

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： _____

臨床研修病院の名称： 医療法人社団善仁会 小山記念病院 _____

記入日：西暦 2020 年 4 月 21 日

病院施設番号 <small>(基幹型、協力型記入)</small> 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。		臨床研修病院群の名称 <small>(基幹型、協力型記入)</small> 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 筑波大学附属病院群
作成責任者の氏名及び連絡先 <small>(基幹型、協力型記入)</small> 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。			
1. 病院の名称 <small>(基幹型、協力型記入)</small>	フリガナ イリヨウホクジンシャダシケンジンカイ コヤマキネンビョウイン ----- 医療法人社団善仁会 小山記念病院		
2. 病院の所在地及び二次医 療圏の名称 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	〒 3 1 4 0 0 3 0 (茨城県) 鹿嶋市厨 5-1-2 電話：(0299) 85—1111 F A X：(0299) 85—1112 ----- 二次医療圏の名称：鹿行二次医療圏		
3. 病院の開設者の氏名（法 人の名称） <small>(基幹型・協力型記入)</small>	フリガナ イリヨウホクジンシャダシケンジンカイ リジチョウ コヤマ ノリヒロ ----- 医療法人社団善仁会 理事長 小山 典宏		
4. 病院の開設者の住所（法 人の主たる事務所の所在 地） <small>(基幹型・協力型記入)</small>	〒 3 1 4 0 0 3 0 (茨城県) 鹿嶋市厨 5-1-2 電話：(0299) 85—1111 F A X：(0299) 85—1112		
5. 病院の管理者の氏名 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	フリガナ タカ ----- 姓 田中	ナミ ----- 名 直見	
6. 研修管理委員会の構成員の氏名 及び開催回数 <small>(基幹型記入)</small>	* 別紙 1 に記入 研修管理委員会のすべての構成員(協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。		
7. 病院群の構成等 <small>(基幹型記入)</small>	* 別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。		
8. 病院のホームページアドレス <small>(基幹型・協力型記入)</small>	http://www.koyama-mh.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：

臨床研修病院の名称：医療法人社団善仁会 小山記念病院

	※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		常勤：58 名、非常勤（常勤換算）：18.8 名 計（常勤換算）：76.8 名、医療法による医師の標準員数：56.7 名 * 研修医の氏名等について様式3に記入
10. 救急医療の提供の実績 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	救急病院認定の告示	
	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	
	診療時間外の勤務体制	医師： 1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（整形外科、産婦人科、循環器科、脳神経外科等）	
11. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） <small>（基幹型・協力型記入）</small>		1. 一般： 194 床、2. 精神： _____ 床、3. 感染症： _____ 床 4. 結核： _____ 床、5. 療養： 30 床
12. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		* 別紙2に記入
13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） <small>（基幹型・協力型記入）</small>		
14. 前年度の分娩件数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		
15. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	開催回数	前年度実績： 0 回、今年度見込： 0 回 ※報告・届出病院の主催の下に開催した回数を記載
	指導を行う病理医の氏名等	* 別紙4に記入
	剖検数	前年度実績： 0 件、今年度見込： 0 件
	剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 1. 有 0. 無 () <small>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。</small>
16. 研修医のための宿舍及び研修医室の有無 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	研修医の宿舍	(1) 有（単身用： _____ 戸、世帯用： _____ 戸） 0. 無（住宅手当： _____ 円） <small>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。</small>
	研修医室	(1) 有 (_____ 室) 0. 無 <small>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。</small>
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 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	図書室の広さ	(_____) m ²
	医学図書数	国内図書： 約 _____ 冊、国外図書： _____ 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 約 _____ 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 (_____) 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：

