# *総括*

## ■　機能種別

主たる機能種別「一般病院２」を適用して審査を実施した。

## ■　認定の種別

書面審査および6月8日～6月9日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別　　一般病院２　　認定

## ■　改善要望事項

・機能種別　一般病院２

該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は1953年に開院され、現在は、「最善の医療をめざし社会的貢献を果たす」ことを理念に掲げた公益財団法人として、東京都区西南部保健医療圏の急性期・地域医療を担う中核病院の一つとして位置付けられている。

医療の安全と質の向上を目指す意欲は高く、専門医療として先進的な治療を担当する股関節センター、気胸研究センター、リハビリテーションセンターなど、診療科の枠を超えた患者中心の連携体制を敷かれ、チーム医療の充実や職員のスキルアップ・キャリア形成を図り、活気ある病院運営に努力されている。また、回復期リハビリテーションセンター、地域包括ケア病棟の設置に加え、年間400件超の分娩件数に対応している産婦人科を有するなど、地域からの要請に応えている。臨床研修病院として医師の育成に加え、看護師、薬剤師をはじめ様々な医療関係職種の育成にも携わり、医療・介護に関する教育・啓発活動などにも熱心に取り組んでいる。

病院機能評価を継続的に受審しており、この度の更新受審では、地域医療支援病院の指定取得や病院の機能推進に伴う新棟建築計画等、さらに地域へ貢献すべく強い姿勢が見られた。院長・幹部職員を中心に活気ある病院運営に努力されていくことを期待する。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明確であり、内容についても定期的に検討され、院内外への周知もホームページ・広報誌・入院案内・院内掲示等により図られている。病院幹部は、病院組織において主導的役割を担って、課題解決に積極的に取り組まれている。また、病院の将来像や課題についても各会議を通して院長・幹部職員から明示

され、職員個々の就労意欲の向上にも積極的に取り組まれている。病院運営の意思決定会議は明確であり、定期的に開催され決定内容も職員に周知されている。中長期計画に基づいた単年度事業計画が作成され、リスクに対する病院の機能存続計画も整備されている。なお、年度事業計画を達成するために各部門・部署においては目標を設定し、組織的に取り組むことが望まれる。情報管理の方針は明確であり、医療の質の向上・運営の効率化につなげている。文書管理について、規程は作成されているが、実態に沿った内容となるよう見直しを期待したい。

人材の確保については、施設基準および医療法に沿った人員は適正に確保され、機能に見合った人員の獲得に努力されている。良好な労務管理を目指し、時間外勤務の削減とともに、充電休暇と称して有給休暇を取得しやすく工夫するなど、組織的対応に努力している。労働安全衛生委員会は毎月開催され、ホルムアルデヒド等を扱う場所の作業環境は良好であり、職員への精神的なサポート体制も整備されている。教育・研修は、積極的に実施されており未受講者対策も対応されているが、全職員を対象とした教育・研修の規程・方針を明確にして、委員会等を設置するなど病院組織全体での対応を期待したい。

３．患者中心の医療

最善の医療の遂行を目指して、患者の権利と責任を定め、院内外を含めて周知に努力し、セカンドオピニオンや社会的擁護についても権利を重視した対応を行っている。説明と同意の方針を明文化して日々丁寧に説明と同意が行われているが、書式の見直しと記載基準に則り、説明時・説明後の状況記載を徹底されることを望みたい。患者との情報共有や患者の医療への参加促進は、診療計画書や各診療科等に小冊子を配置するなど患者との情報共有を推進すると共に、学びの場を設け患者が自ら参加することを通じて医療への参加を促している。患者支援体制では、患者サポートセンターが中心となり、多職種が様々な相談内容に応じ、その情報は各部署とも連携している。虐待等についても外部関係機関への連絡を含む対応方法が明確にされている。個人情報の遵守に対する方針が明確であり、その周知も適切に実施されている。電子カルテの個人情報や患者のプライバシーは適切に保護されている。臨床における倫理的課題では、部署における単発的な検討に留まらず、病院として組織的かつ継続的に検討する仕組みと、職員が倫理的課題に対して意識的に取り組む姿勢の強化を期待したい。

