### 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2025 年4月21日

都道府県知事 殿

病院名 新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院 開設者 新潟県原生農業協同組合連合会

開設者 新潟県厚生農業協同組合連合会 代表理事理事長 塚田芳久

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O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O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: 031550 臨床研修病院の名称: 新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院

記入日: 西暦 2025 年 4 月 21 日 031550 臨床研修病院群の名称 病院施設番号 名称 (基幹型、協力型記入) (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 番号 既に番号を取得している臨床研修病院については 床研修病院群については、番号も記入し 病院施設番号を記入してください。 てください。 作成責任者の氏名及び連絡先「フリガナ サトウ マユミ 役職 (基幹型、協力型記入) 教育研修センター課長 氏名 (姓) (名) (内線 3702 ) 本報告書の問合せに対して回答できる作成 (直通電話(025)524—3000) 責任者について記入してください。 佐藤 真由美 e-mail: rinsho@joetsu-hp.jp (携帯電話のメールアドレスは不可とします。) フリカ゛ナ ニイカ゛タケンコウセイノウキ゛ョウキョウト゛ウクミアイレンコ゛ウカイ シ゛ョウエツソウコ゛ウヒ゛ョウイン 1. 病院の名称 (基幹型、協力型記入) 新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院 2. 病院の所在地及び二次医 
 7
 9
 4
 3
 8
 5
 0
 7
 (新潟 都・道・府(県) 療圏の名称 (基幹型・協力型記入) 上越市大道福田 616 番地 電話:(025) 524—3000 FAX:(025) 524—3002 二次医療圏 の名称:上越医療圏 3. 病院の開設者の氏名(法 7リガナ ニイカ、タケンコウセイノウキ、ョウキョウト、ウクミアイレンコ、ウカイ タ、イヒョウリシ、リシ、チョウ ツカタ、ヨシヒサ 人の名称) (基幹型・協力型記入) 新潟県厚生農業協同組合連合会 代表理事理事長 塚田 芳久 4. 病院の開設者の住所(法 〒 | 9 | | 5 | 1 | 1 | 1 | 6 | (新潟 都・道・府(県) 人の主たる事務所の所在 新潟市中央区東中通町一番町 86 番地 109 地) (基幹型・協力型記入) 電話:(025) 230—2661 FAX: (025) 228—0992 5. 病院の管理者の氏名 フリカ゛ナ カゴシマ ミツル (基幹型・協力型記入) 姓 篭 島 6. 研修管理委員会の構成員の氏名 \* 別紙1に記入 及び開催回数 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。 (基幹型記入) 7. 病院群の構成等 \* 別表に記入 (基幹型記入) 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) https://joetsu-hp.jp

# 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: 031550 臨床研修病院の名称: 新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院

		×			
9. 医師(研修医を含む。)の員数			   常勤:84 名、非常勤(常勤換算): 2.73 名		
(基幹型・協力型記入)			計 (常勤換算): 86.73 名、医療法による医師の標準員数: 31.83125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3に記入		
10. 救急医療の	救急病院認定の告示		告示年月日:西暦 2024 年 3 月 22 日、告示番号:第 324 号		
提供の実績 (基幹型・協力型記入)	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		
<u></u>	救急専用診療(処置)室の有無		(1.)有 ( 97.190 ) m² O. 無		
	救急医療の実績		前年度の件数: <u>9318</u> 件(うち診療時間外: <u>6643</u> 件)		
			1 日平均件数:25.5件(うち診療時間外:18.2件)		
			救急車取扱件数: <u>3949</u> 件(うち診療時間外: <u>2518</u> 件)		
	診療時間外の勤務体制		医師: 1 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		内科系 (1.) 有 0. 無) 外科系 (1.) 有 0. 無) 小児科 (1.) 有 0. 無)		
	る診療科		その他(		
	可病床数(歯科の病床数		1. 一般: <u>313</u> 床、2. 精神:床、3. 感染症:床		
を除く。)			4. 結核:床、5. 療養:床		
(基幹型・協力型記入)					
	入院患者・外来患者・研		* 別紙2に記入		
修医の数			<ul><li>□ 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前年度分の実績と当年度分の想定を記入。</li><li>□ 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</li></ul>		
(基幹型・協力型記入)			分の想定を記入。		
13. 病床の種別こ	ごとの平均在院日数(小数第		1. 一般:13.0日、2. 精神:日、3. 感染症:日		
二位四捨五入)			4. 結核:日、5. 療養:日		
(基幹型・協力型記入)		_			
14. 前年度の分娩 (基幹型・協力型記入)	性数		正常分娩件数: 151 件、異常分娩件数: 87 件		
15. 臨床病理検	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		
討会(CPC)	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		
の実施状況 (基幹型・協力型記入)	剖検数		前年度実績: 2 件、今年度見込: 5 件		
(TT) 100/17 E10/1/	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検室 (1.) 有		
			O. 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	研修医の宿舎		1. 有(単身用: 戸、世帯用: 戸)		
めの宿舎及び		(	O.) 無(住宅手当: 50,000 円)		
研修医室の有			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、「O」と記入してください。		
無 (基幹型・協力型記入)	研修医室		1. 有( 1 室) O. 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、	図書室の広さ		何を選択した場合には、研修医室の室数を記入してくたさい。 ( 138.42 ) m <sup>2</sup>		
インターネッ	医学図書数		国内図書: 1057 冊、国外図書: 88 冊		
ト等が利用で	医学雑誌数		国内雑誌: 23 種類、国外雑誌: 1 種類		
きる環境及び	図書室の利用可能時間		0:00 ~ 24:00 24 時間表記		
医学教育用機	文献データベース等の		   Medline 等の文献データベース (( 1 . )有 O . 無)、教育用コンテンツ (( 1 .) 有 O . 無)、		
材の整備状況 利用環境 その他(					
(基幹型・協力型記入)			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		医学教育用シミュレーター ((1.) 有 O.無)、		
	状況		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: 031550 臨床研修病院の名称: 新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院

