

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2021年4月30日

都道府県知事 殿

病院名 日本赤十字社医療センター

開設者 日本赤十字社 社長 大塚 義治 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－ 2 －

病院施設番号： 030199 臨床研修病院の名称： 日本赤十字社医療センター

	※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		常勤：276名、非常勤（常勤換算）：24.5名 計（常勤換算）：300.5名、医療法による医師の標準員数：57.8名 * 研修医の氏名等について様式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 2019年8月1日、告示番号：第16906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 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 第三次救急医療機関
	救急専用診療（処置）室の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有（387.6）m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数：11,442件（うち診療時間外：5,286件） 1日平均件数：31件（うち診療時間外：14件） 救急車取扱件数：3,492件（うち診療時間外：1,815件）
	診療時間外の勤務体制	医師：20名、看護師及び准看護師：14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（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無） 外科系（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無） 小児科（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無） その他（産婦人科、整形外科、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。） <small>（基幹型・協力型記入）</small>		1. 一般：701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 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		* 別紙2に記入
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：10.8日、2. 精神：_____日、3. 感染症：_____日 4. 結核：_____日、5. 療養：_____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：1,166件、異常分娩件数：855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：9回、今年度見込：9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載
	剖検数	前年度実績：21件、今年度見込：20件
	剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有（単身用：36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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	(100) m ²
	医学図書数	国内図書：3,000冊、国外図書：1,000冊
	医学雑誌数	国内雑誌：75種類、国外雑誌：1,000種類
	図書室の利用可能時間	00：00～24：00 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（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無）、教育用コンテンツ（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無）、 その他（_____） 利用可能時間（00：00～24：00）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 <input checked="" type="checkbox"/> 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： 030199

臨床研修病院の名称： 日本赤十字社医療センター

18. 病歴管理体制 <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	フリガナ コニシ ケイジ 氏名(姓) (名) 小西 慶二 役職 事業企画課長		
	診療に関する諸記録の管理方法	<input checked="" type="checkbox"/> 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	(一部紙カルテを除き永久) 年間保存		
	診療録の保存方法	1. 文書 2. 電子媒体 <input checked="" type="checkbox"/> その他(具体的に: 文書・電子媒体の両方. H18.1以降の診療録については電子媒体で保存.)		
19. 医療安全管理体制 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	安全管理者の配置状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有(1名) 0. 無 <small>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。</small>		
	安全管理部門の設置状況	職員: 専任(1)名、兼任(5)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 インシデント・アクシデント報告事例の分析、医療安全ニュースの発行、医療事故防止のための研修会運営		
	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 ニシムラ タダヒロ		
		氏名(姓) 西村	(名) 忠洋	
	役職 医事課長			
	対応時間(9:00 ~ 16:30) 24時間表記			
	患者相談窓口に係る規約の有無: <input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 0. 無			
医療に係る安全管理のための指針の整備状況	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 0. 無 指針の主な内容: 1) 基本方針 2) 医療事故発生時の対応 他			
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: 1) インシデント・アクシデントレポートの分析 2) 医療事故防止対策の検討 ほか			
医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年(4)回 研修の主な内容: 1) 新人研修 2) 医療従事者研修 3) 医療安全推進連絡会(全職員対象) 2回			
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: <input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 0. 無 その他の改善のための方策の主な内容: 1) 転倒、転落防止 2) 患者誤認防止			
20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	修了: 18名 中断: 0名			
21. 現に受け入れている研修医の数 <small>(基幹型・協力型記入)</small>		前々年度	前年度	当該年度
	1年	18	18	17
	2年	17	18	18
22. 受入可能定員 <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	許可病床数(701)床 ÷ 10 = (70.1)名		
	患者数から算出	年間入院患者数(15,551)人 ÷ 100 = (155.5)名		
23. 当該病院からの医師派遣実績 ※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。	○ 派遣実績 → 募集定員加算 名 名 ※ 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) ○ 地域医療対策協議会等の意向の把握(有・無) ※ 該当する方を○で囲むこと。			

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： 030199 臨床研修病院の名称： 日本赤十字社医療センター

