年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和 2 年 4 月 30 日

都道府県知事 殿

病院名 東京女子医科大学附属八千代医療センター 開設者 理事長 岩本 絹子 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口をつけてください。)
- ・年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー1ーからー5ーまで及び別紙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-1-

病院施設番号: 070008 臨床研修病院の名称: 東京女子医科大学附属八千代医療センター

記入日: 西暦 2020 年 4 月 30 日 臨床研修病院群の名称 名称 東京女子医科大学附属 病院施設番号 (基幹型、協力型記入) (基幹型、協力型記入) 八千代医療センター 070008 既に臨床研修病院群番号を有している臨 既に番号を取得している臨床研修病院については 番号 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。 ジュンイチ 役職 作成責任者の氏名及び連絡先|フリガナ タカナシ (基幹型、協力型記入) 氏名 (姓) (名) (内線 本報告書の問合せに対して回答できる作成 (直通電話 (047) 450 — 6000) 責任者について記入してください。 髙 梨 潤 e-mail: jtaka@twmu.ac.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 フリカ゛ナ トウキョウシ゛ョシイカタ゛イカ゛クフソ゛クヤチヨイリョウセンター (基幹型、協力型記入) 東京女子医科大学附属八千代医療センター 2. 病院の所在地及び二次医 都・道・府・県) 療圏の名称 (基幹型・協力型記入) 276-8524 千葉県八千代市大和田新田 477-96 電話:(047)450—6000 FAX:(047)458—7058 二次医療圏 の名称: 東葛南部 フリカ゛ナ カ゛ッコウホウシ゛ン トウキョウシ゛ョシイカタ゛イカ゛ク リシ゛チョウ イワモト キヌコ 3. 病院の開設者の氏名(法 人の名称) (基幹型・協力型記入) 学校法人 東京女子医科大学 理事長 岩本 絹子 都•道•府•県) 4. 病院の開設者の住所(法 人の主たる事務所の所在 地) 162-8666 東京都新宿区河田町 8-1 電話:(03)3353 — 8111 FAX:(03)5269 — 6293 (基幹型・協力型記入) フリカ゛ナ アライタ゛ 5. 病院の管理者の氏名 タツオ (基幹型・協力型記入) 姓 名 新井田 達雄 6. 研修管理委員会の構成員の氏名 * 別紙1に記入 研修管理委員会のすべての構成員(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。 及び開催回数 (基幹型記入) 7. 病院群の構成等 * 別表に記入 (基幹型記入) 病院群を構成するすべての臨床研修病院、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.twmu.ac.jp/TYMC/

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: 070008 臨床研修病院の名称: 東京女子医科大学附属八千代医療センター

		×	
9. 医師(研修医を含む。) の員数			常勤: 218 名、非常勤(常勤換算): 12 名
(基幹型・協力型記入)			計(常勤換算): 230 名、医療法による医師の標準員数: 43 名
			* 研修医の氏名等について様式3に記入
	救急病院認定の告示		告示年月日:西暦 2019年 5月 17日、告示番号:第 11 号
の提供の実績	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
(基幹型・協力型記入)	救急専用診療(処置)室の有無		1) 有 (76.230)m² O. 無
	救急医療の実績		前年度の件数: <u>20,257</u> 件(うち診療時間外: <u>14,825</u> 件)
			1日平均件数:55.5件(うち診療時間外:40.6件)
			救急車取扱件数:5489件(うち診療時間外:3484件)
	診療時間外の勤務体制		医師: 10 名、看護師及び准看護師: 50 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 0. 無) その他 (1) その他 (1) 有 0. 無)
11. 医療法上の許可病床数(歯科の病			1. 一般:501床、2. 精神:床、3. 感染症:床
床数を除く。)			4. 結核:床、5. 療養:床
(基幹型・協力型記入)			
12.診療科ごとの入院患者・外来患者・			* 別紙2に記入
研修医の数			
(基幹型・協力型記入)			
13. 病床の種別ごとの平均在院日数 (小			1. 一般:10.9日、2. 精神:日、3. 感染症:日
数第二位四捨五入)			4. 結核:日、5. 療養:日
(基幹型・協力型記入)			
14. 前年度の分娩件数 (基幹型・協力型記入)			正常分娩件数: 399 件、異常分娩件数: 278 件
15. 臨床病理	開催回数		 前年度実績: 3 回、今年度見込: 3 回 ※報告・届出病院の主催の
検討会(CP	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
C)の実施状	 剖検数		
況 (基幹型・協力型記入)	剖検を行う場所		当該医療機関の剖検()有
(金半) エール ガラ エルバ			室 O. 無 () 大学、() 病院
 16. 研修医の	研修医の宿全		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。
ための宿舎	71 12 E-47 10 0		0.無(住宅手当: 円)
及び研修医			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。
室の有無	研修医室		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。 (1.) 有(1 室) O. 無
(基幹型・協力型記入)	回事中のよと		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。 2
17. 図書、雑	図書室の広さ		(107.530) m ²
誌、インター ネット等が	· · · · · · · · · · · · · ·		国内図書: 4,595
利用できる			国内雑誌: 94 種類、国外雑誌: 0 種類 0 : 00
環境及び医	図書室の利用可能時間		0:00 ~ 24:00 24時間表記
学教育用機	文献 ノーダハース寺の		Med line 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)、
オの整備状	利用環境		その他())
況			利用可能時間 (0:00 ~ 24:00) 24 時間表記
(基幹型・協力型記入)	医学教育用機材の整備		医学教育用シミュレーター (1.) 有 0. 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-

