

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」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 28 日～8 月 30 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
------	--------	----

■ 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。

1. 病院の特色

県におけるがん診療の中核センターであり、「患者の視点の重視」を基本的な理念とし、「がんを上手に治す」「患者さんと家族を徹底支援する」「成長と進化を継続する」を患者さんへの約束として掲げている。多職種チーム医療による集学的がん診療に注力しており、病棟ミーティング、カンサーボード等によって、治療方針の多角的な検討が実践されている。陽子線を含む放射線治療やダヴィンチなど、高度医療機器が整備されるとともに、受診前からの様々な相談に対応する仕組みが徹底されているなど、ハード・ソフト両面で充実した機能を発揮している。医療事故についても、原因究明を経て予防策が立案・実施されている。

継続して病院機能評価を受審し、病院の課題を体系的・網羅的に確認して、改善・向上に継続的に努めている。今回の受審結果が、貴院の診療機能や医療安全のさらなる向上に役立てば幸甚である。

2. 理念達成に向けた組織運営

患者や職員に分かりやすく、本質を端的に表現した理念・基本方針が明文化され、周知が図られている。医療の質、医療安全、感染制御等に係わる院内の出来事が速やかに幹部へ把握される仕組みが確立しており、職員の教育・研修、表彰の仕組みなど、働く意欲を高める努力もなされている。中長期計画や年次事業計画が立てられ、予算に基づき、計画的に病院は運営されている。組織図については検討の余地がある。

幹部による部門・部署のヒアリングが行われ、目標管理が実施されている。医療の質、安全、効率の向上を目的とした情報システムが構築されている。文書管理では、病院として管理すべき文書が明確にされ、文書管理者などが配置されてお

り、作成、承認、最新版管理、発信から廃棄に至るまで適切に実施されている。

医師や看護師は手厚く配置され、病院の機能・役割に見合った人材はほぼ確保できているが、一部の職種については機能拡充のために、さらに充実させる余地がある。医師を含む全職員の就労時間の把握方法について検討を望みたい。安全衛生委員会は法令に則り適切に運営され、健康診断の実施、職場環境の確認、メンタルサポート体制、院内暴力への対応体制などについても整えられている。職員の声は院内 LAN の意見報告システムにより把握され、会議体で検討されており、改善の実績もある。福利厚生は充実しており、短時間勤務などの就業支援についても適切である。

教育・研修を統括する委員会により、年間計画表が策定されており、医療法やがん専門病院として必要性の高い課題を中心として教育・研修に取り組んでいる。参加率は委託職員も含め 100% であり、連携大学院、海外研修、資格取得などについても、公務扱い等の支援がなされるなど、適切である。専門職種に応じた能力評価・開発を適切に実行している。なお医師・歯科医師の能力評価、実施可能な手術の範囲等は各診療科の部長に任されており、組織的な運用が期待される。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、実践の場面でも擁護されている。人間としての尊厳が守られる権利、小児患者の権利などについて、明文化を含めて検討されるとなおよい。インフォームド・コンセントガイドラインに、定義、対象、原則、手順等が明示されているが、同席者の役割についても明示して対応することが望ましい。同意書に同席者の署名欄を設けておくことも望みたい。患者への情報提供においてはクリニカル・パスや DVD・パンフレットが活用され、特にレジメンについては、患者に必要な情報を分かりやすくまとめた「情報処方」の活用により、患者との情報共有や、患者の理解の促進に努めている。病院正面玄関に「よろず相談」「患者家族支援センター」を設置し、支援が徹底されている。全ての患者の初診時と入院時に、悩みや苦痛などのスクリーニングを実施し、患者の視点に立った支援を実施していることは高く評価したい。

個人情報保護方針が明示され、診療・研究・教育における個人情報・プライバシーの保護および生活上のプライバシーへの配慮においても適切な対応がなされている。臨床における倫理的課題については、検討する体制は整備されているが、頻回に遭遇する倫理的課題や、急増している高齢者がん治療・ケア、AYA 世代の診療・ケアなどについて病院の方針を明確にしておくことを期待したい。各部署のカンファレンスでは倫理的問題を多職種で検討している。

一般駐車場および障害者用駐車場が十分確保され、路線バス、タクシーの待合など来院時のアクセスの配慮がなされている。院内にコンビニエンスストア、展望レストラン、患者サロンなどが設けられている他、生活延長上に必要な設備は整っている。院内はバリアフリーでユニバーサルデザインに配慮されている。病院の地下に障害者専用駐車スペースが確保されており、天候に左右されないよう、高齢者・障害者へ配慮されていることは評価したい。療養生活や患者がくつろげるスペース

