

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

都道府県知事 殿

病院名 豊川市民病院
開設者 豊川市長 竹本幸夫

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－ 1 －

病院施設番号： 030433 臨床研修病院の名称： 豊川市民病院

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。	030433	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 豊川市民病院 番号 0304332
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 ムコヤマ ヒロシ 氏名(姓) (名) 向山 寛	役職 (内線 3411) (直通電話 (0533) 86— 1111) e-mail : career@toyokawa-ch-aochi.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 (基幹型、協力型記入)	フリガナ トヨカワシミンビョウイン 豊川市民病院		
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)	〒 442 - 8561 (愛知 都・道・府・県) 豊川市八幡町野路23番地 電話 : (0533) 86— 1111 FAX : (0533) 84— 1327 二次医療圏 の名称 : 愛知県東三河南部医療圏		
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 トヨカワシチョウ タケモト ユキオ 豊川市長 竹本 幸夫		
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)	〒 442 - 8601 (愛知 都・道・府・県) 豊川市諏訪1丁目1番地 電話 : (0533) 89— 2111 FAX : (0533) 89— 2125		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ タテ 姓 大手	ナゲユキ 名 信之	
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.toyokawa-ch-aichi.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：030433
 臨床研修病院の名称：豊川市民病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 135名、非常勤（常勤換算）： 8.61名 計（常勤換算）：143.61名、医療法による医師の標準員数：49.9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－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 2022 年 5 月 6 日、告示番号：第 227 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 （ 397.9 ）m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 20,821 件（うち診療時間外： 12,206 件） 1日平均件数： 57.0 件（うち診療時間外： 33.0 件） 救急車取扱件数： 8,192 件（うち診療時間外： 4,377 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 7 名、看護師及び准看護師： 5 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（ 産婦人科 ）	
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： 423 床、2. 精神： 65 床、3. 感染症： 0 床 4. 結核： 8 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 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。 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： 14.6 日、2. 精神： 47.5 日、3. 感染症： 0.0 日 4. 結核： 8.3 日、5. 療養： 0.0 日	
14. 前年度の分娩件数 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 204 件、異常分娩件数： 167 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： 6 回、今年度見込： 6 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： 6 件、今年度見込： 10 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 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		1. 有（単身用： 27 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		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。	
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		（ 79.5 ）m ²	
	医学図書数		国内図書： 14, 956 冊、国外図書： 629 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 107 種類、国外雑誌： 8 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（1. 有 0. 無）、教育用コンテンツ（1. 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（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－ 3 －

病院施設番号：
 0 3 0 4 3 3
 臨床研修病院の名称：
 豊川市民病院

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 氏名（姓）	材料 大 胆	ミツル （名） 称
		役職 経営企画室主幹		
	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	（ 5 ）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（ 8 ）名、兼任（ 6 ）名 主な活動内容：病院全体の医療安全の管理、徹底		
	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 氏名（姓）		
		カタカ 片 岡		
		ケンウ （名） 謙 友		
		役職 患者サポートセンター主幹		
	対応時間（ 8 ： 3 0 ～ 1 7 ： 1 5 ）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：医療安全対策マニュアルを作成し、医療安全対策を徹底		
	医療に係る安全管理委員会の 開催状況	年（ 1 2 ）回		
活動の主な内容：事故防止対策の検討、周知				
医療に係る安全管理のための 職員研修の実施状況	年（ 5 ）回			
	研修の主な内容：安全対策講演会等の開催			
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： インシデント及びアクシデント報告の分析、改善策の検討			
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	9	9
	2 年	1 0	9	9
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（ 4 9 6 ）床÷10＝（ 4 9 ）名		
	患者数から算出	年間入院患者数（ 1 1 , 8 6 1 ）人÷100＝（ 1 1 8 ）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： 7 名（常勤： 7 名、非常勤： 0 名）			
	2. 作業療法士： 2 名（常勤： 2 名、非常勤： 0 名）			
	3. 臨床心理技術者： 3 名（常勤： 1 名、非常勤： 2 名）			
	9. その他の精神科技術職員： 0 名（常勤： 0 名、非常勤： 0 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）	1. 有 （評価実施機関名：卒後臨床研修評価機構（ 2023 年 11 月 1 日）） 0. 無 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。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有 0. 無			

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：030433
 臨床研修病院の名称：豊川市民病院

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 (7 時 3 0 分 ～ 1 9 時 0 0 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 (キャリア支援センター) 窓口の専任担当 1. 有 (4 名) 0. 無	
	各種ハラスメントの相談窓口		窓口の名称を記入 (庶務課 (ハラスメント対策室)) 窓口の専任担当 1. 有 (8 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 : () — F A X : () — 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 : () — F A X : () — e-mail : URL : http://	

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： 030433 臨床研修病院の名称： 豊川市民病院

※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。

[illegible]

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： 030433 臨床研修病院の名称： 豊川市民病院

※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。

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A-6に記入

※欄は、記入しないこと。