

## 綜 説

## 本邦の新臨床研修制度と本院卒後臨床研修センターの歩み

増田 雄<sup>1)2)3)\*</sup> 杉浦 亜弓<sup>1)4)</sup> 川真田樹人<sup>1)5)</sup>

- 1) 信州大学医学部附属病院卒後臨床研修センター
- 2) 信州大学医学部医学教育研修センター
- 3) 信州大学医学部外科学教室消化器・移植・小児外科学分野
- 4) 信州大学医学部内科学第二教室
- 5) 信州大学医学部麻酔蘇生学教室

## Clinical Training System in Japan and the Clinical Resident Training Center at Shinshu University Hospital

Yuichi MASUDA<sup>1)2)3)</sup>, Ayumi SUGIURA<sup>1)4)</sup> and Mikito KAWAMATA<sup>1)5)</sup>

- 1) *Clinical Resident Training Center, Shinshu University Hospital*
- 2) *Center for Medical Education and Clinical Training, Shinshu University School of Medicine*
- 3) *Department of Surgery (Gastroenterological, Transplantation, Pediatrics), Shinshu University School of Medicine*
- 4) *Department of Medicine (Gastroenterology, Nephrology), Shinshu University School of Medicine*
- 5) *Department of Anesthesiology and Resuscitology, Shinshu University School of Medicine*

**Key words:** clinical resident training system, clinical resident, clinical residency program

臨床研修, 研修医, 研修プログラム

## I はじめに

研修医指導的一幕として「こんなこともわからんのか」、「なんでまだ準備してないんだ」と上級医・指導医が研修医を叱責する場面は、もう見かけなくなった。もしくは、そんな場面には一切遭遇したことはない、という方々が過半数以上になったかもしれない。最近では、「明日は〇〇をします。これについて勉強しておいて下さい」「じゃあ、今から処置をしますが、何か今の時点でできないこと、わからないことはありますか?」とあり、さらに成果に対して「どうでした?」から始まり、「ここはよくできた。こうしたらもっとよくなるでは……」というやりとりに変わった。一方で、「最近の研修医はしっかりやる(できる)者はやっている(できる)が、やる気がない者はどこにいるのかわからないくらい存在感がなく、指導のしようがない」、という声は止まない。“やる気のない者”

はどこにでもいそうであるが、やる気のない研修医を頭ごなしに叱責しなくなったという変化は、本制度の中に取り入れられた指導教育法と、教員、関係者それぞれの自己学習と、周りを見て学習したのちの変容などが関係しているであろう。筆者は、本制度による新入局員ゼロ時代、新人医師の大学離れの波を体感し、その後、本院臨床研修プログラム運営に携わり、この変化を間近に感じている。本稿では、本邦の臨床研修制度を巡る変化と、本学医学部医学教育研修センター、本院卒後臨床研修センターについて概説する。

## II 臨床研修制度の歴史と臨床研修の基本理念

誰もが知るところの「研修医(臨床研修医)」だが、本邦の臨床研修制度の歴史は、1946年の実地修練制度(いわゆるインターン制度)から始まり、1968年の臨床研修制度へと移行し、2004年度から開始された新臨床研修制度(以下、本制度)と変化した(図1)。本制度は、医師法第16条の2第1項に、「診療に従事しようとする医師は、2年以上の臨床研修を受けなければならない」と記され、法のもとで必修化された。必修化となった背景として、以前の制度では『地域医療

\* Corresponding author: 増田雄一 〒390-8621

松本市旭3-1-1 信州大学医学部附属病院  
卒後臨床研修センター

E-mail: masuda@shinshu-u.ac.jp

□歴史

1. 1946年 実地修練制度（インターン制度）の創設
  - ✓大学医学部卒業後，医師国家試験受験資格を売るための義務「卒業後1年以上の診療および公衆に関する実地修練」（昭和23年医師法が制定され，同法に基づく規定）
2. 1968年 実地修練制度の廃止，臨床研修制度の創設
  - ✓大学医学部卒業直後に医師国家試験を受験
  - ✓医師免許取得後も2年以上の臨床研修を行うよう努めるもの（努力規定）
3. 2004年 新医師臨床研修制度
  - ✓診療に従事しようとする医師は2年以上の臨床研修を受けなければならない（必修化）。
  - ✓2010，2015年度には制度見直し
  - ✓2022年度から，さらに見直した内容となった。

