

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 16 日～5 月 17 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、愛知県名古屋市南区に位置する高度急性期医療を担う地域の中核病院である。1939 年に開設され、以後も病床数を拡充して充実を図り、現在は高度急性期医療に確実に対応できる体制である。災害時の広域輸送用としてヘリポートを設置し、ICU のほか、NICU・GCU を備え、あらゆる世代の患者の集中的な管理にも対応可能な設備を整えている。一方、基幹型の臨床研修病院として研修医を採用し、後進の育成にも力を注いでいる。また、集学的がん治療を充実させ、2020 年には愛知県がん診療拠点病院の指定を受けている。さらに、同一法人が運営しているクリニック、訪問看護ステーション、老人保健施設、居宅介護支援事業所などと連携し、地域住民の医療・保健・福祉の支援を行っている。病院運営については、理事長・病院長を中心とした病院幹部の極めて優れたリーダーシップのもと、全職員が一丸となって、医療の質向上に積極的に取り組んでいる。

病院機能評価を継続して受診しており、その過程において病院の医療・看護の質は向上をし続けている。今回の受審では、一部の業務において課題もみられたが、今後も引き続き、「すべての患者に最高の医療を」の具現化に取り組まれない。今回の受審が貴院の今後の発展の一助となれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は各種掲示などで職員・患者へ周知している。病院運営における意思決定の結果は、責任者を通じて職員に伝達している。中・長期計画、年度事業計画に沿って各部署での業務計画を策定している。全職員対象に目標管理を行い、職員に経営参画意識を持たせる取り組みをしている。課題に対する具体策を講じる

体制を整備しており、計画的・効果的に秀でた組織運営である。情報管理専従職員を配置し、情報全般のマネジメントを実施している。経営指標や各種 KPI の作成によるデータ二次利用のほか、他職種スタッフの出向によるデータ管理システムの開発など、情報管理に関わる取り組みは秀でている。文書管理規程を策定し、マニュアルも含めて一元管理している。

人材確保においては、課題であった救急医の採用に繋げ、人事考課制度や定年延長制度などの見直しを図っている。安全衛生委員会の開催、職員健康診断受診率 100% 達成など安全衛生管理は適切である。職員の復職支援や福利厚生の実施に向けた各種アメニティ整備、在宅勤務制度確立など、職場の魅力を高めるための努力は高く評価できる。医療安全や感染制御など教育計画を作成し実施している。各職種でのキャリアラダーや院内資格制度、侵襲的行為ライセンス制度などを実施している。初期研修医においては、卒後臨床研修センターを設置し、複数名の専従事務職員配置による体制を整え、採用から研修内容等の管理を行っている。看護部門や医療技術、事務部門は新人研修プログラムに沿って知識・技術習得を行っている。医学生、看護学生など多くの学生実習を受け入れ、医療従事者の育成支援に貢献している。

3. 患者中心の医療

患者の権利章典は、入院のしおり、ホームページ、院内各所に掲示している。診療録開示の手順を定め、開示請求に対してすべて開示している。患者・家族に説明すべき内容や書式を統一し、DNAR・終末期・手術の説明時は看護師が同席し、意思決定支援を行っている。各種パンフレット、患者サポートセンターでの入院前面談、ACP に対する意向確認等、多くの方法と機会を活用し、患者との情報共有と医療への患者参加を促進している。患者支援体制は PSC 医療相談室を中心に整備している。各種相談や苦情等への対応は内容により多職種で対応している。個人情報の取り扱いに関する規程等を整備し、法務室により全部署への確認と教育を実施している。主要な倫理的課題に対する方針等を臨床倫理症例検討会で決定する仕組みがある。臨床倫理コンサルテーションチームを窓口とし、能動的・積極的に現場の倫理課題に対応している。日常診療において倫理的な課題が生じやすい事案に対して、退院支援看護師が中心となり多職種で検討している。

敷地内に駐車場を確保し、巡回バスを運行するなど、来院者のアクセスを確保している。ハートビル法認定建築物であり、高齢者や障害者等に配慮した構造・設備を確保している。病室や処置室等には診療・ケアに必要なスペースが確保され、トイレ、浴室に段差はなく、ナースコールも適切に設置しており、利便性・清潔性・安全性を保障している。敷地内禁煙の方針が明確であり、院内掲示等で受動喫煙防止の啓発を行っている。

