

5. 佐賀県医療センター好生館 臨床研修医 研修規定(要項)

第三者機関（JCEP）再認定（令和6年度）

第1条 臨床研修の理念・基本方針と目標

【理 念】

プライマリ・ケアを体得するとともに、全人的医療を学び、個人の能力の限界を知り、患者中心の医療とチーム医療について修得し実践できる医師の養成を目指します。

【基本方針と目標】

1. 基本的臨床能力（態度、知識、技能）を身につけ、各科の主要疾患について病態を把握し適切な対応ができる医師を養成します。
2. プライマリ・ケアを体得し、頻度の高い救急疾患に対して適切な初期対応ができる医師を養成します。
3. コミュニケーション能力を身につけるとともに、自身の能力の限界を知ることができる医師を養成します。
4. 全人的医療とチーム医療について理解し、多職種のチーム構成員と協調できる医師を養成します。
5. 患者中心の医療とインフォームド・コンセントの意義を十分に理解し実践できる医師を養成します。
6. 基本的価値観（プロフェッショナリズム）を身につけた医師を養成します。

第2条 研修期間等

2年間（基幹型）

1年間（協力型）

臨床研修医は、総合教育研修センター所属とする。

第3条 研修プログラム責任者

研修プログラム責任者の資格

1. 7年以上の臨床経験を有する者
2. 指導医および研修医に対する指導を行うために必要な経験・能力を有していること
3. 臨床研修指導医養成講習会を受講した者であること
4. 研修プログラムの「責任者養成講習会」を受講した者であること

研修プログラム責任者の役割

1. 臨床研修プログラムの原案を作成する。

2. 基幹型研修では、臨床研修医ごとに臨床研修の目標の達成状況を把握・評価し、研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の修了の時までに、研修修了の基準に不足している部分を達成できるよう、全研修期間を通じて臨床研修医へアドバイス・指導を行うとともに、研修医個々の目標達成状況に応じて研修プログラムの調整（研修ローテーション先の変更や入れ替えを含む）を行う。また、協力型研修では、上記に加え、九州大学医学部の臨床教育研修センターおよび佐賀大学医学部の医療研修センター（臨床研修担当）等の事務局や研修プログラム責任者らと緊密な連絡をとり、研修医ごとの情報共有に努める。
3. 基幹型研修を選択した臨床研修医に対しアンケート調査を行い、研修2年次の研修診療科や研修時期等の希望を調査する。各診療科に偏りがないように、研修ローテーション表を作成し、各診療科の研修実施責任者ならびに館内の関係者に報告する。
4. 臨床研修医に定期的面談を実施する（2回／年）。研修医個々の目標達成状況、研修体制への要望、ライフイベントやメンタルヘルスおよび健康面での問題点等を聞き取り調査し、場合によっては精神科医師や産業医へコンサルテーションを行う。
5. 臨床研修の修了者に対して研修プログラムや指導体制等に関するアンケート調査を行い、研修医の希望が研修プログラムに反映されるように努める。
6. 臨床研修修了者へのアンケートや「臨床研修医による上級医または指導医評価票」等により、特定の上級医または指導医の教育方法に問題点があると指摘された場合は、臨床研修実施責任医師（指導責任医師）に報告し、適切な指導を依頼する。
7. 臨床研修医の臨床研修の休止にあたり、研修休止の理由の正当性を判定する。
8. 臨床研修の修了の際に、研修医個々の「臨床研修の目標の達成度判定票」を作成する。
9. 臨床研修の修了の際に、レジデント委員会および臨床研修管理委員会に対して、臨床研修医ごとの臨床研修の目標の達成状況等を報告する。
10. レジデント委員会および臨床研修管理委員会での協議等をもとに、臨床研修医の採用者数や研修プログラム全体の評価・調整等を行い、館長に報告する。

第4条 臨床研修実施責任医師（指導責任医師）

臨床研修実施責任医師（指導責任医師）の資格

1. 各診療科部長もしくはそれに該当する医師
2. 臨床研修協力病院または臨床研修協力施設の研修責任者

臨床研修実施責任医師（指導責任医師）としての診療部長の役割

1. 担当する診療科（分野）の研修期間中、担当指導医・担当上級医を決定する。
2. 担当する診療科（分野）の研修期間中の研修の最終責任者となる。
3. 「臨床研修医による上級医または指導医評価票」等により、研修医から教育方法に問題点があると指摘された特定の上級医または指導医に対して適切な指導を行う。
4. 夜勤後半（22：00～翌08：00）を担当した臨床研修医からの申し出を受け、夜勤明けは各診療科のスケジュールに応じて、午前中に終業するよう指導する（勤務間インターバルの確保；詳細は、

救急・総合当直マニュアルを参照のこと)。

5. 担当する診療科で研修中の臨床研修医が COMPANY™ を用いて申請した「所定労働時間外の活動内記入入力」を項目別にチェックし、日時承認および月次承認を行う。カンファランス、回診、学会発表準備、各科勉強会などに関しては、業務（時間外労働）になるか自己研鑽になるかは各診療科毎に異なるため、各診療部長が最終的に判断し、承認を行う。
6. 各診療部長は、当該月の時間外・休日勤務が 80 時間を超えた場合は、睡眠及び疲労の状況の事前確認を行い、一定の疲労の蓄積が確認された場合は、当該月の時間外・休日勤務が 100 時間を達する前に 面接指導実施医師の面接指導を受けさせなければならない。
また、総合当直や緊急手術、時間外オンコールなどで勤務間インターバルが確保できない場合は、事後的に（翌月末までに）「代償休息」を付与しなければならない。（総合教育研修センターや産業医、翌月研修予定の診療科部長と情報共有を図ること）
7. 各診療科部長は、臨床研修医に対して、月 150 時間、年間 960 時間を超える時間外・休日勤務をさせることはできない。
8. 必修研修中においては、十分な研修日数を確保する。

第5条 指導医

指導医の資格

1. 研修医に対する指導を行うために必要な臨床経験および能力を有していること
2. 7 年以上の臨床経験を有する者
3. 臨床研修指導医養成講習会を受講した者であること

