

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」及び副機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 8 月 21 日～8 月 23 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	認定
機能種別	精神科病院（副）	認定

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3  
該当する項目はありません。
- ・機能種別 精神科病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院の歴史は古く明治 2 年の島津藩医学校および病院設立に遡る。昭和 18 年に県立鹿児島医学専門学校附属病院、昭和 33 年に鹿児島大学医学部附属病院、平成 28 年に鹿児島大学病院となり、今日に至っている。九州地区のみならず、日本国内においても歴史ある大学病院として機能し、特定機能病院、災害拠点病院、がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センター等の指定を受けている。また「心豊かな医療人による安心・安全・高度な医療を目指します」という病院理念を掲げて、高度医療、研究・教育といった幅広い分野で活躍している状況が随所にみられる。最近においても、病院再開発整備を進めて機能強化を図り、臨床研究の推進や医師・歯科医師を始めとする医療人の育成、さらには離島・へき地医療の実施などを通して地域における一層の信頼を得ている。また、経営の健全化については、経営企画室会議の議論や各委員会、病院全体集会等を開催し、課題を共有して経営改善に繋げ、大きな成果を挙げている点は高く評価できる。今回の病院機能評価（一般病院 3）の受審を機会に、さらなる病院機能の向上に努められ、地域医療に貢献されることを期待する。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は、利用者に分かりやすい表現で明示している。また、貴院の特色を表現しており評価できる。病院の幹部職員は、各種委員会や病院再開発計画等に関わり、病院全体の問題を的確に把握し、リーダーシップを発揮している。病院運営の意思決定会議である病院運営会議が機能している。また、運営上の課題や経営改善については、幹部会議や経営企画室会議にて活発な議論が展開されている。情報管理では、医療情報部が統括し、情報活用を推進している。病院の文書管理は総務課が責任担当部署となって、適切に管理している。

労務管理では、時間外労働の多い部署に対して、産業医が面談を行っているが、労働時間の把握について、より客観的な管理が可能な体制の整備が期待される。職員の労働安全衛生管理は良好であり、ハラスメント、院内暴力への対応も適切である。職員の意見や要望による改善事例も多く、意欲を持って仕事に取り組むための、施策が実施されている。教育・研修については、多職種で構成される委員会を設置し、全職員を対象とした教育・研修計画を把握して計画策定や評価を行うこととしたことから、計画立案と実践が期待される。職員の能力評価については、目標の設定や自己評価、面談などが実施され、人事に活用されている。全体として風通しの良い組織運営が、行われており評価できる。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利を分かりやすい言葉で表現して明示し、権利を擁護する取り組みが適切に実施されている。インフォームドコンセントに関する指針が整備され、説明時の同席対応も積極的に行われている。各診療科で作成された検査・処置・手術等の説明書を活用した情報提供が行われている。患者・家族等の相談は、地域医療連携センターを中心に医療福祉相談窓口、患者サポート窓口等が整備されている。看護師やMSW等が配属され、入院から退院まで多様な相談に対応しており適切である。個人情報保護については、規則を定めて職員へ周知を徹底している。医療情報のダウンロードについても、運用が見直されているので、今後の運用実績が期待される。医療倫理委員会での審議状況は、未承認新規医薬品の審議が主である。臨床の倫理的課題については検討事例が少なく、病院として普遍的課題の手順等を定めることについて、検討が始まったところである。

病院へのアクセスについては、ホームページや病院概要などに案内されている。病院再開発計画の途上のため利便性についての課題は多いが、院内のバリアフリーについては適切な配慮に努めている。また、患者がくつろげるスペースのダイニングは、桜島や海が一望できる立地条件を活かしており、癒しの環境を提供している。

## 4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、意見箱や患者満足度調査、相談窓口などの様々な機会を通して収集し、業務改善に活用されている。診療部門では、複数が参加する症例検討会が行われ、特に病理診断科や放射線科は各科の関連カンファレンス

