香川県立中央病院

臨床研修マニュアル

令和７年４月（version 1.3）

【目　次】

1 章：香川県立中央病院の理念と基本方針 1

2 章：臨床研修病院としての役割と理念・基本方針 2

3 章：当院の研修システム概要 4

4 章：研修管理体制 6

5 章：臨床研修病院としての施設・設備 8

6 章：医療安全・感染対策 13

7 章：研修医の募集・採用・修了 17

8 章：研修医の研修規程 20

9 章：研修医の処遇 22

10 章：研修記録の保管・閲覧基準 24

11 章：研修プログラム等 25

12 章：研修医の評価 29

13 章：臨床研修における指導体制 32

14 章：指導医、指導科への評価 37

15 章：指導者の評価 38

16 章：研修医療機関への評価、研修プログラム全体への評価 39

17 章：研修修了後の進路等 40

18 章：協力型臨床研修病院としての研修体制 41

附属資料：病院組織図、要綱・規程、名簿、その他の附属資料 42

１章：香川県立中央病院の理念と基本方針

Ⅰ　香川県立中央病院の基本理念

県民から信頼される安全・安心な病院を目指します。

Ⅱ　香川県立中央病院の基本方針

１．患者さんの人権を尊重し、患者さんの視点に立った医療を行います。
２．急性期医療に特化し、高度先進医療の提供に努めます。
３．地域医療機関との連携を深め、機能分担を推進し、地域医療の向上に努めます。
４．地域の医療を支える医療人を育成します。
５．公共性と経済性を考慮し、健全な病院経営に努めます。

２章：臨床研修病院としての役割と理念・基本方針

１．臨床研修病院としての役割

香川県における公的中核病院として質の高い医療を県民に提供するとともに、広く社会の医療福祉に貢献できる人材を育成します。

２．研修理念

香川県の公的中核病院での研修を通して、医師としての人格を涵養し、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、将来専門とする分野に関わらず臨床に必要な基本的診療能力（態度、技能、知識）を習得し、遭遇しうるいかなる状況においても適切な全人的医療をチームのメンバーと協力しながら提供できる医師を目指します。

３．基本方針

次のような資質を備えた医療人を育成する。

① 人間性豊かな医療人

幅広い教養を持った感性豊かな人間性を備え、深い洞察力と倫理観、生命の尊厳について適切な理解と認識を持つ。基本的人権の尊重に努め、自らはプロフェッショナルの一人である責任を自覚する。

② 医療全般にわたる広い視野と高い見識を持つ医療人

医学、医療の全般にわたる広い視野と高い見識を持ち、常に科学的妥当性に基づきながら、将来専門とする分野に関わらず臨床に必要なプライマリ・ケアの基本的診療能力（態度、技能、知識）を習得する。

③ 患者の立場に立った医療を実践する医療人

医師としての人格を涵養し、患者から人間としても信頼される思いやりの心を持った謙虚な医療人となり、患者と一体となって、患者中心・患者本位の全人的医療の推進に努める。患者の人格と権利を尊重する。

④ チーム医療のできる医療人

自己の能力の限界を自覚し、病院内の各職種・各職員と連携を密にし、チーム医療の推進に努める。また、将来はチーム医療のリーダーとして責任ある行動を行う。

⑤ 生涯学習をする医療人

質の高い医療が提供できるよう、生涯を通じて教育・学習を続ける態度と習慣を有し、高度の医療技術の修得に努める。後輩を育成することによって、自らが学ぶ姿勢を有する。

⑥ 地域医療に貢献する医療人

地域医療に関心を持ち、健康の保持、疾病の予防から社会復帰に至る医療全般の責任を有することを自覚し、行動する。

⑦ 公的中核病院としての責務を自覚する医療人

医療の公共性を理解し、全体の奉仕者として、常に公平な職務の執行に当たる。

４．臨床研修病院としての特徴

・　当院は、香川県の中核病院として、一般医療のほか、高度・特殊・先進的医療をはじめとする医療を提供するとともに、救命救急センターや臨床研修指定病院、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、第一種感染病棟、肝疾患診療連携拠点病院、へき地医療支援センターなどとして、県民医療の確保や地域の医療水準向上に大きな役割を果たしている。中でも、救命救急センターは、重篤な傷病者に対する救命医療を 24 時間体制で提供している。まさに県民医療における最後の砦の役割を担っている。

・　基幹型臨床研修病院として、協力型臨床研修病院や研修協力施設と共に臨床研修に積極的に取り組んでおり、各分野に common disease から希少な疾患に至るまで多様な患者さんに対応できる人材と医療設備が整備されている。

・　救急医療は三次救急だけでなく、一次、二次救急も受け入れており、common disease のプライマリー・ケアから高度集中治療が必要な疾患の診療まで豊富な臨床例を経験できる。

・　昭和 48 年に臨床研修指定病院に指定されて以来約 50 年間にわたり、岡山大学、香川大学、自治医科大学をはじめ、多数の臨床研修医、医学生の教育に関わってきた実績があり、新医師臨床研修制度においてもそのノウハウが生かされている。

・　臨床診療能力、指導能力の高い医師が多数在籍しており、日常の臨床指導に加えて、多数の院内カンファレンス、レクチャー、院外研修、ICLS 研修(院内)などが行われている。

・　毎月開催される卒後臨床研修センター実務部会には、臨床研修医の代表者も参加して、臨床研修運営の細かな調整や管理が行われている。その結果は必要に応じて上部組織である卒後臨床研修センター運営委員会、研修管理委員会に諮られるシステムになっている。

・　本研修プログラムを修了した研修医は、当院の専門研修研修プログラムに進むことができる。また、特に優秀な医師は、専門研修修了後に正規職員として採用している。

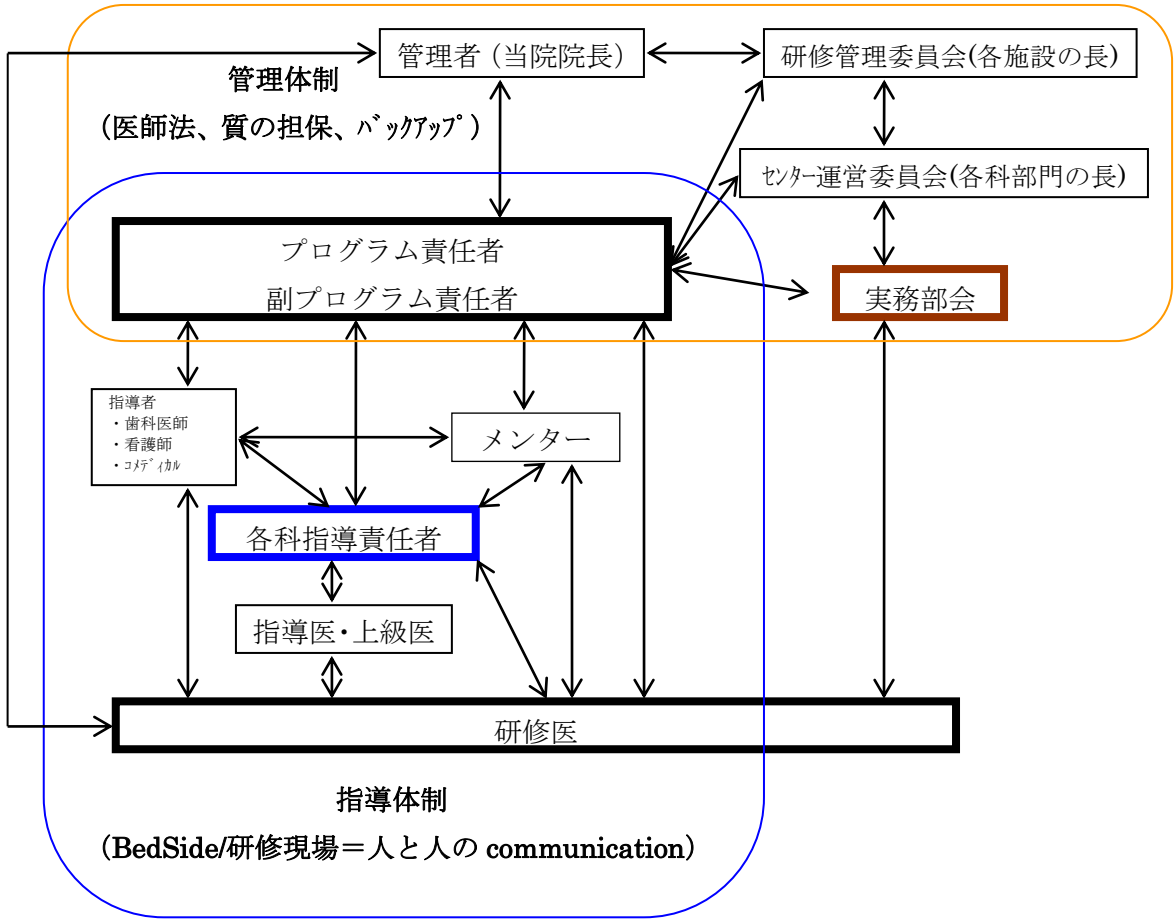
５．臨床研修病院としての役割と理念・基本方針の見直し

定期的に自己評価、外部評価がなされ、見直しと修正が行われている。

〔→「４章―５　評価と検討（見直し）」も参照してください。〕

3章：当院の研修システム概要

研修システム 概念図



【解　説】

管理体制の重要な役割は以下の 3 点である。

①医師法に基づいた 2 年間の研修プログラムが実施されるよう管理すること。

②研修プログラム、実際の研修内容の質を担保し、質の高い研修医を育成すること。

③研修が効果的に行われるよう指導体制をサポートすること。

指導体制の中で最も大切なことは、「人と人との活発なコミュニケーション」である。研修医、指導医・上級医、メンター、指導者、プログラム責任者など各間の様々な相互コミュニケーションが活発に行われることが望まれる。

【各部門の概説】

〔→各部門の詳しい役割は「１３章―１２「指導体制における各部門の役割」参照〕

☆プログラム責任者、副責任者：プログラムに関する統括、調整。

☆管理体制

①研修管理委員会

臨床研修施設等責任者も含めた、研修プログラムの全体的な管理等を審議する。

②卒後臨床研修センター運営委員会

卒後臨床研修医は香川県立中央病院の「卒後臨床研修センター」に所属する。本委員会は、卒後臨床研修センターを適切に運営するために設置された、香川県立中央病院内の委員会であり、プログラム責任者、各診療科責任者、各コメディカル部門責任者、事務部門責任者、研修医などから構成され、研修プログラム等に関し、院内で審議を行う。卒後臨床研修センター運営委員会の決定事項は研修管理委員会へ報告し、必要な事項は審議に付する。

③卒後臨床研修センター実務部会

プログラム責任者、中堅指導医、研修医、コメディカルスタッフ、事務担当者で構成される。プログラムが円滑に実施されるよう情報交換し、細かな調整、管理を行う。卒後臨床研修センター実務部会の決定事項は卒後臨床研修センター運営委員会へ報告し、必要な事項は審議に付する。

