様式7

年次報告書

報告年月日	令和8年4月1日

施設番号	050589
施設区分（区分を選択）	単独型
施設名称（医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。）	公立豊岡病院組合立豊岡病院

※以下「前年度実績」などの規定が特段ない項目については、報告年度の４月１日時点の情報を記載すること。

書類の作成責任者の氏名及び連絡先 ※実際に歯科医師臨床研修の運用に携わっている担当者(連絡がつきやすい方)の連絡先を記入すること。	（フリガナ）	クサカベ　ユウタ
	氏名	日下部　裕太
	役職	係員
	連絡先電話番	0796-22-6111
	E-mail	kenkyuu.toyooka@toyookahp-kumiai.or.jp

※医療機関でない研修協力施設は１～６のみ記入すること。

1	施設名称	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。			
		（フリガナ）	コウリツトヨオカビョウインクミアイリツトヨオカビョウイン		
		名称	公立豊岡病院組合立豊岡病院		
2	施設の所在地	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。			
		〒	668-8501		
		都道府県	兵庫県		
		所在地	豊岡市戸牧1904番地		
		電話	0796-22-6111		
3	施設の開設者の氏名（法人の場合は法人名）	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。			
		（フリガナ）	コウリツトヨオカビョウインクミアイ　カンリシャ　ホソミカズマサ		
		氏名	公立豊岡病院組合管理者　細見和正		
4	施設の開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。			
		〒	668-8501		
		都道府県	兵庫県		
		所在地	豊岡市戸牧1904番地		
		電話	0796-22-6111		
5	施設の管理者の氏名	医療法に基づき届け出ている内容を記入すること。			
		（フリガナ）	ミワ　ソウイチ		
		氏名	三輪　聡一		
6	施設のウェブサイト	歯科医師臨床研修に関する情報について、ウェブサイトのアドレスを記入すること。			
		https://www.toyookahp-kumiai.or.jp/toyooka/			
7	歯科医師の員数	当該施設に勤務する歯科医師（研修歯科医は含まない）について、常に勤務する歯科医師数（常勤換算を含む）と常勤の指導歯科医数について、「17 歯科医師名簿」と整合性をとり記入すること。			
		常に勤務する歯科医師数	5.0	名	「22 歯科医師名簿」の「勤務状況」欄で、「1．常に勤務する歯科医師」を選択する人数（常勤換算を行う場合は、常勤換算した人数）を記入すること。
		うち常勤の指導歯科医数	2	名	「22 歯科医師名簿」の「研修に関する役割等」欄で、「3．指導歯科医」を選択する人数を記入すること。
8	歯科衛生士の員数	常勤換算	4.0	名	当該施設に勤務する歯科衛生士について、常勤換算し、記入すること。
9	看護師の員数	常勤換算	26.0	名	当該施設に勤務する看護師（准看護師を含む。複数診療科のある施設においては、歯科、歯科口腔外科に勤務する者）について、常勤換算し、記入すること。
10	診療科名	医療法に基づき当該施設が標ぼうする診療科名のうち、歯科に関するものをプルダウンから選択すること。			
			歯科口腔外科		矯正歯科
11	病床数	施設全体の病床数	528	床	医療法上の許可病床数（一般病床数）を記入すること。
		うち歯科病床数	11	床	歯科関連病床数を記入すること。
12	歯科設備状況	歯科診療台については台数を記入すること。ポータブルユニットについてはプルダウンから【1.有　0.無】を選択すること。			
		歯科診療台		6	台
		ポータブルユニット		1．有	
13	外来患者延べ数（※前年度実績） 申請年度の前年度中に来院した外来患者数延べ数をもととすること。 「１日平均延べ患者数」とは、年間患者延べ数÷年間診療実日数による数（少数第二位を四捨五入）とすること。				
			外来診療（訪問診療除く）		訪問診療
		年間患者延べ数	9236		―
		年間診療実日数	242		―
		１日平均患者延べ数	38.2		―
	入院患者数（※前年度実績） 「年間入院患者実数」とは、申請年度の前々年度の繰越患者数に申請年度の前年度中における新入院患者数を加えた数とすること。入院設備がない場合は「なし」と記入すること。				
			歯科・歯科口腔外科		
		年間入院患者実数	256		

