

## 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 11 月 12 日～11 月 13 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 1961 年に三重県厚生農業協同組合連合会 中央病院として病床数 212 床をもって開設され、翌年に中央総合病院と改称されている。その後、地域の基幹的病院としての使命を踏まえて病棟などの増築や増床、人工透析等の診療機能や施設・設備の充実を図るとともに、臨床研修指定病院の認可を受けるなど地域における役割を果たしながら、1977 年には名称を松阪中央総合病院に改められている。その後も、麻酔科や神経内科、精神神経科の新設、ICU・CCU や人工透析の増床、CT スキャナ室の設置、ライナックや体外衝撃波尿路結石破碎装置、MRI などの高度医療機器の整備などを進めてこられた。さらに、1997 年には最新治療を提供するための機能の充実・強化や医療人材の育成などを目指して新築移転のうえ病床数 440 床、17 診療科の新病院として開院され、IMRT や PET-CT などの高度・先進医療機器の整備とともに、地域医療支援病院や地域がん診療拠点病院、災害拠点病院の指定を受けるなど、地域住民に質の高い医療を提供しつつ現在に至っている。

今回は更新受審であったが、「地域の期待に応え、安全で安心な医療を提供します」との理念の実践に向けて、医療の質の向上や医療安全の確保、良質な療養環境創りなどに努力する職員の姿や取り組みを随所で確認することができた。受審準備や訪問審査においての気付きや所見などを糧として、さらに良い病院創りへの取り組みを期待したい。また、取り組みを通じて、地域住民や患者の信頼と満足度を高め、併せて職員個々の成長を促しながら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

病院組織の運営と管理者等のリーダーシップにおいては、「地域の期待に応え、安全で安心な医療を提供する」旨の理念と救急・災害医療への取り組みなどの基本方針が明文化され、ホームページや入院案内、職員手帳への掲載などにより院内外への周知に努めている。病院長からの年度当初の訓示や各種会議などの機会を捉えて、病院の使命や効率的な運営、諸課題への取り組み方針などが示されている。また、幹部職員は各部門の様々な課題の改善に取り組んでいるなど、適切なリーダーシップが発揮されている。病院運営の意思決定会議のほか必要な会議・委員会が設けられ、組織規程や職務分掌の策定、情報伝達体制の整備、中期経営計画や年次事業計画の策定などがおおむね適切に行われているが、組織図の見直しや部門・部署ごとの目標設定と達成度評価への取り組みが望まれる。情報管理については、電子カルテシステム等が導入され、アクセス制限やパスワード管理などが運用マニュアル等に則って適切に行われている。文書管理では、業務処理規程等に収受文書の取り扱いや責任部署、保存年限などが定められており、診療の現場で使用するマニュアル作成等に関しても承認手続き等が行われ、電子化による常時参照可能な仕組みが構築されつつある。

法令等による人員の配置標準数等を満たしている。また、必要とされる人員体制が整えられており、年次計画による看護師等の体制充実に向けた取り組みもみられる。人事・労務管理に必要とされる規則・規程が整備され、職員代表者との協定締結や届け出などが適切に行われている。職員の安全衛生管理では、安全衛生管理委員会の設置と開催、職員定期健康診断の実施、労働災害や職業感染予防への対応などがおおむね適切に行われている。職場環境の整備については、職員満足度調査や上司面談などにより職員の意見・要望等が把握され、就業支援制度の充実や勤務環境の改善、福利厚生の実施などに反映されている。職員の教育・研修では、厚生連本部による職階別等研修とともに医療安全や感染制御、職種別の専門研修等が行われているが、院内研修管理委員会による全職員を対象とする患者の権利擁護や医療倫理、法令順守などの教育・研修の企画・管理等を望みたい。職員の能力評価・能力開発では、目標管理や自己評価に基づき目標達成支援を行う人材育成型の人事考課・能力開発とともに積極的な資格取得の推奨・支援が行われ、各種専門医や専門・認定看護師をはじめ各職種に多くの専門資格者を擁するという成果を挙げられており、高く評価できる。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利として5項目が定められ、院内掲示やホームページ、入院案内、職員手帳への掲載などにより周知されており、診療記録の開示実績も認められるなど、権利擁護に適切に努められている。説明と同意に関する方針・手順等が定められ、手順に沿った説明や同席などがおおむね適切に行われているが、説明のうえ同意を得る診療行為の明確化や同席者欄の設置徹底などの様式の管理に努められたい。患者との診療情報の共有や参加促進では、病状や治療などの説明時の種々のパンフレットの活用や患者用図書館等の整備など、患者の理解や参画への工夫がなされてい

