

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27日～9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

開設以降、「患者さんにとって最適な医療を行う。」を基本理念とし、全職員が「患者さんファースト」を掲げ、安全な医療サービスと高度医療の実践に取り組んでこられた。また、社会医療法人への認可を受けるなど地域からの信頼も厚い。開設時より人工臓器移植研究所を併設し、免疫細胞療法や手術支援ロボットの導入、大学病院との連携強化に加え、得意分野である血液内科、小児思春期科による血液疾患治療では二次医療圏で高いシェアを維持するなど、地域の高度急性期医療にも貢献されている。緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟などを開設し、多様なニーズや外部環境の変化にも対応すべく取り組みが現在も続けられている。

病院機能評価を継続的に受審することで、病院の課題を体系的・網羅的に確認して、改善に努めている。今回の受審結果が、貴院の診療機能や医療安全の向上に少しでも役立てることを願うとともに、貴院の益々の発展を心より祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針が明文化され、内外に対してさまざまな方法で周知されている。病院の将来像について院長からは地域構想を見据えた上で明確に示されており、課題解決のためのガバナンス体制を構築されるなどリーダーシップは適切に発揮されている。最高意思決定会議や各委員会活動が適切に機能している。医療情報システムの統合化がされており、医療安全や質向上に向けた改善事例もあり、臨床現場からの要望に迅速に対応している。「文書規程」「文書一覧」などにより管理すべき文書が明確にされているが、運用方法の徹底など継続した取り組みが望まれる。

施設基準の必要人員は確保され、年度事業計画を基に病院機能や業務量に見合う必要人員数の確保に取り組まれているが、臨床心理士や移植コーディネーター、お

よび管理栄養士などの職種についてもさらなる充実を期待したい。人事・労務管理は、就業規則などの規程類が整備され、時間外勤務の把握や年次有給休暇の取得状況はおおむね適切である。安全衛生委員会は法令に則り適切に運営され、健康診断の実施、職場環境の確認、公務災害、職業感染への対応、メンタルヘルス、院内暴力対応など職員をサポートする体制がとられている。職員の教育・研修は、医療安全・感染などの研修は年間計画に沿って実施されているが、今後は、実施後の効果判定および100%の参加率をめざして一層の充実が望まれる。職員の能力評価システムは、医師を含むすべての職員を対象に勤務実績評価がされており、フィードバックすることで、自律的成長の促進につなげている。資格の取得支援や、専門性の向上に向けた取り組みでは、臨床工学技士による内視鏡外科手術におけるカメラ操作の院内資格制度なども行われており評価される。

3. 患者中心の医療

患者の権利は適切な内容と文言を定め、院内外に周知しており、セカンドオピニオンや診療録の開示にも対応している。時代の社会的背景に沿った見直しが行われるとさらに適切である。「説明と同意に関するマニュアル」にインフォームド・コンセント基本指針、対象範囲、同席基準などが明文化されており、定期的に同意書検討委員会が点検し、現象把握と対策を講じている。患者への情報提供とパートナーシップでは、治療に係る情報共有、わかりやすい説明の工夫、疾患に関するパンフレット類の活用など、理解への促進に努めている。患者支援体制では、医療連携室内に、医療・介護・福祉相談に応じるための面談室などが設置され、専任職員などによる様々な相談支援がされている。個人情報保護方針が明示され、診療・研究・教育における個人情報・プライバシーの保護および生活上のプライバシーへの配慮に努めている。臨床倫理的課題への取り組みは、方針は整備され、外部委員を交えた医学倫理委員会を開催する体制が整備されている。また、定期開催されている医療検討委員会は治療・臨床研究の審議が中心であるため、現場からの倫理的課題を組織として検討する体制を期待したい。各部署のカンファレンスでは倫理的問題を多職種で検討している。

来院時のアクセスとして、タクシーの乗り降りの配慮や一般駐車場、障害者専用駐車場が十分確保されている。駐輪場、地下鉄・バス停からのアクセスも良い。患者や面会者の利便性に配慮された売店、理美容室、患者サロンなど、生活延長上の設備も整っている。療養スペースは広く、病院玄関にはスロープがあり、外から車椅子にて容易に入ることができるなどバリアフリーはおおむね確保されている。病室はHCUを除き全室個室対応である。院内は整理整頓が行き届き、清潔・安全・利便性に配慮し、良好な療養環境が整えられている。病院は敷地内禁煙となっており、入院案内、院内掲示等に明記され、方針が遵守されている。また、禁煙外来も開設されている。