□医師法（臨床研修）

第十六条の二 診療に従事しようとする医師は，二年以上，都道府県知事の指定する病院又は外国の病院で厚生労働大臣の指定するものにおいて，臨床研修を受けなければならない。

第十六条の五 臨床研修を受けている医師は，臨床研修に専念し，その資質の向上を図るように努めなければならない。

□臨床研修の基本理念

臨床研修は，医師が，医師としての人格をかん養し，将来専門とする分野にかかわらず，医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ，一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう，基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

図1 本邦の臨床研修制度の歴史，医師法，基本理念

との接点が少なく，専門の診療科に偏った研修が行われ，「病気を診るが，人は診ない」と評され，多くの研修医について，処遇が不十分で，アルバイトをせざるを得ず，研修に専念できない状況であり，出身大学やその関連病院での研修が中心で，研修内容や研修成果の評価が十分に行われてこなかった』という問題点が挙げられた。

本制度の基本理念は，「臨床研修は，医師が，医師としての人格をかん養し，将来専門とする分野にかかわらず，医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ，一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう，基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない」とあり，「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」として厚生労働省（以下，厚労省）医政局長から文書（以下，施行通知）により通知された<sup>1)</sup>。また，新たな医師臨床研修制度の在り方について（案）も示され<sup>2)</sup>，臨床研修病院においては研修プログラムを，「医師が，適切な指導体制の下で，医師としての人格をかん養し，プライマリ・ケアを中心に幅広く医師として必要な診療能力を効果的に身に付けることができるもの」とし，アルバイトをせずに研修に専念できるものとして整備した。

Ⅲ 本制度適用開始以後の変遷

医道審議会医師分科会医師臨床研修部会による議論

をもとに，おおむね5年ごとに制度の見直しが行われている。時代とともに社会が求める医師の基本的診療能力に変化があるならば，見直しは必須であろう。図2に示すように，2020年度から現行制度が適用されている。基本的診療能力の修得を行うために，開始当初と同様に，内科（24週以上），救急（12週以上），地域医療（4週以上）の必修科目が継続され，再度，外科，小児科，産婦人科，精神科，（それぞれ4週以上）が必修となった。さらに4週以上の一般外来研修（総合診療，一般外科，一般内科，小児科，地域医療等での研修を想定）が追加された。一般外来研修については，「症候・病態について適切な臨床推論プロセスを経て解決に導き，頻度の高い慢性疾患の継続診療を行うために，特定の症候や疾病に偏ることなく，原則として初診患者の診療及び慢性疾患患者の継続診療を含む研修を行うこと」と定められた。

厚労省臨床研修Q&Aによる用語の定義<sup>3)</sup>によれば一般外科，一般内科について，『本省令施行通知における一般外来研修の「一般外科」，「一般内科」は，大学病院や特定機能病院等においては，主に紹介状を持たない初診患者あるいは紹介状を有していても臨床問題や診断が特定されていない初診患者を担当する外来を指し（中略）専門外来は原則，該当しません』とある。また，救急外来とは異なるものとされた。実際には，大学病院，特定機能病院等でなくても，臨床研修病院の多くが，初診時に紹介状を要する病院であり，

