

# 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

様式 A-10

2024年4月20日

都道府県知事 殿

病院名 川西市立総合医療センター  
開設者 川西市長 越田謙治郎

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39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： 30880

臨床研修病院の名称： 川西市立総合医療センター

記入日：西暦 2024 年 4 月 20 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。	30880	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 川西市立総合医療センター 番号 3088001
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 氏名(姓) 日下 (名) 泉	ヲカ イヅミ 役職 医事課 (内線 6066 ) (直通電話 0570-01-8199 ) e-mail : i-kusaka@kyowakai.com ) (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 カワニシツツクゴウ ヲリョウセンター 川西市立総合医療センター		
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)	〒 666-0017 兵庫県川西市火打1-4-1 電話： 0570-01-8199 FAX： 072-789-8196 二次医療圏の名称： 阪神		
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 カワニシヨウ コウタケンゾウ 川西市長 越田謙治郎		
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)	〒 666-8501 兵庫県川西市中央町12-1 電話： 072-740-1111 FAX：		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型、協力型記入)	フリガナ 姓 土居	トイ 名 貞幸	ヲカ 名 貞幸
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 (基幹型記入)	* 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 (基幹型、協力型記入)	http://www.kawanishi-hospital.jp/		

## 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 2 ー

病院施設番号： 30880

臨床研修病院の名称： 川西市立総合医療センター

		※
9. 医師（研修医を含む。）の員数 (基幹型・協力型記入)		常勤： 96名、非常勤（常勤換算）： 8名 計（常勤換算）： 104名、医療法による医師の標準員数： 34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： 2022年10月4日、告示番号：第 1142 号
	医療計画上の位置付け	2. 第二次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	1. 有（ 430.9 ）㎡
	救急医療の実績	前年度の件数： 11,680件（うち診療時間外： 5,731件） 1日平均件数： 32件（うち診療時間外： 16件） 救急車取扱件数： 7,051件（うち診療時間外： 3,582件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 5~6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 ） 外科系（ 1. 有 ） 小児科（ 1. 有 ） その他（ 産婦人科、脳神経外科 ）	
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： 405床、2. 精神： 床、3. 感染症： 床 4. 結核： 床、5. 療養： 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前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当該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： 14.0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 (基幹型・協力型記入)		正常分娩件数： 288件、異常分娩件数： 327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： 5回、今年度見込： 10回 ※ 報告・届出病院の主催の下に開催した回数を記載
	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： 8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 大学又は病院名 ( ) 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： 4戸、世帯用： 0戸） ○ 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） 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	( 200.57 ) ㎡
	医学図書数	国内図書： 48,000冊、国外図書： 400冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 65種類、国外雑誌： 3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 )、教育用コンテンツ ( 1. 有 ) 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 ) 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： 30880