<small>項目 25 までについては、報告時に必ず記入してください。</small>	※	
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> <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。</small>		1. 精神保健福祉士： 2名 (常勤： 2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： 10名 (常勤： 6名、非常勤： 4名)
		9. その他の精神科技術職員： 1名 (常勤： 1名、非常勤： 0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： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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>
<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。</small>		
26. 研修プログラムの名称 <small>(基幹型・協力型記入)</small> <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。</small>		研修プログラムの名称： <u>日本赤十字社医療センター内科プログラム</u> プログラム番号： <u>030199201</u>
27. 研修医の募集定員 <small>(基幹型記入)</small>		1年次： 5名、2年次： 5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	㊦ガナ ヨシクニ ヒロコ 氏名 (姓) (名) 吉國 裕子 所属 役職 教育研修推進室 電話：(03) 3400-1311 F A X：(03) 3409-1604 e-mail： <u>rinsyokensyu@med.jrc.or.jp</u> URL： <u>http://www.med.jrc.or.jp/</u>
	資料請求先	住所 〒 150-8935 (東京都) 渋谷区広尾 4-1-22 日本赤十字社医療センター 教育研修推進室 担当部門 担当者氏名 教育研修推進室 ㊦ガナ ヨシクニ ヒロコ 姓 名 吉國 裕子 電話：(03) 3400-1311 F A X：(03) 3409-1604 e-mail： <u>rinsyokensyu@med.jrc.or.jp</u> URL： <u>http://www.med.jrc.or.jp/</u>
募集方法		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 公募 2. その他 (具体的に：)
応募必要書類 <small>(複数選択可)</small>		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 履歴書、 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 卒業(見込み)証明書、 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 成績証明書、 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 健康診断書、 <input checked="" type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に： 作文)
選考方法 <small>(複数選択可)</small>		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 面接 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 筆記試験 その他 (具体的に： 作文)
募集及び選考の時期		募集時期： 6月1日頃から 選考時期： 8月21日頃から
マッチング利用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 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： 030199 臨床研修病院の名称： 日本赤十字社医療センター

※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。

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 2021年 4月 30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あっては、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 イヰモ タロ 氏名(姓) 氏名(名) 出雲 雄大 所属 役職 呼吸器内科 部長 (副プログラム責任者) 1. 有()名 <input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> EPOC ・その他()) <input type="checkbox"/> 無		
33. 研修開始時期 <small>(基幹型、地域密着型記入)</small>	西暦 2022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%; border-right: 1px dashed black;"> 一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(230,000円) 賞与/年(100,000円) </td> <td style="width: 50%;"> 二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(270,000円) 賞与/年(300,000円) </td> </tr> </table>	一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(230,000円) 賞与/年(100,000円)	二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(270,000円) 賞与/年(300,000円)
一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(230,000円) 賞与/年(100,000円)	二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(270,000円) 賞与/年(300,000円)		
勤務時間	時間外手当： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 休日手当： 1. 有 <input type="checkbox"/> 無 基本的な勤務時間(8:30 ~ 17:00) 24時間表記 休憩時間(12:00~12:45) 時間外勤務の有無： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
休暇	有給休暇(1年次： 24日、2年次： 24日) 夏季休暇(1. 有 <input type="checkbox"/> 無) 年末年始(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) その他休暇(具体的に：慶弔・介護休暇等の特別有給休暇)		
当直	回数(約4回/月)		
研修医の宿舎(再掲)	<input checked="" type="checkbox"/> 有(単身用： 36戸、世帯用： 戸) <input type="checkbox"/> 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>		
研修医室(再掲)	<input checked="" type="checkbox"/> 有(1室) <input type="checkbox"/> 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(健康保険組合) 公的年金保険(厚生年金) 労働者災害補償保険法の適用(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)、 国家・地方公務員災害補償法の適用(1. 有 <input type="checkbox"/> 無) 雇用保険(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
健康管理	健康診断(年2回) その他(具体的に 感染症健診)		
医師賠償責任保険の扱い	病院において加入(<input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない) 個人加入(1. 強制 <input type="checkbox"/> 任意)		
外部の研修活動	学会、研究会等への参加： <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(条件有)		
35. 研修医手帳 <small>(基幹型記入)</small>	1. 有 <input type="checkbox"/> 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。

