

年次報告書

病院施設番号：030909

臨床研修病院の名称：苫小牧市立病院

記入日：西暦 2025 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。	030909	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 苫小牧市立病院群 番号 0309093
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 ナカヅマ 効ノリ 氏名(姓) (名) 中島 孝徳	役職 主査 (内線 2121) (直通電話 (0144) 84-0191) e-mail: kensyu@tomakomai-city-hospital.com (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 トマコマイシツビョウイン 苫小牧市立病院		
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)	〒 053-0034 (北海道) 苫小牧市清水町1丁目5番20号 電話: (0144) 33-3131 FAX: (0144) 34-7511 二次医療圏 の名称: 東胆振		
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 トマコマイシヨウ 苫小牧市長		
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)	〒 053-0018 (北海道) 苫小牧市旭町4丁目5番6号 電話: (0144) 32-6111 FAX: (0144) 32-2198		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ ナカ 姓 堀田	フリガナ テツヤ 名 哲也	
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)	https://www.city.tomakomai.hokkaido.jp/hospital/		
※			
9. 医師(研修医を含む。)の員数 (基幹型・協力型記入)	常勤: 77名、非常勤(常勤換算): 8.28名 計(常勤換算): 85.28名、医療法による医師の標準員数: 26.70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10月1日、告示番号: 第465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 (100.220) m ² 0. 無	
	救急医療の実績	前年度の件数: 5,250件(うち診療時間外: 4,333件) 1日平均件数: 14.4件(うち診療時間外: 11.9件) 救急車取扱件数: 3,667件(うち診療時間外: 2,750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： 376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： 9.7日、2. 精神： _____ 日、3. 感染症： 10.8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： 463件、異常分娩件数： 189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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有（単身用： 14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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	(38.73) m ²
	医学図書数	国内図書： 2,330冊、国外図書： 66冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 6,166種類、国外雑誌： 1,236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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無)、教育用コンテンツ <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無)、 その他 (_____)	
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 ㏍㏍ ㏍㏍ ㏍㏍
		氏名(姓) 竹内 _____ (名) 一郎
	診療に関する諸記録の 管理方法	<input checked="" type="checkbox"/> 中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に: _____)
	診療録の保存期間	(20) 年間保存
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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (_____) 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 ・各部門における医療安全対策の実施状況の確認、分析、対策立案、フィードバック、評価 ・院内ラウンドの実施 ・各部門・部署のリスクマネージャーへの支援 ・医療安全研修の企画・運営 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㏍㏍ 氏名(姓) 梅木 _____ (名) 秀俊 役職 課長 対応時間 (8:45 ~ 17:15) 24時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無： <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無
	医療に係る安全管理の ための指針の整備状況	<input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 指針の主な内容： 医療事故の発生を未然に防ぎ、患者に安心・安全かつ良質な医療を提供することを目的としている。ほか、医療安全管理のための基本的な考え方、インシデント・アクシデント・オカレンス等の定義、各委員会の所管等 ※年1回見直し（令和6年3月改正）

	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、必要に応じて改善策の実施状況の調査と見直し等												
	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： 全職員対象研修は動画視聴形式とし、令和6年度の研修内容は「インシデントレポートの目的と必要性」「患者誤認を防止するための基本」とした。その他、新採用者へ2回、歯科衛生士へ実施した。												
	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： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他の改善のための方策の主な内容： レポートの分析を行い、改善策の検討と部署への提言を行っている。また、事故防止のための広報活動、オカレンス報告による有害事象の把握、調査等を実施している。												
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： 7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>基7</td> <td>基6</td> <td>基6</td> </tr> <tr> <td>2年</td> <td>基6</td> <td>基7</td> <td>基6</td> </tr> </tbody> </table>		前々年度	前年度	当該年度	1年	基7	基6	基6	2年	基6	基7	基6
	前々年度	前年度	当該年度											
1年	基7	基6	基6											
2年	基6	基7	基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 患者数から算出	許可病床数（ 380 ）床÷10＝（ 38 ）名 年間入院患者数（ 8,319 ）人÷100＝（ 83 ）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） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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～19時30分） 病児保育 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 夜間保育 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												
	保育補助	上記保育所は研修医の子どもに使用可能か <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 授乳スペース <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 窓口の名称がある場合記入（ _____ ） 窓口の専任担当 1. 有（ _____ 名） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 無												