

# 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 9 月 11 日～9 月 12 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 1951 年に開設され、富山県で唯一の県立総合病院である。基幹・中核病院として長きにわたり、富山県の医療向上に努められている。現在は高度急性期・急性期医療や都道府県がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院などの役割を担うとともに、災害拠点病院（基幹）、救命救急センターとして、二次および三次救急を 365 日、24 時間体制で行っている。

病院機能評価を継続的に受審し、病院長を中心に職員が一丸となって医療の質の向上に努力されている様子がうかがえた。評価項目の多くで適切と判断されたが、病院の役割・機能に照らし、さらなる努力が期待される項目も認められた。本報告書を活用し、さらなる医療の質の向上が図られるとともに、貴院のますますの発展を祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、病院内外に周知されている。病院管理者・幹部は人材確保、働き方改革、健全経営などの課題を明確にし、その解決にリーダーシップを発揮している。中期経営計画や年次事業計画が策定され、部門・部署ごとの目標を明確にするなど、効果的・計画的な組織運営を行っている。情報管理に関する方針や文書管理に関する方針は明確であり、適切に運用されている。

法令や施設基準を満たした人材が配置されているが、病院の役割・機能に照らし、薬剤師、臨床工学技士、作業療法士、言語聴覚士などの増員が望まれる。衛生委員会が設置され、定期健康診断や職業感染への対応など、職員の安全衛生管理を適切に行っている。毎年、職員満足度調査を実施し、職員の意見・要望を把握している。就業支援や福利厚生に配慮されるなど、職員にとって魅力ある職場となるよ

う努めている。

研修部が全職員を対象とした教育・研修の計画を取りまとめ、数多くの研修会が開催されている。医療安全や院内感染対策等の必要性の高い研修は、同じ内容での複数日間の開催や複数会場での同時開催を行うなど、職員が参加しやすいよう配慮している。全職員を対象に年2回業績評価を活用して職員の能力評価を行い、資格取得の支援や研修受講を奨励するなど、能力開発を適切に行っている。

### 3. 患者中心の医療

適切な内容の患者の権利が5項目にまとめられて成文化され、病院玄関や各部署の目につきやすい場所に掲示し、周知されている。権利の内容は中期経営計画策定時に組織的に検討している。診療記録の開示請求への対応をはじめ、患者の権利は適切に擁護されている。「インフォームドコンセントに関するガイドライン」に則り、看護師同席のもと、丁寧な説明と同意の取得が実践されている。特に、手術や検査の説明ではわかりやすい絵を用いて患者の理解を促しており適切である。入院前に患者用パスを用いた説明と情報交換が行われている。院内には患者図書室、インターネット端末、各種パンフレットが設置され、患者が自由に情報収集できる環境が整備されている。患者・家族からの相談窓口は一本化され、医療相談室で様々な相談に適切に対応している。

患者の個人情報・プライバシーは適切に保護されている。宗教上の輸血拒否に関する対応などのガイドラインや基本方針が明記されている。副院長をリーダーとして外部委員を含む倫理委員会が設置され、さらに現場対応が困難な場合に相談できる臨床倫理部会も設置されるなど、倫理的課題に対する取り組みは適切に行われている。日常的に発生する患者個々の倫理的課題は、多職種カンファレンスで検討されている。

院内はバリアフリーが確保され、必要な備品の整備を含め、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。院内は整理整頓され、病院の機能に応じた療養環境が整備されている。敷地内全面禁煙の方針が徹底され、患者の禁煙教育や職員の禁煙推進に適切に取り組んでいる。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見・苦情を積極的に収集し、患者意見等検討小委員会などで改善策を検討し、フィードバックしている。クリニカル・パスはモジュール型を導入して逸脱を防ぎ、対象患者の100%近くに適用し、見直しも毎月検討している。臨床指標は全国自治体病院協議会のQI事業に参加して算出し、ホームページで公開するなど診療の質の向上に向けた活動は適切である。病院機能評価の受審を業務の質改善のツールとして利用している。その成果は臨床指標の算出、病棟での麻薬定数配置の廃止、全職員を対象とした患者急変時訓練の実施、各部署での劇薬表示の明確化など多くの改善が認められ、業務の質改善の取り組みは適切である。新たな診療・治療方法や技術の導入にあたっては、本審査案件は外部委員も参加する倫理委員会で倫理・安全面などを配慮しながら、十分な時間をかけて審議するなど適切に

