

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」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 26 日～6 月 28 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 3	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

大学附属病院の本院が教育・研究を含めた役割・機能を担う中で、2 つ目の附属病院として、市民に対する診療と優れた人材の育成を重視した理念・基本方針のもとに、運営されている病院であり、医学部附属病院ではなく、大学本部の直轄となっている。地域医療を重視する姿勢は、救急応需や増加し続ける新入院患者数等に顕れている。長年にわたる初期臨床研修医マッチング率 100%は、貴院が初期研修医からも高く評価されていることを示している。特定機能病院ではないが、特定機能病院を主たる対象とする機能種別「一般病院 3」の評価項目に即して、自院の機能をより高い水準で評価し、その向上を目指そうとする姿勢は、高く評価される。以下にカテゴリーごとの総括を記載するが、評価項目別評価結果とともに、本報告書が、今後の貴院の発展に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

地域への医療提供と優れた人材の育成を重視する理念・基本方針が定められ、ホームページ、院内掲示、パンフレット等への掲載によって周知が図られている。病院の役割・機能が明確になっており、中期計画が立てられ職員に示されている。職員の前向きな姿勢が感じられ、執行部のリーダーシップは適切に発揮されている。病院は大学直轄で、医学部の過度な介入は最大限排除される組織形態であるが、事務組織が病院管理者と大学本部両者の指示命令系統下となる組織であるため、上部組織における調整の仕組みが重要と思われる。

院内で取り扱う情報の統合的な管理を行い、情報の管理・活用の方針を明確にしている。また、計画的な情報システムの導入を行い、得られた医療情報をもとに病

院運営に活用しており適切である。文書管理は規程に基づいて行われている。また、電子稟議による承認の仕組みも整備されている。なお、医療・ケアの現場で使用する規程やマニュアルについては整理中であり、今後の整備に期待したい。

法令や施設基準等に見合った必要な人材が確保され、継続的な人材確保・充実に取り組まれていることは評価できる。なお、貴院の機能や規模および業務量からみると、一部の職種について増員を望みたい。人事に関する各種規則・規程を整備し、職員への周知も図られている。職員の出退勤の把握は、今後はより客観的な方法に改めるよう検討されたい。安全衛生委員会は適切に機能している。また、公務災害や職業感染、および職員の精神的なサポートについても適切に対応できる体制が整備されている。職員の意見・要望の把握に努めており、就労支援への対応は適切である。院内厚生施設の活用に加え、横浜市職員共済組合の福利厚生サービスを受けられる仕組みとなっているなど、配慮されている。

院内の教育・研修について一元管理している。また、必要性の高い課題についての教育・研修も適切に行っており、e-learning システムを活用し、受講状況の把握や教育・研修効果を高める仕組みも確立しており、評価できる。職員の能力評価は、職種により実施状況が異なっているが、病院としての仕組みの整備が期待される。

3. 患者中心の医療

患者の基本的権利を明文化し、周知して実践の場で擁護に努めている。インフォームド・コンセントに関わる取得の基準・手順、書式の統一に向けた見直しと整備が促進されている。今後は実施状況の把握・管理と、さらなる意思決定支援の充実について取り組みを期待したい。患者に医療への参加を促し、対話を促進しながら診療情報の共有に努めている。院内に総合サポートセンター、がん相談支援センター等が設置され、患者からの様々な相談に対応している。

個人情報保護については取り扱い指針やマニュアルを定め、職員への周知も図っている。診療および生活上におけるプライバシーに配慮しており適切である。医療情報活用の際に使用されるデバイスについては、実態の把握と適正化が進められているので、今後さらに管理を徹底することが期待される。臨床倫理委員会が倫理問題の審議を実施し、臨床倫理コンサルテーションチームが組織されて機能し始めており、今後とも、臨床倫理的な課題に取り組む努力を継続するよう期待したい。

病院内での外来待ち時間の自由度向上を目的とし、呼び出しベルを配布するなど、利便性に配慮している。また、院内全域にわたりバリアフリーを実現している。院内の各種案内表示は、ピクトグラムの採用や表示を大きくすることにより、高齢者にも見やすく分かりやすいよう工夫されている。病院の療養環境は快適性・清潔性・安全性を有し、患者にやさしい環境となっている。病院敷地内における禁煙方針は徹底され、病院ホームページをはじめ入院手帳に示されており、院内・院外における掲示もなされている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見等については事例検討会に報告され、対応策や再発防止策が検討されて、必要に応じTQM委員会において多職種参加の上で検討されている。臓器別症例検討会では多職種が参加して、治療方針などが熱心に検討されている。クリニカル・パスを積極的に活用しており、利用率も一定の水準にある。一方、病院全体として取り組むがんサージカルボード、M&MそしてCPCなど、診療の質の改善に寄与するカンファレンスの積極的な開催が期待される。幹部ミーティングを開催し、病院の課題に速やかに対応している。新規医療技術および未承認薬の申請について、継続的に職員への周知を図ることを期待したい。

