### 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2025年4月30日

石川県知事 殿

病院名 加賀市医療センター 開設者 加賀市長 宮元 陸

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O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口をつけてください。)
- ・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-

記入日:西暦2025年4月30日 臨床研修病院群の名称 病院施設番号 名称 050033 (基幹型、協力型記入) (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 番号 既に番号を取得している臨床研修病院については 床研修病院群については、番号も記入し 病院施設番号を記入してください。 てください。 作成責任者の氏名及び連絡先|フリガナ オギタ チサト 役職 管理部総務課 主査 (基幹型、協力型記入) 氏名 (姓) (名) (内線 2007 ) 本報告書の問合せに対して回答できる作成 (直通電話 (0761) 76 — 5263 ) 責任者について記入してください。 荻田 知里 e-mail: soumu@city.kaga.lg.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 フリカ゛ナ カカ゛シイリョウセンター (基幹型、協力型記入) 加賀市医療センター 2. 病院の所在地及び二次医 
 7
 9
 2
 2
 8
 5
 2
 2
 ( 石川 都・道・府・(県)) 療圏の名称 (基幹型・協力型記入) 石川県加賀市作見町リ36番地 電話:(0761) 72 — 1188 FAX:(0761) 76 — 5263 二次医療圏 の名称: 南加賀 3. 病院の開設者の氏名(法 フリガナ カガシチョウ ミヤモト リク 人の名称) (基幹型・協力型記入) 加賀市長 宮元 陸 4. 病院の開設者の住所(法 
 7
 9
 2
 2
 8
 6
 2
 2
 石川 都·道·府·**県**) ( 人の主たる事務所の所在 加賀市大聖寺南町二41 地) (基幹型・協力型記入) 電話:(0761)72 — 1111 FAX:(0761)72 — 4640 5. 病院の管理者の氏名 フリカ゛ナ キタイ リュウヘイ (基幹型・協力型記入) 名 北井 隆平 6. 研修管理委員会の構成員の氏名 | \* 別紙1に記入 及び開催回数 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。 (基幹型記入) 7. 病院群の構成等 \* 別表に記入 (基幹型記入) 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.kagacityhp.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: 050033 臨床研修病院の名称: 加賀市医療センター

Г 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		NATIONAL DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF THE PR
	*	
9. 医師(研修医を含む。)の員数		常勤: 56 名、非常勤(常勤換算): 7.4 名
(基幹型・協力型記入)		計(常勤換算): 63.4 名、医療法による医師の標準員数: 25.9 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 一 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 4 月 4 日、告示番号:第 116 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 ( 157.4 )m²   0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数:10,274件(うち診療時間外:7,923件)
		1日平均件数: 28.1 件(うち診療時間外: 21.7 件)
		救急車取扱件数: <u>3,408</u> 件(うち診療時間外: <u>2,114</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: 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	内科系(①. 有 O. 無) 外科系(①. 有 O. 無) 小児科(1. 有 <b>②</b> . 無)
	る診療科	その他 (
11. 医療法上の許	可病床数(歯科の病床数	1. 一般: 300 床、2. 精神: 床、3. 感染症: 床
を除く。)		4. 結核: 床、5. 療養: 床
(基幹型・協力型記入)		
12. 診療科ごとの入院患者・外来患者・研		* 別紙2に記入
修医の数	7 17 17 17 17 17 17 17 17 17 17 17 17 17	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。
(基幹型・協力型記入)		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
(E-1 - 10073 - 1074)		分の想定を記入。
13. 病床の種別こ	ごとの平均在院日数(小数第	1. 一般:14.0_日、2. 精神:日、3. 感染症:日
二位四捨五入)		4. 結核:日、5. 療養:日
(基幹型・協力型記入)		
14. 前年度の分娩件数		正常分娩件数: 64 件、異常分娩件数: 34 件
(基幹型·協力型記入) 15. 臨床病理検	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
討会(CPC)	指導を行う病理医の氏名等	Dubat a L = 2.2
の実施状況		
(基幹型・協力型記入)	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
16 延枚医のた	研修医の宿舎	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。 ① 有(単身用: 8 戸、世帯用: 1 戸)
16. 研修医のた	切19区の旧古	
めの宿舎及び		〇. 無(住宅手当: 円) 有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舎の戸数を記入してください。
研修医室の有		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。
無 (基幹型・協力型記入)	研修医室	
17. 図書、雑誌、	図書室の広さ	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。 ( 124.55 ) m <sup>2</sup>
インターネッ	医学図書数	国内図書: 9235 冊、国外図書: 440 冊
ト等が利用で	医学雑誌数	国内雑誌 : 113 種類、国外雑誌 : 25 種類
きる環境及び	図書室の利用可能時間	0:00 ~ 24:00 24時間表記
医学教育用機		
大阪ナーダベース寺の   Meditile 寺の大阪ナーダベース(U. 有 U. 無)、教育用コン		Medline 等の文献データベース (①. 有 O. 無)、教育用コンテンツ (①. 有 O. 無)、
(基幹型・協力型記入)	利用環境	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	医学教育用シミュレーター(①. 有 0. 無)、
	状況	その他 (