指導医の役割

1. 担当する診療科（分野）における研修期間中、臨床研修医ごとの臨床研修の目標の達成状況を把握し、研修医に対する指導を行い、担当する診療科（分野）における研修期間の終了後に、所定の研修医評価票を用いて研修医の評価をプログラム責任者に報告する。
2. 臨床研修医の評価にあたっては、当該研修医の指導を行い、または研修医とともに業務を行った医師、看護師その他の職員と十分情報を共有し、各職員による評価を把握した上で、責任をもって評価を行う。
3. 臨床研修医と十分意思疎通をはかり、実際の状況と評価に乖離が生じないように努める。
4. チーム医療の重要性を理解させるよう教育・指導を行う。看護師・コメディカルスタッフと協力して診療に当たらせるとともに（院内感染対策チーム、緩和ケアチーム、NST チーム等との協業を含む）、専門医等への適切なコンサルテーション（リエゾンナースや精神科コンサルテーションを含む）ができるよう指導を行い、承認する。
5. インフォームド・コンセント（説明と同意）について、本質的な姿勢を研修させるように留意した指導を行う。そのプロセスで患者・家族への配慮とプライバシー保護に努め、同意書に当該研修医が署名を入れていることを確認し、承認する。
6. 臨床研修医に医療安全や院内感染対策の重要性を認識させるとともに、インシデント レポートの提出を促し、習慣化させるよう努める。（インシデントレポート提出目標は 10 件/年とする）

7. 電子カルテの記載にあたっては、「今日の診療」等を活用し、EBM やガイドラインに基づいた正確な記載をこころがけるように指導、承認する。
8. 研修期間中、当該臨床研修医の臨床研修の目標達成において支障があることが予想される場合や、研修態度や健康面において問題があると認めた場合は、研修期間の終了を待たずに現状または問題点をプログラム責任者に報告する。

第6条 上級医

上級医の資格

1. 2年間の臨床研修を修了した者

上級医の役割

1. 当該診療科（分野）の指導医の下で、直接、臨床研修医の指導にあたる。
2. 臨床研修医の記載した診療録（電子カルテの記載記事やサマリーなど）のカウンター・サインもしくは記事の承認を行う。

第7条 指導者（看護師およびコメディカル・スタッフ）

指導者の資格

1. 看護師長、副看護師長、薬剤部長、病棟専任薬剤師、臨床検査技師長（診療放射線技師長、理学療法技士長、臨床工学技士長など）

指導者の役割

1. 臨床研修医の評価を行う

第8条 臨床研修医の代表者など

研修医代表者（リーダー）	2人（基幹型1年次・2年次より1名ずつ選出）
研修医副代表者（副リーダー）	2人（基幹型1年次・協力型1年次より1名ずつ選出）
院内感染対策委員会委員	1～2名
医療安全管理委員会委員	1名

第9条 臨床研修医の診療

臨床研修医の役割

1. 臨床研修医は、上級医または指導医とともに患者を受け持つ（担当医）。
2. 臨床研修医は、原則として単独で診療行為や指示出しは行わず、上級医もしくは指導医の指導の下で行う。

指導医との連携と診療上の責任

1. 指導医は、臨床研修医が行う診療行為について責任を持つ。

2. 指導医は、臨床研修医が行う診療行為について別に定める「臨床研修医が単独で行ってよい処置・処方についての当館基準」に準じて、個々の研修医の技量および各診療科の実情を踏まえて運用方法を検討する。

臨床研修医の指示出しの基準

1. 臨床研修医は、指示出しを行う際には、上級医または指導医に相談する。
2. 上級医または指導医は、臨床研修医の指示出しが適切かつ正確に行われているかを確認する。

治療に関する指導体制

1. 各診療科で「診療科部長＞指導医＞上級医＞臨床研修医」のような、いわゆる「屋根瓦方式」の指導体制を作ることが望ましい。

第10条 退院サマリー

1. 退院時には担当医となった臨床研修医が、退院サマリーを書く。
2. 退院サマリーは、退院後速やかに記載する（退院日より1週間以内に退院サマリーを記載して指導医のチェック・承認を受け、1週間での作成率を100%とすること）。
3. 上級医または指導医は、退院サマリーの内容を確認のうえ、サマリーを確定する。
4. 承認権限を持つ医師は、退院サマリーを退院後1週間以内に承認する。
5. 上記退院サマリーは、PG-EPOCの病歴要約としても登録・活用できる。

第11条 インシデント・レポート

1. 臨床研修医は、研修中に経験したインシデントについて、積極的にインシデント・レポートを提出すること。（インシデントレポート提出目標は10件/年とする）

第12条 病棟業務

1. 臨床研修医は、研修プログラムの一環として、病棟での入院診療を行う。
2. 臨床研修医の入院診療業務における役割は、副主治医であり、電子カルテ上では「担当医」として登録する。
3. 臨床研修医の行う診療業務は、研修プログラムに規定された範囲内の診療行為に限る。また、上級医の指導のもとに行う。
4. 診療対象は、ローテート中の診療科部長により指定された患者とする。
5. 入院患者の診療は、原則として病室で行う。
6. 入院患者に対する処置の一部は、処置室で行う。
7. 入院診療記録作成や画像閲覧は、院内に設置されている電子カルテを用いる。
8. 臨床研修医は、病棟において行った全ての診療行為について、入院診療記録を速やかに作成した後、指導医・上級医のチェックを受ける。

9. 臨床研修医は、**EBM やガイドラインに基づいた入院診療記録の作成**に努める。
10. 臨床研修医は、上級医・指導医の指導のもと、専門医等への適切なコンサルテーションを行う（リエゾンナースや精神科コンサルテーションを含む）。また、上級医・指導医の指導のもと、紹介元・紹介先の関係医療機関へ適切な連絡を行う。
11. 臨床研修医は、チーム医療の重要性を理解し、看護師・コメディカルスタッフなどの病棟スタッフと協力して診療に当たる（院内感染対策チーム、緩和ケアチーム、医療安全対策チーム、NST チーム等との協業を含む）。
12. 臨床研修医は、患者・家族へのプライバシー保護に十分留意するとともに、上級医・指導医等と適切なインフォームド・コンセントを行い、電子カルテに「★説明記録★」として残す。
13. 夜間または上級医・指導医等のスタッフ医師が不在時に、看護師等に検査・処置等を依頼された場合は、各診療科に割り当てられているオンコールドクターに連絡のうえ、指示を仰ぐ。実施した検査・処置等については電子カルテに記載し、翌日、スタッフ医師の承認を受ける。
14. 臨床研修医は、各種研修会や多職種合同カンファランス等に積極的に参加する。
15. 処方エラーを薬剤部または病棟専任薬剤師より指摘された場合は、速やかに修正のうえ、上級医・指導医に報告する。