☆指導体制

①各診療科指導責任者

各科における研修指導の要であり責任者。必ずしも各科の診療責任者と同一者ではない。

②メンター（任意）

研修医の具体的な将来像を考えながら、適した研修ができるよう導く相談者。

希望者は実務部会へ申し出てください。

③指導医、上級医

実際の指導を行う医師

④指導者（コメディカルスタッフ）

医療従事者の先輩として研修医に助言、指導を行う。コメディカルスタッフの立場から、研修医、指導医の評価を行う。

4章：研修管理体制

卒後臨床研修プログラム全体の管理は研修管理委員会が行う。香川県立中央病院においては研修医の所属する卒後臨床研修センターの適切な運営を図るため、卒後臨床研修センター運営委員会を置き、実務的な業務を行うため、研修医を含めた卒後臨床研修センター実務部会（以下「実務部会」という。）を設置する。実務部会は卒後臨床研修センター運営委員会の下部組織、卒後臨床研修センター運営委員会は研修管理委員会の下部組織として位置付けられる。下部組織における決定事項は、それぞれの上部組織に報告され、必要な場合は審議に付される。

１．研修管理委員会

- 年３回、定期開催される。加えて、プログラム内容の変更等、必要に応じて随時開催される。それほど重要でない討議事項は、適時、E-mail 等によって委員間の報告・連絡・相談を行う。
- 委員は、管理者（院長）、臨床研修協力施設等の実施責任者、基本研修科の代表者、プログラム責任者、コメディカルスタッフ代表者、学識経験者、研修医の代表者等で構成される。
- 研修プログラムに関するあらゆる事項についての審議の最高決定機関である。

２．卒後臨床研修センター運営委員会

- 実務部会での決定事項の報告・審議のため、毎月開催される。
- 院長、副院長、各診療科の責任者、各コメディカル部門の責任者、プログラム責任者等で構成される。
- 研修プログラムに関するあらゆる事項について、香川県立中央病院の院内合議のための委員会であるとともに、決定事項を各科及び各部門に周知するための委員会でもある。
- 委員として研修医各学年１名が参加する。なお、この各学年１名は毎月開催される病院の運営委会にも委員として参加する。

３．実務部会

- 毎月１回、定期開催される。加えて必要時には随時開催される。
- 卒後臨床研修センター運営委員会の下部組織で、プログラム責任者、指導医代表者、研修医代表者、コメディカルスタッフ代表者、事務担当者等で構成される。
- プログラム責任者に協力しながらプログラム管理・運営の実務を担っている。

４．外部評価のしくみ

- 研修管理委員会に外部委員として、医師１名と医師以外の有識者２名が就任している。外部委員から、当院の臨床研修病院としての理念、基本方針、募集、採用計画、管理・指導体制、プログラムなどに対して、評価と助言を受けている。
- ボランティア交流集会等において、一般の代表者から、当院の臨床研修病院としての理念、基本方針、募集、採用計画、管理・指導体制、プログラムなどに対して、評価と助言を受けている。

・　救急隊員から臨床研修病院としての役割と理念・基本方針や研修医について、評価と助言を受けている。

5．評価と検討（見直し）

以下の事項について、年１回定期的な評価と検討（見直し）を行う。

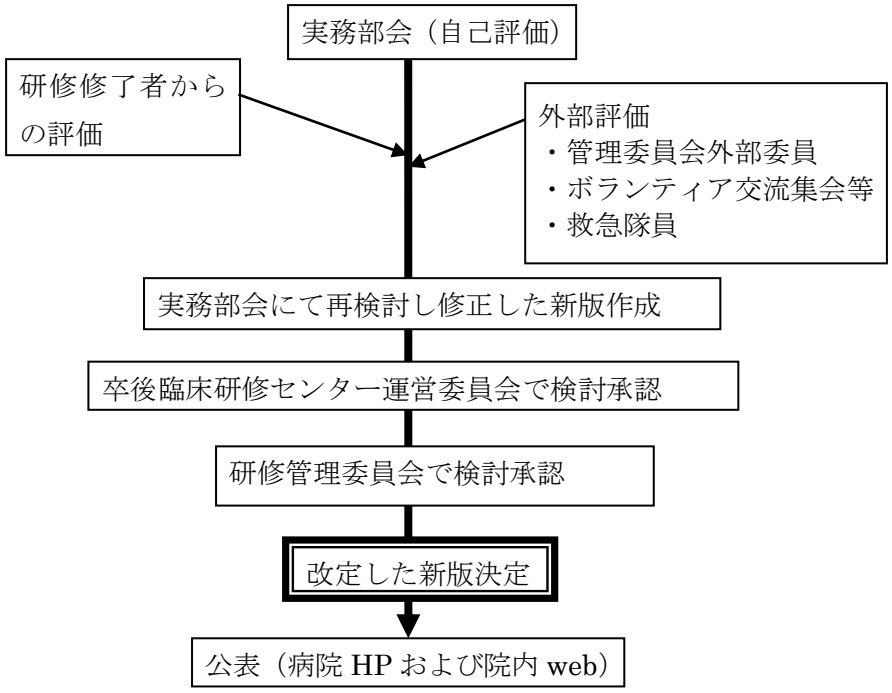
①臨床研修病院としての役割、理念、基本方針

②研修プログラム全体

③研修医募集・採用計画

④その他必要と認められる事項

＊評価と検討（見直し）の手順



このほか、NPO 法人 卒後臨床研修評価機構 による外部評価を受け客観的な見直しを行う。

6．研修病院群間での連携・調整方法

・　研修病院群間にて調整する必要が生じた場合（地域研修での集合時間・場所の調整等）、各病院の事務局担当者が窓口となって調整する。伝達媒体は原則としてメールまたは電話を利用する。

5章：臨床研修病院としての施設・設備

1．部門別研修

（1）外来研修

ア）当院の総合診療科：外来Aブロックの総合診療外来にて担当医師と共に初診及び慢性疾患通院患者の外来診療研修を行う。医師臨床研修指導ガイドライン（2024年度版）の「一般外来研修の方法（例）」を参考にして外来担当医師の監督下に診察を行う。診察症例について、外来担当医師とディスカッションを行う。

イ）協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設：各研修医のカリキュラムに組み込まれている研修病院または医院にて、ア）と同様に外来研修を行う。

ウ）各科：上記のア）イ）に加えて、可能であれば各科の初診、再診患者の診察を研修する。診察症例について外来担当医師とディスカッションを行う。

（2）救急医療

- 研修医は、一般的な疾患を中心に一次から三次までの救急を研修する。
- 平日の日勤帯は、①救急担当医、②救急部所属研修医が担当し、各診療科がオンコールでバックアップしている。
- 夜間・土日祝日は、①管理当直医1名、②内科系当直医1名、③外科系当直医1名、④循環器系当直1名、⑤研修当直医2名の体制となり、このほか麻酔科2(-1)名がICU当直をしている。各診療科がオンコールでバックアップしている。
- 研修医当直の割当は、総務課事務担当者が原案を作成し、診療部長の承認を得る。事務担当者は、研修医、実務部会、プログラム責任者、診療部長などと相談しながら、無理のない原案を作成するよう努める。
- 基本的に1年次研修医、2年次研修医がペアで当直に当たるが、研修医当直は労働性よりも研修性を重視しているので、当直が1年次、2年次のいずれか1名になっても差し支えない。研修医1名あたりの日当直回数は月に4回程度とし最大でも月に6回までとする。
- 看護師、放射線技師、臨床検査技師、薬剤師が当直し、放射線検査、血液生化学検査、生理学的検査、緊急手術、緊急カテーテル検査などは24時間可能である。
- 毎月、救命救急センター・救急部運営委員会が開催され、患者統計、運営状況、現場での問題点などが報告討議され、フィードバックされている。

（3）各診療科病棟研修

- 到達目標を達成するように、診療科の各科指導責任者の指示に従って研修を行う。評価は各科指導責任者と指導者が行う。

（4）レポート症例について

- レポート症例は、自分が経験した外来/入院患者の中から、各研修医が決定する。レポートの作成方法は研修手帳に掲載してあるのでそれに従う。

（5）臨床病理検討会（CPC）

- 病理解剖は、原則24時間体制で実施し、可能な限り研修医も参加する。
- CPCは担当研修医を中心に、担当病理医、主治医、研修医、指導医、近隣の医師、中央検査部職員などが参加し、毎月開催されている。

・　研修医の CPC 出席は、必須である。
・　研修医は、CPC で担当した症例の臨床病理学的内容について、病理医、主治医と十分に議論を行うとともに、考察し、その結果を CPC レポートとして完成し、提出する。

（6）地域保健・医療研修

協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設において、1 か月間の必修研修を行う。地域（へき地又は島しょ部）における実地医療と併せて地域保健も研修する。

2．　患者の診療に関する情報の管理

（1）診療情報管理室の体制

・　患者の診療に関する諸記録を管理する部門として、診療情報管理機能を適切に発揮している。昭和 46 年 1 月に「病歴室」が開設され、平成 14 年 4 月に「診療録管理室」、平成 20 年 4 月に「診療情報管理室」に名称変更、改編された。
・　診療情報管理室は、診療情報管理室長（消化器内科部長）の下、12 名の診療記録管理者（9 名が「診療情報管理士」有資格者。）が配置され、4 つの業務を専従で担当している。

＜1F＞①　DPC/PDPS（DPC コーディング・様式 1 チェック、パス分析等）……3 名
＜3F＞②　診療情報管理（診療記録の質的・量的点検、診療情報提供、統計）……5 名
③　がん登録（院内・全国）……2 名
④　DPC データの収集・分析及び医事システムの運用・管理……1 名

（2）診療記録の管理

【診療録番号・形態】

・　患者の診療情報は、入院・外来共通で、1 患者 1ID 番号 1 診療録の考え方により一元化されている。

【診断名・手術名のコード化と二次利用】

・　診断名や手術名はコード化（ICD-10、K コード）され、データベースとして整備されているため、検索・二次利用が可能である

【診療録の保管期間・保管場所・閲覧室の設置】

・　電子カルテは永年保存、電子カルテ導入前の紙媒体については、入院は完結の日から 20 年、外来は完結の日から 10 年としている。
・　紙媒体の診療録は、入院、外来ともに 11F カルテ庫で中央管理されており、貸出しまたは閲覧（診療情報管理室 3F に閲覧席設置）が可能である。

【退院時サマリーの形式】

・　退院時サマリーは、病院全体で統一した様式（厚生労働省標準規格）により作成し、退院後 1 週間以内作成率 100％であること。（2024 年　年間 1 週間以内作成率 98.5%）
・　退院時サマリーの作成率は、最終責任者の承認を得た退院時サマリーについて算出する。

