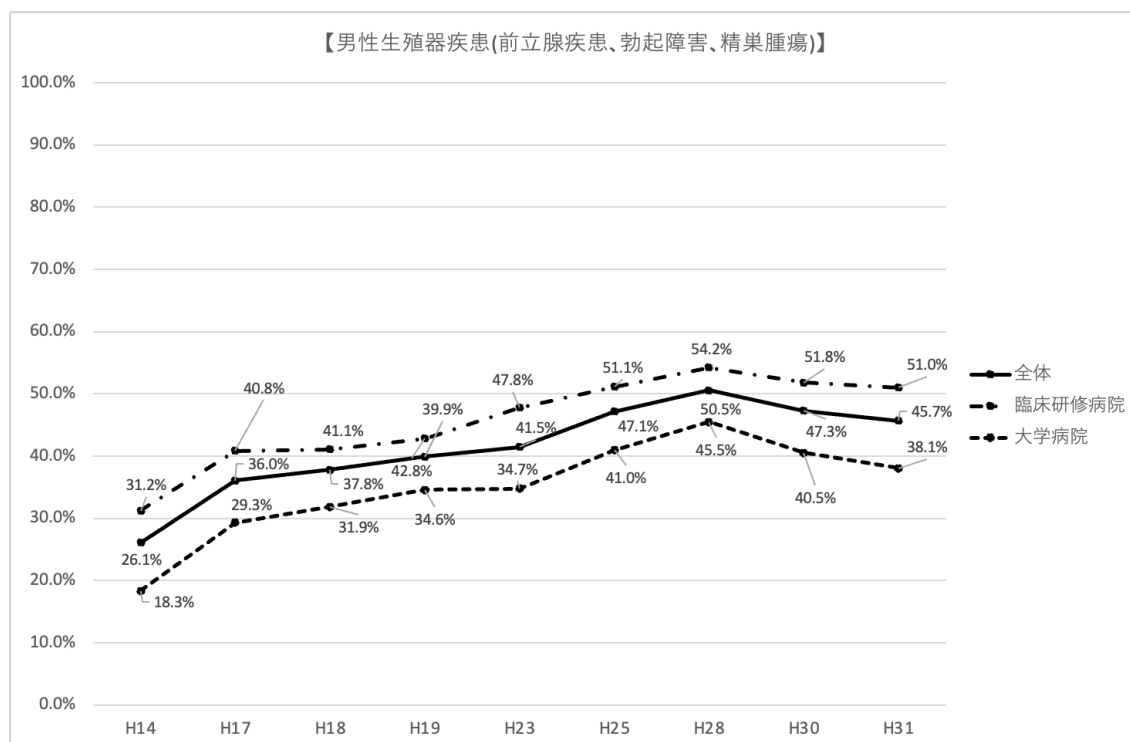


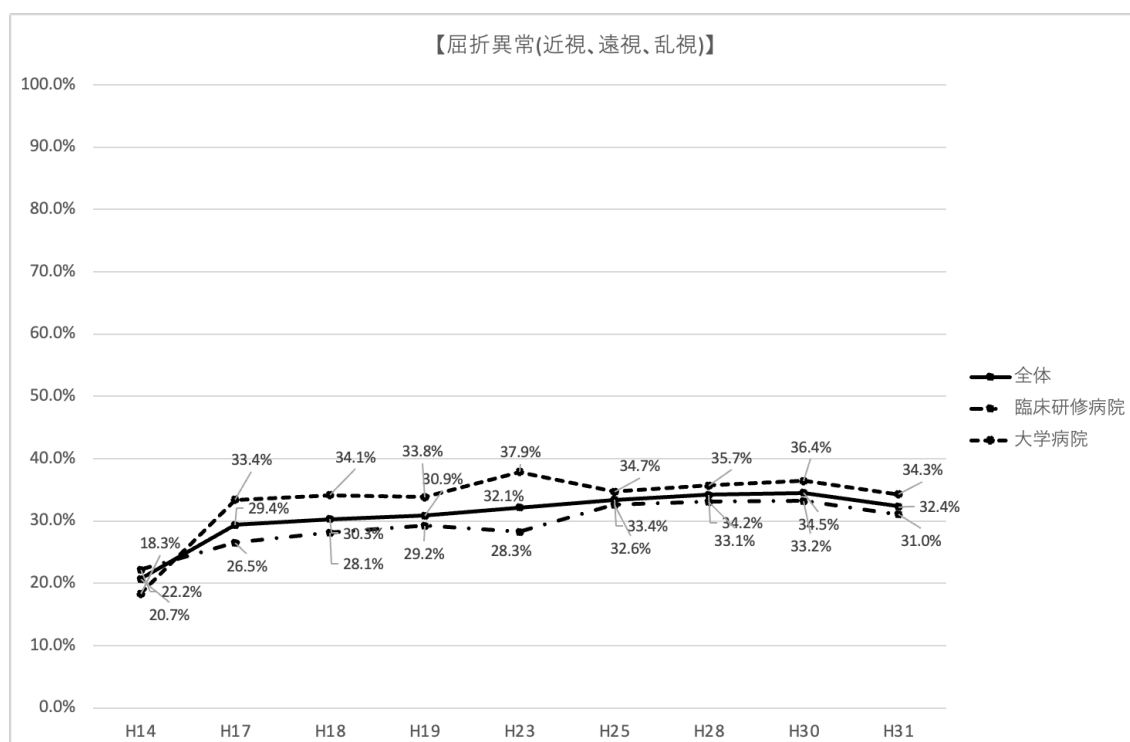
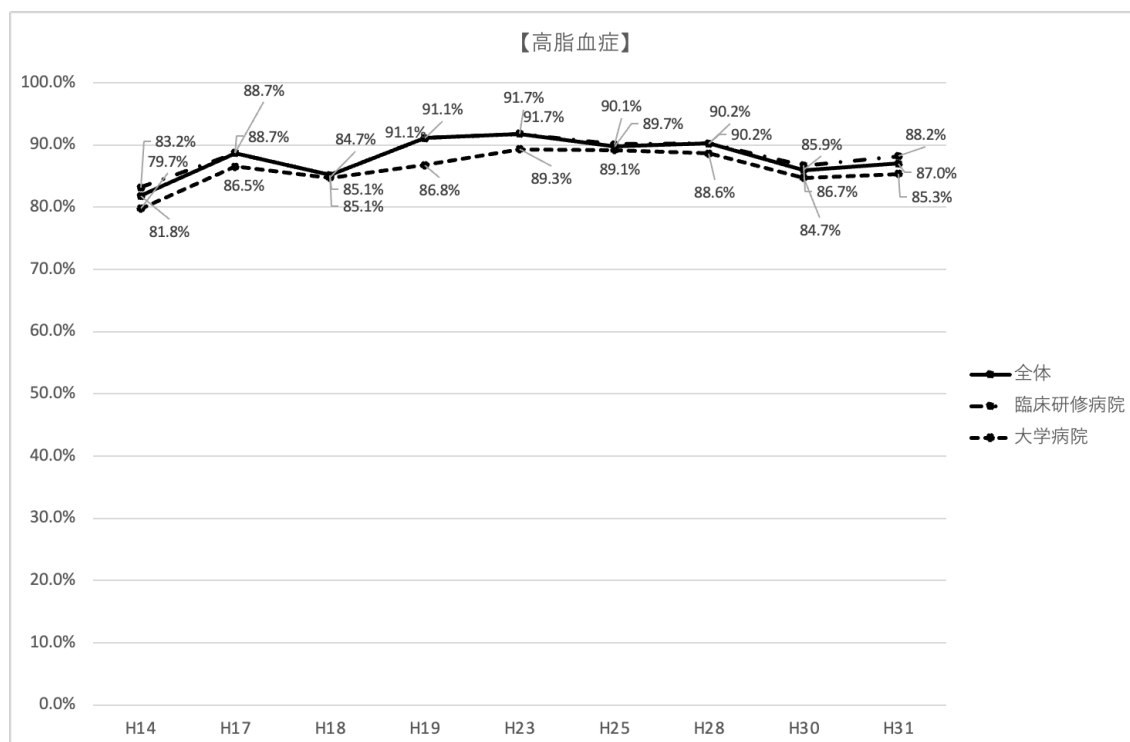


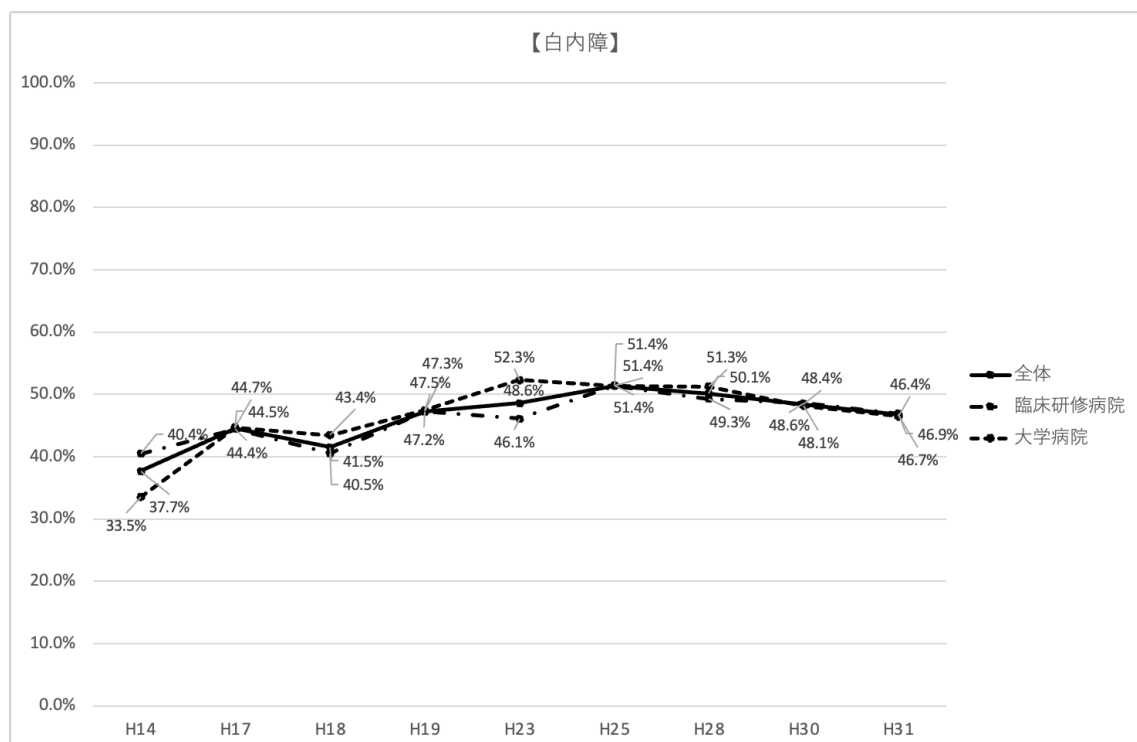
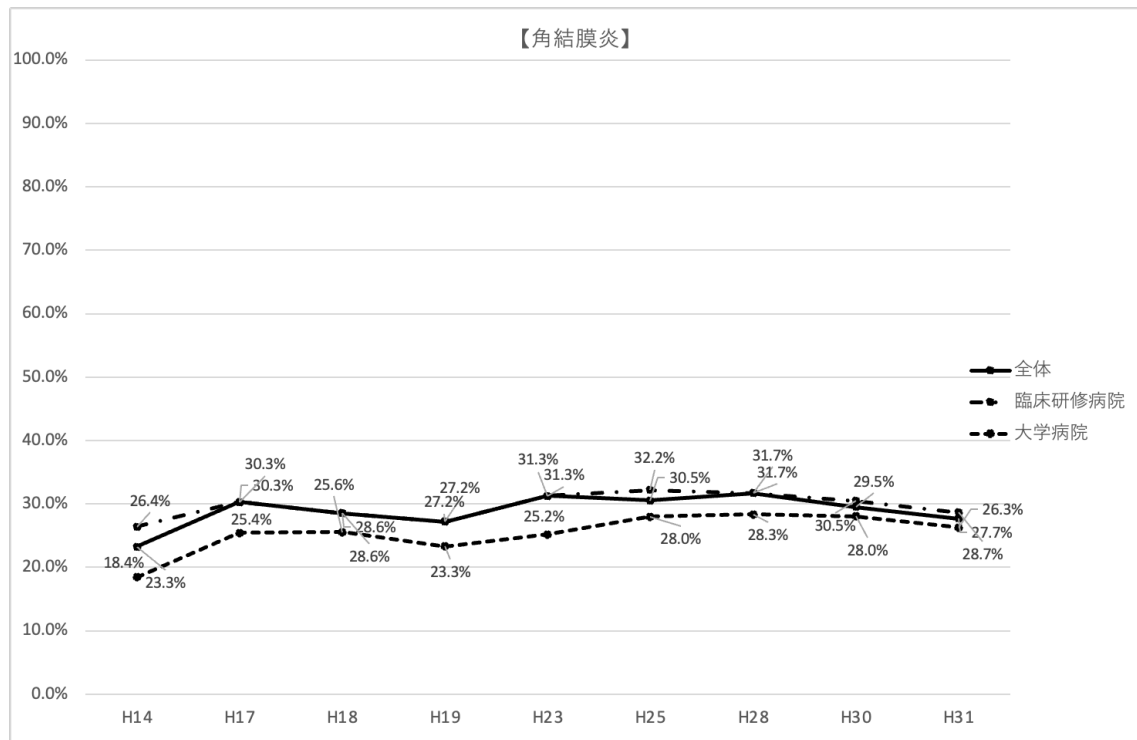


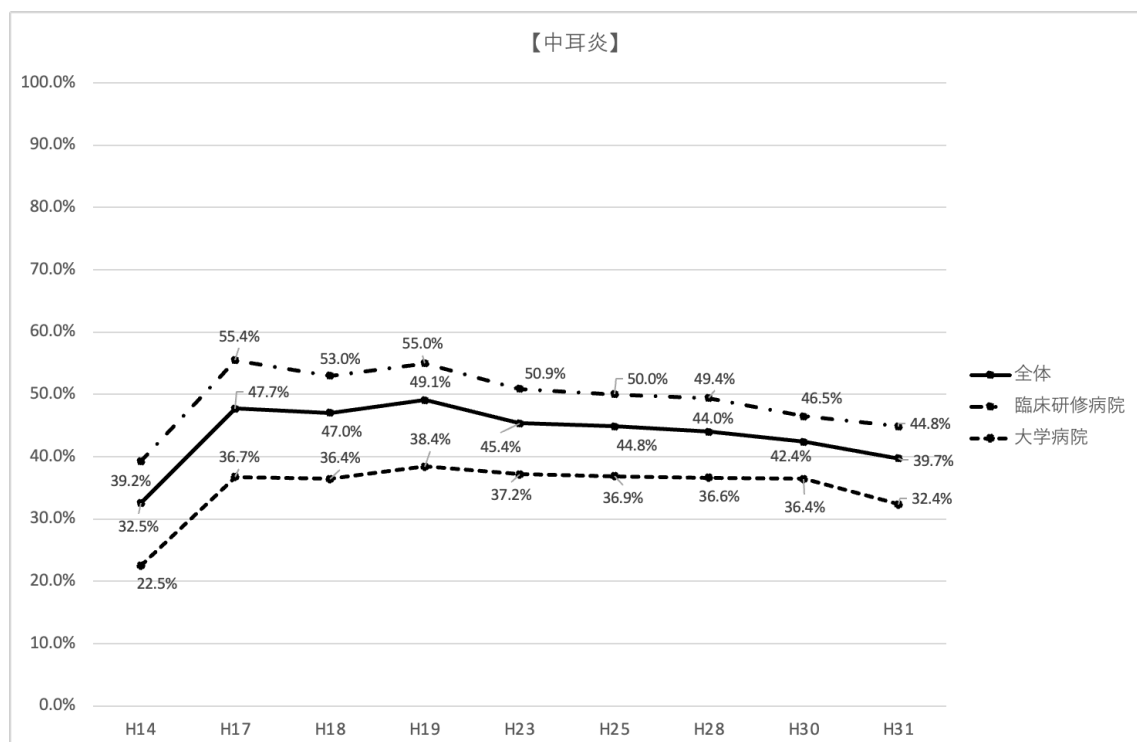
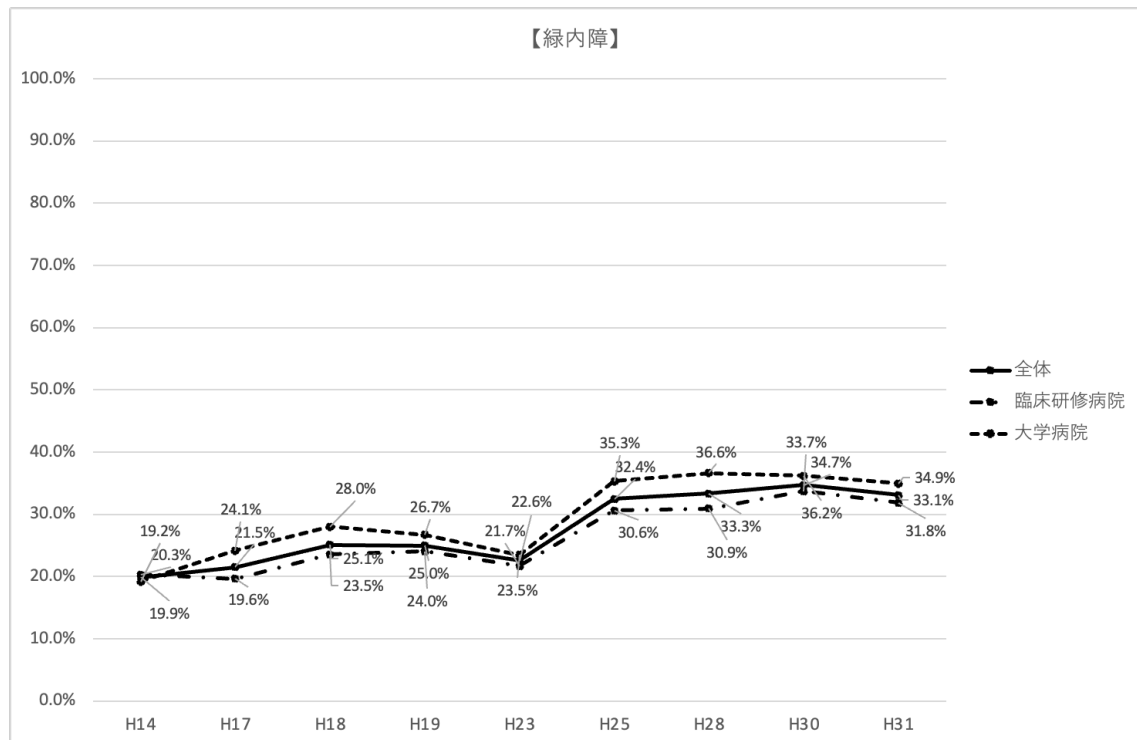


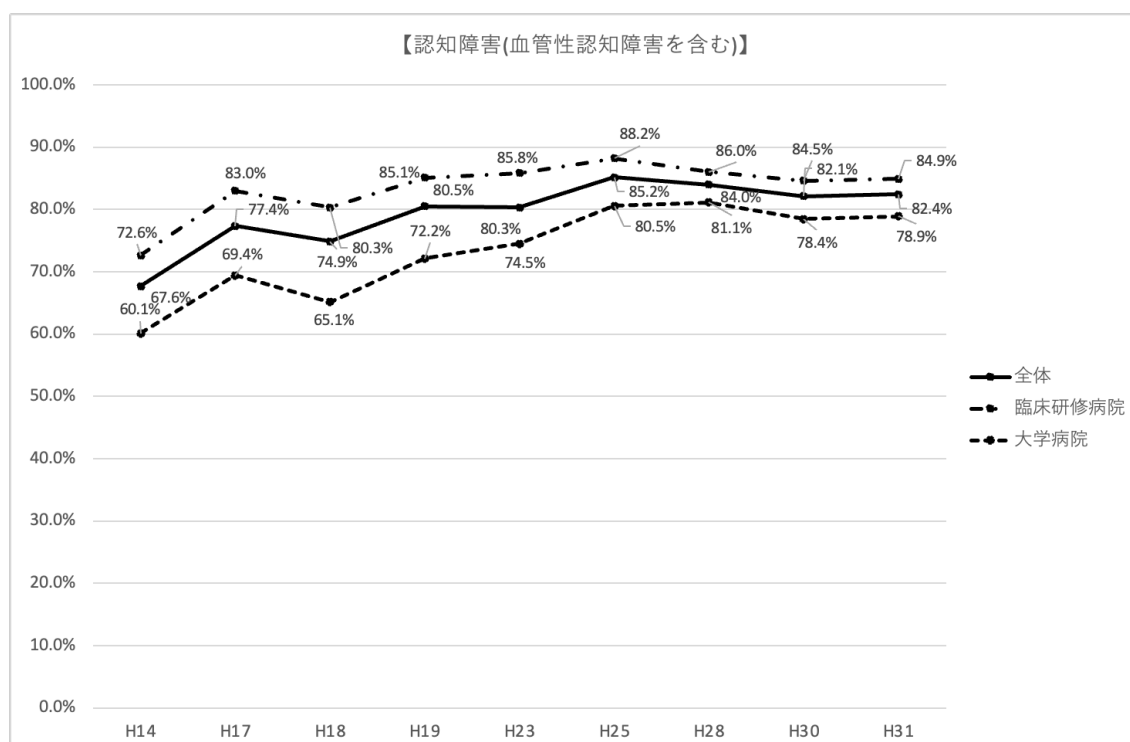
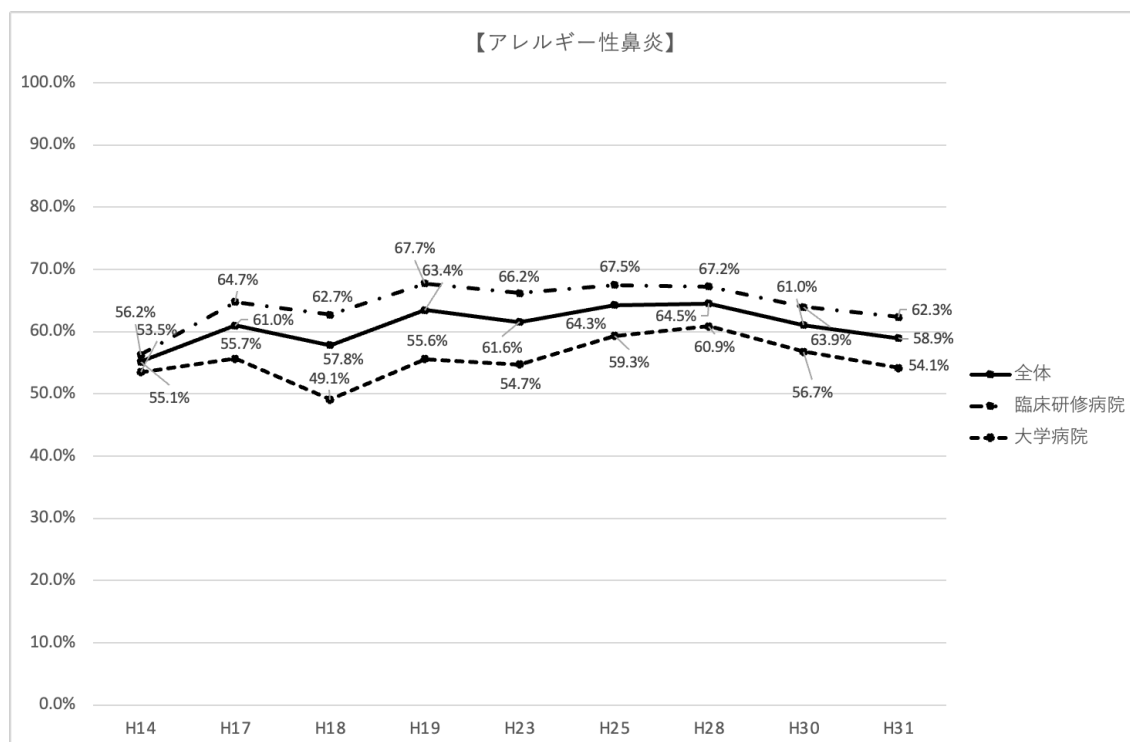


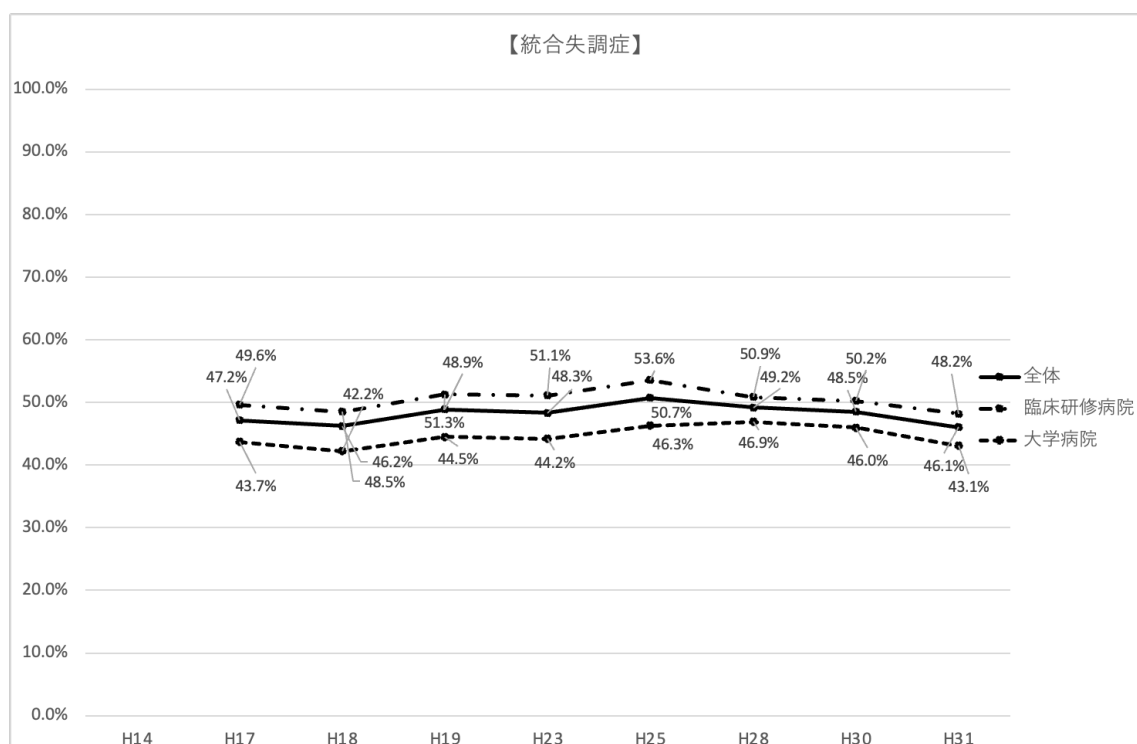
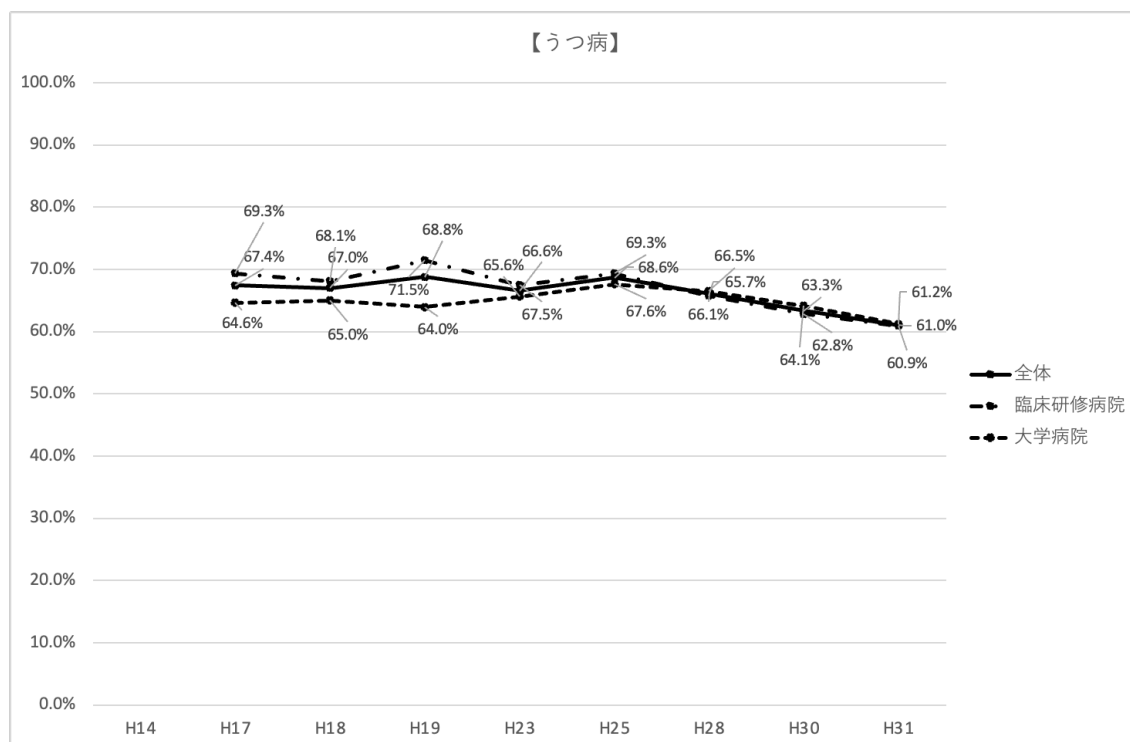


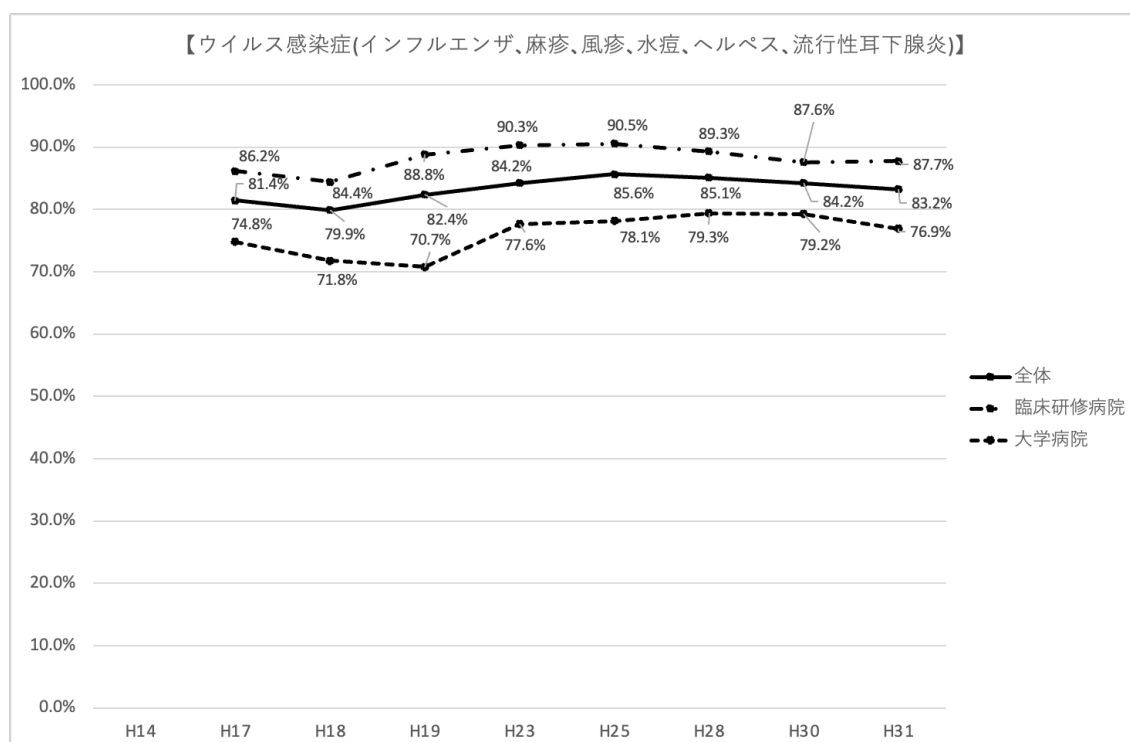
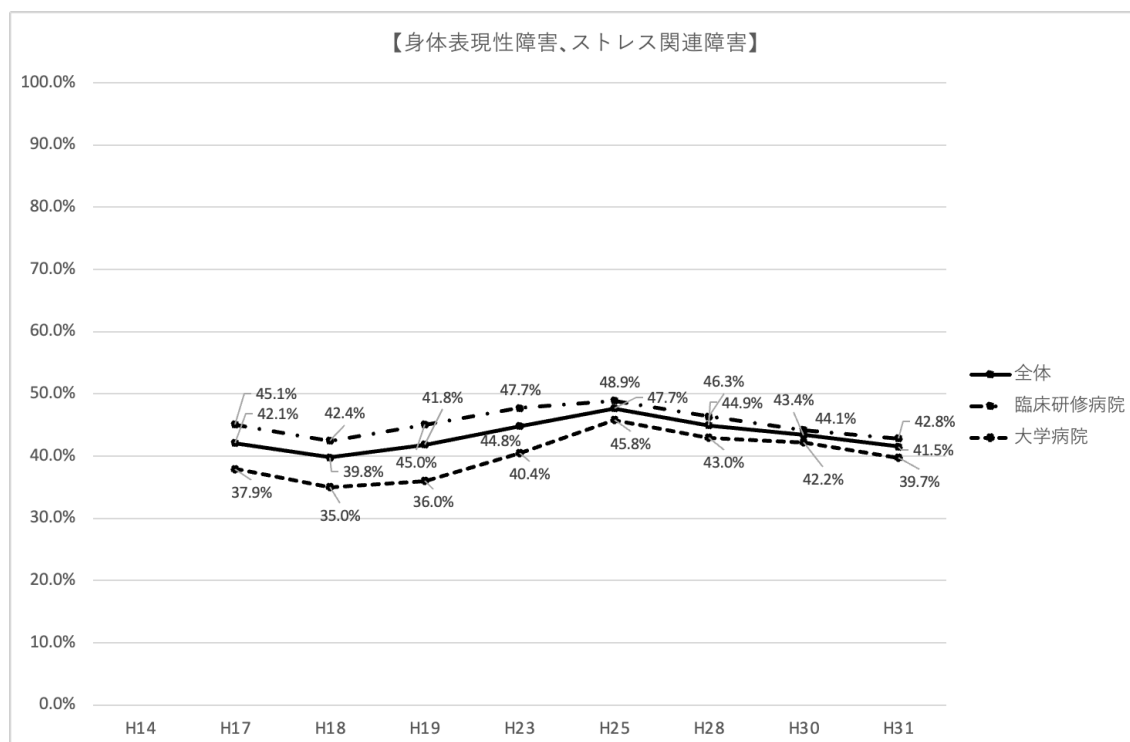


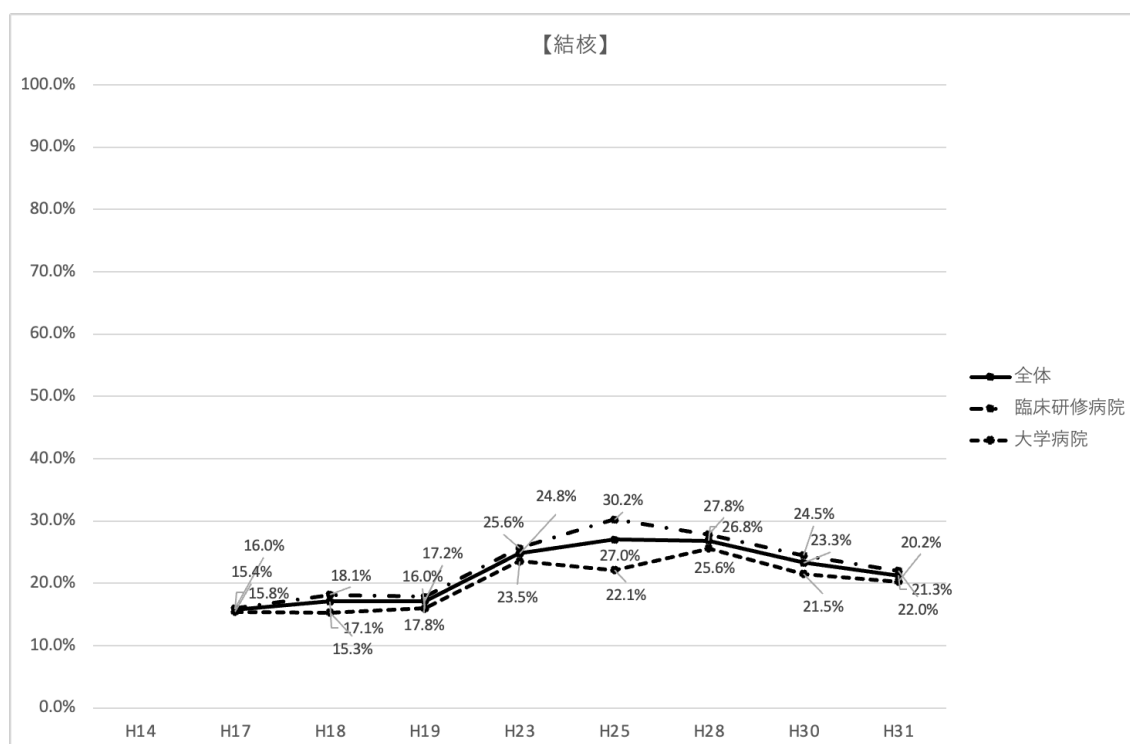
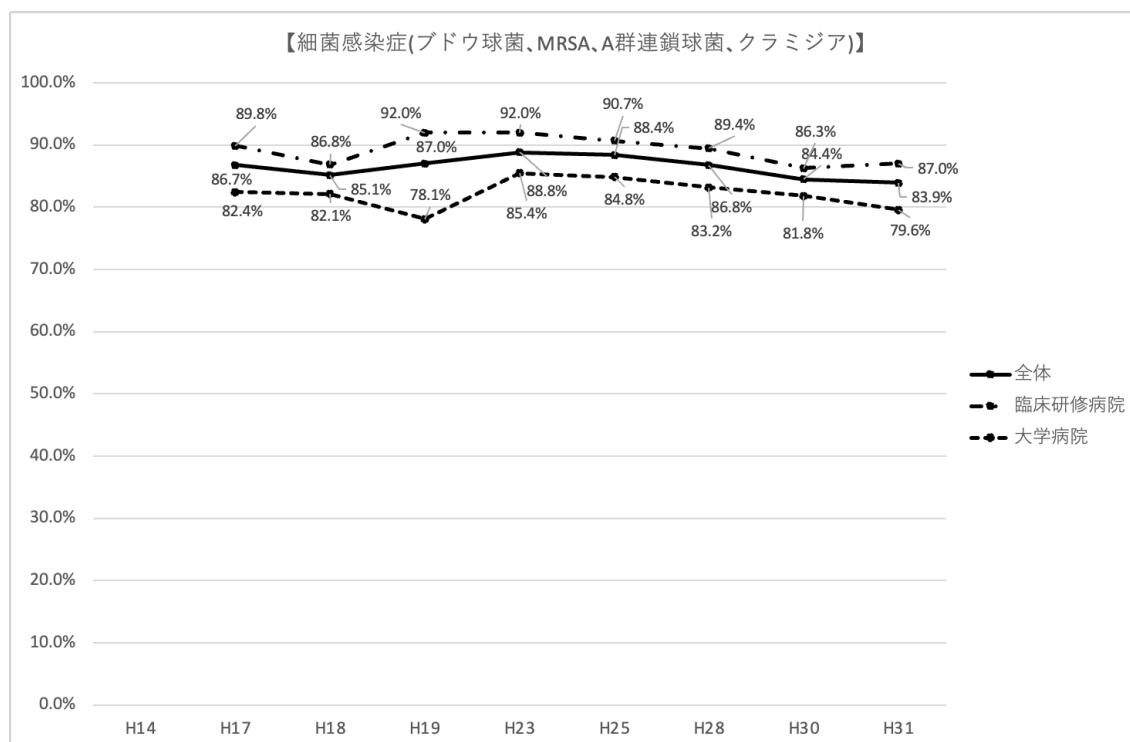


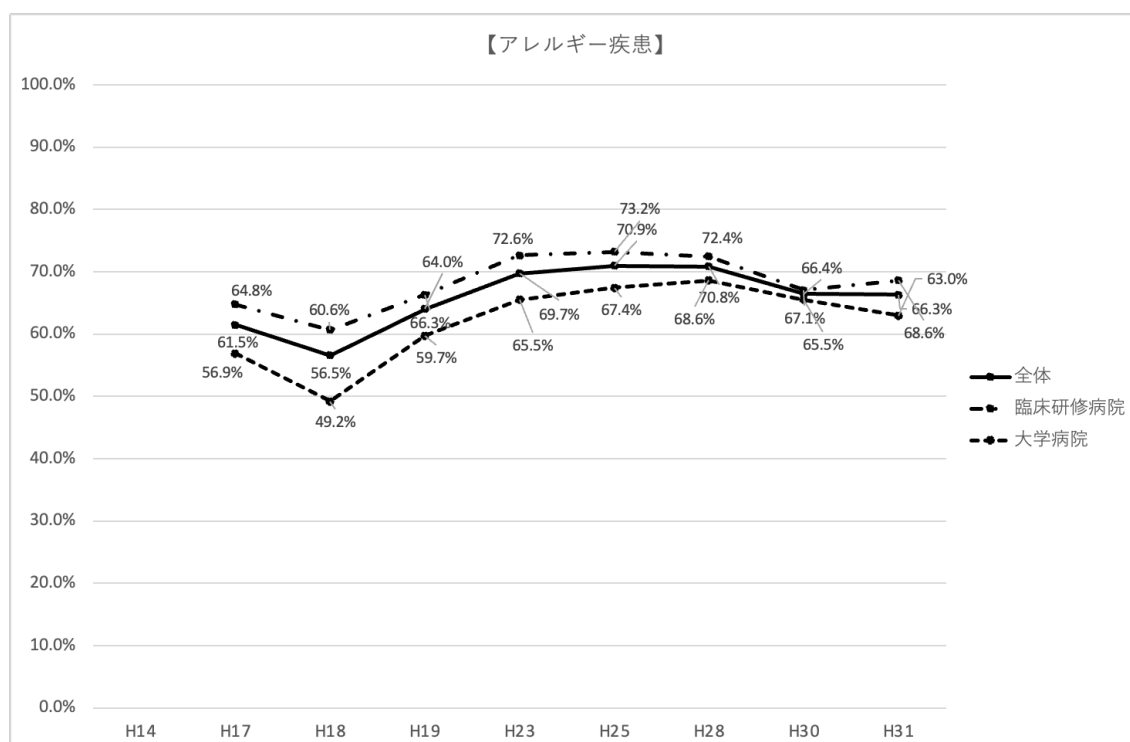
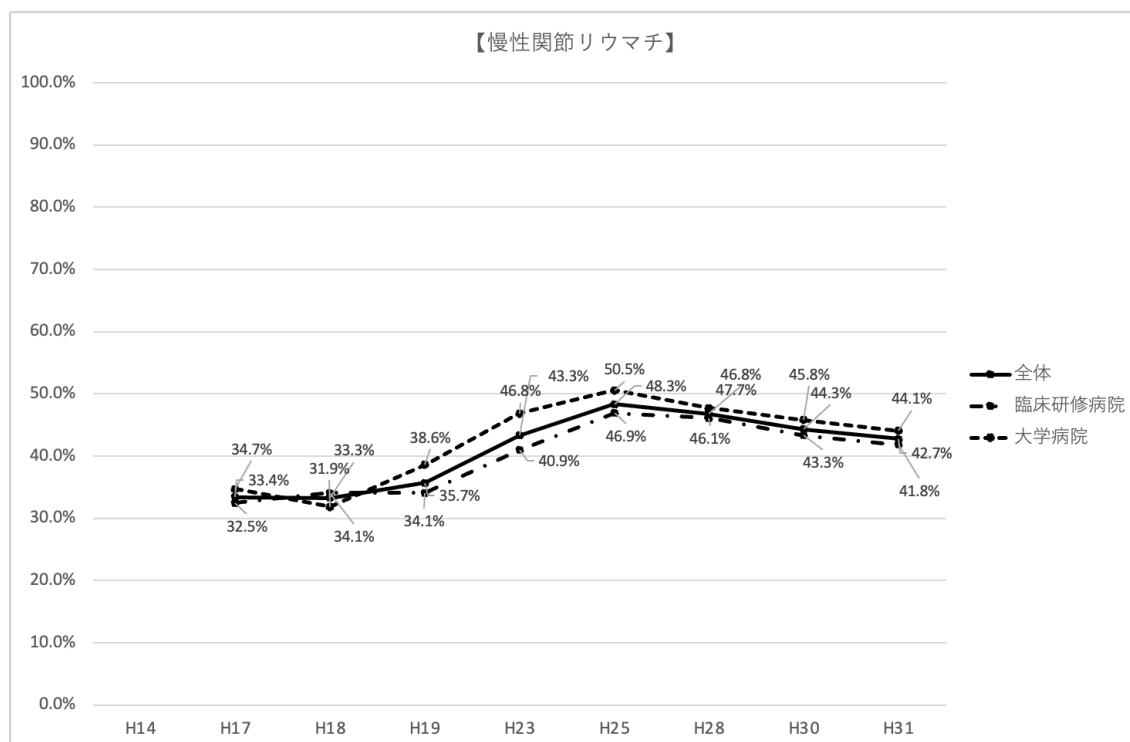


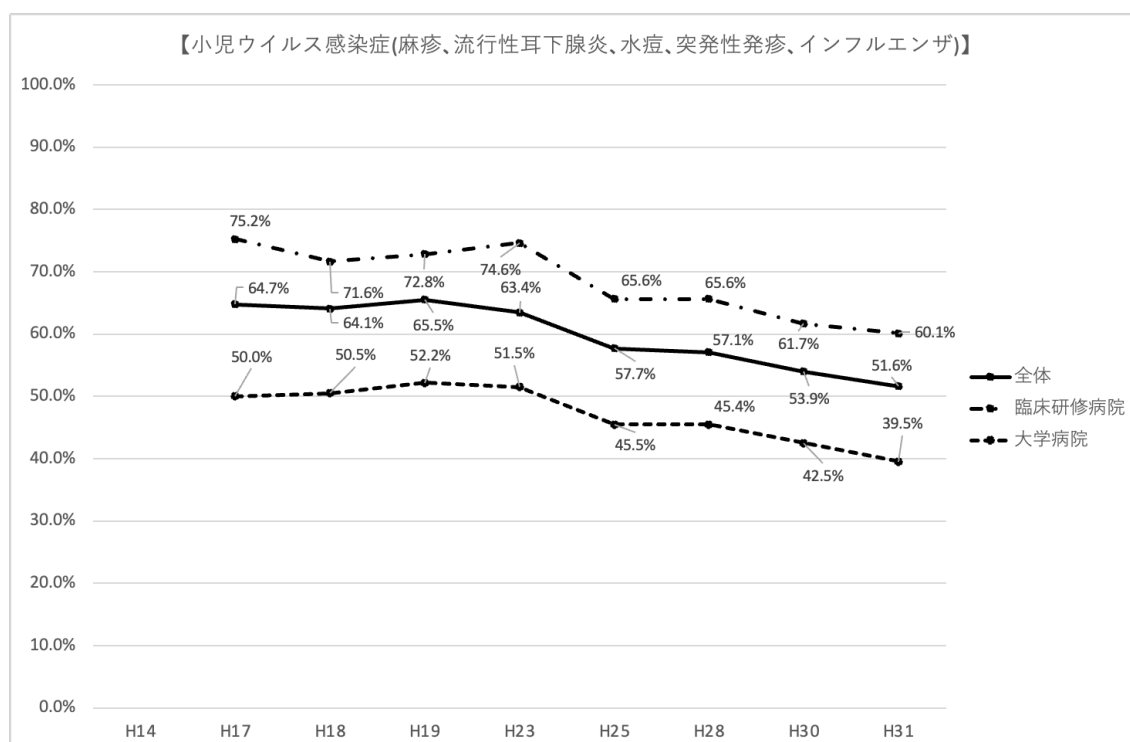
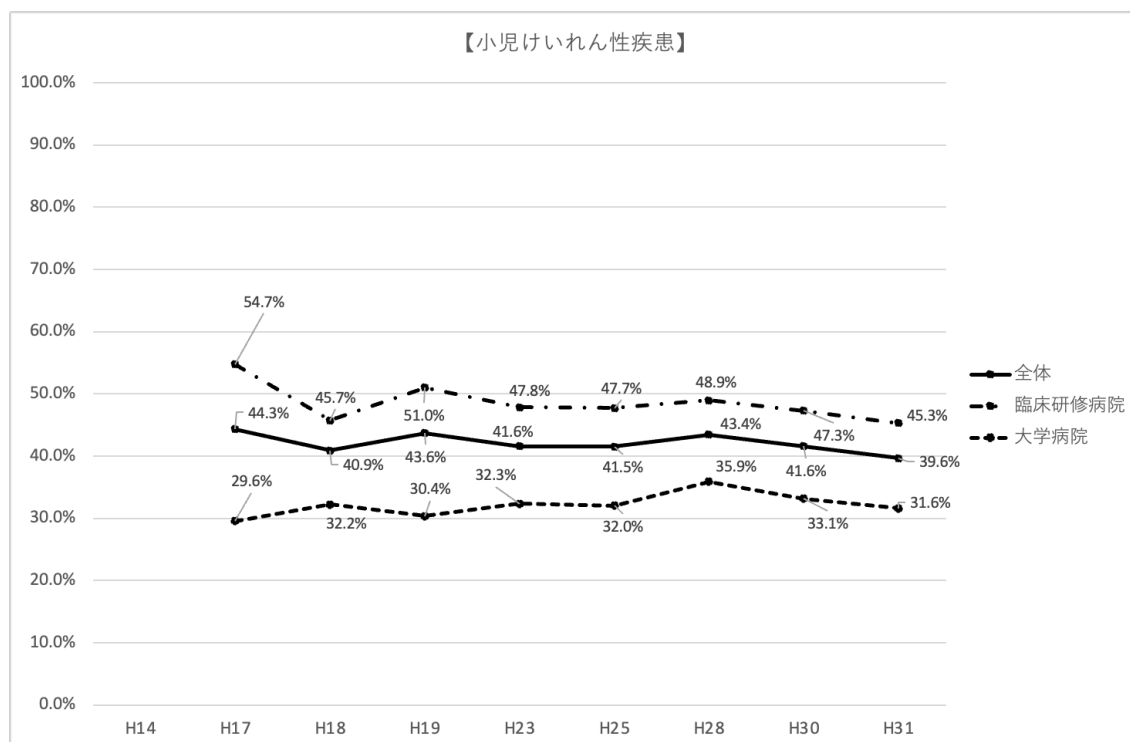


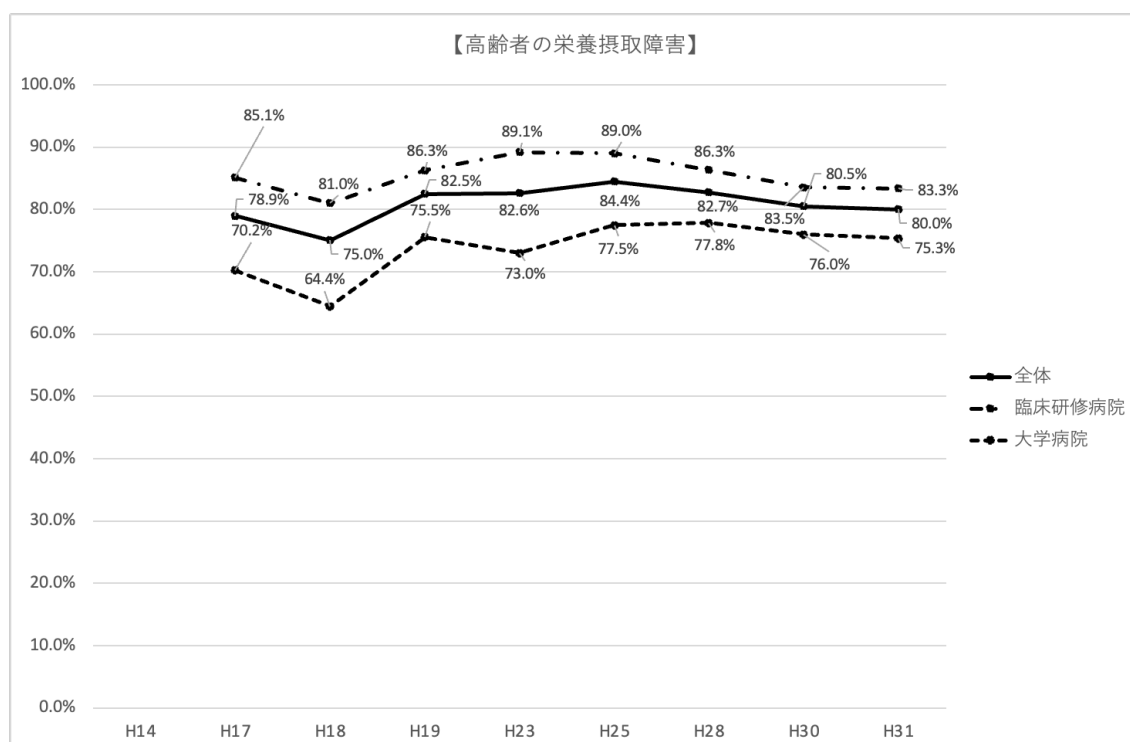
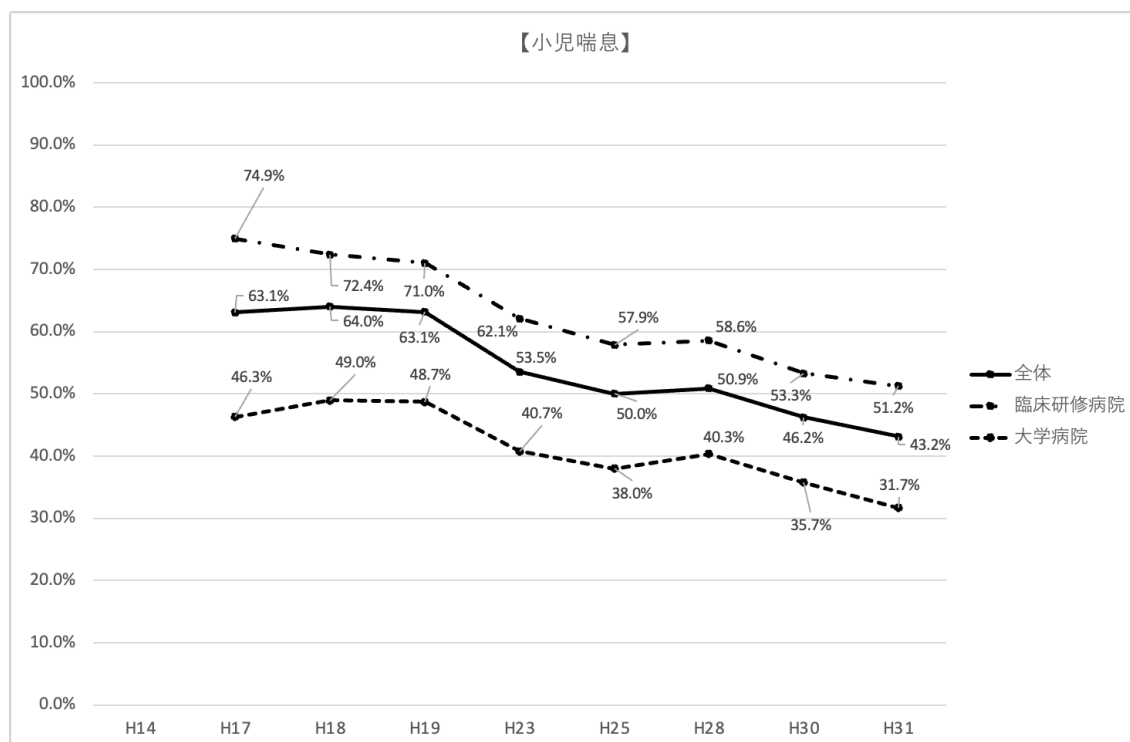


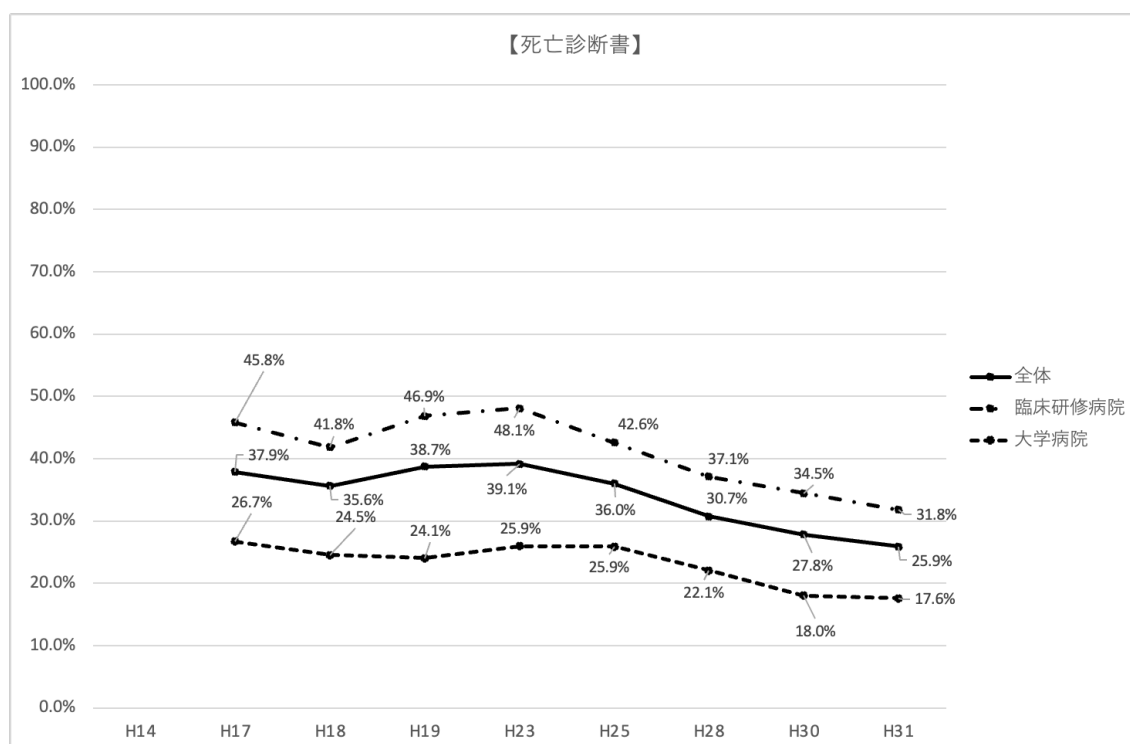
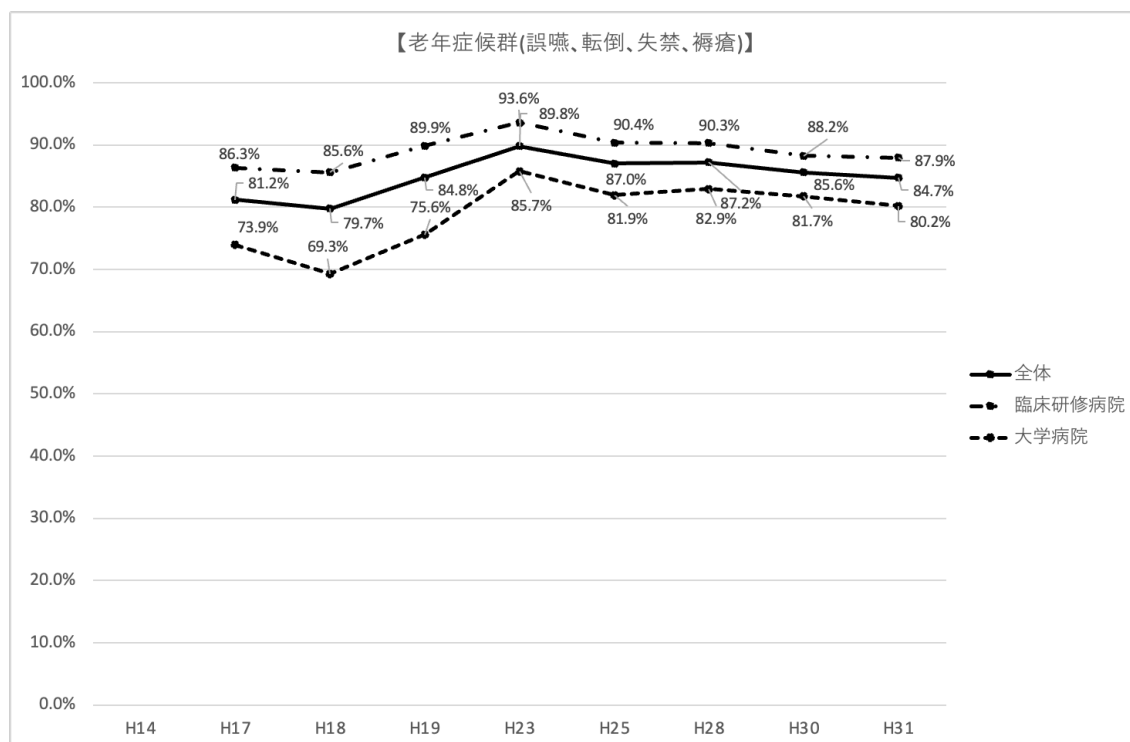


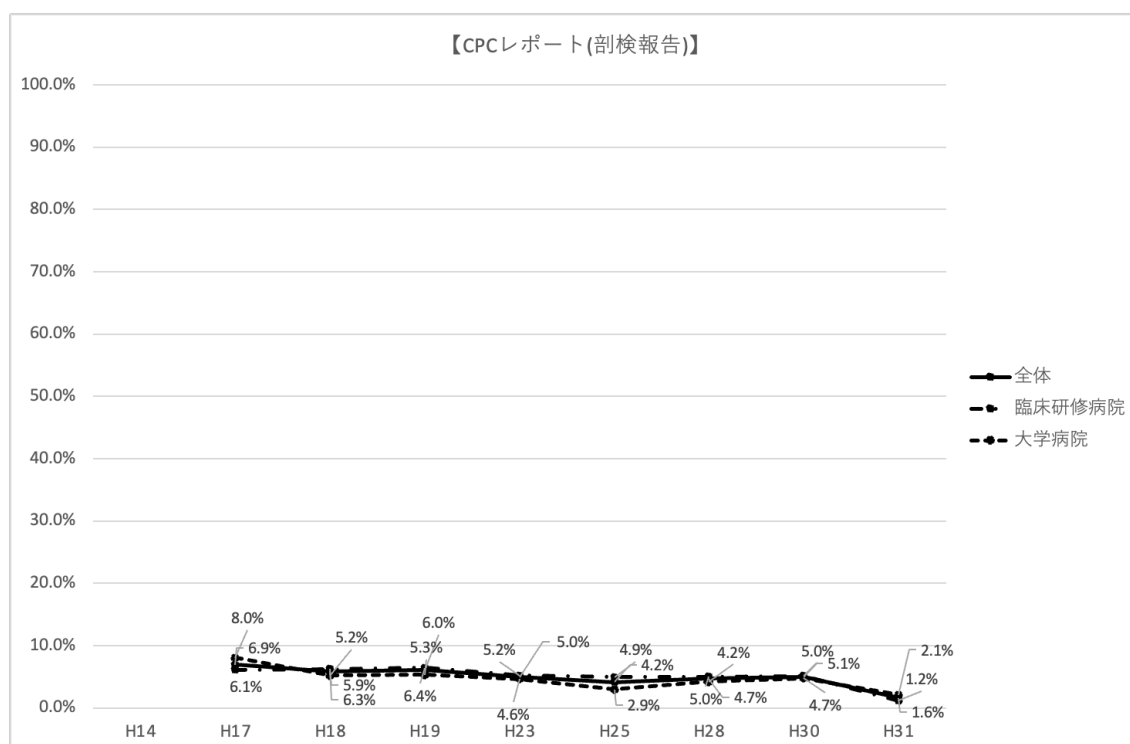
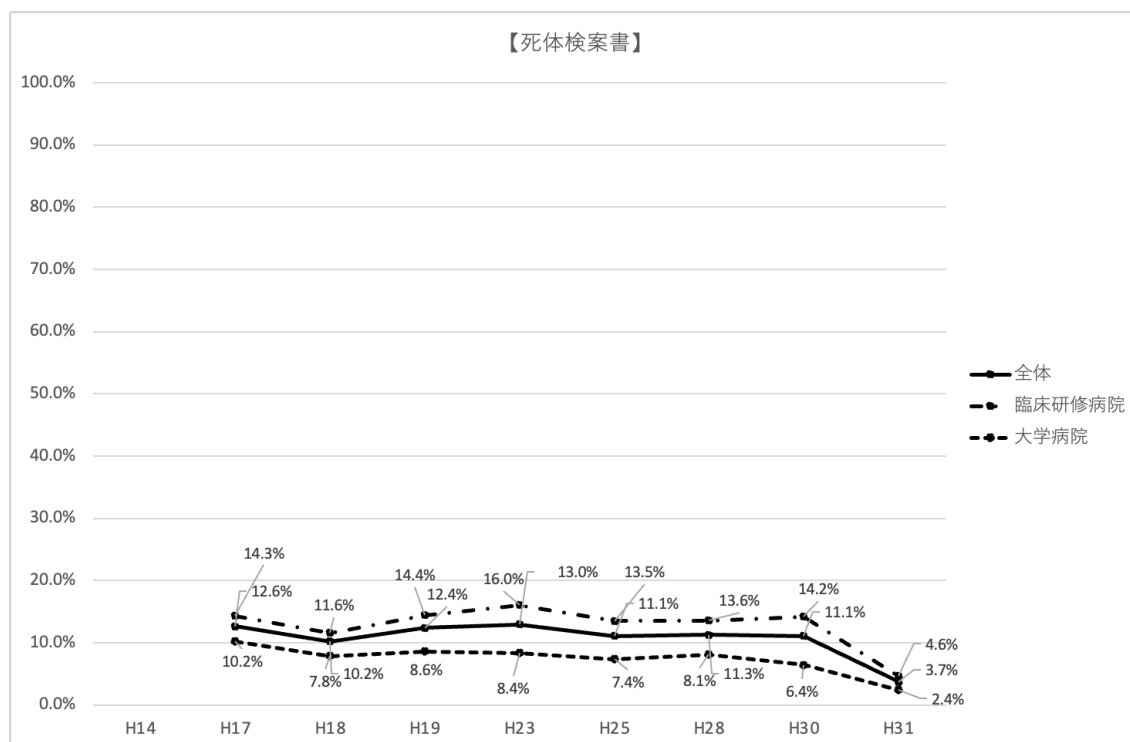












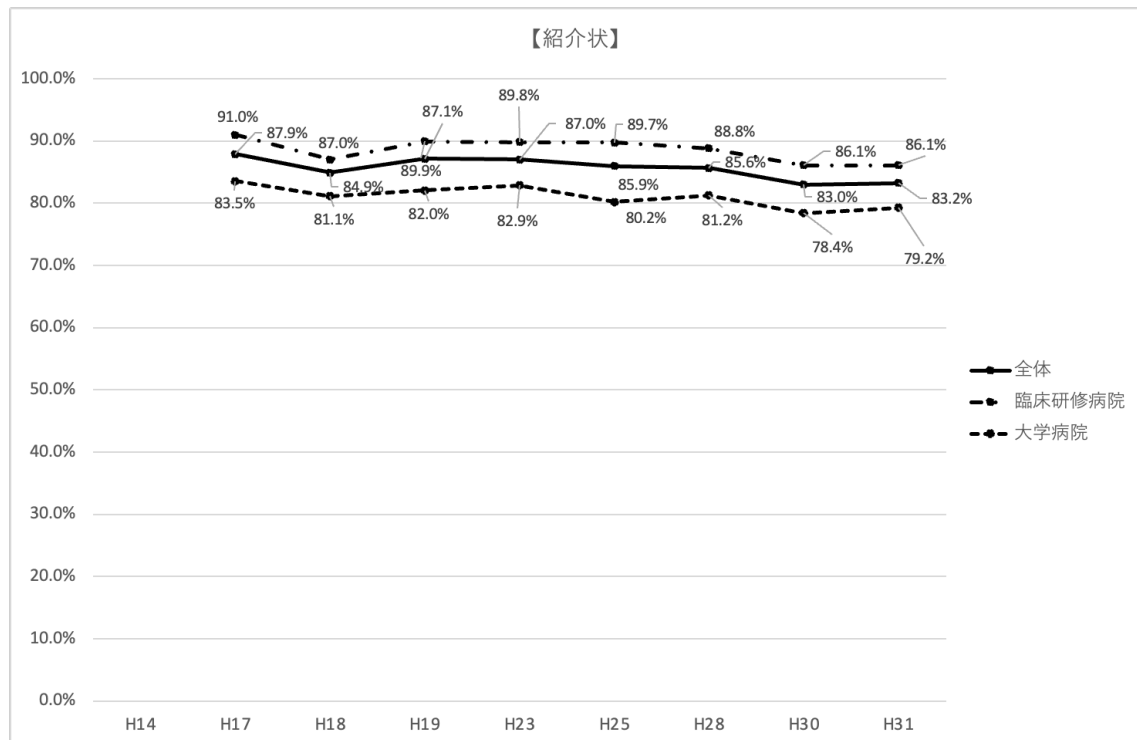
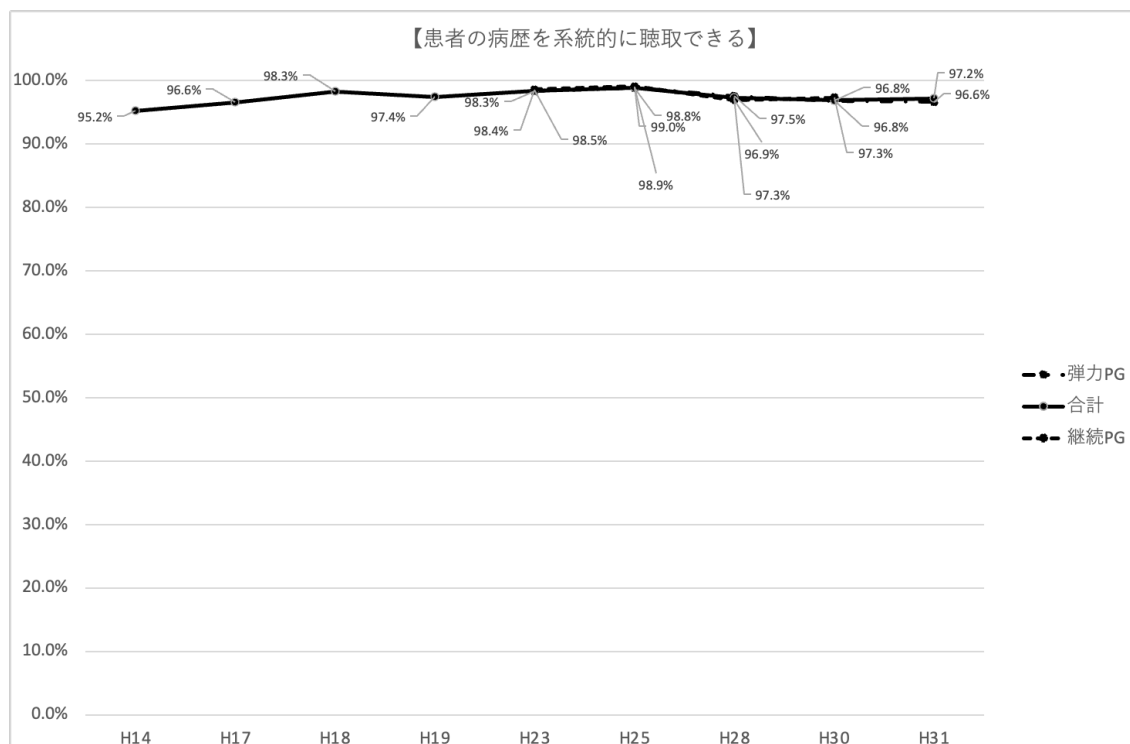
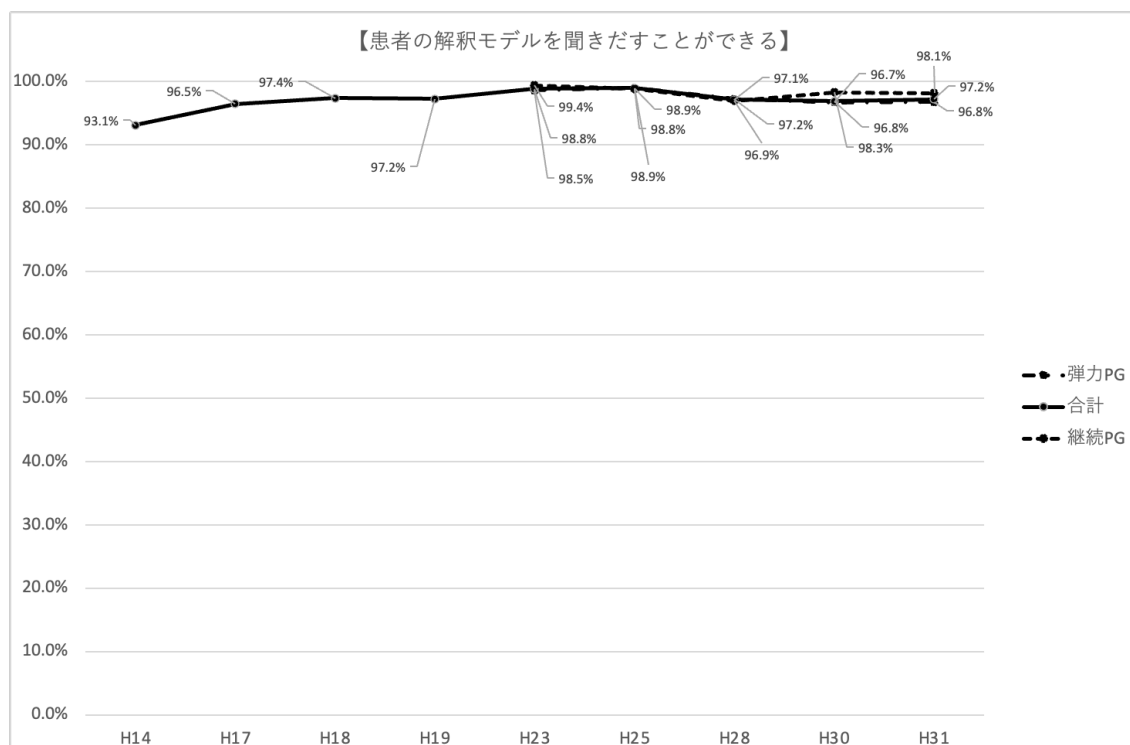
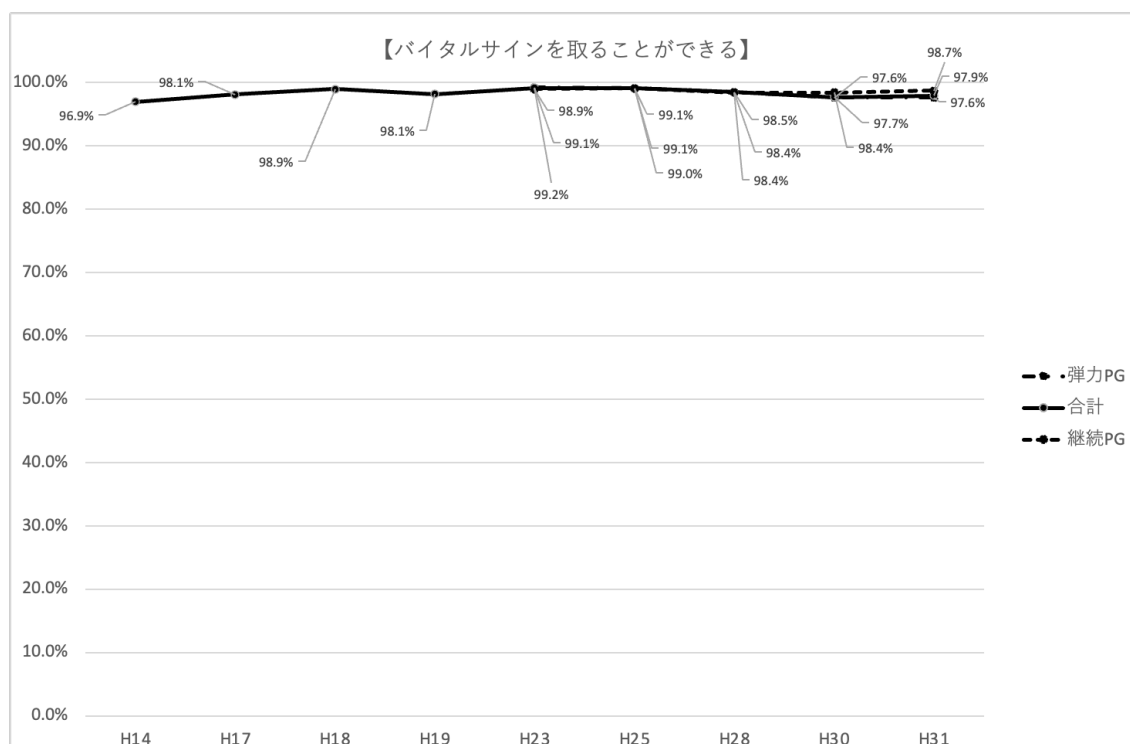
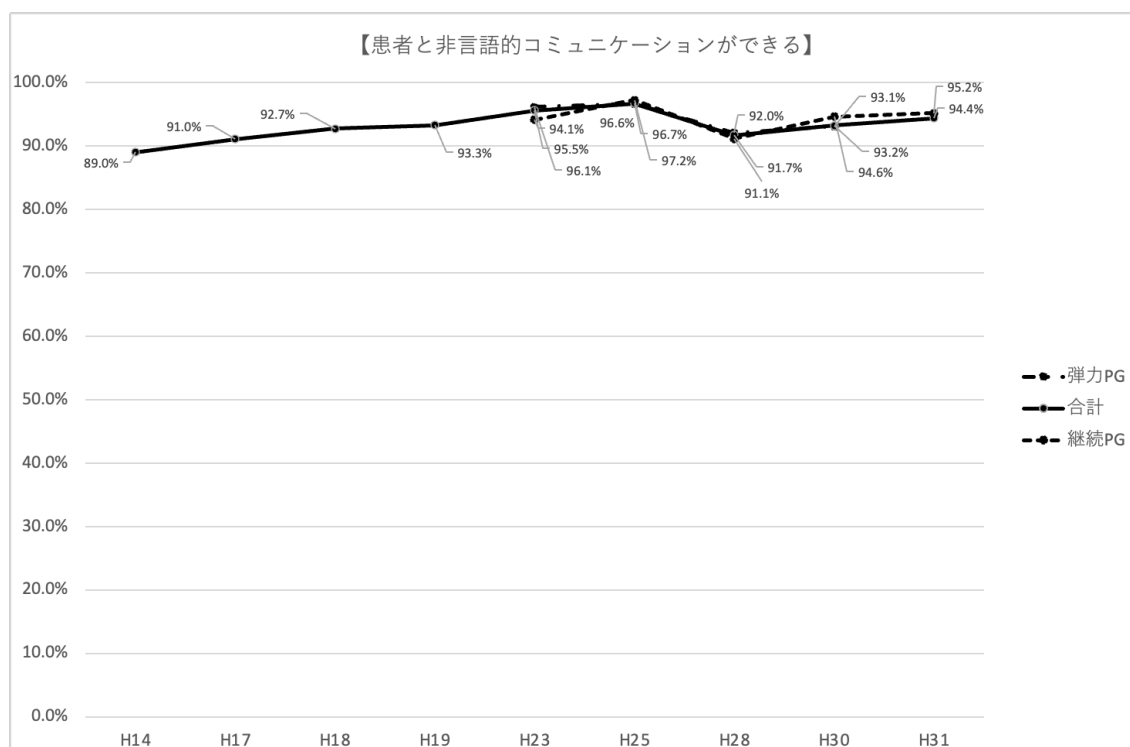
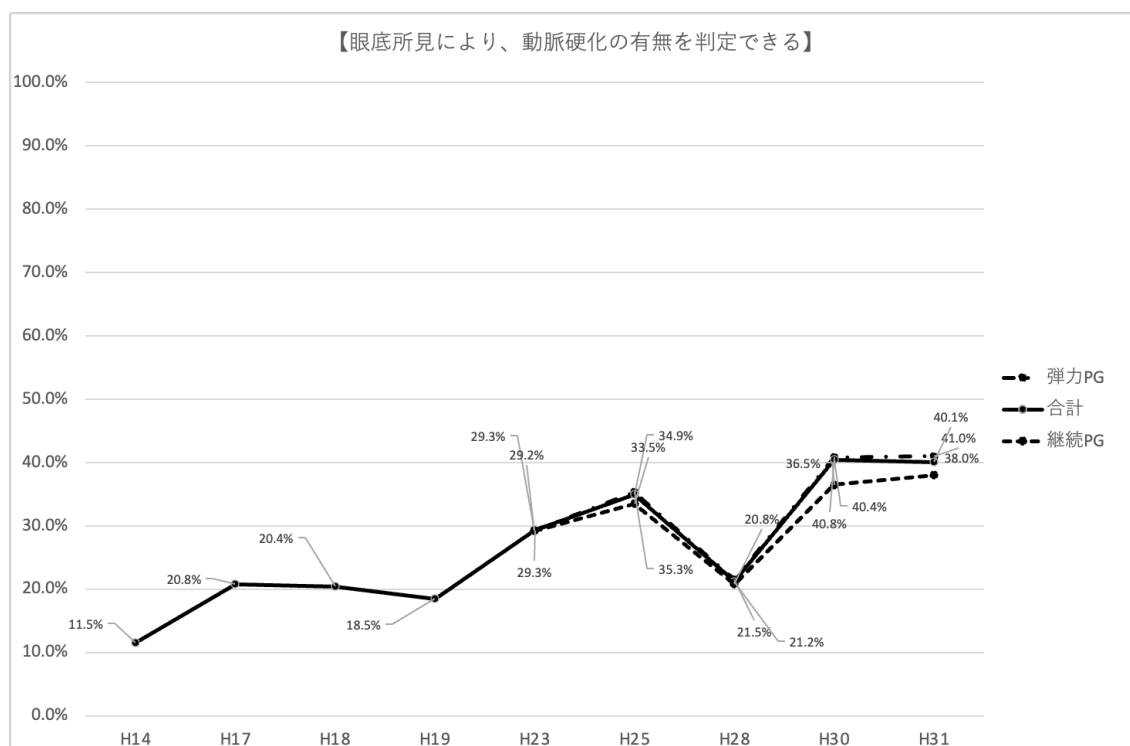
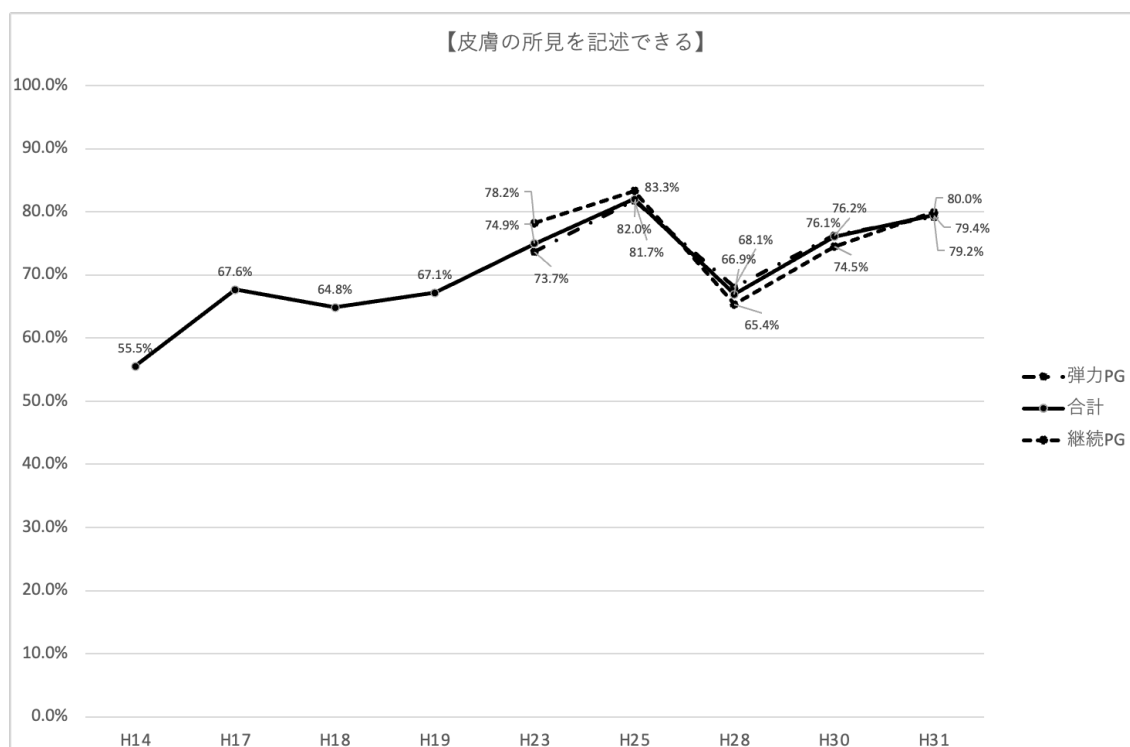
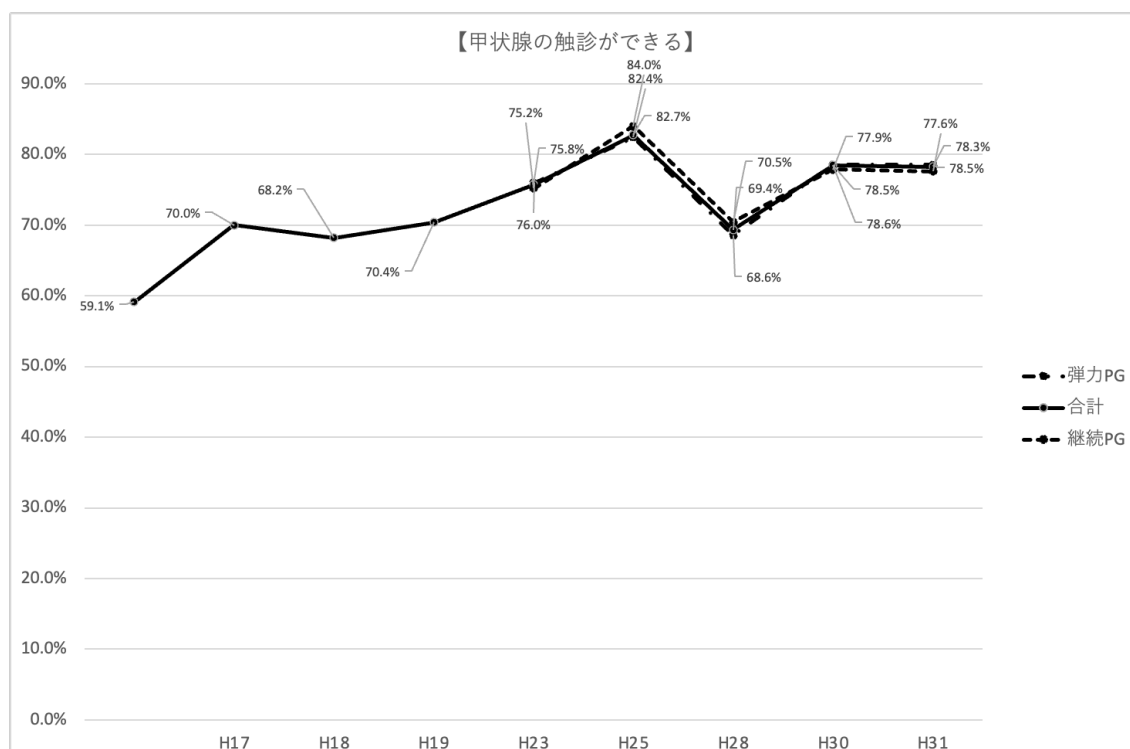
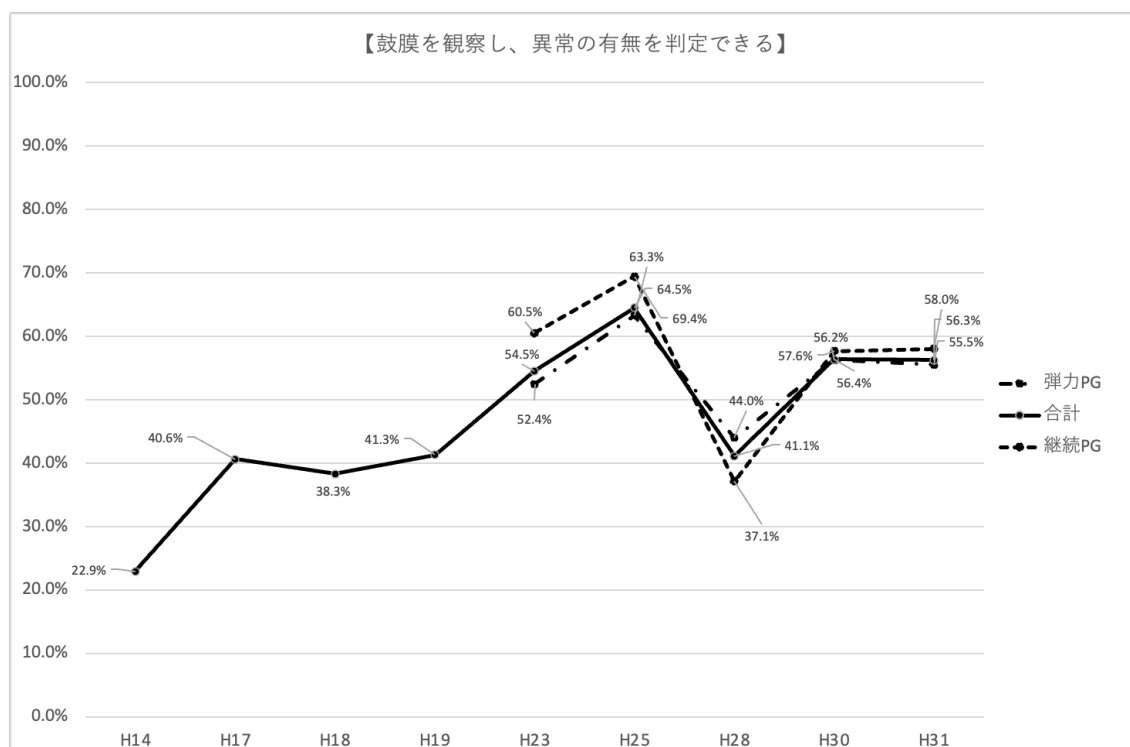


