



会長	副会長		庶務理事	会計理事	事務局長
次長	課長	課長代理	係長	担当	受付

6 臨協第9号
令和6年5月1日

高知県医師会会長 様

高知県臨床研修連絡協議会 会長 瀬尾 宏美

第29回及び第30回高知県臨床研修指導医養成ワークショップの
開催について（ご案内）

深緑の候、貴職におかれましてはますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

このたび、臨床研修医に対して指導を行う医師が教育への関心を深め、望ましいカリキュラムを理解し、実践する能力を身につけることを目的として、別添実施要項のとおり「第29回及び第30回高知県臨床研修指導医養成ワークショップ」を開催することになりましたので、ご連絡いたします。

【担当】

高知県臨床研修連絡協議会事務局 澤村・西
(高知医療再生機構内)

〒780-8570 高知県高知市丸ノ内1-2-20

(TEL) 088-822-9910 (FAX) 088-855-5881

(Email) sawamura@kochi-mrr.or.jp

第29回及び第30回高知県臨床研修指導医養成ワークショップ実施要項

1. 目的

研修医に対する医師臨床研修指導を推進するために、教育への関心を深め、望ましいカリキュラムを理解し、実践する能力を身につける。

2. ワークショップの概要と申込

(1) 主催・講師

主 催	高知県臨床研修連絡協議会 (事務局長 高橋 慎一 [高知医療再生機構 専務理事])
主催責任者	瀬尾 宏美 高知大学医学部 教授 (総合診療部)
企画責任者	藤田 博一 高知大学医学部 教授 (医学教育創造センター)
特別講師	伊藤 俊之 滋賀医科大学医学・看護学教育センター 教授 田中 信一郎 医療法人 三祥会 幸町記念病院 院長 森田 恵美子 医療法人社団 誠心会 荻原中央病院 三木 洋一郎 九州大学基幹教育院人文社会科学部門 教授
タスクフォース	高知大学医学部ワークショップタスクフォース 数名

(2) 日時

第29回	令和6年8月24日(土)、25日(日)
第30回	令和7年3月1日(土)、2日(日)
時間帯	1日目 (集合8:30) 9:00~19:20 (※情報交換会・宿泊なし) 2日目 (集合8:20) 8:30~18:00

(3) 場所

高知大学医学部附属病院 レジデントハウス南風1階 (スキルスラボ学習室等)
(〒783-8505 南国市岡豊町小蓮)

※駐車場は有料となります。各所属の旅費等でのご対応をお願いします。

(4) プログラム

別紙、高知県臨床研修指導医養成ワークショップ運営・進行表のとおり。

(5) 参加料 18,000円

参加料には2日間の研修費、昼食・軽食等費用を含みます。

参加料の納入は、開催初日に受付で徴収または各病院への請求による振込での対応となります。納入方法の希望につきましては、参加者決定後に確認させていただきます。分割した納入等の希望がある場合には、その際に個別でご連絡をお願いします。

(6) 参加対象者

指導医の要件である臨床経験を有する医師(見込みを含む)で、高知県内の病院・施設において研修医の指導を行っている方、あるいは指導予定の方。

※臨床経験が6年未満(研修医含む)での参加も可能です。ただし、指導医として登録できるのは臨床経験が7年以上になってからとなります。

(7) 定員 24名

申込者多数の場合は、病院・施設の規模、参加状況などをもとに調整させていただく場合がありますので、採否については主催者にご一任ください。

(8) 申し込みにあたっての留意事項等

新型コロナウイルス感染症対策のため、別紙の内容をご確認いただき、ご本人が了承いただける方についてお申し込みをお願いします。ただし、申し込み時点でのご判断となりますので、ワークショップの約2週間前に、最終確認をさせていただきます。

(9) 申し込み方法

別添、参加申込書に必要事項をご記入のうえ、各病院・施設でとりまとめ、ファックスまたは担当者あてメールにてお申し込みください。その際、所属での優先順位の記入漏れがないようご確認ください。

(10) 申込み締切日

令和6年5月31日（金）必着

(11) 参加決定通知

後日、申込み病院・施設様へ参加の採否について結果を通知します。

(12) 参加取消

やむを得ない事情で参加できなくなった場合は、わかった段階ですぐに高知県臨床研修連絡協議会事務局までご連絡ください。（グループワークに支障があるため、欠席がないよう必ず参加できる前提でお申し込みください。）

(13) 修了証書

本ワークショップを修了した参加者に対しては、主催者及び厚生労働省医政局長の連名の修了証書を交付いたします（この研修は、平成16年3月18日付け厚生労働省通知「医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針」に則った講習会です）。