【個人情報の取扱いとセキュリティ】

・　平成 19 年 7 月に電子カルテシステムが導入され、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（第 6.0 版）」に準拠した運用管理が行われている。
・　病院情報システム内に記録された個人情報（画像含む）を、他医療機関への紹介及びセカンドオピニオン、学会発表等により使用する必要が生じた場合は、「診療情報管理規程」

に則って利用申請を行う。

・　学会発表等により可搬記憶媒体（USB）へ複製する必要が生じた場合は、以下の手順により依頼する。診療情報管理室で確認後、病院が管理するパスワード付き USB で提供する。

＜依頼期限＞取り出し希望日の 2 日前（休日除く）までに依頼する。

＜依頼方法＞共有フォルダ直下にある「◎データ提供依頼」の中に各自でフォルダを作成し（所属・氏名・取り出し希望日をフォルダ名とする。）、取り出したいデータと「別紙様式 2 診療情報提供依頼書」を保存する。「別紙様式 2 診療情報提供依頼書」は、印刷して医局等の依頼 BOX に提出または診療情報管理室へ持参しても可。

＜依頼時の注意点＞

・画像（放射線・内視鏡）やパワーポイント内の個人識別情報は各自で消去する。

・エクセル形式の症例データは、個人識別情報を残した状態で依頼する。診療情報管理室で連結番号を付与後、個人識別情報を消去し、パスワードロックをかける。連結表は診療情報管理室で 1 年間保管する。

・ファイル名にも患者名や ID 番号を使用しない。

・他人が作成したデータ（講義用のパワーポイントなど）は、提供できない。

【退職後の診療情報閲覧】

・　退職後に、認定医・専門医資格取得等のために診療情報の閲覧・提供を希望する際は、診療情報管理室に連絡し、指示に従う。

（3）研修医の記録、指導体制、監査体制

【研修医の記録】

・　診療記録は、「診療記録記載マニュアル第 4 版」に則って記録する。

・　患者等への説明に際しては、「インフォームド・コンセントに関するガイドライン第 4 版」に基づいて実践する。

・　研修医には専用 ID が付与され、全診療科の内容閲覧、カルテ記載、オーダーが行える。ただし、研修医はログイン時に「担当指導医を選択」した状態で、カルテ記載及びオーダーをする。その際には「研修医が単独で行ってよい処置、処方の基準」を参考にする。

〔→附属資料参照　研修医が単独で行ってよい処置、処方の基準　〕

・　研修医は、病歴、手術記録、退院時サマリー、入院診療計画書・退院療養計画書、死亡診断書/死体検案書、その他の診断書・証明書、紹介状・返書を積極的に作成する。

①　入院診療計画書・退院療養計画書は、必ず指導医・上級医との連名で作成し、交付前にスキャンする。また、入院診療計画書について説明したことを診療録（プログレスノート）に記載する。

②　死亡診断書/死体検案書、その他の診断書・証明書は、研修医単独で作成・発行することができるが、作成後、指導医・上級医に確認を依頼する。指導医・上級医は内容を確認し、不備があれば指導する。さらに、最終確認後、指導医・上級医、研修医ともに診療録（プログレスノート）にその旨を記載する。

【指導体制】

- 指導医・上級医は、研修医のカルテ記載及びオーダーに問題がなければ、電子カルテ上で速やかにカウンターサイン（承認）する。追記や内容修正など指導が必要な場合は、「コメント機能」を活用して指導内容を記録し、「差し戻し」する。
- 指導医・上級医が「差し戻し」をすると、研修医へは To Do（青鬼）メールが送信されるので、研修医は必ず確認し、記録の修正・追記をする。修正・追記をすると「再承認待ち」となり、指導医・上級医へ To Do（青鬼）メールが送信される。
- 研修医は、指導医・上級医と患者の診断、治療に関する議論を行った場合、あるいは指導を受けた場合は、その内容が分かるような記録を心がける。「コメント機能」による指導を受けた場合は、研修医も「コメント機能」を使った対応（問答）が必要である。

【監査体制】

- 研修医の記録は、多職種（診療情報管理委員会委員）による質的監査（年 6 回）が行われる。監査対象の診療記録は無作為に抽出され、対象となった研修医へは、実施前にその旨を通知し、許可を得る。監査実施後には、その結果を報告する。

3．診療の Quality を支える院内チーム

下記のうち、研修医は、医療安全対策及び院内感染対策に参加し、その他のチームにも自分の担当患者がチームの治療対象となった場合を中心に適宜参加する。

- 医療安全対策：＊改めて「6 章 医療安全・感染対策」で解説する。
- 院内感染対策：＊改めて「6 章 医療安全・感染対策」で解説する。
- 栄養管理：Nutrition support team NST、嚥下ケアチーム（言語療法士など）、口腔ケアチーム（口腔外科医、口腔外科看護師など）
- がん診療：がん診療委員会、Cancer Board、がん化学療法レジメン委員会、緩和ケアチームなど
- 理学療法：理学療法チーム、褥創対策チーム
- 地域連携：患者サポートセンター、患者サポートセンター運営委員会など
- その他：倫理委員会、臨床倫理委員会、診療情報管理委員会、クリニカルパス委員会、呼吸ケアチーム（RST）、災害医療チーム、移植チームなど

4．研修をサポートする設備（「9 章 研修医の処遇」も参照してください）

（1）研修医室

- 3 階に、29 名の研修医を受け入れる面積と機能を有した研修医室を設置している。
- 個人用の机と書棚を設け、共用でインターネット使用が可能なコンピューター及びプリンターを設置している。

（2）研修医仮眠室

- 研修医室内に仮眠室を用意している。

（3）臨床技術研修室（トレーニングラボ）

- 防災棟に設置しており、30 名程度の実習及び講義ができる。研修医のほかに院内職員、学生等を対象とした講習会に使用している。

〔→附属資料参照　設置規程、利用規定〕

（4）図書室、文献検索、医療情報

- 図書室は、24 時間利用可能である。
- 文献検索は、「Medline」と「医学中央雑誌電子版」が図書室と研修医室において利用できる。図書室には多数の定期購読雑誌があるが、院内にない文献の一部は図書室の司書を通じて近隣の図書館（室）から取り寄せることができる。
- EBM に基づいた最新の医療情報を「UpToDate」「メディカルオンライン」によって検索することができる。
- 電子カルテの端末により「今日の診療 web 版」が利用できる。
- 研修に必要な参考図書や雑誌は、実務部会を通じて図書委員会に申請し、承認が得られれば購入できる。長期貸出しによって、購入図書の一部を研修医室内で保管することも可能である。
- ビデオ教材やマルチメディア教材は、図書室管理のものと各診療科保有管理のものがあり、いずれも利用できる。
- 院内雑誌「香川県立中央病院医学雑誌」を年 1 回発行しており、研修医に論文投稿を奨励している。

（5）カンファレンス室、事務機器など

- 共用のカンファレンス室が医局にあり、院内 web により予約できる。
- コピー機は、医局室にあるものを使用できる。
- プロジェクターは、各診療科（内科、外科など）や各部署（総務課、業務課、看護部、中央検査部、薬剤部など）が保有しているものを利用できる。

（6）研修医宿舎

- 病院敷地内に研修医公舎を用意している。

6章：医療安全・感染対策

1．安全管理体制

平成12年7月、「医療事故防止委員会」が設置され、ニヤミス報告制度を設けた。平成14年5月に「医療安全推進委員会」に名称を変更、平成15年4月に医療安全管理室を設置し、専従の医療安全管理者を配置した。

医療安全は、医療の質に関わる重要な課題である。安全管理体制を院内に根付かせ、機能させることで、院内の安全文化の定着と熟成、医療の質の向上と安全確保を図っている。関連したマニュアル、規定には医療安全推進指針、医療事故発生時対応マニュアル、医療事故発生時の対応フローチャート、医療安全推進委員会規程、医療安全管理室設置要綱がある。

〔組織体制〕

（1）医療安全推進委員会

・1ヶ月に1回、定期開催している。

・医療安全対策の検討及び推進、医療安全推進に役立つ情報の収集及び情報交換、医療事故の原因分析及び対策などを行い、医療安全の総合的な推進を図っている。

（2）医療安全管理室

・平成15年4月に医療安全対策を専門に所管する部署として新設され、医療安全管理者である専従の看護師が配置されている。組織横断的な医療安全管理の実務を行っている。

・インシデント事例等の情報の収集及び対策立案、医療安全推進のための教育及び研修、医療安全に関する啓発及びマニュアル作成などを行っている。

（3）医療安全推進者（セーフティーマネジャー）

・各診療科、各部署、各病棟などの部署ごとに配置されている。

・医療安全に関する事項の周知徹底、インシデント事例の報告の促進及び対策の検討、医療器材・機器及び診療材料の安全管理の推進を行っている。

（4）安全推進専門委員会

・関連した各部署のセーフティマネージャー（前述）が集まり、安全推進専門委員会を構成している。各部門別に定期的に開催されている。

・各部門内での課題について具体的な対策を検討し実施する。また当該委員会では解決できない問題等について、医療安全推進委員会へ提案している。

〔医療事故への対応〕

・医療安全にかかる規則・マニュアル集の「医療安全推進指針：第 6 医療事故発生時の対応」及び「医療事故発生時対応マニュアル」を理解するよう、日頃より院内職員に広報している。

・医療事故が発生したときは「医療事故発生時対応マニュアル」及び「医療事故発生時の対応フローチャート」に基づいて行動する。

＊特にレベル4・5の場合は次のように対応する。

①患者の救命処置を最優先とし、コードブルーによる応援を求め、治療努力を行う。

②研修医は、指導医と研修診療科の医療安全推進者へ報告する。

③指導医は、速やかに各安全推進専門委員会委員長及び医療安全管理者に報告する。
④事故に関係した機器・医療材料・薬剤の現状を保全する。
⑤複数の職員で事実と時間経過を確認し、時系列に記録する。
⑥事故発生報告に記載する。

＊研修医が医療事故を起こした場合の対応について

①指導医への報告（安全管理）

・研修医はすぐに指導医（研修診療科、日当直時の場合は日当直医）へ報告する。
・指導医は上記の医療事故発生時対応マニュアルに沿って研修医とともに事故対応を行う。

②プログラム責任者への報告（教育、精神的ケア）

・研修医は事故状況をプログラム責任者へ報告する。
・プログラム責任者は事故の状況を把握し発生原因を分析する。
・指導医の指導体制に問題があった場合には、指導医、指導科へフィードバックを行う。また、病院の制度・管理システムに問題があった場合にはその修正を検討する。
・研修医の行為に問題があった場合には、研修医へフィードバックを行う。
・当該研修医、当該指導医については事故後の精神的ケアについても配慮する。

