

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 1 月 20 日～1 月 21 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

貴院は充実した設備と人員を備え、地域の中核病院として高度な救命救急医療や最先端医療およびがん治療などを提供している。地域医療支援病院・災害拠点病院・救急救命センター・小児救急医療拠点病院・がん診療連携拠点病院・地域周産期母子医療センター・横浜市重症外傷センターなど、多くの機能を有し地域の基幹病院として非常に重要な役割を果たしている。また、診療部門では多くの診療科がセンター化され、診療科の枠を超えてチーム医療が展開されている。

病院運営では済生会の精神に基づき、中長期計画や事業計画が策定され、病院長を中心として病院幹部の優れたリーダーシップのもと、病院全体で医療の質向上や地域の高度な救命救急医療の確保に取り組んでいる。病院の機能充実のみならず、地域に寄り添った医療提供体制の構築を目指していることは高く評価できる。

今回の病院機能評価は更新受審であり、多くの項目で優れた水準を維持されていることが確認された。地域住民や地域の医療機関の期待に応え、今後、貴院がますます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

理念・基本方針はわかりやすく明文化されており、内容の検討についても適切に行われている。院内外への周知も適切である。組織運営においては、病院運営に必要な会議・委員会が定期的に行われ、会議録も整備されている。院長、看護部長、事務部長をはじめ幹部職員はそれぞれの立場で ICT を活用した新たな地域連携、人材育成、働き方改革への対応、病院経営などの課題を明確にし、その解決に積極的に取り組んでいる。院長は毎年の年頭所感や各種会議・委員会および中期ビジョン等で病院の将来あるべき姿を院内に周知し、その実現に向けて事業計画が

BSC を活用して策定され、各部門のアクションプランも KPI 指標を示して策定されている。計画の達成度評価も適切に実施され、PDCA サイクルが効率的に展開されている。情報管理および文書管理は適切である。

人事労務管理は人材確保、職員の衛生管理も含めて適切である。特に働き方改革の推進に向けたタスクシフト・シェアの検討体制については魅力ある職場づくりとして高く評価できる。職員の教育・研修は COVID-19 の影響で難しい面もあるが、e-ラーニングや DVD 視聴により研修が多く取り入れられており、必要な研修はおおむね実施されている。職員の能力評価・開発については、医師を含め職階や職種に応じて、職員全員に目標管理制度が導入され、組織の活性化や処遇などに活用されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族および全職員に周知されており、権利擁護の取り組みは明確である。説明と同意に関する方針があり、基準・手順も整備されており、セカンドオピニオンについても適切に対応している。患者との診療情報の共有は、患者支援センター（TOPS）で入院前から患者と情報を共有し、せん妄予防対策や手術予定患者に対しては専従メンバーによる術前評価、オリエンテーション、「私のかいふく日記」を利用した指導が行われている。クリニカルパスにはほぼすべて患者用パスを整備しており、患者参画を積極的に行っている。年々増加している多様な相談内容に対して、メディエーター有資格の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士等が対応している。新しい患者支援体制として TOPS で全予定入院患者を対象として、入院時での説明や手術での不安解消を目的に患者にやさしい支援を実施している。個人情報保護およびプライバシーの保護は、規程を整備し、現場での対応も適切である。

臨床における倫理的課題については、現場において多職種で検討され、解決困難な場合は臨床倫理事例相談チームで検討している。さらに解決困難な場合は、外部委員も含めた倫理委員会で審議する仕組みである。相談チームには各部署より評価報告を行い、現場で解決した事例も合わせてすべて倫理委員会で把握し、指針の見直しなどに反映されており秀でている。患者・家族の抱える倫理的問題に患者支援センターや各部署で気づいた場合、当該部署で多職種カンファレンスを行い、患者・家族の意思を尊重した対応策を検討している。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮がなされ、院内はバリアフリーである。療養環境については、病室やデイルームなど、患者が利用するスペースも広く確保され、寝具類の清潔や適切なベッド・マットの提供など快適な環境が提供されている。病院敷地内の禁煙が実施されており、受動喫煙防止や禁煙の啓発活動を積極的に実施されている。

