

## 総括

### ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」を適用して審査を実施した。

### ■ 認定の種別

書面審査および 10 月 7 日～10 月 9 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 3                                  条件付認定（6 ヶ月）

### ■ 改善要望事項

- ・機能種別    一般病院 3
  1. 高難度新規医療技術のモニタリング体制に関して、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（1.5.4）
  2. 診療記録の量的点検に関して、貴院が補充的な審査で提示した改善策を確実に実践してください。（3.1.6）
  3. 人事・労務管理に関して、貴院が補充的な審査で提示した改善策を確実に実践してください。（4.2.2）
  4. 職員の安全衛生管理に関して、貴院が補充的な審査で提示した改善策を確実に実践してください。（4.2.3）

#### 1. 病院の特色

貴院は 1975 年の開設以降、大学の創立者が謳った理念の具現化を図るために、他の付属病院とも密な連携を図りながら総合的な医療活動に取り組んできた。開設後の沿革としては、1984 年の救命救急センター開設に始まり、特定機能病院、地域災害医療センター、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター、地域がん診療連携拠点病院などの指定を受けてきた。その中でも、特に高度救命救急センターは、神奈川県中西部から静岡県東部にかけて「最後の砦」ともいえる三次救急医療機関として位置づけられており、日常の一般救急対応でも全例応需するという方針のもと診療を行っている点は高く評価できる。また、1999 年当時から入院支援の重要性を認識して PFM（Patient Flow Management）を進めてきた事でも全国的に知られている。

医療の質の向上に向けた取り組みとして、2004 年に病院機能評価の認定を取得以降、継続的に認定を更新している。今回の更新審査では、これまで以上に質の高い診療機能を確認できた領域がある半面、さらなる発展に向けて課題と思われる領域もいくつか見受けられた。医療の質向上に向けた活動には終わりが無いことを再認識した上で、今回の受審が貴院にとって有益な機会となることを期待する。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

大学創立者により作成された病院の理念が継続的に共有されているが、基本方針に関しては、社会情勢の変化も踏まえた検討議論があると良い。病院としての意思決定会議は「病院運営会議」であり、必要な委員会等も適切に機能している。現状、病院長に付与された裁量権は比較的限られているが、組織としてはおおむね適切な環境と体制が整備されている。医療情報システムは適切に機能しており、規程類の整備やセキュリティ対応、次期システム導入に向けた議論などは適切になされている。文書管理に関する規程類や内規等に基づく対応は適切である。

人員の確保に関して法的要件や施設基準等は十分満たされており、必要人員の募集プロセスなども適切である。勤務規則や給与規程などの規則類も整備され、職員への周知も図られている。ただし、医師（教員）の労働時間と有給休暇等の管理方法については継続的な検討が望まれる。また「安全衛生委員会」は適切に機能しているが、ホルムアルデヒド液を使用する手術室内の作業場環境については、継続的なモニタリング実施に努められたい。併せて、注射用抗がん剤治療を行う際のPPE着用についても、再検証したマニュアル等の遵守を期待する。職員の意見や要望は様々な機会に収集・把握され、福利厚生などにも反映されている。

全職員向けの研修会も数多く開催されているが、今後は、全職員に必要な教育・研修等を病院全体で企画・評価する場である「病院職員研修管理委員会」の活動に期待したい。職員の能力評価や能力開発に関しては、医師・看護師だけでなく、その他の職種を含めて様々な工夫や試みがなされている。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利はリスボン宣言を拠り所にした「患者さんの権利について」という表題のもと明文化ならびに周知されている。小児病棟では小児患者の権利を別途明文化するなど工夫している。説明と同意の責任者は副院長が担っており、各種指針の作成や運用面での対応に努めている。患者との診療情報の共有には様々な手法等が活用され、患者支援センターや周術期管理チームによる積極的な介入事例などもある。患者・家族からの相談窓口として「総合相談室」が設置され、専門的な医療相談に対しても、専門職種による介入対応が随時行われている。虐待事案への対応なども適切なプロセスのもと行われている。個人情報保護に関する規程類は整備され、利用時の厳格な対応手順が定められ遵守されている。臨床倫理に関する各種対応は、「臨床倫理検討部会」を設置したことで著しく強化されており、臨床現場における各種議論や臨床倫理コンサルテーションの活動状況などは優れている。

来院時のアクセスへの配慮は適切になされ、生活延長上のサービス施設なども充実している。院内にはバリアフリー環境が整備され、高齢者や障害者等への配慮もある。病室や処置室、面談室等にも必要なスペースが確保されており、トイレや浴室などの清掃状況も適切である。地域がん診療連携拠点病院として「敷地内全面禁煙」が実践され、職員の喫煙率も経年的に低下している。

