

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2022年4月18日

都道府県知事 殿

病院名 社会医療法人財団慈泉会 相澤病院
開設者 社会医療法人財団慈泉会
理事長 相澤 孝夫 印

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。）

- ・年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－1－から－5－まで及び別紙1については、臨床研修プログラム検索サイトの画面を印刷したもの（不足する項目は適宜加筆すること）等必要な項目がわかるものを代わりに添付していただいても構いません。
- ・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。

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： 030349

臨床研修病院の名称： 社会医療法人財団慈泉会 相澤病院

記入日：西暦 2022 年 4 月 18 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。	030349	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 相澤病院臨床研修病院群 番号 0303492
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 アツヅ ハラ 氏名 (姓) 栗津原 (名) 剛	役職 医学研修部門 事務部長 (内線 7959) (直通電話 (0263) 33—8600) e-mail : kensyuu1@ai-hosp.or.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 <small>(基幹型、協力型記入)</small>	フリガナ シヤカイリョウホクジンザイダングンセンカイ アイザワヒョウイン 社会医療法人財団慈泉会 相澤病院		
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 9 0 - 8 5 1 0 (長野 都・道・府・県) 松本市本庄 2-5-1 電話 : (0263) 33—8600 F A X : (0263) 33—8716 二次医療圏 の名称 : 松本医療圏		
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 シヤカイリョウホクジンザイダングンセンカイ 社会医療法人財団慈泉会		
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>	〒 3 9 0 - 8 5 1 0 (長野 都・道・府・県) 松本市本庄 2-5-1 電話 : (0263) 33—8600 F A X : (0263) 33—8716		
5. 病院の管理者の氏名 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	フリガナ 田内 姓 田内	カツリ 名 克典	
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>	https://aizawahospital.jp/		

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： 030349 臨床研修病院の名称： 社会医療法人財団慈泉会 相澤病院

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 ムカイ トモミ 氏名(姓) 向井 (名) 知巳 役職 診療情報管理課長		
	診療に関する諸記録の管理方法	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	(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:)		
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 (1 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 (5) 名、兼任 (2) 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 医療安全報告の収集及び、分析・評価に基づく改善活動の推進並びに再評価の実施。患者・家族からの苦情や意見の受付・対応・関係部署との調整。医療事故発止時の情報収集、関係委員会の開催・患者家族への対応・支援。医療安全に資する職員研修。医療安全情報の配信。迷惑行為・暴力行為・虐待への対応等		
	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 マルヤマ マサル 氏名(姓) 丸山 (名) 勝 役職 医療安全推進室長 兼 患者相談室長 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		
	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： 安全管理のための組織、職員研修、医療安全報告や苦情報告からの医療安全対策の取り組み、医療安全情報の共有と活用、医療事故発生時の対応、患者からの相談への対応、規程の閲覧に関する基本方針等。		
	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： 医療安全報告の分析・評価・改善策の策定、医療事故情報の収集及び周知、職員研修の立案及び実施結果の評価、苦情・相談・迷惑行為・虐待への対応の検証、医療事故防止のための規程の立案、モニタリング等。		
	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： 医療安全管理体制、医療事故防止対策、医療者間コミュニケーション、危険予知訓練、迷惑行為・院内暴力・虐待への対応等。		
	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： 診療録のレビューや患者・家族等の意見から問題点を抽出し、関係委員会又は関係部署と連携し、改善策を立案して改善を行っているほか、年1回「医療安全推進週間」を設け、目標を明確にして全職員参加による取り組みを行い、院内の医療安全意識の高揚を図っている。		
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： 9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)		前々年度	前年度	当該年度
	1年	9	10	10
	2年	9	9	10
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	許可病床数 (460) 床 ÷ 10 = (46) 名		
	患者数から算出	年間入院患者数 (10,433) 人 ÷ 100 = (104.33) 名		

<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 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： 030349 臨床研修病院の名称： 社会医療法人財団慈泉会 相澤病院

