

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： 040067 臨床研修病院の名称： 医療法人財団 荻窪病院

記入日：西暦 2020 年 4 月 20 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。	040067	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 荻窪病院臨床研修群 番号 0400675
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 サウ チミ 氏名 (姓) (名) 佐藤 ちなみ		役職 (内線) (直通電話 (03) 3399—1101) e-mail: jinjika2@ogikubo-hospital.or.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 イヨウホウジンザイダン キクホビョウイン 医療法人財団 荻窪病院		
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>	〒 1 6 7 - 0 0 3 5 (東京 都 ・道・府・県) 杉並区今川 3-1-24 電話：(03) 3399—1101 F A X：(03) 3399 — 1107 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 イヨウホウジンザイダン キクホビョウイン 医療法人財団 荻窪病院		
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>	〒 1 6 7 - 0 0 3 5 (東京 都 ・道・府・県) 杉並区今川 3-1-24 電話：(03) 3399—1101 F A X：(03) 3399 — 1107		
5. 病院の管理者の氏名 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	フリガナ ムライ 姓 村井		シンジ 名 信二
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>	https://www.ogikubo-hospital.or.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： 040067

臨床研修病院の名称： 医療法人財団 荻窪病院

		※
9. 医師（研修医を含む。）の員数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		常勤： 78名、非常勤（常勤換算）： 18.7名 計（常勤換算）： 95.7名、医療法による医師の標準員数： 46.65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 8月 1日、告示番号：第 1080号
	医療計画上の位置付け	1. 初期救急医療機関 2. <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 (57.734) m ² 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： <u>7,816</u> 件（うち診療時間外： <u>5,267</u> 件） 1日平均件数： <u>26.6</u> 件（うち診療時間外： <u>10.6</u> 件） 救急車取扱件数： <u>3,819</u> 件（うち診療時間外： <u>2,453</u> 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 4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（ <input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 0. 無） 外科系（ <input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 0. 無） 小児科（ <input type="checkbox"/> 1. 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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： <u>252</u> 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 <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： <u>9.2</u> 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 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		正常分娩件数： 398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： 1回、今年度見込： 1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： 1件、今年度見込： 2件
	剖検を行う場所	当該医療機関の剖検室 <input checked="" type="checkbox"/> 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： _____ 戸） <input checked="" type="checkbox"/> 0. 無（住宅手当：10,000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、「0」と記入してください。
	研修医室	1. 有（ _____ 室） <input checked="" type="checkbox"/> 0. 無（研修医専用部屋無、デスクは医局に有） 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	(45.100) m ²
	医学図書数	国内図書： 200冊、国外図書： 30冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 45種類、国外雑誌： 16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（ <input checked="" type="checkbox"/> 1. 有 0. 無）、教育用コンテンツ（ <input checked="" type="checkbox"/> 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（ <input checked="" type="checkbox"/> 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 －

病院施設番号：

臨床研修病院の名称：

18. 病歴管理体制 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	病歴管理の責任者の氏名及び役職	フガナ スガイ 氏名(姓) 菅井	タケン 氏名(姓) 武
		役職 診療情報管理室 課長	
	診療に関する諸記録の管理方法	1. 中央管理 2. 各科管理 その他(具体的に:)	
	診療録の保存期間	(20) 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 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	安全管理者の配置状況	1. 有 (1 名) 0. 無 <small>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。</small>	
	安全管理部門の設置状況	職員：専任 (1) 名、兼任 () 名 主な活動内容： 院内におけるインシデント・アクシデント防止対策の評価 医療事故防止対策に関する研修報告と情報交換	
	患者からの相談に適切に応じる体制の確保状況	患者相談窓口の責任者の氏名等：	
		フガナ ヨシミ 氏名(姓) 吉富	カエ (名) 若枝
		役職 医療安全管理室 副部長 対応時間 (8:30~17:00) 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ための指針の整備状況	1. 有 0. 無 指針の主な内容： 患者・職員の安全確保、医療の質の保持・改善	
	医療に係る安全管理委員会の開催状況	年 (12) 回 活動の主な内容：毎月のインシデント・アクシデント報告と具体的改善策についての検討	
医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年 (2) 回 研修の主な内容：新人職員の安全教育、事例検討		
医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策	医療機関内における事故報告等の整備： 1. 有 0. 無 その他の改善のための方策の主な内容： 医療安全に関する情報の周知		
20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	修了： 3名 中断： 0名		
21. 現に受け入れている研修医の数 <small>(基幹型・協力型記入)</small>		前々年度	前年度
	1年	3	3
	2年	3	2
22. 受入可能定員 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	許可病床数(歯科の病床数を除く。)から算出	許可病床数 (252) 床 ÷ 10 = (25.2) 名	
	患者数から算出	年間入院患者数 (8,182) 人 ÷ 100 = (81.82) 名	
23. 当該病院からの医師派遣実績 ※募集定員を変更する場合は、別紙5も提出すること。	○ 派遣実績 → 募集定員加算 0 名 0 名 ※ 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を参照) ○ 地域医療対策協議会等の意向の把握 (有 ・ <input type="checkbox"/> 無) ※ 該当する方を○で囲むこと。		

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： 040067 臨床研修病院の名称： 医療法人財団 荻窪病院