#### 4. 医療の質

患者・家族等からの意見は、意見箱や患者満足度調査、患者相談窓口への相談内容等からの収集・把握が行われ、患者サービス改善委員会や患者満足度調査ワーキングの中で対応検討されている。診療の質向上に向けて各種症例検討会や多職種カンファレンス、カンサーボード、CPCなどが開催されているほか、診療ガイドラインやクリニカルパスなどが有効活用されている。臨床指標や質指標等の検討・活用なども適切である。組織横断的な活動や外部評価への取り組みもなされているが、具体的な業務改善事例が今後は蓄積されると良い。高難度新規医療技術と未承認新規医薬品等の審査等を行う部署は「医療監査部」を中心に組織構築され、院内規定に則った業務対応がなされているものの、高難度新規医療技術の承認後のモニタリング方法やハイリスク薬の適応外使用などに関してはより厳格な管理対応を望みたい。

診療・ケア等の管理・責任体制は明確であり、病棟看護師長や各診療科責任者による巡回対応などが実施されている。診療記録は電子カルテで運用されており、院内規定に基づいた対応が取られている。診療記録の質的点検も網羅的には行われているが、退院時要約の記載については検証を望みたい。複数科または多職種が参加する診療・ケア等の場が数多く用意され、診療科や職種の枠を超えた意見交換が行われている。院内には多職種よりなる専門チームとして ICT、NST、緩和ケアチーム、褥瘡ケアチーム、精神科リエゾンチームなどが組織編成され、定期的な院内ラウンドや専門職種による介入が適時行われている。

#### 5. 医療安全

医療安全の確保に向けて、医療安全対策課・医療安全調査課・院内感染対策室・放射線治療品質管理室・医薬品安全管理室・臨床研究監査室・医療機器安全管理室を一室に集めた「医療監査部」が設置され、医療監査部長（副院長）が中心となり組織横断的な対応にあたっている。医療安全管理マニュアルは整備され、各種委員会も適切に機能している。アクシデント・インシデント事例の報告も適確に行われ「医療安全対策チーム」による実態検証も一部なされているが、詳細な分析および臨床現場へのフィードバックが不足しているようなので再検証されたい。

患者確認がフルネームと生年月日を含む複数情報で照合されているほか、左右差のある手術・処置でのサイトマーキングや手術室内でのタイムアウト、検体を取り扱う際のバーコード認証などの誤認防止策が実施・徹底されている。指示出し・指示受け・実施・確認のプロセスはおおむね適切である。多職種によるアレルギー情報等の共有は適切に行われているが、注射用カリウム製剤の管理・運用方法に関しては継続的にモニタリングされたい。さらに、薬剤部門や手術部門における麻薬・筋弛緩薬の管理簿記載については、新たな使用書式による運用実態に関して継続的な検証が望まれる。転倒・転落防止対策として各種パンフレットでの周知や看護師等による対応がなされている。医療機器の使用手順等はマニュアル化され周知も図られている。院内緊急コードが整備され「医療安全基本マニュアル」等で周知も図られている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する業務は「院内感染対策室」が主管しており、臨床検査科長が室長となり、ICD・ICNを含む医療専門職種が主導的な役割を担っている。また、院内感染防止対策委員会などが定期的開催されており、院内感染防止対策に関するマニュアル等の改訂なども適宜行われている。ターゲットサーベイランスも必要部署にておおむね実施されているが、今後は対象部署の拡大や収集データの二次活用を推進すると良い。

臨床現場では、院内指針やマニュアル等に準拠した手指衛生ならびにPPE着用対応がおおむね適切になされていた。抗菌薬の適正使用に向けた対応等は適切に実践され、クリニカルパスでの使用薬剤指定やアンチバイオグラムの定期的な作成、血液培養陽性例のモニタリング強化などが院内のAST活動と並行して進められている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域の医療機関への情報配信は、ホームページのほか「診療案内」や「医療連携通信」などを配布することで対応している。一般市民向けには「今週の医学小知識」や「けんこうさろん」などを作成・配布している。診療実績データを含む各種病院情報はホームページなどで掲載されているが、一部古いものが見られたので再確認されたい。

地域の医療関連施設との連携業務は「医療連携室」が中心に行っており、紹介患者の受け入れや逆紹介、各種相談、紹介元施設への返書管理などの業務対応を担いつつ「神奈川県中西部病院連絡会」などの連携会議を通じて顔の見える関係構築に努めている。そのほか、紹介患者のWeb予約などにも対応することで効率的な運用を図っている。医療に関する教育・啓発活動として、一般市民向けおよび医療従事者向けの研修会やイベント類が数多く行われ、大学病院に期待される機能は適切に発揮されている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページ等に掲載され、正面玄関フロアには総合案内が設置されている。待ち時間対策として、紹介状がある患者への電話・Web予約や院内PHSの貸与等の取り組みは評価したい。患者に関する情報収集は診療情報提供書や「お薬手帳」などで行われ、検査・処置等の実施や入院決定は医師により判断されている。診断的検査は科学的な判断のもと実施され、侵襲的検査には文書による説明と同意書の取得が行われている。入院前には「入退院センター」での情報収集や専門職種を交えた患者支援が行われている。入退院センターには経験豊富な看護師が数多く配置され、的確なベッドコントロール機能の実績を含め高く評価できる。入院後には「入院診療計画書」が早期に作成されており、基本情報のほか転倒・転落および褥瘡、深部静脈血栓等のリスク判定結果は看護計画の立案にもつながられている。

