

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 5 月 19 日～5 月 20 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 1985 年に埼玉医科大学第 2 の附属病院として川越市に開設され、以来、高度先進医療の実践と研究、臨床医の育成、地域医療の担い手として常に最新で最高レベルの医療を提供し続けている。1999 年に高度救命救急センターの指定を受け、2007 年には関東広域を飛行範囲とする埼玉県ドクターヘリ基地病院に指定された。また、総合周産期母子医療センターや小児救命救急センターなどの機能を備え、急性期基幹病院として地域から絶大な信頼を得ている。特に、高度救命救急センターでは、年間約 19,200 名の救急患者に対応されており、迅速な診断と処置が 365 日実施できる体制が整備されている。また、集中治療、放射線治療、医療機器管理機能等についても極めて優れた取り組みが確認された。今回の新型コロナウイルス感染症に対しても、他院に先駆けて諸々の設備を整え、救命に奔走する姿勢は高く評価される。

この度の受審は、3 回目の更新であり、理事長・副理事長はじめ病院長や病院幹部のリーダーシップの下に職員が一丸となって、多くの課題解決に向けた取り組みを行い、病院機能の向上に努めてこられた。一方で、「医療安全」「医療の質」

「画像診断機能」「労務管理」等に、今後も継続的な取り組みが期待される部分が確認された。各領域の評価所見を参考にされ、医療機能のさらなる充実と貴院の益々の発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念には、安全で質の高い医療の提供と地域から信頼される医療機関を目指すこと等を掲げ、院内外に周知している。理事長・病院長を中心に、創立 50 周年を目標に定め立案された「新長期総合計画・飛翔」により病院の将来像や取り組むべき重点項目を職員に明示し、その達成に向けて病院幹部はリーダーシップを発揮している。病院運営に必要な会議・委員会も適切に開催されており、効果的・計画的な組織運営がなされている。情報の管理・活用の方針は明確であり、医療の質や安全性、効率性に向けた取り組みが推進されている。規程に則った院内の文書管理の仕組みが構築されている。

病院の規模・機能や業務量に見合った人材確保のための努力が見受けられるが、薬剤師・臨床工学技士・看護補助者およびメディカルアシスタント（医師事務作業補助者）等、多くの領域、部門においてさらなる人材の充足が期待される。就業規則をはじめ人事・労務管理に必要な規程類は整備されている。「働き方支援センター」の設置等による就労時間改善に向けた努力は認められるが、出退勤システムの早期の導入による確実な管理体制が望まれる。安全衛生委員会の開催や職員の健康診断は非常勤医師を含め確実に実施されている。職員の意見・要望は、職員投書箱や理事長提案制度等のほか、毎年実施する人事評価の面談（還元面接）においても把握されている。就業支援や福利厚生など、魅力ある職場とするための様々な努力がなされており適切である。全職員を対象とした計画に基づく教育・研修は、職員研修委員会や各委員会が主管となり開催している。今後は、病院としての一元的管理を検討され、参加率の向上や研修内容の適切性・有効性などに向け、一層の取り組みが望まれる。

3. 患者中心の医療

患者の権利を分かりやすい文体で明文化し、院内外に周知している。診療記録の開示にも適切に対応し、診療現場でも患者の権利の擁護に努めている。説明と同意の方針や手順が明文化されており、説明の際には絵図などを活用し、患者・家族が理解されやすいように工夫している。説明と同意の文書は院内で統一され、病院で一元管理されている。診療・ケアに必要な情報は患者の協力が得られている。患者図書室では病気・治療に関する書籍の閲覧、インターネットの利用など、患者参加に取り組んでいる。患者支援室の医療福祉相談室・がん相談支援センターを中心に、虐待防止委員会や小児安全対策委員会等、患者・家族の相談・支援体制を整備している。個人情報に係る対応や診療記録開示についても適切である。臨床における主な倫理的課題に対しては、輸血拒否や DNAR などの方針が明文化されている。日常的に発生する倫理的課題は、臨床倫理委員会により、病院として検討する体制が整備されている。今後は、臨床倫理に係る文化のさらなる醸成が期待される。患者・家族が抱える倫理的課題は Jonsen4 分割法等を活用し、多職種で検討しており、解決困難な事例は臨床倫理委員会で検討される仕組みがある。