#### 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー3ー

病院施設番号: 050033 臨床研修病院の名称: 加賀市医療センター 18. 病歴管理体制 病歴管理の責任者の氏 フリガ ナ ト キ マサオ (基幹型・協力型記入) (名) 名及び役職 昌生 氏名(姓) 土岐 役職 医療サービス課 課長 診療に関する諸記録の ①. 中央管理 2. 各科管理 管理方法 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: ①. 有 ( 1 名) 0. 無 19. 医療安全管理体制 安全管理者の配置状況 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。 (基幹型・協力型記入) 職員:専任(1)名、兼任(12)名 安全管理部門の設置状 況 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 患者相談窓口の責任者の氏名等: に応じる体制の確保状 フリカ・ナ ツタ ヒロコ 況 (名) 博子 氏名(姓) 蔦 役職 課長 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 ①. 有 0. 無 ための指針の整備状況 指針の主な内容:当院の医療が安全かつ適性、良質であることを目的と した9項目 年(12)回 医療に係る安全管理委 員会の開催状況 活動の主な内容:院内におけるインシデント報告、情報の周知 医療に係る安全管理の 年(2)回 ための職員研修の実施 研修の主な内容:医療安全に関する全職員の意識の向上と、事故防止の 状況 ための研修。(R5 年度は「患者サポート体制と苦情対応」、「医療安全文化 の醸成と心理的安全性について」とテーマとした研修会を行った。) 医療機関内における事故報告等の整備: ①. 有 0. 無 医療機関内における事 故報告等の医療に係る 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 安全の確保を目的とし 告、ヒヤリハット報告 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 2 修了: 名 (基幹型・協力型記入) 中断: 0 名 21. 現に受け入れている研修医の数 前々年度 前年度 当該年度 (基幹型・協力型記入) 1 年 3 2 3 2 年 3 2 3 22. 受入可能定員 許可病床数 ( 300 ) 床÷10= ( 30 ) 名 許可病床数(歯科の病床 数を除く。)から算出 (基幹型・協力型記入) 患者数から算出 年間入院患者数( 5,343 )人÷100=( 53,43 )名 名(常勤: 23. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置 1. 精神保健福祉士: 名、非常勤: 名) 状況 2. 作業療法士: 名(常勤: 名、非常勤: 名) (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。 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) 2023年2月1日 ) O. 無 24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 ①. 有 ( 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 JCEP による評価受審の有無を記載してください。 0. 無

## 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書-4-

<u>病院施設番号: 05003</u>	3 <u>臨</u>	床研修病院の名称: 加賀市医療センター
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	* 別紙5に記入
(基幹型記入)		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		女性 1年次研修医( 0 )名 2年次研修医( 0 )名
(基幹型・協力型記入)		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	院内保育所	院内保育所の有無 (1. 有 ①. 無)
に関する施設及び取組に関す		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)
る事項		病児保育 (①. 有 0. 無)
(基幹型・協力型記入)		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 ⑩.無)
	WH Imp)	
		その他の補助(具体的に:
	体調不良時に休憩・授	休憩場所 (①. 有 O. 無)
	乳等に使用できる場所	授乳スペース (①. 有 0. 無)
	18 (1 - 12/13 C C 0 9///	
	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	①. 有 0. 無
	トの相談窓口	窓口の名称がある場合記入()
		窓口の専任担当 1. 有( 名) ②. 無
	各種ハラスメントの相	窓口の名称を記入(ハラスメント委員会)
	談窓口	窓口の専任担当 1. 有( 名) ②. 無
※ここからは研修プログラムこ	どに記入してください。砥	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		研修プログラムの名称:加賀市医療センター初期臨床研修プログラム
(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。		プログラム番号: 050033501
29. 研修医の募集定員		1年次: 3 名、2年次: 3 名
(基幹型記入)		
30. 研修医の募集及び採用の方	研修プログラムに関す	フリカ゛ナ オカタ゛ カス゛ヒロ
法	る問い合わせ先	氏名(姓) (名)
(基幹型記入)		岡田 和弘
		所属 診療部総合診療科 役職 部長、総合研修室 室長
		電話:(0761) 72 — 1188 FAX:(0761) 76 — 5263
		e-mail: soumu@city.kaga.lg.jp
		o marrir o commo croji nagan i gi gp
		<pre>URL : https://kagacityhp.jp</pre>
	資料請求先	
	X11HH1110	〒 922-8522 ( 石川 都・道・府(県)
		加賀市作見町リ36番地
		担当部門 担当者氏名
		フリカ゛ナ オキ゛タ チサト
		姓 荻田 名 知里
		電話:(0761) 72 — 1188 FAX:(0761) 76 — 5263
		e-mail: soumu@city.kaga.lg.jp
		<pre>URL : https://kagacityhp.jp</pre>

