

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 8 月 20 日～8 月 21 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

貴院は開院以来、山形県南部の置賜二次医療圏の基幹病院として地域の急性期医療を担い、2020 年には地域医療支援病院に認定されるなど、地域住民の信頼も厚い。2023 年には地域医療のさらなる充実を目指し、市立病院と民間の病院によるそれぞれの機能・役割を活かした二つの新病院が完成する予定である。これにより貴院は 24 時間 365 日の救急医療を含めた急性期病院として、また、免震構造を備えた災害拠点病院としても大きな期待が寄せられている。

病院機能評価の認定を継続しており、今回の更新受審に際しては、病院事業管理者、病院長の強いリーダーシップの下、職員が一丸となってスピード感のある病院改善に取り組んでこられたことが様々な場面で見受けられた。このたびの受審が貴院の安全と質の向上に寄与するだけでなく、新病院に向けた体制構築に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念は、地域支援病院として地域医療に貢献することを明確に表し、院内外に周知されている。病院管理者、幹部は新病院に向けた建て替えなど中・長期的な計画に基づき、地域医療の継続に向けて医師の確保を課題とし、経営会議による意思決定会議にて検討・周知するなど、その達成、解決に向けリーダーシップを発揮している。情報管理は医事、診療情報管理部門等によりそれぞれの役割が明確になっており、データの真正性、保全性の確保など、適切に運用されている。今後、さらに医療の質の向上、効率性の改善に情報を活かす仕組みに期待したい。文書管理は、市の規定に沿った管理がなされているが、文書管理責任部署等の明確化や改訂履歴の更新手続き等、文書構成の統一化や一元管理の仕組みを期待したい。

年度ごとに退職者数を踏まえた採用計画を立案し、人材確保を計画的に行っている。採用困難な職種確保のための制度設立など工夫、努力がされているが、引き続き新病院に向けた役割・機能を果たすための人材確保を期待したい。各勤務形態における就業規則が整備され、労働基準局の届け出など適切に行われているが、人員の適正化に向けて、長時間労働の削減、有給休暇の取得率向上などを期待したい。また、職員の安全な衛生管理体制および健康診断受診率の向上など、継続した取り組みに期待したい。

教育委員会における年間教育研修計画に沿った研修がなされているが、医療安全、感染対策等の必要性の高い研修の年間計画の整備と的確な実施、参加率の向上、委託業者職員も含めた欠席者へのフォローなど一層の取り組みが望まれる。各職種職員の能力開発・評価は、上司による期首面談により目標設定がなされ、期中、期末面談により達成度を評価する仕組みが運用されており適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は適切な内容で明文化され、複数の手段を介して患者・家族と職員への周知が図られている。説明と同意の基準の設定や意思表示できない患者への対応、同席できなかった場合の対応ルールも明確であり、セカンドオピニオンの対応も適切である。患者が必要な医療情報を得られるよう「患者さんの権利と責任」、倫理方針等に記載し、患者参加型カンファレンスや患者参加型看護計画などの促進が図られている。患者支援体制についても医療相談室が設置され、複数名の社会福祉士を中心に様々な相談に対応している。患者が虐待や暴力を受けた疑いのある場合などは、マニュアルに沿って適切に対応している。病院の個人情報保護方針、患者の権利は明文化され、院内掲示、ホームページで公表されている。臨床における倫理指針を定め、比較的多く発生する倫理的課題は、病院で定められており、多職種参加のもとで事例討議を行っている。今後は、これらの事例も院内倫理委員会で集積し継続的な取り組みに繋げることが期待される。なお、倫理委員会の開催に際しては定時開催に変更し、解決困難な臨床倫理問題が発生した場合は臨時開催も可能にしたことは評価できる。

患者駐車場を約 600 台整備している。地域の巡回バスなどが構内に乗り入れており、バスナビモニターが設置され、バス待合やタクシーの待合場所など利便性にも配慮されている。院内には売店、レストラン、理容、銀行 ATM、インターネット無料 Wi-Fi など完備され、来院者の快適性を追求した様々なアメニティの提供がされている。院内はバリアフリーが確保され、必要な場所に手摺りが設置されている。高齢者・障害者の受診の際には外来の総合案内などのサポートが受けられるなど、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は確保され、デイルームには自動販売機や電子レンジを設置し、くつろげるようにテーブルを配置している。敷地内禁煙であり、ホームページ、院内掲示、入院案内等で周知・徹底しており、禁煙外来診療も開設している。