〔研修医の役割と参加〕

（1）研修医の役割

・研修医は、インシデント事例を積極的に報告する。
・研修医に特定されるインシデント事例については、医療安全管理者、プログラム責任者とともに再発防止策について検討する。
・院長から任命をうけた研修医は、医療安全推進者になるとともに、医療安全推進委員会に参加する。

（2）講義・研修への参加

・研修医採用時オリエンテーションで「医療安全」の講義に参加する。
・CVC 研修会に参加する。
・医療安全に関する講演会・研修会に参加する。

2．感染管理体制

感染対策委員会が毎月１回開催され下記の事項について討議決定される。感染対策室は感染対策の実務を所掌し、感染制御チーム（ICT）や抗菌薬適正使用支援チーム（AST）や看護部リンクナースと協力しながら情報の収集と提供、委員会決定事項の周知徹底、感染対策及び抗菌薬適正使用に関する助言・指導などを行っている。また、インフルエンザの流行など感染リスクが高まった時には必要に応じて専門部会を設け対策にあたっている。関連したマニュアル、規定には感染対策マニュアル、感染対策委員会規程、感染対策室規程、抗菌薬使用指針、周術期抗菌薬使用指針がある。

〔組織体制〕

（1）感染対策委員会

・毎月 1 回、定期開催される。院長、副院長、院長補佐、感染制御医、感染症科医師、看護部長、薬剤部長、中央検査部長、事務局長、感染管理認定看護師などにより構成される。

・院内感染に関する情報の分析・評価、薬剤耐性の動向その他　院内感染防止の調査・研究に関する事項。感染症患者及び健康保菌者等の取り扱い、滅菌及び消毒、清潔区域及び医療材料の清潔保持、その他　院内感染防止のための予防策の立案に関する事項。抗菌薬の適正な使用に関する事項。院内感染防止マニュアルの作成及び職員の教育、指導に関する事項。その他院内感染対策に必要な事項を所掌している。

（2）感染対策室

・毎月１回、感染対策室会議が定期開催される。感染制御医を含む医師数名（研修医含む。）、歯科医師、副看護部長、感染管理認定看護師、臨床検査技師、薬剤師、管理栄養士、などにより構成される。

・院内感染の実態把握に関する事項。院内感染に係る情報提供に関する事項。院内感染の制御、診断及び治療に関する指導・助言。医療従事者の院内感染防止対策の推進を図ること。その他院内感染対策に関することを所掌している。

（3）感染制御チーム（ICT）

・週１回、カンファレンス・ラウンドを行っている。感染制御医、感染管理認定看護師、薬剤師、臨床検査技師などにより構成される。

・院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析・評価し、院内感染の増加を確認した場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等をもとに改善策を講じる。

・また、各部署における感染対策の実施状況の把握および指導も行うとともに年２回以上、感染対策に関する研修を実施し、教育・啓発を行っている。

（4）抗菌薬適正使用支援チーム（AST）

・感染症科医師、感染管理認定看護師、薬剤師、臨床検査技師により構成される。

・感染症科診療および血液培養陽性患者・薬剤耐性菌検出患者等の抗菌剤適正使用に関する指導・助言を行っている。

・抗菌薬治療の最適化のために、モニタリング対象を設定のうえ、抗菌薬の種類や用法・用量、治療期間が適切かモニタリングし、主治医へのアドバイスやラウンドを行っている。

・また、最新の情報を職員へ提供するとともに、年２回以上職員研修等を実施し教育・啓発を行っている。

〔研修医の役割と参加〕

（1）研修医の役割

・院長から任命をうけた研修医は、感染対策室メンバーとして活動する。感染対策室会議に参加する。

・研修医は受け持ち患者で感染管理上重要な感染が発生した際には、感染対策委員または感染対策室員への報告を行う。

・研修医は自らが感染に罹患し、院内感染の原因になる可能性が発生した際には、感染症科医師、感染対策委員、感染対策室員、プログラム責任者、指導医のいずれかへ報告を行う。

（2）講義・研修への参加

・研修採用時オリエンテーションで「院内感染」に関する講義に参加する。

・院内感染対策に関する講演会・研修会（院内研修会が年 2 回あり）に参加する。

3．医療安全に関する患者相談窓口

病院玄関横にある 8 番窓口の患者サポートセンターが患者相談窓口となっており、医療安全に関する相談も受け付けている。医療安全に関する相談案件は医療安全管理室に報告され、患者・家族への対応が行われる。

7章：研修医の募集・採用・修了

1．募集

（1）公募

- 医師臨床研修マッチング協議会主催のマッチングシステムに参加する。
- ホームページ（病院、マッチング協議会など)、パンフレット（香川県)、説明会（香川県、民間会社などが主催）などで広報する。

（2）自治医科大学卒業生

- 公募以外に香川県出身の自治医科大学卒業生を受け入れている。
- 学生は、当院、香川大学医学部附属病院及び三豊総合病院のいずれかを選択し、当院を選択した場合には、当院で研修を行うことになっている。
- 自治医科大学学生は、マッチングには参加しない。

（3）定員

- 受け入れる各年の研修医の定員は１３名であり、自治医科大学卒業生もこの１３名の中に含まれている。

（4）協力型臨床研修病院として

- 協力型臨床研修病院として、香川大学附属病院及び岡山大学病院等より短期間の研修医を受けている。
- 短期研修を行う研修医数の上限は定めないが、同時期の総研修医数を配慮する。

〔→「17 章 協力型研修病院としての研修体制」を参照〕

2．公募研修医の選考方法

（1）提出書類：応募申込書、小論文

（2）面接試験と選考：卒後臨床研修医採用面接委員が面接試験を行い、その結果を受けて、院長、副院長、院長補佐、看護部長、事務局長の合議により、採用の可否およびマッチングシステムへの登録順位を決定する。

3．募集・採用の計画と見直し

実務部会は、研修医の募集人員、募集方法、選考方法などの募集・採用の計画について自己評価を行い、研修修了者や研修管理委員会外部委員の意見を参考にしながら、見直しと調整を行う。その調整案を卒後臨床研修センター運営委員会に諮り、研修管理委員会で審議し、決定する。

4．臨床研修の中断と再開

（1）プログラム責任者は、必要に応じて各研修医の研修進捗状況を研修管理委員会に報告する。研修管理委員会は、研修医の研修継続が困難（医師としての適性を欠く場合、重大な傷病、妊娠・育児・出産等の理由により長期の休止又は中止が必要な場合など）と認めた場合、当該研修医がそれまでに受けた臨床研修の評価を行い、当院院長（基幹型臨床研修病院の管理者に相当）に報告する。

（2）当院院長は、（1）の勧告あるいは研修医自身の申し出を受けて、臨床研修の中断をすることができる。
（3）当院院長は、研修医の臨床研修を中断した場合、速やかに、当該研修医に「臨床研修中断証」（「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」の様式 11）を交付する。
（4）臨床研修を中断した者は、自己の希望する臨床研修病院（当院を含む）に、臨床研修中断証を添えて臨床研修の再開を申し込むことができる。
（5）中断した研修医の臨床研修を当院で受け入れる場合には、当該臨床研修中断証の内容を考慮した研修を行う。

5．研修修了手続き
（1）研修管理委員会は、研修医の研修修了に際し、次項に掲げた当該研修医の評価を管理者（当院院長）に報告する。
（2）管理者（当院院長）は、その報告に基づき、次項に掲げた修了基準により研修修了が認められるときは、臨床研修修了証（様式 14）を交付する。
（3）管理者（当院院長）は、下記 6．（3）の評価に基づいた研修を修了していない（未修了）と認めるときは、速やかにその旨を当該研修医に対し理由を付して文書（様式 16）で通知する。

6．臨床研修期間修了時の評価法と修了基準
（1）プログラム責任者は、研修管理委員会に対して研修医ごとの臨床研修目標の達成状況を報告する。
（2）研修管理委員会は、研修修了の可否について評価を行う。
（3）以下の修了基準（①②③の 3 つ）が満たされたときに、臨床研修の修了と認める。
①研修実施期間の評価
- 研修期間（2 年間）を通じた研修休止の上限は 90 日とする。
- 研修休止の理由は、傷病、妊娠、出産、育児その他の正当な理由とする。
- 研修期間修了時に研修休止期間が 90 日を超える場合には未修了として取り扱う。基本研修科目、必修科目での必要履修期間を満たしていない場合も未修了となる。
- 休止期間の上限を超える場合は、休日・夜間当直や選択科目期間の利用などにより履修期間を満たすように努める。
- プログラム責任者は、研修医が修了基準に達しなくなる恐れがある場合には、事前に研修管理委員会などへ報告・相談し対策を講じ記録に残す。
- 未修了の場合は、原則として当院の研修プログラムを引き続き継続して、不足する期間分以上の研修を行う。

②「臨床研修の到達目標」達成度の評価
- 厚生労働省が示す「臨床研修の到達目標」のうち、全ての必須項目を達成すること。
- 全ての病歴要約（レポート）を完成させること。
- インシデントレポートを年間 10 件作成すること。

③臨床医としての適性の評価

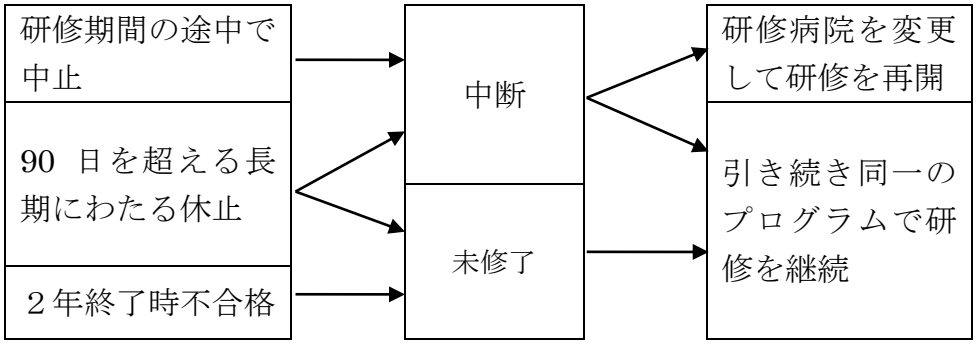
- 安心・安全な医療の提供ができない者は研修を修了できない。
- 法令・規則が遵守できない者は研修を修了できない。
- なお、臨床医としての適性に問題がある場合には、未修了・中断と判断する前に地方厚生局に相談する。

7．臨床研修の未修了について

（1）研修管理委員会での審議の結果、未修了となった場合は当該研修医に理由を付した文書で通知する。なお、未修了の検討を行う際には、管理者、プログラム責任者及び研修管理委員会は当該研修医及び研修指導関係者と十分に話し合い、当該研修医の研修に関する正確な情報を十分に把握すること。

（2）研修を継続させる前に修了基準を満たすための履修計画票を中国四国厚生局へ提出する。

【まとめ表】



※上記「4．臨床研修の中断と再開」、「5．研修修了手続き」及び「6．臨床研修期間修了時の評価法と修了基準」については、厚生労働省が定める新医師臨床研修制度（医師法第１６条の２、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、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等）に準拠する。