来院時のアクセスや入院生活上の利便性への配慮などは行き届いている。院内のバリアフリーは確保され、総合案内やボランティアが案内・支援する等、高齢者・

障害者に配慮した施設・設備となっている。診療・ケアに必要なスペースを確保し、患者の過ごす療養環境は利便性や清潔性、安全性を備えた環境を整備している。デイルームは3密にならないスペースを確保し、病院の機能に応じた適切な療養環境を整備している。敷地内全面禁煙で入院・手術時における禁煙指導が実施されている。職員の喫煙率も毎年減少する等、受動喫煙の防止活動に努力されている。今後は、幅広く地域、患者、職員への禁煙指導・教育の機会や禁煙外来などの実施を期待したい。

4. 医療の質

患者サービスの改善は、院内各所に設置した意見箱や利用者相談窓口、患者満足度調査などの結果に基づき行われている。対応が必要なものは、毎月の診療サービス委員会で検討し、施設や接遇、待ち時間対策等、具体的な対応や改善につなげ公表している。診療の質は、病理学的検討会や各診療科や多職種でのカンファレンスなど高い専門性に加え、多くの症例検討会を活発に開催することで担保している。クリニカル・パスの改訂や、臨床指標の収集と分析による診療の質向上に向けた一層の取り組みが期待される。業務の質改善については、今回の更新受審に際して種々の見直しや改善に努めており、各種委員会活動などを介して、組織横断的な改善活動を継続している。新たな診療・治療技術の導入に際しては、高難度新規医療技術・未承認新規医薬品等評価委員会に申請し、病院として審査し、承認するルールが確立しており、多くの実績もある。

病棟のスタッフステーション前に診療・ケアの管理責任者を掲示している。診療責任者や看護責任者は、カンファレンスや巡回を通して診療・業務の進行状況を把握するなど、管理責任体制は明確である。診療記録は電子カルテシステムによる運用で、必要な情報が正確に遅滞なく記載されている。診療録の質的点検については、カルテチェックプロジェクトの活動の充実が期待される。多職種協働の診療・ケアは、診療の枠を超えた多職種のチームとして患者の治療方針を検討し組織横断的に活動することで、患者の抱える様々な問題に取り組んでいる。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全対策室を設置し、専従職員の役割と権限は明確であり、委員会運営、研修会計画、事故対策や院内ラウンド、インシデントの調査等を実施している。医療安全管理委員会、医療安全対策実務者会議、医療クオリティー評価会議等があり、それぞれが機能している。「インシデントレポート」、「医療安全報告書（レベル3b以上）」は、医療安全対策室で、集計・調査・対策の検討がなされている。さらに、全手術症例に対するバリエーション報告の義務付け、9つの専門部会によるKYT等を活用した対策の検討、医療安全対策活動レポート、三ツ星レポートへの取り組みなどを行っている。これらの多くの取り組みにより、医師を含め全部門からのインシデント報告数の増加や安全管理文化の醸成に繋げている。

患者誤認防止の原則を「患者の名乗り、生年月日、ネームバンド認証」とし、あらゆる場面で実施している。注射や輸血時は、ネームバンドによるバーコード認

証、部位誤認防止はマーキング、検体やチューブ誤認防止対策、タイムアウトもルール化され、確実に実施されている。安全チェックリストについては、記録の徹底が望まれる。オーダーリングシステムを使用し、指示出し、指示受け・実施確認が適切に行われている。口頭指示がルールに従って実施されているが、口頭指示受け用紙の見直しを期待したい。病棟薬剤師を配置し薬剤の安全使用に取り組んでいるが、注射薬の臨時指示についても薬剤師の関与を期待したい。入院時、リスク評価を実施し、看護計画が立案され、1週間ごとの再評価、手術後や状態変化時、転入時なども再評価をしている。部屋の工夫や眠剤の調整、トリアージマークの活用や転倒・転落発生時の対応もルール化され、適切な転倒・転落防止対策が行われている。各部署で使用される医療機器は、臨床工学部で点検・保管・管理している。人工呼吸器装着患者に対しては臨床工学技士と看護師により毎日の確認がされる。アラームの運用も適切である。職員採用時（研修医含む）や新規医療機器の導入時は、臨床工学技士による講義が行われる等、機器の安全な使用に努めている。院内緊急コードのほか、2020年よりRRSの機能も加えて急変を予知した早目のコールを職員へ周知している。また、BLS研修は、新採用者および全職員を対象として、原則年1回は実施することになっている。救急カートは、運用マニュアルにより統一した管理がされている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する体制が適切に組織され、ICPや病棟ICTが中心となって現場の自律的な感染対策を促す仕組みがある。関連するマニュアルや指針が整備され活用されており適切である。院内外の医療関連感染に関する情報を収集し統合的に分析・活用がされている。外科系診療科と感染制御室の連携のもと、SSIデータの対象拡大と院内での活用がされるとなると良い。