4. 医療の質

意見箱に寄せられた意見は、患者サポートカンファレンスにて検討し、集計されたデータをもとに院内の質改善に繋げる取り組みが継続的になされている。クリニカルパスの管理は看護師中心の多職種で適切に行われているが、バリエーション分析からパス改良などに繋げる手順を実践されるとともに、臨床指標を扱う部署を明確にし、有効活用による病院全体の診療の質向上を一層図られることを期待したい。業務の質改善については、幹部連絡会議が部門横断的に担当する部署として活動している。新たな診療導入の申請は倫理委員会が全て審議しているが、医療安全、保険診療など他部門にも審査を振り分け、さらに導入後の監視と管理を受け持つ部署が設定されれば一層適切である。臨床研究の審査は十分な体制である。

病棟掲示板に医師および看護師長・主任の氏名を掲示しているほか、ベッドネームには主治医や受け持ち看護師が明示されている。医師の診療記録は内容、量、質ともに非常に適切であるが、退院サマリーの早期完成を促す仕組みと、医師記録の質的点検を担当する部署の設定が望まれる。内科医と外科医のカンファレンスや、多職種カンファレンス、手術患者全症例カンファレンス、退院支援カンファレンスなど積極的に多職種が介入して協働し治療・ケアを行っている。専門チームはNST・ICT・褥瘡チームなどが組織横断的に介入し適切である。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理部を設置し、副院長を部長とし、専従の医療安全管理者を配置しており、インシデント・アクシデントの収集や事故発生時の対応などを行っている。また、医療安全管理委員会と医療安全推進委員会などを定期的開催し、医療安全への体制は整備されている。インシデント・アクシデントは専従の医療安全管理者が収集し、各部署での分析のほか、カンファレンスや委員会で分析し検討を行っている。再発防止のための改善策や院外からの安全に関する情報は、資料やニュースとして周知しているなど、安全確保に向けた取り組みを行っている。

患者誤認防止として、患者にフルネームを名乗ってもらうことを原則として、外来での順路案内票やリストバンドなどで確認している。手術でのマーキングやタイムアウトなども適切に行っている。なお、外来診察室における医師事務作業補助者による代行入力の手順についても、今回の受審を契機に改善された。電子カルテ・オーダーリングシステムに連動する処方監査システムの活用などにより、薬剤の誤処方、重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避対策が実施されている。抗がん剤は116種類がレジメン登録・管理され、注射用カリウム製剤についてもプレフィルド型のみが採用されている。

転倒・転落防止対策は全入院患者にリスクアセスメントを行い、ベッドの上部に危険度別に色表示するなど危険度に応じた対策を実施し、1週間後あるいは状態変化時などに再評価も適切に行っている。医療機器は臨床工学技士による一元管理のもと、日常点検、研修、ラウンドなどを行い、安全な使用に努めている。患者急変時の対応として、院内緊急コードの設定を行い、BLS研修も実施している。また、救急カートの整備なども適切に行っている。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会ならびに病院長直轄部門として、感染担当専従 ICN を配置する感染対策室、ICT、AST およびリンクナースを組織し、機能している。また、医療関連感染制御に関わる組織および業務担当者の業務内容を規定・明文化し、必要な権限が付与されているなど、医療関連感染制御に向けた体制は適切である。院内分離菌・MRSA 等各薬剤耐性菌を把握している。また、主要な医療関連感染サーベイランスを継続的に実施し発生状況を把握し、結果を活用している。ICT は毎週環境ラウンドを実施している。専従 ICN を中心に、院外の医療関連感染に関する情報を収集し、院内 LAN などが必要部署に提供している。

感染制御活動として、消毒剤の使用量や手指衛生などについて実施している。

「抗菌薬の適正使用指針」を整備し、特別な抗菌薬使用については、抗 MRSA 薬剤など 8 剤を届け出制にしている。また、院内における分離菌感受性パターンを把握し、起炎菌の同定、感受性試験に基づいた抗菌薬の選択を行っているなど、外科的予防投与を含めて、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

病院の提供する医療サービスに関する広報として、ホームページや病院案内で病院の概要、各診療科の治療方針や特色、診療実績等を発信している。また、広報よねざわ「ここが知りたい！米沢市立病院紹介」にて最新の情報や健康・病気に関すること、部門の紹介など毎月工夫を凝らした記事が掲載されている。地域医療連携室が中心となり、地域の医療関連施設等の状況やニーズの把握に努め、顔の見える医療連携を展開している。2020 年度から地域医療支援病院としての認定を取得しており、「OKI-net」等の地域連携ネットワークシステムを活用した積極的な活動が見受けられた。米沢市の広報誌「よねざわ」に毎月掲載される様々な疾病に関する情報や、年 5 回以上開催する市民公開セミナー、地域医療従事者公開研修など積極的に取り組んでいる。