に参加しており適切である。高難度新規医療技術は、評価部門と評価委員会が機能し、倫理・安全面の審議を経て適切な手順で導入されている。未承認かつ新規の薬剤の使用については、薬剤部内での検討、評価部門・評価委員会の評価が手順に則って行われている。適応外使用の薬剤に関しては、院内製剤をすべてリストアップするなど、医薬品安全管理責任者のもとに積極的に把握、整理していることは評価できる。

診療録は電子カルテシステムが採用され、回診や多職種によるカンファレンス、必要な項目を網羅して適時に記載されている。診療録の質的点検は、詳細なチェック項目に沿って行われ、点検結果がフィードバックされており評価できる。多職種から構成された ICT、NST、緩和ケア、褥瘡対策、感染対策、口腔ケア、摂食嚥下チームがあり、入院早期からの介入が行われている。多職種カンファレンスや診療グループディスカッションが定例的に開催され、診療科の枠を超えて治療方針の検討などが適切に行われている。

## 5. 医療安全

医療安全管理部は病院長直轄の組織として位置づけられている。また、現場の多様な課題に対してはワーキンググループを結成し、多くの成果をあげている。インシデントレポート、死亡事例は毎週の安全管理部内のミーティングで検討され、必要事例は医療安全管理委員会で議論されている。感染管理部とも相互に情報共有が密になされ、相互に良好な関係が構築されている。

誤認防止対策は全職員が医療スタッフマニュアルを携帯し周知を図っている。また、手術室、検査室でのタイムアウトは確実に実施され、記録しており適切である。検体検査のパニック値は確実に医師に伝達される仕組みが整備されている。転倒・転落防止対策について留意され、患者には入院案内にお願いを記載してアドバイスが行われている。主要な医療機器は臨床工学技士が関与して適切に管理されている。院内救急システムは 1191 コールが設定され、迅速な対応が行われる仕組みが確立している。救急カートは全部署で統一した薬剤・器材を配置し、定期的な点検も行っている。医療事故発生時の対応手順は現場での対応、幹部への報告、原因究明調査に至るまで確立している。

## 6. 医療関連感染制御

感染制御部、感染症対策委員会を中心とした感染制御に係る体制が整備されている。また、ICT スタッフ会議ならびに歯科 ICT スタッフ会議、感染リンクナース連絡会が設置され、感染制御に関わる課題の検討と推進に向けた活動を行っている。感染対策マニュアルは、院内 Web サイトにて常に参照可能な環境が整備され、必要事項はリスクマネージャー連絡会議を通して職員に周知される仕組みが構築されている。耐性菌情報は病棟毎に集計され、経時的に病院全体の状況が把握されている。抗菌薬適正使用マニュアルが定期的に改訂され、アンチバイオグラムなどと併せて閲覧できるシステムが整備されている。また、カルバペネム系抗菌薬や経口セフェム系抗菌薬は AST が中心となり、採用数を減らす取り組みが実践されている。

感染予防策の遵守、感染経路別予防策の実施状況は、ICT ラウンドで確認している。また、手指衛生については消毒用アルコール消費量から回数を算定し、直接観察法の結果とともに感染制御部で統計を取り、フィードバックしている。地域との連携では鹿児島感染制御ネットワークの運営に中心的に関与し、鹿児島県全体の感染制御に関して主導的な役割を果たしており評価できる。

## 7. 地域への情報発信と連携

患者・家族や地域の医療関連施設への情報発信は、総務課の企画広報係が担当し、他部署と協力してホームページの作成・更新や広報誌「桜が丘だより」、病院紹介本の発行などを行っている。診療実績の発信は、DPC データや病院統計データ、国立大学病院の病院機能指標、さらには各診療科の紹介ページでも各科の実績が公開されている。地域医療支援センターでは、地域医療データベース「せごどん」を作成して、地域の医療ニーズや医療資源の状況の把握等に活用している。鹿児島大学病院連携医療機関として医科約 600 施設、歯科約 300 施設の登録医療機関があり、前方連携と退院支援を中心とした後方連携が機能している。