※14,15,16については、単独型臨床研修施設又は管理型臨床研修施設のみ記入すること。

研修管理委員会について

14	研修管理委員会の議事内容等の記録・保管	保存方法	【1. 文書　2. 電子媒体　3. その他】	1.文書	
			その他の場合（具体的に記入すること）		
		保存期間		5	年間保存
	研修管理委員会の開催状況	年	1	回	
	研修管理委員会の出席率（前年度実績）	年間平均	100	%	委任状出席を認めている場合は、委任状出席を含んだ出席状況とすること。

15 研修管理委員会の構成員の氏名等

研修管理委員会の構成員について、氏名（フリガナ）、所属、役職等を記入すること。

※最上欄には、研修管理委員長について記入すること。

※「所属」「役職」欄には、当該構成員が所属する施設の名称、役職を記入すること。

※「備考」欄には、管理者、プログラム責任者、指導歯科医、研修実施責任者、外部委員及び事務部門の責任者について、その旨を記入すること。その他の構成員については空欄で差し支えない。

※欄が不足する場合は、適宜追加すること。

	氏名		所属	役職	備考
1	フリガナ	タナカ　タカクニ	公立豊岡病院組合立豊岡病院	部長	研修管理委員長 （研修実施責任者） プログラム責任者・指導歯科医
	氏名	田中　太邦			
2	フリガナ	ミワ　ソウイチ	公立豊岡病院組合立豊岡病院	病院長	管理者
	氏名	三輪　聡一			
3	フリガナ	ヨシモト　ユウジ	公立豊岡病院組合立豊岡病院	部長	
	氏名	義本　裕次			
4	フリガナ	トデ　ヨシヒト	公立豊岡病院組合立豊岡病院	部長	事務部門の責任者
	氏名	戸出　義人			
5	フリガナ	トウモリ　ユウコ	公立豊岡病院組合立豊岡病院	副看護部長（教育担当）	
	氏名	東森　優子			
6	フリガナ	タドコロ　マサヤ	但馬県民局豊岡健康福祉事務所	所長	外部委員
	氏名	田所　昌也			
7	フリガナ				
	氏名				
8	フリガナ				
	氏名				
9	フリガナ				
	氏名				
10	フリガナ				
	氏名				
11	フリガナ				
	氏名				
12	フリガナ				
	氏名				
13	フリガナ				
	氏名				
14	フリガナ				
	氏名				
15	フリガナ				
	氏名				
16	フリガナ				
	氏名				
17	フリガナ				
	氏名				
18	フリガナ				
	氏名				
19	フリガナ				
	氏名				
20	フリガナ				
	氏名				

16 管理する研修プログラム

※自施設が管理する（参加する）すべての研修プログラムについて、記入又はプルダウンから選択すること。（自施設が管理（参加）を申請中の研修プログラムも含む。また、研修協力施設として参加している研修プログラムは除く。）　欄が不足する場合は、適宜追加すること。

	研修プログラム番号	研修プログラム名称	施設区分	自施設での研修期間（〇ヶ月、〇週間など）	受け入れた研修歯科医数（※前年度実績）（〇名）
1	50589001	公立豊岡病院歯科医師臨床研修プログラ	1．単独型	12ヶ月	1
2	50589101	公立豊岡病院歯科医師臨床研修プログラ	2．管理型	9ヶ月	0
3	50073201	学部附属病院地域連携型歯科医師臨床研修	3．協力型（Ⅰ）	3ヶ月	0
4					
5					
6					

7					

年次報告書

施設番号：	050589
施設名称：	公立豊岡病院組合立豊岡病院

17 歯科医師名簿

※当該施設に勤務し、歯科医師臨床研修に関与するすべての歯科医師について記入すること。(研修歯科医は含まないこと)

