様式１０

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和　3　年　4　月　26　日

宮城県知事　殿

病院名　　気仙沼市立病院
開設者　　気仙沼市長　　菅原　茂

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（平成１４年厚生労働省令第１５８号）第１２条に基づき、年次報告書を提出いたします。

また、併せて、同省令第９条に基づき、１．研修プログラムの変更、２．研修プログラムの新設を届け出ます。（研修プログラムを変更する場合には「１．研修プログラム変更」に、研修プログラムを新設する場合には「２．研修プログラムの新設」に○をつけてください。）

①. 基幹型臨床研修病院　２. 協力型臨床研修病院（報告又は届出を行う臨床研修病院の型の番号に○をつけてください。）

・年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－１－から－５－まで及び別紙１については、臨床研修プログラム検索サイトの画面を印刷したもの（不足する項目は適宜加筆すること）等必要な項目がわかるものを代わりに添付していただいても構いません。
・項目番号１から２５までについては、年次報告において記入してください。
・研修プログラムの変更・新設の届出の場合は、項目番号２６から３５までについても記入してください。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－１－

病院施設番号：　０３０９６２　　臨床研修病院の名称：　気仙沼市立病院

記入日：西暦　2021　年　4　月　26　日

病院施設番号 （基幹型、協力型記入） 既に番号を取得している臨床研修病院については病院施設番号を記入してください。	０３０９６２	臨床研修病院群の名称 （基幹型、協力型記入） 既に臨床研修病院群番号を有している臨床研修病院群については、番号も記入してください。	名称　気仙沼市立病院 番号

作成責任者の氏名及び連絡先 （基幹型、協力型記入） 本報告書の問合せに対して回答できる作成責任者について記入してください。	ﾌﾘｶﾞﾅ　ハタケヤマ　　ユミ 氏名（姓） 畠山	（名） 由美	役職 主幹兼総務係長 （内線 5204） （直通電話（0226）22―7100） e-mail：hs-somu@kesennuma.miyagi.jp （携帯電話のメールアドレスは不可とします。）

１．病院の名称 （基幹型、協力型記入）	ﾌﾘｶﾞﾅ　ケセンヌマシリツビョウイン 気仙沼市立病院
２．病院の所在地及び二次医療圏の名称 （基幹型・協力型記入）	〒 9 8 8－0 1 8 1　（　宮城　都・道・府・県） 宮城県気仙沼市赤岩杉ノ沢 8-2 電話：（0226）22―7100　ＦＡＸ：（0226）22―3121 二次医療圏の名称：石巻・登米・気仙沼
３．病院の開設者の氏名（法人の名称） （基幹型・協力型記入）	ﾌﾘｶﾞﾅ　ケセンヌマシチョウ　スガワラシゲル 気仙沼市長　菅原　茂
４．病院の開設者の住所（法人の主たる事務所の所在地） （基幹型・協力型記入）	〒 9 8 8－0 0 8 4　（　宮城　都・道・府・県） 気仙沼市八日町一丁目１番１号 電話：（0226）22―6600　ＦＡＸ：（0226）22―3121
５．病院の管理者の氏名 （基幹型・協力型記入）	ﾌﾘｶﾞﾅ　ヨコタ　　ケンイチ 姓　横田　／　名　憲一
６.研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数 （基幹型記入）	＊　別紙１に記入 研修管理委員会のすべての構成員（協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。）について記入してください。
７．病院群の構成等 （基幹型記入）	＊　別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、大学病院及び臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。
８.病院のホームページアドレス （基幹型・協力型記入）	http://www.kesennuma-hospital.jp/