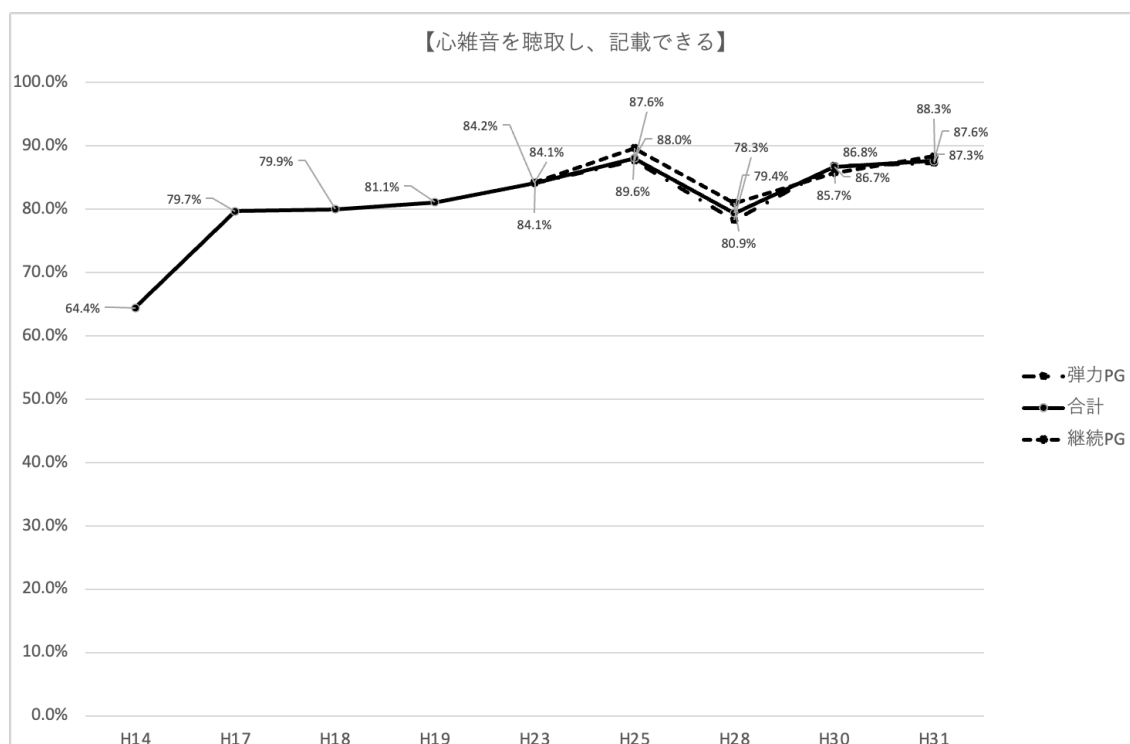
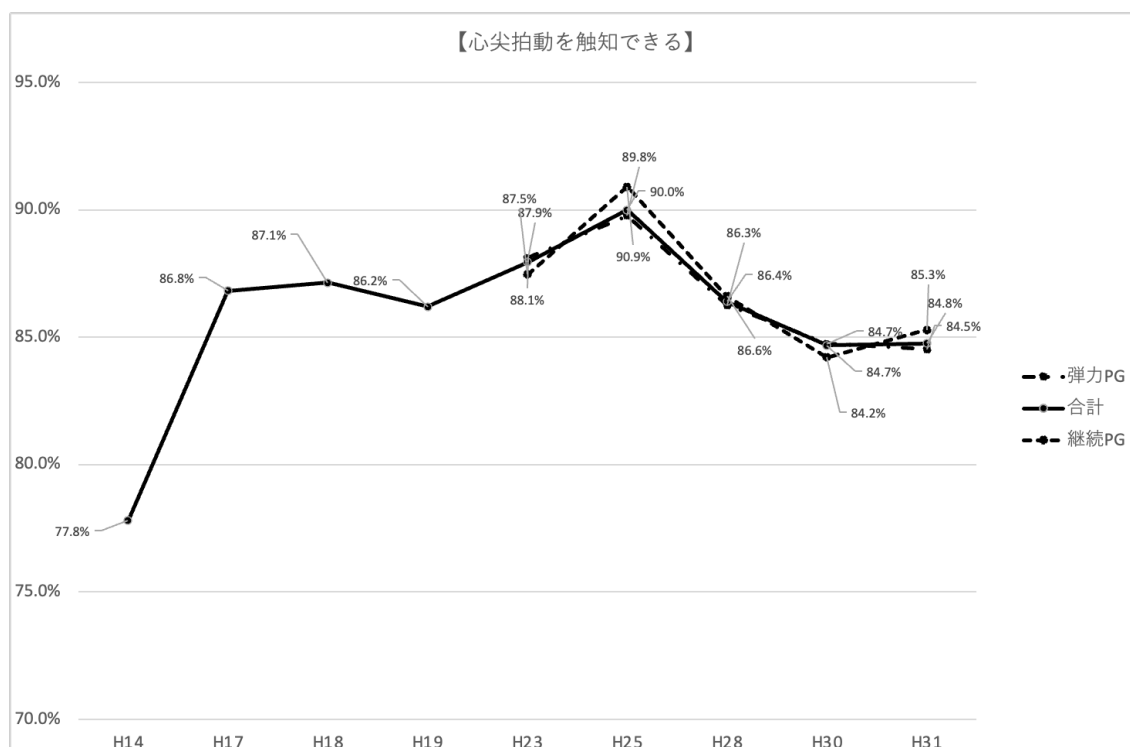
図3. 基本的臨床能力習得（継続プログラムと弾力プログラム比較）

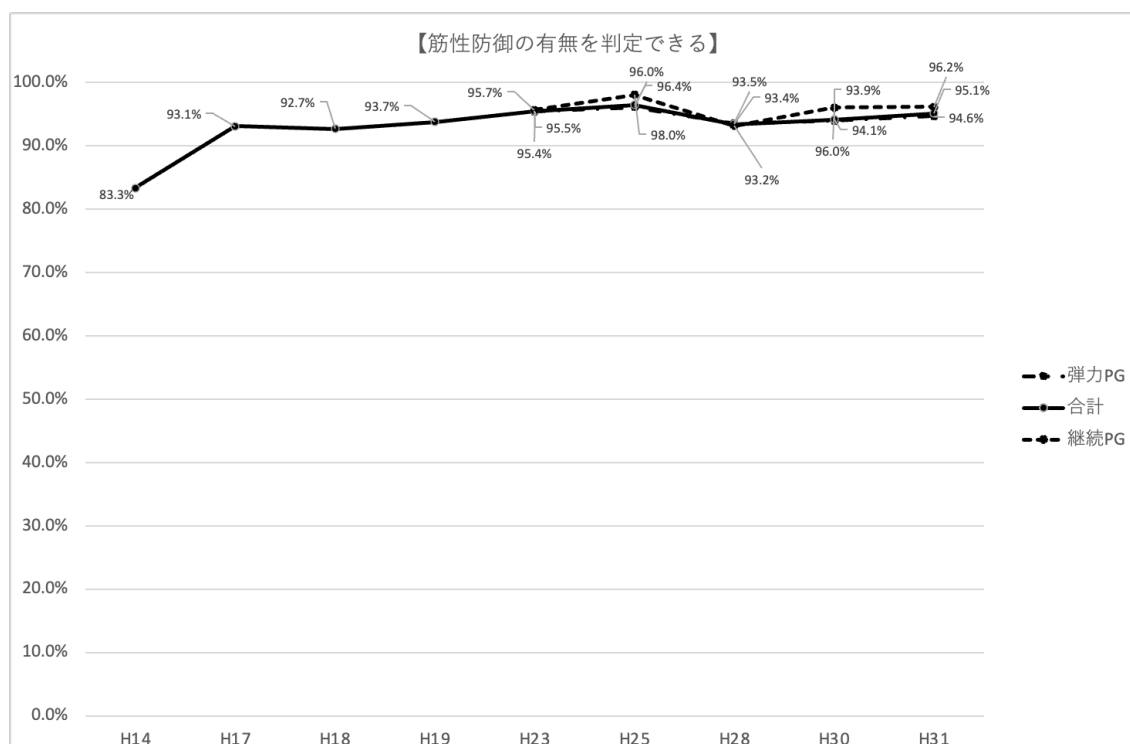
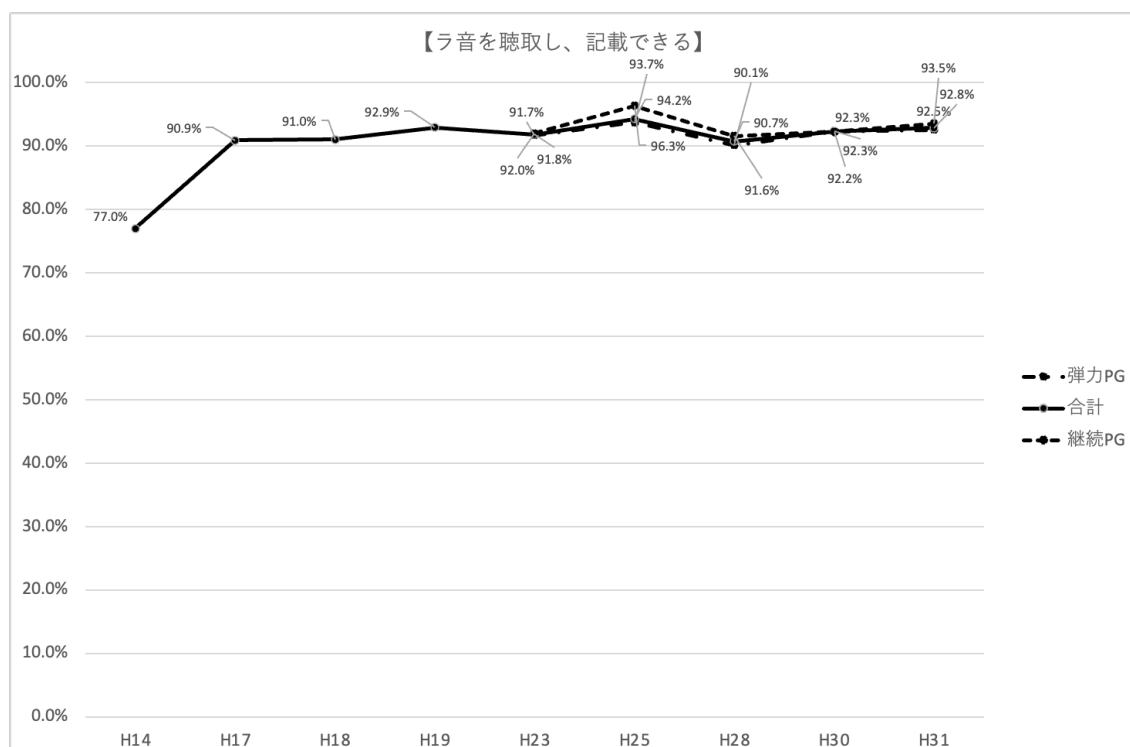


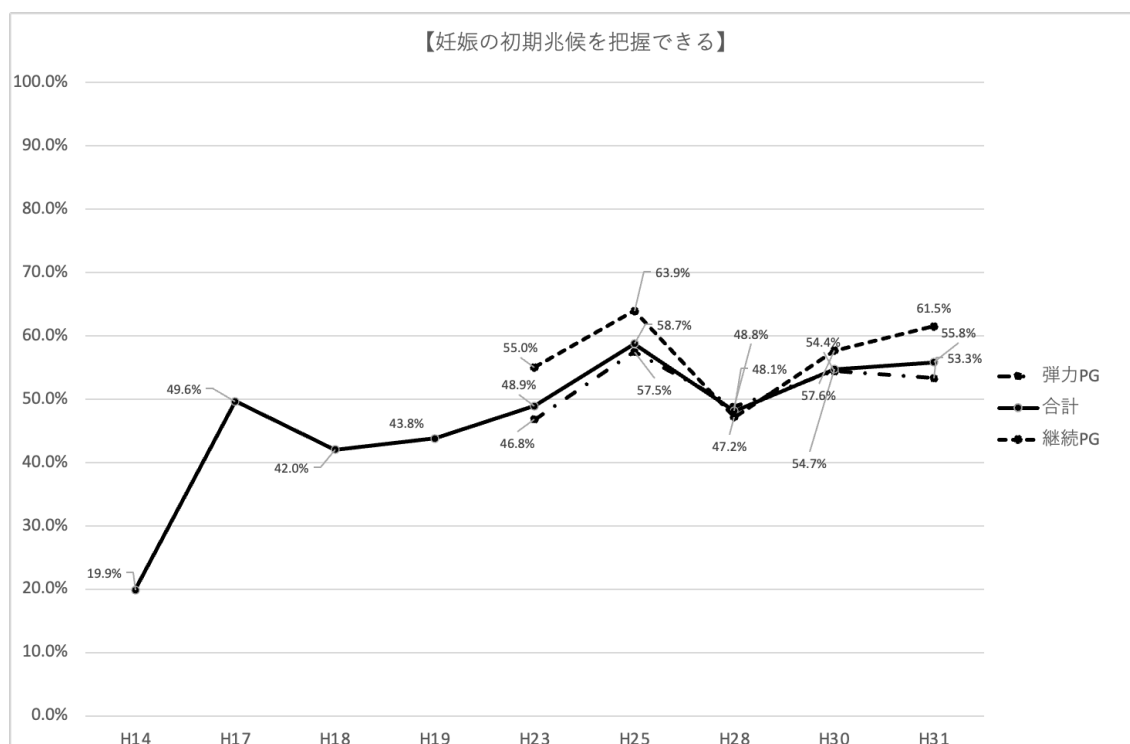
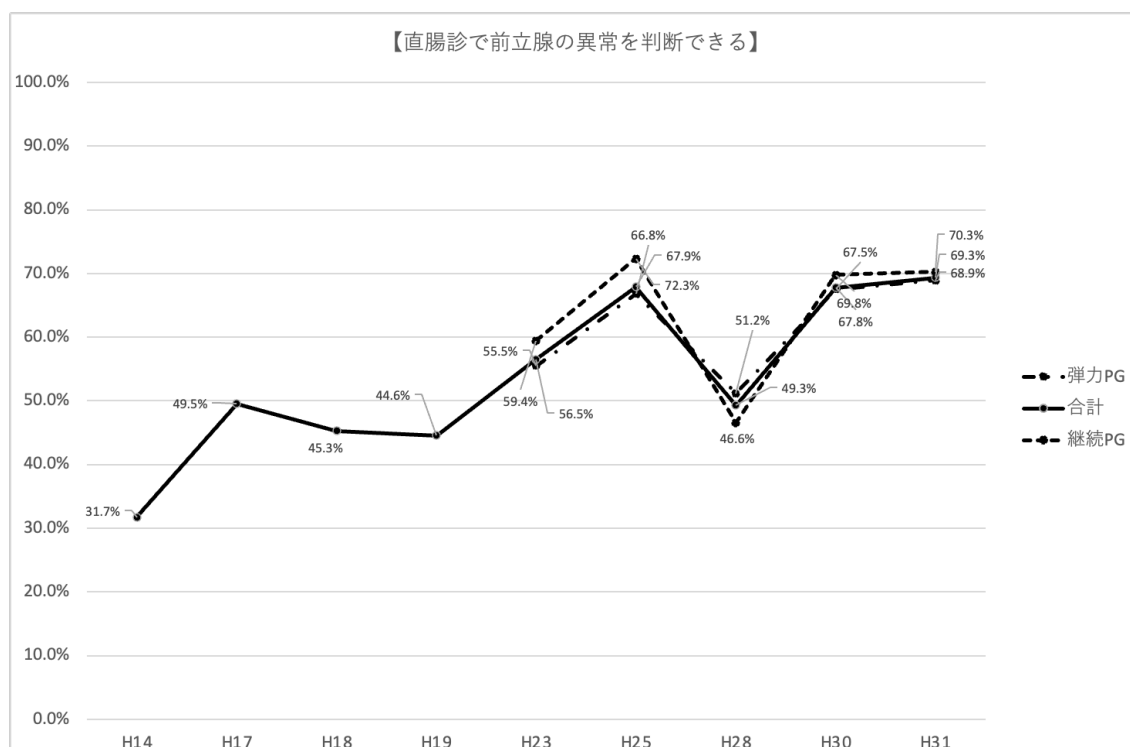


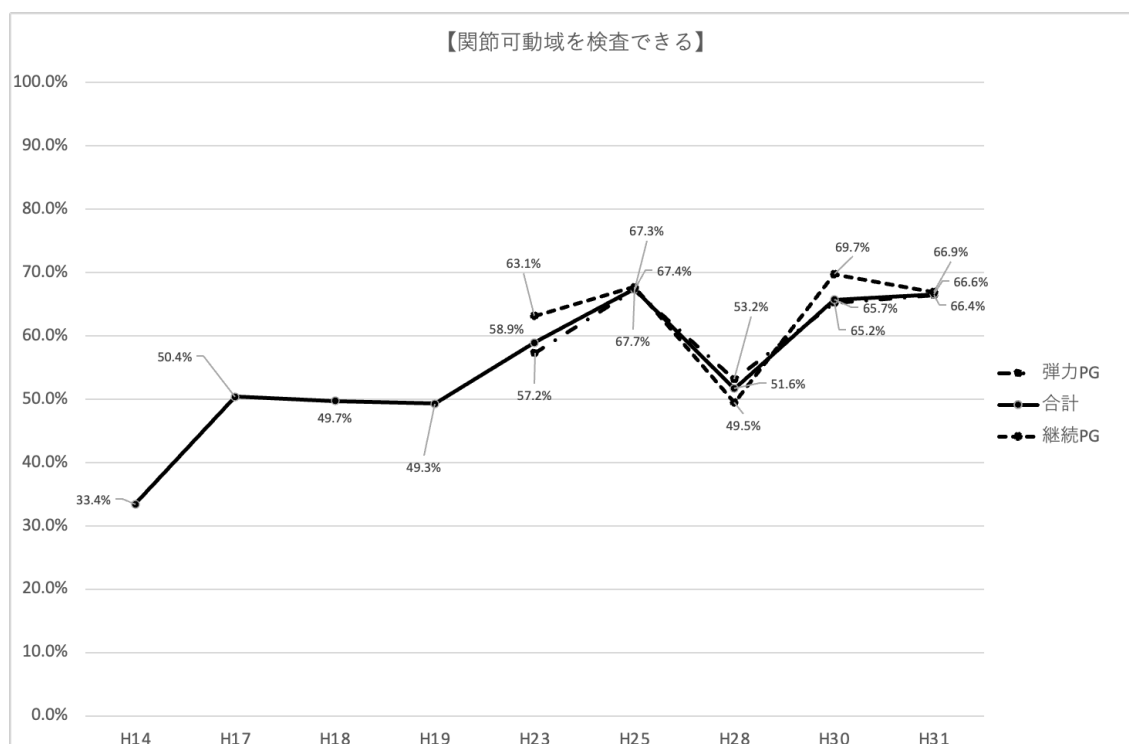
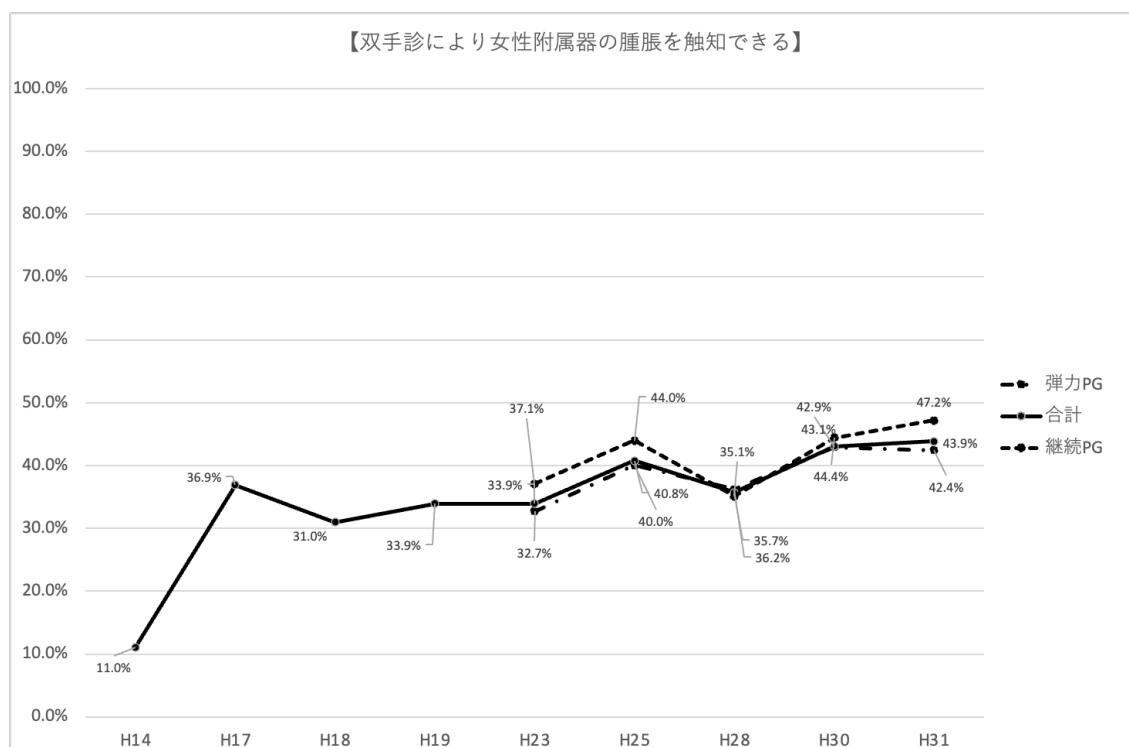


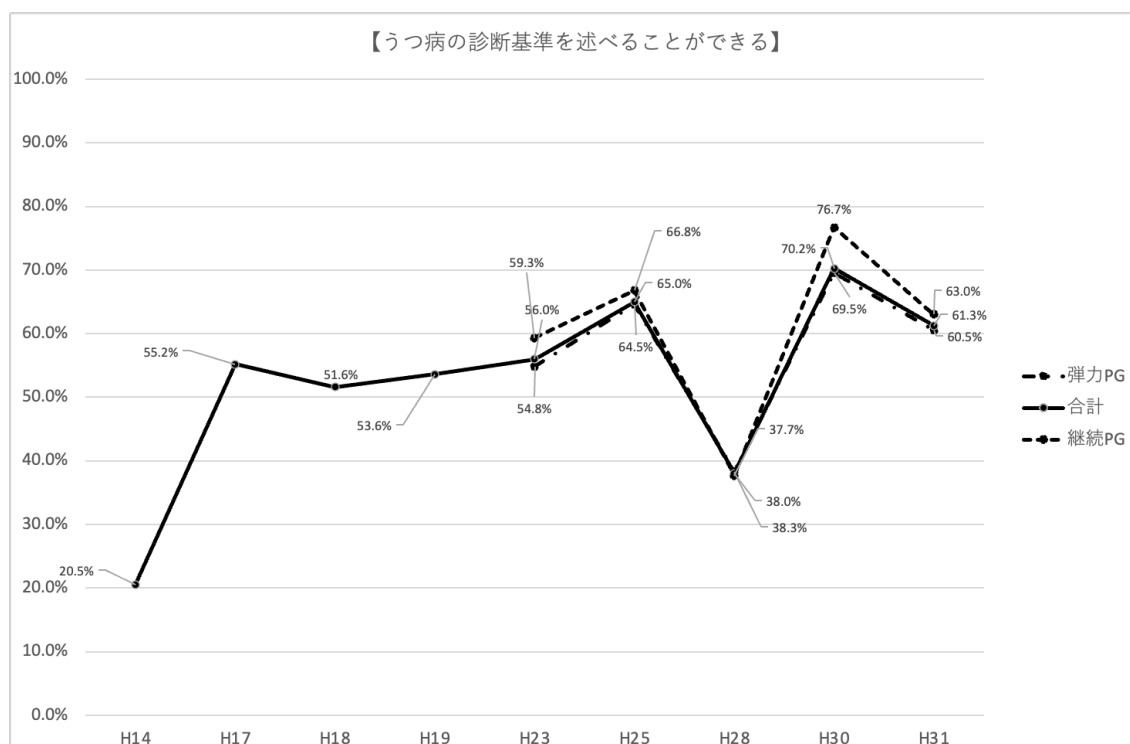
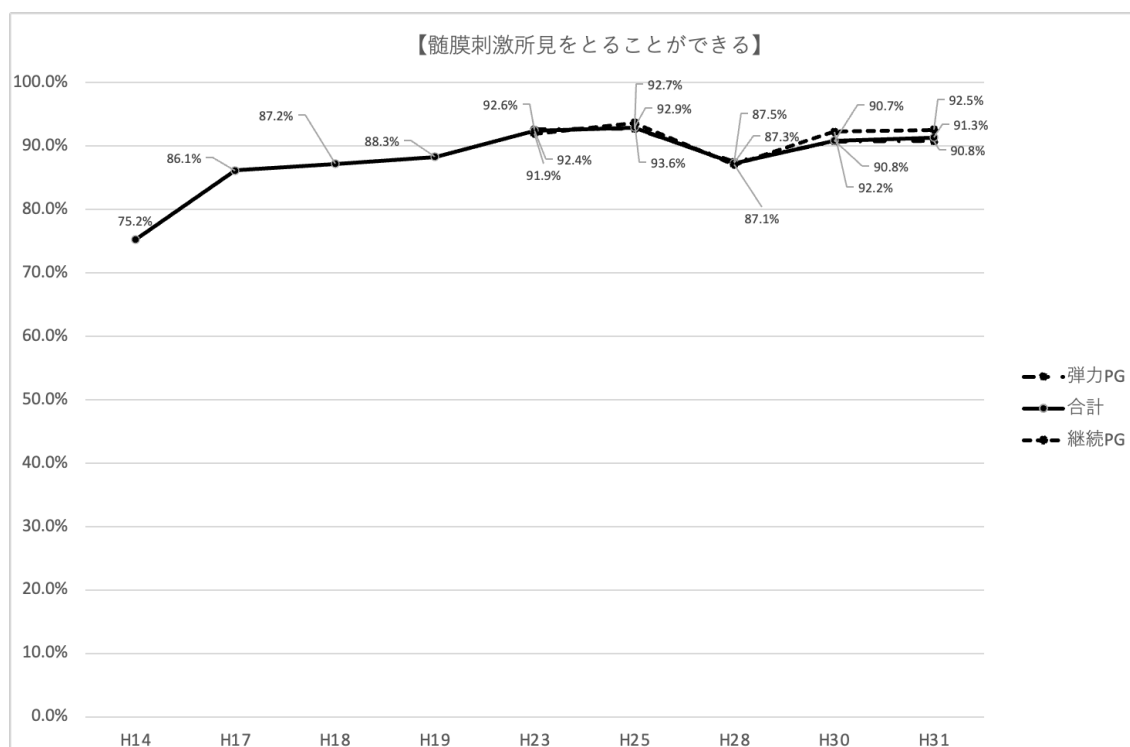


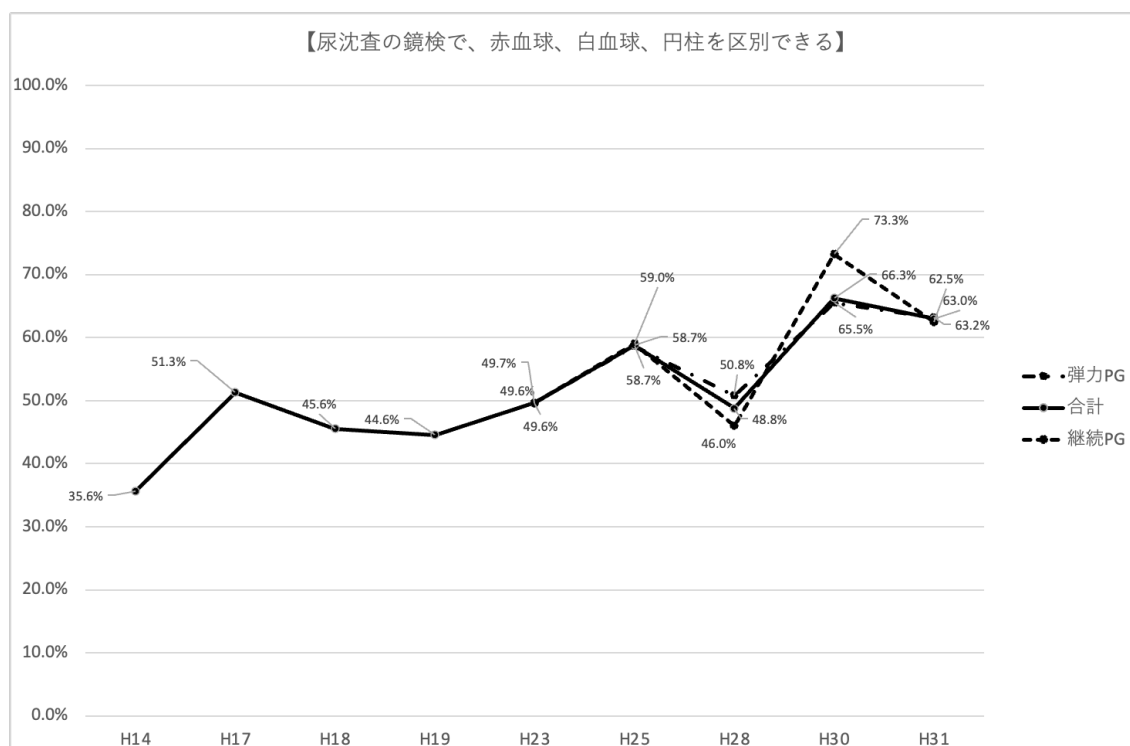
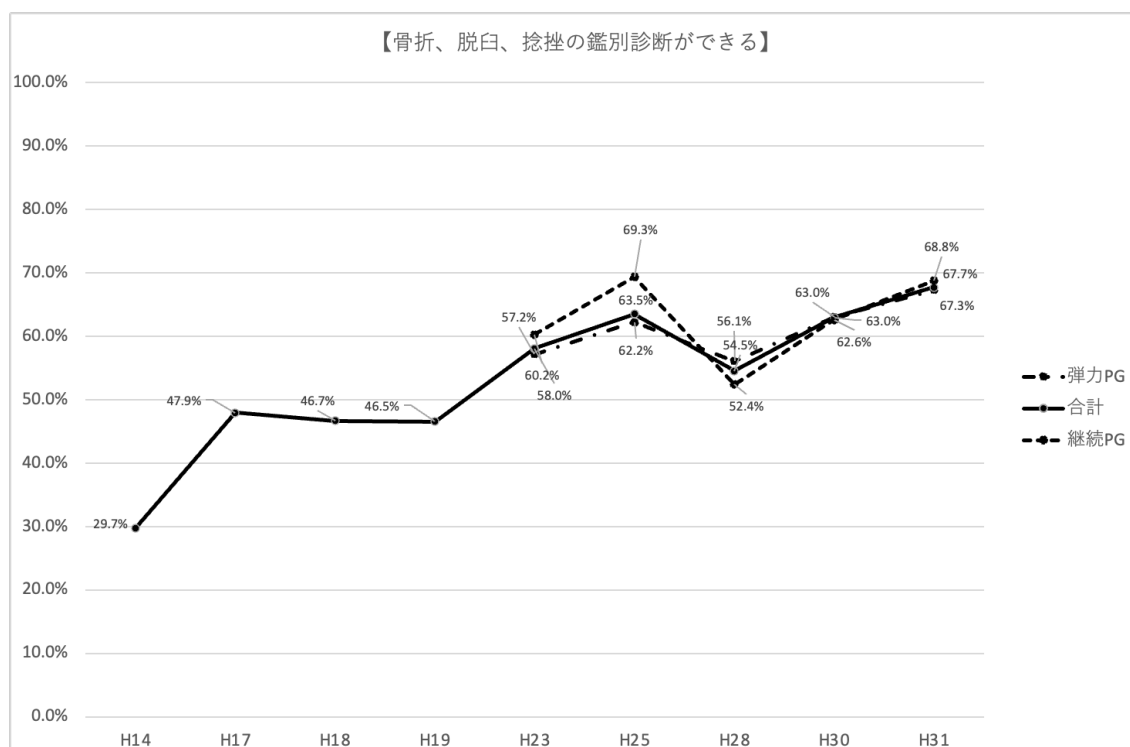


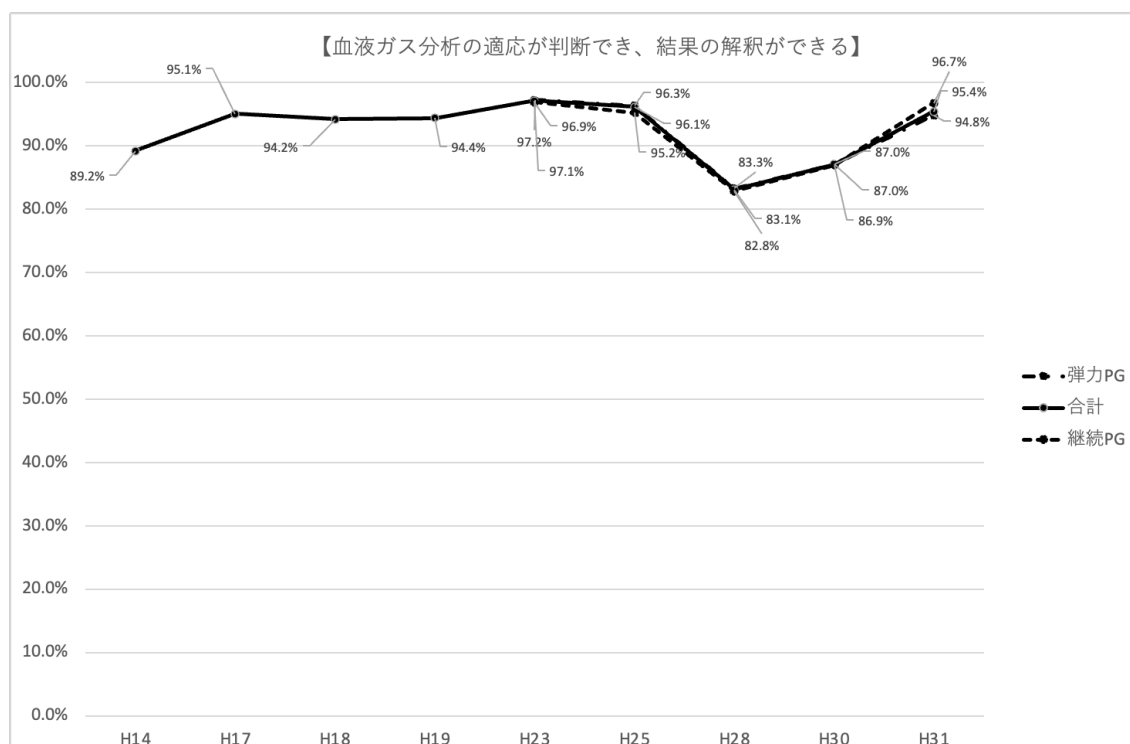
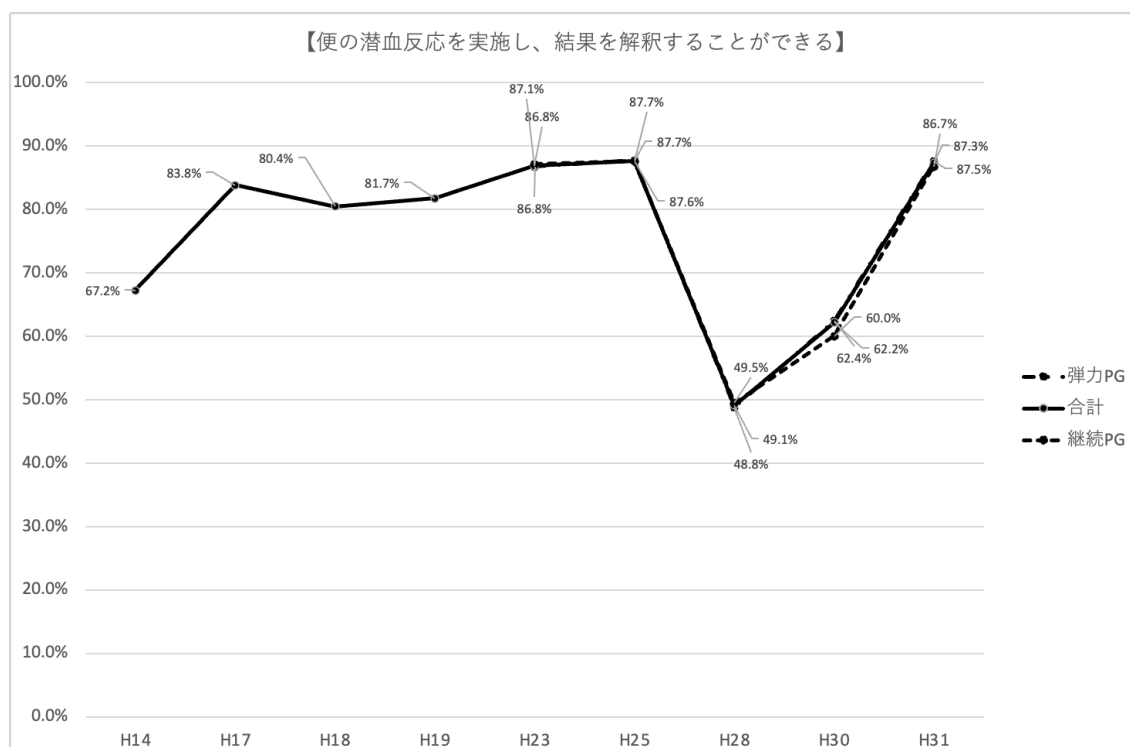


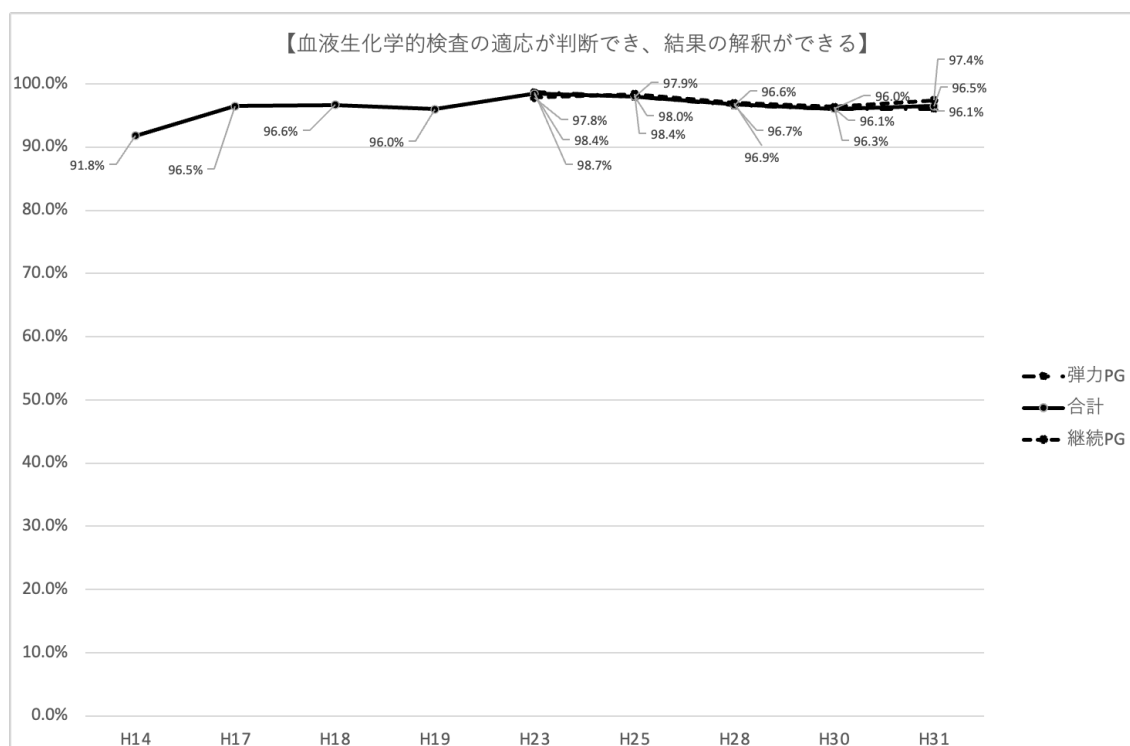
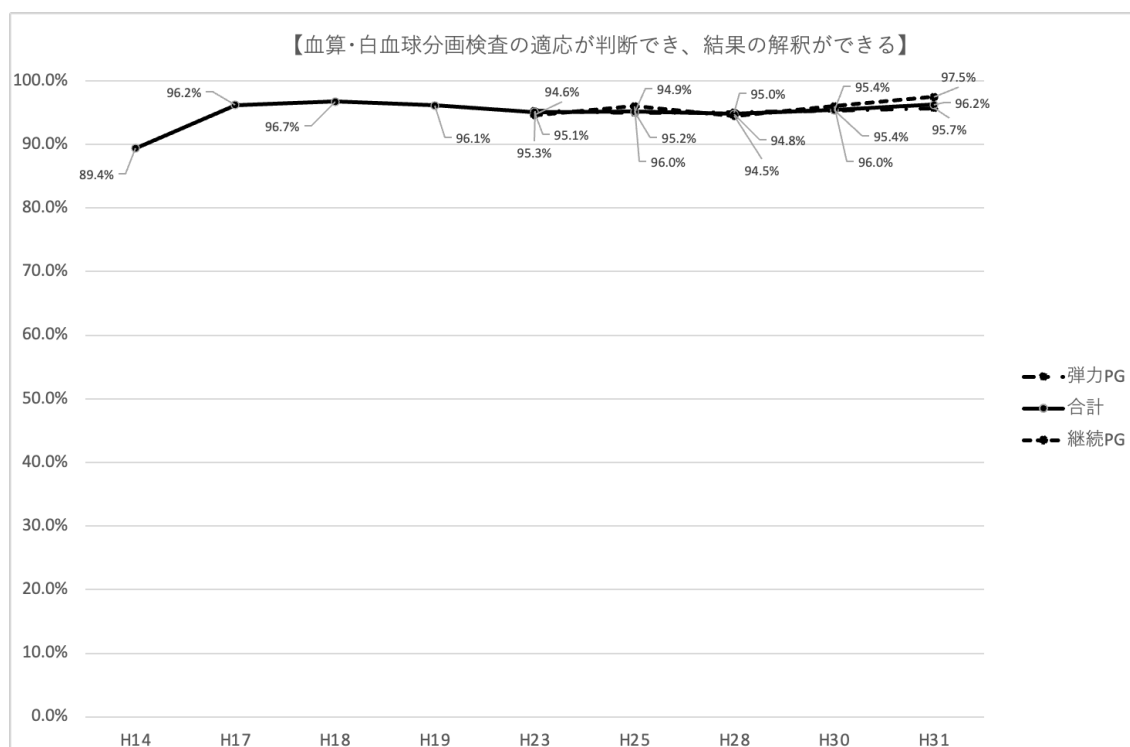


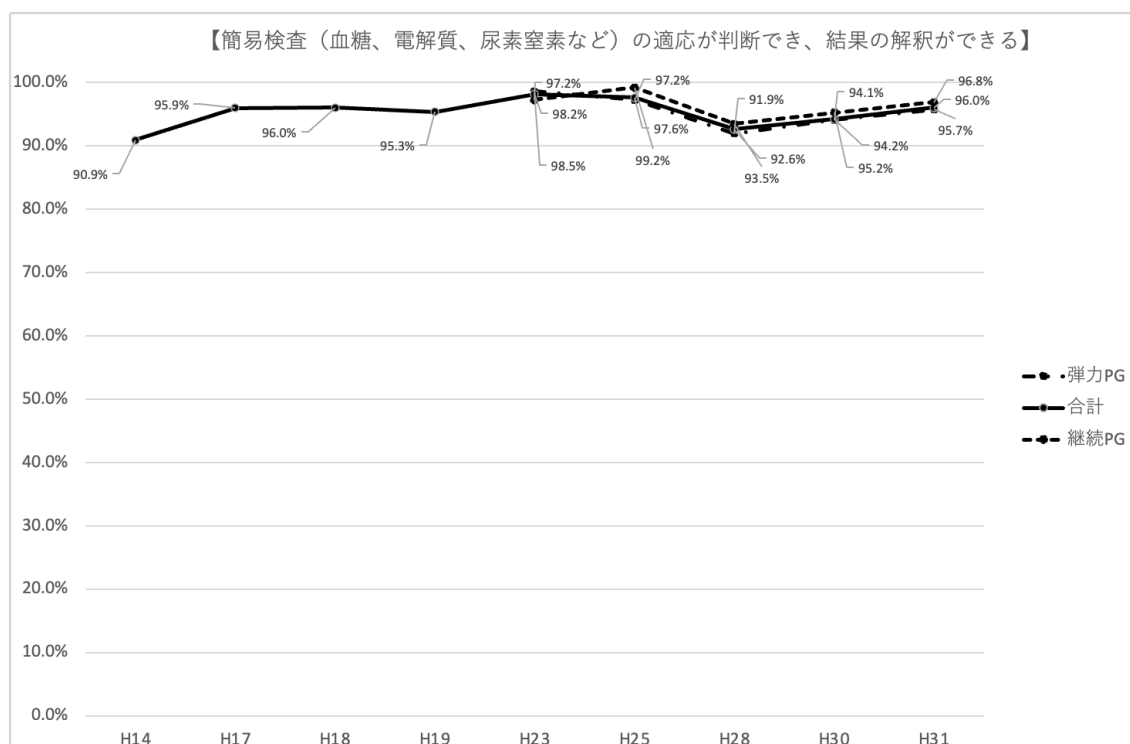
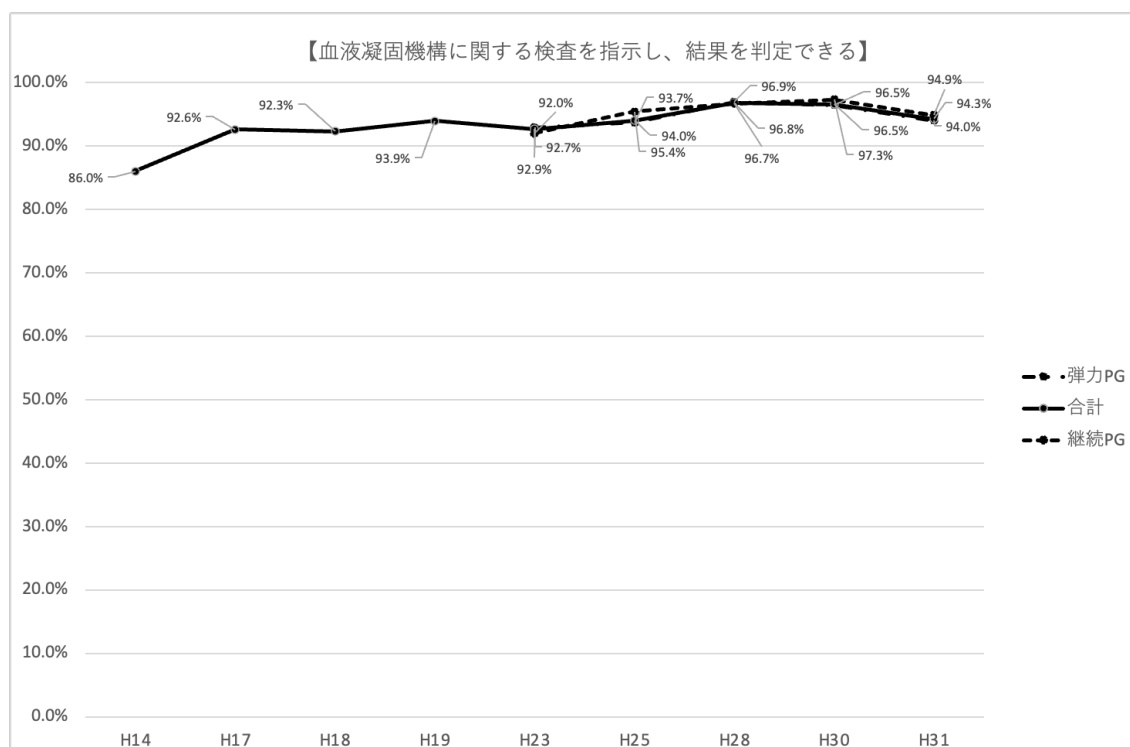


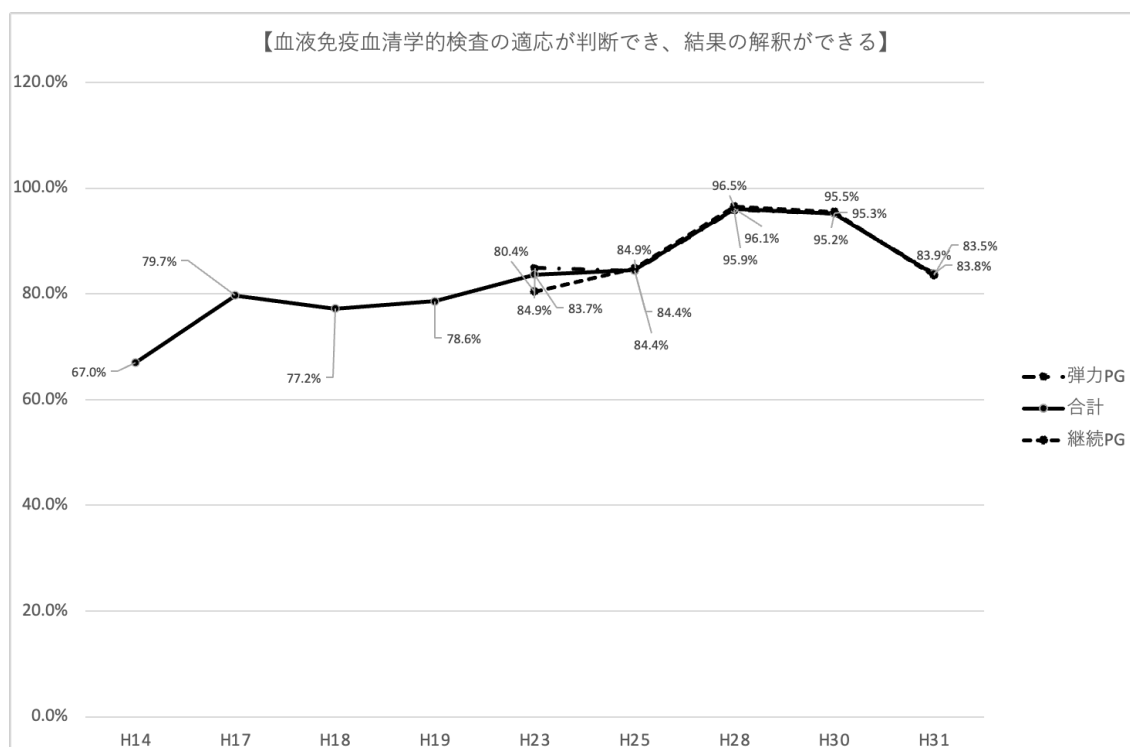


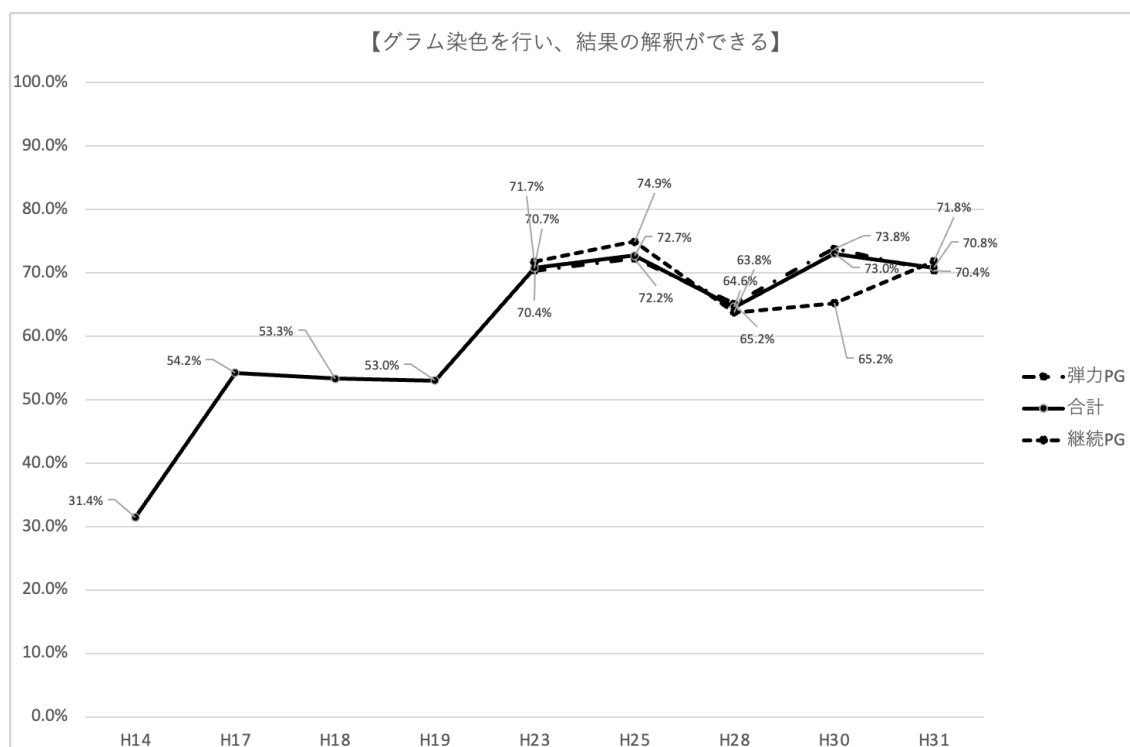


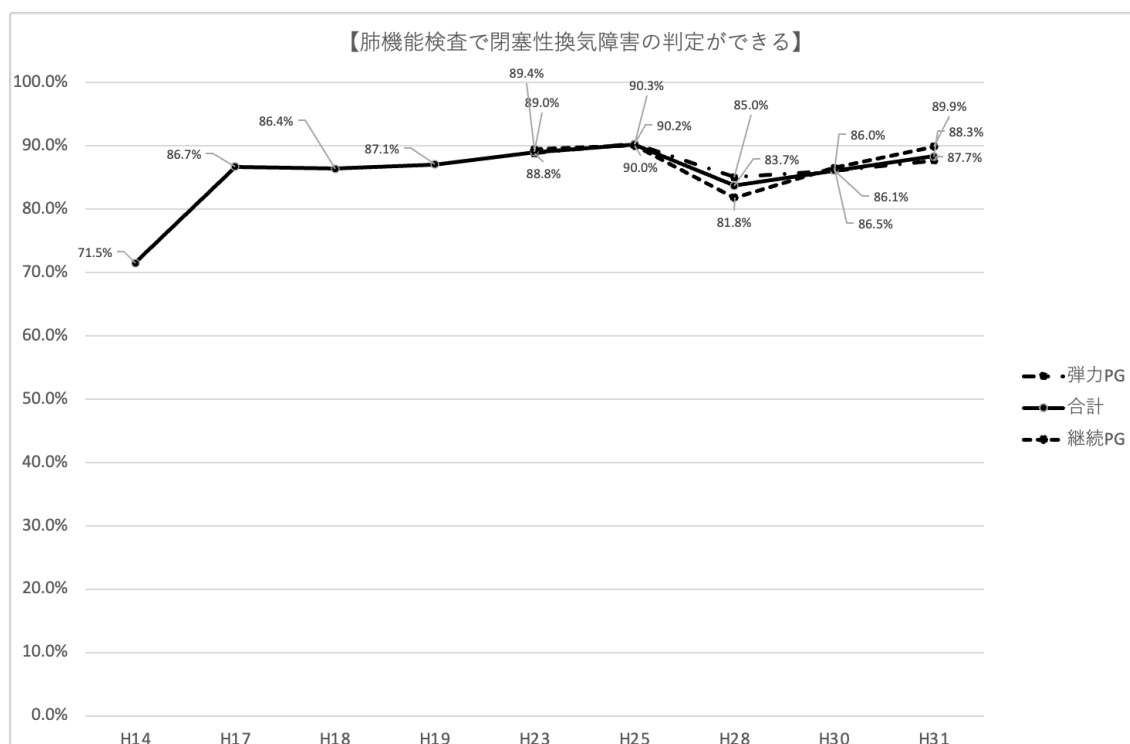
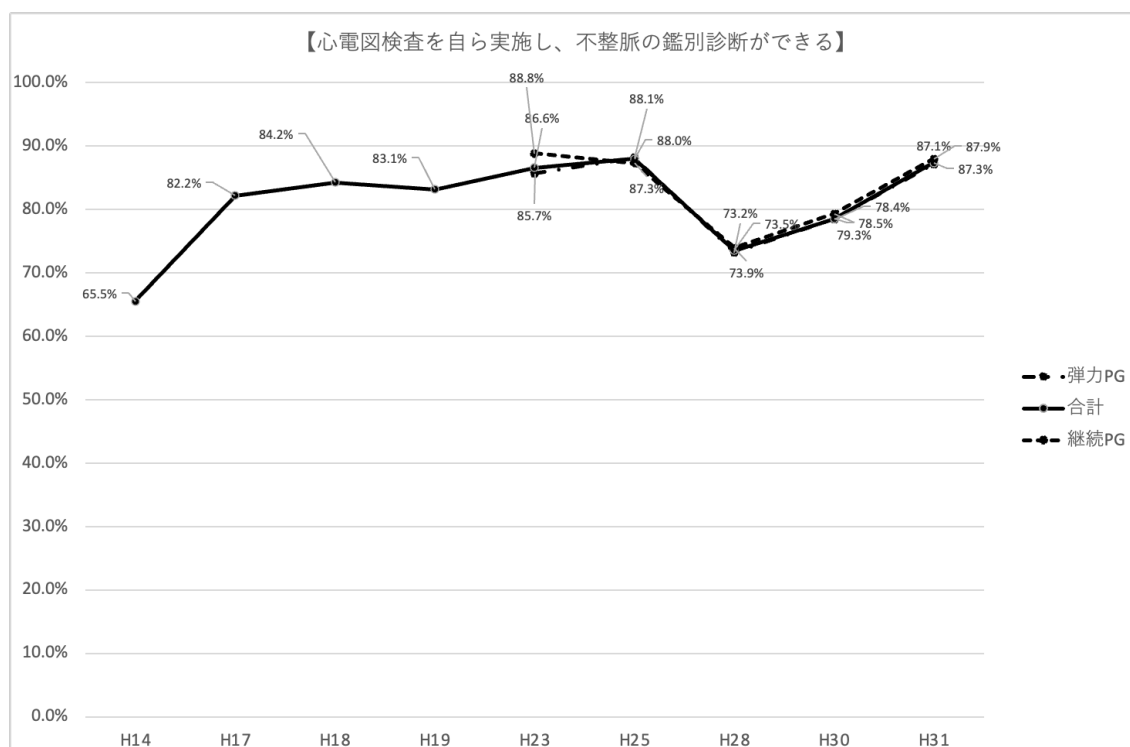


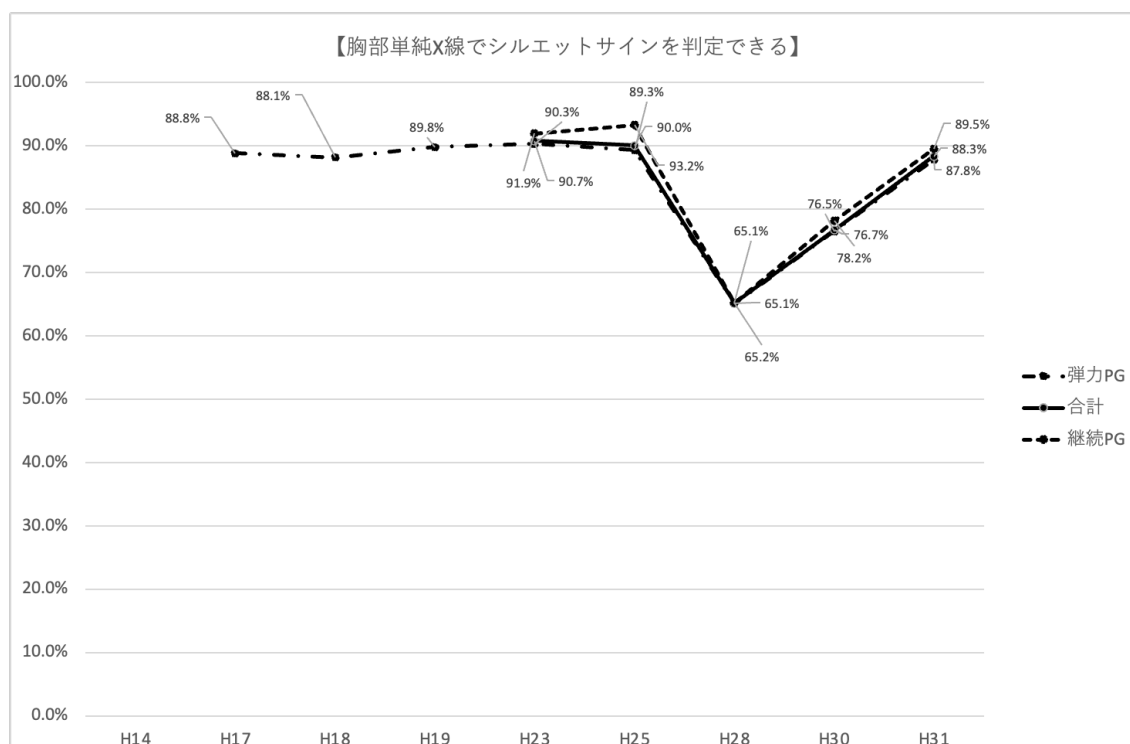
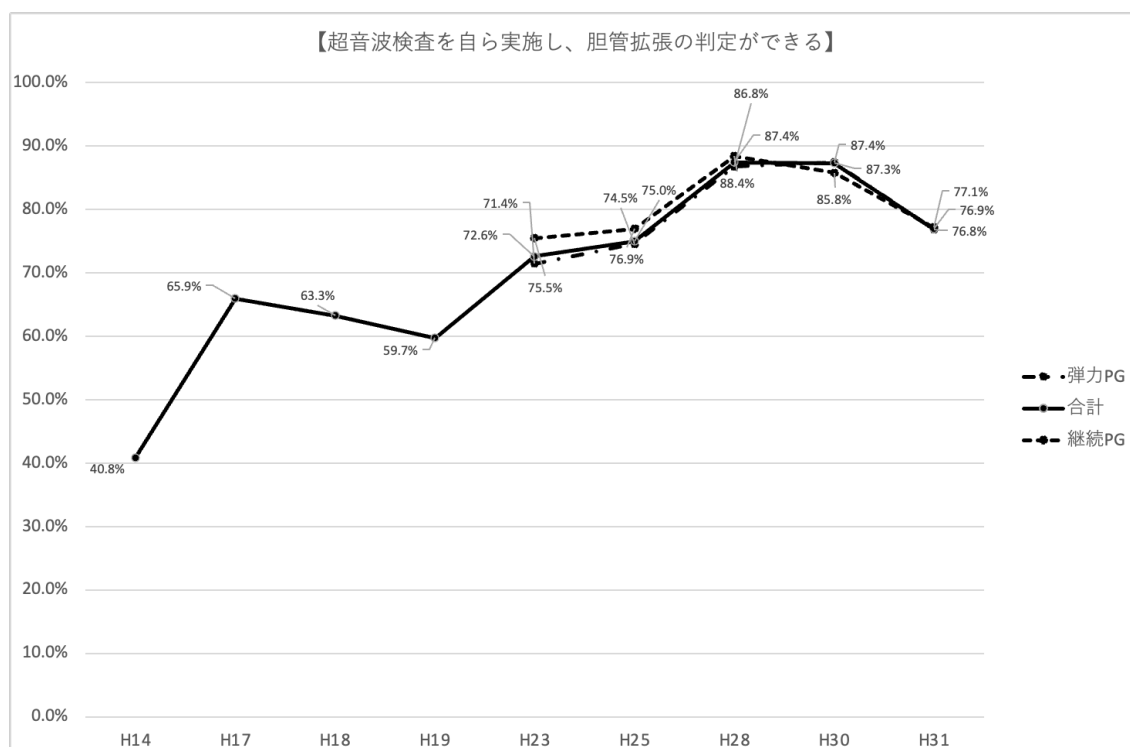


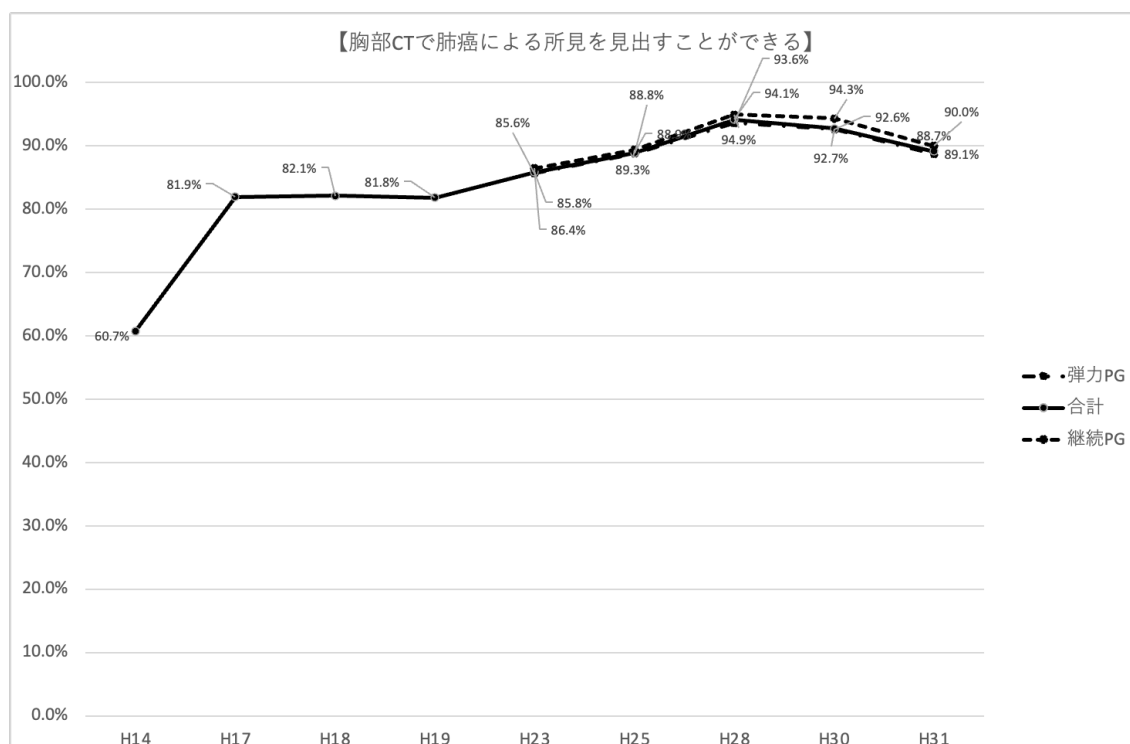
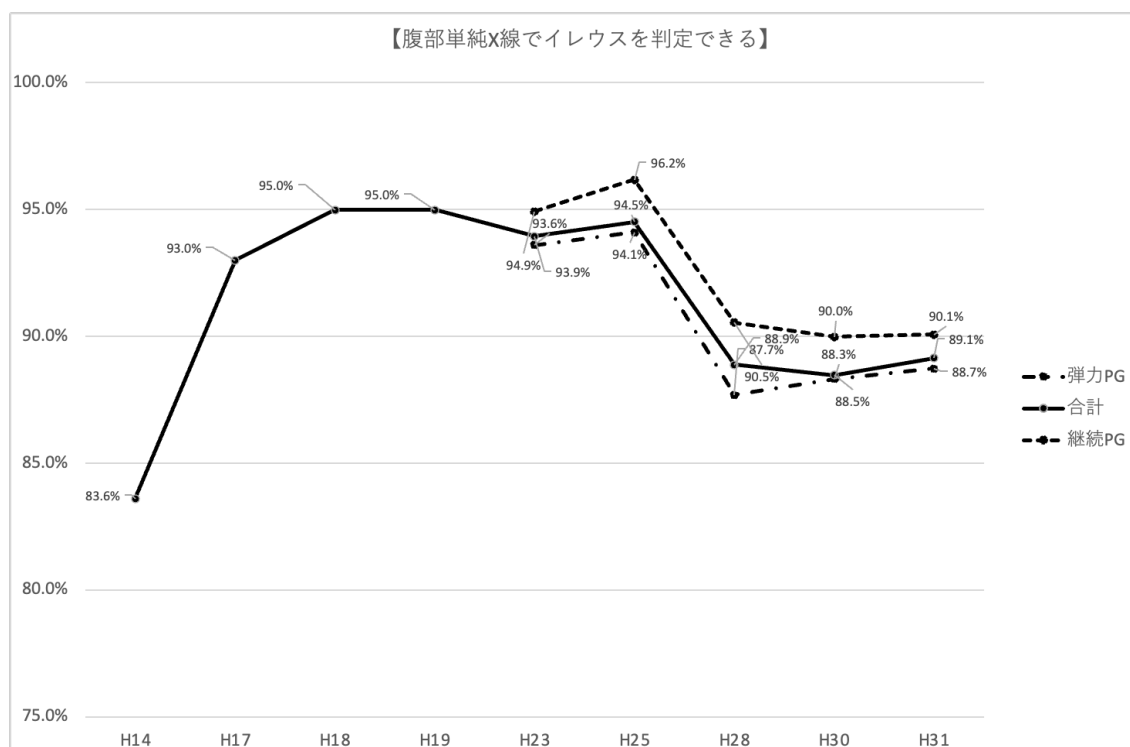


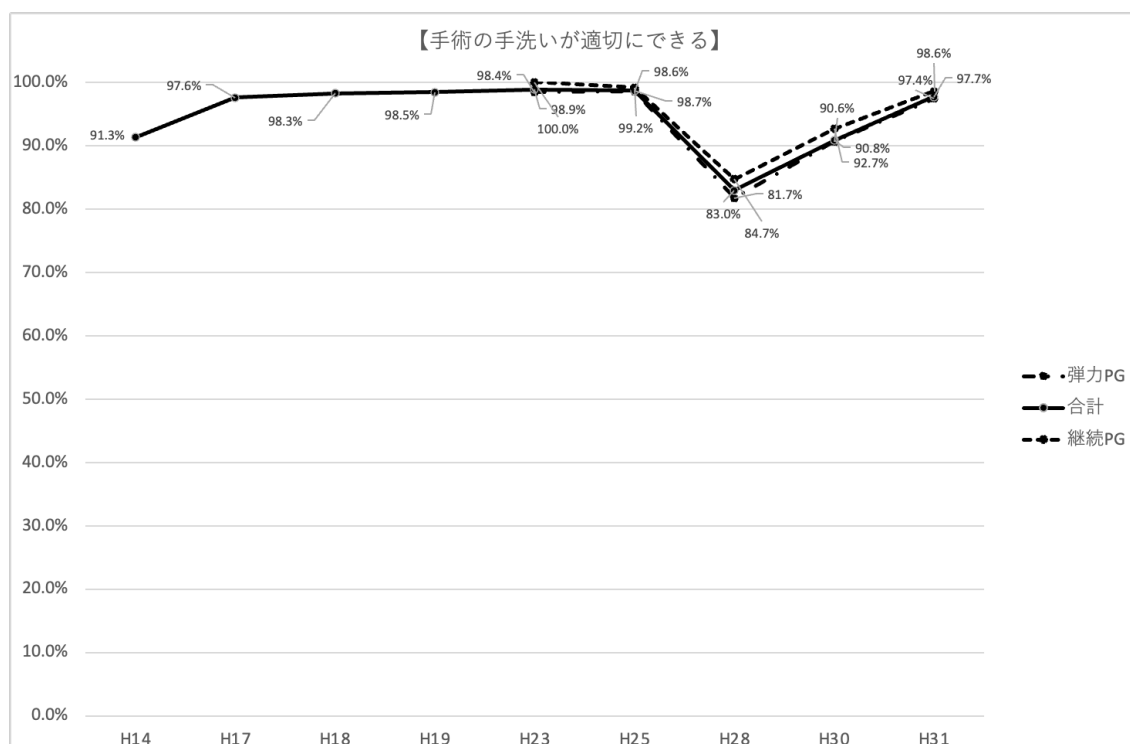
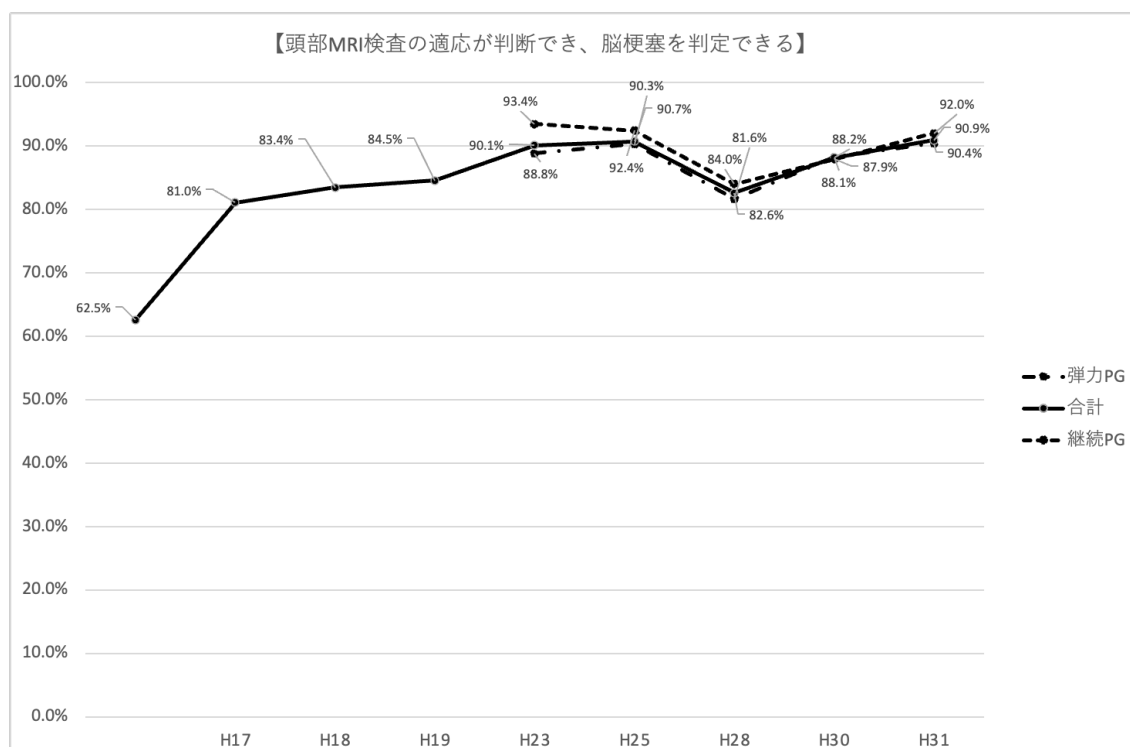


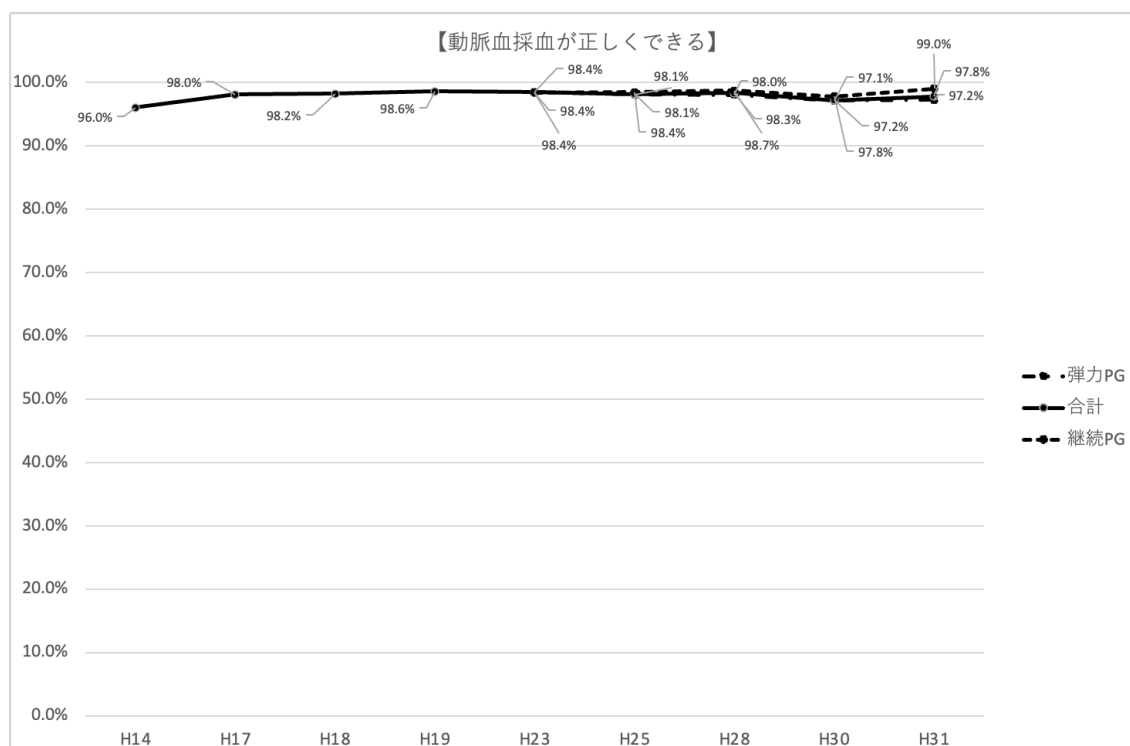
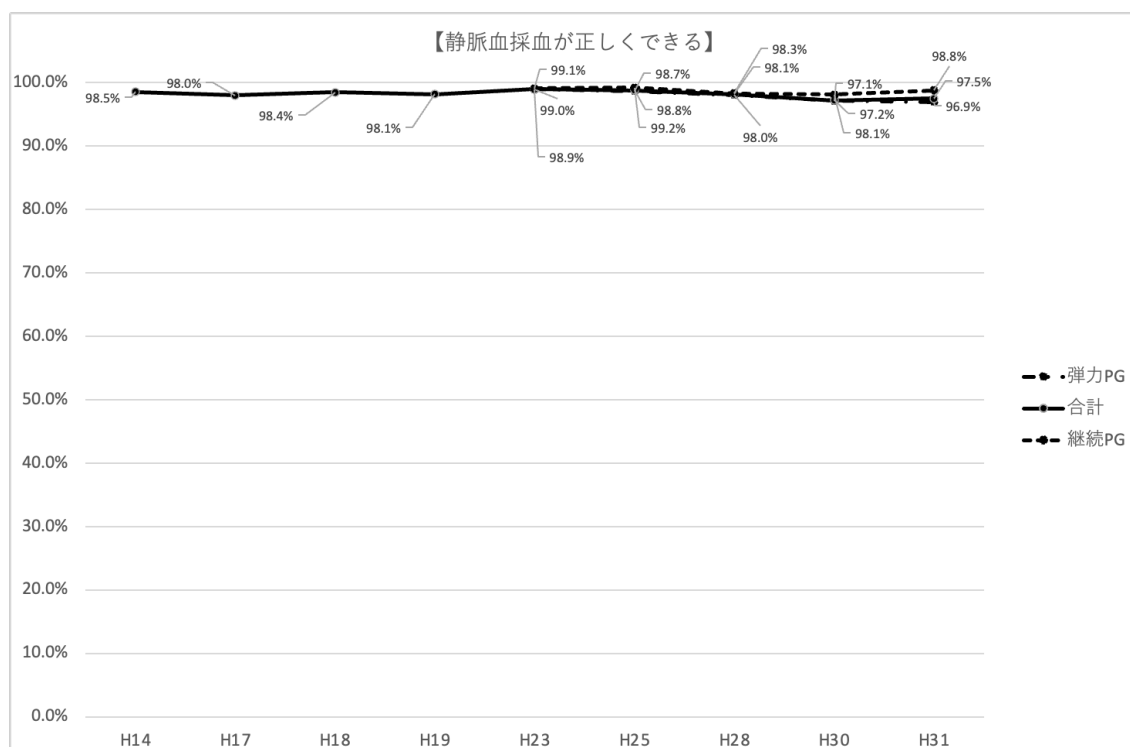


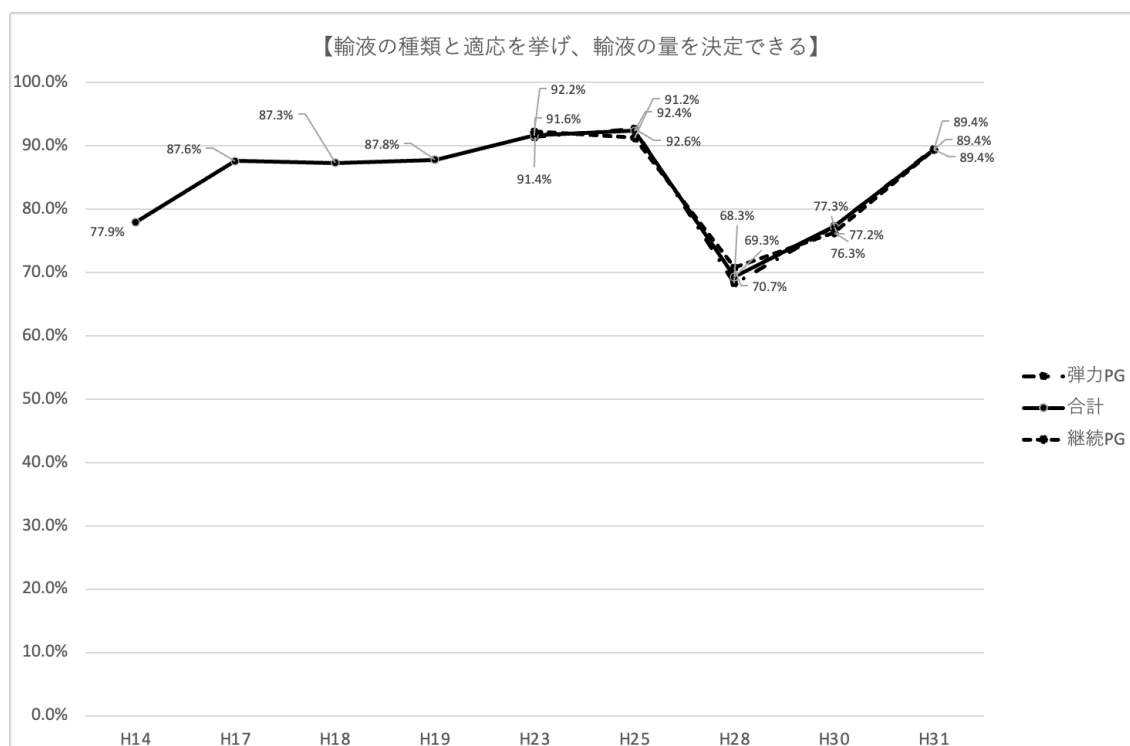
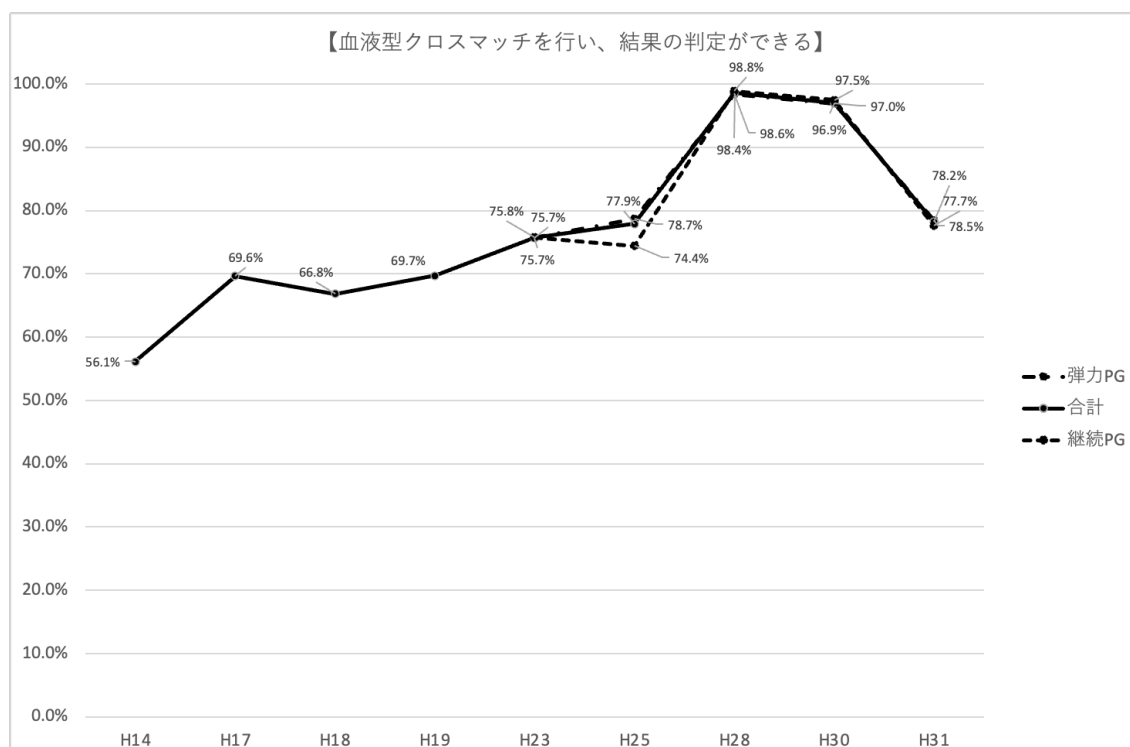