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 <small>(基幹型・協力型記入)</small> 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： 0名 (常勤： 名、非常勤： 名)																									
		2. 作業療法士： 44名 (常勤： 44名、非常勤： 0名)																									
		3. 臨床心理技術者： 3名 (常勤： 3名、非常勤： 0名)																									
		9. その他の精神科技術職員： 0名 (常勤： 名、非常勤： 名)																									
25. 第三者評価の受審状況 <small>(基幹型記入)</small>		① 有 (評価実施機関名：卒後臨床研修評価機構 2020年10月27日受審) 0. 無 <small>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。</small>																									
※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 <small>(基幹型・協力型記入)</small> 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：相澤病院卒後臨床研修プログラム プログラム番号： <u>030349203</u>																									
27. 研修医の募集定員 <small>(基幹型記入)</small>		1年次： 10名、2年次： 10名																									
28. 研修医の募集及び採用の方法 <small>(基幹型記入)</small>	研修プログラムに関する問い合わせ先	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">フリガナ</td> <td style="width: 40%;">アヅハラ</td> <td style="width: 30%;">ツジ</td> </tr> <tr> <td>氏名 (姓)</td> <td colspan="2">(名)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">栗津原</td> <td style="text-align: center;">剛</td> </tr> <tr> <td>所属</td> <td colspan="2">役職</td> </tr> <tr> <td>医学研修部門</td> <td colspan="2">事務部長</td> </tr> <tr> <td colspan="3">電話：(0263) 33—8600 F A X：(0263) 33—8716</td> </tr> <tr> <td colspan="3">e-mail：kensyuu1@ai-hosp.or.jp</td> </tr> <tr> <td colspan="3">URL：https://aizawahospital.jp/</td> </tr> </table>		フリガナ	アヅハラ	ツジ	氏名 (姓)	(名)			栗津原	剛	所属	役職		医学研修部門	事務部長		電話：(0263) 33—8600 F A X：(0263) 33—8716			e-mail：kensyuu1@ai-hosp.or.jp			URL：https://aizawahospital.jp/		
	フリガナ	アヅハラ	ツジ																								
氏名 (姓)	(名)																										
	栗津原	剛																									
所属	役職																										
医学研修部門	事務部長																										
電話：(0263) 33—8600 F A X：(0263) 33—8716																											
e-mail：kensyuu1@ai-hosp.or.jp																											
URL：https://aizawahospital.jp/																											
資料請求先	住所 〒 390-8510 (長野 都・道・府・ <u>県</u>) 松本市本庄 2-5-1																										
	担当部門	担当者氏名 フリガナ イヅワ ショウコ 姓 伊沢 名 翔子																									
		電話：(0263) 33—8600 F A X：(0263) 33—8716																									
		e-mail：kensyuu1@ai-hosp.or.jp																									
		URL：https://aizawahospital.jp/																									
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： 4月 1日頃から 選考時期： 4月 1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： 030349 臨床研修病院の名称： 社会医療法人財団慈泉会 相澤病院

※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。

29. 研修プログラムの名称及び概要 <small>(基幹型記入)</small>	概要：* 別紙3に記入 (作成年月日：西暦 年 月 日)		
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) <small>(基幹型記入)</small> * 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は、副プログラム責任者の履歴を様式2に記入	(プログラム責任者) フリガナ ヤマト トモキヨ 氏名(姓) 山本 氏名(名) 智清 所属 役職 卒後臨床研修センター センター長 (副プログラム責任者) ① 有 (1 名) 0. 無		
31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等 <small>(基幹型記入)</small> 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。	* 別紙4に記入		
32. インターネットを用いた評価システム	① 有 (・EPOC ・その他 ()) 0. 無		
33. 研修開始時期 <small>(基幹型、地域密着型記入)</small>	西暦 2023 年 4 月 1 日		
34. 研修医の処遇 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	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。		
処遇の適用 <small>(基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。)</small>	① 常勤 2. 非常勤		
常勤・非常勤の別	① 常勤 2. 非常勤		
研修手当	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(362,500円) 賞与/年(650,000円) </td> <td style="width: 50%;"> 二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(425,000円) 賞与/年(700,000円) </td> </tr> </table>	一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(362,500円) 賞与/年(650,000円)	二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(425,000円) 賞与/年(700,000円)
一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(362,500円) 賞与/年(650,000円)	二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(425,000円) 賞与/年(700,000円)		
勤務時間	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(9:00～17:40)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：10日、2年次：11日) 夏季休暇(1. 有 ① 無) 年末年始(1. 有 ① 無) その他休暇(具体的に：年2回、1週間の休暇有り)		
当直	回数(約6回/月)		
研修医の宿舍(再掲)	① 有(単身用：30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(再掲)	① 有(1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>		
社会保険・労働保険	公的医療保険(協会けんぽ) 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 ① 無) 雇用保険 ① 有 0. 無		
健康管理	健康診断(年2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		
35. 研修医手帳 <small>(基幹型記入)</small>	1. 有 ① 無		
36. 連携状況 <small>(基幹型記入)</small>	* 様式6に記入		

※欄は、記入しないこと。