

臨床研修プログラム等調査票(案)

調査票 1

大阪府健康医療部長 様

病院名
代表者名

印

担当者	所属・氏名	
	電話番号	
	メールアドレス	
回答日		平成27年6月 日

臨床研修医募集定員の最終配分調整に向けた増減員の希望について、該当する番号に○を付け、必要事項を記載してください。

1. 最終配分調整に向けて、増減員を希望しません。

なお、平成27年6月 日付け医対第 号で情報提供のあった、大阪府ベース値により追加配分される定員については、同意します。

⇒回答は終了です。

〈大阪府ベース値＝平成28年度から研修を開始する研修医の募集定員となる予定です。〉

2. 最終配分調整に向けて、増員を希望します。

なお、平成27年6月 日付け医対第 号で情報提供のあった、大阪府ベース値により追加配分される定員については、同意します。

厚生労働省から情報提供された募集定員(案)①	人
大阪府から情報提供された追加配分定員②	人
合計(大阪府ベース値) ①+②	人
上記の合計に対して希望する増員数	人

⇒引き続き、**調査票2**も回答してください。

〈最終配分調整の結果は、7月上旬にお知らせします。〉

3. 最終配分調整に向けて、減員を希望します。

厚生労働省から情報提供された募集定員(案)①	人
大阪府から情報提供された追加配分定員②	人
合計(大阪府ベース値) ①+②	人
上記の合計に対して希望する減員数	人

⇒回答は終了です。

〈最終配分調整の結果は、7月上旬にお知らせします。〉

4. 病院間で調整し、募集定員の増減について合意しましたので、合意内容に基づく定員調整を希望します。

病院間で合意した内容(合意した病院名、人数)を記載してください。

⇒増員する病院は、引き続き、**調査票2**も回答してください。

〈病院間で合意した内容について、改めて詳細をお伺いします。〉

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について記載してください。(27年6月1日現在)

・ 臨床研修プログラムに関わる指導医の数 [人]
(貴病院に所属する医師のみ計上してください。)

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]	小児科 [人]
産婦人科[人]	精神科 [人]	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 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。

・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. 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

(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 (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。

[]

【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。

・『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]

・先の二つの第三者評価以外に受審しているものがあれば、記載してください。

評価機関の名称 []

評価の名称 []

最新の認定(更新)年月日 [平成 年 月 日]

② 学会での発表件数について記載してください。

・臨床研修医が学会等で（症例等を）発表した件数（筆頭発表者のみを計上してください。)

※26年度に臨床研修医が発表した総件数を記載してください。

※地方会以上での発表件数を記載してください。

[件]

【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。