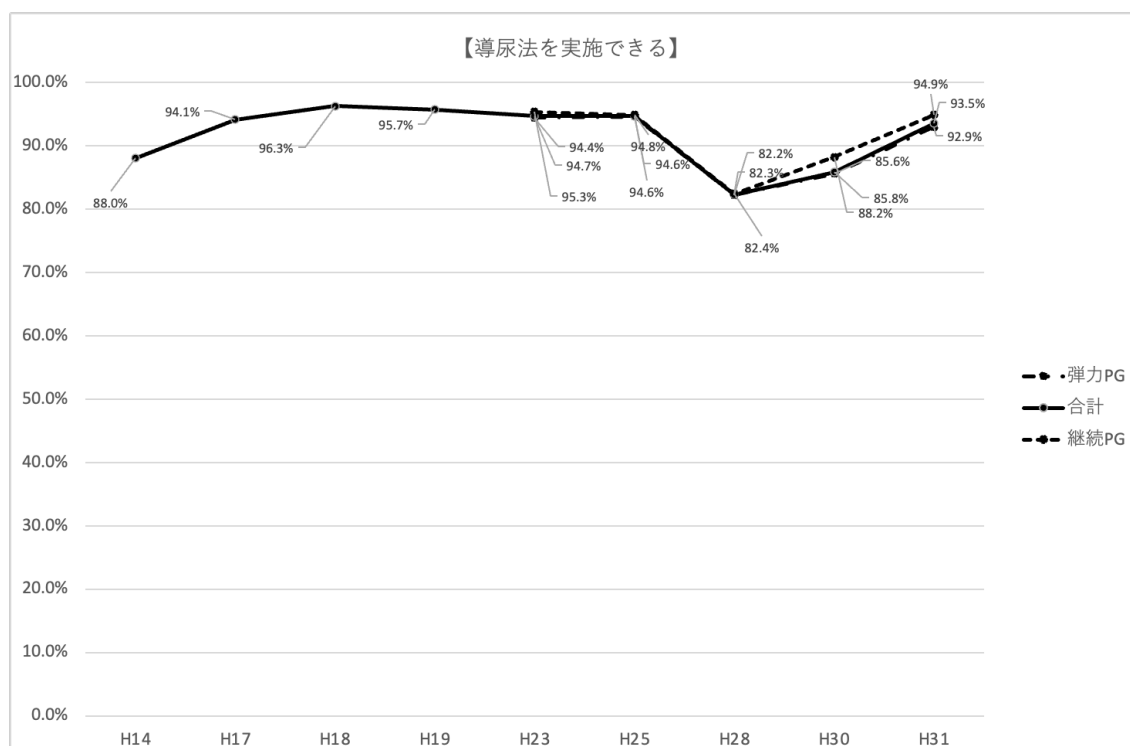
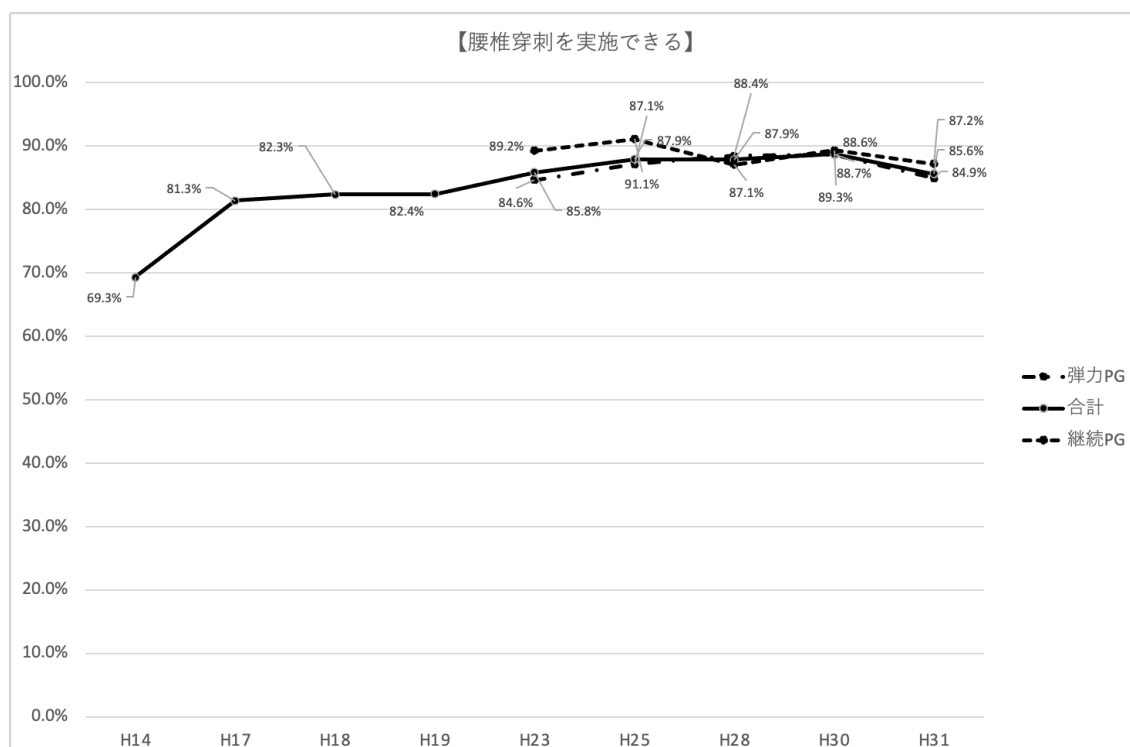


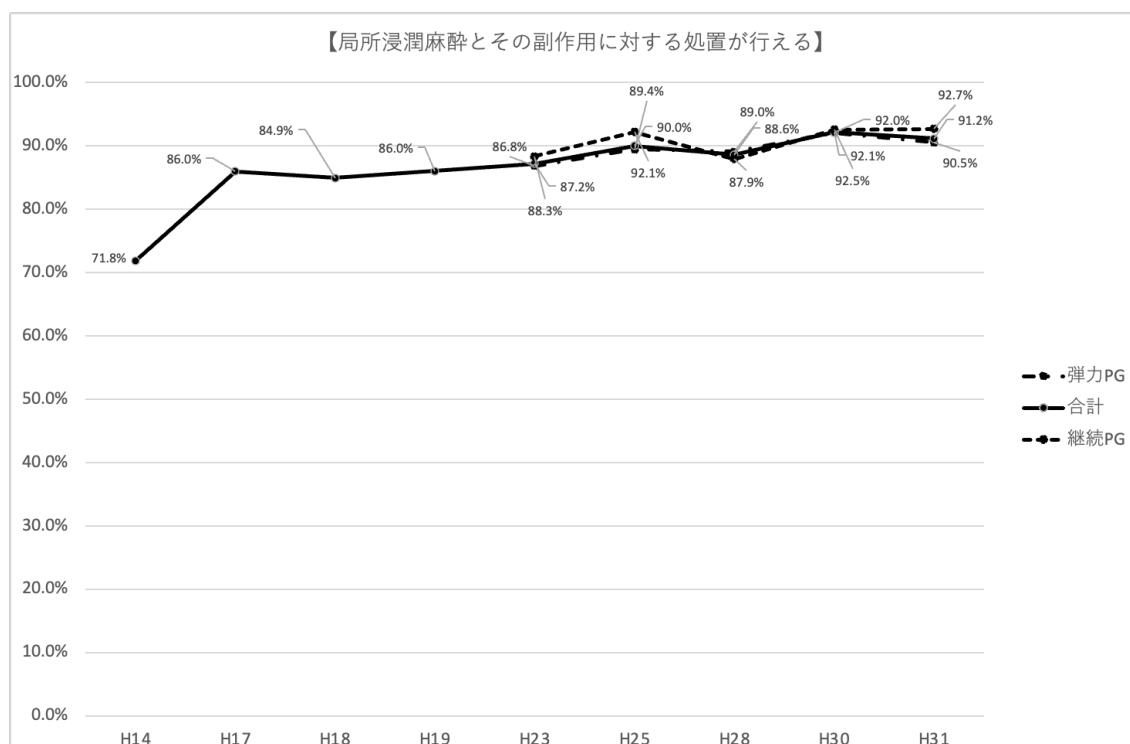
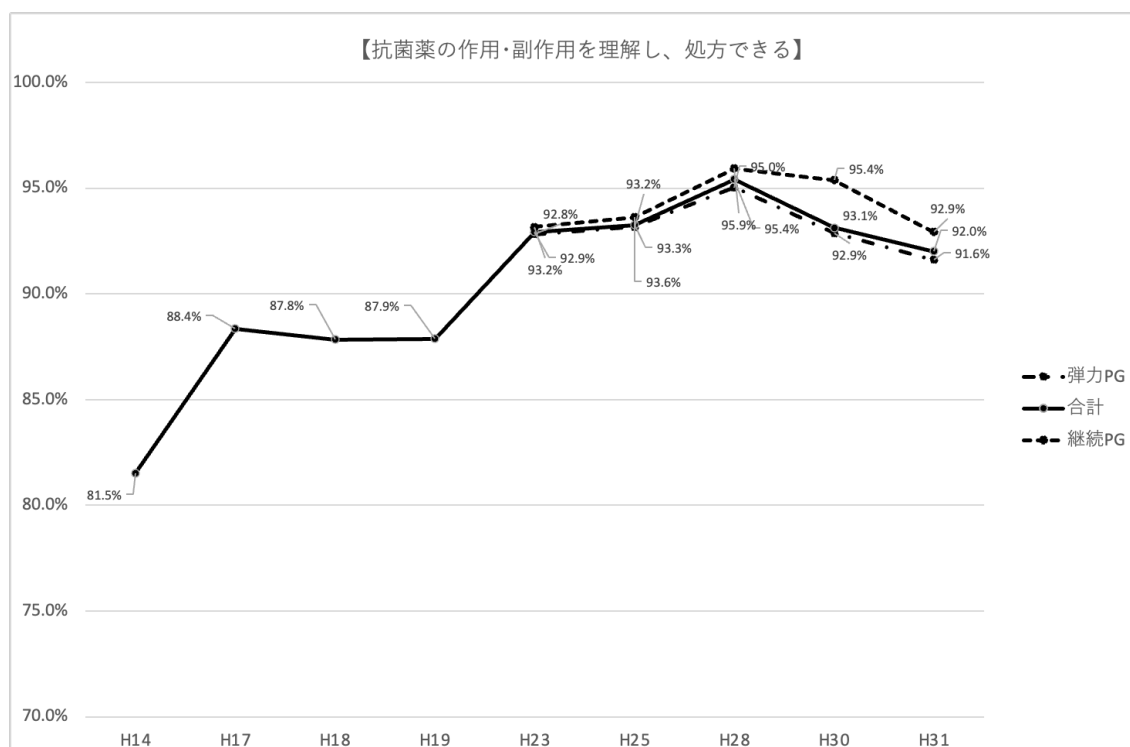


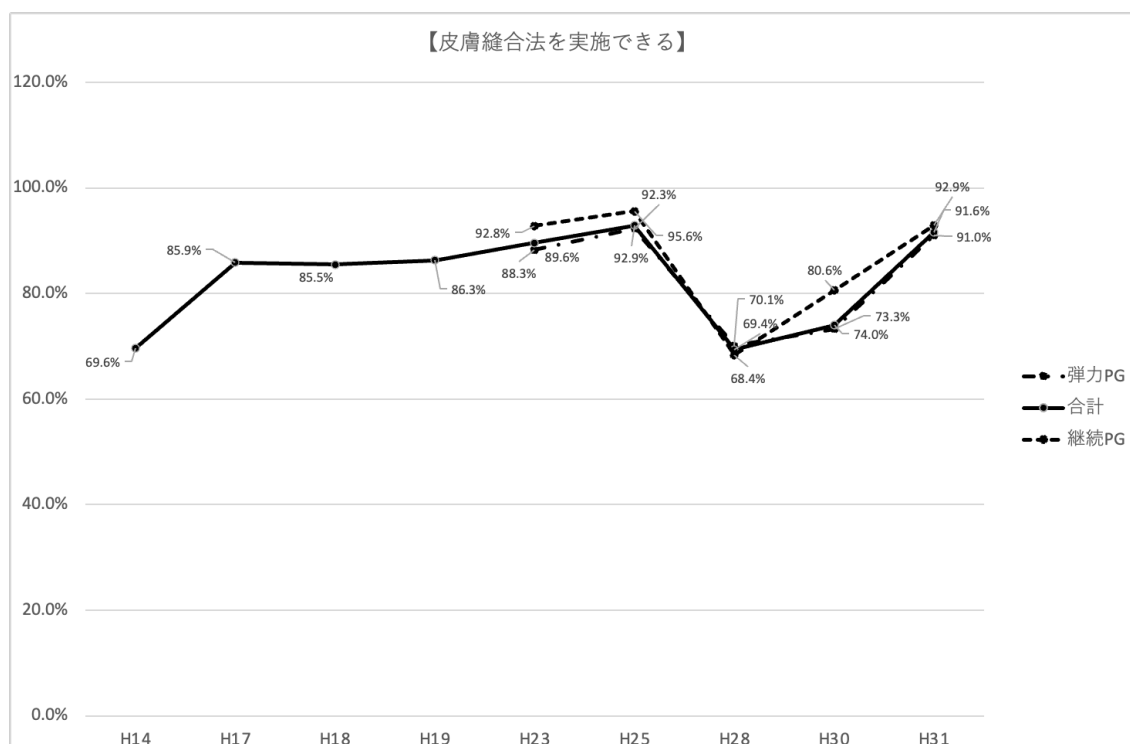
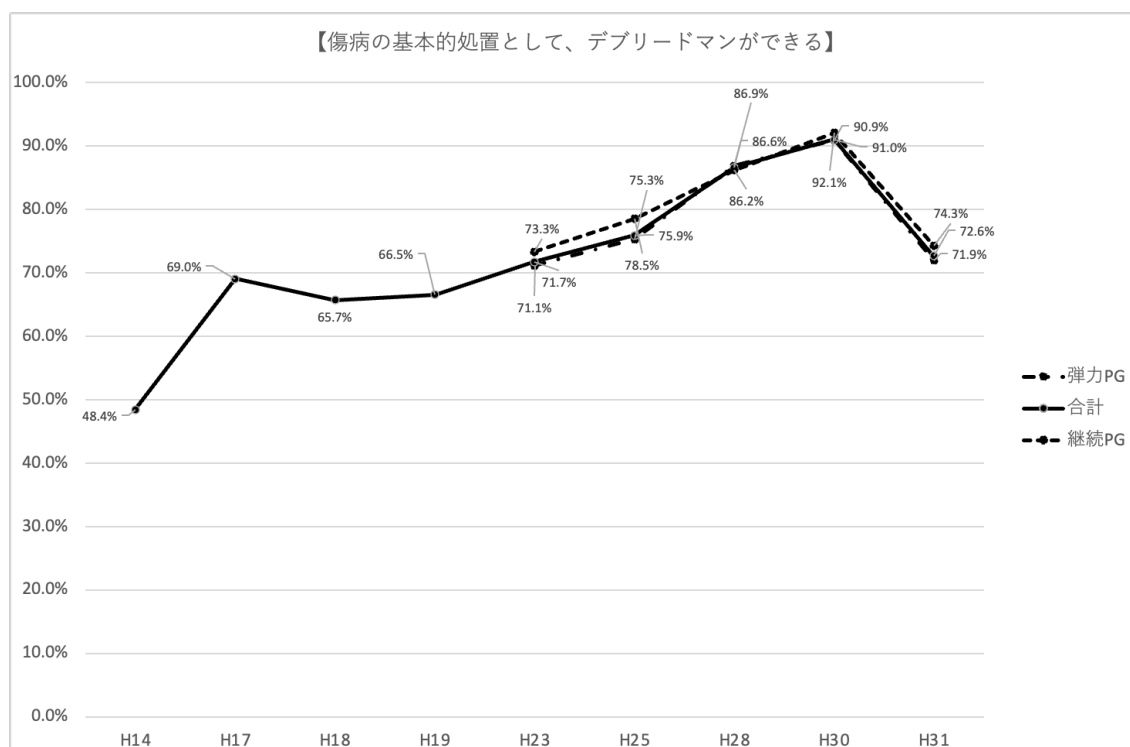


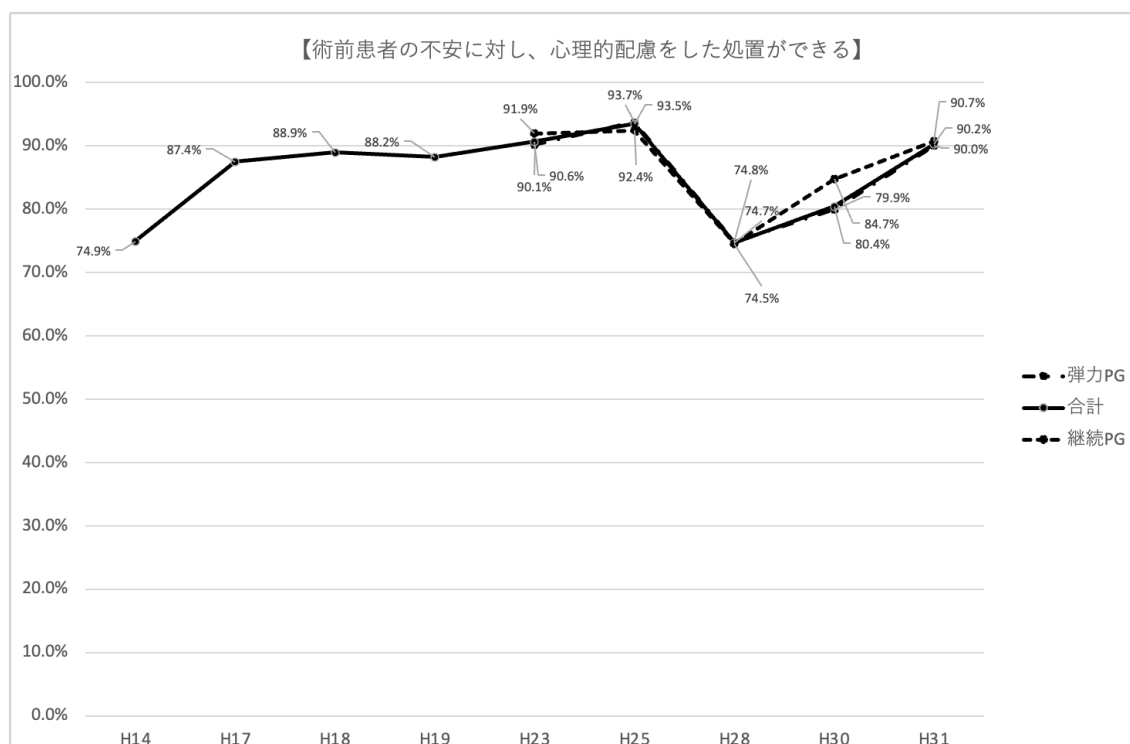
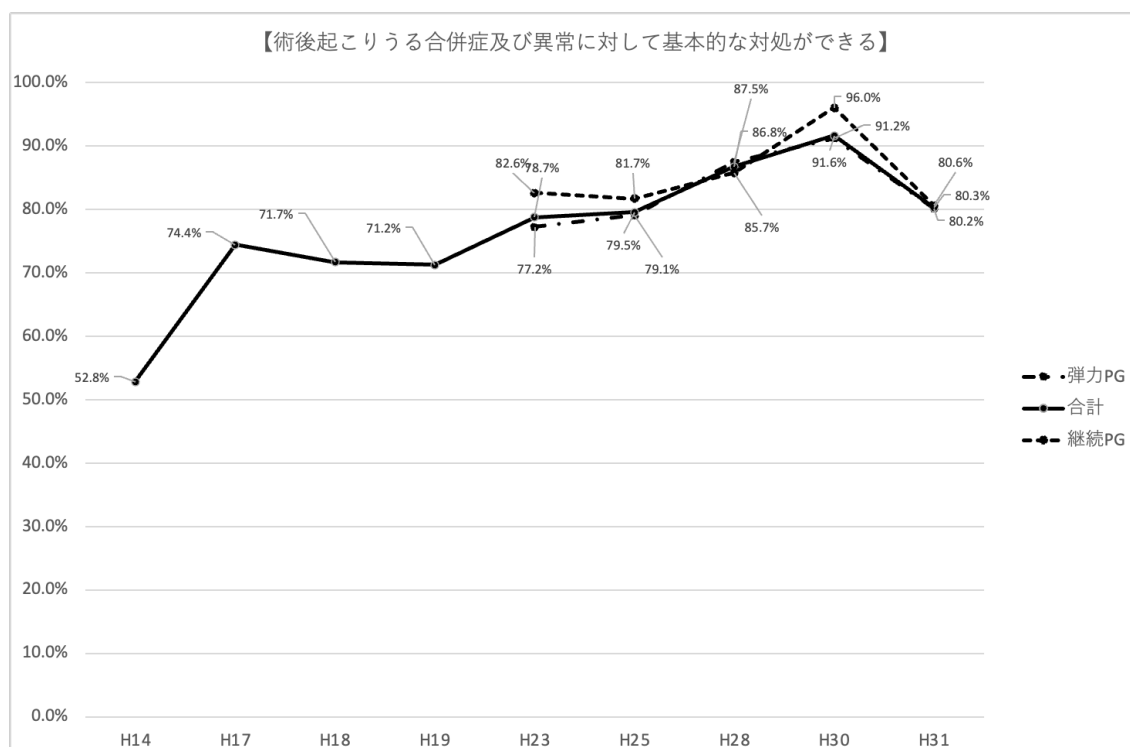


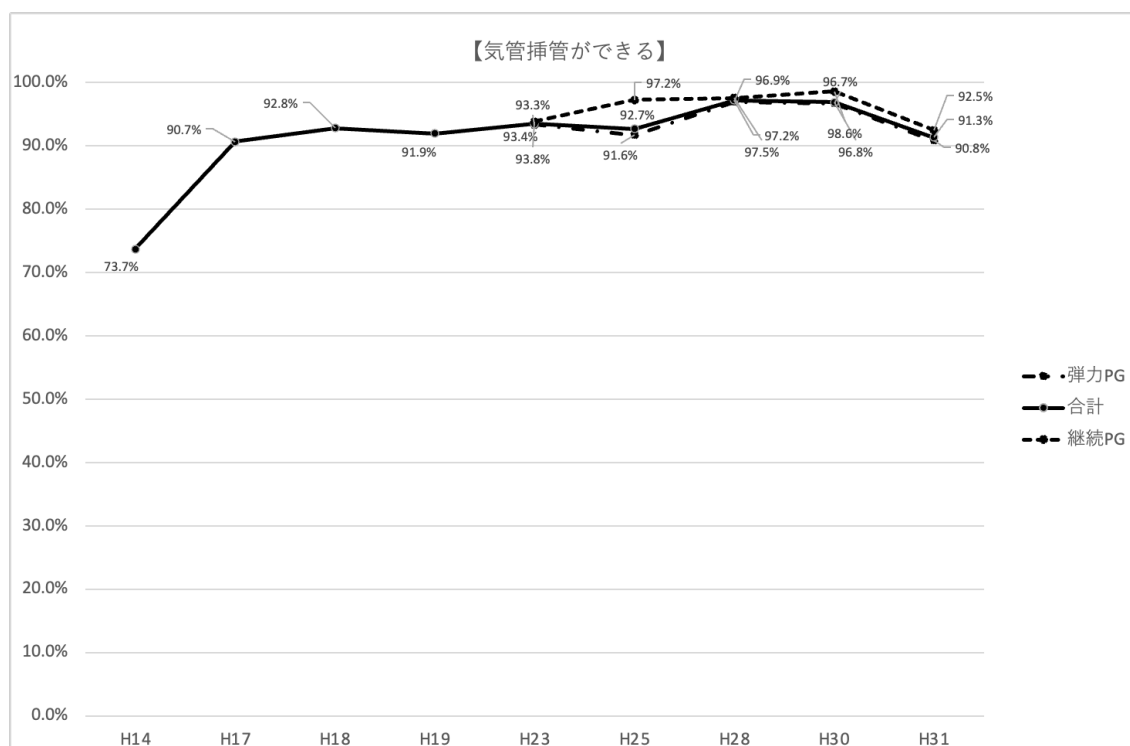
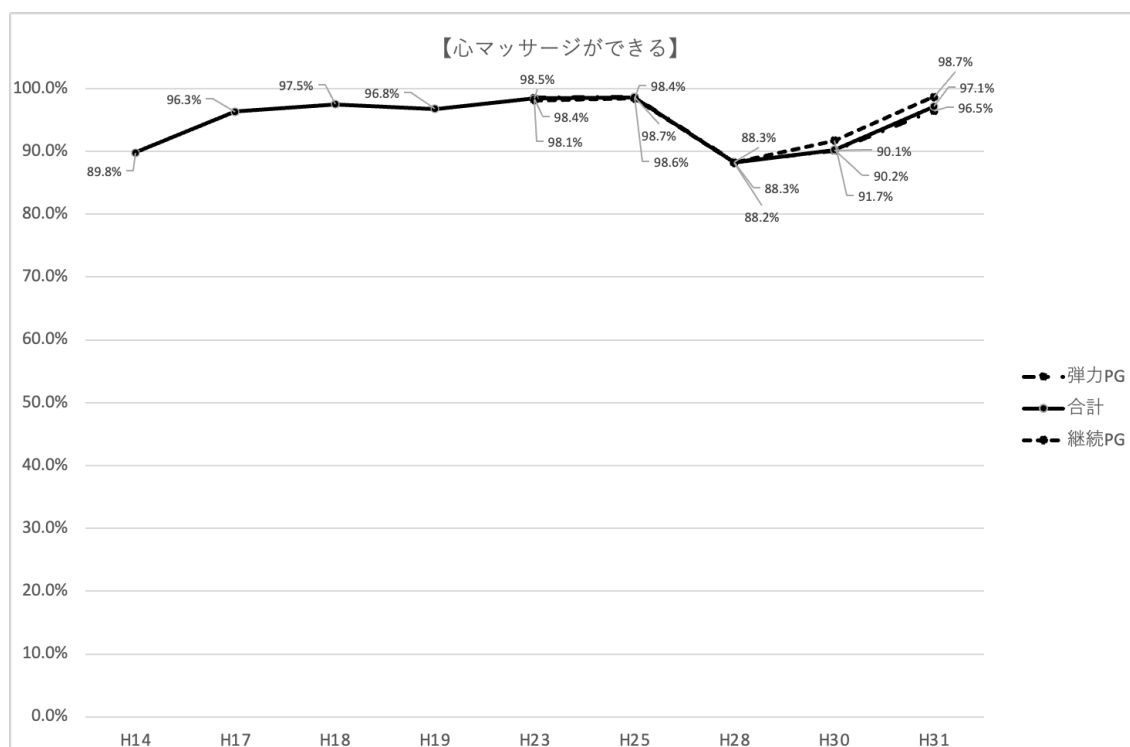


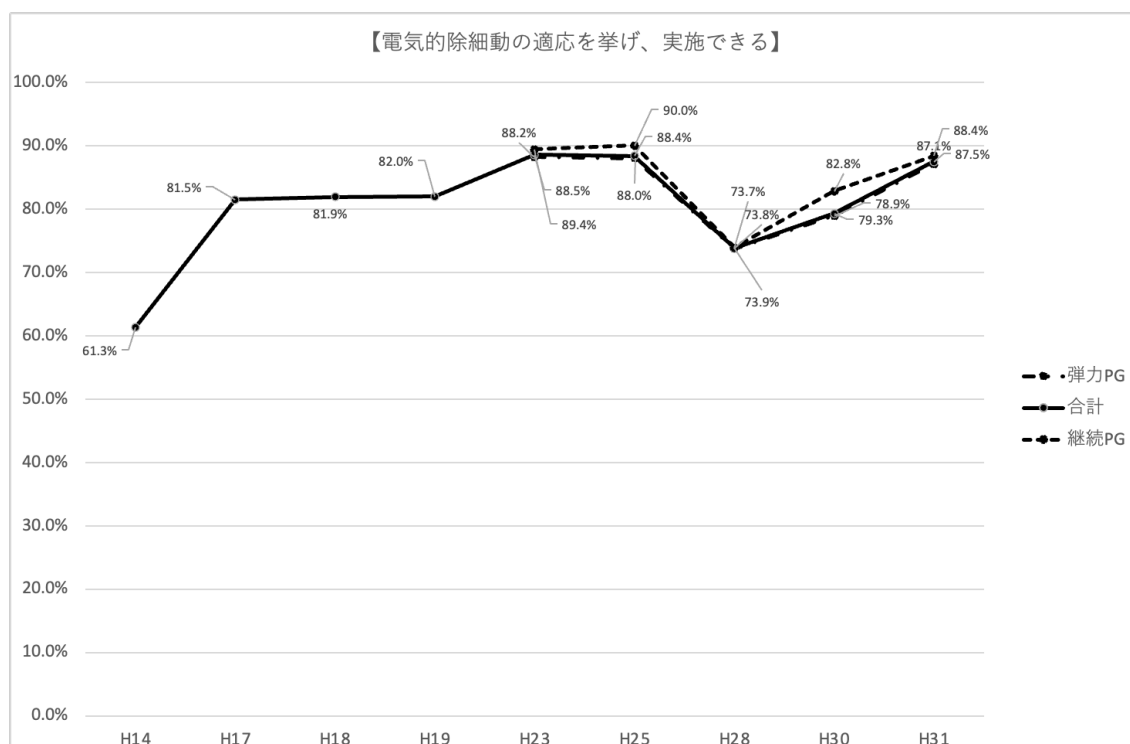
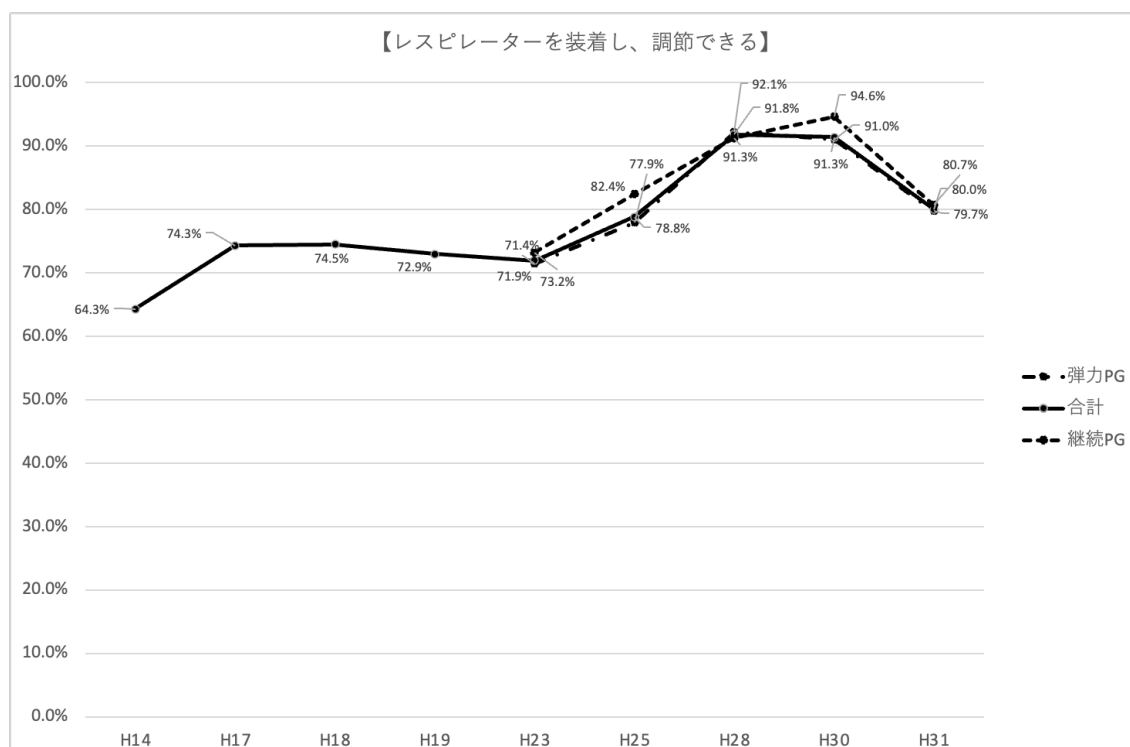


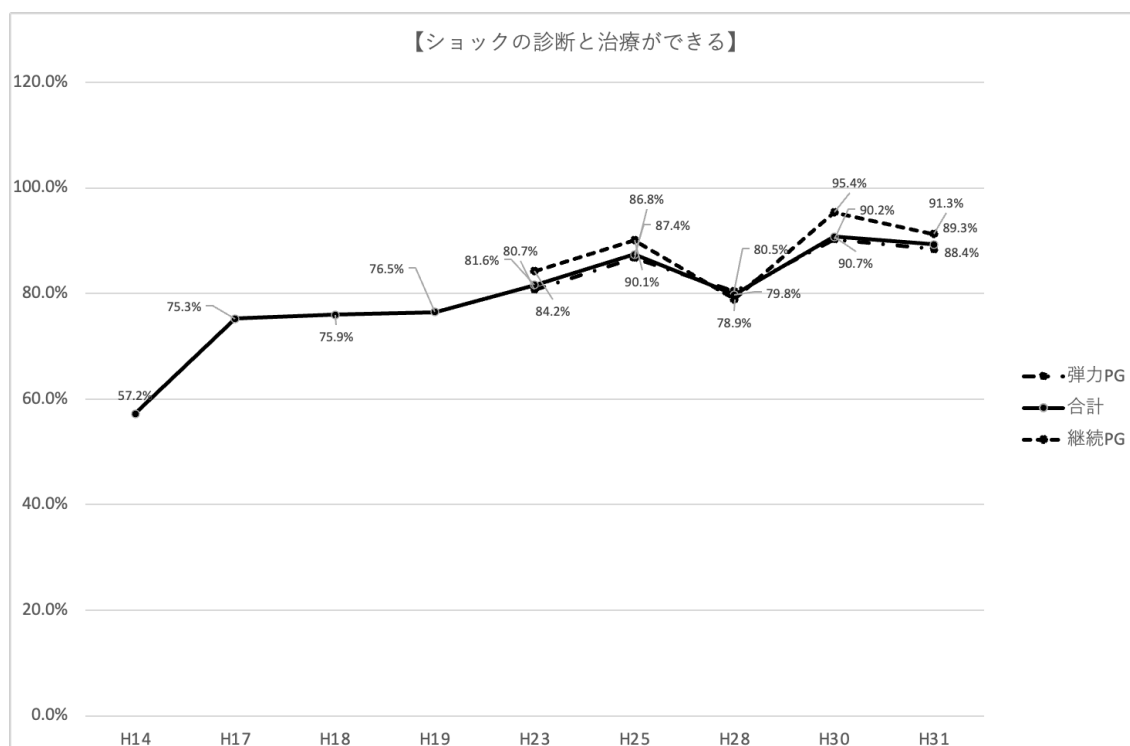
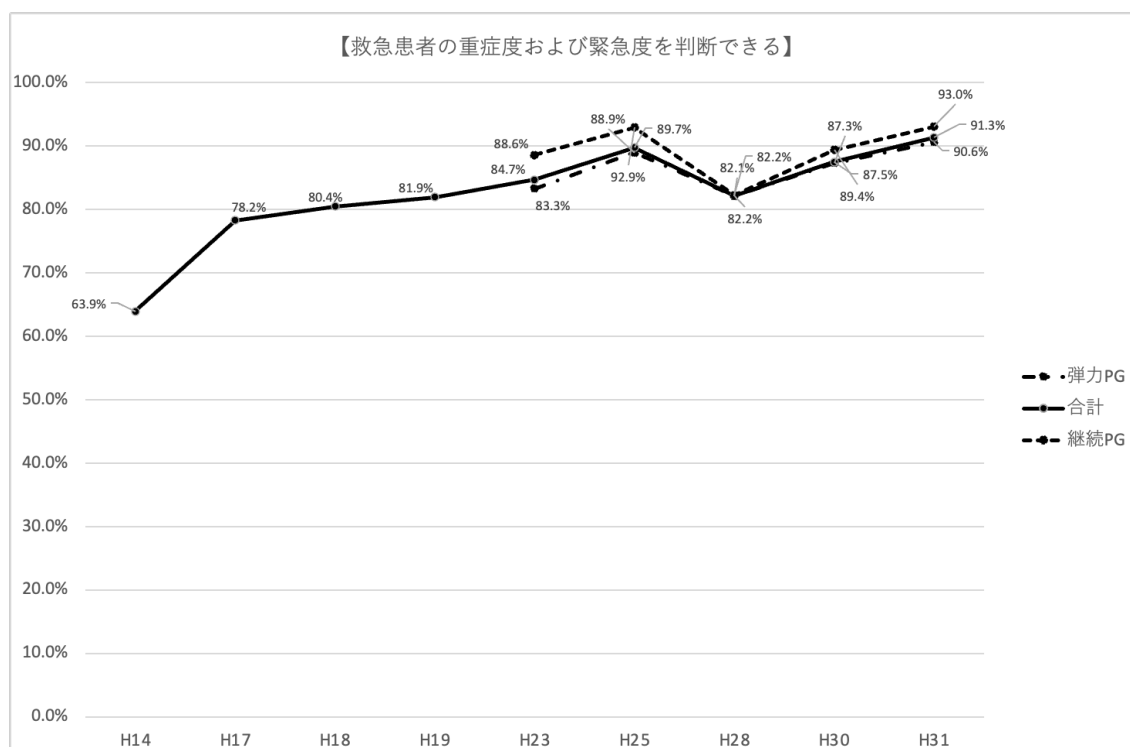


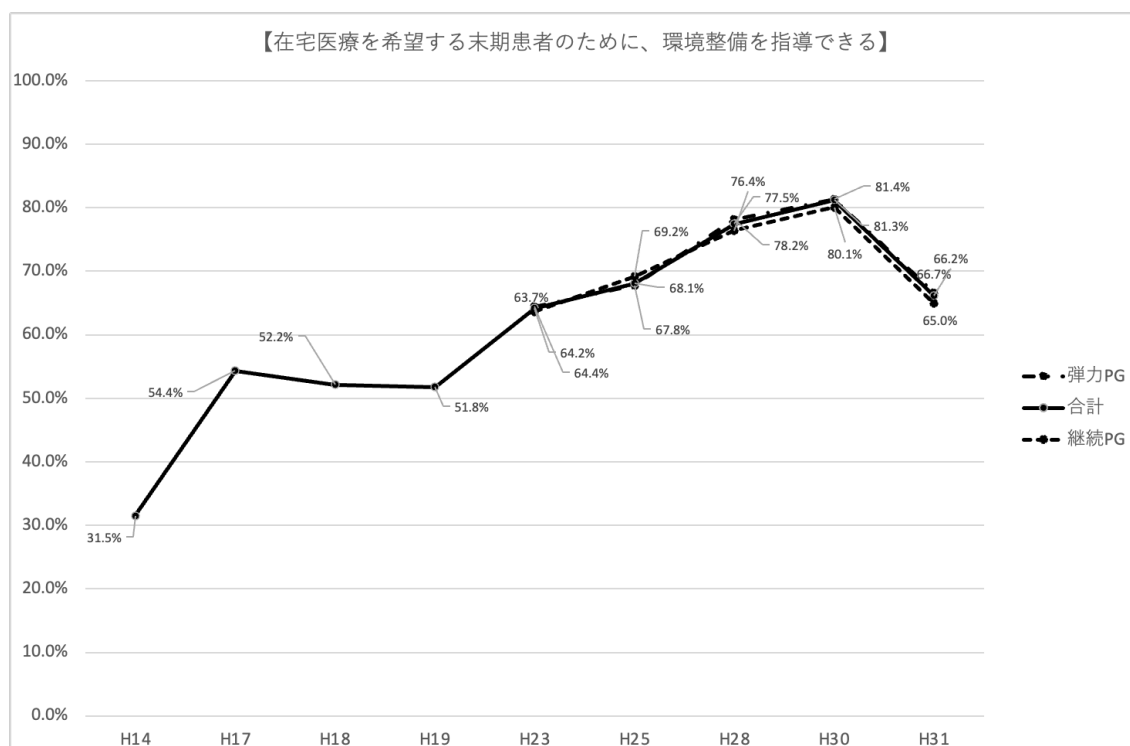
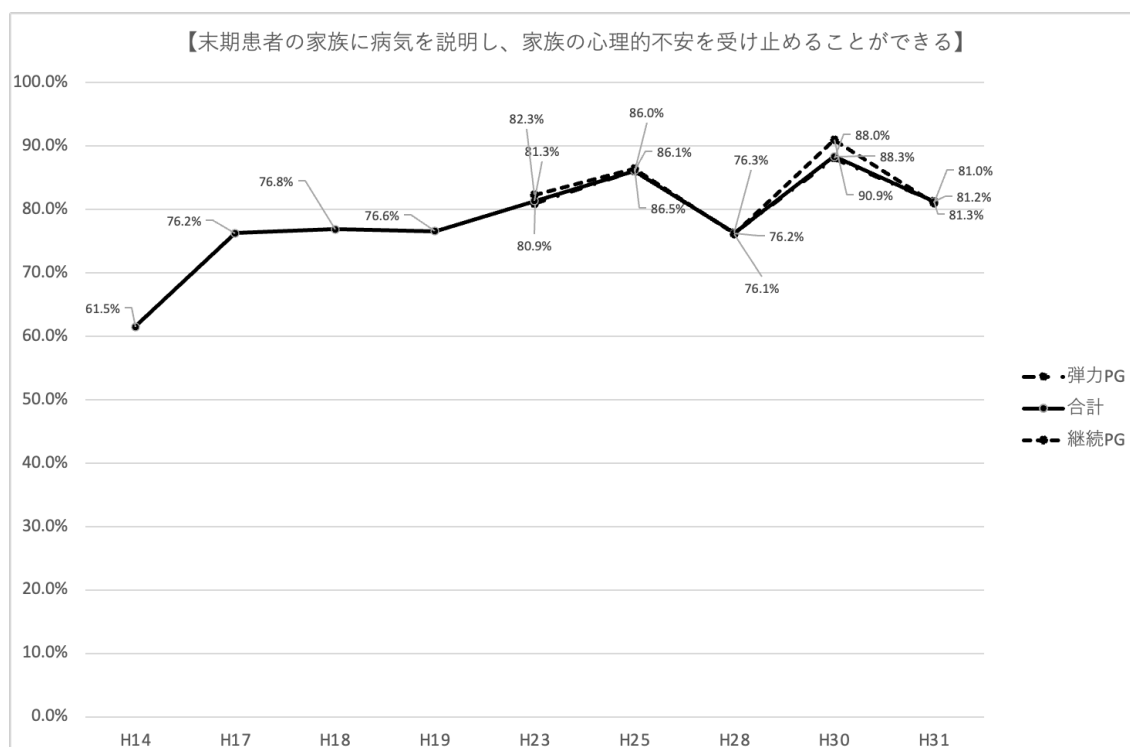


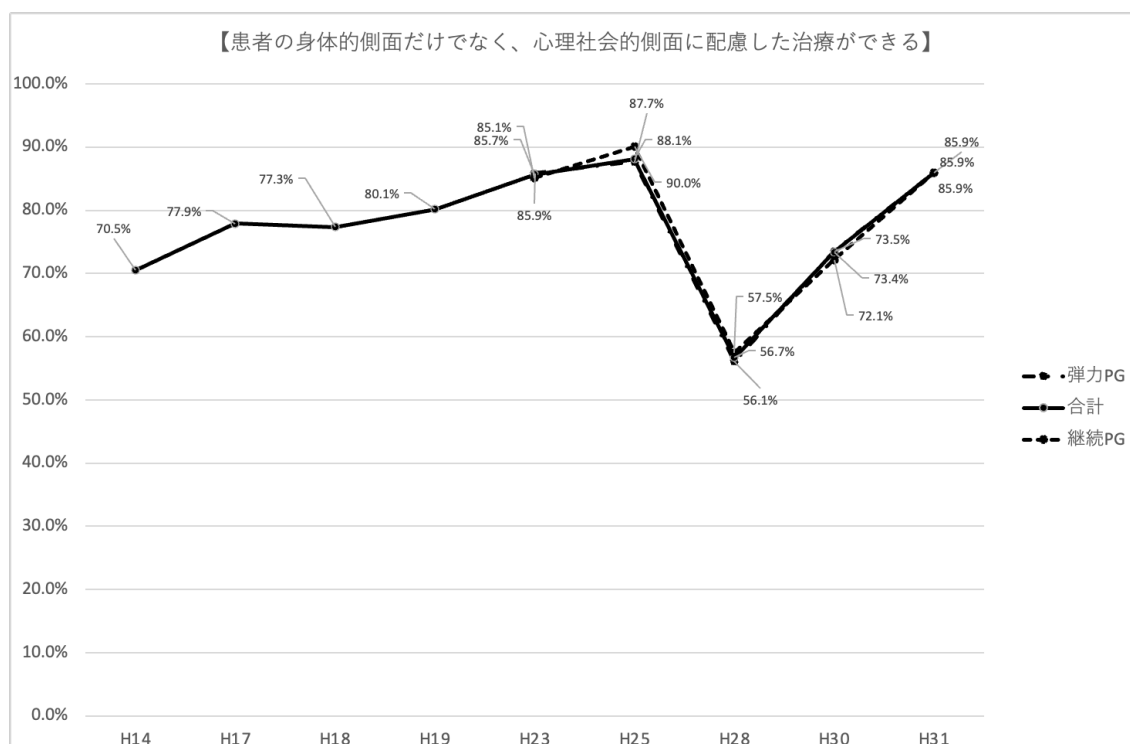
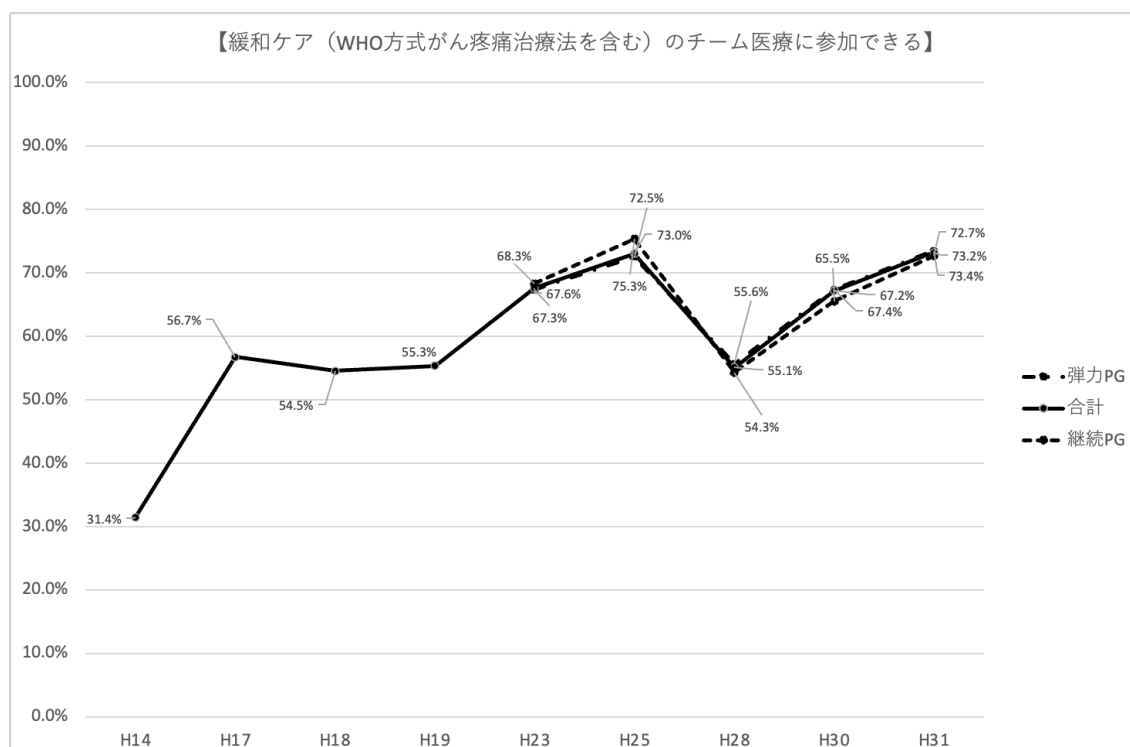


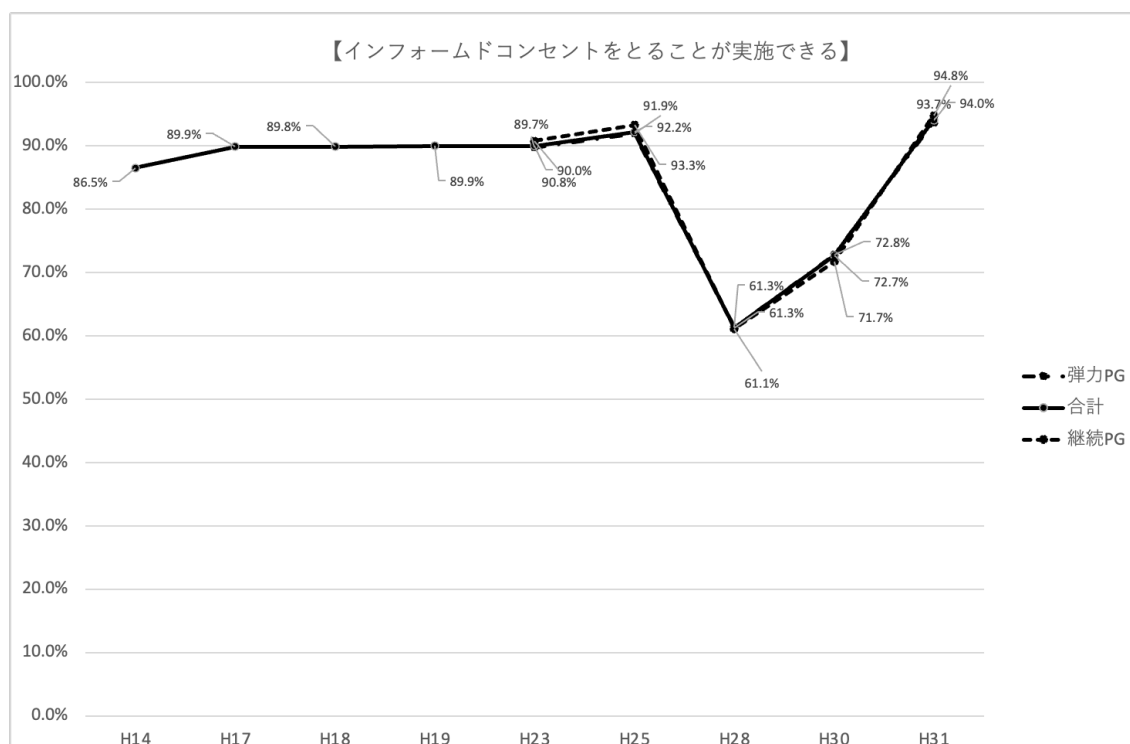
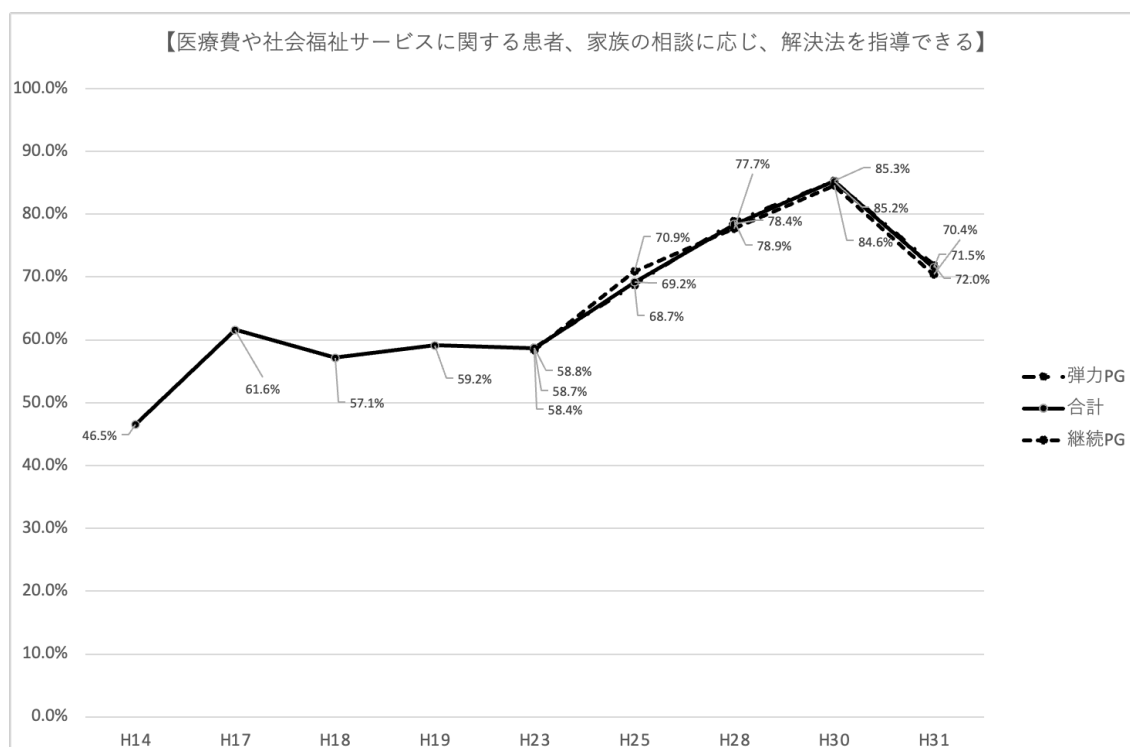


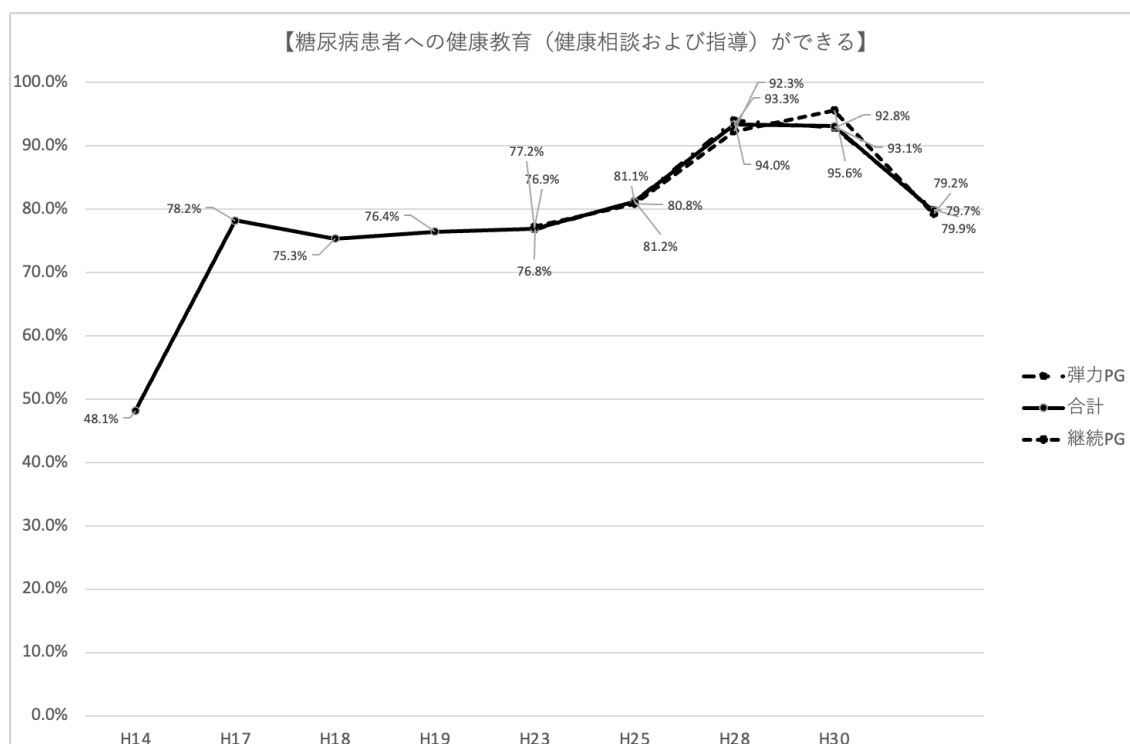
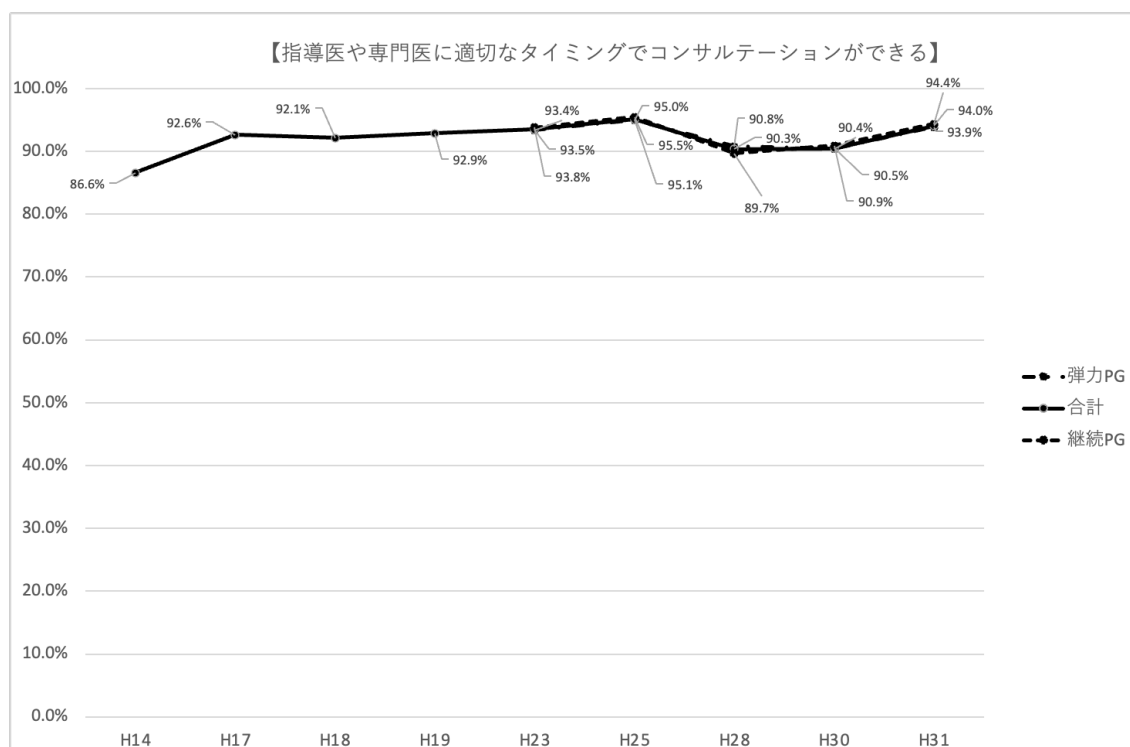


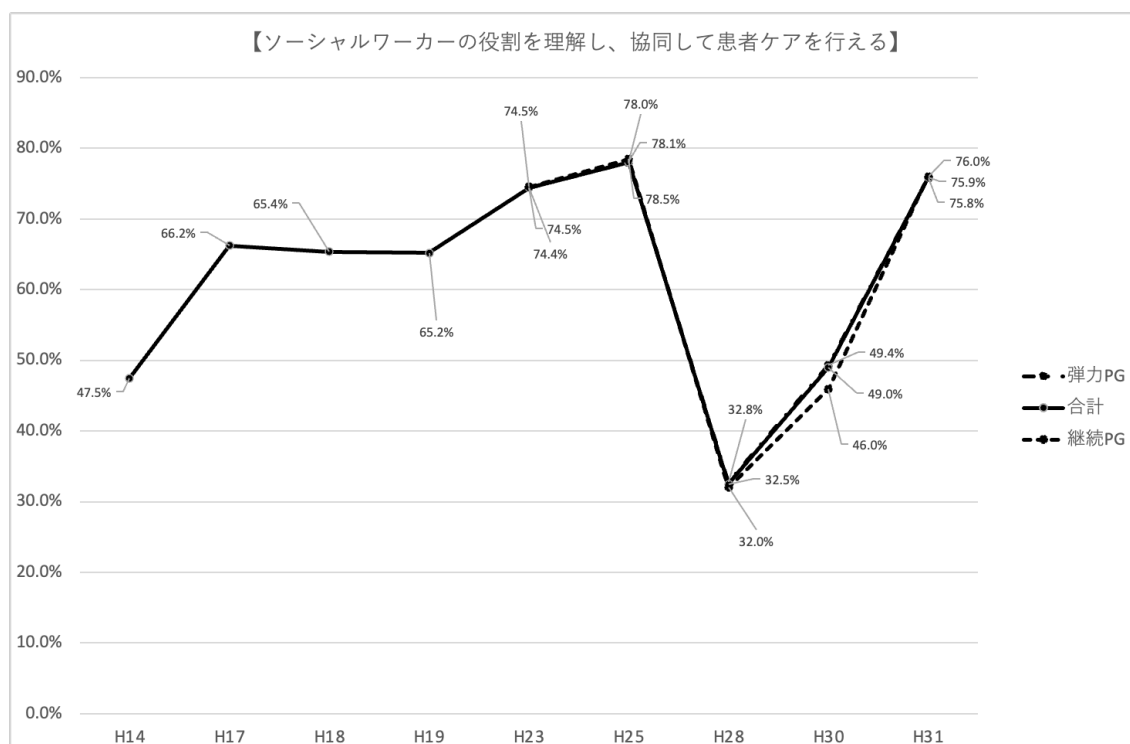
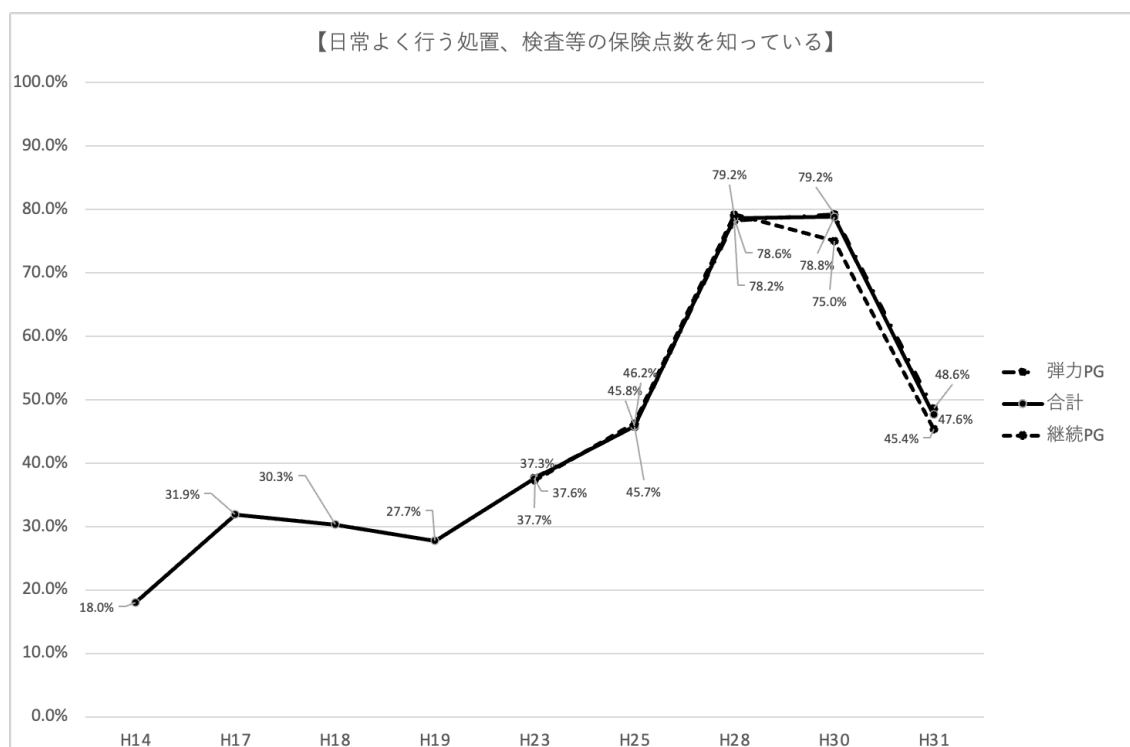


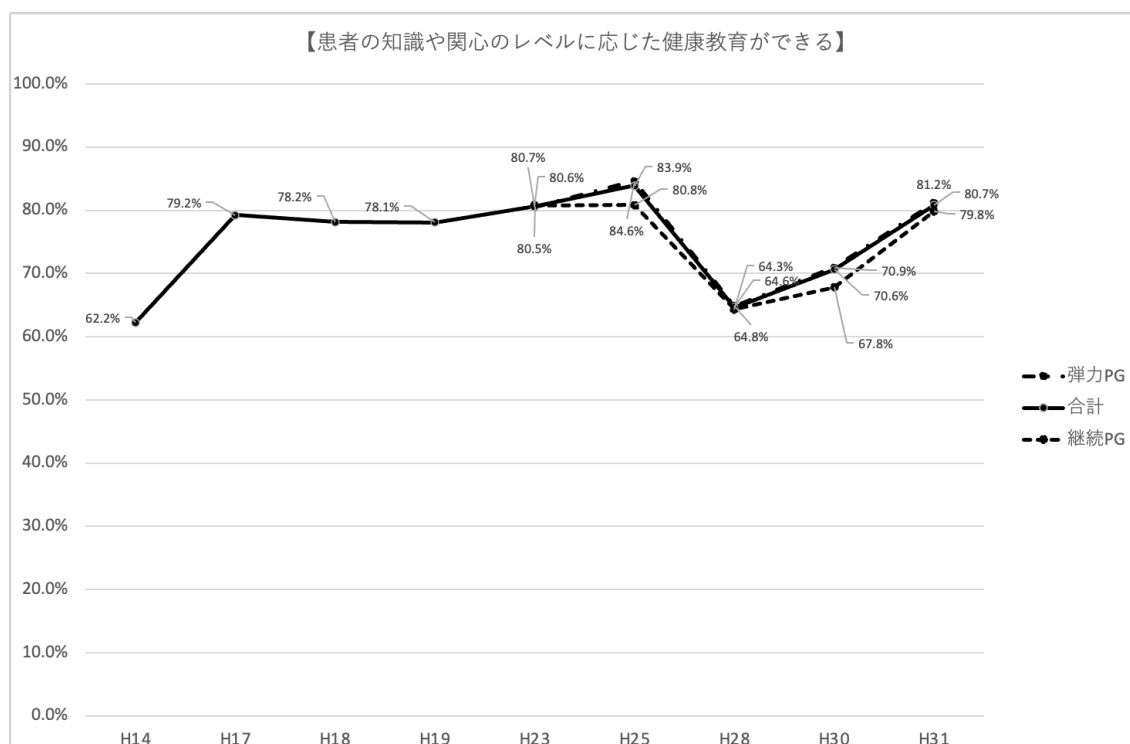
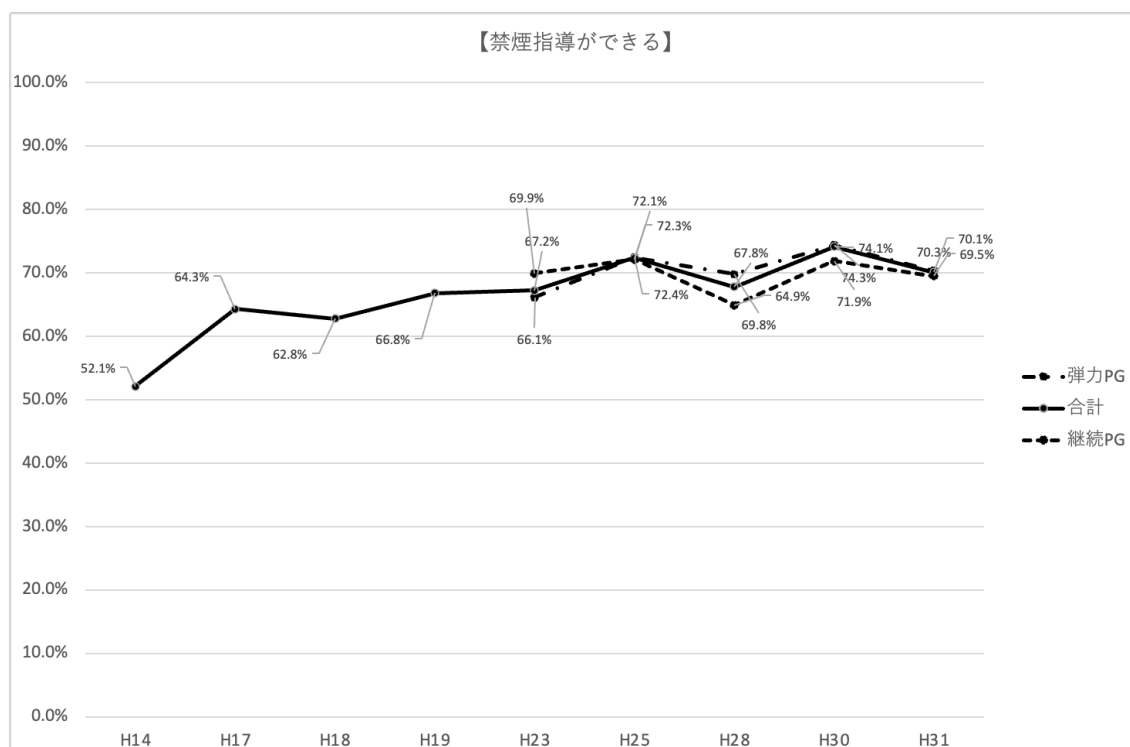


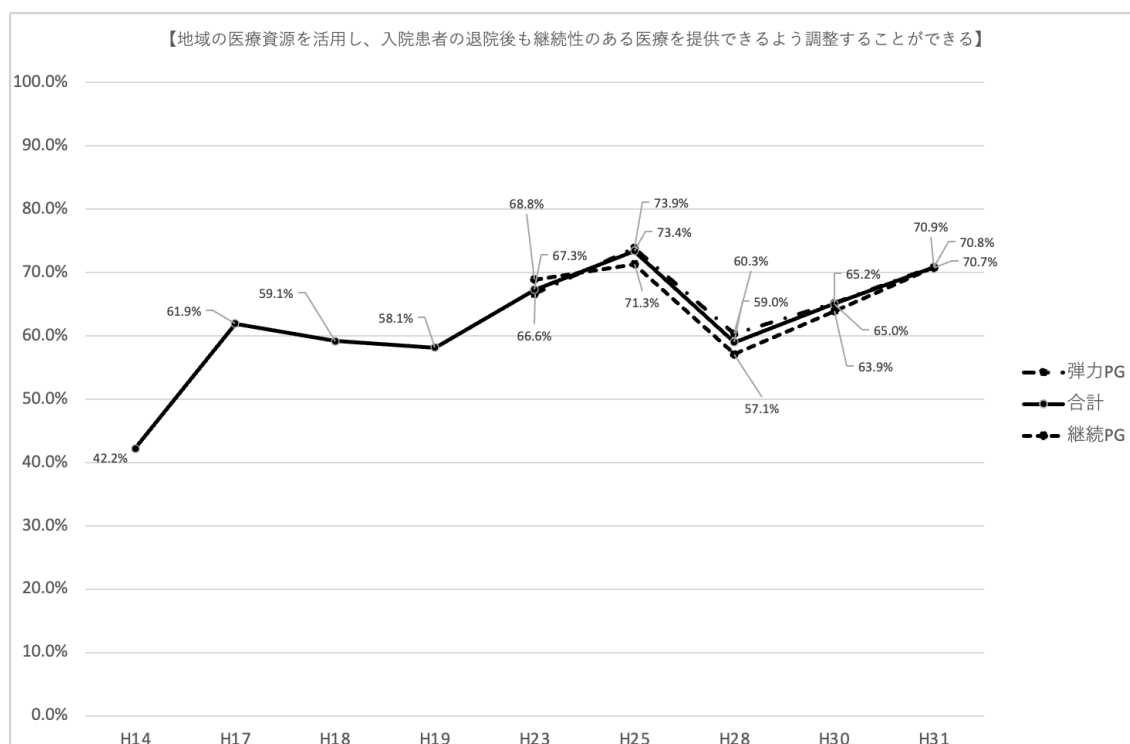
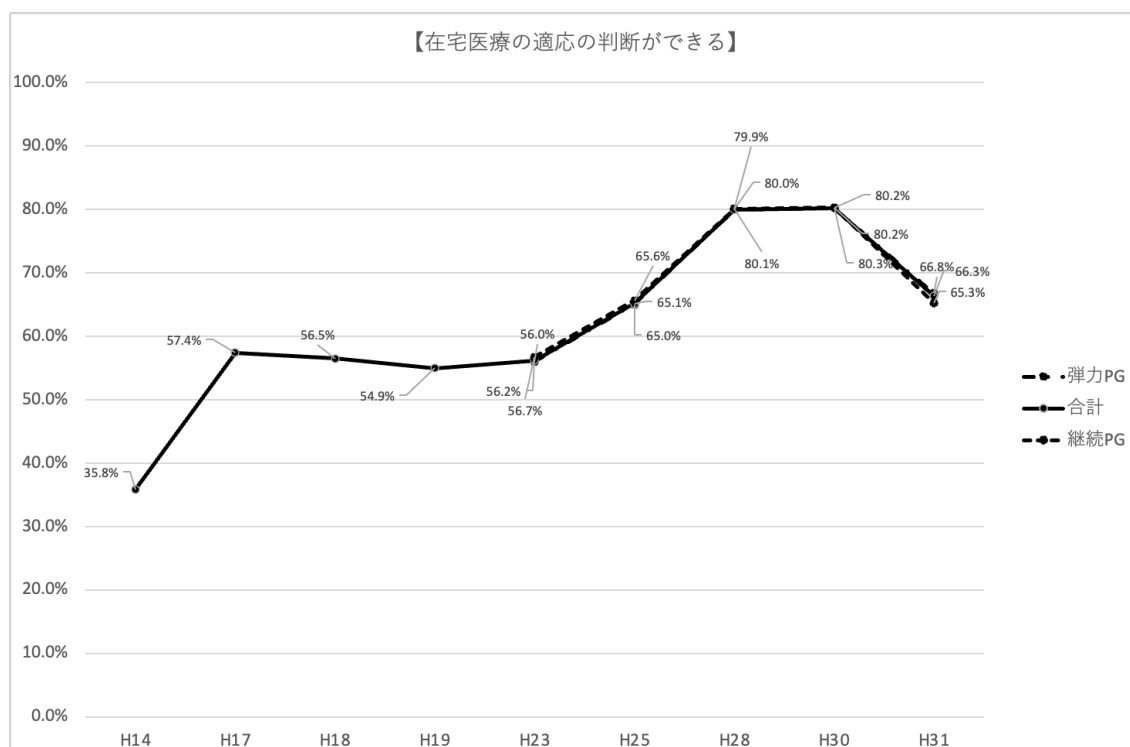


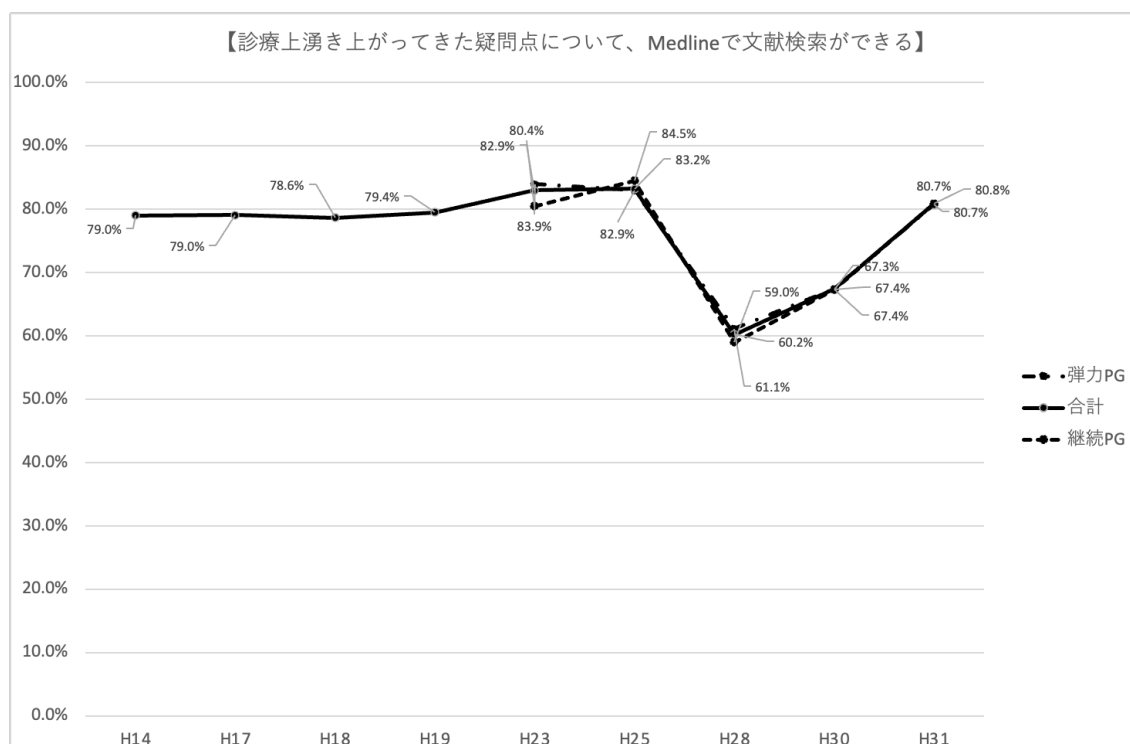
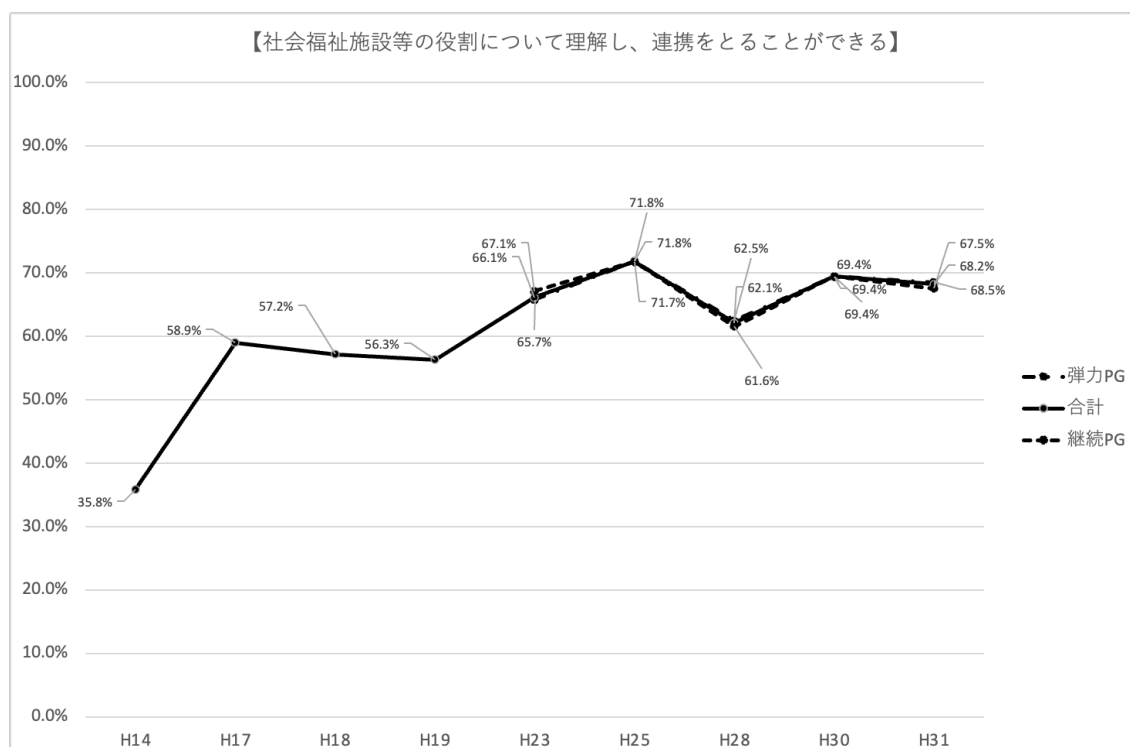


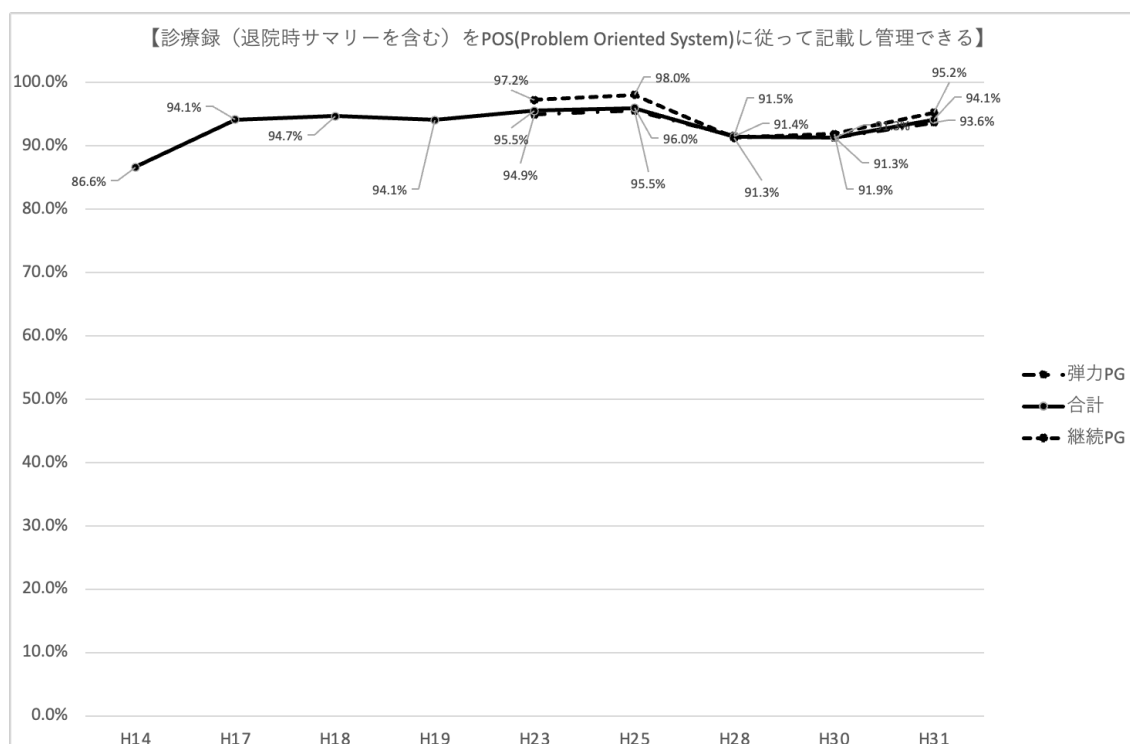
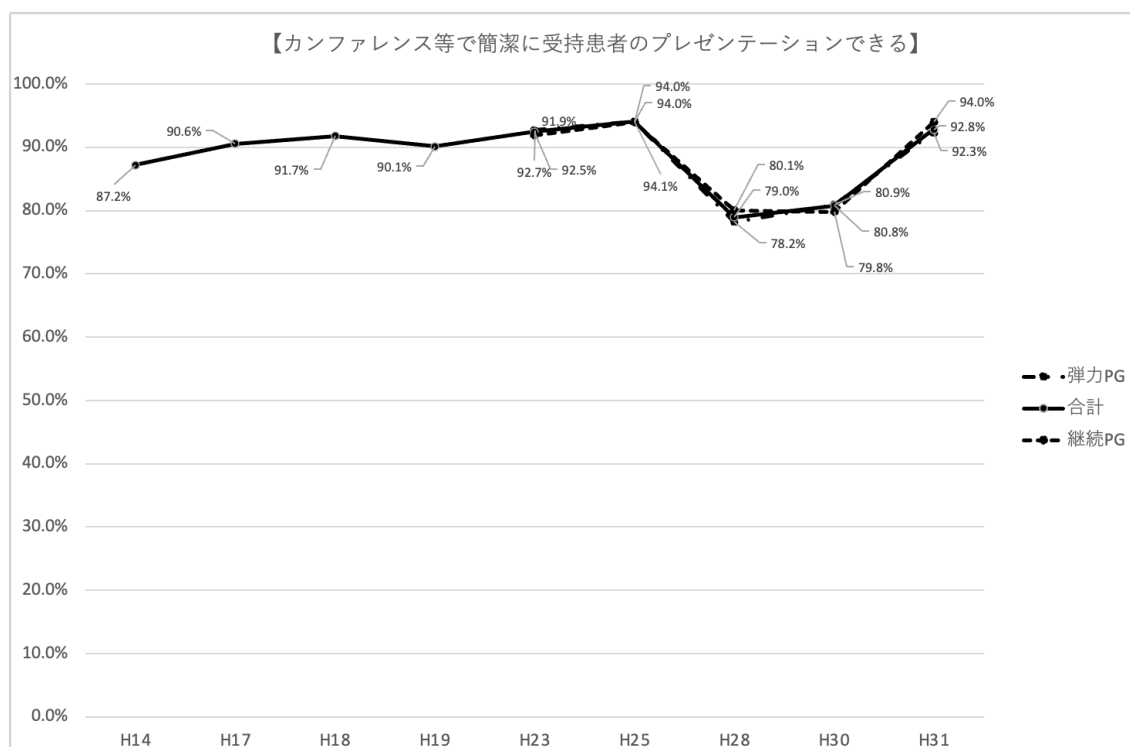


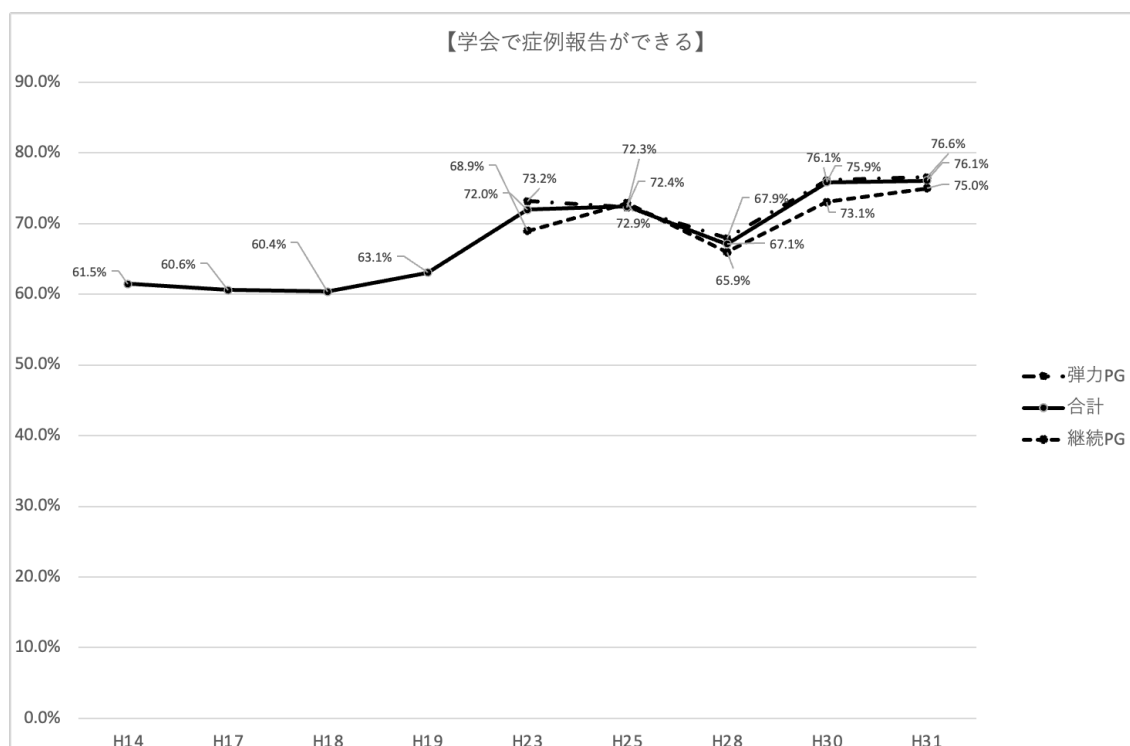
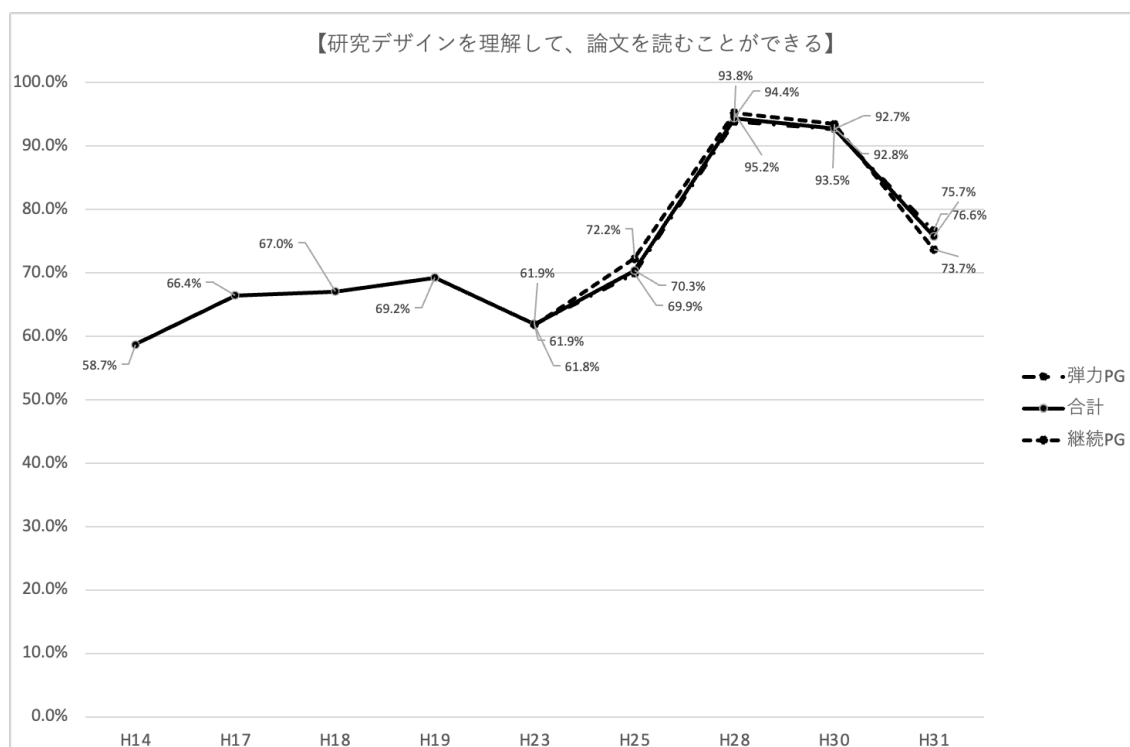


