

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 2 月 25 日～2 月 26 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

貴院は明治後期に京都衛戍病院として発足し、戦後、国立京都病院として厚生省に移管され、2004 年の独立行政法人への運営形態の変更に合わせて、京都医療センターと改称し、現在に至っている。この間、地域の中核病院として高度急性期医療・高度専門医療を提供し続け、現在は地域医療支援病院、救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院、災害拠点病院として地域の医療機関・福祉施設等との連携を強化しつつ、地域の医療ニーズに総合的に応えている。

病院機能評価を継続的に受審しており、今回の認定更新にあたっても病院長や幹部の強いリーダーシップの下に職員が一つになって、課題の克服や病院機能の向上に努めてきたことが確認できた。患者中心の医療の提供に努力し、多数の専門チームや多職種参加による診療・ケアを実践しており、優れた救急医療機能に加えて、画像診断機能・抗菌薬の適正使用への取り組み・医療情報の有効活用などでも、秀でた機能を発揮していることが認められた。一方で、さらなる向上が期待される事項も見受けられたが、各領域の評価所見や総括に記した内容を参考にされ、医療機能の一層の充実、ならびに医療安全・質の向上に向けた一層の取り組みを継続し、益々発展されることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念・基本方針は、院内外への周知が適切に図られており、基本方針は病院を取り巻く環境の変化等に応じて確認されている。病院長は病院の将来像や現在の課題を職員に発信し共有化に努めており、病院幹部は役割に応じて課題解決に向け努力しており、それぞれがリーダーシップを適切に発揮している。意思決定会議の開催、委員会規程の整備や運営、組織内の情報伝達、事業計画作成のプロセスな

ど、組織運営は適切である。診療情報の2次活用については、QM委員会が中心になり、国立病院機構が集計・公表するQI指標の中から、毎年テーマを選んで組織横断的な質改善活動に取り組み、成果を発表している。さらには、患者の診療情報を複数の医療機関で共有できる「患者ポケットカルテ」システムの開発し全国に拡大するなど、情報管理・情報の有効活用については秀でており、高く評価できる。文書類は規程等に基づき適切に管理されている。医療現場で使用するマニュアル類は一元的に管理され、電子カルテ掲示板上で常時閲覧可能である。

法的に必要な人材は確保されており、病院機能・業務量に応じた増員が図られている。職員の安全衛生管理面では、安全衛生委員会を毎月開催し、定期的な院内ラウンド・職員健康診断・予防接種・精神的サポート・労働環境チェック等が適切に実施されている。職員の意見や要望は、職員意見箱・職員面接などによって把握され、必要な対応が取られている。

職員教育は、学会・外部研修等への積極的参加を推奨しており、専門看護師・認定看護師の育成にも積極的である。全職員対象の研修会については、医療安全・感染制御等は適切に実施されているが、患者権利・個人情報保護・医療倫理など、病院として全職員対象と定めたすべての研修については、計画・実施状況の一元的管理ならびに、参加率向上への積極的な取り組みを望みたい。職員の能力評価・能力開発は、全職員を対象とした人事評価制度を整え、所属長による目標設定面接と評価・指導面接を実施している。医師に対しても病院長・診療部長が全医師との面接を行い、能力開発・モチベーション向上に努めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利擁護については、擁護すべき権利を7項目にまとめて宣言し、子供にも理解しやすいような説明を加えており、院内外への周知に努めている。説明・同意を必要とする医療行為、説明すべき内容、医療者側の同席者の基準等を明文化しており、説明と同意書の書式も一元的に管理している。診療・ケアへの患者理解を深めるために、入院前から患者情報を積極的に収集し情報共有を図り、患者情報室やがん情報センターでは患者が利用できる医療関係図書やインターネット端末を設置している。患者支援センターに設置された患者相談窓口には、看護師・社会福祉士等を配置しており、関係部署との連携による早期介入などが適切に行われている。個人情報保護に関する規程が整備され、個人情報の物理的・技術的保護など適切である。臨床における倫理的課題への取り組みとして、倫理審査委員会の下に「臨床倫理コンサルテーションチーム」を立ち上げ、現場での倫理課題の円滑な拾い上げに取り組み始めている。