18. 病歴管理体制	病歴管理の責任者の氏	フリカ゛ナ	タムラ	ミワコ	
(基幹型・協力型記入)	名及び役職	氏名 (姓)	田 村	氏名(名) 美和	一子
			 情報管理士		
	診療に関する諸記録の	1.)中央管理			
	管理方法	その他(具体	的に:		)
	診療録の保存期間	( 永 🦳	)年間保存		
	診療録の保存方法	1. 文書 (2	.) 電子媒体		
		その他(具体	, 的に :		)
19. 医療安全管理体制	安全管理者の配置状況	(1.)有(	1 名) 0. 無		
(基幹型・協力型記入)		有を選択した場合に	は、安全管理者の人数を記入して	てください。	
	安全管理部門の設置状	職員:専任(	1 ) 名、兼任	( 9 )名	
	況	主な活動内容	: 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	の収集、医療事故防止のた	めの研修及び教育	
	患者からの相談に適切	患者相談窓口	の責任者の氏名等:		
	に応じる体制の確保状	フリカ゛ナ	サイトウ	ケン	
	況	氏名 (姓)	齋藤	(名)謙	
		役職 社会福	 祉士	<u>L</u>	
		対応時間(0:	00 ~ 24 : 00	 )24 時間表記	
			に係る規約の有無:(	1.)有 0. 無	
	医療に係る安全管理の	1.)有 0.	<del>無</del>		
	ための指針の整備状況	指針の主な内	 容:		
		医療事故防止対象	策の検討及び研究、医療事	■ はの分析及び再発防止等	<b>策の検討</b>
	医療に係る安全管理委	年(12)	<u> </u>		
	員会の開催状況	活動の主な内	 灾·		
			✿ ポートの分析、最新医療事	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	
	医療に係る安全管理の		コーオンライン開催含む		
	ための職員研修の実施	研修の主な内			
	状況	検体の適切な	採取と提出について、	医療従事者として	印っててほしい薬
		の話、酸素ボ	ンベの取り扱いと点検	産、橈骨神経麻痺は過	壁けられる
	医療機関内における事		 おける事故報告等の整	整備: (1) 有 0.	<del></del>
	故報告等の医療に係る				<i></i>
	安全の確保を目的とし		のための方策の主な内		
	た改善のための方策		モチームによる各部署への - ㅗ ` . : `	)指導管理	
   20. 前年度に臨床研修を修了な	7.1十九些1. +-亚胺医介粉	定期の院内 5 修了: 7	<sup>7ワント</sup> 名		
20.   削牛及1〜姉外切修を修了プ     (基幹型・協力型記入)	(は中倒した研修医の数	中断: 0	名		
	E O *h	1 4		* + +	\1, =+ <i>t</i> -
21. 現に受け入れている研修B   <sub>(基幹型・協力型記入)</sub>	500剱	4 7=	前々年度	前年度	当該年度 
(本軒至・)励力至記入)		1 年	7名	10 名	10 名
20 巫 7 寸坐中早	計可佐住粉 (歩むの佐佐	2 年	9名	7名 / 21 / 2	10 名
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	許可病床数(	313 )床÷10	= (31)名	
(本针生·伽力生化人)	患者数から算出	年間入院患者		÷100= (75.53 )	
23. 精神保健福祉士、作業療法		1. 精神保健福	· ·	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
状況	工(0)他的原安员(0)能值				
(基幹型・協力型記入)		2. 作業療法士	. □ 石(吊勤	: 6 名、非常勤:	名)