第13条 ER 研修(総合時間外外来診療)＝総合日当直

1. 臨床研修医は、診療科研修とは別に年間を通して、おおむね月に 4～5 回程度、ERでの研修（総合時間外外来診療）を行う（救急科ローテート中の 3 ヶ月は除く）。
2. 2 年次臨床研修医（基幹型および協力型）は、「救急診療 A2」として、「平日夜勤（前半・後半）」「休日日勤」「休日夜勤（前半・後半）」の勤務をする。
3. 1 年次臨床研修医（基幹型および協力型）は、「救急診療 A1」として、「平日夜勤（前半・後半）」「休日日勤」「休日夜勤（前半・後半）」の勤務をする。
4. ER での研修は、いわゆる「**屋根瓦方式**」の指導体制とする。
1 年次臨床研修医は、2 年次臨床研修医とペアを組んで ER を受診した Walk in 患者の初期診療を行う。原則として、指導医の承認を伴わない 1 年次臨床研修医による単独診療は行わない。
5. 臨床研修医は、トリアージナースと連携して Walk in 患者のファーストタッチ（初期診療）を行うが、重要な方針決定は必ず、上級医以上の医師（管理当直、救急診療 B、C および ICU 当直、SCU 当直、NICU 当直）に報告のうえ、行うこと。
6. 救急科ローテート中の臨床研修医は、救急診療 C の指導のもと、救急車搬送患者および他施設からの紹介患者の初期診療を行うが、重要な方針決定は必ず、上級医以上の医師（救急診療 C、救急医など）が行う。

7. 電子カルテ上の指導医は、研修先の診療科指導医とする。指導医は、臨床研修医が記載した電子カルテの内容（記事）を確認し、ときにアドバイスやコメントを加え、記事を承認する。
8. 夜勤後半を担当した臨床研修医（救急診療 A1 および救急診療 A2）は、夜勤後、研修先の診療部長と相談し、午前中のみとする（再掲；詳細は、救急・総合当直マニュアルを参照）。
9. ER では、患者・家族へのプライバシー保護に留意するとともに、適切なインフォームド・コンセントを行い、電子カルテに記録として残す。

第14条 一般外来研修

1. 指導医の下で、「一般外来研修」を行う。
2. 臨床研修医は、2年間で4週（20日）以上の「一般外来研修」を行う。
3. 「一般外来研修」としてダブルカウントされる診療科は、総合内科（協力病院の総合診療部）、消化器外科（肝胆膵外科）、小児科および地域医療研修となる。
4. 臨床研修医は、必須研修である小児科ローテート中は、2回／週の頻度で外来研修（新患外来など）を行い、指導を受ける。消化器外科を選択した場合も、外来研修（概ね1回／週）すれば、一般外来研修にカウントできる。また、総合内科を選択した場合は、概ね3回以上／週の頻度で一般外来研修を担当し、指導を受ける。
5. 臨床研修協力施設で「地域医療研修」を受ける場合は、4回以上／週の頻度で各施設の一般外来研修を担当し、指導を受ける。なお、臨床研修協力病院の総合診療部などで短期研修（4週間程度）し、一般外来の研修を経験することも可能である。
6. ER の総合当直のうち、休日日勤や夜勤（前半）も一般外来研修としてカウントされる可能性がある（各々、1.0日、0.5日に該当）。
7. 上記の一般外来研修を行ったら、速やかに PG-EPOC 入力に加え、「一般外来」実施記録表（別添）に記載し指導医のサインをもらう。

第15条 手術室

1. 初めて入室する前にオリエンテーションを受ける。
2. 帽子、マスク、ゴーグルを着用する。
3. 手術室スタッフ不在時の入室は禁止する。
4. 不明な点があれば、手術部長、手術室師長、看護師に尋ねる。
5. 新型コロナウイルス感染症が疑われる患者の緊急手術への対応については、手術部と感染制御部が作成した『感染対策マニュアル』の中にある「新型コロナウイルス感染症対応マニュアル」の手順に従う。

第16条 地域医療研修

1. 2年次の臨床研修医は、指定された5つの臨床研修協力病院から1施設を選択し、4週

以上の地域医療研修を行う。

2. 地域医療研修には、一般外来研修（4 回以上／週）を含むこと。また、在宅医療の研修を受けることが強く求められる。
3. 病棟研修を行う場合は、慢性期・回復期病棟での研修を含むこと。
4. 地域包括ケアの実施について学ぶ機会があること。

第17条 臨床研修医の評価

臨床研修医の自己評価および研修医評価票などの提出方法

1. 各診療科での研修最終日に、PG-EPOC にログインし、研修履歴/評価⇒研修医評価Ⅰ/Ⅱ/Ⅲと好生館独自評価表に基づき自己評価を入力する。指導医/上級医の評価も入力する（匿名化される）よかった点、改善すべき点についても記載を行うことで内省につながる。
2. 定められた経験すべき症候（29 症候）/経験すべき疾病・病態（26 疾病・病態）、基本的臨床手技については、経験後、遅滞なく登録を行う。（自身の研修状況が自認しやすくなり充実した研修の一助となる）

※経験すべき 29 症候と 26 疾病・病態の研修を行った個々との確認は、日常診療において作成する病歴要約で行う（退院サマリーや診療録中の weekly サマリーでも可。「身体所見」「検査所見」「アセスメント」「プラン（診断、治療方針）」等を含む）。外科で経験した手術記録も 1 例レポートとして印刷し提出をすること。

3. CPC 記録を作成後プリントアウトし、総合教育研修センターへ提出する（基幹型）。
※CPC 記録については、特定の様式はないが、臨床担当医師または病理担当部長・医長の承認をもらうこと。

※CPC 記録は、「臨床経過」「病理解剖診断と所見」「CPC での討議を踏まえた考察」を含む。他の研修医と CPC 登録症例が重複した場合、自分なりの考察を行う必要がある。

※PG-EPOC のその他の研修活動の記録にも入力を行う

4. 一般外来研修については、一般外来研修の実施記録表に PG-EPOC を用いて入力する（特に、研修医評価票Ⅲの記録が大切）。さらに、「一般外来研修」実施記録表（紙面運用）に必要事項を記入し、総合教育研修センターへ提出する。一般外来研修では、研修先の指導医または総合教育研修センターの研修プログラム責任者の承認を得ること。
5. 「科内勉強会」「院内講習会等」「研修医勉強会」「院外講習会等」「学会発表・参加」などのその他の研修活動についても、PG-EPOC で入力する。また、医療安全研修会、院内感染対策研修会、保険診療研修会、情報セキュリティ研修会、緩和ケア研修会は必須の項目とする。特に保険診療研修会（2 回／年）の受講証明は、地域医療研修時の必要要件となる。