病院の施設は、緑に囲まれた閑静な環境のもと、利便性や快適性が確保されている。バリアフリー構造含め高齢者や障害者にも適切に配慮されている。院内は診療・ケアに必要なスペースがあり、清潔面も確保されているなど療養環境は良好である。敷地内全面禁煙の周知に努められているが、全職員の喫煙調査を継続するなど、禁煙対策の強化を期待したい。

４．医療の質

院内の複数箇所に意見箱を設置して、患者・家族の意見を把握し質の改善につなげている。診療の質の向上に向けた活動として、各診療科のカンファレンスが活発

に行われており、多職種が積極的に参加している。クリニカル・パスの運用が推進され、適用率は40%以上であり、バリアンス分析とそれに伴う見直しも行われている。各種の臨床指標が収集されているが、その結果の報告は各部署・委員会に留まっている状況であるので、結果の評価・分析とそれに基づく組織横断的な改善活動を活発化し、病院組織全体で解決するような取り組みを期待したい。また、10年以上に渡ってTQM活動を継続しており、多職種で構成されたチームが毎年テーマを決めて業務改善活動に取り組んで成果もあげているが、TQMチームの活動は期間限定の場合が多く見られるので、今後はさらに継続的な活動にも期待したい。医学研究所を院内に設置し、大学病院に比するほどの多くの臨床研究が行われており、その審査・承認、情報開示、オプトアウトの周知の過程は適切である。新しい手術が積極的に導入されているが、組織的に倫理面、安全性を検討して承認する仕組みや、導入後のモニタリングへの対応も含めて、新たな技術の導入における一連のプロセスに関わる対応体制の整備が望まれる。

診療・ケアの責任体制は明確であり、病棟責任者はラウンドや病床訪問を実施し、診療やケアの実施状況を把握している。医師は、診療記録を適切に記載しているが、略語集の作成と併せて、質的点検の充実に向けて病院組織としての取り組みに期待したい。各病棟では多職種が参加したカンファレンスが開催され、緩和ケアをはじめNST、褥瘡ケア、ICTなど各チームが組織横断的・積極的に活動し、情報提供を行いながら診療・ケアに関わっている。

５．医療安全

医療安全管理室は副院長を室長として、看護師の専従医療安全管理者、医薬品安全管理責任者・医療機器安全管理責任者を専任で配置し、多部門の代表で構成する医療安全に関する委員会や医療事故調査委員会の設置もあるなど、体制が整備されている。医療安全管理規程やマニュアルを改訂し、全職員へポケットマニュアルを配布するとともに、電子カルテ上にも掲載していつでも活用できる形で周知されている。医療事故発生時には、調査委員会の他にワーキンググループが設置され、調査・分析・再発防止が検討されている。インシデント・アクシデントレポートは、全職員に向けて提出を促し、医師からの報告も積極的な啓発活動により増加傾向であることは評価される。院外の安全情報の活用は、院内研修や電子カルテで全職員へ途切れることなく共有されており適切に取り組んでいる。

患者誤認防止の取り組みとして、チューブやルート類が複数挿入された場合の間違い防止策や手術時の部位のマーキング方法、緊急時の口頭指示の伝達については、一部院内ルールの見直しを期待したい。医薬品の安全な使用に向けた対策や転倒・転落防止策は適切に実施されている。医療機器の安全な使用において、臨床工学技士による人工呼吸器等の作動確認や点検が行われるほか、機器を使用する看護師等への教育・研修も計画的に実施している。患者等の急変時対応として、緊急コードの設置と救急カートの内容は院内で標準化して整備され、ICLSの指導者育成とICLS研修が医療職へ定期的に実施されているなど力を入れた取り組みがなされている。

６．医療関連感染制御

感染防止対策の部門を設置し、専従 ICN1 名を配置している。感染対策委員会を毎月開催し、ICT は定期的に検討を行っており、感染制御マニュアルの整備・改訂も適切である。院内微生物サーベイランスを行い、中心ライン関連感染、尿道カテーテル関連感染を把握し検討している。今後、手術部位感染の把握も期待したい。アンチバイオグラムを年 1 回作成し、アウトブレイクの定義を明確にし、発生時の報告体制や各手順などを作成しており適切である。