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－２－

病院施設番号：　０３０９６２　　臨床研修病院の名称：　気仙沼市立病院

		※	
９．医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤：　５９名、非常勤（常勤換算）：　１２名 計（常勤換算）：　７１名、医療法による医師の標準員数：　３４名 ＊　研修医の氏名等について様式３に記入
１０．救急医療の提供の実績 （基幹型・協力型記入）	救急病院認定の告示		告示年月日：西暦２０１４年０２月０４日、告示番号：第　８９　号
	医療計画上の位置付け		１．初期救急医療機関　[２．第二次救急医療機関]　３．第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無		[１．有]　（５７５．０４）m^2　０．無
	救急医療の実績		前年度の件数：　６，５７５　件（うち診療時間外：　５，４８７　件） １日平均件数：　１８．０　件（うち診療時間外：　１５．０　件） 救急車取扱件数：　１，９７６　件（うち診療時間外：　１，３３８　件）
	診療時間外の勤務体制		医師：　２　名、看護師及び准看護師：　３　名
	指導を行う者の氏名等		＊　別紙４に記入
	救急医療を提供している診療科		内科系（[１．有]　０．無）　外科系（[１．有]　０．無）　小児科（[１．有]　０．無） その他（　全科　）
１１．医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） （基幹型・協力型記入）			1.一般：　３３６　床、2.精神：　０　床、3.感染症：　４　床 4.結核：　０　床、5.療養：　０　床
１２．診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数 （基幹型・協力型記入）			＊　別紙２に記入
１３．病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） （基幹型・協力型記入）			1.一般：　１３．９　日、2.精神：　０．０日、3.感染症：　９．７日 4.結核：　０．０　日、5.療養：　０．０日
１４．前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数：　３１８件、異常分娩件数：　８４件
１５．臨床病理検討会（ＣＰＣ）の実施状況 （基幹型・協力型記入）	開催回数		前年度実績：　１　回、今年度見込：　１２　回　※報告・届出病院の主催の
	指導を行う病理医の氏名等		＊　別紙４に記入　下に開催した回数を記載
	剖検数		前年度実績：　１　件、今年度見込：　１２　件
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室　[１．有] ０．無　（　　）大学、（　　）病院 無を選択した場合には、剖検を実施している大学又は病院を記入してください。
１６．研修医のための宿舎及び研修医室の有無 （基幹型・協力型記入）	研修医の宿舎		[１．有]（　１０　戸） ０．無（住宅手当：　　円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「０」と記入してください。
	研修医室		１．有（　１　室）　[０．無] 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
１７．図書、雑誌、インターネット等が利用できる環境及び医学教育用機材の整備状況 （基幹型・協力型記入）	図書室の広さ		（２４．３３）m^2
	医学図書数		国内図書：　３，２００　冊、国外図書：　１，８００　冊
	医学雑誌数		国内雑誌：　１８　種類、国外雑誌：　５　種類
	図書室の利用可能時間		０：００　～　２４：００　24時間表記
	文献データベース等の利用環境		Medline等の文献データベース（[１．有]　０．無）、教育用コンテンツ（[１．有]　０．無）、 その他（　　）
			利用可能時間（０：００　～　２４：００）24時間表記
	医学教育用機材の整備状況		医学教育用シミュレーター（[１．有]　０．無）、 その他（　　）