る。患者支援体制の整備と対話の促進では、患者総合支援センターを設けて医療福祉相談をはじめとする多様な相談への対応に努めており、関係職種との連携や情報共有等も適切に行われている。個人情報・プライバシーの保護については、個人情報保護方針等が定められ、電子カルテシステム等の運用やデータの利用、診察室や病棟等におけるプライバシーの保護にも適切な配慮がなされている。臨床における倫理的課題については、輸血拒否への対応等の課題は認識されているものの、主要な倫理的課題への病院としての対応方針を定めるとともに、臨床現場では解決困難な事案の倫理委員会での積極的な審議が望まれる。

療養環境の整備と利便性においては、路線バス等の乗降場所や駐車場などの整備とともに、院内には食堂や売店などの生活延長上の設備やサービス、フロアサービスによる案内などの適切な配慮がみられる。また、院内のバリアフリーが確保され、必要とされる場所への手摺りの設置や車椅子・歩行器等の準備など高齢者や障害を持つ者などに配慮された施設・設備が整えられている。診察や看護ケアに必要なスペースが確保されて整理整頓が行き届き、癒しやくつろぎの環境整備などにも適切に取り組まれている。受動喫煙の防止では、敷地内全面禁煙とし、ホームページや入院案内等により周知され、職員の喫煙習慣の定期的な把握や禁煙の支援などが行われている。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見・要望等が意見箱等により収集され、業務改善委員会等で検討のうえ改善結果等が患者・家族にフィードバックされている。診療の質向上に向けた活動では、多様なカンファレンスが開催され、診療用パスの活用やパスカンファレンス、バリエーション分析などが行われるとともに、臨床指標の収集・分析と公表に取り組む、全国的なQIプロジェクトにも参画されているなど高く評価できる。業務の質改善では、法人系列病院とのQC活動や各部署における接遇向上に向けた活動などに取り組まれている。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法等の導入では、倫理委員会において審査する仕組みが構築されているものの、倫理・安全面の検討や関係職員の知識・技術習得の支援などに関する審議が望まれる。

病棟等における管理・責任体制が明確にされ、責任者氏名等が掲示されており、病棟看護責任者による診療・ケアの状況把握や管理などが適切に行われている。診療記録の記載については、マニュアルに沿った診療記録が適時に記載されているが、ルールの徹底や診療記録の質的点検への一層の取り組みが望まれる。多職種協働による診療・ケアでは、多職種で構成された認知症サポートや栄養サポート、緩和ケアなどの専門チーム活動や多職種によるカンファレンスなどが活発に行われている。

#### 5. 医療安全

患者の安全確保に向けた取り組みにおいては、診療部長を室長とする医療安全管理室が設けられており、専従の医療安全管理者をはじめ医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者等が専任配置され、医療安全管理委員会等の設置と定期的な

開催などの体制が構築されている。医療安全管理マニュアルは医療安全管理室での検討・管理と随時見直しが行われ、電子的に管理され常時閲覧可能である。安全確保に向けた情報収集体制が整備され、インシデント・アクシデント情報は LAN を通じて収集され、事例分析のうえ対策立案等が行われている。