が確保された建物構造であり、院内の清潔の保持や整理整頓が徹底され、安全性を確保する環境の維持は、職員の環境整備の意識の高さの顕れとして、高く評価できる。

敷地内禁煙であり、禁煙外来が設けられている。職員の禁煙推進として禁煙外来への誘導、禁煙外来の受診費用の補助などを行い、職員喫煙率は年々減少している。

4. 医療の質

意見箱を設置し、投書内容を開催している会議体で審議して、対応している。がんセンターの定期開催、診療ガイドラインやクリニカル・パスの活用は適切に行われている。一方、CPC や M&M カンファレンスの開催、がん診療の質指標の設定と、病院としての検討など、振り返りによる質改善活動の充実を期待したい。病院全体の課題は様々な会議体や幹部ヒアリングなどで検討され、病院機能評価を活用した体系的かつ継続的な改善活動が実践されており、適切である。

人を対象とする医学系研究に関しては、対象ごとに審査体制が整備されている。高難度新規医療技術等の導入に対する審議体制も整備されているが、実施後の状況を把握する仕組みについては検討が望まれる。

病棟・外来の診療・ケアの管理・責任体制は明確である。診療記録の記載については副院長が責任者を務め、記載状況の確認と指導が行われているが、退院時サマリーの記載方法や質的点検の対象件数については検討が望まれる。スキンケア、小児科家族支援、せん妄対策、口腔ケアなど多職種の専門チーム活動や、多職種が参加しているがんセンターの開催など職種間、部署間の垣根が低く、適切な協働が行われている。

5. 医療安全

RMQC 室を中心とした体制のもとで、重大な情報が管理者まで速やかに伝わる体制となっている。医療安全に関わる情報を職員に周知する体制については検討が望まれる。主要なテーマに関しては院内 RM・QC 委員会の部会で検討されているが、組織横断的かつ継続的な視点から、これらが効果的に機能する体制の検討が望まれる。

誤認防止対策は適切に実施されているが、今後さらに、対策の実施状況や有用性を定期的に評価する仕組みを強化されとなおよい。情報伝達エラー防止では、手順の遵守とシステム上の工夫で対策が講じられ、検査結果の異常値や画像診断・病理診断結果などにおいて、確実な報告を強化する取り組みが行われている。医薬品安全管理責任者は RMQC 室と連携し、薬剤の取り違い防止に取り組んでいる。急変時の対応としてハリーコールや RRS が整備されている。発生については、RMQC 室が件数を把握しているが、事例ごとの分析には至っていないため、今後は、振り返りの実施やその結果を訓練に反映させていくとなおよい。

全職員の BLS 訓練については、看護師の受講は 100%だが、看護師以外の受講率を向上させることが望まれ、BLS や AED の定期的な訓練と全職員の受講、ICLS や

ACLC の受講を含めた指導者の育成について、継続した取り組みを期待する。

医療事故発生時には適切な検証と対応を行う体制が整備され、医療事故調査制度に基づく報告も行われている。医療事故の原因究明や再発防止策の検討もなされているが、検討・対策はできるだけ早急・短期間で実施し、効果の検証・対策の見直しを行っていくことが期待される。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、委員会は迅速な意思決定が行えるように機能している。日々の活動では、副院長が責任者である感染対策室、ICT、AST が多職種で構成され、積極的な活動が行われており適切である。医療関連感染制御に向けた情報収集は多彩なデータが収集され検討されている。手指消毒剤の使用量のデータも詳細に取られているが、一部の部署や職種において低いように見受けられることから、全ての職員が手指衛生を強化・徹底する取り組みを期待する。

感染対策チームと抗菌薬適正使用支援チームを組織し、多職種による耐性菌対策を適切に実践している。AST は、広域抗菌薬使用患者、血液培養結果などをモニタリングし、適正使用に向けて必要な介入を実施している。アンチバイオグラムが定期的に作成され、情報提供されており、抗菌薬の感受性が良好に維持されていることは、高く評価される。