各診療科部長・指導医・上級医による評価

1. 各診療科部長や指導医（医長クラス）は、自科で研修中の研修医の研修最終日に、PG-EPOC 内の「研修医評価票Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」と「好生館独自評価表」を用いて臨床研修医に対する指導医の評価を行う。（到達度、よかった点、改善すべき点を入力する。）

地域医療・短期研修中の独自評価表は紙運用である。精神科研修では独自評価は設けていない。

- 「経験すべき症候（29症候）」と「経験すべき疾患（26疾病・病態）」について、指導医は、臨床研修医から提出された「経験すべき症候（29症候）」と「経験すべき疾患（26疾病・病態）」についての病歴要約や退院サマリー等の内容をPG-EPOCシステム上で確認し、承認する。
※病歴要約に、「病歴」「身体所見」「検査所見」「アセスメント」「プラン（診断、治療方針）」「考察」が含まれていることを確認する（再掲）。
- 指導医は、臨床研修医がPG-EPOCで自己評価を行った「臨床手技」「検査手技」「診療録」について、PG-EPOC上で評価・承認を行う。
- 臨床研修医から提出された **CPC記録** は、臨床担当医師と病理担当部長・医長が確認を行い、それぞれに署名し承認する（再掲）。

看護部およびコメディカルスタッフ(指導者)による評価

- 各病棟での研修が終了したら、各病棟の看護部（病棟師長・副師長）、薬剤部（病棟専任薬剤師）および検査部技師長は、できるだけ早期に好生館独自の臨床研修医評価票《看護部・薬剤部・検査部》を用いて、臨床研修医の評価を行う。上記評価票を用いて7項目について5段階で評価し、自由意見等を記載のうえ、総合教育研修センターへ提出する。
- PG-EPOCに対応した「研修医評価票Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ」については、評価項目が煩雑なため、看護部・薬剤部・検査部については当面、上記の好生館独自の臨床研修医評価票を使用する。

呼吸器内科	8 東病棟師長 病棟担当薬剤師	肝胆膵内科	7 西看護師長 病棟担当薬剤師
消化器内科	7 東病棟師長 病棟担当薬剤師	血液内科	4 西病棟師長 病棟担当薬剤師
腎臓内科	3 西病棟師長 病棟担当薬剤師	糖尿病代謝内科	5 西病棟師長 病棟担当薬剤師
循環器内科	6 東病棟師長 病棟担当薬剤師	脳神経内科	6 西病棟師長 病棟担当薬剤師
耳鼻いんこう科	6 西病棟師長 病棟担当薬剤師	総合内科	6 東病棟師長 感染管理認定看護師
臨床腫瘍科 (腫瘍内科)	4 西病棟師長 病棟担当薬剤師	消化器外科	7 東病棟師長 病棟担当薬剤師
呼吸器外科	8 東病棟師長 病棟担当薬剤師	肝胆膵外科	7 東病棟師長 病棟担当薬剤師
皮膚科	5 西病棟師長 病棟担当薬剤師	小児外科	5 西病棟師長 病棟担当薬剤師
形成外科	5 西病棟師長 病棟担当薬剤師	整形外科	4 東病棟師長 病棟担当薬剤師

泌尿器科	3 西病棟師長 病棟担当薬剤師	脳神経外科	6 西病棟師長 病棟担当薬剤師
心臓血管外科	6 東病棟師長 病棟担当薬剤師	産婦人科	5 東病棟師長 病棟担当薬剤師

小児科	5 西病棟師長 病棟担当薬剤師	集中治療部 (ICU)	ICU 師長 病棟担当薬剤師
眼科	8 東病棟師長 病棟担当薬剤師	救急科	救命救急センター師長 病棟担当薬剤師
緩和ケア科	8 西病棟師長 病棟担当薬剤師	感染制御部	8 東病棟師長 感染管理認定看護師

※臨床研修医の 360 度評価の重要性は認識しているが、客観的な評価には課題も多い。

このため、好生館では、放射線科、栄養管理課、リハビリテーション部門、ME センター（臨床工学技士部門）および事務部門については、毎年 2 月に行われる「臨床研修医アンケート調査(無記名)」等を利用して情報収集することになっている。さらに、個別に問題点を感じた臨床研修医については、時期を問わず、各部門から総合教育研修センターの研修プログラム責任者に直接、報告するシステムを構築している。

第18条 上級医・指導医、診療科・病棟、研修医療機関、プログラム全体の評価

1. 臨床研修医は、各研修分野・各診療科の研修終了の際や年度末などに、EPOC システム内の「指導医・上級医評価」「診療科・病棟評価」を用いて、直接指導を受けた上級医または指導医の評価を行う。
2. 全ての臨床研修が終了するまでに、「研修医療機関単位評価」「プログラム全体評価」を PG-EPOC を用いて入力する。
3. 看護部およびコメディカルスタッフ（指導者）による上級医および指導医の評価は、行わない。
4. 研修プログラム責任者および総合教育研修センターは、臨床研修医からみた上級医・指導医の評価以外に、臨床研修医からの各診療科や病棟への要望、研修病院自体への提案および研修プログラム全体への評価や改善を望む事項等については、毎年 2 月に実施される「臨床研修医アンケート調査(無記名)」や研修医面談等を利用して情報収集し、好生館レジデント委員会ならびに臨床研修管理委員会へ報告する。
5. 研修プログラムは、研修プロセス(計画・目標・方略・評価など)に沿って実施される必要がある。このため、研修プログラム責任者は、研修プログラムの追加・修正にあたっては適宜、好生館レジデント委員会ならびに臨床研修管理委員会へ報告し、承認を受ける。

第19条 診療科研修以外の各種研修

★JAMEP（日本医療教育プログラム推進機構）の「基本的臨床能力評価試験」（CBT）受験
臨床研修の到達レベルの評価を目的とする。入職時、1年次後半、2年次後半の3回受験とする。

研修名	研修時期	研修の概要	修了基準
オリエンテーション	毎年4月 第1週	全体オリエンテーション 研修医オリエンテーション 佐賀県医師会主催オリエンテーション 電子カルテ操作訓練 情報セキュリティ カルテ記載と個人情報保護 医療安全 感染管理・感染予防 保険医指導講習会 医療コミュニケーション 防災・防火 メンタルヘルス・ハラスメント対策 医療と倫理 処方箋入力・薬剤管理指導 雇用契約・就業規則 医師の働き方改革に対応した時間 外活動内訳と登録方法・自己研鑽 臨床検査・適切な輸血療法 救命救急センターとER時間外診療 （準夜見習い） 食事オーダーと栄養管理・栄養指導治療	新規採用者は、 全員参加
オリエンテーション	毎年4月 第1週	病理検体・病理解剖 放射線検査オーダー 手術部での手洗い実習 血流感染講義・感染防御に 留意した末梢ルート確保 患者家族支援・地域医療連携・入退院支	新規採用者は、 全員参加