診療の管理・責任体制は明確であり、医療チームとしての診療・ケア体制は患者・家族に分かりやすく示されている。診療記録はマニュアルに基づき適時に記載されている。退院時サマリーの2週間以内作成率の一層の向上と、質的点検を活用した記載内容の充実が望まれる。患者・家族等が抱えている倫理的課題の多くは、入院後の様々な機会に情報収集し、問題を抽出して、検討されている。診療科間での症例検討会、多職種によるチーム医療によって、患者の診療・ケアが丁寧実践されている。

5. 医療安全

副病院長である統括安全責任者の管理のもと、医療の質・安全管理部が医療安全指導者を中心に、医療安全推進に向けた組織横断的な活動を行っている。アクシデント・インシデント報告の件数増加に向けた取り組みが継続的に行われており、安全文化調査では「出来事の報告される頻度」が上位にランクされ、報告する文化が根付いている。

誤認防止に向けた患者確認は、各種ルールに従いおおむね適切である。口頭指示票への使用可能な単位等の記載や診断報告書の重要所見の未読防止対策など、さらに細部にわたる安全確認の継続を期待したい。医薬品安全管理者、安全管理部との連携により医薬品の医療安全対策が図られている。転倒・転落リスクシートを用いて評価されたリスクに応じて看護計画を立案し、対策を実施している。また、リハビリ部による乗降訓練も実施している。今後は、転倒・転落発生に対する詳細な分析とその分析結果を活用した具体的な転倒・転落防止策の強化を期待したい。

ほとんどの医療機器の教育はおおむね適切である。院内緊急コードについては、運用方法やコール基準が周知されており、実績もある。職員対象のBLS研修については、受講率を高めることが必要であり、継続的な取り組みを期待する。

6. 医療関連感染制御

感染制御部が設置され、医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師など多職種による、医療関連感染制御に向けた適切な取り組みがある。感染制御チーム、抗菌薬適正使用支援チームが組織され、積極的な取り組みが行われている。感染対策委員会等が組織され、定期的な検討が行われている。アウトブレイクが疑われる場合の対応も適切である。

SSI や CLABSI などのターゲットサーベイランスは適切に評価・分析されており、JANIS へも参加している。地域連携も、加算連携施設に対し、指導的な役割を十分に果たしている。院内 ICT ラウンド、教育・研修についても適切に実施されている。医師を含む手指衛生の徹底に向けては、より具体的な対策実施を期待したい。

抗菌薬の使用に関しては、院内のガイドラインを定期的に見直し、初期抗菌薬の選択、デ・エスカレーションの実施、特定抗菌薬の届出制・許可制の実施、使用状況のモニタリング、薬剤感受性の保持など、感染制御部を中心に各診療科とも連携して適正使用を推進している。

7. 地域への情報発信と連携

病院利用者が必要とする情報は、ホームページに詳細に掲載されている。患者向け広報誌と、地域医療機関向け「地域連携だより」を発行・配布している。診療実績の公開については、DPC の公開情報の他にがん手術実施後の生存率を公開する等、幅広く情報が公開されており適切である。院内に地域医療支援事業委員会を設置し、地域医療支援病院として地域医療機関と密接な連携を進めている。地域医師会との様々な会議や研修会を開催している。また、地域医療機関からのニーズの把握に努め、的確に病院の運営体制に反映させている。

地域に向けた教育・啓発活動として、市民公開講座の開催に加え、市医師会をはじめとした地域医師会との共同による、医療従事者向けの地域医療研修会を開催している。参加者のニーズを把握し、今後の開催内容に反映させる取り組み等もある。看護部においては、院内の看護研修会を地域の医療機関に開放する等の試みも行われている。さらに、県政の課題を解決することを目的とした「大学発・政策提案事業」に、貴院が提案した慢性痛対策普及啓発事業が採択され、今後、県内幅広い地域に向けた講演会や研修、ワークショップの開催を企画している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を案内しており、円滑な診療が受けられるよう配慮されている。また、待ち時間短縮に努められている他、待つことの苦痛軽減にも取り組まれている。さらに、外国語通訳の派遣や通訳タブレットの活用など、外国人への円滑な診療支援を実施しており適切である。患者に関する情報収集は、多職種の下、適切に実施されている。外来診療における患者や家族への説明内容は、電子カルテに記載され、心情への配慮もあり適切である。診断的検査においてはリスクを含めた説明が行われ、同意書を取得している。内視鏡検査・処置、造影剤を用いた画像診断の実施は、安全に十分配慮した設備と体制が整備されており、適切である。

