

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 7 月 13 日～7 月 15 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	留保
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
 1. 説明と同意に関して、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. 1. 2)
 2. 手術部位感染サーベイランスの実施に関して、貴院が補充的な審査で提示した改善策の継続的な実践と対象診療科の拡大に努めてください。(1. 4. 2)
 3. BLS 訓練については、患者のケアに関わる全職員が確実に受講できる仕組みを確立し、確実に実施してください。(2. 1. 8)
 4. 病棟における注射用抗がん剤投与に関して、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。(2. 2. 10)
 5. 院内文書の一元的管理に関して、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。(4. 1. 5)
 6. 病棟における注射用抗がん剤投与時の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継続的に実践してください。(4. 2. 3)

1. 病院の特色

貴院は 1874 年に設立起源をもち、1949 年に千葉大学医学部附属病院へと改称、2004 年には国立大学法人に移行して現在に至っている。長い歴史の中で、病院の新設や病棟改修などを通じて診療科機能を高めつつ、安心・安全な医療の提供、先進医療の開発と実践、社会・地域への貢献、優れた医療人の育成を基本方針に定め、千葉県での医療における最後の砦として極めて高い診療機能を発揮してきた。

病院としての課題に真摯に取り組み、2018 年には画像診断センターを設置するなどの対応が挙げられる。今回の訪問審査においても、医療安全を最優先とする姿勢が院内各所における診療プロセスで感じられた。また、2020 年に新たに就任した病院長が、院内のステークホルダーである職員を信じ、さまざまな領域での業務改善に向けてリーダーシップを発揮している姿には大きな感銘を受けた。今回の審

査結果を参考にしつつ、病院長を含む職員が一丸となり、さらなる向上を目指していくことで、国内を代表する特定機能病院の一つとして、新たなステージへと向かわれることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針は明文化され、関係者等への周知が図られている。病院長は、全職員向けのメール配信や院内で開催される公開ミーティング「all-byoING」の場を通じて、病院が目指すべき方向性を示すとともに、病院長ラウンドなどで現場職員の意見も積極的に聴取しており高く評価できる。病院長や幹部職員等は問題なく選考・選出され、病院運営における意思決定も適切になされている。ただし、組織図等については再考されると良い。病院情報の管理は各種規程に則り行われているが、医療の質向上につながる更なる取り組みがあるとさらに良い。文書管理規程等の整備状況はおおむね良好であるが、各種文書を一元的に管理する手法には検討の余地がある。

病院の役割や機能等に見合った人材は確保されている。人事・労務管理においては、大学法人本部の就業規則他関連規程に則って、各種定められている。医師の勤怠管理については今後も継続的な検討を期待する。職員の安全衛生管理では、注射用抗がん剤使用時の個人防護用具の使用手順などを再検証されたい。職員の意見や要望等はさまざまな場で収集・把握されており適切である。病院職員向けの教育・研修に関しては、総合医療教育研修センターが一元的に把握し、評価・検証する仕組みが確立し、機能強化が図られたので、今後に期待したい。職員の能力評価については、職種ごとに種々の取り組みがなされている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、小児患者向けには「こどもの権利」を追加するなど工夫している。説明と同意の方針・手順等は院内で定められ、定型書式等の使用遵守も継続的に促進されており、今後も引き続き取り組まれることを期待したい。患者・家族等への情報提供においては、種々の説明書や患者用パスなどが有効活用されており、患者支援センター（患者支援部）などが良好な機能を発揮している。患者支援部の「患者相談窓口」では適切な対応がなされている。なお、高齢者虐待や障害者虐待、配偶者からの暴力等の事例対応については、さらなる取り組みがあると良い。病院として個人情報の管理はおおむね適切であり、電子カルテシステムの物理的・技術的保護やアクセス権限付与なども適切に行われている。臨床倫理の基本方針等は「メディカルリスクマネジメントマニュアル」に記載され職員への周知が図られているほか、院内では、臨床倫理コンサルテーションチームが積極的に関与しており評価できる。

来院時のアクセスへの配慮は適切になされており、院内の設備やバリアフリー環境等にも高齢者・障害者に配慮されている。禁煙対策や受動喫煙防止に向けた対応なども適切である。