4. 医療の質

組織横断的に業務改善に取り組む仕組みや、部署ごとの業務改善を発表する QC 大会など、病院全体として継続的かつ体系的な病院機能の向上を目指す仕組みを整えている。多職種でのカンファレンスを定期的に開催し、クリニカル・パスへの取り組みも適切であり、パス適用率は症例の半数を超えている。また、医療の質向上のための臨床指標の収集・分析にも取り組んでいる。患者・家族からの様々な意見や要望は、ご意見箱や D-call、患者体験調査等より収集し、サービス向上会議等で協議し、医療サービスの質向上に活かしている。医学研究の推進に向けて倫理審査委員会を積極的に活用し、適切な研究計画書作成を含めた申請者への支援など、医学研究実施に向けた環境を整備している。高難度新規医療技術を導入する仕組みについては、さらなる検討を期待したい。

病棟の掲示板には、関連する医師、看護師、担当薬剤師などの氏名と職種を色分けして掲示している。病棟責任者の役割、主治医不在時の体制確保等、診療・ケアの管理・責任体制は明確である。診療録は、多職種連携を考慮して記載されているが、略語の使用ルールや診療録の質的点検については今後の課題である。多職種で構成した多数の専門チームが定期的な回診、依頼時等に活動している。診療科間は、恒常的に相談対応やカンファレンスを実施している。患者支援センターにおいても多職種が協働し、入退院支援を行っている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室があり、医療安全管理責任者で室長の専任医師や専従の看護師を含め、多職種で構成されている。医療安全管理委員会を定期的 to開催し、審議事項は迅速に周知する仕組みがある。インシデント・アクシデント事例は、報告システムで収集し、適時に分析し、再発防止に向けた取り組みを行っている。医療事故発生時の対応は、マニュアル等を整備し周知している。重大事例発生時は、医療事故調査委員会を開催し、事実確認や再発防止に向けた検討を行う仕組みがある。

患者・部位・検体などの誤認防止対策はマニュアルを整備しているが、リストバンドが装着できない患者の確認手順および手術部位のマーキング方法については、検討を期待したい。医師による処方箋の発行、指示のオーダー、看護師による指示受け・実施は確実である。薬剤師は薬剤の重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を行っている。転倒・転落防止対策は、全入院患者のリスク評価を行い、危険度に応じて看護計画を立案し対策を実施している。医療機器の安全使用に向けた職員の研修は計画的に実施している。人工呼吸器装着中は、臨床工学技士が作動状況を確認している。院内緊急コードを設定し、24 時間対応している。RRS の仕組みもある。救急カート内を統一し、定期的な点検を行っている。

6. 医療関連感染制御

感染制御の組織として病院長直轄の感染制御室を設置している。また、感染対策委員会および感染対策チーム・AST が組織され、多職種の感染対策スタッフと連携して活動している。院内感染対策マニュアルは、適時に改訂を行っている。感染対策チームは定期的に各部署をラウンドして、近隣医療機関とのミーティングや相互訪問も実施している。院内外の感染発生状況をタイムリーに把握し、情報の分析・検討を行い、必要な情報やデータをまとめ、情報共有に努めている。さらに、アウトブレイクについても、対応手順などを整備している。

標準予防策・感染経路別予防策の対応手順を整備し、手指衛生の取り組みを実践している。感染経路別予防策に基づき、個人防護用具を設置し、各部署で適切に実践している。感染性のリネン類の取り扱いなども、手順に則り適切に実施している。AST が中心となって抗菌薬の適正使用を推進しており、「抗菌薬適正使用マニュアル」が遵守されている。院内における分離菌の薬剤感受性パターンを把握し、アンチバイオグラムを作成し、各部門に情報発信している。入院患者の抗菌薬使用状況を定期的にラウンドして把握・検討している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はマーケティング・コミュニケーション管理室を中心にブランド戦略会議等と連携し、広報誌やホームページ等を活用して行っている。広報誌の「おもてなし通信」は、地域の連携医療機関や行政機関、訪問診療・訪問看護の訪問先等を中心に配布している。地域の医療連携における役割をPSC 地域医療連携室が担い、医療機関等への訪問活動は病院長をはじめ、各診療科医師も行っている。また、各種研究会等、連携強化に係る活動も活発である。MQM 会議等で地域の医療ニーズに関わるデータ分析を行い、連携活動に活用している。紹介元への返書は確実にしている。地域医療連携ネットワークとしてID-Linkにより120 医療関連施設と接続する等、地域の医療連携強化に関わる取り組みは高く評価できる。地域住民向けに公開講座等の開催や複数メディアによる疾病予防、医療に関する教育・啓発活動を行っている。インターネットラジオ番組を配信し、積極的な活動を継続している。医療従事者向けに数多くの専門的な医療知識や技術に関する講演等を行い、医療の質向上に向けた取り組みを実施している。病院の特性を活かした健康増進活動を活発に行っており、地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は秀でている。