4. 医療の質

「ご意見箱」が院内に設置されており、投書内容は病院長が目を通し、関係部署と患者サービス委員会で審議し、回答を掲示するなどの対応が採られている。退院患者からのアンケートや患者満足度調査も行われている。各診療科や合同カンファレンスの開催、各科の診療ガイドラインの活用、クリニカル・パスの作成と運用などが認められたが、アウトカム指標の検討やバリエーション分析などさらなる充実に期待したい。また、DPC データの分析から貴院の特徴を把握されているが、病院の特性に応じた臨床指標の設定を期待したい。「バリューアップ・プログラム活動」など多職種による業務改善が認められるものの、組織横断的な改善活動のさらなる充実に期待したい。様々な先進的な診療、手技などが積極的に導入されているが、新たな診療や治療方法を導入する際の病院全体のシステム構築が求められる。

病棟・外来の診療・ケアの管理責任体制は明確であるが、病棟における診療責任者、看護科長、病棟担当薬剤師名のわかりやすい明示方法を期待したい。診療録の記載については、適時・的確に記載され、退院時サマリーの2週間以内の完成率も高い。診療録の質的点検については、カルテ記載基準の見直しを含め、診療情報管理室を中心とした仕組みの構築が望まれる。感染対策・褥瘡対策・緩和ケアなどの専門チームによる診療・ケア活動や、多職種参加のカンファレンスなどが、計画的に適切に取り組まれている。栄養サポートチームの再活動についても期待したい。

5. 医療安全

専従の安全管理者に加えて、新たに事務次長が専任の担当者に配置され、重要な情報は医療安全委員会などを通して管理者へ速やかに伝わる体制が整備されている。医療安全に関わる情報が職員に確実に周知される体制に期待したい。アクシデント・インシデントの収集から分析、再発防止のための検討がされている。

誤認防止対策では、部位のマーキング・本人確認やリストバンドの装着の徹底など、おおむね把握されているが、対策の実施状況や有用性についても定期的に評価するなど病院全体の問題として検討されたい。医師は処方箋の発行、指示のオーダー、関連部署への伝達、看護師の指示受け・実施など適切に行っている。口頭指示は、安全マニュアルを遵守して実施している。パニック値については、直接手術医に連絡する体制を整備している。薬剤の安全使用では、重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避や抗がん剤のレジメン管理や調製・混合など適切に行われている。ハイリスク薬などの管理と適正使用、病棟の定数配置薬、救急カート、画像診断部門の造影剤などについても薬剤師によるチェック体制がとられており適切である。

転倒・転落防止対策については手順に沿って適切な対応がとられているが、外来のスリッパの履き替えについては引き続き検討されたい。医療機器の始業点検方法を新たに加えたマニュアルが改訂されており、臨床工学技士による職員教育が適切に実施されるなど医療機器の安全使用は適切である。院内緊急コードが設定され定期的な訓練が行われている。

6. 医療関連感染制御

感染制御の実務組織として病院長直轄の感染対策室が設置され、感染対策委員会のもとに ICT が組織され、実働部隊として看護部感染対策委員会のメンバーと連携して活動している。感染対策委員会は院長が委員長を務め、多職種で構成されており、ICT は毎週重点チェック項目に沿ってラウンドし、近隣の医療機関との相互訪問などが行われており適切である。院内感染発生状況は、各種サーベイランスを通じて収集し、JANIS の検査部門と全入院患者部門および J-SIPHE に参加している。アウトブレイクについても、迅速・的確な行動が採られている。

全室個室で個人防護用具も患者の状況に応じた対策を講じており適切である。手指消毒剤の使用状況調査評価分析と今後の使用状況調査の精度向上の方法を検討されたい。抗菌薬使用ガイドラインを定め、特定の抗菌薬については届出制としており、ICT は年 1 回アンチバイオグラムを作成して、各部門に情報発信している。ICT は入院患者の抗菌薬使用状況の把握・検討から抗菌薬使用問題患者には主治医に対して助言を行っている。アンチバイオグラムのフィードバックや問題患者への助言・指導については今後の一層の強化を望みたい。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、病院ホームページへの掲載の他、広報誌「エルム」発行が発行されている。広報活動は、広報委員会で検討が行われ、総務課にて対応している。地域医療連携の体制については医療連携室が設置され、紹介患者は札幌医療圏を中心に受け入れている。紹介患者の入退院時や受診時のチェックは医療情報課にて実施され、紹介元への返答も確実に行われている。地域の健康増進に寄与する取り組みとしては、特定健診、がん検診、予防接種の実施、学校保健活動を行っており、地域のがん患者を対象とした樹状細胞ワクチン療法ミニセミナーや地域住民向けの糖尿病教室が開催され、多くの市民が参加されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報な案内や総合案内、医療連携室の設置などが機能しており、高齢者・障害者への配慮、感染症疑いや緊急性のある患者への対応も適切である。外来担当医は患者に関する情報を収集し、情報をもとに診断して、病名・病態とその治療法を患者・家族に説明のうえ、同意を得て診療録に記載している。安全面に配慮した外来診療が行われ、他の診療科に相談できる体制も整っている。十分な検討と説明・同意を経て種々の診断的検査を実施し、検査後の指示なども適切である。入院の決定プロセスは、患者・家族の希望・同意を得て行っており、診療計画についても適切に作成されている。患者・家族からの相談には、医療連携室・がん相談支援センターにて常時対応できる体制が整備されており、内容に応じて適切な部署や機関、専門スタッフに繋げている。入院が決定すると外来生活支援室にて、外来看護師や入退院支援看護師により概要説明が行われ、問題点を早期に把握して MSW の介入や初期計画を立案し病棟看護ケアに繋げている。病棟では患者の視点で入院生活ガイダンスが行われており、緊急入院時の対応も適切である。

