

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和3年4月20日

都道府県知事 殿

病院名 苫小牧市立病院
 開設者 苫小牧市長 岩倉 博文

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25までについては、年次報告において記入してください。
- ・研修プログラムの変更・新設の届出の場合は、項目番号26から36までについても記入してください。

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2020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。 | (基幹型病院) 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 0309091 |
| 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 シミズ カツヒコ 氏名(姓) 清水 克彦 | 役職 経営管理課総務係 主査 (内線2105) (直通電話(0144)84—0170) 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 (基幹型病院) | | |
| 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) | (基幹型病院) 〒053-8567 (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 (基幹型病院) | | |
| 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) | (基幹型病院) 〒053-8722 (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 マツオカ シンイチ 姓 松岡 伸一 (基幹型病院) | | |
| 6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数 (基幹型記入) | * 別紙1に記入 研修管理委員会のすべての構成員(協力型臨床研修病院及び臨床研修協力施設に所属する者を含む。)について記入してください。 | | |
| 7. 病院群の構成等 (基幹型記入) | * 別表に記入 病院群を構成するすべての臨床研修病院、臨床研修協力施設の名称、新規指定の有無、病院群の構成の変更等について記入してください。 | | |
| 8. 病院のホームページアドレス (基幹型・協力型記入) | http://www.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： 59名、非常勤（常勤換算）： 7.64名 計（常勤換算）：66.64名、医療法による医師の標準員数： 23.9名 * 研修医の氏名等について様式3に記入 |
| 10. 救急医療の提供の実績 （基幹型・協力型記入） | 救急病院認定の告示 | 告示年月日：西暦2018年10月12日、告示番号：第679号 |
| | 医療計画上の位置付け | 1. 初期救急医療機関 <input checked="" type="radio"/> 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 | <input checked="" type="radio"/> 有（100.220）m ² 0. 無 |
| | 救急医療の実績 | 前年度の件数：4,418件（うち診療時間外：3,648件） 1日平均件数：12.1件（うち診療時間外：9.9件） 救急車取扱件数：2,667件（うち診療時間外：1,897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 <input checked="" type="radio"/> 有 0. 無 外科系 <input checked="" type="radio"/> 有 0. 無 小児科 <input checked="" type="radio"/> 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：378床、2. 精神：0床、3. 感染症：4床 4. 結核：0床、5. 療養：0床 |
| 12. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研修医の数 （基幹型・協力型記入） | | * 別紙2に記入 |
| 13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） （基幹型・協力型記入） | | 1. 一般：9.8日、2. 精神：0日、3. 感染症：7.8日 4. 結核：0日、5. 療養：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：454件、異常分娩件数：178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： 1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： 2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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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：3,613冊、国外図書：227冊 |
| | 医学雑誌数 | 国内雑誌：56種類、国外雑誌：16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="radio"/> 有 0. 無、教育用コンテンツ <input checked="" type="radio"/> 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="radio"/> 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 | ホリタ | テツヤ | |
| | | 氏名（姓）堀田 | | 氏名（姓）哲也 | |
| | 診療に関する諸記録の管理方法 | 役職 | 副院長 | | |
| | | 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 | （ 20 ）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（ 1 ）名、兼任（ 1 ）名 主な活動内容： 各部門・部署における医療安全対策の実施状況の確認、評価、院内ラウンドの実施や医療安全に関する職員への啓発・啓蒙、医療安全研修の企画、開催 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 コバヤシ ヤスリ 氏名（姓） 小林 氏名（姓） 泰賀 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： 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： 医療安全管理指針を制定している。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。年1回見直し、改正している。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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： 原則月1回の開催である。 医療安全対策の検討や「再発防止策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行う | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 研修の主な内容： 令和2年度、全職員対象研修は、感染対策のため集合研修は行わず、DVD視聴もしくは、専用YouTube専用チャンネルの視聴形式とした。研修内容は、「KYTの必要性と指差呼称」、「医療用麻薬製剤の取り扱い」、「睡眠薬とせん妄」について実施した。その他、新採用者研修やリスクマネージャー部会研修を実施した | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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： 1. 有 0. 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ない、改善策の検討と部署へ提言を行うことや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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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： 5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5</td> <td>基7</td> <td>基7</td> </tr> <tr> <td>2年</td> <td>基6、協1</td> <td>基5、協1</td> <td>基7</td> </tr> </tbody> </table> | | | | 前々年度 | 前年度 | 当該年度 | 1年 | 基5 | 基7 | 基7 | 2年 | 基6、協1 | 基5、協1 | 基7 |
| | 前々年度 | 前年度 | 当該年度 | | | | | | | | | | | | | |
| 1年 | 基5 | 基7 | 基7 | | | | | | | | | | | | | |
| 2年 | 基6、協1 | 基5、協1 | 基7 | | | | | | | | | | | | | |
| 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（ 384 ）床÷10＝（ 38 ）名 年間入院患者数（ 7,190 ）人÷100＝（ 71.9 ）名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 23. 当該病院からの医師派遣実績 ※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。 | | <p>○ 派遣実績 → 募集定員加算 名 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 ・ 無 ）</p> <p>※ 該当する方を○で囲むこと。</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | <p>1. 精神保健福祉士： 0名（常勤：0名、非常勤：0名）</p> <p>2. 作業療法士： 6名（常勤：6名、非常勤：0名）</p> <p>3. 臨床心理技術者： 1名（常勤：1名、非常勤：0名）</p> <p>9. その他の精神科技術職員： _____名（常勤： _____名、非常勤： _____名）</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| 25. 第三者評価の受審状況 (基幹型記入) | | <p>1. 有 （評価実施機関名： _____（ _____年 _____月 _____日））</p> <p>0. 無</p> <p>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。</p> | | | | | | | | | | | | | | |