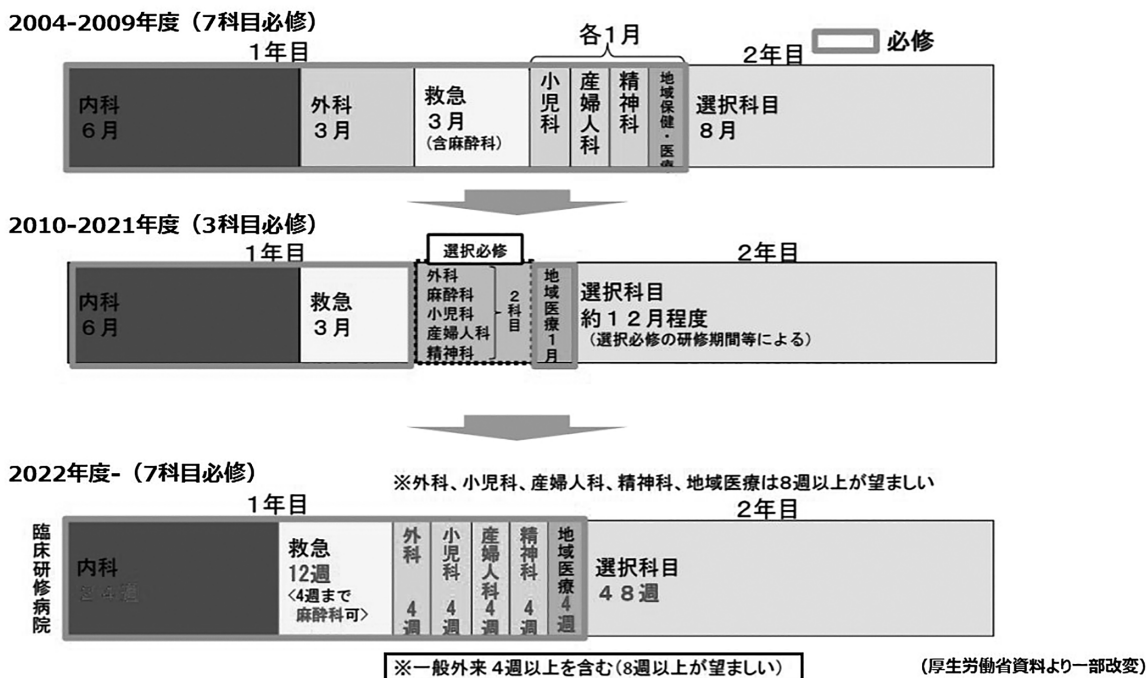


図2 臨床研修必修科目の見直し

患者が受診する診療科も細分化されている。本制度に則り臨床研修を修了し、医師3年目の初日に初診外来での診療が行えるように、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう基本的診療能力を身に着ける、というコンセプトには沿った改定ではある。しかし、各研修病院は、受診科（患者受診先）・指導医・指導者の設定をはじめとして研修環境を整備するにあたり、提示された“原則”へ対応できる体制づくりに相応の変更を要した。当院ではプログラム改定の際に、一年目研修医を中心として総合診療科のローテーションを組むとともに、各臨床研修協力病院、協力施設に外来研修の必修化について繰り返し説明し、研修機会の提供を依頼し、これに対応した。

また本制度の変遷というよりも、本邦の医療界全体における大きな動きである「医師の働き方改革」があり、2024年4月の適用までに体制を整備するよう、各研修病院にも対応が求められている。医療者の疲労とインシデントの発生は不可分の関係にあり、過労が背景となる重大事故を未然に防ぎ、患者安全を向上させるためにも必要である。また、医療を提供する医療者自身の心身の健康を守るためにも重要である。研修医は、週間スケジュールが明示されているため、比較的時間的なコントロールがしやすい。しかし実際には、研修医がすべての労働時間をコントロールできるわけ

ではなく、また学習者として貴重な一例の経験を逃したくないと願うこともあり、研修センターなどが介入しないと、容易に長時間労働となる。研修医のうつ傾向については報告があり<sup>4)-6)</sup>、Ogawaら<sup>7)</sup>は、週100時間以上の労働時間ではうつ傾向となる研修医の割合が45.5%と、有意に高くなることを明らかにし報告した。一方で研修時間が週60時間の研修医と比較し、週50時間未満では臨床能力評価試験の点数が低いという報告もある<sup>8)</sup>。生涯学習を続ける未来ある医師としての歩みを止めないため、過重労働とならないようバランスが重要である。それぞれの段階で仕事に満足でき、work engagementできる環境を提供し、burn-outしていかないような、継続的な適切なサポートも重要である。研修医においては、勤務間インターバルとして「始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間」、「始業から48時間以内に24時間の連続した休息時間」をとる、などの基本的な対策が遵守されるとともに、代償休息が付与でき、心身の不調があれば早急に発見、介入できるようにシステム整備が必要である。