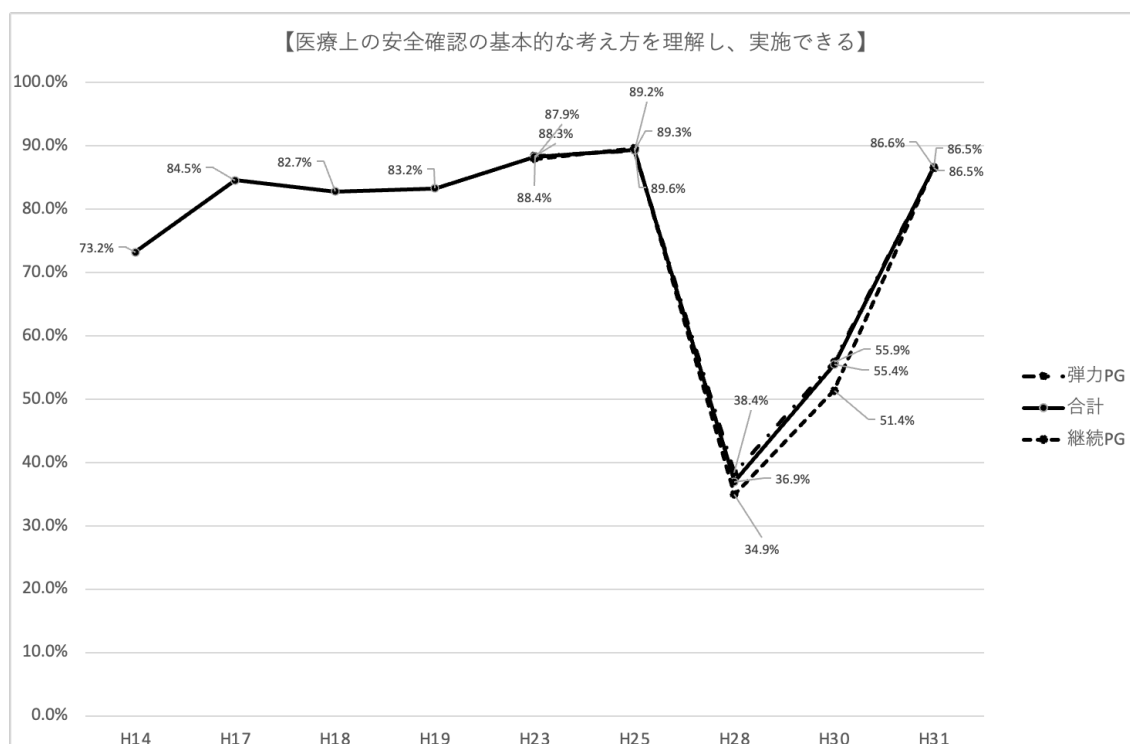
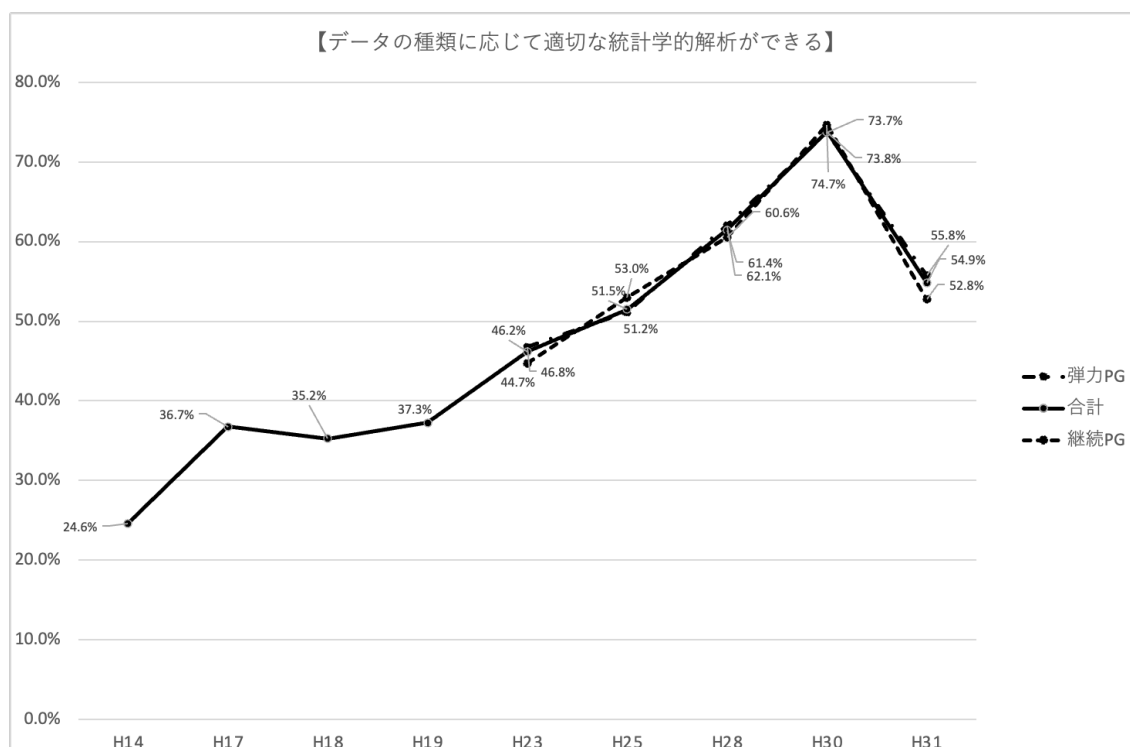


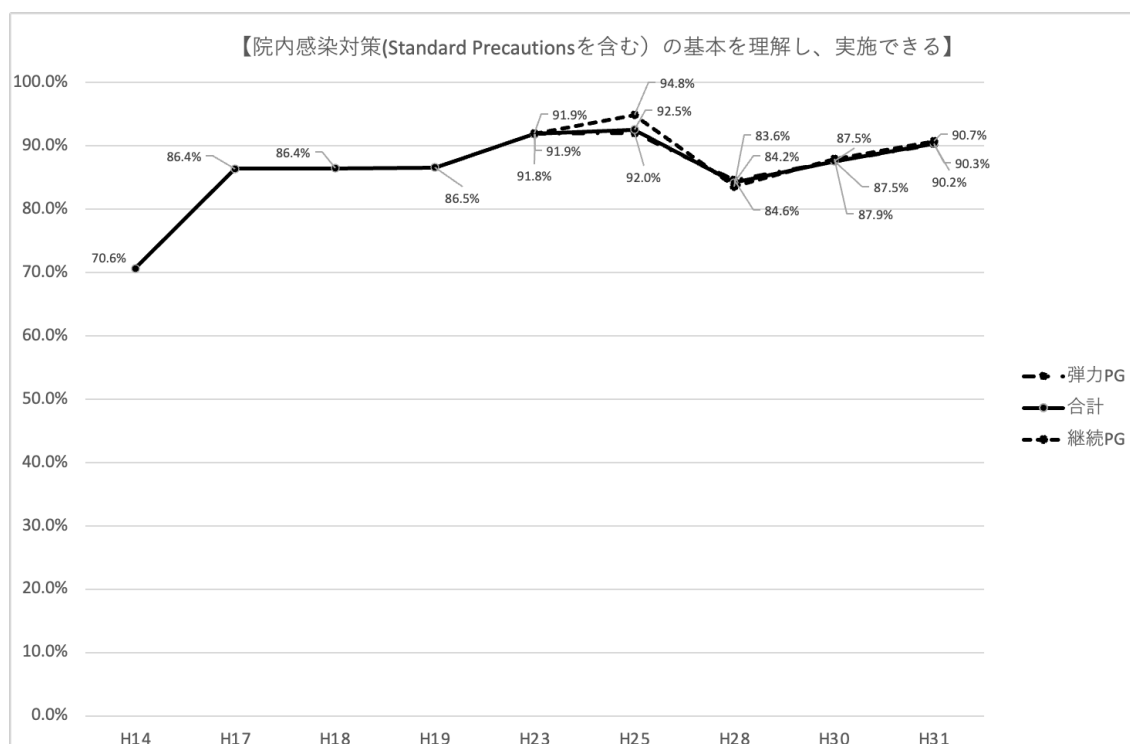
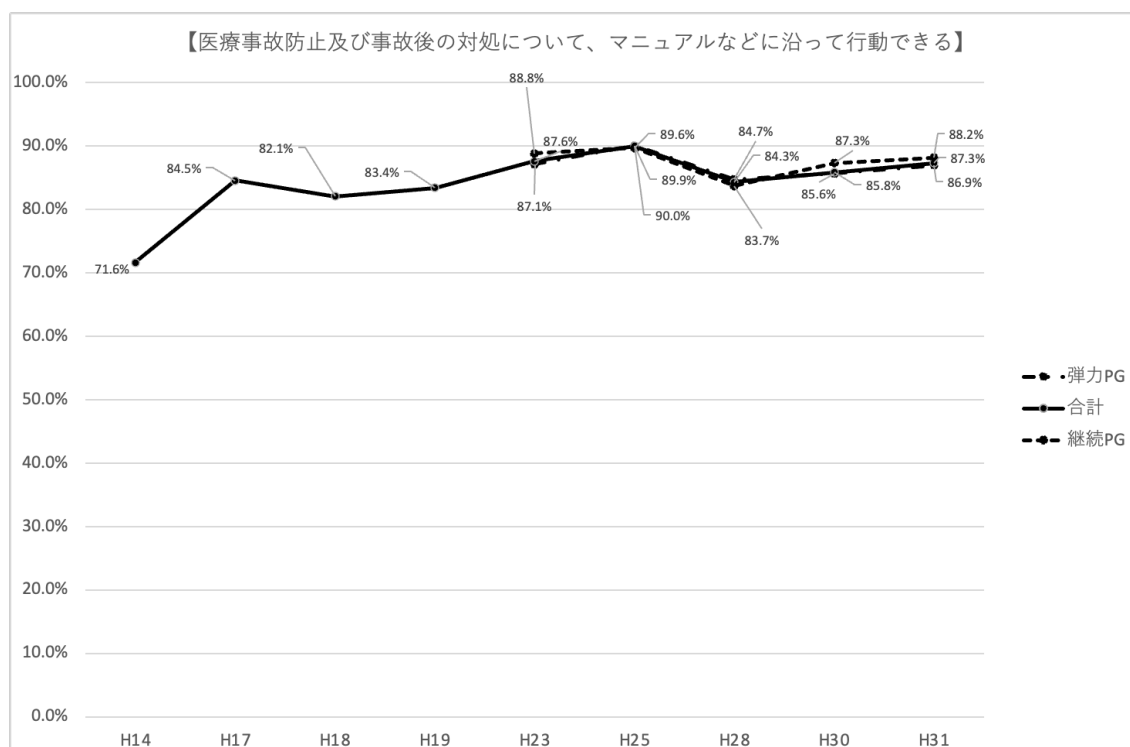


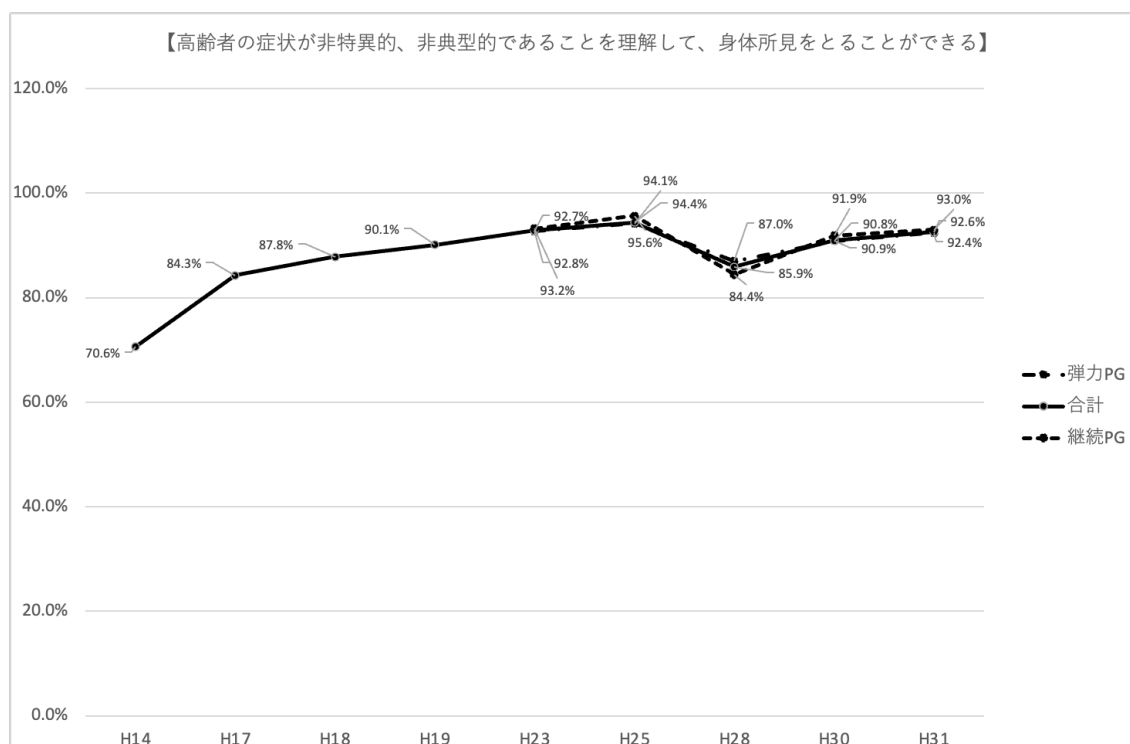
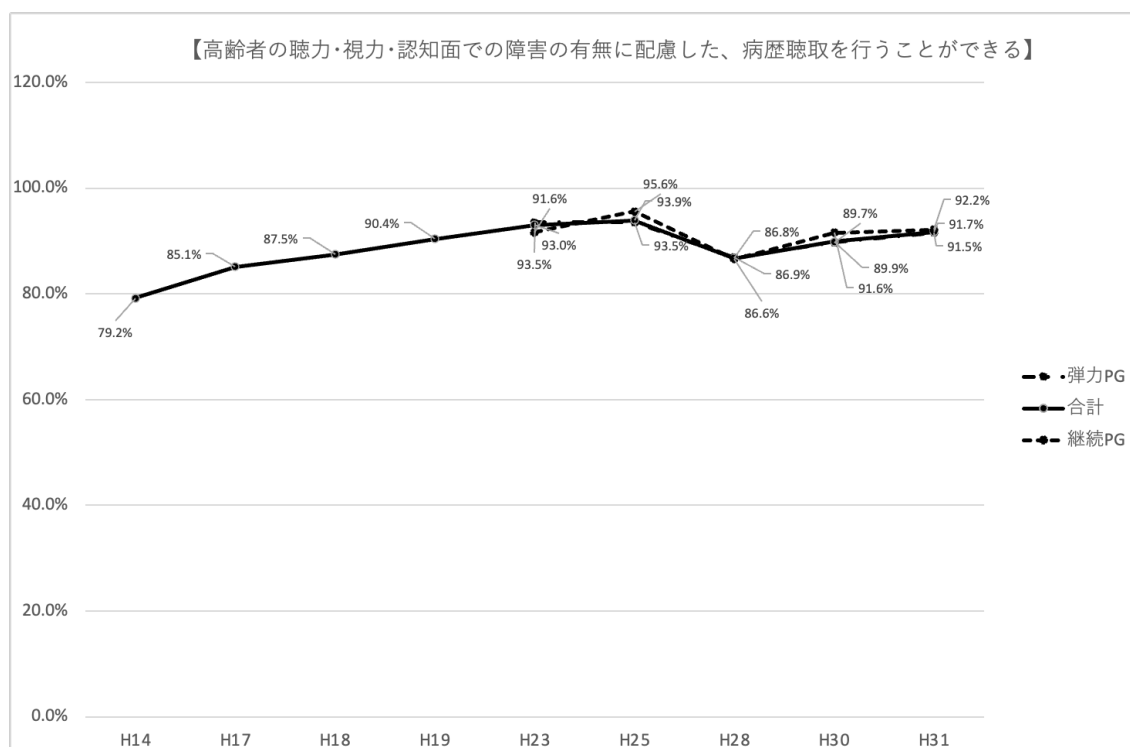


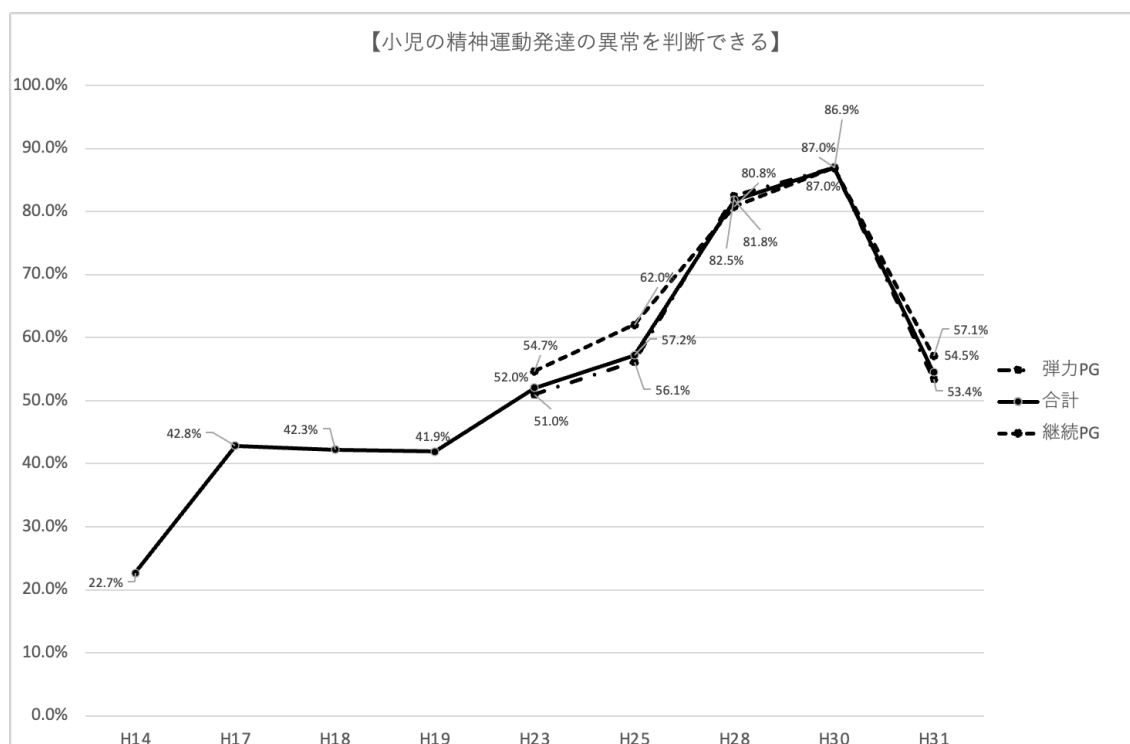
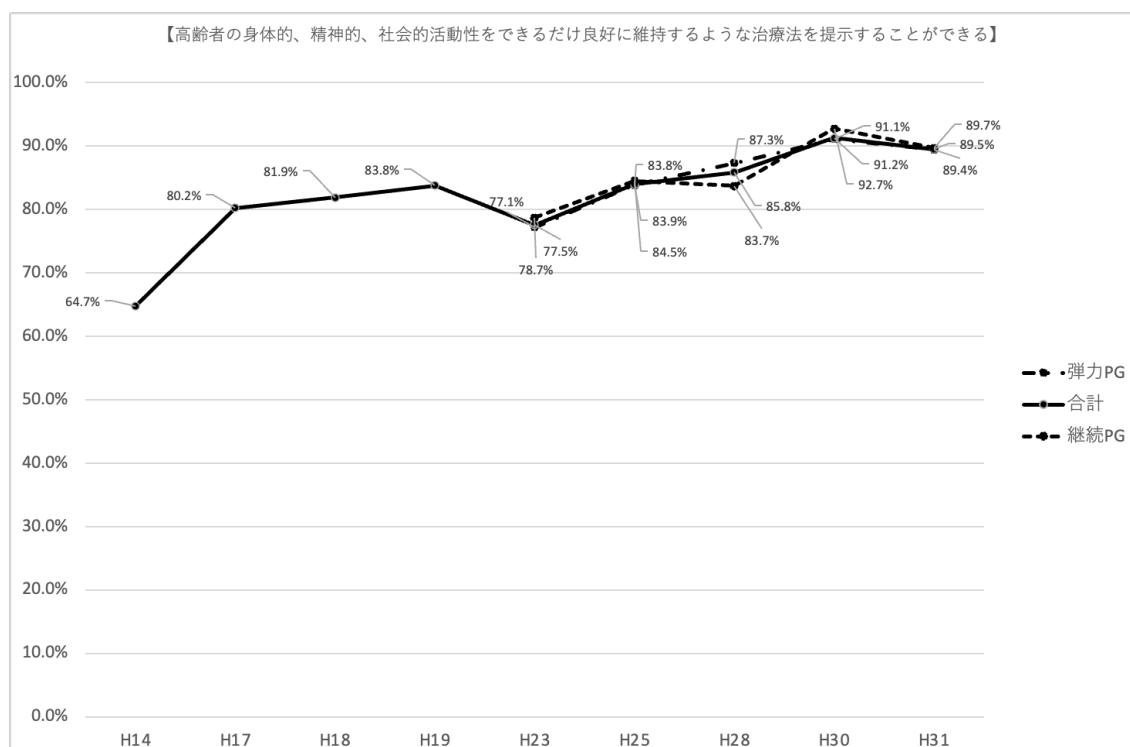


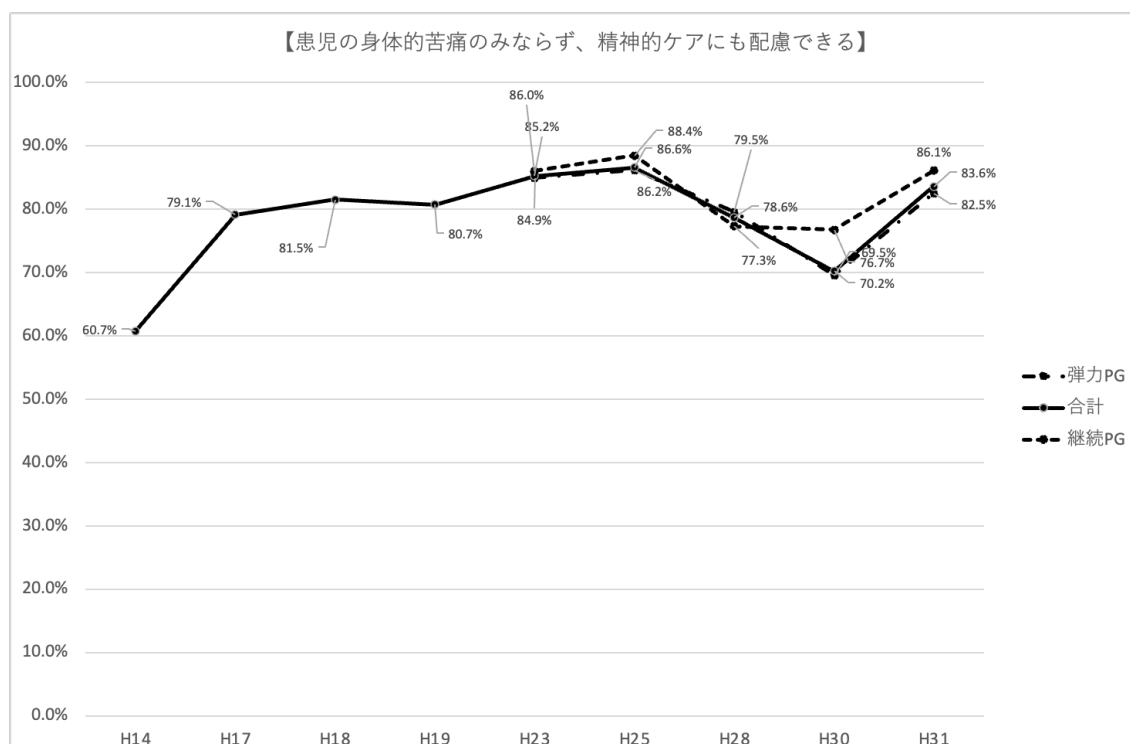
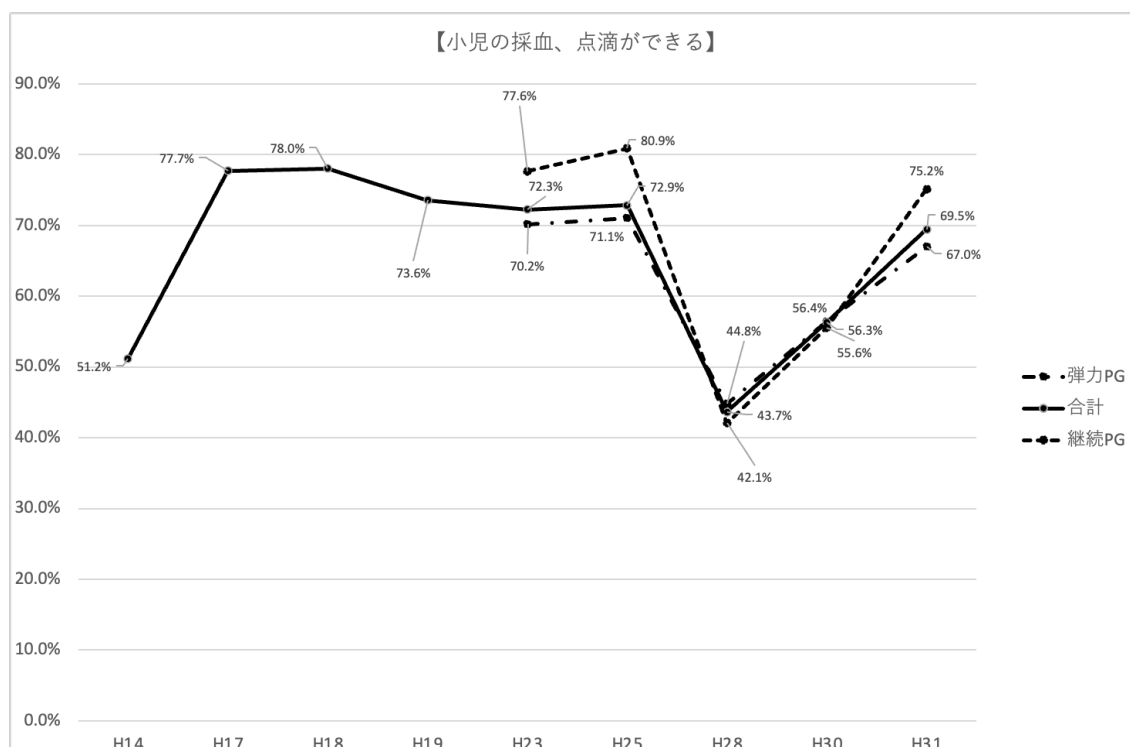


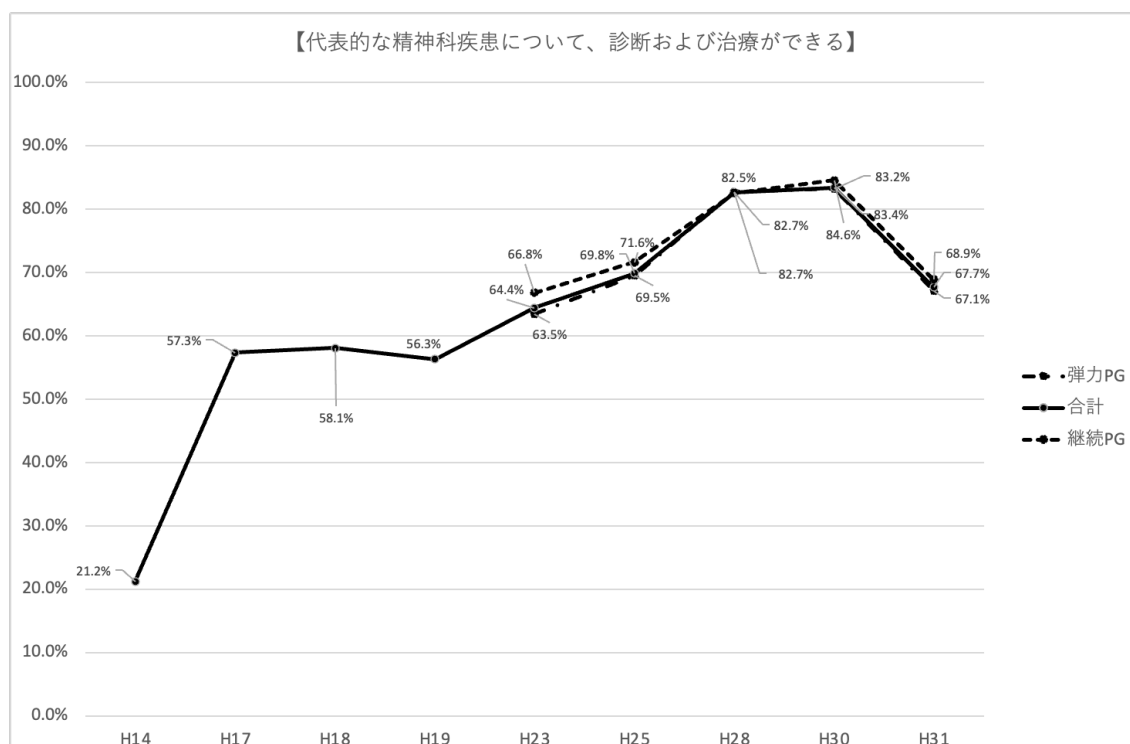
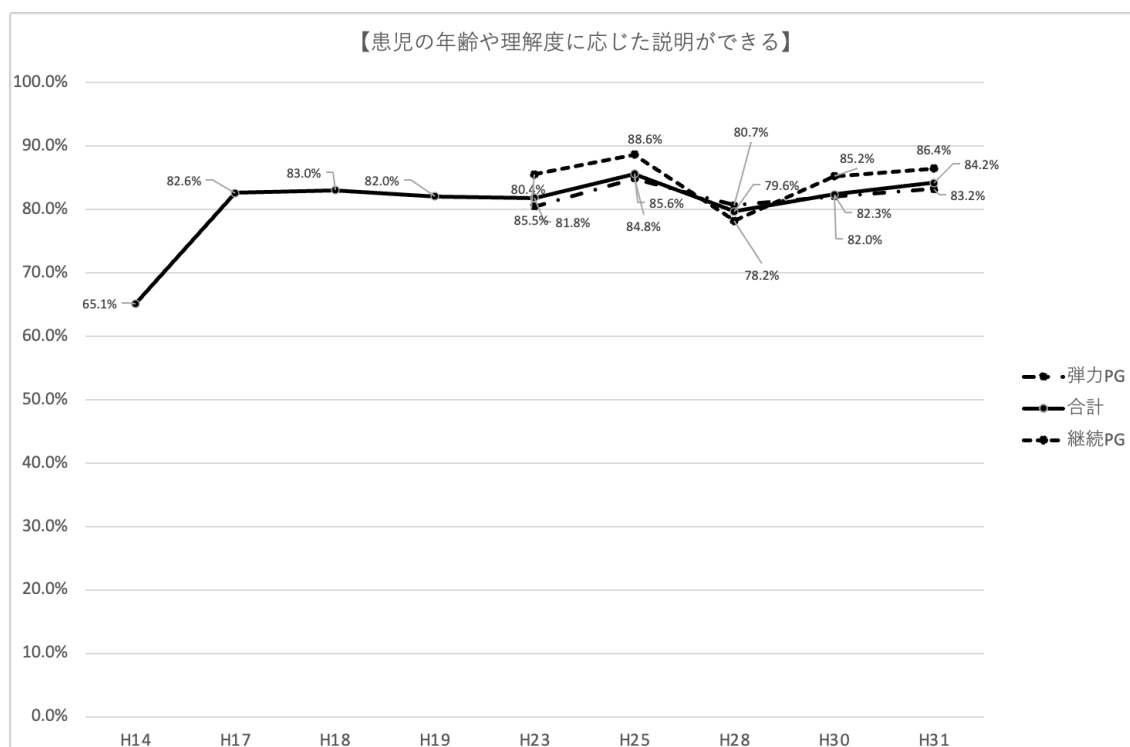


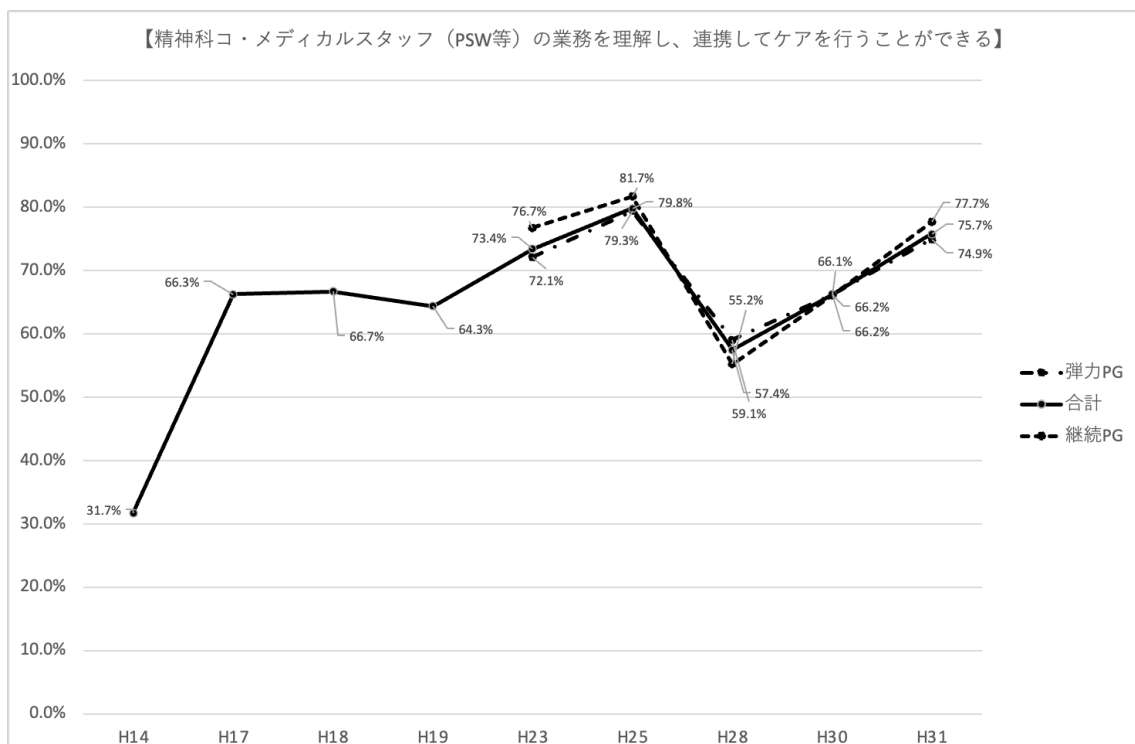
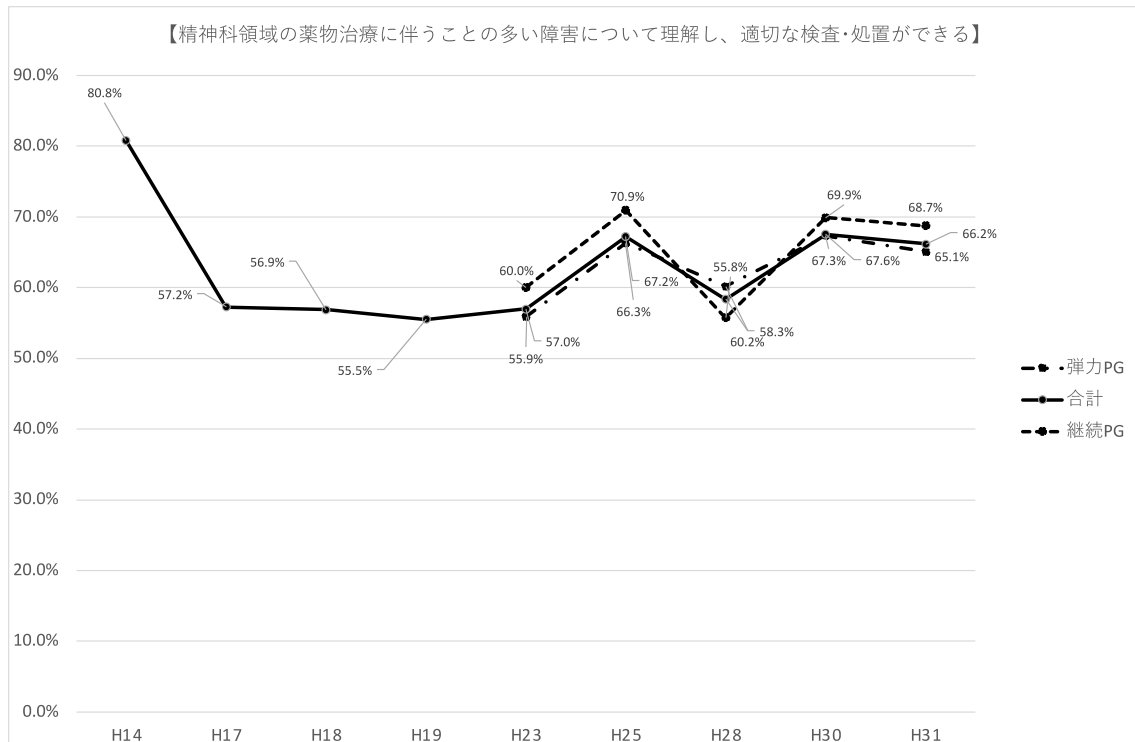


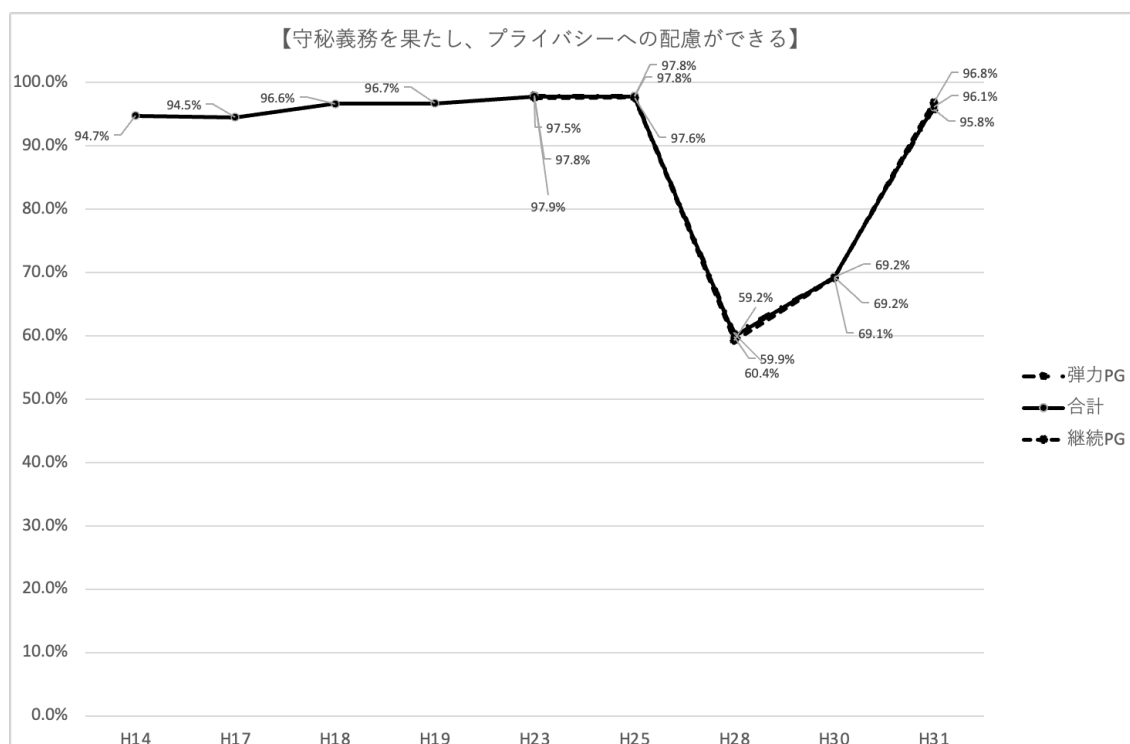
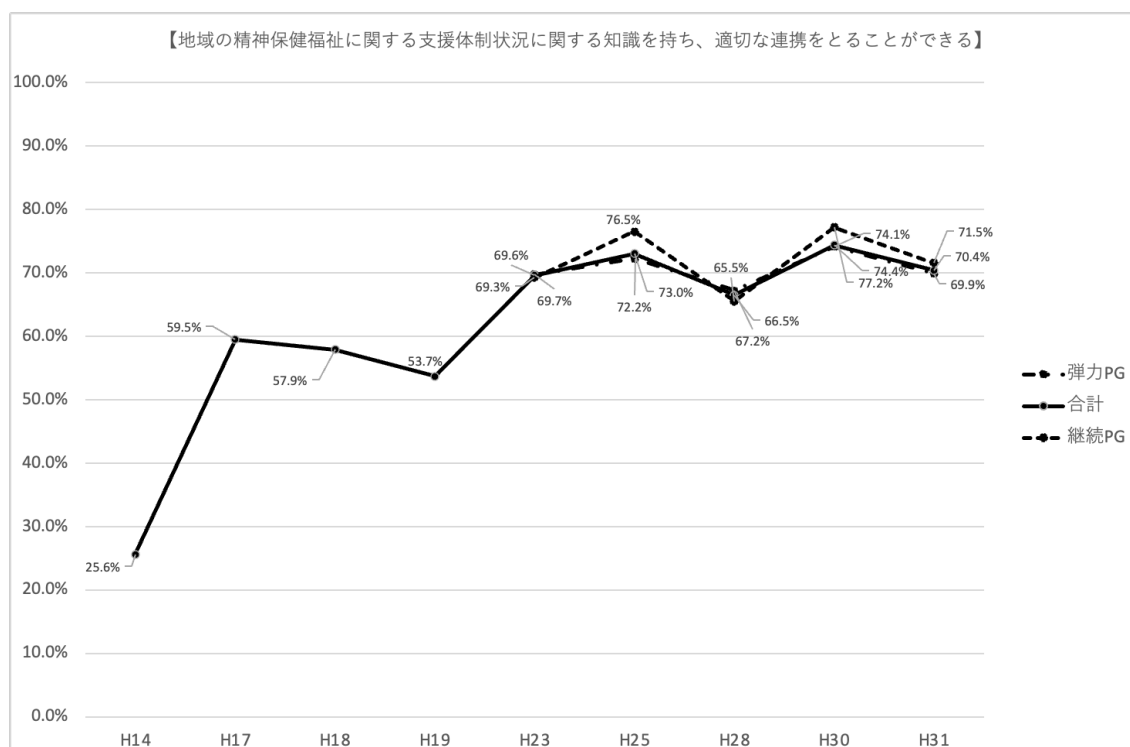


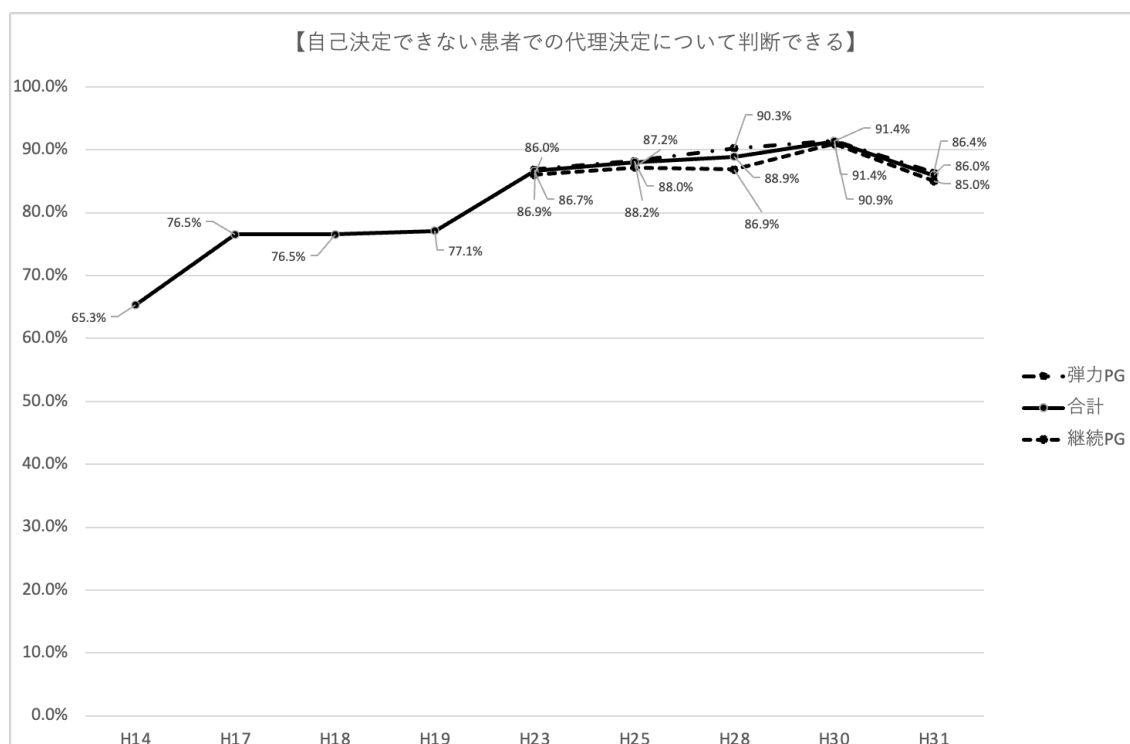
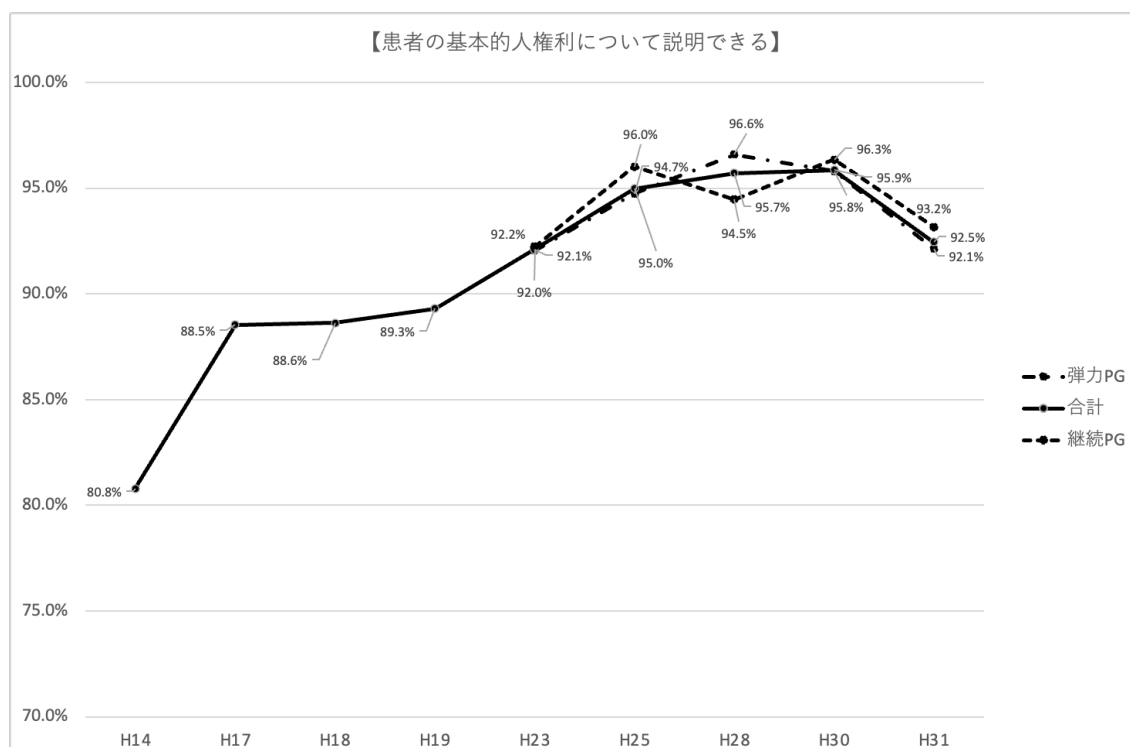


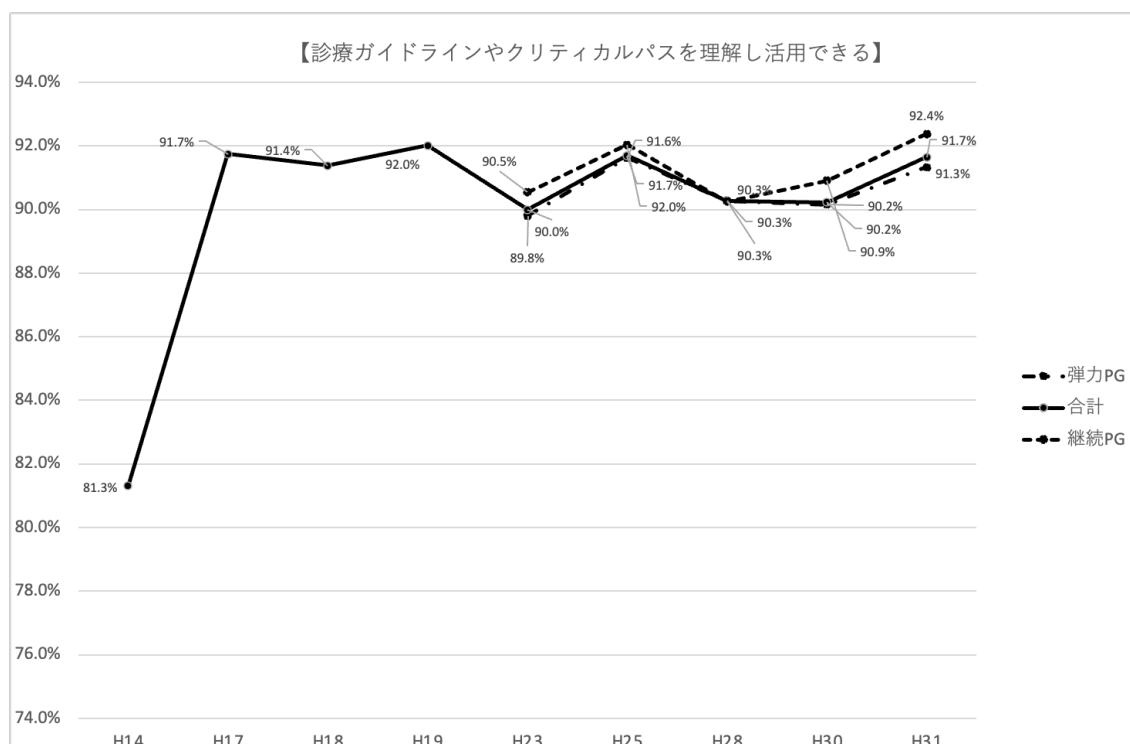
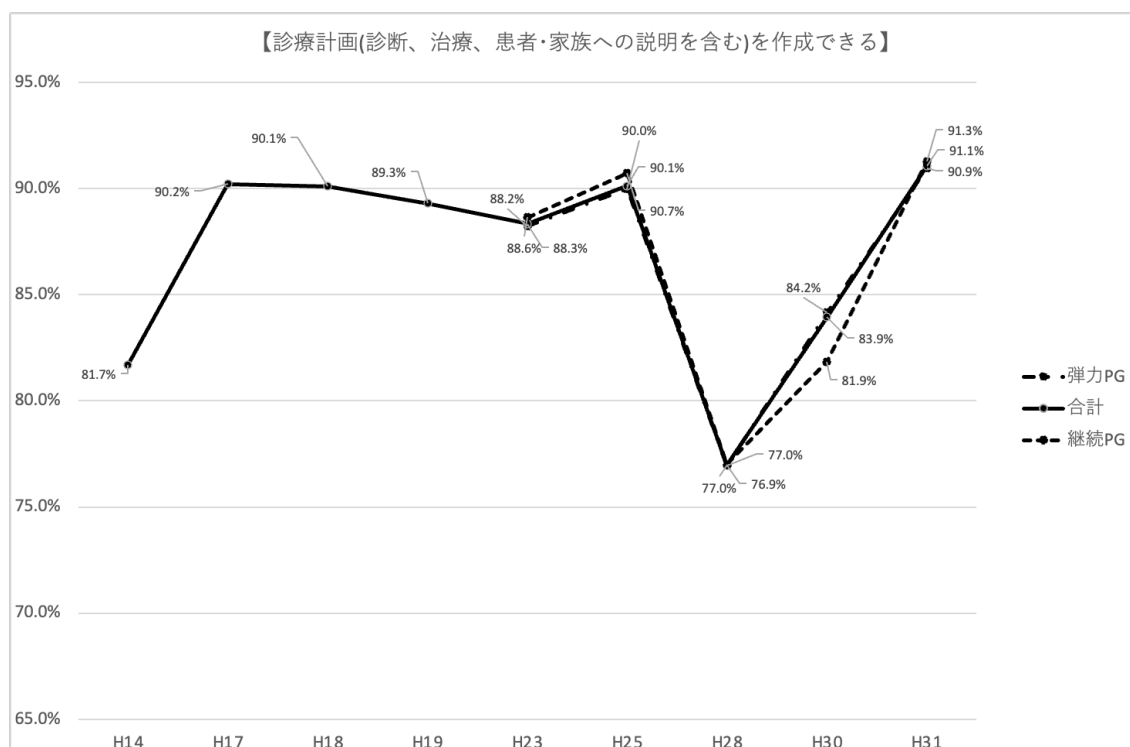












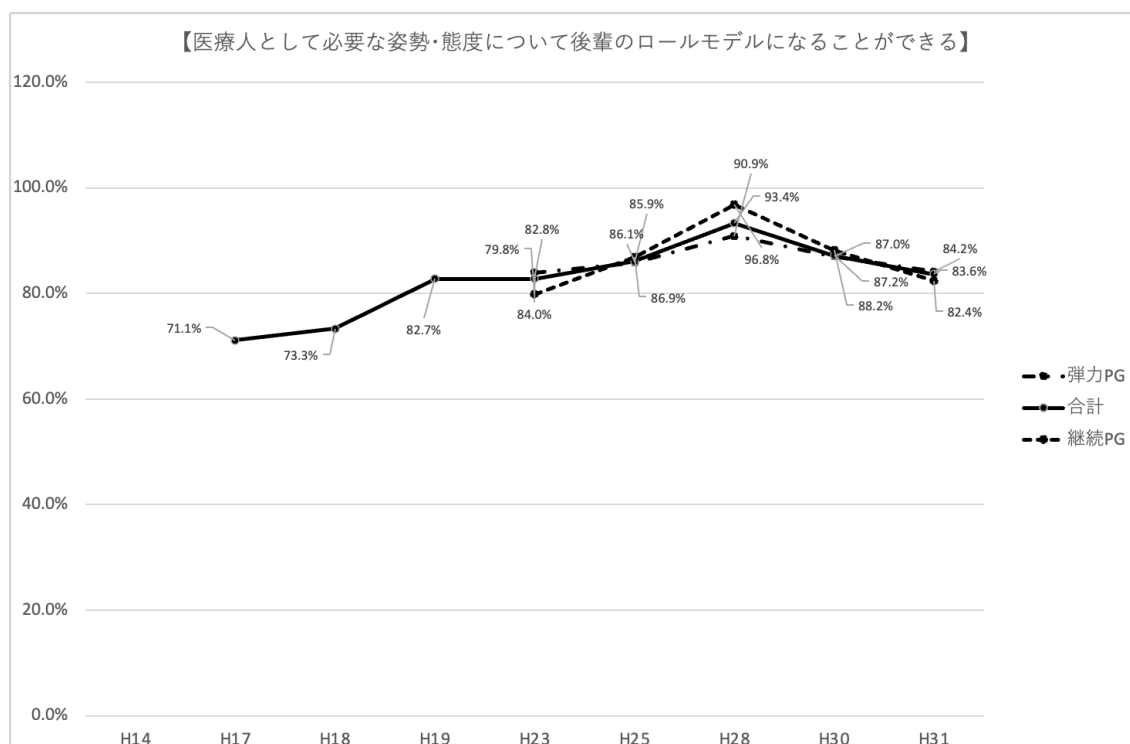
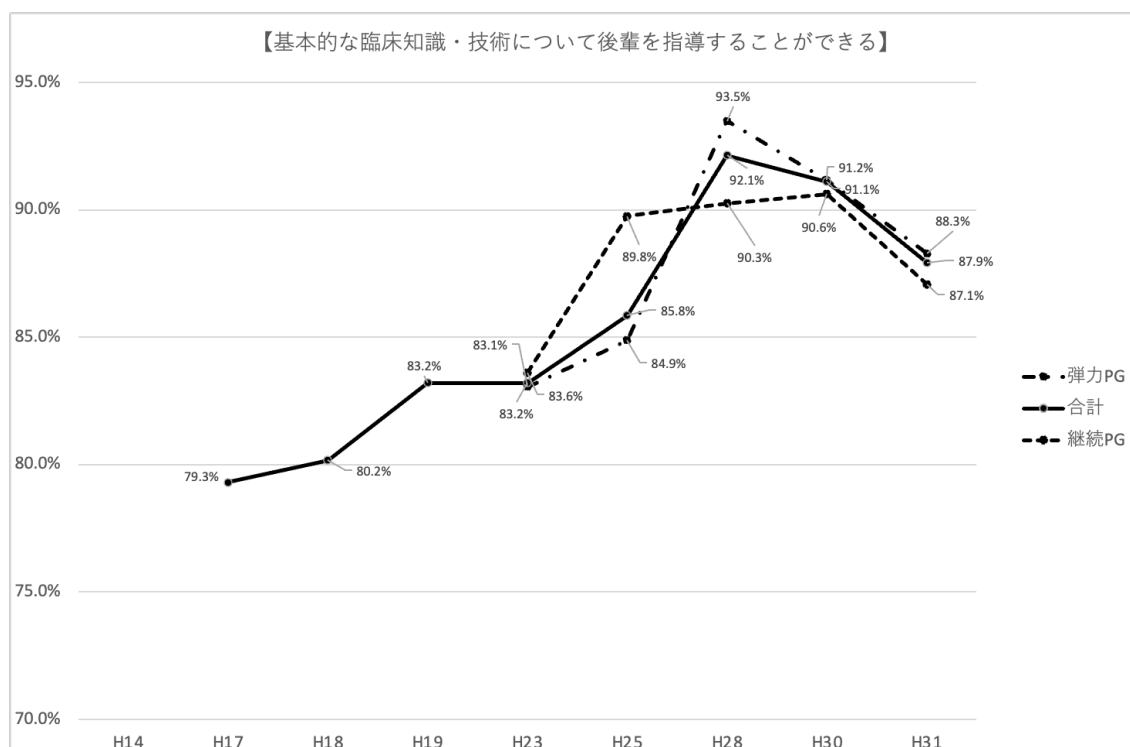
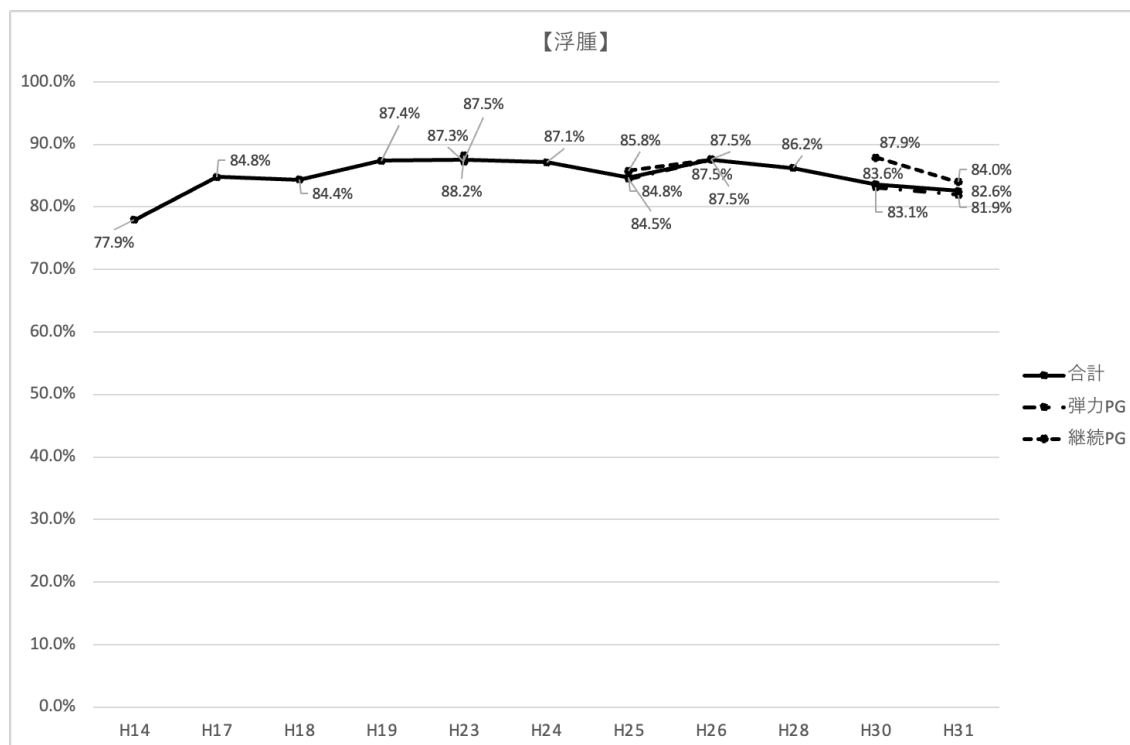
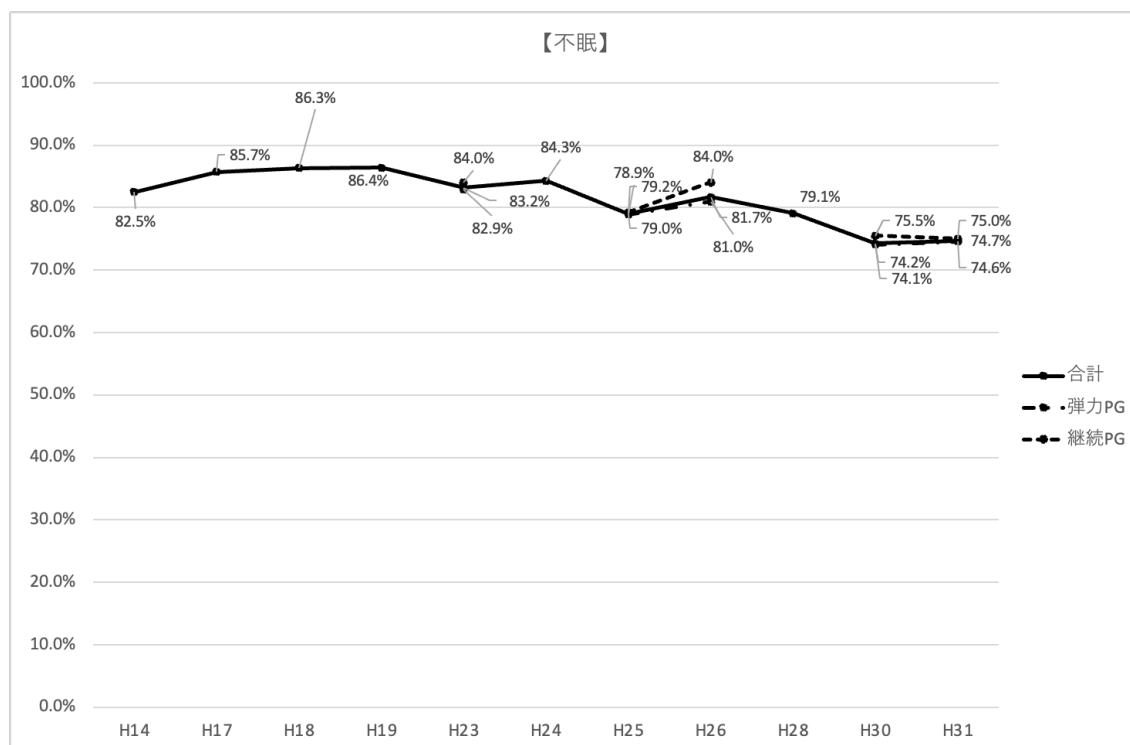
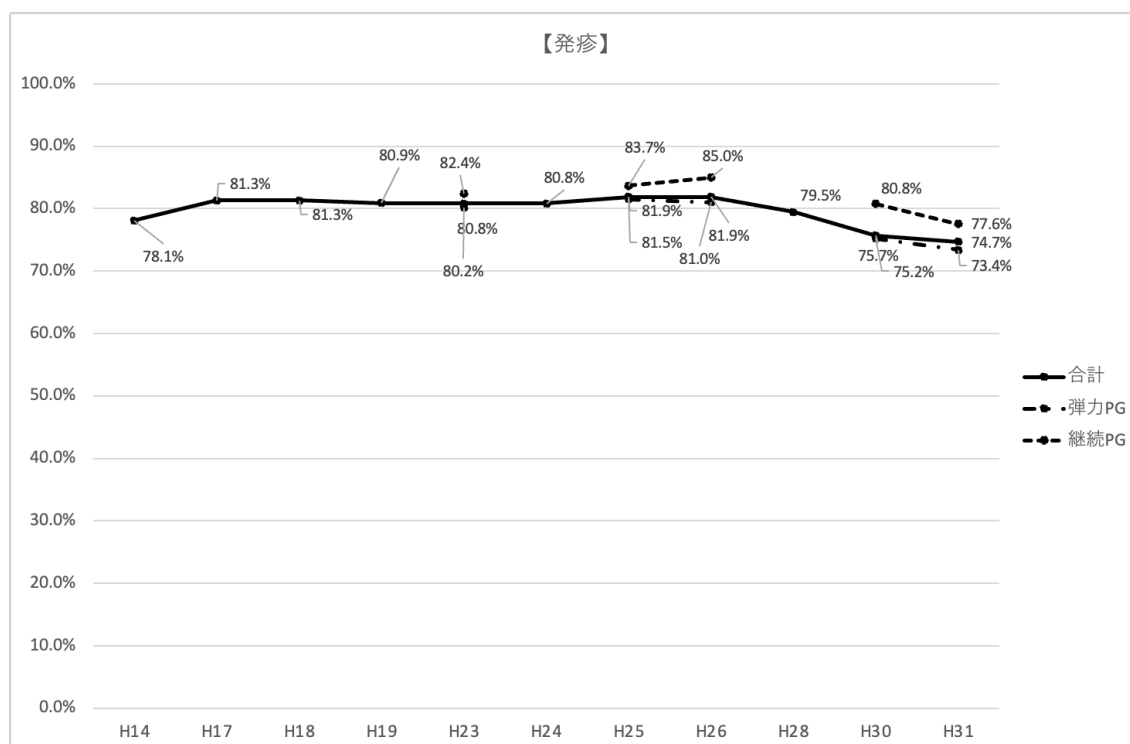
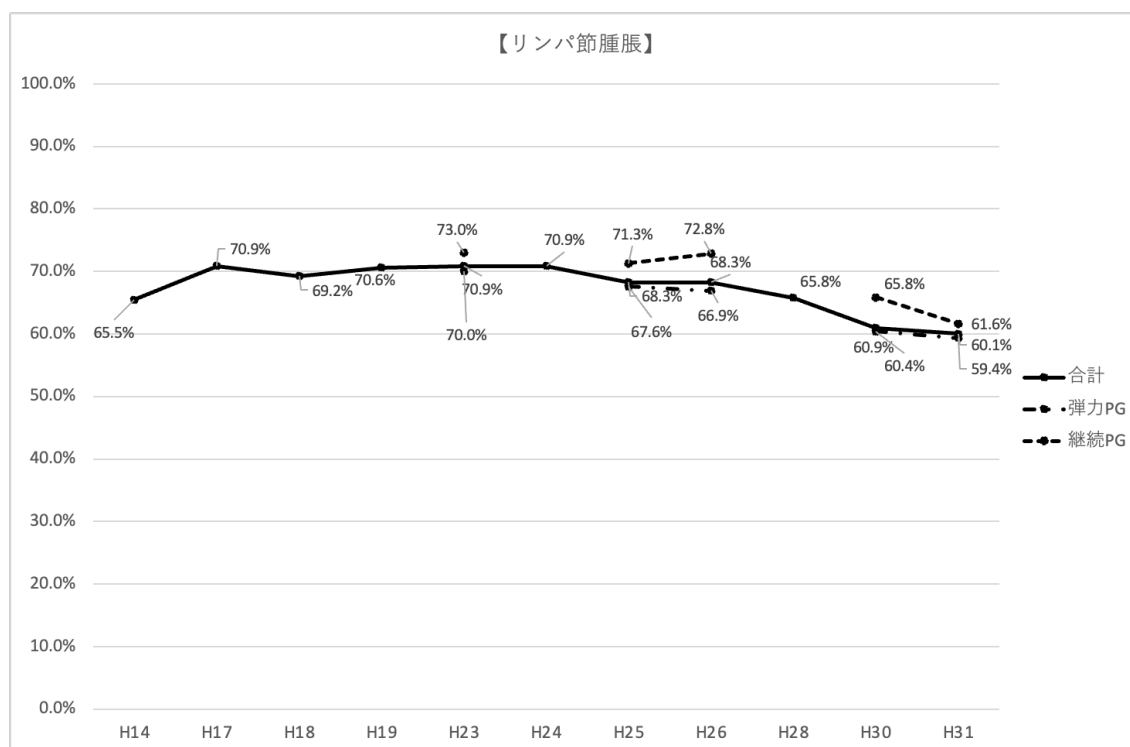
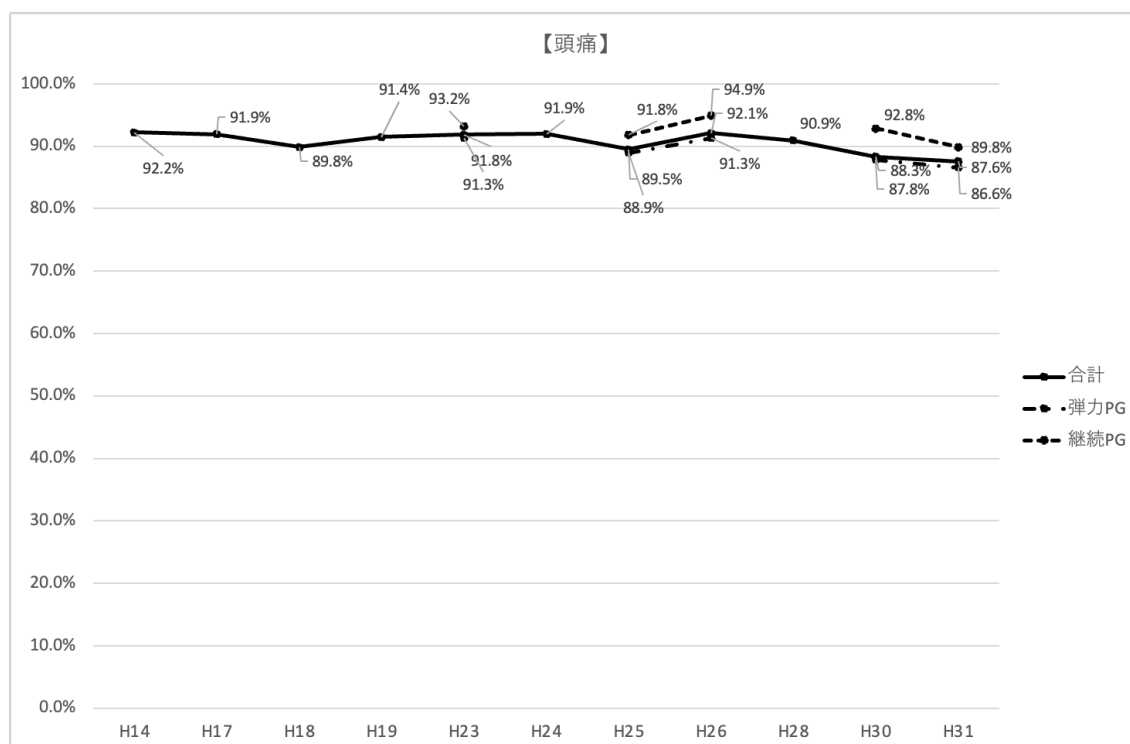
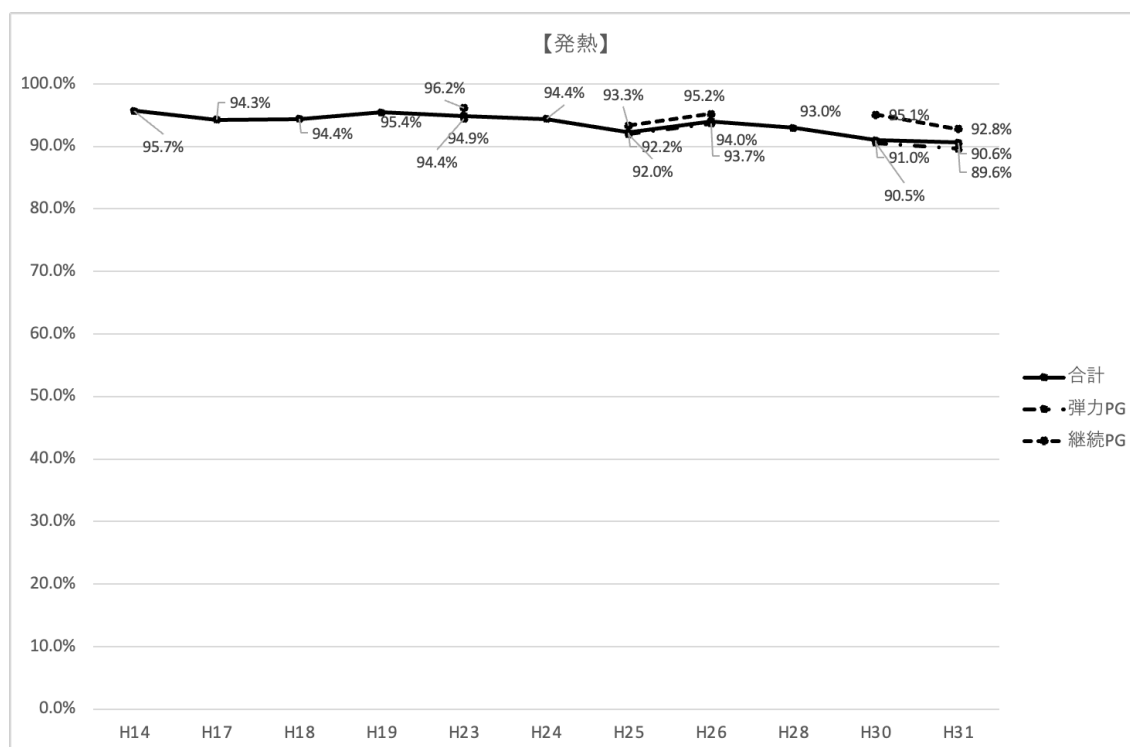
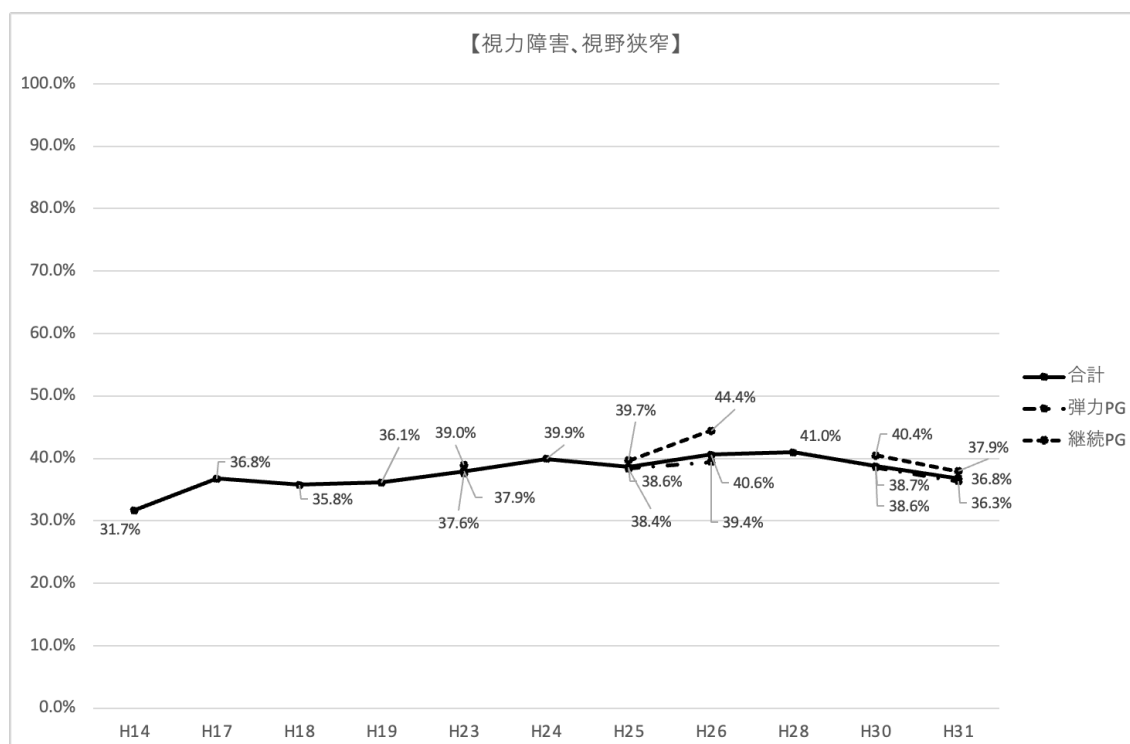
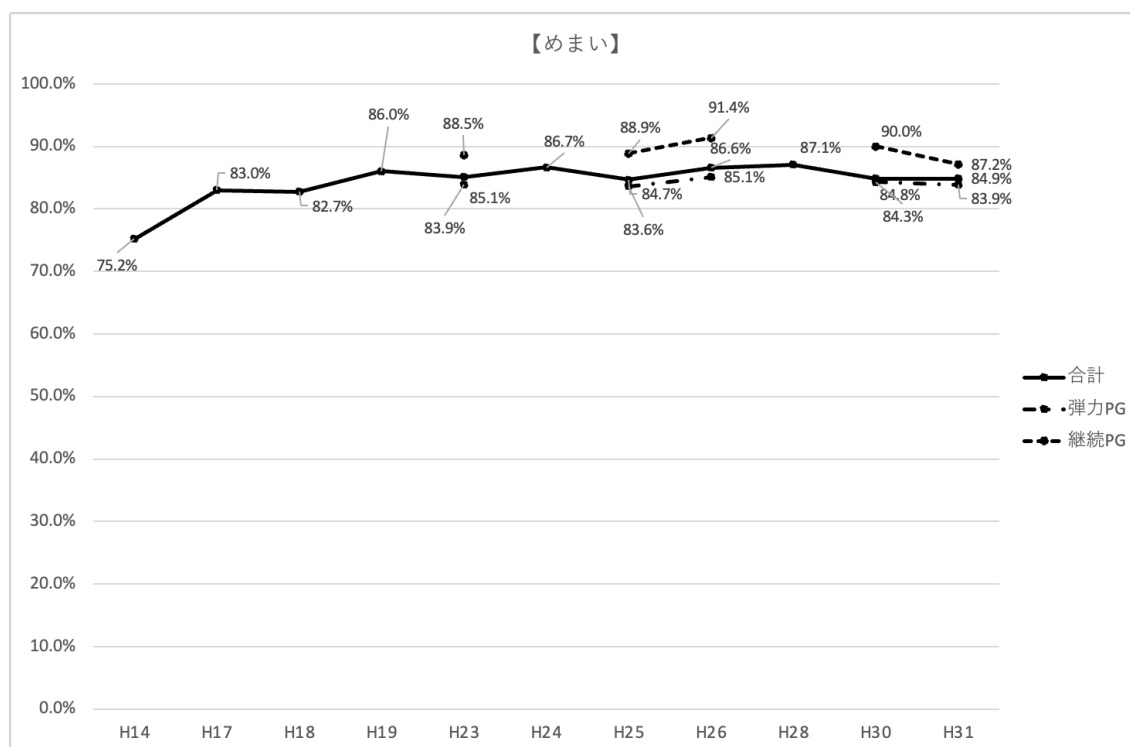


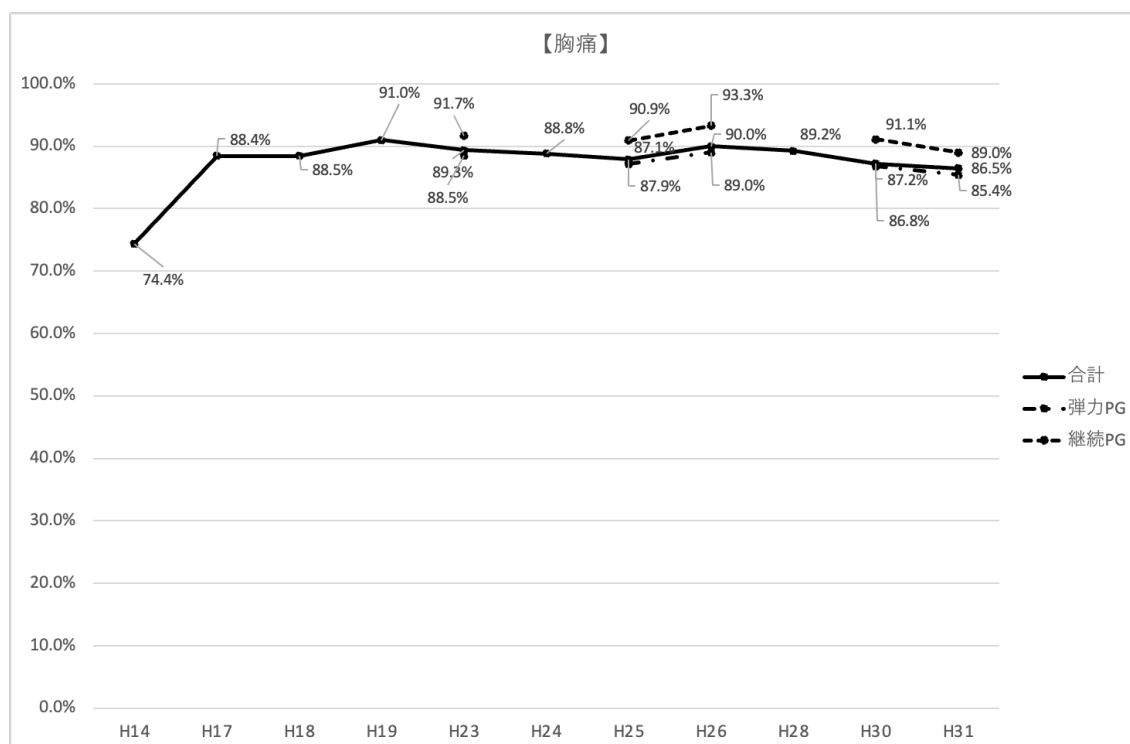
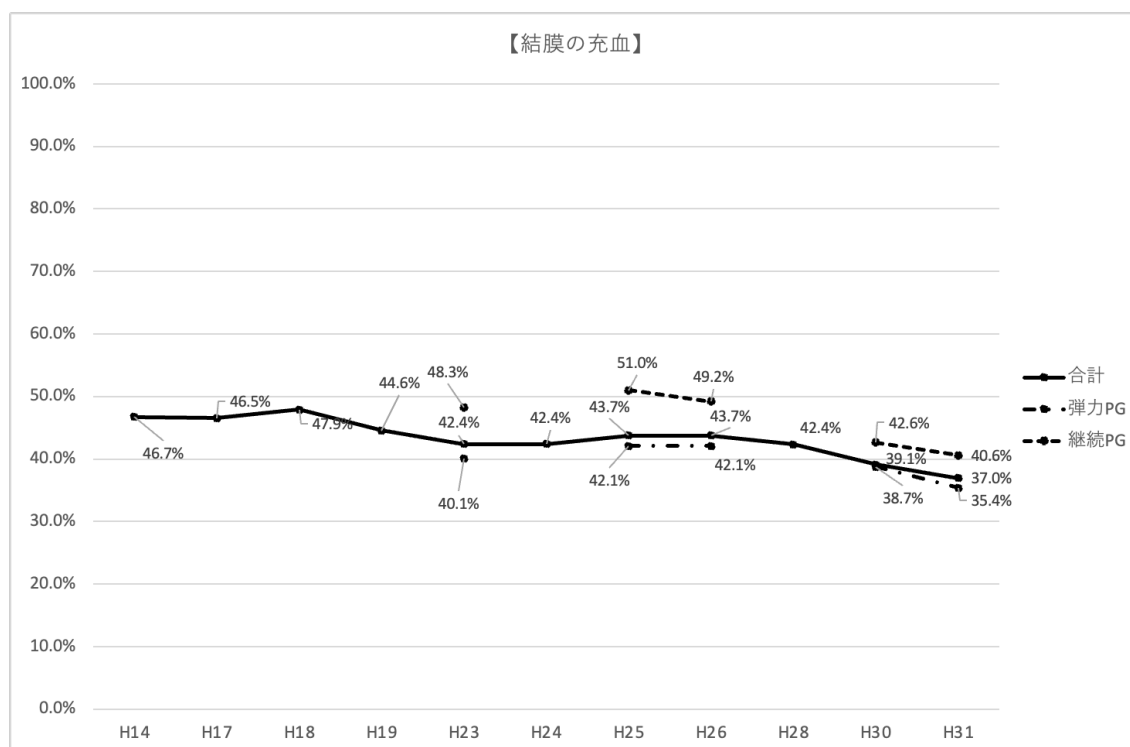
図4. 経験症例数 「6例以上経験した」割合（継続プログラムと弾力プログラム比較）

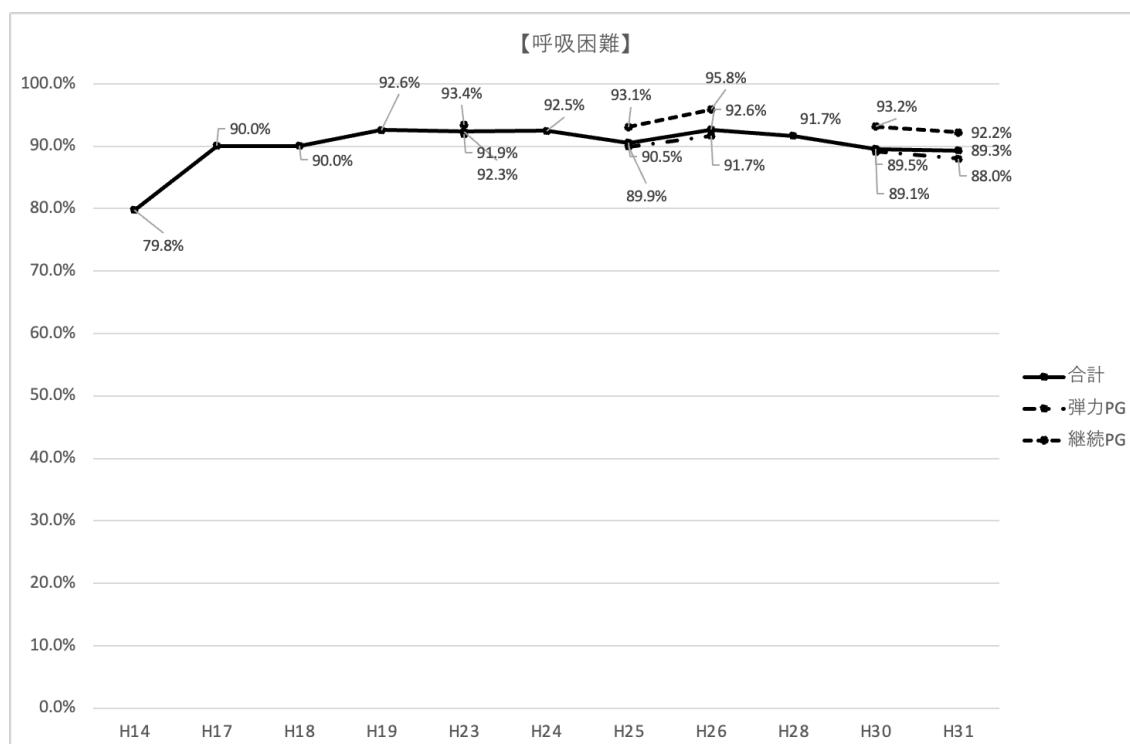
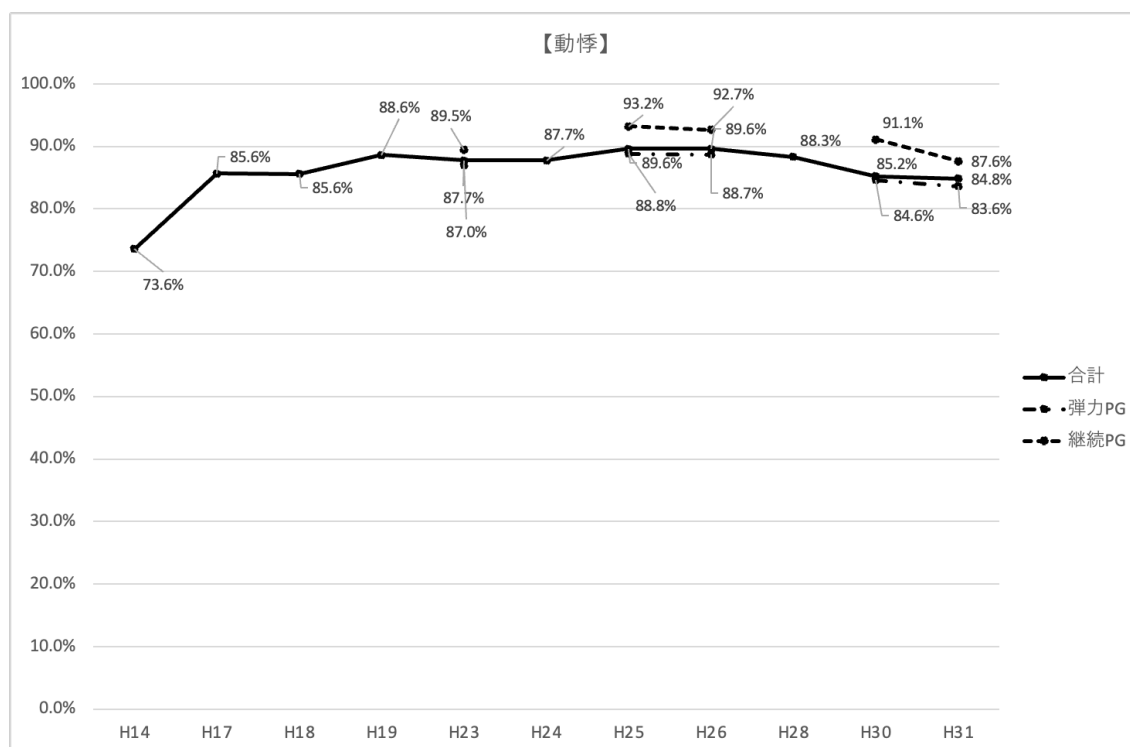