病棟では、感染対策マニュアルに基づき、個人防護用具や速乾式消毒剤を設置し、手指衛生に努めている。感染性廃棄物、汚染リネンの取り扱い手順を定め、感染防止対策を実践している。感染性廃棄物容器の場所・置き方などを見直し、さらなる感染制御活動の実践が期待される。抗菌薬の使用に関しては、採用・中止を ICT で検討し、ICC で承認の後、薬事委員会で承認しているなど適正使用に向けた体制が構築され、適切である。抗菌薬の使用にあたっては、適正使用指針とマニュアルを作成し、抗菌薬投与は届け出制である。院内の分離菌感受性パターンの把握、起炎菌・感染部位の同定では 24 時間培養検査が可能で、手術開始前 1 時間以内の抗菌薬投与率は 100％で適切に行われている。今後、主治医へのフィードバックなど AST の積極的な介入を期待したい。

７．地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携については、地域の住民向けに「玉川病院ニュース」を年 4 回発行するとともに地域の医療施設等に向けた「連携だより」も年 4 回発行し、最新の医療技術や病院情報の発信を行っている。また、登録医療施設を主体に年 2 回の研究会を開催し連携の強化と地域の医療ニーズの収集を行っている。ホームページについては、全面的にリニューアルするなど分かりやすい情報発信に努力しているが、病院情報の迅速な掲載と臨床指標を掲載するなど、地域住民や患者に提供する情報の一層の充実を期待したい。

地域への教育・啓発活動については、市民公開講座を継続的に開催するとともに地元の小学校や地域へのイベントなどに積極的に参加し、医療情報の発信と健康増進の啓発を行っている。10 年以上にわたり写真コンテストを主催し地域住民との交流を深めるなど、地域に信頼される病院づくりを進めていることは評価される。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診の情報は、病院案内やホームページなどに明示され、初診患者には総合案内で円滑な誘導が行われている。受診時の緊急性、流行性疾患への対応も適切である。各種検査は、患者への十分な説明・同意のもと、検査中の観察も手順に沿って安全に配慮して実施されている。入院の決定は主治医が必要性を評価し、状況により上級医と相談可能であり、他科との連携もなされている。入院診療計画は、医師により基本方針が決定され、その後看護師など多職種で迅速に立案・作成している。各種医療相談は、多職種からなる患者サポートセンターで応じ、相談内容は保存され情報も共有されている。入院に際しては、入院支援室から十分な説明が行わ

れ、患者の不安の軽減に努めている。

医師は毎日回診し、患者の病態を把握して記録し、各種カンファレンスに参加してチーム医療のリーダーとしての役割を果たしている。看護業務は、基準・手順に沿って行われ、看護計画を立案し、個々の看護能力を高めつつ適切な病棟業務の運営に努力している。病棟に薬剤師を配置して安全な投薬・注射の実施に努めているが、ハイリスク薬剤の投与後の観察については、手順書を作成されると良い。周術期の対応として、麻酔科医から術前説明が行われ、患者確認・遺残防止・退室の判断等手順に沿って安全に配慮して行われている。

リハビリテーションは、病態に応じた目標・実施計画書を作成して実施されているが、訓練に伴うリスクについては、十分な説明を実施し同意を得ることが期待される。退院に向けて早期介入する仕組みが機能しており、在宅の継続療養も患者サポートセンターにより、在宅移行に向けた対応がなされている。ターミナルステージの治療・ケアについては、患者・家族の意向を重視し、多職種でカンファレンスを行いケアが実践されている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、採用医薬品の管理・保管、注射薬の取り揃え、持参薬の把握等が実施され、薬事委員会の活動も活発であるなど適切に機能が発揮されている。臨床検査は、24 時間体制で院内の検査に対応し、迅速な報告、精度管理、検体保存などが実施されている。パニック値の報告については医師に確実・迅速に伝わる仕組みの構築と周知の徹底が望まれる。画像診断は、必要に応じて迅速に実施され、読影は撮影当日に実施され、異常所見についての対応も適切である。栄養管理は、行事食や主食の選択制等患者の嗜好への対応を積極的に行い、適切な衛生管理・温度管理を実施している。リハビリテーションは、急性期から慢性期まで多様なニーズに対応し、訓練の系統的な実施と連続性を保ち、適切に取り組んでいる。診療情報管理は、電子カルテにより診療情報は一元的に管理され、診断名や手術名のコーディングも確実・迅速に対応しており評価される。医療機器管理は、臨床工学科で一元管理され、24 時間機器の貸し出しは可能であり、機器の取り扱いの研修も実施されている。洗浄・滅菌業務は、滅菌の精度管理も確実に行われている。

