

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」及び副機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および5月15日～5月17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	条件付認定（6ヶ月）
機能種別	精神科病院（副）	認定

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
  1. 情報伝達エラー防止対策に関して貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（2.1.4）
  2. 投薬・注射に関して貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（2.2.10）
  3. 診療記録の量的点検に関して貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（3.1.6）
- ・機能種別 精神科病院（副）
 

該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、前身の時代を含め約70年の歴史を有する医療機関であり、北関東における有数の拠点病院として位置づけられている。また、大学病院として唯一の重粒子線がん治療を行っている他、これまで数多くの高度先進的な医療を提供してきた。近年の医療事故を契機に、病院運営や日常診療における取り組み姿勢を大きく見直すこととなったが、今回の病院機能評価では、この間、病院長をはじめとする全職員が一丸となり、病院の信頼回復に努めてきた状況が、院内各所で多数見受けられた。特に、説明と同意のプロセスへの新しい取り組みや、新たな医療技術の導入に向けた院内体制の整備状況には、卓越したものがある。その一方で、医療安全管理という視点では、更なる検討や改善が望まれる領域等がいくつかみられた。

秀でている取り組みは更に伸ばし、検討や改善が望まれる領域には更なる補強を行うことで、貴院の理念の実質的達成に努められたい。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針は明文化され、院内外への周知も図られている。過去の経緯から、病院の運営面などで大きな改善行動が求められていた状況下、病院長を中心に、院内の幹部職が適切にリーダーシップを発揮して様々な改革を行ってきた。事務部門に関しては、組織図上の位置づけがやや分かりにくい面はあるが、おおむね適切な組織運営ならびに業務対応を行っている。

病院の役割や機能に見合った人材が確保されている。人事・労務管理に関しては、直近の法改正を踏まえ、医師の勤怠管理について検討の余地がある。また、安全衛生委員会の活動等が適正に行われているが、看護師による抗がん剤投与時のPPE 着用については継続的な遵守を期待したい。

職員満足度調査などを利用し、職員からの意見収集が適宜実施され、福利厚生面での対応などにも問題はない。職員教育に関して、医療安全や感染対策などの法的研修は、担当部署によって出欠管理等が確実に行われているものの、病院全体として行うべきその他の教育や研修などを統括管理できる場の設置も期待したい。職員の能力評価や能力開発などはおおむね適切になされている。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利等は明文化され、院内外への周知も図られている。診療記録の開示に関しては、積極的な取り組みが行われている。説明と同意に関しても、医療の質・安全管理部の責任者がインフォームド・コンセントの責任者となり、様々な改革に取り組んできた経緯は評価できる。今後は、現状動いている、希望患者による「診療情報閲覧」や「IC 内容の録音提供」などについて、さらに良い在り方が検討されていくことが望ましい。患者との診療情報の共有には、患者用クリニカル・パスや各種パンフレットなどが活用され、患者・家族からの各種相談には「患者支援センター」が一元的な窓口として対応できている。今後は、児童虐待のみならず、高齢者虐待・障害者虐待などへの対応がより進められると良い。

個人情報の保護に関しては、おおむね適切な対応が取られている。臨床倫理に関しては、病棟など各部門で議論や検討などが十分なされており、病院全体として話し合う場も用意されているが、院内で遭遇しやすい倫理的課題に対して、病院としての具体的指針や手順等をより明確にすると、なお良い。療養環境の整備に関しては、患者および面会者への利便性・計適性への配慮が随所でなされ、一部建物の老朽化等による問題はあるものの、現場での工夫や対応が図られている。受動喫煙防止に向けた取り組みなども適切である。

## 4. 医療の質

患者・家族等からの意見は、各フロアに設置された意見箱や退院時アンケート調査などで収集され、その内容に応じた対応が、優先度にも配慮して行われている。診療の質向上という視点では、数多くのカンファレンスが院内で開催されている。他、各種ガイドラインに準拠した診療プロセスが実践されている。クリニカル・パスは300種類以上の利用実績があるものの、バリエーション分析は行われておらず検討