臨床研修病院の名称: 東京女子医科大学附属八千代医療センター 病院施設番号: 070008 病歴管理の責任者の氏 オオハシ 18. 病歴管理体制 フリカ゛ナ タカシ (基幹型・協力型記入) 氏名(姓) 大橋 名及び役職 氏名(姓) 大橋 役職 医療情報管理室長/准教授 診療に関する諸記録の *(*1.)中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に: 管理方法) 診療録の保存期間 (永)年間保存 1. 文書 (2.) 電子媒体 診療録の保存方法 その他(具体的に: 安全管理者の配置状況 1.) 有(1 名) 0. 無 19. 医療安全管理体制 (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ください。 安全管理部門の設置状 職員:専任(1)名、兼任(3)名 況 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 患者相談窓口の責任者の氏名等: 患者からの相談に適切 に応じる体制の確保状 フリカ゛ナ トミカワ ユミコ 況 氏名(姓) 富川 氏名(姓) 由美子 役職 入退院支援室 課長 対対応時間 (9:00~17:00)24時間表記 患者相談窓口に係る規約の有無: (1) 有 0. 無 医療に係る安全管理の 1.) 有 0. 無 ための指針の整備状況 指針の主な内容: 医療安全管理対策指針 医療安全管理の原則・管理システム 年(12)回 医療に係る安全管理委 員会の開催状況 活動の主な内容: インシデント・アクシデント報告から現状把握、再発予防を審議・承認 し、改善策を病院全体に周知徹底させる。 医療に係る安全管理の 年(2)回 ための職員研修の実施 研修の主な内容: 状況 医療機関内における事 医療機関内における事故報告等の整備: <u>(</u>1.)有 0.無 故報告等の医療に係る その他の改善のための方策の主な内容: 安全の確保を目的とし 手術症例検討会の開催。死亡症例検討会の開催 た改善のための方策 7 20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 修了: 名 中断: (基幹型・協力型記入) 名 21. 現に受け入れている研修医の数 当該年度 前々年度 前年度 (基幹型・協力型記入) 1 年 7 13 11 7 2 年 10 13 22. 受入可能定員 許可病床数(501)床÷10=(50.1)名 許可病床数(歯科の病床 (基幹型・協力型記入) 数を除く。)から算出 年間入院患者数 (12,838) 人÷100= (128.38) 名 患者数から算出 23. 当該病院からの医師派遣実績 派遣実績 募集定員加算 0 名 名 ※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。 ※ 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 ○地域医療対策協議会等の意向の把握(有・・無) ※ 該当する方を〇で囲むこと。

