

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」及び副機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 1 月 16 日～1 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
機能種別	緩和ケア病院（副）	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。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、規模・機能の充実を図りながら発展してきた。海部医療圏の二次医療機関として、がんや脳血管疾患、循環器疾患などの急性期医療に対応するとともに、市民病院として地域で求められる医療を提供するために在宅復帰に向けた地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟を開設している。また、基幹型臨床研修病院として医師教育にも寄与している。

今回の更新受審では、今後も検討・工夫や継続対応が益々期待され、これからの病院運営における体制の充実と医療の質評価への取り組みなどに今回の評価結果を活用されたい。貴院の掲げる「地域とつながり安心・信頼の医療を提供します」という理念の実現に向けて、地域において発展されることを心より祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、市民病院としての使命や地域に必要とされる医療を提供する姿勢などが明示され、院内外への周知が適切に行われている。病院の意思決定会議として経営会議があり、各委員会・会議との情報共有ならびに連携調整を図っている。運営計画に関しては運営方針・重点施策等が記載された新改革プランと、それに連動した実行計画が策定されている。

法定人数、各種施設基準に合った人員配置が行われている。また、各部署の要望を参考にした退職補充を含めた次年度採用計画による人員確保を行っている。職員

の安全衛生管理は、安全衛生委員会の定期的な開催や職業感染への対応、ホルムアルデヒド等の作業環境測定など、適切に行われている。職員の意見・要望の把握については、労働組合との間で協議されている。また、院長への意見箱を設置するなどの取り組みも行っている。院内の教育・研修の計画は教育・研修委員会が管理している。看護局では個々のキャリアニーズを把握し、目標管理・キャリアラダー・教育プログラムを連動させたキャリア開発プログラムを運用しており、評価している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、「人間として尊厳が守られること」「良質な医療を公平に受ける権利」「自己の医療情報を知る権利」などを含んだ適切な内容で明文化されている。説明と同意については、医療安全マニュアルの中に病院の方針が明記されている。説明の場面においては、看護師等医師以外の同席を基本として、同席できなかった場合は、後で患者・家族の理解度を確認し、不安の軽減に努めている。地域医療センターの中に患者相談窓口を設置し、看護師、MSW が医療相談・社会福祉相談・退院相談など多様なケースに対応している。さらに、地域医療センターミーティングを週 1 回開催し、相談事例の検証や情報の共有を図っている。

個人情報の保護に関しては、個人情報保護に関する規程等を整備し、マニュアルに沿った対応が図られている。病室の氏名表示については患者のプライバシー保護の申し出を優先するルールが守られている。倫理委員会が設置され、臨床における主要な倫理的課題に対する方針を倫理委員会要領として整備し、倫理的判断に困難が伴う場合の例として、移植・遺伝子治療、輸血拒否などを規定している。

4. 医療の質

患者・家族からの意見を聴取する手段として、院内各所に意見箱を設置している。投書の内容は患者サービス推進委員会で検討し、対応策の立案・実施が図られている。さらに、毎年患者満足度調査を実施し、その内容をホームページに掲載している。診療科横断的に、画像診断医が参加する内科・外科カンファレンス、CPC をはじめ各種カンファレンスを開催し、診療の質向上に努めている。新たな診療技術や治療方法を導入する場合および保険適応外の薬剤使用は、倫理委員会で倫理面・安全面から検討する手順である。臨床研究に関しては、大学等との共同研究も含め倫理委員会で検討している。

