

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：0370756
 臨床研修病院の名称：沖縄県立北部病院

記入日：西暦 2024 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。	0370756		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 番号
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 モトナガ ユウコ 氏名 (姓) (名) 本永 優子		役職 主事 (内線 2835) (直通電話 (0980) 52-2719) e-mail: motonayu@pref.lg.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 オキナケンリツホクブビョウイン 沖縄県立北部病院			
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)	〒 9 0 5 - 8 5 1 2 (沖縄 都・道・府・県) 名護市大中 2 - 1 2 - 3 電話 : (0980) 52- 2719 F A X : (0980) 52 — 2298 二次医療圏の名称 :			
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 オキナケンビョウインジギョウキョク モトタケ ヒデミツ 沖縄県病院事業局 本竹 秀光			
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)	〒 9 0 0 - 8 5 7 0 (沖縄 都・道・府・県) 那覇市泉崎 1 - 2 - 2 電話 : (098) 866-2832 F A X : () —			
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型、協力型記入)	フリガナ クガイ タダオ 姓 名 久貝 忠男			
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)	http://www.hosp.pref.okinawa.jp/hokubu/			

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：

臨床研修病院の名称：

沖縄県立北部病院

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 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	フガナ クガイ タダオ 氏名(姓) 久貝 (名) 忠男 役職 院長 ①. 中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に:) (10) 年間保存 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 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) 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。 職員: 専任 (1) 名、兼任 () 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、事故やニアミスに関する情報の収集及び原因究明と再発防止策の構築。研修等を通しての現場へのフィードバック 患者相談窓口の責任者の氏名等: フガナ ササキ ナオミ 氏名(姓) 佐々木 (名) 尚美 役職 副院長 対応時間 (08:30 ~ 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 ①. 有 0. 無 指針の主な内容: 各種マニュアル(輸血、転倒防止、感染症対策、血管内留置カテーテル管理、緊急院内コール、注射針事故防止策、抗がん剤使用手順、抗がん剤漏出、手術検査時の患者確認等) 年 (12) 回 活動の主な内容: 事故やニアミスに関する情報の収集及び原因究明と再発防止策の構築。研修等を通しての現場へのフィードバック。医療安全対策の検討と評価。 年 (40) 回 研修の主な内容: 不慮、暴力対応、接遇、コミュニケーション、M&M、麻薬管理、医療倫理、医療ガス管理、新人研修、補助員研修 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: インシデントレポートの分析に基づき事故原因を究明し、再発防止策を構築するために、看護部独自の看護安全対策委員会、誤薬防止委員会、輸血療法委員会、感染症専門委員会、手術室運営委員会等の活動を行う。													
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: 6 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)	<table border="1"> <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>6</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2 年</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>				前々年度	前年度	当該年度	1 年	6	5	1	2 年	6	6	4
	前々年度	前年度	当該年度												
1 年	6	5	1												
2 年	6	6	4												
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 患者数から算出	許可病床数 (325) 床÷10= (32.7) 名 年間入院患者数 (6,994) 人÷100= (69.94) 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: 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)														

24. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 (基幹型記入) JCEPによる評価受審の有無を記載してください。	1. 有（ 年 月 日） ☒ 無 有を選択した場合には、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－ 5 －

病院施設番号： 030756

臨床研修病院の名称：

沖縄県立北部病院

※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。

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 応募必要書類 （複数選択可） 選考方法 （複数選択可） 募集及び選考の時期 マッチング利用の有無	①. 公募 2. その他（具体的に： ） 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： ） ① 面接 2. 筆記試験 その他（具体的に： ） 募集時期： 4 月 1 日頃から 選考時期： 8 月 1 日頃から ① 有 0. 無				
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 2003 年 4 月 1 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） ナガタ ケイゾウ <table border="1"> <tr> <td>氏名（姓） 永田</td> <td>氏名（名） 恵蔵</td> </tr> <tr> <td>所属 県立北部病院</td> <td>役職 内科医長</td> </tr> </table> （副プログラム責任者） ①. 有（ 1 名） 0. 無		氏名（姓） 永田	氏名（名） 恵蔵	所属 県立北部病院	役職 内科医長
氏名（姓） 永田	氏名（名） 恵蔵					
所属 県立北部病院	役職 内科医長					
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（ ☒ EPOC ・その他（ ） ） 0. 無					
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 （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。） 常勤・非常勤の別 研修手当 勤務時間 休暇 当直 研修医の宿舎（再掲） 研修医室（再掲） 社会保険・労働保険	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。 ①. 常勤 2. 非常勤 <table border="1"> <tr> <td>一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 約 41,000 円） 賞与／年（ 約 913,399 円）</td> <td>二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（約 39,200 円） 賞与／年（ 約 1,274,564 円）</td> </tr> </table> 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（ 8：30 ～ 17：00 ）24時間表記 休憩時間（ 12：15 ～ 13：00 ） 時間外勤務の有無： ①. 有 0. 無 有給休暇（1年次： 10 日、2年次： 11 日） 夏季休暇（①. 有 0. 無） 年末年始（①. 有 0. 無） その他休暇（具体的に：産前産後休暇、夏季休暇 ） 回数（約 3 回／月） ①. 有（単身用： 12 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。 ①. 有（ 2 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。 公的医療保険（ 地方職員共済組合 ） 公的年金保険（ 厚生年金 ） 労働者災害補償保険法の適用（①. 有 0. 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（①. 有 0. 無） 雇用保険（①. 有 0. 無）	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 約 41,000 円） 賞与／年（ 約 913,399 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（約 39,200 円） 賞与／年（ 約 1,274,564 円）		
一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 約 41,000 円） 賞与／年（ 約 913,399 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（約 39,200 円） 賞与／年（ 約 1,274,564 円）					

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： 030756

臨床研修病院の名称：

沖縄県立北部病院

※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 ①. しない） 個人加入（1. 強制 ①. 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 ①. 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 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 ①. 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 ①. 無） その他の補助（具体的に）
		休憩場所（1. 有 ①. 無） 授乳スペース（1. 有 ①. 無）
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所（再掲）	（ ）
	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（ 1 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（ 沖縄県立北部病院 総務課 課長 ） 窓口の専任担当 ①. 有（ 1 名） 0. 無	
37. 研修医手帳（基幹型記入）	1. 有 ①. 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。