「臨床経験年数」欄には、研修歯科医の期間も含めた臨床経験年数を年単位で記入すること（１年未満の端数は切り捨て）。

「指導歯科医講習会受講歴」欄には、初回の指導歯科医講習会の受講年、講習会名を記入すること

「プログラム責任者講習会受講の有無」欄は、プログラム責任者講習会の受講歴の有無をプルダウンから選択すること。

「取得している専門医・認定医資格」欄は、日本歯科専門医機構、日本歯科医学会専門分科会、日本歯科医学会認定分科会の観点から、（1.専門医　2.認定医　3.当該専門医・認定医の資格は保持していない）のうち該当する番号を記入すること。

「研修に関する役割等」欄は、プログラム責任者、指導歯科医の観点から、それぞれ（1.プログラム責任者　2.副プログラム責任者　3.いずれでもない）と、（1.指導歯科医　2.指導歯科医ではない）のうち該当する番号を記入すること。

「勤務状況」欄について、自施設で定めた歯科医師の勤務時間のすべてを勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算の対象とする非常勤歯科医師の場合には１を、それ以外の場合には２を選択すること。

常に勤務する歯科医師と、常に勤務する歯科医師として常勤換算を行う歯科医師については、1週間当たり勤務する日数を記入すること。

「フォローアップ研修」欄のうち、「研修区分ごとの受講状況」欄について、それぞれ①は「歯科医師臨床研修制度（歯科医療提供体制等も含む）」、②は「歯科医師臨床研修のカリキュラム」、③は「歯科医師臨床研修の実際」、④は「医療安全・感染予防・医療倫理」、⑤は「労務管理」を指すこと。なお、①は２単位以上取得（受講完了）している場合に「○」を選択し、②から⑤は1単位以上取得（受講完了）している場合に「○」を選択すること。

また「受講年」欄は、「研修区分ごとの受講状況」欄の①から⑤のすべてで「○」を選択している場合に、最後に各区分で必要な単位を取得した年を記載すること。（①から⑤のすべてで「○」を選択していない場合は記載しないこと。）

欄が不足する場合は、適宜追加すること。

番号	（フリガナ） 氏　名 旧姓（併記可能・フリガナ不要）	臨床経験年数	指導歯科医講習会受講歴（初回）			プログラム責任者講習会受講の有無	取得している専門医・認定医資格			研修に関する役割等		勤務状況		フォローアップ研修						
							日本歯科専門医機構 1.専門医 2.認定医 3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	日本歯科医学会専門分科会 1.専門医 2.認定医 3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	日本歯科医学会認定分科会 1.専門医 2.認定医 3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	プログラム責任者 1.プログラム責任者 2.副プログラム責任者 3.いずれでもない	指導歯科医 1.指導歯科医 2.指導歯科医ではない	1.常に勤務する歯科医師 2.その他	常に勤務する歯科医師の1週間当たりの勤務日数	研修区分ごとの受講状況					修了年	
														①	②	③	④	⑤		
例	コウセイ　タロウ 厚生　太郎 労働　太郎	18 年	西暦	年	○○指導歯科医講習会	1．有 0．無	該当番号を選択	該当番号を選択	該当番号を選択	該当番号を選択	該当番号を選択	該当番号を選択	○○日	①	②	③	④	⑤	西暦	年
1	タナカ　タカクニ 田中　太邦	25 年	2008	年	第１回京都大学医学部附属病院歯科医師臨床研修指導歯科医講習会（平成20年6月22日 主催：京都大学医学部附属病	1．有	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	1.プログラム責任者	1.指導歯科医	1.常に勤務する歯科医師	5日							年
2	スミトモ　ミチコ 住友　路子	16 年	2012	年	2012年度九州歯科大学歯科医師臨床研修指導歯科医講習会	0．無	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.いずれでもない	1.指導歯科医	1.常に勤務する歯科医師	5日							年
3	タカハシ　リョウスケ 高橋　亮輔	5 年		年		0．無	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.いずれでもない	2.指導歯科医ではない	1.常に勤務する歯科医師	5日							年
4	イイダ　タケシ 飯田　武司	1 年		年		0．無	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.いずれでもない	2.指導歯科医ではない	1.常に勤務する歯科医師	5日							年
5	ヤマモト　リュウ 山本　龍	3 年		年		0．無	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.当該専門医・認定医の資格は保持していない	3.いずれでもない	2.指導歯科医ではない	1.常に勤務する歯科医師	5日							年
6		年		年																年
7		年		年																年
8		年		年																年
9		年		年																年
10		年		年																年
11		年		年																年
12		年		年																年
13		年		年																年