4. 医療の質

患者・家族からの様々な意見や要望は、意見箱、患者満足度調査、入院アンケート等によって収集し、当該部署にて分析・検討のうえ、患者サービス委員会にて決

定している。対応策については組織横断的に情報共有している。診療の質向上に向けた取り組みは、診療科カンファレンスやCPCをはじめ多くのカンファレンスが開催されている。クリニカルパスに関しては、パス管理室の積極的活動のもと診療の標準化がなされている。臨床指標は担当委員会にて分析・検討が進められ、質向上に寄与している。業務の質改善に向けた取り組みは、BSC活動で組織横断的に業務改善の取り組みが行われ、また、病院機能評価受審など積極的かつ継続的に取り組んでいる。ISO15189の認証をはじめ多くの第三者評価に積極的に取り組まれている。新規の診療・治療方法や技術の導入に際しては申請から承認まで明確であり、高難度新規医療技術評価委員会で適切に検討されている。

病棟・外来等における管理責任体制は明確にされ、患者・家族にも明示されている。診療記録は電子カルテにより記載マニュアルに基づき、適切に必要な事項が記載されている。診療録の質的点検も専門性を踏まえ医師、診療情報管理士の関与のもと行われ、フィードバックも適切に実施されている。多職種協働は内科系・外科系が連携して診療に当たるセンター制がとられ、診療科を超えたカンファレンスや各部署で多職種によるカンファレンスが行われている。患者支援センターでは多職種による入院前面談・評価・指導が行われ、多くの専門チームと部署のスタッフが連携して患者の診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

医療安全に向けた体制は院長直属の医療安全管理室を設置し、院長補佐を室長として専従の看護師長、薬剤師、事務員を配置している。マニュアルも適宜改定され、ポケットマニュアルを全職員に配布し携帯している。医療安全管理委員会は定期的開催され、マニュアルや対策は管理会議で最終決定され、各種会議・委員会で周知されている。レポートは委託業者を含む院内全職員からの提出および報告を行う文化が醸成されている。分析は各部署で実施できるよう推進し、院外からの安全情報は適切に収集されている。

患者誤認防止、部位誤認防止、検体取り違い防止、チューブ類の誤認防止などは、適切に実施されている。情報のエラー防止対策については、電子カルテによるオーダーリングシステムが導入され、指示出し・指示受け・実施・確認の一連の流れは適切である。口頭指示はやむを得ない場合に行っているが手順も適切である。検査結果の報告については、画像検査や病理検査の悪性所見が否定できない場合に、未読システムの構築や主治医に直接連絡を取るなどの取り組みが行われている。

薬剤の安全な使用は、麻薬・向精神薬・毒薬の管理やハイリスク薬の明示と取り違い防止対策は適切に実施されている。電子カルテシステムを用いて重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を適正に行っている。転倒・転落アセスメントは成人用と小児用を活用し、全入院患者に評価が行われ患者支援センターで評価し入院前から予防についてアプローチしている。医療機器の安全使用はマニュアルを整備し、研修は理解度を確認して主体的に学べるようにタスク表でスキルチェックするなどの工夫がなされている。患者等の急変時の対応は、院内緊急コード、院内暴力、周産期コール、RRTコールも設定されている。救急カートは標準化され、

看護師と薬剤師により点検されている。BLS トレーニングも実施され、急変時対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制では、感染防止対策委員会を開催し、実働部署として院長直属の感染管理対策室を設置している。感染制御チーム（ICT）や抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を整備し、院内の感染に関する情報収集と分析・検討が適切に行われている。新型コロナ感染症に対しては、コロナ対策本部を新たに設置するなど医療関連感染制御に向けた適切な体制を整えている。感染管理対策室は院内の感染情報を収集・把握し、分析結果を院内にフィードバックすることで感染対策に活用しており、ターゲットサーベイランスでは SSI、CLABSI、VAP、UTI を監視している。JANIS にも参加し院内にデータを周知している。

感染経路別予防策は適切に実施され、廃棄物と感染性リネンは規定通りに取り扱っている。抗菌薬の適正使用では、AST が院内の感染状況を収集し、分離菌感受性を検討して医師に適切な抗菌薬の使用を指導・フィードバックしている。

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、広報誌などを活用して行われている。登録連携医療機関を対象に交流会を年 1 回開催し、顔の見える関係構築を目的に病院の現状報告と要望の聴取、講演会等を実施している。医療連携センターが中心となり、地域の医療状況やニーズを把握するとともに、関連する医療・介護・福祉施設との連携・調整が図られている。連携医療機関との間で診療記録を閲覧できるよう医療情報共有システム「サルビアねっと」を稼働している。医療機関に精通した担当者 2 名を外部から採用し、積極的な訪問活動に努めている。その活動内容は、病院の診療情報の紹介、院長や病院幹部との同行訪問、病状に関するオンラインでの意見交換等であり、連携強化活動を積極的に実施し、紹介患者増加につなげているなど、高く評価できる。