が望まれる。臨床指標に関しては、既存のクリニカル・インディケーター、クオリティ・インディケーターだけでなく、病院独自で作成した指標等の作成や「QI Board」を利用した活動がなされている。今後は、病院全体として重視する臨床評価指標などの継続的な評価なども試みられると良い。

業務の質改善に向けて、部門横断的な活動などに積極的に取り組んでおり、医療の質・安全管理部門による様々な試みは評価したい。特に、院内の各種カンファレンスの相互チェックや院内職員による病院機能評価相互チェックなどは、望ましい活動と考えられる。新たな技術導入や新規医薬品・医療機器等の導入にあたっては、先端医療開発センターが窓口となり、審議機能やモニタリング機能などを一元的に担っている点は高く評価したい。さらに、ハイリスク事例や倫理面での判断困難事例などの検討が、臨床倫理委員会・臨床倫理専門委員会等で対応されている点も高く評価できる。

病棟や外来などの責任体制は明確である。診療記録の管理に関しては、マニュアル等が整備され、その中で略語の使用制限などにも言及がなされている。診療記録の質的点検もおおむね適切に行われている。その他、多職種が協働したチーム医療も良好に機能している。

## 5. 医療安全

医療の質・安全管理部を中心とする医療安全確保に向けた体制は適切であり、関係職員の配置なども充実している。マニュアルなどの整備も確実に行われ、ポケットマニュアル等による職員への各種ルールの周知も適切になされている。また、各種情報の収集にも積極的に取り組んでおり、インシデント・アクシデントなどの事例検討の他、手術室・ICU 部門などハイリスク部門における診療状況の把握などにも努めている。

現場での具体的な対応面では、患者誤認防止に向けた複数 ID による確認等が確実に実施され、サイトマーキングによる部位誤認防止策なども実践されている。情報伝達に関して、指示出し・指示受け・実施・確認の流れが適切に整備されている。他、口頭指示に関しても統一書式が利用されている。臨床検査等におけるパニック値の報告に関しては、担当診療科医師への伝達の徹底を期待する。なお、病理診断報告書の未読対策における、既読および未読の状況を把握・管理する仕組みに関して、改善の進捗が求められる。

薬剤の安全使用に関しては、院内規程等を大きく見直して、病棟・手術室・ICU 等における麻薬や筋弛緩薬、注射用カリウム製剤などの適切な保管・管理に努めている。注射用抗がん剤の処方についても、レジメン・システムによる管理が徹底されている。転倒・転落防止への取り組みなどは適切に行われ、医療機器の安全管理などもおおむね適切になされている。ME の人員は限られているものの、職員向けの教育ならびに研修修了者確認の仕組みなどを充実すると良い。

患者急変時への対応としては、一部の特殊部署を除いて救急カート内の物品を統一化するとともに、RRS の仕組みなども院内で取り入れている。全職員の BLS 研修実施状況なども職種別に把握して、必要者への研修推奨にも努めている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染防止に向けた体制は適切に整備されており、ICT・ASTによる院内での活動やマニュアル等の整備状況などはおおむね問題ない。ただし、ASTからの現場への助言・進言などがやや反映されにくい印象を受けたので、院内での位置づけの強化が進むと良い。感染関連の情報収集等に関してもおおむね適切な対応がなされているが、ターゲティングサーベイランスとしてSSIに関しては、対象病棟・対象手術等の拡充に努められたい。

手指衛生の徹底に関しては、目視での実施率検証がなされているが、現在の実施状況については検討の余地がある。抗菌薬使用に関しては、マニュアル等が整備され適切な対応が取られている。アンチバイオグラムの把握なども定期的に行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信に関しては適切な対応が取られている。また、患者支援センター内にある地域連携室が、紹介元施設と良好な関係構築を図っている他、「地域医療研究・教育センター」が中心となり、地域の医療機関向けの貢献活動を積極的に展開している。