病院へのアクセスは乗用車が中心のため多くの駐車場を整備している。また、最寄り駅との間に巡回バスを運行している。院内にはコンビニやカフェなど生活延長上の設備を整えており、廊下の絵画・ディスプレイ等には癒しの空間作りへの配慮がなされている。院内は全館バリアフリーで、車椅子など必要な備品が整備され、高齢者や障がい者への配慮がなされている。受動喫煙防止への取り組みは、敷地内禁煙、禁煙外来、院内外へ啓発活動等が適切に行われている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、病棟スタッフの日々の業務の中での聴取や、意見箱・患者満足度調査などにより収集し、組織的検討を経て改善につなげている。診療の質の向上面では、各診療科内のみならず病理・放射線科を含めた複数科合同のカンファレンスを活発に行っており、診療ガイドライン・パスの作成や活用にも積極的に取り組んでいる。業務の質改善は、毎年各部署が年度目標に合わせて活動に取り組み、年度末に成果を発表しており、また、病院機能評価での指摘事項や各種の調査から主体的に課題を把握し改善に努めている。新規に導入する診療技術や治療法に対する審査は、内容に応じて倫理審査委員会、ハイリスク症例検討会などで適否を検討し、導入後は臨床研究センター運営委員会での有害事象等の情報把握、適切な支援が行われている。

診療・ケアの責任や管理体制は明確であり、病棟責任者は毎日の診察・ラウンドにより、患者・家族の状況を把握している。診療録の記載基準が作成され遵守されているが、質的点検については、診療プロセスや診療内容の妥当性にまで踏み込んだ点検には至っておらず、今後のさらなる検討が望まれる。診療科や職種を超えた連携や、活発な多職種カンファレンス、必要時の各専門家チームの介入など、多職種が組織横断的に協働しての診療・ケアが実践されている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理部が設置され、医療安全管理部長（医療安全管理者で専任の医師）や専従の看護師等を配置し、ミーティング・ラウンドなどの安全活動を実施しており、マニュアルの適宜改定や医療安全管理委員会等の開催なども適切である。インシデント・アクシデント報告は定期的に収集・分析され、オカレンス検討会等での対策策定と評価、院内周知が適切に図られている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は手順が遵守され、手術室ではマーキング・タイムアウト等が適切に実施されている。処方・指示などの情報伝達は、統一した手順で遅滞なく確実・安全に実施され、緊急指示や口頭指示への対応も適切である。薬剤の安全管理面では、麻薬・ハイリスク薬・在庫薬は適切に管理しており、抗がん剤はレジメンに登録して確実・安全に投与している。転倒・転落防止対策は全患者への評価を行い、高危険度の患者には看護計画を立案し、多職種との情報共有を図りつつ対処している。医療機器管理は、臨床工学技士が機器を一元管理し、マニュアル整備・点検・使用中の記録など安全な使用に取り組んでいる。

患者急変時の対応は、院内緊急コードを設定し、適切な周知と実働がある。救急カートは院内統一仕様で、多職種が協力して整備を行っている。BLS・ACLS研修は院内インストラクターにより定期的の実施されており、ほぼ全職員がBLS研修に参加している。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染制御部が設置され、専任の ICD と専従 ICN を中心とする ICT、AST が活動している。院内感染対策委員会を毎月開催し、医療関連感染制御に関するマニュアルを適時改訂し、職員に周知している。情報収集面では、日常の微生物サーベイランスやターゲットサーベイランスを実施し、JANIS への参加などにより情報収集にも努めている。アウトブレイクの予防に努めるとともに、発生時には感染制御部が起点となって迅速に対応する体制を整備している。

院内感染の制御活動は、ICT ラウンドや感染経路別対策の周知などが適切に実施され、現場では相互チェックを励行するなど感染制御に努めており、感染性廃棄物等の取り扱いも適切である。

抗菌薬の適正使用に向けた、抗菌薬適正使用小委員会や AST による継続的な活動は高く評価できる。特定抗菌薬を届け出制で運用し、AST は毎週カルテラウンドを行い、抗菌薬適正使用への介入と主治医への指導を行っている。抗菌薬使用量の減少、MRSA や薬剤耐性緑膿菌の検出低下などの成果もあり、抗菌薬適正使用の体制は秀でている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページや広報誌を用いて、病院機能やサービス、診療内容などの最新情報を広報している。また、診療実績等を掲載した「アニュアルレポート」を毎年発行し、地域の連携医療機関に配布するなど、必要な情報を地域に適切に発信している。地域の医療関連施設等との連絡機能は患者支援センターが担っており、看護師・社会福祉士などを配置して、円滑な紹介患者の受け入れ・逆紹介のほか、退院支援面談や転院後の患者状況確認を行っている。医療機関専用ダイヤルの設置や、医療機器の共同利用、「患者ポケットカルテ」の開発・展開など、地域連携を強化する取り組みは評価できる。地域の健康増進活動として、心臓病教室や腎臓病教室、脳卒中市民講座などを定期的で開催しており、地域の医療関連施設の職員向けには、がん診療セミナーや医療連携フォーラム、感染症対策地域連携カンファレンス等の様々な研修会を開催するなど、地域に向けた教育・啓発への積極的な姿勢は評価できる。

