

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 6 日～2 月 7 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 2001 年に愛知県初の小児医療センターとして創設され、2018 年に心療科を移管し保健と急性期医療に特化しつつ、子どもの成長・発達に応じた療養環境の整備を進めるとともに、子どもが再度入院したいと思える病院をコンセプトに新たにスタートしている。その後も病気と闘う子どもたちに夢を与える小児専門病院として機能を充実させており、2016 年には全国で 11 番目の小児救命救急センターとして認定され、24 時間 365 日子どもの命を救う最後の砦の使命を果たし続けている。

今回の病院機能評価の受審にあたっては、病院長はじめ幹部の強いリーダーシップのもと、多くの医師を含む職員が一丸となって良質な医療を目指す活動を推進してこられたことを高く評価したい。今回の受審結果でも秀でた取り組みが多く見受けられた。一方で、小児専門医療の観点から、人材確保をはじめとするいくつかの課題も見られた。今後もさらなる診療機能の拡充と医療安全の向上が図られるよう本報告書が貴院の益々の発展に寄与することを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

「あいち小児保健医療総合センター憲章」として、制定と毎年の見直しが検討されている。憲章には、「私たちは、保健と医療の両面から、子どもと家族の幸せな未来の成就をめざします」と掲げ、院内外の周知も適切である。病院管理者・幹部は運営上の課題の明確化およびその解決に向けて指導力を発揮している。中期計画、年次事業計画に基づいて、各部門・部署・個人においても行動計画管理シートや人事評価シートなどを用いて、目標達成に向けた取り組みがされている。また、

運営に必要な規程が整備され各委員会等の会議も定期的開催されている。情報管理機能については、診療実績や医療の質に関する情報が把握・検討され、臨床現場からの要望にも迅速に対応している。病院として管理すべき共通文書の承認・管理手順はおおむね整備されているが、運用方法などが統一されていないため、管理方法を定め、運用の徹底が望まれる。

県内唯一の小児医療専門施設として、法令で定める人員数は満たしている。センターとしても県の採用計画に沿った人材確保に取り組んでいるが、特に病理医、放射線科医などの常勤医師をはじめ療法士などの職員の増員・確保が望まれる。県病院事業庁職員の服務規程が定められ、労務管理が行われている。職員の勤務時間は自己申告制となっているため、勤退システムの構築が望まれる。衛生委員会は毎月開催され、長時間労働の状況、長時間労働者に係る面接対象者の状況等が報告・検討されている。育児短時間勤務や休職からの復帰支援、院内保育所などの就業支援や各種福利厚生制度も充実しており、魅力ある職場づくりのための様々な努力がされている。

職員教育・研修を統括する研究教育委員会が設置されており、計画的に開催されている。職員の能力評価・能力開発は、人事評価制度に基づき、目標達成度評価と能力発揮度評価が上司との面接・評価を通じて行われている。また、専門領域のスペシャリスト養成にも力を入れており、病院としての適切な支援が行われている。

3. 患者中心の医療

基本指針に、子どもと家族の権利の尊重について明文化し、院内外への周知も適切である。診療記録の開示は、原則として開示する方針とし、非開示例は近年見られていない。説明と同意に関する方針が明確にされ、おおむね適切に対応している。入院生活や検査、手術等についての説明は入院前から子どもの発達段階に沿ってパンフレットなどを用いて行っている。また、入院後は病棟担当の保育士がペットや木製ツールなどを使用しプレパレーションを行っており、クリニカル・パスも活用されているなど、子どもや保護者が安心して検査や治療が受けられるよう工夫や配慮がされている。患者相談窓口の設置や看護師・保健師・MSWによる相談対応、患者の個人情報・プライバシーへの対応も適切に行われている。臨床における倫理的課題に対しては、倫理委員会の下部組織である臨床倫理部会が機能しており、審議の実績も多い。また、日本臨床倫理学会が認定する臨床倫理認定士により、日常的な倫理的問題の分析を行うなど、倫理的感受性を高める組織的取り組みは高く評価できる。現場の日常的な倫理課題についても細やかに検討し、記録している。また、現場の倫理的課題に対応する仕組みが複数あり、誰でも発議できる組織風土は他の模範となり秀でている。

患者用駐車場などが整備され、公共バスも構内まで乗り入れており、病院へのアクセスに配慮されている。院内すべての建物でバリアフリー化がなされており、院内の随所に子ども専用で少し低く設定された手摺りを設置している。療養環境委員会が中心となり、病棟の入り口や病室の入り口には子どもの興味・関心を惹くよう動植物や昆虫のイラストなど、子どもが親と共にくつろげるような環境に配慮して