		援・がん相談 小児の診療の要点 研修医評価票と PG-EPOC レジデント手帳（ノート）解説など	
CPC(院内)	10 回／年 （第 3 水曜） 17：30～18：30	臨床病理カンファランス （解剖症例検討会）	原則、全員発表 （2 年間を通じて）
基本的臨床能力評価試験 （JAMEP）	毎年 1 月末	日本医療教育プログラム推進機構 （JAMEP）が行う全国統一基本的臨床能力評価試験（CBT）	原則、全員受験 （費用は病院負担）
AHA 版 BLS コース	3 回／月 （土日祭日）	アメリカ心臓協会準拠 1 次救命処置	原則、全員受講 （1 年目を推奨）
AHA 版 ACLS コース	1 回／月 （土日祭日）	アメリカ心臓協会準拠 2 次救命処置	原則、全員受講 （2 年間を通じて）
医療安全研修会	2 回／年 （6 月、10 月） 16：20～17：10	医療安全の要点 ⇒6 月と 10 月の研修会は 全職員対象の必須研修会	6 月と 11 月の研修は全員、受講が必須 （職員全員が対象）
院内感染対策研修会	2 回／年 （6 月、11 月） 16：20～17：10	院内感染の予防と対策 ⇒6 月と 11 月の研修会は 全職員対象の必須研修会	6 月と 11 月の研修は全員、受講が必須 （職員全員が対象）
保険診療研修会	2 回／年 （4 月、9 月） 16：20～17：10	保険診療の要点 全職員対象の必須研修会	全員、受講が必須（職員全員が対象）
研修医勉強会	2 回／月 （第 2 木曜） （第 4 木曜） 18：00～19：30	ER 急変 Simulation：実習 ACLS と PCAC：実習 DAM Simulation：実習 無菌豚皮を用いた縫合（7 月・12 月）：実習 リアルタイムエコーガイド下 CV 挿入：講義・実習	原則、全員受講

		<p>腹部 PoCUS：講義・実習</p> <p>心臓 PoCUS：講義・実習</p> <p>eFAST/RUSH シミュレーション：講義・実習</p> <p>●その他に、感染症診断に必要な基礎知識、感染症の同定と適切な抗菌薬選択、</p> <p>Snap shot diagnosis、ER の処方要点、循環器救急、耳鼻科救急、産婦人科救急、整形外科の画像診断と基本手技、外傷救急への対応、放射線診断と MRI、小児救急、急性腹症、呼吸器救急疾患、糖尿病と内分泌疾患の要点、薬物中毒、災害時トリアージと DMAT など、館内の各部門に依頼して臨床研修医向けのレクチャーを定期開催（2 回／月）</p>	
研修医症例発表会	<p>2 回／月</p> <p>（第 2 木曜）</p> <p>（第 4 木曜）</p> <p>18：20～18：40</p>	<p>●ER（総合時間外外来診療）で診断や治療に苦慮した症例を中心に臨床研修医が自ら発表し情報を共有する</p> <p>●研修医勉強会の前半に臨床研修医が 1～2 名ずつ、発表を行う方式</p>	原則、全員受講
病院マネジメント推進会 （必須）	<p>8 回／年</p> <p>（第 1 木曜）</p> <p>16：20～17：10</p>	<p><u>保険診療研修会×2 回</u></p> <p><u>医療安全研修会×2 回</u></p> <p><u>院内感染対策研修会×2 回</u></p> <p><u>情報セキュリティ研修会、災害研修会、認知症ケア研修会、</u></p> <p><u>身体拘束最小化研修会</u></p> <p>メンタルヘルス研修会</p> <p>ハラスメント対策研修会</p> <p>接遇と医療コミュニケーション研修会</p> <p>褥瘡研修会、医療倫理研修会 など</p>	
好生館医学会	<p>5 回／年</p> <p>（隔月の第 3 木曜）</p> <p>17：30～18：20</p>	<p>●年度ごとにテーマを決めて、それに沿った講演会、研修会を開催</p> <p>●臨床研修医の発表は必須</p> <p>●3 月第 3 土曜日は好生館医学会総会（研修医代表が発表）</p>	可及的に受講のこと
臨床統計セミナー（基礎編・応用編）	不定期	<p>●ライフサイエンスセンターの専任講師が、臨床統計の基本を教えたり、学術論文執筆に必要な統計学のノウハウを指導</p> <p>●少グループで構成</p>	可及的に受講のこと

DIC／漢方 WEB セミナ ー	不定期	<ul style="list-style-type: none"> ●DIC（播種性血管内凝固症候群）に関する最新情報を WEB 講演会形式で提供 ●話題の漢方に関する情報を WEB 講演会形式で年に数回、提供 	可及的に受講のこと
------------------------	-----	--	-----------

第20条 健康管理

1. 臨床研修医は、決められた健康診断を必ず受ける。
2. 臨床研修医は、必要な予防接種を必ず受ける。
3. 臨床研修医は、ストレス度チェックを受ける。
4. 臨床研修医は、不眠や強いストレスを自覚したりハラスメントを受けたと感じたりした場合は、研修プログラム責任者に相談し、適宜精神科や産業医の面談を受ける。
5. 臨床研修医は、時間外業務が 100 時間／月を超えた場合、面接指導実施医師による面談を受けなければならない（勤務状況や睡眠時間・健康管理の確認など）。

第21条 臨床研修の中断

基本的な考え方

臨床研修の中断とは、現に臨床研修を受けている臨床研修医について研修プログラムにあらかじめ定められた研修期間の途中で臨床研修を長期にわたり休止、または中止することをいう。

中断の基準

1. 臨床研修医が臨床研修を継続することが困難であると臨床研修管理委員会が評価、勧告した場合
 - ① 当該研修病院の廃院、指定の取消しその他の理由により、当該臨床研修病院における研修プログラムの実施が不可能な場合
 - ② 臨床研修医が臨床医としての適性を欠き、当該臨床研修病院の指導・教育によっても、なお改善が不可能な場合
 - ③ 妊娠、出産、育児、傷病等の理由により、臨床研修を長期にわたり休止または中止する場合
 - ④ その他、正当な理由がある場合
2. 臨床研修医から館長に申し出た場合
 - ① 妊娠、出産、育児、傷病等の理由により、臨床研修を長期にわたり休止または中止する場合
 - ② 研究、留学等の多様なキャリア形成のため、臨床研修を長期にわたり休止する場合
 - ③ その他、正当な理由がある場合