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－３－

病院施設番号：　０３０９６２　　臨床研修病院の名称：　気仙沼市立病院

１８．病歴管理体制 （基幹型・協力型記入）	病歴管理の責任者の氏名及び役職		ﾌﾘｶﾞﾅ　ﾌｼﾞｻｷ　ﾕｷ 氏名（姓）　藤﨑　（名）　百紀 役職　主事　（病歴担当者）
	診療に関する諸記録の管理方法		１．中央管理　２．各科管理 その他（具体的に：　　）
	診療録の保存期間		（　５　）年間保存
	診療録の保存方法		１．文書　２．電子媒体 その他（具体的に：文書と電子媒体を併用している）
１９．医療安全管理体制 （基幹型・協力型記入）	安全管理者の配置状況		１．有（　３　名）　０．無 有を選択した場合には、安全管理者の人数を記入してください。
	安全管理部門の設置状況		職員：専任（　１　）名、兼任（　２　）名 主な活動内容：院内において発生したアクシデントやインシデントについての情報収集及び改善策の検討、医療事故防止のための研修及び教育
	患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況		患者相談窓口の責任者の氏名など： ﾌﾘｶﾞﾅ　フジイ　ヒロミ 氏名（姓）　藤井　（名）　ひろ美 役職　看護師長 対応時間（８：３０　～　１７：００　）24 時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無：　１．有　０．無
	医療に係る安全管理のための指針の整備状況		１．有　０．無 指針の主な内容： 「医療に係る安全の指針」策定済み。医療事故防止マニュアル作成済み。
	医療に係る安全管理委員会の開催状況		年（１２）回 活動の主な内容：定期的に開催される他にリスクマネジャーの要望により、院内のインデント等を検討し委員会の広報紙で職員に内容を公開している。また、職員に対し研修会を企画し開催している。
	医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況		年（２）回以上 研修の主な内容：病院内外に講師を依頼し、全職員を対象に行っている。
	医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策		医療機関内における事故報告等の整備：　１．有　０．無 その他の改善のための方策の主な内容： インシデントレポート、アクシデントの報告体制を整備し、院内の各種委員会とも連携しながら再発防止に努めている。
２０．前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 （基幹型・協力型記入）			修了：　２　名 中断：　０　名

２１．現に受け入れている研修医の数
（基幹型・協力型記入）

	前々年度	前年度	当該年度
１　年	5	2	6
２　年	5	5	5

２２．受入可能定員 （基幹型・協力型記入）	許可病床数（歯科の病床数を除く。）から算出		許可病床数（　３３９　）床÷１０＝（　３４　）名
	患者数から算出		年間入院患者数（　６，０８０　）人÷１００＝（　６０　）名
２３．当該病院からの医師派遣実績 ※募集定員を変更する場合は、別紙５も提出すること。			○　派遣実績　　名　→　募集定員加算　　名 ※　募集定員加算の人数は、報告・届出年度の翌年度の募集定員を算出する際に用いる医師派遣等の加算人数を記入すること。（記入要領 25 を参照） ○地域医療対策協議会等の意向の把握（　有　・　無　） ※　該当する方を○で囲むこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－４－

病院施設番号：　０３０９６２　　臨床研修病院の名称：　気仙沼市立病院

項目 25 までについては,報告時に必ず記入してください。	※	
２４.精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 （基幹型・協力型記入） 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。		1.精神保健福祉士：　名（常勤：　名、非常勤：　名） 2.作業療法士：　１３名（常勤：　名、非常勤：　名） 3.臨床心理技術者：　名（常勤：　名、非常勤：　名） 9.その他の精神科技術職員： ＿＿名（常勤：　名、非常勤：　名）
２５．第三者評価の受審状況 （基幹型記入）		１．有　（評価実施機関名：　（　年　月　日）） （０）無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受審日を記入してください。
※ここからは研修プログラムごとに記入してください。研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。		
２６．研修プログラムの名称 （基幹型・協力型記入） プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。		研修プログラムの名称：気仙沼市病院群臨床研修プログラム プログラム番号：030962106
２７．研修医の募集定員 （基幹型記入）		１年次：　6　名、２年次：　6 名

２８.研修医の募集及び採用の方法 （基幹型記入）			
	研修プログラムに関する問い合わせ先		フリガナ　ホシ　タツヤ 氏名（姓）　星　／　（名）達也 所属　診療部　／　役職　副院長 電話：(0226) 22 ― 7100　ＦＡＸ：(0226) 22 ― 3121 e-mail：hs-somu@kesennuma.miyagi.jp URL：http:// www.kesennuma-hospital.jp/
	資料請求先		住所 〒９８８-０１８１　（宮城　都・道・府・(県)） 気仙沼市赤岩杉ノ沢 8-2 担当部門　／　担当者氏名 フリガナ　ハタケヤマ　ユミ 姓　畠山　／　名　由美 電話：(0226) 22 ― 7100　ＦＡＸ：(0226) 22 ― 3121 e-mail：hs-somu@kesennuma.miyagi.jp URL：http://www.kesennuma-hospital.jp/
	募集方法		①．公募 ２．その他（具体的に：　）
	応募必要書類 （複数選択可）		①．履歴書、２．卒業(見込み)証明書、３．成績証明書、 ４．健康診断書、５．その他(具体的に：　）
	選考方法 （複数選択可）		①．面接 ２．筆記試験 その他（具体的に：　）
	募集及び選考の時期		募集時期：　７月　１日頃から 選考時期：　８月　１日頃から
	マッチング利用の有無		①．有　０．無