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、ホームページや入院案内、院内掲示等により案内している。外来担当医は、患者に関する情報を収集し、病名・病態とその治療方針等を患者・家族に説明している。診断的検査は、医療安全に配慮し、手順に従い確実・安全に実施している。入院の決定は、患者・家族の希望を確認し、同意を得て行っており、ベッドコントロールも適切である。診療計画は患者・家族の希望に配慮しながら速やかに作成している。医療相談室やがん相談支援センターでは、多岐にわた

る相談内容に対応している。患者サポートセンター内の入院前支援担当看護師等が事務手続きや必要書類の説明を行い、円滑に入院できる体制である。

医師・看護師は、多職種と協働して適切に業務を実施している。投薬や注射の際には医師が患者に説明し、薬剤師・看護師が支援している。投薬時の患者観察も適切である。輸血・手術の必要性を検討し、患者に説明して同意を得た後に実施しているが、輸血の同意取得を得る際には、予定投与量を含めた説明を行うことを期待したい。重症患者はその病態に応じてICU・重症個室などで管理している。全入院患者に、褥瘡のリスク評価を行い、リスクに応じた計画を立案しており、褥瘡発生時には、チームが適切に介入している。管理栄養士が栄養管理計画書を作成し、必要時は食事支援を行っている。セレクト食や嚥下調整食等を提供し、好評を得ている。症状の緩和は、緩和ケアマニュアルなどに則って実施しており、術後疼痛管理チームの活動もある。リハビリテーションの依頼から実施の流れは適切である。リハビリテーション実施時のリスクについても、評価の上、計画書に記載している。身体抑制については、指針やマニュアル、説明書・同意書を整備し、抑制中の患者には早期解除に向けた努力をしているが、医師の確実な開始の指示が望まれる。退院支援スクリーニングから地域関係機関との退院前カンファレンスの開催など、適切な退院支援を行っている。退院後の継続した診療・ケアについては、電子カルテやインターネットを活用し、必要な情報を引き継いでいる。必要性のある患者には、退院後に自宅訪問を行い、不安の解消や退院指導の不足などを確認し、生活支援を行っている。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を尊重し、多職種で検討している。臓器提供、逝去時の対応も適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では、処方鑑査、調剤鑑査を適切に実施している。持参薬の鑑別、医薬品の採用や医薬品集の更新、薬剤の温度管理、1施用ごとの払い出しも確実である。臨床検査部では、専門性を活かした部門連携を発揮できる体制を整備している。放射線診断科では、必要な検査をタイムリーに実施し、夜間・休日の緊急撮影依頼にも対応している。診断医による読影体制も整備している。栄養管理機能について、安全・衛生管理が行き届いており、一連の作業は手順に基づき適切に運用している。リハビリテーション科では、療法士が積極的に計画を立案して訓練に取り組んでおり、休日にも必要な患者には訓練を実施している。診療情報は、タイムスタンプを採用し、電子カルテで一元管理している。診療記録の量的点検は、全退院患者に実施している。医療機器は中央管理としており、機器の標準化を推進している。各種の医療機器資格取得など、医療機器安全使用への取り組みは高く評価できる。洗浄・滅菌業務は、ワンウェイであり、既滅菌物の保管、管理を適切に実施している。洗浄・滅菌の質保証は、各種インディケーターで確実に確認している。

病理診断機能では、組織診断や細胞診断だけでなく、迅速病理診断にも対応している。放射線治療科における治療が開始されるまでの過程は適切である。治療時の誤認防止対策、安全対策も確実である。輸血センターでは、発注・保管・供給など輸血業務を手順書に明記し、緊急時の対応を想定した訓練を行っている。手術部