診療・ケアにおける質と安全の確保に関しては誤認防止手順が定められおり、患者の確認はリストバンド着用とバーコード認証、患者氏名の名乗りなどを基本とし、点滴施行時の認証や手術室等でのタイムアウト、複数チューブの識別などが手順化されている。情報伝達エラー防止対策については、処方箋や指示箋の記載、指示出しから指示受け、実施確認等が手順どおりに行われているが、口頭指示用紙のフォーマット化やルールの明確化などが望まれる。薬剤の安全な使用に向けて、麻薬等の保管・管理やハイリスク薬の注意喚起、相互作用・アレルギー等のリスク回避対策、抗がん剤のレジメン管理などが適切に行われている。転倒・転落防止対策については、入院時に転倒・転落アセスメントが行われ、リスク評価に応じた転倒予防対策が講じられ、転倒等発生時の対応手順も定められている。医療機器の安全な使用は、臨床工学技士による主要機器の一元管理や人工呼吸器使用中の安全管理が行われ、関係職員の教育・研修が行われているなど適切である。患者急変時の対応では、院内救急コードが設定されて職員研修や対応訓練が行われ、救急カートの整備や定期的な点検等も適切に行われている。万一、医療事故が発生した場合の対応については、医療事故発生時の定義や基本姿勢、病院長等への報告、患者・家族への対応、原因究明や再発防止策の検討を行う調査委員会の開催などの対応体制が適切に整えられている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた取り組みでは、感染管理室に専従の院内感染管理者が配置されるとともに、院内感染対策委員会や感染制御チーム、抗菌薬適正使用支援チームが設置され、委員会の毎月開催や定期的なラウンド、カンファレンス等による感染防止対策がおおむね適切に行われているが、院内感染管理者の権限・責任の明記などが望まれる。医療感染制御に向けた情報収集と検討では、院内外の感染関連情報が把握されて報告されるとともに、アウトブレイクの定義や対応策の明示、手順に基づいた対応などが適切に行われている。

医療関連感染を制御するための院内ラウンドやデータの収集・分析、手指衛生対策や個人防護用具の着用、感染性廃棄物の分別廃棄などが適切に行われている。抗菌薬の適正使用に関しては、採用や削除が薬事委員会において決定され、特定抗菌薬の届け出・許可制や抗菌薬適正使用支援チームによる状況把握と評価、医師へのフィードバックなどが適切に行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携については、ホームページの定期的な更新や広報誌の定期発行などによって、医療サービスの内容や院内行事の案内、病気や治療、健康維持などに関する情報が適切に発信されている。地域の医療機関等との連携について

は、地域医療連携室等により地域の医療機関・施設の機能等の把握や連携、紹介患者の受け入れや紹介元医療機関への受診報告も適切に行われている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動に関しては、自治会主催の健康に関する講演会や相談会、生活習慣病健診等への協力、糖尿病教室の開催やがん患者サロンの開設、地域の医療従事者向けの学術講演会の毎月開催などの取り組みが行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診等に必要な情報がホームページ等に案内され、受診に際してはフロアサービスなどによる高齢者や障害者等への支援や案内、病態等に応じたトリアージなどの配慮がなされている。外来診療では、問診等により患者情報を収集のうえで診察が行われ、検査などの説明と同意取得、必要に応じた説明資料の活用などが行われている。診断的検査の必要性は医師により判断され、医師が待機するなど、安全に配慮しつつ行われている。入院の決定では、必要性が医学的に判断され、患者の希望にも配慮しつつ同意を得て決定されている。また、患者の診断や評価に基づいた入院診療計画や治療計画等が作成されて患者・家族に説明されており、医療福祉制度や入退院支援などに関する相談への対応、入院に際しての入院生活に関する説明なども適切に行われている。

医師の病棟業務では回診が毎日行われ、患者の病態が把握されて投薬・検査などの必要な指示が速やかに実施されて記録されている。また、多職種との情報共有や指示、患者・家族との面談などが適切に行われている。看護師の病棟業務では、看護管理基準等に基づいて診療補助業務や日常生活援助、病棟管理業務などが適切に行われている。投薬・注射の実施に関しては、薬剤管理指導や薬歴管理が行われ、内服薬や注射薬の6R確認後の投与、抗がん剤の調製・混合や投与中・投与後の状態確認等が適切に行われている。輸血・血液製剤投与の安全・確実な実施をはじめ、手術に関する説明と同意の取得や術前・術後の診察・訪問、術後退室などの周術期の対応、重症患者の適切な管理、褥瘡の予防と治療への多職種による取り組み、栄養管理と食事指導、症状などの客観的評価と緩和への対応、リハビリテーションの確実・安全な実施、安全確保のための身体抑制、患者・家族への退院支援、必要な患者への継続した診療・ケアの実施、ターミナルステージの判断や患者・家族の心理等に配慮した支援などはいずれも適切に行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、持参薬の鑑別・管理をはじめ処方鑑査や調剤鑑査、疑義照会、院内医薬品集の整備、注射薬の個人別1施用ごと取り揃え供給、薬剤の温・湿度管理などの業務が適切に行われている。臨床検査機能では、診療機能に応じた検査が実施されて迅速に報告され、内部・外部精度管理、パニック値発生時の対応なども適切に行われている。画像診断機能では、常時対応可能な体制が整えられ、タイムリーな検査の実施、放射線科医師による迅速な読影診断と報告、注意すべき所見の直接連絡などが行われている。栄養管理機能に関しては、適時・適温配膳や調理室内の清潔管理、温・湿度管理、食事の評価・改善などが適切に行われて