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－５－

病院施設番号：　０３０９６２　　臨床研修病院の名称：　気仙沼市立病院

※研修プログラムの変更又は新設の場合は、上記内容と併せて以下の内容についても記入してください。

２９．研修プログラムの名称及び概要 （基幹型記入）			概要：＊　別紙３に記入 （作成年月日：西暦　２０１２　年　８　月　２７　日）
３０．プログラム責任者の氏名等（副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等） （基幹型記入） ＊　プログラム責任者の履歴を様式２に記入 ＊　副プログラム責任者が配置されている場合にあっては、副プログラム責任者の履歴を様式２に記入			（プログラム責任者） ﾌﾘｶﾞﾅ　ホシ　タツヤ 氏名（姓）　星　／　氏名（名）　達也 所属　　役職　副院長 （副プログラム責任者） １．有（　　名）　０．無
３１．臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） すべての臨床研修指導医等（協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。）について氏名等を記入してください。			＊　別紙４に記入
３２．インターネットを用いた評価システム			１．有（　・EPOC　・その他（　　））　０．無
３３．研修開始時期 （基幹型記入）			西暦　2021 年　4 月　1 日
３４．研修医の処遇 （基幹型・協力型記入）	処遇の適用 （基幹型臨床研修病院は、２に○をつけて、以下の各項目について記入してください。）		１．基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 １を選択した場合には、以下の研修医の処遇の項目については、記入不要です。 ２．病院独自の処遇とする。
	常勤・非常勤の別		１．常勤　２．非常勤
	研修手当		一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（390,000 円） 賞与／年（　730,000　円） 二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（420,000　円） 賞与／年（1,200,000　　円） 時間外手当：　１．有　０．無 休日手当　：　１．有　０．無
	勤務時間		基本的な勤務時間（　8：30　～　17：15　）24 時間表記 時間外勤務の有無：１．有　０．無
	休暇		有給休暇（１年次：　１４日、２年次：　２０日） 夏季休暇（１．有　０．無） 年末年始（１．有　０．無） その他休暇（具体的に：特別休暇　　）
	当直		回数（約　３　回／月）
	研修医の宿舎（再掲）		１．有（　１０　　戸） ０．無（住宅手当：　　円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。 無を選択した場合には、住宅手当の金額を記入してください。住宅手当の支給が無い場合は、「０」と記入してください。
	研修医室（再掲）		１．有（　　室）　０．無 有を選択した場合には、研修医室の室数を記入してください。
	社会保険・労働保険		公的医療保険（１年目：全国健康保険協会　２年目：宮城県市町村職員共済組合） 公的年金保険（１年目：厚生年金　２年目：宮城県市町村職員共済組合） 労働者災害補償保険法の適用（１．有　０．無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（１．有　０．無） 雇用保険（１．有　０．無）
	健康管理		健康診断（年　２　回） その他（具体的に　希望によりインフルエンザワクチン、Ｂ型肝炎ワクチン接種）
	医師賠償責任保険の扱い		病院において加入（１．する　０．しない） 個人加入（１．強制　０．任意）
	外部の研修活動		学会、研究会等への参加：１．可　０．否 学会、研究会等への参加費用支給の有無：１．有　０．無
３５．研修医手帳（基幹型記入）			１．有　０．無
３６．連携状況（基幹型記入）			＊　様式６に記入