

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026年 4月 16日

都道府県知事 殿

病院名 横須賀市立総合医療センター
開設者 横須賀市長 上地 克明

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 38 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：030277

臨床研修病院の名称：横須賀市立総合医療センター

記入日：西暦2026年4月16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。	030277		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：伊東市民病院群 番号：3
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 サタミ		役職	
	氏名(姓)	(名)	総務課員 (内線 3377) (直通電話 (0570) 032630) e-mail : ygmc.junior-resident@yokosuka-gmc.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)	フリガナ コウエキシャダンホウジンチキイリョウシンコウキョウカイ ヨコスカシツソウゴウリョウセンター 公益社団法人地域医療振興協会 横須賀市立総合医療センター			
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)	〒 2 3 9 - 8 5 6 7 (神奈川県 都・道・府・県) 横須賀市神明町 1 - 8 電話：(0570) 032630 FAX：(046) 884 - 2630			
	二次医療圏 の名称： 横須賀・三浦二次保険医療圏			
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 ヨコスカショウ カミジ カツアキ 横須賀市長 上地 克明			
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)	〒 2 3 8 - 8 5 5 0 (神奈川県 都・道・府・県) 横須賀市小川町 1 1 電話：(046) 822 - 4000 FAX：(046) 822 - 7795			
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型、協力型記入)	フリガナ スマタ		ナメ	
	姓 沼田		名 裕一	
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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)	https://ygmc.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： 0 3 0 2 7 7

臨床研修病院の名称：横須賀市立総合医療センター

		※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 1 5 2 名、非常勤（常勤換算）： 1 0. 8 名 計（常勤換算）： 1 6 2. 8 名、医療法による医師の標準員数： 2 3 名 ＊ 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式A－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 2 0 2 3 年 8 月 2 2 日、告示番号：第 3 9 9 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 （ 1 7 0. 6 ） m ² 0. 無
	救急医療の実績		前年度の件数： 1 4, 2 8 5 件（うち診療時間外： 8, 4 9 2 件） 1 日平均件数： 3 9. 1 件（うち診療時間外： 2 3. 3 件） 救急車取扱件数： 8, 6 5 9 件（うち診療時間外： 5, 1 5 8 件）
	診療時間外の勤務体制		医師： 6 名、看護師及び准看護師： 2 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（ ）
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： 4 4 4 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 6 床 4. 結核： 床、5. 療養： 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。
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： 1 0. 2 日、2. 精神： . 日、3. 感染症： . 日 4. 結核： . 日、5. 療養： 8 6. 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： 1 5 1 件、異常分娩件数： 9 6 件
15. 臨床病理検討会（C P C）の実施状況 （基幹型・協力型記入）	開催回数		前年度実績： 8 回、今年度見込： 1 2 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入
	剖検数		前年度実績： 6 件、今年度見込： 1 0 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（単身用： 1 6 戸、世帯用： 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		（ 2 2. 8 ） m ²
	医学図書数		国内図書： 9, 4 0 0 冊、国外図書： 4, 0 0 0 冊 ※一部電子書籍に移行
	医学雑誌数		国内雑誌： 4 6 種類、国外雑誌： 1 種類 ※一部電子書籍に移行
	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（医師.jp、Up To Date Anywhere 等 ）

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：030277

臨床研修病院の名称：横須賀市立総合医療センター

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				フリガナカギ功 氏名(姓)高木(名)由加 役職医事課長 ①中央管理 2.各科管理 その他(具体的に：) (5)年間保存 1.文書 ②電子媒体 その他(具体的に：)																		
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(1 名) O.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(50)名 主な活動内容：医療事故防止のための医療安全検討委員会を毎月開催、インシデント・アクシデント事例収集・分析、医療安全教育研修、医療安全情報の提供																		
						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等： フリガナカンザキユミコ 氏名(姓)神崎(名)由美子 役職患者支援室 師長 対応時間(平日 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 O.無																		
										①有 O.無																		
										指針の主要内容：医療安全管理委員会、医療機器安全管理委員会の設置、医療事故防止マニュアル、インシデント・アクシデント事案の集計および分析、医療安全に関する職員研修																		
										年(12)回																		
						医療に係る安全管理委員会の開催状況				活動の主要内容：医療安全管理委員会の定期開催、医療安全に係る各種講習会（医療ガス等）の開催、インシデント・アクシデント事例の報告および検討、医療安全に基づく対策立案など																		
						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 研修の主要内容：医療事故防止、ヒューマンエラー防止、実例を交えた注意喚起、診療放射線に関する内容、医療ガスの取り扱いに関する講習会を随時開催して全職員が受講																		
										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 O.無 その他の改善のための方策の主要内容： ・医療事故防止 ・リスクマネジメント ・インシデントおよびアクシデントに関する報告																		
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： 8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)										<table border="1"><thead><tr><th></th><th>前々年度</th><th>前年度</th><th>当該年度</th></tr></thead><tbody><tr><td>1 年</td><td>10</td><td>9</td><td>10</td></tr><tr><td>2 年</td><td>20</td><td>15</td><td>18</td></tr></tbody></table>								前々年度	前年度	当該年度	1 年	10	9	10	2 年	20	15	18
	前々年度	前年度	当該年度																									
1 年	10	9	10																									
2 年	20	15	18																									
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(450)床÷10=(45)名																		
						患者数から算出				年間入院患者数(11,859)人÷100=(118.59)名																		
23.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： 11名(常勤： 11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)																		
24.臨床研修に関する第三者評価の受審状況 (基幹型記入) JCEPによる評価受審の有無を記載してください。										1.有(年 月 日) ①O.無 有を選択した場合には、直近の受審日を記入してください。 受審状況有りの場合、結果の公表 1.有 O.無																		

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： 030277

臨床研修病院の名称：横須賀市立総合医療センター

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※	
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			* 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。
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) 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 :)
	保育補助		休憩場所 (1) 有 0. 無) 授乳スペース (1) 有 0. 無)
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所		()
	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、本部コンプライアンス・ヘルプライン相談窓口) 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 :
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://
	資料請求先		住所 〒 □ □ □ — □ □ □ □ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://

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：

臨床研修病院の名称：

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）		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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から						
		マッチング利用の有無		1. 有 0. 無						
31. 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 年 月 日）						
32. 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A-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A-2に記入				（プログラム責任者） フリガナ <table><tr><td>氏名（姓）</td><td>氏名（名）</td></tr></table> 所属 役職 （副プログラム責任者） 1. 有（ 名） 0. 無	氏名（姓）	氏名（名）				
氏名（姓）	氏名（名）									
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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						
34. 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						
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）				西暦 年 月 日						
36. 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		<table><tr><td>一年次の支給額（税込み）</td><td>二年次の支給額（税込み）</td></tr><tr><td>基本手当／月（ 円）</td><td>基本手当／月（ 円）</td></tr><tr><td>賞与／年（ 円）</td><td>賞与／年（ 円）</td></tr></table> 時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	一年次の支給額（税込み）	二年次の支給額（税込み）	基本手当／月（ 円）	基本手当／月（ 円）	賞与／年（ 円）	賞与／年（ 円）
一年次の支給額（税込み）	二年次の支給額（税込み）									
基本手当／月（ 円）	基本手当／月（ 円）									
賞与／年（ 円）	賞与／年（ 円）									
		勤務時間		基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）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： 日、2年次： 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： ）						
		当直		回数（約 回／月）						
		研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 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（ ） 公的年金保険（ ） 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）						

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： 臨床研修病院の名称：

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況 （基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 30 日

都道府県知事 殿

病院名 横須賀市立市民病院
開設者 横須賀市長 上地 克明

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 38 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：030279

臨床研修病院の名称：横須賀市立市民病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 30 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。	030279		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：伊東市民病院群 番号：3
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 テグチ ミコ		役職 (内線 9716) (直通電話 (046) 856—3136) e-mail : dr-kensyu-yshimin@jadecom.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
	氏名 (姓)	(名)		
	出口	巨和子		
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ ヨコスカシツシミンビョウイン			
	横須賀市立市民病院			
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)	〒 2 4 0 0 1 9 5 (神奈川県・道・府・県)			
	横須賀市長坂 1-3-2			
	電話：(046) 856-3136 F A X：(046) 858-1776			
	二次医療圏 の名称：横須賀・三浦			
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 ヨコスカシヲ カジ カツキ			
	横須賀市長 上地 克明			
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)	〒 2 3 8 8 5 5 0 (神奈川県・道・府・県)			
	横須賀市小川町 1 1			
	電話：(046) 822— 4000 F A X：(046) 822— 7795			
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ ナギミ		コウタロウ	
	姓 長嶺	名 弘太郎		
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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:// yokosuka-shimin.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： 030279

臨床研修病院の名称： 横須賀市立市民病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤：48 名、非常勤（常勤換算）：9.5 名 計（常勤換算）： 66.2 名、医療法による医師の標準員数： 17 名 ＊ 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式Ａ－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 2026 年 2 月 1 日、告示番号：第 79 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 （ 141.800 ） m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 5150 件（うち診療時間外： 2946 件） 1日平均件数： 14.1 件（うち診療時間外： 8.1 件） 救急車取扱件数： 2507 件（うち診療時間外： 1427 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 3 名、看護師及び准看護師： 2 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（ ）	
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： 339 床、2. 精神： 0 床、3. 感染症： 0 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 11 . 4 日、2. 精神： 0 . 0 日、3. 感染症： 0 . 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： 0 件、異常分娩件数： 0 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： 11 回、今年度見込： 11 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入	
	剖検数		前年度実績： 3 件、今年度見込： 3 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（単身用： 戸、世帯用： 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（ 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		（ 235.100 ） m ²	
	医学図書数		国内図書： 5000 冊、国外図書： 125 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 1289 種類、国外雑誌： 4913 種類	
	図書室の利用可能時間		8 ： 30 ～ 20 ： 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（ 8 ： 30 ～ 20 ： 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：
 030279
 臨床研修病院の名称：
 横須賀市立市民病院

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	フリガナ 姓 氏名（姓）高瀬 役職 医事課長	フリガナ 名 （名）忠明													
	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：)														
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（ 1 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（ 33 ）名 主な活動内容：ヒヤリハットレポート等により報告された事例をもとに事故を未然に防止するための体制の整備 ・医療安全に関する職員研修および教育の実施・医療安全対策要領の見直し等に関すること・医療事故発生時の対応に関すること・医療安全に係る患者相談に関すること・身体拘束最小化に向けた取り組み・報告書確認管理業務														
	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等： フリガナ 姓 氏名（姓）高瀬 役職 医事課長 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：各部門の基本的な注意事項・考え方行動原則を定めている														
	医療に係る安全管理委員会の開催状況	年（ 24 ）回医療安全管理委員会（12回） リスクマネジャー会議（12回） 活動の主な内容：インシデント・アクシデント事例の情報共有と再発防止策の検討、組織としての対応を決定する														
	医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年（ 9 ）回 研修の主な内容：必修研修 2 回（e - ラーニング）「当院の身体拘束最小化に向けた取り組みについて」「医療安全基本のキ、私の常識あなたの非常識に気づこう」、その他部門別研修 7 回														
	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：医療安全管理委員会及びリスクマネジャー会議等により、事例の再発防止策の検討。また事故を未然に防止するための体制の整備を実施している														
	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： 4 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）	<table> <tr> <td></td> <td>前々年度</td> <td>前年度</td> <td>当該年度</td> </tr> <tr> <td>1 年</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2 年</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </table>				前々年度	前年度	当該年度	1 年	4	4	4	2 年	4	4	4
		前々年度	前年度	当該年度												
1 年	4	4	4													
2 年	4	4	4													
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＝（ 33.9 ）名														
	患者数から算出	年間入院患者数（ 3644 ）人÷100＝（ 36.4 ）名														
23. 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： 0 名（常勤： 0 名、非常勤： 0 名）															
	2. 作業療法士： 5 名（常勤： 5 名、非常勤： 0 名）															
	3. 臨床心理技術者： 0 名（常勤： 0 名、非常勤： 0 名）															
	9. その他の精神科技術職員： 0 名（常勤： 0 名、非常勤： 0 名）															
24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 （基幹型記入） JCEP による評価受審の有無を記載してください。	1. 有（ 年 月 日） 0. 無 有を選択した場合には、直近の受審日を記入してください。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 0. 無															

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：
 030279
 臨床研修病院の名称：
 横須賀市立市民病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※			
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 （基幹型記入）			＊ 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。		
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 ☒ 有 0. 無） 有を選択した場合、開所時間を記入してください（ 8 時 30 分 ～ 8 時 30 分）		
			病児保育 （ 1. 有 ☐ 無） 夜間保育 （ ☒ 有 0. 無）		
			上記保育所は研修医の子どもに使用可能か （ ☒ 可 0. 不可）		
	保育補助		ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 （ 1. 有 ☐ 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 ☐ 無） 授乳スペース （ ☒ 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）		二重保育可能（ 院外保育園等の送迎バスの乗り入れあり）		
	研修医のライフイベントの相談窓口		☒ 有 0. 無 窓口の名称がある場合記入（		
各種ハラスメントの相談窓口		窓口の専任担当 1. 有（ 名） ☐ 無 窓口の名称を記入（			
※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：		
29. 研修医の募集定員 （基幹型記入）			1 年次： 名、2 年次： 名		
30. 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 氏名（姓）		
			（名）		
		所属		役職	
		電話：（ ） — F A X：（ ） —			
		e-mail：			
		URL：http://			
	資料請求先		住所 〒 — （ 都・道・府・県）		
		担当部門	担当者氏名 フリガナ		
			姓	名	
		電話：（ ） — F A X：（ ） —			
e-mail：					
URL：http://					

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： 030279

臨床研修病院の名称： 横須賀市立市民病院

※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： 030279 臨床研修病院の名称： 横須賀市立市民病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況 （基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 15 日

都道府県知事 殿

病院名 公益財団法人復康会 沼津中央病院
開設者 理事長 杉山 直也

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 38 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： 030377 臨床研修病院の名称：公益財団法人復康会 沼津中央病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 15 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。	030377		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：伊東市民病院群 番号：3
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 カ アキラ		役職 社会復帰部長 (内線 243) (直通電話 () —) e-mail : (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
	氏名 (姓) 坂	(名) 晶		
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ コウエイザイダンホウジン フッコウカイ ノマヅチュウオウビョウイン 公益財団法人 復康会 沼津中央病院			
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)	〒 4 1 0 - 8 5 7 5 (静岡 都・道・府・県) 沼津市中瀬町 24 番 1 号 電話：(055) 931—4100 F A X：(055) 934—1698			
	二次医療圏 の名称： 静岡県東部			
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 コウエイザイダンホウジン フッコウカイ リジチョウ スギヤマ ナオヤ 公益財団法人 復康会 理事長 杉山 直也			
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)	〒 4 1 0 - 0 8 1 1 (静岡 都・道・府・県) 沼津市中瀬町 17 番 11 号 電話：(055) 931—7032 F A X：(055) 934—1697			
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ スギヤマ ナオヤ			
	姓 杉山		名 直也	
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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.numazuchuo.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： 030377 臨床研修病院の名称： 公益財団法人復康会 沼津中央病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 11 名、非常勤（常勤換算）：4.03 名 計（常勤換算）：14.03 名、医療法による医師の標準員数：5.82 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式 A－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 2025 年 3 月 25 日、告示番号：第 障福第 1233 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 （ 45.12 ） m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 311 件（うち診療時間外： 267 件） 1 日平均件数： 0.85 件（うち診療時間外： 0.73 件） 救急車取扱件数： 83 件（うち診療時間外： 46 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 1 名、看護師及び准看護師： 1 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（精神科）	
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： 床、2. 精神： 270 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度のの前年度分、研修医の数は報告年度のの前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度のの前年度分、研修医の数は届出年度のの次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： . 日、2. 精神： 153.2 日、3. 感染症： . 日 4. 結核： . 日、5. 療養： . 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件	
15. 臨床病理検討会（C P C）の実施状況 （基幹型・協力型記入）	開催回数		前年度実績： 0 回、今年度見込： 0 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入	
	剖検数		前年度実績： 0 件、今年度見込： 0 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（単身用： 1 戸、世帯用： 0 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（ 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		（ 37.40 ） m ²	
	医学図書数		国内図書： 1200 冊、国外図書： 50 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 12 種類、国外雑誌： 2 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： 030377