入院は、医学的判断に基づき決定されている。病床管理は、入院病床に関する患者の希望に配慮しながら、病床管理担当者により弾力的な運用が行われている。多職種で診療計画が立案され、患者用クリニカル・パスも有効に活用されている。患者・家族の相談対応は看護師・MSW・事務など多職種連携により実践されている。

病院で作成された「入院手帳」を用いて、入退院の手続きや入院中の生活等について、わかりやすく説明されている。初めて入院する患者については、看護助手が迎えに行き、病棟まで同行することで、患者や家族の不安軽減に努めている。

医師のリーダーシップのもとに日常の病状の分析と治療方針の策定が行われ、回診、診療録の記載が適切に行われている。看護の業務基準や看護手順は整備され、必要に応じて改訂されている。看護方式は、継続受け持ちペア看護方式を導入し、日常生活援助や診療の補助業務を適切に実施している。薬剤の確実・安全な投与については、病院で定めた確認方法が実践されている。輸血は輸血療法マニュアル収載の適応判断と実施手順に基づき適切に実施されている。手術・麻酔の適応と方法、ハイリスク症例については麻酔科医、担当診療科医、手術室看護師、関係診療科医を含めて、手術の可否、術式などが検討されている。術中、術後の管理も麻酔科医、看護師により適切に行われている。重症患者の管理については、豊富な集中治療病床を有し、それらが連携して病態に応じた診療・ケアが行われている。易感染の移植患者や感染症患者の管理も、適切な機能を有する個室での管理が行われており、評価できる。

入院時全患者に対して褥瘡発生のリスク評価を実施し、リスクの高い患者や褥瘡が発生している患者については、褥瘡計画を立案してケアを提供している。栄養管理においては、管理栄養士の役割拡大を踏まえ積極的な関与が期待される。痛みのマネジメント、呼吸困難の緩和、消化器症状への対策などについてまとめたガイドラインに基づいて症状緩和に努めている。症状緩和が困難な患者については、緩和ケアチームによる対応も適宜行われている。全てのリハビリ実施計画の策定に際し、リハビリ科医師が診察している。実施前後の評価も定量的に実施されている。身体抑制については、多職種による検討の強化など、対応の充実を期待したい。

退院支援については、患者・家族が安心して療養生活を継続できるように、さらなる退院支援看護師と病棟との連携を期待したい。退院後の医療が必要な患者に対して、地域医療機関との連携による支援が適切に行われている。DNAR については、最近作成した DNAR に関する方針決定フローチャートに基づき、おおむね適切に対応している。今後、現場への一層の浸透が期待される。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、全ての注射処方には薬剤師が関与し、1 施用単位で払い出しを行う方針を基本として、取り組みを推進することが期待される。臨床検査は検体採取から結果報告まで適切に機能している。部門内の安全管理が徹底され継続的に機能し、スタッフの教育プランが策定され、人材育成の仕組みが構築されており、安全性と品質の保証に寄与しているなど、評価できる。画像診断は、救急部門にも CT、MRI の検査装置を備え、24 時間体制でタイムリーな画像検査が行われている。

患者食は、朝、夕は選択メニューが用意されるとともに、アレルギー食や嚥下調整食の対応をはじめ、患者の多様な嗜好に対応するためのメニューが用意されている。既存のメニューでは対応できない場合は個別献立で対応する等、患者本位の栄養機能が発揮されている。リハビリ機能は、E-ICU や G-ICU でのリハビリの積極的

な取り組みの一方、療法士の人員制約から、提供単位数が少ない場合が生じており、より質の高いリハビリ提供のため、機能強化が望まれる。診療情報管理部門を設置し診療情報の一元管理が行われ、診療記録の量的点検が行われている。また、診断名や手術名のコード化を行い、コード化された症例はデータベース化し病院運営に活用している。輸血・血液管理部門は輸血部として独立し、輸血用製剤の発注・保管・供給・返却が確実に行われている。洗浄・滅菌業務は、適切に教育を受けた外部委託職員が行っている。既滅菌物の所在や使用期限についてはコンピュータシステムで把握しており、期限切れの器材が使用されないように管理されている。