4. 医療の質

患者・家族等からの意見はさまざまな手段により収集・把握がなされ、「病院サービス向上推進委員会」などの場で検討されている。院内では各種カンファレンスが多く開催され、学会や研究会等で策定されたガイドラインなども有効活用されている。クリニカル・パスの内容検証や臨床指標・質指標に対するさらなる取り組みには今後も期待したい。業務の質改善に向けたその他の取り組みは、おおむね適切になされている。高難度新規医療技術および未承認新規医薬品等への対応もおおむね適切であるが、承認後のモニタリング手順については再考の余地がある。

外来や病棟における診療・ケア等の責任体制は明確であり、各部署の責任者は期待される役割を適切に果たしている。診療記録に関しては、院内の基準・手順に沿った対応がなされているが、看護記録の質的点検には、今後他職種が参画されると良い。なお、院内の専門職種からなる各種チームは、組織横断的な活動や取り組みを積極的に行っている。

5. 医療安全

医療安全管理の体制は、病院長と医療安全管理責任者（副病院長）を中心に構築され、各種委員会と協働した活動対応がなされている。また、「メディカルリスクマネジメントマニュアル」に則った診療・ケア等の方針や手順などが全職員に周知されている。アクシデント・インシデント事例の収集と把握は電子化されたシステムで行われ、必要に応じた事例検証や対策検討が行われている。死亡症例に対する各診療科からの報告手順等も適正に整備され遵守されている。

誤認防止対策はおおむね適切に実施され、職員が携行する「ポケットマニュアル」を通じた周知も図られている。画像診断レポートの未読問題に対しては、種々のシステム対策が取られており、パニック値の伝達等も手順を遵守して行われているなど、情報伝達エラー防止対策を実践している。薬剤使用に関しては、薬剤師による介入がおおむね適切になされているが、注射用麻薬製剤の取り扱いや一般病棟などに定数保管されている医薬品のあり方を再考されたい。転倒・転落防止に向けた対策は適切に実施されている。医療機器の安全使用に向けた対策は臨床工学センターが主導している。院内で所有する医療機器の一元管理と把握作業、現場で必要とされるマニュアル等の整備も含め、引き続き進められると良い。患者等の急変時の対応として、MET コールが院内で利用されているが、全職員向けの BLS 訓練については患者のケアにかかわる全職員の受講促進が期待される。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた対応は、病院長が委員長を務める感染管理委員会と感染制御部が中心となり行われている。感染制御部には専門的研修を受けたスタッフが数多く配置され、マニュアル等の策定と改訂、ICT・AST による院内活動、新型コロナウイルス感染症への対応など時機に応じた院内行動を積極的に実践しており高く評価できる。感染関連のターゲットサーベイランスとして、一時期中断されていた SSI への対応を今後は積極的に進められたい。

臨床現場では、「病院感染予防対策マニュアル」に則った対応が確実になされており、感染性廃棄物の処理プロセスなどもマニュアルに則り実践されている。抗菌薬の採用・削除に関しても薬事委員会が適切に機能しており、ASTによる院内ラウンドなども行われている。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスに関する広報対応は、広報担当の副病院長が中心となり「コミュニケーション戦略会議」の中で議論されている。「病院のご案内」では毎年変わる院内の診療環境や実績等を分かりやすく解説しているほか、広報誌「いのなハーモニー」では一般市民向けに各種の情報提供を年3回行っている。ホームページでの情報発信にも的確に対応している。

地域との医療連携活動は「患者支援部」が主導しており、県下の全医師会への訪問や「千葉県地域連携の会」を通じた情報共有・情報交換の場が活かされている。また、「提携医療機関制度」を利用して、後方連携の推進にも努めている。そのほか、地域がん診療連携拠点病院として求められる、一般市民、患者・家族向けの公開講座や「がんおしゃべりサロン」などの企画・開催にも関わっている。「肝疾患診療連携拠点病院」および「アレルギー疾患医療拠点病院」としての社会活動にも取り組んでいる。さらに、院内の各部門・各診療科のスタッフは、地域の医療関係者向けに、各種研修会や勉強会等の企画・開催に数多く関与している。

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に分かりやすく掲載され、受診を希望する患者が事前に知りたい情報が網羅されている。外来においては、診察前に必要な情報が可能な限り入力され、効率的な外来診療の運用・対応が図られているほか、患者支援部（患者支援センター）においても専門職種による適切なサポートがなされている。診断的検査は医学的判断と説明・同意取得のもと実施されており、誤認防止対策などを含む安全性への配慮が常になされている。なお、侵襲性の高い検査で使用される鎮静剤に関しては、その使用手順の適正化を継続的に検討・議論されるとよい。入院の適用と決定の判断は担当医が行っているが、患者・家族への説明とともに、要望等への配慮なども一定程度なされている。医療相談に関しては、患者支援部の「患者相談窓口」が一元的な対応を行っており、専門職種による積極的な介入状況を含め高く評価できる。また、手術が予定されている患者に対しては、周術期管理センターが専門的な介入を行っている。