臨床研修病院の名称：医療法人社団善仁会 小山記念病院

<p>18. 病歴管理体制 (基幹型・協力型記入)</p>	<p>病歴管理の責任者の氏名及び役職</p>													
	<p>診療に関する諸記録の管理方法</p>	<p>①. 中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に:)</p>												
	<p>診療録の保存期間</p>	<p>2016年12月までは10年間保存、2017年1月より永久保存</p>												
	<p>診療録の保存方法</p>	<p>1. 文書 2. 電子媒体 ③. その他(具体的に: 2017年1月より電子媒体で保存、2016年12月までは文書にて保存)</p>												
<p>19. 医療安全管理体制 (基幹型・協力型記入)</p>	<p>安全管理者の配置状況</p>	<p>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。</p>												
	<p>安全管理部門の設置状況</p>	<p>職員: 専任()名、兼任()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、アクシデントレポートによる情報収集、分析 ・マニュアルの見直し ・医療安全ニュースの発行 ・医療安全についての研修及び教育</p>												
	<p>患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況</p>	<p>患者相談窓口の責任者の氏名等:</p>												
		<p>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</p>												
	<p>医療に係る安全管理のための指針の整備状況</p>	<p>①. 有 0. 無 指針の主な内容: ・医療安全に関する基本的な考え方 ・職員研修 ・安全のための委員会、体制に関すること ・薬剤の副作用情報、管理体制 ・インシデント、アクシデント報告と改善のための方策 ・医療事故発生時の対応に関する基本方針</p>												
	<p>医療に係る安全管理委員会の開催状況</p>	<p>年(12)回 活動の主な内容: ・医療安全報告事例の集計分析 ・医療安全に関する教育と啓蒙 ・医療安全情報を盛り込んだ院内広報 ・医療事故発生時緊急対応</p>												
	<p>医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況</p>	<p>年(17)回 研修の主な内容: ・医療安全の基本的な考え方 ・クレームについて ・KYT 研修 ・事故防止 ・危機管理 ・2~3年目安全振り返り研修 ・離床センサー勉強会 ・抗ガン剤投与管理</p>												
	<p>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</p>	<p>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: ・転倒、転落防止への取り組み ・リハビリとのラウンド実施</p>												
<p>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)</p>		<p>修了: 0 名 中断: 0 名</p>												
<p>21. 現に受け入れている研修医の数 (基幹型・協力型記入)</p>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">前々年度</th> <th style="text-align: center;">前年度</th> <th style="text-align: center;">当該年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1年</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2年</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>		前々年度	前年度	当該年度	1年	0	0	0	2年	0	0	0
	前々年度	前年度	当該年度											
1年	0	0	0											
2年	0	0	0											
<p>22. 受入可能定員 (基幹型・協力型記入)</p>	<p>許可病床数(歯科の病床数を除く。)から算出</p>	<p>許可病床数(224)床 ÷ 10 = (22)名</p>												
	<p>患者数から算出</p>	<p>年間入院患者数()人 ÷ 100 = ()名</p>												

<p>23. 当該病院からの医師派遣実績</p> <p>※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。</p>	<p>○ 派遣実績 募集定員加算</p> <p style="text-align: center;">0 名 → 0 名</p> <p>※ 募集定員加算の人数は、報告・届出年度の翌年度の募集定員を算出する際に用いる医師派遣等の加算人数を記入すること。（記入要領 25を参照）</p> <p>○地域医療対策協議会等の意向の把握（ 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 ）</p> <p>※ 該当する方を○で囲むこと。</p>
---	--

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： _____

臨床研修病院の名称： 医療法人社団善仁会 小山記念病院 _____

項目 25 までについては、報告時に必ず記入してください。 ※	
24. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入) 精神科の研修を行う臨床研修病院については記入してください。	1. 精神保健福祉士： _____ 名 (常勤： _____ 名、非常勤： _____ 名) 2. 作業療法士： _____ 7 名 (常勤： _____ 7 名、非常勤： _____ 名) 3. 臨床心理技術者： _____ 名 (常勤： _____ 名、非常勤： _____ 名) 9. その他の精神科技術職員： _____ 名 (常勤： _____ 名、非常勤： _____ 名)
25. 第三者評価の受審状況 (基幹型記入)	1. 有 (評価実施機関名： _____ (年 月 日)) 0. 無 有を選択した場合には、評価実施機関名及び直近の受審日を記入してください。

