

# 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和7年4月30日

都道府県知事 殿

病院名 地方独立行政法人知多半島総合医療機構知多半島りんくう病院  
開設者 理事長 渡邊 和彦

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－ 2 －

病院施設番号：030860

臨床研修病院の名称：地方独立行政法人知多半島総合医療機構知多半島りんくう病院

		※
9. 医師（研修医を含む。）の員数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		常勤：46名、非常勤（常勤換算）：8.6名 計（常勤換算）：54.6名、医療法による医師の標準員数：21.3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 <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 年 月 日、告示番号：第 号 <b>申請中 5/2 以降に確定</b>
	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 (130.060) m <sup>2</sup> 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 7,184 件（うち診療時間外： 4,145 件） 1日平均件数： 19.7 件（うち診療時間外： 11.4 件） 救急車取扱件数： 1,428 件（うち診療時間外： 730 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>		1. 一般： 264 床、2. 精神： 0 床、3. 感染症： 2 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 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		* 別紙2に記入 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。
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>		1. 一般： 19.8 日、2. 精神： 0.0 日、3. 感染症： 0.0 日 4. 結核： 0.0 日、5. 療養： 0.0 日
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： 0 件、異常分娩件数： 0 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： 4 回、今年度見込： 4 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： 4 件、今年度見込： 4 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 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	研修医の宿舎	(1) 有（単身用： 5 戸、世帯用： 0 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 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	図書室の広さ	( 39.350 ) m <sup>2</sup>
	医学図書数	国内図書： 989 冊、国外図書： 410 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 7 種類、国外雑誌： 2 種類
	図書室の利用可能時間	8:30 ~ 17:15 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 ( 医書.jp.オールアクセス ) 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－４－

病院施設番号：030860

臨床研修病院の名称：地方独立行政法人知多半島総合医療機構知多半島りんくう病院

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 ( 8時 00分 ~ 18時 00分) 病児保育 (1. 有 ①. 無) 夜間保育 (1. 有 ①. 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 ①. 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( ) 窓口の専任担当 1. 有( 名) ①. 無
	各種ハラスメントの相談窓口		窓口の名称を記入( ) 窓口の専任担当 1. 有( 名) ①. 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：知多半島りんくう病院臨床研修プログラム プログラム番号： <u>0308604</u>
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1年次：4名、2年次：4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 ナムラ イロ 氏名(姓) 中村 (名) 栄子 所属 医事業務課 役職 専門員 電話：(0569) 35-3170 F A X：(0569) 34-8526 e-mail：crh-gyomu@chitahantogmo.or.jp URL：https://www.chitahantogmo.or.jp/crh/
	資料請求先		住所 〒 479-8510 愛知(都・道・府・県) 常滑市飛香台3丁目3番地の3 担当部門 担当者氏名 フリガナ ナムラ イロ 姓 中村 名 栄子 電話：(0569) 35-3170 F A X：(0569) 34-8526 e-mail：crh-gyomu@chitahantogmo.or.jp URL：https://www.chitahantogmo.or.jp/crh/



## 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：030860

臨床研修病院の名称：地方独立行政法人知多半島総合医療機構知多半島りんくう病院

※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1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 ②. しない） 個人加入（1. 強制 ②. 任意）
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加：①. 可 ②. 否
		学会、研究会等への参加費用支給の有無：①. 有 ②. 無
	院内保育所（再掲）	院内保育所の有無（①. 有 ②. 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 ②. 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 ②. 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 ②. 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 ②. 無） 授乳スペース（①. 有 ②. 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 ②. 無 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談窓口（再掲）	窓口の名称を記入（ 窓口の専任担当 1. 有（ 名） ②. 無	
37. 研修医手帳（基幹型記入）	①. 有 ②. 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。