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院内掲示により、適切に提供されている。予約受診の流れや待ち時間調査による改善活動も適切である。外来における検査・治療は、患者に十分に説明し同意を得て実施されており、侵襲性のある検査の適応判断や患者への説明、同意取得とその記録など確実に実施されている。入院の決定に際しては、入院の必要性を患者に十分に説明し、患者の希望にも配慮している。多職種が関わり十分に説明し同意を得たうえで入院診療計画書を迅速に作成している。相談窓口は「医療相談室」に一本化し、医療相談室は、看護師・MSW・医療安全・退院支援看護師・精神保健福祉士などが在籍し「在宅療養相談室」の設置、看護師による専門外来の開設など、多種・多様の相談に対応している。予定入院は、患者支援センターで入院前支援を行い、取得した患者・家族の要望などの情報は入院病棟と共有している。緊急時のベッド調整も円滑に実施している。

主治医は毎日回診し、病棟における多職種カンファレンスなどに参加して病棟スタッフと情報交換し、診療上の指導力を発揮している。病棟看護師は、入院時の情報収集や各種のリスクアセスメントから看護計画を立案して看護過程を展開している。また、複数の特定行為の資格を有した看護師が診療の補助業務などを行っている。薬剤師が全入院患者の薬歴管理、全対象患者の持参薬管理ならびに服薬指導やリスクなどの説明を実施し、重複処方、投与禁忌、配合の可否、アレルギーなどを確認している。

輸血時における患者への説明、同意取得とその記録、輸血前輸血中の安全確認が実施されている。周術期の対応についても手術と麻酔の適応判断、患者への説明、同意取得とその記録、麻酔科医と手術部看護師の関与なども適切である。重症患者の管理は、診療科担当医、集中治療科医師、認定看護師をはじめとする看護師、臨床工学技士など多職種のチーム医療により適切に行われている。

褥瘡管理は、全入院患者に低反発マットを使用し、リスク評価を行い、必要時認定看護師や褥瘡対策チームが介入している。栄養のスクリーニング評価は全患者に実施した評価に基づき、栄養管理計画書を作成し栄養指導等を行っている。NST など多職種による介入もされている。痛みの訴えは、医師・看護師が聴取し、NSR・フェイススケール等により客観的評価がされている。リハビリテーションは、患者の要望にも配慮したリハビリテーション総合実施計画書を作成し、必要性とリスクなどについて説明し同意を得ている。また、早期からの訓練の開始や、看護師の協力による継続した訓練を実施している。身体抑制、患者家族の退院支援、継続した診療・ケアの実施など適切に行われている。ターミナルステージの判定は、複数の医師・看護師で検討し、患者や家族の意向を尊重した対応が行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、処方鑑査、院外処方も含めた疑義照会、調剤鑑査、必要な患者の持参薬の鑑別・管理などを適切に実施している。また、注射薬の1施用ごとの取り揃え、採用医薬品集の改訂、医局への積極的なプレアボイドの提供などのDI活動も適切である。臨床検査機能については、検査機器の精度管理、生理検査技師の自己研鑽などで正確な検査結果を提供している。画像診断機能については、放射線科専門医による画像読影率はCT・MRI・RI いずれもほぼ100%であり、時間外緊急検査の読影依頼にも移動端末で対応している。

栄養管理機能は、一部業務委託であり、食材の検収から調理・配膳・下膳・洗浄、厨房内の清掃、職員の健康管理など衛生面、安全面などマニュアルに準拠している。年4回の嗜好調査を実施し、患者・職員の意見を取り入れた献立の変更や患者の特性に応じた様々な工夫がされている。一人の患者と向き合い丁寧な訪問を繰り返すなどの取り組みから、直近では癌化学療法の患者の病状改善にも繋がっている。選択メニューの開発や療食委員会や栄養サポートチーム等による評価と改善の継続性など秀でており、高く評価できる。