臨床研修病院の名称： 川西市立総合医療センター

<b>18. 病歴管理体制</b> <small>(基幹型・協力型記入)</small>	病歴管理の責任者の氏名及び役職  診療に関する諸記録の管理方法  診療録の保存期間  診療録の保存方法	刀ガナ トイ 片ノキ 氏名(姓) 土居 (名) 貞幸 役職 病院長  1. 中央管理 その他(具体的に: 2022年以前の紙カルテは紙保存 ) ( 永年 ) 年間保存  2. 電子媒体 その他(具体的に: )												
<b>19. 医療安全管理体制</b> <small>(基幹型・協力型記入)</small>	安全管理者の配置状況  安全管理部門の設置状況  患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況  医療に係る安全管理のための指針の整備状況  医療に係る安全管理委員会の開催状況  医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況  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	1. 有 ( 1 名 ) 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。  職員: 専任 ( 1 ) 名、兼任 ( 4 ) 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 ・事故レベル3以上の事故報告、繰り返しされるヒヤリハット内容の把握と分析・適切な対策立案がなされているかを検討する。 ・医療安全に関する職員教育・研修の企画・運営 ・医療事故を防止するための情報収集、分析、対策立案、フィードバック、評価 ・医療安全管理委員会の運営および庶務 ・医療事故への対応 ・医療安全に関する患者相談  患者相談窓口の責任者の氏名等: 刀ガナ ツホタ イズミ 氏名(姓) 壺田 (名) 泉 役職 看護師長 対応時間 9 : 00 ~ 16 : 00 24時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無: 1. 有  1. 有 指針の主な内容: 医療事故を未然に防ぎ、質の高い医療を提供する ・患者との信頼関係強化し、患者と医療職員との対等な関係を基盤とする「患者中心の医療」「患者の安全を最優先に考える医療」の実現を図る。 ・ヒューマンエラーが起ることを前提としてエラーを誘発しない環境、起こったエラーが事故に発展しないシステムを組織全体で整備する。 ・職員の自発的な業務改善や能力向上活動を強化する。 ・継続的に医療の質の向上を図る活動を幅広く展開していく。  年 ( 12 ) 回 活動の主な内容: 川西市立総合医療センターにおける医療に係る安全管理を図るための必要な対策を講じる  年 ( 2 ) 回 研修の主な内容: 医療安全とコミュニケーション 医療・介護における心理的安全性の高いチーム作り  医療機関内における事故報告等の整備: 1. 有 その他の改善のための方策の主な内容: 事例検討会の開催 医療事故調査・支援センターへの報告 院内事故調査委員会の開催												
<b>20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数</b> <small>(基幹型・協力型記入)</small>	修了: 2 名 中断: 0 名													
<b>21. 現に受け入れている研修医の数</b> <small>(基幹型・協力型記入)</small>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>前々年度</th> <th>前年度</th> <th>当該年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1年</td> <td style="text-align: center;">2名</td> <td style="text-align: center;">3名</td> <td style="text-align: center;">4名</td> </tr> <tr> <td>2年</td> <td style="text-align: center;">0名</td> <td style="text-align: center;">3名</td> <td style="text-align: center;">2名</td> </tr> </tbody> </table>		前々年度	前年度	当該年度	1年	2名	3名	4名	2年	0名	3名	2名
	前々年度	前年度	当該年度											
1年	2名	3名	4名											
2年	0名	3名	2名											
<b>22. 受入可能定員</b> <small>(基幹型・協力型記入)</small>	許可病床数(歯科の病床数を除く。)から算出 患者数から算出	許可病床数 ( 405 ) 床 ÷ 10 = ( 41 ) 名 年間入院患者数 ( 9,936 ) 人 ÷ 100 = ( 99 ) 名												
<b>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</b> <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: 0 名、非常勤: 0 名) 2. 作業療法士: 4 名 (常勤: 4 名、非常勤: 0 名) 3. 臨床心理技術者: 0 名 (常勤: 0 名、非常勤: 0 名) 9. その他の精神科技術職員: 0 名 (常勤: 0 名、非常勤: 0 名)													
<b>24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況</b> <small>(基幹型記入)</small>	1. 有 (評価実施機関名: 財)日本医療機能評価機構 ( 2023 年 1 月 24.25 日 ) 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													

## 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 4 ー

病院施設番号： 30880

臨床研修病院の名称： 川西市立総合医療センター

項目27までについては、報告時に必ず記入してください。 ※	* 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。
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数の配置状況 (基幹型記入)	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
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)	院内保育所の有無 ( 1. 有 ) 有を選択した場合、開所時間を記入してください ( 7 時 30 分 ~ 18 時 30 分 ) 病児保育 ( 1. 有 ) 夜間保育 ( 1. 有 ) 上記保育所は研修医の子どもにも使用可能か ( 1. 可 ) ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 ( 1. 有 ) その他の補助 ( 具体的に： )
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)	休憩場所 ( 1. 有 ) 授乳スペース ( 1. 有 ) ( ) 1. 有 窓口の名称がある場合記入 ( ) 窓口の専任担当 1. 有 ( 2 ) 名 窓口の名称を記入 ( クオリティマネジメント室 ) 窓口の専任担当 1. 有 ( 3 ) 名
※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： 川西市立総合医療センター プログラム番号：
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)	1年次： 0 名、2年次： 0 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 刀ガナ クカ イヅミ 氏名(姓) 日下 (名) 泉 所属 医事課 役職 電話： 0570-01-8199 F A X : 072-789-8196 e-mail : i-kusaka@kyowakai.com URL : https://www.kawanishi-hospital.jp/ 資料請求先 〒 666 - 0017 兵庫県川西市火打1-4-1 担当部門 担当者氏名 刀ガナ クカ イヅミ 姓 日下 名 泉 電話： 0570-01-8199 F A X : 072-789-8196 e-mail : i-kusaka@kyowakai.com URL : https://www.kawanishi-hospital.jp/