病棟業務において、医師はチーム医療の中で主導的な役割を担い、看護師はプライマリー・ナーシングのもと日常業務を適切に進めている。入院時には転倒・転落および褥瘡に関するリスク評価が行われ、退院困難要因のスクリーニング評価を含む事前情報をもとにした診療・ケア等が展開されている。病棟担当薬剤師は、薬歴管理や服薬指導等に積極的に関わっているが、注射用抗がん剤を投与する際の患者観察に関しては手順等の再確認や対応検討が求められる。輸血・血液製剤の投与は適正に行われ、周術期管理や重症患者への対応等も適切である。入院患者の栄養管

理や食事指導などは適切に実施されている。苦痛を含む症状緩和への取り組みも適切になされている。リハビリテーションに関しては、人員体制や依頼から実施・評価のプロセス等に問題はなく、确实・安全に実施されている。身体拘束の実施にあたっては院内手順に則った対応がなされており、おおむね適切である。入退院支援に関しては、入院時のスクリーニング結果を参考に、多職種による入退院支援カンファレンスの開催と必要に応じた対応検討が随時なされ、診療情報提供書や看護サマリー、リハビリテーションサマリーを用いた療養先・転院先への情報提供につながっている。そのほか、患者支援部が主導する在宅療養調整なども良好に機能している。ターミナルステージへの対応は院内手順に基づき行われ、患者・家族の意向や患者の QOL にも配慮した診療・ケアが展開されている。

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、調剤鑑査、払い出しに至るまで、おおむね適切な対応が取られている。医薬品の採用判断に関しても、薬事委員会が適切な機能を発揮している。臨床検査部門では夜間休日も含め、24 時間体制での対応が適切になされている。画像診断部門において、病院の機能と役割に見合った画像診断体制の確立に向けて、診断体制を大きく改善し成果をあげている点は評価できる。今後も、画像診断の読影プロセスにおいて、専門医によるダブルチェック対応を強化されたい。栄養管理部門では、食器洗浄・調理・配膳業務などを外部委託しながら、管理栄養士による指導のもと適切な業務対応が行われている。リハビリテーションに関しては、心大血管疾患・脳血管疾患等・運動器・呼吸器リハビリテーションのほか、がん患者や腹部・頭頸部術後、小児疾患等への対応がなされている。急性脳梗塞患者の休日における入院早期からの対応が困難な状況については、検討が期待される。診療情報管理については企画情報部・診療情報管理室での一元的な対応がなされている。診療記録の量的点検に関しても、全例点検し確認する流れが整備され実施されている。臨床工学センターでは院内で所有する医療機器の一元管理を進めているが、その完遂とともに、院内各所にある医療機器の運用手順等について統一化を進められたい。洗浄・滅菌業務に関しては、全業務委託のもと適正な管理対応がなされている。特に、内視鏡機器の洗浄・消毒業務への対応プロセスは高く評価される。

病理部門では、検体交差の防止に向けて 1 検体 1 処理を徹底しているほか、多くの作業過程で、QR コードを用いた業務対応を進めている。病理診断報告書の未読問題への対応も適切になされている。放射線治療部門では、強度変調放射線治療や体幹部定位放射線治療、呼吸同期照射などのほか、小線源治療やアイソトープ治療に対応している。治療機器の精度管理や線量校正なども適正になされている。輸血・細胞療法部は検査部から独立し、認定医を含め輸血専任技師を多く配置し、24 時間体制のもと日常業務に当たっている。血液製剤の廃棄率も極めて低く、I&A 認定のほか ISO15189 の認証準備も進めており評価できる。手術・麻酔機能は適切に発揮され、ロボット支援手術や TAVI などの高難度手術にも対応している。また、集中治療機能を有する病床として ICU・CCU、E-ICU、NICU、MFICU が院内に整備さ

