

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12月6日～12月7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

2005年の開院とともに、救命救急センターに指定されており、その後もドクターヘリ基地病院として、県下における救急医療体制の要としての機能を発揮している。また、総合周産期母子医療やがん診療などについても高度な医療を提供し続けており、地域の中核的な役割を担い、地域住民の信頼も厚い。

貴院は開院当初より「医療の主人公は患者さん」との理念を掲げ、理念実現に向けた活動が意欲的に実践されていることが特徴としてあげられる。特に、患者に寄り添った「まごころ窓口」の数々の取り組みや患者の声を質改善につなげる活動は極めて高く評価できる。さらに、専門性を活かした多職種によるチーム医療の実践は貴院の強みともいえる。

今回の審査結果が、貴院の診療機能や医療安全のさらなる向上に少しでも役立てば幸甚である。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針が明文化されており、基本方針には、全職員が患者の立場に立った医療の実践を目指すための方策が明示されている。理念および基本方針ともに、毎年6局長会議にて見直しが行われており、内外の変化への対応、次世代に向けた検討もなされている。院長はじめ病院幹部は、理念・基本方針をもとに、現状の問題点や優先的に取り組むべき課題を職員に示すとともに、リーダーシップを適切に発揮されている。

医療法による職員の配置基準は適切であり、病院機能に見合った人材確保に努めているが、診療機能の充実に向け、今後も継続的な取り組みに期待したい。就業規則などの規程類は適切に整備されている。2016年度より医師以外の人事評価制度

を導入しているが、全職員の意見を吸い上げるなど、さらなる充実に期待したい。院内の教育に関する一元的な管理体制による効果的な研修計画の検討や実施後の効果検証、出席率向上への取り組みなどについては、さらなる充実に期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は開院時に作成されており、見直しもされている。説明と同意に関する指針・基準・手順が明文化されており、適切に対応されている。掲示物に関するルールは院内で決まっているが、患者さんへのお知らせや注意喚起のポスターなど、フロアにより掲示方法が違う場合があるので、統一性を持たせるなど、わかりやすい掲示となることを期待したい。

患者相談体制が整備され、患者が安心して相談できるシステムが構築されている。また、患者・職員が使用できる図書・情報コーナーとして「なるほどライブラリ」が設置されており、患者の医療参加への促進につながっている。患者支援センターでは、全身麻酔手術患者に対して、患者用パスを用いて入院後の療法について詳細な説明を実施するなど、職員間の連携・協働ができています。患者相談窓口は「まごころ窓口」に一本化されており、病院案内やホームページで案内されている。多様な相談に医療ソーシャルワーカー、看護師だけでなく多職種で対応しており、虐待が疑われる場合にも、迅速な対策が取られている。個人情報保護に関する方針・利用目的などの規程が整備されており、ホームページ上でも患者にわかりやすく明示されている。研究等に使用する患者情報のダウンロードなどの取り決めがあり、定期的な教育・研修も行われている。

臨床場面で起こる様々な倫理的課題について、一定の範囲で病院としての方針を明確にし「医の倫理委員会」で対応している。現場での倫理的問題は倫理カンファレンスを行い「倫理部会」倫理コンサルテーションチームを組織化し、実際に検証した実績もある。病棟では、倫理カンファレンスが多職種と共に開催されている。倫理に関する意識向上には、院外の講師による研修会を積極的に開催するなど、臨床における倫理的課題に継続的に取り組んでいる。

院内にはレストラン、図書館などが整備され、入院患者には、入院予約時から患者支援センターが丁寧に対応し、心配無く過ごせる環境を提供している。駐車場が広いと病院玄関までのアクセスへの意見があることから、今後の対応が期待される。建物内はバリアフリーで、廊下、階段の手摺りは両側に設置され、高齢者や障害者に対する対策が取られている。病院玄関には、車椅子、歩行器、ベビーカーなど配備されており、必要に応じて、職員やボランティアが付き添う体制がとられている。敷地内禁煙を実施しており、禁煙外来も開設されている。職員の喫煙率は男女別に把握されている。禁煙・受動喫煙に関する職員や患者への広報は院内掲示とホームページの掲載のみであり、地域公開講座や院内研修会のテーマに取り入れるなど、禁煙啓発に向けての取り組みが望まれる。