院内では主治医を中心としたチーム医療が良好に展開されている。看護提供体制は「ニューモジュラーナースング」という方式を採用しており、日々の勤務や役割分担の中で、専門看護師や認定看護師、看護師特定行為研修を修了した看護師が積極的な活動を行っており高く評価できる。

病棟薬剤師は薬歴管理・服薬指導等をおおむね適切に行っている。輸血の実施は「輸血適正使用ガイドライン」に則って行われ、輸血後の患者観察なども適切に実施されている。高度救命救急センターを抱えている環境下、緊急輸血に対する対応準備も適切である。手術の適応は診療科内でのカンファレンスやカンサーボード等でも検討され、麻酔科医による術前診察・術前訪問や手術室看護師による術前訪問なども、ほぼ全例で実施されている。院内に数多くある集中治療部門では患者の病態や重症度に応じた対応がなされ、多職種からなる専門チームの回診なども行われている。

褥瘡のリスク評価は全入院患者で行われ、必要に応じた対応がなされている。管理栄養士による入院前・入院中・入院後の栄養評価・栄養指導も確実に実施されているほか、栄養状態が不良な患者にはNSTによる介入がなされている。症状緩和・疼痛緩和に関しては「緩和ケアチーム」による介入が随時行われ、マニュアルに則った対応がなされている。リハビリテーションは必要性を専門医が評価・判断したうえで、病態に合った目標設定と実施計画のもと実施されており、多職種カンファレンス等の中で関係職種の情報共有が図られている。身体抑制については院内マニュアルに則った対応がなされており、実施時の状態観察や記録等が適切に行われている。

退院支援の業務は「患者支援センター」が担っており、事前の評価から退院支援計画書の立案、関係職種による議論・検討などが適切になされている。退院後の連携先への情報提供など適切に行われている。ターミナルステージの判断は医師が行っているが、看護師ほか他職種との意見交換や情報共有が確実に行われている。ACPについても様々な取り組みがなされているほか、逝去時の対応なども臓器提供の意思確認などを含め適切な対応がなされている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では処方鑑査から調剤、鑑査、払い出しに至るまで、おおむね適切に対応している。臨床検査部門の業務も全般的に適切に実施され、内部・外部精度管理も確実に行われている。画像診断部門として撮影ニーズには柔軟に対応しているが、診断医の時間外対応体制が強化されると良い。

栄養管理部門ではHACCPによる調理対応手順が取られており、職員の健康管理などを含め適切である。管理栄養士が他職種と連携し各種行事食や特別料金食等に対応していることや、アンケート調査結果から食事内容の改善やサービス向上に努めている点は高く評価できる。

リハビリテーション部門では疾患別リハビリテーションが数多く行われ、主治医や病棟看護師等との情報共有も適切になされている。リハビリテーションの連続性に関しても、救命救急病棟などでは療法士の病棟配置等で工夫対応している。診療情報管理課では診療情報を一元管理しているが、量的・質的点検の方法については継続的な検討が望まれる。医療機器の管理は「医療機器安全管理室」が主導しており、医療機器整備室では、臨床工学技士が院内で取り扱う各種機器の保守・管理業務を適切に行っている。

洗浄・滅菌業務は中央化され、委託職員による対応がなされている。汚染機材の回収から一次洗浄、組立処理、滅菌処理までの流れがワンウェイで進行し、洗浄の品質管理と滅菌の質保証等も確実に行われている。滅菌済み器材の払い出し状況や使用状況等のモニタリングのほか、払い出し部署での在庫量の適正化にも関与しており高く評価できる。

病理診断科では年間 42,000 件近い病理診断件数に対して、検体の到着から病理番号の付与、切り出し、包埋、薄切、染色までを適確に取り扱い、病理診断の精度管理にも適切な配慮がなされている。悪性所見の報告には院内メールでの確認も行っており適切である。放射線治療部門では、地域がん診療連携拠点病院として高度な治療対応に努めており、品質管理面でも「放射線治療品質管理室」などでの議論や検討が活かされている。輸血・血液管理業務は臨床検査技術科の「輸血室」が担っており、I&A 認証のもと適正な業務対応が行われ廃棄率も低く抑えている。