病理診断については、年間約 5,700 件の病理診断が実施されているなど努力されている。輸血・血液管理は、輸血療法委員会で使用状況を定期的に討議し、改善が図られているが、輸血廃棄率の低減に一層の努力を期待したい。手術・麻酔は、麻酔科部長と手術看護科のリーダーシップのもとで円滑な手術室運営が行われ、術前から術後までの管理も安全に配慮されている。救急医療は、救急科の専従医師を中心に各科の協力体制で、年間約 5,000 件の二次救急搬送を受け入れている状況であり努力されている。より一層の救急機能の発揮のために専従スタッフの増員がなされると良い。

１０．組織・施設の管理

予算編成は、各部署からの事業計画を含めた予算要求事項をもとに作成され、予算の執行状況や収支見込みは、各科連絡会議で職員に周知されている。また、監査も適正に実施されている。医師によるレセプト点検は全件行われており、返戻・査定は毎月開催している診療報酬委員会で対策などが協議されている。未収金回収は病院対応に加え法律事務所に委託するなどの対策もなされ、発生する未収金は少額に留まっている。業務委託は必要性や費用対効果などが検討され、交渉や契約締結が適正に行われている。実施状況については、定期的な業務報告書のほか委託業者と定期的に話し合いを行い、問題発生時には担当者への連絡体制も整備されている。

施設・設備の管理は、担当課や委託業者により保守点検等が実施され、医療ガス安全管理委員会も規程に則り年１回以上開催されている。感染性廃棄物の最終保管場所における廃棄物の管理については、規程の遵守を徹底することが望まれる。物品管理はSPDシステムが導入され、調達・在庫管理・搬送は良好であり、ディスポーザブル製品の再利用も禁止されている。建物の耐震化改修が行われ、2020年に災害拠点病院の認定を受けている。各種災害マニュアルが整備され防災訓練も年２回実施し、医薬品・水・食料は患者・職員の他、避難住民用も確保している。医療事故発生時のマニュアルは整備され、再発防止に向けた体制も適切である。

１１．臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、適切なプログラムに沿って研修が実施されている。指導医については、さらなる増員に向けた取り組みを期待したい。看護師をはじめ他の医療専門職も職種ごとに初期研修として系統的な教育計画に基づき育成が行われており、適切である。

学生実習の受け入れについては、窓口は一本化され、実習に係る指導者は明確であり、カリキュラムに沿って実習・評価が実施されている。実習者の予防接種状況は把握され、入院中の患者・家族への周知も十分実施されている。

# 1　患者中心の医療の推進

## *評価判定結果*

| | | |
|---|---|---|
| 1.1 | 患者の意思を尊重した医療 | |
| 1.1.1 | 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている | A |
| 1.1.2 | 患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている | B |
| 1.1.3 | 患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している | A |
| 1.1.4 | 患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している | A |
| 1.1.5 | 患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している | B |
| 1.1.6 | 臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる | B |
| 1.2 | 地域への情報発信と連携 | |
| 1.2.1 | 必要な情報を地域等へわかりやすく発信している | A |
| 1.2.2 | 地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している | A |
| 1.2.3 | 地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている | A |
| 1.3 | 患者の安全確保に向けた取り組み | |
| 1.3.1 | 安全確保に向けた体制が確立している | A |
| 1.3.2 | 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている | A |
| 1.4 | 医療関連感染制御に向けた取り組み | |
| 1.4.1 | 医療関連感染制御に向けた体制が確立している | A |
| 1.4.2 | 医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている | A |
| 1.5 | 継続的質改善のための取り組み | |
| 1.5.1 | 患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している | A |
| 1.5.2 | 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる | B |

| | | |
|---|---|---|
| 1.5.3 | 業務の質改善に継続的に取り組んでいる | B |
| 1.5.4 | 倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している | B |
| 1.6 | 療養環境の整備と利便性 | |
| 1.6.1 | 患者・面会者の利便性・快適性に配慮している | A |
| 1.6.2 | 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている | A |
| 1.6.3 | 療養環境を整備している | A |
| 1.6.4 | 受動喫煙を防止している | A |