行われている。

病棟入り口には責任医師名と看護師長名が顔写真とともに明示され、入院診療計画書には主治医以外に担当する看護師や管理栄養士などの氏名が記載されている。主治医不在時の対応が現場で明確にされるなど、診療・ケアの責任体制は適切である。診療記録は電子カルテを利用して、「診療録記載マニュアル」に則り記載されている。診療記録の質的点検は医師による記載を医師が点検する方法で実施し、フィードバックするなど診療記録の記載は適切である。入院前から薬剤師や管理栄養士などが必要に応じて関与するとともに、入院全般において多職種で構成する専門チームが実働・協働して診療・ケアを適切に行っている。

## 5. 医療安全

医療安全管理室に安全に関する権限を付与された専従の医療安全管理者が配置され、組織横断的に活動している。組織体制では医療安全推進委員会と医療安全推進小委員会があり、それぞれの役割を発揮している。インシデント・アクシデント報告書は、医療安全管理室が集約・統計処理しており、事例分析後、改善策を立案し業務改善等を展開している。医療安全パトロールや医療安全ニュースの発行など、安全に関する啓発活動も活発である。

全入院患者にネームバンドを装着するとともに、処置や採血の際には患者に名乗りを求めている。また、点滴・注射・輸血等の実施時にはバーコード認証も行われている。手術室ではサインイン、マーキング、タイムアウトを実施している。電子カルテにより処方箋・指示箋の伝達、指示出し・指示受け・実施のほか、指示の変更や口頭指示も手順を遵守して実施している。パニック値は直接指示医に連絡するなど、情報伝達エラー防止対策を適切に実践している。薬剤師を中心に重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避や麻薬、ハイリスク薬等の保管・管理を適切に行い、薬剤を安全に使用している。

全入院患者の転倒・転落の危険度を評価し、予防策を立案し実施されている。さらに転倒・転落リスクの高い患者や家族に、パンフレットを用いて説明し注意喚起するとともに、協力を促している。人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ等は臨床工学技士が点検・整備済みのシールを貼付した機器を使用し、チェックリストを用いた作動確認も行われている。院内急変コードが設定され、一斉コールにより職員が参集する運用である。救急カートは院内統一した内容で整備している。AEDや除細動器が適切に配置され、全職員を対象としたBLS訓練も実施されている。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策室を設置し、院内感染管理委員会を定期的開催している。ICTには感染管理者であるICDと専従のICNを配置し、積極的に活動している。「院内感染対策マニュアル」を整備し、最新のガイドラインに準じて適時改訂するなど、医療関連感染制御に向けた体制は確立している。院内での感染情報は細菌検査室など感染関連部署からICNに報告され、分析・検討されている。アウトブレイクへの対応手順を整備し、実際にインフルエンザなどのアウトブレイクに対応し、拡大を防止し

た実績がある。院外での流行情報も収集し、院内に周知しているほか、院内サーベイランスを実施するなど、医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を適切に行っている。

「院内感染対策マニュアル」にスタンダードプリコーションを基本とした対応が明記され、環境ラウンドを中心に医療関連感染制御の活動を実践している。速乾性手指消毒薬や個人防護用具の使用、リネン・寝具類や感染性廃棄物の取り扱いも適切である。ASTメンバーを中心に抗菌薬使用患者ラウンドを実施し、抗菌薬の使用状況や分離菌感受性パターンなどを監視している。さらに関係部署にフィードバックするなど、抗菌薬を適正に使用している。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報誌として毎月、「地域連携室だより」を発行している。また、毎年、各診療科の概要や特徴・特色をまとめ、職員の顔写真を入れた診療案内を作成するなど、必要な情報を地域等へわかりやすく発信している。ホームページには診療実績や臨床指標が公表され、診療管理委員会において臨床指標の公表指標を随時追加している。地域の医療関連施設等との連携は地域連携室、入退院支援センター、医療相談室の3つの機能を有する総合地域連携部で担っている。連携医療機関は地域連携システムである「富山県医療連携ネットワーク」を運用し、外来診療予約や検査予約を行うとともに、診療情報の共有も行っている。地域医療支援病院としての機能・役割を果たし、紹介率、逆紹介率ともに向上しているなど、他の医療関連施設等と適切に連携している。