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： 030199 臨床研修病院の名称： 日本赤十字社医療センター

※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。

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 2021年 4月 22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あっては、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 ヤマダ マチ 氏名(姓) 山田 氏名(名) 学 所属 第3産婦人科 役職 部長 (副プログラム責任者) 1. 有(名) <input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> 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 2022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。 <small>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。</small> 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%; border-bottom: 1px dashed black;"> 一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(230,000円) 賞与/年(100,000円) </td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px dashed black;"> 二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(270,000円) 賞与/年(300,000円) </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 時間外手当：<input type="checkbox"/> 1. 有 0. 無 休日手当：<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無 </td> </tr> </table>	一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(230,000円) 賞与/年(100,000円)	二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(270,000円) 賞与/年(300,000円)	時間外手当： <input type="checkbox"/> 1. 有 0. 無 休日手当： <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無	
一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(230,000円) 賞与/年(100,000円)	二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(270,000円) 賞与/年(300,000円)				
時間外手当： <input type="checkbox"/> 1. 有 0. 無 休日手当： <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無					
勤務時間	基本的な勤務時間(8:30 ~ 17:00) 24時間表記 休憩時間(12:00~12:45) 時間外勤務の有無： <input type="checkbox"/> 1. 有 0. 無				
休暇	有給休暇(1年次：24日、2年次：24日) 夏季休暇(1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無) 年末年始(<input type="checkbox"/> 1. 有 0. 無) その他休暇(具体的に：慶弔・介護休暇等の特別有給休暇)				
当直	回数(約4回/月)				
研修医の宿舍(再掲)	<input type="checkbox"/> 1. 有(単身用：36戸、世帯用： 戸) <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 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(健康保険組合) 公的年金保険(厚生年金) 労働者災害補償保険法の適用(<input type="checkbox"/> 1. 有 0. 無)、 国家・地方公務員災害補償法の適用(1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無) 雇用保険(<input type="checkbox"/> 1. 有 0. 無)				
健康管理	健康診断(年2回) その他(具体的に 感染症健診)				
医師賠償責任保険の扱い	病院において加入(<input type="checkbox"/> 1. する 0. しない) 個人加入(1. 強制 <input type="checkbox"/> 0. 任意)				
外部の研修活動	学会、研究会等への参加： <input type="checkbox"/> 1. 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： <input type="checkbox"/> 1. 有 0. 無(条件有)				
35. 研修医手帳 <small>(基幹型記入)</small>	<input type="checkbox"/> 1. 有 0. 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。

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： 030199 臨床研修病院の名称： 日本赤十字社医療センター

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： 2名（常勤： 2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： 10名（常勤： 6名、非常勤： 4名）
		9. その他の精神科技術職員： 1名（常勤： 1名、非常勤： 0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： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 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： <u>日本赤十字社医療センター特定診療科プログラム</u> プログラム番号： <u>030199205</u>
27. 研修医の募集定員 <small>(基幹型記入)</small>		1年次： 3名、2年次： 3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	刀がナ ヨシクニ ヒロコ 氏名（姓） (名) 吉國 裕子 所属 役職 教育研修推進室 電話：(03) 3400-1311 F A X：(03) 3409-1604 e-mail： <u>rinsyokensyu@med.jrc.or.jp</u> URL： <u>http://www.med.jrc.or.jp/</u>
	資料請求先	住所 〒 150-8935 (東京都) 渋谷区広尾 4-1-22 日本赤十字社医療センター 教育研修推進室 担当部門 担当者氏名 教育研修推進 刀がナ ヨシクニ ヒロコ 室 姓 名 吉國 裕子 電話：(03) 3400-1311 F A X：(03) 3409-1604 e-mail： <u>rinsyokensyu@med.jrc.or.jp</u> URL： <u>http://www.med.jrc.or.jp/</u>
募集方法		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 公募 <input type="checkbox"/> 2. その他（具体的に： ）
応募必要書類 <small>(複数選択可)</small>		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 履歴書、 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 卒業(見込み)証明書、 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 成績証明書、 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 健康診断書、 <input checked="" type="checkbox"/> 5. その他（具体的に： 作文 ）
選考方法 <small>(複数選択可)</small>		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 面接 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 筆記試験 その他（具体的に： 作文 ）
募集及び選考の時期		募集時期： 6月1日頃から 選考時期： 8月21日頃から
マッチング利用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 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： 030199 臨床研修病院の名称： 日本赤十字社医療センター

