

# 年次報告書、研修プログラム変更・新設届出書

2022年 4月28日

都道府県知事 殿

病院名 関西電力病院  
開設者 関西電力株式会社  
代表執行役社長 森本 孝

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－ 1 －

病院施設番号：030540      臨床研修病院の名称：関西電力病院

記入日：西暦2022年 4月28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。	030540	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 関西電力病院群 番号 0305405
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 アカガワ コウジ 氏名(姓) (名) 芥川 浩二	役職 事務局次長 (内線 4101 ) (直通電話 (06) 6458—5821) e-mail : kubo.katsunori@a5.kepco.co.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 カンサイデンリョクビョウイン 関西電力病院		
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>	〒 553-0003 (大阪府) 大阪市福島区福島2-1-7 電話：(06) 6458—5821      FAX：(06) 6458—6994 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 カンサイデンリョクブシカ イシヤ タヒョウシツコウヤクシヤチョウ モリモト タカシ 関西電力株式会社      代表執行役社長      森本 孝		
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>	〒 530-8270 (大阪府) 大阪市北区中之島3-6-16 電話：(06) 6441—8821      FAX：( ) —		
5. 病院の管理者の氏名 <small>(基幹型・協力型記入)</small>	フリガナ 姓 滝	フリガナ 名 吉郎	
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://kanden-hsp.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：030540

臨床研修病院の名称：関西電力病院

		※
9. 医師（研修医を含む。）の員数 <small>（基幹型・協力型記入）</small>		常勤：160 名、非常勤（常勤換算）：7.9 名 計（常勤換算）：167.9 名、医療法による医師の標準員数：37.9 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2003年12月15日、告示番号：第443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 (95.71) m <sup>2</sup> 0. 無
	救急医療の実績	前年度の件数：5,807 件（うち診療時間外：3,454 件） 1日平均件数：15.9 件（うち診療時間外：9.46 件） 救急車取扱件数：2,461 件（うち診療時間外：1,924 件）
	診療時間外の勤務体制	医師：7 名、看護師及び准看護師：3 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：400 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：12.9 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： 件、異常分娩件数： 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：6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：3件、今年度見込：12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： 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（ 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	( 131.44 ) m <sup>2</sup>
	医学図書数	国内図書：2,764 冊、国外図書：4,405 冊
	医学雑誌数	国内雑誌：70 種類、国外雑誌：56 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－ 6 －

病院施設番号：030540 臨床研修病院の名称：関西電力病院

※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。

<b>37. 研修医の処遇（続き）</b> <small>（基幹型・協力型記入）</small>	<b>研修手当</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px dashed black;">                     一年次の支給額（税込み）                      基本手当／月（ 300,000 円）                      賞与／年（ 170,040 円）                 </td> <td style="width: 50%;">                     二年次の支給額（税込み）                      基本手当／月（ 308,000 円）                      賞与／年（ 216,500 円）                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">                     時間外手当： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                      休日手当： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                 </td> </tr> </table>	一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 300,000 円） 賞与／年（ 170,040 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 308,000 円） 賞与／年（ 216,500 円）	時間外手当： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 休日手当： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
一年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 300,000 円） 賞与／年（ 170,040 円）	二年次の支給額（税込み） 基本手当／月（ 308,000 円） 賞与／年（ 216,500 円）					
時間外手当： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 休日手当： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	<b>勤務時間</b>	基本的な勤務時間（ 8：30 ～ 17：10 ） 24時間表記 休憩時間（ 12：00 ～ 13：00 ） 時間外勤務の有無： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	<b>休暇</b>	有給休暇（1年次： 15日、2年次： 20日） 夏季休暇（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） 年末年始（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） その他休暇（具体的に： ）				
	<b>当直</b>	回数（約 3回／月）				
	<b>研修医の宿舎（再掲）</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 有（単身用： 戸、世帯用： 戸） <input type="checkbox"/> 無（住宅手当： 円） <small>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。</small>				
	<b>研修医室（再掲）</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 有（ 1室） <input type="checkbox"/> 無 <small>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。</small>				
	<b>社会保険・労働保険</b>	公的医療保険（ 関西電力健康保険組合 ） 公的年金保険（ 厚生年金 ） 労働者災害補償保険法の適用（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）、 国家・地方公務員災害補償法の適用（ <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無） 雇用保険（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）				
	<b>健康管理</b>	健康診断（年 1～2回） その他（具体的に ）				
	<b>医師賠償責任保険の扱い</b>	病院において加入（ <input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない） 個人加入（ <input type="checkbox"/> 強制 <input checked="" type="checkbox"/> 任意）				
	<b>外部の研修活動</b>	学会、研究会等への参加： <input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 学会、研究会等への参加費用支給の有無： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	<b>院内保育所（再掲）</b>	院内保育所の有無（ <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無） <small>有を選択した場合、開所時間を記入してください（ 時 分 ～ 時 分）</small> 病児保育（ <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無） 夜間保育（ <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無） 上記保育所は研修医の子どもに使用可能か（ <input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可）				
	<b>保育補助（再掲）</b>	ベビーシッター・一時保育等利用時の補助（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） その他の補助（具体的に： ）				
	<b>体調不良時に休憩・授乳等に使用できる場所（再掲）</b>	休憩場所（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） 授乳スペース（ <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無）				
	<b>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）</b>	（ ）				
	<b>研修医のライフイベントの相談窓口（再掲）</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 窓口の名称がある場合記入（ 庶務課 ） 窓口の専任担当 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ 1名） <input type="checkbox"/> 無				
	<b>各種ハラスメントの相談窓口（再掲）</b>	窓口の名称を記入（ ハラスメント相談窓口 ） 窓口の専任担当 <input checked="" type="checkbox"/> 有（ 1名） <input type="checkbox"/> 無				
	<b>38. 研修医手帳（基幹型記入）</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	<b>39. 連携状況（基幹型記入）</b>	* 様式6に記入				

※欄は、記入しないこと。