調査票２

資料５

病院名

【指導体制】

臨床研修プログラムについて記載してください。

① 臨床研修プログラムに関わる指導医数等を記載してください。（令和2年2月1日現在）

・貴院プログラム責任者の「プログラム責任者養成講習会」の受講の有無

　[　　有　　・　　無　　]（どちらかに○印を付けてください。）

・臨床研修プログラムに関わる指導医の数　[　　　　　　　人]

（原則、貴病院に所属する医師のみ計上してください。）

（例外：産婦人科及び小児科：協力病院の指導医数を記載する場合は分かるように附記してください。）

　上記の指導医の所属診療科内訳

　　内　科　[　　　　人]　　救急部門[　　　　人]　　地域医療[　　　　人]

　　外　科　[　　　　人]　　麻酔科　[　　　　人]　　精神科　[　　　　人]

産婦人科[　　　　人]　　[産婦人科協力施設： ]

小児科　[　　　　人]　　[小児科協力施設： ]

その他　[　　　　人]

・臨床研修プログラムに係る臨床研修医の数　[　　　　　　　人]（1年次・2年次の合計）

　※本調査における『指導医』の定義

　　次のすべての要件を満たす者

　　・常勤の医師

　　・７年以上の臨床経験を有する者（臨床経験には臨床研修を行った期間を含む）

　　・厚生労働省の開催指針に則った指導医講習会を受講している者

② プライマリケアの修得や地域医療・在宅医療への興味を誘導するプログラムとなっているかという観点からお伺いします。

総合診療外来研修の実施状況について記載してください。

ア 総合診療外来研修の実施の有無

　[　　有　　・　　無　　]（どちらかに○印を付けてください。）

イ アで有を選択した場合には、次の内容を記載してください。

・ 総合診療外来研修の内容

※『上級医の立ち合いの下、診察等を実施』or『上級医の診察に立ち合い』については、必ず記載してください。

・ 総合診療外来研修の実施日数

※研修期間中（2年間）に一人の臨床研修医が実施する平均の日数を記載してください。

※日数計算の根拠資料を添付してください。（計算式や研修カリキュラム表等）

　[　　　　　　　日]

臨床研修医の勤務時間を基準に、総合診療外来研修の実施時間を日数に換算してください。

　（例）ⅰ 臨床研修医の１日の勤務時間：８時間

　　　　ⅱ 総合診療外来研修を実施した時間：４時間

　　　　⇒総合診療外来研修の実施日数＝４時間(ⅱ)/８時間(ⅰ)＝０．５日

ウ 臨床研修を実施するにあたって、地域医療・在宅医療への興味を誘導するために工夫しているプログラムの内容や配慮している点があれば、記載してください。

※本調査における『総合診療外来研修』の定義

診療科の名称を問わず、外来においてCommon diseasesの診断・治療技術を修得するための研修。

救急外来当直研修は含みません。

③　分娩件数

・ 平成30年度の取扱分娩件数

[　　　　　　　件]

* 令和元年度に修了する研修医１人当たりの取扱分娩件数

[　　　　　　　件]

④　医療の質と安全の管理（特段の取組をしていない場合は空白可）

* 医療安全に関する指導体制や具体的な取り組みを実施している場合は、その内容を記載してください。
* 平成31年4月から令和元年12月31日までの研修医１人当たりインシデント報告

　[　　　　　　　件]

⑤ 臨床研修の進捗管理や評価の方法等について記載してください。（令和2年2月1日現在）

・臨床研修の進捗管理の方法について記載してください。

（該当する番号に○を付けてください。複数回答可）

１．EPOC2（EPOC）などのオンライン評価システムを利用して管理

２．研修医手帳を利用して管理

３．その他　[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

・臨床研修医の評価者・評価の時期等について（特段の取組をしていない項目は空白可）

（評価者として該当する番号に○を付けて、括弧内に必要事項を記載してください。複数回答可）

　１．指導医　[評価の時期：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

[評価の頻度：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

　２．研修医　[評価の時期：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

[評価の頻度：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

　３．プログラム責任者、研修管理委員会

　[評価の時期：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

[評価の頻度：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

　４．評価の専門家〔外部〕（評価者の職名： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　[評価の時期：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

[評価の頻度：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

　５．医療スタッフ等（評価者の職名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　[評価の時期：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

[評価の頻度：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

　６．その他（患者等）（評価者の概要：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　[評価の時期：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

[評価の頻度：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

・指導医の資質向上に資する取り組みの実施について

　　臨床研修医による指導医の評価の実施の有無　[　　有　　・　　無　　]

（どちらかに○印を付けてください。）

　　上記のほか、指導医の資質向上に資する取り組みを実施している場合は、その内容を記載してください。（特段の取組をしていない場合は空白可）

【研修環境】

病院の研修環境について、記載してください。

①　第三者評価の受審状況について記載してください。（令和2年2月1日現在）

・『NPO法人 卒後臨床研修評価機構　臨床研修評価』について

　認定の有無　[　　有　　・　　無　　]（どちらかに○印を付けてください。）

　有を選択した場合には、最新の認定(更新)年月日　[　平成　　　年　　　月　　　日　]

・『公益財団法人 日本医療機能評価機構　病院機能評価』について

　認定の有無　[　　有　　・　　無　　]（どちらかに○印を付けてください。）

　有を選択した場合には、最新の認定(更新)年月日　[　平成　　　年　　　月　　　日　]

・『NPO法人 日本医療教育プログラム推進機構 基本的臨床能力評価試験』について

　実施の有無　[　　有　　・　　無　　]（該当する年次に○印を付けてください。）

　有を選択した場合には、受験対象とする研修年次 [　　１年次　・　２年次　　]

② 学会での発表件数について記載してください。

・貴院採用の臨床研修医が学会等での（症例等の）発表件数

（筆頭発表者のみを計上してください。）

平成31年４月から令和２年３月まで：

[　　　　　　　件]　／　[貴院採用の臨床研修医数　　　　　　　人]

※学会等とは…全国的な学会や研究会、複数の都道府県にまたがる地方会とする。

定期的・継続的に開催されていないもの、私的なもの及び都道府県単位の地方会は含まない。

【その他】

これまでの質問以外に、貴病院の臨床研修プログラムの特徴やアピールポイントがあれば、自由に記載してください。