中断の手順

1. 研修管理委員会は、当該の臨床研修医が臨床研修を継続することが困難であると認める場合には、当該研修医がそれまでに受けた臨床研修に係る当該研修医の評価を行い、館長に対し、当該研修医の臨床研修を中断することを勧告する。
2. 館長は、「1.」の勧告または当該研修医の申し出を受けて、当該研修医の研修を中断する。
3. 臨床研修の中断の検討を行う際には、館長および臨床研修管理委員会は、当該研修医およびプロ

グラム責任者や他の研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の臨床研修に関する正確な情報を十分に把握する。また、臨床研修を再開する場所についても、併せて検討する（同一の病院で研修を再開予定か、出身大学附属病院等の病院を変更して研修を再開予定か、なども考慮）。なお、必要に応じて、それらの経緯や状況等の記録を残しておく。

中断という判断に至る場合には、当該研修医が納得する判断となるよう努める。また、必要に応じて事前に管轄する地方厚生局（九州厚生局）健康福祉部医事課にも相談する。

中断した場合

1. 館長は、臨床研修医が臨床研修を中断した場合には、当該研修医の求めに応じて、速やかに、当該研修医に対して、「**臨床研修中断証**」（別添；様式 1 1）を交付する。このとき、館長は、当該研修医の求めに応じて、プログラム責任者とともに臨床研修の再開のための支援を行うことを含め、適切な進路指導を行う。さらに、館長は、速やかに、「**臨床研修中断報告書**」（別添；様式 1 2）および当該中断証の写しを、管轄する地方厚生局（九州厚生局）健康福祉部医事課あてに送付する。

第22条 臨床研修の再開

臨床研修を中断した者は、自己の希望する臨床研修病院に、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。この場合において、臨床研修中断証の提出を受けた臨床研修病院が臨床研修を行うときは、当該臨床研修中断証の内容を考慮した臨床研修を行う。

なお、臨床研修の再開を受け入れた病院長は、研修再開の日から起算して1月以内に、「**臨床研修の再開（の受け入れ）に係わる履修計画表**」（別添；様式 1 3）および中断証の写しを、管轄する地方厚生局健康福祉部医事課あてに送付する。

第23条 臨床研修の修了

臨床研修の修了基準

1. 研修実施期間

館長は、臨床研修医が研修期間の間に、以下に定める休止期間の上限を減じた日数以上の研修を実施しなければ、研修修了と認めない。

① 休止の理由

研修休止の理由として認めるものは、傷病、妊娠、出産、育児その他正当な理由である。

② 必要履修期間等についての基準

研修期間を通じた休止期間の上限は、90 日（研修施設において定める休日は含めない）とする。各必修研修分野に求められている必要履修期間を満たしていない場合は、自由選択診療科目の期間の利用等により、あらかじめ定められた研修期間内に各必修研修分野の必要履修期間を満たすよう努める。

③ 休止期間の上限を超える場合の取り扱い

研修期間終了時に当該研修医の研修休止期間が 90 日を超える場合には、未修了とする。この場合、原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を行い、90 日を超えた日数分以上の

日数の研修を行う。

- ④ また、必修研修分野で必要履修期間を満たしていない場合は未修了として取り扱い、原則として引き続き同一の研修プログラムで当該研修医の研修を行い、不足する期間以上の期間の研修や必要な診療科における研修を行う。

- ⑤ プログラム責任者の役割

プログラム責任者は、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。当該研修医が研修修了基準を満たさなくなる恐れがある場合には、事前に臨床研修管理委員会に報告・相談するなどして対策を講じ、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に努める。

2. 臨床研修の目標（臨床医としての適性を除く）の達成度の評価

館長は、臨床研修医があらかじめ定められた研修期間を通じ、各目標について達成したか否かの評価を行い、少なくともすべての必修項目について目標を達成しなければ、研修修了と認めない。個々の目標については、臨床研修医が医療の安全を確保し、かつ、患者に不安を与えずに行うことができる場合に該当項目を達成したと考える。

3. 臨床医としての適性の評価

館長は、臨床研修医が以下に定める各項目に該当する場合は、研修修了と認めない。

臨床医としての適性の評価は非常に困難であり、十分慎重に検討を行う必要がある。なお、原則として、当該研修医が最初に臨床研修を行った臨床研修病院においては、その程度が著しい場合を除き臨床医としての適性の判断を行うべきではなく、少なくとも複数の臨床研修病院における臨床研修を経た後に評価を行うことが望ましい。

- ① 安心、安全な医療の提供ができない場合

医療安全の確保が危ぶまれ、または患者との意思疎通に欠け不安感を与える場合等には、まず、指導医が中心となって、当該研修医が患者に被害を及ぼさないよう十分注意しながら、指導・教育する。十分な指導にもかかわらず、改善がみられず、患者に被害を及ぼす恐れがある場合には、研修未修了や研修中断の判断もやむを得ない。

一般常識を逸脱する、就業規則を遵守できない、チーム医療を乱す等の問題に関しては、まず当該臨床研修病院において、十分指導・教育を行う。原則として、あらかじめ定められた研修期間を通じて指導・教育し、それでもなお医療の適切な遂行に支障を来す場合には、研修未修了や研修中断の判断もやむを得ない。

また、重大な傷病によって適切な診療行為が行えず医療安全の確保が危ぶまれ、または患者に不安感を与える等の場合にも、研修未修了や研修中断の判断もやむを得ない。なお、傷病またはそれに起因する障害等により当該臨床研修病院では研修不可能であるが、それを補完・支援する環境が整っている他の臨床研修病院では研修可能な場合には、館長は、当該研修医が中断をして病院を移ることを可能とする。

- ② 法令・規則が遵守できない者

医道審議会の処分対象となる者の場合には、

医師法第7条の2第1項の規定に基づく再教育研修を行う。再教育にも関わらず改善せず、患者に被害を及ぼす恐れのある場合には、研修未修了、研修中断の判断もやむを得ない。