「感染防止マニュアル」に基づいた対応が各部署で実践され、感染対策の実施状況はICT・ICPが中心となり、ラウンドや点検を行い、常に見直しに努めている。感染症患者に対するトリアージや隔離なども確実な対策がとられている。抗菌薬適正使用マニュアルが整備され、アンチバイオグラムなどモニタリングしたデータを活用し、ASTと診療科が連携して抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、病診連携室等が担当し、広報誌やホームページなどによって行っている。病診連携室を中心に医療連携協力施設等と医療・福祉連携を実施し、川越地域の開業医訪問や年2回の連携施設懇談会の開催、一部診療科による連携施設との毎週のカンファレンス等、顔の見える連携に取り組み、紹介率や逆紹介率の向上につなげている。紹介率の高い地域医療支援病院として、すべての紹介患者の早期な医師の返書が期待される。埼玉県の中核的な医療機関として、地域住民や医療関係者に向けた多くの研修会や講演会、市民講座等の開催、地域の学校等への講師派遣など、医療に関する教育・啓発活動を適切に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページに受付時間・担当医表等の受診に役立つ情報を掲載しており、総合案内には看護師、案内役等を配置し患者対応・誘導を行っている。外来は、患者に関する情報が適切に収集され、患者に配慮した説明と同意取得が行われている。多職種が連携し患者の病態に応じた外来診療が安全に行われている。診断的検査は、検査の必要性を検討し、十分な説明と同意のもと、安全管理手順を遵守して実施している。医学的判断に基づいて入院適応が判断され、患者・家族への十分な説明と同意の後に入院の決定が適切に判断されている。患者の病態やリスクを評価し、患者・家族の要望を踏まえた診療計画が多職種の関与のもとで作成されている。

医師がリーダーシップを発揮し、診療科内や職種間、患者・家族とのコミュニケーションを積極的にとりながら、病棟業務が適切に行われている。看護ケアの提供は担当制、パートナーシップ方式を導入している。看護業務基準、手順等が整備され、標準化や個別性が確保されている。転倒・転落、栄養、褥瘡、入退院調整などのアセスメントをルーチンで行い、迅速に患者・家族との調整を図っている。服薬指導、薬歴管理、入院時持参薬対応、薬剤情報確認に薬剤師が関与し、医師・看護師と連携して投薬・注射を確実・安全に実施している。輸血・血液製剤は、適正使用指針を遵守し投与時の観察を確実にし、確実・安全に実施している。周術期の対応については、カンファレンスで検討後、手術・麻酔に関して説明し同意を取得し、術前・術後訪問も適切に実施している。重症患者の管理は、すべての医療スタッフが積極的に加わり、患者の重症度を勘案して必要な診療・ケアを実施している。褥瘡の予防・治療は、褥瘡専従管理者や褥瘡ケアチームにより適切に提供されている。栄養管理と食事指導、症状緩和なども適切に実施されている。

患者の状態に応じて、入院早期から担当医とリハビリテーション科医師・療法士が連携し、必要なリハビリテーションが確実・安全に実施されている。安全確保のための身体抑制、退院支援、その後の継続した診療・ケアの実践も適切に行われている。緩和ケアチーム・心理士等が協働し、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念を踏まえた意思決定支援を患者・家族に行っている。逝去時、臓器移植時などの手順を整備し、終末期には個室の確保や面会の配慮などを行っている。在宅看取りを希望する患者・家族に対しては退院前調整を行い、適切な在宅時ケアの提供に努めている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部ならびに各病棟に配置された病棟薬剤師が関与し、院内の薬品の保管・管理が適切に行われている。臨床検査機能では、検体検査は迅速に実施して報告し、パニック値の報告体制も明確であり、超音波検査を含む生理検査もプライバシーに配慮した環境で実施している。必要な画像診断が時間外も含めて迅速に実施可能な体制が整っている。今後、CT検査の読影率向上への取り組みが望まれる。栄養管理機能では、クックチル方式による給食の全面委託が行われ、適時・適温給食がHACCPに基づく衛生管理のもとに適切に実施している。主治医や病棟と部門が連携して、必要なリハビリテーションが適切に実施されている。主要な障害に関する標