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。	3. 臨床心理技		助: 名、非常勤 ————————————————————————————————————	力: 名)
		9. その他の精	神科技術職員:	±.++1 ← ···	NE #1
			名(常	常勤: 名、非常	常勤:     名) —————
24. 臨床研修に関する第三者記	平価の受審状況		0 法人卒後臨床研修評価		日)) O. 無
(基幹型記入)			は、評価実施機関名及び直近の受		
		受番状況有りの	場合、結果の公表 (1	.) 有   O. 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: 031550 臨床研修病院の名称: 新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院 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 \* 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。 (基幹型記入) 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 女性 1年次研修医( )名 2年次研修医( )名 (基幹型・協力型記入) 男性 1年次研修医( )名 2年次研修医( )名 ((1))有 27. 研修医の妊娠・出産・育児 院内保育所 院内保育所の有無 0. 無) 有を選択した場合、開所時間を記入してください ( 7 時 45 分 ~ 19 時 00 分) に関する施設及び取組に関す る事項 病児保育 (1. 有\O/無) (基幹型・協力型記入) 夜間保育 (1.) 有 O. 無) 上記保育所は研修医の子どもに使用可能か (1.*)*可 O. 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 0. 無) その他の補助(具体的に: (1.*)*有 Q. 無) 体調不良時に休憩・授 休憩場所 乳等に使用できる場所 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) 1.)有 研修医のライフイベン 0. 無 トの相談窓口 窓口の名称がある場合記入(教育研修センター) 窓口の専任担当(1.)有(3名) 0.無 窓口の名称を記入(上越総合病院ハラスメント委員会) 各種ハラスメントの相 窓口の専任担当(1.)有(3 名) 0.無 談窓口 ※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 研修プログラムの名称:上越総合病院臨床研修プログラム (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。 プログラム番号: 031550801 29. 研修医の募集定員 1年次: 9 名、2年次: 10 名 (基幹型記入) 30. 研修医の募集及び採用の方し研修プログラムに関す フリカ゛ナ オオホリ タカシ 法 る問い合わせ先 氏名(姓) 氏名 (名) (基幹型記入) 大堀 高志 役職 所属 上越総合病院 総合診療科部長 電話:(025)524 — 3000 FAX: (025) 524 — 3002 e-mail: tks-horio100@ymail.ne.jp URL : https://joetsu-hp. jp 資料請求先 住所 〒9 4 3 8 5 0 7 (新潟県 都・道・府 上越市大道福田 616 番地 担当部門 担当者氏名 フリガナ ウメザワ マミコ 名 真美子 姓 梅澤 電話:(025)524—3000 FAX: (025) 524 — 3002 e-mail: rinsho-jimu@joetsu-hp.jp URL : https://joetsu-hp. jp