病棟では、診療・看護ケアの責任体制を明確にし、主治医が不在になる場合は医療チームによるフォロー体制が確立している。病棟、外来ともに看護師長が定期的にラウンドを行い、患者の状態や要望などを把握し、必要な対応に努めている。NST、DST、緩和ケア、排尿ケア、褥瘡対策等専門職による多数のチームがあり、組織横断的に活動している。多職種によるケースカンファレンス、医師・看護師・MSW などによる退院支援カンファレンスなど、部署や職種を超えた議論やカンファレンス等が行われ、情報も共有されている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部の中に医療安全対策室と感染対策室があり、医療安全管理部長は、副院長の医師が担っている。医療安全対策室の室長は、院内の医療安全に関する権限を有する専従の看護師が務めている。医療安全管理委員会が毎月開催され、医療安全対策室の部会を週1回開催し、インシデントの分析や対策を検討している。医療安全対策室長は、看護部の業務委員会医療安全担当者と月1回ラウンドを行っている。

医療安全マニュアル内に、患者の誤認防止の手順を明記している。入院患者には、入院時に装着するリストバンドで、また外来患者には受付票を用いて、名前の名乗りとともにダブルチェックを行っている。指示は電子カルテで行われ、緊急指示は電子カルテ上にマークが表示される仕組みとなっている。検体検査におけるパニック値の対応、画像所見や病理検査における悪性の検査結果の主治医への連絡、患者へ確実に伝達されたかの確認についても適切に対応している。臨床工学技士は、新たな機器を導入した際や、職員が入職した際には、医療機器を安全に使用するための研修を実施している。

6. 医療関連感染制御

感染対策室に専従 ICN のほか、専任 ICD 等を配置している。ICD、ICN にはそれぞれ役割や責務と権限を付与している。感染対策委員会は院内の感染対策の最終決定機関として開催され、実動部隊として ICT が毎週院内をラウンドしている。さらに、歯科感染対策予防対策チームや感染リンクナース会を設け、ICC、ICT の活動等の周知や実践等を行っている。検査室および感染管理室では感染症の発生状況を常に把握し、ICT で情報を共有し、ICT ラウンドで状況確認と指導を行っている。CRBSI や UTI では情報収集のみならず感染防止対策への提案もなされているなど評価できる。アウトブレイクの対応は適切である。

標準予防策が遵守され、病室の前には手指消毒薬を設置している。感染対策室は、手指衛生実践研修を計画的に実施し、手指衛生の徹底に努めている。感染性廃棄物の取り扱いは適切である。抗菌薬の新規採用や削除は薬事委員会で適切に検討されている。AST を設置し、抗菌薬の適正使用について検討し、主治医への提案と現場での感染防止技術の確認や支援・指導を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービス、診療実績等の情報は、ホームページや市の広報誌などで、分かりやすく市民や患者、医療関連施設等に発信されている。そのほか、医療機関・施設向けの広報誌等も発行されている。地域の医療関連施設との連携機能は、地域医療センターが担っており、医師・看護師・MSW・事務職員で役割分担し、関連施設等の状況を把握し、連携を図っている。紹介率・逆紹介率の向上を目指し、医歯薬介連携推進協議会「あんしんネットつしま」や「海部地域の医療と健康を推進する協議会」を設置し、院内外に様々な働きかけを行っている。市民公開講座をはじめとして、出前講座や糖尿病教室などを定期的で開催し、地域住民に対

する健康増進支援を積極的に行っている。地域の医療関連施設等の従事者に対しては、緩和ケアの研修会や認知症の学習会等を行っている。また、開業医向け研修会への医師の派遣や、要望に応じて認定看護師を派遣するなど、地域に向けた医療に関する教育・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

外来では総合案内の看護師長がトリアージを行い、受診する診療科の案内や緊急性のある患者の対応を適切に行っている。紹介患者の受け入れに対しては専用窓口を設け、円滑に受診できる手順を整備している。患者の診療情報は、電子カルテで情報を共有し、他科へのコンサルテーションも円滑に行われている。各種専門・認定看護師による摂食・嚥下外来、ストーマ外来、糖尿病フットケア外来、がん相談外来、褥瘡外来などの診療支援が適切に行われている。入院の決定については、患者の状態を踏まえて外来主治医が併存疾患の専門医等と相談のうえ医学的根拠に基づき判断している。また、入院決定に至るプロセスは診療科内でのカンファレンスで情報共有を図っている。入院案内室が設置され、予約入院および平日の緊急入院患者に対して専任の看護師が入院時の手続き方法や治療の予定、情報収集、リスク評価等を行っている。入院当日は、病棟スタッフにより入院時のオリエンテーションが行われている。