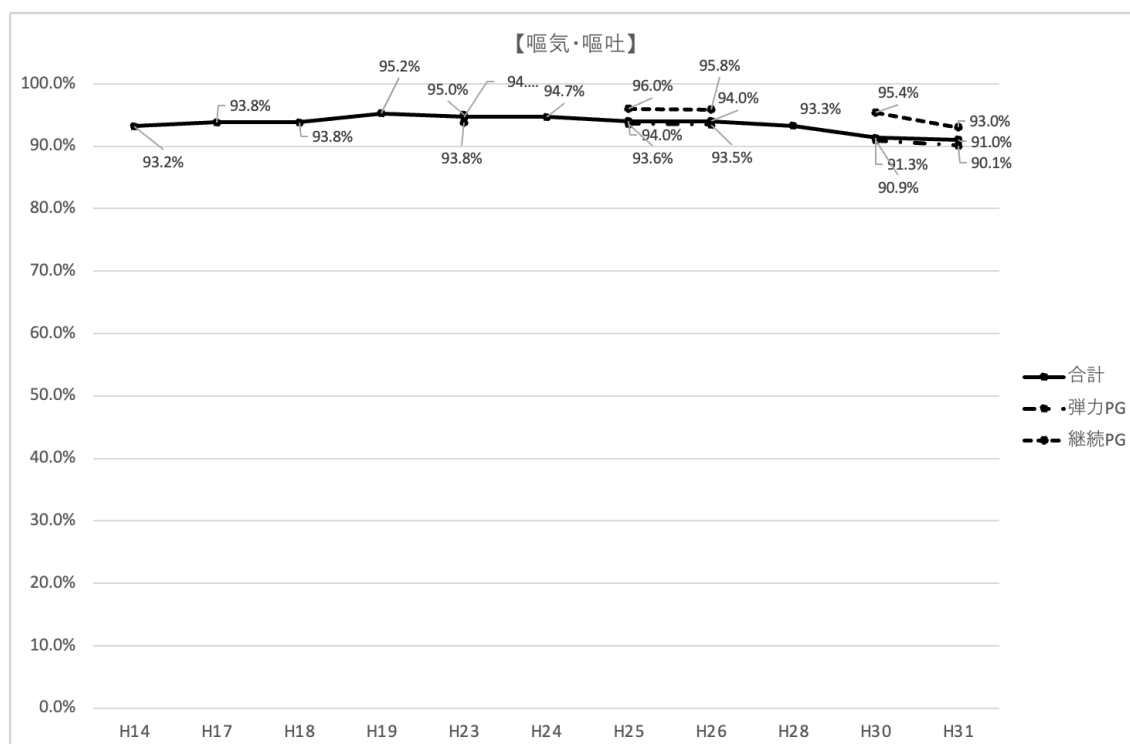
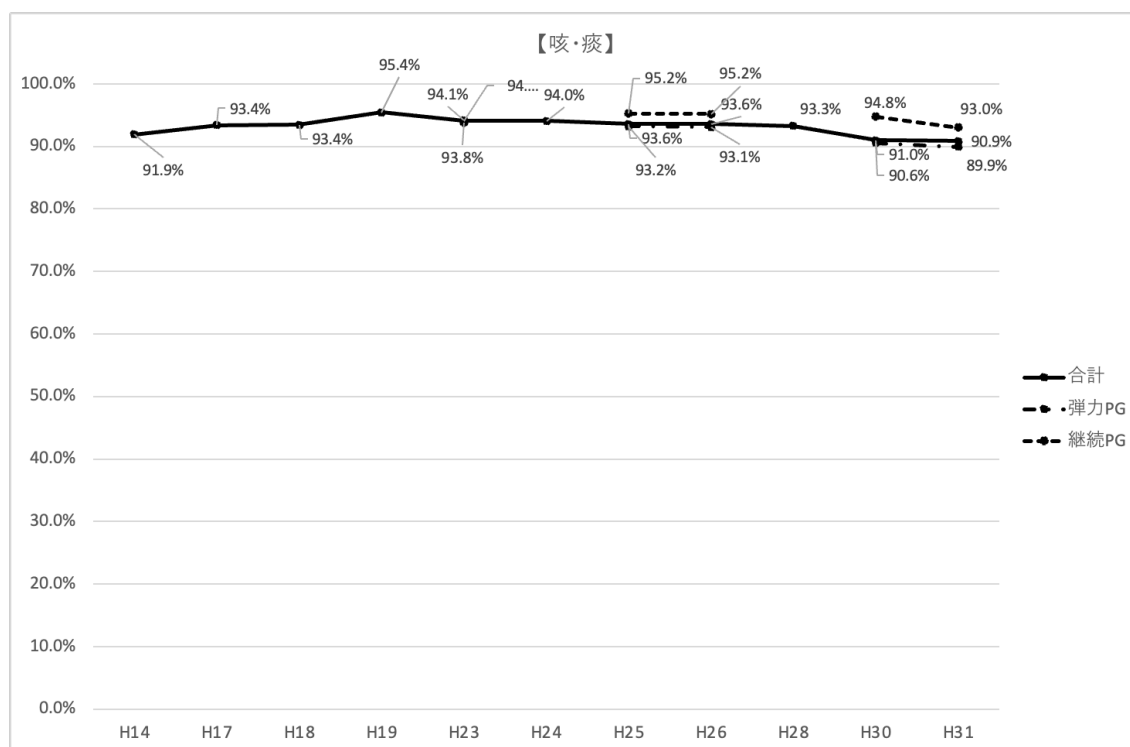


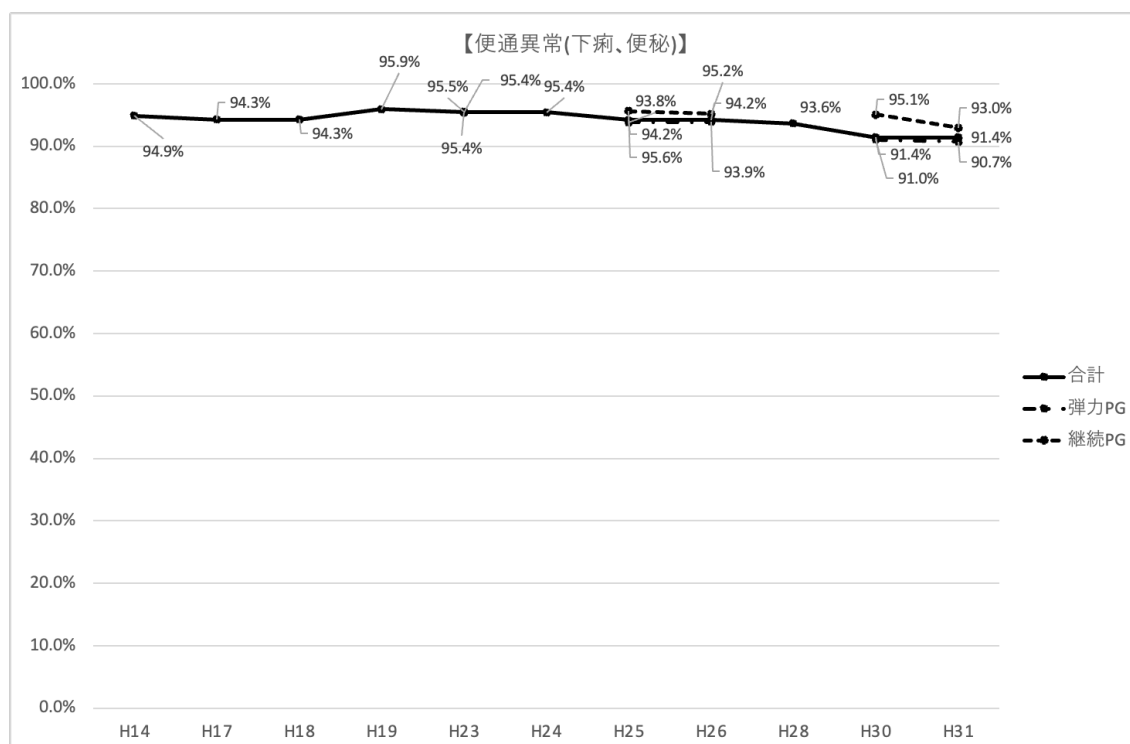
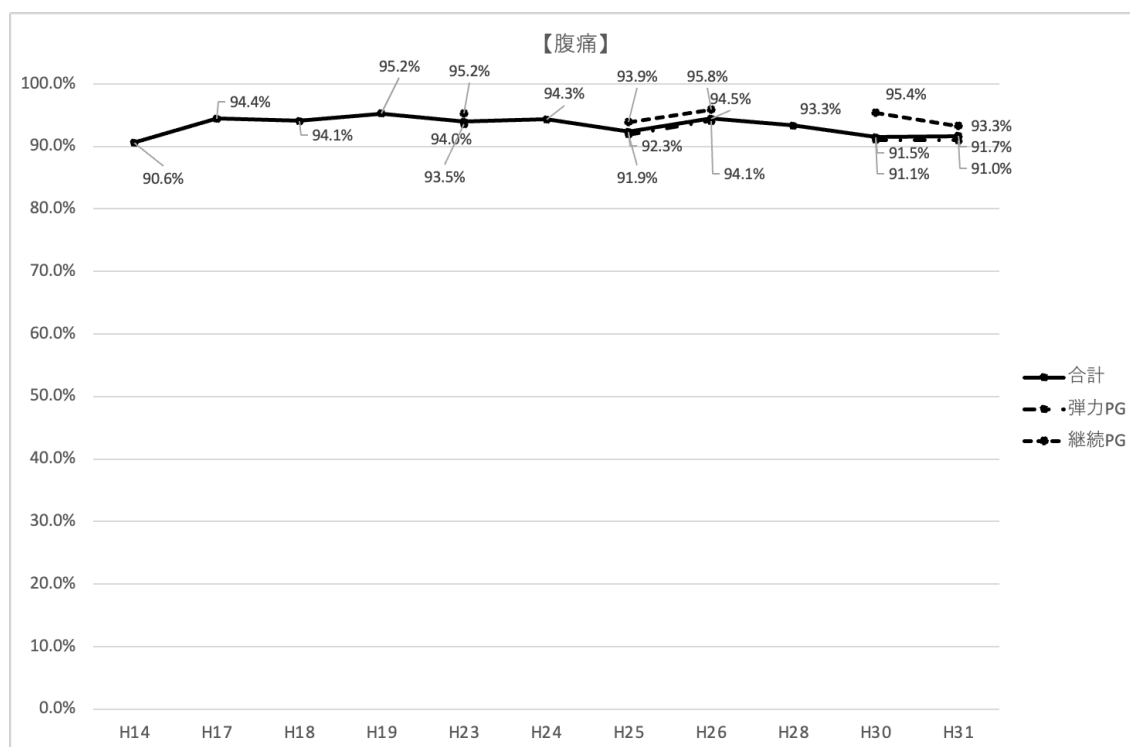


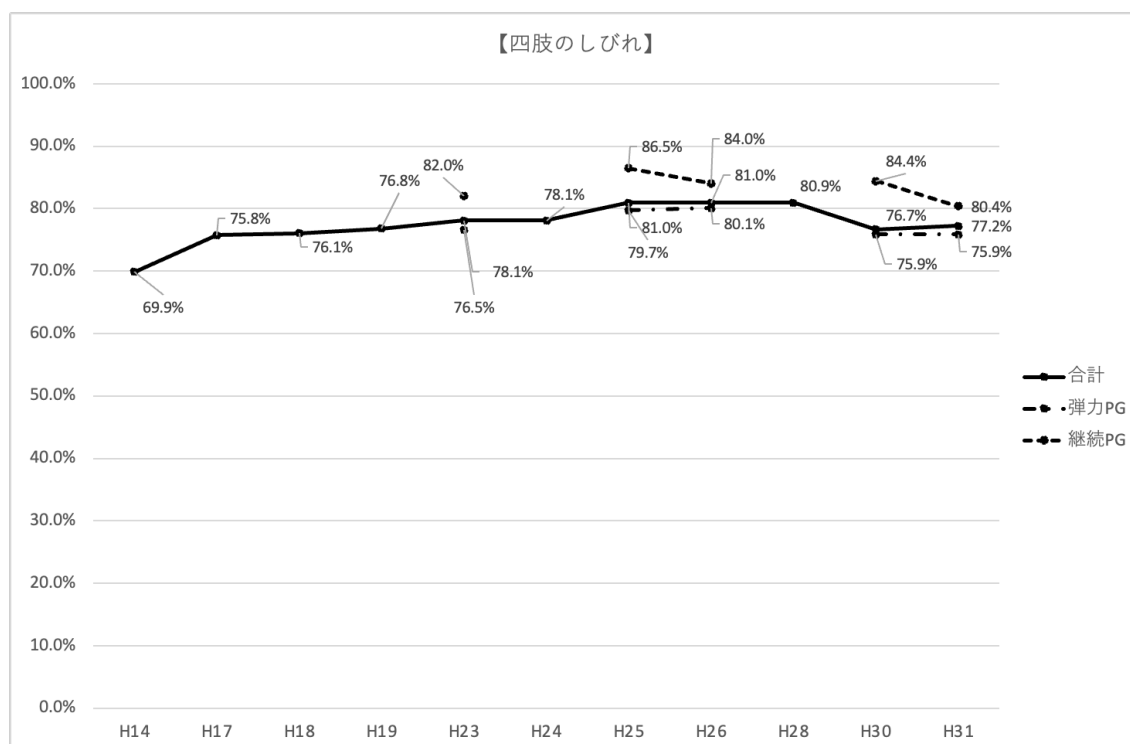
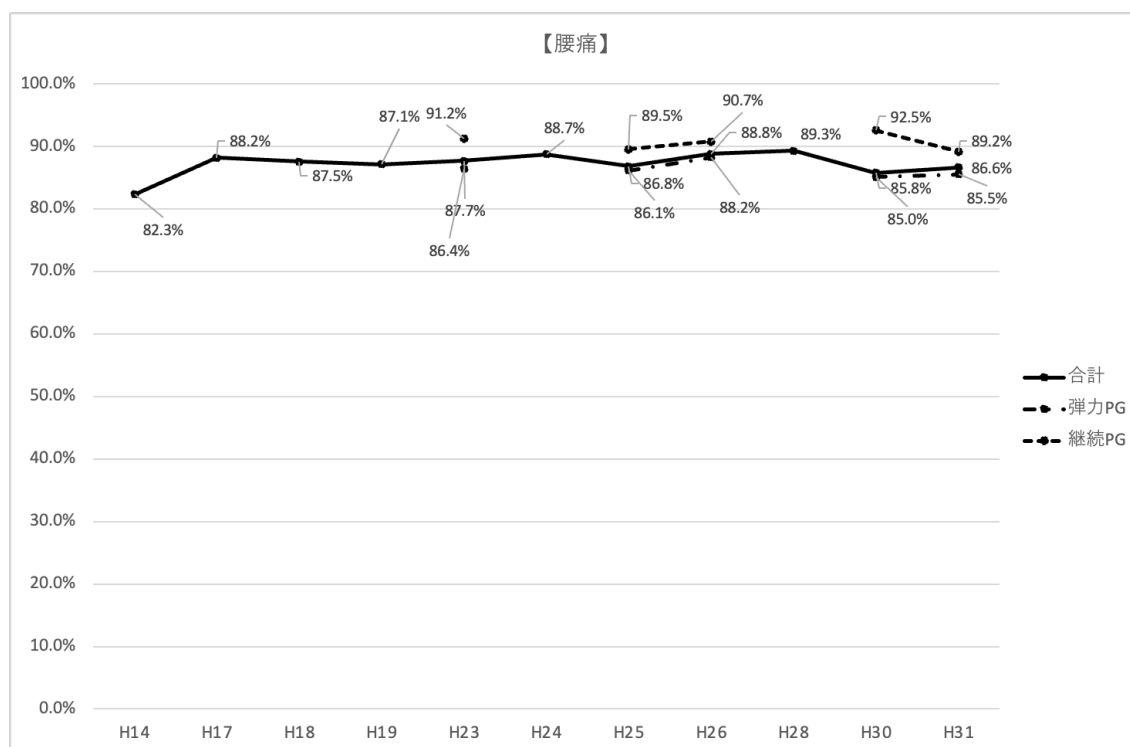


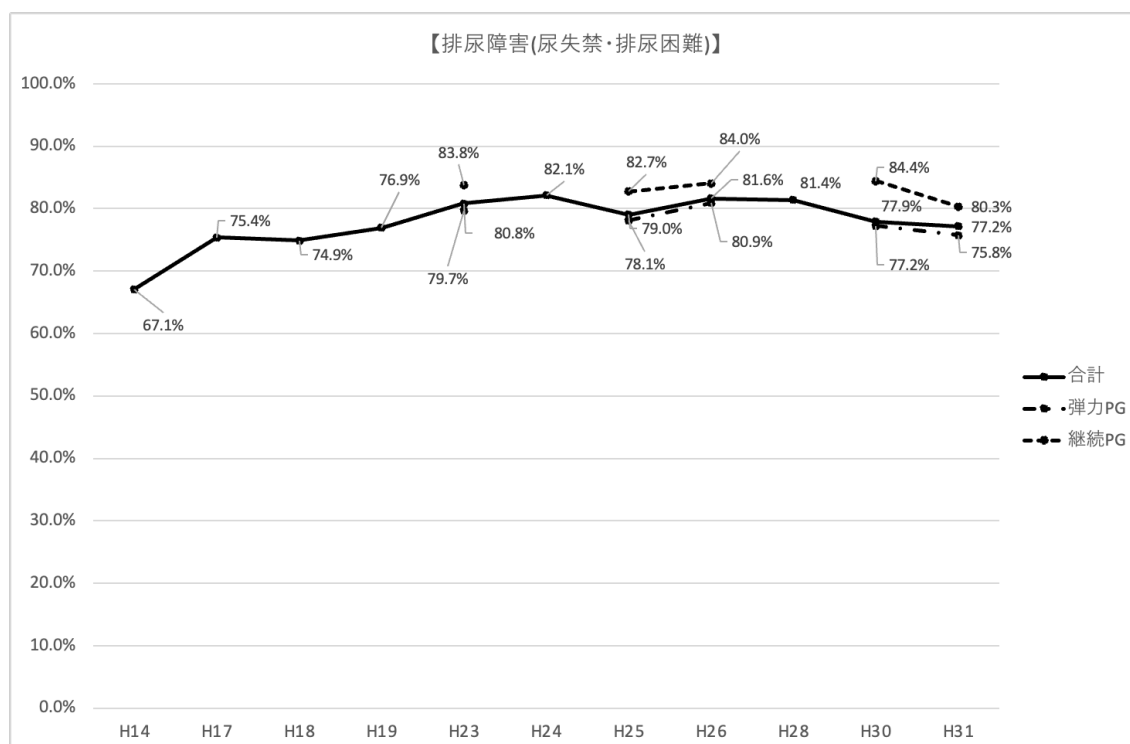
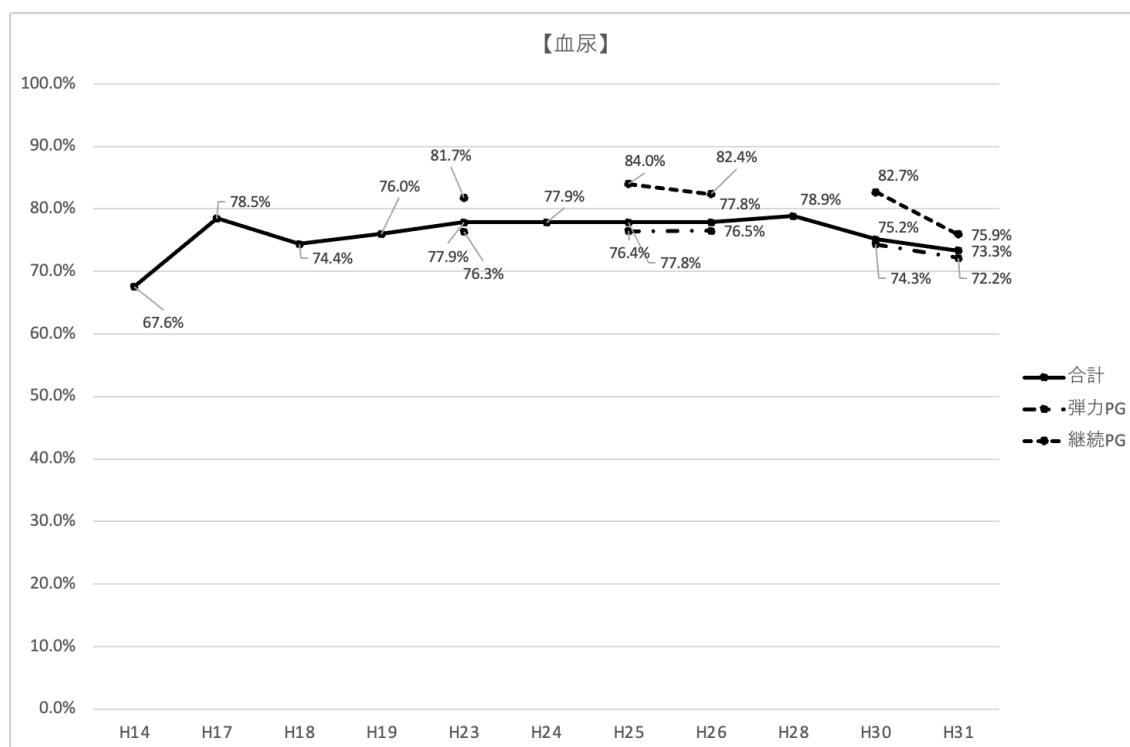


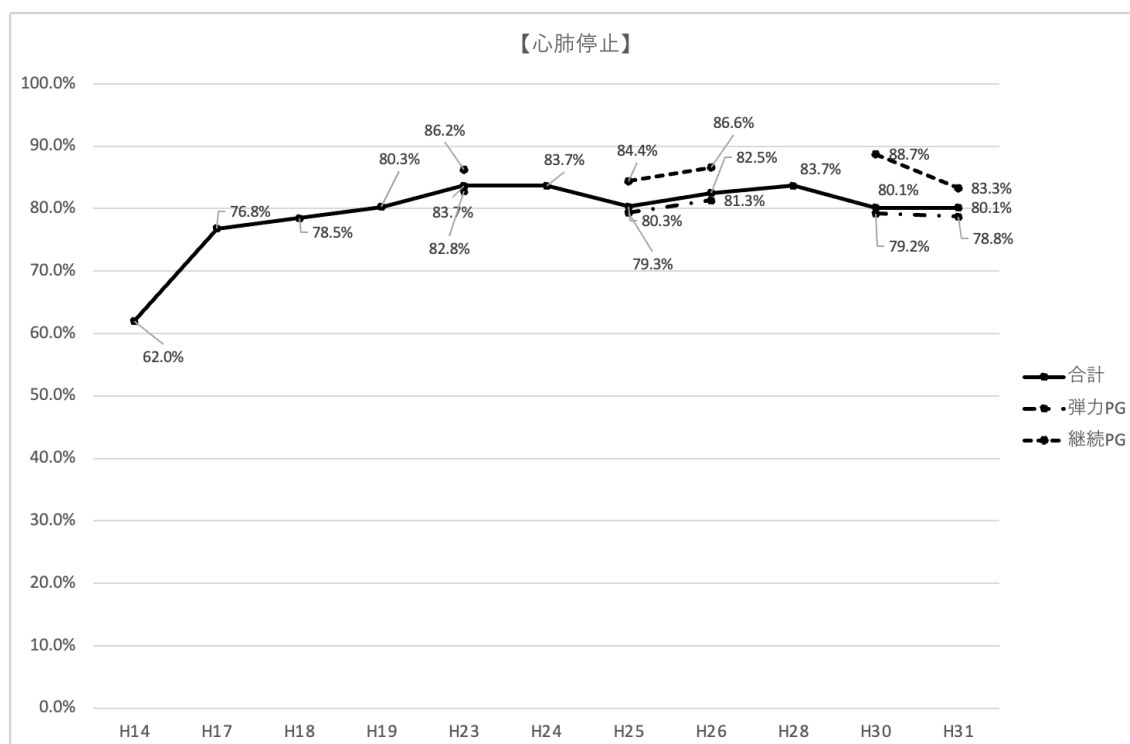
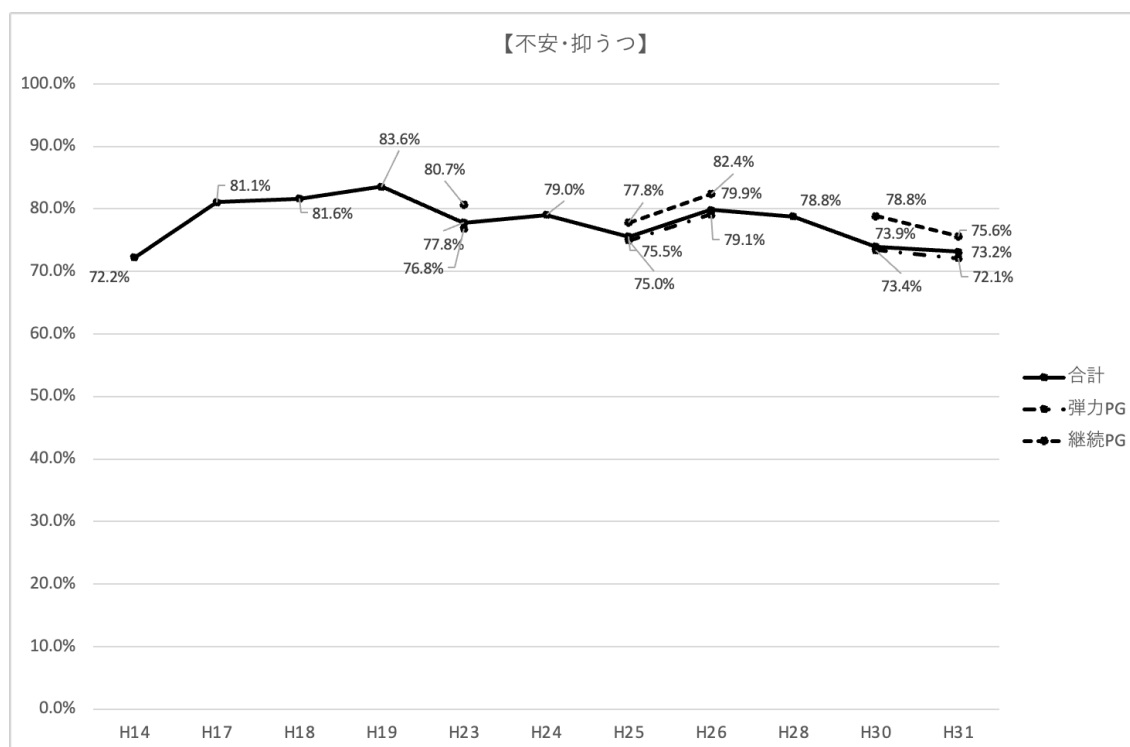


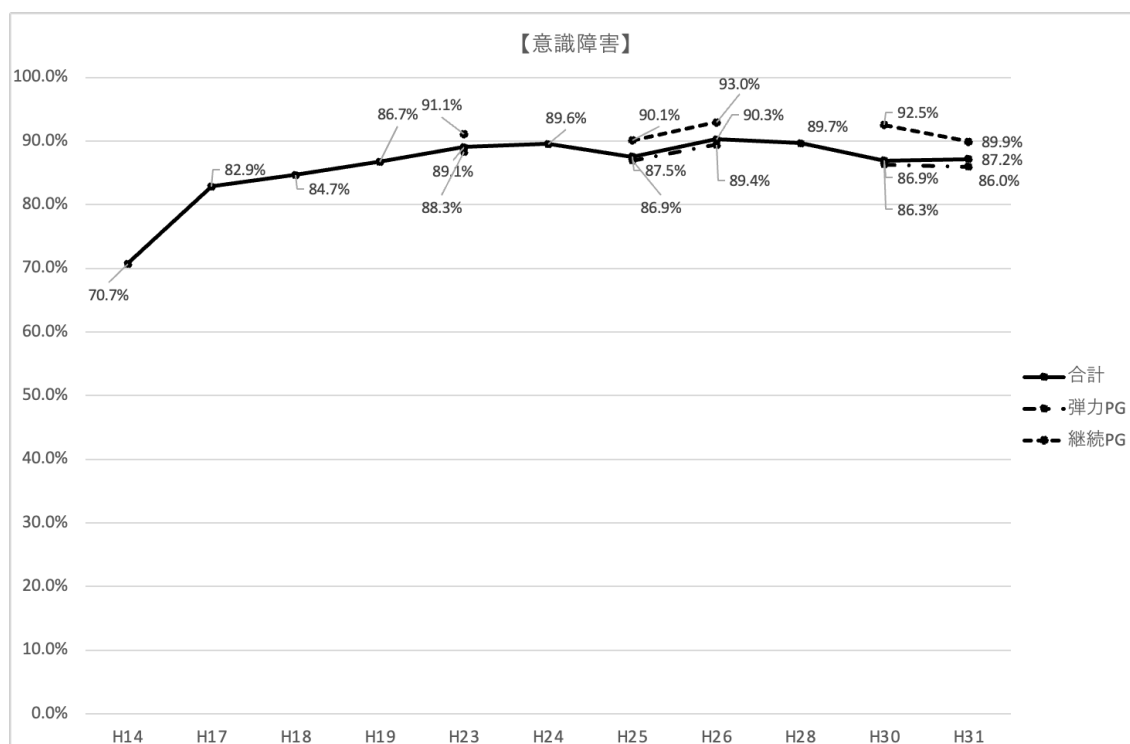
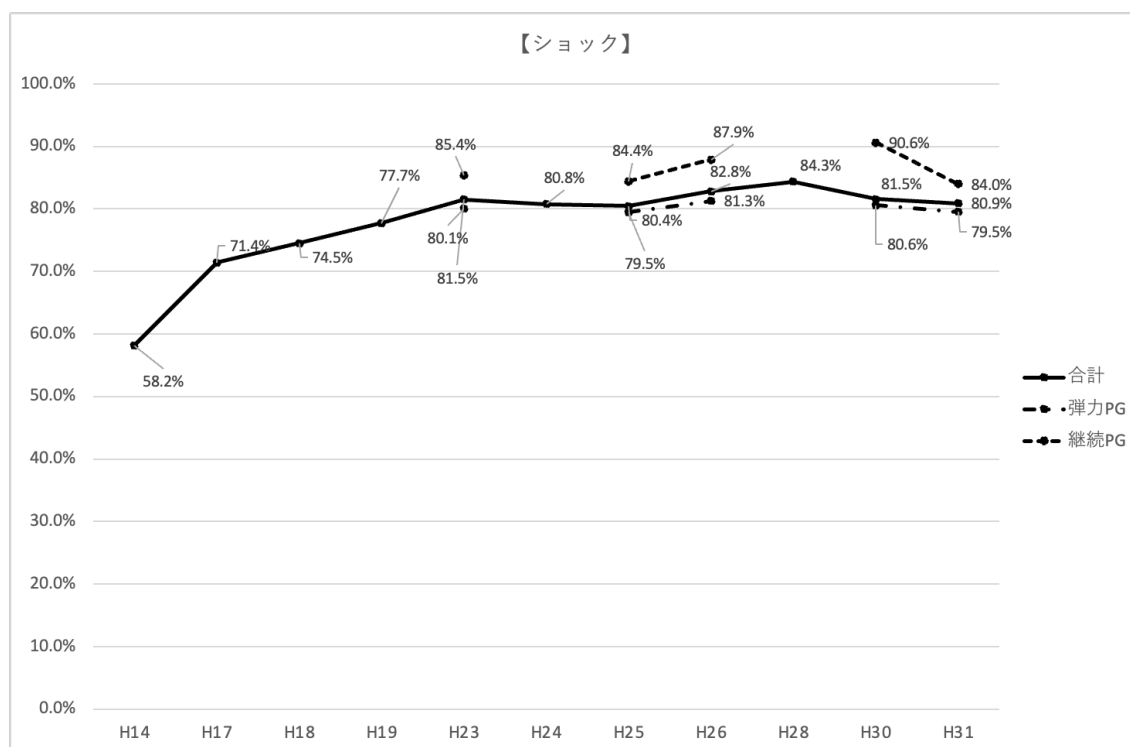


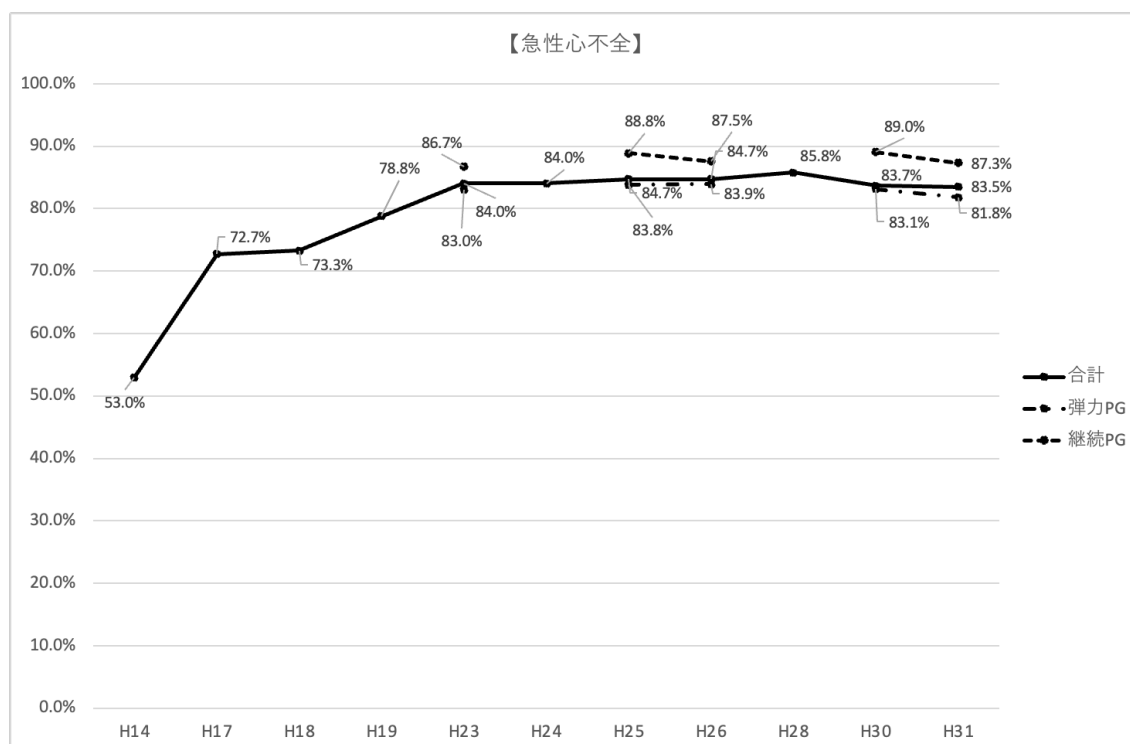
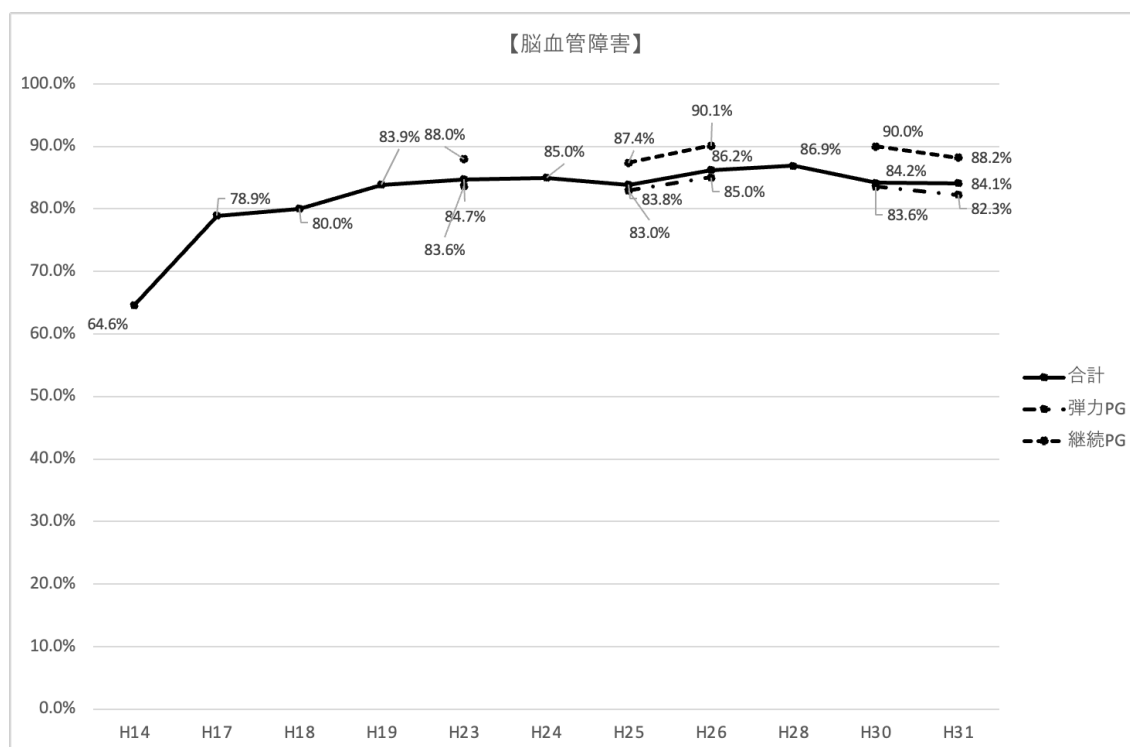


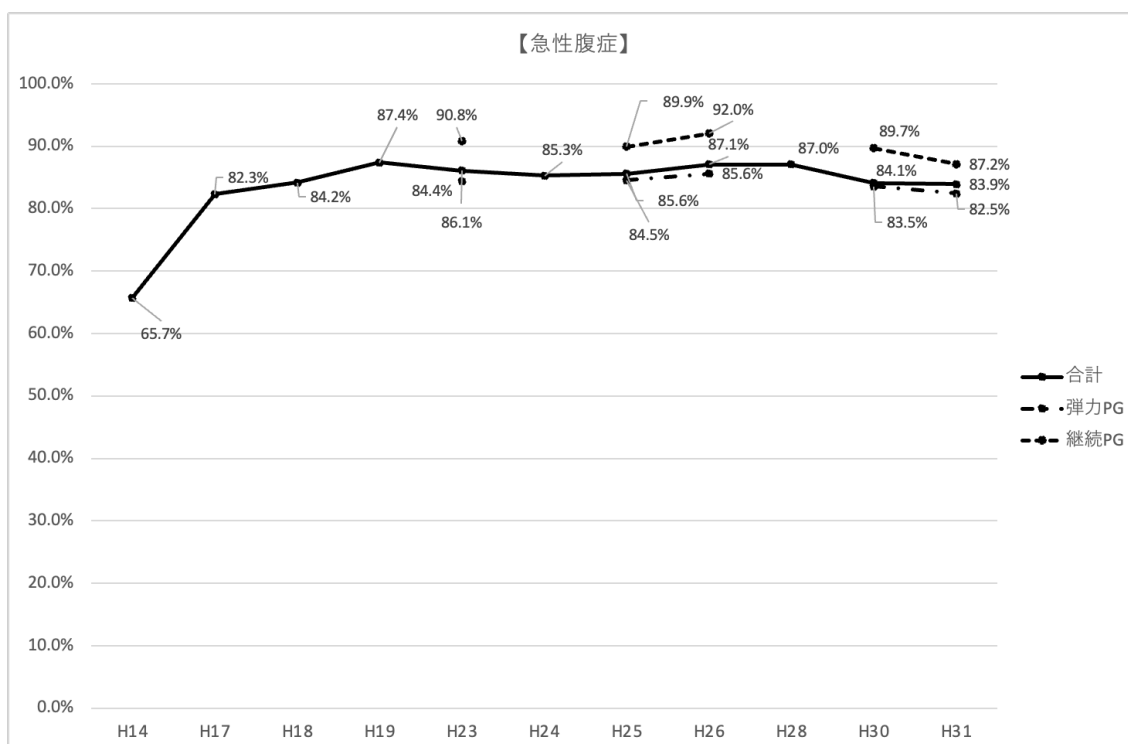
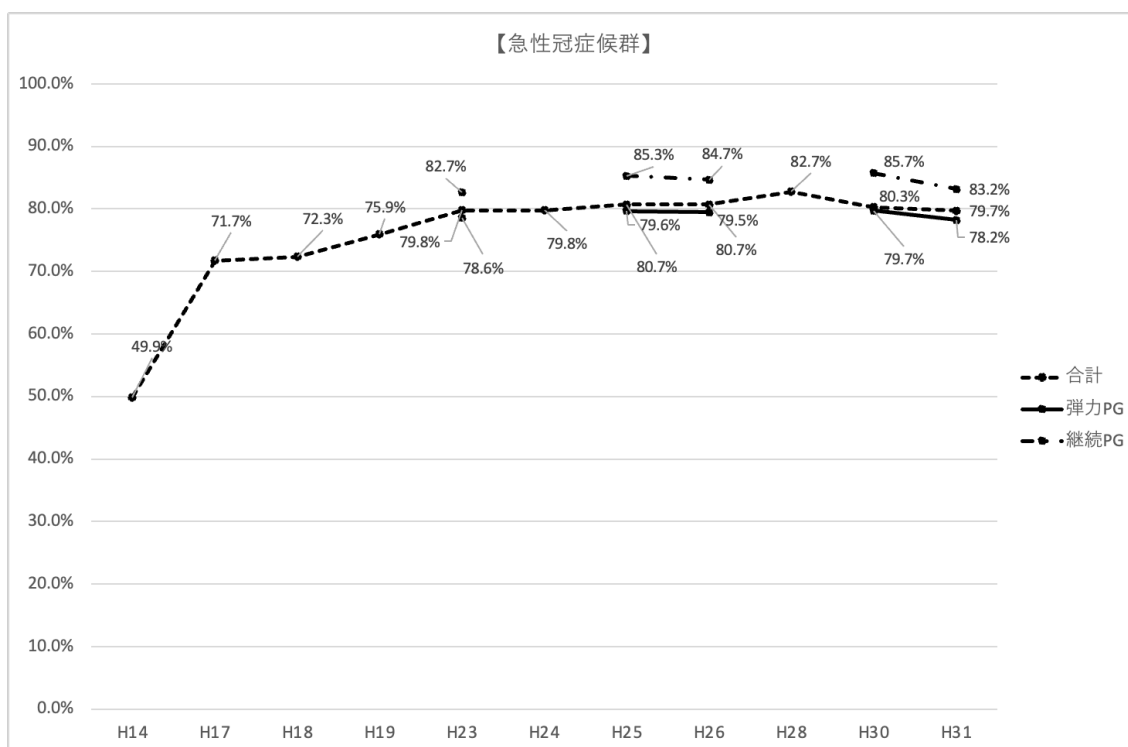


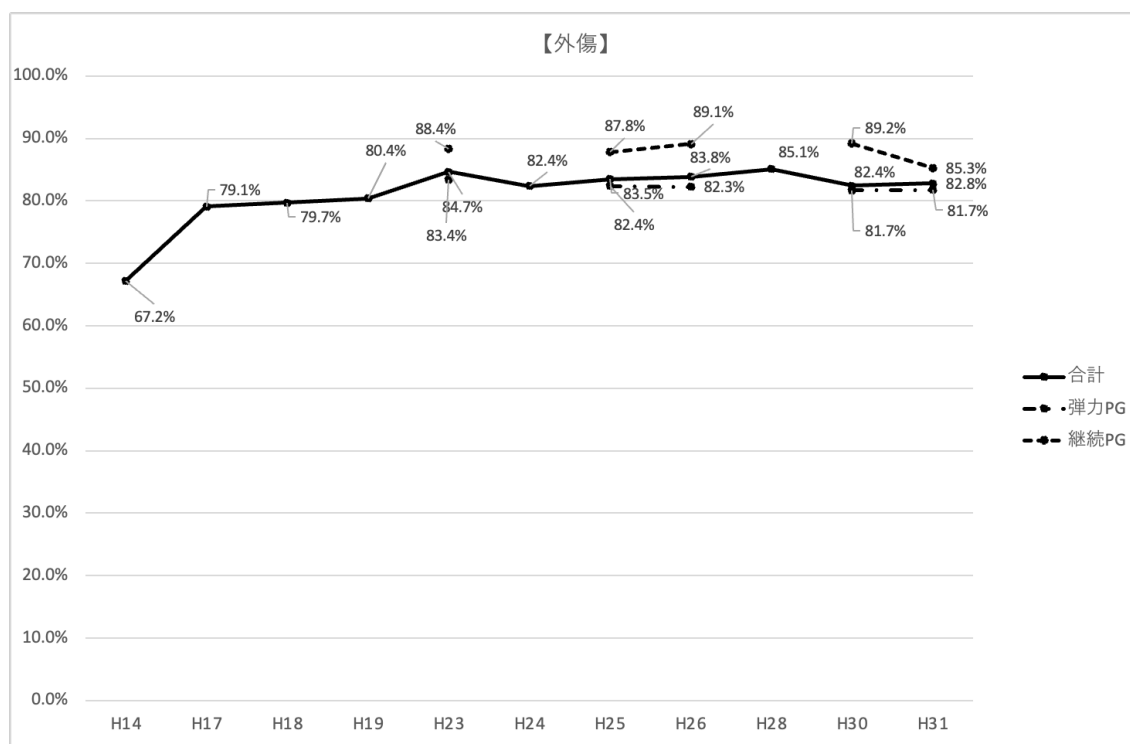
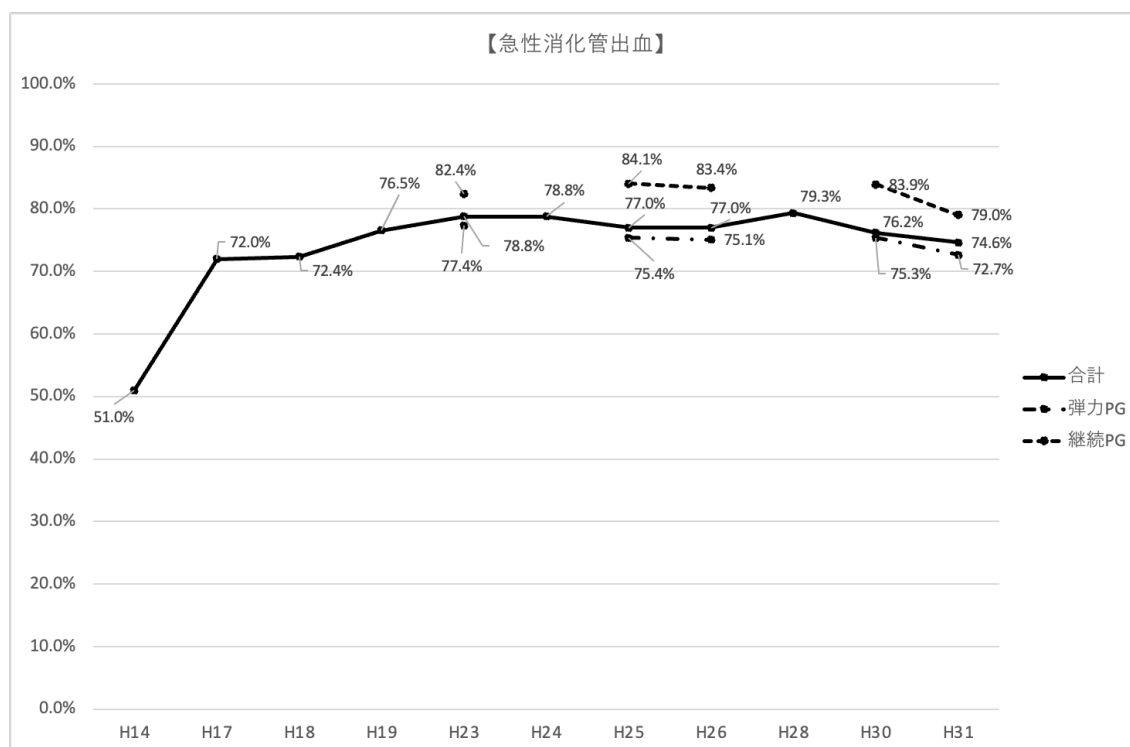


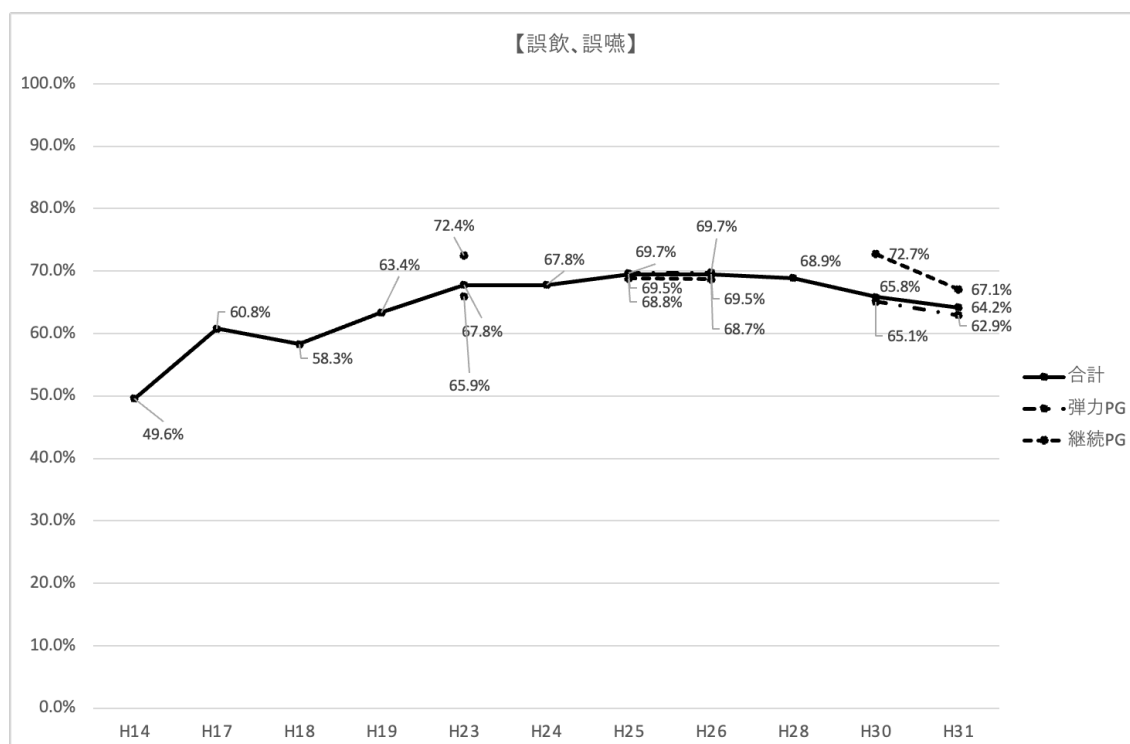
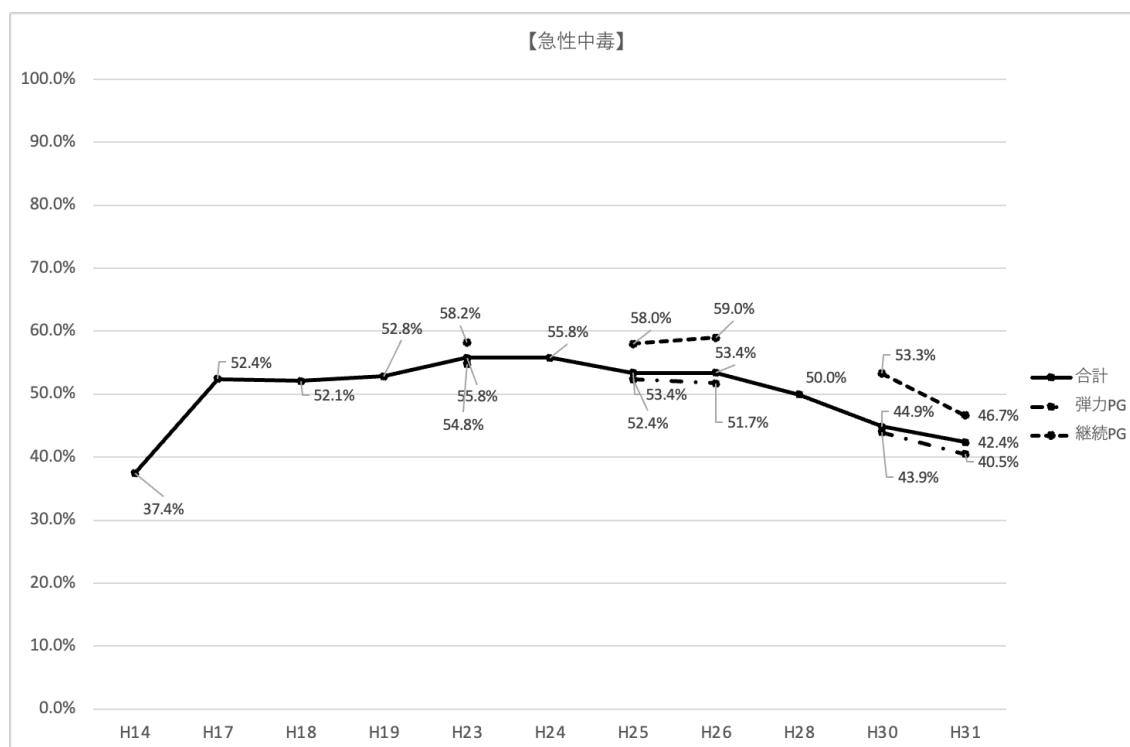


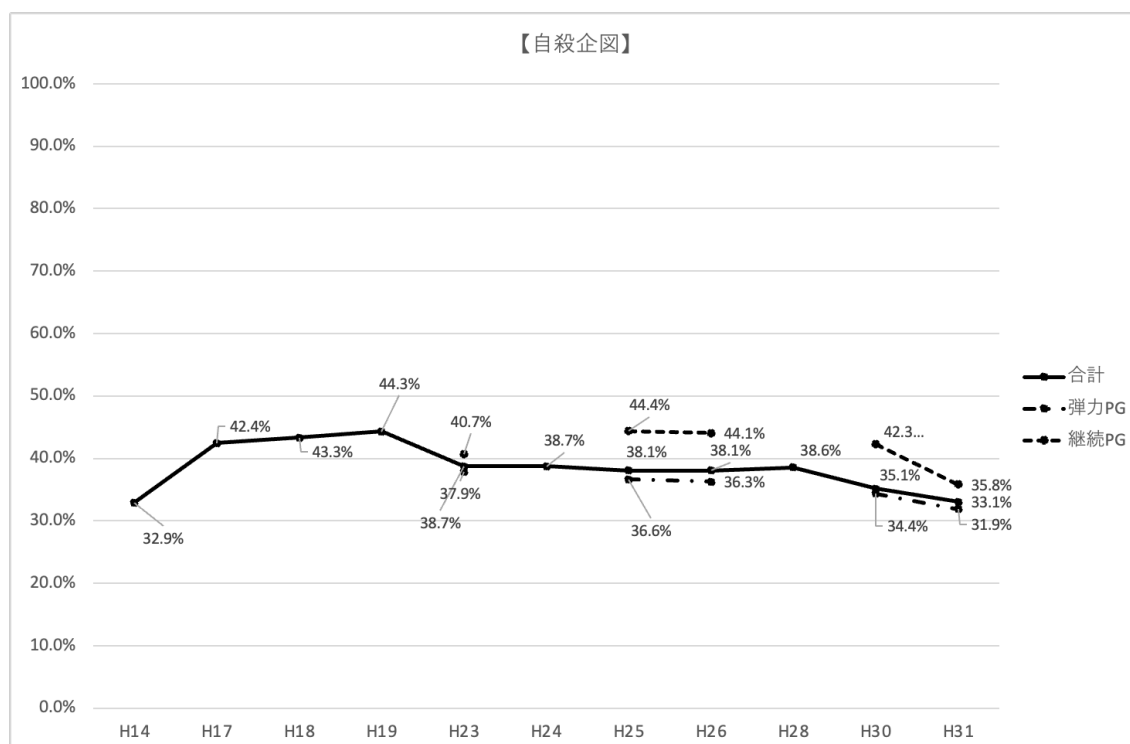
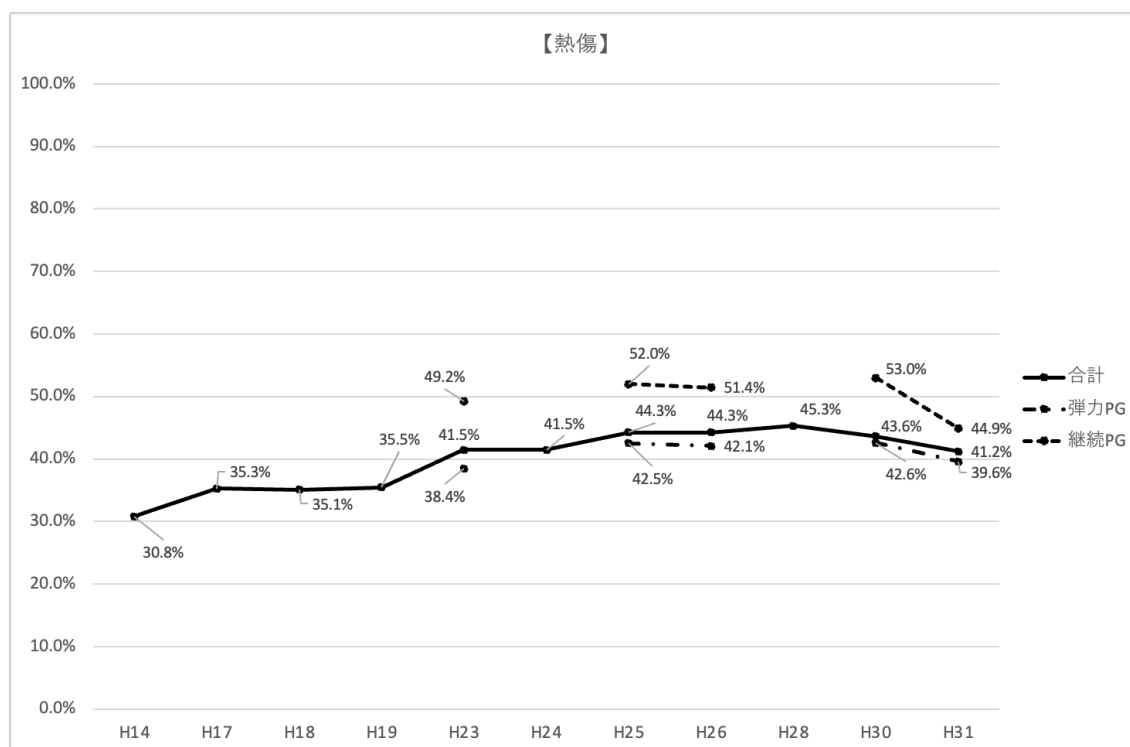


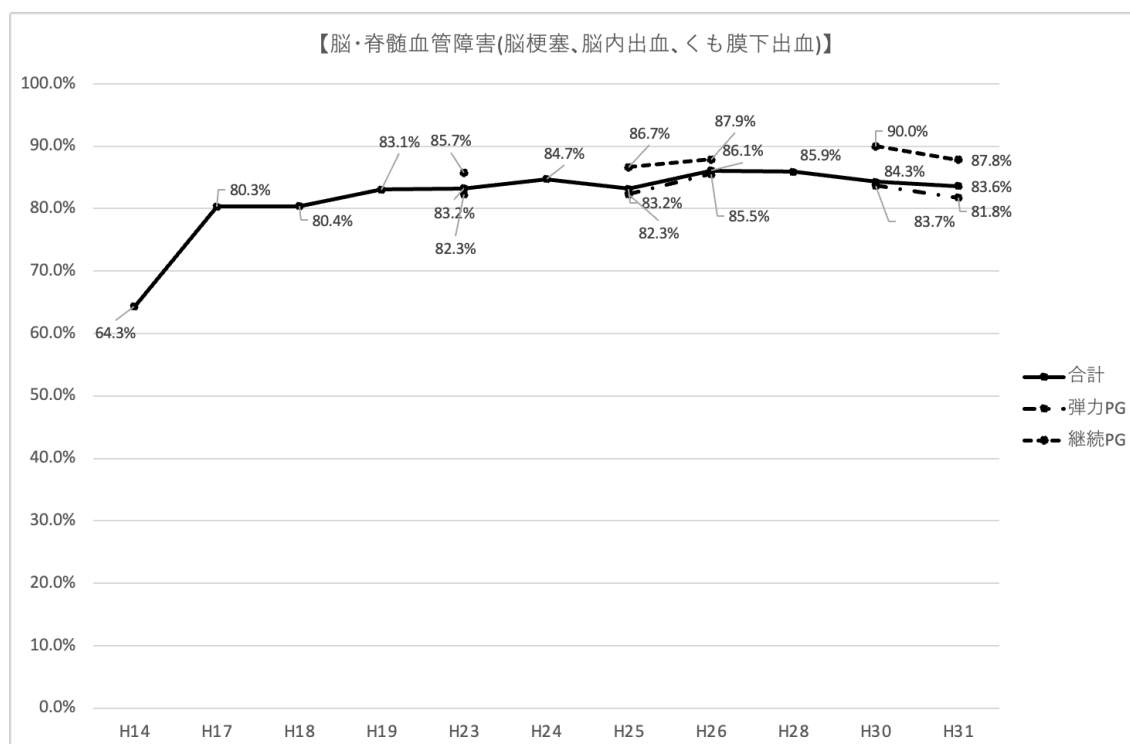
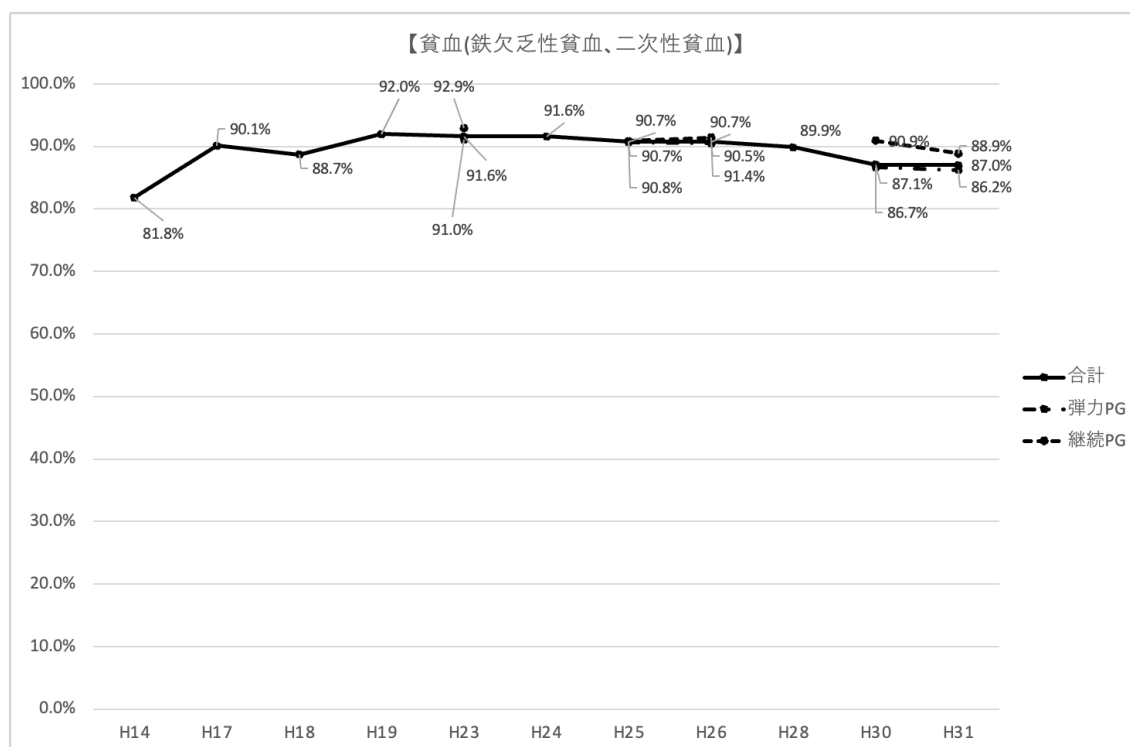


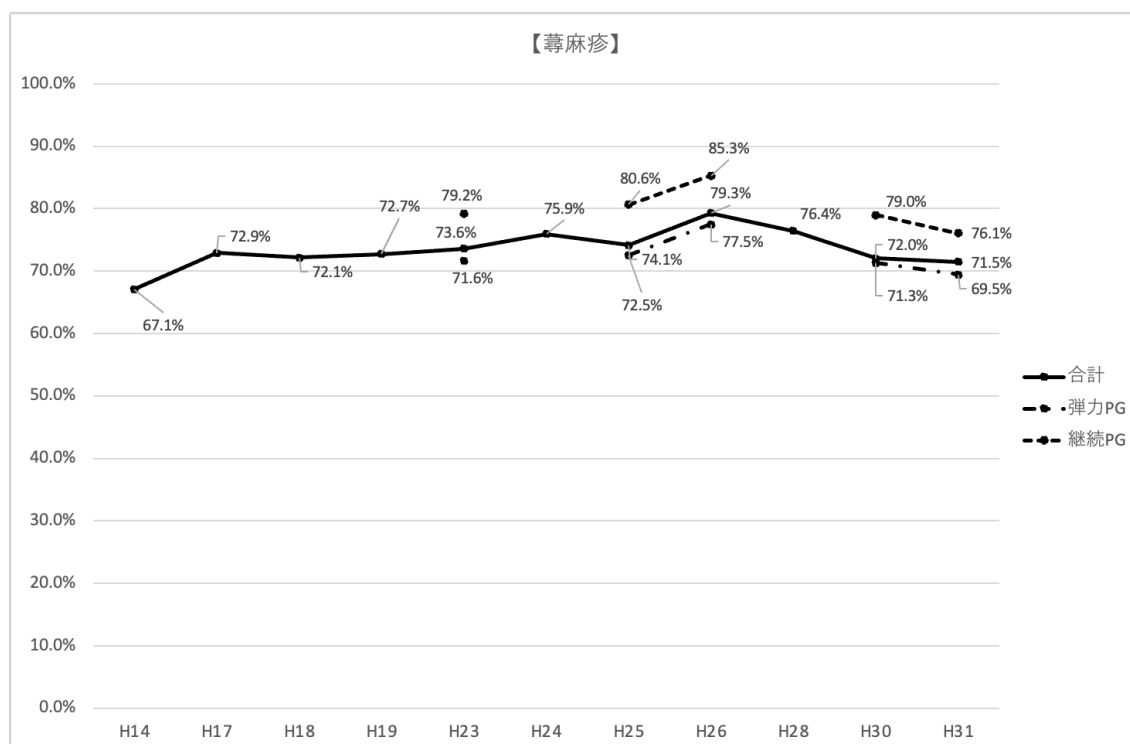
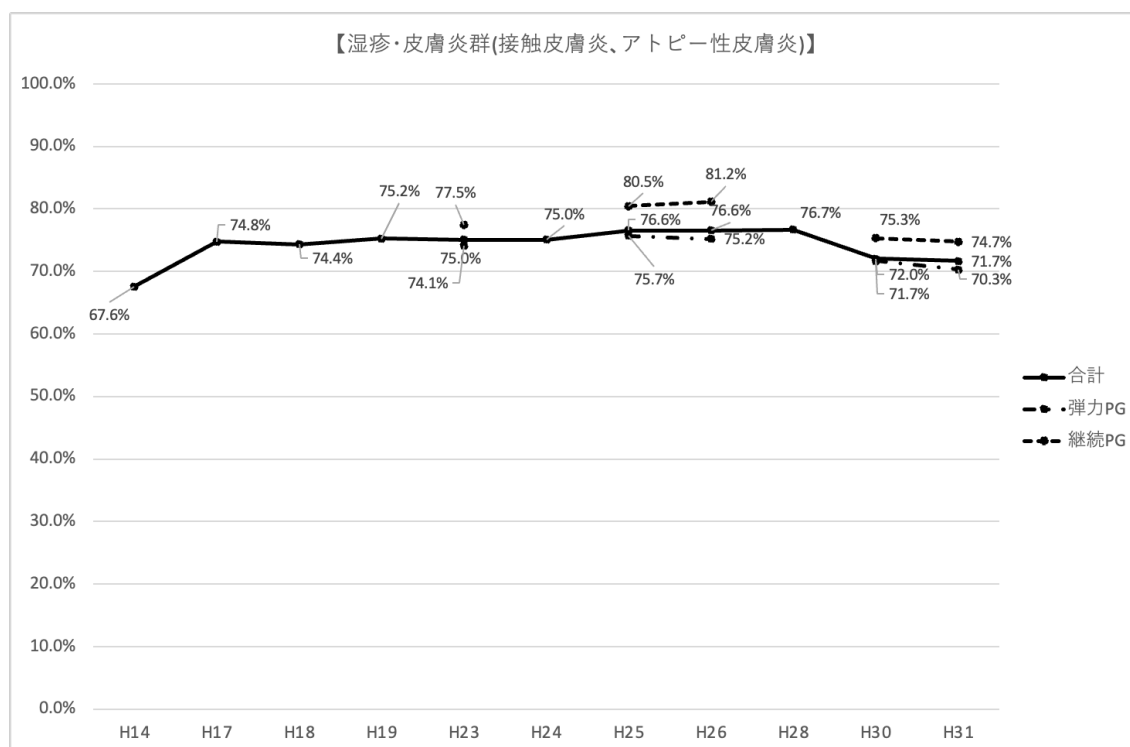


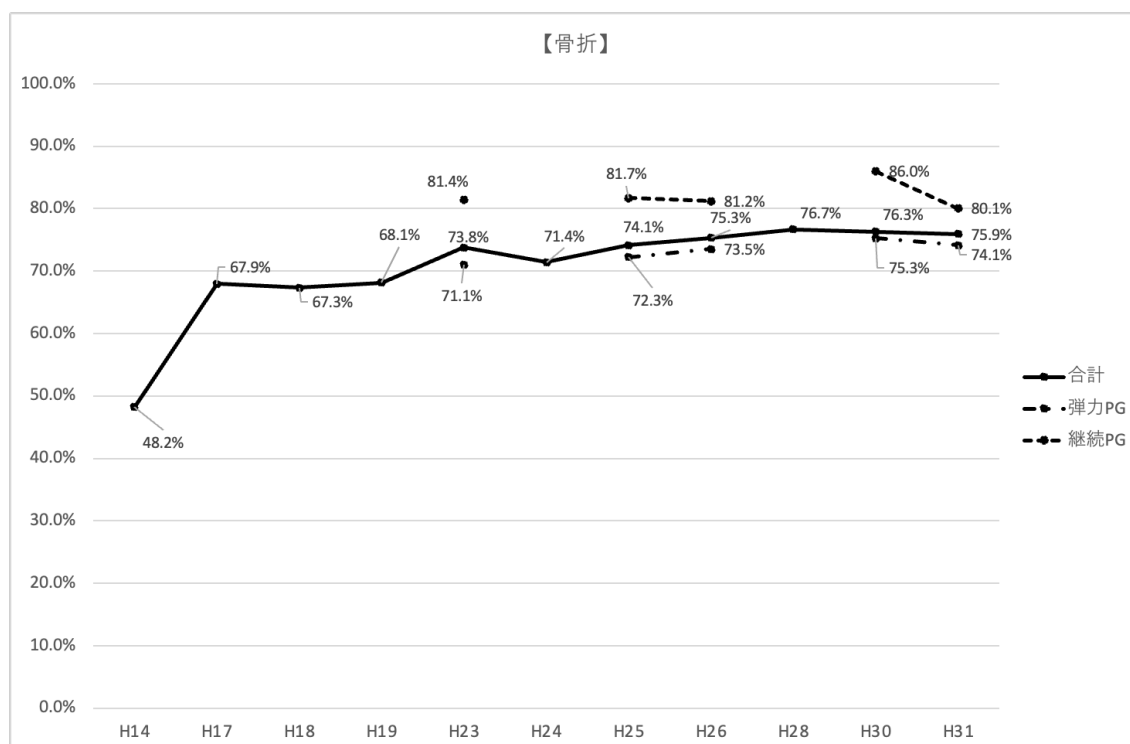
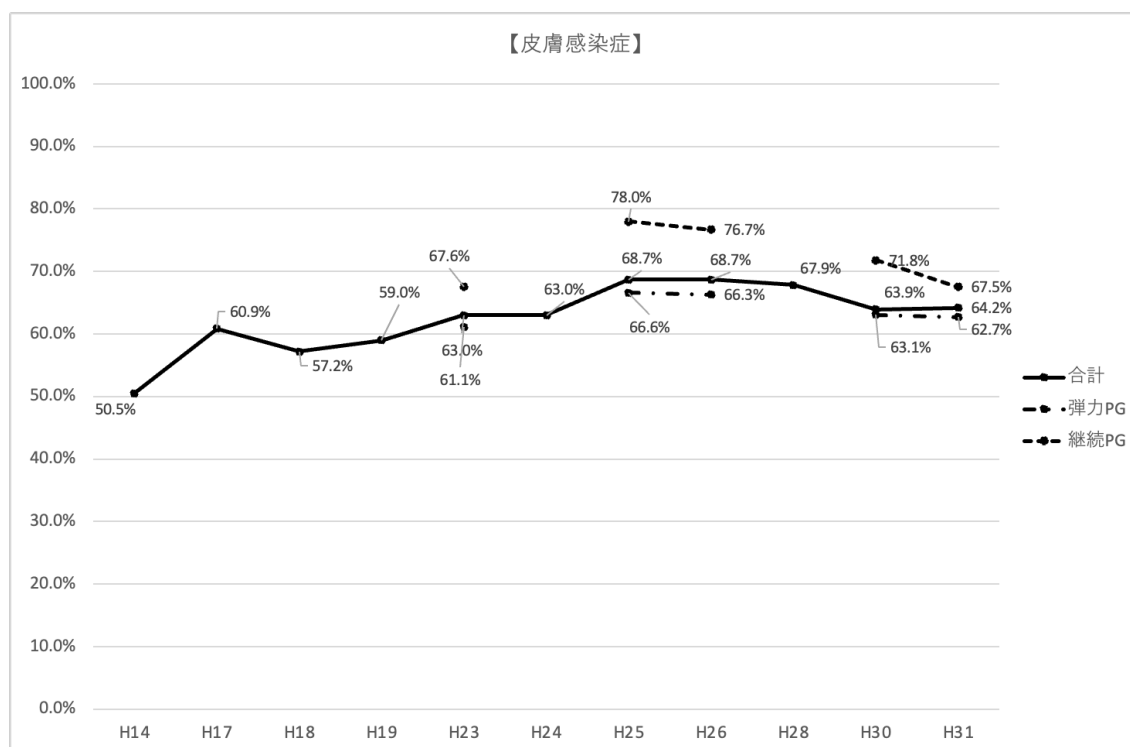


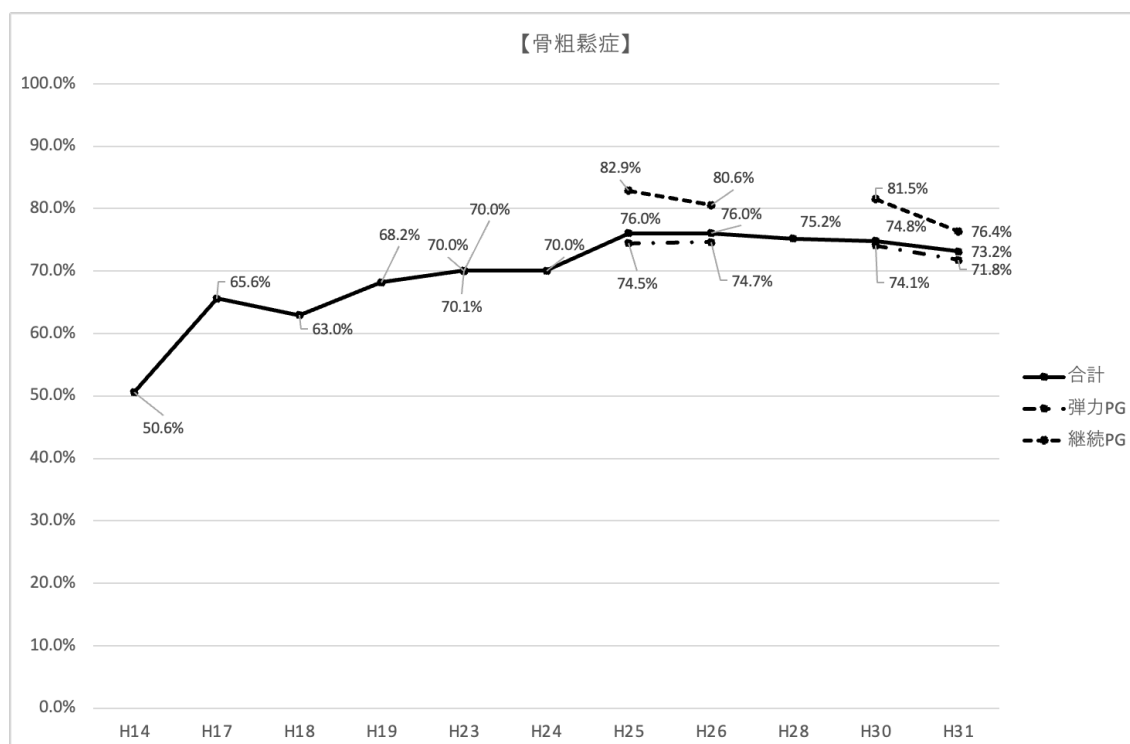
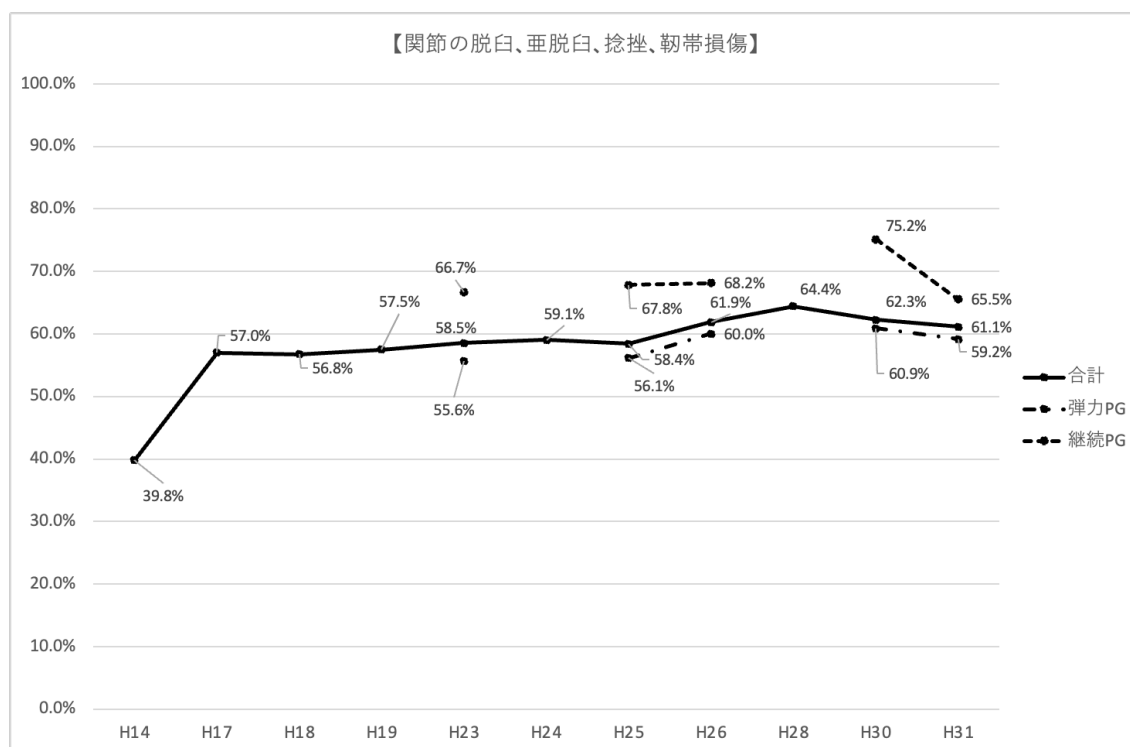


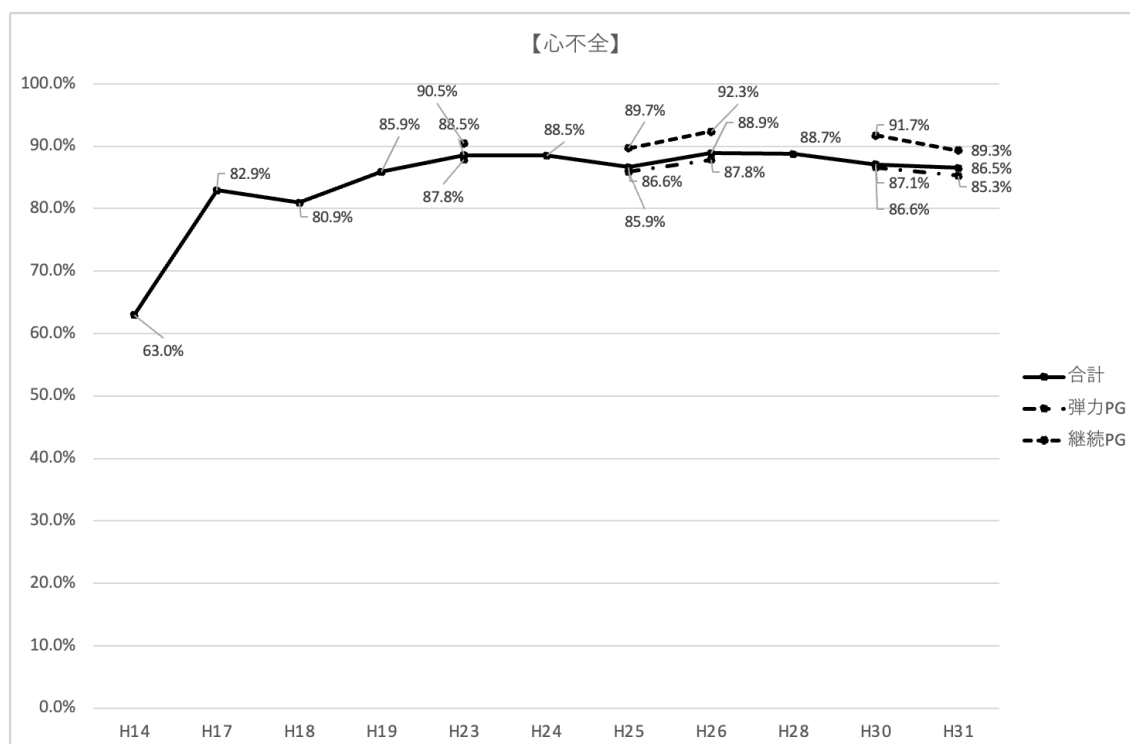
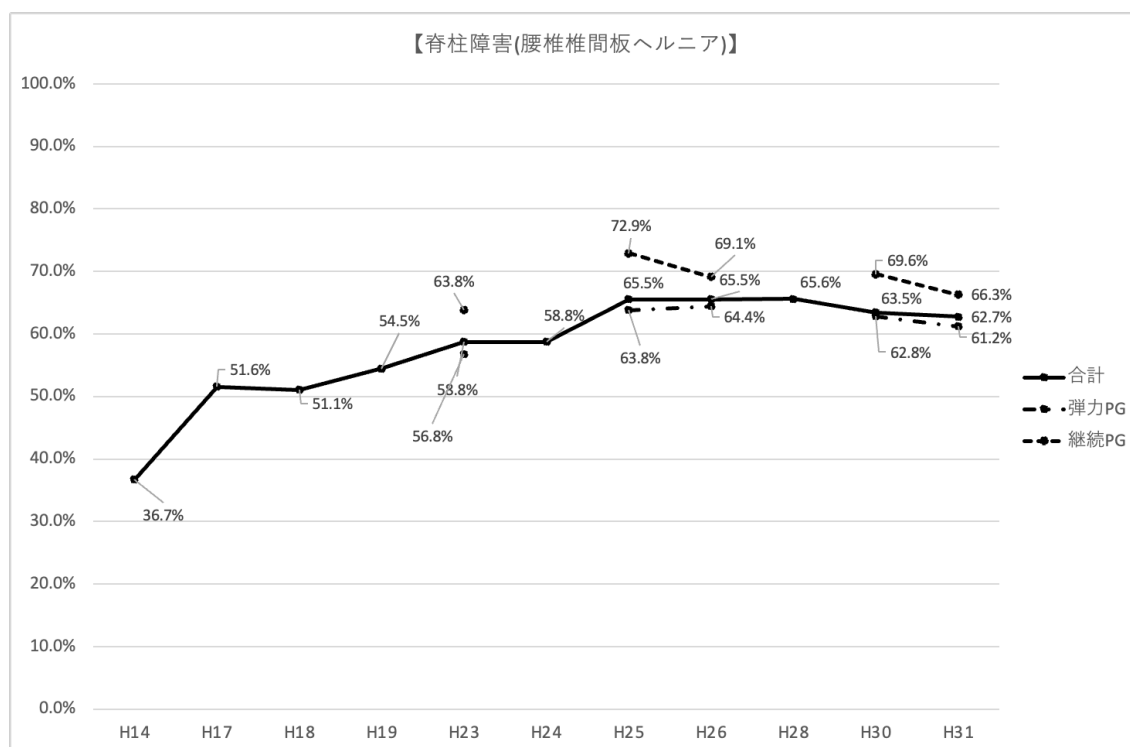