8章：研修医の研修規程

１．基本事項

（１）本院において臨床医学の実地研修を受けるためには、医師国家試験に合格して医師免許を持つものでなければならない。

（２）当プログラムは厚生労働省が定める新医師臨床研修制度（医師法第 16 条の 2）に則ってこれを実施する。

（３）当プログラムの研修期間は 2 年間とする。なお研修途中の休止・中断は厚生労働省が定める新医師臨床研修制度に則って実施される。

（４）研修期間中は、当院及び臨床研修協力病院・施設の職務規定を遵守しなければならない。

（５）臨床研修医は臨床研修に専念するものとし、臨床研修病院及び臨床研修協力施設以外の医療機関における診療（いわゆる「アルバイト診療」）を禁止する。

２．研修医の診療における役割、指導医との連携、診療上の責任

（１）研修医の役割

指導医、上級医と共に入院、外来患者を受け持つ。

※研修医は、担当研修医の立場であり単独で患者を担当しない。

（２）指導医・上級医との連携

指示を出す場合は指導医・上級医に相談する。特に以下の事項に関する業務を行う場合には、原則として事前に指導医と協議し、指導を受けなければならない。

①治療方針の決定及び変更

②検査方針の決定及び変更

③患者・家族に対する検査方針、治療方針や予後の説明

④診断書の記載

⑤手術及び特殊な検査

⑥入退院の決定

⑦一般外来、救急外来における帰宅及び入院の決定

（３）診療上の責任

研修医が患者を担当する場合の診療上の責任者は、指導医・上級医にある（入院患者及び一般外来は各診療科、救急外来は日当直）。

（４）指導医・上級医の承認

研修医は、指示や実施した診療行為について指導医・上級医に提示する。各指導医・上級医は、それを確認し、診療録に記録を残す。

３．研修医の指示出し基準

指導医・上級医の指導のもとに行うが、その際には「研修医が単独で行ってよい処置、処方の基準」を参考にする。

〔→附属資料参照　研修医が単独で行ってよい処置、処方の基準　〕

４．研修医の実務規程

（１）病棟

・　研修医は、プログラムの一環として、担当研修医の立場で病棟での入院診療を行う。
・　研修医は、指導医・上級医より指定された患者を診療対象とし、指導医・上級医の指導のもとに診療を行う。
・　研修医は、指導医・上級医と随時コミュニケーション（報告・相談・連絡）を行う。また、他職種とのコミュニケーションも図りながら、自ら担当した症例について、診療計画を立て、症例のプレゼンテーションを行う。診断治療の方向性や成果、問題点などについて、指導医・上級医と議論し診療計画を修正していく。
・　研修医は、指導医・上級医と共に、あるいは医療チームに加わった上で、ベッドサイドカンファレンス、病棟カンファレンス、症例検討会などに参加し、患者に関する情報を共有する。カンファレンス等の内容を診療録に記載する。

（2）一般外来及び救急外来

【一般外来、救急外来　共通】

・　研修医は、研修カリキュラムの一環として担当研修医の立場で外来診療を行う。
・　研修医は、指導医・上級医により指定された患者を診療対象とし、指導医・上級医の指導のもとに診療を行う。
・　診察症例について、外来担当医師とディスカッションを行う
・　乳房、泌尿器、生殖器の診察など、倫理面での配慮が必要な診察の場合は、指導医の立会いの下診療を行う。

【一般外来】

・　医師臨床研修指導ガイドライン（2023 年度版）の「一般外来研修の方法（例）」を参考にして外来担当医師の監督下に診察を行う。（「一般外来研修の方法（例）」は、研修手帳のⅥ. 参考「臨床研修の到達目標（厚生労働省）」に掲載しているので、確認すること）

【救急外来】

・　研修医は、一般的な疾患を中心に一次から三次までの救急患者の診療を行う。
・　平日の日勤帯の患者は、救急担当医と共に救急部所属の研修医が対応する。
・　夜間・土日祝祭日は、指導医・上級医の日当直医と共に研修医の日当直医が対応する。
・　指導医・上級医の許可、監視の下に研修規定を遵守しながら研修医が診察を行う。診察の最後に指導医・上級医のチェックを受ける。救急外来患者の帰宅の決定は指導医・上級医が必ず行う。研修医だけで行ってはならない。
・　日当直中は、必ず PHS で連絡が取れるようにしておく。
・　夜間当直の翌日は、帰宅して休養をとる。

（3）手術室

・　初めて入室する前には、下記の事項についてオリエンテーションを受けておく。
　①更衣室、ロッカー、履物、術衣について
　②手洗い、ガウンテクニックの実習
　③清潔・不潔の概念と行動
・　帽子、マスク、ゴーグル（希望者）を着用する
・　手術室スタッフ不在時の入室は禁止する。（薬物濫用の予防目的がある）
・　不明な点があれば、手術室師長、看護師、指導医・上級医に尋ねる。

9章：研修医の処遇

１．研修医の処遇規程

（１）身　　分：会計年度任用職員

（２）報酬月額：1年次：351,000円、2年次：369,000円

（３）手　　当：宿日直手当　1年次：勤務1回につき10,500円

2年次：勤務1回につき21,000円

時間外勤務手当　診療業務に必要な勤務について支給

特殊勤務手当　レントゲン撮影等、特定の業務に従事した際に加算

期末手当（ボーナス）　６月と１２月に支払い（ただし､在職期間に基づく割落としあり）

退職手当　勤務期間に応じて至急（６ヶ月以上勤務の者対象）

（４）勤務時間：8:30～17:15（週5日）

※月3-4回程度の宿日直勤務あり。

（５）有給休暇：年次休暇（1年次10日・2年次11日）、夏季休暇（5日、毎年必ず確保している）、年末年始、病気休暇等

（６）宿　　舎：研修医公舎

・自己負担14,000円（駐車場代3,900円別途）

・研修医公舎に空きがない場合は借上公舎（一定額を助成）

（７）社会保険等：地方職員共済組合（短期給付・福祉事業のみ）、厚生年金保険、労働者災害補償保険、雇用保険

（８）医師賠償責任保険：病院において加入。個人加入は任意。

（９）研　修　医　室：あり（机、ロッカー、書庫、仮眠室あり）

（10）ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ環 境：インターネット接続が可能な共用のコンピューターを研修医室に設置

（11）外　部　研　修：学会、研究会等への参加：可

学会、研究会等への旅費支給：有

このほか、２年次に限りスキルアップのための専門コース参加費用を助成

（12）ア ル バ イ ト：研修期間中のアルバイトは禁止する。

２．組織上の位置づけと労働性・研修の整合性

（１）組織上の位置づけ

①研修医は、卒後臨床研修センターに配置する。

②研修医の身分は、会計年度任用職員とする。

③職務、任用、服務については、「８章 研修医の研修規程」を参照。

３．健康管理

（１）定期健康診断：労働安全衛生法に基づき年１回実施（必須）

（２）特殊業務従事者健康診断：安全労働衛生法に基づき年２回実施（必須）

①電離放射線取扱業務、②深夜業務

（3）予 防 接 種 ：常勤職員に準じて実施

（4）コンディションの把握

①チェック項目：勤務時間、睡眠時間、受持ち患者数、対人関係等

②把 握 方 法 ：アンケート調査、メンター・指導医・指導者からの報告
プログラム責任者による定期的な面談
ストレスチェックの実施

③支 援 体 制

ア．指導医・上級医、メンター、プログラム責任者による支援

イ．県職員課の職員相談窓口による支援

ウ．総務課職員による支援

④ストレス反応を起こした研修医への対応

ア．サポート体制

・指導医・上級医、メンター、プログラム責任者からなるサポートチームを編成し対応する。必要に応じ、協力型病院である丸亀病院医師（精神科）がサポートを行う。

・プログラム責任者と管理者は、研修の休止、再開、プログラムの調整を行う。

イ．研修の休止と復帰

・研修の休止に当たっては、精神科医師のアドバイスを得るなど、プログラム責任者が研修休止の理由の正当性を判定し、履修期間の把握を行う。

・復帰に当たっては、精神科医師のアドバイスを得るなど、研修医のメンタル的な支援を行い、段階的に復帰させる。

・指導医・上級医、指導者等への周知徹底を図る。

・プログラム責任者は、当該研修医があらかじめ定められた研修期間内に研修を修了できるよう努める。

4．研修医の宿日直、当直室、仮眠室

（1）宿日直

・＊「5章－2 救急医療」の項目を参照

（2）当直室、仮眠室

・当直中の仮眠は、1階の研修医当直室を使用する。

・当直室のシーツ等は、清掃業者により取替えを行う。

5．レクリエーションほか

・毎年秋に研修医と指導医による1泊2日親睦旅行を実務部会主催で行っている。

・4月、3月には医局会主催で歓迎会、送別会を行っている。

・毎年春に「研修修了記念文集」を作成して、研修医、指導医、上級医、病院職員の親睦を深めるとともに、お互いの記念としている。

10 章：研修記録の保管・閲覧基準

１．研修記録の保管

（１）研修医に関する次の事項を記載した記録を 10 年間は紙及び電子媒体で保存する。

・氏名、医籍登録番号、生年月日
・研修プログラム名
・研修開始・修了・中断年月日
・臨床研修病院、協力型臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称
・臨床研修内容と研修医の評価
・研修レポート
・2 年間の学術的研修記録シート、学会発表・論文別刷りを添付
・中断または未修了の場合はその理由

（２）研修記録は、年度・氏名ごとに総務課で保管する。

（３）PG-EPOC による評価記録は、PG-EPOC サーバーに保管される。①各研修医に対する評価、②各指導科・各指導施設・プログラム全体に対する評価　は印刷して、紙ファイル形式でも保存しておく。

２．記録の閲覧方法

（１）個人情報保護の観点から、原則として部外者による閲覧はできない。
（２）管理者、指導医、指導者及び研修医は、必要に応じて記録を閲覧できる。
（３）紙記録の閲覧は、閲覧者名、閲覧目的、閲覧項目等を記し、総務課担当者に依頼する。
〔→附属資料参照　閲覧の申込用紙〕
（４）PG-EPOC の記録閲覧は紙記録と同様に総務課担当者にプリントアウトを依頼する。
（５）閲覧記録は、総務課において 5 年間保存する。