患者・地域住民に向けて糖尿病、肝臓病など多くの疾患に対応した健康教室を開催している。また、患者会や訪問看護に関する相談会等を継続的に実施している。地域の医療関連施設等に対してはキャンサーボード、画像検討会等を定期的に開催するとともに、保健所や介護実習普及センターからの講義や研修会の依頼に応じ、専門・認定看護師を派遣するなど、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を積極的に行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

問診や診療情報提供書などから患者情報を収集し、多職種間で共有して外来診療を適切に行っている。侵襲的検査では必要性和リスクについて十分に説明し同意を得ている。検査中、検査後の患者状態・反応の観察が確実に行われるなど、診断的検査を確実・安全に実施している。病歴をはじめ各種検査結果等の情報や多職種でのカンファレンスなどにより、患者の病態について医学的診断・評価を行うとともに、患者・家族の要望も取り入れ入院診療計画書を適切に作成している。入退院支援センターにおいて入院前にクルニカル・パスの説明や内服薬の確認などを行い、患者が安心して円滑に入院できる体制を構築している。

医師はほぼ毎日回診し、病棟スタッフと情報交換している。必要に応じて病棟カンファレンスを開催するほか、患者・家族との面談を行うなど病棟業務を適切に行っている。病棟看護師は看護基準、看護手順により患者の身体的・心理的・社会的

ニーズを把握し、診療の補助業務を中心に看護実践に取り組んでいる。薬歴管理、服薬指導、リスクの説明、服薬・投与後の確認などを手順に則り行い、投薬・注射を確実・安全に実施している。輸血・血液製剤投与では必要性和リスクの説明と同意のもと、投与中、投与後の患者状態・反応の観察と記録を適切に行っている。周術期の対応では麻酔科医がほぼ全例で術前・術後訪問を実施しており、合併症の予防対策も適切に行っている。施設基準を取得した集中治療室など複数の重症患者収容ユニットが設置され、重症度に応じた診療とケアが適切に行われている。

褥瘡の危険因子の評価を行い、リスクに応じた褥瘡対策診療計画書を作成し、褥瘡の予防・治療を適切に行っている。身体的・精神的に「辛い」と感じていることを書面および直接聴き取り、患者の苦痛の緩和に努めるなど、症状などの緩和を適切に行っている。リハビリテーションはカンファレンスでリハビリテーション総合実施計画書を作成し、患者・家族に必要性やリスクについて説明し、同意を得た上で安全に実施している。身体抑制に関する説明と同意書には抑制の内容や期間が明記されている。抑制解除に向けたカンファレンスが開催され、早期解除に取り組むなど身体抑制を適切に行っている。

入院前から退院支援スクリーニングを行い、入院早期から退院支援計画に結び付けている。地域連携パスを用いて地域医療機関や行政機関などと情報共有も行われるなど、退院支援を適切に行っている。ターミナルステージへの対応では患者・家族の意向を尊重するケア計画を立案し、適切に援助している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では処方鑑査と疑義照会、医薬品情報の収集・周知など適切に行われている。なお、時間外での注射薬の1施用ごとの取り揃えができれば、さらに適切である。臨床検査機能では必要な検査項目が実施され、ルーチン検査は30分、緊急検査は20分で報告している。パニック値は指示医に速やかに口頭で連絡するなど適切である。画像診断機能は常勤放射線科医によってCT、MRIなどの読影・報告を100%行っているほか、夜間・休日体制も構築するなど機能を適切に発揮している。栄養管理機能では厨房内の清潔・不潔区域が明確にされ、快適で美味しい食事が確実・安全に提供されている。リハビリテーション機能では連休中等も療法士による訓練を実施し、連続性が確保されるよう検討されたい。

電子カルテ導入のもと、診療情報が一元管理され、診療記録の量的点検も全件実施されるなど、診療情報管理機能を適切に発揮している。臨床工学技士が病棟や透析室等の人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプなどを一元管理している。日常点検や保守点検、使用後のメンテナンスも適切に行われている。洗浄・滅菌機能では洗浄、パッキングや滅菌、保管庫まで完全ワンウェイで実施されている。各種インディケーターを使用し滅菌の質が保証され、陽圧換気空調の保管庫で清潔に保管されており高く評価したい。

常勤病理医と非常勤病理医でそれぞれ年間10,000件前後の組織診と細胞診が実施され、報告書は2名の病理医によるダブルチェックで作成されている。報告書の結果を患者に速やかに通知する仕組みもあるなど、病理診断機能を適切に発揮して