臨床研修病院の名称： 公益財団法人復康会 沼津中央病院

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		フリガナ ノゲ アキコ 氏名（姓）野毛 （名）亜希子		
			役職 医事課長補佐		
	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		（ 永久 ）年間保存（死亡者を除く）		
	診療録の保存方法		①. 文書 ② 電子媒体 その他（具体的に： ）		
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（ １名） 〇. 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。		
	安全管理部门の設置状況		職員：専任（ ０ ）名、兼任（ 16 ）名 主な活動内容：例)「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等 インシデント・アクシデント報告書の分析・対策立案・実施		
	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等： フリガナ アサカ タエコ 氏名（姓）朝香 （名）多恵子		
			役職 事務課長		
			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 〇. 無		
	医療に係る安全管理のための指針の整備状況		①. 有 〇. 無		
			指針の主要内容：		
	医療に係る安全管理委員会の開催状況		年（ 24 ）回		
			活動の主要内容： インシデント・アクシデント報告書の分析・対策立案・WGの指導		
医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況		年（ ６ ）回			
		研修の主要内容： 院内感染・消毒・接遇・救急蘇生法			
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 〇. 無			
		その他の改善のための方策の主要内容： 日本医療機能評価の認定をいただいたが、この評価以上の安全と法の遵守を目指す組織づくり			
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： 23 名 中断： 〇 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			
		2 年	27	24	23
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（ 270 ）床÷10＝（ 27 ）名		
	患者数から算出		年間入院患者数（ 809 ）人÷100＝（ 8 ）名		
23. 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： 8 名（常勤： 8 名、非常勤： 〇 名）			
		2. 作業療法士： 10 名（常勤： 10 名、非常勤： 〇 名）			
		3. 臨床心理技術者： 2 名（常勤： 2 名、非常勤： 〇 名）			
		9. その他の精神科技術職員： _____ 〇 名（常勤： 名、非常勤： 名）			
24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 （基幹型記入） JCEP による評価受審の有無を記載してください。		1. 有（ 年 月 日） 〇. 無 有を選択した場合には、直近の受審日を記入してください。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 〇. 無			

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： 030377
 臨床研修病院の名称： 公益財団法人復康会 沼津中央病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			＊ 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
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)	
			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		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担当者) 窓口の専任担当 (1) 有 (3 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：	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次： 名、2 年次： 名	
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話： () — F A X： () — e-mail： URL：http://	
	資料請求先		住所 〒 □ □ □ — □ □ □ □ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話： () — F A X： () — e-mail： URL：http://	

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： 030377

臨床研修病院の名称： 公益財団法人復康会 沼津中央病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）		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：____月____日頃から 選考時期：____月____日頃から
		マッチング利用の有無		1．有　0．無
31. 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____年____月____日）
32. 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Ａ－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Ａ－２に記入				（プログラム責任者） フリガナ 氏名（姓）_____氏名（名）_____ 所属_____役職_____ （副プログラム責任者） 1．有（_____名）　0．無
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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
34. 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
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）				西暦____年____月____日
36. 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（_____円） 賞与／年（_____円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（_____円） 賞与／年（_____円）
			時間外手当：　1．有　0．無 休日手当　：　1．有　0．無	
			基本的な勤務時間（　　：　　～　　：　　）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：_____日、２年次：_____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：_____）	
	当直		回数（約_____回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）		1．有（単身用：_____戸、世帯用：_____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（_____）		
		公的年金保険（_____）		
		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）		

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： 030377 臨床研修病院の名称： 公益財団法人復康会 沼津中央病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況 （基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 1 日

都道府県知事 殿

病院名 三重県立志摩病院
開設者 三重県病院事業庁長 野口 慎次

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 38 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：030911 臨床研修病院の名称：三重県立志摩病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 1 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。	030911	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：伊東市民病院群 番号：3
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 オノ ヒデトシ 氏名 (姓) (名) 小野 秀敏		役職 総務課 係員 (内線 204) (直通電話 (0599) 43 — 0598) e-mail : shima-mmcc@jadecom.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)	フリガナ ミケンリツシマヒョウイン 三重県立志摩病院		
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)	〒 517-0595 (三重 都・道・府・県) 志摩市阿児町鵜方 1257 番地 電話 : (0599) 43 — 0501 F A X : (0599) 43 — 2507 二次医療圏 の名称 : 南勢志摩二次保健医療圏		
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 ミケンヒョウインジギョウチョウチョウ ノグチ シンジ 三重県病院事業庁長 野口 慎次		
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)	〒 514-8570 (三重 都・道・府・県) 津市広明町 13 電話 : (059) 224 — 2348 F A X : (059) 224 — 2349		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ コイ マナブ 姓 名 堀井 学		
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 研修管理委員会の全ての構成員 (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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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:// kenritsushima. jadecom. or. 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： 030911

臨床研修病院の名称： 三重県立志摩病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 17 名、非常勤（常勤換算）：7.8 名 計（常勤換算）： 24.8 名、医療法による医師の標準員数： 15.2 名 ＊ 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式Ａ－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 2026 年 1 月 26 日、告示番号：第 28 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 (98,200) m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 3,817 件（うち診療時間外： 1,343 件） 1 日平均件数： 10.5 件（うち診療時間外： 3.7 件） 救急車取扱件数： 2,376 件（うち診療時間外： 1,135 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 2 名、看護師及び准看護師： 2 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 ()	
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： 236 床、2. 精神： 100 床、3. 感染症： 0 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 15.0 日、2. 精神： 310.7 日、3. 感染症： 0.0 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： 0 件、異常分娩件数： 0 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： 2 回、今年度見込： 2 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入	
	剖検数		前年度実績： 2 件、今年度見込： 2 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（単身用： 6 戸、世帯用： 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		(58,000) m ²	
	医学図書数		国内図書： 6,561 冊、国外図書： 2,312 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 45 種類、国外雑誌： 7 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： 030911 臨床研修病院の名称： 三重県立志摩病院

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		フリガナ カメイ アヤ		
			氏名(姓)	(名)	
			亀井	綾	
			役職 医事課係長		
	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		(10) 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:)		
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 (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 (9) 名 主な活動内容: 医療安全対策の実施状況把握及び評価		
	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等: フリガナ カバタ トシロ		
			氏名(姓)川端	(名) 敏弘	
			役職 医療安全管理室事務		
			対応時間 (9:00 ~ 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: 医療安全管理者業務・医療安全管理部門業務指針 組織体制、役割、担当者の役割と権限、職員研修、インシデント、 アクシデント報告制度等		
			年 (12) 回 活動の主な内容: インシデントの分析、検証と対策立案、 安全管理のための指針やマニュアルの整備、教育・研修、 事故発生時の対応(検証と対策)		
	医療に係る安全管理委員会の開催状況		年 (2) 回 研修の主な内容: 医療安全の基本、院内のインシデント内容に沿った内容		
医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況		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: 各部門の医療安全業務改善計画の立案評価			
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					
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: 3 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	3	3	2
		2 年	3	3	3
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 (336) 床÷10= (33) 名		
	患者数から算出		年間入院患者数 (2,672) 人÷100= (26.7) 名		
23. 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: 3 名(常勤: 3 名、非常勤: 0 名)			
		2. 作業療法士: 5 名(常勤: 5 名、非常勤: 0 名)			
		3. 臨床心理技術者: 1 名(常勤: 0 名、非常勤: 1 名)			
		9. その他の精神科技術職員: _____ 0 名(常勤: 0 名、非常勤: 0 名)			
24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 (基幹型記入) JCEP による評価受審の有無を記載してください。		1. 有 (年 月 日) 0. 無 有を選択した場合には、直近の受審日を記入してください。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 0. 無			

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：030911
 臨床研修病院の名称：三重県立志摩病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			＊ 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
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 (1) 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 (月～土(通常)午前 8 時 00 分 ～18 時 00 分) (月～土(時間外) 18 時 00 分 ～19 時 00 分)・(夜間保育(毎週金曜日 18 時 00 分 ～翌 8 時 00 分)	
			病児保育 (1) 有 0. 無) 夜間保育 (1) 有 0. 無)	
	保育補助		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)	
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所		その他の補助(具体的に:)	
	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)		休憩場所 (1. 有 0. 無) 授乳スペース (1) 有 0. 無)	
	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 (1 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:	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次: 名、2 年次: 名	
30. 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 氏名(姓) (名) 所属 役職 電話: FAX: e-mail: URL:	
	資料請求先		住所 〒 - (三 重 都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話: FAX: e-mail: URL:	

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： 030911

臨床研修病院の名称： 三重県立志摩病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	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：特技等を証明できる物。写真、賞状等）	
	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：　６月　２０日頃から 選考時期：　８月　２５日頃から	
	マッチング利用の有無		１．有　　〇．無	
31. 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　　　年　　月　　日）	
32. 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Ａ－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Ａ－２に記入			（プログラム責任者） フリガナ 氏名（姓）　　　　　　　　　　　　　氏名（名） 所属　　　　　　　　　　　　　　　役職 （副プログラム責任者） １．有（　　　名）　〇．無	
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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	
34. インターネットを用いた評価システム			１．有（　・EPOC　・その他（　　　））　〇．無	
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）			西暦　　　年　月　日	
36. 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（　円） 賞与／年（　　　　　円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（　円） 賞与／年（　　　　　円）
			時間外手当：　１．有　〇．無 休日手当　　：　１．有　〇．無	
	勤務時間		基本的な勤務時間（　）24時間表記 休憩時間（　　　　　　　　　　　）	
			時間外勤務の有無：１．有　〇．無	
	休暇		有給休暇（１年次：　　　日、２年次：　　　日） 夏季休暇（１．有　〇．無） 年末年始（１．有　〇．無） その他休暇（具体的に：　　　　　　　　　）	
	当直		回数（約　　回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）		１．有（単身用：　　　６戸、世帯用：　　　戸） 〇．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、「〇」と記入してください。	
	研修医室（再掲）		１．有（　　室）　〇．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（　　　　　　　　　　　）		
		公的年金保険（　　　　　　　　　　　）		
		労働者災害補償保険法の適用（１．有　〇．無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（１．有　〇．無）		
		雇用保険（１．有　〇．無）		

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： 030911 臨床研修病院の名称： 三重県立志摩病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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 （月～土（通常）午前8時00分 ～18時00分） （月～土（時間外）18時00分 ～19時00分）・（夜間保育（毎週金曜日18時00分 ～翌8時00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）
37. 研修医手帳（基幹型記入）	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）		インフルエンザ等による学級閉鎖に伴い一時的に受入れできるように隣接の旧施設にて受入れができる様になっている。）
	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（ 1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（ 4名） 0. 無
38. 連携状況（基幹型記入）			1. 有 0. 無
			* 様式A-6に記入

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 1 日

都道府県知事 殿

病院名 石岡第一病院
開設者 公益社団法人地域医療振興協会
代表理事 藤来 泰士

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 38 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：031316

臨床研修病院の名称： 公益社団法人地域医療振興協会 石岡第一病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 1 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。		0 3 1 3 1 6		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：伊東市民病院群 番号：3	
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 ハセガワ アツシ 氏名（姓） （名） 長谷川 篤史		役職 事務部長 0299-22-5151（内線 157 ） （直通電話（ ） — ） e-mail : ahasegw@jadecom.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)		フリガナ コウエキシャダンホクジンチキイリョウシンコウキョウカイ イシオカダ イチビ ヨウイン 公益社団法人地域医療振興協会 石岡第一病院					
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)		〒 [3] [1] [5]-[0] [0] [2] [3] (茨城 都・道・府・県) 石岡市東府中１－７ 電話：(0299) 22 — 5151 F A X：(0299) 23 — 8334 二次医療圏 の名称： 土浦・つくば保健医療圏					
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 コウエキシャダンホクジンチキイリョウシンコウキョウカイ ダ イョウリジ フジライ ヤスシ 公益社団法人地域医療振興協会 代表理事 藤来 泰士					
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)		〒 [1] [0] [2]-[0] [0] [9] [3] (東京 都・道・府・県) 千代田区平河町２－６－３ 都道府県会館１５階 電話：(03) 5212 — 9152 F A X：(03) 5211 — 0515					
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)		フリガナ タケ ヤマト 姓 名 舘 泰雄					
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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.jadecom.or.jp/jadecomhp/ishioka/html/					

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： 0 3 1 3 1 6 臨床研修病院の名称：公益社団法人地域医療振興協会 石岡第一病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 1 4 名、非常勤（常勤換算）： 4. 1 名 計（常勤換算）： 1 8. 1 名、医療法による医師の標準員数： 1 5. 2 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式 A－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 2025 年 7 月 15 日、告示番号：第 858 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 （ 106.21 ） m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 2,916 件（うち診療時間外： 1,426 件） 1 日平均件数： 7.9 件（うち診療時間外： 3.9 件） 救急車取扱件数： 775 件（うち診療時間外： 368 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 1 名、看護師及び准看護師： 1 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（ ）	
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： 126 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 14.4 日、2. 精神： . 日、3. 感染症： . 日 4. 結核： . 日、5. 療養： . 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 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： 0 回、今年度見込： 0 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入	
	剖検数		前年度実績： 0 件、今年度見込： 0 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： 2 戸、世帯用： 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（ 室） ① 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		（ 10.6 ） m ²	
	医学図書数		国内図書： 130 冊、国外図書： 30 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 15 種類、国外雑誌： 2 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 ① 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： 031316 臨床研修病院の名称： 公益社団法人地域医療振興協会 石岡第一病院

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	フリガナ イムラ ヒデコ 氏名(姓) 飯村 (名) 英子 役職 診療情報管理士													
	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	(10) 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:)													
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 (2 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 (2) 名、兼任 (0) 名 主な活動内容: 例)「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等 「医療事故情報の収集・改善・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等: フリガナ イガラ ヒロコ 氏名(姓) 井川 (名) 弘子 役職 看護師長 対応時間 (8:00 ~ 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: 医療安全の確保、患者主体の医療等													
	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: インシデントマネジメント、リスク分析(グループディスカッション)													
	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 研修の主な内容: セーフティマネジメント、リスク分析(グループディスカッション)													
	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: 業務の標準化、統一化の推進 職員教育(知識の向上、報告徹底)													
	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: 0 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)	<table><tr><td></td><td>前々年度</td><td>前年度</td><td>当該年度</td></tr><tr><td>1 年</td><td>13</td><td>14</td><td>14</td></tr><tr><td>2 年</td><td>4</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>			前々年度	前年度	当該年度	1 年	13	14	14	2 年	4	1	2
		前々年度	前年度	当該年度											
1 年	13	14	14												
2 年	4	1	2												
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 (126) 床÷10=(12.6) 名													
	患者数から算出	年間入院患者数 (1,719) 人÷100=(17.1) 名													
23. 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: 0 名(常勤: 0 名、非常勤: 0 名)														
	2. 作業療法士: 4 名(常勤: 4 名、非常勤: 0 名)														
	3. 臨床心理技術者: 1 名(常勤: 0 名、非常勤: 1 名)														
	9. その他の精神科技術職員: _____名(常勤: _____名、非常勤: _____名)														
24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 (基幹型記入) JCEP による評価受審の有無を記載してください。	1. 有 (_____年 _____月 _____日) 0. 無 有を選択した場合には、直近の受審日を記入してください。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 ② 無														