病理検体処理に関して、細心な処理システムを通じて交差を起こさないプロセス、複数病理医によるダブルチェックなどにより診断精度が担保されている。報告書、標本の保管、危険性の高い薬品類の保管・管理も適切である。放射線治療計画の作成とシミュレーションの実施は、専門医と専門技師らにより適切に行われている。医局購入の医療機器については、管理の一元化が進められているので、今後の拡充を期待したい。手術室について、効率的に使用するスケジュール管理が行われている。誤認を回避する仕組みが機能し、術中患者管理、合併症予防対策が適切に実施されており、評価できる。

外傷患者、緊急分娩への緊急対応が機能している。病態・機能別に設置された豊富な集中治療室に、機能に合わせた多職種の人材と設備・機材が適切に配置されて、高い集中治療機能が発揮されている。救急医療は、豊富な人材と重症患者に対応できる病床・機器を背景に、夜間・休日の体制も整備され、地域の中核としての極めて優れた機能を果たしている。

10. 組織・施設の管理

経営・財務管理については、会計規則や規程等を定め、会計処理が適正に行われている。また、財務諸表も適切に作成しており、公認会計士による会計監査についても適切に実施されている。医事業務における窓口の収納業務やレセプト作成における一連の作業は手順に則り、医師の点検のもとに適切に行っている。業務委託については、委託の是非が検討され、委託業者の選定の手続きも適切に行われている。また、委託業務の質の管理や、委託業務従事者に対する教育も実施しており、事故発生時にも適切に対応できる体制が確保されている。

日常点検の実施や建物および機器等に関する保守管理が適切に実施されている。また、建物の経年による老朽化対策の一環として、建物劣化診断を実施し、調査結果をもとに中期・長期における建物の修繕計画を策定している。医療材料についてはSPDを採用している。医療材料の適正価格での調達を目指し、価格交渉にはベンチマークシステムを活用している。

災害対策マニュアルを作成し、災害時を想定した災害対策実働訓練の実施や、夜間や休日等、少ない職員体制を想定した火災訓練、机上シミュレーション訓練も実施されている。災害に対する備えとしてe-learningにより職員全員が研修できる機会を用意している。さらに、災害対策チーム（DMAT）を編成しており、その他

DPAT 隊や横浜市消防局と協力し「YMAT」も編成している。院内の保安体制は業務委託より運営されている。警備業務の内容や非常時の対応方法は明確化されている。院内で発生した特殊事案については速やかに報告され、必要に応じて院内で情報共有される仕組みとなっている。院内で暴力事案が発生した場合の対応も明確化され、保安体制は良好である。

医療事故発生時の対応手順は整備されており、職員にも周知されている。医療事故調査制度に則った院内事故報告事例の仕組みも整っている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師研修医・歯科医師研修医については臨床教育・研修センターが主管し、研修計画の立案、研修の実施、評価等の一連の業務が適切に遂行されている。研修の実施にあたり研修医 4～5 名に対し指導医 1 名が担当し、研修終了までの間、研修医からの相談やメンタルケア等きめ細かな対応を実施している。初期研修は、主に診療科ローテーションによる OJT と集合研修で構成され、集合研修は、新規採用者オリエンテーション、アフタヌーンセミナー、ランチョンセミナー、ランチミーティングおよび e-learning 等で構成されている。評価は EPOC、研修レポート、看護師長評価等、多面的評価を取り入れている。また、それ以外の職種については、委員会により看護師、薬剤師、ME、事務等の初期研修計画が用意されている。

実習生受け入れ要綱を策定し、各職種の学生を受け入れている。カリキュラムに沿った実習を行い、実習生および実習内容の評価も適切に行われている。実習生の受け入れに際しては医療安全・医療関連感染制御に関する対応や患者・家族との関わり方の取り決めに説明した上で、病院実習を適切に行っている。

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	B
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	A
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・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	B
2.1.7	医療機器を安全に使用している	B
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	B
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	A
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	S
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	B
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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	S
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	B
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	B
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	B
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A
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	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	S
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	S

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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	B
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	B
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	A
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 神奈川県横浜市南区浦舟町4-57

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	676	676	+0	91.1	11.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	50	50	+0	74.7	50.9
結核病床					
感染症病床					
総数	726	726	+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	47	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	6	+0
ハイケアユニット (HCU)	10	+10
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室		
無菌病室	20	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	30	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
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	5	+0
精神科救急入院病床	45	+0
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院 (Ⅱ群), 総合周産期母子医療センター

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： 31 人 2年目： 34 人 歯科： 4 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

[illegible]

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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	1,998.43	1,957.52	1,949.42	102.09	100.42
1日あたり外来初診患者数	177.91	166.68	156.95	106.74	106.20
新患率	8.90	8.51	8.05		
1日あたり入院患者数	653.10	653.70	642.30	99.91	101.77
1日あたり新入院患者数	54.85	52.80	50.11	103.88	105.37