いる。放射線治療医を中心に充実したスタッフで都道府県がん診療連携拠点病院として、放射線治療機能を適切に発揮している。輸血・血液管理機能では発注・保管・供給・返却・廃棄が適切に行われ、日本輸血・細胞治療学会が認定する輸血機能評価認定制度の認証を受けるなど高く評価したい。緊急手術を含め、年間約 5,000 件の全身麻酔を常勤麻酔科医と非常勤麻酔科医ですべて実施している。術中患者管理や手術室における清潔管理が適切に行われるなど、手術・麻酔機能を適切に発揮している。特定集中治療室を含む施設基準を取得した複数のユニットが整備され、明確な入退室基準のもと、二次・三次救命救急を担う病院として集中治療機能を適切に発揮している。救急医療機能では常勤医師が年間 5,000 件以上の救急車搬送患者と、約 8,000 名のウォークイン患者の診療を行っている。ドクターヘリを運用して医師 2 名と看護師 1 名を現地に派遣し、県のメディカルコントロールにも参画するなど、救急医療に多大な貢献をしており極めて高く評価したい。

## 10. 組織・施設の管理

会計処理や会計監査が適正に行われ、経営状況の把握と分析による経営管理を適切に行っている。窓口の収納業務やレセプトの作成・点検、返戻・査定への対応をはじめ、医事業務は適切に行われている。業務委託は新規契約や更新時期に、業務内容や委託業者を見直しする基準・仕組みがあり、委託後の業務管理も適切に行われている。病院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、年度別計画に基づき修繕・改修が行われている。日常点検や保守管理も計画的に実施している。診療材料、薬品、医療機器など購入物品の選定は、それぞれの委員会で検討し選定している。物品の使用期限や在庫管理は SPD 事業者により適切に行われている。ディスプレイ製品はすべて単回使用が徹底されている。

基幹災害拠点病院として DMAT を有し、火災や大規模災害を想定した対応体制が整備されている。定期的な研修や大規模災害訓練も確実に行われている。保安業務は昼間・夜間ともに委託業者が常駐する体制である。緊急時の連絡や応援体制が確立され、日々の監視・巡視も適切に実施されている。「医療安全推進マニュアル」に医療事故発生時の対応手順が明記され、原因究明と再発防止に向けた検討や訴訟に対応する仕組みも適切である。

## 11. 臨床研修、学生実習

専門職種の初期研修は研修部でプログラム等を整備している。基幹型臨床研修病院として JCEP の認定を取得し、初期研修医を養成している。指導医による指導や評価だけでなく、病棟師長など多職種が研修や評価に係わっている。看護師の初期研修では、「新人看護職員研修ガイドライン」に基づいた指導・支援体制を整備している。ほかの職種においてもプログラムを基に、現場における教育訓練や実践的な研修を通じて、専門的・技術的能力の向上を図るなど、専門職種に応じた初期研修を適切に行っている。

医師、看護師、薬剤師、理学療法士、臨床検査技師など多くの学生実習を受け入れている。受け入れの際には、「学生臨床実習における注意事項」として冊子を整

備・配布し、患者に接するときの注意事項、個人情報保護に関する注意事項、感染対策や医療事故に関する事項を徹底するとともに、オリエンテーション時にも説明している。実習中の事故等への対応は学校側と予め取り決め、対応手順も明確であるなど学生実習等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	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	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	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	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	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	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	S
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	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	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	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	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	A
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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2018 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： 富山県立中央病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 富山県富山市西長江2-2-78

## 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	665	665	+0	89.1	10.8
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	41.1
結核病床	16	16	+0	15	57.3
感染症病床	2	2	+0	8.4	16.6
総数	733	733	+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	11	-1
集中治療管理室 (ICU)	6	+6
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	12	+0
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	18	+0
人工透析	21	+0
小児入院医療管理料病床	48	+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	25	+0
精神科隔離室		
精神科救急入院病床	50	+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 (基幹), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (都道府県), 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： 19 人 2年目： 19 人 歯科： 1 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
年度(西暦)		2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数		1,480.15	1,459.92	1,478.90	101.39	98.72
1日あたり外来初診患者数		129.93	128.34	133.23	101.24	96.33
新患率		8.78	8.79	9.01		
1日あたり入院患者数		632.39	591.64	595.07	106.89	99.42
1日あたり新入院患者数		48.92	48.34	48.78	101.20	99.10