リハビリテーション機能では、多職種協働による訓練の立案、必要な設備環境の整備・点検、安全に配慮した訓練などいずれも適切である。診療情報管理機能は、

人員体制の確保や活用を前提としたコーディングなど、今後の拡充が望まれる。医療機器管理機能、洗浄・滅菌業務など適切に実施されている。

病理診断部門では専門医と検査技師の協働で正確な診断結果を迅速に提供する適切な体制を維持しているが、院内全体の関連薬品管理に責任を持って関与すればなお良い。輸血・血液管理機能は、自院のニーズに応えた輸血・血液製剤の提供と管理機能を適切に発揮している。手術・麻酔機能については適切である。集中治療機能はおおむね適切であるが、臨床工学技士の専従配置があればなお良い。救急医療機能は、市内他病院と連携して地域ニーズに合った救急医療が提供できる体制を構築している。新病院建設後は一層充実した救急医療機能を発揮できるように期待したい。

10. 組織・施設の管理

会計処理では、地方公営企業法に基づき、損益計算書や財務諸表の作成がされ、予算執行状況は毎週の朝会や毎月の経営会議、診療会議などで報告され、会計監査も厳正に行われている。医事業務では、窓口の収納業務、レセプトの作成、返戻・査定など一連の診療報酬作業を行っている。未収金対応では、各種業務マニュアルに従い、督促手続きのプロセスに沿って管理している。給食・寝具・清掃・医療ガス・医事業務等が市の契約規程に従って委託されている。選定には医療関連サービスマークを取得する事業者を優先し、委託業務の有効性や経済的効果の把握・評価は、毎月開催される連絡会を通して行われている。

施設・設備管理は、マニュアルに従って保守点検や日常点検がされている。また、緊急時の連絡網の整備や各種専門の業者への連絡先等も明示されている。担当者は、2023年完成予定の病院開設準備室のメンバーとして積極的な活動を行っている。物品管理については、SPD方式を採用し、購入物品の選定は診療材料委員会にて検討、データをもとに定数の見直しや削減目標に向けた検討が行われている。医薬品は、薬事委員会で質や価格の比較・検討が行われており、いずれも内部牽制機能が適切にとられている。ディスプレイ製品の再利用は行っていない。

災害時の対応では、消防計画や大規模災害対策マニュアル、災害に対する病院の機能存続計画が整備されている。緊急連絡網も毎年更新されており、年2回の総合防災訓練に加えて災害トリアージ訓練（震度5強地震想定）などが計画的に実施されている。非常用発電機の設置・定期点検、ICUの無停電電源装置等が整備されており、備蓄として患者用の食料、水が3日分、その他医薬品などを備えている。保安業務は、警備等業務委託契約に基づき外部委託により行われている。防犯カメラは院内各所に設置されているなど、保安体制が整備されている。医療事故発生時の対応は、発生から対応までフローが作成され、発生、連絡、対応策の検討、訴訟発展時の対応など組織的に対応できる仕組みが整備されている。医療メディエーター研修受講者が7名おり、患者、家族へ誠意を持った対応を行う体制の整備がなされている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型の臨床研修病院として、初期研修医を臨床研修プログラムに沿って受入れており、EPOC等の活用その他、他職種による評価も実践している。各コメディカル部門においても研修プログラムや業務マニュアルに沿って研修項目や到達点が明確にされ、実技研修が行われている。看護部門ではラダーに加えて特定行為研修が実施され、院内資格として認定している。計画から実施・評価に至るまで各部門が自主的に行っているが、研修委員会などの介入により組織的な介入がされるとなお良い。

学生実習を受入れは、医学生のほか、看護師、薬剤師など多くの職種が含まれる。実習計画については各部門が窓口になり学校側との協議の元で実施しており、守秘義務や感染症の検査、損害賠償の項目などおおむね網羅されている。医療安全に関する教育などについてはオリエンテーションで実施される仕組みがある。締結後の契約書などの取りまとめは事務部門で行っているが、必要な項目が漏れないようにするための内容のチェックなど、病院としての関与を強め、学生実習に関する一層の充実に期待したい。

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	S
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	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	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	B
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	A
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	S
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	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	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	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	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 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： 米沢市立病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 山形県米沢市相生町6-36

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	322	322	+0	74.9	13.1
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	322	322	+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	1	+0
集中治療管理室 (ICU)	5	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	17	+0
小児入院医療管理料病床	30	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	54	+20
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

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： 1 人 2年目： 4 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

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	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		556.94	552.30	535.53	100.84	103.13
1日あたり外来初診患者数		57.79	56.32	57.95	102.61	97.19
新患率		10.38	10.20	10.82		
1日あたり入院患者数		241.14	251.46	241.61	95.90	104.08
1日あたり新入院患者数		17.01	15.38	15.16	110.60	101.45