臨床研修の修了認定

1. 臨床研修管理委員会は、臨床研修医の研修期間の終了に際し、臨床研修に関する当該研修医の評価を行い、館長に対し、当該研修医の評価を報告する。この場合において、臨床研修管理委員会は、臨床研修中断証を提出し臨床研修を再開した当該研修医については、臨床研修中断証に記載された当該研修医の評価を考慮する。
2. 館長は、「1.」の評価に基づき、当該研修医が臨床研修を修了したと認めるときは、速やかに、当該研修医に対し、「**臨床研修修了証**」（別添；好生館様式）を交付する。
3. 館長は、「2.」に基づく臨床研修修了証の交付後1月以内に、臨床研修修了証を交付した臨床研修医の氏名及び生年月日を記載した**臨床研修修了者一覧表**（様式については別添）を、管轄する地方厚生局（九州厚生局）健康福祉部医事課に提出する。また、研修を修了した初期臨床研修医に対して、医籍への登録の申請（いわゆる第2の医籍登録）を行うよう励行する。

臨床研修の未修了

1. 基本的な考え方

臨床研修の未修了とは、臨床研修医の研修期間の修了に際する評価において、当該研修医が臨床研修の修了基準を満たしていない等の理由により、館長が当該研修医の臨床研修を修了したと認めないことをいうものであり、原則として、引き続き同一の研修プログラムで研修を行うことを前提としたものである。

研修未修了の検討を行う際には、館長および臨床研修管理委員会は当該研修医および研修指導関係者と十分話し合い、当該研修医の研修に正確な情報を十分に把握する。

これらを通じて、最終的に研修未修了関するという判断に至る場合であっても、当該研修医が納得するよう努める。なお、このような場合においては、経緯や状況等の記録を残しておく。また、必要に応じて事前に管轄する地方厚生局（九州厚生局）健康福祉部医事課に相談をする。

2. 研修未修了の手順

館長は、『臨床研修の修了認定の「1.」』の評価に基づき、当該研修医が臨床研修を修了していないと認めるときは、速やかに、当該研修医に対して、理由を付して、その旨を文書、「**臨床研修未修了理由書**」（別添；様式16）で通知する。

3. 研修未修了とした場合

当該研修医は、原則として引き続き同一の研修プログラムで研修を継続することとなるが、その場合には、研修プログラムの定員を超えてしまう事もあり得ることから、指導医1人当たりの臨床研修医数や研修医1人当たりの症例数等について、研修プログラムに支障を来さないよう、十分に配慮する。

なお、研修未修了とした場合には、館長は、研修を継続させる前に、当該研修医が臨床研修の修了基準を満たすための文書、「**臨床研修の未修了者に係わる履修計画表**」（別添；様式17）を管轄する地方厚生局（九州厚生局）健康福祉部医事課あてに送付する。

第24条 研修記録の保管

館長は、臨床研修を受けた臨床研修医に関する次の事項を記載し、当該研修医が臨床研修を修了し、または中断した日から10年間、保管する。

1. 氏名、医籍の登録番号および生年月日
2. 臨床研修を修了し、または中断した臨床研修に係る研修プログラムの名称
3. 臨床研修を開始し、および修了し、又は中断した年月日
4. 臨床研修を行った臨床研修病院（臨床研修協力施設と共同して臨床研修を行った場合にあっては、臨床研修協力病院および臨床研修協力施設）の名称
5. 臨床研修を修了し、または中断した臨床研修の内容および臨床研修医の評価（研修医評価票（様式については別添）および達成度判定票（様式については別添）を含む。）
6. 臨床研修を中断した場合にあっては、臨床研修を中断した理由
7. 臨床研修を修了後に専攻医研修等で勤務予定の施設名、専攻する診療科名など
（入局先が判明している場合は、入局した講座名ならびに専攻する診療科名）

（附則）

本要項は令和2年7月31日から施行する。

（補遺）

本要項は令和3年1月6日に再改訂した。

本要項は令和4年3月10日に再改訂した。

本要項は令和5年3月1日に再改訂した。

本要項は令和6年2月20日に再改訂した。

本要項は令和7年3月31日に再改訂した。

部署別 時間外業務に該当するものの基準

(総合教育研修センター：臨床研修医用)

以下の基準に則って勤怠管理システム（COMPANY）に入力されたものは、事前申請されたものと同等とみなします。

館内で行う自己研鑽を否定するものではありません。医師として成長するための研鑽は、積極的に行なってください。

「院内にいた時間」イコール「業務の時間（時間外勤務含む）」ではない、ことに留意してください。

時間外勤務に該当するもの

◎診療業務及び診療業務に必要な情報収集

※実際の入院患者・外来患者・救急外来患者の診療に関する業務等

- その時期に研修している診療科の担当医として、入院患者・外来患者の診察および処置・治療、各種指示（処方、注射、各種検査など）、カルテ記載、検査結果確認、診断書・診療情報提供書作成、レセプトチェックなどの作業が平日の時間外に及んだ場合は、時間外勤務とします。

ただし、平日の時間内に回せる業務は時間内に回すようにしてください。

また、患者や家族に対する病状説明などは、勤務時間内に調整するようにこころがけてください。

- 平日の時間外や土日・休祭日に病棟患者の病態悪化もしくは急変があり、救急コールで呼ばれた入院患者の診察および処置・治療、各種指示（処方、注射、各種検査など）、カルテ記載、検査結果確認、入退院に伴う一連の業務などは、時間外勤務とします。時間外および休日出勤時の救急コール対応等に関しては、患者急変対応や看取りなどといった主治医（担当医）が対応したほうがよいと判断される場合以外、可能な限り、オンコール医師に任せるとともに、平素から治療方針の共有を心がけて下さい。
- 平日の時間外や土日・休祭日に、その時期に研修をしている診療科のオンコール当番で呼ばれた、または緊急の検査・処置および緊急手術などで時間外に呼ばれた新規の入院患者・救急外来患者の診察および処置・治療、各種指示（処方、注射、各種検査など）、カルテ記載、検査結果確認、入退院に伴う一連の業務などは、時間外勤務と

します。上記に該当するものとして、具体的には、以下のようなケースが考えられます。

- ・ 緊急内視鏡検査および内視鏡下止血処置（補助要員）、
- ・ 緊急気管支鏡検査、
- ・ 緊急骨髄穿刺、
- ・ 緊急の PT-GBD などのドレナージ処置（補助要員）、
- ・ 緊急の胸腔ドレナージ処置（補助要員）、
- ・ 緊急の心嚢ドレナージ処置（補助要員）、
- ・ 緊急のインターベンション・TAE による止血処置（補助要員）、
- ・ 緊急の血栓溶解療法や血管内治療（補助要員）、
- ・ 緊急の PTCA などの心臓カテーテル検査および治療（補助要員）、
- ・ 緊急の内科系疾患の入院（担当医）、
- ・ 緊急の外科系疾患の入院（担当医）、
- ・ 緊急の各種手術：開頭術／開胸術／胸腔鏡下手術／開腹術／剣状突起下心嚢開窓術／開腹術／腹腔鏡下手術／緊急帝王切開／骨折整復・骨接合など整形外科系の手術／形成外科的手術／熱傷処置など（術者・手術助手）、
- ・ 分娩に伴う呼び出しなど

