

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

令和3年 4月 30日

都道府県知事 殿

病院名 東京女子医科大学病院
開設者 理事長 岩本 絹子

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。）

- ・年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－1－から－5－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： 030216

臨床研修病院の名称： 東京女子医科大学病院

記入日：西暦 2021年 4月 30日

病院施設番号 <small>(基幹型、協力型記入)</small> 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。	030216	臨床研修病院群の名称 <small>(基幹型、協力型記入)</small> 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 東京女子医科大学病院 番号 0302162
作成責任者の氏名及び連絡先 <small>(基幹型、協力型記入)</small> 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 イシカワ ミツハル 氏名(姓) (名) 石川 光治	役職 次長 (内線 20331) (直通電話 (03) 3353— 8812) e-mail: ishikawa.mitsuharu@twmu.ac.jp <small>(携帯電話のメールアドレスは不可とします。)</small>	
1. 病院の名称 <small>(基幹型、協力型記入)</small>	フリガナ トキョウジ ヨシカワ ガク ケイ ヨウイン 東京女子医科大学病院		
2. 病院の所在地及び二次医 療圏の名称 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	〒 162-8666 (東京 都 道・府・県) 新宿区河田町8番1号 電話：(03) 3353 — 8112 FAX：(03) 5269 — 7825 二次医療圏 の名称： 区西部		
3. 病院の開設者の氏名(法 人の名称) <small>(基幹型・協力型記入)</small>	フリガナ ガッコウホウジン トキョウジ ヨシカワ ガク リジョウ イワモトキコ 学校法人 東京女子医科大学 理事長 岩本 絹子		
4. 病院の開設者の住所(法 人の主たる事務所の所在 地) <small>(基幹型・協力型記入)</small>	〒 162-8666 (東京 都 道・府・県) 新宿区河田町8番1号 電話：(03) 3353 — 8112 FAX：(03) 5269 — 7825		
5. 病院の管理者の氏名 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	フリガナ タナベ 姓 田邊	カズナリ 名 一成	
6. 研修管理委員会の構成員の氏名 及び開催回数 <small>(基幹型記入)</small>	* 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。		
7. 病院群の構成等 <small>(基幹型記入)</small>	* 別表に記入 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 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	http://www.twmu.ac.jp/info-twmu/index.html		

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：030216

臨床研修病院の名称：東京女子医科大学病院

	※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		常勤：840名、非常勤（常勤換算）：41.9名 計（常勤換算）：881.9名、医療法による医師の標準員数：140.292名 * 研修医の氏名等について様式3に記入
10. 救急医療の提供の実績 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	救急病院認定の告示	告示年月日：西暦2018年11月30日、告示番号：第1627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 (179.840) m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数：13,321件（うち診療時間外：9,243件） 1日平均件数：36件（うち診療時間外：25件） 救急車取扱件数：3,742件（うち診療時間外：2,592件）
	診療時間外の勤務体制	医師：6名、看護師及び准看護師：10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（ ）
11. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） <small>（基幹型・協力型記入）</small>		1. 一般：1,148床、2. 精神：46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 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		* 別紙2に記入
13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） <small>（基幹型・協力型記入）</small>		1. 一般：12.2日、2. 精神：49.9日、3. 感染症： . 日 4. 結核： . 日、5. 療養： . 日
14. 前年度の分娩件数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		正常分娩件数：511件、異常分娩件数：126件
15. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	開催回数	前年度実績：12回、今年度見込：12回 ※報告・届出病院の主催の下に開催した回数を記載
	指導を行う病理医の氏名等	* 別紙4に記入
	剖検数	前年度実績：16件、今年度見込：15～20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 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	研修医の宿舎	(1) 有（単身用： 戸、世帯用：0戸）※単身者のみ希望者に対して貸与 0. 無（住宅手当：10,000円）※宿舎を希望しない場合に単身者のみ支給 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 <small>（基幹型・協力型記入）</small>	図書室の広さ	(938.000) m ²
	医学図書数	国内図書：73,060冊、国外図書：13,011冊
	医学雑誌数	国内雑誌：4,606種類、国外雑誌：12,265種類
	図書室の利用可能時間	9:00～19:00 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（ ネットワークで24時間利用可。今日の臨床サポート、今日の診療WEB、Web of Science、Scopus Cochrane Library、DynaMed） 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－４－