11章：研修プログラム等

１．研修カリキュラム内容

Ａ．オリエンテーション

医師にとって必要な基本事項について、臨床研修の開始前に１週間程度のオリエンテーションを行っている。内容は以下のとおりである。

〔オリエンテーション項目〕

1)院内各部門への巡回と挨拶
2)事務的な説明（手続き/総務課）
3)院長挨拶と教育（守秘義務、診療義務等医師の基本的義務と職命、医の倫理、生命倫理、プロフェッショナリズム、リスボン宣言、ヘルシンキ宣言）
4)院長講話（病院概要、組織、機能、病院理念、基本方針、職員倫理・職務、医療安全対策、院内感染対策、個人情報保護）
5)救急部（蘇生術 ABC の復習を行う。(ACLS 実習)）
6)保険診療（保険診療についての説明を受ける。）
7)電子カルテ（電子カルテの入力操作に関する講義と実習を行う。）
8)薬剤部（薬剤の一般知識及び麻薬処方、処方箋に対する法的義務の説明を受ける。）
9)患者サポートセンター（他医療機関との連携（病診連携）の重要性につき説明を受ける。）
10)診療情報管理（診療録等記録ﾏﾆｭｱﾙの概要および法律上の診療録記載に関する説明を受ける。）
11)リハビリテーション（治療の一環としてのリハビリテーションの重要性に関する説明を受ける。）
12)外科実習（外科の縫合実習を行う。）
13) PG-EPOC・管理システム（研修プログラム概要（PG-EPOC と管理システム）に関する説明を受ける。）
14)医療安全（医療安全に関する概要、重要性と院内の取り組みに関する説明を受ける。）
15)緩和ケア（緩和ケアに関する院内の取り組みに関する説明を受ける。）
16)院内感染対策（院内における感染症対策の現況に関して説明を受ける。）
17)放射線部の概要（放射線部の概要と留意事項の説明を受ける。）
18)NST（NST の意義、院内における取組に関する説明を受ける。）
19)クリニカルパス（クリニカルパスの意義、院内におけるパスの実例、パス大会に関する説明を受ける。）
20) 中央検査部（各種血液検査・生理検査・病理検査の概要、説明を受ける。）
21) 採血（放射線業務従事者健康診断）（採血を行う。）
22) 眼・皮膚の検査（放射線業務従事者健康診断）（16 時 30 分～17 時 00 分の間で、眼の検査（＠Ｅブロック）、皮膚の検査（Ｃブロック）を行う。）
23) 看護部（看護業務に関する説明と実習を受ける。）

24）褥瘡対策（褥瘡対策に関する院内の取り組みに関する説明を受ける。）
25）輸血部（輸血製剤の取り扱い方法および適応疾患に関する説明を受ける。）
26）臨床倫理（臨床倫理についての説明を受ける。）
27）ＡＣＰ（アドバンス・ケア・プランニングについての説明を受ける。）
28）臨床研究（臨床研究の概要と当院での運用につき説明を受ける。）
29）救命救急センター（ICLS 研修を行う）

Ｂ．研修医別 年間カリキュラム

年間の研修ｶﾘｷｭﾗﾑは、研修管理委員会により研修医ごとに決められている。診療科ごとの研修内容は、各研修科が作成する。選択研修は、初年度の１月末に各研修医の希望を聞き日程調整をして決定するが、その後もいくらかの変更を認めている。

〔必修科目と研修期間〕

①基本研修科目

ⅰ）内科　２６週間
総合診療科、循環器、消化器（消化管・肝胆膵）、呼吸器、
腎臓・膠原病、血液、腫瘍、緩和ケア、糖尿病、神経

ⅱ）外科　１６週間
・一般外科　８週間
消化器、呼吸器、乳腺・内分泌、（心・血管(希望者)[1)]）
・脳神経外科[2)]　４週間
・整形外科[2)]　４週間

ⅲ）救急・麻酔科　１６週間
・救急部[3)]　８週間
・麻酔科　８週間

②必修研修科目

ⅰ）小児科　４週間
ⅱ）産婦人科　４週間
ⅲ）精神科　４週間
ⅳ）地域医療　４週間

③選択研修[4)]　約２８週間

注 1）希望者は外科研修中に研修の一部（2 週間以内の期間）として、心臓血管外科の研修も可能である。
注 2）外科研修の一部として、脳神経外科及び整形外科の研修を選択必修科目とする。
注 3）厚労省で定められた救急研修は 3 ヶ月である。夜間休日の日当直期間を救急研修期間 1 ヶ月分として加えて合計 3 ヶ月とする。
注 4）選択研修期間中の研修部署は、研修医の希望、受け入れ部署の受け入れ人数、受け入れ可能期間を考慮し、別途協議する。
注 5）基本研修、必修研修に含まれていない部署の研修は、イブニングセミナー、救急部や関連する部署での研修、選択研修で到達目標を達成することが望ましい。
注 6）ゴールデンウイーク、年末・年始の連続休日を含む期間の研修は、所定の研修期間に１週間を加えること

を考慮するが、研修医によってはいくらかの長短が発生する可能性がある。

注 7）基本研修科目において、脳神経外科と整形外科の２科目は、強い希望があれば履修を免除可能である。

C．研修カリキュラムの変更等

基本研修科の変更および選択研修科の決定について、以下のとおり、運用方法を定める。

１．基本研修科の変更について

・基本研修科目のうち、脳神経外科と整形外科の 2 科目は、選択研修科に変更できる。しかし、併せてその日程までを移動変更することはできない。（ただし、3 年目以降の専門研修診療科を決めるための日程の移動変更は可能。）

・変更に際しては、実務部会長に相談して許可を得ることが必要。

・変更手続きは当該科研修開始より 2 ヶ月前までに終了していなければならないので、十分な余裕を持って実務部会長に相談すること。なお、1 年目の 4-6 月に基本研修科を含むカリキュラムがあるが、これらの研修科を希望しない者が 4-6 月に当該科を含まないカリキュラムを選択できるよう考慮する。

・変更は実務部会で検討後、センター運営委員会、研修管理委員会に報告される。

２．選択科の選択・変更について

(a) １年目研修医が２年目の選択科を決める場合

・１年目の 1 月末までに（2 月の実務部会で検討できるように)、リーダーが全員分の選択希望科（２年目の全期間分が望ましいが、最低でも 9 月までの期間分）を取りまとめ、9 月までの期間につき研修医間の同時期の重複等を調整した上で、総務課に一覧表を提出する。

・2 月の実務部会後、総務課がその検討結果に基づき、各科の診療科長に許可を得る。

・3 月の実務部会で承認し、その前後の研修管理委員会に諮り、事後になるが 3 月のセンター運営委員会で報告。

(b) ２年目研修医が未決定の選択科を決める場合

・未決定の選択科については、7 月末までにリーダーが選択希望科を取りまとめ、研修医間の同時期の重複等を調整した上で、総務課に一覧表を提出する。

・研修医は選択予定の研修科の診療科長に許可を得る。

・9 月の実務部会で承認、9 月のセンター運営委員会で報告、研修管理委員会委員へ報告。

(c) 決定済みの選択科の変更を希望する場合

・変更希望がある場合は、当該研修科での研修開始の 2 ヶ月前までに総務課に申し出ること。

・研修医は変更前後の研修科の診療科長に事前に話をして許可を得ておくこと。

・実務部会で承認、センター運営委員会で報告、研修管理委員会委員へ報告。

D．研修医用　レクチャー・カンファレンス

〔レクチャー・カンファレンス内容〕

１）臨床病理症例検討会〔ＣＰＣ〕（必修）

・毎月第 4 金曜日　18:00～19:00　1 階講堂（中会議室）

２）イブニングセミナー　（必修）：1 時間程度（日時は未定）

①ＣＶカテーテル挿入　②眼科実習講義　③耳鼻咽喉科実習講義　④その他

3）モーニングレクチャー

・木曜日　7:30～8:00（期間は別途指示）　医局カンファレンス室

・必修レクチャーと非必修レクチャーがあります。

・院内常勤医によるレクチャー。希望の講義があれば実務部会まで。

4）救急カンファレンス（必修）

・毎月第 4 水曜日（変更のことあり）　1 階講堂（中会議室）

・救急症例の検討会

・研修医、指導医、救急部コメディカルスタッフ、救急隊員　など参加

5）総診カンファレンス（必修）

・毎月第 1、3 月曜日　19:00～1 時間弱　3 階 35 会議室

・市販薬物の説明と周辺薬剤の薬理学的説明など

6）院内各科カンファレンス、各臓器別カンファレンス

・積極的に参加する。

7）院外の研究会、学会

・積極的に参加する。

・遠方の学会に参加希望の場合は当該診療科に相談する。

2．到達目標への対応状況

「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（プロフェッショナルリズム）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。」（医師臨床研修指導ガイドライン -2023 年度版-）

なお、基本的価値観（プロフェッショナルリズム）とは、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、自らを高める態度の４つの価値観を指す。

上記目標の達成のため、当院では以下のとおり対応する。

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

・各診療科のＯＪＴにおいて、指導医/上級医および指導者の教育を受けながら涵養していく。PG-EPOC を用いて研修医にフィードバックする。

・オリエンテーション、必修講演会などによって、概念的な教育も行う。研修実績は PG-EPOC および臨床研修の記録に記録する。

C. 基本的診療業務

１．一般外来：当院の主に総合診療科の外来、協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の外来で研修を行う。

２．病棟診療：当院の各診療科の研修。協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設の病棟での研修。

３．初期救急対応：当院の救急部での研修（日当直含む）。

４．地域医療：協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設における地域医療研修。

12 章：研修医の評価

1．研修医への評価：評価者と評価方法

（1）研修医自身の自己評価（PG-EPOC）　→各科研修中に随時入力

・研修医評価票 I/II/III

・基本的臨床手技の登録

・症候/疾患からの登録

・その他の研修活動の記録

*「臨床研修の記録」と重複して研修実績を入力して構わない。

（2）研修医の自己評価（臨床研修の記録）　→各科研修中に随時入力

・臨床手技、検査手技、インシデントレポート、書類作成の経験数を毎月記入する。

・年次休暇の取得、一般外来研修の実績を記録する。

・学術的研修の記録があるので随時記入する。

*PG-EPOC の「その他の研修活動の記録」と重複する場合は「臨床研修の記録」が正式。

（3）各科指導責任者による評価　→各科の研修終了時

「PG-EPOC」を用いて研修期間中の評価を行う。加えて依頼された場合にレポートの評価を行う（レポートの指導は任意の指導医または上級医が行えばよいが、最終的な評価は各診療科指導責任者が行い、PG-EPOC でレポートを承認する)。選択科によっては指導医の条件を満たす医師が不在の場合があるが、その場合には各診療科上級医より評価の報告を受けたプログラム責任者又は副プログラム責任者が PG-EPOC の承認を行うことも可能である。

（4）指導者による評価　→看護部は各科の研修終了時など。それ以外の指導者は年 1 回

・看護部は指定された指導者（多くは研修診療科の看護師長）が「PG-EPOC」を用いて評価を行う。

・看護部以外の指導者*は、定められた評価票を用いて研修医全体への評価を行う。

〔→臨床研修マニュアル附属資料　指導者→研修医全体への評価票　〕

*薬剤部、検査部、放射線部、栄養部、診療情報管理室、医療安全管理室

（5）同期研修医による評価　→年 1 回

・「「この研修医のココがすばらしい！」シート」により、研修医各個人への positive な内容の情報のみを集め評価に役立てる。negative な内容の情報は研修医同士の人間関係を乱すため収集しない。→年 1 回（12 月頃）

