

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和 5 年 4 月 28 日

宮城県知事 殿

病院名 坂総合病院
開設者 公益財団法人宮城厚生協会
理事長 内藤 孝

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・新設届出書ー 1 ー

病院施設番号： 030050

臨床研修病院の名称： 坂総合病院

記入日：西暦 2023 年 4 月 28 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。	030050	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 坂総合病院群 番号 0300505・0300506
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。	フリガナ キヤマ タミコ 氏名(姓) (名) 北 山 民 子		役職 研修担当事務課長 (内線) (直通電話 (022) 361—7033) e-mail: t-kita@zmkk.org (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 <small>(基幹型、協力型記入)</small>	フリガナ サカウコウヒョウイン 坂総合病院		
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>	〒 985-8506 (宮城 都・道・府 (県) 塩竈市錦町 16 番 5 号 電話：(022) 365—5175 FAX：(022) 365—6555 二次医療圏 の名称： 仙台		
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 コウキザイダンホウジシ ヲミキ コウセイキョウカイ 公益財団法人 宮城厚生協会		
4. 病院の開設者の住所(法 人の主たる事務所の所在 地) <small>(基幹型・協力型記入)</small>	〒 985-0835 (宮城 都・道・府 (県) 多賀城市下馬 2 丁目 1 3 番地 7 号 電話：(022) 361—1113 FAX：(022) 361—1124		
5. 病院の管理者の氏名 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	フリガナ トミヤマ 姓 富 山		ヲノスケ 名 陽 介
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 <small>(基幹型記入)</small>	* 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 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	https://www.m-kousei.com/saka/		

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： 030050

臨床研修病院の名称： 坂総合病院

	※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		<p>常勤： 78名、非常勤（常勤換算）： 6.4名 計（常勤換算）： 84.4名、医療法による医師の標準員数： 18.48名</p> <p><small>* 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3に記入</small></p>
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	告示年月日：西暦2023年 2月 3日、告示番号：第 60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 (125.25) m ² 0. 無
	救急医療の実績	<p>前年度の件数： 8103 件（うち診療時間外： 6554 件） 1日平均件数： 22.2 件（うち診療時間外： 18.0 件） 救急車取扱件数： 2891 件（うち診療時間外： 1612 件）</p>
	診療時間外の勤務体制	医師： 3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 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。） <small>（基幹型・協力型記入）</small>		<p>1. 一般： 357 床、2. 精神： _____ 床、3. 感染症： _____ 床 4. 結核： _____ 床、5. 療養： _____ 床</p>
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>		<p>* 別紙2に記入</p> <p><small>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。</small></p>
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>		<p>1. 一般： 14.3 日、2. 精神： _____ 日、3. 感染症： _____ 日 4. 結核： _____ 日、5. 療養： _____ 日</p>
14. 前年度の分娩件数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		正常分娩件数： 188 件、異常分娩件数： 298 件
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： 5 回、今年度見込： 6 回 ※報告・届出病院の主催の下に開催した回数を記入
	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： 4 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 <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. 研修医のための宿舎及び研修医室の有無 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	研修医の宿舎	<p>1. 有（単身用： _____ 戸、世帯用： _____ 戸） (0.) 無（住宅手当： 30,000 円）</p> <p><small>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。</small></p>
	研修医室	(1.) 有 (2 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	(167.0) m ²
	医学図書数	国内図書： 4228 冊、国外図書： 456 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 216 種類、国外雑誌： 56 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	<p>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 ()</p> <p>利用可能時間 (0：00 ～ 24：00) 24時間表記</p>
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－４－

病院施設番号： _____

臨床研修病院の名称： _____

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 ~ 21 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 (健康管理室 _____) 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 (健康管理室・労働安全衛生委員会 _____) 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－ 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6に記入	

※欄は、記入しないこと。