

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

様式 A－10

2024年4月25日

都道府県知事 殿

病院名 兵庫医科大学病院
開設者 理事長 太城 力良

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27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28から39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・新設届出書ー 1 ー

病院施設番号：		030563		臨床研修病院の名称：		兵庫医科大学病院	
記入日：西暦 2024 年 4 月 25 日							
病院施設番号 (基幹型、協力型記入) 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。		030563		臨床研修病院群の名称 (基幹型、協力型記入) 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 兵庫医科大学病院臨床研修病院群 番号	
作成責任者の氏名及び連絡先 (基幹型、協力型記入) 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 アスマ トモキ 氏名 (姓) (名) 東 知明		役職 病院人事部医療人教育課 課長補佐 (内線 6830) (直通電話 0798-45-6830) e-mail : sotugo@hvo-emd.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 (基幹型、協力型記入)		フリガナ ヒョウコ イタダ イク ビョウイン 兵庫医科大学病院					
2. 病院の所在地及び二次医療圏の名称 (基幹型・協力型記入)		〒 663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1番1号 電話： 0798-45-6111 F A X： 0798-45-6608 二次医療圏の名称： 阪神					
3. 病院の開設者の氏名 (法人の名称) (基幹型・協力型記入)		フリガナ ガッコウホクシンヒョウコ イタダ イク 学校法人兵庫医科大学					
4. 病院の開設者の住所 (法人の主たる事務所の所在地) (基幹型・協力型記入)		〒 663-8501 兵庫県西宮市武庫川町1番1号 電話： 0798-45-6111 F A X： 0798-45-6608					
5. 病院の管理者の氏名 (基幹型・協力型記入)		フリガナ イケチ ヒロキ 姓 池内 名 浩基					
6. 研修管理委員会の構成員の氏名及び開催回数 (基幹型記入)		* 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 (基幹型記入)		* 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 (基幹型・協力型記入)		http://www.hosp.hvo-med.ac.jp/					

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書ー 2 ー

病院施設番号：030563

臨床研修病院の名称：兵庫医科大学病院

		※			
9. 医師（研修医を含む。）の員数 （基幹型・協力型記入）			常勤：615名、非常勤（常勤換算）：8名 計（常勤換算）：623名、医療法による医師の標準員数：96名 * 基幹型臨床研修病院は、当該病院が管理している研修医の氏名等について様式A-3に記入		
10. 救急医療の提供の実績 （基幹型・協力型記入）	救急病院認定の告示		告示年月日：2021年2月26日、告示番号：第兵庫県告示第169号		
	医療計画上の位置付け		3. 第三次救急医療機関		
	救急専用診療（処置）室の有無		1. 有（331.17）㎡		
	救急医療の実績		前年度の件数：12,580件（うち診療時間外：3,774件） 1日平均件数：34件（うち診療時間外：10件） 救急車取扱件数：3,964件（うち診療時間外：2,498件）		
		診療時間外の勤務体制		医師：2名、看護師及び准看護師：15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）外科系（1. 有）小児科（1. 有） その他（救急センター/CCU）		
11. 医療法上の許可病床数（歯科の病床数を除く。） （基幹型・協力型記入）			1. 一般：919床、2. 精神：44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 （基幹型・協力型記入）			* 別紙2に記入 年次報告の場合には、患者数は報告年度の前年度分、研修医の数は報告年度の前年度分の実績と当該年度分の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合には届出年度の前年度分、研修医の数は届出年度の次年度分及び次々年度分の想定を記入。		
13. 病床の種別ごとの平均在院日数（小数第二位四捨五入） （基幹型・協力型記入）			1. 一般：11.4日、2. 精神：45.3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 （基幹型・協力型記入）			正常分娩件数：148件、異常分娩件数：296件		
15. 臨床病理検討会（CPC）の実施状況 （基幹型・協力型記入）	開催回数		前年度実績：13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：14件、今年度見込：15件		
	剖検を行う場所		1. 有	大学又は病院名（） 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. 研修医のための宿舍及び研修医室の有無 （基幹型・協力型記入）	研修医の宿舍		1. 有（単身用：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。		
	研修医室		1. 有（1室） 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 （基幹型・協力型記入）	図書室の広さ		（996.67）㎡		
	医学図書数		国内図書：28,621冊、国外図書：3,158冊		
	医学雑誌数		国内雑誌：381種類、国外雑誌：17種類		
	図書室の利用可能時間		8：30～22：00 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）、教育用コンテンツ（1. 有） その他（コランライブラリー、電子ジャーナル 13,592）		
			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） 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：