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

26. 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) プログラム番号は、既にプログラム番号を取得されている場合に記入してください。	研修プログラムの名称： _____ プログラム番号： _____
27. 研修医の募集定員 (基幹型記入)	1 年次： _____ 名、2 年次： _____ 名
28. 研修医の募集及び採用の方法 (基幹型記入)	研修プログラムに関する問い合わせ先 フリガナ 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:// _____
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

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： 医療法人社団善仁会 小山記念病院

※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。

<p>29. 研修プログラムの名称及び概要 (基幹型記入)</p>	<p>概要： * 別紙3に記入 (作成年月日：西暦 年 月 日)</p>						
<p>30. プログラム責任者の氏名等(副プログラム責任者が配置されている場合には、その氏名等) (基幹型記入)</p> <p>* プログラム責任者の履歴を様式2に記入 * 副プログラム責任者が配置されている場合にあっては、副プログラム責任者の履歴を様式2に記入</p>	<p>(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</p>						
<p>31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等 (基幹型記入)</p> <p>すべての臨床研修指導医等(協力型臨床研修病院に所属する臨床研修指導医及び臨床研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う者を含む。)について氏名等を記入してください。</p>	<p>* 別紙4に記入</p>						
<p>32. インターネットを用いた評価システム</p>	<p>1. 有(・EPOC ・その他()) 0. 無</p>						
<p>33. 研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)</p>	<p>西暦 年 月 日</p>						
<p>34. 研修医の処遇 (基幹型・協力型記入)</p>	<p>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。</p>						
<p>常勤・非常勤の別</p>	<p>1. 常勤 2. 非常勤</p>						
<p>研修手当</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">一年次の支給額(税込み)</td> <td style="width: 50%;">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>	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)						
<p>勤務時間</p>	<p>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) 時間外勤務の有無： 1. 有 0. 無</p>						
<p>休暇</p>	<p>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：)</p>						
<p>当直</p>	<p>回数(約 回/月)</p>						
<p>研修医の宿舍(再掲)</p>	<p>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。</p>						
<p>研修医室(再掲)</p>	<p>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。</p>						
<p>社会保険・労働保険</p>	<p>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)</p>						
<p>健康管理</p>	<p>健康診断(年 回) その他(具体的に)</p>						
<p>医師賠償責任保険の扱い</p>	<p>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)</p>						
<p>外部の研修活動</p>	<p>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</p>						
<p>35. 研修医手帳(基幹型記入)</p>	<p>1. 有 0. 無</p>						
<p>36. 連携状況(基幹型記入)</p>	<p>* 様式6に記入</p>						

※欄は、記入しないこと。

12. 診療科ごとの入院患者・外来患者の数

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。

臨床研修病院の名称：医療法人社団善仁会 小山記念病院
 病院施設番号：

区 分	内 科	救急部門	外 科	麻酔科 (部門)	小 児 科	産婦人科	又は		精 神 科	病院で定めた必修 科目の診療科			その他の研修を行 う診療科			合 計
							産 科	婦 人 科								
年間入院患者実数 () 内は救急件数又は分娩件数		()				()	()									
年間新外来患者数																
1日平均外来患者数 () 内は年間外来診療日数		()		()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
平均在院日数																
常勤医師数 (うち臨床研修指導医 (指導医) 数)	11 (3)	()	6	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