#### IV 臨床研修における到達目標と評価表、卒前教育との整合性

臨床研修の到達目標は、本制度開始以降、I 行動目標（医療人として必要な基本姿勢・態度）、II 経験目標（A 経験すべき診察法・検査・手技、B 経験すべき

医学教育モデル・コア・カリキュラム (卒前)	臨床研修の到達目標 (卒後)
医師として求められる基本的な資質・能力	医師としての基本的価値観 (プロフェッショナリズム)
1 プロフェッショナリズム	1 社会的使命と公衆衛生への寄与
2 医学知識と問題対応能力	2 利他的な態度
3 診療技能と患者ケア	3 人間性の尊重
4 コミュニケーション能力	4 自らを高める姿勢
5 チーム医療の実践	資質・能力
6 医療の質と安全の管理	1 医学・医療における倫理性
7 社会における医療の実践	2 医学知識と問題対応能力
8 科学的探求	3 診療技能と患者ケア
9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢	4 コミュニケーション能力
	5 チーム医療の実践
	6 医療の質と安全の管理
	7 社会における医療の実践
	8 科学的探求
	9 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

図3 臨床研修到達目標と医学教育モデル・コア・カリキュラムの関係

症状・病態・疾患，C特定の医療現場の経験）とされていた。2020年度からは、「医師は，病める人の尊厳を守り，医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し，医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付けなくてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は，基本的価値観を自らのものとし，基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。」と到達目標が明文化された。そしてⅠ．到達目標，Ⅱ．実務研修の方略，Ⅲ．到達目標の達成度評価として整理された。到達目標については，求められる深度を段階によって変化させ，卒前教育（医学教育モデル・コア・カリキュラム）から卒後の一貫性がとられ（図3），A．医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム），B．資質・能力，C．基本的診療業務として示された（図4）。各項目は全国統一された評価表（図5）<sup>9) - 11)</sup>を用いて評価され，これらが2年間で修得され研修が修了されるように繰り返しフィードバックを行う。

2020年度からの制度が適用されるまでに，卒前教育においては，診療参加型臨床実習の充実に向けて，2005年よりComputer Based Testingにて医学生の知識評価と，Objective Structured Clinical Examination (OSCE)による診療態度・技能の評価が導入された。2021年5月21日に「良質かつ適切な医療を効率的に提

供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」により医師法が改正され，改正法が2023年4月1日より施行されることにより，これらに合格した医学生は，臨床実習において医師の指導監督のもと，患者に与える侵襲性，医療安全や学生保護等を考慮したうえで，一定の範囲の医業を行うことが可能となる。また，2020年から臨床実習終了後OSCEが正式実施された。この試験では，臨床研修開始時に必要な臨床能力を有するものが合格と判定され，医師国家試験合格後に臨床研修医となる。

### V 研修修了判定

出身大学医局へのストレート入局による研修制度では，各医局で評価が行われ，研修終了時の到達度はそれぞれの医局により異なっていた。従って，研修修了者の到達度が可視化された全国統一書式の臨床研修修了証はなかった。現行制度では，指導医・上級医，自己評価のみではなく，多（他）職種からの評価を受ける360度評価の仕組みが整備され，オンライン評価システムができ，より多くの評価者により研修到達目標の達成度が評価できるようになった。しかし全国統一の評価表ゆえに，研修内容によっては観察機会がなく，評価表の文面からは研修医の具体的な行動の何を評価するかについて分りづらいという声が現場からでもことも事実である。プログラムを運営する側としては，評

**A. 基本的価値観（プロフェッショナリズム）**

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与

社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。

2. 利他的な態度

患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。

3. 人間性の尊重

患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。

4. 自らを高める姿勢

自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

**B. 資質・能力**

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. 医療の質と安全の管理,

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

**C. 基本的診療業務**

1. 一般外来診療, 2. 病棟診療, 3. 初期救急対応, 4. 地域医療

図4 臨床研修の到達目標

1. 医学・医療における倫理性： 診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。			
レベル1 モデル・コア・カリキュラム	レベル2	レベル3 研修終了時で期待されるレベル	レベル4
<p>■医学・医療の歴史的な流れ、臨床倫理や生と死に係る倫理的問題、各種倫理に関する規範を概説できる。</p> <p>■患者の基本的権利、自己決定権の意義、患者の価値観、インフォームドコンセントとインフォームドアセントなどの意義と必要性を説明できる。</p> <p>■患者のプライバシーに配慮し、守秘義務の重要性を理解した上で適切な取り扱いができる。</p>	人間の尊厳と生命の不可侵性に関して尊重の念を示す。	人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。	モデルとなる行動を他者に示す。
	患者のプライバシーに最低限考慮し、守秘義務を果たす。	患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。	モデルとなる行動を他者に示す。
	倫理的ジレンマの存在を認識する。	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。	倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づいて多面的に判断し、対応する。
	利益相反の存在を認識する。	利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。	モデルとなる行動を他者に示す。
	診療、研究、教育に必要な透明性確保と不正行為の防止を認識する。	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。	モデルとなる行動を他者に示す。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 観察する機会が無かった			
コメント：			