030563

臨床研修病院の名称：

兵庫医科大学病院

1 8. 病歴管理体制 (基幹型・協力型記入)		病歴管理の責任者の氏名及び役職		フリガナ 氏名(姓) 役職	ザイ 澤井 診療情報管理室長	ヒデアキ (名) 英明												
		診療に関する諸記録の管理方法		1. 中央管理 その他(具体的に: 2009年3月PACS導入、2013年2月電子カルテ導入、それ以前の診療記録は診療情報管理室管理下にて中央管理)														
		診療録の保存期間		(※) 年間保存 ※⇒入院診療録10年、外来診療録5年、画像記録5年、電子カルテ記録永年														
		診療録の保存方法		その他(具体的に: 入院診療録は外部保管委託、外来診療録・画像記録は診療情報管理室保管 電子カルテ記録は情報センター管理下にてサーバ保管)														
1 9. 医療安全管理体制 (基幹型・協力型記入)		安全管理者の配置状況		1. 有 (98) 名 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況		職員: 専任 (専従4) 名、兼任 (15) 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 ・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収集、防止及び対策委員会の開催 ・医療事故の防止のための講演会開催等の職員への教育 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収集」「医療事故の防止のための研修及び教育」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 氏名(姓) 役職 対応時間 患者相談窓口に係る規約の有無:			キムラ 木村 医療支援センター長 8 : 30 ~ 16 : 45 24時間表記 1. 有											
		医療に係る安全管理のための指針の整備状況		1. 有 指針の主な内容: 医療安全管理の規程・内規、管理体制、医療事故防止マニュアルなどを記載														
		医療に係る安全管理委員会の開催状況		年 (①14 ②12) 回 活動の主な内容: ①医療安全審議委員会 ・医療事故の原因究明・再発防止に関すること ・医療事故の公的機関への報告に関すること ・医療事故の事後措置に関すること ・各委員会における審議内容等の監査に関すること ②医療安全対策委員会 ・医療にかかる医療安全管理のための指針に関すること ・医療事故発生時の対応に関すること ・医療事故の分析、改善策の立案、実施および職員への周知に関すること ・セーフティマネージャーの活動に関すること ・特定機能病院承認要件に関すること など														
		医療に係る安全管理のための職員研修の実施状況		年 (8) 回 研修の主な内容: ・新採用職員・復職者対象オリエンテーション ・医療講演会 ①「医療安全のための特定機能病院承認要件に係る説明会」 ②「MR検査における医療安全」 「転倒・転落予防について」 「転倒・転落リスク軽減を目的とした病棟定数配置業の見直しと多職種カンファレンスの活用」 ③「医療放射線に関する安全管理について」 ④「医療機器安全研修」 ⑤「Rapid Response System【RRS】」 「医療ガスの安全な使用方法」 ⑥「血液製剤の取扱と輸血用検体について」 「輸血の安全な管理と投与」 「報告書確認サポートチーム」 「骨粗鬆症に対する知識の共有とFLSの意義について」 ⑦「抗がん薬治療の安全な投与管理」														
		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 その他の改善のための方策の主な内容: その他の改善のための方策の主な内容: ・医療安全審議委員会、医療安全対策委員会、セーフティマネージャー連絡会、オンラインインシデント検討会(4常設会議)の開催 ・重大な医療事故内容によって医療事故等検討部会、医療事故外部調査委員会、医療事故調査委員会をそれぞれ開催														
2 0. 前年度に臨床研修を修了又は中断した研修医の数 (基幹型・協力型記入)				修了: 54 名 中断: 1 名														
2 1. 現に受け入れている研修医の数 (基幹型・協力型記入)				<table><tr><td></td><td>前々年度</td><td>前年度</td><td>当該年度</td></tr><tr><td>1 年</td><td>41名</td><td>41名</td><td>42名</td></tr><tr><td>2 年</td><td>50名</td><td>53名</td><td>53名</td></tr></table>				前々年度	前年度	当該年度	1 年	41名	41名	42名	2 年	50名	53名	53名
	前々年度	前年度	当該年度															
1 年	41名	41名	42名															
2 年	50名	53名	53名															
2 2. 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 (963) 床÷10＝ (96) 名															
	患者数から算出		年間入院患者数 (22,845) 人÷100＝ (228) 名															
2 3. 精神保健福祉士、作業療法士その他診療要員の配置状況 (基幹型・協力型記入)			1. 精神保健福祉士: 7 名 (常勤: 7 名、非常勤: 0 名) 2. 作業療法士: 14 名 (常勤: 14 名、非常勤: 0 名) 3. 臨床心理技術者: 6 名 (常勤: 5 名、非常勤: 1 名) 9. その他の精神科技術職員: 0 名 (常勤: 0 名、非常勤: 0 名)															
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。																		
2 4. 臨床研修に関する第三者評価の受審状況 (基幹型記入)			1. 有 (評価実施機関名: 公益財団法人日本医療機能評価機構 (2021 年 12 月 16 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。 受審状況有りの場合、結果の公表 1. 有															

