

# 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 28日

都道府県知事 殿

病院名 地方独立行政法人大阪府立病院機構  
大阪急性期・総合医療センター  
開設者 地方独立行政法人大阪府立病院機構  
理事長 遠山 正彌

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。）

- ・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： 030526

臨床研修病院の名称： 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター

記入日：西暦 2021 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。		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  番号
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 フジタ カナ 氏名(姓) (名) 藤田 佳納	役職 主事  (内線 2314) (直通電話 (06) 6692 — 1201) e-mail: fujitakan@opho.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 <small>(基幹型、協力型記入)</small>	フリガナ チホト`クリツギ`ヨウセイクヅン オサカフリツビ`ヨウインキコウ オサカキョウセキ・ソウゴウイリョウセンター 地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪急性期・総合医療センター		
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>	〒 5 5 8 8 5 5 8 (大阪府) 大阪市住吉区万代東 3-1-56  電話：(06) 6692—1201 FAX：(06) 6606— 7000  二次医療圏 の名称：大阪市		
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 チホト`クリツギ`ヨウセイクヅン オサカフリツビ`ヨウインキコウ リジチョウ トヤマ マサ 地方独立行政法人 大阪府立病院機構 理事長 遠山 正彌		
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>	〒 5 4 1 8 5 6 7 (大阪府) 大阪府中央区大手前 3-1-69  電話：(06) 6809-5309 FAX：(06) 6809-5934		
5. 病院の管理者の氏名 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	フリガナ シマヅ タケシ 姓 嶋津	名 岳士	
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.gh.opho.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： 030526 臨床研修病院の名称： 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター

	※	
9. 医師（研修医を含む。）の員数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		常勤：180名、非常勤（常勤換算）：76名 計（常勤換算）：256名、医療法による医師の標準員数： 69 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1964年10月26日、告示番号：第 858 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 (214.000) m <sup>2</sup> 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数： 9547 件（うち診療時間外： 7693 件） 1日平均件数： 26.2 件（うち診療時間外： 21.1 件） 救急車取扱件数： 5263 件（うち診療時間外： 3519 件）
	診療時間外の勤務体制	医師： 19 名、看護師及び准看護師： 71 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： 831 床、2. 精神： 34 床、3. 感染症： 0 床 4. 結核： 0 床、5. 療養： 0 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： 9.7 日、2. 精神： 32.3 日、3. 感染症： 0.0 日 4. 結核： 0.0 日、5. 療養： 0.0 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： 504 件、異常分娩件数： 388 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： 18 回、今年度見込： 15 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： 7 件、今年度見込： 10 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： 36 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、「0」と記入してください。
	研修医室	(1) 有 ( 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	( 286.000 ) m <sup>2</sup>
	医学図書数	国内図書： 3128 冊、国外図書： 7856 冊
	医学雑誌数	国内雑誌： 92 種類、国外雑誌： 5 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 (1) 有 0. 無)、教育用コンテンツ ((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 ((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： 030526

臨床研修病院の名称： 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター

<b>18. 病歴管理体制</b> <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	フリガナ モリタ 孝 氏名(姓) 森田 (名) 孝 役職 心臓内科部長
	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	( 10000 ) 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: )
<b>19. 医療安全管理体制</b> <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 ( 4 ) 名、兼任 ( 4 ) 名 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 医療事故発生時の指示、指導や医療安全対策の推進。医療安全に関する現場の情報収集、職場巡視。インシデント・事故・合併症報告の収集、集計、分析、改善策の提案、指導、評価および職場へのフィードバック。マニュアルの見直し・改訂。医療安全に関する最新情報の把握と職員への周知。医療安全に関する職員への啓発・教育活動の企画・運営、広報等。
	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： フリガナ ミヤト Iロ 氏名(姓) 宮本 (名) 栄子 役職 副看護部長 対応時間 (8:45 ~ 17:15) 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： ・医療安全管理体制 ・医療安全管理のための基本的な考え方 ・インシデントの報告・分析 ・医療事故の報告と対応 ・医療安全管理のための職員研修
	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： ・医療安全管理の検討及び研究に関すること ・インシデントや医療事故等の分析及び再発予防策の検討、委員会で立案された防止 対策及び改善策 実施状況の調査、見直しに関すること ・医療安全管理のために行う職員に対する指示に関すること ・医療安全管理のために行う院長等に対する提言に関すること ・医療安全管理のための啓発、教育及び広報に関すること ・医療訴訟に関すること ・インシデントの周知や対策等のフィードバックに関すること ・マニュアル改訂に関すること
	医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況	年 ( 6 ) 回 研修の主な内容： 年4回以上 ・職員間のコミュニケーションに関すること ・医療事故・訴訟に関すること ・インシデント報告の必要性に関すること ・針刺し・血液暴露防止に関すること
	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： 医療事故が発生した場合には、事故報告システムに従い迅速に報告すると同時に医療チームの連携のもと患者の救命・回復に全力を注ぐ。緊急性がある場合は口頭で報告する。院長は医療事故・合併症報告書処理規定に基づき、医療事故調査委員会もしくは医療事故事例検討会を速やかに設置する。
	<b>20. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数</b> <small>(基幹型・協力型記入)</small>	修了：21名 中断：0名

21. 現に受け入れている研修医の数 (基幹型・協力型記入)		前々年度	前年度	当該年度
		1年	25 (阪大3含む)	23 (阪大2含む)
		2年	21	22
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 ( 857 ) 床 ÷ 10 = ( 85 ) 名		
	患者数から算出	年間入院患者数 ( ) 人 ÷ 100 = ( ) 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。		<p>○ 派遣実績 名 → 募集定員加算 名</p> <p>※ 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)</p> <p>○地域医療対策協議会等の意向の把握 ( 有 ・ 無 )</p> <p>※ 該当する方を○で囲むこと。</p>		

# 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： 030526 臨床研修病院の名称： 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター

項目 25 までについては、報告時に必ず記入してください。	※	
<b>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</b> <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： 3名（常勤： 2名、非常勤： 1名）
		2. 作業療法士： 19名（常勤： 19名、非常勤： 名）
		3. 臨床心理技術者： 8名（常勤： 3名、非常勤： 5名）
		9. その他の精神科技術職員： 0名（常勤： 名、非常勤： 名）
<b>25. 第三者評価の受審状況</b> <small>(基幹型記入)</small>		①. 有 （評価実施機関名： （ 年 月 日）） 0. 無 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。