医師は毎日病棟回診を行い、必要に応じてカンファレンスにて情報共有を図られ、電子カルテに記載している。看護師は、看護基準・看護手順を基に患者・家族の様々なニーズに応じた援助が実践できるように記録し、多職種との情報共有を図っている。薬剤師は、薬歴・持参薬の管理、処方管理を積極的に行っている。抗菌薬投与時における観察ルールも整備されており、服薬確認も適切である。輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施されている。周術期の対応は適切に行われているが、深部静脈血栓予防などのリスク評価と対策について統一した基準を作成し運用するとさらに適切である。重症患者は、必要に応じてHCUで主治医や看護スタッフ、臨床工学技士間の協力体制のもと管理されており適切である。入院時に全患者に対し褥瘡リスク評価がなされ、皮膚・排泄ケア認定看護師を中心に褥瘡チームが活動しており、新規褥瘡発生率も低い。入院時に病棟看護師が栄養状態の評価を行い、評価に基づき管理栄養士が関与し、栄養管理計画書は医師や看護師、管理栄養士が協働で作成している。疼痛・緩和マニュアルや緩和ケアマニュアルが作成され、疼痛スケールや患者の訴えから、関連する職種や緩和ケアチーム、専門・認定看護師が適切に介入している。リハビリテーションは、主治医が必要性を判断したうえで、患者や家族の希望も取り入れた総合実施計画書を立案し、開始時と終了時には定量的な評価を行っている。身体抑制は、適応基準に基づき、説明・同意を経て実施するなど適切に行われている。

医療連携室・がん相談支援センターのMSWや入退院支援看護が中心となり、早期介入が必要な患者への計画的な支援がされている。関連職員によるカンファレンスや転院先への情報提供など、患者・家族の意向に対応した支援を行っている。在宅療養支援や継続的な治療や処置が必要な対象者にも、関係職種間の情報共有を通じて、継続した診療・ケアの取り組みを実践している。緩和ケアチームが立ち上がりターミナルステージにある患者対応は適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤における処方鑑査・疑義照会、調剤後の確認、持参薬の鑑別・管理、抗がん剤の調製・混合、医薬品情報活動を積極的に行っている。また、医薬品の採用と採用中止は薬品委員会で決定され、院内医薬品集はタイムリーな更新がなされている。臨床検査部門は、臨床検査技師が検体検査を迅速に実施・確実に報告する体制となっている。内外の精度管理なども的確であり、生理検査では安全な業務に配慮され適切である。画像診断の過程は誤認防止対策、転倒対策や感染対策などの安全面にも十分配慮して実施している。また、CTやMRIの読影・診断については、オーダー医が読影後に他の医師とダブルチェックする体制があり、適切である。厨房は大量調理施設衛生管理マニュアルに準拠しており、室内・冷蔵温度管理、保温・保冷配膳車による適温・適時の提供、残量調査の毎食実施など、快適で美味しい食事が確実・安全に実施されている。透析患者・化学療法患者等の特性や嗜好に応じた個別食・選択メニューの提供を多く行っており、アレルギー患者の誤配防止にトレイなどの色分けを行う取り組みなど、栄養管理機能は高く評価される。