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： 031316
 臨床研修病院の名称： 公益社団法人地域医療振興協会 石岡第一病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			＊ 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
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) 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		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 () 窓口の専任担当 (1) 有 (5 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 : _____	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名	
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話 : () — FAX : () — e-mail : _____ URL : http:// _____	
	資料請求先		住所 〒 □□□ — □□□□ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話 : () — FAX : () — e-mail : _____ URL : http:// _____	

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： 031316 臨床研修病院の名称： 公益社団法人地域医療振興協会 石岡第一病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から	
	マッチング利用の有無		1. 有 0. 無	
31. 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 年 月 日）	
32. 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A-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A-2に記入			（プログラム責任者） フリガナ	
		氏名（姓）	氏名（名）	
		所属 役職		
		（副プログラム責任者） 1. 有（ 名） 0. 無		
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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	
34. 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	
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）			西暦 年 月 日	
36. 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（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 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（ ）24時間表記 休憩時間（ 0 ） 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無	
	休暇		有給休暇（1年次： 日、2年次： 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： ）	
	当直		回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 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（ ）	
			公的年金保険（ ）	
		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）		

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： 臨床研修病院の名称：

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳（基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況（基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和 8 年 4 月 17 日

都道府県知事 殿

病院名 日光市民病院
開設者 公益社団法人 地域医療振興協会
代表理事 藤来 靖士

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 38 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：031331 臨床研修病院の名称： 日光市民病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 17 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。	031331	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：伊東市民病院群 番号：3
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 ヒロオカ トシアキ 氏名 (姓) (名) 廣岡 寿昭	役職 事務部 総務課 (内線 106) (直通電話 (0288) 50 — 1188) e-mail : nikko-shimin@jadecom.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)	フリガナ ニッコウシミンビョウイン 日光市民病院		
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)	〒 321 - 1441 (栃木 都・道・府・県) 日光市清滝安良沢町 1752-10 電話 : (0288) 50 — 1188 F A X : (0288) 50 — 1321 二次医療圏 の名称 : 県西		
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 コウエキシャダシホウジン チイキリョウシニコウキョウカイ ダイエイリジ フジライ ヤシ 公益社団 法人地域医療振興協会 代表理事 藤来 靖士		
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)	〒 102 - 0093 (東京 都・道・府・県) 千代田区平河町 2-6-3 電話 : (03) 5210 — 2921 F A X : (03) 5210 — 2924		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ スギタ ヨシヒロ 姓 名 杉田 義博		
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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)	https://www.nikko-jadecom.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：031331 臨床研修病院の名称： 日光市民病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 6 名、非常勤（常勤換算）： 2.7 名 計（常勤換算）： 8.7 名、医療法による医師の標準員数： 5.8 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式 A－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 2024 年 7 月 22 日、告示番号：医政第 472-1 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 （ 42.37 ） m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 1,493 件（うち診療時間外： 1,267 件） 1 日平均件数： 4.1 件（うち診療時間外： 3.4 件） 救急車取扱件数： 564 件（うち診療時間外： 338 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 1 名、看護師及び准看護師： 1 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（ ）	
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： 53 床、2. 精神： 0 床、3. 感染症： 4 床 4. 結核： 0 床、5. 療養： 43 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 19.9 日、2. 精神： .0 日、3. 感染症： .0 日 4. 結核： .0 日、5. 療養： 93.6 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 0 件、異常分娩件数： 0 件	
15. 臨床病理検 討会（C P C） の実施状況 （基幹型・協力型記入）	開催回数		前年度実績： 0 回、今年度見込： 0 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入	
	剖検数		前年度実績： 0 件、今年度見込： 0 件	
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室	1. 有 ①. 無 （自治医科）大学、（栃木県立がんセンター）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： 1 戸、世帯用： 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（ 室） ①. 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		（ 18.34 ） m ²	
	医学図書数		国内図書： 217 冊、国外図書： 130 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 41 種類、国外雑誌： 20 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 ①. 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： 031331

臨床研修病院の名称： 日光市民病院

[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： 031331 臨床研修病院の名称： 日光市民病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			* 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
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 () 名 2 年次研修医 () 名 男性 1 年次研修医 () 名 2 年次研修医 () 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 (8 時 30 分 ~ 17 時 15 分)	
	保育補助		病児保育 (1. 有 ①. 無) 夜間保育 (1. 有 ①. 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 ①. 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 ①. 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 (2 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 : _____	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名	
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://	
	資料請求先		住所 〒 □□□ — □□□□ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://	

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： 031331

臨床研修病院の名称： 日光市民病院

※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： 031331 臨床研修病院の名称： 日光市民病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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 ①. 無） 夜間保育 （1. 有 ①. 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 ①. 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 ①. 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（ ハラスメント窓口 ） 窓口の専任担当 ①. 有（ 2 名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況 （基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 1 日

都道府県知事 殿

病院名 西吾妻福祉病院
開設者 西吾妻福祉病院組合
組合管理者 萩原 睦男

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 38 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： 031377

臨床研修病院の名称： 西吾妻福祉病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 1 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。		031377		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：伊東市民病院群 番号：3	
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 ツキヤ チエミ 氏名（姓） （名） 土屋 智恵美		役職 (内線 1232) (直通電話 (0279) 83-7111) <u>e-mail : kuroiwac@jadecom.jp</u> (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)		フリガナ コウエキシャダシホクジンチケイリョウシンコウキョウカイ ニシアガツマフクシヅョウイン 公益社団法人地域医療振興協会 西吾妻福祉病院					
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)		〒 3 7 7 - 1 3 0 8 (群馬県) 吾妻郡長野原町大津 746-4 電話：(0279) 83—7111 F A X：(0279) 83—8032 二次医療圏 の名称： 吾妻保健医療圏					
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 ニシアガツマフクシヅョウインクミアイ カンリシャ ハギワラ チカオ 西吾妻福祉病院組合 管理者 萩原 睦男					
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)		〒 - (都・道・府・県) 同上 電話：() — F A X：() —					
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)		フリガナ ミツギ ヨシオ 姓 名 三ツ木 禎尚					
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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)		https://www.nawh.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：031377
 臨床研修病院の名称：西吾妻福祉病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 8 名、非常勤（常勤換算）： 0.6 名 計（常勤換算）： 8.6 名、医療法による医師の標準員数： 4.9 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式 A－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 2023 年 3 月 29 日、告示番号：第 128-1 号(更新申請中)	
	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 （ 80.82 ） m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 3,088 件（うち診療時間外： 1,589 件） 1 日平均件数： 8.5 件（うち診療時間外： 4.4 件） 救急車取扱件数： 913 件（うち診療時間外： 627 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 2 名、看護師及び准看護師： 2 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 ①. 無） その他（ ）	
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： 74 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度のの前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度のの前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 20.6 日、2. 精神： . 日、3. 感染症： . 日 4. 結核： . 日、5. 療養： . 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 0 件、異常分娩件数： 0 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： 0 回、今年度見込： 0 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入	
	剖検数		前年度実績： 0 件、今年度見込： 0 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（単身用： 4 戸、世帯用： 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		（ 127.46 ） m ²	
	医学図書数		国内図書： 100 冊、国外図書： 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 15 種類、国外雑誌： 種類	
	図書室の利用可能時間		00：00 ～ 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 ①. 無）、 その他（ ）	
			利用可能時間（ ： ～ ： ） 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 ①. 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： 031377		臨床研修病院の名称： 西吾妻福祉病院	
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	フリガナ 材料 ジュン 氏名(姓) 大北 (名) 順 役職 医事課長	
	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	(永) 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：)	
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 (0) 名、兼任 (3) 名 主な活動内容：レポート(インシデント・アクシデント)の集計・分析、院内巡視、研修会の企画等	
	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等： フリガナ 加伊 ユウ 氏名(姓) 黒岩 (名) 祐子 役職 看護師 対応時間 (8 : 30 ~ 17 : 30) 24 時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無： ①. 有 0. 無	
		①. 有 0. 無 指針の主な内容：個人レベルと医療施設全体の事故防止対策を推し進める事によって、患者が安心して安全な医療を受けられる事を目標とする	
		年 (12) 回 活動の主な内容：ポートの報告と院内巡視における、対策、改善策の検討と周知。医療安全情報の共有。	
		年 (2) 回 研修の主な内容：外部講師による研修会。委員会の主催による研修会。	
	医療に係る安全管理のための指針の整備状況		
	医療に係る安全管理委員会の開催状況		
	医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況		
	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：指差し呼称・5 R の徹底・5 S 運動の推進等。	
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： 名 中断： 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	1	0 0
	2 年	16	15 16
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 (74) 床÷10＝ (7.4) 名	
	患者数から算出	年間入院患者数 (898) 人÷100＝ (8.98) 名	
23. 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： 5 名 (常勤： 5 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)	
24. 臨床研修に関する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。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 0. 無	

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：031377
 臨床研修病院の名称：西吾妻福祉病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			＊ 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
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 (00 時 00 分 ～ 24 時 00 分) 病児保育 (1. 有 ①. 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		ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1. 有 ①. 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)		産後ケア	
	研修医のライフイベントの相談窓口		1. 有 ①. 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 (2 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：	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次： 名、2 年次： 名	
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話：() — F A X：() — e-mail： URL：http://	
	資料請求先		住所 〒 □□□ — □□□□ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話：() — F A X：() — e-mail： URL：http://	

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： 031377 臨床研修病院の名称： 西吾妻福祉病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）		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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から			
		マッチング利用の有無		1. 有 0. 無			
31. 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 年 月 日）			
32. 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A-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A-2に記入				（プログラム責任者） フリガナ <table><tr><td>氏名（姓）</td><td>氏名（名）</td></tr></table> 所属 役職 （副プログラム責任者） 1. 有（ 名） 0. 無		氏名（姓）	氏名（名）
氏名（姓）	氏名（名）						
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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			
34. 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			
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）				西暦 年 月 日			
36. 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（ 円） 賞与／年（ 円） 時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）		
		勤務時間		基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）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： 日、2年次： 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： ）			
		当直		回数（約 回／月）			
		研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 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（ ） 公的年金保険（ ） 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）			

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： 031377 臨床研修病院の名称： 西吾妻福祉病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳（基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況（基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 17 日

都道府県知事 殿

病院名 町立湯沢病院
開設者 湯沢町町長 田村 正幸

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 38 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：031547

臨床研修病院の名称：町立湯沢病院

記入日：西暦 2026 年4月 17 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。	031547	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：伊東市民病院群 番号：3
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 ケンモツ サチコ 氏名 (姓) 氏名 (名) 紐持 幸子		役職 (内線 199) (直通電話 (025) 780—6543) e-mail : kennmots@Jadecom. 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)	フリガナ チョウリツユザワビョウイン 町立湯沢病院		
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)	〒 949-6101 (新潟 都・道・府・県) 南魚沼郡湯沢町大字湯沢 2887 番地 1 電話：(025) 780—6543 F A X：(025) 780—1900 二次医療圏 の名称：魚沼医療圏		
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 ユザワマチチョウチョウ タムラ マサユキ 湯沢町町長 田村 正幸		
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)	〒 949-6102 (新潟 都・道・府・県) 南魚沼郡湯沢町大字神立 300 番地 電話：(025) 784—3541 F A X：(025) 780 —1818		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ イノウエ ヨウスケ 姓 井上		名 陽介
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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://yuzawa. jadecom. 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： 031547

臨床研修病院の名称： 町立湯沢病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 7 名、非常勤（常勤換算）： 2.7 名 計（常勤換算）： 9.7 名、医療法による医師の標準員数： 5.5 名 ＊ 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式 A－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 2023 年 10 月 17 日、告示番号：第 1093 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 （ 123.780 ） m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： <u>1.924</u> 件（うち診療時間外： <u>1.765</u> 件） 1 日平均件数： <u>5.3</u> 件（うち診療時間外： <u>4.8</u> 件） 救急車取扱件数： <u>484</u> 件（うち診療時間外： <u>325</u> 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 2 名、看護師及び准看護師： 4 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（ ）	
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： <u>40</u> 床、2. 精神： <u>0</u> 床、3. 感染症： <u>0</u> 床 4. 結核： <u>0</u> 床、5. 療養： <u>0</u> 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： <u>20.5</u> 日、2. 精神： <u> </u> 日、3. 感染症： <u> </u> 日 4. 結核： <u> </u> 日、5. 療養： <u> </u> 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 0 件、異常分娩件数： 0 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： 0 回、今年度見込： 0 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入	
	剖検数		前年度実績： 件、今年度見込： 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（単身用： 1 戸、世帯用： 2 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（ 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		（ 145 ） m ²	
	医学図書数		国内図書： 300 冊、国外図書： 80 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 種類、国外雑誌： 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（ ）	
	医学教育用機材の整備状況		利用可能時間（ ： ～ ： ）24 時間表記 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：
 031547
 臨床研修病院の名称：
 町立湯沢病院

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	フリガナ オカムラ ワタル 氏名（姓）岡村 （名）航 役職 医事課員			
	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：			
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（ 1 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（ 0 ）名、兼任（ 16 ）名 主な活動内容：院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集、医療事故の防止のための研修及び教育等			
	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等： フリガナ ヒグチ アヤコ 氏名（姓）樋口 （名）文子 役職 入退院支援室兼地域連携室兼患者相談室長 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：		
		医療に係る安全管理委員会の開催状況	年（ 12 ）回 活動の主な内容：		
			医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年（ 3 ）回 研修の主な内容：ルール・マニュアルの不遵守に関わる事例発生の未然防止。麻薬の取り扱い管理について。令和6年度リスクレポート統計報告。	
	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：事故発生時の報告体制の設備。事例を基にした改善策の検討と情報共有。			
	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： 16 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	2	2	2
		2 年	13	14	16
	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（ 40 ）床÷10＝（ 4 ）名		
患者数から算出		年間入院患者数（ 517 ）人÷100＝（ 5.17 ）名			
23. 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： 0 名（常勤： 名、非常勤： 名）				
	2. 作業療法士： 2 名（常勤： 2 名、非常勤： 名）				
	3. 臨床心理技術者： 0 名（常勤： 名、非常勤： 名）				
	9. その他の精神科技術職員： 0 名（常勤： 名、非常勤： 名）				
24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 （基幹型記入） JCEP による評価受審の有無を記載してください。	1. 有（ 年 月 日） 0. 無 有を選択した場合には、直近の受審日を記入してください。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 0. 無				

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： 031547		臨床研修病院の名称： 町立湯沢病院	
項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※	
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			* 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。
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) 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		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 () 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 : _____
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://
	資料請求先		住所 〒 — (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://

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： 031547

臨床研修病院の名称： 町立湯沢病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） (基幹型記入)		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：月日頃から 選考時期：月日頃から	
		マッチング利用の有無		１．有　０．無	
31. 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：西暦年　月　日)	
32. 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Ａ－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Ａ－２に記入				(プログラム責任者) フリガナ 氏名（姓）氏名（名） 所属役職 (副プログラム責任者) １．有（名）　０．無	
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 (基幹型記入) 全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	
34. 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	
35. 研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)				西暦年　月　日	
36. 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）二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（円）基本手当／月（円） 賞与／年（円）賞与／年（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（：～：）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：日、２年次：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： ）
		当直		回数（約回／月）	
		研修医の宿舍（再掲）		１．有（単身用：戸、世帯用：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() 公的年金保険() 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）	