いる。リハビリテーション機能では、急性期リハビリテーションを主とし、患者の状態に合わせた訓練や連続性の確保などに努められている。診療情報管理機能では、電子カルテにより診療情報が一元的に管理され、病名・手術名のコーディングや診療記録の量的点検などが行われているが、紙媒体資料の一元的な管理への工夫などが望まれる。医療機器管理や洗浄・滅菌、病理診断、輸血・血液管理、手術・麻酔、集中治療の各機能についてはいずれも適切に機能発揮されている。

放射線治療機能については、放射線治療医師や放射線治療品質管理士などの専門資格者の体制が整えられて IMRT などによる高精度の放射線治療が行われており、近隣医療圏からの紹介患者も積極的に受け入れられているなど高く評価したい。また、救急医療機能についても小児救急医療拠点病院に指定され、高い応需率を維持しながら、年間 300 例を超える緊急透析の実施、脳卒中患者への超急性期対応機能の発動、画像検査の見逃し防止への取り組みなど、高い使命感を持った運営がなされている状況は高く評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

経営管理においては、厚生連による中期経営計画に基づいて年次事業計画が策定され、収入・費用の見通しや設備投資計画等を踏まえて予算編成が行われ、診療科ごとの収益や費用の把握・分析、決算関係の財務諸表の作成などが行われている。また、厚生連の監査とともに監査法人による監査が行われている。医事業務では、窓口受付や料金収納などの業務手順が明確にされ、レセプトの作成や点検、返戻・査定の分析と再請求などの診療報酬請求事務、未収金の管理などが適切に処理されている。業務委託に関しては、委託の是非の検討などが財務関係の規程を踏まえて行われ、業務を主管する部門長などによる業務内容の評価などが適切に行われている。

病院の役割や機能に応じた施設・設備が整備され、日常管理や定期点検、保守管理、緊急対応等が行われ、医療ガスの安全管理、院内の清掃、産業廃棄物や感染性廃棄物の処理なども適切に行われている。また、物品管理では、院内物流管理システムが導入され、院内への供給や在庫管理、使用期限管理などが行われている。病院の危機管理として、大規模災害対策基本要領等に緊急時の連絡体制や職員の行動基準等が定められ、地域災害拠点病院としての施設・設備の整備や DMAT の編成、食料・飲料水の備蓄などのほか、防火訓練などが行われている。保安業務は、警備計画書に基づき院内外の巡視や施錠管理、入退館者の監視、緊急時の連絡や対応などが適切に行われている。

## 11. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型臨床研修病院として卒後臨床研修プログラムに則った研修医の指導・教育が行われている。また、看護師の新人看護職員キャリア開発プログラムによる研修やローテーション研修などのほか、厚生連本部による研修や全職種を対象とする総合的な初期研修や部門別研修が行われている。さらに、看護師や医療技術職等を目指す学生や既に資格を得た者の実習や研修が受け入れられ、カリキュラム

に沿った実習や評価が行われている。実習等に当たっては院内規程や医療安全などに関するオリエンテーションが開催されるなど適切な実習受け入れが行われている。

# 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	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	B
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	B
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	S



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	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	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	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	B
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	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	B
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	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	B
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	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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	S
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 5 月 31 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 三重県厚生農業協同組合連合会 松阪中央総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 厚生連（厚生農業協同組合連合会）

I-1-4 所在地： 三重県松阪市川井町字小望102

## 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	440	394	-46	81.4	13.9
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	440	394	-46		

## 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)	12	+12
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	11	+0
人工透析	52	+0
小児入院医療管理料病床	19	-17
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 (地域), 小児救急医療拠点病院, がん診療連携拠点病院 (地域), 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： 8 人 2年目： 10 人 歯科： 0 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

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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	832.07	853.33	840.77	97.51	101.49
1日あたり外来初診患者数	51.72	58.16	59.36	88.93	97.98
新患率	6.22	6.82	7.06		
1日あたり入院患者数	357.96	372.35	365.14	96.14	101.97
1日あたり新入院患者数	24.09	24.85	25.04	96.94	99.24