年次報告書

施設番号：	050589
施設名称：	公立豊岡病院組合立豊岡病院

※以下からは単独型臨床研修施設又は管理型臨床研修施設の年次報告をする場合、研修プログラムごとに記入又はプルダウンから選択すること。

18	研修プログラムの名称			公立豊岡病院歯科医師臨床研修プログラム(単独型)	
	研修プログラム番号			050589001	
19	臨床研修の目標を達成するための研修内容等	症例数の数え方、考え方について ※1と2いずれにも該当する場合は3を選択し、その旨を以下の「その他の場合」欄に記載すること。 1．初診から終診まで担当した患者ごとに一症例とする 2．処置ごとに一症例とする 3．その他		3．その他	
		その他の場合（具体的に記入すること）		プログラムの規定による	
		歯科医師臨床研修の到達目標を達成するため研修歯科医１人当たりに必要な症例数（必要症例数）（合計）		82	例
		研修期間中に経験することを目標とする研修歯科医１人当たり症例数(目標症例数)（合計）		82	例
		協力型(Ⅱ)臨床研修施設での研修分野・内容	※協力型(Ⅱ)臨床研修施設と共同して研修を行う場合に記入すること		
			協力型(Ⅱ)臨床研修施設が補完する臨床研修施設の区分		
			研修分野・内容：		
		訪問歯科診療に関する研修の実施の有無	【1.有 0.無】	0.無	
		病院歯科（大学病院含む）と歯科診療所の連携に関する研修の実施の有無	【1.有 0.無】	0.無	
20	研修プログラムの概要	自研修プログラムの区分	【1.単独方式 2.臨床研修施設群方式】	1.単独方式	
		広域連携型プログラムへの該当有無	【1.有 0.無】	0.無	
		研修期間	1	年	
		臨床研修施設ごとの研修期間 ※管理型プログラムの場合記載すること。	臨床研修施設ごとの研修期間の内訳について、臨床研修施設ごとに記入すること。 ※臨床研修施設ごとの期間と一致するように記入すること。		
			管理型臨床研修施設		か月
			協力型（Ⅰ）臨床研修施設		か月
			協力型（Ⅱ）臨床研修施設		日
21	研修プログラムの実績	当該研修プログラムを修了した研修歯科医数（※前年度実績）		1名	
		実際に研修歯科医を受け入れた施設数（※前年度実績）	協力型（Ⅰ）	0	施設
			協力型（Ⅱ）	0	施設
			研修協力施設	0	施設
		研修プログラム開始前の採用予定者数（※今年度）		1名	
		現に受け入れている研修歯科医の数（※今年度開始時点）		1名	
		研修歯科医１人あたりの平均症例数（※前年度実績）		82症例	
		目標症例数を達成した研修歯科医の割合（※前年度実績）		100%	
22	プログラム責任者の氏名	プログラム責任者	（フリガナ）	タナカ　タカクニ	
			氏名	田中　太邦	
		副プログラム責任者	（フリガナ）		
			氏名		
23	研修歯科医の指導体制	研修歯科医の指導体制について、プルダウンから選択すること。 「3．その他」を選択した場合は、具体的に指導体制を記入すること。			
		研修歯科医の指導体制について、選択し、その他具体的に記入すること。 1．指導歯科医の直接の指導が中心 2．指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする 3．その他		2．指導歯科医の指導監督の下、上級歯科医による屋根瓦方式を基本とする	
		その他の場合（具体的に記入すること）			
24	研修歯科医の募集及び採用の方法 ※次年度の研修歯科医の募集定員並びに募集及び採用の方法について記載すること。	募集定員		1	名
		募集方法	【1．公募　2．その他】	1．公募	
			その他の場合（具体的に記入すること）		
		選考方法 （複数選択可）	【1．面接　2．筆記試験　3．その	1.面接	
			その他の場合（具体的に記入すること）	書面審査	
		募集及び選考の時期	募集時期	2026年6月	頃から
			選考時期	2026年8月	頃から
		マッチング利用の有無	【1.有 0.無】	1.有	