地域活動として、地域住民を対象とした市民講座や医療関係者を対象とした研修会などが多く開催されている。市民講座など多彩なテーマでの公開講座や研修会が行われているが、特に看護部では地域における看護職の教育・育成に取り組んでおり、離島やへき地への看護指導者の派遣なども実施しており評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者の受付から診察、会計までの流れは明瞭で、緊急時の対応も適切である。診断的検査は、担当医により必要性が判断され実施されている。また、入院治療の方針は、カンファレンスなどを行って、複数の医師による医学的検討により決定されている。

各診療科の回診は適切に行われている。看護ケアについては、疾病や患者情報からアセスメントを行って適切に実践している。各病棟には専任の薬剤師が配置され、薬歴確認や退院時服薬指導を行っている。輸血の必要性は輸血ガイドラインに基づいて医師が判断し、同意を得て実施されている。手術の適応はカンファレンスを開催し検討されている。術後は病状の変化に応じて ICU や病棟の重症室への入室・患者ケアが行われており適切である。全入院患者に褥瘡リスクアセスメントを行い対応している。栄養状態の評価は適切である。

緩和ケアは必要時に緩和ケアチームが介入して、疼痛コントロールや心理的苦痛などに対応している。リハビリテーションは、医師の指示のもと、療法士のみならず多職種が関わり円滑に実施されている。身体抑制については、患者状態が安定したら速やかに解除されており適切である。退院支援については、地域医療連携センターと連携して良好に行われている。

<副機能：精神科病院>

外来症例検討会が毎月開催され、入院予約の適否について病棟医長、主治医、看護師等が参加して協議している。グループ診療制であり、複数の医師が患者の入院治療や処遇などに関与している。同意能力の評価も適切に行われており、任意入院の管理は適切である。医療保護入院は、精神保健指定医が病状を評価している。入院の継続の妥当性について他職種も含めて検討される仕組みがある。入院診療計画書は入院後速やかに作成されている。患者相談に多職種が関与し対応している。また、院外の社会資源も把握され必要な患者、家族へ情報を提供しており適切である。入院時のオリエンテーションは患者の精神状態を見ながら適宜実施されている。必要に応じて診療科全体での症例検討会も行われている。向精神薬の多剤、大量投与について、減量を検討している。管理栄養士が必要な患者に対して栄養管理、食事指導を実施している。

身体拘束は適切に運用されている。関係職員による退院支援カンファレンスを毎週行い、情報を共有して退院支援を行っている。外部の事業所と連携を図り、入院時から患者、家族の意向に沿った形で適切に在宅支援を実施している。退院後の精神症状の悪化時などの支援をする体制もあり適切である。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門については、処方鑑査や疑義照会は適切に実施され、インシデント事例を集積し調剤過誤の防止に努めている。検査部では各種検査のニーズに応え、精度管理やパニック値の伝達も確実に行われている。画像診断部門は、時間外も含めて迅速な実施体制が整えられている。また、様々な課題の検討を行うなど、質向上に向けた取り組みが顕著であり、高く評価できる。

栄養管理機能では、衛生管理と温度管理が行き届いた調理施設が整備され、個別性に配慮した食事内容の充実に努めている。リハビリテーションは、様々な刺激療法の研究と臨床応用も積極的に行うなど評価できる。診療情報管理機能は適切に発揮されている。診療情報管理では、量的点検に加えて質的点検にも診療情報管理士が積極的に関与しており評価できる。医療機器管理部門は、夜間・休日であっても迅速な対応を可能としており適切である。洗浄・滅菌機能は、病院の規模・機能に見合った機能が発揮されている。