手術室では年間 12,000 件ほどの手術に対応しており、多職種で構成された「周術期管理チーム」も良好に機能している。集中治療機能部門には機能に見合った人員配置と施設・設備整備がなされ、専門多職種による協働が実践されているほか、CAC への対応や RRS の活動などでも主導的な役割を果たしている。救急部門では、全国有数の「高度救命救急センター」として三次救急医療に取り組んでいるほか、一般救急患者に対しても全例応需する方針のもと日常診療にあたっている。スタッフも数多く抱え、各診療科とも良好な関係のもと、高いレベルでの診療・ケアを展開しており高く評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

予算の管理は編成方針に基づいて原案作成が行われ「法人予算会議」等を経て理事会承認のもと最終編成される流れになっている。会計処理は「学校法人会計基準」に則り対応されている。決算時には貸借対照表や損益計算書など、所定の財務諸表が作成され、監査等も確実に行われている。医事業務は一部委託対応のもと適切に行われ、施設基準の対応なども適確になされている。レセプト点検や返戻・査定等への対応も適切であり、未収金の発生防止や回収に向けた各種対策も取られている。食事提供（給食）や清掃、滅菌消毒、検体検査、医事業務、設備管理などの業務は外部委託しているが、業務委託の是非や業者の選定、契約方法などは法人内の取扱規則に基づいて対応されている。

施設・設備等の保守管理業務は外部委託処理のもと行われ、防災センターを中心に、主要な施設・設備等の日常点検や定期的な状況把握が実施され、緊急時の対応にも配慮がなされている。病室の清掃業務や感染性廃棄物の処理対応なども問題はない。物品管理業務は「用度管理課」が窓口となり、SPD センターを通じた払い出し対応が委託管理のもと行われている。新規の物品や医薬品等の購入プロセスは院内ルールに基づいて適切に対応されている。

災害時の対応として「伊勢原校舎・付属病院防災対策マニュアル」が整備され、各種防災訓練のほか、大地震を想定した総合訓練等が実施されている。病院建物は免震構造であり、自家発電を含むライフラインの確保や食料品・飲料水の備蓄、衛星電話等の利用環境などは災害拠点病院として適切である。保安業務は業務委託化されており、防災センターを中心に、院内の警備や定期巡回警備等への対応が行われている。出入口等の保安管理状況も適切である。院内暴力への対応として警察OBとの連携も確保されている。重大医療事故発生時の対応手順等はマニュアル化され、周知が図られている。事例によっては「事故調査委員会」が設置されるほか、訴訟事例や訴訟懸念事例に関しては先行的に顧問弁護士との連携を図るなど、迅速な対応に努めている。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

臨床研修プログラムとして5つのコースが用意され、1年目47人、2年目49人、歯科医師6人が付属病院ならびに県内外の連携医療機関で初期研修を行っている。臨床研修医の評価にはEPOCが使用され、指導医の評価も併せて行いつつ、メンター制度も活用されている。看護部門では新人教育プログラムに沿った初期研修が実施され、院内資格制度である「認定静脈注射看護師講習会」等も活用されている。薬剤部門では業務ごとの到達度確認表を用いた初期研修が行われているほか、その他の職種についても、各部門で一定程度の仕組みを用意して指導ならびに評価等が行われている。

医学生に対する臨床実習のほか、看護師や薬剤師など医療専門職を目指す学生の病院実習が行われ、各学校のシラバスにも配慮した対応や評価等がなされている。臨床実習にあたっては、院内規則や個人情報保護の遵守に関する配慮がなされており、学生が特定の患者を担当する際には、予め患者・家族に説明し承諾を得てから実習に臨む仕組みが確立している。

# 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	B
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	B
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	B
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	B
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	B
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	C
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	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	B
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	B
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	B
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	S

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	S
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
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	C
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	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	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	C
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	C
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 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： 東海大学医学部附属病院  
 I-1-2 機能種別： 一般病院3  
 I-1-3 開設者： 学校法人  
 I-1-4 所在地： 神奈川県伊勢原市下糟屋143

### 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	804	804	+0	95.2	12.5
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	804	804	+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	58	+0
集中治療管理室 (ICU)	32	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	9	+0
放射線病室		
無菌病室	13	+0
人工透析	15	+0
小児入院医療管理料病床	51	+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		
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

特定機能病院, 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), 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 (I 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： 47 人 2年目： 49 人 歯科： 6 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

H27年度推移		実績値			対前年比%	
	年度(西暦)	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		2,481.98	2,463.03	2,469.25	100.77	99.75
1日あたり外来初診患者数		135.83	135.13	138.75	100.52	97.39
新患率		5.47	5.49	5.62		
1日あたり入院患者数		765.38	777.49	776.64	98.44	100.11
1日あたり新入院患者数		61.10	59.55	60.67	102.60	98.15