レベル3が臨床研修修了相当とされる。

「資質・能力」1～9までの項目について同様のシートがあり、多職種でこれを評価する。

観察機会がなければ、下段にチェックが入る。

またそれぞれの項目については、フリーコメントが記載可能となっている。

図5 研修医評価表II 「B. 資質・能力」に関する評価

評価基準や何を評価したらよいかについての説明を行い、システム変更時には評価者の理解を図る必要が生じた。研修終了時に、プログラム責任者は360度評価での情報を統合し、臨床研修の目標の達成度評価表<sup>12)</sup>を用い到達目標の達成状況を総括的に評価する。研修管理委員会委員とともに臨床研修の修了基準を満たしているかを判定し、研修修了の可否を判定する。当然のことながら、安心、安全な医療が提供できない、法令・規則が遵守できないといった者は研修修了とは認められ

ない。これらプロセスを経て、修了と判定されれば、2年間の臨床研修の修了基準を満たした研修医であると、証明できるようになった。修了判定を行った臨床研修病院としては、国民に対して、当該研修医が臨床研修の理念にもとづき、到達目標レベル以上の知識・技能・態度を修得した者であると保証する義務があり、責任ある行為である。

研修修了式では、各研修医の研修中の何らかのエピソードが思い出され、成長・活躍を願うとともに、責

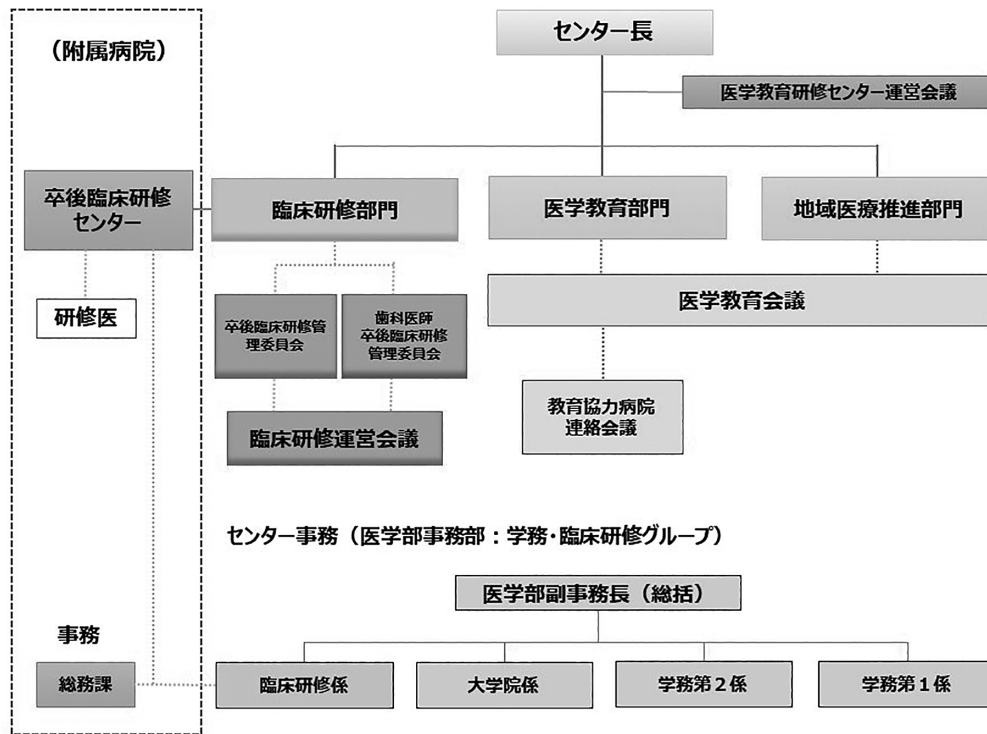


図6 信州大学医学部 医学教育研修センター 組織関連図

任者として自己フィードバックがかかり、感慨深い瞬間でもある。研修修了者はこの臨床研修修了証を携え、2回目の医籍登録を行い、多くは次のキャリアである基本19領域いずれかの専門プログラム（2018年度からの新専門医制度）へとステップアップする。