地域の住民や医療関係者向けの教育ならびに啓発活動として、市民公開講座や出前講座、施設見学会などが積極的に催されている他、スキルラボセンターの開放やがんリハビリテーションの啓発活動などの取り組みも多数あり、高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者への対応として、待ち時間については継続的な課題として検討されたい。併せて、外国人次第での更なる取り組みも期待したい。なお、外来診療はおおむね適切に行われ、診断的検査なども説明と同意のもと確実・安全に実施されている。入院決定のプロセスには問題がなく、入退院センター等が適切な機能を発揮している。診療計画の策定も、診断ならびに各種評価に基づき適切に行われている。患者支援センターによる一元的な相談対応なども適切に機能している。

医師や看護師による病棟業務なども適切に実施されている。注射用抗菌薬や抗がん剤投与時の観察手順などは、継続的な運用を期待したい。なお、内服薬投与前の薬剤準備方法が、病棟ごとに異なっている点に関しては、改善の進捗が求められる。

輸血・血液製剤投与や周術期の対応、重症患者への対応などはいずれも適切になされている。特に、精神科でのECT治療患者への麻酔科管理や周術期対応は高く評価できる。その他、褥瘡の予防・治療への対応、栄養管理、症状緩和なども適切に行われている。精神科病棟でのNST活動に関しては、優れた取り組みがなされており評価できる。リハビリテーションは必要性の判断から実施計画の策定、確実・安全な実施、多職種での情報共有まで適切になされているものの、精神科病棟ではOTの採用配置を今後も検討されたい。

安全確保のための身体抑制はおおむね適切になされている。その他、患者・家族への退院支援や退院後の外来・転院先での継続的ケアに向けた取り組みなども適切に行われている。ターミナルステージへの対応等も適切であるが、今後は、ACP への積極的な取り組みなども期待したい。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門に関しては、持参薬対応や処方鑑査・疑義照会などは適切になされているものの、採用品目数がやや多いことや、病棟および各部署での医薬品管理対応における課題について、検討が望まれる。臨床検査部門は ISO15189 の認証のもと適正な業務対応がなされているが、パニック値の連絡対応に関しては継続的な努力を期待したい。

画像診断部門では 24 時間体制での対応のもと、全例での画像診断ダブルチェックを行っている。各診療科等のカンファレンスにも積極的に参画している他、画像診断報告書の未読対応などで優れた取り組みがなされており、高く評価できる。

栄養管理部門に関しては、構造ならびに業務プロセス等におおむね問題はない。リハビリテーション部門については、急性期におけるリハビリテーションの連続性対応や実施前後の分析・検討などが充実すると良い。診療情報部門では、診療記録の質的点検は系統的になされているものの、日々の量的点検についても、部門で定めた点検文書への継続的対応が必要であり、改善の進捗が求められる。医療機器管理部門はおおむね適切な対応がなされている。洗浄・滅菌機能に関しても、一元的な管理のもと、適切な対応が取られている。

病理診断部門に関しては、数多くの検体を取り扱っている状況下、検体交差等のリスクを減らす各種対応策の継続的な検討を期待する。放射線治療部門については、高度先進医療である重粒子線治療を含め、部門として適切な対応がなされている。輸血・血液管理部門についても、I&A 認証のもとおおむね適切な対応が行われている。

手術・麻酔部門や集中治療部門では、適切な人員体制のもと、確実・安全な手術ならびに周術期管理が行われている。救急医療部門についても、救命救急センターとして期待される機能を的確に発揮している。

## 10. 組織・施設の管理

病院会計は規則に基づいて処理され、予算の立案には、関係部署が適正に関与している。財務諸表等も規則に基づいて作成・処理され、内部監査・外部監査も適正に行われている。経営状況の把握や分析なども実施されている。医事業務としての収納処理やレセプト対応などは適切に行われ、未収金対策なども確実になされている。施設基準の点検も、担当者を定めて実施している。委託業者の選定は単年度契約を原則に行われ、委託業務の実施状況は業務日報等で確認・把握されている。関係職員の教育・研修等にも配慮がなされている。