準的プログラムの整備と活用の拡大を検討されるとさらに良い。診療情報管理においては、電子カルテが導入され、診療記録の量的点検など診療情報管理士等による管理業務を行っている。診療録の質的・量的点検等の充実のための体制強化を期待したい。臨床工学技士 37 名が、病棟・血液浄化センター・血管造影室・手術室・高度救命救急センター・総合周産期センターの医療機器管理を行っている。2021 年 4 月から内視鏡センターも担当している。夜間・休日は当直 1 名とオンコール者 3 名で対応している。医療機器の標準化や計画的な更新、ロボット手術や EDMO の導入・管理・職員研修の開催など、あらゆる領域に関連する医療機器を適切に管理し、高く評価できる。中央材料室で、病棟・外来・手術室で使用される器材を洗浄・滅菌している。洗浄や滅菌の質保証は、化学的・生物学的インディケーター等が使用され、適切な管理が行われている。

病理診断機能では、免疫組織化学、術中迅速診断など必要な病理診断を実施し、結果報告体制も適切である。放射線治療医と多職種が連携し、放射線治療が適切に実施されている。専門性を踏まえた役割分担と連携により安全に配慮した運用がされ、また個々の患者に寄り添いエンゲージメントを促すような患者中心のチーム医療が実践されており、きわめて高く評価できる。輸血・血液管理機能では、責任医師の監督下に、輸血部門で輸血業務を一元管理し、血液製剤の保管や廃棄率低減の取り組みも適切である。手術・麻酔機能では、麻酔科医がすべての全身麻酔・区域麻酔を管理し、手術室の清潔管理も適切である。集中治療機能は、各種集中治療室において多職種が適切に関与し、重症患者の管理が確実に行われている。MFICU, NICU など優れた設備、実績は秀でている。救急医療機能は、地域の救急医療の中心的な役割を担っており、救命救急センターとして優れた設備と実績を有し、秀でた機能が発揮されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、学校法人会計基準に従い、第 4 次長期計画・飛翔などに基づいて、各部門の要望を踏まえて予算編成が行われている。運営会議等で予算の執行状況の把握・協議など、適切な財務・経営管理に努力している。今後、予算管理などを推進するために病院独立会計の導入などを期待したい。医事業務は、窓口の収納業務や診療報酬請求事務、施設基準および未収金の管理など適切に行っている。業務委託は、給食や清掃、医事業務や施設・設備・保安などで、業者の選択や業務の管理、従事者の教育などが把握され、効率的な業務管理に努めている。

施設・設備の管理は施設課の管轄のもとで医療ガスなど日常点検や計画的な保守管理、訓練を実施している。病棟改築など中長期的な修繕計画と設備投資など適切に管理している。薬品、診療材料などの購入管理については、大学本部のもとに各担当委員会で組織的に審議している。中央材料部や経理購買課などにより在庫管理が行われ、すべてのディスプレイ製品の単回使用など、適切に実施している。中央物流・在庫管理システムの導入などを期待したい。

地域災害拠点病院（基幹型）として消防計画や大規模災害医療対応マニュアル、BCP などが策定され、必要な設備や備品、DMAT の編成なども適切に整備している。院内の保安・警備業務は 24 時間 365 日、常時 2 名以上の体制を整備している。医療事故発生時の対応も適切である。

1 1．臨床研修、学生実習

医師の初期研修は臨床研修管理委員会のもとで、プログラムに沿って実施され、チューター制度や研修管理ワーキンググループ等が、初期研修を推進している。看護部門では、初期研修プログラムとプリセプター・エルダーの体制で実施している。薬剤師、検査技師、診療放射線技師なども、一人当直を目標に初期研修プログラムを整備して実施している。医師の初期研修の PDCA サイクルを推進していく組織的な仕組みの充実や多くの職種の評価などを期待したい。

学生実習の受け入れ体制を整備し、医師、薬剤師、看護師、検査技師、放射線技師等の養成課程から看護師を除き 200 名を超える学生実習を受け入れている。必要なオリエンテーションが実施され、実習指導者等により、カリキュラムに沿った実習や評価が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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	S
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	S
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	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	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	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： 2020 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： 埼玉医科大学総合医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 埼玉県川越市大字鴨田1981

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	1053	925	-51	93.4	13.2
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	1053	925	-51		