リハビリテーションは療法士が主治医・看護師と情報共有し、訓練を行っており、疾患別マニュアルを作成し勉強会を開くなど、リハビリテーションの質向上にも努めている。診療情報管理機能は診療情報管理室が所管し、電子カルテによる一元管理がされ、各種マニュアルに従って、活用を前提としたコーディングやがん登録などが行われている。医療機器管理機能では「ME 新聞」の発刊が継続されており、職員への情報共有が図られるなど適切である。使用済み器材の一次洗浄・消毒、滅菌の質保証のための機能は適切に行われており、手術室への器材搬送ルートについても清潔・不潔は交差していない。

病理診断部門は、非常勤病理医であるが、ダブルチェック体制により診断の質の担保がされている。放射線治療部門は放射線治療医の下、適切な治療計画の作成、シミュレーションの実施、治療線量の決定、線量の確認がなされている。治療実施時には放射線治療医と放射線治療専門放射線技師が計画線量をダブルチェックしており、品質保証・品質管理は適切である。輸血・血液管理部門は検査室により監督医師の下で業務が一元化されている。手術・麻酔機能では、麻酔科医、外科系各科医師および看護スタッフ、臨床工学技士が協働し、術中管理および退室管理など安全に遂行している。患者の重症度に応じて、HCU を使用してケアが行われており、主治医は各科医師が担当し、入退室基準に従って病床運営がされている。多職種カンファレンスも行っており重症患者の管理は適切に行われている。救急医療機能は、災害（けが）救急、消化器内科、小児科の二次救急輪番に対応し、地域医療に貢献している。虐待疑いの患者に対応するマニュアルも整備・運用されている。

10. 組織・施設の管理

予算管理は、各部門へのヒアリングを参考に予算編成され、損益計算書・貸借対照表などの財務諸表が作成されており、病院会計準則に準じた会計処理が行われ、会計監査も適切に行われている。医事業務は委託せず、医事課職員により管理・業務が行われており、レセプト点検・再審査請求は担当医師と連携し適切に実施されている。未収金についても未収金対策マニュアルに沿って、回収に向けて効果的に取り組まれている。委託業者は、公正な基準によって選定されており、委託業務の実施状況の把握および業務内容と委託業務の是非・見直しなどについては、委託業務検討会にて検討されている。施設・設備は、施設課が担当し、管理実務を遂行している。清掃業務は委託しており、院内の清掃は問題なく行き届いている。感染性廃棄物の一部は滅菌破碎装置にて処理が行われ、装置の定期点検など適切である。物品管理は総務課が主管し、院内供給・業務委託・管理代行型（病院購入品）のSPD を行っており、内部牽制が機能している。診療材料は医療用具・診療材料委員会、医薬品は薬品委員会にて審議・選定されており、ベンチマークシステムを導入し経費削減にも努めている。

災害時の対応は大規模災害マニュアルに則って、大規模災害訓練や防災訓練が適切に実施されている。停電時対応として自家発電装置を備え、医薬品・食料品・飲料水の備蓄は3日分、協力スタンドとの契約締結による自家発電装置の燃料（軽油）も確保されている。保安業務は総務課により担当され、業務委託契約に基づ

き、休日・時間外については警備員が配置され、定期巡回が実施されている。医療事故発生時には直ちに病院長に報告され、医療事故調査委員会の開催と検討がなされており、第三者を交えた検証を行う体制も整備されており適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

協力型臨床研修病院として、初期研修プログラムに沿って適切な研修が実施される体制が整備されている。研修内容は卒後臨床研修委員会にて定期的に見直しが行われ、評価は指導医により行われるなど適切である。

学生実習は、薬剤師、看護師、臨床工学技士、管理栄養士など、積極的に受け入れ、適正な指導体制が整備されている。各受け入れ部署で実習指導者が明確にされ、カリキュラムに沿って実習、評価が行われている。実習生を受け入れる際に、医療安全、感染防止などの必要なオリエンテーションの実施、感染症検査の実施・予防接種状況の確認などの情報を一元管理されることが望ましい。

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	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	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	B
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	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	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	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	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	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	S
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	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	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	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	B
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： 社会医療法人北楡会 札幌北楡病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 北海道札幌市東札幌6条5-1

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	281	281	+50	86.2	16.6
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	281	281	+50		

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)	0	-8
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	8	+8
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	30	+0
人工透析	96	+6
小児入院医療管理料病床	26	+4
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	29	+29
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	9	+9
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

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： 人 2年目： 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

[illegible]

年度(西暦)	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	411.62	408.63	418.50	100.73	97.64
1日あたり外来初診患者数	37.26	39.02	40.60	95.49	96.11
新患率	9.05	9.55	9.70		
1日あたり入院患者数	242.17	231.38	225.85	104.66	102.45
1日あたり新入院患者数	13.82	13.19	13.22	104.78	99.77