

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和 4 年 4 月 18 日

都道府県知事 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。）

- ・ 項目番号 1 から 27 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 28 から 39 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： 気仙沼市病院

記入日：西暦 2022 年 4 月 18 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。	フリガナ ハタケヤマ ユミ		役職 主幹兼総務係長 (内線 5204) (直通電話 (0226) 22—7100) e-mail : <u>hs-somu@kesennuma.miyagi.jp</u> (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
	氏名 (姓) 畠山	(名) 由美		
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ 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 F A X : (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)	フリガナ 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 F A X : (0226) 22—3121			
	5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ 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、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： 66 名、非常勤（常勤換算）： 13 名 計（常勤換算）： 79 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： 7, 232 件（うち診療時間外： 4, 178 件） 1日平均件数： 19.8 件（うち診療時間外： 12.0 件） 救急車取扱件数： 2, 297 件（うち診療時間外： 1, 118 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： 14.0 日、2. 精神： 0.0 日、3. 感染症： 8.0 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・届出病院の主催の下に開催した回数を記載	
	指導を行う病理医の氏名等		* 別紙4に記入	
	剖検数		前年度実績： 0 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 ための宿舍及び 研修医室の有無 （基幹型・協力型記入）	研修医の宿舍		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 10 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍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

[illegible]

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 27 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。
26. 前年度に育児休業を取得した研修医の数 (基幹型・協力型記入)			女性 1 年次研修医 (0) 名 2 年次研修医 (0) 名 男性 1 年次研修医 (0) 名 2 年次研修医 (0) 名
27. 研修医の妊娠・出産・育児に関する施設及び取組に関する事項 (基幹型・協力型記入)	院内保育所		院内保育所の有無 (1. 有 0. 無) 有を選択した場合、開所時間を記入してください (時 分 ~ 時 分)
	保育補助		病児保育 (1. 有 0. 無) 夜間保育 (1. 有 0. 無) 上記保育所は研修医の子どもに使用可能か (1. 可 0. 不可)
			ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1. 有 0. 無)
			その他の補助 (具体的に：)
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所		休憩場所 (1. 有 0. 無) 授乳スペース (1. 有 0. 無)
	その他育児関連施設・取組があれば記入 (院外との連携した取組もあれば記入)		()
	研修医のライフイベントの相談窓口		1. 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入 () 窓口の専任担当 1. 有 (名) 0. 無
各種ハラスメントの相談窓口		窓口の名称を記入 (ハラスメント相談窓口) 窓口の専任担当 1. 有 (名) 0. 無	
※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。			
28. 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： プログラム番号： 030962201
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次： 6 名、2 年次： 6 名

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。

[illegible]

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 6 －

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。

37. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	研修手当		一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 350,000 円） 賞与／年（ 720,000 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 370,000 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 休憩時間（ ） 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）		
	研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 10 戸） 0. 無（住宅手当： 円） 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍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	
	院内保育所（再掲）			院内保育所の有無（1. 有 0. 無） 有を選択した場合、開所時間を記入してください（ 時 分 ～ 時 分） 病児保育（1. 有 0. 無） 夜間保育（1. 有 0. 無） 上記保育所は研修医の子どもに使用可能か（1. 可 0. 不可）	
		保育補助（再掲）		ベビーシッター・一時保育等利用時の補助（1. 有 0. 無） その他の補助（具体的に： ）	
			体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所（再掲）		休憩場所（1. 有 0. 無） 授乳スペース（1. 有 0. 無）
	その他育児関連施設・取組があれば記入（院外との連携した取組もあれば記入）（再掲）		（ ）		
	研修医のライフイベントの相談窓口（再掲）		1. 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無		
	各種ハラスメントの相談窓口（再掲）		窓口の名称を記入（ ハラスメント相談窓口 ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無		
	38. 研修医手帳（基幹型記入）		1. 有 0. 無		
	39. 連携状況（基幹型記入）		＊ 様式6に記入		