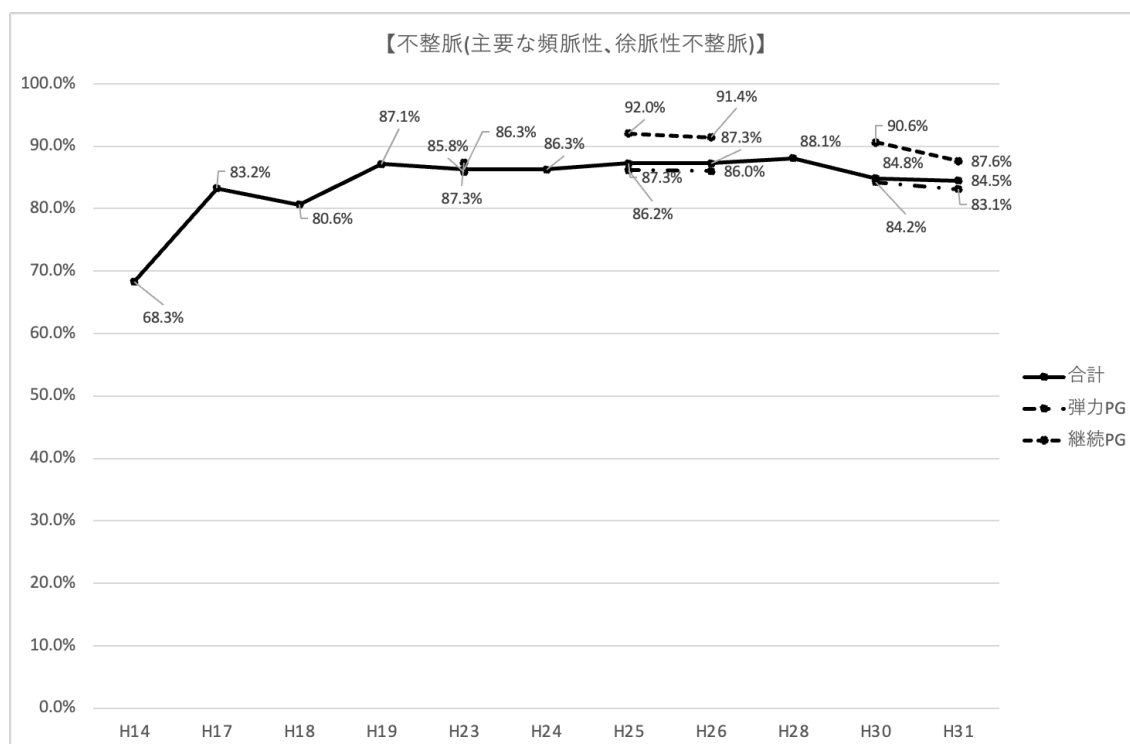
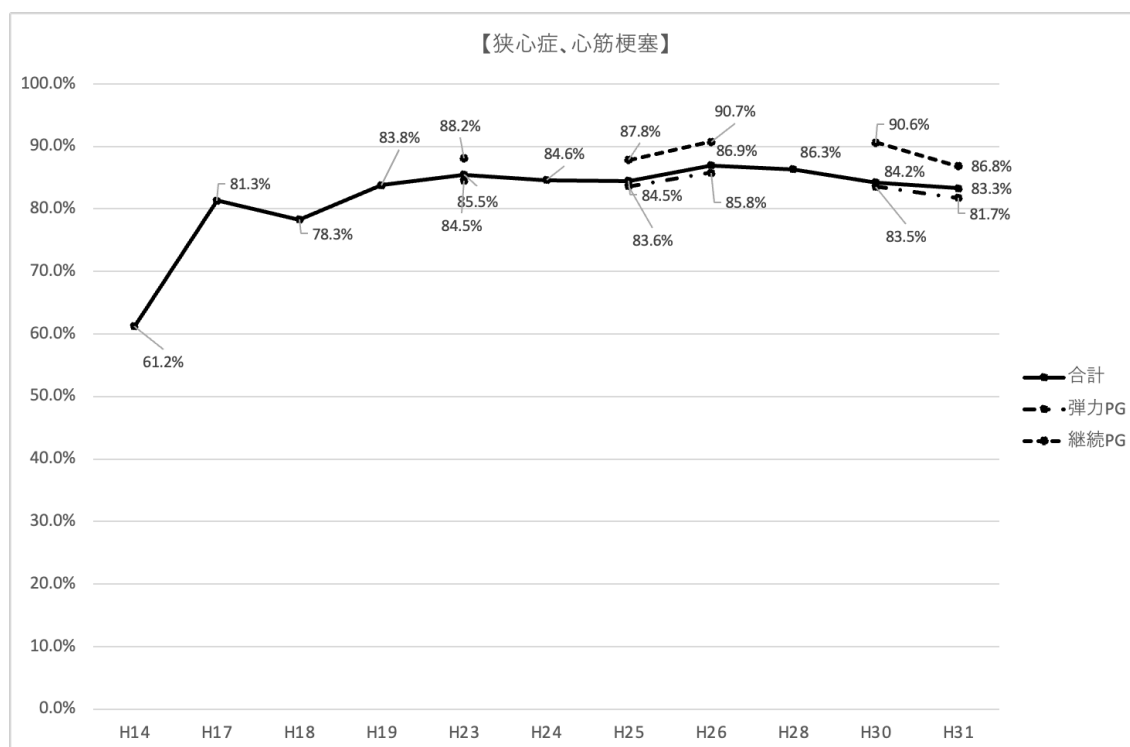


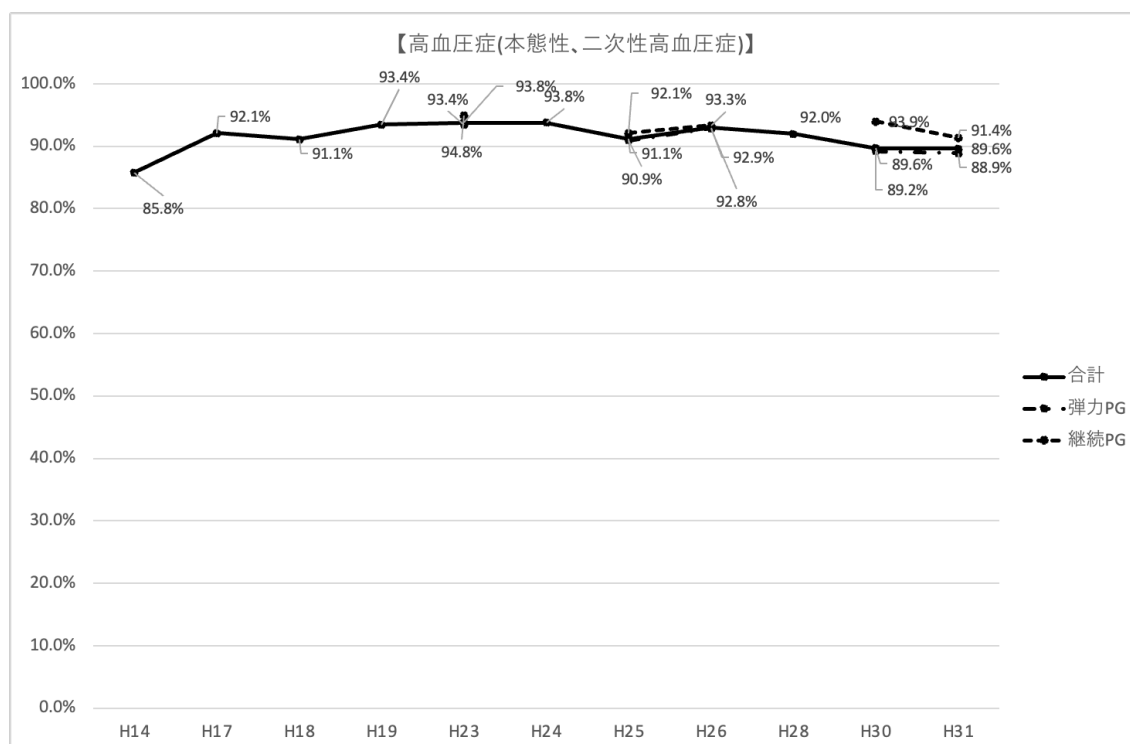
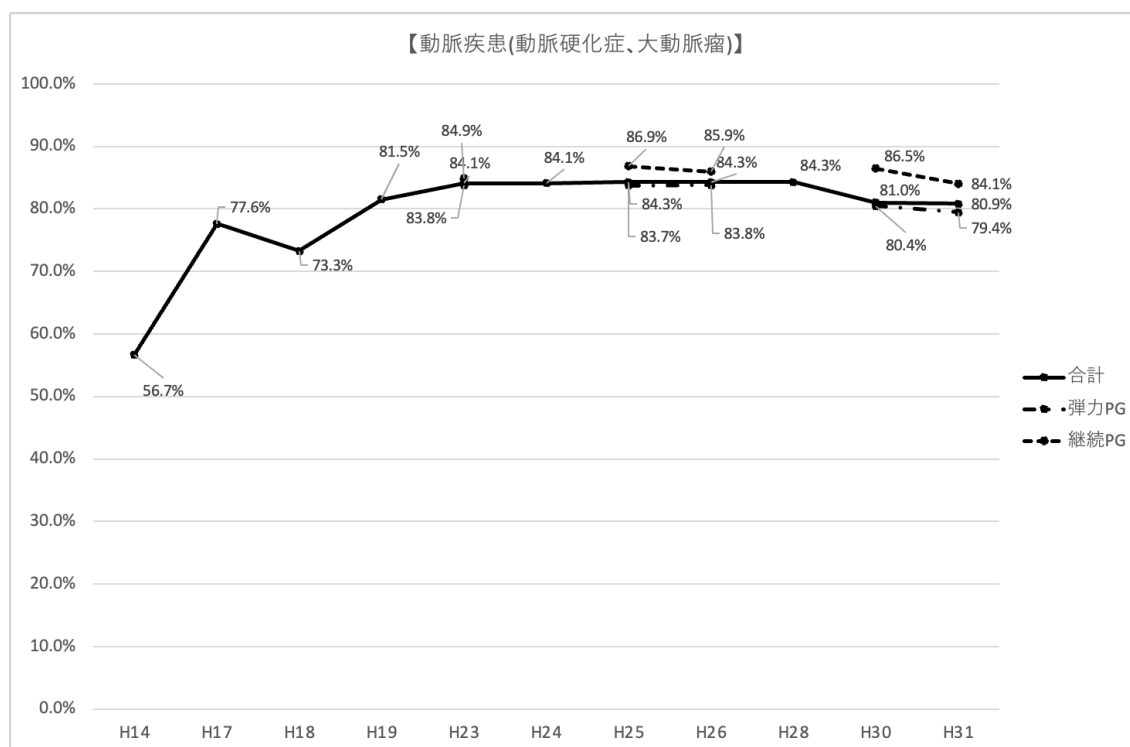


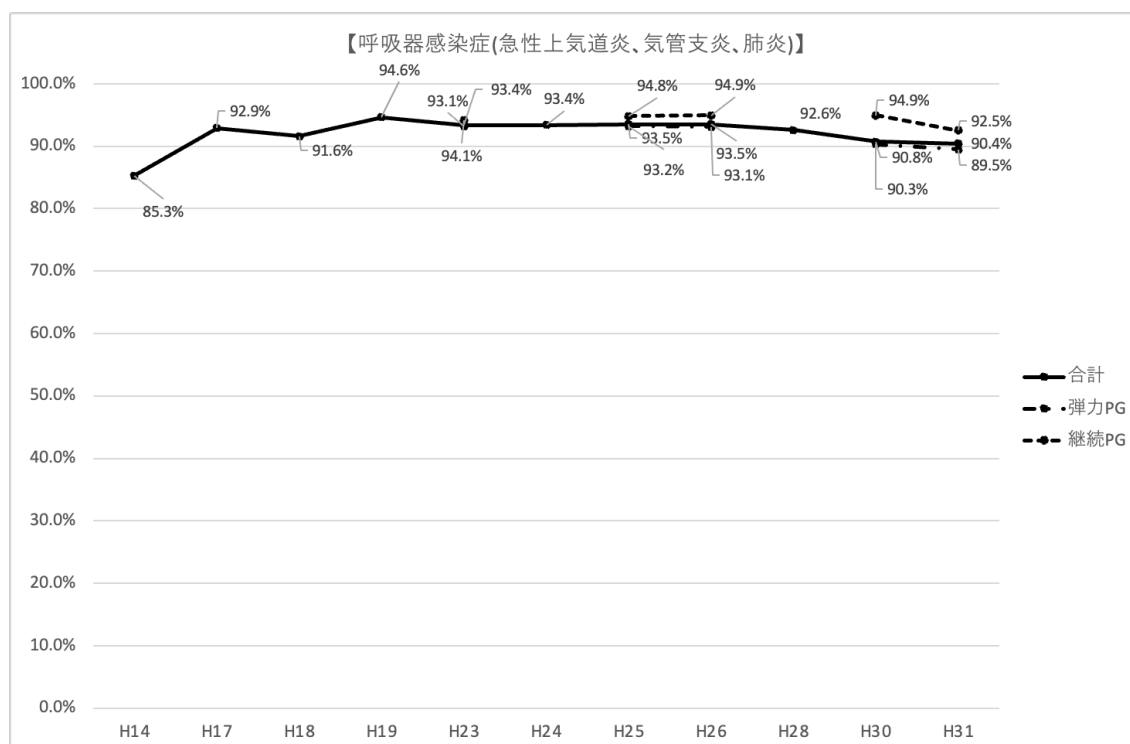
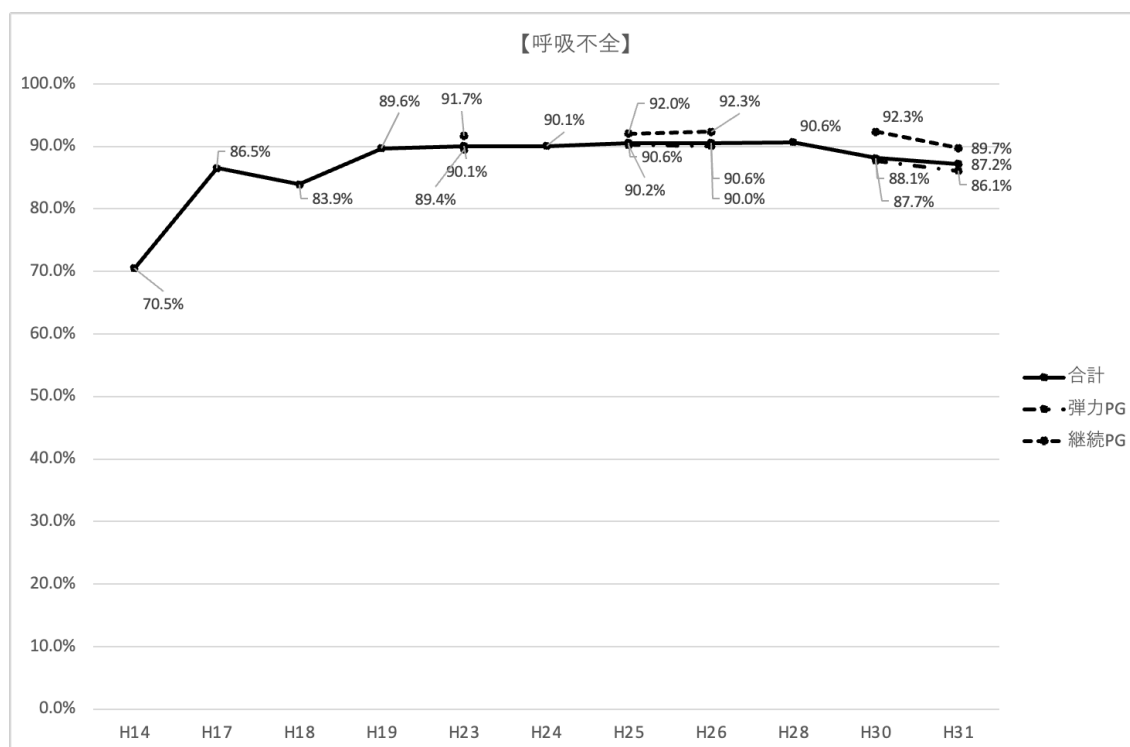


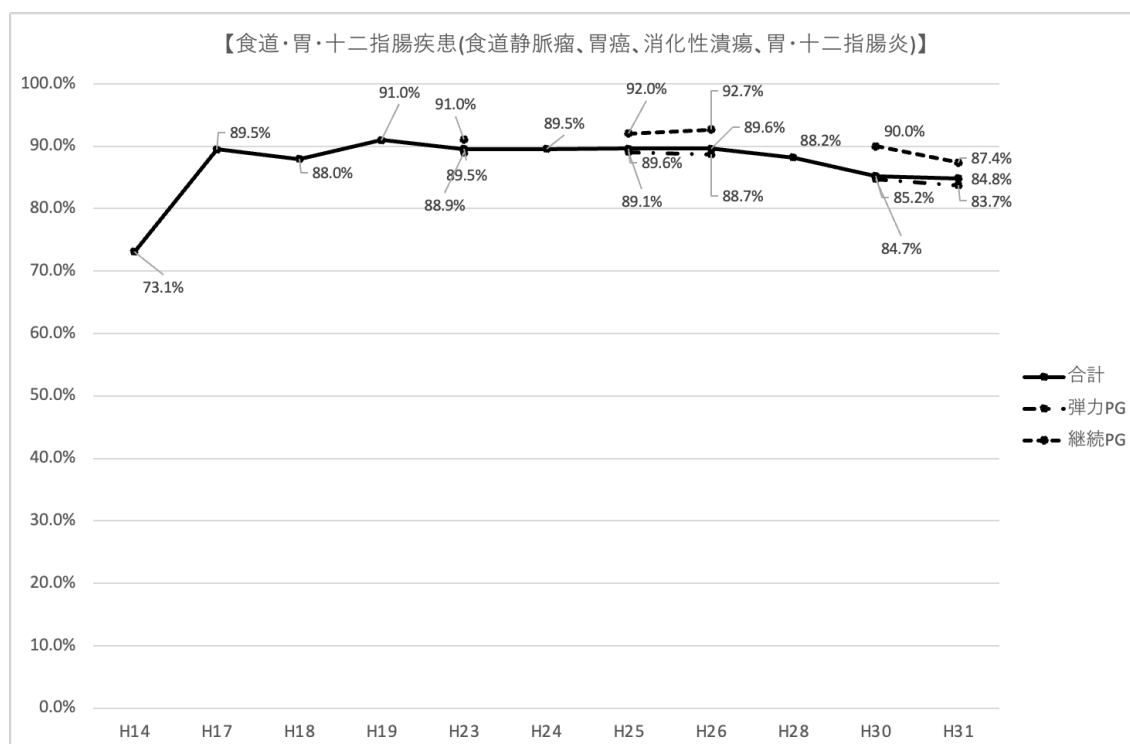
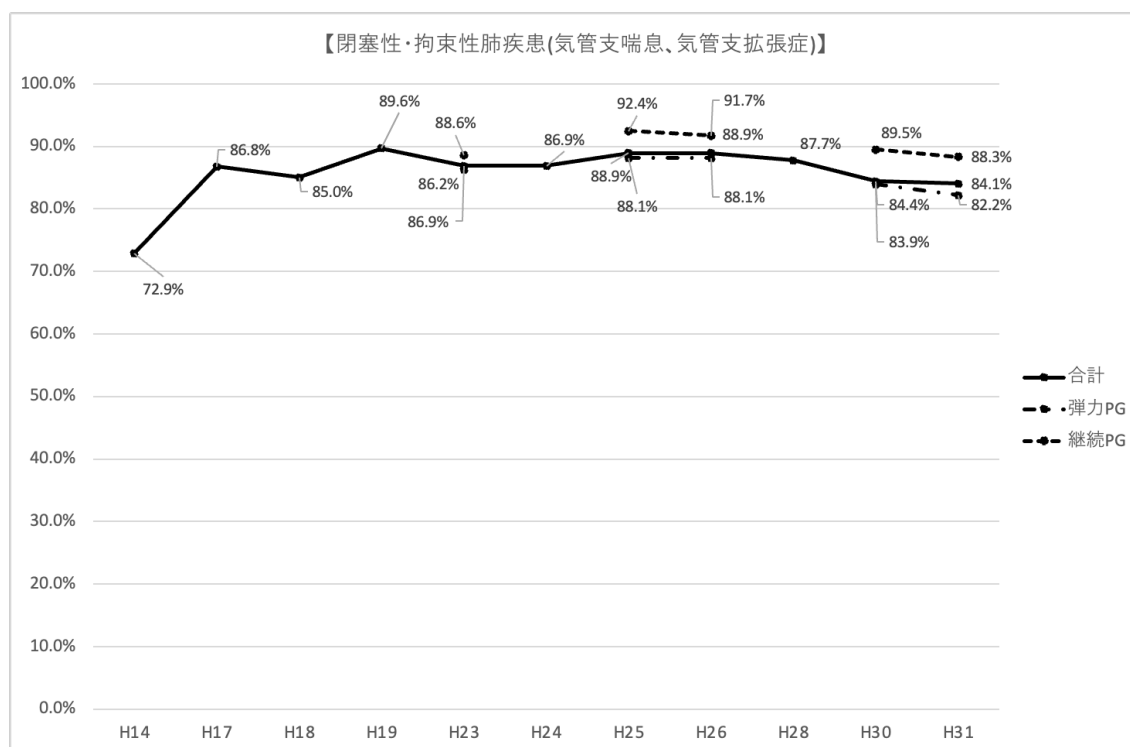


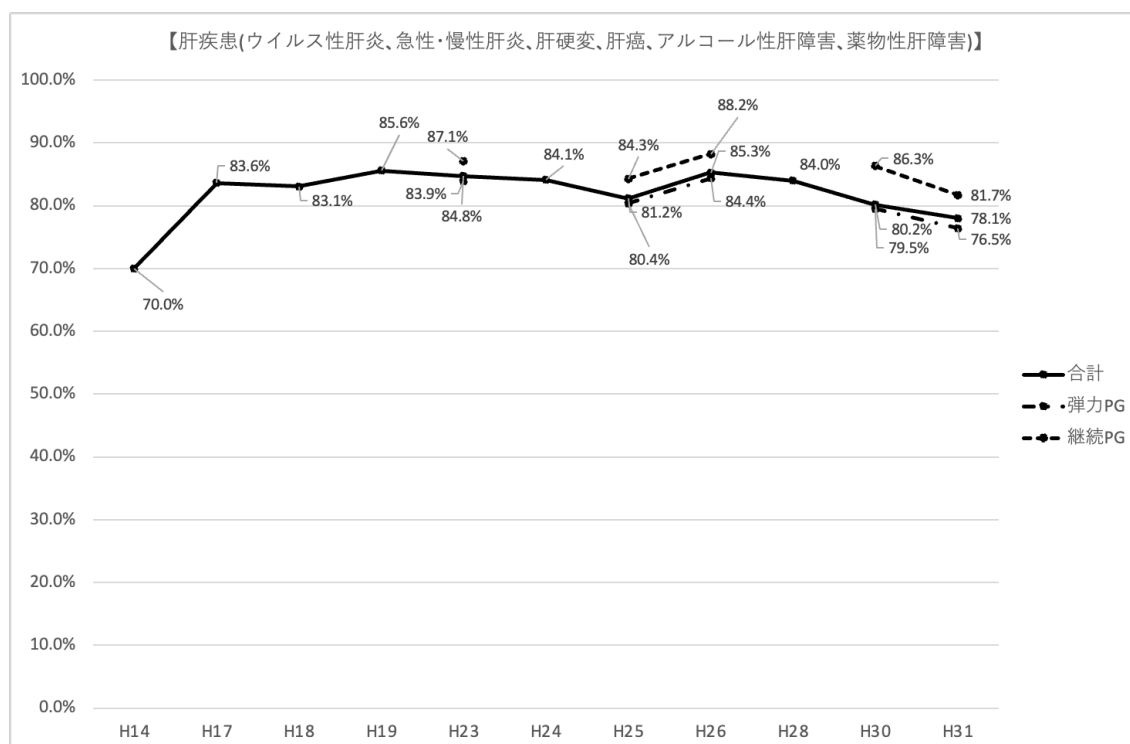
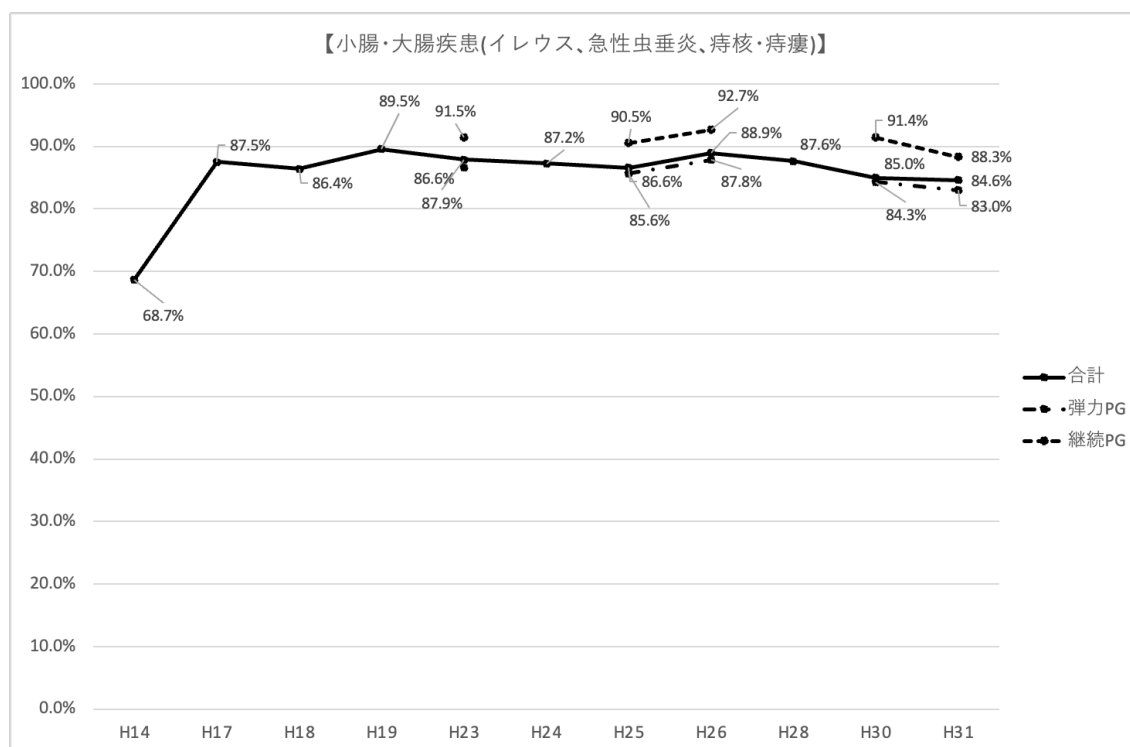


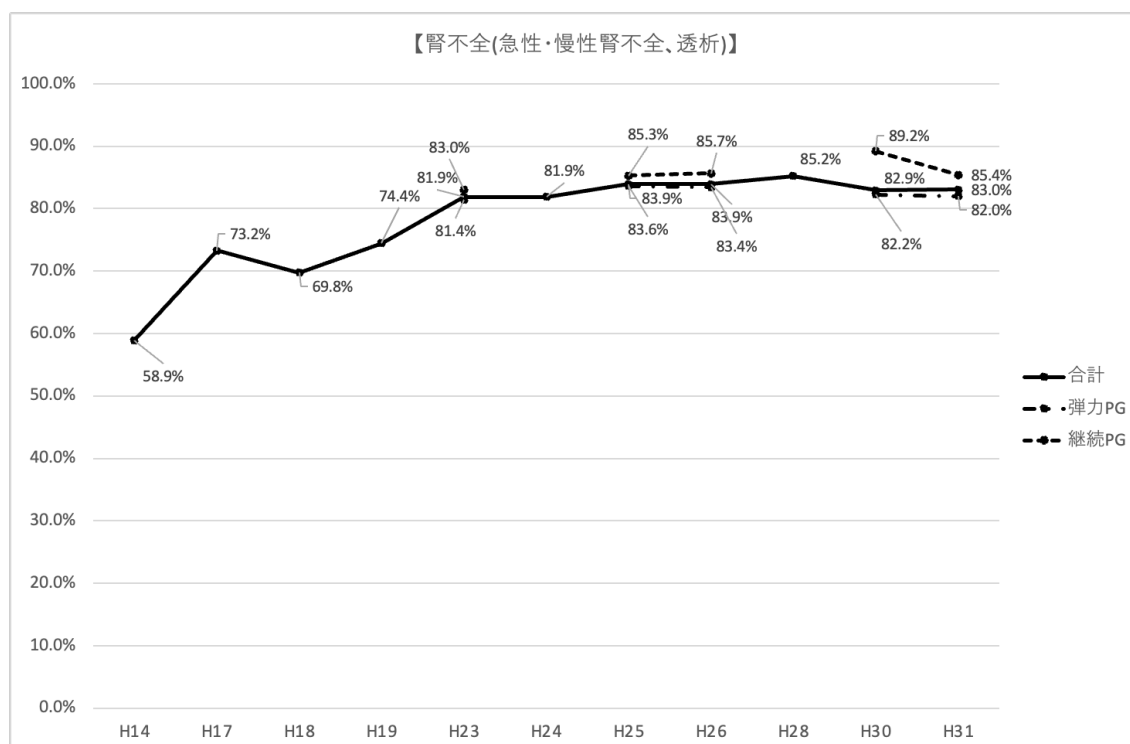
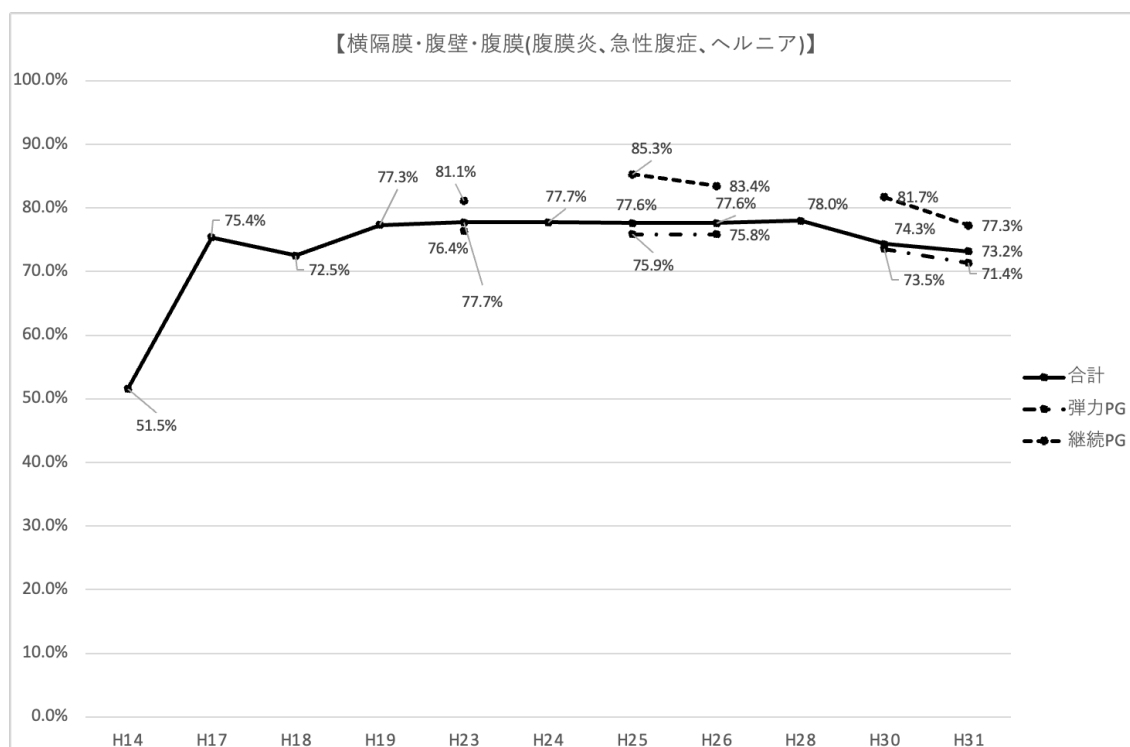


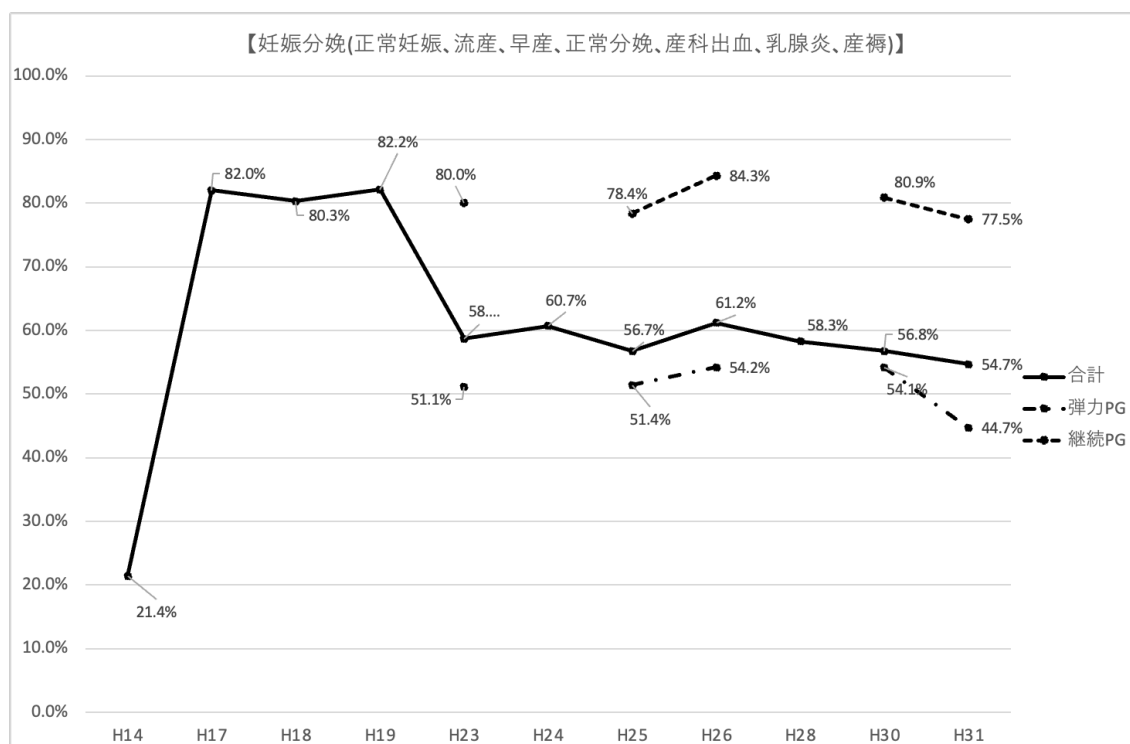
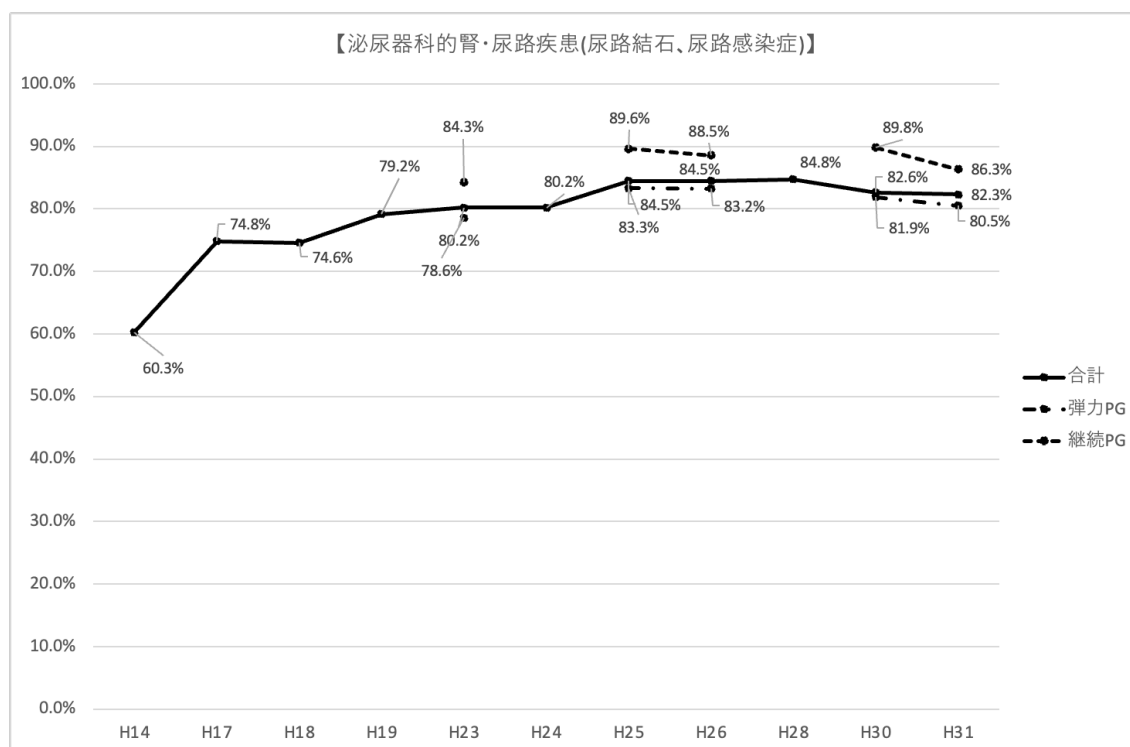


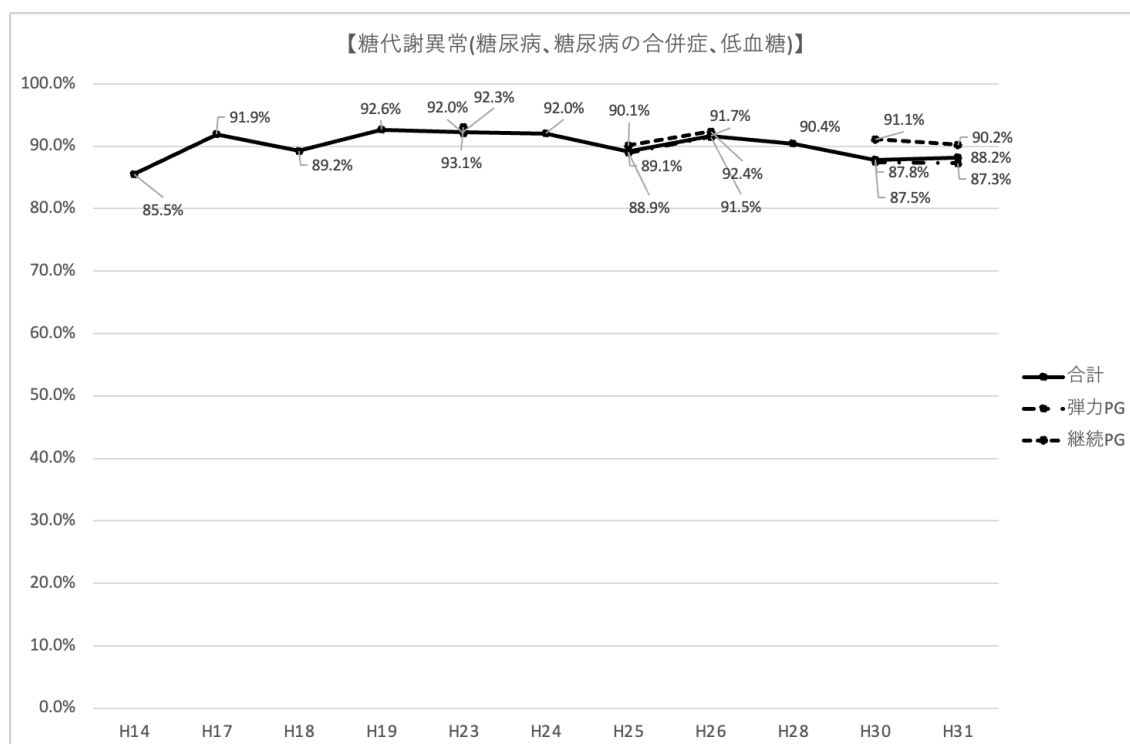


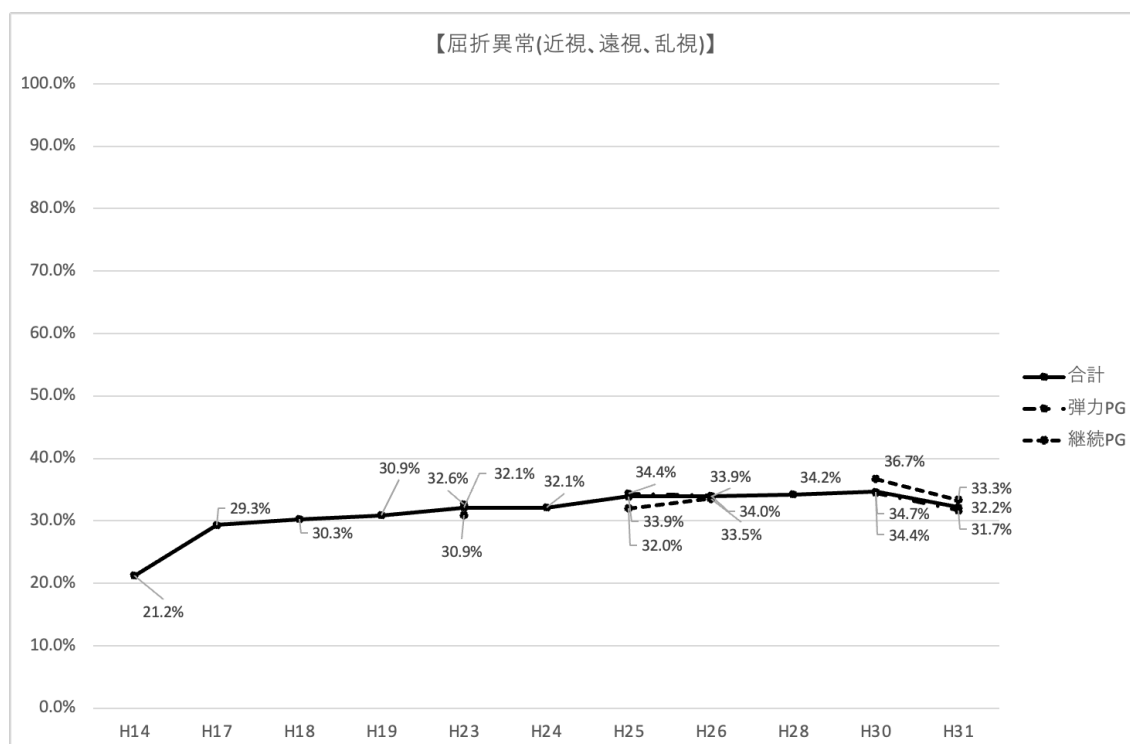
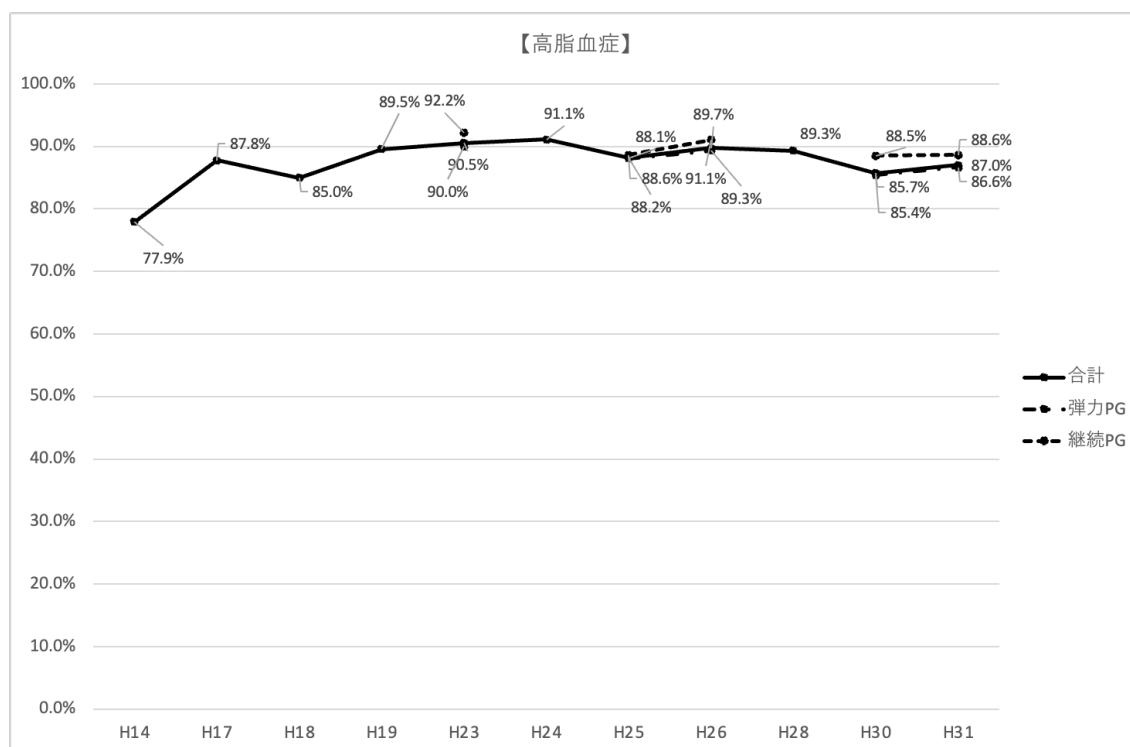


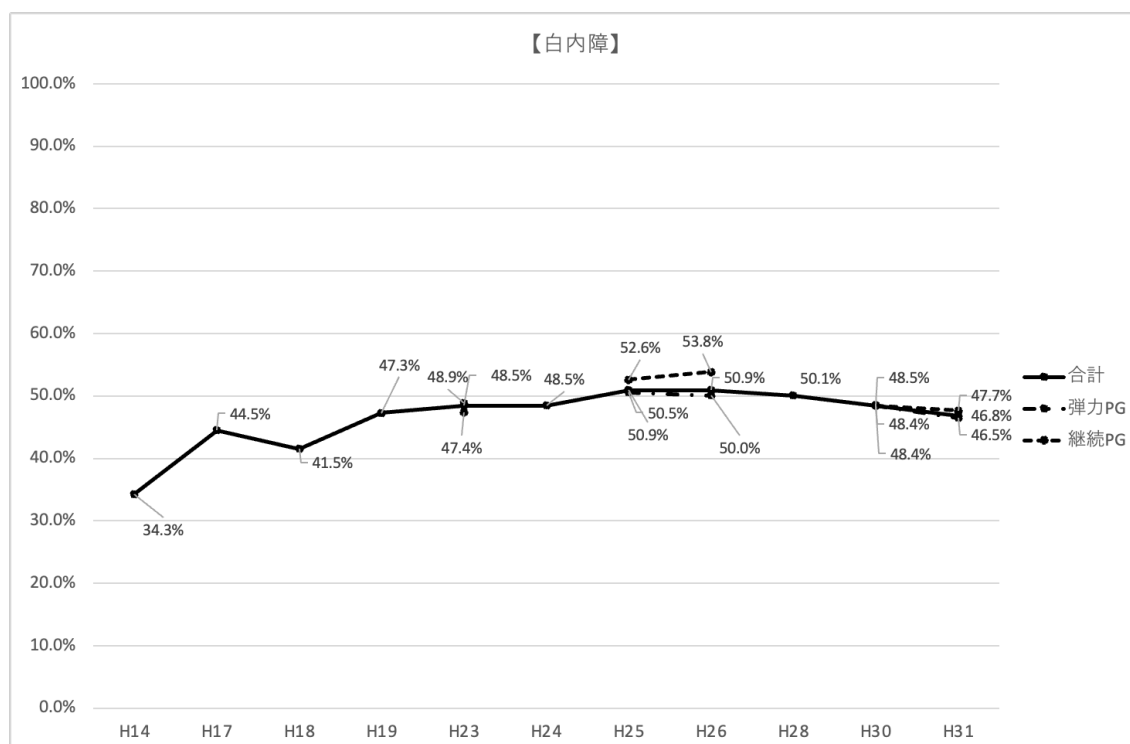
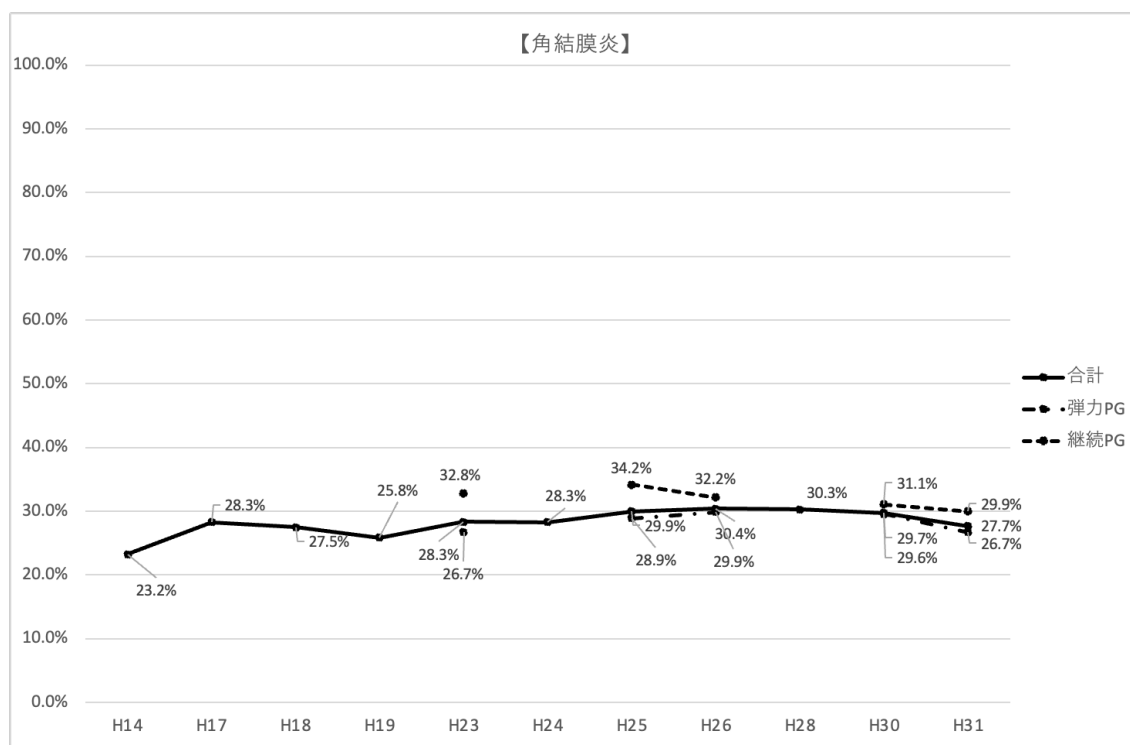


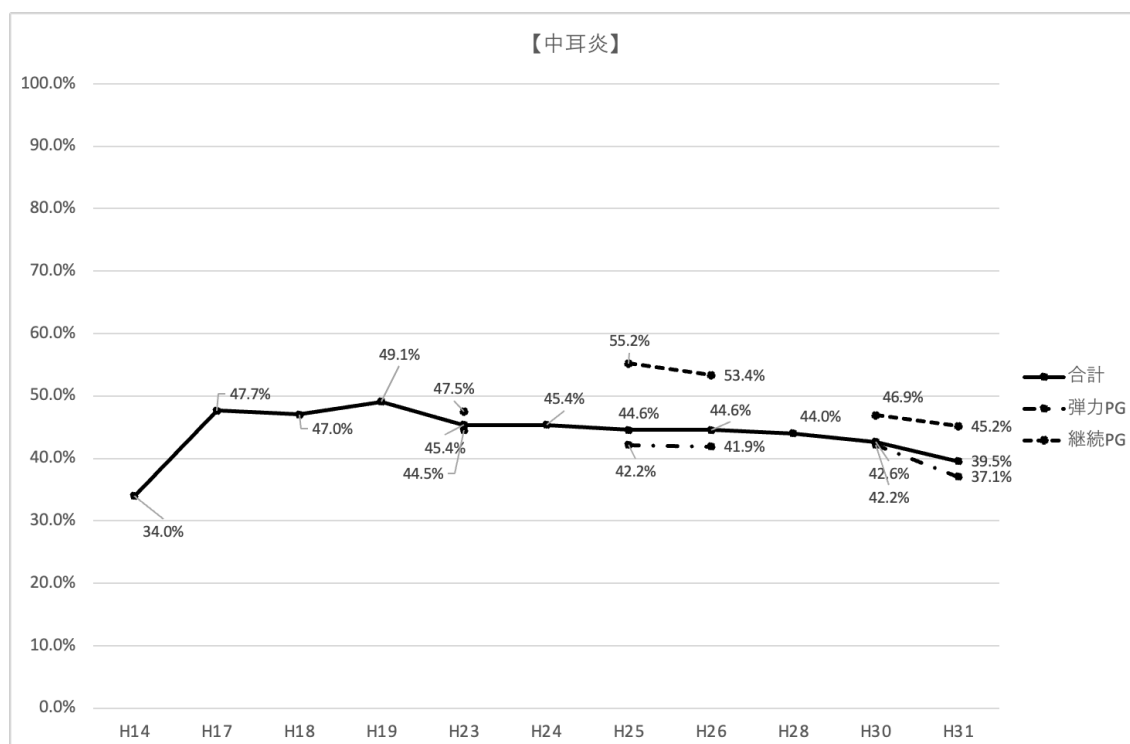
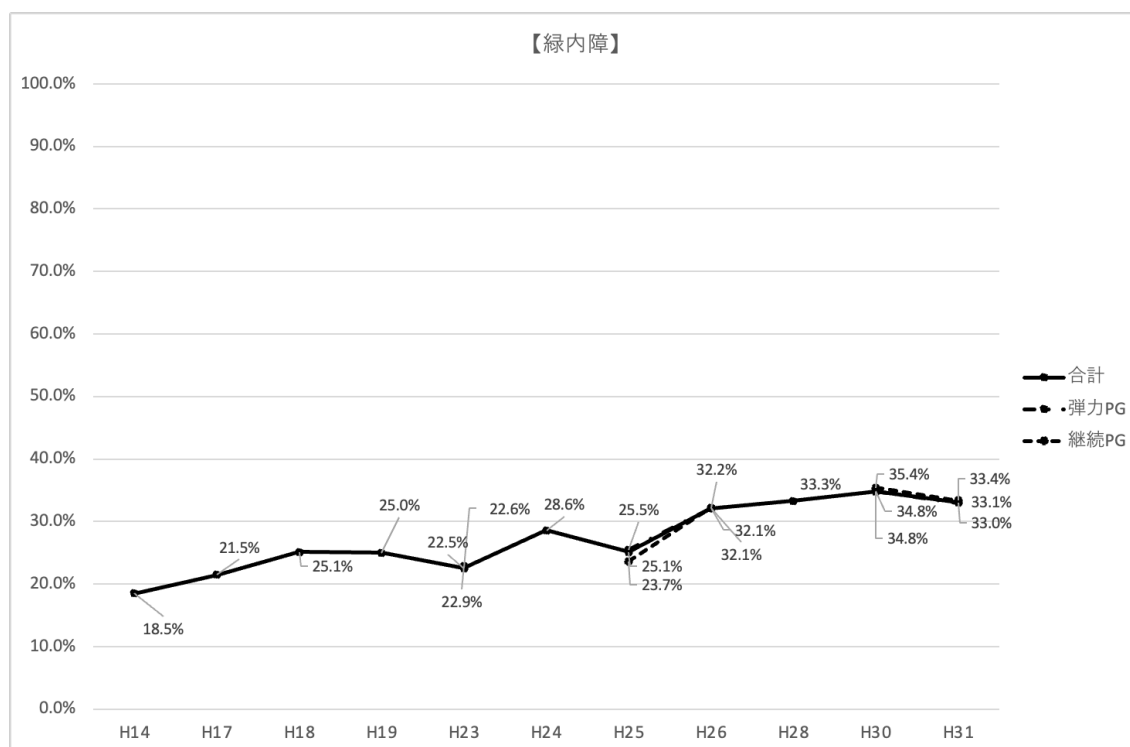


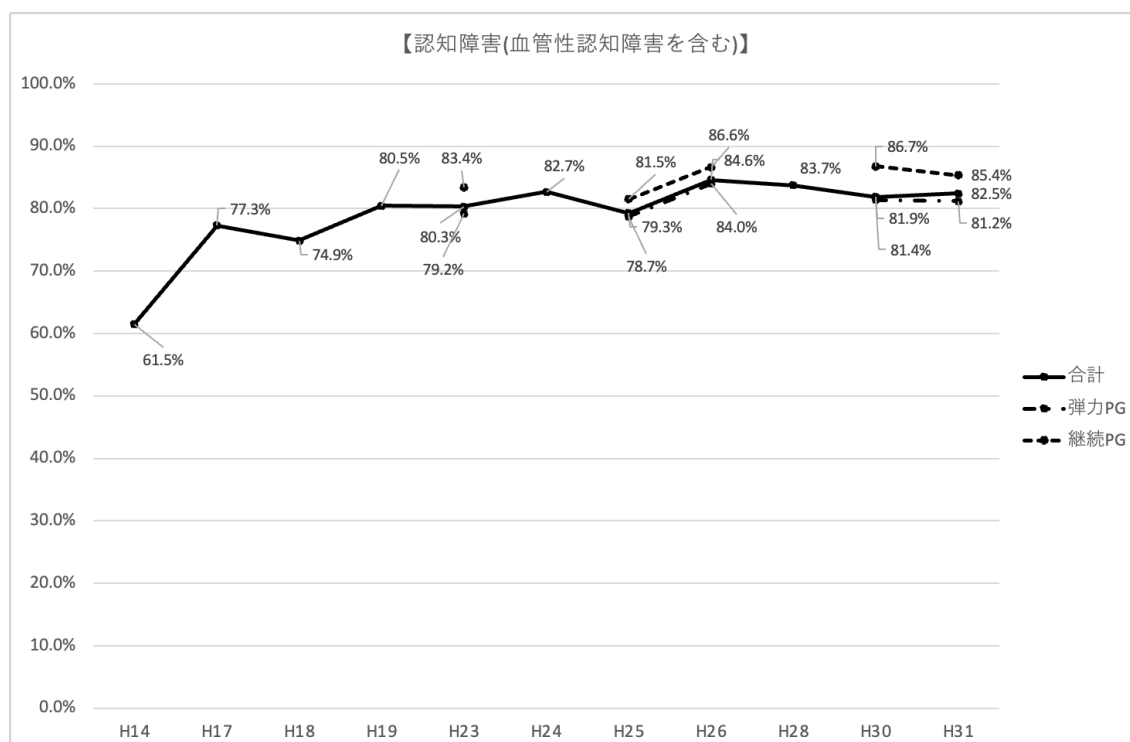
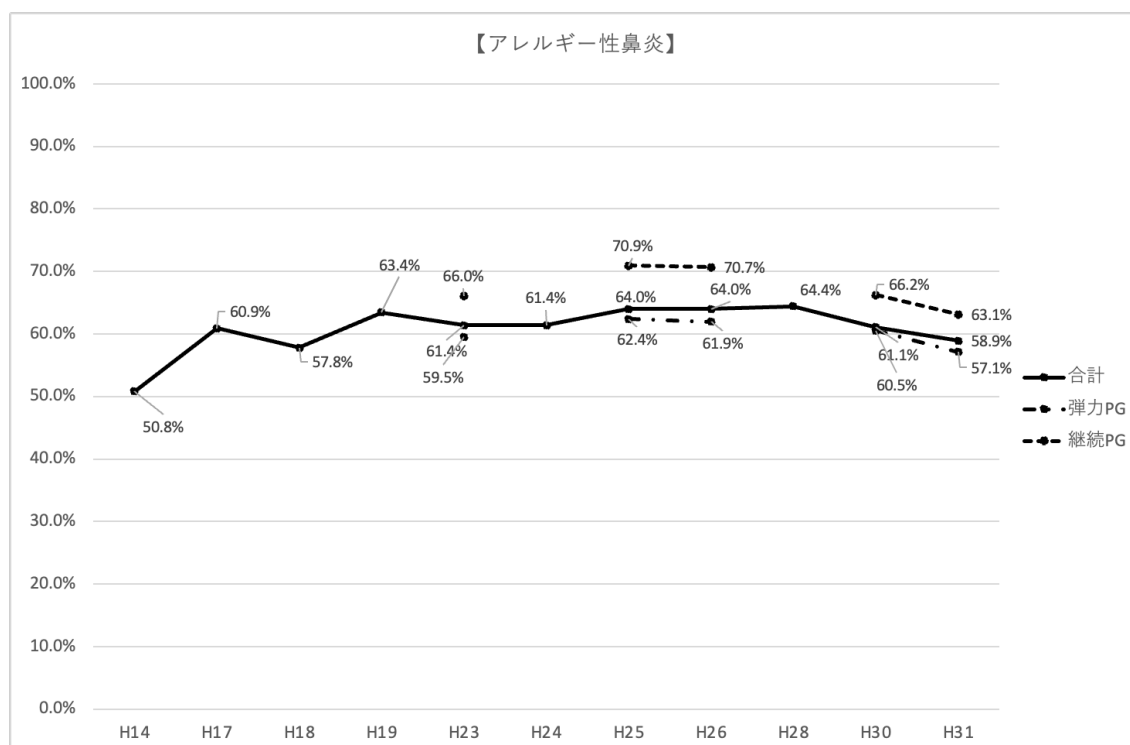


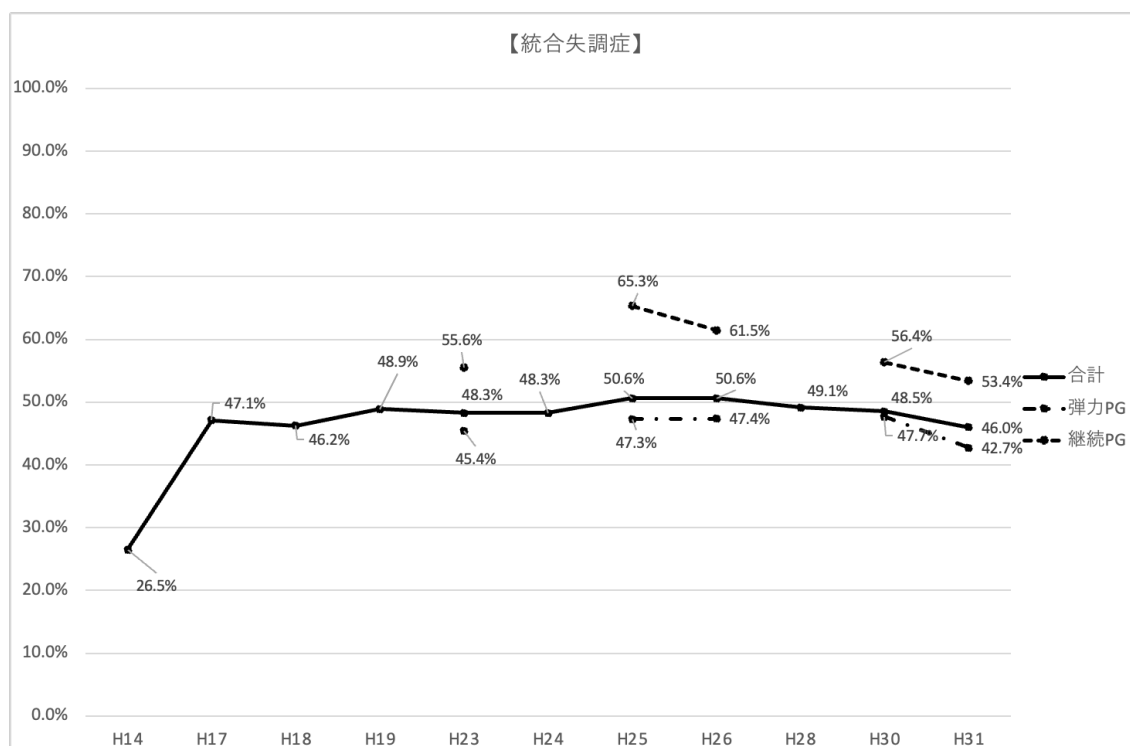
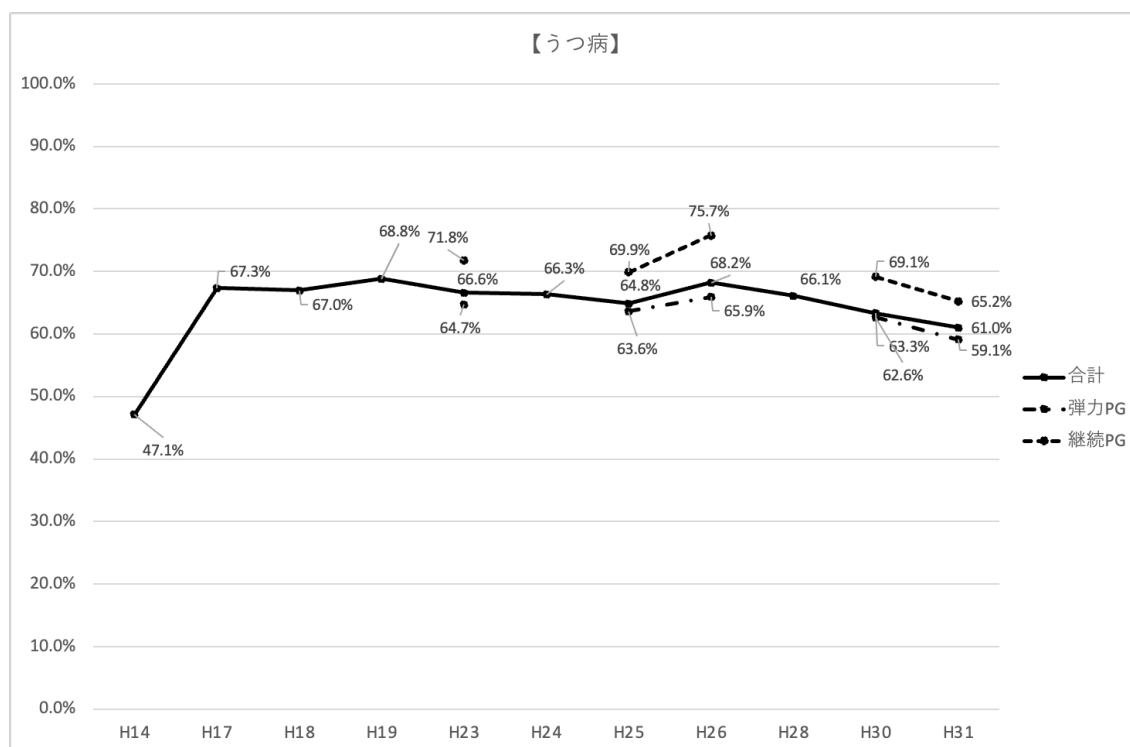


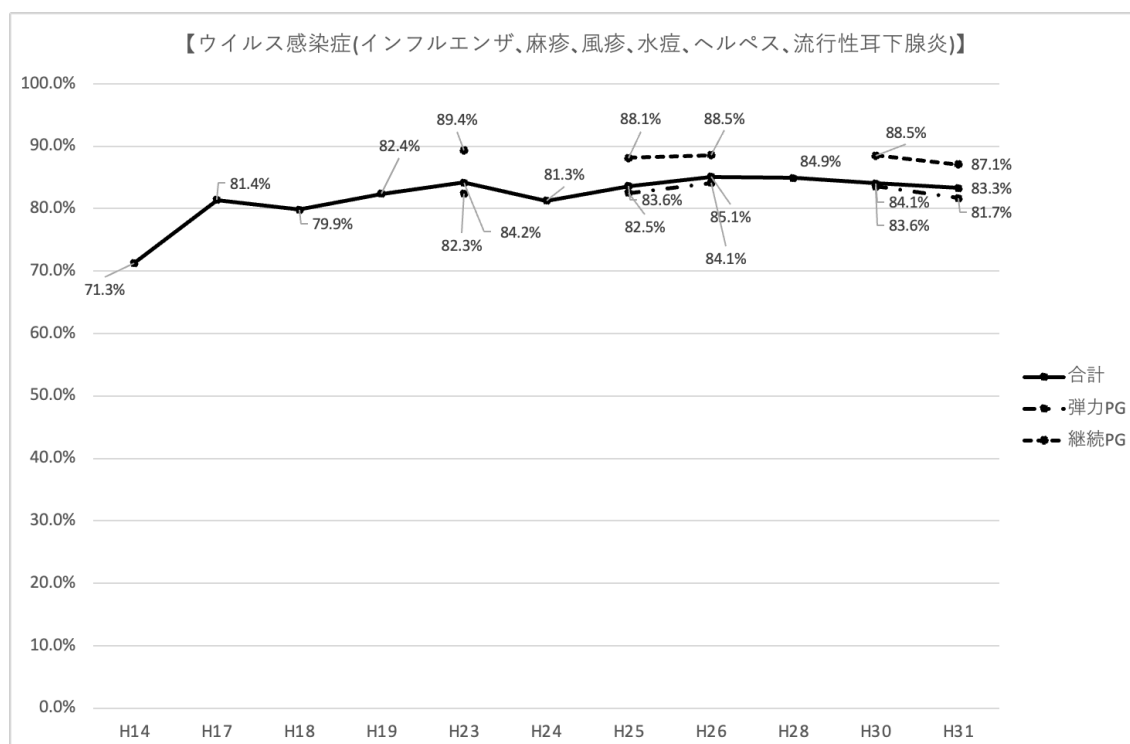
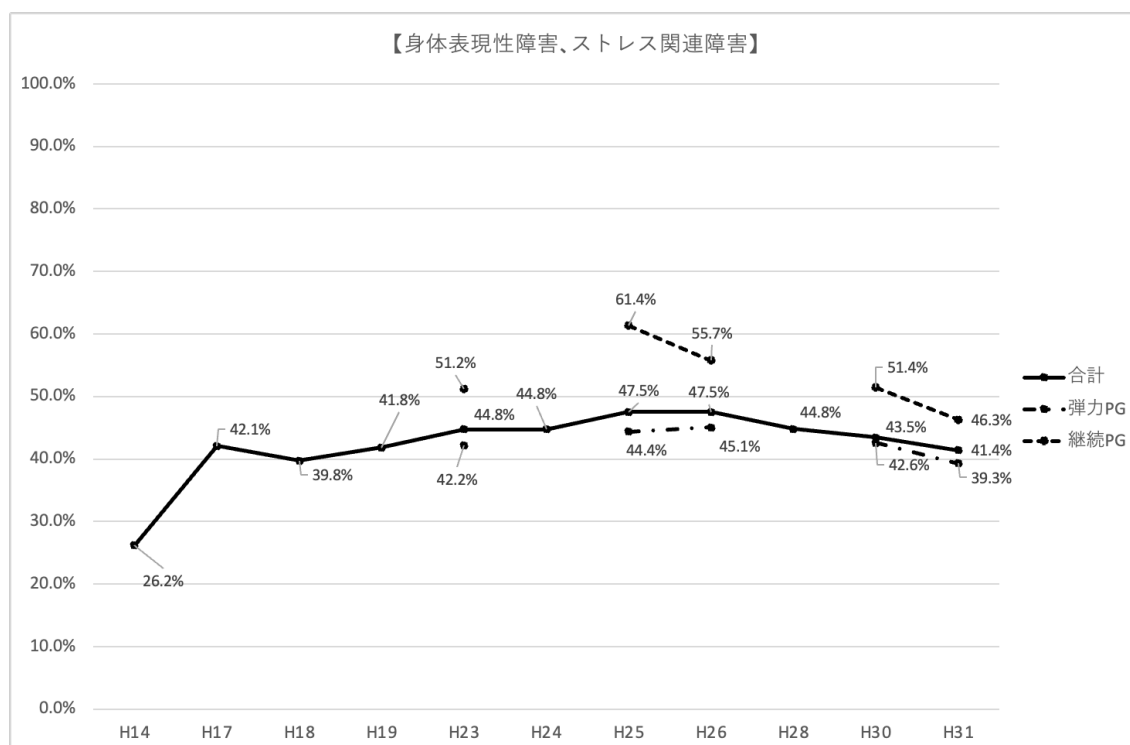


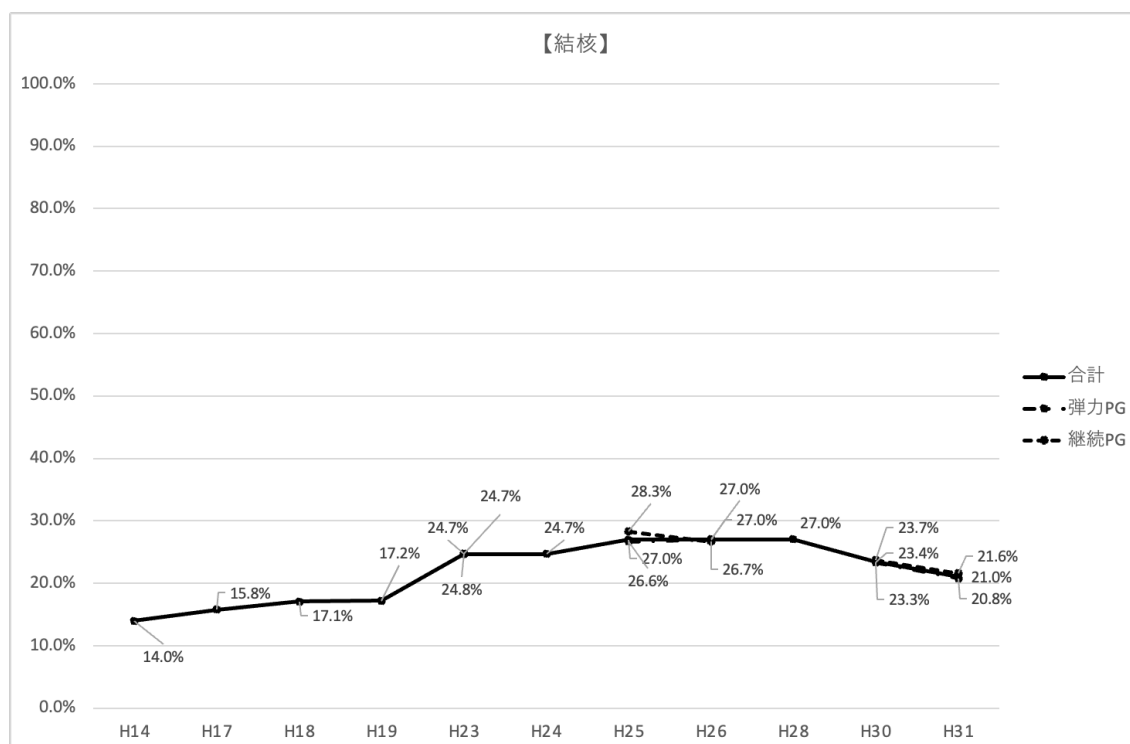
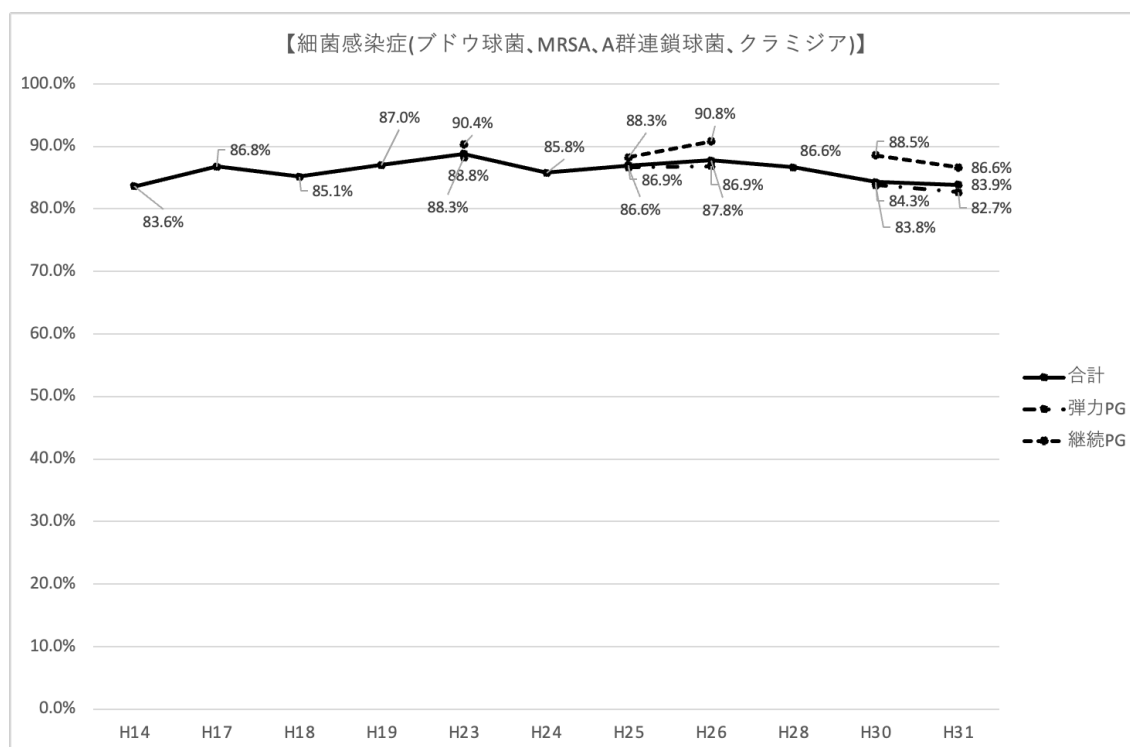


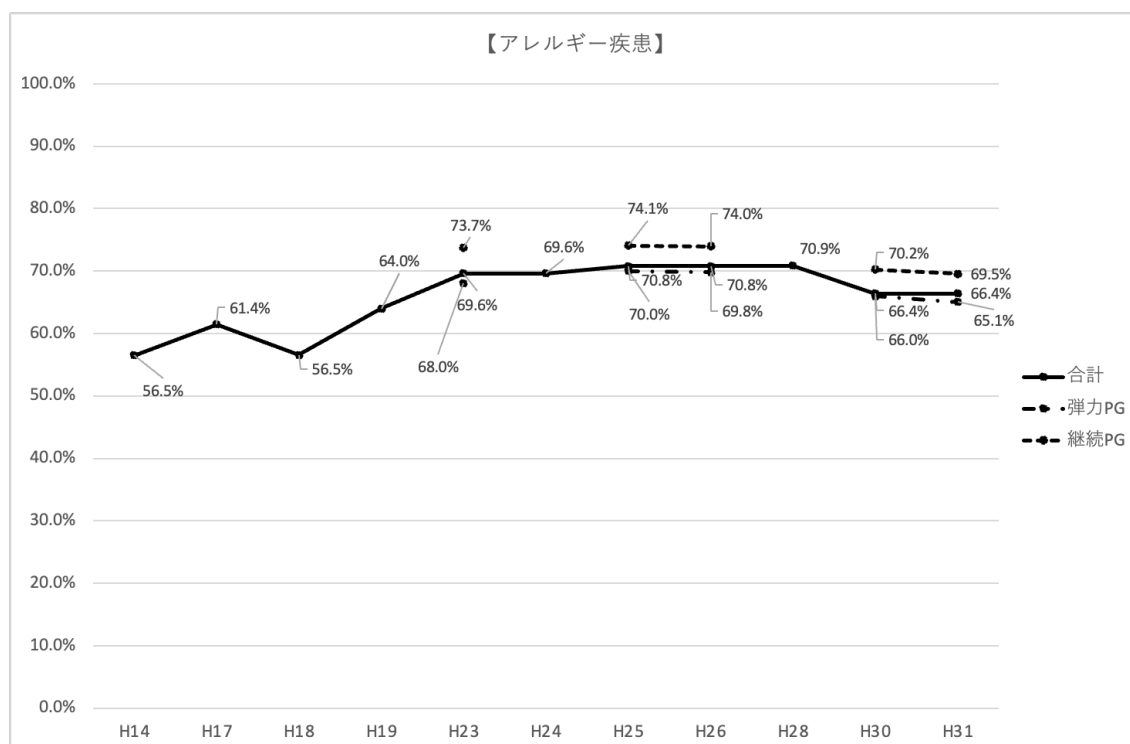
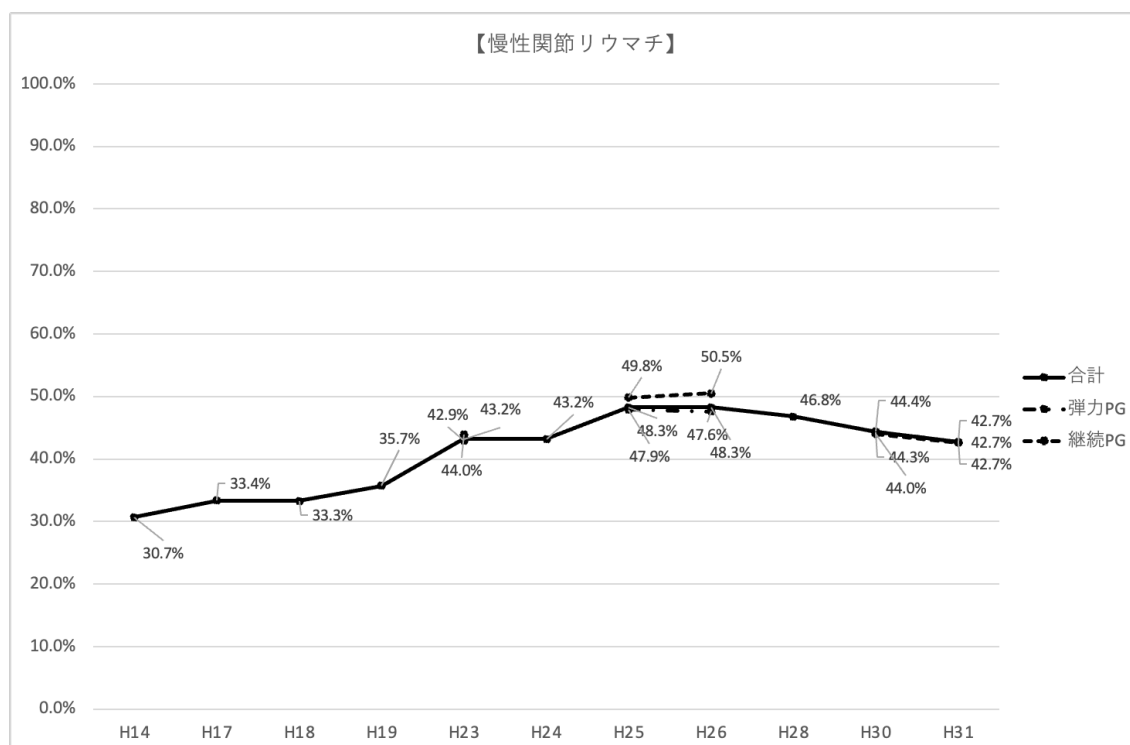


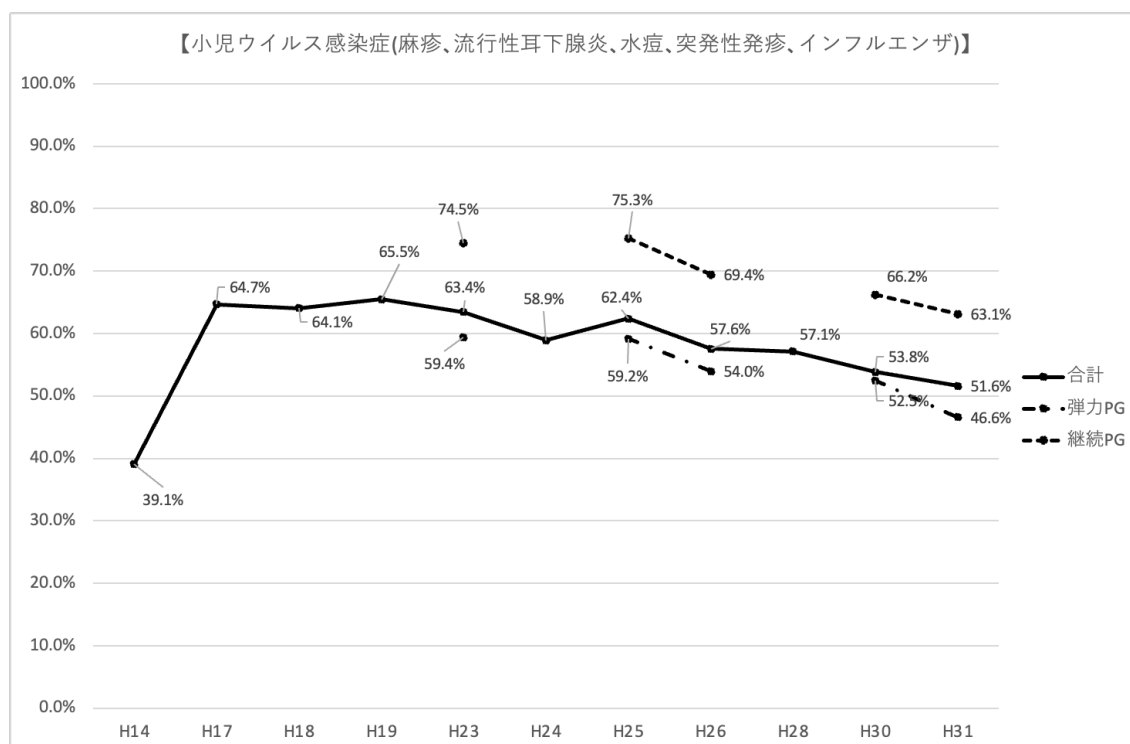
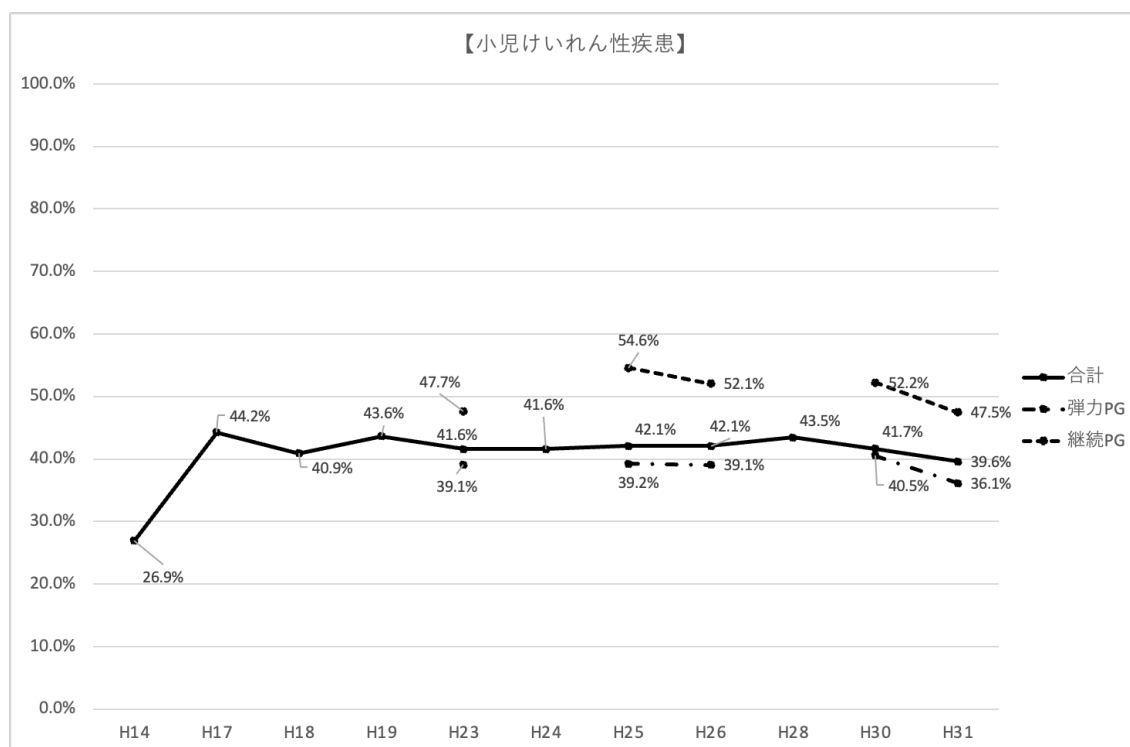