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： 031547 臨床研修病院の名称： 町立湯沢病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況 （基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 1 日

都道府県知事 殿

病院名 上野原市立病院
開設者 上野原市長 村上信行

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 38 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：031605

臨床研修病院の名称：上野原市立病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 1 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。		031605		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：伊東市民病院群 番号：3	
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 ㏽ハシ ムコ 氏名(姓) 高橋 (名) 有子		役職 事務部 総務課 医局秘書担当 (内線 3243) (直通電話 (0554) 62—5121) e-mail : yuukotakah@jadecom.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)		フリガナ ウヱノハラシヅメ ヨウイン 上野原市立病院					
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)		〒 4 0 9 - 0 1 1 2 (山 梨 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県) 上野原市上野原 3504 番地 3 電話 : (0554) 62—5121 F A X : (0554) 63—2469 二次医療圏 の名称 : 富士・東部医療圏					
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 ウヱノハラシチョウ ムラカミノブ ヌキ 上野原市長 村上信行					
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)		〒 4 0 9 - 0 1 1 2 (山 梨 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県) 上野原市上野原 3832 番地 電話 : (0554) 62—3111 F A X : (0554) 62—5333					
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)		フリガナ カヤマ 姓 片山		シゲル 名 繁			
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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.uenohara-jadecom.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：031605

臨床研修病院の名称：上野原市立病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤：15 名、非常勤（常勤換算）：9.5 名 計（常勤換算）：23.5 名、医療法による医師の標準員数：11.8 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式 A－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 2024 年 9 月 26 日、告示番号：第 238 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 (69.27) m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 3,273 件（うち診療時間外： 2,028 件） 1 日平均件数： 8.9 件（うち診療時間外： 5.5 件） 救急車取扱件数： 1,212 件（うち診療時間外： 695 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師：1 名、看護師及び准看護師：7 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 ①. 無） その他（ ）	
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： 135 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 17.7 日、2. 精神： . 日、3. 感染症： . 日 4. 結核： . 日、5. 療養： . 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数：0 件、異常分娩件数：0 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：0 回、今年度見込：0 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入	
	剖検数		前年度実績：0 件、今年度見込：0 件	
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室	1. 有
			①. 無 （ 山梨 ）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（単身用：10 戸、世帯用： 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（ 室） ①. 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		(24.12) m ²	
	医学図書数		国内図書：50 冊、国外図書：10 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌：14 種類、国外雑誌：0 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 ①. 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 ①. 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：031605

臨床研修病院の名称：上野原市立病院

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		フリガナ ツヤ マユキ 氏名(姓) 土屋 (名) 正之 役職 事務部長兼医事課長兼地域医療連携センター課長		
	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:)		
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 (1 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 (0) 名、兼任 (18) 名 主な活動内容: 医療事故の調査・分析・再発防止対策検討、研修・教育管理等		
	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等: フリガナ ツヤ マユキ 氏名(姓) 土屋 (名) 正之 役職 事務部長兼医事課長兼地域医療連携センター課長 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: 医療事故管理体制、RM の役割、事故発生時対応指針等		
	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: インシデントアクシデントの報告、原因分析、再発防止対策検討		
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 研修の主な内容: 医療安全事項の注意喚起、インシデントアクシデント原因分析結果、再発防止策等			
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: インシデントアクシデントレポート体制の周知活用、RM 部会における検討、RCA 分析法の使用			
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: 9 名 中断: 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	0 名	0 名	0 名	
	2 年	6 名	9 名	14 名	
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 (135) 床÷10＝ (13.5) 名		
	患者数から算出		年間入院患者数 (921) 人÷100＝ (9.2) 名		
23. 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: 0 名(常勤: 0 名、非常勤: 0 名)			
		2. 作業療法士: 0 名(常勤: 0 名、非常勤: 0 名)			
		3. 臨床心理技術者: 0 名(常勤: 0 名、非常勤: 0 名)			
		9. その他の精神科技術職員: 0 名(常勤: 0 名、非常勤: 0 名)			
24. 臨床研修に関する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。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 0. 無			

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：031605 臨床研修病院の名称：上野原市立病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			* 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
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 ①. 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 ①. 無) 夜間保育 (1. 有 ①. 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		ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1. 有 ①. 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 ①. 無 窓口の名称がある場合記入 () 窓口の専任担当 1. 有 (名) ①. 無	
	各種ハラスメントの相談窓口		窓口の名称を記入 (ハラスメント窓口) 窓口の専任担当 ①. 有 (2 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 : _____	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名	
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://	
	資料請求先		住所 〒 □ □ □ — □ □ □ □ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://	

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：031605

臨床研修病院の名称：上野原市立病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）		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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から
		マッチング利用の有無		1. 有 0. 無
31. 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 年 月 日）
32. 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A-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A-2に記入				（プログラム責任者） フリガナ 氏名（姓） 氏名（名） 所属 役職 （副プログラム責任者） 1. 有（ 名） 0. 無
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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
34. 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
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）				西暦 年 月 日
36. 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） 二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円）基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）賞与／年（ 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（ ： ～ ： ）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： 日、2 年次： 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： ）
		当直		回数（約 回／月）
		研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 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（ ） 公的年金保険（ ） 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）

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：031605 臨床研修病院の名称：上野原市立病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況 （基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 9 日

都道府県知事 殿

病院名 N T T 東日本伊豆病院
開設者 N T T 東日本株式会社

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 38 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： 0 3 1 6 4 5 臨床研修病院の名称： N T T 東日本伊豆病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 9 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。		0 3 1 6 4 5		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：伊東市民病院群 番号：3	
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 ヤスタ アキラ 氏名 (姓) (名) 安武 章		役職 (内線) (直通電話 (055) 978—2320) e-mail : izujinji-gm@east.ntt.co.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)		フリガナ イステイヒガ シニホニス ヒョウイン N T T 東日本伊豆病院					
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)		〒 4 1 9 0 1 9 3 (静岡 都・道・府・県) 田方郡函南町平井 750 電話 : (055) 978—2320 F A X : (055) 978—4336 二次医療圏 の名称 : 駿東田方医療圏					
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 イステイヒガ シニホナブ シカイシャ N T T 東日本株式会社					
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)		〒 1 6 3 8 0 1 9 (東京 都・道・府・県) 新宿区西新宿 3-19-2 電話 : (03) 5359—5111 F A X : () —					
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)		フリガナ ヤスタ 姓 安田		スガ 名 秀			
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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)		https://www.izu-hospital.ntt-east.co.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： 031645

臨床研修病院の名称： N T T 東日本伊豆病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 13 名、非常勤（常勤換算）： 9.6 名 計（常勤換算）： 22.6 名、医療法による医師の標準員数：14 名 ＊ 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式A－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 年 月 日、告示番号：第 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（ ）m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数：_____件（うち診療時間外：_____件） 1日平均件数：_____件（うち診療時間外：_____件） 救急車取扱件数：_____件（うち診療時間外：_____件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 名、看護師及び准看護師： 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（ ）	
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：__150__床、2. 精神：__46__床、3. 感染症：____床 4. 結核：____床、5. 療養：____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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： __17.75__日、2. 精神：__80.79__日、3. 感染症：____.____日 4. 結核：____.____日、5. 療養：____.____日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 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： 回、今年度見込： 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入	
	剖検数		前年度実績： 件、今年度見込： 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（単身用： 戸、世帯用： 戸） ① 無（住宅手当： 0 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（ 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		（ 62.858 ）m ²	
	医学図書数		国内図書： 650 冊、国外図書： 40 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 21 種類、国外雑誌： 0 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 ① 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： 031645

臨床研修病院の名称： N T T 東日本伊豆病院

[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： 031645
 臨床研修病院の名称： N T T 東日本伊豆病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			＊ 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
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 ☒ 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 ☐ 無) 夜間保育 (1. 有 ☐ 無) 上記保育所は研修医の子どもに使用可能か (1. 可 ☐ 不可)	
	保育補助		ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1. 有 ☒ 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 ☒ 有 ☐ 無) 授乳スペース (1. 有 ☒ 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 ☒ 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 (企画総務部 企画担当) 窓口の専任担当 ☒ 有 (1 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 :	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名	
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://	
	資料請求先		住所 〒 □ □ □ — □ □ □ □ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://	

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： 031645

臨床研修病院の名称： N T T 東日本伊豆病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）		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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から						
		マッチング利用の有無		1. 有 0. 無						
31. 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 年 月 日）						
32. 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A-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A-2に記入				（プログラム責任者） フリガナ <table><tr><td>氏名（姓）</td><td>氏名（名）</td></tr></table> 所属 役職 （副プログラム責任者） 1. 有（ 名） 0. 無	氏名（姓）	氏名（名）				
氏名（姓）	氏名（名）									
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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						
34. 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						
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）				西暦 年 月 日						
36. 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。						
		常勤・非常勤の別		1. 常勤 2. 非常勤						
		研修手当		<table><tr><td>一年次の支給額（税込み）</td><td>二年次の支給額（税込み）</td></tr><tr><td>基本手当／月（ 円）</td><td>基本手当／月（ 円）</td></tr><tr><td>賞与／年（ 円）</td><td>賞与／年（ 円）</td></tr></table> 時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当 ： 1. 有 0. 無	一年次の支給額（税込み）	二年次の支給額（税込み）	基本手当／月（ 円）	基本手当／月（ 円）	賞与／年（ 円）	賞与／年（ 円）
一年次の支給額（税込み）	二年次の支給額（税込み）									
基本手当／月（ 円）	基本手当／月（ 円）									
賞与／年（ 円）	賞与／年（ 円）									
		勤務時間		基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）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： 日、2年次： 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： ）						
		当直		回数（約 回／月）						
		研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 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（ ） 公的年金保険（ ） 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）						

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： 031645 臨床研修病院の名称： NTT東日本伊豆病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ 企画総務部 企画担当 ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況 （基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 16 日

都道府県知事 殿

病院名 市立大村市民病院
開設者 大村市長 園田 裕史

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 38 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： 032347

臨床研修病院の名称： 市立大村市民病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 16 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。		032347		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：伊東市民病院群 番号：3	
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 マツナガ		才		役職 総務課 課員	
		氏名 (姓) 松永		(名) 奈保		(内線 1297) (直通電話 (0957) 52—2161) e-mail : naom3@jadecom.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)		フリガナ シリツオムラシミンビョウイン 市立大村市民病院					
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)		〒 8 5 6 - 8 5 6 1 (長崎 都・道・府・県) 大村市古賀島町 133-22 電話 : (0957) 52-2161 F A X : (0957) 52-2199 二次医療圏 の名称 : 県央					
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 オムラシチョウ リナダ ヒロシ 大村市長 園田 裕史					
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)		〒 8 5 6 - 8 6 8 6 (長崎 都・道・府・県) 電話 : (0957) 53—4111 F A X : () —					
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)		フリガナ マツオ		トシカズ			
		姓 松尾		名 俊和			
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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)		https://omura.jadecom.or.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： 032347

臨床研修病院の名称：市立大村市民病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤：27 名、非常勤（常勤換算）：4.4 名 計（常勤換算）：31.4 名、医療法による医師の標準員数：18.5 名 ＊ 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式 A－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 2026 年 2 月 1 日、告示番号：第 151 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 （138.370）m ² ②. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数：5290 件（うち診療時間外：2067 件） 1 日平均件数：14.5 件（うち診療時間外：5.7 件） 救急車取扱件数：1439 件（うち診療時間外：876 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 1 名、看護師及び准看護師： 1～2 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 ②. 無） 外科系（①. 有 ②. 無） 小児科（1. 有 ②. 無） その他（ ）	
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： 212 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 21.1 日、2. 精神： 日、3. 感染症： 日 4. 結核： 日、5. 療養： 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数：0 件、異常分娩件数：0 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：0 回、今年度見込：0 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入	
	剖検数		前年度実績：0 件、今年度見込：0 件	
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室	①. 有 ②. 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（単身用： 戸、世帯用： 戸） ②. 無（住宅手当：最大 27,000 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（ 室） ②. 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		（96.100）m ²	
	医学図書数		国内図書：2,656 冊、国外図書：1,348 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌：49 種類、国外雑誌：17 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 ②. 無）、教育用コンテンツ（①. 有 ②. 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 ②. 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： 032347

臨床研修病院の名称：市立大村市民病院

[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： 032347
 臨床研修病院の名称：市立大村市民病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※			
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			＊ 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。		
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 (7 時 15 分 ～ 18 時 15 分) 病児保育 (1. 有 ①. 無) 夜間保育 (1. 有 ①. 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		ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1. 有 ①. 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 ①. 無 窓口の名称がある場合記入 () 窓口の専任担当 1. 有 (名) ①. 無		
	各種ハラスメントの相談窓口		窓口の名称を記入 (相談窓口) 窓口の専任担当 ①. 有 (2 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：		
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次： 名、2 年次： 名		
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話：() — F A X：() — e-mail： URL：http://		
		資料請求先		住所 〒 □□□ — □□□□ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話：() — F A X：() — e-mail： URL：http://	

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： 032347

臨床研修病院の名称：市立大村市民病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）		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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から						
		マッチング利用の有無		1. 有 0. 無						
31. 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 年 月 日）						
32. 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A-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A-2に記入				（プログラム責任者） フリガナ <table><tr><td>氏名（姓）</td><td>氏名（名）</td></tr></table> 所属 役職 （副プログラム責任者） 1. 有（ 名） 0. 無	氏名（姓）	氏名（名）				
氏名（姓）	氏名（名）									
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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						
34. 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						
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）				西暦 年 月 日						
36. 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。						
		常勤・非常勤の別		1. 常勤 2. 非常勤						
		研修手当		<table><tr><td>一年次の支給額（税込み）</td><td>二年次の支給額（税込み）</td></tr><tr><td>基本手当／月（ 円）</td><td>基本手当／月（ 円）</td></tr><tr><td>賞与／年（ 円）</td><td>賞与／年（ 円）</td></tr></table> 時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当 ： 1. 有 0. 無	一年次の支給額（税込み）	二年次の支給額（税込み）	基本手当／月（ 円）	基本手当／月（ 円）	賞与／年（ 円）	賞与／年（ 円）
一年次の支給額（税込み）	二年次の支給額（税込み）									
基本手当／月（ 円）	基本手当／月（ 円）									
賞与／年（ 円）	賞与／年（ 円）									
		勤務時間		基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）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： 日、2年次： 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： ）						
		当直		回数（約 回／月）						
		研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 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（ ） 公的年金保険（ ） 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）						

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： 032347 臨床研修病院の名称：市立大村市民病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況 （基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 15 日

都道府県知事 殿

病院名 公立丹南病院
開設者 公立丹南病院組合管理者 佐々木勝久

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 38 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： 032378