主治医は科内のカンファレンスでの診断と治療方針を電子カルテに適切に記載している。また、医療チームとして看護師を含め NST や DST などの各医療チームとも情報を共有している。がん性疼痛に対しては、NRS を用いた評価を行い、WHO の 3 段階除痛ラダーを利用している。がん以外の疼痛や呼吸困難・全身倦怠感・不安などの多様な症状については、必要に応じて緩和ケアチームにコンサルテーションして、支援を行う仕組みがある。退院支援が必要な患者に対して入院早期から多職種による退院支援カンファレンスが行われている。連携先には、サマリーによる情報提供が行われ、必要に応じて関連施設や地域の訪問看護師、ケアマネージャー等と患者・家族も交えた拡大カンファレンスが開催されている。退院後の患者の初回外来受診時には、外来看護師が情報を元に、療養上の支援を行っている。

<副機能：緩和ケア病院>

緩和ケア内科外来は緩和ケア病棟への入院を希望する患者の受診が中心であり、予約制で行われ、ホームページ等で案内されている。外来診療には看護師が同席しており、心身の状態を丁寧に評価している。緩和ケア認定看護師など有資格の看護師によるがん看護外来も開設されており、患者・家族の支えとなっている。緩和ケア病棟への入院患者の半分以上は院内の他病棟からの転棟である。他施設から入棟する場合は、紹介元の医師からの診療情報と外来診察もしくは家族面談の結果から、緩和ケア医や看護師、MSW などで構成される入棟審査会で入棟の可否を決定している。入棟予定者の情報はあらかじめ共有され、医師や看護師、病棟スタッフ以外の職種も入棟後速やかに診療・ケアを提供できる体制となっている。入棟後に身心の状態や診療計画に沿う形で、患者・家族の期待や要望に応えるためのケア計画

が看護師により作成され、個々の計画が非定型的な独自の文面で作成されていることは評価される。ケアカンファレンスや合同カンファレンスの結果は、医師や看護師より患者・家族に面談で伝えている。家族も参加する家族カンファレンスでは、その時点における患者・家族の要望を確認しながらケアの方向性を見直している。心身の状態の把握のために新たなアセスメントツールを導入しており、入院時および1週間ごとに患者の身体的・精神的苦痛を医師および看護師が客観的に評価し、全人的苦痛の把握に努めている。

麻薬や向精神薬の使用時には医師が効果や副作用を丁寧に説明し、薬剤師も医師の説明を補完している。配慮すべき副作用が大きな薬剤の場合には、医師・看護師・薬剤師で情報を共有している。入棟時に患者・家族に退院の希望の有無を確認し、病態が安定した場合に退院の可能性を患者・家族と相談して、医師や看護師、MSWが退院支援を行っている。生命予後の予測を医師や看護師がPPIを通じて行っている。病態悪化の段階に応じて医師や看護師は家族に状況を随時説明しており、説明を受けた際の家族の思いも確認して、記録にも適切に残している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会が適切に実施され、疑義照会については薬剤室内の部門システムへの集積を行っている。医薬品の安全使用情報などを適宜イントラネットに掲示し、院内への周知を行っている。臨床検査機能については、臨床検査技師は日当直制で緊急検査に常時対応している。オーダーから検体の受付、検査の実施、結果報告に至る過程は、マニュアルを遵守して適切に実施しており、パニック値は直接主治医に電話で報告している。

画像診断機能については、診療放射線技師の当直やバックアップ体制により、夜間・休日を含めて24時間対応が可能である。放射線診断専門医がほぼ全ての画像読影のレポートを検査当日に確認・確定している。さらに、異常所見は放射線診断医から主治医に電話連絡が行われている。