7. 地域への情報発信と連携

広報発信は主にホームページにより実施する方針で、情報掲載、更新などを適切に行っている。インターネットによる電子カルテ閲覧システムを導入し、328 医療施設と患者の診療情報の共有を可能としており、医療連携を密にしている。紹介元に必要な情報を含む返書を速やかに、かつ確実に返信することは重要であり、そのための、返書のチェック体制、電子カルテの活用、返書システムの導入などについて、検討の余地がある。市民公開講座の開催をはじめ、患者・家族集中勉強会、患者サロンでの勉強会、専門職向けの緩和ケア研修会など多岐にわたる教育・啓発活動を実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診案内や総合案内、患者家族支援センターなどが機能し、外来・入院診療は円滑に受け入れる体制が整備されている。救急受入れについては、自院にかかりつけの患者に対して、夜間・休日を含め、担当看護師が電話相談を受け、必要時には救急車等での来院を受け入れて、適切に対応がなされている。検査の適応判断、説明と同意、安全な実施など、診断的検査は確実・安全に実施されている。入院の決定は医学的判断に基づいて行われ、患者の支援や情報収集は患者家族支援センターで適切に行われている。入院診療計画書は医師・看護師を含めて多職種で作成され、患者の同意が得られている。患者・家族の希望も取り入れており、クリニカル・パスも活用されている。病床は柔軟に運用されており適切である。よろず相談と患者家族支援センターが、あらゆる相談に適切に対応している。センター看護師、外来

看護師、よろず相談 MSW が患者の問題について役割分担して対応し、医師や他職種と協働している内容は、高く評価できる。

回診や記録、看護師との情報共有や意見交換、診療上の指導力の発揮、患者・家族との面談と説明、各種書類の作成など、医師は病棟業務を適切に行っている。看護師の病棟業務は適切に実施されている。内服・注射は、全病棟で統一した確認方法により確実・安全に実施されるように努めている。

輸血・血液製剤投与では、マニュアルに則って適応の判断から投与の手順まで確実に行われ、副作用報告は徹底して行われている。主治医による手術の検討、説明・同意、併存症への対応、麻酔科医による術前評価、麻酔の説明・同意、術後の患者管理など、周術期の対応は適切に行われている。患者の重症度に応じて病床の選択がなされており、ICU 入室中の診療の責任の所在、多職種の関与など、重症患者の管理は適切に行われている。褥瘡発生リスクのアセスメント、発生した場合の専門チームの関与等、適切な対応がある。入院患者の栄養管理は、入院時の評価から看護師、管理栄養士が関与し、栄養管理と食事指導・食事支援は適切に行われている。入院時に、悩み・負担・苦痛についてのスクリーニングを実施している。疼痛は NRS を用いて把握し、必要時は緩和ケアチームが介入している。

リハビリテーションは、専門医により必要性とリスクが評価され、がんの種類における障害に配慮したプログラムで、各世代に応じた内容により実践されている。身体抑制は必要性の判断から解除までの手順が明確で、必要性は多職種カンファレンスで評価し、医師の指示で実施されている。同意書は具体的な内容であり適切である。退院支援の必要性は、入院時の総合的機能評価でスクリーニングされ、必要な患者については退院計画書に基づいて患者・家族に説明されて、関係機関と調整した支援が適切に行われている。

患者家族支援センターが医師、病棟看護師、外来看護師と連携して、専門看護師・認定看護師による同行訪問看護の実施など、適切に支援している。ターミナルステージの基準が定められ、該当する場合は患者・家族と治療方針を話し合い、患者・家族の意向を尊重した対応がなされている。

9. 良質な医療を構成する機能

処方監査、疑義照会、調剤、製剤、薬品管理、DI 等が適切に実施されている。薬剤に関する各種計算・換算ツールが工夫して作成され、他職種に便利に利用されている。内服抗がん剤ごとに検査値チェックシートを作成し、禁忌投与の回避を図る仕組みが導入されている。ブランチラボによる検体検査を含め、検査の手順、結果の報告、パニック値への対応、精度管理など、臨床検査機能は適切に発揮されている。画像診断機能では、24 時間迅速に対応する体制が確立し、画像診断報告は確実に行われている。

厨房は、作業区域における清潔・不潔が区画され、室内・冷蔵温度管理、食器洗浄・保管、職員衛生管理も適切である。毎食ベッドサイドから写真を見て特別メニュー、ランチセット、一品補食サービスが選択でき、快適で美味しい食事が確実・安全に提供されている。リハビリテーション機能では、専門医が責任者であり、が

ん種による症状を把握し、小児、AYA 世代、高齢者に応じたプログラムが実践されており適切である。診療情報管理機能は、電子カルテによる 1 患者 1ID で、保存が必要な書類はスキャンし、紙原本は 1 患者ごとにファイルされターミナルデジット方式で保管されている。診療情報管理士は DPC データの整備、がん登録、退院時サマリーの督促、カルテ開示、診療記録の量的・質的点検等、幅広く多様な業務に適切に関与している。