臨床研修病院の名称： 公立丹南病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 15 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。		032378		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：伊東市民病院群 番号：3	
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 ウリウ モリフミ 氏名（姓） 瓜生 (名) 守史		役職 総務課長 (内線) (直通電話 (0778) 51—2260) e-mail : urium@jadecom.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)		フリガナ コウリツナンビョウイン 公立丹南病院					
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][1][6][8][5][1][5] (福井 都・道・府・県) 鯖江市三六町 1 丁目 2 番 3 1 号 電話：(0778) 51—2260 F A X：(0778) 52—8620 二次医療圏 の名称： 丹南医療圏					
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 コウリツナンビョウインクミアイ カンシヤ ササキ カヒサ 公立丹南病院組合 管理者 佐々木 勝久					
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][1][6][8][5][1][5] (福井 都・道・府・県) 鯖江市西山町 1 3 － 1 電話：(0778) 52—5585 F A X：(0778) 52—8620					
5．病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)		フリガナ タケウチ ヒロアキ 姓 竹内 名 浩明					
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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.tannanhp-jadecom.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： 032378 臨床研修病院の名称： 公立丹南病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤：29 名、非常勤（常勤換算）：5.3 名 計（常勤換算）：34.3 名、医療法による医師の標準員数： 19 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式 A－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 2024 年 2 月 1 日、告示番号：第福井県指令丹保第 273 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 （ 146.4 ） m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 5812 件（うち診療時間外： 4365 件） 1 日平均件数： 15.9 件（うち診療時間外： 11.9 件） 救急車取扱件数： 1487 件（うち診療時間外： 907 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 2 名、看護師及び准看護師： 2 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（ ）	
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： 175 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 4 床 4. 結核： 床、5. 療養： 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 11.1 日、2. 精神： . 日、3. 感染症： 5.9 日 4. 結核： . 日、5. 療養： . 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 111 件、異常分娩件数： 27 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： 0 回、今年度見込： 0 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入	
	剖検数		前年度実績： 0 件、今年度見込： 0 件	
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室	1. 有 0. 無 （ ）大学、（ 福島県立 ）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（単身用： 1 戸、世帯用： 0 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（ 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		（ 70 ） m ²	
	医学図書数		国内図書： 0 冊、国外図書： 0 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 25 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（ 医中誌 web ） 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： 032378

臨床研修病院の名称： 公立丹南病院

[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：032378
 臨床研修病院の名称：公立丹南病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			＊ 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
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 (8 時 00 分 ～ 19 時 00 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		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)		(病児・病後児保育所併設)	
	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 (労働安全衛生委員会ハラスメント窓口) 窓口の専任担当 1 . 有 (2 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 : _____	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名	
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話 : () — FAX : () — e-mail : URL : http://	
	資料請求先		住所 〒 — (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話 : () — FAX : () — e-mail : URL : http://	

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： 032378 臨床研修病院の名称： 公立丹南病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から	
	マッチング利用の有無		1. 有 0. 無	
31. 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 年 月 日）	
32. 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A-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A-2に記入			（プログラム責任者） フリガナ 氏名（姓） 氏名（名）	
		所属 役職		
		（副プログラム責任者） 1. 有（ 名） 0. 無		
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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	
34. 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	
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）			西暦 年 月 日	
36. 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（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 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（： ～：）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： 日、2年次： 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： ）	
	当直		回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 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（ ）		
		公的年金保険（ ）		
		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）		

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： 032378 臨床研修病院の名称： 公立丹南病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳（基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況（基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 10 日

都道府県知事 殿

病院名 東京北医療センター
開設者 公益社団法人地域医療振興協会
理事長 藤来 靖士

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 38 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：040003 臨床研修病院の名称：東京北医療センター

記入日：西暦 2026 年 4 月 10 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。		040003		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：伊東市民病院群 番号：3			
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 ワバヤシ シン		役職 事務次長 (内線) (直通電話 (03) 5963 — 3311) e-mail : kensyu-j@tokyokita-jadecom.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)					
		氏名 (姓)						(名)	
		若林		心					
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)		フリガナ トウキョウキタイリョウセンター							
		東京北医療センター							
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)		〒 111-0053 (東京都) 北区 赤羽台 4-17-56 電話 : (03) 5963—3311 F A X : (03) 5963—6678							
		二次医療圏 の名称 : 区西北部二次保険医療圏							
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 コウエキシャタンホウジン チキリョウシンコウキョウカイ リジチョウ フジライ ヤシ							
		公益社団法人 地域医療振興協会 理事長 藤来 靖士							
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)		〒 102-0093 (東京都) 千代田区 平河町 2-6-3 電話 : (03) 5212—9152 F A X : (03) 5212—9185							
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)		フリガナ ミヤザキ		クニヒサ					
		姓 宮崎		名 国久					
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 研修管理委員会の全ての構成員 (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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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)		https://www.tokyokita-jadecom.jp/recruit-intern.html							

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：040003 臨床研修病院の名称：東京北医療センター

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤：146 名、非常勤（常勤換算）： 9.4 名 計（常勤換算）： 15534 名、医療法による医師の標準員数：17.7 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式 A－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 2025 年 7 月 31 日、告示番号：第 833 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 （ 21 ） m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 13,340 件（うち診療時間外： 9,947 件） 1 日平均件数： 36.5 件（うち診療時間外： 27.2 件） 救急車取扱件数： 6,028 件（うち診療時間外： 4,478 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 9 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（ 産婦人科 ）	
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： 351 床、2. 精神： _____ 床、3. 感染症： _____ 床 4. 結核： _____ 床、5. 療養： _____ 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 9.6 日、2. 精神： _____ 日、3. 感染症： _____ 日 4. 結核： _____ 日、5. 療養： _____ 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 453 件、異常分娩件数： 194 件	
15. 臨床病理検討会（C P C）の実施状況 （基幹型・協力型記入）	開催回数		前年度実績： 5 回、今年度見込： 5 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入	
	剖検数		前年度実績： 7 件、今年度見込： 5 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（単身用： 20 戸、世帯用： _____ 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（ 2 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		（ 36.1 ） m ²	
	医学図書数		国内図書： 1841 冊、国外図書： 186 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 64 種類、国外雑誌： 2 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： 040003

臨床研修病院の名称：

東京北医療センター

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		フリガナ ヒライ ミカ		
			氏名（姓）平井		氏名（姓）美加
			役職 医療情報室		
	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		(15) 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：)		
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(1 名) 〇. 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()名 主な活動内容：院内において発生した医療事故又は発生する医療事故についての情報の収集、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等： フリガナ ハヤシ キコ		
			氏名（姓）林		氏名（姓）喜久子
			役職 患者サポート室員		
			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 〇. 無			
	医療に係る安全管理のための指針の整備状況		①. 有 〇. 無		
			指針の主な内容： リスクマネジメント(医療事故防止)マニュアル		
	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： リスクマネジメント（医療事故防止）					
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			
		研修の主な内容： リスクマネジメント（医療事故防止）委員会開催における伝達講習			
		医療機関内における事故報告等の整備： ①. 有 〇. 無			
	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		その他の改善のための方策の主な内容： リスクマネジメント（医療事故防止） インデントレポート、アクシデントレポート		
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： 9 名 中断： 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	9	9	9
		2 年	10	10	10
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(351)床÷10＝(35.1)名		
	患者数から算出		年間入院患者数(9852)人÷100＝(9.8)名		
23. 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： 0名（常勤： 0名、非常勤： 0名）			
		2. 作業療法士： 15名（常勤： 15名、非常勤： 0名）			
		3. 臨床心理技術者： 2名（常勤： 1名、非常勤： 1名）			
		9. その他の精神科技術職員： <u> 0 </u> 名（常勤：0 名、非常勤： 0 名）			
24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 （基幹型記入） JCEPによる評価受審の有無を記載してください。		１. 有(年 月 日) ②. 無 有を選択した場合には、直近の受審日を記入してください。 受審状況有りの場合、結果の公表 １. 有 ③. 無			

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：040003
 臨床研修病院の名称：東京北医療センター

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※			
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			＊ 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。		
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 (8 時 00 分 ～ 18 時 00 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		ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1. 有 ①. 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 ①. 無) 授乳スペース (1. 有 ①. 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 ①. 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 (ハラスメントの相談窓口) 窓口の専任担当 ①. 有 (2 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：		
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次： 名、2 年次： 名		
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話： F A X： e-mail： URL：http://		
		資料請求先		住所 〒 () 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話： F A X： e-mail URL：http://	

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：040003 臨床研修病院の名称：東京北医療センター

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から	
	マッチング利用の有無		1. 有 0. 無	
31. 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 年 月 日）	
32. 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A-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A-2に記入			（プログラム責任者） フリガナ	
		氏名（姓）	氏名（名）	
		所属 役職		
		（副プログラム責任者） 1. 有（ 名） 0. 無		
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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	
34. 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	
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）			西暦 年 月 日	
36. 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（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 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（ ～ ）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： 日、2年次： 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：_____）	
	当直		回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 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（_____）	
			公的年金保険（_____）	
			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）		

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： 040003 臨床研修病院の名称： 東京北医療センター

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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 （ ）
			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 2. 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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況 （基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 13 日

都道府県知事 殿

病院名 市立恵那病院
開設者 恵那市長 小板 喬峯

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 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 38 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：040007 臨床研修病院の名称：市立恵那病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 9 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。	040007		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：伊東市民病院群 番号：3
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 カトウ ミズエ 氏名 (姓) (名) 加藤 瑞枝		役職 医局秘書係長 (内線 3 9 9 4) (直通電話 (0573) 26—2121) e-mail : mizuek@jadecom.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)	フリガナ シリツエナビョウイン 市立恵那病院			
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)	〒 5 0 9 - 7 2 0 1 (岐 阜 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県) 恵那市大井町 2 7 2 5 番地 電話 : (0573) 26 — 2121 F A X : (0573) 26 — 5279 二次医療圏 の名称 :			
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 エナシチョウ コサカ タカネ 恵那市長 小坂 喬峰			
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)	〒 5 0 9 - 7 2 9 2 (岐 阜 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県) 恵那市長島町正家 1 - 1 - 1 電話 : (0573) 26—2111 F A X : (0573) 25—6150			
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ ヤマダ 姓 山田		セイシ 名 誠史	
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 研修管理委員会の全ての構成員 (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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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)	https://www.enahosp.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： 040007
 臨床研修病院の名称： 市立恵那病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 19 名、非常勤（常勤換算）： 7.217 名 計（常勤換算）： 25.952 名、医療法による医師の標準員数： 12.4 名 ＊ 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式A－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 2025 年 11 月 1 日、告示番号：第 2107 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 (54.510) m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 3794 件（うち診療時間外： 3161 件） 1 日平均件数： 10.3 件（うち診療時間外： 8.6 件） 救急車取扱件数： 1779 件（うち診療時間外： 1146 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 1 名、看護師及び准看護師： 1 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（ ）	
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： 199 床、2. 精神： _____ 床、3. 感染症： _____ 床 4. 結核： _____ 床、5. 療養： _____ 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 11.2 日、2. 精神： _____ 日、3. 感染症： _____ 日 4. 結核： _____ 日、5. 療養： _____ 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 203 件、異常分娩件数： 139 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： 0 回、今年度見込： 0 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入	
	剖検数		前年度実績： 0 件、今年度見込： 0 件	
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室	1. 有 ① 無（ _____ ）大学、（中津川市民）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（単身用： 3 戸、世帯用： 1 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（ _____ 室） ① 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		(30) m ²	
	医学図書数		国内図書： 1,500 冊、国外図書： 350 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 18 種類、国外雑誌： 14 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： 040007

臨床研修病院の名称： 市立恵那病院

[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：040007

臨床研修病院の名称：市立恵那病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※	
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			* 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。
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) 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		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 (3 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 : _____
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話 : () — FAX : () — e-mail : URL : http://
			住所 〒 □ □ □ — □ □ □ □ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話 : () — FAX : () — e-mail : URL : http://
	資料請求先		

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：040007

臨床研修病院の名称：市立恵那病院

※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。

30．研修医の募集及び採用の方法（続き） (基幹型記入)		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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から						
		マッチング利用の有無		１．有　０．無						
31．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 年 月 日）						
32．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Ａ-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Ａ-２に記入				（プログラム責任者） フリガナ <table border="1"><tr><td>氏名（姓）</td><td>氏名（名）</td></tr><tr><td colspan="2">所属 役職</td></tr><tr><td colspan="2"> （副プログラム責任者） １．有（ 名）　０．無 </td></tr></table>	氏名（姓）	氏名（名）	所属 役職		（副プログラム責任者） １．有（ 名）　０．無	
氏名（姓）	氏名（名）									
所属 役職										
（副プログラム責任者） １．有（ 名）　０．無										
33．臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 (基幹型記入) 全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						
34．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						
35．研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)				西暦 年 月 日						
36．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		<table border="1"><tr><td>一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）</td><td>二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）</td></tr><tr><td colspan="2">時間外手当： １．有 ０．無 休日手当 ： １．有 ０．無</td></tr></table>	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	時間外手当： １．有 ０．無 休日手当 ： １．有 ０．無			
一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）									
時間外手当： １．有 ０．無 休日手当 ： １．有 ０．無										
		勤務時間		<table border="1"><tr><td>基本的な勤務時間（ ： ～ ：</td><td>）24 時間帯記</td></tr><tr><td colspan="2">休憩時間（ ）</td></tr><tr><td colspan="2">時間外勤務の有無： １．有 ０．無</td></tr></table>	基本的な勤務時間（ ： ～ ：	）24 時間帯記	休憩時間（ ）		時間外勤務の有無： １．有 ０．無	
基本的な勤務時間（ ： ～ ：	）24 時間帯記									
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： 日、２年次： 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：)						
		当直		回数（約 回／月）						
		研修医の宿舍（再掲）		１．有（単身用： 戸、世帯用： 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、「〇」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		<table border="1"><tr><td>公的医療保険（ ）</td></tr><tr><td>公的年金保険（ ）</td></tr><tr><td>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）</td></tr><tr><td>雇用保険（１．有 ０．無）</td></tr></table>	公的医療保険（ ）	公的年金保険（ ）	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）		
公的医療保険（ ）										
公的年金保険（ ）										
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）										

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：040007

臨床研修病院の名称：市立恵那病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理	健康診断（年 回） その他（具体的に
	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（ 窓口の専任担当 １．有（ 名） ０．無	
37. 研修医手帳（基幹型記入）		１．有 ０．無
38. 連携状況（基幹型記入）		* 様式 A-6 に記入

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 24 日

都道府県知事 殿

病院名 公益社団法人地域医療振興協会 有田市立病院
開設者 有田市長 玉置 久登

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 38 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：040042

臨床研修病院の名称：公益社団法人地域医療振興協会 有田市立

記入日：西暦 2026 年 4 月 24 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。	040042	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 伊東市民病院群 番号 3
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 イシイ キヌヨ 氏名 (姓) (名) 石井 絹代		役職 総務課長 (内線 511) (直通電話 (0737) 82—2151) e-mail : kinuyoi@jadecom.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)	フリガナ コウエキシャダンホウジンチイキイリョウシンコウキョウカイ アリダシリツビョウイン 公益社団法人地域医療振興協会 有田市立病院		
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)	〒 6 4 9 0 3 1 6 (和歌山 都・道・府・県) 有田市宮崎町 6 番地 電話 : (0737) 83 — 2151 F A X : (0737) 82 — 5154 二次医療圏 の名称 : 有田保険医療		
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 アリダシチョウ タマキ ヒサト 有田市長 玉置 久登		
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)	〒 6 4 9 0 3 9 2 (和歌山 都・道・府・県) 有田市箕島 50 番地 電話 : (0737) 83—1111 F A X : (0737) 82—1725		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ カンリシャ カトウ 姓 管理者 加藤		セイヤ 名 正哉
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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)	https://arida.jadecom.or.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：040042
 臨床研修病院の名称：公益社団法人地域医療振興協会 有田市立病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 16 名、非常勤（常勤換算）：4.5 名 計（常勤換算）： 名、医療法による医師の標準員数：16.6 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式 A－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 2025 年 2 月 7 日、告示番号：第 88 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 (38,590) m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 2,431 件（うち診療時間外： 1068 件） 1 日平均件数： 6.7 件（うち診療時間外： 2.9 件） 救急車取扱件数： 1,017 件（うち診療時間外： 579 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 1 名、看護師及び准看護師： 1 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（	
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： 141 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 4 床 4. 結核： 床、5. 療養： 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 0.0 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： 0 件、異常分娩件数： 0 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： 0 回、今年度見込： 0 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入	
	剖検数		前年度実績： 0 件、今年度見込： 0 件	
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無（和歌山県立医科）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： 戸） 0. 無（住宅手当： 27,000 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		(47,500) m ²	
	医学図書数		国内図書： 300 冊、国外図書： 150 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 12 種類、国外雑誌： 0 種類	
	図書室の利用可能時間		： ～ ： 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（今日の臨床サポート、医中誌 WEB） 利用可能時間（ 8：30 ～翌 8：30）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（コーケン セーブマン ）	