地域住民への健康増進に関する教育・啓発活動として、市民公開講座や医療・介護・福祉に関する研修会など、多岐にわたり実施している。医療関連従事者対象にスペシャリストナースを派遣した講義や実習を多く開催し、地域に貢献している。地域への医療に関する教育・啓発活動は適切に実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者が円滑に診療を受けられる体制は、総合案内の設置、予約制の導入、診察順番表示装置の設置などで適切に運営されている。発熱患者のトリージングも適切に実施され、紹介患者の円滑な受け入れは、医療連携センターにより実施されている。救急患者も含め、受診から外来でのアセスメント、入院の適応、柔軟な入院病床の運営に至るまでのプロセスは適切で円滑に行われている。

侵襲を伴い患者・家族の同意を必要とする検査は明確にされ、文書で患者・家族に必要性和リスクについて説明し、同意を得たうえで安全に実施している。検査

中・検査後の観察記録も確実になされている。入院の必要性は医学的に判断し、説明と同意を行って決定している。医師の診断と多職種の評価により適切に入院診療計画書が作成されている。医療相談や看護相談は分かりやすい場所に相談窓口を設置し、夜間・休日も窓口を決めて多岐にわたる相談を受け付け、内容によって専門職や担当部署に振り分けている。地区医師会が運営する出張相談窓口も開設されており、地域とも連携しながら適切に対応している。

医師は他科との合同カンファレンスや多職種が介入した検討会で治療方針や支援方針を決定し、患者・家族の意向に沿った治療方針の説明と同意を行うなど、適切に病棟業務を行っている。看護師の病棟業務は看護基準・手順に基づき適切に行われている。看護は専門性の高い看護師を育成し療養上のケアと診療補助を個別性に配慮して展開している。多職種でチーム医療を推進し病棟業務は適切に行われている。薬剤師は各病棟に配置され、薬歴管理、投薬・注射、服薬指導などが適切に実施されている。輸血および周術期の対応は適切に実施されている。重症患者の管理はICUやHCUでの集中治療の専門的管理がなされ、専門・認定看護師や多職種の関与も多くみられ適切である。褥瘡の予防・治療に関しては、入院前よりリスク評価が行われ、ハイリスク患者には多職種で具体的な方法を検討し適切に対応している。

栄養管理と食事指導では、栄養状態がアセスメントされ、患者に見合った栄養管理が行われている。疼痛、苦痛および不快な症状は適切に症状緩和が図られており、がん性疼痛は緩和ケアチームが関与している。全身麻酔全例に対して、翌日TOPSの麻酔科医と多職種で回診しAPSとして術後疼痛緩和に努めている。必要なリハビリテーションは速やかに開始され、確実・安全に行われている。身体抑制は必要最低限とし、医師の指示で開始し早期解除に向けた取り組みもなされている。患者・家族への退院指導、必要な患者への継続した診療・ケアへの支援は適切に実施されている。特に「サルビアねっと」を活用してICT連携をとって退院後の継続した診療・ケアに活かしている取り組みは評価できる。ターミナルステージの対応は患者のQOL向上のために患者・家族の意向を尊重し、DNARやACPについて取り組みが行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤業務は処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会、抗がん剤の調製・混合、持参薬鑑別、薬剤情報管理、注射薬の取り揃えなど、多岐にわたる業務を適切に実施している。臨床検査機能は、多くの検査種類、検査数に応じており、検査結果も迅速に報告され、パニック値の報告も確実に医師に報告がなされており、履歴も残されている。ISO15189認証を取得し、品質マネジメントは高く維持されている。画像診断機能では速やかな実施と読影結果が報告され、画像診断機能は適切に発揮されている。栄養管理機能は食事の提供と管理は衛生的なプロセスで行われ、管理栄養士は患者への指導や病棟との連携、NSTへの関与など積極的に活動している。リハビリテーション部門は多職種と連携し急性期リハビリテーションを適切に行っている。診療情報管理部門は、診療録管理を適切に実施し、臨床指標の作成にも積極的に関