は、多職種による業務の効率化や安全対策に取り組んでいる。集中治療室は、集中治療医を中心に、集中ケア認定看護師を含む多職種が協働して診療・ケアを行っている。救急センターは二次救急病院としての役割を発揮するため、多職種が協働し「断らない救急」を目指している。

10. 組織・施設の管理

予算案は予算統制委員会で作成し、理事会で承認している。データ活用による経営改善はRPA等を活用した独自の仕組みを構築し、PDCAサイクルに沿った改善を図っており、財務・経営管理に関わる取り組みは秀でている。医事業務は、窓口業務、レセプト業務、査定・返戻対応、未収金対応などを適切に行い、各病棟受付でのクレジット決済や後払いサービス等も可能とし、利便性の向上に努めている。委託業者の管理は総務課が取りまとめており、委託業務の実施状況の把握や評価、品質向上に向けた対応などを適切に行っている。契約は自動更新とせず、複数社でのコンペ形式で再度選定している。

院内の主要設備の日常点検・保守管理を実施し、緊急時の連絡体制を整備している。院内各所は清掃が行き届いており、感染性廃棄物の処理過程および最終保管場所の処理状況は適切である。物品・購買管理全般は、資材課が管轄し、委託業者による院内在庫型SPDシステムを採用している。数量調整、品目の見直し・統一、価格交渉による費用削減を図っている。消防署や近隣大学との合同災害訓練、大規模災害時トリアージ訓練を実施しており、災害への職員派遣も行っている。非常時の備えとして患者用・職員用の食料品・飲料水を3日分備蓄している。保安業務は24時間対応で入院面会者受付、院内巡視など業務マニュアルに沿って実施している。院内各所に防犯カメラを設置し、不審者などの緊急時には院内暴力マニュアルに沿って対応している。

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 | 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 | 患者の個人情報適切に取り扱っている | 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 | S |
| 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 | S |
| 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 | S |
| 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 |
| 1.3.3 | 医療事故等に適切に対応している | 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 | 業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる | S |

| | | |
|-------|---------------------------------------|---|
| 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 | 患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる | 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 | 施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている | A |
| 1.6.2 | 療養環境を整備している | A |
| 1.6.3 | 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 | A |
| 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | 栄養管理と食事支援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 | 身体拘束（身体抑制）の最小化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 | S |
| 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 | S |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | |
| 4.1.1 | 理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている | A |
| 4.1.2 | 病院運営を適切に行う体制が確立している | A |
| 4.1.3 | 計画的・効果的な組織運営を行っている | S |
| 4.1.4 | 院内で発生する情報を有効に活用している | S |
| 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 | 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 | S |
| 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 | 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 | 購買管理を適切に行っている | A |
|-------|---------------|---|

4.6 病院の危機管理

| | | |
|-------|------------------------|---|
| 4.6.1 | 災害時等の危機管理へ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 |
|-------|---------------|---|

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 年 1 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人宏潤会 大同病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 愛知県名古屋市南区白水町9

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 | 394 | 394 | +0 | 72.1 | 9.3 |
| 療養病床 | | | | | |
| 医療保険適用 | | | | | |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | 10 | 10 | +0 | 0 | 0 |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 404 | 404 | +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 | | |
| 集中治療管理室 (ICU) | 10 | +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) | 6 | +3 |
| 周産期集中治療管理室 (MFICU) | | |
| 放射線病室 | | |
| 無菌病室 | 2 | +0 |
| 人工透析 | 24 | +0 |
| 小児入院医療管理料病床 | | |
| 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 | | |
| 障害者施設等入院基本料算定病床 | | |
| 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

エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (DPC標準病院群), 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： 8 人 2年目： 6 人 歯科： 1 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-2-2 年度推移

| 2022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 | |
| | 2022 | 2021 | 2020 | 2022 | 2021 | |
| 年度(西暦) | | | | | | |
| 1日あたり外来患者数 | 220.83 | 305.63 | 273.44 | 72.25 | 111.77 | |
| 1日あたり外来初診患者数 | 79.81 | 61.99 | 49.95 | 128.75 | 124.10 | |
| 新患率 | 36.14 | 20.28 | 18.27 | | | |
| 1日あたり入院患者数 | 290.07 | 266.78 | 273.75 | 108.73 | 97.45 | |
| 1日あたり新入院患者数 | 31.13 | 30.83 | 30.47 | 100.97 | 101.18 | |