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： 040042
 臨床研修病院の名称： 公益社団法人地域医療振興協会
 有田市立病院

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	フリガナ ジンボ 氏名(姓) 神保 役職 事務部長	ヨシキ (名) 佳紀	
	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	(9) 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:)		
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 (1 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 (1) 名 主な活動内容: 院内において発生した医療事故または発生する危険があった医療事故についての情報共有、再発防止策対応		
	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等: フリガナ タナカ チカ 氏名(姓) 田中 (名) 秩加 役職 看護師 対応時間 (8: 30~17: 30) 24 時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無: ① 有 0. 無		
		① 有 0. 無 指針の主な内容: 医療安全マニュアル等の作成		
		年(12)回 活動の主な内容: 院内において発生した医療事故または発生する危険があった医療事故についての情報共有、再発防止策対応		
		年(2)回 研修の主な内容: オンラインを活用した医療安全研修		
	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: 医療安全マニュアル等の作成		
	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: 院内において発生した医療事故または発生する危険があった医療事故についての情報共有、再発防止策対応		
	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 研修の主な内容: オンラインを活用した医療安全研修		
	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: 週1回、管理職による報告内容の情報共有等		
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: 0 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 1 年 2 年	前年度 	当該年度
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 (145) 床÷10= (14.5) 名		
	患者数から算出	年間入院患者数 (934) 人÷100= (9.34) 名		
23. 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: 0 名(常勤: 名、非常勤: 名)			
	2. 作業療法士: 7 名(常勤: 7 名、非常勤: 名)			
	3. 臨床心理技術者: 0 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)			
24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 (基幹型記入) JCEP による評価受審の有無を記載してください。	1. 有 (年 月 日) 0. 無 有を選択した場合には、直近の受審日を記入してください。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 0. 無			

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： 040042
 臨床研修病院の名称： 公益社団法人地域医療振興協会 有田市立病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			* 別紙5に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
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) 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		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：	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次： 名、2 年次： 名	
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話：() — FAX：() — e-mail： URL：http://	
	資料請求先		住所 〒 □□□ — □□□□ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話：() — FAX：() — e-mail： URL：http://	

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： 040042 臨床研修病院の名称： 公益社団法人地域医療振興協会 有田市立病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から	
	マッチング利用の有無		1. 有 0. 無	
31. 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 年 月 日）	
32. 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A-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A-2に記入			（プログラム責任者） フリガナ	
		氏名（姓）	氏名（名）	
		所属 役職		
		（副プログラム責任者） 1. 有（ 名） 0. 無		
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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	
34. 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	
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）			西暦 年 月 日	
36. 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（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 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（ ： ～ ： ）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： 日、2年次： 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： ）	
	当直		回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 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（ ）		
		公的年金保険（ ）		
		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）		

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： 040042 臨床研修病院の名称： 公益社団法人地域医療振興協会 有田市立病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳（基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況（基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 15 日

都道府県知事 殿

病院名 市立奈良病院
開設者 奈良市長 仲川 元庸

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 38 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：050008 臨床研修病院の名称：市立奈良病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 15 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。		050008		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：伊東市民病院群 番号：3	
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 ムハ ユキ 氏名 (姓) 弓場 (名) 有紀		役職 (内線 5930) (直通電話 (0742) 24 — 1252) e-mail : yukiyu@jadecom.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)		フリガナ シツナリビョウイン 市立奈良病院					
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)		〒 630-8305 (奈良 都・道・府・県) 奈良市東紀寺町 1 丁目 50 番 1 号 電話：(0742) 24 — 1252 F A X：(0742) 22 — 2478 二次医療圏 の名称： 奈良保健医療圏					
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 ナラシヨウ ナカガワ モトノブ 奈良市長 仲川 元庸					
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)		〒 630-8580 (奈良 都・道・府・県) 奈良市二条大路南 1 丁目 1 番 1 号 電話： (0742) 34 — 1111 F A X：(0742) 35 — 4856					
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)		フリガナ ニシオ 姓 西尾		ヒロシ 名 博至			
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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.nara-jadecom.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： 050008

臨床研修病院の名称： 市立奈良病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 146 名、非常勤（常勤換算）： 7.1 名 計（常勤換算）： 153.1 名、医療法による医師の標準員数： 33.3 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式A－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2025年 1 月 5 日、告示番号：第 311 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 （ 97.330 ） m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 6753 件（うち診療時間外： 5231 件） 1日平均件数： 18.5 件（うち診療時間外： 14.3 件） 救急車取扱件数： 5009 件（うち診療時間外： 3334 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 7 名、看護師及び准看護師： 4 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（ ）	
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： 349 床、2. 精神： _____ 床、3. 感染症： 1 床 4. 結核： _____ 床、5. 療養： _____ 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度のの前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度のの前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 11.0 日、2. 精神： _____ 日、3. 感染症： _____ 日 4. 結核： _____ 日、5. 療養： _____ 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 92 件、異常分娩件数： 63 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： 4 回、今年度見込： 4 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入	
	剖検数		前年度実績： 3 件、今年度見込： 4 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（単身用： 20 戸、世帯用： _____ 戸） 0. 無（住宅手当： 27000 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		（ 56,400 ） m ²	
	医学図書数		国内図書： 2500 冊、国外図書： 150 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 80 種類、国外雑誌： 5 種類	
	図書室の利用可能時間		00 ： 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（ 00 ： 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： 050008

臨床研修病院の名称：市立奈良病院

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		フリガナ カネサ カズキ 氏名(姓) 金政 (名) 和之 役職 院長補佐兼消化器肝臓病センター長兼診療情報管理室長		
	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:)		
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 (1 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 (3) 名 主な活動内容: 「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等		
	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等: フリガナ 材木 カズコ 氏名(姓) 大久保 (名) 和子 役職 総合相談課課長 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: 基本理念、組織及び体制、安全確保を目的とした改善策、事故発生対応	
		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: アクシデントの報告・検討、インシデント事例の検討、教育研修企画	
		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 研修の主な内容: 医療安全フォーラム、医薬品安全管理研修会、教育研修等	
	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: ○医薬品安全管理部会の設置・・・医薬品の安全管理に関する検討 ○医療機器安全管理部会の設置・・・医療機器の安全管理に関する検討		
	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: 8 名 中断: 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	8	8	8
		2 年	8	8	8
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 (350) 床÷10= (35) 名		
	患者数から算出		年間入院患者数 (8910) 人÷100= (89.1) 名		
23. 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: 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)			
24. 臨床研修に関する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。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 0. 無			

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： 050008

臨床研修病院の名称： 市立奈良病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※	
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			* 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。
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 (8 時 00 分 ~ 18 時 00 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		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 (1 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 (3 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 : _____
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://
	資料請求先		住所 〒 (奈良 都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://

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： 050008 臨床研修病院の名称： 市立奈良病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	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：　臨床研修医申込書　）	
	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：　　　月　　　日頃から 選考時期：　　　月　　　日頃から	
	マッチング利用の有無		１．有　０．無	
31. 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　　　年　月　日）	
32. 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Ａ－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Ａ－２に記入			（プログラム責任者） フリガナ	
		氏名（姓）	氏名（名）	
		所属	役職	
		（副プログラム責任者） １．有（　　　名）　０．無		
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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	
34. 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	
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）			西暦　　　　　年　　　月　　　日	
36. 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（　　　　　　　　　円） 賞与／年（　　　　　　　　　円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（　　　　　　　　　円） 賞与／年（　　　　　　　　　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（　　　：　　　～　　　：　　　）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：　　　日、２年次：　　　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：　　　　　　　　　）	
	当直		回数（約　　回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）		１．有（単身用：　　　戸、世帯用：　　　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（　　　　　　　　　）	
		公的年金保険（　　　　　　　　　）		
		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）		

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： 臨床研修病院の名称：

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳（基幹型記入）			1. 有 0. 無
38. 連携状況（基幹型記入）			* 様式A-6に記入

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 1 日

都道府県知事 殿

病院名 公立黒川病院
開設者 黒川地域行政事務組合理事会 理事長 浅野俊彦

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 38 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： 0050022 臨床研修病院の名称： 公立黒川病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 1 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。	0050022	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：伊東市民病院群 番号：3
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 トミタ マナブ 氏名 (姓) (名) 富田 学	役職 総務課長 (内線 318) (直通電話 (022) 345—3101) e-mail : kurokawa-soumu@jadecom. 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)	フリガナ コウリツクロカワヒョウイン 公 立 黒 川 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 1 - 3 6 8 2 (宮 城 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県) 黒川郡大和町吉岡字西桜木 60 電話：(022) 345—3101 F A X：(022) 345—3143 二次医療圏 の名称：仙台医療圏		
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 クロカワチイキョウセイジムキマイ リジカイ リジチョウ アサノ トシコ 黒川地域行政事務組合 理事会 理事長 浅野 俊彦		
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 1 - 3 6 2 1 (宮 城 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県) 黒川郡大和町吉岡字下町 15-1 電話：(022) 345—1541 F A X：(022) 345—1543		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ カタ 姓 角田	ヒロシ 名 浩	
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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)	https://kurokawa. jadecom. or. 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： 0050022 臨床研修病院の名称： 公立黒川病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 15 名、非常勤（常勤換算）： 8.02 名 計（常勤換算）： 23.02 名、医療法による医師の標準員数： 19.725 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式A－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 2023 年 2 月 1 日、告示番号：第 789 号 申請中	
	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 （ 37.2 ） m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 803 件（うち診療時間外： 539 件） 1 日平均件数： 2.2 件（うち診療時間外： 1.5 件） 救急車取扱件数： 409 件（うち診療時間外： 145 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 1 名、看護師及び准看護師： 1 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 ①. 無） その他（ ）	
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： 110 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 60 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 20.7 日、2. 精神： . 日、3. 感染症： . 日 4. 結核： . 日、5. 療養： 63.5 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 0 件、異常分娩件数： 0 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： 0 回、今年度見込： 0 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入	
	剖検数		前年度実績： 件、今年度見込： 件	
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室	1. 有 ①. 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： 戸） ①. 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（ 室） ①. 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		（ 0 ） m ²	
	医学図書数		国内図書： 冊、国外図書： 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 種類、国外雑誌： 種類	
	図書室の利用可能時間		： ～ ： 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（ 8：30 ～ 17：00 ）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： 0050022

臨床研修病院の名称：

公立黒川病院

[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： 0050022 臨床研修病院の名称： 公立黒川病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※	
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			* 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。
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) 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		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 : _____
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話 : () — FAX : () — e-mail : _____ URL : http:// _____
	資料請求先		住所 〒 □ □ □ — □ □ □ □ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話 : () — FAX : () — e-mail : _____ URL : http:// _____

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： 臨床研修病院の名称：

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から	
	マッチング利用の有無		1. 有 0. 無	
31. 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 年 月 日）	
32. 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A-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A-2に記入			（プログラム責任者） フリガナ	
		氏名（姓）	氏名（名）	
		所属 役職		
		（副プログラム責任者） 1. 有（ 名） 0. 無		
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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	
34. 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	
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）			西暦 年 月 日	
36. 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（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 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（ ： ～ ： ）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： 日、2年次： 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： ）	
	当直		回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 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（ ）	
			公的年金保険（ ）	
			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）	

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： 臨床研修病院の名称：

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳（基幹型記入）			1. 有 0. 無
38. 連携状況（基幹型記入）			* 様式A-6に記入

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 17 日

都道府県知事 殿

病院名 医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院
開設者 医療法人社団健育会 理事長 竹川 節男

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 38 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：050025 臨床研修病院の名称： 医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 17 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。	050025		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：伊東市民病院群 番号：3
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 アサカ ミズノ		役職 (内線) (直通電話 (0558) 52 - 2366) e-mail : m-asaka@nishiizu.gr.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
	氏名 (姓)	(名)		
	朝賀	瑞乃		
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)	フリガナ イリヨウホウジンシャダンケンイクカイ ニシイズケンイクカ化`ョウイン			
	医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院			
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)	〒 4 1 0-3 5 1 4 (静岡 都・道・府・県)			
	賀茂郡西伊豆町仁科 138-2			
	電話：(0558) 52-2366 F A X：(0558) 52-2369			
	二次医療圏 の名称：賀茂圏域			
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 イリヨウホウジンシャダンケンイクカイ リジ`ョウ タカワセツオ			
	医療法人社団健育会 理事長 竹川節男			
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)	〒 1 7 4-0 0 7 5 (東京 都・道・府・県)			
	板橋区桜川 2-19-1			
	電話：(03) 3233-1127 F A X：(03) 3233-1731			
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ ナカダ カズマサ			
	姓 仲田	名 和正		
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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.nishiizu.gr.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：050025 臨床研修病院の名称：医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 7 名、非常勤（常勤換算）： 5.60 名 計（常勤換算）： 12.60 名、医療法による医師の標準員数： 6.53 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式A－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 2024 年 12 月 6 日、告示番号：第 740 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 （ 16 ） m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 2,559 件（うち診療時間外： 2,143 件） 1 日平均件数： 7.0 件（うち診療時間外： 5.9 件） 救急車取扱件数： 977 件（うち診療時間外： 561 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 1 名、看護師及び准看護師： 1 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（ ）	
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： 78 床、2. 精神： _____ 床、3. 感染症： _____ 床 4. 結核： _____ 床、5. 療養： _____ 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 21.2 日、2. 精神： _____ 日、3. 感染症： _____ 日 4. 結核： _____ 日、5. 療養： _____ 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： _____ 件、異常分娩件数： _____ 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： 0 回、今年度見込： 0 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入	
	剖検数		前年度実績： _____ 件、今年度見込： _____ 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（単身用： 2 戸、世帯用： _____ 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（ _____ 室） ①. 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		（ 12.44 ） m ²	
	医学図書数		国内図書： 276 冊、国外図書： 25 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 20 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（ Lancat, Dynamed, UpToDate, メディカルオンライン ） 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 ①. 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：050025 臨床研修病院の名称：医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院