# 2　良質な医療の実践１

## *評価判定結果*

| | | |
|---|---|---|
| 2.1 | 診療・ケアにおける質と安全の確保 | |
| 2.1.1 | 診療・ケアの管理・責任体制が明確である | A |
| 2.1.2 | 診療記録を適切に記載している | B |
| 2.1.3 | 患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している | B |
| 2.1.4 | 情報伝達エラー防止対策を実践している | B |
| 2.1.5 | 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している | A |
| 2.1.6 | 転倒・転落防止対策を実践している | A |
| 2.1.7 | 医療機器を安全に使用している | A |
| 2.1.8 | 患者等の急変時に適切に対応している | B |
| 2.1.9 | 医療関連感染を制御するための活動を実践している | B |
| 2.1.10 | 抗菌薬を適正に使用している | A |
| 2.1.11 | 患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している | B |
| 2.1.12 | 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている | A |
| 2.2 | チーム医療による診療・ケアの実践 | |
| 2.2.1 | 来院した患者が円滑に診察を受けることができる | A |
| 2.2.2 | 外来診療を適切に行っている | A |
| 2.2.3 | 診断的検査を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.4 | 入院の決定を適切に行っている | A |
| 2.2.5 | 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | A |
| 2.2.6 | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | A |
| 2.2.7 | 患者が円滑に入院できる | A |

| | | |
|---|---|---|
| 2.2.8 | 医師は病棟業務を適切に行っている | A |
| 2.2.9 | 看護師は病棟業務を適切に行っている | A |
| 2.2.10 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | B |
| 2.2.11 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.12 | 周術期の対応を適切に行っている | A |
| 2.2.13 | 重症患者の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.14 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | A |
| 2.2.15 | 栄養管理と食事指導を適切に行っている | A |
| 2.2.16 | 症状などの緩和を適切に行っている | A |
| 2.2.17 | リハビリテーションを確実・安全に実施している | B |
| 2.2.18 | 安全確保のための身体抑制を適切に行っている | B |
| 2.2.19 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている | A |
| 2.2.20 | 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している | A |
| 2.2.21 | ターミナルステージへの対応を適切に行っている | B |

# 3　良質な医療の実践２

## *評価判定結果*

| | | |
|---|---|---|
| 3.1 | 良質な医療を構成する機能１ | |
| 3.1.1 | 薬剤管理機能を適切に発揮している | A |
| 3.1.2 | 臨床検査機能を適切に発揮している | B |
| 3.1.3 | 画像診断機能を適切に発揮している | A |
| 3.1.4 | 栄養管理機能を適切に発揮している | A |
| 3.1.5 | リハビリテーション機能を適切に発揮している | A |
| 3.1.6 | 診療情報管理機能を適切に発揮している | A |
| 3.1.7 | 医療機器管理機能を適切に発揮している | A |
| 3.1.8 | 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している | B |
| 3.2 | 良質な医療を構成する機能２ | |
| 3.2.1 | 病理診断機能を適切に発揮している | B |
| 3.2.2 | 放射線治療機能を適切に発揮している | NA |
| 3.2.3 | 輸血・血液管理機能を適切に発揮している | B |
| 3.2.4 | 手術・麻酔機能を適切に発揮している | A |
| 3.2.5 | 集中治療機能を適切に発揮している | A |
| 3.2.6 | 救急医療機能を適切に発揮している | A |

# 4　理念達成に向けた組織運営

## *評価判定結果*

| | | |
|---|---|---|
| 4.1 | 病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ | |
| 4.1.1 | 理念・基本方針を明確にしている | A |
| 4.1.2 | 病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している | A |
| 4.1.3 | 効果的・計画的な組織運営を行っている | B |
| 4.1.4 | 情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している | A |
| 4.1.5 | 文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある | B |
| 4.2 | 人事・労務管理 | |
| 4.2.1 | 役割・機能に見合った人材を確保している | A |
| 4.2.2 | 人事・労務管理を適切に行っている | A |
| 4.2.3 | 職員の安全衛生管理を適切に行っている | A |
| 4.2.4 | 職員にとって魅力ある職場となるよう努めている | A |
| 4.3 | 教育・研修 | |
| 4.3.1 | 職員への教育・研修を適切に行っている | B |
| 4.3.2 | 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている | A |
| 4.3.3 | 専門職種に応じた初期研修を行っている | A |
| 4.3.4 | 学生実習等を適切に行っている | A |
| 4.4 | 経営管理 | |
| 4.4.1 | 財務・経営管理を適切に行っている | A |
| 4.4.2 | 医事業務を適切に行っている | A |
| 4.4.3 | 効果的な業務委託を行っている | A |

| | | |
|---|---|---|
| 4.5 | 施設・設備管理 | |
| 4.5.1 | 施設・設備を適切に管理している | B |
| 4.5.2 | 物品管理を適切に行っている | A |
| 4.6 | 病院の危機管理 | |
| 4.6.1 | 災害時の対応を適切に行っている | A |
| 4.6.2 | 保安業務を適切に行っている | A |
| 4.6.3 | 医療事故等に適切に対応している | A |