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 5 ー

病院施設番号： 30880

臨床研修病院の名称： 川西市立総合医療センター

※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。

30. 研修医の募集及び採用の方法（続き） (基幹型記入)	募集方法	<input checked="" type="radio"/> 1. 公募 <input type="radio"/> 2. その他（具体的に： _____）	
	応募必要書類 （複数選択可）	<input checked="" type="radio"/> 1. 履歴書、 <input type="radio"/> 2. 卒業（見込み）証明書、 <input type="radio"/> 3. 成績証明書、 <input checked="" type="radio"/> 4. 健康診断書、 <input type="radio"/> 5. その他（具体的に： 臨床研修申込書 _____）	
	選考方法 （複数選択可）	<input checked="" type="radio"/> 1. 面接 <input type="radio"/> 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： 6月 20日頃から 選考時期： 7月 1日頃から	
	マッチング利用の有無	1. 有	
31. 研修プログラムの名称及び概要 (基幹型記入)	概要： * 別紙3に記入 （作成年月日：西暦 2024 年 1 月 30 日）		
32. 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） (基幹型記入) * プログラム責任者の履歴を様式A-2に記入 * 副プログラム責任者が配置されている場合にあっては、副プログラム責任者の履歴を様式A-2に記入	（プログラム責任者） フリガナ _____ シンイチ 氏名（姓） _____ 厨子 _____ （名） 慎一郎 所属 _____ 消化器内科 _____ 役職 _____ 副院長 （副プログラム責任者） <input type="radio"/> 0. 無 _____ 名		
33. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等 (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		
34. インターネットを用いた評価システム	1. 有 ( <input type="radio"/> EPOC <input type="radio"/> その他 ( _____ ) )		
35. 研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)	西暦 2025 年 4 月 1 日		
36. 研修医の処遇 (基幹型・協力型記入)	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>	<input checked="" type="radio"/> 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。 <input type="radio"/> 2. 病院独自の処遇とする。	
	常勤・非常勤の別	1. 常勤	
	研修手当	一年次の支給額（税込み） _____ 円 基本手当／月（ _____ 407,200 円 ） 賞与／年（ _____ 円 ）	二年次の支給額（税込み） _____ 円 基本手当／月（ _____ 454,900 円 ） 賞与／年（ _____ 円 ）
		時間外手当： <input checked="" type="radio"/> 1. 有 休日手当： <input type="radio"/> 0. 無	
	勤務時間	基本的な勤務時間（ _____ 9 : 0 ~ 17 : 0 ）24時間表記 休憩時間（ _____ 60分 _____）	
		時間外勤務の有無： <input checked="" type="radio"/> 1. 有 有給休暇（1年次： _____ 11日、2年次 _____ 12日） 夏季休暇（ <input type="radio"/> 0. 無 _____） 年末年始（ <input checked="" type="radio"/> 1. 有 _____） その他休暇（具体的に： _____ 年間休日116日 _____）	
	当直	回数（約 _____ 4 回／月）	
	研修医の宿舎（再掲）	<input type="radio"/> 1. 有（単身用： _____ 4 戸、世帯用： _____ 0 戸） <input type="radio"/> 0. 無（住宅手当： _____ 0 円） <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>	
		1. 有 ( _____ 1 室) <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 ( <input checked="" type="radio"/> 1. 有 _____ )	
公的年金保険 ( <input checked="" type="radio"/> 1. 有 _____ )			
労働者災害補償保険法の適用 ( <input checked="" type="radio"/> 1. 有 _____ )			
国家・地方公務員災害補償法の適用 ( <input type="radio"/> 0. 無 _____ )			
		雇用保険 ( <input checked="" type="radio"/> 1. 有 _____ )	

## 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： 30880

臨床研修病院の名称： 川西市立総合医療センター

※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)  (基幹型・協力型記入)	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 ) 個人加入 ( 0. 任意 )
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可
		学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有
	院内保育所(再掲)	院内保育所の有無 ( 1. 有 ) 有を選択した場合、開所時間を記入してください ( 7 時 30 分 ~ 18 時 30 分 )
		病児保育 ( 1. 有 ) 夜間保育 ( 1. 有 )
		上記保育所は研修医の子どもにも使用可能か ( 1. 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 ) その他の補助(具体的に： 0 )
	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 ) 授乳スペース ( 1. 有 )
	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)	( 0 )
研修医のライフイベントの相談窓口(再掲)	1. 有 窓口の名称がある場合記入 ( 0 ) 窓口の専任担当 1. 有 ( 2 ) 名	
各種ハラスメントの相談窓口(再掲)	窓口の名称を記入 ( クオリティマネジメント室 ) 窓口の専任担当 1. 有 ( 3 ) 名	
37. 研修医手帳(基幹型記入)	1. 有	
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。