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		フリガナ カガ カマサ 氏名(姓) 仲田 (名) 和正 役職 病院長		
	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:)		
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 (1 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 () 名、兼任 (15) 名 主な活動内容: 例)「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等		
	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等: フリガナ ヤマト タミコ 氏名(姓) 山本 (名) 多見子 役職 医療相談員 対応時間 (9 : 00 ~ 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: 1) 目的 2) 基本的な考え 3) 委員会と組織及び人材に関する基本事項 4) 職員研修に関する基本方針 5) 改善のための基本方針 6) 医療事故発生時の基本方針 7) 患者・家族への対応 8) その他医療安全の推進のために必要な基本方針		
	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: 医療事故情報収集や報告・医療事故防止対策等の立案と決定・資料収集と職員周知・医薬品安全管理・医療機器安全管理		
	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 研修の主な内容:「医療安全の基礎知識」・「窒息事故を防止するためには」		
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: インシデント報告書作成・医療安全に関する資料収集と職員周知・院内ラウンドによる危険箇所抽出と改善・マニュアル整備			
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: 名 中断: 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	0	0	0
		2 年	39	41	41
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 (78) 床÷10＝ (7.8) 名		
	患者数から算出		年間入院患者数 (1065) 人÷100＝ (10.65) 名		
23. 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: 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)		
24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 (基幹型記入) JCEP による評価受審の有無を記載してください。		1. 有(評価実施機関名:(年 月 日)) ① 無 有を選択した場合には、直近の受審日を記入してください。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 ① 無			

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：050025
 臨床研修病院の名称：医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			＊ 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
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 (7 時 40 分 ～ 19 時 15 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		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 () 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：	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次： 名、2 年次： 名	
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話： () — F A X： () — e-mail： URL：http://	
	資料請求先		住所 〒 □ □ □ — □ □ □ □ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話： () — F A X： () — e-mail： URL：http://	

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： 050025 臨床研修病院の名称： 医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）		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：____月____日頃から 選考時期：____月____日頃から
		マッチング利用の有無		１．有　０．無
31. 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____年____月____日）
32. 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Ａ－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Ａ－２に記入				（プログラム責任者） フリガナ 氏名（姓）_____ 氏名（名）_____ 所属_____ 役職_____ （副プログラム責任者） １．有（____名）　０．無
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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
34. 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
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）				西暦____年____月____日
36. 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。
		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（_____円） 賞与／年（_____円） 二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（_____円） 賞与／年（_____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（____：____～____：____）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：____日、２年次：____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：_____）
		当直		回数（約____回／月）
		研修医の宿舍（再掲）		１．有（単身用：____戸、世帯用：____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（_____） 公的年金保険（_____） 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）

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： 050025 臨床研修病院の名称： 医療法人社団健育会 西伊豆健育会病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況 （基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

都道府県知事 殿

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 38 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： 060025 臨床研修病院の名称： 村立東海病院

記入日：西暦2026年 4月15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。	060025		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：伊東市民病院群 番号：3
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 ヲヱダ ヲウイチ 氏名(姓) (名) 植 田 裕 一		役職 総務課係長 (内線) (直通電話(029) 277 — 2468) e-mail: yuitiu@jadecom.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)	フリガナ ソウリツウカイホ ヲウイン 村立東海病院			
	〒 3 1 9 - 1 1 1 2 (茨城 都・道・府・県) 那珂郡東海村村松2081番地2 電話：(029) 282—2188 F A X：(029) 306—2811 二次医療圏 の名称：常陸太田・ひたちなか医療圏			
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 トカイソウチョウ ヤマダ サム 東海村長 山田 修			
	〒 3 1 9 - 1 1 9 2 (茨城 都・道・府・県) 那珂郡東海村東海3丁目7番1号 電話：(029) 282—1711 F A X：(029) 283—0340			
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ ミヤザキ 姓 宮崎		マサル 名 勝	
	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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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.tokai-hp.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： 0 6 0 0 2 5

臨床研修病院の名称： 村立東海病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 9 名、非常勤（常勤換算）： 3.2 名 計（常勤換算）： 12.2 名、医療法による医師の標準員数： 7.0 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式A－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2025年 6月22日、告示番号：第 21－2 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 （ 23.79 ）m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 2,073 件（うち診療時間外： 1,761 件） 1日平均件数： 5.7 件（うち診療時間外： 4.8 件） 救急車取扱件数： 632 件（うち診療時間外： 320 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 1 名、看護師及び准看護師： 1 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（ 整形外科/耳鼻咽喉科 ）	
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： 40 床、2. 精神： _____ 床、3. 感染症： _____ 床 4. 結核： _____ 床、5. 療養： 40 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 14.6 日、2. 精神： _____ 日、3. 感染症： _____ 日 4. 結核： _____ 日、5. 療養： 29.4 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 0 件、異常分娩件数： 0 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： 0 回、今年度見込： 0 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入	
	剖検数		前年度実績： 0 件、今年度見込： 0 件	
	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室	1. 有 ①. 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（単身用： 1 戸、世帯用： _____ 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（ _____ 室） ①. 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		（ 16.37 ）m ²	
	医学図書数		国内図書： 250 冊、国外図書： 80 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 15 種類、国外雑誌： 3 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：060025

臨床研修病院の名称： 村立東海病院

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		フリガナ ナカハタ 氏名（姓） 小坂部 シゲオ （名） 成生											
	診療に関する諸記録の管理方法		役職 医事課長 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： ）											
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 （ １ 名） 〇. 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。											
	安全管理部门の設置状況		職員：専任 （ １ ）名、兼任 （ １５ ）名 主な活動内容：毎月定期委員会を実施・５Ｓ活動の啓蒙・院内で発生し報告のあったヒヤリハット及び事故事例を量的分析また質的分析の実施											
	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等： フリガナ スズキ タケシ 氏名（姓） 鈴木 （名） 剛											
			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 〇. 無											
	医療に係る安全管理のための指針の整備状況		①. 有 〇. 無 指針の主要内容： 医療事故の防止を図り、適切な医療の提供体制を確立する。											
	医療に係る安全管理委員会の開催状況		年 （ １　２ ）回 活動の主要内容： レポート分析、５Ｓ活動、マニュアル改訂											
	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 研修の主要内容： ５Ｓ活動、報告分析、マニュアル改正及び周知活動、外部講師講演											
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 〇. 無 その他の改善のための方策の主要内容： ヒアリング事例の報告内容及び対策の周知、５Ｓ活動												
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： ７ 名 中断： 〇 名												
21. 現に受け入れている研修医の数 （基幹型・協力型記入）		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>前々年度</th><th>前年度</th><th>当該年度</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>１ 年</td><td>〇</td><td>〇</td><td>〇</td></tr> <tr> <td>２ 年</td><td>７</td><td>７</td><td>６</td></tr> </tbody> </table>		前々年度	前年度	当該年度	１ 年	〇	〇	〇	２ 年	７	７	６
	前々年度	前年度	当該年度											
１ 年	〇	〇	〇											
２ 年	７	７	６											
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 （ ８　〇 ）床÷10＝ （ ８ ）名											
	患者数から算出		年間入院患者数 （ １，２０２ ）人÷100＝ （ １　２ ）名											
23. 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： 〇 名（常勤： 〇 名、非常勤： 〇 名）												
		2. 作業療法士： 〇 名（常勤： 〇 名、非常勤： 〇 名）												
		3. 臨床心理技術者： 〇 名（常勤： 〇 名、非常勤： 〇 名）												
		9. その他の精神科技術職員： _____ 〇 名（常勤： 〇 名、非常勤： 〇 名）												
24. 臨床研修に関する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）） 〇. 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。 受審状況有りの場合、結果の公表 １. 有 〇. 無												

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：060025
 臨床研修病院の名称：
 国立東海病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			＊ 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
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) 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		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 (4 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 :	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名	
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://	
	資料請求先		住所 〒 □ □ □ — □ □ □ □ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://	

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：060025

臨床研修病院の名称：村立東海病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） (基幹型記入)		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：　月　日頃から 選考時期：　月　日頃から
		マッチング利用の有無		１．有　０．無
31. 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　年　月　日）
32. 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Ａ－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Ａ－２に記入				（プログラム責任者） フリガナ 氏名（姓） 氏名（名） 所属 役職 （副プログラム責任者） １．有（ 名）　０．無
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 (基幹型記入) 全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
34. 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
35. 研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)				西暦　年　月　日
36. 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（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 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（ ：　～　：　）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： 日、２年次： 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： ）	
	当直		回数（約　回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）		１．有（単身用： 戸、世帯用： 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() 公的年金保険() 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）		

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： 060025 臨床研修病院の名称： 村立東海病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況 （基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 20 日

都道府県知事 殿

病院名 飯塚市立病院
開設者 飯塚市長 武井 政一

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 38 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： 070024 臨床研修病院の名称： 飯塚市立病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 20 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。	070024		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：伊東市民病院群 番号：3
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 ハラ マサキ		役職 総務課長	
	氏名(姓)	(名)	(内線 8219) (直通電話(0948) 22 — 2980) e-mail : masakih@jadecom.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)	フリガナ イヅカシツヒョウイン			
	飯塚市立病院			
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)	〒 8 2 0 0 0 8 8 (福岡 都・道・府 県)			
	飯塚市弁分 633 番地 1 電話：(0948) 22 — 2980 F A X：(0948) 24 — 3812			
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 イヅカチョウ タケイ マサキ			
	飯塚市長 武井 政一			
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)	〒 8 2 0 8 5 0 1 (福岡 都・道・府 県)			
	飯塚市新立岩 5 番 5 号 電話：(0948) 22 — 5500 F A X：(0948) 25 — 0506			
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ タケミ		アキラ	
	姓	武富	姓	武富
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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://iizukacityhp.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： 070024

臨床研修病院の名称： 飯塚市立病院

		※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 38 名、非常勤（常勤換算）：5.86 名 計（常勤換算）：43.86 名、医療法による医師の標準員数： 20.0 名 ＊ 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式 A－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 2024 年 4 月 12 日、告示番号：第 235 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（ 207.53 ）m ² 0. 無
	救急医療の実績		前年度の件数： 4,673 件（うち診療時間外： 3,502 件） 1 日平均件数： 12.80 件（うち診療時間外： 9.59 件） 救急車取扱件数： 2,945 件（うち診療時間外： 1,774 件）
	診療時間外の勤務体制		医師： 2 名、看護師及び准看護師： 2 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（ ）
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： 250 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。
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： 17.1 日、2. 精神： . 日、3. 感染症： . 日 4. 結核： . 日、5. 療養： . 日
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 0 件、異常分娩件数： 0 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： 1 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入
	剖検数		前年度実績： 1 件、今年度見込： 1 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（単身用： 2 戸、世帯用： 0 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（ 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		（ 50.46 ）m ²
	医学図書数		国内図書： 475 冊、国外図書： 10 冊
	医学雑誌数		国内雑誌： 40 種類、国外雑誌： 1 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： 070024

臨床研修病院の名称： 飯塚市立病院

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		フリガナ トクミツ 伊 子 氏名(姓) 徳光 氏名(姓) 育子 役職 診療情報管理室長代理			
	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: 主に電子媒体にて保存、一部文書にて保存)			
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 (1 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 () 名 主な活動内容: ・患者や家族への説明等事故発生時の対応状況の確認及び指導 ・医療事故等に関する診療録や看護記録等への記載の確認及び指導 ・医療事故等の原因分析が適切に実施されていることを確認及び指導 ・その他、医療安全対策の推進に関すること			
	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等: フリガナ ミヤタ ヨシノ 氏名(姓) 宮田 氏名(姓) 美乃 役職 地域医療連携室 師長 対応時間 (8 : 15 ~ 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: ・医療安全対策の基本的考え方・患者相談窓口の設置・医療安全対策への取り組み内容・医療事故発生時の対応		
		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: ・医療安全対策の検討及び研究・医療事故の分析及び再発防止策の検討・医療安全のための啓発、教育及び広報		
		医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況		年 (4) 回 研修の主な内容: 医療安全について、医療機械管理について、医薬品安全管理について		
	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: インシデントアクシデント報告の徹底および原因分析と再発防止策の策定。DNAR 指針の再教育、転倒転落防止、患者誤認等についてセーフティマネジメント委員を主体に安全確保策を講じる			
	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: 0 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	0	0	0
			2 年	0	0	0
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 (250) 床÷10＝ (25) 名			
	患者数から算出		年間入院患者数 (2,046) 人÷100＝ (20.46) 名			
23. 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: 0 名(常勤: 0 名、非常勤: 0 名)			
			2. 作業療法士: 18 名(常勤: 18 名、非常勤: 0 名)			
			3. 臨床心理技術者: 0 名(常勤: 0 名、非常勤: 0 名)			
			9. その他の精神科技術職員: 0 名(常勤: 0 名、非常勤: 0 名)			
24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 (基幹型記入) JCEP による評価受審の有無を記載してください。			1. 有 (年 月 日) 0. 無 有を選択した場合には、直近の受審日を記入してください。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 0. 無			

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： 070024

臨床研修病院の名称： 飯塚市立病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※			
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			* 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。		
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 (7 時 30 分 ~ 20 時 00 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 (総務課) 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 (飯塚市立病院ハラスメント相談窓口) 窓口の専任担当 1. 有 (2 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 : _____		
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名		
30. 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		㊦㊧㊨ 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話 : () — F A X : () — e-mail : _____ URL : http:// _____		
	資料請求先		住所 〒 □ □ □ — □ □ □ □ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 ㊦㊧㊨ 姓 名 電話 : () — F A X : () — e-mail : _____ URL : http:// _____		

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： 070024

臨床研修病院の名称： 飯塚市立病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	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：____月____日頃から 選考時期：____月____日頃から	
	マッチング利用の有無	1. 有 0. 無	
31. 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____年____月____日）	
32. 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A-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A-2に記入		（プログラム責任者） フリガナ 氏名（姓）____氏名（名）____ 所属____役職____ （副プログラム責任者） 1. 有（____名） 0. 無	
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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	
34. 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	
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）		西暦____年____月____日	
36. 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（____円） 賞与／年（____円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（____円） 賞与／年（____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（____：____～____：____）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：____日、2年次：____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：_____）	
	当直	回数（約____回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）	1. 有（単身用：____戸、世帯用：____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（____）	
		公的年金保険（____）	
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）			

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： 070024
 臨床研修病院の名称： 飯塚市立病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）			1. 有 0. 無
38. 連携状況 （基幹型記入）			* 様式A-6に記入

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 15 日

都道府県知事 殿

病院名 公益社団法人地域医療振興協会
東京ベイ・浦安市川医療センター
開設者 理事長 藤来 靖士

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 38 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：100004 臨床研修病院の名称：東京ベイ・浦安市川医療センター

記入日：西暦 2026 年 4 月 15 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。		100004		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：伊東市民病院群 番号：3	
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 タグチ		サナエ		役職：	
		氏名(姓)		(名)		(内線 6068) (直通電話 (047) 351—3101) e-mail : tokyobay-ikyokuhisho@jadecom.info (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
		田口		早苗			
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)		フリガナ トキョウベイ・ウラヤスイカワリョウセンター リゾチョウ フジライ ヤシ 東京ベイ・浦安市川医療センター 理事長 藤来 靖士					
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)		〒 2 7 9-0 0 0 1 (千葉 都・道・府・県) 浦安市当代島 3-4-32 電話：(047) 351-3101 F A X：(047) 352-6237 二次医療圏の名称：千葉県東葛南部保健医療圏					
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 コウエキンダシホウジン チキイリョウシンコウキョウカイ 公益社団法人 地域医療振興協会					
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)		〒 1 0 2-0 0 9 3 (東京 都・道・府・県) 千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階 電話：(03) 5212-9152 F A X：(03) 5211-0515					
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)		フリガナ コヤマ		ジ ャン			
		姓 神山		名 潤			
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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)		https:// tokyobay-mc.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：100004 臨床研修病院の名称：東京ベイ・浦安市川医療センター