25	研修歯科医の処遇	協力型（Ⅰ）臨床研修施設、協力型（Ⅱ）臨床研修施設、研修協力施設における処遇の適用		1．単独型・管理型と同一の処遇とする。 2．独自の処遇とする。		
		常勤・非常勤の別	【1.常勤　2.非常勤】	2．非常勤		
		研修手当	基本手当（時給換算）	2,432		円／時間
			賞与／年	1,139,132		円
		その他手当	【1.有　0.無】	1.有		
			その他（具体的に）	超過勤務手当、通勤手当、住居手当		
		勤務時間	基本的な勤務時間	8:30	～	17:15
			その他（具体的に）			
		休暇	基本的な休暇	日曜日及び土曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休		
			その他（具体的に）	年次休暇（20日）、夏季休暇（5日）、特別休暇(忌引休暇、結婚休暇、産前・産後休暇)等		
		時間外勤務	【1.有　0.無】	1.有		
		当直	【1.有　0.無】	0.無		
		研修歯科医の宿舎	【1.有　0.無】	1.有		
			有の場合		2	戸
			無の場合	住宅手当／月	最高28,000	円
		研修歯科医のための施設内の部屋	【1.有　0.無】	1.有		
		社会保険・労働保険	公的医療保険	兵庫県市町村共済		
			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】		0.無
			国家・地方公務員災害補償法の適用	【1.有　0.無】		1.有
			雇用保険	【1.有　0.無】		1.有
		健康管理	健康診断	年	2	回
			その他（具体的に）			
		歯科医師賠償責任保険の扱い	医療機関において加入	【1.する　0.しない】		1.する
			個人加入	【1.強制　0.任意】		0.任意
		外部の研修活動	学会、研究会等への参加	【1.可　0.否】		1.可
			学会、研究会等への参加費用支給	【1.有　0.無】		1.有
		ハラスメント等の相談体制		【1.有　0.無】		1.有

※26については、管理型臨床研修施設が、協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設（相当大学病院）と共同して臨床研修を行う場合に記入又はプルダウンから選択すること。

26	協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設（相当大学病院） ※1　臨床研修施設群を構成するすべての協力型（Ⅰ）・協力型（Ⅱ）臨床研修施設について施設番号と臨床研修施設の名称を記入すること。 ※2　協力型(Ⅰ)臨床研修施設の施設番号順に記入した後、協力型(Ⅱ)臨床研修施設の研修施設番号順に記入すること。 ※3　欄が不足する場合は、適宜追加すること。	施設区分	管理型が実施する各研修プログラムの募集定員の合計	施設の所在する都道府県	施設番号 ※新規申請中は空欄とすること。	施設名称
		管理型	1名			

※27については、研修協力施設と共同して臨床研修を行う場合に記入又はプルダウンから選択すること。

27	研修協力施設の名称及び指導体制 ※すべての研修協力施設について施設番号順に、施設番号、施設名称、施設の種類等を記入又はプルダウンから選択すること。 ※欄が不足する場合は、適宜追加すること。	施設番号 ※未採番の場合は空欄とすること。	施設名称	施設の種類 1.医療機関 2.その他機関	研修歯科医の指導を行う者の氏名	研修歯科医の指導を行う者の担当分野

※各項目において、補足説明の必要がある場合等は、必要に応じ補足資料等を添付すること。