〔→臨床研修マニュアル附属資料　「この研修医のココがすばらしい！」シート　〕。

2．研修医が研修修了

＊　プログラム責任者及び実務部会は、各種書類・資料、評価結果を回収、整理する。形成的評価は、プログラム責任者と実務部会により、研修医本人へフィードバックされる。

＊　研修修了時における 2 年間の総括的評価は、資料よりプログラム責任者と実務部会で評価原案を作成する。評価原案は、卒後臨床研修センター運営委員会、研修管理委員会で順

次検討され、最終的な評価が決定される。

〔修了評価に必要な書類〕

・PG-EPOC による評価

・29 症候レポート、26 疾病・病態レポート、CPC レポート

*症候または疾病・病態レポート内に手術症例を含める。

・臨床研修の記録

*発表の記録は、プログラム・抄録のコピー、論文は別刷りを添付する。

・紙の評価票：同僚研修医による評価、指導者（看護部以外）→研修医全体への評価

3．研修修了時に不十分なときの対応　〔→「7 章―6　研修修了の手続き」参照）

- 到達度評価は、結果が未到達の場合、研修期間中に到達できるようプログラム責任者と実務部会が中心となって、本人と共に対策をたてる。
- プログラム責任者は、研修医が修了基準に達しなくなる恐れがある場合には、事前に研修管理委員会などへ報告・相談し、対策を講じ記録に残す。休止期間の上限を超える場合は、休日・夜間当直や選択科目期間の利用などにより、履修期間を満たすように努める。達成項目、レポート作成で不足する場合には、選択研修期間内に達成できるよう調整する。
- それでも研修管理委員会による評価の結果、研修医が臨床研修を修了していると認められなかったとき（未修了）は、当院院長は当該研修医に対してその理由を付して、その旨を文書で通知する。未修了の場合には原則として当院の研修プログラムを引き続き継続して、修了基準に達するよう、不足する期間、到達項目等の研修を行う。

【研修医への評価】

①自己評価（PG-EPOC）

・研修評価票 I/II/III　→到達目標（習熟度のスケール）

・基本臨床手技などの登録　→基本臨床手技など（習熟度のスケール）

・症候/疾患からの記録　→経験症例（数）

・その他の研修活動の記録　→チーム医療、講演会、学会など（経験数）

②自己評価（臨床研修の記録）

・臨床手技、インシデントレポート、書類作成、年次休暇、一般外来、必修講習会等　（経験数）

・学術的活動（学会発表など）

③指導医→研修医（PG-EPOC）

・研修評価票 I/II/III →到達目標（習熟度のスケール）

・症候/疾患からの活動　→経験症例（数）＊研修医の登録症例を承認

④指導者→研修医

・看護部→　PG-EPOC(研修評価票 I/II/III)

・看護部以外*　→評価票（紙：自由記載）を用いて研修医全体を評価

*薬剤部、検査部、放射線部、栄養部、診療情報管理室、医療安全管理室

⑤同期研修医→研修医

・「ココがすばらしい」評価票（紙：自由記載）を用いて、同期全員→個人を評価。

⑦症候/症例レポート

・研修医作成　→上級医/指導医が評価

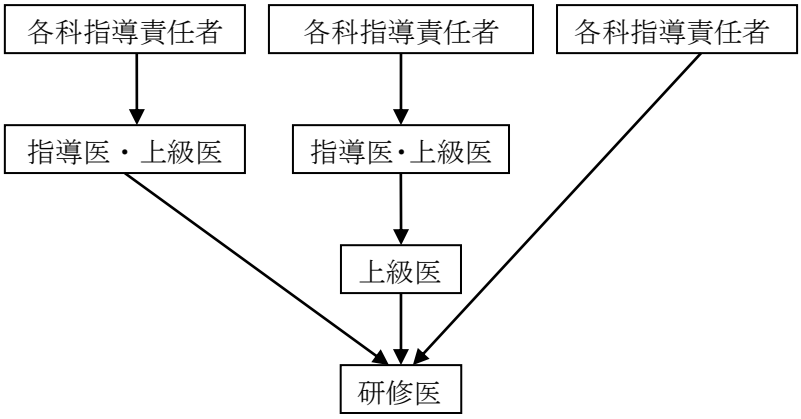
13 章：臨床研修における指導体制

「3 章 当院の研修システム」において、病院全体の管理体制と指導体制の関係を説明している。本章では各科研修における指導体制について説明する。

1．診療業務における屋根瓦方式の指導体制

研修医は、入院患者の副主治医となり、主治医である上級の医師（指導医又は上級医）と共同して担当する。主治医の上に更に指導医あるいは各科指導責任者が位置づけられており、いわゆる「屋根瓦方式」の指導体制がとられている。

日当直業務では、1 年次研修医、2 年次研修医、当直医（指導医又は上級医）からなる屋根瓦方式がとられている。



2．各研修科における指導医・上級医の指導体制

- 指導医・上級医は、各科指導責任者の指示に従って担当分野の指導を行い、評価を各科指導責任者に報告する。各科指導責任者は、最終評価を行い PG-EPOC に入力する。
- 指導医・上級医は、研修医に関する重大な情報（研修医の身体的・精神的変化、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など）に気付いた場合は、各科指導責任者又はプログラム責任者に報告する。

〔→附属資料　各科指導責任者、指導医、上級医に関する規程を参照〕

3．指導者による指導体制

- 指導者は、歯科医師、看護師（看護部長、副看護部長、看護師長）、薬剤部長、放射線部技師長、中央検査部技師長、リハビリテーション部スタッフ代表者、栄養科技師長、診療情報管理士の代表者などで構成する。
- 指導者は、医療従事者の先輩として医療現場の実務、チーム医療などについての助言と指導を行うとともに、各部門（例えば病棟看護師）と研修医のチームワークが円滑に行われるよう配慮する。指導者は研修医の評価と指導医の評価を行う。
- 指導者は、研修医に関する重大な情報（研修医の身体的・精神的変化、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など）に気付いた場合は、プログラム責任者に

報告する。
〔→附属資料　指導者に関する規程を参照〕

4．メンター制度によるサポート

・　メンター制度の役割は、2 年間の研修期間中、研修医が将来の医師像を達成するために研修が有用なものとなるよう支援しながら、その成長を見守ることである。メンターは実務部会で選出された指導医又は上級医のうち、メンター制度の趣旨を理解し、合意が得られた者で構成する。
・　メンターを希望する研修医は随時プログラム責任者又は副プログラム責任者又は実務部会副部会長に申し出る。
・メンターは、研修医から希望があった際に、プログラム責任者及び実務部会によって選考され依頼される。
〔→附属資料　メンターに関する規程を参照〕

5．プログラム責任者、実務部会によるサポート

・　プログラム責任者又は実務部会の代表者は、定期的（年２回程度）に研修医と個人面談を行い、研修医の身体的・精神的な健康状態、研修の進捗状況を把握するとともに、研修プログラム・環境・指導体制・処遇などに関する問題点と希望、将来の進路、経済的な問題ほか、あらゆることについて意見を交換する。可能なことは解決し、より良い状態で研修が行えるようにサポートする。
・　研修医は、研修中に困ったこと、相談したいことなどが発生した場合には、いつでもプログラム責任者及び実務部会のメンバーに相談できる。相談を受けた実務部会メンバーは、プログラム責任者や他のメンバーとの連絡をとりながら、研修医をサポートする。
・　プログラム責任者と実務部会のメンバーは、日頃から研修医と接する時間をつくり、性格や心配事を把握するよう努める。さらに、困ったこと、相談したいことなどが発生した時にいつでも相談できる雰囲気をつくっておく。

6．指導医・上級医（各科指導責任者を含む）の研修医診療行為に対するチェック体制

・　指導医・上級医は、研修医の診療行為を観察・監視するとともに、常に研修医からの報告・相談・連絡を受けるよう努める。その上で診断治療の方向性や成果、問題点などについて議論し指導を行う。
・　指導医・上級医は、研修医と共に医療チームに加わり、他職種とのコミュニケーションを図りながら、ベッドサイドカンファレンス、病棟カンファレンス、症例検討会などに参加し、患者情報が共有できるよう努める。
・　指導医・上級医は、観察・監視が必要な診療行為を研修医が行う場合には、チェックと指導を行い、その診療行為に問題がなかった場合に電子カルテ上で承認を行う。
・　指導医・上級医は、研修医の診療録記載内容をチェックし、承認・指導を行う。

7．病院職員による研修医の診療行為に対するチェック体制

・　看護師は、研修医から「研修医が単独で行ってよい処置、処方の基準」以外の指示が出された場合には、指示を出した研修医に指導医・上級医の許可を得ていることを確認する。また、その指示内容に疑問がある場合には、指導医・上級医に報告する。報告を受けた指導医・上級医は、真摯に対応し、結果を研修医にフィードバックする。
・　薬剤師は、研修医から出された処方に疑問がある場合には、指示を出した研修医に誤りがないかを確認する。確認後も、その指示内容に疑問がある場合には、調剤する前に指導医・上級医へ報告する。報告を受けた指導医・上級医は、真摯に対応し、結果を研修医にフィードバックする。なお、1年次は研修医単独で薬剤を処方できないシステムになっている。
・　放射線技師、臨床検査技師などコメディカルスタッフは、研修医から出された指示に疑問がある場合には、指示を出した研修医に誤りがないかを確認する。確認後も、その指示内容に疑問がある場合には、指導医・上級医へ報告する。報告を受けた指導医・上級医は、真摯に対応し、結果を研修医にフィードバックする。

8．日当直時の指導体制
・　指導医・上級医は、研修手帳　「Ⅴ．各科のプログラム　A．必修　③救急部」に基づき研修医を指導・評価する。
・　指導医・上級医は、研修医と共に外来患者の診察を行い、診断、治療、問題点などについて議論し、指導を行う。
・　指導医・上級医は、研修医の診療行為を観察・監視し、研修医へフィードバックを行う。さらに後日判明した診療結果などの情報も可能な限りフィードバックするよう努める。救急部スタッフにも上記内容をフィードバックするよう努める。
・　指導医・上級医は、診療行為の最後に必ず全体のチェックを行い、救急患者の入院、帰宅を決定する。
・　指導医・上級医は、研修医が行った観察・監視が必要な診療行為として問題がなければ電子カルテ上で承認を行う。また、研修医の診療録記載内容を確認し、指導を行う。

9．指導医・上級医不在時の対応
・　指導医・上級医は、不在になる予定がある場合には、その期間とともに、不在中の代理となる指導医、上級医、自分への連絡方法を研修医に知らせておく。
・　指導医・上級医は、上記のことを病棟看護師など関連するコメディカル職員にも知らせておく。