## VI 研修プログラム評価

研修プログラムの外部評価受審について、2018年の施行通知で、従来の「第三者による評価を受け、その結果を公表するよう努めること」であったものが「その結果を公表することが強く推奨されること」に変化した。当院プログラムにおいても、翌年2月NPO法人卒後臨床研修評価機構の評価を受審し、国立大学病院において6番目に臨床研修病院としての認証を受けた（同機構からは2022年9月現在までに307病院が認証）。認証により、当院プログラムが、標準的にクリアされるべき研修の質を担保していると証明され、地域へのアピールと、研修医募集の一助になっている。

## VII 当院卒後臨床研修センターについて

当研修センター長は、初代小西郁生教授（2004年4月～）、天野直二教授（07年10月～11年3月、13年4月～）、加藤博之教授（11年4月～）、森田洋教授（13年10月～）、多田剛教授（17年4月～）、川真田樹

人教授（20年4月～）が歴任している。

2015年11月には医学教育研修センターが発足し、医学部医学教育学講座、医学部附属病院卒後臨床研修センター、医学部地域医療推進学講座が統合され、初代センター長に多田剛教授が就任され、事務組織も医学部附属病院事務組織から医学部事務組織へと統合された（図6）。

このような統合は当時、他に類を見ない先見的なものであった。厚労省医師需給分科会資料<sup>13)</sup>にあるように、医師偏在対策が進められる中、医学教育において地域医療向上への貢献について早期より動機付けすることや、臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討されており、まさに卒前卒後の一体化が求められていたときであった。臨床研修においては、地域枠、奨学金貸与学生が、条件に従った地域で研修が行われるよう整えられた。また、研修医募集定員/研修希望者が最大1.35倍となったものを、2025年までに1.05倍に圧縮するよう調整され、都市部（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の研修医数が全研修医に占める割合が減少した。2020年度からは各都道府県に臨床研修病院の指定機能権限や、各病院の研修医定員数の設定権限の委譲が行われた。本県ではここ数年120-140名程度の研修医が研修を行っている。本県には、地域の医院、関連病院・施設、県、

本院を一体として医師養成が行われてきたという先達の貴重な財産がある。当センターには、地域枠採用者、県奨学生、本学他大学出身者が分け隔てなく、信州を中心にキャリア形成を行うのを一貫してバックアップする体制があり、今後さらに需要があると考え。より良い研修プログラムを目指すために、県内外27臨床研修病院、多数の協力施設の医師・事務関係者、医療従事者と良好な関係を維持するとともに、定期的に臨床実習協力病院連絡会議と臨床研修プログラム管理委員会を研修医、学生を含めて開催し、活発な意見交換を継続して行うことが必要である。いずれの臨床研修センターにおいても、センターが機能していくためには事務組織との協働が大変重要である。会議調整、研修プログラムの書類整備、研修医採用、退職などの手続き、時には研修医からの相談、指導医・指導者からの依頼など、当センターの事務における業務は多岐にわたり、いずれも研修医が研修を円滑に進めていくために必要不可欠である。

前述の医師の働き方改革に対しても、当院では2017年9月より事務組織と一体となり、研修医室の出入記録をカードキーで調査した。入退出時間の差分を病院滞在時間として把握し、80時間/月相当の時間外勤務が発生している場合には、研修医に心身の不調があるかにつき面談を行い、過度の時間外勤務が継続している診療科への介入を行った。さらに高度救命救急センター研修中の夜勤では、16時の出勤とした。また、インターバル勤務について各診療科と共有し、2017年頃と比較すると長時間労働者は減少した。

## Ⅷ 臨床研修指導医養成

臨床研修指導医養成（臨床研修指導医講習会開催）も当センターの任務である。臨床研修指導医講習会は「医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針について」<sup>14)</sup>に基づき行われ、講習会修了者には医政局長名にて臨床研修指導医講習会修了証書が交付される。以前、本講習会は泊まり込みで行われていた。コロナ

禍の影響を受け、各所での講習会はオンラインで開催されることが多くなった。当院では、一昨年はオンラインと集合型のハイブリッドで行ったが、昨年度は新型コロナウイルス感染症対策によりハイブリッド開催が不可となり中止せざるをえず、本年度の講習会を完全オンライン形式とし10月に予定した。皆、オンラインカンファレンス、学会参加に慣れてきており、参加者に新たな形でチームダイナミクスが起こるよう充実させ、コロナ禍により発生した、研修医が抱える悩み<sup>15)</sup>などを共有できる機会としたい。