おり適切である。受動喫煙への取り組みは、全館禁煙の方針が周知徹底され、職員
の喫煙率も極めて低く、患者の親に対する啓発活動も行っており適切である。

4. 医療の質

患者サービスの改善は、意見箱の設置や患者満足度調査、外来待ち時間調査など
から積極的に収集し活用している。診療の質の向上に向けて、各科症例検討会のほ
か、多職種参加の合同カンファレンスなどの取り組みを実施している。クリニカル
・パスは、現在 112 種類を運用し、適用率は約 65%と高く、クリニカル・パス
委員会では新規パスの承認、バリエーション分析やアウトカム評価についても検討を行
うなど適切である。臨床指標、経営指標、クリニカル・パス使用率などを病院年報
に記載し、ホームページにも掲載している。業務の質改善に向けた取り組みでは、
医療の質向上委員会ほか各種会議体により、業務改善活動の実践、報告、表彰、業
務の対応方法の標準化やその効果の継続的な評価に取り組んでいる。新たな診療・
治療方法や技術の導入については、倫理審査委員会で審査・承認する体制が確立さ
れている。薬剤の保険適応外使用については、倫理審査委員会で審議し、センター
長の承認を受けたのちに使用できることとしている。臨床研究等については倫理委
員会、受託研究審査委員会、利益相反委員会などの承認を必要とするなど、新たな
診療・治療の導入について適切に実施している。

診療・ケアの責任体制では、病棟医長、病棟師長などの氏名を掲示し管理・責任
体制を明確にしている。医師および看護師の診療記録は、電子カルテにて適時に記
載しており、質的点検については、医師が年間 40 例、看護師は年間 20 例について
退院患者の診療録を無作為に抽出して実施している。多職種から構成される栄養サ
ポートチーム、感染対策チーム、RST などがそれぞれ規程を明確にして組織横断的
に活動している。治療や検査を受ける子どもの安心と理解を促すため、医療保育士
によるプレイ・プレパレーションが効果的に行われている。

5. 医療安全

医療安全管理室はセンター長直属として位置付けられ、組織横断的に活動してお
り、委員会は多職種から構成され、マニュアルも必要に応じて改訂が行われてい
る。インシデント・アクシデントは報告フローチャートに沿って各部署から報告さ
れ、検討が必要なレポートは医療安全管理室会議で分析・対策を検討し、全部署に
配信している。

患者誤認防止の手順に則って患者・部位・検体確認を実施している。リストバン
ド登録時には患者・家族に確認作業の参加を促し誤認防止対策を適切に行ってい
る。処方箋・指示箋は電子カルテで適切に記載されている。やむを得ず口頭指示を
受ける場合は指定の口頭指示箋を用いて適切に対応されている。外来での指示入力
については、医師事務作業補助者の代行入力の承認の徹底が望まれる。麻薬・向精
神薬・毒薬の保管管理は適切である。プレフィルドのカリウム製剤は、小児医療の
特性を踏まえて医療の質向上委員会で策定した規程に基づいて PICU・NICU のみで
適切に使用されている。転倒・転落防止への取り組みや医療機器の安全使用も適切

に行われている。患者急変時の院内緊急コードが定められ、常時対応できるよう体制を整備している。今後は、BLS 研修の充実に向けた取り組みを期待したい。

6. 医療関連感染制御

各部門の長で構成された感染防止委員会のもと、ICT および ASP が積極的に活動している。オムツ交換や手指衛生などに関するベストプラクティスを別紙として感染対策マニュアルに掲載し、感染防止の質の向上を図っている。2019 年度より PICU ではターゲットサーベイランスを実施して医療関連感染の発生状況をより詳細に把握している。アウトブレイクの把握および対応は迅速かつ適切である。

感染防止対策ガイドラインに沿って、手洗い、手指消毒、PPE 着用、感染経路別の対策を実施している。ICT が中心となり、手指衛生実施状況について調査し、経過観察と指導を行う啓発活動をするなど、院内の感染制御活動を実施している。2016 年度に結成された ASP チームにより、年 300 件を超える感染症コンサルテーションがなされ、特定抗菌薬の使用量も著しく減少しており、他の模範となり高く評価できる。