なお、途中退場の場合は修了証書の発行は認められておりませんので、あらかじめご了承ください。

(14) 申し込み・連絡先

〒780-8570 高知市丸ノ内1-2-20 高知医療再生機構内

高知県臨床研修連絡協議会事務局 担当：澤村

電話：088-822-9910 FAX：088-855-5881

電子メール：sawamura@kochi-mrr.or.jp

(15) その他

- ・プログラム・講師などが多少変更となる場合がございます。
- ・ワークショップのグループ分けは事務局で行います。

(別紙) 臨床研修指導医養成ワークショップへの申し込みにあたっての留意事項等

新型コロナウイルス感染症対策のため、お申し込みの前に以下の内容についてご確認・ご了承をお願いします。

- ・ワークショップは対面での実施を予定していますが、本要項作成時点では、ワークショップ開催時点での新型コロナウイルスの感染状況が不明のため、状況によってはオンライン形式となりうることをご了解の上で、お申し込みください。なお、現時点では所属医療機関からの参加承諾を書面の提出は予定していません。
- ・日ごろから十分に留意されていることと思いますが、ワークショップ参加の2週間前からは特に体調管理にお気を付けてください。
なお、当日 37.5 度以上の発熱がある方は参加をお断りさせていただきます。
- ・当日はマスク（不織布三層構造のもの）をご持参ください。
会場では、手指消毒液の設置、十分な換気等の感染予防対策を実施します。
換気を行うと空調の効率が下がるため、着衣で調整できる配慮をお願いいたします。
- ・グループワークでは代表者にパソコンを操作していただきます。また万一、オンライン開催となった場合に備え、①ご自身のパソコン（Windows または Mac）を使用してWEB会議ができること、②事前にご自身の Gmail アカウントを取得しておいていただくこと、をお願いします。（PC や Gmail アカウントについては、参加が決定して後にご連絡いたします）
- ・その他、追加情報など発生しましたら、改めてご連絡させていただきます。
参加者の皆さまにはお手数をおかけすることもあります、ご理解・ご協力をいただきますようよろしくお願いいたします。

高知県臨床研修指導医養成ワークショップ運営・進行表(サンプル)

1日目		
時刻	事項	内容
08:30～09:00	受付	
09:00～09:13	開会	主催者・ディレクター挨拶・スタッフ紹介
09:13～09:28	ワークショップの進め方(含総合プレアンケート)	
09:28～09:33	提出物について	説明
09:33～10:25	望ましい学習「これまでの生涯で最も印象に残る体験」	説明 グループ作業・全体発表
10:25～11:50	社会が求める医師の基本的臨床能力とは	説明(KJ法) グループ作業・全体発表
11:50～12:35	カリキュラムプランニング	カリキュラムとは(説明)・グループ作業 テーマ発表と質疑・まとめ
12:35～13:35	昼食	
13:35～16:40	研修目標	説明・グループ作業・中間発表・まとめ グループ作業・全体発表と討論
16:40～16:50	コーヒーブレイク	
16:50～18:10	研修方略(1)	説明・グループ作業
18:10～19:10	講演(医師臨床研修制度の理念と概要/医師臨床研修の到達目標と修了基準)	講演
19:10～19:15	第1日の評価	
19:15～19:20	事務連絡	

2日目		
08:30～08:35	第1日のふりかえり	
08:35～09:20	研修方略(2)	全体発表
09:20～09:55	Significant Event Analysis	全体討論
09:55～11:20	研修指導医のあり方(役割を含む)	ビデオ視聴・グループ作業・全体発表
11:20～12:15	講演(メディカルサポートコーチング)	ビデオ視聴・グループ作業・全体発表
12:15～12:40	フィードバック	解説・質疑
12:40～13:25	昼食	
13:25～15:35	研修評価	説明・グループ作業・全体発表
15:35～15:45	コーヒーブレイク	
15:45～17:05	臨床研修の充実に向けて「研修現場の問題点と対応」	説明・グループ作業・全体発表、討論
17:05～17:25	WSふりかえり	総合ポストアンケート・第2日の評価・WS総合評価
17:25～17:40	参加者の感想	
17:40～18:00	閉会	参加証(修了証)伝達・主催者・ディレクター挨拶

高知県臨床研修連絡協議会事務局 澤村 あて

【 FAX番号 088-855-5881 】

第29回/第30回 高知県臨床研修指導医養成ワークショップ参加申込書

【申込み締め切り令和6年5月31日(金)】

病院・施設名	
担当者氏名	
担当者連絡先 (電話番号)	

* 欠席者がいないようにするため、各回開催日の前には担当者様に出席の再度確認のお願いをさせていただきます。お手数ですがご協力をお願いいたします。

* 年齢、臨床経験年数については、参加申込時の年齢(○歳)・臨床経験年数(○年)をお願いします。

所属での優先順位	部署	専門	役職	氏名	ふりがな	性別	年齢	臨床経験年数	希望の欄(1つのみ)に○を記入してください。					特記事項
									第29回/第30回 どちらでも可	第29回のみ (第30回不可)	第29回を優先 (第30回も可)	第30回のみ (第29回不可)	第30回を優先 (第29回も可)	

* 10名以上希望者がいる場合は、行を追加または用紙をコピーして記載してください。