- 臨床研修医の退院サマリーの作成率に関しては、令和 4 年度以降の目標が、退院後 1 週間以内の作成率が 90% 以上、2 週間以内の作成率が 100%、を目指すとなっています。

退院サマリーの作成および診療情報提供書の作成に関しては、業務と判断し、その作業が平日の時間外に及んだ場合は、時間外勤務とします。

ただし、退院サマリーで詳細な考察（アセスメント）を書くための文献検索や、専門の医師であれば当然知っていると思われることの学習のための文献検索などは、自己研鑽とみなします。

※入院患者に関する看護師からの問い合わせや指示確認等に関して、電話連絡のみで済んだ場合、時間外に該当するかどうかは、その時期に研修している診療科の部長の判断に従ってください。

※緊急で呼ばれた手術や検査などに関連した“待機時間”については、その時期に研修している診療科の部長の判断を仰いでください。

※ 迷った時の判断基準として、

- ① 診療報酬、病院収益に直接関係するものは勤務。
- ② その行動は、自分のため？ 病院のため？ 自分のためと思われる場合は自己研鑽としてください。（自分の成長がゆくゆくは病院のためになるが、今現在影響がないのなら、自己研鑽です。

◎業務命令による学会、カンファレンス（CPC 等）、研修会等への出席や準備

- 医療マネジメント学会（全国、九州、佐賀県の全てを含む）、日本病院会、自治体病院学会、好生館医学会での発表を勤務時間外に行う場合は、時間外勤務とします。

なお、発表のためのプレゼンテーション資料の作成は、通常、勤務時間内に行うものとし、やむを得ず勤務時間外に行う場合は、2時間を上限として作成に要した時間を時間外勤務として取り扱います。

- 毎月第3水曜日の時間外（17：30～18：30）に実施される CPC（臨床病理カンファレンス）への出席は、自己研鑽とします。ただし、CPCの発表者になった場合、発表時間は、時間外勤務とします。なお、発表のためのプレゼンテーション資料の作成は通常、勤務時間内に行うものとし、やむを得ず勤務時間外に行う場合は2時間を上限として作成に要した時間を時間外勤務として取り扱います。

※上記以外の学会・研究会・症例検討会・術前カンファレンス・合同カンファレンス・各種セミナー、研修医勉強会（レジデント勉強会：毎月第二・第四木曜日開催）等への参加および発表スライドの準備・作成時間については、自己研鑽とします。

◎業務命令による総合教育研修センター関連の仕事

- レジナビ、マイナビ、e レジ等の医師臨床研修プログラム説明会や佐賀県主催の臨床研修関連セミナーの出席に関しては、平日の時間外や土日祭日にオンライン方式で参加した場合は、時間外勤務とします。参加した時間を時間外勤務として申請してください。

佐賀県外の対面式医師臨床研修プログラム説明会（レジナビやマイナビなど）への出席については、出張扱いとなります。研修医リーダーに人選を依頼しますので、プログラム説明会へ参加することになった研修医の先生は、「出張届け」を出すようにしてください。さらに参加した研修医は、プログラム説明に参加した時間を時間外勤務として別途申請してください。

◎ER 総合時間外診療（いわゆる総合当直）について

- ER 総合時間外診療（いわゆる総合日直当直）については、病院の業務命令に準ずると考えられることから、時間外勤務とします。総合当直の時間帯および担当時間に応じて、時間外手当が支給されます。

※夜間Ⅰを担当した場合、23：00（土日祭日は08：30も）に夜間Ⅱ担当者に申し送りをしてください。ER 受診を希望する傷病者の電話受けが23：00前であって、来院が23：00以降となる場合、夜間Ⅰ担当者は傷病者情報を夜間Ⅱ担当者に伝達した上で、夜間Ⅱに診療を依頼してください。

※夜間Ⅱを担当した翌日は、半日勤務となります。その時期に研修している診療科の部長と相談のうえ、午前のみ勤務、午後のみ勤務のどちらかを選んでください。

手術や検査・処置・治療が延長した場合についての取り決め

手術室やそれに準ずる治療室（内視鏡室・心カテ室・透視室など）に在室していたかどうか、検査・処置に立ちあっていたかどうかではなく、業務を行っていたかどうかで判断してください。

業務：手術メンバーとして手術処置に参加した時間

術者（Operation Leader）の判断で手術に不可欠なメンバーとして手術に参加した場合（時間外業務の判断は Operation Leader が判断、必要最小限にする）

⇒手術記録、術後説明等の診療録記載、術後指示オーダー、病理標本整理など

※【自己研鑽】：手術のビデオ編集、手術録画の見直し、手術の見学など

※ 見学中にスタッフから指示があった場合は、その時間のみ業務とみなします。

手術や検査・処置の待機時間および館内カンファランスの準備（部長判断）

手術搬入や検査結果待ちなど、自分の机などで拘束状態から解かれた状態、何をするか自分で自由に選択できる状態で、業務をしなかった場合は、業務外、休憩とします。待機時間に業務をする場合、その時間の使い方が賃金を受け取るのに相応しいかどうかを考え、行動してください。この場合も、時間内に回せる仕事は時間内に回し、できるだけ休憩をとるように心がけてください。

連続勤務を避けるためにも計画的に休憩を取るようにしましょう。

前述のように、手術や検査・処置の待機時間についての最終判断は、部長裁定となりますので、詳細は、その時期に研修している診療科の部長の判断に従ってください。また各診療科・部門で行う館内カンファランスの準備については、臨床研修医の場合、自己研鑽に該当する面も少なくないと思われます。したがって、館内カンファランスの準備を時間外業務扱いとするか否かについての最終判断は、その時期に研修をしている診療科の部長の判断に従ってください。

令和4年6月21日 初版版

令和5年1月23日 改訂版作成（Version 2）

令和5年5月18日 改訂版作成（Version 4）

令和5年6月12日 改訂版作成（Version 7）

令和6年2月25日 改訂版作成（Version 8）

（文責） 総合教育研修センター 藤田 尚宏