項目 25 までについては、報告時に必ず記入してください。		※	
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> 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。			1. 精神保健福祉士： 名 (常勤： 名、非常勤： 名) 2. 作業療法士： 名 (常勤： 名、非常勤： 名) 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)
			1. <input checked="" type="checkbox"/> 有 (評価実施機関名：日本医療機能評価機構 (2016年2月25日)) 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>
	※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 <small>(基幹型・協力型記入)</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。		
27. 研修医の募集定員 <small>(基幹型記入)</small>			1年次： 2名、2年次： 3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		刈がナ ショウジ カオリ 氏名(姓) 庄司 (名) 香織 所属 総務課 研修医担当 役職 主任 電話：(03) 3399—1101 F A X：(03) 3399—1107 e-mail：jinjika2@ogikubo-hospital.or.jp URL：https://www.ogikubo-hospital.or.jp/
	資料請求先		住所 〒167-0035 東京都杉並区今川3-1-24 担当者氏名 担当者氏名 刈がナ サウ ナミ 刈がナ サウ ナミ 姓 佐藤 姓 ちなみ 電話：(03) 3399—1101 F A X：(03) 3399—1107 e-mail：jinjika2@ogikubo-hospital.or.jp URL：https://www.ogikubo-hospital.or.jp/
	募集方法		1. <input checked="" type="checkbox"/> 公募 2. その他 (具体的に：)
	応募必要書類 <small>(複数選択可)</small>		1. <input checked="" type="checkbox"/> 履歴書、2. <input checked="" type="checkbox"/> 卒業(見込み)証明書、3. <input checked="" type="checkbox"/> 成績証明書、 4. <input checked="" type="checkbox"/> 健康診断書、5. その他 (具体的に：採用試験申込書※ホームページより入手可能)
	選考方法 <small>(複数選択可)</small>		1. <input checked="" type="checkbox"/> 面接 2. <input checked="" type="checkbox"/> 筆記試験 その他 (具体的に：適性検査)
	募集及び選考の時期		募集時期： 7月 1日頃から 選考時期： 8月 17日頃から
	マッチング利用の有無		1. <input checked="" type="checkbox"/> 有 0. 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： 040067

臨床研修病院の名称： 医療法人財団 荻窪病院

※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。

<p>29. 研修プログラムの名称及び概要 (基幹型記入)</p>	<p>概要：* 別紙3に記入 (作成年月日：西暦 2020年 4月 20日)</p>		
<p>30. プログラム責任者の氏名等(副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) (基幹型記入)</p> <p>* 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は、副プログラム責任者の履歴を様式2に記入</p>	<p>(プログラム責任者) ツガナ オオツカ マサト</p> <p>氏名(姓) 氏名(名) 大塚 雅人</p> <p>所属 役職 循環器内科 医長</p> <p>(副プログラム責任者) 1. 有()名 <input type="checkbox"/> 0. 無</p>		
<p>31. 臨床研修指導医(指導医)等の氏名等 (基幹型記入)</p> <p>すべての臨床研修指導医等(協力型臨床研修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う者を含む。)について氏名等を記入してください。</p>	<p>* 別紙4に記入</p>		
<p>32. インターネットを用いた評価システム</p>	<p>1. 有() <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 0. 無</p>		
<p>33. 研修開始時期 (基幹型、地域密着型記入)</p>	<p>西暦 年 月 日</p>		
<p>34. 研修医の処遇 (基幹型・協力型記入)</p>	<p>1. 基幹型臨床研修病院と同一の処遇とする。 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 病院独自の処遇とする。</p>		
<p>処遇の適用 (基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。)</p>	<p>1. 常勤 2. 非常勤</p>		
<p>常勤・非常勤の別</p>	<p>1. 常勤 2. 非常勤</p>		
<p>研修手当</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(330,000円) 賞与/年(255,000円)</td> <td style="width: 50%;">二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(380,000円) 賞与/年(608,800円)</td> </tr> </table> <p>時間外手当: <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無 休日手当: <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無</p>	一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(330,000円) 賞与/年(255,000円)	二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(380,000円) 賞与/年(608,800円)
一年次の支給額(税込み) 基本手当/月(330,000円) 賞与/年(255,000円)	二年次の支給額(税込み) 基本手当/月(380,000円) 賞与/年(608,800円)		
<p>勤務時間</p>	<p>基本的な勤務時間(9:00 ~ 17:30) 24時間表記 休憩時間(60分)</p> <p>時間外勤務の有無: <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無</p>		
<p>休暇</p>	<p>有給休暇(1年次: 10日、2年次: 11日) 夏季休暇(<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無) 年末年始(<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無) その他休暇(具体的に: 慶弔休暇)</p>		
<p>当直</p>	<p>回数(約 4回/月)</p>		
<p>研修医の宿舍(再掲)</p>	<p>1. 有(単身用: 戸、世帯用: 戸) <input type="checkbox"/> 0. 無(住宅手当: 10,000円)</p> <p>有を選択した場合には、単身用・世帯用に分けて宿舍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。</p>		
<p>研修医室(再掲)</p>	<p>1. 有(室) <input type="checkbox"/> 0. 無</p> <p>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。</p>		
<p>社会保険・労働保険</p>	<p>公的医療保険(日産自動車プリンス健康保険組合) 公的年金保険(厚生年金) 労働者災害補償保険法の適用(<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無)、 国家・地方公務員災害補償法の適用(<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無) 雇用保険(<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無)</p>		
<p>健康管理</p>	<p>健康診断(年2回) その他(具体的に)</p>		
<p>医師賠償責任保険の扱い</p>	<p>病院において加入(<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 0. しない) 個人加入(<input type="checkbox"/> 1. 強制 <input type="checkbox"/> 0. 任意)</p>		
<p>外部の研修活動</p>	<p>学会、研究会等への参加: <input type="checkbox"/> 1. 可 <input type="checkbox"/> 0. 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無: <input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無</p>		
<p>35. 研修医手帳(基幹型記入)</p>	<p>1. 有 <input type="checkbox"/> 0. 無</p>		
<p>36. 連携状況(基幹型記入)</p>	<p>* 様式6に記入</p>		

※欄は、記入しないこと。