施設・設備等の保守管理は24時間体制での対応がなされている。院内巡視や日常点検の記録・報告なども確実に行われている。院内の清掃や感染性廃棄物の管理・処理対応なども適切になされている。購入物品の選定は、定められた委員会の中で検討ならびに決定されている。医療材料はSPD管理がなされ、ディスプレイ製品は再利用しない方針で対応している。

委員会で策定された災害対策マニュアルや消防計画、事業継続計画（BCP）などに則って、防災訓練や事務職員を中心としたロジスティクス研修、大規模災害を想定したトリアージ訓練、災害派遣医療チーム（DMAT）の受け入れ訓練などが行われている。保安業務では、仕様書に定められた手順に沿って24時間体制での警備が行われている他、事故等が発生した際の緊急連絡網なども整備されている。

有害事象発生時の対応手順が定められ、必要に応じて医療事故調査委員会が招集される流れが確立している。また、訴訟等についても、医療の質・安全管理部が中心となり速やかな対応がなされる仕組みになっている。

### 1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として位置づけられ、臨床研修センターが中心となり初期臨床研修医への対応を行っている。プログラム編成等に関しては、臨床研修管理委員会での検討・判断が行われ、研修医の評価にはEPOCが使用されている。看護部門では新人研修のプログラム統括者を配置した細やかな対応がなされている。薬剤部門では薬剤師レジデント制度、診療放射線技師には全国国立大学放射線技師会が定めるプログラム、リハビリテーション療法士には疾患別プログラム、臨床検査技師には手順書、事務職員には大学法人の新規採用職員研修プログラムを用いた初期研修が、それぞれ行われている。管理栄養士や臨床工学技士など、人員採用が毎年はない職種についても、入職時に年間の到達目標を定めた教育が行われている。

医学生の病院実習は医学部で管理され、実習前教育や実習後の最終評価なども大学の管轄となっている。看護師・薬剤師・技師等の学生実習では、オリエンテーションが確実に実施され、その際、実習中に必要な教育等も行われている。また、依頼元施設には、カリキュラム内容に則った実習生の評価結果を報告している。

# 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	A
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	B
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	A
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	S
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	B
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	S
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	A
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	C
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	B
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	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	A
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	B
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	C
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	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
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	A

## 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	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	S
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	C
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	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	B
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	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	A
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	A
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	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	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	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

## 機能種別：精神科病院（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	S
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	S
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A

2. 2. 20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	B
2. 2. 21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	B
2. 2. 22	隔離を適切に行っている	A
2. 2. 23	身体拘束を適切に行っている	A
2. 2. 24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2. 2. 25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2. 2. 26	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	NA

年間データ取得期間： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2018 年 10 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 群馬大学医学部附属病院  
 I-1-2 機能種別： 一般病院3、精神科病院(副機能)  
 I-1-3 開設者： 国立大学法人  
 I-1-4 所在地： 群馬県前橋市昭和町3-39-15

## 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	680	680	+0	76.44	14
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	40	40	+0	57.38	56
結核病床	9	9	+0	13.58	74.3
感染症病床	2	2	+0	0	0
総数	731	731	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	17	+6
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	4	-1
無菌病室	10	-1
人工透析	7	+0
小児入院医療管理料病床	38	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## I-1-7 病院の役割・機能等

災害拠点病院(地域)、救命救急センター、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(I群)、地域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： 16 人 2年目： 11 人 歯科： 6 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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	1,922.05	1,976.19	2,021.02	97.26	97.78
1日あたり外来初診患者数	83.96	82.87	88.21	101.32	93.95
新患率	4.37	4.19	4.36		
1日あたり入院患者数	594.18	599.28	597.03	99.15	100.38
1日あたり新入院患者数	37.90	36.65	38.88	103.41	94.26