れ、重症患者の入院に常時対応できる体制となっている。ICUはセミクローズド方式で運用され、専門医や認定看護師のほか、薬剤師や臨床工学技士なども専門職種としての介入を随時行っている。救命救急センターでは、一次から三次までの救急診療に24時間体制で当たっている。救急応需率が約80%という状況下、地域にて期待される救急診療機能を確実に果たしているほか、臨床研修医や専攻医、救命救急士などの教育にも積極的に関わっている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理の実行プロセスは、院内の経営戦略会議・執行部会・運営会議等での議論を経て、大学法人に予算提案や要望提出がなされ決定される流れにある。なお、財務諸表の作成や会計監査などは適切に行われている。経営状況の把握と分析・対応に関しては、外部からの専門家も交えた経営戦略会議が有効に機能しており、DPCデータを活用したさまざまな取り組みや臨床現場との協働で進められる収支改善に向けたプロセスは高く評価できる。医事業務においては、窓口での収納対応や未収金対策への取り組みが適切に行われている。保険委員会における議論や対策検討なども適切になされている。業務委託に関しては、委託業務の実施状況把握や仕様変更、新たな業務委託申請のプロセスが適正に行われている。

施設・設備等の管理業務も適切に行われ、年間計画に基づいた日常点検や保守点検等がなされている。物品管理業務では、診療材料の購入にSPDを業務委託し対応しており、医療材料専門部会や薬事委員会なども適切な機能を発揮している。災害対応面では、災害拠点病院として求められる機能を発揮しており、マニュアルおよびBCPの整備や必要な訓練の実施等が適切に行われている。DMATやDPAT、千葉県地域災害派遣医療チームの構成員も数多くいる。保安業務は業務委託により行われ、常駐警備員と警備業務委託業者の営業担当者が、施設管理および定期巡察等への対応に当たっている。医療事故発生時の対応手順なども定められ、スタッフマニュアル等に明示するなどして職員への周知に努めている。また、重大事例に対しては、原因究明と再発防止に向けて、事例検討委員会やコアメンバー会議が迅速に開催される流れにある。紛争事案に対しても適切な対応が取られている。

11. 臨床研修、学生実習

専門職種に対する初期研修に関しては、総合医療教育研修センターが内科と歯科の臨床研修医を受け入れているほか、看護師と管理栄養士にはプリセプター制の導入が、薬剤師にはレジデントプログラムに沿った対応がなされている。また、診療放射線技師には新人教育プログラムが用意され、臨床検査技師およびMSWにはラダー制による初期研修が、リハビリテーション療法士には新人教育指針に沿った対応が行われている。

学生実習に対しては総務課が窓口となり対応しているが、学生実習の受け入れにあたり、実習中の事故発生時の保証等に関して明文化されたものがないので対応の検討を期待したい。

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	C
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	B
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	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	S
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	C
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・治療方法や技術を開発・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	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	B
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	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	B
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	C
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	B
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	S
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	C
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	B
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B
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	S
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	S
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	C
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	B
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	B
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	B
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	S
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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 年 2 月 25 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 千葉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： 国立大学法人

I-1-4 所在地： 千葉県千葉市中央区亥鼻1-8-1

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	800	800	+0	79.8	9.9
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	45	45	+0	77.4	34.6
結核病床					
感染症病床	5	5	+0	61.9	11
総数	850	850	+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	8	-10
集中治療管理室 (ICU)	14	-4
冠動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	4	+0
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)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室	0	-2
無菌病室	21	+0
人工透析	15	+0
小児入院医療管理料病床	52	+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	4	+0
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： 12 人 2年目： 37 人 歯科： 11 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