### 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: 031550 臨床研修病院の名称: 新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院

※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	募集方法	1.) 公募
法(続き)		2. その他(具体的に:       )
(基幹型記入)	応募必要書類	(1.) 履歴書、(2.) 卒業(見込み)証明書、(3.) 成績証明書、
	(複数選択可)	4. 健康診断書、5.) その他(具体的に:指定のエントリーシート)
	選考方法	1.) 面接
	(複数選択可)	(2.) 筆記試験
		その他(具体的に: 簡単な小論文 )
	募集及び選考の時期	募集時期: 6 月 1 日頃から
		選考時期: 7 月 10 日頃から
	マッチング利用の有無	(1.) 有 0. 無
		首治医科大学の学生を除く
31. 研修プログラムの名称及び	概要	概要:* 別紙3に記入
(基幹型記入)		(作成年月日:西暦 2025 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	(プログラム責任者)
配置されている場合には、そ	の氏名等)	フリガナ オオホリ タカシ
(基幹型記入)		氏名 (姓) 氏名 (姓)
* プログラム責任者の履歴	を様式2に記入	大堀高志
* 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	上越総合病院総合診療科部長
		<u>(</u> 副プログラム責任者)
		(1.)有( 4名) O. 無
33. 臨床研修指導医(指導医)	等の氏名等	* 別紙4に記入
(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		
研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う てください。	7名を含む。)に りいて氏名寺を記入し	
34. インターネットを用いた評	価システム	(1.)有((・POC ・その他 ( ) ) O. 無
35. 研修開始時期		西暦 2026 年 4 月 1 日
(基幹型、地域密着型記入)		
36. 研修医の処遇	処遇の適用	1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。
(基幹型・協力型記入)	(基幹型臨床研修病院は、2に〇を	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。
	つけて、以下の各項目について記入してください。)	(2) 病院独自の処遇とする。
	常勤・非常勤の別	1.) 常勤 2. 非常勤
	研修手当	一年次の支給額 (税込み) 二年次の支給額 (税込み)
		基本手当/月(350,000円) 基本手当/月(380,000円)
		賞与/年( 円) 賞与/年( 円)
		時間外手当: ( 1 ) 有 O . 無
		休日手当 : (1) 有 O. 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( 12:00~13:00 )
		時間外勤務の有無 ( 1 .) 有 O . 無
	休暇	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)
	w.±	その他休暇(具体的に: 特別休暇1日 )
	当直	
	研修医の宿舎(再掲)	1.有(単身用: 戸、世帯用: 戸) 無(仕字毛半: 50,000 円)
		(O.) 無(住宅手当: 50,000 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、「O」と記
		入してください。
	研修医室(再掲)	(1.)有( 1 室) O. 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。
	社会保険・労働保険	公的医療保険(新潟県農業団体健康保険組合)
		公的年金保険 (写生年金 )
		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)

## 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: 031550 臨床研修病院の名称: 新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院

	0 0 0 0	<u> </u>				
			. ==			
※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)	健康管理	健康診断(年 2 回)
(基幹型・協力型記入)		その他(具体的に
	医師賠償責任保険の扱	病院において加入((1) する O. しない)
	l)	個人加入 (1. 強制 (O.) 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 O.無)
		有を選択した場合、開所時間を記入してください ( 7 時 45 分 ~ 19 時 00 分)
		病児保育 (1. 有 (0.)無)
		夜間保育 (1.) 有 0. 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(再掲)	ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1.) 有 0.無)
		その他の補助(具体的に: )
	体調不良時に休憩・授	休憩場所 (1) 有 O. 無)
	乳等に使用できる場所	授乳スペース (1. 有 (0.) 無)
	(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	(1.)有 0. 無
	トの相談窓口(再掲)	窓口の名称がある場合記入( 教育研修センター )
		窓口の専任担当 (1.) 有 (3 名) 0. 無
	各種ハラスメントの相	窓口の名称を記入(上越総合病院ハラスメント委員会)
	談窓口(再掲)	窓口の専任担当 (1.)有(3名) 0.無
37. 研修医手帳 (基幹型記入)		(1.)有 0. 無
38. 連携状況 (基幹型記入)		* 様式6に記入

※欄は、記入しないこと。		
※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		研修プログラムの名称:上越総合病院地域医療重点プログラム
(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。	プログラム番号: 031550802
29. 研修医の募集定員		1年次: 2 名、2年次: 0 名
(基幹型記入)		
30. 研修医の募集及び採用の方	研修プログラムに関す	フリガナ オオホリ タカシ
法	る問い合わせ先	氏名(姓) 氏名(名)
(基幹型記入)		大堀高志
		所属
		上越総合病院総合診療科部長
		電話:(025) 524 — 3000 FAX:(025) 524 — 3002
		e-mail: tks-horio100@ymail.ne.jp
		<pre>URL : https://joetsu-hp.jp</pre>
	資料請求先	住所
		〒9 4 3 8 5 0 7 (新潟県 都・道・府(県)
		担当部門担当者氏名
		フリカ゛ナー・ウメサ゛ワー・マミコー・サム・マミュー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
		姓 梅澤 名 真美子
		電話: (025) 524— 3000 FAX: (025) 524 — 3002
		電話:(025) 524— 3000 FAX:(025) 524 — 3002 e-mail: rinsho-jimu@joetsu-hp.jp

## 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書-7-

病院施設番号: 031550 臨床研修病院の名称: 新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院 ※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。

