調査票２

病院名

【指導体制】

**令和２年度修了予定者**の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3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）

（例外：産婦人科及び小児科は主要な協力型臨床研修病院も可。研修先病院名も記載してください。

　　　 地域医療は地域医療研修を実施する主要な協力施設の指導医数。）

　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：研修病院名　　　　　　　　　　　　　　　 病院]

小児科　[　　　　人：研修病院名　　　　　　　　　　　　　　　 病院]

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（協力施設での研修等により把握していない場合は空白可）

・ 令和元年度の取扱分娩件数　　 [　　　　　　　件]

* 研修医１人当たり取扱分娩件数 [　　　　　　　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）

* 医療安全に関する特筆すべき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。
* 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3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3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　[　　　　　　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　[　　　　　　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。

・貴院の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。）

令和２年度（開催未定のものは予定で計上してください。）

[　　　　　　　件]　／　[貴院の臨床研修医数　　　　　　　　　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。

【労働時間管理】（どちらかに○印を付けてください。）

① 臨床研修医の時間外労働時間の実態の的確な把握について（令和3年2月1日現在）

・時間外労働の的確な把握の実施の有無 [　　有　　・　　無　　]

有を選択した場合には、既存の36協定との齟齬の有無 [　　有　　・　　無　　]

・協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設からの

報告を受ける仕組み・連携の有無 [　　有　　・　　無　　]

・宿日直許可基準について

　直近３年間における宿日直許可基準の取得

または許可申請の有無 　　　　　　　　　　 [　　有　　・　　無　　]

・(C)－1水準の適用について

　適用を目指す予定の有無 [　　有　　・　　無　　]

有を選択した場合には、960時間超の医師の時間外労働時間が分かる書類を添付してください。

【新型コロナウイルス感染症対応】

・フェーズ４において府の要請に対する確保病床数

　病床の確保　[　　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、７日間の府の要請に対する確保病床の運用状況（最大運用時）

　（重症）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | / | / | / | / | / | / | / |
| 確保病床数 |  |  |  |  |  |  |  |
| 受入病床数 |  |  |  |  |  |  |  |

（軽症・中等症）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | / | / | / | / | / | / | / |
| 確保病床数 |  |  |  |  |  |  |  |
| 受入病床数 |  |  |  |  |  |  |  |

・新型コロナウイルス感染症に対する初期研修医の関わり方

【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。