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： 2名 (常勤： 2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： 10名 (常勤： 6名、非常勤： 4名)
		9. その他の精神科技術職員： 1名 (常勤： 1名、非常勤： 0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： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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： <u>日本赤十字社医療センター小児科プログラム</u> プログラム番号： <u>030199206</u>
27. 研修医の募集定員 <small>(基幹型記入)</small>		1年次： 3名、2年次： 2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	㊦ガナ ヨシクニ ヒロコ 氏名 (姓) (名) 吉國 裕子 所属 役職 教育研修推進室 電話：(03) 3400-1311 F A X：(03) 3409-1604 e-mail： <u>rinsyokensyu@med.jrc.or.jp</u> URL： <u>http://www.med.jrc.or.jp/</u>
	資料請求先	住所 〒 150-8935 (東京都) 渋谷区広尾 4-1-22 日本赤十字社医療センター 教育研修推進室 担当部門 担当者氏名 教育研修推進室 ㊦ガナ ヨシクニ ヒロコ 姓 名 吉國 裕子 電話：(03) 3400-1311 F A X：(03) 3409-1604 e-mail： <u>rinsyokensyu@med.jrc.or.jp</u> URL： <u>http://www.med.jrc.or.jp/</u>
募集方法		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 公募 2. その他 (具体的に：)
応募必要書類 <small>(複数選択可)</small>		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 履歴書、 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 卒業(見込み)証明書、 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 成績証明書、 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 健康診断書、 <input checked="" type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に： 作文)
選考方法 <small>(複数選択可)</small>		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 面接 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 筆記試験 その他 (具体的に： 作文)
募集及び選考の時期		募集時期： 6月1日頃から 選考時期： 8月21日頃から
マッチング利用の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 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： 030199 臨床研修病院の名称： 日本赤十字社医療センター

※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。

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 2021年 4月 30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あっては、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 材イ ミヒサ 氏名(姓) 氏名(名) 大石 芳久 所属 役職 小児科 部長 (副プログラム責任者) 1. 有(名) <input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> 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 2022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%; border-right: 1px dashed black;"> 一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(230,000円) 賞与/年(100,000円) </td> <td style="width: 50%;"> 二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(270,000円) 賞与/年(300,000円) </td> </tr> </table>	一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(230,000円) 賞与/年(100,000円)	二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(270,000円) 賞与/年(300,000円)
一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(230,000円) 賞与/年(100,000円)	二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(270,000円) 賞与/年(300,000円)		
勤務時間	時間外手当： <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無 休日手当： 1. 有 <input type="checkbox"/> 無 基本的な勤務時間(8:30 ~ 17:00) 24時間表記 休憩時間(12:00~12:45) 時間外勤務の有無： <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無		
休暇	有給休暇(1年次： 24日、2年次： 24日) 夏季休暇(1. 有 <input type="checkbox"/> 無) 年末年始(<input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無) その他休暇(具体的に：慶弔・介護休暇等の特別有給休暇)		
当直	回数(約4回/月)		
研修医の宿舍(再掲)	<input checked="" type="checkbox"/> 有(単身用： 36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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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(健康保険組合) 公的年金保険(厚生年金) 労働者災害補償保険法の適用(<input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無)、 国家・地方公務員災害補償法の適用(1. 有 <input type="checkbox"/> 無) 雇用保険(<input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無)		
健康管理	健康診断(年2回) その他(具体的に 感染症健診)		
医師賠償責任保険の扱い	病院において加入(<input checked="" type="checkbox"/> する 0. しない) 個人加入(1. 強制 <input type="checkbox"/> 任意)		
外部の研修活動	学会、研究会等への参加： <input checked="" type="checkbox"/> 可 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 無(条件有)		
35. 研修医手帳 <small>(基幹型記入)</small>	1. 有 0. 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。