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：030563		臨床研修病院の名称：兵庫医科大学病院		
項目27までについては、報告時に必ず記入してください。		※		
25. 時間外・休日労働の実績及び最大想定時間数の配置状況 (基幹型記入)		* 別紙5に記入 年次報告の場合は、報告年度の前年度の実績及び報告年度の想定を記入。 研修プログラム変更・新設の届出の場合は、届出年度の前年度の実績及び次年度の想定を記入。		
26. 前年度に育児休業を取得した研修医の数 (基幹型・協力型記入)		女性 1年次研修医 (0) 名 2年次研修医 (0) 名 男性 1年次研修医 (0) 名 2年次研修医 (0) 名		
27. 研修医の妊娠・出産・育児に関する施設及び取組に関する事項 (基幹型・協力型記入)	院内保育所	院内保育所の有無 (1. 有) 有を選択した場合、開所時間を記入してください (7 時 30 分 ～ 18 時 00 分) 病児保育 (1. 有) 夜間保育 (1. 有)		
	保育補助	上記保育所は研修医の子どもに使用可能か (1. 可) ベビーシッター・一時保育等利用時の補助 (1. 有) その他の補助 (具体的に：)		
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所	休憩場所 (1. 有) 授乳スペース (1. 有)		
	その他育児関連施設・取組があれば記入 (院外との連携した取組もあれば記入)	()		
	研修医のライフイベントの相談窓口	0. 無 窓口の名称がある場合記入 () 窓口の専任担当 () 名		
	各種ハラスメントの相談窓口	窓口の名称を記入 (職員相談室) 窓口の専任担当 1. 有 (1) 名		
	※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。			
	28. 研修プログラムの名称 (基幹型・協力型記入) 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。		研修プログラムの名称： 兵庫医科大学病院臨床研修協力型研修病院・大学プログラム プログラム番号： 030563915	
	29. 研修医の募集定員 (基幹型記入)		1年次： 13 名、2年次： 13 名	
	30. 研修医の募集及び採用の方法 (基幹型記入)	研修プログラムに関する問い合わせ先	フリガナ アスマ トモキ	
氏名 (姓) 東 (名) 知明				
所属 病院事務部医療人教育課 役職 課長補佐				
電話： 0798-45-6830 F A X： 0798-45-6831				
e-mail： sotugo@hyo-med.ac.jp				
URL： https://www.hosp.hyo-emd.ac.jp/				
資料請求先			住所 〒 663 - 8501 兵庫県西宮市武庫川町1番1号	
		担当者氏名		
		担当部門	フリガナ ヨシカ アサキ	
		姓 吉岡 名 新		
		電話： 0798-45-6830 F A X： 0798-45-6831		
		e-mail： sotugo@hyo-med.ac.jp		
		URL： https://www.hosp.hyo-emd.ac.jp/		