与し、医局会や運営会議等で説明している。診療記録の量的点検についても適切に実施し、監査結果のフィードバックも行っており、適切に機能を発揮している。医療機器管理は緊急時対応が可能であり、一元管理されており点検も確実に実施されている。洗浄・滅菌機能は中央化され、滅菌の質保証やリコール規程の整備など適切である。

病理診断部門では良好な作業環境のもと診断がなされている。精度管理も学会精度保証に参加し担保されている。レポートの未読チェックも確実に行われており、適切に機能を発揮している。放射線治療は必要な人材を配置し、放射線治療医が中心となり治療計画を立案し、シミュレーションを実施するなど、高精度放射線治療などの放射線治療を安全かつ適切に提供している。輸血・血液管理機能は輸血療法委員会で諸問題を協議して適切に行われている。手術・麻酔機能は術前・後の情報も確実に共有され、安全も担保されている。集中治療機能は各診療科や多職種が連携して重症患者に対し、高度な集中治療が提供されており評価できる。また、院内のRRS構築にも関与し、安全な医療提供に大きく寄与している。診療圏内の救命救急センターのほか多くの救急機能の拠点病院としての責務を発揮しており、病院の重点方針である「断らない救急」を実践している。患者虐待についても、児童・高齢者・障害者・DVの院内マニュアルに則り対応しており、児童・高齢者に関しては患者の安全確保に関する対策委員会も関与して慎重な判断がなされている。

10. 組織・施設の管理

会計処理は適切に行われている。予算管理から執行状況の管理・分析など、経営全般に関して適切に管理されている。エントランスには自動受付機・精算機・対応カウンターを設け、効率的で正確な窓口収納業務が行われている。夜間・休日についても職員と委託職員による窓口業務を実施しており、医事業務は適切に行われている。委託業務の定期的なモニタリングを実施して業務実施状況を把握するとともに、業者との連絡会を持つことで継続的な改善が図られている。

病院の役割や機能に応じた施設・設備が整備され、中央監視室では24時間体制で設備の稼働状況を監視している。院内の清掃についても整理・整頓・清潔が行き届いている。物品管理についてはSPD室が設置され、部署ごとの定数管理、バーコードシールを活用した物品の請求・払い出しを行っている。

災害拠点病院として、災害に備えて防災マニュアルが整備され、大規模災害訓練や地域医療機関との情報共有が円滑に行われている。停電に備えて自家発電機が整備され、医薬品や患者用の食料・飲料水の備蓄もされている。保安業務については院内巡視や不審者侵入防止などが適切に行われている。医療事故への対応は患者相談窓口には医療メディエーターを配置し、患者・家族と誠実に向き合う体制が整備されている。事故発生時の手順が整備され、原因究明や再発防止策を組織的に検討する体制が整備されており、顧問弁護士契約や病院賠償責任保険の加入など、適切に なされている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型の臨床研修病院として、臨床研修プログラムに基づく研修が行われている。CPC への参加も実施しており適切である。外部評価は EPOC2 を利用している。看護師や薬剤師等についても研修プログラムが整備され、到達すべき目標について規定されている。研修者からの意見収集も行われ、各部門で実施している研修プログラムが計画通りの効果を上げているかの評価も行われている。中途採用者に対するプログラムも整備されている。

医師、看護師、薬剤師、リハビリ療法士などの養成課程の学生実習を、多くの学校から積極的に受け入れている。実習開始時にはオリエンテーションを開催し、医療安全・感染防止・個人情報保護等に関する教育を実施し、カリキュラムに沿って実習指導と評価が行われており、受け入れ窓口は人材開発支援室に一元化されている。

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	S
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	S
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	S
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	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	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	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	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	S
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	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	S
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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市東部病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 神奈川県横浜市鶴見区下末吉3-6-1

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	512	512	+2	77.1	9.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	50	50	+0	63.3	39.3
結核病床					
感染症病床					
総数	562	562	+2		

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	24	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	6	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+0
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	9	-1
小児入院医療管理料病床	32	+2
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	50	+0
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), 小児救急医療拠点病院, 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： 10 人 2年目： 10 人 歯科： 2 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

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

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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	994.17	1,129.88	1,118.66	87.99	101.00
1日あたり外来初診患者数	117.52	137.29	139.66	85.60	98.30
新患率	11.82	12.15	12.48		
1日あたり入院患者数	433.16	480.15	480.72	90.21	99.88
1日あたり新入院患者数	46.03	48.38	47.65	95.14	101.53