修了証が交付され、臨床経験が84か月以上ある医師は臨床研修指導医として、臨床研修医がローテーションする診療科に1名以上配置され、研修医指導の中心的役割を果たす。当院が中心となって開催した同講習会にて、筆者がタスクフォースとして参加させていただいた2014年以降、200名以上の臨床研修指導医の誕生に立ち会うことができた。このような豊富な指導医陣を擁する本院の臨床研修環境のなか、本年3月までにプログラム修了医師は600名を超えた。このうちの相当数が本院もしくは県内臨床研修病院の医師として、さらには臨床研修指導医として活躍している。臨床研修指導医が抱える悩み、不満もあり、指導医が孤立しないよう、こちらのバックアップも必要である。

## Ⅸ おわりに

本邦の臨床研修制度と本学医学教育研修センター、本院卒後臨床研修センターにつき概説した。近年では、研修医向け手技修得機会の多さ<sup>16)</sup>や給与待遇などの面をもとに、一部を除き、大学病院での臨床研修は敬遠される傾向にある。今後も当院臨床研修プログラム所属の研修医が、医療チームの一員として一般的な診療から高度な医療まで、安心・安全な医療を患者に提供でき、魅力ある臨床研修病院でありつづけるためには、指導医・指導者だけではなく、病院全職員、患者各位の研修医教育への継続的なご理解、ご協力が何より必要であると考え。

## 文 献

- 1) 厚生労働省：医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000923446.pdf> <2022年9月21日最終アクセス>
- 2) 厚生労働省：あらたな医師臨床研修制度の在り方について（案）。  
<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/keii/dl/021022a.pdf> <2022年9月21日最終アクセス>
- 3) 厚生労働省：医師臨床研修に関するQ & A（平成32年度見直し関係）（第1報一部修正版）。  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000899403.pdf> <2022年9月21日最終アクセス>

- 4) Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al: Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 314: 2373-2383, 2015
- 5) Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al: Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med* 89: 443-451, 2014
- 6) 瀬尾恵美子, 小川良子, 伊藤 慎, 讃岐 勝, 前野貴美, 前野哲博: 初期研修における研修医のうつ状態とストレス要因, 緩和要因に関する全国調査—必修化開始直後との比較—. *医学教育* 48: 71-77, 2017
- 7) Ogawa R, Seo E, Maeno T, Ito M, Sanuki M, Maeno T: The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan. *BMC Med Educ* 18: 50, 2018
- 8) 西崎祐史: 臨床研修医の労働時間と基本的臨床能力との関連性に関する検討 (第10回医師の働き方改革の推進に関する検討会参考資料1). <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000693035.pdf> <2022年9月21日最終アクセス>
- 9) 厚生労働省: 研修医評価表Ⅰ.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000081052\\_00012.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000081052_00012.html) <2022年9月21日最終アクセス>
- 10) 厚生労働省: 研修医評価表Ⅱ.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000081052\\_00012.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000081052_00012.html) <2022年9月21日最終アクセス>
- 11) 厚生労働省: 研修医評価表Ⅲ.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000081052\\_00012.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000081052_00012.html) <2022年9月21日最終アクセス>
- 12) 厚生労働省: 臨床研修の目標の達成度判定表.  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000081052\\_00012.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000081052_00012.html) <2022年9月21日最終アクセス>
- 13) 厚生労働省: 医師需給分科会 (第7回) 資料.  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000180474.pdf> <2022年9月21日最終アクセス>
- 14) 厚生労働省: 医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針について.  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000068462.html>, <9月21日最終アクセス>
- 15) Hayashi M, Nishiya K, Kaneko K: Transition from undergraduates to residents: A SWOT analysis of the expectations and concerns of Japanese medical graduates during the COVID-19 pandemic. *PLoS One* 17: e0266284, 2022
- 16) Nishizaki Y, Nozawa K, Shinozaki T, et al: Difference in the general medicine in-training examination score between community-based hospitals and university hospitals: a cross-sectional study based on 15,188 Japanese resident physicians. *BMC Med Educ* 21: 214, 2021

(R 4. 10. 25 受稿)