

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2025 年 4 月 10 日

都道府県知事 殿

病院名 社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部福岡県済生会二日市病院
開設者 社会福祉法人^{恩賜財団}済生会支部福岡県済生会
支部長 大森 徹

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： 032313 臨床研修病院の名称： 福岡県済生会二日市病院

記入日：西暦 2025 年 4 月 18 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。	032313	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 福岡県済生会二日市病院臨床 研修病院群 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 村コシ 氏名 (姓) 堀越	カリ (名) 香	役職 診療支援室 主事 (内線 7912) (直通電話 (092) 923—1551) Email:kenshu@saiseikai-futsukaichi.org (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 シャイカイフクシウジン オンサ イタン サイカイシブ フオカケンサイカイフツカイチビョウイン 社会福祉法人 ^{恩賜財団} 済生会支部 福岡県済生会二日市病院		
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)	〒 818-8516 (福岡 都・道・府・県) 筑紫野市湯町三丁目 13 番 1 号 電話：(092) 923—1551 F A X：(092) 924—5210 二次医療圏 の名称： 筑紫		
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 シャカイフクシウジン オンサ イタン サイカイシブ フオカケンサイカイ シブ チョウ 材野 トル 社会福祉法人 ^{恩賜財団} 済生会支部福岡県済生会 支部長 大森 徹		
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)	〒 108-0073 (東京 都・道・府・県) 港区三田 1 丁目 4 番 28 号 電話：(03) 3454—3311 F A X：(03) 3454—5576		
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)	フリガナ カベムラ 姓 壁村	テツヘイ 名 哲平	
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. saiseikai-futsukaichi.org		

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： 032313

臨床研修病院の名称： 福岡県済生会二日市病院

		※		
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤： 64 名、非常勤（常勤換算）： 12.56 名 計（常勤換算）： 76.56 名、医療法による医師の標準員数： 19 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 2023 年 3 月 16 日、告示番号：第 195 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（ ）m ² 0. 無	
	救急医療の実績		前年度の件数： 8435 件（うち診療時間外： 6355 件） 1 日平均件数： 23.1 件（うち診療時間外： 17.4 件） 救急車取扱件数： 4959 件（うち診療時間外： 2985 件）	
	診療時間外の勤務体制		医師： 3 名、看護師及び准看護師： 2 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 ①. 無） その他（ ）	
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： 260 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の前年度分、研修医の数は報告年度の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の前年度分、研修医の数は届出年度の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： 11.9 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 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数： 件、異常分娩件数： 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： 1 回、今年度見込： 2 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： 1 件、今年度見込： 1 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： 戸、世帯用： 戸） ①. 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		（ 35.55 ）m ²	
	医学図書数		国内図書： 10400 冊、国外図書： 1770 冊	
	医学雑誌数		国内雑誌： 114 種類、国外雑誌： 39 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 －

[illegible]

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: (年 月 日)) ①. 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：032313 臨床研修病院の名称：福岡県済生会二日市病院

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 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 0. 無)	
			夜間保育 (1. 有 0. 無)	
	保育補助		上記保育所は研修医の子どもに使用可能か (1. 可 0. 不可)	
			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 ①. 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 (「ハラスメントに関する相談窓口」) 窓口の専任担当 ①. 有 (4 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 : 032313204	
29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)			1 年次 : 2 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		フリガナ 利コシ 加リ	
			氏名 (姓) 堀越 氏名 (名) 香	
			所属 診療支援室 役職 主事	
			電話 : (092) 923—1551 F A X : (092) 924—5210	
			e-mail : kenshu@saiseikai-futsukaichi.org URL : http:// www.saiseikai-futsukaichi.org	
	資料請求先		住所 〒 8 1 8 — 8 5 1 6 (福岡 都・道・府・県) 筑紫野市湯町三丁目 13 番 1 号	
			担当部門 担当者氏名 フリガナ 利コシ 加リ	

			姓	堀越	名	香
			電話：(092) 923—1551		F A X：(092) 924—5210	
			<u>e-mail：kenshu@saiseikai-futsukaichi.org</u>			
			<u>URL：http:// www.saiseikai-futsukaichi.org</u>			