診療科名	医師数 (常勤)	医師数 (非常勤)	1日あたり 外来 患者数 (人)	外来診 療科構 成比(%)	1日あたり 入院 患者数 (人)	入院診 療科構 成比(%)	新患割 合(%)	平均在 院日数 (日)	医師1人 1日あたり 外来 患者数 (人)	医師1人 1日あたり 入院 患者数 (人)
呼吸器内科	6	14	97.80	4.39	33.19	4.53	7.80	12.02	4.89	1.66
循環器内科	9	13.4	94.45	4.24	36.59	4.99	13.08	9.17	4.22	1.63
消化器内科(胃腸内科)	12	18.2	181.81	8.16	48.55	6.62	6.23	10.73	6.02	1.61
腎臓内科	4	5.2	21.32	0.96	9.35	1.28	7.66	11.79	2.32	1.02
神経内科	8	11.8	93.34	4.19	22.32	3.05	7.21	19.22	4.71	1.13
糖尿病内科(代謝内科)	7	14.02	92.34	4.15	12.47	1.70	4.85	12.10	4.39	0.59
血液内科	3	8.6	51.90	2.33	27.85	3.80	4.72	32.90	4.47	2.44
皮膚科	8	7.4	100.53	4.51	9.75	1.33	7.43	9.43	6.53	0.63
アレルギー科	6	9.4	84.98	3.82	16.98	2.32	4.18	45.08	5.52	1.10
感染症内科	3	1	12.54	0.56	0.25	0.03	9.90	15.17	3.14	0.06
小児科	10	11	61.30	2.75	45.88	6.26	8.76	14.00	2.92	2.18
精神科	7	12.14	100.78	4.52	35.92	4.90	3.08	36.36	5.27	1.88
呼吸器外科	7	6.5	29.49	1.32	20.42	2.79	7.08	10.96	2.18	1.51
循環器外科(心臓・血管外科)	6	6	23.60	1.06	24.78	3.38	8.01	20.60	1.97	2.06
乳腺外科	2	2.4	61.37	2.76	7.81	1.07	3.47	8.21	13.95	1.77
消化器外科(胃腸外科)	15	11.2	69.61	3.13	63.95	8.72	4.65	17.33	2.66	2.44
泌尿器科	8.8	8.2	82.84	3.72	23.39	3.19	5.55	8.94	4.87	1.38
脳神経外科	9	7.2	60.29	2.71	33.73	4.60	6.78	17.38	3.72	2.08
整形外科	9	13.2	138.42	6.21	46.36	6.32	8.21	17.89	6.23	2.09
形成外科	4	8.03	34.10	1.53	13.43	1.83	11.42	10.74	2.83	1.12
眼科	10	8.2	174.57	7.84	22.15	3.02	7.35	4.87	9.59	1.22
耳鼻咽喉科	8	7.6	66.31	2.98	35.15	4.80	11.51	18.92	4.25	2.25
小児外科	5	5.4	21.85	0.98	13.84	1.89	11.90	9.73	2.10	1.33
産婦人科	5.9	2	37.73	1.69	20.44	2.79	7.48	9.86	4.78	2.59
婦人科	8.8	6.6	93.55	4.20	27.04	3.69	4.98	10.08	6.07	1.76
リハビリテーション科	3	3.4	25.21	1.13	0.00	0.00	25.11	0.00	3.94	0.00
放射線科	9	7	62.48	2.80	1.02	0.14	4.74	4.71	3.90	0.06
麻酔科	17	12	31.85	1.43	2.47	0.34	44.03	22.55	1.10	0.09
病理診断科	4	2.8	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	2	2.4	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	9	7.2	3.75	0.17	16.67	2.27	83.33	10.86	0.23	1.03
歯科口腔外科	6	8.79	104.48	4.69	13.94	1.90	19.73	16.96	7.06	0.94
内視鏡センター	1	4	4.58	0.21	0.00	0.00	30.64	0.00	0.92	0.00
人工腎臓部	1	1.2	4.84	0.22	0.01	0.00	0.77	3.33	2.20	0.01
冠動脈疾患治療部	2	3.6	0.01	0.00	0.81	0.11	66.67	3.91	0.00	0.14
総合診療科	4	8.41	6.35	0.28	0.10	0.01	28.04	18.50	0.51	0.01
肝胆膵外科	10	11.99	46.56	2.09	40.05	5.46	3.70	18.49	2.12	1.82
遺伝子診療部	0.5	0	0.36	0.02	0.00	0.00	43.68	0.00	0.73	0.00
和漢診療科	1	3.6	30.30	1.36	1.33	0.18	2.53	19.48	6.59	0.29
腫瘍内科	3	4.8	11.52	0.52	4.96	0.68	6.15	14.41	1.48	0.64
こどものこころ診療部	2	2.16	8.28	0.37	0.00	0.00	4.18	0.00	1.99	0.00
総合医療教育研修センター	16	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
画像診断センター	10	0.6	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
緩和ケアセンター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
地域医療連携部	1	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
次世代医療構想センター	0	0.8	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
手術部	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療安全管理部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
輸血・細胞療法部	2	1.6	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床試験部	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床研究開発推進センター	6	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
その他	2	0.68	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

I-2-2 年度推移

2020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
		2019	2018	2017	2019	2018
	1日あたり外来患者数	2,227.37	2,215.18	2,177.62	100.55	101.72
	1日あたり外来初診患者数	111.59	107.99	107.30	103.33	100.64
	新患率	5.01	4.88	4.93		
	1日あたり入院患者数	732.95	744.29	740.13	98.48	100.56
	1日あたり新入院患者数	54.93	55.18	53.24	99.55	103.64