医療機器、看護備品ならびに洗浄を含めた内視鏡機器を、職員教育と保守点検を含めて確実にを行う体制が整備されている。業務の効率化と業務の学術的な分析・検討を積極的に行い、その結果は国内外に情報発信しており、特に高く評価できる。洗浄・滅菌機能はワンウェイ化され、洗浄品質の評価、物理的・化学的・生物学的インディケータを用いた滅菌精度のモニタリングが適切に実施されている。

病理検査・診断と報告の手順が確立し、確実に実施されている。特に、独自開発した数字ブロックを検体とともにパラフィン包埋することによって、薄切時の検体交差を防止する取り組みは秀逸である。放射線治療機能では、高度先進的な治療機器が整備され、品質管理について、極めて高い水準で確保に努めている。また、看護分野などでの人材育成にも高い実績を挙げているなど、高く評価できる。

血液製剤と特定生物由来製剤を 24 時間確実に提供する体制が確立している。血液製剤の廃棄率は低く抑えられ、造血幹細胞輸血に伴う血型変更をチェックする仕組みや副作用履歴を確実に管理する体制も整備されており、輸血・血液管理機能は優れている。手術スケジュールの管理、麻酔科医による麻酔の管理、手術中の患者の安全確保、手術室の清潔管理など、手術・麻酔機能は適切に発揮されている。ハイケアユニットを GICU として運営し、術後患者の管理の他、重症患者の治療を、循環器内科医が関与して行っており、集中治療機能は適切に発揮されている。救急科は設置しておらず、外来患者の救急対応のみを行っている。自院で可能な応急処置を行った後、適切な医療機関に紹介している。

10. 組織・施設の管理

経営の健全化に向けて、病床利用や診療単価の向上、コスト抑制などに努力している状況が窺えるが、累積損失の解消に向けて、DPC データの分析などを含め、なお一層の取り組みが望まれる。未収金管理では「未収金処理業務要領」などに則って運用が開始されたところであるが、累積未収金の回収に向け継続した取り組みが望まれる。委託業務における選定・承認プロセスや、契約後の業務評価アンケートによる質改善につなげる手順、事故発生時の対応、必要な教育の実施などはいずれも適切である。

施設・設備の日常点検・管理は委託ごとに仕様を定め適切に実施している。院内清掃では委託業者と担当者によるチェックを行い、院内の清潔が良好に保たれている。購入物品、薬剤の選定は委員会にて安全性や有用性、経済効果の比較などを検討し採否を決定している。診療材料の取り扱いにおける内部牽制機能について検討が望まれる。

防災管理規程・地震防災マニュアルを整備し、火災消防訓練、県総合防災訓練に合わせた総合訓練を実施している。災害時の事業継続計画（BCP）が策定されたところである。保安・警備は委託にて24時間体制で管理し、院内監視・施錠管理の手順を定め、業務実施状況は日報・業務報告書にて管理者へ報告されている。病院機能や規模に応じた保安業務は適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師以外の全職種に入職者初期研修を実施している。看護部では新人看護職員研修プログラムとして、講義、演習、評価が整備され、目標と評価が共有されており適切である。他の職種においても、専門職種に応じた基本的な初期研修が計画に則って実施されている。

学生実習等では窓口が定められ、看護師、管理栄養士、医・歯学生などを受け入れており、学生実習要領に沿って、必要事項が網羅された契約書を取り交わしている。安全・感染、実習中の事故への対応など、オリエンテーションが実施され、安全に実習が行われる取り組みが実施されており、適切である。

医師・歯科医師の専門教育として、レジデントを積極的に受け入れ、県内および全国の医療機関において、がん診療に携わる医療従事者の育成に力を注いでおり、研修内容も充実している。国際学会での発表、連携大学院への入学、住居等についても手厚い支援があり、高く評価できる。

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	B
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	S
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	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	B
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	B
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	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	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	S
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	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	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	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	S
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	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	S
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	NA

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	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	A
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	B
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	B
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	B

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 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： 静岡県立静岡がんセンター

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 静岡県駿東郡長泉町下長窪1007

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	615	607	+16	90.8	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	615	607	+16		

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)	20	+4
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	39	+6
人工透析		
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		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	50	+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

特定機能病院, がん診療連携拠点病院(都道府県), DPC対象病院(Ⅱ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： 人 2年目： 人 歯科： 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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	1,188.80	1,177.26	1,159.61	100.98	101.52
1日あたり外来初診患者数	38.60	36.39	37.11	106.07	98.06
新患率	3.25	3.09	3.20		
1日あたり入院患者数	547.94	545.27	517.54	100.49	105.36
1日あたり新入院患者数	41.83	42.59	41.06	98.22	103.73