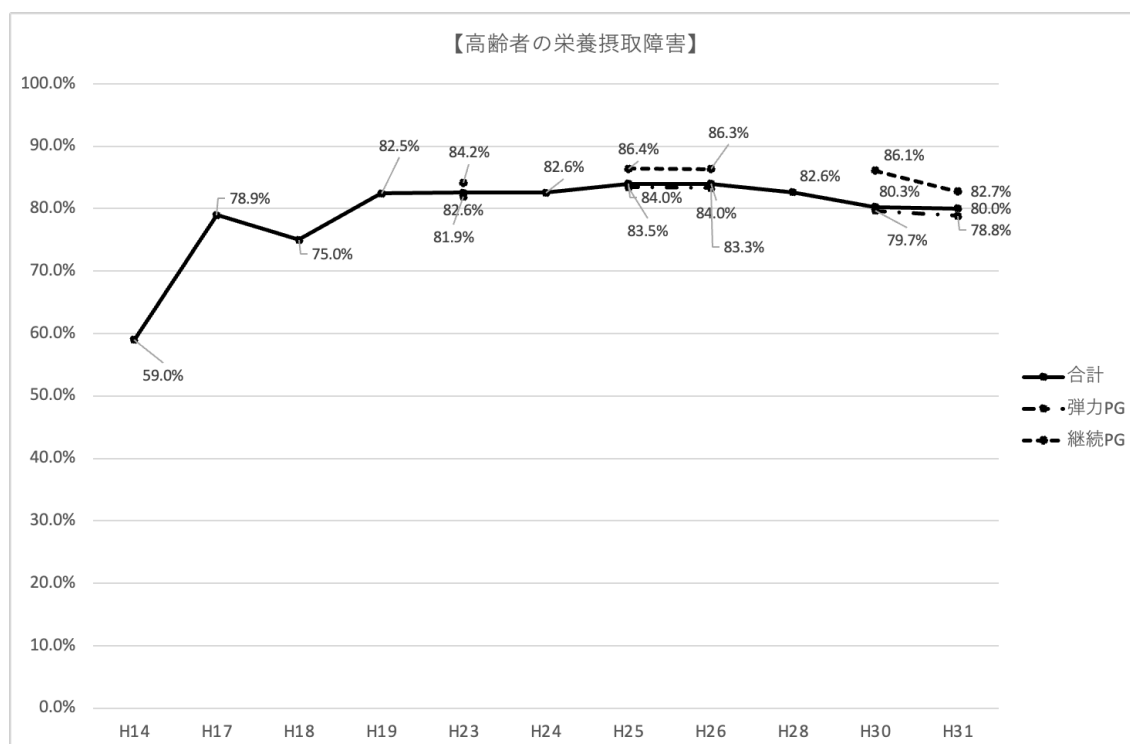
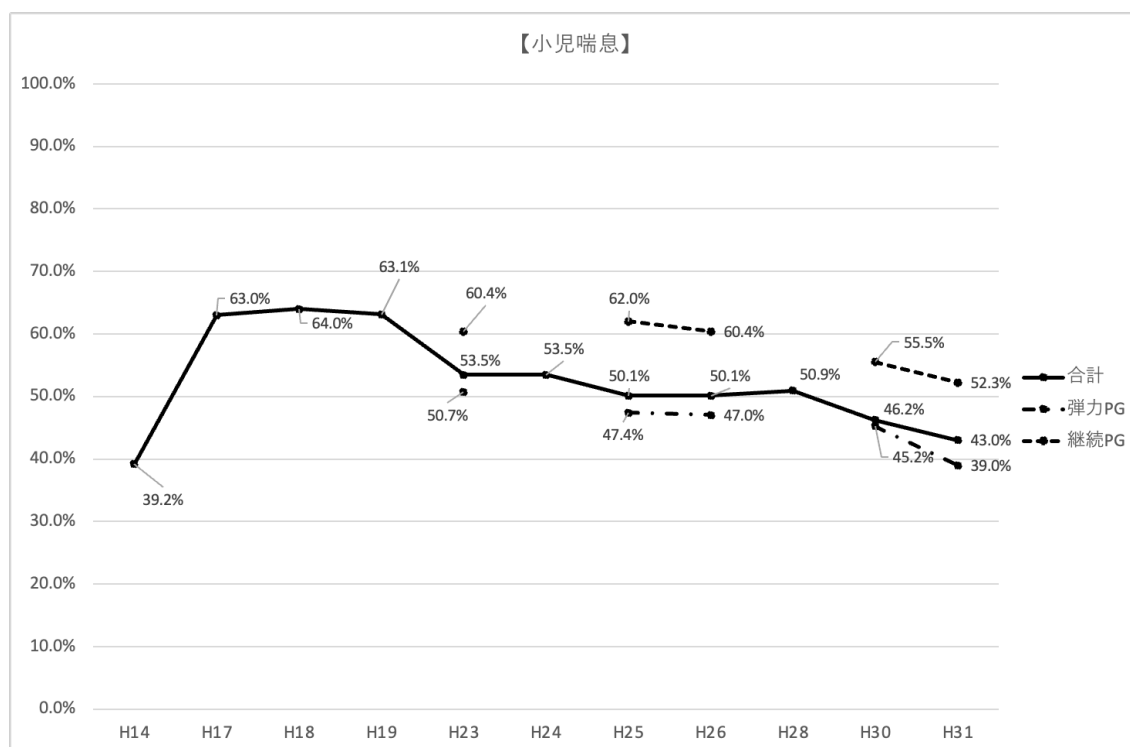


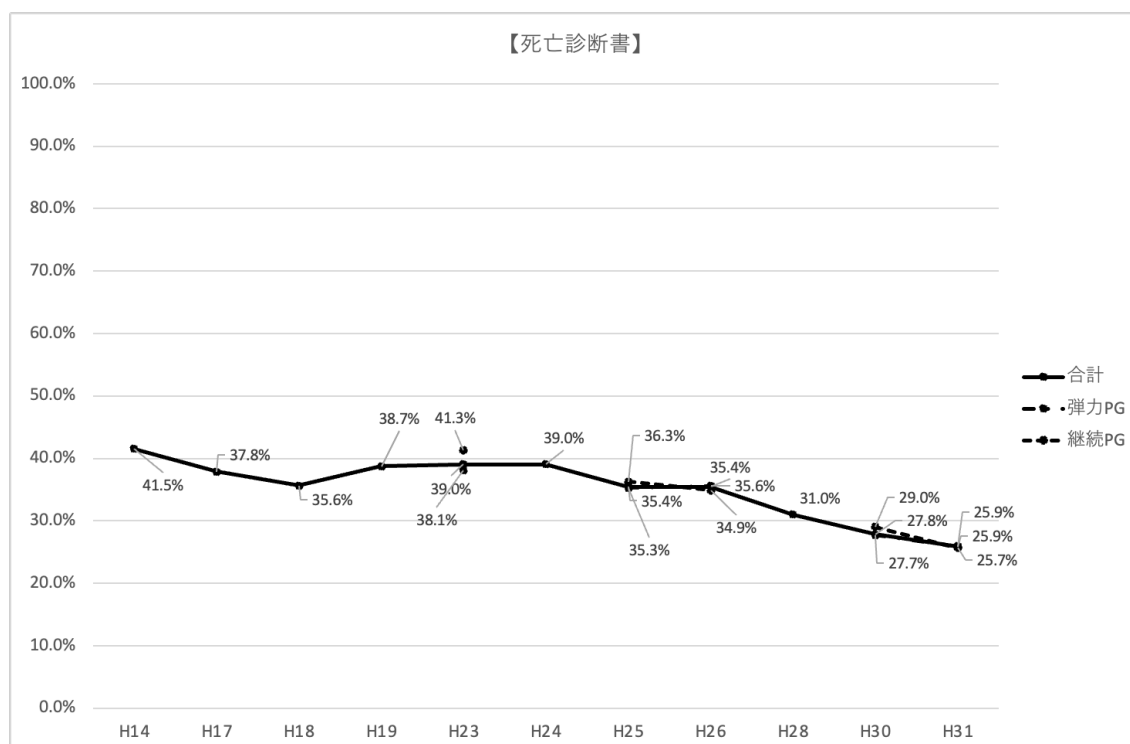
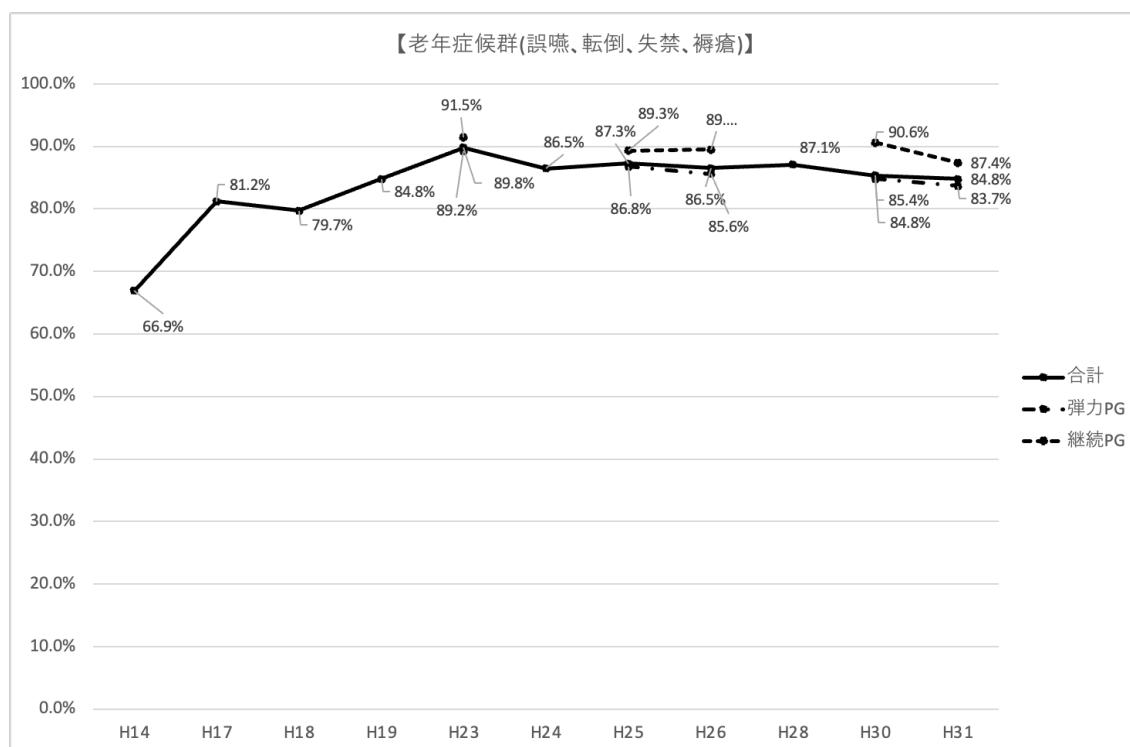


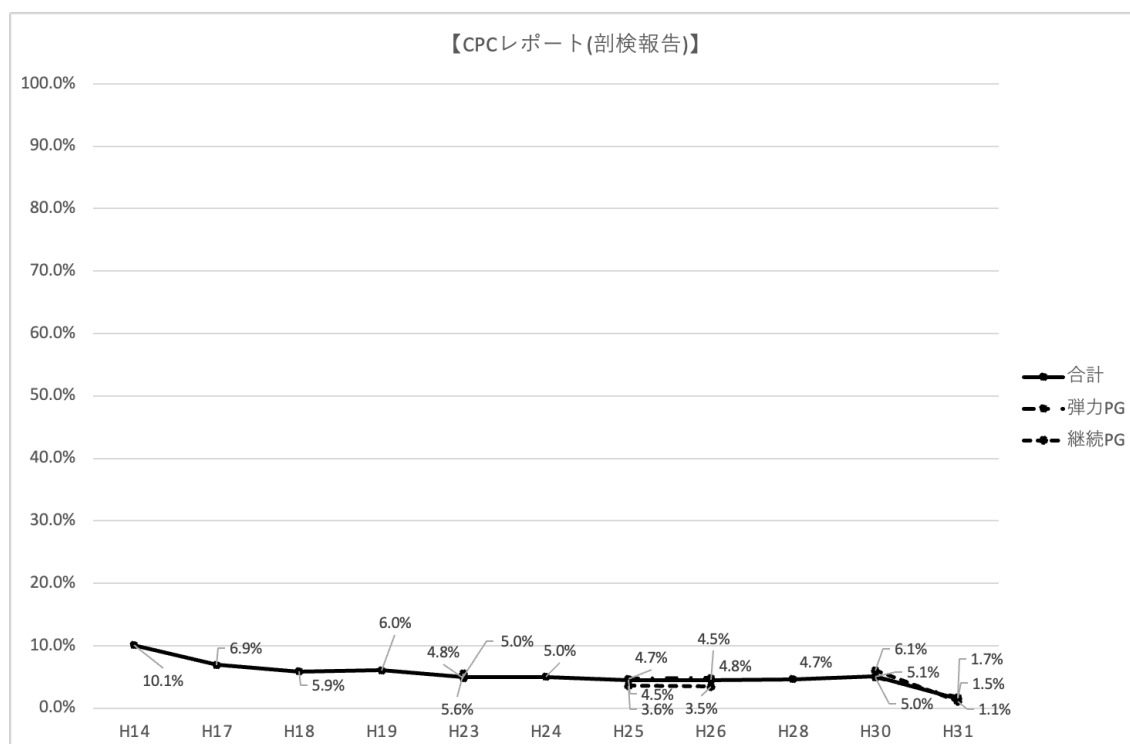
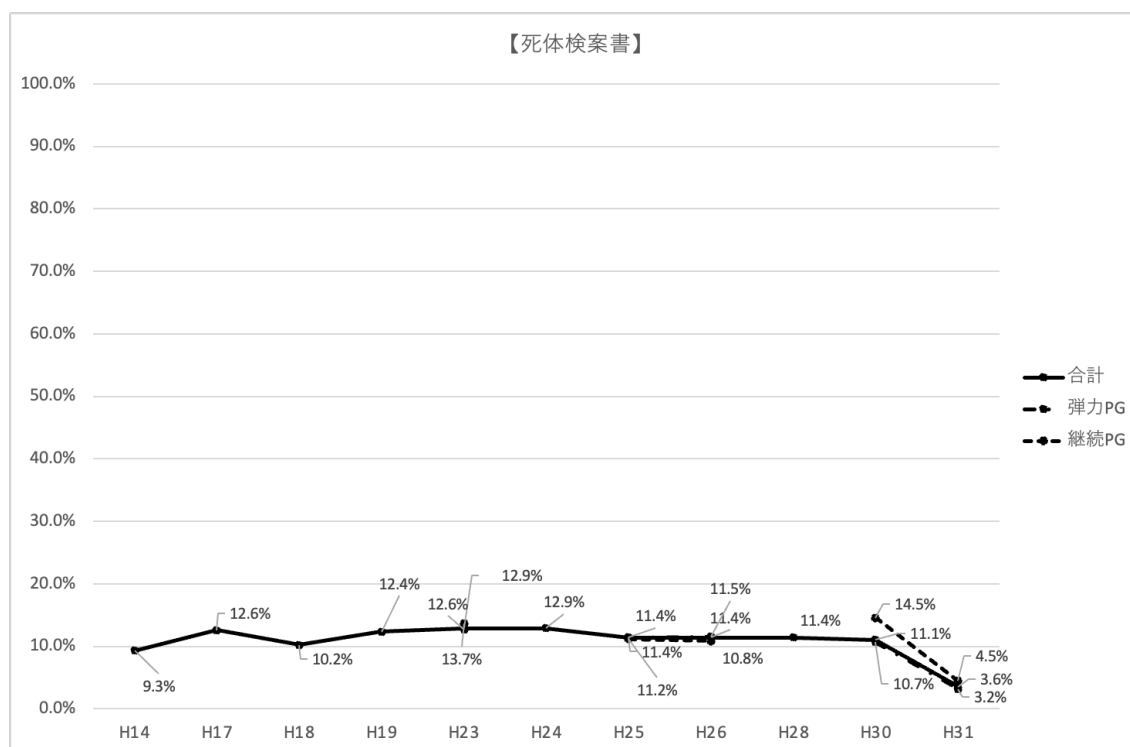


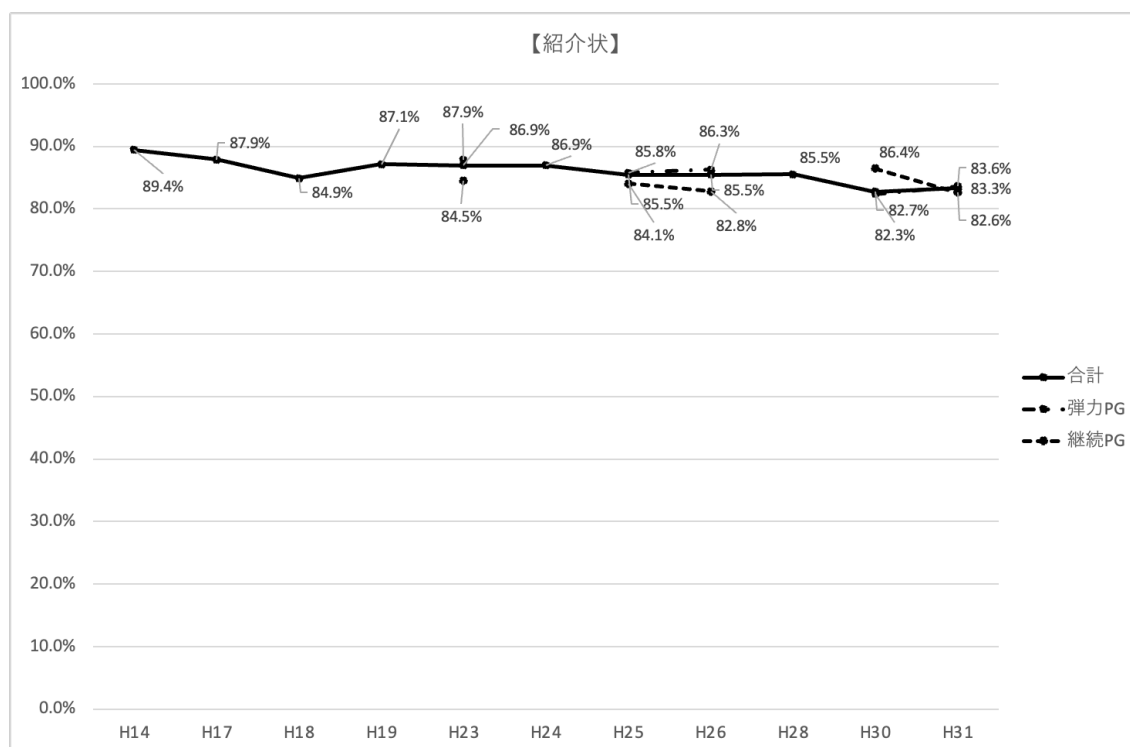












添付資料. アンケート調査結果表 1 - 17

表 1. 調査対象者の基本属性

ID	性別	所属医療機関 の種別	都道府県	役職・立場	調査 グループ
A-1	男性	大学病院	東京都	病院講師	A
A-2	女性	大学病院	長崎県	教授	A
B-1	男性	大学	神奈川県	医長／副センター長	B
B-2	女性	公的医療機関	愛知県	部長／初期研修プログラム責任者	B
C-1	男性	一般病院	大阪府	副院長	C
C-2	男性	公的医療機関	大阪府	部長	C
D-1	男性	大学病院	東京都	助教	D
D-2	男性	大学病院	奈良県	助教	D
E-1	男性	大学病院	岐阜県	センター長／教授	E
E-2	男性	公的医療機関	島根県	部長	E
F-1	男性	公的医療機関	愛知県	副院長	F
F-2	女性	社会福祉法人	静岡県	顧問	F

1. 総合診療方式および7科必修の臨床研修プログラムについて

表2. 主な意見別人数、詳細・理由

カテゴリー	主な意見	人数	詳細・理由
肯定的意見	7科必修は賛成	8名	幅広い知識の獲得、プライマリケアのスキルを身につけるのは社会的ニーズに合っている。
	一般外来研修は賛成	5名	臨床推論を教育できる、入院から外来までトータルで患者が診れる。
課題・問題点	研修医のニーズと合わない	3名	大学病院の専門的な診療科やマイナー科を進路に求めている研修医。
	調整が困難	5名	ローテーションスケジュールや働き方改革などによる時間数の調整が困難、受け入れ先の負担。
	研修医先として適合していない	3名	教えられる指導医がいない、学生と研修医だと学生を優先してしまう、選定療養費を取っており研修医というわけにいかない。
改善要望	外科の研修期間延長	1名	外科の専門診療科の種類の多さ。
	並行研修不可のルール見直し	1名	働き方改革との兼ね合い。
	総合診療科ローテーションの追加	1名	一般外来研修とセットで総合診療科に依頼したい。
現場での工夫、苦労など	指導体制の構築	3名	苦労(研修に適した患者の確保、指導医体制)。
	レントゲンカンファレンスの開催	1名	ERなどでよく診られる骨折の画像カンファレンス。

表 3 インタビュー対象者と主な意見の対応関係

インタビュー対象者	肯定的意見		課題・問題点			改善要望			現場での工夫、苦労など	
	7科必修は賛成	一般外来研修は賛成	研修と臨床業務の 兼ね合いが難しい	調整が困難	研修と臨床業務の 兼ね合いが難しい	長 外科の研修期間延長	研修と臨床業務の 兼ね合いが難しい	研修と臨床業務の 兼ね合いが難しい	指導体制の構築 （シミュレーションの追加）	アレンスの開催
A-1	○					○				
A-2	○		○						○	
B-1			○	○						○
B-2				○					○	
C-1	○	○								
C-2	○	○		○						
D-1	○	○			○			○		
D-2	○									
E-1			○	○	○					
E-2		○		○						
F-1	○				○				○	
F-2	○	○					○			

表4 特徴的な意見の一部抜粋

課題・問題点

● 研修医のニーズと合わない

- ・ 必修となった産婦人科・小児科では、興味がないのにまわってくる研修医があまりにも多くなったため、受け入れ側として負担が多くなっている。<B-2>

● 調整が困難

- ・ 2020年のガイドラインへの切り替えと同時に研修医のみ交替勤務制勤務に変更したが、勤務日数のカウント上で実日数が減ってしまい、選択科目の日数が更に減ってしまう。夜勤の場合、入り（16時出勤）と明け（8:30退勤）の日はマイナスカウントされ5日のうち勤務は3日というケースが起こる。内科の日数（120日）が足りない場合は補充している。働き方改革に伴い勤務の整備はできるが、必修科目も増え、選択科目がとりづらい状況。<B-1>

*交替勤務制勤務：法定労働時間以上に及ぶ業務体系が常態的に必要とされる事業において、労働者を交替で勤務させる勤務形態

● 研修医先として適合していない

- ・ 指導体制が病院によって大きく異なる。大学病院は専門的な先生が多い。一般外来研修を担当する課にどういう指導医が揃っているかという点に研修の質が大きく依存する印象。<D-1>
- ・ 一般外来研修に関しては、研修を受ける施設で大きく差がある。一般外来研修を必修にした目的が不明。中規模までの一般病院と言うことであれば、コモンディジェーズの外来診療ということになるが、大学病院であれば、紹介患者に対する専門的な診療が主目的となる。一口に外来診療と言っても、目的によって研修内容は異なるはず。<D-2>

改善要望

● 並行研修不可のルール見直し

- ・ 並行研修については方針を再考いただけると嬉しい。スーパーローテートは、週単位（4週間）になったが、2024年開始の医師の働き方改革では、研修医がC1水準を取ったりすると、当直翌日に勤務ができなくなる。そうすると、実際には研修期間が4週間では終わらなくなってしまう。<F-2>

2. 2020 年度に見直された到達目標と研修医評価票について

表 5 主な意見別人数、詳細・理由

カテゴリー	主な意見	人数	詳細・理由
肯定的意見	評価しやすい	3 名	チェック式であるため簡易的、わかりやすくシンプルである。
	内容が充実している	2 名	入れておくべき項目がまんべんなく組み込まれている。
	データ化できる	2 名	全国的に統一されており、分析や比較が可能となった。
課題・問題点	作業が煩雑である	3 名	項目数が多い、項目ごとの文章が長文で読むのが面倒である。
	360 度評価など正しく評価できない	9 名	コメディカルや看護師に説明できない、該当なしが多い、評価が主観的になってしまう。
	わかりにくい	5 名	抽象的でどう評価すればよいかわからない。
改善要望	評価票の簡易化	3 名	評価項目を減らしてわかりやすさやシンプルさを優先すべき。
	項目の追加	1 名	定期処方が守られているか、患者のもとへ毎日通うことはできているか、時間通りに指示を適切に出せているか、などの外面的な内容。
現場での工夫、苦労など	評価者に対するワークショップ	3 名	評価者認定制度の導入、プロフェッショナルリズムの勉強会。

表7 特徴的な意見の一部抜粋

課題・問題点

● 360 度評価など正しく評価できない

- ・（評価を）収集することについて苦労している。特に 360 度評価。たとえば（評価者の）病棟が複数にまたがるが多々ある。研修医には、誰に評価してもらうべきか最初に看護師と相談の上、同定しておくように伝えるが、コロナ禍の影響もあり、接触頻度が想定よりもまちまちになるなどして、評価に苦しむなど多々ある。全ローテートの評価情報を収集することには非常に苦労した。<A-2>
-

● わかりにくい

- ・ 各評価項目の文章が長い。先生によっては読むのが面倒と感ずるのではないか。自分は救急部に所属しており、忙しい救急の合間で評価をつけるわけだが、しっかり評価項目の文章を読み込んで評価できているかと言われると正直微妙なところ。<D-1>
-

改善要望

● 評価票の簡易化

- ・ 評価票を A と B と C で分けるのではなく、C のそれぞれの研修場面において B の各資質・能力をそれぞれ評価する、というに形にしたほうが良い。<F-2>
 - ・ かなり評価者の個人差が大きい。評価項目はおそらくどれも必要な項目という感触があり難しいとは思いますが、できれば減らしてシンプルにしたほうが、もっと考えて入力する人が増えると思う。個々の中項目すべてに評価を付ける必要があるということになっているため、結果的に「全部 2，全部 3」といった評価者が多くなる。総合評価をつけるだけという運用のほうが、考えて評価するようになるかもしれない。<A-2>
-

● 項目の追加

- ・ 研修医評価票について、定期処方が守られているか、患者のもとへ毎日通うことはできているか、時間通りに指示を適切に出せているか、などの外面的な内容に関する判断に重きを置いてほしい。<C-2>
-

3. 研修医フィードバック面談について

表 8 研修医フィードバック面談について：主な意見別人数、詳細・理由

カテゴリー	主な意見	人数	詳細・理由
肯定的意見	年 2 回の実施妥当	1 人	研修医自身が自身の立ち位置を把握するためにも妥当。
	制度化に賛成	2 人	面談を実施していない方のためにも良かった。
課題・問題点	事務作業が増えた	1 人	ローテートの期間、外来日数、評価票の収集状況など、トータルでの事務確認事項が増えた。
	フィードバック方法がわからない	2 人	EPOC 2 を活用した効率的なフィードバック方法がわからない。
	定時的なフィードバックが難しい	1 人	複雑なローテーションのため。
改善要望	回数	2 名	評価票が出るタイミングで短時間の面談を実施したほうが良い。
現場での工夫、苦労など	面談方法	7 名	フィードバック方法、面談の時期。
	人員の配置	4 名	専任教員の配置。 チューター・メンター制度を導入。
	独自の評価システムの導入	1 名	評価の入力が滞りなく行われるように、EPOC を改良した独自の評価システムを運用。

表 9 インタビュー対象者と主な意見の対応関係

インタビュー対象者	肯定的意見		課題・問題点			改善 要望	現場での工夫、苦勞など		
	年2回の実施妥当	制度化に賛成	事務作業が増えた	フィードバック方法がわからない	定時的なフィードバックが難しい	回数	面談方法	人員配置	独自の評価システムの導入
A-1							○		
A-2			○						
B-1				○					
B-2		○		○				○	
C-1							○		
C-2							○		
D-1								○	
D-2							○		
E-1					○		○	○	
E-2							○	○	
F-1	○					○			
F-2		○				○	○		○

表 10 特徴的な意見の一部抜粋

肯定的意見

● 制度化に賛成

- ・ 本来的には制度化せずとも実施すべきと思っているが、面談を行うという方針が制度化されたことは、面談を実施していない方のためにも良かったと思う。<F-2>
- ・ 年に2回の面談が必要となってくるとやはり一人で回すことは不可能で、(研修管理委員会の8人全員に協力をお願いするようになった。結果として) 研修医のことを把握してくれる人が増えるので良いと思う。<F-1>

課題・問題点

● 定時的なフィードバックが難しい

- ・ 当院は、大学病院で組織が大きい。毎月、研修部門会議を実施して、指導医が情報交換などしているが、なかなか複雑なローテーションを組んでいるということもあり、きめ細やかに定時的なフィードバックは難しいと感じる。<E-1>

現場での工夫、苦勞など

● 面談方法

- ・ 年2回と義務化されているが強制的に面談の機会を作るシステム自体は良いと思う。ただし実情としてはプログラム責任者以外の者(チューター)が間に入ることで成立している。<B-2>
- ・ ウェブ面談に関しては、遠くにいる研修医の把握もできるので、良い印象を持っていて、意識的に行うようにしている。医者だけで実施することは(スキルの的に)難しいので、研修を運営している事務局(大学、研修先双方)が、研修医および指導医とうまく連携しながら、きっちりとタイミングを合わせることで、苦勞もなく実施できるようになっている。<C-1>
- ・ 毎月の研修の実施については、予めスケジュールせず、できていないと感じていることや学びたいことを踏まえて、月末に研修医と協議して決めている。研修医は、毎月自分の将来を考える機会を持つことができ、3~4人の同期と比べて自分自身がどういう状態にあるのか理解できるようになる。<C-2>

● 独自システム

- ・ 提出物が提出される期間が長いと、それに基づいて行われる評価票の入力が滞ってしまう。そうした滞りを避けるために、当院では臨床研修評価システム EPOC ではなく、EPOC を改良した病院独自のシステムで研修評価の運用を行っている。おかげで、研修(症例)レポートも比較的早く提出されるようになった。<F-1>

4. 地域医療研修について

表 11 主な意見別人数、詳細・理由

カテゴリー	主な意見	人数	詳細・理由
肯定的意見	大学病院では実施できない研修を提供できる	7 名	医療リソースが限られた医療現場を体験。 往診の経験など。
	4 週（理想は 8 週）は妥当	6 名	4 週が基本。研修医の希望で延長が妥当。 （目的、研修医、施設双方の負担を踏まえ）
課題・問題点	受け入れ施設の条件厳格化によって連携に制限が発生	1 名	受け入れ施設は 200 床以下という条件により、従来連携してきた施設と連携不可に。
	研修医のニーズと受け入れ施設側の研修内容の不一致	1 名	受け入れ施設側が準備したプログラム（例えば往診）に対して研修医の関心が低い。
	受け入れ施設が少ない	1 名	特に 200 床以下施設は受け入れが少ない。
	受け入れ施設の負担	3 名	受け入れてくれる施設に研修医が集中する。
	研修医の様子が見えにくい	2 名	研修の進捗が把握しづらい。 いつのまにか夏休みを取っている研修医も。
	地域医療研修中、大学病院側のマンパワーが低下	1 名	大学内の人手（研修医）が一時的に大学外（地域研修先）にでてしまうため
	手当等の支給ルールの不一致と困難	2 名	受け入れ施設によって、当直料がもらえたりもらえなかったりする。
改善要望	制度の弾力化（運用を柔軟に）	2 名	施設規模や研修日数は目安程度にして、研修内容の充実に集中できるようにしたい。
	地域全体として受け入れ施設を増やしていく	1 名	研修医が受け入れ施設のマンパワーになってしまうのは望ましくない。
現場での工夫、苦労など	研修医のニーズと受け入れ施設とのマッチング	2 名	研修医に対するニーズ確認。 連携可能な受け入れ施設の拡充。

表 12 インタビュー対象者と主な意見の対応関係

インタビュー対象者	肯定的意見		課題・問題点							改善要望		現場での工夫、苦勞など
	供 できない研修を提 案した	4週は妥当	件 受け入れ施設の条 件	研修内容の不一致	受け入れ施設が 少ない	受け入れ施設負担	研修医の様子	マンパワーが低下	手当等支給ルール	制度の弾力化（運用 を柔軟に）	受け入れ施設増	研修医受け入れ施設とのマッチング
A-1	○	○										
A-2		○	○							○		○
B-1		○			○	○		○	○			
B-2	○											
C-1	○	○		○			○			○		
C-2	○						○				○	
D-1	○											
D-2		○										
E-1						○						
E-2	○											○
F-1	○	○							○			
F-2						○						

表 13 特徴的な意見の一部抜粋

肯定的意見

● 大学病院では実施できない研修を提供できる

- ・ 在宅医療に興味がある研修医は在宅専門のクリニックのもとで研修を受ける。地域でどのような医療がなされているか、どうやって多職種と協働すべきかを勉強できる。地域医療の研修は、大病院・大学病院では経験できない重要な研修である。＜A-1＞

● 4 週は妥当

- ・ 4 週間という期間であれば、おそらく医療リソースが限られた状況で行われる医療について学ぶという程度の目標になると思う。もっと公衆衛生的な、広い範囲での医療を学ぶという目標にする場合、もっと期間が必要になると思うが、半年といった期間を割いてまで学習しなければならないかと言うと、そこまでは必要ないと考える。4 週での、医療リソースが限られた状況での医療を体験するという研修で十分と思う。＜D-2＞
- ・ 研修を通して、1～2 か月の間で各地を転々と移動させられると、研修医も負担になる。そう考えると、1 か月くらいの研修期間が丁度良いではないか。＜F-1＞

課題・問題点

● 受け入れ施設の条件厳格化によって連携に制限が発生

- ・ 地域医療研修先は 200 床以下の医療機関とするという制約が設定されたために、200 床をわずかに超える「研修先としては良好な地域の病院」を活用できなくなった。200 床以下の制約がない従来のやり方のほうが研修の質が良かった。＜A-2＞

● 受け入れ施設の負担

- ・ 市内の 200 床以下の病院のうち、研修医を受け入れてくれる病院は少ない。一度受け入れてくれた病院も指導の人員が足りないと断られた。8 週に延ばされると、受け入れてくれる病院が無いのではないと思う。地域的に地域医療研修ができる病床規模の病院があまりないので難しい。＜B-1＞

● 研修医の様子

- ・ 診療所の先生と密にコミュニケーションをとる必要がある。そうしないと、研修医によっては、いつの間にか夏休みを取ったりしてしまうことがある。＜C-1＞

● マンパワーが低下

- ・ 現在 4 週で地域医療研修を組んでいる。地域医療研修の期間がそれ以上長くなるのは困る。地域医療研修に行っている期間は、土日以外 1 カ月間救急外来ができない状態になる。また今の研修医は休みもしっかりとるので、現場の人数が限られてしまう。＜B-1＞

● 手当等支給ルール

- ・ 研修先での当直勤務がアルバイト扱いになるので、当直費用を研修医に渡せないという問題が

ある。当院の先生には、研修医が当直しても当直料は出さないようお願いしているが、他の病院では、当直を行った際に当直料を出す病院があるようである。同じ当直業務を行っても、当直料をもらえる／もらえない問題が研修医の間で起きており、少し不平も出ている。<F-1>

- ・ 島などの遠方での研修は、市の規定で費用が出ないので持ち出しになり、なかなか難しい。
<B-1>
-

5. 次回(2025 年を予定)に向けた見直しについて

表 14 特徴的な意見の一部抜粋

研修形態・定員について

- ・ 選択科目を増やすために必修の週数を減らしてほしい。具体的には、内科 120 日を 80 日くらいに変更してほしい。病院によっては、夜勤明けの日を 1 日とカウントしていると聞いたこともあるが、役所に確認すると NG と言われるので実日数がカウント上厳しい。一般外来をブロックにしていることも影響している。<B-1>
- ・ 精神科での研修を 2 か月間義務付ける必要はないと思う。当院は、幸運にも研修先として良い病院と連携しているが、その病院にも 2 か月研修の受け入れを打診すれば、きっと困るだろう。<C-2>
- ・ どうしても医療機関ごとの特性があり、クリアできない問題として存在する。1 年ごとに医療機関を行き来する研修がもっと増えても良い。<D-2>
- ・ (研修施設の定数) 研修医を一人の状態にさせない、という方針は全国共通にしてほしい。<C-2>

改善要望

● 第三者評価

- ・ 実際に第三者評価を行うとなると実施を先延ばしにする病院が多いことは事実だが、そろそろ制度として第三者評価を義務付けるべきではないか。給料一つとっても、第三者評価を受けていないと低くなる傾向にあるが、そうした状態は良くないと思っている。病院側は、働いた分の対価はしっかりと払うべきなので、第三者評価は一律で義務付けるべき。<F-1>
- ・ 第三者評価を受けることをぜひとも義務化してほしい。<F-2>

● PhD

- ・ 基礎研究医プログラムの対象者における研究は並行研修の対象としていただくよう検討いただきたい。基礎研究医プログラムとして、将来公衆衛生学に進路を決めている研修医を採用。一年半の間に研究の準備を行おうとしたところ、並行研修に当たるため不可との判断となった。(学内の運営会議にて) もともと研究の素養や基本について分かっているのに、一年半の間は通常の研修医と同様自己研鑽として時間外に研究を行うしかなく、メリットが乏しい。<B-2>

表 17 インタビュー発言録
インタビュー A

インタビュー1：7科必修について		
質問 7科および一般外来が必修になったことに対する所感をお聞きしたい。		
A-1	自分が医師になる時は狭い範囲の研修が多かったが、7科であればプライマリケアから専門的な知識まで、幅広く知識を身につけられる。医師の研修に非常に適している。狭い範囲で研修を行うと知識が偏ってしまう。たくさんの科とたくさんの指導医に接することで幅広い研修となり、プロフェッショナルリズムが獲得できる。	肯定的意見
A-2	必修科が増えたことによって、今まで指導医数が少なかった診療科に関して指導体制の構築に苦勞をした。指導医講習会の開催・受講を増やすことも苦勞した。1つの必修科あたりのローテート者数が増え、一度にまわる人数が増えたということもあり、各科に負荷はかかった。	現場で試みている工夫、苦勞など
	診療科が広く必修化したことについては、研修医にとっては非常に良いことである。	肯定的意見
	それぞれの診療科をまわる期間は4週ギリギリになる場合が増えている。内科についても同様である。必修科をローテートするのに要する期間が1年となっていることにより、研修医が各必修科での研修を最小限で済ませようとする動きが目立つ。必修になった診療科をまわることは良いが、内容に関しては、従来1科8週でまわっていたのが4週を選ぶ研修医が増えて研修内容が薄くなってしまうという声が現場から聞かれる。	課題・問題点
A-1	運営する側としてではなく、一指導医としての話になるが、当院では5つの外科（消化器、心臓血管、呼吸器、内分泌、乳腺）があり、この5外科で、研修医の希望を聞きつつ均等に割り振る形としているが、思ったよりも消化器外科に研修医がまわってこないという印象を持っている。外科医としては、もう少し外科の研修期間を広げてほしい。外科の時間をもう少ししっかり取れると、しっかり指導ができる。	改善要望
ファシリテーター	まわらなければいけない必修の診療科が、必要と思われる7科に広がったことは良いことではあるが、期間という観点では、数が増えた分、1診療科あたりの研修期間が短くなっていると感じておられると理解した。	—
質問 指導医側に見られた反応（メリット・デメリット）があれば教えてほしい。		
A-2	指導する立場の医師が増えるに越したことはない。指導医が	肯定的意見

	何をすべきかを知っている医師が増えることは非常に良い。	
	より多くの指導医が指導に関わることで全体の雰囲気良く なったかという観点では、現状、まだ 2020 年度体制の研修医 が一期として卒業したばかりということもあり、実質的に変 化があったかどうかについてはまだ感触がない。	—
質問 一般外来が導入されたことによる変化・影響はあったか。		
A-1	消化器外科では、現状、一般外来に入らない。総合診療では かなりやっている。今後は意識してやっていかなければなら ないと考えていたところである。	—
A-2	一般外来は、もともと当院では以前よりやっていた。正直な ところ 7 科必修の導入により運用がしにくくなった。(制度と して) 日数が限定されたり内容に言及されたりしたため。本 来、 プライマリケアを重視する対応として、一般外来はあるべき 設定であるとするが、20 日分をカウントすることのほうに 重きがいつてしまっており、「この外来は外来研修にそぐわな いからしない」といった判断に流れやすくなっているという 背景がある。	課題・問題点
	可能であればこの体制は維持しつつ、週数・日数への言及に 関しては弾力化してほしい。これは一般外来に限らず、他の 必修科についても同じ感想を持っている。その病院・施設に 適した時期・内容がある程度存在するため、細かく条件が設 けられてしまうと、研修がスタンプリの側面を持ちやす くなり、指導側も条件を達成するための管理に負担がかかる。	改善要望
質問 科目数は、当初の臨床研修制度で設定された 7 科必修から、弾力化によって 3 科必修となり、また今 回の制度で 7 科必修に戻ったという経緯をたどっている。かつての 7 科必修、3 科必修の状態と比べて、 現状はどのような違いがあるか。		
A-2	目標と方略が従来とは異なる。外来研修が入ってきたことな ど。従来と比べて現状は縛りが強いという体感を持っている。 内容としてはプライマリケアに沿って設定されているが、期 間については、研修医本人も管理する側も、制度が求める内 容を満たしているか計算に躍起になっている感触が目立つ。 地方大学では、比較的研修医が幅広く様々な診療科を見るこ とができる状況ではあると思うのだが、条件が細かいほど、 豊かな内容の研修に注力する余裕がなくなる。過去の制度と 現状の制度、実質的にどちらが勉強になっているか不明瞭で ある。今回の制度の到達度が良いのか、知りたい。	課題・問題点
質問 制度変更による、研修医側の反応はどのようなものであったか。		

	A-2	研修医は自由度が高い従来の制度を好む傾向にある。運営側としては、混乱をさけるために従来の制度とは違う旨をかなり強調した。実際のところ新旧両制度で研修を経験する研修医はいないため大きな混乱はない。ローテートを組むという視点では、自由度が高い従来の制度が良かったという研修医の声は多い。	—
	A-1	研修医から直接意見を聞いたわけではないが、初期的な緊急・救急医療、初期対応、もしくは在宅医療も含めた地域医療を学べる現状の制度は、これからの医療のニーズにあっていると考える。	肯定的意見

インタビュー2：研修医評価について		
質問 新しい研修医評価票に対する所感をお聞きしたい。		
A-1	研修医が付いた場合、(指導医に対して) 月末に臨床研修センターから「EPOC2 に確実に評価を入れてください」と記入要請を行っている。正直、EPOC2 に慣れていない医師は多い。評価をチェックしていくのは慣れれば大変ではないと思うが、慣れておらず腰が重い医師がいる。一部、形性的な評価が必要だが、これについて面倒であるという意見を聞いたことがある。	課題・問題点
	とはいえ、EPOC2 の導入は少しずつ進んでいると思う。今後は、学生の CC-EPOC ともシームレスにつながるので、大学でもしっかりと運用ができるよう、動きは始めている。	—
A-2	UMIN へのログインを要するために使いにくさを感じる。当院では元々オンラインのチェックシステムを運用していた。当初、EPOC2 と元々のシステムどちらも運用しようと試みたが、どっちもうまくいかなかった。それで、独自のシステムでの運用や、評価項目をもっと自由に入れやすくないか、お願いをした経緯がある。まず入力者の UMIN ID 取得管理、操作周知に苦労したが、本題の趣旨からは逸れている話題かもしれない。	—
	UMIN ログインのハードルか、評価票のボリュームが原因なのか原因はわからないが、(評価を) 収集することについて苦労している。特に 360 度評価。たとえば(評価者の) 病棟が複数にまたがるが多々ある。研修医には、誰に評価してもらうべきか最初に看護師と相談の上、同定しておくように伝えるが、コロナ禍の影響もあり、接触頻度が想定よりもまちまちになるなどして、評価に苦しむなど多々ある。全ローテートの評価情報を収集することには非常に苦労した。	課題・問題点
質問 新しい評価票での評価のつけやすさ(つけにくさ)についての所感をお聞きしたい。		
A-1	評価はつけやすいと感じる。確かに項目は多いが、チェック式なので非常にやりやすい。形性的評価については少し時間がかかるが、今後、教育全体としてもっとうまく運用していく必要があると考えている。	肯定的意見
質問 何がどの程度できれば何点といった具体的な基準が示されていないので、評価をつけにくい、という意見を聞くことがあるが、そのようなことを感じているか		
A-1	私個人としてはそのようなことはない。ただし、指導医の個人差が評価に出やすい可能性はあると思う。	—

A-2	かなり評価者の個人差が大きい。評価項目はおそらくどれも必要な項目という感触があり難しいと思うが、できれば減らしてシンプルにしたほうが、もっと考えて入力する人が増えると思う。個々の中項目すべてに評価を付ける必要があるということになっているため、結果的に「全部2，全部3」といった評価者が多くなる。総合評価をつけるだけという運用のほうが、考えて評価するようになるかもしれない。	改善要望
質問 プロフェッショナルリズムの評価は問題なくできているか。		
A-1	プロフェッショナルリズムについてはわかりにくいと感じる医師がいると思う。ただし、当院では毎年年末に50人程度が参加するワークショップを開催したり、勉強会を開いたりして、どのように評価するか、みんなで共有するようになってきている。確かに評価は難しい側面があるが、みんなで知識を共有、対応している。	現場で試みている工夫、苦労など
A-2	360度評価に関しては、医学知識や診療技能について（医師ではない評価者が）「私たちが評価していいのでしょうか」という声があり、「評価できない」を選択するという声があったのでぜひお願いしたいとお答えした経緯があった。	現場で試みている工夫、苦労など
	プロフェッショナルリズムについては、確かに評価しにくいという声があるが、内容的にはぜひとも入っておくべき重要な項目と思っている。評価のつけやすさという観点では「つけにくい」と感じながら評価している可能性はあるが、つけにくさの詳細を精査できていない。	肯定的意見
質問 コメント欄の活用経験はあるか。		
A-1	手技的なことをコメント欄に書いたことがある。研修前後で手技が上達した研修医に対して、形的评价としてしっかり文章で表現した。さらなるやる気につなげてほしいという意図で行った。プロフェッショナルリズムに関してコメントした記憶はない。技術的な観点から褒めるという場面は多々あった。	—
A-2	地域医療研修先の看護師、病棟の看護師から研修医に対してプロフェッショナルリズムや姿勢を褒める内容が記載されたことがあった。 指導医からのフィードバックについては、指導医がフリーに書きこめる手書きのシートを別途使っており、コメントはそちらに書き込まれている場合が大半である。	—

インタビュー3：研修医フィードバック面談		
質問 研修医フィードバック面談の実施状況および実施方法を教えてほしい。		
A-1	一指導医としては、普段から形成的評価を書く際に、研修医に対するフィードバックとなるように意識している。運営側にまわる経験が乏しく、臨床研修センターとして実施状況は詳しく把握していない。	現場で試みている工夫、苦労など
A-2	もともと年3回程度の面談を実施しており、その際に大まかな進捗確認はしていた。 2020年度以降、EPOCの導入により、日々の進捗、ローテートごとの進捗確認に伴う事務的な負荷を軽減しようと考え、（進捗確認を）ゆるめに運用しようとしたが、むしろ、ローテートの期間、外来日数、評価票の収集状況など、トータルでの事務確認事項は増えている。現在は、ローテートごとにチェックをいれている。	課題・問題点
質問 業務負担に対する認識を教えてほしい。		
A-2	負担は大きい大きな問題はない。2020年度以降、オンラインでチェックできるようになったことを踏まえ、事務負担を軽減するために（フィードバックの）回数を減らしたところ、年末に「フィードバックが不足している」という問題に直面した。以前の状態に戻したので負担が戻った。これだけが原因とは思わないが、事務業務負荷による体調不良者が続出し、問題となり、再度、業務軽減の対策を講じているところである。	現場で試みている工夫、苦労など
	また、研修機会を低減することはできるだけしたくないので、講習会イベントを事務の手は借りずに、指導医で運用していたりして、間接的には影響があるように思う。事務運営については自施設としてまだ工夫の余地はあると思うので、確定的な意見ではない。	現場で試みている工夫、苦労など
質問 研修の「進捗確認」と「面談」の位置づけの違い、加えて、面談の実施体制について教えてほしい。		
A-2	ローテートごとに行っているのは「進捗確認」であり、面談は年に2～3回程度である。進路やローテートのまわり方についての相談は随時受け付けている。研修医全員を対象とした制度上の面談は年に2～3回である。面談は指導医8～10名程度で担当している（注：1学年31名の大学病院）。	—

インタビュー4：地域医療研修について		
質問 実施されている地域医療研修に関する所感、あるいは研修医にとって望ましい地域医療研修のあり方について教えてほしい。		
A-1	地域医療研修として、地方に赴き、在宅が中心のクリニックで勉強するというケースを聞く。地方では、大学よりは初期治療、手技に触れることが多く、研修医の満足度は高い。大学での研修も、そうした内容に近づけていく必要がある。	肯定的意見
A-2	地域医療研修は 2020 年度の変更前後で内容は変わっていないため、新たな視点はない。重要な研修項目と認識している。	肯定的意見
	地域医療研修先は 200 床以下の医療機関とするという制約が設定されたために、200 床をわずかに超える「研修先としては良好な地域の病院」を活用できなくなった。その病院を拠点として管理をお願いしつつ、在宅医療をなさっている先生、開業されている先生のところへ半分程度行く、といった設計ができなくなってしまった。かつては、拠点となる病院に責任を持ってもらって、研修医は病院と開業医の先生との間を行き来しつつ、患者ともやりとりをして、といったことを設定していたが、できなくなった。 (拠点となる病院を活用せず) 研修医が医師一人体制の診療所にフルでいくという設定とすると、指導医の負荷が大きい。結果、研修内容にも影響がある。200 床以下の制約がない従来のやり方のほうが研修の質が良かった。	課題・問題点
	(制度を検討する際には) どちらかと言えば内容を重視してほしい。日数や何床以上といった規定が制約になって、(望ましい研修を) 諦めたという状態はもったいない。	改善要望
ファシリテーター	200 床というラインを引くこと自体が重要なわけではない。何床程度といった幅がある運用が望ましいと考える。以前、地域医療研修と言いながら、大病院で研修をしているケースがあり、それは望ましくないだろうという話はあった。そういった背景があり 200 床以下という制約が設定された経緯があるが、「変に厳しすぎるルール」ということになると、何のためのルールかわからなくなる。	—
A-2	数字を設定する場合は「程度」といった表現とし、施設の実態にあわせられる緩さがあると、現場は研修の内容に注力できる。	改善要望
質問 地域医療研修は研修先の選定など自由度が高い研修だが、研修医側の意向やニーズとしてどのようなことが挙げられているか。また指導する側として工夫していることはあるか。		
A-1	研修医は、受け入れ可能な病院・クリニックの中から希望を出	現場で試みている工夫、

	す。臨床研修センターでは、その希望にできる限り近い形で決定している。 在宅医療に興味がある研修医は在宅専門のクリニックのもとで研修を受ける。地域でどのような医療がなされているか、どうやって多職種と協働すべきかを勉強できる。地域医療の研修は、大病院・大学病院では経験できない重要な研修である。	苦労など 肯定的意見
A-2	研修医の多様なニーズに応えるため、数多くの地域医療研修先を準備している。地域医療研修の研修先は小さい施設になることが多く、施設ごとの受け入れ人数はごく少数となる。そのため、数多く準備しているという点が工夫点となる。 数多くの研修先があるとは言っても、それらすべてに研修医が行くか、というとそうではなく、やはりしっかり教えてくれる研修先に研修医は集中する。できるだけ多くの施設に地域医療に関わってほしいし、そのことが特定の施設に負荷が偏らないことにもなる。そういう視点からも研修先を数多く準備している。	現場で試みている工夫、苦労など
質問 地域医療研修の期間（最低 4 週間）についての所感、また適切な期間はどの程度か教えてほしい。		
A-1	プライマリケアの観点から、幅広い知識を得る必要がある。7 科必修をしっかりとやることもまた重要。そう考えれば、地域医療研修が約 1 カ月であること妥当。希望者は地域医療研修期間を延長すればよい。 7 科必修の教育をしっかり受けた上で、研修医の今後のビジョン・希望に合わせて、研修医側も指導する側も柔軟に対応していく必要がある。	肯定的意見
A-2	本来であれば制度上も掲げられているとおり「8 週を理想とする」のがよいのかもしれないが、研修全体のバランスを踏まえると 4 週はちょうど良い。地域医療の現場への負荷のかかり方としても適切。内容により、さらなる地域医療研修を受けたい希望者は延長すると良い。	肯定的意見
	地域医療研修の必修期間が（4 週を超えて）長くなると、他の必修科ローテーションに影響がある。また、必修科以外の進路を考えているなど、多くの診療科をまわりたい研修医については（地域医療研修の必修時間が長いと）研修の幅が狭くなる。	—

インタビュー5：次回(2025 年を予定)の見直しにむけて		
質問 現行の臨床研修制度の問題点を改めて教えてほしい。		
A-1	まずは現行制度をしっかり評価し、さらに良い臨床研修制度・システムを構築がしていくことが大事。これからは、学生時代から研修医にかけて、シームレスな教育が重要になる。CC-EPOC の導入も進むだろう。医学生から研修医へのスムーズな臨床研修を今後考えていかないといけない。大学から病院へと所属が変わることがあっても、円滑に教育が続けられるシステムが今後は求められる。	課題・問題点
A-2	シームレス化は気になっている。コアカリキュラムが改訂になったこともあり、その内容と研修内容の大枠は揃えたほうが研修はやりやすい。学生時代と卒業後で目標設定が変わるのは望ましくないため、シームレス化は意識したい。 ただし、CC-EPOC から最終的に EPOC になり、目標が同じになった場合に、研修医の先生には「再スタート」の感覚を持ってほしい。シームレス化が進みすぎると、学生のときの評価（良い評価も悪い評価も）が研修医になった時点で引き継がれ、研修医としてのスタート時点で差がついているような状態を生み出してしまう。特定の項目について学生のときに十分な到達度が確認されているから、研修医としての研修は軽くて良いといった判断が起きるのは望ましくない。そのようなことが起きると、研修医が社会人として改めて頑張ろうとする気持ちをそぐのではないかと懸念する。よって、（シームレス化は大事であるが）研修医としての評価は仕切り直しで行うべきである。	課題・問題点
	必修科目については、評価票のボリュームはちょうど良い。	肯定的意見
	期間についての規定については、研修医が本質的な問題ではない部分にとらわれているように思う。たとえば必修科の研修日数が欠けた場合に、1～2 週間補充しようとする、もとのローテーションの期間は決まっているために、調整がやりにくい。診療科側も研修医も悩んでいる。研修医からの相談内容が、本質とずれていると感じることが増えている。研修日数達成を実現するため、どこでリフレッシュ休暇をとるべきか、いつ休めば良いか、といった相談が増えている。期間については「何日程度、何週程度」といった大まかな期間指定でよいことを明記して柔軟性を持たせ、「研修内容」を重視、注力できるとよい。	課題・問題点

インタビュー B

インタビュー1：7 科必修について

質問 7科および一般外来が必修になったことに対する所感をお聞きしたい。		
B-1	地域の三次救急病院なので様々な科を目指している研修医がいる。7科以外を希望する研修医から、選択科目の週数が減ったと不満が大きい。	課題・問題点
	また、2020年のガイドラインへの切り替えと同時に研修医のみ交替勤務制に変更したが、勤務日数のカウント上で実日数が減ってしまい、選択科目の日数が更に減ってしまう。夜勤の場合、入り（16時出勤）と明け（8:30退勤）の日はマイナスカウントされ5日のうち勤務は3日というケースが起こる。内科の日数（120日）が足りない場合は補充している。働き方改革に伴い勤務の整備はできるが、必修科目も増え、選択科目がとりづらい状況。	課題・問題点
	当初1年目は必修科目のみのプログラムにしていたが、必修科目以外の科に進む研修医からは、2年目の夏～秋までに入局先を決め切れないという苦情があり、今は必修科+選択科目を1つ選べるようにしている。それでも眼科や皮膚科といったマイナーな科へ進む研修医は入局先を決め切れないという状況がある。	課題・問題点
	内科選択の研修医からは苦情は来ていない。	—
	当院は、救急車が年間1,000台くるような地域の中核病院で、救急外来では整形が一番多い。ただ、整形が必修科目に入っていないので、整形の医師からは、救急外来の質が落ちたと苦情がくる。 1年目に内科・外科・産婦人科といった必修科目をメインにすると、選択科目として整形を選択する研修医が少ない。上級医が防ぐとはいえ、救急外来でのレントゲン見落としが起きる。	課題・問題点
	整形では毎朝行っているレントゲン見直しカンファレンスがあるので、2021年からは研修医に自主参加を促すようにしている。内容としては、見落としのあったレントゲンを毎朝30分程度取り上げる内容のカンファレンス。今年の1年生からは救急外傷という整形の選択科目をとれるようにはしているが、必修科目が多いので結局皮膚科や眼科を希望する研修医は整形を選ばない。	現場で試みている工夫、苦労など
ファシリテーター	以前のプログラムの時には、整形の救急についての質は今よりはよかったということか。1年目に整形・救急のトレーニングがあったか。	—
B-1	以前は各病院で選択必修を設定でき、当院では脳外科・整形を設定していた。研修医のうち1/3が脳外科、2/3が整形をとっていた（泌尿もあったと補足）。選択必修が今はないので、	課題・問題点

	脳外科や泌尿器科からも苦情はあるが整形からの苦情が一番多い。	
B-2	必修となった産婦人科・小児科では、興味がないのにまわってくる研修医があまりにも多くなったため、受け入れ側として負担が多くなっている。 当院は、1年目は必修で埋まっていて、救命を12週から8週に減らし麻酔を8週にして、全員必修にしている。必修の科目自体は受け入れられているが、必修を受け入れなくてはならなくなった小児科と産婦人科がかなり疲弊している。	課題・問題点
ファシリテーター	もともとスーパーローテーションを組んでいたもので、色んな科を細切れでまわることへの現場の違和感はないが、コースごとの特色を出すことは難しくなったと感じる。従来は特色を出すような選択や診療科を組むことができていたが、今は自由度のある時間が減った。ただストレート研修に近いプログラムを組んでいた病院に比べると、影響は少なかった。	—
質問 一般外来が導入されたことによる変化・影響はあったか。		
B-2	外来研修が始まる際、ブロック研修を行うために予約外の患者を受け入れる外来を作ろうとした。しかし、すべての症候に対応できる医者がいない、専用ブースが作れないことを理由に各内科から協力が得られず断念して、並行研修になっている。	—
	元々の研修の流れとしては、初診外来の対応を自立してできることが理想的だが、すべての科での初診対応は不可能（循環器・消化器・呼吸器は比較的初診があるが、リウマチ・血液内科などはいきなりの飛び込みはなかなかない）。よって、初診以外の診療も研修プログラムとして認めるようにしている。ガイドライン上は、糖尿病の定期受診などはNGとなっているが、ある程度専門性の高いSLE外来などの入院以外の医療を診れば外来の枠としては認めている。ただし参加したら必ず1症例レポートを出す対応をとっている。	現場で試みている工夫、苦労など
	内科の負担としては、ブロックから並行になって研修医は自由選択のひと月を増やせるが、各内科は研修医をその分病棟業務から外さなければならず、ブースも作れないのでなかば学生に近いような対応をしている診療科も少なくない。	—
B-1	ブロックで4週対応を行っていて、一般外来は特に困っていることはない。ブロックなので、休みが取れないという苦情は研修医からある。救急外来ではない、診断のつかない患者数名を研修医に診せており、そこに総合内科の上級医がついている。この上級医から診断書・紹介状・返書などの書類作成についてゆとりをもって教えてもらうことができるという	肯定的意見

		ことで、好評である。	
	ファシリテーター	今、大学病院の総合診療科は三次救急に指定されているので飛び込みの患者は減っている分、重症度の高い患者が増えている。研修医に適切な症例をコンスタントに提供できているかということそれは難しく、苦勞している。	—
	ファシリテーター	当院は、総合診療科・一般内科が外来のブロックを担っているので、体制としては困っていないが、総合外来を持っていない病院だと大変かなと思う。4週間だと患者に診断をつけてフォローしての先までを研修医自身が診ることができないのは残念だと感じる。	—
	ファシリテーター	枠組みという観点で、スペースの問題があるという話がありましたが、K先生（O病院）の病院では元々あったスペースを研修医が使い始めたということですか。	—
	B-1	内科・外科・整形の外来棟ではなく、救急外来の横に一室専用で、研修医の為の一般外来部屋を新たに設けた。研修医は4週間ずっとそこで過ごし、看護師も一人ついている。	—

インタビュー2：研修医評価について		
質問 新しい研修医評価票に対する所感をお聞きしたい。		
B-2	現在、EPOC2 は使用しておらず、研修のガイドラインに従って Google の機能を使い独自に作成したものを使っているが、来年から EPOC2 に切り替える予定。	—
	また、病棟の指導医とうまくいかなかったときに別の医師が介入できるように、チューター制を導入している。研修医は、厚労省認定の病棟の指導医からとチューターからの二重承認が必要という仕組みをとっている。その作業はやや煩雑ではある。	現場で試みている工夫、苦労など
	一番困っているのは科によって評価する項目が明らかに異なるのに、科の特性が反映されておらず、かつ、毎回記入が多い（例えば、麻酔科なのに地域医療をやっているかという項目は必要ないなど）。必修の医師は、毎月その記入に疲弊してしまう。	課題・問題点
B-1	EPOC 2 を現在使用している。	—
	指導者講習会で説明をしているものの指導医や特に看護師から書き方が分からない・書きにくいという声は多い。全然関係ない項目があることや評価票の意味があるのかという内容がある。別の視点として、1 年時から 2 年時に向けて数字が上がればいいと受け止めることもできるが、評価票の内容はいまいちと感じる。	課題・問題点
	今までは、公立病院ということもありお金がなかったので、ポケットに入れられるように A4 用紙を 8 折にした独自の研修医手帳を毎月作成しており EPOC2 を使用していなかった。2020 年のガイドラインに明記されたことにより、EPOC2 を病院が買ってくれた。他の病院と同じものを一律に使用でき、独自の研修手帳より管理は楽になった。	肯定的意見
質問 関係のない項目が多いというご意見はいただいたが、こういう評価項目があったほうが良いというような改善に向けた意見をお願いします。		
B-2	以前は科の特性に応じて、独自に手技の到達目標を入れていた。今は、ガイドライン上で何かができたかどうかの評価ではないとされているので理解はしているが、研修医にとってはそれぞれの科で到達すべきことが明確な到達目標のほうがわかりやすい。	課題・問題点
ファシリテーター	評価尺度が分かりにくくなったという意見として理解した。	—
質問		

評価者への点数のつけ方の教育はどのように行っていますか。		
ファシリテーター	当院でも EPOC2 は使用していない。評価については、評価者が今の年次にしては出来ると評価してしまう人が多い。本来の建付けとしては、研修終了相当が3で卒業相当が1のはずで、一番初めのローテーション課では全員が本来は1となるはずなのに、最初から3をつける評価者が多くてそれでは意味がないので、評価者への教育を行うことが多かった。	—
B-1	昨日もちょうど評価者への教育を行ったところ。評価者が優しい（どうでもいいと思っている人とも言える）と、はじめから高い評価をつけているのが現状。評価者への教育も大切だと感じるが、評価する人の性格も影響していると感じる。厳しい指導医だと厳しい評価で苦情ばかり書く人もいる。	課題・問題点
	研修管理委員会で、評価結果に基づいて修了が保留になることがあるか、と言う点を指導医・看護師が質問してくるので、平均やサマリーを提出して、評価結果に基づいて2年間で研修修了できない人は実際のところいないと言ってしまっているということもあり、適当につけている（評価について軽く考えている）印象は受ける。	課題・問題点
	過去、本当に問題になった研修医は評価票以外のところで問題視され議論になった。評価票の点数や内容で研修修了できないということは今までなかった。点数で何かが変わってしまうならちゃんと評価すると評価者も言っている。	—
ファシリテーター	当施設では、厚労省 EPOC2 のものはあまりダメ出しできないが、病院側で独自に作成しているものでは、評価が悪いと保留にすることはあるので、別に設定している。	—
B-2	360 度評価をする職種の場合は、大学で独自に研修センターが教育を行って、認定された方だけにバッジを渡して評価できるようにしている。その評価者たちは素晴らしく、ダメなものはダメと評価してくれて信頼している。逆に、医師のほうで自分の科に入れたいという理由でよい評価をしたり、病棟を見てない医師に評価を依頼されたりしてしまうことがある。コロナの影響で指導医が増えなかったこともあり病棟受け持ちレベルで指導医のバッジを持っている方が非常に少なくなってしまったことが原因。その際、「観察機会無し」を正直に書く医師と、見てないのに「頑張った」と書いてしまう医師がいる。厳しく評価する上でのインセンティブが欲しいわけではないが、厳しく評価しても自分たちには何のプラスもないというところで評価が適当になってしまうのかなと感じる。	現場で試みている工夫、苦労など

インタビュー3：研修医フィードバック面談

質問 研修医フィードバック面談の実施状況および実施方法を教えてほしい。		
B-1	研修担当になって5年目だが、2020年以前より年2回はプログラム責任者の面談を実施していたので、回数としては問題ない。今までだと面談の流れとしては、1年目の初回は生活で困っていることはないかといった一般的なヒアリング、2回目は進捗状況の表を印刷して、出来ていない項目から研修医が直面している問題（上級医がやらせてくれない・病棟が見てくれない等）を聞いて、上級医や科の改善につなげていた。2年目の1回目は将来の進路をヒアリング・アドバイス、2回目は来年の研修医に向けてプログラムの改善点を研修医から教えてもらうことを意図したヒアリングだった。	—
	今は、形成的評価の意味がよくわからず、EPOC2の画面と一緒に見ながら、それまでの平均を見せつつ評価はこれくらいという内容のフィードバックをプラスして行っている。ただ、それが正しいか分からない。	課題・問題点
B-2	当院は、病棟では指導医が研修医と一緒に診ているが、実際は認定の指導医以外にも上級医が間に入って患者を診ている。加えて、チューターが患者の指導はせずに研修医をみている。今は、80人の研修医を信頼できる10名のチューターがみしてくれている。自分自身がプログラム責任者ではあるが80人全員と面談をするのは困難なので、チューターとの面談をもって面談としている。科を変えたいといった要望などは、必ずチューターの許可を経てプログラム責任者である自分のところに届くようになっている。これまでに、指導医はちゃんとしているが上級医からハラスメントを受けた、でも指導医になかなか言えず、チューターに相談して発覚するということがあった。年2回と義務化されているが強制的に面談の機会を作るシステム自体は良いと思う。ただし実情としてはプログラム責任者以外の者（チューター）が間に入ることで成立している。	現場で試みている工夫、苦労など
	形成評価としての介入については、チューター自身は各科での研修に入っていないので、その点の評価はしていない。チューター面談記録の中でも一番は、キャリアプランの実現は出来ているか、ハラスメントを受けていないか、という点を重視している。	現場で試みている工夫、苦労など
	形成評価として伸びているかという面談をしているから出来ているとは感じていない。	課題・問題点
ファシリ	当院でも形成評価については苦労している。評価票の話とも	—

	テーター	重なるが、当院はナースがとても厳しくて、集計してレーダーチャートを作ると、明らかに指導医よりも看護師の評価が厳しい。特に態度評価が厳しい。それで形成的評価が済むわけではないが、看護師からの評価を研修医に伝える形で、研修医本人は自覚していない周りからの評価を早めにフィードバックすることが役に立っていると感じる。また評価をするナースも、看護師なら絶対にこんなこと許さないと言ってくる師長レベルの方で、評価に前向きで慣れている。	
	ファシリテーター	評価票と一緒に上がってくるフリーコメントを研修医にどう戻すか、という点が重く、どうやって研修をプラスに持っていくかということは課題になっている。形成評価のプロセスが大事であることは感じていて、各病院で試行錯誤しながら対応しているという印象。	—

インタビュー4：地域医療研修について		
質問 実施されている 1 ヶ月の地域医療研修に関する所感、あるいは研修医にとって望ましい地域医療研修のあり方について教えてほしい。		
B-2	地域医療研修は関東圏または北海道などの遠方も選べる。コロナの影響でここ最近では、県外施設からは断られるケースが多く近隣が多かった。今年からはまた他県に行くようになった。	—
	研修医が大学の恵まれた環境から離れて、すぐにデータが出ない・MRI もないという環境で働くことは非常に有意義だと感じる。2 年目にしか行けないということも妥当だと感じる。	肯定的意見
	ただ、近隣の医療機関に行った研修医と地方や医療過疎地に行った研修医とでどちらがためになったかという評価までは至っていない。	課題・問題点
B-1	現在 4 週で地域医療研修を組んでいる。地域医療研修の期間がそれ以上長くなるのは困る。一学年が今年 13 人、2 年生が 15 人いる。研修医が救急外来の夜勤を担当しており、地域医療研修に行っている期間は、土日以外 1 カ月間救急外来ができない状態になる。また今の研修医は休みもしっかりとるので、現場の人数が限られてしまう。	課題・問題点
	以前、片道自動車で一時間程度かかる市外の病院で地域医療研修をしていたが、公立病院なので高速料金（交通費）が出ない。移動時間もかかるし時間外手当は出ないということもあり近い所にしてほしいという意見が多く、今は市内のみ。	—
	市内の 200 床以下の病院のうち、研修医を受け入れてくれる病院は少ない。一度受け入れてくれた病院も指導の人員が足りないと断られた。8 週に延ばされると、受け入れてくれる病院が無いのではないかと思う。地域的に地域医療研修ができる病床規模の病院があまりないので難しい。	課題・問題点
	島などの遠方での研修は、市の規定で費用が出ないので持ち出しになり、なかなか難しい。	課題・問題点
	期間としては 4 週でいい。	肯定的意見
ファシリテーター	当院でも島へ研修に行かせているが、旅費は自費。 研修医を労働力としてある程度カウントしている。研修医が地域医療研修で外に出ていくと、病院側でマネジメントできる勤務時間が減ったり夜勤扱いになったりするため、現場の医療に直撃するというのは感じている。	—
ファシリテーター	当院でも北海道・山間僻地などに行っている。また都の意向もあり伊豆大島との行き来があり、地域医療の研修場所にはそれほど苦労していない。地域医療研修期間について将来的	—

		に 4 週を半年に期間を延ばすという話が出ているが、現実とのギャップが大きい。働き手としての研修医が本院から減ることと、遠方に行く場合の費用サポートが施設やプログラムによって大きくばらつきがあることを感じた。	
--	--	--	--

インタビュー5：次回(2025 年を予定)の見直しにむけて

質問 現行の臨床研修制度の問題点・改善点・検証点を改めて教えてほしい。		
B-1	自病院の観点からであれば、選択科目を増やすために必修の週数を減らしてほしい。具体的には、内科 120 日を 80 日くらいに変更してほしい。病院によっては、夜勤明けの日を 1 日とカウントしていると聞いたこともあるが、役所に確認すると NG と言われるので実日数がカウント上厳しい。一般外来をブロックにしていることも影響している。	改善要望
B-2	外来の研修があることは非常に良いと感じている。入院前の状況を診ることができることは研修の為に良い。	肯定的意見
	並行にした場合、内科・小児科と一般とつく外科しか認めないということが内科にとって困難。当直明け帰宅する研修医もいれば、外来に行かれると病棟のほうの診療も不安定。毎日研修医がいることが業務の安定につながっている。外来研修は続けたいが、ブロックを義務化するのか並行で制限を緩めるか検討いただきたい。	改善要望
	また外科を必修科目にすることはいいと思うが、外科をさらに絞るところまでが妥当なのかは検討してほしい。当院の場合、外科と認められるのが、心臓外科・呼吸器外科・小児外科だけでドレーン管理をするところと言われたものを今もそれを守っている。脳神経外科・整形外科は必修に選ばせていただけないので、現実的に妥当かというのを検討してほしい。	改善要望
B-1	外科の定義について質問したい。 当院には、脳神経外科・泌尿器外科・整形外科・心臓外科・呼吸器外科・形成外科があるが、いわゆる外科は腹部外科のみカウントしている。濃厚接触などで休んだ研修医には、ブロックで腹部外科を追加しているが、腹部外科でないものも外科としてカウントしていいのか。	—
B-2	必修外科とは何ですか、という質問に対する厚労省の回答によるとドレーン管理をする外科という回答があり、乳腺・内分泌外科や形成外科は外科として認められず、選びたい場合は選択でとらなければならない。当院独自だが、プログラム責任者が外科だったということもあり、外科のレポートを書くのに、術前後の管理をするので泊まりなさいという規定になっている。オペをして泊まって診た症例をレポートで書いて初めて認められる。 外科を必修でまわること自体は良いが特定の科と指定されるのは苦しい。	—
ファシリ	当院は腹部外科しか対象にしていないが、各病院でプログラ	—

	テーター	ムを届ける時に厚生局と確認してもらう方がいいと思う。	
--	------	----------------------------	--

その他		
質問		
基礎研究医プログラムについて		
B-2	当院で基礎研究医プログラムの採用が1名あった。 もともと学生時代から予防医学教室で研究していた本学の卒業生で、将来公衆衛生学に進路を決めている。 そういう点では基礎研究医プログラムができたことは良かったが、一年半の間に研究の準備を行おうとしたところ、並行研修に当たるため不可との判断となった。(学内の運営会議にて) もともと研究の素養や基本について分かっているのに、一年半の間は通常の研修医と同様自己研鑽として時間外に研究を行うしかなく、メリットが乏しい。基礎研究医プログラムの対象者における研究は並行研修の対象としていただくよう検討いただきたい。	改善要望

インタビュー C

インタビュー1：7科必修について

質問 7科および一般外来が必修になったことに対する所感をお聞きたい。		
C-1	当初は7科必修だったが、途中で選択必修となり、再度7科必修に戻ったと記憶している。当院は、もとより全科目を行う方針だったので、研修初期2年間の目標（理念）からしても、7科必修で良かった。7科必修となった影響でプログラムを変更する必要がなかった。	肯定的意見
	一般外来研修については、当院が218床の病院なので、（規模的に）当院の売りにできるような気がしている。大規模な病院では、選定療養費の話などもあって、紹介など、他病院を経てからでないと受けることができない現状があるが、当院ではそうではない。また、診療所の規模感だとマンパワー的に指導がしにくい。そういう意味で、当院のような中小規模の病院が一般外来研修で果たす役割は大きいと思っている。一般外来研修の受け入れについては、好意的に思っている。	肯定的意見
C-2	初期研修の理念を考えると7科必修のほうが良い。	肯定的意見
	当院には産婦人科と精神科がないので、地域の協力病院に研修協力を依頼している。ただ、産婦人科が減っている実情があるので、研修を依頼できる病院が遠方の病院となり、二次医療圏の中で完結させることは難しい。大学病院に依頼することもあるが、大学病院は受け入れ数が多すぎて、研修に行っても見ているだけの状態になる。産婦人科を集約化するという方針があるので、産婦人科を抱える病院は減っている。よって、（産婦人科研修を必須にすると）産婦人科を有する数少ない病院に研修に赴く必要がある。そのために、宿舎確保の問題などが生じている。C病院はハイツなどを借り上げて対応しているが、方々の病院から研修医受け入れを頼まれていることもあり、これ以上受入数を増やしてしまうと対応できないと言っている。	課題・問題点
	望ましいとされている8週間研修だが、自病院の研修医のみを対象とする分には良いが、他所の病院からの希望者を受け入れられない事態は生じるだろう。産婦人科の数が減っている以上、研修医の受け入れ先をどう確保するか（研修医に供給できるか）という問題はついて回る。産婦人科学会では、本制度を導入することで、産婦人科希望者の数が増えると予想していたようだが、現実は逆になっている。	課題・問題点
	産婦人科のことを見聞きした程度の研修（知識）でお産に対応できないので、（大学病院等での研修が）ただ見るだけで終	課題・問題点

	わっているという話は嘘ではないだろう。	
	研修を通して、妊婦の内科疾患を診ることへの恐怖心が無くなるという良い面もある。腹痛を訴えた妊婦を、研修医が臆せずに診ることができるようになる。産婦人科医を増やすことが産婦人科研修の当初の目的だとしたら、必ずしも達成できているとは言えないが、産婦人科についての理解を深め、妊婦の多疾患を診ることの抵抗感をなくす、という意味では非常に役立っている。	肯定的意見
	患者は、自身の病気を把握し、求める検査と薬がわかる状態で外来を訪れるわけではなく、わからない状態で病院にかかり、医者と相談しながら、自身の症状を知ることになる。一般外来研修は、患者と相談しながら、臨床推論を重ねて、（今では案外できなくなっている）普通の診察行為を通して、なるべく無駄を省きながらゴール（やるべき治療や検査を見出す）に到達する非常に良い訓練である。当院は 316 床だが、飛び込みの患者など予定外の対応を迫られることが多いために患者数に困ることはない。よって研修を行う上でもよい環境。	肯定的意見

インタビュー2：研修医評価について

質問

新しい研修医評価票に対する所感をお聞きしたい。

C-1 2020年に臨床研修医制度が変わるまでは、病院独自の評価基準を用いていたが、今回の研修医評価の基準は、言葉（表現）がどういう意味を成しているのかという点で、病院ごとに内容をかみ砕く必要があると感じている。「安全」の項目をとっても、この言葉を満たすには当院ではこう考える、といった具合に、病院単位での表現の解釈が必要となる。

課題・問題点

多職種が医師に対して行う評価項目を、どのように実施していくべきか悩ましい。他の評価で言うと、モデルコアカリキュラムがレベル1に書いてあって、はじめのころに聞き取りを行う必要があるようだが、卒業した大学によって差があるので、研修医に対して、研修前の到達度の聞き取りを行っても、指導医側が「こうです」と評価することが難しいようである。どうしていくか悩ましい。

課題・問題点

研修医評価は、部署ごとの研修が完了した後に評価してもらっているが、結果を並べてみると、研修に対してうまく行っている、あるいはうまく行っていないといった「良し悪しに関する印象」と、（実態が正確にはわからないなりに評価されているであろう）研修医の研修評価が比例してくる。

—

最終的にレベル3に達する必要があるが、協力型病院に研修医を出している期間が長いので、そちらの病院先でも評価を求めているかなくてはいけない。研修を終えて帰ってきた研修医は必ず成長しているが、その後順調に右肩上がりに行くものでもない。

—

当院では、大体3以上の評価が増えてきたら十分と判断し、最終修了認定を行っているが、そのような評価で良いものかという迷いはある。

課題・問題点

C-2 卒前OSCEの講習を受けたが、DVDなどの教材が用意され、判断の良し悪しの基準をしっかりと学ぶことができた。

—

実際の臨床研修となると、基準が多岐に渡るので、DVD教材の類を作成することは難しいだろう。

課題・問題点

研修医評価票について、定期処方が守られているか、患者のもとへ毎日通うことはできているか、時間通りに指示を適切に出せているか、などの外面的な内容に関する判断に重きを置いてほしい。

改善要望

というのも、医師の中身にかかわる評価については、コメディカルの方々は無理だと言って嫌がる傾向にあるし、研修医とはいえ、医師の中身を評価することは、師長や副院長レベ

課題・問題点

	ルでもやってはいけないという意識があるので、中身まで踏み込んだ評価はできない。	
	ある先生の講演の中で「主観でも 7 人分集めて平均値を出せば客観に近づく（＝集合値）」という話を伺った。となると、項目を細かく分けて評価するよりも、10 点満点の全体評価を 7 人分集めるほうが良い。EPOC 2 は、科学のように見えて科学ではなく、客観的なようで客観的ではない。主観の集合値として評価するには（EPOC 2 は）中途半端で使い勝手が悪い。	課題・問題点
	しかし、研修医評価票は、全国的に統一された初めての指標になるので、それ自体が非常に重要なデータとなるし、施設ごとの評価のばらつきも把握できるようになる。EPOC 2 での評価者ごとの評価のばらつきも、分析しようと思えばできるはず。	肯定的意見
	数値化をすることで初めてクオリティコントロールができるようになるという点では、非常に革新的だが、現状の出来栄としてはあくまでもバージョン 1 の状態。	—
質問 多職種評価に関して、指導者講習会のようなものは実施されているか。		
C-1	評価する側の人間に向けた講習会は実施していない。当院では、病棟の師長向けとなるが、どのように実施をすべきかまだ検討中の段階。自分たちもどのようにして欲しいかまだ噛み砕いては言えない。	課題・問題点

インタビュー3：研修医フィードバック面談		
質問 研修医フィードバック面談の実施状況および実施方法を教えてほしい。		
C-1	これまでは中々実施できていなかったが、制度が開始によって、定期的に行うようになり、現状では年に2回以上の面談を実施。	—
	コロナ禍前までは、制約がある対面だったのでやりにくさがあったが、ウェブ会議が日常的になったことで、研修医一人につき年間3～4回の面談を実施できている。	—
	ウェブ面談に関しては、遠くにいる研修医の把握もできるので、良い印象を持っていて、意識的に行うようにしている。ただ、医者だけで実施することは（スキルの）難しいので、研修を運営している事務局（大学、研修先双方）が、研修医および指導医とうまく連携しながら、きっちりとタイミングを合わせることで、苦労もなく実施できるようになっている。	現場で試みている工夫、苦労など
C-2	当院では、プログラム責任者のフィードバックは年に一度の実施に留まるが、指導医とメンターを含めた、クラスの先生のフィードバックをほぼ毎月実施している。	—
	毎月の研修の実施については、予めスケジュールせず、できていないと感じていることや学びたいことを踏まえて、月末に研修医と協議して決めている。研修医は、毎月自分の将来を考える機会を持つことができ、3～4人の同期と比べて自分自身がどういう状態にあるのか理解できるようになる。協力型病院に行った際にも、1か月で帰ってくるので、その度にフィードバックを受けている。	現場で試みている工夫、苦労など
質問 ウェブ会議での面談による効果は、研修医にも還元されていると実感しているか。		
C-1	研修1年目では、研修先の病院に対する印象や自身の自己評価に関して、密に面談を実施することで、研修医自身の成長を実感し、次の研修に対する目標（思い）を聞いている。そこから、指導医として、研修医が目標を達成するためのアドバイスができることが理想。	—
	副次的ではあるが、研修そのものの内容よりも、面談を通して将来の相談などを頻繁に行っている実感がある。	現場で試みている工夫、苦労など
	今の研修医は、3年目の進路を非常に早い時期から決め出す。中には、1年目の終わりには他の病院を視察する人もいる。個人的には、どこの病院に行っても成長してほしいし、3年目の段階で他の病院を選択することも理解している。当院に残る研修医もいるが、その人たちの気持ちがどのように変化していくのか、多くの相談を重ねることによって、理解できる	—

	ようになった。研修医の自己評価と研修評価に関しては、ウェブ会議を利用することによって、だいぶ手ごたえを感じている。	
C-2	協力型病院に研修医がいる際に、ウェブ会議を使って面談する機会はないが、様子を確認するために LINE 等のツールを使って、頻繁に連絡は取り合っているようである。	現場で試みている工夫、苦労など
質問 1 年単位で予定を決めたいと希望する研修医に対してどのように対応しているか。		
C-2	総合診療や救急から研修がスタートとなるが、その後については、各々の希望が異なるために、ヒアリングを行ってから決めている。	—
	また、専門医機構ができてから、各病院に定員が何名振られるのか、ぎりぎりのタイミングまで分からない状況で、かつ二次募集もほとんどないので、志望先に行くためには内定を得るしかない。	課題・問題点
	ただ、内定を出してはいけないう決まりとなっているので、内々定という形で進路の確約を得るためにも、研修医は早めに動かざるを得ない。そうした状況なので、2 年目の夏には、進路を決めるために方々を飛び回っているし、2 年目の夏に希望する病院を決めようとしたら、1 年目の夏には病院の下見に行かなくてはならない状況。専門医機構の専門医制度になってから、初期研修の夏に、第一候補となる大学病院や大病院を見に行き、採用してもらえるか打診して断られたら、絶対に自分を受け入れてくれそうな病院に 2 年目の夏に応募する動き方が当然になってしまった。	—
	せめてマッチングや公募制などにして、透明性を確保してほしい（ただ、公募制とはいえ、大学病院は採る人材をすでに決めてしまっているが）。現在の専門医制度だと、研修医側は疑心暗鬼になり、早めから動きだそうと思ってしまうのは当たり前。そのため、初期研修で様々な領域の幅広い経験を積んだとしても、専門医制度によって、台無しになっている。	—
	研修医は、自分の進路を決めたうえで、自分が将来やらないことを初期研修の間に一生懸命勉強できるという点では、早くから自分の進路を決めること自体、ネガティブなことではない。	肯定的意見
	眼科に行きたいから眼科の勉強しかしないという人はめったにいない。眼科に行くから、内科の他の分野を知ることはなくなるので、今のうちに勉強したいと思う人のほうが多い。精神科単科病院は身体科については無医村状態なので、身体に関することは自分ひとりで診なくてはならない、と指導すると、研修医たちは懸命に勉強してくれる。	—

		自分たちの行く末を見据えたうえで、もう二度と勉強できないことに全身全霊で取り組み、吸収しようとする方向になるので、自分の専門を持ちながらも、最低限のことはできる医者を養成することが目的であれば、現行の制度は悪くない。	肯定的意見
--	--	--	-------

インタビュー4：地域医療研修について		
質問 実施されている地域医療研修に関する所感、あるいは研修医にとって望ましい地域医療研修のあり方について教えてほしい。		
C-1	当院では、地域医療研修を、地域包括ケアを学ぶ目的のために実施しているので、実際に地域の介護施設などへの視察も行っている。昔は一般外来研修的な位置づけもあったが、それが個別化されたことで、地域研修の中では往診が大きな役割を担うようになった。なので、一般外来研修の内容と被らないように留意し、実施している。	現場で試みている工夫、苦労など
	当院は規模が大きいので、初期研修医も将来的には総合研修医または家庭医を志望する人が多い。そうした前もってのニーズを踏まえて、診療所の先生の実際の姿を見てもらうことで、家庭医としての医師像を学べると思っている。当院では、往診をメインに据えながらも、外来も診てもらうというスタンスで研修を実施している。	—
	目標にあった予防接種について、家庭医で教えてもらおうとしたが、あまり実施していなかった。こういうことが起きるため、地域医療の中での役割分担を理解するためには、診療所の先生と密にコミュニケーションをとる必要がある。そうしないと、研修医によっては、いつの間にか夏休みを取ったりしてしまうことがある。	課題・問題点
	研修先となっている連携先の病院には、研修医が（1 学年）7 名ほどいるので、当院と同じ問題を抱えている。内科を積極的にやりたい研修医がいたとしても、診療所での研修を通して、研修医が求めているニーズに沿った研修が実施されず、研修先での評価が急激に落ちたりすることもある。教える側の先生が往診など色々なプログラムを事前に構想しても、（派遣元からの要望で）外来ばかりをお願いされたりすることがあり、研修先から受け入れに難色を示されることもあるので、気を付けなければいけないと思っている。	課題・問題点
	ただ、問題はあるが、地域医療や連携を知るという意味では、病院から一定期間離れて研修を受けさせる良い機会と思っている。	肯定的意見
質問 現行の研修期間は 4 週間だが、どれくらいの期間が適切とお考えなのか。		
C-1	現在 3 年目の研修医が 2 名いるが（ともに家庭医志望）、1 人が 2 カ月、残りの 1 人は 1 カ月研修期間を設けた。2 か月間研修に行った研修医は、自分の将来のイメージを深めるためにも 2 か月間で良かったと言っている。ただ、この 2 か月間	肯定的意見

	という「期間」を問題にするのではなく、（他の選択研修も同様に重要であったりするので）その人のニーズを上手く伸ばしてあげることのほうが大事。そのニーズに応じてあげられるかどうかは研修の内容次第なので、1 か月という期間自体は妥当だと思っている。診療所の先生と研修医の熱意に応じて、その 1 か月の間に、研修医が得られるものが大きく変わってくる。研究までして帰ってくる研修医もいれば、3 週間の研修で、1 週間は休みを取ってくるような研修医もいる。	
	よって、希望者のニーズに応じて、研修期間を選択できると良いのではないか。	改善要望
質問 実施されている地域医療研修に関する所感、あるいは研修医にとって望ましい地域医療研修のあり方について教えてほしい。		
C-2	当院で研修をお願いしている医療機関は、病棟もあり、回復期リハビリ病棟もあり、地域包括でもある病院。研修医には、「急性期医療は将来的に縮小していくが、20 年前にはなかった回復期というのが、病床も非常に拡大していて、今後の医療の中で成長していく場所になる」と教えている。また、「回復期を担当する医者は、急性期で精力的に心臓カテーテル検査をしたり、救急したりする医者よりも、一段下の医者であったり、ロートルとなった医者が担当するのではない。そこには独自の方法論と医療資源があり、回復期でしか経験できないこともあり、かつ急性期よりも効率的にできる面もある」といったことを研修医に学ばせている。地域包括での研修では、多職種のカンファレンスに参加してもらったり、退院させるにあたって実施する居宅調査に随行させてもらったりしている。	—
	病態生理や薬理学だけではなく、患者の生活を実際に見ることではしか知りえない実態もあり、そうした内容は「ハリソン内科学」にも書かれてはいない。実際に経験させることで目から鱗の発見もあることで、本人にとって有益な経験とはなるが、それと国が求めている総合診療医になることは別の問題だと認識している。	課題・問題点
	若いときは達成感を得たいし、他人からの評価も気にするもの。なので、マイナー志向の研修医でなければ、たいていは、やはり本流に行きたい人が多いような気がしている。ただ、中には、リハビリ専門医を志望したりする人もちらほらと出始めているので、それは連携している病院が非常に良い病院だということもあるが、そこで何かしらを学んでくれた結果であろう。	—
	本来的な地域医療の目的というのが見えてこない。露骨に表	課題・問題点