7. 地域への情報発信と連携

病院からの情報発信はホームページにより、診療案内や診療実績も含め広報され適宜更新されている。広報における基本方針を病院の広報委員会が中心に計画し、内容の見直しも随時実施している。地域の病院との窓口は委託職員が中心となり対応している。また、地域の開業医との医療懇話会を年 2 回開催するなど、病院の情報発信や連携を深める機会としても活用している。紹介患者が診察前に画像を病院のシステムにインポートできる画像インポートシステムを受付に導入するなど受付の迅速性が図られており、地域連携が効率的に実施されている。今後は紹介患者における未返書など遅滞なく処理できるよう管理体制を強化されたい。

地域の健康増進に寄与する活動として、保健部門を中心に小児専門病院としての病院の特色を活かした活動がなされ、外部の専門職種に向けた研修や患者・家族に対しての支援に加え、国際協力活動にも協力している。愛知県の小児専門病院としての役割を十分に発揮され、模範的な取り組みとして高く評価される。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診は紹介予約制がとられており、受診に必要な情報が分かりやすく紹介されている。総合案内には看護師が配置され、様々な来院形態に応じた案内や、障害者への配慮、緊急時のトリアージなども適切である。待ち時間への工夫として、「画像データポスト」や保育士と連携した遊びの提供などがある。外国人対応についても通訳の同席によるサポート体制があり、24 時間 365 日の救急体制など、患者の視点に立った受診体制は極めて高く評価される。患者に関する情報収集は問診票を用いて適切になされている。看護相談外来では、子どもでも分かりやすいような媒体を用いて、医療的ケア児および家族への指導がなされており、診察室内に用意されたトイレで自己導尿の指導を行うなど積極的な取り組みが行われている。ま

た、通学への影響を考慮して土曜日終日の外来を行っており、患者中心の医療の姿勢が表れており高く評価される。侵襲性の高い検査では、説明と同意の必要な検査を規定している。医師は医学的判断に基づき入院の必要性を検討し、保護者に加えて、患児についても年齢に応じた対応がなされている。診断・評価は適切になされ、迅速に診療計画が作成され、看護師以外の多職種による計画も盛り込まれており適切である。外来や病棟における多様な相談は患者サポート相談窓口が対応し、医療費や福祉制度に関する相談には子ども家族医療支援室の医師、看護師、MSWなどが連携し対応している。医師の入院決定指示により、外来看護師が入院までの体調管理などの方法を説明している。看護部療養環境委員会が作成した入院のしおりをもとに、入院生活の説明を行っている。

医師は病棟業務を確実にしており、看護師は、役割・業務を明確にし、固定チーム継続受け持ち制で看護を提供している。看護師長や看護副師長はスタッフの目標面接やラダー評価を行い、人材育成に努めている。投薬・注射は適切に実施され、輸血や診断的検査は適応の検討・同意書の取得から評価に至るまで確実に実施されている。手術・麻酔の適応や方法は主治医と麻酔科医がそれぞれ患者・家族に説明したのちに同意を得ている。ホスピタル・プレイ・スペシャリストが中心となり、手術の前にプレパレーションを実施している。PICUでは集中治療科医が主科の医師と協議して入室を決定し、主治医として治療にあたっている。NICUは新生児科の専任医師が24時間常駐し、先天性心疾患を始め外科系疾病新生児を県内外より受け入れている。病棟、PICU、NICUでは、必要に応じて多職種と連携して治療にあたっている。褥瘡については、リスクアセスメントの実施から計画書作成、週1回のラウンドなど記録も適切である。管理栄養士の栄養・食事への関与も適切である。疼痛緩和マニュアルが整備され苦痛緩和の対応に努めている。リハビリテーションは、理学療法士が少ない中でPICUにおける呼吸リハビリテーションも含めて、院内の必要性に対応している。身体抑制に関しては、抑制中の観察について観察項目の内容などが分かるように記録の標準化を望みたい。退院後も医療的ケアを行うことが予測される患者などに対し、入院早期から多職種によるカンファレンスを行うなど、退院後の療養環境の整備に取り組んでいる。ターミナルステージの判断は多職種全員が一致するまで合議をしており、さらに全職員に臨床倫理部会の活動を周知し、質の高いチーム医療が展開されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤に応じた温・湿度管理が適切に行われ、病棟薬剤師により処方鑑査から、調剤鑑査、払い出しに至るまで適切になされている。臨床検査は、夜間・休日も含めて迅速に結果を提供できる体制を整備している。外部精度管理は年に2回受審し、内部精度管理も毎日適切に実施している。放射線技師は常に1名が当直する体制となっており、時間外も含めて必要な画像検査を実施している。放射線科専門医は非常勤体制であるが、迅速な読影が必要な場合には遠隔で画像を読影できる仕組みとなっている。栄養管理機能では、食欲不振者への代替えメニューの提供など、患者目線での取り組みについては評価できる。リハビリテーション機能は、必要な