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤：180 名、非常勤（常勤換算）：27.7 名 計（常勤換算）：207.7 名、医療法による医師の標準員数：29.6 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式 A－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 2024 年 5 月 14 日、告示番号：第 308 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 （ 178.5 ） m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 17, 624 件（うち診療時間外： 12, 870 件） 1 日平均件数： 48.2 件（うち診療時間外： 35.3 件） 救急車取扱件数： 11, 017 件（うち診療時間外： 7, 981 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 5 名、看護師及び准看護師： 5 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（ ）	
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： 340 床、2. 精神： _____ 床、3. 感染症： 4 床 4. 結核： _____ 床、5. 療養： _____ 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 10.7 日、2. 精神： _____ 日、3. 感染症： _____ 日 4. 結核： _____ 日、5. 療養： _____ 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数：170、異常分娩件数：104 件	
15. 臨床病理検討会（C P C）の実施状況 （基幹型・協力型記入）	開催回数		前年度実績： 4 回、今年度見込： 4 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入	
	剖検数		前年度実績： 4 件、今年度見込： 4 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（単身用： 120 戸、世帯用： 47 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		（ 2.34 ） m ²	
	医学図書数		国内図書： 945 冊、国外図書： 0 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 72 種類、国外雑誌： 17 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（ ） 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： 100004

臨床研修病院の名称： 東京ベイ・浦安市川医療センター

[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：100004
 臨床研修病院の名称：東京ベイ・浦安市川医療センター

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※			
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			＊ 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。		
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) 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		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)		(職員の子供を対象とした病児・病後児入院あり。提携する企業主導型保育施設の利用制度あり)		
	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 (総務課担当者) 窓口の専任担当 (1. 有 (1 名) 0. 無		
	各種ハラスメントの相談窓口		窓口の名称を記入 (ハラスメント委員) 窓口の専任担当 (1. 有 (1 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 : _____		
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名		
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話 : () - F A X : () - e-mail : URL :		
		資料請求先		住所 〒 □ □ □ — □ □ □ □ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://	

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： 100004 臨床研修病院の名称： 東京ベイ・浦安市川医療センター

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）		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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から					
		マッチング利用の有無		1. 有 0. 無					
31. 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 年 月 日）					
32. 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A-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A-2に記入				（プログラム責任者） フリガナ <table><tr><td>氏名（姓）</td><td>氏名（名）</td></tr></table> 所属 役職 （副プログラム責任者） 1. 有（ 名） 0. 無		氏名（姓）	氏名（名）		
氏名（姓）	氏名（名）								
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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					
34. 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					
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）				西暦 年 月 日					
36. 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		<table><tr><td>一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）</td><td>二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）</td></tr></table>	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）			
一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 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（ ）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： 日、2年次： 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： ）					
		当直		回数（約 0 回／月）					
		研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 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		<table><tr><td>公的医療保険（ ）</td></tr><tr><td>公的年金保険（ ）</td></tr><tr><td>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）</td></tr><tr><td>雇用保険（1. 有 0. 無）</td></tr></table>		公的医療保険（ ）	公的年金保険（ ）	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）
公的医療保険（ ）									
公的年金保険（ ）									
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）									

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： 100004 臨床研修病院の名称： 東京ベイ・浦安市川医療センター

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ 1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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 1名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況 （基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 17 日

都道府県知事 殿

病院名 台東区立台東病院
開設者 台東区 服部征夫

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 38 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：10005

臨床研修病院の名称：台東区立台東病院

記入日：西暦2026年4月17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。		100005	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：伊東市民病院群 番号：3
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 ニシジョウ オサム			役職 事務部 事務部長 (内 2122) (直通電話 (03) 5824—3548) e-mail : osamuns@jadecom.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。)	
	氏名 (姓)	(名)			
	西條	修			
1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入)		フリガナ タイトウクリツタイトウビョウイン 台東区立台東病院			
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)		〒 111—0031 (東京 都・道・府・県) 台東区千束3丁目20番5号 電話：(03) 3876—1001 F A X：(03) 3876—1003 二次医療圏 の名称：			
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 タイトウク ハットリ ユクオ 台東区 服部征夫			
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)		〒 110—8615 (東京 都・道・府・県) 台東区東上野4丁目5番6号 電話：(03) 5246 — 1111 F A X：(03) 3876— 1003			
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)		フリガナ ヤマダ タカシ 姓 山田 名 隆司			
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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://taito.jadecom.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： 100005		臨床研修病院の名称： 台東区立台東病院	
		※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 12 名、非常勤（常勤換算）： 7.1 名 計（常勤換算）： 19.1 名、医療法による医師の標準員数： 8.8 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式A－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 2024 年 7 月 31 日、告示番号：第 859 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 （ 43.700 ） m ² 0. 無
	救急医療の実績		前年度の件数： 3054 件（うち診療時間外： 355 件） 1 日平均件数： 8.4 件（うち診療時間外： 0.97 件） 救急車取扱件数： 461 件（うち診療時間外： 73 件）
	診療時間外の勤務体制		医師： 1 名、看護師及び准看護師： 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（ ）
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： 40 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 80 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。
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： 14.4 日、2. 精神： . 日、3. 感染症： . 日 4. 結核： . 日、5. 療養： 74.8 日
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 件
15. 臨床病理検 討会（C P C） の実施状況 （基幹型・協力型記入）	開催回数		前年度実績： 回、今年度見込： 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入
	剖検数		前年度実績： 件、今年度見込： 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： 1 戸、世帯用： 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		（ 0 ） m ²
	医学図書数		国内図書： 124 冊、国外図書： 2 冊
	医学雑誌数		国内雑誌： 12 種類、国外雑誌： 0 種類
	図書室の利用可能時間		00：00 ～ 23：59 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（ 00 ： 00 ～ 23 ： 59 ）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： 100005

臨床研修病院の名称： 台東区立台東病院

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		フリガナ タカハシ		タイチ
			氏名(姓) 高橋		(名) 泰知
			役職 係長		
	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: 電子カルテのためサーバー室にて管理)		
	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:)		
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(1 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() 名 主な活動内容: 医療安全パトロールによる全職員への啓蒙活動		
	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等: フリガナ オオタ マサヒロ 氏名(姓) 太田 (名) 雅弘 役職 副病院長 対応時間(9: 00 ~ 16: 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: フローチャートの修正、クレーム対応		
	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: パトロール、インシデントレポート報告分析及び改善		
	医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況		年(5) 回 研修の主な内容: 医療安全に求められる職場風土、AED を取り込んだ一次救命処置		
	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: 医療安全パトロールによる全職員への啓蒙活動		
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: 13 名 中断: 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
			1 年	2	0
			2 年	22	20
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(120) 床÷10=(12) 名		
	患者数から算出		年間入院患者数(585) 人÷100=(5.8) 名		
23. 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: 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)		
24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 (基幹型記入) JCEP による評価受審の有無を記載してください。			1. 有(年 月 日) 0. 無 有を選択した場合には、直近の受審日を記入してください。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 0. 無		

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： 100005 臨床研修病院の名称： 台東区立台東病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			* 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
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) 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		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 (職員のハラスメントの窓口) 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 : _____	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 名、2 年次 : 名	
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話 : () — F A X : () — e-mail : _____ URL : http:// _____	
	資料請求先		住所 〒 — (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話 : () — F A X : () — e-mail : _____ URL : http:// _____	

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： 100005

臨床研修病院の名称： 台東区立台東病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）		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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から						
		マッチング利用の有無		1. 有 0. 無						
31. 研修プログラムの名称及び概要 （基幹型記入）										
32. 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A-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A-2に記入				概要：* 別紙3に記入 （作成年月日：西暦 年 月 日） （プログラム責任者） フリガナ <table><tr><td>氏名（姓）</td><td>氏名（名）</td></tr></table> 所属 役職 （副プログラム責任者） 1. 有（ 名） 0. 無	氏名（姓）	氏名（名）				
氏名（姓）	氏名（名）									
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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						
34. 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						
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）				西暦 年 月 日						
36. 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。						
		常勤・非常勤の別		1. 常勤 2. 非常勤						
		研修手当		<table><tr><td>一年次の支給額（税込み）</td><td>二年次の支給額（税込み）</td></tr><tr><td>基本手当／月（ 円）</td><td>基本手当／月（ 円）</td></tr><tr><td>賞与／年（ 円）</td><td>賞与／年（ 円）</td></tr></table> 時間外手当： 1. 有 0. 無 休日手当： 1. 有 0. 無	一年次の支給額（税込み）	二年次の支給額（税込み）	基本手当／月（ 円）	基本手当／月（ 円）	賞与／年（ 円）	賞与／年（ 円）
一年次の支給額（税込み）	二年次の支給額（税込み）									
基本手当／月（ 円）	基本手当／月（ 円）									
賞与／年（ 円）	賞与／年（ 円）									
		勤務時間		基本的な勤務時間（ ： ～ ： ）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： 日、2年次： 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： ）						
		当直		回数（約 回／月）						
		研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 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（ ） 公的年金保険（ ） 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）						

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：
 臨床研修病院の名称：

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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（ ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳 （基幹型記入）		1. 有 0. 無	
38. 連携状況 （基幹型記入）		* 様式A-6に記入	

※欄は、記入しないこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2026 年 4 月 1 日

都道府県知事 殿

病院名 公益社団法人地域医療振興協会 練馬光が丘病院
開設者 公益社団法人地域医療振興協会 理事長 藤来 靖士

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 38 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：120009臨床研修病院の名称：公益社団法人地域医療振興協会 練馬光が丘病院

記入日：西暦 2026 年 4 月 1 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。	120009	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：伊東市民病院群 番号：3
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 シノハラ ヒロミ 氏名 (姓) (名) 篠原 弘美	役職 臨床研修センター事務 (内線 8866) (直通電話 () — ()) e-mail : hikarigaoka-kenshuu@jadecom.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)	フリガナ コウエキシャダンホウジンチイリョウシンコウキョウカイ ネリマヒカリガオカヒョウイン 公益社団法人地域医療振興協会 練馬光が丘病院		
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)	〒 1 7 9－0 0 7 2 (東京 (都) 道・府・県) 練馬区光が丘2丁目5番1号 電話：(03) 3979—3611 F A X：(03) 3979—3787 二次医療圏 の名称：区西北部二次医療圏		
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 コウエキシャダンホウジンチイリョウシンコウキョウカイ リンヂョウ フジライ ヤシ 公益社団法人地域医療振興協会 理事長 藤来 靖士		
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)	〒 1 0 2－0 0 9 3 (東京 (都) 道・府・県) 千代田区平河町2丁目6番3号 都道府県会館 電話：(03) 5121—9184 F A X：(03) 5212—9185		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型、協力型記入)	フリガナ カガイ ヒデオ 姓 名 永井 秀雄		
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 研修管理委員会の全ての構成員(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 病院群を構成する全ての臨床研修病院、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)	https://hikarigaoka-jadecom.jp/recruit_resident		

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 2 ー

病院施設番号：120009 臨床研修病院の名称：公益社団法人地域医療振興協会 練馬光が丘病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 173 名、非常勤（常勤換算）：18.2 名 計（常勤換算）：191.2 名、医療法による医師の標準員数：43.7 名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式 Aー 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 2026 年 1 月 30 日、告示番号：第 79 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 （ 818 ） m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 18404 件（うち診療時間外： 15699 件） 1 日平均件数： 50.4 件（うち診療時間外： 43.0 件） 救急車取扱件数： 9042 件（うち診療時間外： 6337 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 8 名、看護師及び准看護師： 4 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（産婦人科	
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： 457 床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 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 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には、患者数は届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。	
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： 12.5 日、2. 精神： . 日、3. 感染症： . 日 4. 結核： . 日、5. 療養： . 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 295 件、異常分娩件数： 199 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： 4 回、今年度見込： 4 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入	
	剖検数		前年度実績： 5 件、今年度見込： 3 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（単身用： 15 戸、世帯用： 0 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		(50) m ²	
	医学図書数		国内図書： 490 冊、国外図書： 15 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 45 種類、国外雑誌： 4 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（ UpToDate、Dynamed、PubMed、医中誌、今日の臨床サポート ） 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：120009

臨床研修病院の名称：公益社団法人地域医療振興協会 練馬光が丘病院

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		フリガナ ナカヤマ ジュンコ 氏名(姓) 中山 (名) 純子 役職 診療情報管理室 課長補佐			
	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		(永久) 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:)			
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 (1 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 (4) 名 主な活動内容: 例) 「院内において発生した医療事故又は発生する危険があった医療事故についての情報の収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」等 医療事故の調査・分析・再発防止対策検討、研修・教育管理等			
	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等: フリガナ ウエノ マサミチ 氏名(姓) 上野 (名) 正道 役職 患者相談室 室長 対応時間 (8 : 30 ~ 17 : 15) 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: 医療事故管理体制、RM の役割、事故発生時対応指針等			
	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: インシデントアクシデントの報告、原因分析、再発防止対策検討			
	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 研修の主な内容: 医療安全事項の注意喚起、インシデントアクシデント原因分析結果、再発防止策等			
			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: インシデントアクシデントレポート体制の周知活用、RM 部会におけるグループワーク形式での検討、RCA 分析法の使用			
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	10	8	10
			2 年	13	13	9
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 (457) 床 ÷ 10 = (45) 名			
	患者数から算出		年間入院患者数 (10769) 人 ÷ 100 = (107) 名			
23. 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: 0 名 (常勤: 名、非常勤: 名)			
			2. 作業療法士: 16 名 (常勤: 16 名、非常勤: 0 名)			
			3. 臨床心理技術者: 0 名 (常勤: 名、非常勤: 名)			
			9. その他の精神科技術職員: 0 名 (常勤: 名、非常勤: 名)			
24. 臨床研修に関する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)) ①. 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。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 0. 無			

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：120009

臨床研修病院の名称：公益社団法人地域医療振興協会 練馬光が丘病院

項目 27 までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数 (基幹型記入)			* 別紙 5 に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。	
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 (7 時 45 分 ~ 18 時 00 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) 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：)	
	保育補助			
	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 (臨床研修センター) 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 (ヘルプライン) 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：	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次： 名、2 年次： 名	
30. 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 氏名 (姓) (名) 所属 役職 電話： () — F A X： () — e-mail： URL：http://	
	資料請求先		住所 〒 □ □ □ — □ □ □ □ (都・道・府・県) 担当部門 担当者氏名 フリガナ 姓 名 電話： () — F A X： () — e-mail： URL：http://	

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 5 ー

病院施設番号：120009
 臨床研修病院の名称：公益社団法人地域医療振興協会 練馬光が丘病院

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） （基幹型記入）	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： 月 日頃から 選考時期： 月 日頃から	
	マッチング利用の有無		1. 有 0. 無	
31. 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 年 月 日）	
32. 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A-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A-2に記入		（プログラム責任者） フリガナ		
		氏名（姓）		氏名（名）
		所属 役職		
		（副プログラム責任者） 1. 有（ 名） 0. 無		
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 （基幹型記入） 全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	
34. 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	
35. 研修開始時期 （基幹型、地域密着型記入）			西暦 年 月 日	
36. 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（ 円） 賞与／年（ 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 円） 賞与／年（ 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（ ）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： 日、2年次： 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：_____）	
			回数（約 回／月）	
	研修医の宿舍（再掲）		1. 有（単身用： 戸、世帯用： 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（_____）	
			公的年金保険（_____）	
			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）		

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：120009 臨床研修病院の名称：公益社団法人地域医療振興協会 練馬光が丘病院

※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。

36. 研修医の処遇（続き） （基幹型・協力型記入）	健康管理		健康診断（年 回） その他（具体的に ）
	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 5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（ ヘルプライン ） 窓口の専任担当 1. 有（ 名） 0. 無	
37. 研修医手帳（基幹型記入）			1. 有 0. 無
38. 連携状況（基幹型記入）			* 様式A-6に記入

※欄は、記入しないこと。