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	48	+0
集中治療管理室 (ICU)	34	+14
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)	51	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	30	+0
放射線病室		
無菌病室	26	+18
人工透析	20	+0
小児入院医療管理料病床	28	-18
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (基幹), 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 (Ⅱ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： 33 人 2年目： 30 人 歯科： 4 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	13	0.17	63.69	3.72	32.39	3.73	7.88	16.42	4.84	2.46
循環器内科	8	0.09	40.95	2.39	22.84	2.63	8.97	16.59	5.06	2.82
消化器内科（胃腸内科）	21	0.5	125.67	7.33	56.95	6.56	7.77	12.24	5.85	2.65
腎臓内科	19	0.87	72.08	4.21	40.70	4.69	5.30	23.05	3.63	2.05
神経内科	15	1.25	67.05	3.91	51.47	5.93	10.72	21.97	4.13	3.17
糖尿病内科（代謝内科）	5	0.75	41.47	2.42	4.48	0.52	4.86	13.74	7.21	0.78
血液内科	9	0.25	66.41	3.88	32.21	3.71	4.80	26.48	7.18	3.48
皮膚科	14	0.51	102.83	6.00	15.03	1.73	8.82	16.50	7.09	1.00
リウマチ科	8	0.36	62.55	3.65	16.24	1.87	4.59	33.29	7.48	1.94
感染症内科	3	0	0.06	0.00	0.00	0.00	57.89	0.00	0.02	0.00
小児科	22	0.22	71.46	4.17	18.82	2.17	28.20	8.05	3.22	0.85
精神科	10	0.5	44.91	2.62	0.00	0.00	2.65	0.00	4.28	0.00
呼吸器外科	7	0	27.17	1.59	19.70	2.27	4.26	11.72	3.88	2.81
循環器外科(心臓・血管外科)	8	0.08	15.73	0.92	25.68	2.96	9.62	21.14	1.95	3.18
乳腺外科	1	0.57	16.07	0.94	4.85	0.56	1.74	10.50	10.24	3.09
消化器外科(胃腸外科)	18	0.44	63.70	3.72	63.83	7.36	3.62	17.68	3.45	3.46
泌尿器科	9	0	74.31	4.34	30.62	3.53	5.47	10.82	8.26	3.40
脳神経外科	12	0.08	41.59	2.43	46.62	5.37	6.57	17.84	3.44	3.86
整形外科	16	0.96	87.19	5.09	43.65	5.03	8.66	18.11	5.14	2.57
形成外科	11	0.15	28.98	1.69	19.24	2.22	10.53	13.65	2.60	1.73
眼科	9	0.07	52.67	3.07	11.87	1.37	10.26	4.52	5.81	1.31
耳鼻咽喉科	14	0.1	85.66	5.00	20.41	2.35	14.51	7.69	6.08	1.45
産婦人科	7	0.73	109.85	6.41	34.70	4.00	6.22	9.24	14.21	4.49
産科	28	0.61	52.46	3.06	41.20	4.75	4.91	18.16	1.83	1.44
リハビリテーション科	2	0	22.12	1.29	0.25	0.03	0.38	46.50	11.06	0.13
放射線科	14	0.8	57.37	3.35	0.00	0.00	3.51	0.00	3.88	0.00
麻酔科	33	1.98	10.98	0.64	0.00	0.00	3.41	0.00	0.31	0.00
病理診断科	12	0.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	6	0.4	25.82	1.51	1.18	0.14	38.42	4.50	4.03	0.18
歯科口腔外科	13	0.1	95.41	5.57	5.32	0.61	20.39	9.39	7.28	0.41
新生児科	18	0.35	23.37	1.36	20.92	2.41	14.67	18.90	1.27	1.14
総合診療内科	10	0	5.19	0.30	2.58	0.30	33.01	13.44	0.52	0.26
肝胆膵外科小児外科	13	0.01	26.89	1.57	28.24	3.25	5.58	11.93	2.07	2.17
小児循環器科	3	0	7.94	0.46	0.64	0.07	7.33	10.31	2.65	0.21
血液浄化	0	0	23.53	1.37	0.00	0.00	1.20	0.00	0.00	0.00
救命救急センター	22	0	0.01	0.00	70.33	8.11	50.00	21.65	0.00	3.20
N I C U	0	0	0.00	0.00	45.03	5.19	0.00	48.13	0.00	0.00
P I C U	6	0	0.00	0.00	10.39	1.20	0.00	10.47	0.00	1.73
M F I C U	0	0	0.00	0.00	28.28	3.26	0.00	20.10	0.00	0.00
人間ドック	1	0	0.00	0.00	0.98	0.11	0.00	2.00	0.00	0.98
小児心臓外科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
ゲノム診療科	2	0	0.06	0.00	0.00	0.00	17.65	0.00	0.03	0.00
緩和ケア科	1	0	0.43	0.02	0.00	0.00	4.80	0.00	0.43	0.00
病理部	2	0.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

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
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	1,713.63	1,744.78	1,703.51	98.21	102.42
1日あたり外来初診患者数	157.29	159.78	155.38	98.44	102.83
新患率	9.18	9.16	9.12		
1日あたり入院患者数	867.63	848.88	877.84	102.21	96.70
1日あたり新入院患者数	56.54	55.99	56.01	100.98	99.96