10．研修レポート、退院サマリーの指導医・上級医による確認
・　研修レポート
　「経験目標の科別担当項目リスト」に従って、当該診療科の指導医・上級医による指導を受けて作成し、各科指導責任者の評価を受ける。
・　退院サマリー
　研修医により作成された退院サマリーは、診療録等記録マニュアルに従い、指導医又は上級医によるチェックを受け、必要に応じて差し戻し・修正が行われた後に診療情報管理室長又は診療科指導責任者のチェックを受けて承認される。

１１.「2 年間の学術的研修記録」について

・　CPC、救急カンファレンス、総診カンファレンス、院内講演会（医療安全・感染を含む)、研修医用必修レクチャー、院外・院内講習会に出席したときは、その都度、配布された「臨床研修シール」を実績記録として集約する。プログラム責任者及び実務部会メンバーは、記録用紙を随時チェックし、出席が少ない場合は指導を行う。

・　学会及び研究会で発表したときはその資料のコピーを、論文発表は別刷りを記録用紙の添付書類として保管する。プログラム責任者及び実務部会メンバーは、随時チェックして、発表実績が少ない場合は、各科指導責任者に依頼して発表ができるよう調整する。

１２．指導体制における各部門の役割

（1）プログラム責任者、副プログラム責任者〔→附属資料参照　規程〕

①　研修プログラム原案の作成、企画立案及び提出

②　上記①を実施するため、研修到達目標とその各科分担を決め、各部署への調整、周知を行う。

③　指導体制の整備、調整、維持

④　管理体制の整備、調整、維持

⑤　研修医評価方法の決定、評価の実施、評価結果の収集、評価判定原案の作成・提出、研修医本人へのフィードバック

⑥　未到達の研修医に対する指導・助言・調整。修了認定原案の作成・提出

⑦　休止、未修了、中断に対する対応

⑧　研修医に対する定期的なメンタリング（身体的、精神的、経済的など）

⑨　研修医の進路についての相談、後期研修への橋渡し

⑩　研修環境の整備・維持（福利厚生、研修室、ラボ、教育器具、学会参加旅費など）

⑪　指導医評価方法の決定、評価の実施、評価結果の収集、フィードバック

⑫　指導医への助言、依頼、教育法の指導、各部所間の調整

⑬　研修プログラムの評価、点検・分析、改善策の作成

⑭　研修プログラムに対する第三者評価（研修病院機能評価）受審の主導

⑮　院内全体へのプログラムの周知、広報、環境づくり

⑯　院外への広報（ホームページによる広報、説明会、リクルート）

（2）実務部会〔→附属資料参照　名簿、規程〕

①　上記プログラム責任者の支援（協力、助言、実施など）

②　研修プログラムの実質的な管理

（3）管理者（当院院長）

①　研修修了証の発行

②　研修中断が発生した場合の臨床研修中断証の発行

③　プログラム責任者、副プログラム責任者、各科指導責任者の任命

④　プログラム管理委員会決定事項の院内への周知・実施への協力依頼

⑤　プログラム運営における経済的、社会的、人材的、精神的な支援

（4）各科指導責任者〔→附属資料参照　名簿、規程〕

① 各診療科における研修指導の要であり責任者である。

② 各科における研修目標、研修プログラムを作成する。

③ メンター、研修医の意見を参考にしながら、各個人の具体的な研修内容を決め実施できるよう手配する。

④ 研修中の指導の責任を持つ（実質的な現場での指導は指導医・上級医でよい)。研修目標の達成状況を把握し、達成できるように調整する。メンタリングを行う。

⑤ 評価を行い、PG-EPOC 入力、レポートチェック等を行う。研修医にフィードバックする。

⑥ 必要に応じてメンターやプログラム責任者へ報告・連絡・相談を行う。

（5）メンター（希望する研修医が対象）〔→附属資料参照　、規程〕

① 定期的に面談して、以下のことを行う。

- メンタリング（身体的、精神的、経済的ストレスなど)。
- 具体的な将来像を考えながら、その目標に適した研修内容ができるよう導く。
- 各診療科研修修了時には、適宜振り返りの話し相手となる。大きく不足が発生していた項目は代用できる診療科、選択研修などを利用するよう調整する。
- 医師の職業倫理、Professionalism などについて、さりげなく指導する。
- 必要に応じてメンターやプログラム責任者へ報告・連絡・相談を行う

（6）指導者（歯科医師、看護師、コメディカル）〔→附属資料参照　名簿、規程〕

① 医療従事者の先輩として、研修医への助言・指導を行う（特に、チーム医療、医療現場での実務について)。また、成長への見守りと支援を行う。

② 医師以外の視点から、研修医の評価を行う（特に、チーム医療はできているか、安全・安心の医療ができているか（医師としての適性）について)。

③ 医師以外の視点から、指導医の評価を行う（特に、指導医としての役割を果たしているか、指導医としての適性はどうかについて)。

④ 必要に応じ、メンターやプログラム責任者へ報告・連絡・相談を行う。

14 章：指導医、指導科への評価

1．評価者と評価方法

（1）指導医への評価　→年 1 回

・自己評価：教育医用の評価票（紙）

・研修医による評価（指導医毎に分担研修医 2 名）：教育医用の評価票（紙）

（2）指導科への評価　→研修医は各科の研修終了時、指導者は年 1 回

・研修医による評価：PG-EPOC 入力

・指導者（看護部）による評価：指導者（看護部）→指導診療科への評価票（紙）

2．評価結果の取扱いと指導医、指導科へのフィードバック

・プログラム責任者と実務部会は、評価資料を回収し、結果を整理分析する。

・プログラム責任者は評価の総括を行い、結果を各指導医、各診療科にﾌｨｰﾄﾞﾊﾞｯｸする。

・プログラム責任者は各科指導責任者とも共同して評価の結果を以後の指導に資するよう努める。

【指導医（個人）への評価】 ①自己評価 ・教育医用の評価票（紙：チェックシート） ②研修医→指導医 ・教育医用の評価票（紙：チェックシート）　＊研修医 2 名が評価する
【指導科への評価】 ①研修医→指導科 ・PG-EPOC による評価（自由記載） ②指導者（看護部）→指導科 ・指導診療科への評価票（紙：自由記載）

15 章：指導者の評価

１．指導者への評価　→年１回

・研修医による評価（研修医全員が各部門*を評価）：研修医→指導者評価票（紙）

*看護部、薬剤部、検査部、放射線部、栄養部、診療情報管理室、医療安全管理室

２．評価結果の取扱いと指導者へのフィードバック

・プログラム責任者と実務部会は、評価資料を回収し、結果を整理分析する。

・プログラム責任者は評価の総括を行い、結果を各部署にﾌｨｰﾄﾞﾊﾞｯｸする。

（３）プログラム責任者は指導者とも共同して評価の結果を以後の指導に資するよう努める。

【指導者への評価】

①研修医→指導者各部門**

・指導者評価票（紙：自由記載）

**看護部、薬剤部、検査部、放射線部、栄養部、診療情報管理室、医療安全管理室

16 章：研修医療機関への評価、研修プログラム全体への評価

１．研修医療機関への評価　→研修終了時

・研修医による評価：PG-EPOC 入力

２．研修プログラム全体への評価　→研修終了時

・研修医による評価：PG-EPOC 入力

・指導医による評価：PG-EPOC 入力

・指導者による評価：指導者→卒後臨床研修プログラム全体への評価票（紙）

３．外部からの評価

・研修管理委員会の外部委員からの意見（随時、研修管理委員会開催時)。

・地域住民からの意見（ボランティア交流会、病院祭など)。

・ＮＰＯ法人卒後臨床研修評価機構による審査を定期的に受ける。

２．評価結果の取り扱いとフィードバック

（１）プログラム責任者及び実務部会は評価資料を整理分析して総括を行い、改善案を考える。改善案は、卒後臨床研修センター運営委員会並びに研修管理委員会で審議する。

（２）改善事項は、当院運営委員会に報告した後、院内 web で公開するとともに、臨床研修協力施設等へも報告する。また、公開可能な内容であれば病院ホームページを通して一般にも公開する予定である。

【研修医療機関への評価】 ①研修医→研修医療機関 ・PG-EPOC による評価（自由記載）
【研修プログラム全体への評価】 ①研修医→研修プログラム全体 ・PG-EPOC による評価（自由記載） ②指導医→研修プログラム全体 ・PG-EPOC による評価（自由記載） ③指導者→研修プログラム全体 ・研修プログラム全体への評価票（紙：自由記載）

17 章：研修終了後の進路等

１．研修修了後の進路

（1）初期臨床研修を修了した者を対象とした 1～3 年間の後期研修医･専攻医制度を設けている。

（2）大学病院等の関連施設としては、当院の大部分の診療科において受け入れ可能である。

（3）募集は公募とし、面接の上、採用の可否を決定する。

（4）後期研修医・専攻医の身分は、原則、会計年度任用職員である。

２．研修修了者の同窓会組織について

- 当院の発展に貢献し、会員相互の親睦を図ることを目的とし、当院の研修修了者による同窓会の組織を設けている。
- 同窓会は、総務課に事務局を置き、名簿の作成や後輩の臨床研修修了記念文集の送付等を行う。
- 同窓会は 5-10 年に 1 回の開催をめざす。

  ＊直近は平成 25 年度(平成 26 年 1 月 2 日)に開催。

18 章：協力型臨床研修病院としての研修体制

＊　当院は香川大学附属病院、岡山大学病院、愛媛県立中央病院、徳島県立中央病院、高知医療センターの各研修プログラムより、協力型臨床研修病院として研修医を受け入れている。

１．管理体制

（１）各プログラムの規程に沿った研修を行い、当院での研修期間中は、当院のプログラム責任者が協力型臨床研修病院の指導責任者として、研修の手配などを行う。

（２）研修の休止・中断の可能性など何らかの問題が発生した場合には、当該研修医が所属する基幹型臨床研修病院の各プログラム責任者に報告・連絡・相談する。

２．指導体制

（１）研修目標、研修内容などは当院プログラム、各診療科カリキュラムに準ずる。

（２）当院での研修期間が 6 か月以上の場合にはメンターを手配する。6 か月未満の場合には、プログラム責任者又は実務部会がメンターの代行を行う。

（３）当院プログラムで使用している「2 年間の学術的研修記録」は、研修期間に応じた簡易版を作成し、CPC 等への出席、院内講演会への参加、研修医用レクチャーでの参加、当院における学術発表の業績を記録する。記録原本は、教育実績として当院へ残す。

３．評価

（１）各プログラムの評価法に従って評価を行う。

（２）PG-EPOC を用いる場合には当該研修医が所属する基幹型臨床研修病院の指示に従い、プログラム責任者又は各科指導責任者が評価を行う。