	現すると、国が地域医療の魅力に気づかせようとしている、それが目的かもしれない（実情とは異なる）と研修医に伝え、と腑に落ちてくれるようだ。当院は急性期病院だが、自宅に帰れたり、リハビリを数多くできたりと回復期に行く患者は喜んでいることが多い。	
	色々な病態を治すことだけが治療の目的ではない、ということに目を開かせるという点では、大学でも医学部教育でも、内科の専門研修を含めこれまでの研修制度で教えてこなかった初期研修の中にしか含まれていない研修を実施できていることは画期的である。こうした試みを、卒前教育などにもより多く含めていく必要がある。	肯定的意見
	総合診療の先生が口にする BPS モデルといった概念的な話に持っていくことは、観念的なアプローチとなる危険性があるので、個人的には誤りだと思っている。	—
	そうではなく、患者の往診や、退院前のカンファレンスなどの経験を多く積むことによって、患者の生活実態を知ること、患者の QOL・ADL も向上し、ひいては病気の予防にも繋がる。上記のようなことができる医者になるために、地域医療研修が第一歩となっていて、非常に良いと思う。	肯定的意見
質問 研修医のニーズに合わせて地域研修先を見つけることに苦労したという話を聞くが、そういうご苦労は経験されたか。		
C-2	当院では、研修先が 1 病院しかないので、そもそも選択の余地がない。近畿厚生局の話を見ると、研修に非常に人気がある研修先として挙げたのは沖縄などの離島地域。研修を名目としてリゾート地に遊びに行く感覚を持った研修医もいるのかもしれない（と厚生局の先生に言われた）。あるいは、よくご飯に連れて行ってくれる先生のもとで研修をしたいという希望もあるかもしれないが、当院では、連携先の病院一択なので、選択の余地はない。	—
ファシリテーター	離島地域での研修は非常に人気があるようだ。	—
C-2	志望する人の中で、本当に離島医療をしたい人がどれだけいるのか、本当に離島医療を行う覚悟がある人がどれだけいるのか疑問に思う。離島でなくとも、少し僻地に行けば、医療資源が自分自身しかないという状況はいくらでもある。研修が夏休み期間になっているという話も嘘ではない。	課題・問題点

インタビュー5：次回(2025 年を予定)の見直しにむけて

質問

現行の臨床研修制度の問題点を改めて教えてほしい。

C-1

後期研修に引っ張られて、初期研修の臨床研修の価値が軽んじられている雰囲気は気になる。後期研修で希望する病院で初期研修を始める、といった風潮があることは残念。

課題・問題点

研修医と面談する際にも、初期研修は意外と力の差がつくので大事と伝えるようにしている。

現場で試みている工夫、苦勞など

後期研修を大病院で受けるよう誘導されてしまうと、初期研修の段階からその病院に入らないといけない、と研修医が考えてしまうのは残念。K 先生も仰っていたが、夏の時期になると、後期研修先を選ぶことに躍起になって、目の前の研修に身が入っているのだろうか疑問に思う研修医も見受けられる。

課題・問題点

臨床研修の目標や理念、一般外来研修が制度に組み込まれたことから、初期研修で大事なのはコモンディーズであるとうかがい知れるが、後期研修とのリンクが進んでしまうと、自ずと大病院の初期研修に流れてしまう結果を招く。あまり良くない初期研修のプログラムでは 2 か月ごとに大病院の専門科を回っていただくの内容もあったりする。

課題・問題点

当院には、地域包括ケア病棟があるので、研修の症例なども見せることができる。

—

1 年目に急性期を見せることは非常に重要だが、専門科を回るだけの状況は良くない。

課題・問題点

病院によって、地域の役割や研修で経験できること、疾患や患者の内容は決まっていると思うので、これまで以上に中小病院に初期臨床研修を任せるような流れがあっても良い。逆に後期研修で大病院に行くという経験は必要だが、初期研修においては中小病院のほうが研修の目的を達成できることを意識させる内容にしないといけない。

改善要望

当院が存在する都道府県では、大学病院の研修医の定員枠が多く、当院のような中小病院の枠は少ない（どんどん減らされている）。当院は、はじめ定員 1 名という通達があり、これだけ毎年プログラムを改善している、といった主張をしようやく 2 名の枠を確保している状況。初期研修の目標から考えると、当院は大病院よりも充実した環境にあるが、（後期研修とのつながりが意識されすぎて）大病院に研修医が流れている。定員枠としてもそうなっている。

課題・問題点

初期研修については、初期研修の目的に鑑みて、研修場所を重視する（初期研修にふさわしい中小病院に研修医の定員枠

改善要望

	を適切に配分する）全体としての決まりが必要だと思う。	
	地域の協議会に研修先のマッチングを委ねてしまうと、(研修医側の希望が多い) 10 名以上の大病院に集中してしまう。これは後期研修でいきなり病院で初期研修をやりたい、という発想で、初期研修の理念にはそぐわない状況と考える（初期研修の理念が、後期研修に食われてしまっていると感じる）。	課題・問題点
	本来的な初期研修の目標を考えると、中小病院での初期研修の意味合いというものも強調されるべき。総合的な力を身に着けるという意味では、一般外来研修というのは重要である。	改善要望
C-2	現行の制度は非常に良い。制度が開始後の初期は、週間単位になっていたが、今年から月単位に戻した。連携病院が月単位を採用していたので、週単位だと、月の途中で行くということが難しく、月単位とした。	肯定的意見
	将来の方向性については、2020 年度ガイドラインを読み込めば、おのずと見えてくるものだが、将来的に起こりそうなことでいうと、小児科、産婦人科、精神科などの研修を 8 週間義務付けが挙げられる。当院は精神科での研修をする場合、外部の病院での実施となるが、その病院は、精神科の中で最も重症な患者が入院してくる病院である。	—
	実態として、例えば統合失調症の患者は、部外者がやってきて接するだけで状態が悪化するので、研修医はほとんど患者にタッチさせてもらえず、見学とレポート作成ばかりをやらされる。義務付けられている精神科での研修中に、果たしてどれだけのことができるのか疑問に思う。	課題・問題点
	精神科の必須科目には、精神科的な面談について、聞き方や態度を学ぶというものがあるが、実情としては、ただ立って横で見ているだけの状況。興奮している患者を鎮静させる方法を教わってくるのかというところでもない。	—
	なので、精神科での研修を 2 か月間義務付ける必要はないと思う。当院は、幸運にも研修先として良い病院と連携しているが、その病院にも 2 か月研修の受け入れを打診すれば、きっと困るだろう。	改善要望
	例えば、当院の連携先が、大学病院から精神科や婦人科研修の受け入れを依頼されたりするようだが、当院の基幹型の研修医を受け入れるだけで手一杯なので、断っている現状がある。	課題・問題点
	大学医局に入局を希望する場合は、1 年目を市中病院で研修をし、2 年目は大学病院といった流れがある。そこから出たいと思っている研修医は、大学で研修をする中で、色々な先生方と接点を持ち、自分がどの科に行くのか決めたいので、市中病院を選択する場合もある。大学病院に在籍し、2 年目の研	—

	修を受けているときは、半分リクルートな部分もあるので、様々な誘いを受ける。在籍している大学病院に入局したい場合はそれで良いが、そこを見限って外に出ようと思っている方は、1年目だけ大学病院に行って、2年目からは自由度が高い市中病院に移ったり、そこから東京の病院に行ったりするキャリアがある。	
	大阪府の定員削減については、O先生と同意見で、本来国で定められた臨床研修の最小単位は2名だった。2名を1名にするということは、50%の削減となるが、全定員数一律で（つまり定員20名→10名）割合に応じた削減はしていない。各定員数から単純に1名を引いているだけ。	課題・問題点
	アンケートで、当院と同じ規模の病院（緊急搬送年間3,900件）からも同様の意見が出ていたが、当院では、研修医を労働力と思ったことはない。夜中の当直の際にも、研修医がファーストタッチをし、その後、上級医が呼ばれていくといった実態もなく、初めから上級医が付きっきりでいる。	—
	研修医は、勉強しに来ているのであり、労働力ではない。お金をもらえる勉強であって、労働力ではない。我々が研修していた40年前には確かにそういう風潮はあったが、労働力とみなすようだと言えない。そういう風潮がいまだに大学病院にはびこっているのであれば、大学病院から抜け出してくる研修医がいるというのも、納得できる気がする。	課題・問題点
C-1	（K先生のお話にあった）研修医を一人の状態にさせない、という方針は全国共通にしてほしい。	改善要望
C-2	そもそも研修医は一人で保険診療を行ってはいけないことになっているはずである。	—
質問 中小病院で研修を行うメリットと、働き手として研修医をどのように捉えるかについて、所感をお聞きしたい。		
C-1	1年目の優秀な先生が集まる病院だったらわからないが、当院は救急車が来る数が年間2,500台くらい、一日平均だと9台くらいの規模感なので、当然二人きりで回すとなると難しく、病棟担当と外来担当と、外来担当に研修医をつけて3人体制で回している。ただ、1年目だとまだ安全性の観点から労働力（戦力）とはいいがたく、2年目の後半になると戦力になってくれるが、1年目の初期はやはり任せるのが怖いので、指導にも労力を使うし、2年目終わりに稀に戦力になる人もいるが、なかなかそこまでのレベルに到達しない人もいる。	—
	そういう意味では、中小病院だと多職種と絡んで研修ができるので、非常に良いと思っている。	肯定的意見
質問		

外来の研修もブロックで行っているのか。		
C-1	外来はブロックとハーフディバックの 2 つ実施している。それぞれ 20 単位で合計 40 単位程度の実施となっているが、ブロックを 1 か月間実施と、病棟研修の際に、週に 1～2 単位を火曜日の午前是一般外来研修に、木曜日の午後は緊急外来研修といった具合に、半単位ずつ入れ込むような形にしている。	—
	集中してやる期間がないと記憶が抜けてしまうので、ブロックは大事だと思っている。ただ、記憶を定着させるためには、定期的な実施も重要なので、飛ばし飛ばしで入れ込む形で実施している。	現場で試みている工夫、苦勞など
質問 最後に言い残したことはないか。		
C-1	研修制度自体は、当初より好意的に捉えている。制度自体も 20 年かけて育ってきたので、評価票も同じくおのずと育ってくれるだろう。私は 2003 年卒で、2004 年から現行の研修制度がスタートしたので、最後の逃げ切り世代に該当する。開始当初は、制度に懐疑的な意見もあったが、20 年経つと当たり前になった。K 先生から、評価票はバージョン 1 という指摘があったが、あと 20 年経つと、この評価票がないのはあり得ないという状態になることは目に見えているし、方向性としては非常に良い。	肯定的意見
C-2	介護保険立ち上げ時から介護現場にいたが、当初の介護認定は本当にどうにもならないような状態だった。しかし、度重なる改訂を経た現行の介護認定（80 項目程度）は、非常によくできている。経験則から言っても、原疾患が何であれ、介護認定 5 がついた人は、大体 1 年半で亡くなっている。医者の診断よりも、訪問調査員が機械的に下す介護認定のほうが精度が高く、予後まで決まってしまう。	—
	なので、研修医の評価も、何度もバージョンアップを繰り返すことで、機械的にチェックした内容をコンピューター判定することも可能になるだろう。なので、制度を開始したこと自体が大いに意義がある。	肯定的意見

インタビュー D

インタビュー1：7科必修について

インタビュー1：7科必修について

質問		
7科および一般外来が必修になったことに対する所感をお聞きしたい。		
D-1	基本的に賛成。特に7科必修よりも一般外来が必修になったことが重要。医者になると、学年が上がれば一般外来をやるが多くなるが、これまでの研修システムでは、研修医が一般外来をまったく診ず、入院患者と救急外来を診るだけという病院があった。この点が改善されることは良いことである。	肯定的意見
	指導体制が病院によって大きく異なる。大学病院は専門的な先生が多い。一般外来研修を担当する課にどのような指導医が揃っているかという点に研修の質が大きく依存する印象。	課題・問題点
	総合診療のローテがあると良い、など様々な意見が出つつあるが、総合診療あるいは医学教育の先生方にある程度コミットしてもらうことで一般外来研修のプライマリケアとしての意味が高まる。	改善要望
	7科を必修にすることは必要。社会のニーズが地域医療に向かうほど、不足していると言われる総合内科医として僻地にいく、あるいは同じく不足していると言われる小児科医、産婦人科医として活動するといったことが求められる。そのような社会的ニーズと研修医の学習を整合させていく、という視点では7科の必修はある程度必要。	肯定的意見
D-2	7科必修は賛成。専門医になるにしても、一般医として最低限抑えておくべき内容を研修医として学ぶという視点では有意義。そういう視点を重視して各診療科が研修するということであれば意味がある。	肯定的意見
	一般外来研修に関しては、研修を受ける施設で大きく差がある。一般外来研修を必修にした目的が不明。中規模までの一般病院と言うことであれば、コモンディジーズの外来診療ということになる。大学病院であれば、紹介患者に対する専門的な診療が主目的となる。一口に外来診療と言っても、目的によって研修内容は異なるはず。	課題・問題点
ファシリテーター	一般外来研修は、コモンディジーズなどの継続外来、慢性外来、急性期であってもよくある疾患の外来を想定している。大学病院では実現することが難しい外来の研修と考えられる。	—
D-2	大学のプログラムの中でも地域医療がある。この枠で可能な限りコモンディジーズを取り入れるのは良い。具体的なプログラムがしっかりしていないとあまり意味がないと考える。	課題・問題点

	質問 研修先の探索・確保に関する困りごとはあるか。		
	D-1	大学病院に所属している立場としては、困っているという実感はない（わからない）。	—

インタビュー2：研修医評価について

質問

新しい研修医評価票に対する所感をお聞きしたい。

D-1

内容としては大事なことがまんべんなく盛り込まれている。
評価はどうしても主観的になるためしょうがない側面があるが、研修医に求められるレベル（基準）に対しての到達度を評価する際、その基準自体が曖昧だと感じる。自分が評価する立場になり、立場が上の先生に意見を求めたが、人によってアドバイスの内容が異なる。ある特定の研修医に関して、複数の他の先生に意見を求めると、その意見や評価にかなりばらつきがある。複数の評価者が下した評価の一致度がどの程度なのか気になる。

肯定的意見

課題・問題点

各評価項目の文章が長い。先生によっては読むのが面倒と感じるのではないかと。自分は救急部に所属しており、忙しい救急の合間で評価をつけるわけだが、しっかり評価項目の文章を読み込んで評価できていると言われると正直微妙なところ。

課題・問題点

D-2

研修医評価票2については、レベル1～4まで設定され、各項目に目安が記載されている。レベル3が「研修終了時点で到達すべきレベル」ということになっているが、項目によっては求められるレベルが高い印象。例えば、「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」とあるが、研修医の段階で研究・教育の透明性までを求めるのは少し無理がある。また、「保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案する」とあるが、保健・福祉に配慮するのは研修医の段階では難しい。一般的な臨床研修の到達目標と乖離している項目が一部散見される。

課題・問題点

また、評価票に基づいて正直に評価すると、レベル2という評価になる項目が出てくる。先日行われた当院のワーキンググループでは、「2年目の研修医にレベル2を付けてしまうと、その研修医は研修を修了できない可能性がある」「大きな問題がなければ、2年目の研修医にはなるべくレベル3を付けるようにしましょう」といった話がなされていた。「レベル2を付ける場合は、（レベル2という評価の根拠となった）問題となったエピソードを付記するようにしてほしい」といった話もなされていた。研修を修了させるにはレベル3を付けるしかない、という本末転倒の状況になっている。

課題・問題点

ファシリテーター

新しい研修医評価票は、もともと医学教育の世界ではマイルストーンと呼ばれている。コンピテンシーと言われる、医者ならば身に付けるべき9つの能力について、細かくレベル分

—

	けられて表記されているという仕組み。そもそもコンピテンシーが曖昧な能力を表しているため、それをレベル分けすると、その表記も曖昧な表記にならざるを得ないという側面がある。ただし、現状の医療者教育では、具体的な現場での診療能力を評価して、それを参考に多少曖昧に書かれているマイルストーンをつけてくださいということになっている（医療者教育で言われていることである）。	
	研修開始時には、研修医評価票を明示されている。これは、すべての研修医が2年間の研修終了時にはレベル3になるように教える側が指導しないといけないというメッセージにもなっている。2年間の研修が修了したタイミングで「なんとか3をつけてください」ではない。研修1年目が終わったタイミングで、ある研修医が次の1年（2年目）でレベル3にいかない可能性がある場合は、何とかレベル3にいくように研修を組み替えるなどの調整が必要。本当は指導する側がそのように捉える必要があるが、現状は単なる評価になっている。先ほどの発言は、こうした大事な点を指摘して頂いたと感じる。 運用する仕方として、そこまでしっかり踏み込んだ運用を現場の先生（指導医）にはお願いしなければならない。	—
質問 他職種が評価を付ける項目について、かなり評価しにくいと聞いているが問題は起きていないか（看護師が医師に対してプロフェッショナリズム評価していいのだろうか、など）。		
D-1	（コメディカルの方が医師に対して率直に）評価をしてしまうと、コメディカルの方が「自分に悪影響がある」と思うと思うだろうと思えるものがある。評価票のレベル3のところだけ背景色が違う。デザイン、レイアウト上、3につけてほしいという、といった意図を感じる。コメディカルの方はそのように思うのではないか。	課題・問題点
D-2	コメディカルの方といっても、評価者は誰でも良いわけではない。当院では基本的に師長が評価するが、師長は研修医と直接関わらないことが多く、評価しづらいと聞く。	課題・問題点
ファシリテーター	コメディカルの方は医者进行评估することに慣れていないため、バイアスがかかっている側面がある。360度評価はもともと欧米では研修医が自分を良く評価してくれそうな人に頼みに行くという運用。頼める人がいるということはちゃんと人間関係を構築できるという評価。評価内容そのものはあまりあてにしていない側面がある。さきほどのご指摘のとおり、普段研修医をみていない人が評価するというのは、正しい評価ではない可能性はある。	—

インタビュー3：研修医フィードバック面談		
質問 研修医フィードバック面談の趣旨・運用方法について知っていたか、また、面談の実施状況について教えてほしい。		
D-1	現在所属している大学病院に移籍してきてからは、まだフィードバック面談を実施する立場にない。以前の大学病院では、メンター、メンティー制度があった。自分自身、3人くらいの研修医を受け持っていた。年に2～3回は面談した。教育研修部から様々な評価資料（その大学病院独自の評価資料もあった）が提供され、それらを使って面談していた。1回あたり1～2時間であった。研修医からは「しっかり話を聞いてもらった」「参考になった」といった反応があった。	—
	病院によって事情があるので難しいかもしれないが、各研修医に特定の面談者が付いたほうが良い。研修医の気持ちがわかる、（あまり上席者過ぎない）立場の近い指導医が望ましい。重要なこととして、面談したあと6カ月後にまた面談することが当たり前になっている場合、面談で研修医の問題点を引き出した上で、次の面談に向けてどのように努力していけば良いか話ができる。6カ月後またアセスメントして、また次にどうしていくべきか、といったサイクルをまわしていける。こうしたことを実現していくために、やはり特定の人が面談していったほうが良い。	現場で試みている工夫、苦労など
D-2	フィードバック面談制度自体、私は知らなかった。当大学病院では、1学年あたり研修医が数十名おり、各診療科に何週間単位でまわってくる。診療科目線だと1年間でまわってくる研修医が十数名となる。これまで当院では各診療科で個別にフィードバックはなされておらず、ガイドラインに準拠できていないということで問題になっている。臨床研修センターから各診療科単位でフィードバックを行ってほしいという通達がついこの間あったばかりである。次にまわってくる研修医には診療科単位でフィードバックを行うことになっている。	課題・問題点
	これまで、評価する医師は各診療科の医局長など、それなりに立場が上の医師が担当しているという現状があった。人数が多いのでEPOCの入力は一括で決まった人にやってもらわないと、臨床研修センターから連絡するときには様々な人へ連絡するというのは難しいという事情があったものと思われる。責任者を決めてその人がすべて評価をしているという運用であった。そうすると実際にはほとんど関わっていない人が研修医の評価をするという事態が日常茶飯事であった。こ	課題・問題点

		れではフィードバックが適切に行えない。直接の指導医、またはその上の立場の医師がフィードバックするのが望ましいのではないかという議論がなされており、次からそのように変わっていくことになっている。	
	ファシリテーター	当院もメンター、メンティー制度がある。月1回くらいの高頻度で面談をしている。研修内容に限らず、研修に関係ないことも相談している様子。将来に関する相談も多いようである。 研修に関するフィードバックは臨床研修センターに一度集約され、それを研修センター長、副研修センター長が研修医に送る、という形で対応している。メンターはそれと別に付いて指導している。	—
	ファシリテーター	利害関係がない、やや立場が上の人が、評価票の情報だけに基づいて、例えば「この項目はいま評価が2になっているが、自分ではどのように認識しているか」といった形でフィードバックするのは、それはそれであっても良いと思う。それとは別に研修医にとって直属の上司、あるいはその1つ上の立場の、研修医の状況をよくわかっている人がメンターとなり、日常的な問題についてフィードバックするというのは何回もあって良いと思う。	—

インタビュー4：地域医療研修について		
質問 実施されている地域医療研修に関する所感、あるいは研修医にとって望ましい地域医療研修のあり方について教えてほしい。		
D-2	4週間という期間であれば、おそらく医療リソースが限られた状況で行われる医療について学ぶという程度の目標になると思う。もっと公衆衛生的な、広い範囲での医療を学ぶという目標にする場合、もっと期間が必要になると思うが、半年といった期間を割いてまで学習しなければならないかと言うと、そこまでは必要ないと考える。4週での、医療リソースが限られた状況での医療を体験するという研修で十分と思う。	肯定的意見
	研修医の先生は、研修先となるメインの病院の周囲の医療環境を把握するだけでもある程度時間が必要になる。まったく別の地域の病院の医療環境も把握して、比較して、というのは難しい。地域医療は4週で十分である。	肯定的意見
D-1	例えば6カ月、といった期間は長い。小さい、地方の病院では、その病院、地域特有のやり方が強くなる。本来、スタンダードな診療のあり方を学ぶべきところが、地域医療研修が長くなるとそれが叶わなくなる。地方でもしっかりとした医療研修体制が敷かれれば、研修期間が長くなっても良いが、現状は厳しい。	肯定的意見
	地域医療研修の目的に関しては、行く病院によってかなり違いがある。結局入院患者を診る、ただし患者と密な関係を構築する、という病院もあれば、入院も診て、往診もして、離島にも行ってなど、様々なことをやっている病院もある。個人的には往診の経験ができたことは、そのときにイメージできていなかった医療だったので良かった。	肯定的意見
	病院だけではなく、地域の中で医療をしていくことを各病院に求めていく必要がある。そうしないと、人気がある地域医療の病院に研修医が集中し、その病院のマnpワ-として組み込まれているというケースも聞く。バランス（地域で様々な医療をやっている病院が増え、研修医が特定の病院に集中しないようになること）は重要。	改善要望
	「研修に行くが大変」という評判が出ると、その病院は人気なくなる、というのは実情としてある。ただ、のびのびと、自分の責任が増して思ったようにやれる、という意味で大変なのは良いことだと思う。	肯定的意見
ファシリテーター	マnpワ-と一口に言っても良い意味、悪い意味がある。研修医が単なる労働力として使われるのは良くないが、チームの一員として役割を担うことが実感できるマnpワ-であれ	—

		ば良い。目標や学びたい内容が明確になっていると（指導する側は）セッティングがしやすい。研修内容のばらつきという観点で言うと、地域医療研修と言いながら地域の大きな病院で病棟医療だけやるといったケースや、保健所に行って 1 日座って終わるといったケースもあり、ばらつきが大きい。（こういうばらつきを抑制していくためにも）目標、方略を明確にしたほうが良い。	
インタビュー5：次回(2025 年を予定)の見直しにむけて			
質問 現行の臨床研修制度の問題点を改めて教えてほしい。			
D-1	マンパワーの話が出たが、前の病院の研修医は、主治医としての自覚があったが、研修を受ける病院が大きくなるほど主治医としての自覚がなくなり、(ただの) マンパワーになっていく。前の病院と比較して現在の病院は大きい病院だが、現在の病院の研修医は「どうしますか」と聞いてくる。「どうしますか」という質問は禁止にすべき。研修医から提案する、自分の意見を述べるという動きを大事にしないと、研修がどんどん「お客様」になっていき、地域医療もそのようになっていく。 日常臨床で一番出る言葉は「どうしますか」という言葉だと思うが「何々したいのですが、いいでしょうか」という提案を基本にすべき。そうでなければ、「ここがわからない、こうしたいがこれはどうでしょうか」という聞き方が望ましい。このように変えていくことを重視しなければならない。	課題・問題点	
ファシリテーター	初期臨床研修が義務化になり、主治医になれなくなったのは大きな後退である、と言う意見は確かにある。単独主治医制ではなくグループ主治医制という形が出てきているため、それともあわせて、「責任の場所というよりも、責任感をいかに育てるか」という問題に対応していくことが、現在の初期臨床研修制度やグループ主治医制度だと難しいという話がある。 小児科学会の指導医講習会で同じ話が出ている。グループ主治医制度だと、専攻医が「自分は主治医ではない」という雰囲気を出している場合がある、など。何か問題が起きたときの責任の所在というようなクリティカルな話ではなく、研修医の責任感をどのようにして涵養する（染みこませて育ませる）かが問題が出ているという意見は聞く。	—	
D-2	いまの話は共感できる。大学病院という環境だと患者の病態が複雑で、研修医を含めて医師が多いグループ診療になっている。そういう状態だと、研修医は学生に毛が生えた程度の見学に近い状態になっているケースは多い。研修医の先生に	課題・問題点	

		責任感を持って主体的に、臨床に参加していただくための方策が必要（具体的な方策は現時点で想起できていない）。 臨床研修制度とは異なる視点かもしれないが、最近の「働き方改革」で求められる留意点を踏まえて研修していく必要がある。通常勤務時間外で研修医にタスクを課すことについて、指導する側は遠慮してしまう。他病院ではどういう実態なのか、あるいは臨床研修制度として規程があるのか知りたい。	
	ファシリテーター	研修医は学習者なのか労働者なのか、という問題として受け止められる。この問題は、初期臨床研修医だけでなく専攻医でも発生している。私自身は小児科医であるため、夜中に患者が救急外来に搬送され、症状としては研修医・専門医の勉強になる症状、という場面が多々ある。そういう場面で、(勉強になるから、という理由で) 研修医あるいは専攻医を夜中に呼び出すかどうか迷う。自分が知っているある先生は、研修医・専門医と共にグループ LINE を作っておいて、そのグループ LINE に「こういう症例の患者が搬送されてきたが、診療に関与したいか」と呼びかけて少し待つ、といったこともしている。 時間外に研修医・専門医を呼び出すことについて、指導医も大変気を遣っているという実態がある。臨床研修制度で、何かしらの明確な線引きができると望ましいかもしれない。	—
	ファシリテーター	当院においても、労働なのか勉強なのか、線引き・境目が難しいと感じている。当院では、研修医が夜中研修している場合は寝当直とみなし、患者を診た場合は、診た時間分時間外労働手当を払っている。時間外労働手当を払うので、時間外に診療を伴う研修をしたい場合は、研修医の自己判断で実施する、という形になっている。	—
	ファシリテーター	研修医評価票に話を移すが、評価票をきっちり作りこんでしまふと、その内容を教えられない病院が出てきた場合に、初期臨床研修病院としての指定ができない可能性があるという意見があった。それを踏まえ、評価票の評価項目の表現が一部ぼやかされている、という事情がある。初期臨床研修病院の指定基準、どのくらいのクオリティを有した病院であれば指定を受ける病院としてふさわしいのか、こういう観点も臨床研修制度と関連していると感じる。 (杏林大学の話)	—
	D-1	やはりパーシェントオーナーシップを高めることについて研修医に伝えていくことが重要。研修の現場は人が多くて、研修医自身、「その場に居ても居なくても変わらない存在」になっていく。「ただの、権限が多い、手技をやる人」みたいな存在になる。(パーシェントオーナーシップを持った) 医者では	課題・問題点

		ない状態になる。自分の中で考えを持ち、主体性を持つ必要があるが、このような状態ではどうしても主体性が低下していく。プレゼンのときに、自分はどうしたいかを研修医に言わせる、それを当たり前にするというのが第一歩だと思う。	
	ファシリテーター	病床規模や指導医の人数、一緒に研修を受ける研修医の人数次第で、研修のアウトカムは大きく異なる可能性がある。	—
	ファシリテーター	規模が小さい病院で研修を受けると、その分大変ではあるが、任される感が高まる。それが中小規模の病院のメリットであり、大学病院との違いである。そもそも大学病院は、患者ニーズが高度先進医療であるし、医師がやりたい医療も高度先進医療である。複雑な疾患が集まるのが大学病院の使命であり役割。学生実習、医学の初級者である初期臨床研修医が研修を受ける場としてはそもそも不向きなのかもしれない。	—
	D-1	救急、一般外来でちょっとでも研修医のペーシャントオーナーシップを育てることができないか。各科での研修では難しいかもしれない。	課題・問題点
	D-2	私が研修医として研修を受けたときは 400 床規模の市中病院と大学病院を 1 年ずつ経験した。個人的には良い経験だった。どうしても医療機関ごとの特性があり、クリアできない問題として存在する。1 年ごとに医療機関を行き来する研修がもっと増えても良い。	改善要望
	ファシリテーター	そういう制度にしてしまうというのも良いかもしれない。大きい病院で 2 年間過ごすのは認めない、といった制度にするなど。	—

インタビュー E

インタビュー1：7科必修について

質問		
7科および一般外来が必修になったことに対する所感をお聞きしたい。		
E-1	7科必修になったことは、選択必修前の2004～2009年時の制度に戻ってきつつあると理解している。大学病院は臓器別を前提にしており、プログラムが変わったからかどうかは検証しないと分からないが、大学病院での研修を志願する研修医は減っている。大学病院全体を見ても勝ち組で応募が安定している病院とそうでない病院の差が広がっているのではないかと考えている。	—
	一般外来研修に関しては、大学病院での2年間の研修ではなかなかうまくこなせない。理由としては、総合診療科と標榜している診療科が大学病院の中でうまく機能していないことが挙げられる。そうすると、たすき掛けや外部の協力病院に依頼するということになる。臨床研修医制度が、より実践度が高い一般外来研修を望ましいものと位置付けているため、研修医は（大学病院には専門性を求めているので）大学病院以外での研修を求めるようになるのではと考えている。	課題・問題点
	都市部にある大学病院と・地方にある大学病院で異なると思われるので地域性を含めて検証していただき、まとめた結果を是非フィードバックしていただけるとありがたい。	改善要望
E-2	当院は臨床研修が始まった当初から7つの診療科をずっと必修科としており、その方針を変えていない。元々臨床研修2年間で幅広くさまざまなことを身につけてほしいという理念のもとに臨床プログラムを作っており、それを踏襲している。	—
	大学病院でより専門的な診療科を長く経験できるというときは、募集人数は一時期減ったが、今回7科に変更になった際に当院ではずっとこのスタイルで行っていることを売りにすると、様々な経験を積みたいという方は戻ってきているという印象を受ける。3年目以降は一つの診療科に専念するのだから、2年間は様々なことを研修してはどうかと説明して同意した方が来てくれていると考えている。	肯定的意見
	中には、都会のプログラムに応募して落ちたから来たという研修医もいて、そういった方は、なぜこの科を自分が回らないといけないのかという意見も聞く。	課題・問題点
	ただ、総じて、病理に進むにしても2年間終わると様々な経験を積めてよかったという声をいただいている。	肯定的意見
	一般外来研修についてだが、まず自分は総合診療部に所属しており、当院は臨床研修が始まる前から総合診療科の外来を	肯定的意見

	立ち上げていた。幸い、研修医の先生と一緒に外来をする経験を既に積んでいたのので、今回、必修になったことを売りにして、電子カルテを二台並べて指導している。指導医が隣に座って研修医が横で診療し、研修医では対応が難しくなってきたときには指導医に交代するという方法を徹底して行っている。フィードバックはその場でも行い、最後にまとめてでも行うという体制をとれていたのので、当院としては良かった。一般外来研修が必修になったことで、予算がついたのも良かった。	
質問 一般外来研修の目標は「よくある疾患の慢性管理・急性管理」ということになるが、その研修を実現する環境・状況の設定に苦労することはあるか。		
E-1	一般外来研修は、当院の総合診療科に依頼しており、初診の患者を割り振っている。	—
	ただ、大学病院ならではの、学生の教育とリンクするので、総合診療科の医師は学生と研修医のどちらを優先すべきかということ悩んでいる。医学部付属病院になると学生の優先度が若干高くなっているのが現状。連携施設の地域医療や一般外来研修は、地域医療を依頼している病院にお願いしている。大学病院と市中病院は、役割が異なるところがあり、大学病院を研修先として選択する学生も大学病院での研修内容についてイメージが固まっているところがある。しかしながら、大学においても市中で実施するような研修内容が義務化・指示されてしまうと、大学病院を研修先として選択した学生とのニーズに齟齬が生じてしまい、これまで以上に大学病院が敬遠されてしまうのではないかと思う。	課題・問題点
	M 先生が仰っていた通り、都会の病院を志望していた人が、当院にたまたま来るとずれが出ると自分も感じる。同市内に、県立病院と中核の市立病院があるので、本学の卒業生も市中病院を研修先を選んでいるのだろうと思う。学生のほうが各自のニーズに合わせて研修先を選んでいるように感じる。	—
	自分は内科医なので、外来研修は実施したいという気持ちはある。ただ大学病院で、慢性疾患の再診研修などをしっかりした指導環境で教えるというのは、各臓器診療科の負担になるし、かといってすべて総合診療科の医師に依頼するというのは大学病院規模だとそれ自体が負担になる。 自分は地域医療センターにも所属しているので、研修医の頃から地域医療的な視点を涵養することは非常に重要だという国の方針もあるし、様々な施策でせざるを得ないということは理解できる。当地も医師不足県なので重要だと認識しているが、一部の病院にとってはとても大きな負担になっ	課題・問題点

		ているのではないかと思う。	
	E-2	医学生もいて研修医もいると、どこまで医学生に対応させるのかと悩ましい。研修医もいるのにそれ以上のことを学生にさせるわけにはいかないというのが正直なところ。学生実習自体が幅広くなったので、そのあたりの兼ね合いが難しい。	課題・問題点
		慢性疾患の患者については、本来であれば開業者に返すとか専門科にまわさないといけないが、総合診療にあえて残して研修医に診させてもらうという対応をとるなど、セッティングする側としては難しい。	現場で試みている工夫・苦労など

インタビュー2：研修医評価について		
質問 新しい研修医評価票に対する所感をお聞きしたい。		
E-2	当院では今回の評価票ができる前に、アメリカで始まっていたクリニカルラダーを取り入れられないかと試したことがあったが、あまりにも煩雑過ぎてうまくいかなかった。そんなタイミングで今回の評価票が導入されて、対応された先生は大変だっただろうとご苦労を感じる。	—
	ただ実際に評価するとなった際に、評価票内において抽象的な言葉が多く、実際どう評価したらいいか現場はかなり混乱している。以前クリニカルラダーを試した時と同じように難しさを感じる。専攻医レベルだと評価しやすいが、臨床研修の段階では評価することが難しいと感じる。2年目の終わりくらいではあてはまるので、それを目標に作られたものだと捉えてはいるものの、研修の初期段階（1年目）では難しい。	課題・問題点
	評価の3の表で、一般外来・病棟診療・初期救急・地域医療とあるが、地域医療に出ていないのに地域医療の評価をつけたり、外来をしていないのに外来を評価したりする医師がいて、最初の説明をしっかりと行わないと誤った評価になってしまい現場が混乱している。	課題・問題点
E-1	FD (Faculty Development) のためのFDが必要と感じる。各診療科の指導医の条件に臨床研修指導医講習会の受講が必須となったので、最近受講する医師の中にベテランの医師が混じってきた。その最近講習会を受講する医師は良いのだが、初期の段階で講習を受けそのまま資格を持って持ち上がっている医師については、新しい評価票が導入されているのに情報のアップデートがされていないということがあり、そういう医師に対して、どういう流れでどうしてこの評価票になったのかといったようなことを周知する場が必要だと感じる。	課題・問題点
	様々な診療科や地域医療を担当してくれる診療所の医師を巻き込んでの評価となると尚更、診療所の医師から講習を受けていないので、どう評価すればよいか分からないという声を聞く。評価票の使い方をどう周知していくかということが問題になっている。医学教育的になじみのある医師はいいが、評価票に記載されているような文言になじみのない医師には非常にハードルが高いと感じる。	課題・問題点
ファシリテーター	研修評価票の2は、今の医学教育の分野でいうとコンピテンシーと言われる医師の能力となる。そもそものコンピテンシーの概念がかなり漠然とした能力表記になっていることが多い。ただ、現場では具体的な能力を求められる。そうすると	—

	臨床研修評価票の2をどうやって使えばいいのかとなってしまふ。元々のコンピテンシーが漠然としたものになっているので、臨床研修票のレベルも漠然とした表記になってしまい、現場の医師からのわかりにくいというご意見に繋がると理解した。	
質問 今回の研修評価票1などは多職種から評価してもらう項目があるが、どのような状況か。		
E-2	QRコードをもって行って看護師長に評価してもらうということになるが、読解文のような解説をつけないと、この評価項目はどういう意味かと率直に質問されてしまう。	—
E-1	もともと360度評価やMini-CEX評価など含めて多職種の方に評価してもらうということを導入していたということもあり、お願いに行くとやりますと対応してくれる。	—
	ただ項目を見ると、わかりにくいという反応をされるのが実情。大学病院だと学生・研修医・看護学生など様々な立場の人が入り混じっているうえに、昨今の医療事情で看護業務も煩雑化しているので、看護師にも大きな負担になっていると思う。	課題・問題点
	もう少しわかりやすさ・シンプルさといったことが必要だと思う。	改善要望
質問 研修時期や研修医内での比較といった要素が影響して、相対的な評価になってしまう面があると感じる。相対的な評価になりがちなところを客観的な絶対評価にするために心がけていることを教えてほしい。		
E-2	客観的評価はなかなか難しいと感じる。当院では月に1度、評価者部会・指導医部会というものを開催している。そこで、研修医の評価をグラフなどで見える化し、評価する側の指導医や診療科スタッフに情報共有している。研修医の全体的な成長を俯瞰したり、診療科間での評価のばらつきに気づける場を持つことで評価の精度を高めるようにしている。	現場で試みている工夫、苦労など
E-1	部署ごとで差がある。特に、救急外来では仕事ができる研修医と問題を起こす研修医の評価差がはっきりとわかるので、極めて相対的な評価になってしまっていると感じる。	課題・問題点
	また、大学病院の場合、様々な背景の研修医が在籍し、扱いが難しく、悩ましいことがある。病棟の看護師は、外科系病棟・内科系病棟によって異なる。外科系病棟だと手術室に入っている時間が長いと人の出入りが激しいということもあり、どの研修医かの認識があやふやになったりしているよう。観察不能・期間が短いため判断できないといった正直な評価をつける方もちゃんという。	課題・問題点

インタビュー3：研修医フィードバック面談		
質問 フィードバック面談を年に2回実施すると定められているが、実施状況と得られている感触を教えてください。		
E-1	当院は、大学病院で組織が大きい。毎月、研修部門会議を実施して、指導医が情報交換などしているが、なかなか複雑なローテーションを組んでいるということもあり、きめ細やかに定時的なフィードバックは難しいと感じる。	課題・問題点
	また、研修センターに専任教員を置いている。従来は内科系と外科系で3～4人の教官で兼務しながら分担という形をとっていたが、情報の一元化が難しかった。今年度から専任の教員を1名にして、その教員が情報共有してまとめるという形に変更した。専任の教員を固定したほうがフィードバックしやすい。メンターメンティー制度も試みたが大学病院は複雑なので断念した。	現場で試みている工夫、苦労など
E-2	当院は、臨床研修センターを作っており、研修センター長を副院長が務めており、プログラム責任者である。自分がセンター長補佐を務めている。2～3ヶ月に1回、副院長室に研修医を呼んで面談を実施している。	現場で試みている工夫、苦労など
	コロナがなければコーヒーを飲んで気軽に実施したいところだがそれができないので、少し難しさを感じる。	—
	メンターメンティー制度も非常に良いと思っている。コロナの影響で2年間は出来ていないが、以前は時間外をつけていいとインセンティブを与えて飲みに誘ってそこでフィードバックというスタイルだった。今は飲みには行けないので、メンターと面談してもらって、面談内容を文書で報告してもらうといったことは実施しており、意外とこういうことを思っていたのかという発見がある。プログラム責任者や自分の立場だと研修医からすると父親世代くらいに年も離れてしまっているので、言えないことも年の近い兄・姉感覚のメンターとの面談で話してもらって、それをうまく活用しながらフィードバックしていきたいと考えている。	現場で試みている工夫、苦労など
ファシリテーター	先生方は、何とかしてフィードバックなさろうという努力をなさっていると理解できました。他のインタビューでも、直属の指導医がいいのか利害関係のない少し離れた上の医師のほうがいいのか、年齢が近い利害関係のないメンターメンティーのような立場の方がいいのかなというような話題は出ました。	—
質問： どの程度まで内容に踏み込んでフィードバックしているか。良い所を褒めることはやりやすいと思う		

が、直したほうがいいところなどは、具体的にどのようにフィードバックされているのか。難しいと感じることはあるか。		
E-2	最近研修医も良い子が多く、みんな横並びで大きな問題は少ない。360 度評価の看護師長や事務の方の評価は心に響くように感じる。利害関係のある直属の指導医だけでなく、利害関係のない看護師長・事務員や検査技師などからの評価を聞くと、素直に反省し受け取る姿勢が見られる。	—
E-1	同じような事例は確かにあり、医師の指導の前では全く問題ないように振る舞っているが、多職種からは色々な問題があるといったような評価だったりして、上手にフィードバックしないと難しい。直属の指導医からフィードバックしづらいと言われるので、臨床研修センターの部門長を務めている自分のような立場の者が上手にフィードバックするという方法をとっている。直属だと誰がどんなふうに評価したかわかってしまい、そのあとの研修に来なくなったり、病棟に良くないイメージをもったり、報告してくれた看護師が悪者になったりということがあるので、フィードバックの仕方に配慮が必要だと感じる。	現場で試みている工夫、苦労など
質問： 先生方の病院の研修医は1 学年何人いるか。		
E-2	2 年次は5 名いる。1 年次は11 名（フルマッチは12 名）とたすき掛け含め13 人くらい。2 年次の研修医が少ないのはその年だけマッチしなかった。多くて15 名程度。	—
E-1	実際は、1 学年13～14 名。定員は39 名だが、たすき掛けが2/3 ほどのため、1－2 年併せて、常時いるのは、12～13 名。去年かなり減って今年も減っている。同時期に外の連携病院に行っていると、大学病院にいる研修医は少なくなる。地元に戻ってくる人の最後の砦として様々な背景の研修医を引き受けてカバーしている。	—

インタビュー4：地域医療研修について		
質問 実施されている1ヶ月の地域医療研修に関する所感、あるいは研修医にとって望ましい地域医療研修のあり方について教えてほしい。		
E-2	当県は離島があるので、当院のプログラム内で必ず離島に行くという約束になっている。1つの病院は、在宅診療があり、外来診療～入院までを診ることになり、なおかつ看護師が患者の家の状況を把握しており、それくらい患者との距離が近い。もう1つを選択すると在宅が経験できないので、サテライトの診療所で外来を補うというイメージになる。	—
	一概に地域医療と言っても、家でどのように生活しているかまで把握できる在宅診療可能な病院と、救急車を受け入れるような病院とでは、差がある。後者は、なかなか外に行けないので、在宅診療が出来ず残念なところがある。うまく診療所と組み合わせて地域実習を行っている。	現場で試みている工夫、苦労など
E-1	大学病院ならではの、いくつかの関連病院と連携を結んでいるので、診療所ベースの在宅医療を希望する研修医はそこを希望する。フルマッチしていないので、流動的にできている。冬場のウインタースポーツの整形外科の患者がくるようなプライマリケアを診たいという希望の方は、スキー場近くの雪の多い地域の病院に行って、地域に特化した医療ということで外来研修しながら診るというパターンもある。	—
	期間が延びたことによって、1回目は在宅医療で4週、2回目に追加で山間部の医療を診てみたいという希望や、100床規模の病院で救急車をどのように診ているか、といった大学病院で診ることができないような症例を診たいということで希望する者もいる。2年目の後半に自分の進路も踏まえながら地域医療研修に追加で行きたいという者もいて、多くの教育関連施設を持つ大学病院の良いところと感じている。	肯定的意見
質問： 医師少数地域に行かせて期間も半年以上にした方がいいという意見や、一方で長く行かせる必要はないという意見もある。現在4週間がメインだが、期間についてはどのように感じるか。		
E-2	地域からすると、医師が少ない所に来てくれるとすごく元気が付く、活力になると思う。	肯定的意見
	ただ、2年目の後半であれば役に立つと思うが、2年目のはじめだと研修医自身も自信がなく不安なところもある。期間を長くするとなるとどのくらい長くするのか、どの時期に行ったらいいのだろうと悩ましい。	課題・問題点
	地域としては即戦力が欲しいと思うので、むしろ専攻医が地域でも働いてくれることのほうが理想と感じる。	—

	E-1	現在地域医療研修は2年目と指定されているが、2年目の後半にあたった研修医は、自分の進路を考えたりレポートの提出もあったりして、大学から遠く離れるとそのあたりのフォローも大変なので工夫が必要だと感じる。 2年目の夏頃に大学から離れた病院に行くと、時期も重なってしまい、受け入れ側の病院からも時期を考えてほしいと意見をもらう。	課題・問題点
		4週間以上まわってもいいと思っている研修医がいる一方で、4週間苦痛だったという意見も聞く。後者の場合は、受け入れ先の病院からも良い評判は聞かない。地域医療研修は制度として実施が決まったが、実態としては良い面・悪い面両方ある。いたずらに期間を延ばすのは危険だと思うので、ちゃんと議論が必要だと感じる。	改善要望
	ファシリテーター	地域医療研修は地域の特性や派遣元のマネジメントも大変だと感じる。県によって状況も全く変わってくるので画一的というのは難しいと感じました。	—
	E-1	派遣先でも人気がある病院はいくつかの病院と連携していると思うので、派遣元のマネジメントも苦労するが、派遣先も調整に苦労されていると感じる。	—

インタビュー5：次回(2025 年を予定)の見直しにむけて

質問 現行の臨床研修制度の問題点・改善点・継続すべき点を改めて教えてほしい。		
E-1	卒前卒後のシームレス化を実施しようとしていると思うが、それぞれがそれぞれに引っ張られている感は否めない。卒前の目標が上がれば上がった分、卒後の研修に影響する。卒前のカリキュラムを改訂中だと思うが、その影響が数年後に回ってくると思っている。回転のスパンが違うような気がしており、今後国としてどういう医師を育てていきたいかというところが直結すると思っている。現場のスピード感・ニーズは比較的卒後研修のほうが動きやすい。モデルコアカリキュラム的な所はもっと先を見ていると思っている。時間軸をどのようにそろえていくかということが気になっている。	課題・問題点
	国民のニーズに沿えるようなシステムにしないといけないが色んな補助も含めて、国の考えが医療現場や国民に対してうまく発信できていないと感じる。国がもう少し上手に発信していった国民に理解されるようになってほしい。	改善要望
E-2	改善というか困っている点として、レポートについての認識が病院間で異なる。カルテで病歴を確認できればそれでいいという病院もあり、病院間でだいぶ認識が異なると感じる。当院は内科に進む人はレポートをちゃんと書けないと今後書く癖がなくなるので、厳しく書かせている。都会の病院の研修医はこんなことはしていないという意見もあったりする。曖昧にカルテにさえ書いていけばいいというのはちょっと危ないと感じる。	課題・問題点
	続けてほしいことは、臨床研修は幅広く行うこと。3年目には専門に進むので、診られないものがあるというのは困る。例えば整形で入院したけどコロナでしたという患者も当然いる。その場合に、研修医が「自分はコロナを診ることができない」という状態になれば、それは全身診ることができていないことになる。国民に医療を提供する立場の医師としては、全体を診ることができることは必須。	改善要望

最後		
質問 今の初期臨床研修に関するご意見・要望などあればお話しください。		
E-1	1つは、当院は認定病院ではないが、JCEP（卒後臨床研修評価機構）が必修化するかどうか気になる。確かに良いこともやっているが国がどういう方向に考えているかが気になる。大学病院であれを受けるためにはかなり難しいと感じている。	—
	あとは、卒前卒後のデータベースもシームレス化しようということでEPOCも含めて、各関連施設との統一化を図る上で、データベースの電子化が気になる。全く電子化していない病院もあると思うので、大学病院は恐らく合わせる側だろうと思っている。電子媒体が必ずしも共通のプラットフォームになっていないため、紙媒体など含めて連携施設が多いと業務量が多くなっている。当院では、厚労省への年度末の報告に時間を要しており、報告書の形態も含めて、よりシンプル化・統一化を進めてほしいと考えている。	改善要望
E-2	臨床実習が法制化されて来年の4月から実施されるが、それもきっかけにして国民の健康を守るために臨床実習・研修が大事なことでありと幅広く周知してもらえると病院側もやりやすくなる。	改善要望
質問： 今が7科で以前は3科だったが、必修ローテの数はどのように感じているか。		
E-2	市中病院の立場としては、今の7科のままだいい。様々な診療科の医師がいるので、自分の科にも回ってきてほしいという声がある。減らすとどこを削るのかという話になるので、幅広く知識を身につけてもらうためには、今のままだいい。	肯定的意見
E-1	大学病院は診療科の色々な駆け引きがあるので、なかなか難しい。先ほども話題に出たが、大学は学生と研修医と専攻医の3つの教育病院になるので、初期研修医にどこまで労力を割けるかというのは教官側の問題もあり、診療科が多くなればなるほど、研修医は市中病院を回ってもらって、学生と専攻医を中心に育てたいと思っている診療科は多いと思う。	課題・問題点
	一方で、必修化の内科はパンクしており、5年生の臨床実習、6年生の選択臨床実習（クリクラ2）、初期の研修医で1年目の前期が必修化でまわってきて、更に専攻医が各臓器別にわかれて回ってくるので症例の取り扱いみたいになって、大学病院はパンクしている状態。そうすると研修医は、大学病院を回らずに経験症例の多い市中の病院をまわる。	課題・問題点
	個人の意見としては必修化を減らすのは賛成できない。	肯定的意見

		大学病院で体制を維持するのは難しい面があるという意見があることは挙げておきたい。	課題・問題点
--	--	--	--------

インタビュー F

インタビュー1：7科必修について

質問 7科および一般外来が必修になったことに対する所感をお聞きたい。		
F-1	7科必修になって良かったと思っている。	肯定的意見
	当院がある都道府県の病院は、スーパーローテートを取り入っていた病院が多いので、必修が減らされた後（選択必修時）も、7科必修としている病院が多かった。したがって、当院も麻酔科、外科、小児科、産婦人科なども選択必修ではなく必修にし、当初の必修科を踏襲してきた。	—
	今回の制度改定で必修科が増えたことは、当院としてはむしろありがたく、良い改定内容だと思っている。本来の研修目標である「プライマリケアを身につける」という点において、選択必修の内科と救急の研修だけで十分なのか、という疑問があった。	肯定的意見
F-2	以前、病院のプログラム責任者を担当していたが、2010年に選択必修に変更になった際も、当院ではスーパーローテートを堅持していた。臨床研修医制度が開始となった2004年から、当院の総合診療内科のローテーション時に、一般外来研修を始めていた。具体的には、研修2年目で、週に一回、総合診療内科のローテーション時に、必ず外来研修を行うようにしていた。主訴しか分からない初診患者を診察し、臨床推論を進めて、検査成績から治療方針を決める、そのまま総合診療内科で診るか専門外来に回すのか、といった判断までを研修の中で行っていた。	—
	当院では、代々同じ曜日に研修医が診ることになっていたもので、1～3か月に1度の頻度で来院される慢性疾患の患者も、過去にどのような症状があり、それが治療を経て、どのように変化したのかという経過を、研修医間で情報交換し、引き継いできた。そのような研修が大変だった人もいるだろうが、当時のやり方が非常に勉強になったと言える研修医もいた。	—
	一般外来が研修に組み込まれたことを好意的に捉えている。主訴、性別・年齢という情報から、想定される鑑別疾患を挙げて、その上で病歴と身体所見を取り、ロールイン／ロールアウトさせたりすることで、論理的思考を身につけることができる。	肯定的意見
F-1	一般外来研修については、開始されたタイミングで、コロナが始まったので、外来患者、特に初診の患者数が非常に少なくなったのは想定外。よって、この3年間だけで（一般研修	—

	外来に対する）結論を出すのは、少し時期尚早と考える。	
	コロナ禍で一般外来研修病棟が発熱外来となり、研修医が発熱ばかりを診ている現状があり、むしろ指導医側が発熱の診療に慣れていない状況が起きている。よって、あと数年状況を見て、今回の必修の是非を判断する必要がある。	課題・問題点
	ネガティブな話になるが、当院は急性期病院なので、初診患者には選定療養費がかかる。5,500 円払って（医者ではなく）研修医に診られることに患者側も抵抗があるようだ。	課題・問題点
	「指導医が付きます」と張り紙やポスターできちんと告知し、指導医から十分な説明を行っても、選定療養費がかかるので、初診患者は少なく、紹介患者が主な患者となる。研修病院には選定療養費がかかる大病院が多いので、実態として初診患者の数は少ない。現状の一般外来研修が、正しい外来の姿を反映し、そこから「コモンなものを診る」という研修目標を達成できるのか少し疑問を感じている。	課題・問題点
	JCEP のサーベイヤーを担当しているので、コロナ禍でも色々な病院を訪れるが、どこの病院も研修の対応に四苦八苦しているようで、厚労省が言う「定期外来」に取り組んでいる病院はほとんどない。「この日は外来をやろうか」と、突発的に一般外来研修を行う病院が多いようだ。	課題・問題点
	S 先生の病院のように、総合診療として研修を行っていると、慢性患者に一週間後に予約が取れるので来てください、と言うことができるが、臨時外来だと一週間後の経過を見せてもらえる患者は、そこまで多く来ない印象を持っている。	課題・問題点
F-2	並行研修については方針を再考いただけると嬉しい。スーパーローテートは、週単位（4 週間）になったが、2024 年開始の医師の働き方改革では、研修医が C1 水準を取ったりすると、当直翌日に勤務ができなくなる。そうすると、実際には研修期間が 4 週間では終わらなくなってしまう。	改善要望
質問 具体的には、どのように方針を改めると研修医の勤務時間を上手く調整できるとお考えだろうか。		
F-2	C1 水準では、研修医は日中の内科研修中に、夜当直を行うと、翌朝 8 時に帰らなければいけない。2 日間で内科 1 研修、救急 1 研修しかカウントできない。当直後は休みをとる必要があるので、翌日の内科研修はマイナス 1 となり、内科ローテーションは 4 週間で収まらなくなる。救急についても、他の診療科ローテーション中に救急を行った場合、救急分しか研修としてカウントできない。	課題・問題点
	救急以外の診療科での研修を計上できないので、研修期間が 4 週間をはみ出る要因となってしまう。上記の 2 点については、ぜひとも方針の変更をお願いしたい。	改善要望

	一般外来研修についても、例えば小児科研修中に、小児科以外で一般外来を行うと、小児科の研修としてカウントできなくなる。並行研修は不可という規則を変更していただけると、期間内（4 週間）に研修が収まるのではないかな。	改善要望
ファシリテーター	例えば、救急や外来に週に一日行って、翌日に当直明けの休みが入ったとしても、その休みも含めて、メインの科を一週間研修したと見做しても良いのでは、ということだろうか。	—
F-2	そのような方針に変更いただけると良いと思う。研修医を A 水準にすると、28 時間連続勤務ができるので、1 日内科をやって、オーバーナイトの救急をやって、明けの午前中に内科を 4 時間やると、内科 2 日分と救急 1 日分というのを 2 日間で算定できる。多くの病院は、研修医を C1 水準にするか A 水準にするかで悩んでいるので、勤務実態に応じてフレキシブルに判断できるようになると良い。	改善要望
質問 研修医を C-1 ではなく A 水準にすれば、きちんとした勤務時間の運用ができるようになると理解したが、研修医全員を A 水準にできない理由をお伺いしたい。		
F-2	A 水準の年間残業時間 960 時間未満と C-1 水準の 1860 時間の違いに原因があると思う。研修医一年目の段階では、ほぼ全てが研修であり自己研鑽であって残業や超過勤務との区別は困難かと思っている。	課題・問題点
	おそらく業務と自己研鑽との区別が困難で残業の上限が少ないことが、研修医を A 水準にできない一番のネックになっていると思われる。	課題・問題点
質問 一般外来に苦勞している病院が多いと認識しているが、どのようにお考えか。		
F-1	一般外来は、研修医にも指導医にもあまり評判が良くない。	課題・問題点
	当院がある都道府県の病院が、これまでスーパーローテートという研修病院で研修を行ってきたのは、救急の担い手を育成するという意味合いもある。	—
	普段から救急外来でウォークインの患者を外来業務で多く診ているので、同じような業務をわざわざ一般外来研修という名目でやる必要があるのか疑問に思う。	課題・問題点
	当院では、小児科も一般外来で受けているので、小児科医の先生の指導を受けながら、子供の救急対応に関する研修を行うことも意外と悪くない、とも研修医は言っている。	肯定的意見
質問 一般外来研修に、指導医をどのような形で関わらせるかという問題は、多くの病院で課題になっている。病院として工夫されていることがあれば教えてほしい。		
F-1	当院では、現状特に困っていない。	—
	当院では内科に依頼して、研修医には、その日のメニューに	現場で試みている工夫、

		応じた指導医を固定でつけるようにしている。	苦勞など
		当院は臓器別縦割りだが、分類が難しい狭間にある病気や、そもそも分類不能な患者を診るには、内科外来としては好都合であるようだ。指導医の力量次第ともなるが、初期診療にある程度行ってから、消化器や循環器に紹介するという判断は（指導医側で）きちんとできているようである。	肯定的意見

インタビュー2：研修医評価について

質問 新しい研修医評価票に対する所感をお聞きしたい。		
F-2	到達目標と研修評価票については「A.医師としての基本的価値観」と「B.資質・能力」が項目として分かれたので、非常に分かりやすくなった。	肯定的意見
	評価について、個人的には「C.基本的診療業務」のそれぞれの研修（外来や病棟や地域など）の場において「B.資質・能力」が達成されなければならないというのが、研修目的の本筋であると感じる。	課題・問題点
	評価票をAとBとCで分けるのではなく、Cのそれぞれの研修場面においてBの各資質・能力をそれぞれ評価する、というに形にしたほうが良い。	改善要望
ファシリテーター	現状だとBとCの連携・関連が少し見えにくいので、双方の評価をよりリンクさせたほうが良いと理解した。	—
F-1	言葉は悪いかもかもしれないが、シンプルになったという点では良い印象を受ける。	肯定的意見
	ただ、どちらかと言うと精神的・抽象的な評価項目になったので、毎月のローテートごとに、本項目で評価することは難しいと思う。半年毎に評価して、半年毎に自身の成長を見ていく、というやり方ならば納得できるが、毎月評価するとなると（当院ではローテート終了毎に評価を行うので）結局、指導医がいい加減に評価してしまう印象がある。360度評価で看護師やコメディカルにも評価してもらうのもよいと思うが、看護師だと本項目は余計にわからないので、NA（無回答）ばかりの評価が戻ってくる。シンプルにするために評価票の項目を合わせたということは理解できるが、看護師やコメディカルに本項目で評価してもらうことは少し難しい。	課題・問題点
	評価時期について、当院ではローテート毎と半年毎に行うので、1年目の初期と2年目の終盤とで比較でき、研修医の成長も分かって良いと思う。	肯定的意見

インタビュー3：研修医フィードバック面談		
質問 研修医フィードバック面談の実施状況および実施方法を教えてほしい。		
F-1	中間評価を、研修医自身が自身の立ち位置を把握するためにも、年に2回実施することには妥当性がある。	肯定的意見
	当院では、1年目修了時と2年修了時の年に2回面談を行っていたが、半年に1回に変更になったことで、提出物（症例レポートなど）の質が良くなった。	肯定的意見
	提出物が提出される期間が長いと、それに基づいて行われる評価票の入力が滞ってしまう。そうした滞り避けるために、当院では臨床研修評価システムEPOCではなく、EPOCを改良した病院独自のシステムで研修評価の運用を行っている。おかげで、研修（症例）レポートも比較的早く提出されるようになった。	現場で試みている工夫、苦労など
F-2	本来的には制度化せずとも実施すべきと思っているが、面談を行うという方針が制度化されたことは、面談を実施していない方のためにも良かったと思う。	肯定的意見
F-1	臨床研修というのは、実際はプログラム責任者や研修センター長が頑張れば、独力で運営できてしまうところがある。例えば、ある病院では、研修センター長が長年、面接を一人で担当しているらしい。	—
	現行の制度で、年に2回の面談が必要となってくると、全体の実施回数を増えるので、やはり一人で回すことは不可能。当院では、研修管理委員会の8人全員に、担当の研修医を4人ずつ割り振っている。これまでは、研修管理委員会に所属していても、研修に対する認識がどうしても薄くなるがあったが、上記の変更によって、研修医のことを把握してくれる人が増えるので良いと思う。	肯定的意見
質問 面談の実施回数が年2回と決められたが、何回くらいの実施が適切だとお考えだろうか。		
F-2	地域医療研修では、研修医と会える時にはその日の振り返りを行っていた。	—
	研修開始後、半月のタイミングで到達度を確認しないと、1か月間の期間内で研修が終わらなくなるので（記録には残さないが）振り返りの面談を行い、1か月後に最終的な面談を実施していた。	現場で試みている工夫、苦労など
	この1か月後の面談は、現行制度での半年ごとの面談というよりは、ローテーション診療科の評価をするタイミングでの面談としての意味合いがある。個人的には、研修のフィードバックを兼ねて、評価票が出るタイミングで短時間の面談を	改善要望

	実施したほうが良いと考える。	
F-1	研修自体に変化がないと指導医からのフィードバックも中々難しいので、1～2か月単位で実施することは厳しい。	課題・問題点
	したがって、年に2回、ないし3回くらいの回数で実施することが望ましいのではないか。	改善要望

インタビュー4：地域医療研修について

質問 実施されている地域医療研修に関する所感、あるいは研修医にとって望ましい地域医療研修のあり方について教えてほしい。		
F-2	本制度開始時（2004年）の話になるが、1か月間の地域医療研修では、急性期病院に患者が入院する1週間～10日間だけでなく、紹介される診療所や、退院後に入所する介護施設等、患者さんを取り巻く医療環境をすべて研修医に経験して欲しいと思っていた。診療所の往診から検診、介護施設の見学までを、すべて1か月の研修に盛り込んでいた。	—
	先ほどH先生から、急性期病院での診療は「コモンなものを診る」に当てはまらないのではないかと、という話があった。地方の地域中核病院では都市部とは異なり、急性期病院にも頻度の高い症候の患者が受診せざるを得ない事も多い。たとえば介護保険施設から救急車で運ばれてきた時にも、地域医療研修後には地域医療全体がよく見えるようになって、こうした原因であれば仕方ない、というように研修医側の考え方にも変化があった。	—
	地域医療研修の目的と、研修先の病院でやることをはっきりとさせ、派遣先の地域（病院）で研修すべきことがらを派遣前の研修医にはっきりと提示してあげることで、有意義な研修になるのではないだろうか。	改善要望
F-1	今回の制度改定によって、地方医療研修の定義づけがきちんとされたことは良いことだと思っている。研修の責任者となった10年前は、地域医療の定義が曖昧だった。どこの病院で研修すべきか、都市部の開業医のもとで研修を行うことを「地域医療」として捉えても良いのか、色々と悩んだ覚えがある。	肯定的意見
	当院は、近隣県の人口が少なく、医者が10人にも満たない病院に研修医を派遣しているが、いずれも人気の派遣先病院なので、様々な病院から研修医を受け入れている。その病院で、他病院から研修に来た研修医との接点生まれ、研修医たちも色々な刺激を受けているようである。	—
	他の病院の実態に触れることで「自分の病院は救急には強いが、病棟管理は弱い」など、自身を見つめるきっかけになる	肯定的意見

	ようで、地域医療研修を通して、研修医は皆成長して自院に戻ってくる。何よりも「楽しかった、勉強になった」と研修医たちが言うので、個人的には良い制度だと思っている。	
	地域医療研修をきちんと定義付けたことで、医者が少ない地方の病院でどのように医療を行うべきかを若い時期から経験できるし、そうした経験を積むことは非常に大事だと思っている。	肯定的意見
質問 地域医療研修に関して、受け入れ先の負担を色々と伺う機会があるが、その点に関しての工夫や実際にあった苦情などがあればご紹介いただきたい。		
F-1	当院の派遣先となる近隣県の病院は医師不足の状態なので、研修医が来てくれてありがたいと言ってくれる。(コロナ禍で中断しているが) 年に一度、ご挨拶に行く先方の病院の院長先生やスタッフの方と、本当に win-win な関係ですね、と双方が言い合えるような研修を行わせてもらっている。	肯定的意見
	特別にトラブルも起きていないし、むしろ派遣先が人気病院になり過ぎてしまって、当院からの研修を受け入れられなくなると困るので、(他の病院からの受け入れは) 程々にしてくださいね、とお願いするくらい良好な関係。	—
質問 基幹病院から地域医療研修先へ移動する際に必要になる交通費は、どのように対応されているのか。		
F-1	ありがたいことに、以前より、派遣先の病院には宿泊棟を準備いただいているし、交通費は当院の規定で出張費扱いになるので、現状では問題ではない。	—
	ただ、研修先での当直勤務がアルバイト扱いになるので、当直費用を研修医に渡せないという問題がある。当院の先生には、研修医が当直しても当直料は出さないようお願いしているが、他の病院では、当直を行った際に当直料を出す病院があるようである。同じ当直業務を行っても、当直料をもらえる／もらえない問題が研修医の間で起きており、少し不平も出ている。	課題・問題点
ファシリテーター	所属している病院のプログラム規定によって、当直料を出せる／出せないといった差があるので、複数のプログラムから研修医が来ていると、当直料による差が如実に出てしまうということだろうか。	—
F-1	おっしゃる通り、差が出ることはある。ただ、こればかりは研修先の病院に（当直料を出さないようにと）文句を言えないので、あらかじめ当院の研修医には当直をさせないように、とお願いしている。	—
F-2	研修担当を務めていた当時は、当院と同じ市内の診療所や介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、健診センターに研修	—

	医の受け入れをお願いしていたので、派遣費用については問題にはならなかった。 (2015 年よりも前の話だが) 研修先への挨拶は、プログラム責任者である私が全施設に行ってきた。当時は、将来の医師養成に貢献できる、といずれの施設も快く研修を引き受けてくれたし、研修先のスタッフの方も研修医と接することを喜んでくれた。	—
質問 地域医療研修の 1 か月間という期間は最適なのか、所感をお聞きしたい。		
F-1	当院の研修医は、地域医療研修で充実した研修を送れた、と研修先から喜んで帰ってくるが、私の方から、もう一度行ってみたいかと聞いてみても、誰も行きたがりはない。離島の研修先だとフェリーを使って片道 3～4 時間、山間部の病院だと 2 時間程度かかるが、週末に一時的に戻るということは中々ないので、やはり若者でも、地域医療研修中にホームシックになってしまうようだ。 地域医療を守る、地域医療の大切さを学んでもらう、という趣旨には賛同するが、派遣される研修医の物理的・心理的負担についても、もう少し考えていくべきだ。 研修を通して、1～2 か月の間で各地を転々と移動させられると、研修医も負担になる。そう考えると、1 か月くらいの研修期間が丁度良いではないか。	課題・問題点 改善要望 肯定的意見
F-2	ご指摘の通り、研修医の負担もあるが、派遣先が診療所だったり、200 床未満の中小病院だったりするので、やはり受け入れ側の負担がかなり大きい。独り立ちして何でもできる医師ならまだしも、未熟な研修医を数か月間受け入れるとなると、その期間は指導をし続けなくてはいけないので、研修先の負担にもなるだろう。医師不足の地域医療を研修医でまかなおうとするのは、個人的には論外な気がしている。	課題・問題点
ファシリテーター	地域の医師不足の実態を考えると、研修期間 1 か月間を伸ばすことはあまり良いことではないという認識だろうか。	—
F-2	(地域医療研修は研修医にとって大変勉強にはなるが) 地域の負担が大きいことを考慮すると、1 か月という期間は限界ではないかと思っている。	—

インタビュー5：次回(2025 年を予定)の見直しにむけて		
質問 現行の臨床研修制度の問題点を改めて教えてほしい。		
F-2	目標の中でも「資質・能力」は項目として改善されたと思う。 ただ、目標の中でも、B3 や B4、あるいは診療、患者ケアは	肯定的意見 改善要望

	「資質・能力」よりは技能的な項目にみえる。診療科ごとに違う上記のような項目は、もう少し技能に回してもよい気がする。	
	H 先生が、項目内容が抽象的だという指摘があったが、個人的には、むしろ項目は抽象的にして、患者ケアに関する原点となる部分を学べるような内容にしたほうが良いと考える。その代わり、診療現場ごとに目標の達成度をきちんと判断できるような項目にしていきたい。	改善要望
	ガイドラインには「必要となる経験すべき診療技術」が書かれていて、EPOC 2 でも同様の項目が必須であるが、実際の症例で提示されている目標には該当項目は書かれていない。	課題・問題点
	プログラム責任者講習会に参加した際に、指導医の方から、「必要となる経験すべき診療技術」はマストではないと言われたが、実際には EPOC 2 では評価しなければならないことになっている。そうした乖離状態を解消していきたい。	改善要望
F-1	S 先生からのご指摘はごもっともだと思う。具体的な目標をしっかりと作らないと、分かりにくい研修になると思っている。従来の EPOC は、238 個の経験目標などが設定され、分かりやすかったので（全部達成する必要はないが）経験したほうが良い疾患病態については、研修医により具体的に示してあげたほうが良いだろう。技能も、明確な到達度を示すような基準があると良い。	改善要望
	レポートについては、経験すべき疾病病態として、頭痛や腹痛などコモンな項目が多いことは評価できるが、これらの項目は入院症例には該当しない。研修では、どうしても外来症例を扱うことが多くなるので、退院サマリーを利用してレポートを書くことは難しく、研修医の負担軽減にならない。今回の制度では、おそらくサマリーからレポートへの転用を認めることで、研修医の負担を軽減する想定だろうが、経験すべき項目が入院症例ではないので、軽減になっているとは言えない。	課題・問題点
	JCEP のサーベイヤーとして色々な病院の実態を見てみると、第三者評価を受けることで、病院側は様々な取り組みを行うようになることが分かった。第三者評価によって制度として悪い部分を是正してくれるので、研修医にとってはメリットになると思う。	肯定的意見
	実際に第三者評価を行うとなると実施を先延ばしにする病院が多いことは事実だが、そろそろ制度として第三者評価を義務付けるべきではないか。給料一つとっても、第三者評価を受けていないと低くなる傾向にあるが、そうした状態は良くないと思っている。病院側は、働いた分の対価はしっかりと払うべきなので、第三者評価は一律で義務付けるべき。	改善要望

	到達度の評価については、制度に取り入れてほしくない。どの水準までエコーを習得できるようになるのか、というレベル（到達度）を測ることは実際には難しいだろう。	改善要望
質問 エコーの到達レベルを設定する難しさには、実施が難しいという意見や評価を行うことが難しいという意見があったりする。特に難しいとお考えの部分を教えていただきたい。		
F-1	評価の部分だと思う。研修医は、エコーなどを当然実習で行っているが、（到達度のレベル分け設定はされるところと思うが）評価する側が到達度をいかに評価していくのかという技量も必要になってくる。	課題・問題点
	制度で設定されたレベルを合わせて研修医が学ぶのではなく、患者の病態を把握するために超音波や検査等を行うべきであろう。指導医とともに病態を考えながら、研修医自身で声を上げて、原因を見つけていく、そうした自分なりの達成感（患者の病態を把握できたかどうかの手応え）を求める制度が良いと思う。	改善要望
F-2	第三者評価を受けることをぜひとも義務化してほしい。	改善要望
	年間入院患者三千人よりも大きな病院では、現時点では努力義務にしかすぎない。約 300 病院がサイトビジットによる第三者評価の認定を受けており、全体 1000 病院の 3 分の 1 が認定済となっているようだ。	—
	まだ実施をしていない病院にも、ぜひとも第三者評価を義務付けてほしい。現行の研修医制度が始まって 15 年経つので、今後は制度自体のクオリティを求める時代になる。そのクオリティを担保するための方法の一つに第三者評価はなるのではないか。	改善要望
質問 360 度評価に関しての所感などがあれば教えていただきたい。		
F-2	当院では 2004 年から 360 度評価を実施している。看護師は必ず、時に放射線技師や検査技師、地域の方にも、研修医を評価してもらっている。ただ、職種によって研修医を見る視点が異なるので、評価が分かれるところもある。研修医（要するに医者）になった最初の 2 年間は、その後の医師人生を規定する大事な期間なので、3 つ子の魂 100 までではないが、医師の視点だけでなく、一般国民の視点で自分自身はどうあるべきか、を研修医に伝えることはとても大事だと思っている。	—
	今は看護師がメインの評価主体だと思うが、360 度評価はより多くの病院に普及してほしい。EPOC 2 も、資質・能力の 4 と 5 だけが必須で、他は NA（無回答）でも良いとなっているが、全部の項目を必須にしてほしいし、可能であれば患者家族からも研修医の評価をしていただきたい。	改善要望

	F-1	私も 360 度評価には大賛成。当院では、看護師と事務員と病棟薬剤師が研修医を評価している。病棟薬剤師は当初、医者の評価を嫌がっていたが、今ではきちんと評価してくれるようになった。	肯定的意見
		評価主体となることで、各職種のスタッフが、研修医をしっかりと見てくれるようになる。ただ一緒に働くだけでなく、評価項目を含めて研修医を見てくれるので、病院をあげて研修医の成長や活動を見ていく、何よりも研修医はうちのスタッフの一員だと病院全体で共有するためにも、とても良い評価方法だと思っている。もう少し評価主体の範囲を広げていきたいと思っている。	肯定的意見

添付資料 1. 医師臨床研修病院指導医対象インタビュー依頼書

令和 4 年 2 月 17 日

臨床研修病院
医師臨床研修ご担当者様

医師臨床研修病院指導医対象インタビューご協力お願い

わが国の医師臨床研修制度は、平成16年度から必修化され、概ね5 年ごとに見直しが行われています。令和2 年度からは、2 年間の研修期間終了までに研修医が到達すべき目標とそのための方略、評価方法等についても、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会における改訂版の審議を経て、新たな到達目標・方略・評価が施行されました。

令和3年度厚生労働行政推進調査事業費地域医療基盤開発推進研究事業『医療の質評価と医療情報の提供に関する調査研究』では、次回の医師臨床研修制度の制度見直しに向けて、現在の到達目標・方略・評価を改定する必要があるかどうか、そして改定する場合にはどのような改定を行うべきかについて提言することを目的とし、研究を実施しています。とりわけ、次回の制度見直しまでには、医師の働き方改革の推進がこれまで以上に重要な社会的課題となることが予想され、病院内滞在時間が長い傾向にある研修医については、研修の質と病院内滞在時間のバランスに配慮することが重要となります。また、最近の卒前医学教育においてもカリキュラム改革が進められており、とくに臨床実習の充実が図られると、卒後の臨床研修プログラムを変更についても議論する必要があります。

この度、日頃、全国の臨床研修病院で、研修医の教育に従事されている指導医の先生方を対象にインタビューをさせて頂き、臨床研修の新たな到達目標・方略・評価、地域医療研修や働き方改革制度と臨床研修、臨床研修の目的や意義について議論する場を設けたいと思います。

本インタビューにおいて議論された内容を、厚労省科学研究班の報告書に記載し、次回の制度見直しに資する情報として役立てられる予定です。

尚、インタビューはZoomなどのWeb会議形式で実施いたします。1回あたり4～5名の指導医と、ファシリテーター1名、タイムキーパー1名の6～7名で実施いたします。記録のため録画し、分析が終わるまで一定期間保存いたしますが、録画は公開いたしません。些少ではございますが、インタビューにご参加いただいた先生方には、Amazonギフトカードを謝礼としてお送りいたします。

指導医の先生方にご周知頂き、貴院にて、ご協力いただける先生がおられましたら、聖路加国際大学公衆衛生大学院まで、ご連絡頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

令和3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(地域医療基盤開発)

『臨床研修の到達目標・方略・評価等の見直しに向けた研究』研究班代表福井次矢

医師臨床研修病院指導医対象

フォーカスグループインタビューご参加のお願い

対象：指導医：2020年以前より医政局長通知に基づいた指導医としての経験が十分にあり（研修制度や評価方法を熟知し、日常的に研修医評価入力を担当されている方）、今後も指導医としてご活躍される予定の常勤医師

内容：Zoom形式で、2020年度改訂された臨床研修制度について60分ほどご議論頂きます。1回あたり4～5名の指導医の先生方にご参加いただき、ファシリテーター、タイムキーパーで会議を進行します。グループの割振りは、参加いただく先生方のスケジュールを調整し、事務局で実施いたします。

謝礼：1000円分のAmazonギフトカード

手順：

1. ご興味のある方は、下記連絡先にご連絡ください。
2. ご連絡先を頂戴した後、研究説明をさせていただき、同意書をご送付させていただきます。
3. 同意書にご署名を頂きましたら、スケジュール調整の後、Zoomの招待メールをお送りします。
4. 当日、Zoomによるフォーカスグループインタビューを実施します。
5. フォーカスグループインタビュー終了後、謝礼をお送りいたします。

添付資料2. ファシリテーター台本

ファシリテーター台本

0. はじめに

ファシリテーター台本 本日はお忙しい中、厚生労働省科学研究班「臨床研修の到達目標・方略・評価等の見直しに向けた研究」によるインタビュー調査にお時間を頂戴し、誠にありがとうございます。私は本研究班分担研究者で、本日ファシリテーターを務めさせて頂く、〇〇大学の〇〇〇〇と申します。もう1名、ファシリテーターを務める先生をご紹介します。〇〇大学の〇〇〇〇先生です。

0. 本人確認

まず、ご本人の確認ですが、〇〇大学の〇〇〇〇先生と〇〇大学の〇〇〇〇先生でお間違えないでしょうか。

1. 研究の趣旨

本日のインタビュー調査ですが、1)総合診療方式(スーパーローテイト)7科必修の臨床研修プログラム、2)2020年度に見直された到達目標と研修医評価票について、3)研修医フィードバック面談について、4)地域医療研修について、最後に5)次回(2025年を予定)の見直しにむけてについて、ディスカッションを行っていききたいと思います。本インタビュー調査の目的は、2020年度に施行された、方略・評価方法を改訂した医師臨床研修制度の遵守状況をお伺いし、課題を抽出し、2025年に予定している新プログラム改訂に資するご意見を広く収集することとしております。先生方には日頃のご経験をもとに多くの貴重なご意見を頂きたいと考えておりますが、ここでお話し頂いたことが、必ずしも直接的に政策にすぐに反映されるわけではないことも合わせてご承知いただけましたら幸いです。

2. 説明と同意の確認

インタビュー実施に先立ちまして、同意書を事務局よりお送りさせていただき、ご同意いただいたと報告を受けておりますが、このまま、引き続きインタビュー調査を進めさせて頂いてよろしいでしょうか？

3. 録画開始

説明文書にありました通り、研究の分析のため、このインタビューを録画する必要があります。今から録画を開始してよろしいでしょうか。

4. 研究協力者の属性

この研究の結果は匿名化して報告しますが、どのようなバックグラウンドの先生方にお話を伺ったかの統計結果を報告し、性別、職種、卒後年数を含める予定です。ご了解ください。ここまでで、何かご質問はございますか？

※以降、6～10がインタビュー項目となります。どこから初めて頂いてもかまいません。

インタビュー項目一覧

- 総合診療方式(スーパーローテイト)7科必修の臨床研修プログラムについて
- 2020年度に見直された到達目標と研修医評価票について
- 研修医フィードバック面談について
- 地域医療研修について

- 次回(2025 年を予定)の見直しにむけてについて

5. インタビュー1：7 科必修について

2020 年より再度 7 科および一般外来が必修となりました。この度、7 科および一般外来が必修になったことについて、どのようにお考えかお聞かせください。

ファシリテーター資料

わが国の臨床研修制度は、2004 年に必修化が法制化し、2004~2009 年が 7 科必修(内科、外科、救急、小児科、産婦人科、精神科、地域医療)、2010 年~2019 年 3 科必修(内科、救急、地域医療)、そして現行の制度である、2020 年より再度 7 科および一般外来の必修となりました。

6. インタビュー2：研修医評価について

実際に評価をされていて、お気づきの点や使い勝手についてお聞かせください。実際の研修医のエピソード等も交え、ぜひ、ご共有ください。

ファシリテーター資料

現行の制度では、初めて研修医の評価票が標準化され、A:医師のプロフェッショナリズム4項目、B:医師の資質能力 9 項目、C:医師の基本的臨床業務 4 項目に構成されました。¹⁾C 項目は 1~4 の 4 段階、B 項目は 1~4 に加え、1-2、2-3、3-4 の 3 中間点が加わった 7 段階となりました。

研修医評価票Ⅰ：A項目プロフェッショナリズム

現行の制度では、医師のプロフェッショナリズムを最重要として取り扱い、卒前のモデルコアカリキュラムとの整合性に配慮した到達目標となっています。A-1.社会的使命と公衆衛生への寄与、A-2.利他的な態度、A-3.人間性の尊重、A-4.自らを高める姿勢について、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と評価することになっております。

研修医評価票Ⅱ：B項目医師の資質能力

医師の資質能力では、研修医が修得すべき包括的な資質・能力 9 領域について評価することになっており、レベル 1：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)、レベル 2：臨床研修の中間時点で期待されるレベル、レベル 3：臨床研修の終了時点で期待されるレベル(到達目標相当) レベル 4：上級医として期待されるレベルとなっていますが、この研修医評価票Ⅱの特徴として、B 項目はレベル 1~4 に加え、1-2、2-3、3-4 の 3 中間点が加わった 7 段階となっています。研修医の修得過程を記録できるように、アメリカ ²⁾CGME で定められている評価票を参考に作成されました。

研修医評価票Ⅲ：C 項目基本的臨床業務

研修医評価票Ⅲ：C 項目 基本的臨床業務は、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、地域医療の研修医による診療能力について、研修医の日々の診療行動を観察して評価することになっており、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、となっています。

7. インタビュー3：研修医フィードバック面談

2020 年度に研修を開始し、2021 年度 2 年間の研修を修了した研修医へのフィードバックは、何回行いましたでしょうか。フィードバック面接実施について、ご経験をお聞かせください。

ファシリテーター資料

現行の制度では、少なくとも年 2 回、研修医にフィードバックすることと定められました。

8. インタビュー4：地域研修について

現在、貴院で実施されている地域研修についてのご感想、また、研修医にとって一番よい地域医療研修の在り方について、先生のご意見をお聞かせください。

ファシリテーター資料

わが国の医師臨床研修制度における地域医療研修は、「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。」という到達目標に基づき、2004 年制度開始から現在に至るまで、全研修医は、1 か月の地域医療研修が必須とされています。2020 年度の制度見直し時には、在宅医療や退院支援等の業務を経験した者の割合が、200 床未満の病院で研修を行った研修医の方が、200 床以上の病床数の大きな病院で研修を行った研修医に比べて高いという臨床研修アンケートの結果に基づき、「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。」という1文が加えられました。また、地域における募集定員に対する研修希望者は、2008 年度に 1.35 倍の開きがあったところから、2019 年度には 1.12 倍と改善はみられるものの、臨床研修制度における地域偏在を問題視する知事の会等からは、医師少数地域における臨床研修期間を半年以上とするようにと要望書が寄せられています。2020 年3月に開かれた地域医療研修の期間延長に関する医師需給分科会では、この要望に対し、「手術など病院でないと得られない技術を修得する期間を減らして半年間地域医療研修を行うというのは、研修医が希望するキャリアパスを考えても全員に義務づけることは難しい」、「医療過疎地域に臨床研修医約 9,000 人を半年間も研修させられる施設の確保が難しい」などの意見が寄せられました。

9. インタビュー5：次回(2025 年を予定)の見直しにむけてについて

現行の臨床研修制度の改善すべき点、継承すべき点など、先生のお考えをお聞かせください。

ファシリテーター資料

次回、臨床研修制度は、2025 年に見直しを予定しております。

10. 補足情報

事前に準備した質問は以上となります。途中でお答えになるタイミングがなかったことなど、何か補足いただけることはありますか。

それでは、録画を終了いたします。

11. クロージング

今後、解析をすすめる中で、追加でお聞きしたいことができた際にまたご連絡させて頂くことをご許可頂けますでしょうか。本日〇名の先生方にインタビューをさせて頂いておりますが、テープ起こしをする際にどちらの先生の発言であるかについて、チェック作業の際、ご確認頂くこともあります。引き続きご協力をよろしくお願い申し上げます。結果がある程度まとまった際にも、他の先生のご意見も含め、分析結果がご納得頂けるものかどうかを機会があればご確認頂ければと考えております。

最後になりますが、今回は NPO 法人卒後臨床研修評価機構（JCEP）に多大にご協力を頂き、先生方へ周知をさせて頂きました。今年度秋ごろに、再度 JCEP から、東京医科歯科大学 田中 雄二郎先生が研究代表者を務められている『ICT を基盤とした卒前卒後のシームレスな医師の臨床教育評価システム構築のための研究』で、研修医の評価票のみに着目した、フォーカスグループインタビューのご案内が発信される予定です。ぜひ、日頃、評価票を用いて実際に EPOC2 などに入力をされている若手の指導医の先生方にご周知頂けましたらと幸いです。

本日は貴重なお時間をいただき誠にありがとうございました。

添付資料 3. 研究参加同意書

研 究 参 加 同 意 書

研究課題名「2020 年度改訂された医師臨床研修制度の遵守率を把握するためのインタビュー調査」

令和3年度 厚生労働行政推進調査事業費 地域医療基盤開発推進研究事業「臨床研修の到達目標・方略・評価等の見直しに向けた研究」（班長：福井次矢）では、令和2年に、方略・評価方法を改訂した医師臨床制度が施行されたことを受けて、新プログラムの遵守状況を把握し、課題を抽出することを目的としたインタビュー調査を行います。本研究への参加は自由意思に基づき、参加されない場合や途中で同意撤回をなさる場合においても不利益な扱いを受けることはありません。本研究の実施にあたっては、聖路加国際病院研究倫理審査委員会の承認を得たうえで、研究機関の長の許可を受けています。

研究調査期間：研究機関の長による実施許可後 ～ 西暦 2023年 3月 31日

（データ収集は、研究機関の長による実施許可後～2022 年 12 月末を予定）

① 研究の目的

2020 年度に改訂された医師臨床研修制度の遵守率について調査・検討します

② 研究の対象

臨床研修病院や大学附属病院の指導医（常勤）の先生方

③ 調査方法

インタビュー調査の質的研究

- 1) 対象：1施設から指導医1名、計40施設 40人
- 2) 方法：オンライングループインタビュー
- 3) 1 回あたり 4～5 人で実施

④ 研究への同意とその撤回について

本研究は、対象者の同意書への署名を以て開始されますが、研究が実施または継続されることに同意した場合であっても、撤回を希望する内容の特定が可能であれば、随時これを撤回することができます。尚、2022 年 12 月末日にデータ収集がすべて終了したのちは、データは匿名化されるため、撤回が困難であります。

⑤ 研究対象者に生じる負担及び利益

負担：インタビューの回答に際し、約 60 分の時間拘束が生じ、通信料が発生します。

利益：本研究に参加することにより、対象者に直接的利益はありません。

⑥ 研究結果の公表と、研究に関する情報の開示

この研究で得られた結果は、厚生労働省科学研究班の報告書で公表され、その後、学会及び論文で公表することを予定しています。この研究に関して、研究計画や研究方法に関係する資料について知りたい場合は、個人情報や研究全体の目的や進行に支障となる事項以外は回答できます。質問や情報開示に関する問い合わせ窓口は研究者連絡先とします。

⑦ 情報の保存と廃棄、個人情報の保護について

この研究で得られたデータは、研究終了 5 年後にはすべて廃棄します。その際も、個人情報が外部に漏れないよう十分に配慮します。収集されたデータは、聖路加国際大学公衆衛生大学院において厳重に

管理され、研究班の研究協力者が統合的に分析し、厚生労働省の報告書に、臨床研修の遵守率や臨床研修の課題に関する研究結果を掲載しますが、個人が特定される内容が公表されることはありません。また現時点では計画されていなくても、将来このデータを利用して研究が行われる場合に二次利用をする可能性があります。こうした二次利用をする際は改めて研究倫理審査委員会へ申請し、承認された場合のみ実施します。この調査では、データは匿名化された状態で分析が行われ、個人情報の取り扱いには十分に留意して行います。

⑧ 利益相反

本研究に関わる開示すべき利益相反はありません。

⑨ 謝礼について

本研究は参加者には、謝礼として 1000 円ギフト券をお渡しします。

研究者連絡先：

令和 3 年度 厚生労働行政推進調査事業費 地域医療基盤開発推進研究事業「臨床研修の到達目標・方略・評価等の見直しに向けた研究」

上記を踏まえ、研究参加にご同意いただける場合は、下記の欄にご所属、氏名のご記入のうえ、下記のメールアドレスに送付をお願いいたします。

同意日 年 月 日

ご所属 _____

お名前 _____

同意確認日 年 月 日

同意確認者