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適切に案内しており、総合案内に事務職員を配置するなど、円滑な受診につなげている。外来では、患者情報を問診票・電子カルテなどで共有し、侵襲的検査の説明・同意取得や、外来化学療法センターでの安全性への配慮も適切である。診断的検査は、必要性・リスクなどを説明のうえ同意を取得し、事前の確認を行っている。検査は、手順に基づく機器の準備、患者の観察と記録、医師のスタンバイなど、安全に配慮して実施されている。入院は医学的に判断に基づいて決定され、患者・家族の療養上の希望にも配慮しながら同意を得ている。診療計画は、医師・看護師を含む多職種の協働により入院後速やかに作成され、各種リスク評価を確実に実施しており、クリニカルパスの適用状況もおおむね適切である。

主治医は、毎日の回診により患者病状を把握し、定期的な多職種カンファレンスを通じて治療方針を検討し、病棟看護師との情報交換を適時に行うなど、リーダーシップを発揮している。看護師は患者のニーズを把握し看護基準・手順に沿ってケアを実施しており、専門・認定看護師の活用を通じて看護の質向上に努めている。

抗がん剤など高リスク薬の使用時の説明と同意、服薬指導・薬歴管理は適切に実施されており、注射薬は6Rを徹底して確認され、抗菌薬初回投与時、抗がん剤や血液製剤投与時の投与中・投与後の観察・記録も適切である。輸血の適応は指針に規定され、使用状況を輸血療法委員会で把握・検討しており、投与中・投与後の観察記録、輸血管理部への報告が確実に行われる。手術適応は各科検討会で判断され、患者説明・同意を経て決定される。手術前日には麻酔科医・看護師が患者を訪問し、病棟では術後合併症予防処置が行われている。重症患者の管理は、多職種が積極的に関わり重症度を勘案しつつ必要な診療・ケアを提供している。

褥瘡管理、栄養管理、症状緩和は、アセスメント・対策・実践・評価・多職種介入などが適切に実施されている。身体抑制は、スクリーニング等により必要性が判断され、抑制中の患者状態の観察や解除に向けた検討が適切に行われている。退院支援、退院後の継続診療・ケアは、入院時から多職種が介入して療養指導を行い、関係機関との調整を行うなど適切である。ターミナルステージの判定と対応はガイドラインに準拠して決定され、適宜緩和ケアチーム等が関与している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、24時間体制で薬剤師を配置し、DI室で薬剤情報を収集・周知し、薬剤採用の適否は薬事委員会で決定している。抗がん剤やTPNは、薬剤師が適切に無菌調製し、一般注射薬は時間外を含めて1施用ごとに取り揃えている。臨床検査機能では、自院の機能に必要な検査を確実に実施し、時間外も含めて検体の誤認防止や迅速な検査運用が行われ、精度管理も適正である。画像診断機能は、CT、MRI、PET-CTを設置し、24時間対応可能な体制を構築している。画像読影の確認体制は、医療安全管理部も関与して予期せぬ重大結果の見落とし防止に努めており、高く評価できる。技師の能力向上に向けた教育や、救命救急センターを有する急性期病院としての体制の整備など、画像診断機能は秀でている。

栄養管理面では、必要な患者への全例アセスメントと患者状態に応じた多様な食事の提供と共に、安全で美味しい食事の提供に努めている。リハビリテーションは、専従医師2名と療法士を配置し、必要な急性期リハビリテーションに対応しており、想定されるリスクを適切に評価して安全な実施に努めており、中止基準も明確である。療法士は主治医・病棟スタッフとの連携を図り、連続性への配慮も適切である。診療情報管理面では、規程・マニュアルに基づく診療情報の一元管理や、全退院カルテへの量的点検などが適切に実施されている。医療機器管理については、貸出し中の医療機器の管理方法の検討・見直を期待したい。洗浄・滅菌業務は、中央材料室の責任体制を明確にし、回収から保管までの一連の業務を実施しており、滅菌の質保証も適切である。