※ 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。「年間新外来患者数」とは、申請年度の前年度中に来院した外来患者のうち、初診料を算定した患者数とすること。「1日平均外来患者数」とは、年間外来患者延数÷年間外来診療日数による数（小数第二位を四捨五入）とすること。「病院で定めた必修科目の診療科」欄等が足りない場合には、続紙（様式自由）に記載し添付すること。「救急件数」及び「分娩件数」とは、11. の救急医療の実績の前年度の件数及び15. の正常分娩件数と異常分娩件数の合計とすること。

※ 「内科」とは、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、神経内科等を含めた広義の内科のうち基本研修科目の内科分野の研修を行う診療科であり、「外科」とは、心臓血管外科、呼吸器外科、脳外科等を含めた広義の外科のうち基本研修科目の外科分野の研修を行う診療科であること。

※ 基幹型指定申請においては、内科及び救急部門に係る患者の症例リストを添付すること。（様式任意）

12. 診療科ごとの研修医の数

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。

(3 年度分)								臨床研修病院の名称：医療法人社団善仁会 小山記念病院						
								病院施設番号：						
基幹型病院名	担当分野	1～ 4週	5～ 8週	9～ 12週	11～ 16週	17～ 20週	21～ 24週	25～ 28週	29～ 32週	33～ 36週	37～ 40週	41～ 44週	45～ 48週	49～ 52週
筑波大学附属病院	内科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※ 申請年度の次年度分、次々年度分を別葉で作成すること。

※ 「基幹型病院名」欄には、当該病院が申請年度の次年度又は次々年度に研修医を受け入れる基幹型病院の名称及びそのプログラムにおける自病院の担当分野をすべて記入し（自病院が基幹型病院の場合は、自病院を一番上に記入すること）、基幹型病院及び担当分野ごとに各週に受け入れる研修医の延人数（研修期間4週について1人とする）を記入すること。また、複数の基幹型病院の研修医を受け入れる担当分野がある場合には、その担当分野ごとの合計を記入すること。

※ 「担当分野」欄には、内科、救急部門、地域医療、外科、麻酔科、小児科、産婦人科及び精神科のみを記入し、選択科については記入しないこと。ただし、一般外来については、他科との並行研修ではなく、単独で実施する場合に限り記入すること。

※ 担当分野が選択科目の場合は、受け入れる研修医の延人数は、受け入れ予定の最大数を記入すること。

3 1. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等

病院施設番号：

臨床研修病院の名称：医療法人社団善仁会 小山記念病院

担当分野	氏名	所属	役職	臨床経験年数	指導医講習会等の受講経験 有：○ 無：×	資格等	プログラム番号	備考 1 プログラム責任者 2 副プログラム責任者 3 研修実施責任者 4 臨床研修指導医（指導医）
内科		小山記念病院		27	○	総合内科専門医		1. 3. 4
内科		小山記念病院		23	○	総合内科専門医		2. 4
内科		小山記念病院		11	○	総合内科専門医		

※ 「担当分野」欄には、様式 10 別紙 3 の臨床研修を行う分野及び病理（CPC）を記入すること。

※ 「所属」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が所属する病院又は施設の名称を記入すること。

※ 「資格等」欄には、受講した指導医講習会名称や、取得した専門医資格等について記入すること。

※ 「プログラム番号」欄には、臨床研修指導医（指導医）等が担当するすべてのプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること）。

※ プログラム責任者、副プログラム責任者、研修実施責任者及び臨床研修指導医（指導医）については、「備考」欄にそれぞれに応じた番号を記入し、併せてプログラム番号を記入すること（プログラム番号を取得していない場合には研修プログラムの名称を記入すること）。

* 研修実施責任者・・・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設において、当該施設における臨床研修の実施を管理する者

* 臨床研修指導医（指導医）・・・研修医に対する指導を行う医師であり、7年（84月）以上の臨床経験及び指導医養成講習会等の受講経験を有する者

※ 地域医療重点プログラムにおいては、地域医療の指導医を必ず記載すること

※ 欄が足りない場合には、コピーにより対応し、「(No.)」欄にページ数を記入すること。