栄養管理機能については、食材の検収から調理・配膳・食器の洗浄・保存に至る一連のプロセスは、衛生的に管理されている。温冷配膳車を用いて適時・適温で食事が提供され、入院食運営委員会による嗜好調査の実施や残食・喫食調査等によって食事内容の改善が図られている。医療機器管理機能については、医療機器はME機器貸出室にて中央管理している。医療機器の貸出と返却は手順に沿って適切に行われており、使用前と使用後は明確に分けられている。

病理診断機能については、常勤病理医のもと検体の受付から標本の作製、診断まで適切に行われている。診断に難渋する症例は、日本病理学会のコンサルテーションシステムを利用しており、診断の質は確保されている。救急医療機能については、救急患者の受け入れ方針は「断らない救急」を目指している。病院の全入院患者の約37%が救急入院患者であり、地域の救急医療の拠点となっている。受け入れ不能例については、救急委員会で検討している。リハビリテーション機能、診療情報管理機能、洗浄・滅菌機能、輸血・血液管理機能、手術・麻酔機能、集中治療機能については、おおむね適切である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、地方公営企業法に基づく病院会計基準に沿った会計処理が行われ、会計監査は地方自治法の規程に基づき、監査委員による監査が実施されている。窓口収納業務を含む一連の業務は手順に沿って適切に行われ、レセプトの作成、返戻・査定への対応には、医師も関わり診療報酬適正化委員会で返戻・査定状況や再審査請求結果の報告が行われている。施設・設備管理は、委託業者との連携により24時間・365日体制で業務が遂行されている。施設・設備の日常点検や保守管理等については、点検記録や業務日誌による報告体制、緊急時の連絡体制が整備されている。

火災発生時の対応や停電時の対応体制が整備され、大規模災害時の対応にはBCPを策定している。病院の建物は、免震・耐震構造となっており、地域災害拠点病院の指定を受けている。DMATは1チームが編成可能となっている。保安業務の管理は、警察OBと委託の警備会社が連携し対応しており、防犯カメラによる監視や定期的な院内巡視により安全確保に努めている。医療事故発生時の対策として、事故発生時の対応手順や組織的な検討体制などが医療安全マニュアルに明文化されており、医療事故の原因究明や再発防止に向けた体制も適切である。

11. 臨床研修、学生実習

専門職種の初期研修は、医師においては研修プログラムが整備され、指導医による研修医評価、研修医による指導医・プログラムの評価に加えて、多面的評価も確実に行われている。看護局、臨床検査室、管理栄養室等においては、段階的な初期研修プログラムが構築され、プログラムに沿った研修、評価、フィードバックが適切に行われている。学生実習は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、リハビリテーションなど多くの職種にわたって積極的に受け入れている。各部署で実習要項等に基づいてカリキュラムが策定され、実習指導者による実習生や実習内容の評価が行われている。実習中の事故への対応手順も整備され、病院実習の受け入れは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	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	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	A

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	B

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	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	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	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	B
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	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	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	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	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	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	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	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	NA
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	B
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	B
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	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	B
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	B
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

機能種別：緩和ケア病院（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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	S
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	S

年間データ取得期間： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 津島市民病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 愛知県津島市橋町3-73

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	389	-51	85.7	16.76
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	389	-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	10	+0
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)	7	+7
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		
人工透析	15	+0
小児入院医療管理料病床	19	+0
回復期リハビリテーション病床	47	+0
地域包括ケア病床	48	+48
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	18	+0
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

災害拠点病院(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： 6 人 2年目： 6 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

⑦ 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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	737.32	770.36	787.14	95.71	97.87
1日あたり外来初診患者数	108.95	111.23	114.76	97.95	96.92
新患率	14.78	14.44	14.58		
1日あたり入院患者数	342.09	351.63	329.08	97.29	106.85
1日あたり新入院患者数	19.23	20.15	19.24	95.43	104.73