病院施設番号：030216 臨床研修病院の名称：東京女子医科大学病院

<small>項目 25 までについては、報告時に必ず記入してください。</small>	※																						
24. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 <small>(基幹型・協力型記入)</small> <small>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。</small>		1. 精神保健福祉士： 3名（常勤：3名、非常勤：0名）																					
		2. 作業療法士： 6名（常勤：6名、非常勤：0名）																					
		3. 臨床心理技術者： 12名（常勤：6名、非常勤：6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 <small>(基幹型記入)</small>		1. 有（評価実施機関名： _____（ _____年 _____月 _____日）） <input checked="" type="radio"/> 0. 無 <small>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。</small>																					
<small>※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。</small>																							
26. 研修プログラムの名称 <small>(基幹型・協力型記入)</small> <small>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。</small>		研修プログラムの名称： 東京女子医科大学病院卒後臨床研修プログラムD外科専門コース プログラム番号： <u>030216234</u>																					
27. 研修医の募集定員 <small>(基幹型記入)</small>		1年次：2名、2年次：5名																					
28. 研修医の募集及び採用の方法 <small>(基幹型記入)</small>	研修プログラムに関する問い合わせ先	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">フリガナ</td> <td style="width: 40%;">カキ</td> <td style="width: 40%;">シヨウジ</td> </tr> <tr> <td>氏名（姓）</td> <td>坂井</td> <td>（名）修二</td> </tr> <tr> <td>所属</td> <td colspan="2">役職</td> </tr> <tr> <td colspan="2">卒後臨床研修センター</td> <td>センター長</td> </tr> <tr> <td colspan="3">電話：(03) 3353 — 8111 FAX：(03) 5269 — 7825</td> </tr> <tr> <td colspan="3">e-mail：sotsuken.bm@twmu.ac.jp</td> </tr> <tr> <td colspan="3">URL：http://www.twmu.ac.jp/info-twmu/medical-t/</td> </tr> </table>	フリガナ	カキ	シヨウジ	氏名（姓）	坂井	（名）修二	所属	役職		卒後臨床研修センター		センター長	電話：(03) 3353 — 8111 FAX：(03) 5269 — 7825			e-mail：sotsuken.bm@twmu.ac.jp			URL：http://www.twmu.ac.jp/info-twmu/medical-t/		
	フリガナ	カキ	シヨウジ																				
氏名（姓）	坂井	（名）修二																					
所属	役職																						
卒後臨床研修センター		センター長																					
電話：(03) 3353 — 8111 FAX：(03) 5269 — 7825																							
e-mail：sotsuken.bm@twmu.ac.jp																							
URL：http://www.twmu.ac.jp/info-twmu/medical-t/																							
資料請求先	住所	〒 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="6"/> （東京 <input checked="" type="radio"/> 都・道・府・県） 新宿区河田町8番1号																					
	担当部門	担当者氏名																					
		フリガナ イシカワ ミツハル																					
		姓 名																					
		石川 光治																					
	電話：(03) 3353 — 8111 FAX：(03) 5269 — 7825																						
	e-mail：ishikawa.mitsuharu@twmu.ac.jp																						
	URL：http://www.twmu.ac.jp/info-twmu/medical-t/																						
募集方法	<input checked="" type="radio"/> 1. 公募 <input type="radio"/> 2. その他（具体的に： _____）																						
応募必要書類 <small>(複数選択可)</small>	<input checked="" type="radio"/> 1. 履歴書、 <input checked="" type="radio"/> 2. 卒業（見込み）証明書、 <input type="radio"/> 3. 成績証明書、 <input type="radio"/> 4. 健康診断書、 <input checked="" type="radio"/> 5. その他（具体的に：小論文）																						
選考方法 <small>(複数選択可)</small>	<input checked="" type="radio"/> 1. 面接 <input checked="" type="radio"/> 2. 筆記試験 <input type="radio"/> その他（具体的に： _____）																						
募集及び選考の時期	募集時期： 6月 5日頃から 選考時期： 8月 7日頃から																						
マッチング利用の有無	<input checked="" type="radio"/> 1. 有 <input type="radio"/> 0. 無																						