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：

030563

臨床研修病院の名称：

兵庫医科大学病院

※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。

3 0. 研修医の募集及び採用の方法（続き）		募集方法				☐ 1. 公募	
(基幹型記入)		応募必要書類 (複数選択可)				☐ 1. 履歴書、 ☐ 2. 卒業(見込み)証明書、 ☐ 3. 成績証明書、 4. 健康診断書、 ☐ 5. その他（具体的に：_____）	
		選考方法 (複数選択可)				☐ 1. 面接 2. 筆記試験 その他（具体的に _____ 適性試験、学業成績 _____）	
		募集及び選考の時期				募集時期： _____ 6 月 _____ 1 日頃から 選考時期： _____ 7 月 _____ 27 日頃から	
		マッチング利用の有無				☐ 1. 有	
3 1. 研修プログラムの名称及び概要				概要：＊ 別紙3に記入 (作成年月日：西暦 _____ 2019 年 _____ 4 月 _____ 1 日)			
3 2. 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）				(プログラム責任者) フリガナ _____ ヒラノ _____ タカミチ _____ 氏名（姓） _____ 平野 _____ (名) _____ 公通 _____ 所属 _____ 卒後研修室 _____ 役職 _____ 室長 _____ (副プログラム責任者) ☐ 1. 有 (_____ 15 _____) 名			
3 3. 臨床研修指導医（指導医）等の氏名等							
(基幹型記入) 全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。				＊ 別紙4に記入			
3 4. インターネットを用いた評価システム				☐ 1. 有 (☐ EP0C _____ ・その他 (_____))			
3 5. 研修開始時期				西暦 _____ 2025 年 _____ 4 月 _____ 1 日			
3 6. 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。 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。 ☐ 2. 病院独自の処遇とする。			
(基幹型・協力型記入)		(基幹型臨床研修病院は、2に○をつけて、以下の各項目について記入してください。)					
		常勤・非常勤の別		☐ 1. 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（ _____ 300,000 円 _____ ） 基本手当／月（ _____ 300,000 円 _____ ） 賞与／年（ _____ 0 円 _____ ） 賞与／年（ _____ 0 円 _____ ） 時間外手当： ☐ 1. 有 休日手当： ☐ 1. 有			
		勤務時間		基本的な勤務時間（ _____ 8 _____： _____ 30 _____～ _____ 17 _____： _____ 15 _____）24時間表記 休憩時間（ _____ 12:00～13：00 _____） 時間外勤務の有無： ☐ 1. 有			
		休暇		有給休暇（1年次： _____ 10 日、2年次 _____ 11 日） 夏季休暇（ ☐ 0. 無 _____ ） 年末年始（ ☐ 1. 有 _____ ） その他休暇（具体的に： _____ 日曜日、土曜日、国民の祝日、年末年始（12月29日～1月3日） _____）			
		当直		回数（約 _____ 4 _____回／月）			
		研修医の宿舎（再掲）		☐ 1. 有（単身用： _____ 0 _____戸、世帯用： _____ 0 戸） ☐ 0. 無（住宅手当： _____ 0 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（再掲）		☐ 1. 有（ _____ 1 室） 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（ ☐ 1. 有 _____ ） 公的年金保険（ ☐ 1. 有 _____ ） 労働者災害補償保険法の適用（ _____ 1. 有 _____ ） 国家・地方公務員災害補償法の適用（ _____ 1. 有 _____ ） 雇用保険（ _____ 1. 有 _____ ）			

年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書－ 6 －

病院施設番号：030563

臨床研修病院の名称：兵庫医科大学病院

※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。

3 6. 研修医の処遇 (続き) (基幹型・協力型記入)	健康管理	健康診断（年 1 回 ） その他（具体的に
	医師賠償責任保険の扱い	病院において加入（ 0. しない ） 個人加入（ 1. 強制 ）
	外部の研修活動	学会、研究会等への参加： 1. 可
		学会、研究会等への参加費用支給の有無： 1. 有
	院内保育所（再掲）	院内保育所の有無（ 1. 有 ） 有を選択した場合、開所時間を記入してください（ 7 時 30 分 ～ 18 時 00 分 ）
		病児保育（ 1. 有 ） 夜間保育（ 1. 有 ）
		上記保育所は研修医の子どもに使用可能か（ 1. 可 ）
		ベビーシッター・一時保育等利用時の補助（ 1. 有 ）
	保育補助（再掲）	その他の補助（具体的に： 0 ）
	体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所（再掲）	休憩場所（ 1. 有 ） 授乳スペース（ 1. 有 ）
	その他育児関連施設・取組があれば記入（院外との連携した取組もあれば記入）（再掲）	（ 0 ）
	研修医のライフイベントの相談窓口（再掲）	0. 無 窓口の名称がある場合記入（ 0 ） 窓口の専任担当 0 （ 0 ） 名
	各種ハラスメントの相談窓口（再掲）	窓口の名称を記入（ 職員相談室 ） 窓口の専任担当 1. 有 （ 1 ） 名
3 7. 研修医手帳 (基幹型記入)		0. 無
3 8. 連携状況 (基幹型記入)		* 様式 A－6 に記入

※欄は、記入しないこと。