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2021 年 3 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 公益財団法人 日産厚生会 玉川病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 公益法人

I-1-4 所在地 ： 東京都世田谷区瀬田4-8-1

I-1-5 病床数

| | 許可病床数 | 稼働病床数 | 増減数(3年前から) | 病床利用率(%) | 平均在院日数(日) |
|---|---|---|---|---|---|
| 一般病床 | 389 | 378 | +0 | 77.7 | 17.5 |
| 療養病床 | | | | | |
| 医療保険適用 | | | | | |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 389 | 378 | +0 | | |

I-1-6 特殊病床・診療設備

| | 稼働病床数 | 3年前からの増減数 |
|---|---|---|
| 救急専用病床 | | |
| 集中治療管理室 (ICU) | | |
| 冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU) | | |
| ハイケアユニット(HCU) | 8 | +0 |
| 脳卒中ケアユニット(SCU) | | |
| 新生児集中治療管理室 (NICU) | | |
| 周産期集中治療管理室 (MFICU) | | |
| 放射線病室 | | |
| 無菌病室 | | |
| 人工透析 | 20 | +0 |
| 小児入院医療管理料病床 | | |
| 回復期リハビリテーション病床 | 41 | +0 |
| 地域包括ケア病床 | 44 | +0 |
| 特殊疾患入院医療管理料病床 | | |
| 特殊疾患病床 | | |
| 緩和ケア病床 | | |
| 精神科隔離室 | | |
| 精神科救急入院病床 | | |
| 精神科急性期治療病床 | | |
| 精神療養病床 | | |
| 認知症治療病床 | | |

I-1-7 病院の役割・機能等 ：

災害拠点病院(地域),DPC対象病院(Ⅲ群)

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1臨床研修病院の区分

医科 ■ 1) 基幹型 ■ 2) 協力型 ■ 3) 協力施設 □ 4) 非該当
歯科 □ 1) 単独型 □ 2) 管理型 □ 3) 協力型 □ 4) 連携型 □ 5) 研修協力施設
■ 非該当

I-1-8-2研修医の状況

研修医有無 ● 1) いる 医科 1年目： 4 人 2年目： 3 人 歯科： 0 人
○ 2) いない

I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

電子カルテ ● 1) あり ○ 2) なし 院内LAN ○ 1) あり ● 2) なし
オーダリングシステム ○ 1) あり ● 2) なし PACS ● 1) あり ○ 2) なし