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー4ー

病院施設番号: 070008 臨床研修病院の名称: 東京女子医科大学附属八千代医療センター 項目 25 までについては、報告時に必ず記入してください。 名(常勤: 24.精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配 1. 精神保健福祉士: 名、非常勤: 名) 置状況 名(常勤: 2. 作業療法士: 名、非常勤: 名) (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。 3. 臨床心理技術者: 名(常勤: 名、非常勤: 名) 9. その他の精神科技術職員: __名(常勤: 名、非常勤: 名) 25. 第三者評価の受審状況 1.) 有 0. 無 (基幹型記入) (評価実施機関名:日本医療機能評価機構(2014年2月10、11日)) 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。 ※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 研修プログラムの名称: 東京女子医科大学八千代医療センター初期臨床研修プログラム (基幹型・協力型記入) プログラム番号: 070008203 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。 1年次: 13 名、2年次: 27. 研修医の募集定員 (基幹型記入) 28. 研修医の募集及び採用の 研修プログラムに関す フリカ゛ナ タカナシ シ゛ュンイチ 氏名(姓) 髙梨 方法 る問い合わせ先 (名) 潤一 (基幹型記入) 所属 役職 卒後臨床研修センター センター長 電話:(047)450—6000 FAX:(047)458—7058 e-mail: jtaka@twmu.ac.jp URL : http://www.twmu.ac.jp/TYMC/ 資料請求先 住所 都・道・府・県) 276-8524 千葉県八千代市大和田新田 477-96 担当部門 担当者氏名 フリカ゛ナ タキサ゛ワ マリコ 姓 滝沢 名 真理子 電話:(047)450—6000 FAX:(047)458—7058 e-mail: ymcsyoki.cb@twmu.ac.jp URL: http://www.twmu.ac.jp/TYMC/ 1. 公募 募集方法 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、 応募必要書類 4. 健康診断書(5). その他(具体的に:推薦書 (複数選択可) 選考方法 ▲ 面接 ② 筆記試験 (複数選択可) その他 (具体的に: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: 8 月 1 日頃から 1.) 有 0. 無 マッチング利用の有無

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: 070008

臨床研修病院の名称: 東京女子医科大学附属八千代医療センター

※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	ひ概要	概要: * 別紙3に記入
(基幹型記入)		(作成年月日:西暦 年 月 日)
30. プログラム責任者の氏名	名等(副プログラム責任者)	(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)	フリカ゛ナ タカナシ シ゛ュンイチ
(基幹型記入)		氏名(姓) 髙梨 氏名(名) 潤一
* 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	卒後臨床研修センター センター長
		(副プログラム責任者)
		(1.) 有(1 名) 0. 無
	三	* 別紙4に記入
(基幹型記入)	2/ 40/2014	プラカルス 子 1~ 60ノく
すべての臨床研修指導医等(協力型臨床研修病	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	行う者を含む。)について氏名等を記入	
してください。	- 証件シュニノ	(1.) 有 (・ EPOC ・ その他 ()) O. 無
32. インターネットを用いた	:評価ン人アム	
33. 研修開始時期		西暦 2021 年 4 月 1 日
(基幹型、地域密着型記入)	La Million Marketine	
34.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 つけて、以下の各項目について記入	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。
	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(230,000円) 基本手当/月(240,000円)
		賞与/年(円)賞与/年(円)
		時間外手当: (1.) 有 O. 無
		休日手当 : (1.) 有 0. 無
	勤務時間	基本的な勤務時間(9:00 ~ 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 O.無)
		年末年始 (1.) 有 O. 無)
		その他休暇(具体的に:)
	当直	回数(約 4 回/月)
	研修医の宿舎(再掲)	(1.) 有(単身用: 26 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、「〇」と記
	研修医室(再掲)	ひしてください。 (1.)有(1 室) 0.無
	例修区主 (行15)	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(東京女子医科大学健康保険組合健康保険)
	11五杯灰 万国杯灰	公的年金保険(『厚生年金保険
		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 O. 無)
	健康管理	健康診断(年 2 回)
		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(0.) しない)
	()	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
35. 研修医手帳 (基幹型記入)		(1.) 有 O. 無
36. 連携状況 (基幹型記入)		* 様式6に記入
≫捌け =コストかいこと		