病理診断機能は、専従医師や細胞検査士等を確保して、確実な誤認防止策を図りつつ術中迅速診断など多くの臨床ニーズに対応している。放射線治療では、常勤放射線治療医、放射線品質管理士、がん放射線療法認定看護師を配置し、体幹部 SRT の実施、必要時の緊急照射への迅速な対応、治療内容記録のレビューによる安全性への配慮などが適切に行われている。輸血・血液管理業務では、在庫血液・自己血とも適切に保管・管理され、責任医師や認定輸血検査技師の業務を定めて、払い出し後の使用状況の追跡や副作用の把握も確実にを行っている。

手術・麻酔機能は、機能・業務量に見合った数の麻酔科医師を確保して、緊急手術にも適切に対応しており、麻酔科医による術中管理、サインイン・タイムアウト・サインアウトが確実に実施されている。集中治療機能では、救命救急 ICU、術後患者などを収容する ICU、NICU など対象患者別に集中治療室が整備され、それぞれにおいて多職種が関与してチーム医療が実践されている。

救急医療機能は、多数の専門医からなる医師 14 名を救命救急科に配置し、加えて脳卒中・循環器疾患には常時の即応が可能な医師団が待機している。応需率は高く、他の三次救急医療機関と協力しつつ地域の救急医療に多大な貢献をしており、秀でた救急医療機能を発揮している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、国立病院機構会計規程等に沿った処理が行われ、予算管理、毎月の経営状況などが適切に把握され、会計監査は法令に則り適切に実施されている。医事業務は、窓口収納業務、レセプト作成、返戻・査定対応、施設基準の遵守、未収金対応など、いずれも適切である。業務委託は選定・契約・評価のプロセスが明確であり、事故発生時の対応も整備されている。

施設・設備の日常点検や保守管理は計画的に行われており、緊急時の連絡体制や、院内清掃、医療ガス管理、感染性廃棄物の処理等も適切である。物品管理については、購入品の選定プロセスや、毎月の棚卸による在庫管理・使用期限確認・定数見直し等が適切に行われている。

災害時の対応体制は、災害拠点病院として必要な要件はすべて満たしており、BCP やマニュアルが整備されている。大規模災害訓練や消防訓練を定期的に実施し、大阪北部震災時の DMAT 派遣実績など、災害時への対応体制は評価できる。防犯カメラや院内巡視により館内の安全が確保され、面会者の管理や夜間・休日の入館規制、施錠管理が適切に行われている。医療事故への対応手順は明確であり、原因究明と再発防止を目的とした医療事故対策本部会議等を開催する体制を整えている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型の臨床研修病院であり、臨床研修医のプログラムや指導体制が整備され、指導医による評価のもと、適切な研修を行っている。看護部門ではキャリアラダーに基づく教育プログラムがあり、コメディカル各職種においても、新人育成プログラムを整備して到達状況を評価しており、各専門職種の初期研修は適切に行われている。

学生実習は、看護師、薬剤師、放射線技師など多職種にわたって受け入れている。実習指導者がカリキュラムに沿って実習を行い、実習中の事故対応、個人情報保護、医療安全や感染防止の教育・指導などが適切に実施されている。

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	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	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	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	A
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	A

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・治療方法や技術を導入している	A
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	A
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A
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	A
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	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	S
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	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	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	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	A
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	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	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	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	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	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	S
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	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	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 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： 独立行政法人国立病院機構京都医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 京都府京都市伏見区深草向畑町1-1

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	600	564	-36	87.5	12.3
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	600	564	-36		

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	30	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析		
小児入院医療管理料病床	20	+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	20	+0
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

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), DPC対象病院 (Ⅲ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： 9 人 2年目： 10 人 歯科： 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%	
	年度(西暦)			年度(西暦)		年度(西暦)	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前	昨年度	2年前
1日あたり外来患者数	1,227.79	1,242.43	1,304.47	98.82	95.24		
1日あたり外来初診患者数	79.29	81.41	72.52	97.40	112.26		
新患率	6.46	6.55	5.56				
1日あたり入院患者数	491.85	505.00	507.81	97.40	99.45		
1日あたり新入院患者数	40.05	38.53	37.14	103.94	103.74		