I-2 診療科目・医師数および患者数

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

| 診療科名 | 医師数(常勤) | 医師数(非常勤) | 1日あたり外来患者数(人) | 外来診療科構成比(%) | 1日あたり入院患者数(人) | 入院診療科構成比(%) | 新患割合(%) | 平均在院日数(日) | 医師1人1日あたり外来患者数(人) | 医師1人1日あたり入院患者数(人) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 内科 | 0 | 0.4 | 52.59 | 7.01 | 112.84 | 37.08 | 24.02 | 18.49 | 131.46 | 282.11 |
| 呼吸器内科 | 4 | 0 | 36.31 | 4.84 | | | 8.70 | | 9.08 | |
| 循環器内科 | 3 | 0 | 54.27 | 7.23 | | | 4.41 | | 18.09 | |
| 消化器内科（胃腸内科） | 4 | 0 | 39.94 | 5.32 | | | 10.83 | | 9.99 | |
| 腎臓内科 | 2 | 0 | 12.03 | 1.60 | | | 3.53 | | 6.02 | |
| 神経内科 | 2 | 0 | 20.65 | 2.75 | | | 7.93 | | 10.33 | |
| 糖尿病内科（代謝内科） | 2 | 0 | 26.40 | 3.52 | | | 2.26 | | 13.20 | |
| 皮膚科 | 2 | 0.3 | 59.89 | 7.98 | 3.87 | 1.27 | 9.22 | 9.70 | 26.04 | 1.68 |
| リウマチ科 | 1 | 0 | 8.57 | 1.14 | 0.00 | 0.00 | 3.68 | 0.00 | 8.57 | 0.00 |
| 小児科 | 2 | 0.2 | 9.32 | 1.24 | 0.15 | 0.05 | 34.99 | 2.67 | 4.24 | 0.07 |
| 心療内科 | 0 | 0.3 | | | 0.00 | 0.00 | | 0.00 | | 0.00 |
| 外科 | 7 | 0.2 | 24.04 | 3.20 | 34.57 | 11.36 | 9.47 | 10.37 | 3.34 | 4.80 |
| 呼吸器外科 | 5 | 0 | 11.51 | 1.53 | | | 20.05 | | 2.30 | |
| 乳腺外科 | 1 | 0 | 6.71 | 0.89 | | | 9.91 | | 6.71 | |
| 泌尿器科 | 3 | 0.5 | 35.92 | 4.79 | 4.36 | 1.43 | 8.75 | 7.28 | 10.26 | 1.24 |
| 脳神経外科 | 2 | 0 | 10.84 | 1.44 | 3.27 | 1.07 | 31.50 | 19.40 | 5.42 | 1.63 |
| 整形外科 | 11 | 0.9 | 119.06 | 15.87 | 82.32 | 27.05 | 14.18 | 19.33 | 10.01 | 6.92 |
| 形成外科 | 0 | 0.6 | 2.45 | 0.33 | | | 7.28 | | 4.08 | |
| 眼科 | 2 | 0.6 | 49.60 | 6.61 | 1.59 | 0.52 | 7.51 | 1.43 | 19.08 | 0.61 |
| 耳鼻咽喉科 | 0 | 2.5 | 17.66 | 2.35 | 0.00 | 0.00 | 19.63 | 0.00 | 7.06 | 0.00 |
| 産婦人科 | 5 | 0.2 | 36.49 | 4.86 | | | 8.16 | | 7.02 | |
| リハビリテーション科 | 5 | 0 | 33.24 | 4.43 | 35.53 | 11.68 | 0.71 | 108.07 | 6.65 | 7.11 |
| 放射線科 | 1 | 0.8 | 0.21 | 0.03 | 0.00 | 0.00 | 62.90 | 0.00 | 0.12 | 0.00 |
| 麻酔科 | 5 | 1.8 | 9.64 | 1.28 | 0.00 | 0.00 | 47.00 | 0.00 | 1.42 | 0.00 |
| 病理診断科 | 1 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 臨床検査科 | 1 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 救急科 | 1 | 0 | 22.12 | 2.95 | 18.65 | 6.13 | | 23.56 | 22.12 | 18.65 |
| 歯科 | 1 | 0.4 | 11.65 | 1.55 | 0.00 | 0.00 | 38.26 | 0.00 | 8.32 | 0.00 |
| 東洋医学 | 0 | 0.3 | 5.67 | 0.76 | 0.00 | 0.00 | 1.81 | 0.00 | 18.90 | 0.00 |
| 健診科 | 0 | 0.4 | 33.55 | 4.47 | 0.00 | 0.00 | | 0.00 | 83.87 | 0.00 |
| 内科専攻医 | 5 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 研修医 | 8 | 0 | | | | | | | | |
| 全体 | 86 | 10.4 | 750.33 | 100.00 | 304.30 | 100.00 | 11.03 | 16.63 | 7.78 | 3.16 |

I-2-2 年度推移

| | 実績値 | | | 対 前年比% | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 昨年度 | 2年前 | 3年前 | 昨年度 | 2年前 |
| 年度(西暦) | 2019 | 2018 | 2017 | 2019 | 2018 |
| 1日あたり外来患者数 | 694.66 | 722.49 | 706.19 | 96.15 | 102.31 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 82.77 | 77.51 | 80.02 | 106.79 | 96.86 |
| 新患率 | 11.92 | 10.73 | 11.33 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 304.30 | 291.41 | 291.35 | 104.42 | 100.02 |
| 1日あたり新入院患者数 | 18.27 | 18.77 | 18.05 | 97.34 | 103.99 |