	<del></del>		
30. 研修医の募集及び採用の方法(続き)	募集方法	(1.) 公募 2. その他(具体的に:	)
(基幹型記入)	応募必要書類	(1.) 履歴書、(2.) 空業(見込み)証明書、3. 成績証明書、	
(##1 ± HU)(/	(複数選択可)	4. 健康診断書、5. その他(具体的に:指定のエントリーシート	. )
	選考方法		
	(複数選択可)	(3.) 面接 (4.) 筆記試験	
	(複数迭折円)		
	芸生 ひが記去のけ 切	その他(具体的に: 簡単な小論文 )	
	募集及び選考の時期	募集時期: 4 月 1 日頃から	
		選考時期: 5 月 1 日頃から	
	マッチング利用の有無	1. 有 (0.) 無	
   31. 研修プログラムの名称及び	神更	 概要:* 別紙3に記入	
(基幹型記入)	- 1 <i>M</i> <del>- S</del>	(作成年月日:西暦 2025 年 4 月 1 日)	
32. プログラム責任者の氏名等	: (到プロガラル書任老が	(プログラム責任者)	
配置されている場合には、そ		フリがナ オオホリ タカシ	
	の氏石寺)		
(基幹型記入)	<i>‡</i>	氏名(姓)	
* プログラム責任者の履歴		大堀 高志	
* 副プログラム責任者が配		所属	
ては、副プログラム責任者の	の腹歴を様式2に記人	上越総合病院総合診療科部長	
		(副プログラム責任者)	
		(1.)有( 4名) O. 無	
33. 臨床研修指導医(指導医)	等の氏名等	* 別紙4に記入	
(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			
研修協力施設に所属する臨床研修の指導を行う てください。	有を含む。)について氏名寺を記入し		
34. インターネットを用いた評	価システム	(1.) 有 ( ・ POC ・ その他 ( ) ) O. 無	
35. 研修開始時期		西暦 2026 年 4 月 1 日	
(基幹型、地域密着型記入)			
36. 研修医の処遇	処遇の適用	 1.基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。	
(基幹型:協力型記入)	(基幹型臨床研修病院は、2に〇を	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。	
(本+T エー DIII) J エロハ/	つけて、以下の各項目について記入	2)病院独自の処遇とする。	
	してください。)		
	常勤・非常勤の別	1.) 常勤 2. 非常勤	
	研修手当	一年次の支給額(税込み) 二年次の支給額(税込み)	
		基本手当/月(350,000円) 基本手当/月(380,000円)	
		賞与/年( 円) 賞与/年( 円	) 
		時間外手当:(1)有 O. 無	
		休日手当 : ( 1) 有 O. 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( 12:00~13:00 )	
		時間外勤務の有無:(1.)有 0.無	
	休暇	有給休暇 (1年次: 10 日、2年次: 11 日)	
		夏季休暇 ( <u>1</u> . 有 (O.) 無)	
		年末年始 (( 1 <u>)</u> 有 O. 無 )	
		その他休暇(具体的に: 特別休暇1日 )	
	当直	回数(約 4 回/月)	
	研修医の宿舎(再掲)	1. 有(単身用: 戸、世帯用: 戸)	
		(0.) 無(住宅手当: 50,000 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、「〇」	と記
		入してください。	
	研修医室(再掲)	(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。	
	社会保険・労働保険	公的医療保険 (新潟県農業団体健康保険組合)	
		公的年金保険(厚生年金)	
		労働者災害補償保険法の適用 (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)	
		1 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	

# 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書-8-

病院施設番号: 031550 臨床研修病院の名称: 新潟県厚生農業協同組合連合会 上越総合病院

※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)	健康管理	(健康診断(年 2 回)
(基幹型・協力型記入)		その他(具体的に )
	医師賠償責任保険の扱	病院において加入 ((1) する O. しない)
	()	個人加入(1.強制(0.)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 O.無)
		有を選択した場合、開所時間を記入してください ( 7 時 45 分 ~ 19 時 00 分)
		病児保育 (1. 有 0.)無)
		夜間保育 (1.) 有 O. 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(再掲)	ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1.) 有 O. 無)
		その他の補助(具体的に: )
	体調不良時に休憩・授	休憩場所 (1) 有 O. 無)
	乳等に使用できる場所	授乳スペース (1. 有 (0.) 無)
	(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	(1.)有 0. 無
	トの相談窓口(再掲)	窓口の名称がある場合記入(教育研修センター)
		窓口の専任担当(1)有( 3 名) 0. 無
	各種ハラスメントの相	窓口の名称を記入 上越総合病院ハラスメント委員会 )
	談窓口(再掲)	窓口の専任担当 (1.)有( 3 名) 0.無
37. 研修医手帳 (基幹型記入)		(1.) 有 0. 無
38. 連携状況 (基幹型記入)		* 様式6に記入