病理診断部門は、診断時のダブルチェックに加え、毎日のミーティングでトリプルチェックを行う体制を整えており適切である。放射線治療では、前立腺癌等に対する IMRT や、早期肺がん等に対する SBRT などの高精度な放射線治療も実施している。輸血部門は適正使用や廃棄率低減を促進する仕組みも整備されている。手術部門では、高難度手術が多く行われているなか、適切に機能が発揮されている。集中治療機能、救急部門は適切に運営されている。

## 10. 組織・施設の管理

国立大学法人会計基準に基づき、会計処理が行われ会計監査も適切に行われている。経営管理では予算執行状況を病院運営会議などに報告し、具体的な検討による対策を示している。また、経営企画室会議を設置して経営状況を分析し、経営改善に向けた諸施策を実行し成果を上げており評価できる。診療報酬請求業務における、一連のプロセスは明確である。施設基準については、関係する部署と情報交換して遵守状況を把握しており適切である。未収金対策は、手順に基づいて回収に取り組んでいる。委託業者の選定は、業務ごとに基準を設け、一般競争入札によって適切に選定されている。委託業務の是非は経営企画会議のもとに「効率的な業務委託ワーキンググループ」を設置し、経営効率等の観点に基づき検討し、院内の合意を得て決定している。

施設・設備の保守管理業務は日常的な点検や年次保守計画に基づく計画的な管理が実施されている。医療材料の発注から納品、在庫管理まで適切である。災害拠点病院として、大規模な地震などの発生を想定した、負傷者受け入れ訓練も実施されている。院内は24時間体制で保安全管理され、緊急時の連絡や応援体制も適切に整備されている。

## 11. 臨床研修、学生実習

医師・歯科医師の初期研修は、総合臨床研修センターが中心となり対応している。医科は、総合診療やプライマリーケアや離島研修など、特色あるプログラムも用意されている。研修医の評価はEPOCが活用されているが、360度評価はこれからである。歯科は歯科臨床研修評価システムDEBUTでS評価を受けており、全国の模範となっている。看護師の初期研修は新人研修プログラムが整備され、1年間の達成目標が明示されている。薬剤師や臨床検査技師、臨床工学技士、リハビリ療法士や診療放射線技師などは、半年から1年を目途に、夜勤を行えるレベルを目標に新人教育が実施されている。

学生実習については、医学部・看護の学生のほか、薬剤師、臨床工学技士等の学生を受け入れている。実習に関する取り決めを定め、実習手順・予防接種の実施・個人情報の取り扱い等について確認し、契約を締結したうえで学生の受け入れ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	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	B
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	B
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	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	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	B
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	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	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	B
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	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	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	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	B
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	S
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	S
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	B
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	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	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	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	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	B
4.6.2	保安業務を適切に行っている	B
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

## 機能種別：精神科病院（副）

### 2 良質な医療の実践 1

#### 評価判定結果

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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	A
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A

2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	NA
2.2.22	隔離を適切に行っている	A
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.26	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	NA

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： 国立大学法人鹿児島大学 鹿児島大学病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3、精神科病院(副機能)

I-1-3 開設者： 国立大学法人

I-1-4 所在地： 鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

### 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	612	612	-50	86.1	13
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	40	40	+0	85.7	52.5
結核病床	13	0	+0	0	0
感染症病床	1	1	+1	0	0
総数	666	653	-49		

### 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	10	+0
集中治療管理室 (ICU)	14	+0
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)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	19	+8
人工透析	8	+0
小児入院医療管理料病床	46	-2
回復期リハビリテーション病床	20	+20
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(都道府県), 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), 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： 40 人 2年目： 34 人 歯科： 33 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

	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	1,473.37	1,287.36	1,277.64	114.45	100.76
1日あたり外来初診患者数	89.16	81.33	75.33	109.63	107.96
新患率	6.05	6.32	5.90		
1日あたり入院患者数	558.47	565.10	565.35	98.83	99.96
1日あたり新入院患者数	40.88	40.36	37.61	101.29	107.31