リハビリテーションへの応需がなされている。診療情報管理機能では、診療記録の量的点検、診断名・手術名のコード化など管理が適切に行われている。医療機器は臨床工学技士による点検が実施されている。

病理診断機能は適切に発揮されており、ホルマリンの保管も適切にされている。輸血用血液製剤は検査室内の輸血部門において一元管理を行っており、機能はおおむね適切に発揮されている。手術・麻酔機能は、手術室 8 室に対して常勤専従麻酔科医 10 名を配置し、総手術件数 2,700 件以上に対応するなど緊急手術にはいつでも応需できる体制を整えており、評価される。集中治療機能は、PICU18 床、NICU12 床を運用し、極めて高い機能を発揮している。特に、所有の救急車に救急医・看護師が同乗し、他院からの重症患児搬送例は搬送後直ちに PICU・NICU に入室、治療・ケアを開始する体制を整えている。また、PICU には子どもたちの心の安定のためにホスピタル・プレイ・スペシャリストを配置している。救急医療機能は、小児救急医療の拠点病院として、救命救急センターの指定を受けており、救急科医師 2 名体制で年間 7,000 例を超える救急患者に対応している。救急外来には小児救急認定看護師を配置し、トリアージナースが救急受診患児すべてにトリアージを行っている。重症度によっては搬送元から他院への三角搬送を行うなどの取り組みは極めて秀でており評価される。

10. 組織・施設の管理

予算、事業計画、各種財務諸表が適切に作成され、会計監査も県の監査委員事務局により毎年実施されている。医事業務は、事務部経営・医事担当者主管のもと、受付業務、会計窓口業務、診療報酬請求事務、未収金管理などを委託業者が確実に進めており、施設基準管理や従事者変更なども定期的に確認がなされ基準を遵守している。業務委託においては、会議にて業務内容の評価など、各部門で改善を要する点などを検討し、業務の質を担保している。今後は、委託業者との業務範囲、責任範囲を明確にするため、詳細な仕様書の作成などが望まれる。

病院の役割・規模に応じた施設・設備が整備され、日常点検と保守管理、中長期の修繕計画の策定もされており、適切である。なお、感染性廃棄物最終保管場所の管理を徹底されたい。物品管理では、請求から納品に至る過程、在庫管理においても適切であり、ディスプレイ製品も単回使用の方針が定められている。

小児三次救急病院として必要な非常用発電設備は確保されている。水、食料等の備蓄品も適切である。保安業務では防犯カメラの設置、警備員の常駐、定期巡回など実施されており、保安体制は適切である。医療事故発生時の対応も適切である。

11. 臨床研修、学生実習

協力型の臨床研修指定病院であり、臨床研修医の受け入れも適切に行われている。看護職はクリニカルラダー制度が運用され能力達成度を客観的に評価しており、その他の職種においては、各科での研修計画に基づき新入職員の研修を実施している。

医学生や看護学生のほか、療法士、保育、栄養、視能訓練、MSW などの養成学校からの依頼に基づき実習生を受け入れ、所定のカリキュラムに沿って実習が行われている。実習前の必要な教育は各部署で適宜行っており学生実習は適切に行われている。

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	S
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	B
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	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	A
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	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	S
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	S
2.2.2	外来診療を適切に行っている	S
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	S
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	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	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	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	NA
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	S
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	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	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	B

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	B
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： あいち小児保健医療総合センター

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： 愛知県大府市森岡町7-426

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	200	200	+0	61.1	5
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	200	200	+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		
集中治療管理室 (ICU)		
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)	12	+12
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	1	+0
人工透析		
小児入院医療管理料病床	164	-20
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		
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

救命救急センター、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

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

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	365.27	390.34	386.19	93.58	101.07
1日あたり外来初診患者数	41.05	39.17	36.88	104.80	106.21
新患率	11.24	10.03	9.55		
1日あたり入院患者数	122.14	124.98	130.10	97.73	96.06
1日あたり新入院患者数	20.53	19.51	19.06	105.23	102.36