### 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: 050033 <u>臨床研修病院の名称: 加賀市医療センター</u>
※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

※ 研修 ノログラムの変更又は新記	段の場合は、上記内谷と併せ	(以下の内谷についくも記入しくくたさい。 
30. 研修医の募集及び採用の方	募集方法	①. 公募
法(続き)		2. その他(具体的に: )
(基幹型記入)	応募必要書類	①. 履歴書、②. 卒業(見込み)証明書、③. 成績証明書、
	(複数選択可)	4. 健康診断書、5. その他(具体的に: )
	選考方法	①. 面接
	(複数選択可)	2. 筆記試験
		その他(具体的に:小論文
	募集及び選考の時期	募集時期:6月1日頃から
	券未及び送行の時期	選考時期:8月15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	が概要	概要: * 別紙3に記入
(基幹型記入)		(作成年月日:西暦 2025 年 4 月 30 日)
32. プログラム責任者の氏名等	<b>笋(副プログラム責任者が</b>	(プログラム責任者)
配置されている場合には、そ	その氏名等)	フリカ゛ナ オカタ゛ カス゛ヒロ
(基幹型記入)		氏名 (姓) 氏名 (名)
* プログラム責任者の履歴	を様式A-2に記入	日
	記置されている場合にあっ	1 2 2
ては、副プログラム責任者が配		所属 診療部総合診療科 役職 部長
(16、前ノロノノム員に占	の別を正された「ここに)へ	総合研修室室長
		(副プログラム責任者)
	Propriet	①. 有( 1 名) 0. 無
33. 臨床研修指導医(指導医)	寺の氏名寺	* 別紙4に記入
(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	<b>岸に所属する臨床研修指道医及び臨床</b>	
研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行		
てください。		
34. インターネットを用いた計	平価システム	①. 有 ( ⊙EPOC ・その他 ( ) ) O. 無
35. 研修開始時期		西暦 2026 年 4 月 1 日
(基幹型、地域密着型記入)		
36. 研修医の処遇	処遇の適用	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。
(基幹型・協力型記入)	(基幹型臨床研修病院は、2に〇を	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。
	つけて、以下の各項目について記入	②、病院独自の処遇とする。
	してください。)	
	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(400,000円) 基本手当/月(410,000円)
		賞与/年( 880,000 円) 賞与/年( 902,000円)
		時間外手当: ①. 有 O. 無
		休日手当 : ①. 有 O. 無
	勤務時間	基本的な勤務時間( 8:30 ~ 17:15 )24時間表記
		休憩時間( 1時間 )
		時間外勤務の有無: ①. 有 0. 無
	休暇	有給休暇(1年次: 15 日、2年次: 20 日)
	1个吨	
		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:特別休暇(結婚・忌引き)
	当直	回数(約 2~4 回/月) 
	研修医の宿舎(再掲)	①.有(単身用: 8 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、「〇」と記
		入してください。
	研修医室(再掲)	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。
	社会保険・労働保険	公的医療保険(市町村職員共済組合保険)
		公的年金保険(厚生年金保険)
		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 ② 無)
		雇用保険(①、有 0、無)

# 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー6ー

病院施設番号: 050033 臨床研修病院の名称: 加賀市医療センター

※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)	健康管理	健康診断(年 2 回)
(基幹型·協力型記入)		その他(具体的に)
	医師賠償責任保険の扱	病院において加入(①. する O. しない)
	L)	個人加入(1.強制 ①.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 ⑩. 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 O. 無)
		夜間保育 (1. 有 ②. 無)
		上記保育所は研修医の子どもに使用可能か (①. 可 O. 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 ⑩.無)
		その他の補助(具体的に: )
	体調不良時に休憩・授	休憩場所 (①. 有 O. 無)
	乳等に使用できる場所 (再掲)	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	①. 有 0. 無
	トの相談窓口(再掲)	窓口の名称がある場合記入( )
		窓口の専任担当 1. 有( 名) ⑤. 無
	各種ハラスメントの相	窓口の名称を記入( )
	談窓口(再掲)	窓口の専任担当 1. 有( 名) ①. 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

<sup>※</sup>欄は、記入しないこと。