4. 医療の質

医療の質向上に向けた活動は適切に行われている。例えば、患者・家族からの意見箱への意見は毎日収集され、改善策は病院長の承認を経て、院内掲示にてフィードバックされている。また、改善策は院内で情報共有されている。病院ボランティアグループ「ハーモニーこうち」の活動からも、患者、家族の声を病院環境の質改善に繋げるなどの取り組みは高く評価できる。診療の質に関しては、様々なレベルでの症例検討会の頻繁な実施により担保され、カンサーボードについても定期的に開催され、多職種が参加するなど評価される。また、研究レベルでも病院横断的な活動が認められた。新しい診療や技術の導入は適切である。

多職種による活動は、緩和チーム、褥瘡対策チーム、NST チーム、認知症ケアチーム等の活動が活発に行われており、患者に対しての質の高い医療提供がなされている。ラウンドやカンファレンスについても多職種で取り組んでいる。栄養指導においてはメニュー選択がたくさんあり、また、管理栄養士が各部署に配属され、栄養指導が適時に行われているなど、患者にとって適切な療養環境が提供されている。診療記録の記載は適切で多職種の記載がなされ、かつ情報共有されている。診療録の質的点検は始められているので、さらなる充実を期待したい。多職種からなる専門チーム（医療安全対策、感染コントロール、緩和ケア、褥瘡対策、婦人科リンパ浮腫、NST、摂食・嚥下、認知症ケア・精神科リエゾン）の介入がタイミングよく実施されている。カンファレンスや病棟スタッフとの話し合いは、経過や結果が記載され情報共有されるなど、多職種が協働して患者の診療・ケアを行っており適切である。

5. 医療安全

医療安全管理センターに専従の安全管理者が配置され、各安全担当者の役割や責任も明確にされている。医療機器安全管理責任者・医薬品安全管理責任者も業務内容に応じた具体的な行動目標も策定され、安全確保の体制が構築されている。安全確保に向けた取り組みについても充実しており適切である。患者の誤認防止対策は適切に行われており、さらに侵襲を伴う検査・処置においてもタイムアウトを実施するなど、各部署での誤認防止策の取り組みも高く評価できる。

指示伝達に関する一連の業務は、電子カルテ上で適切に行っている。個々の患者のアレルギー歴、重複投与は電子カルテ上で容易に確認できる。抗がん剤の管理は、レジメン、処方鑑査、調剤、実施の過程に薬剤師が安全に配慮して関与している。転倒・転落防止対策は適切に実践されており、医療機器の安全な使用についても適切である。2015 年より RRS の導入が始まり、看護局の「KIZUKI チーム」が RRS やコードブルー事例を分析し、各部署へフィードバックするなど急変時の患者対応への取り組みは優れている。医療事故発生時の対応手順、原因究明と再発防止に向けた検討などの流れが明確であり、職員にも周知されている。全死亡診断書の検証も行われており、院長への報告がなされている。紛争化の怖れがある事案に対する早期対処やマスコミ対応、損害賠償責任保険への加入など、医療事故等への対応は適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

病院長を委員長とする医療関連感染対策委員会が月例で開催され、マニュアルも適宜改定されている。感染対策センターに専従看護師 1 名（ICN）、専任医師 4 名（うち 2 名 ICD）、専任薬剤師 4 名、専任臨床検査技師 2 名を配属し、この 4 職種が連携を取り週 1 回の ICT ラウンドとカンファレンスを行い日々の感染対策の中心的役割を担っている。

感染対策センター専任の臨床検査技師が血液培養陽性の検出、院内の分離菌・菌種別の薬剤感受性、各種耐性菌の出現頻度を情報提供し、ICT が環境ラウンド、AST が抗菌薬適正使用ラウンドを実施している。JANIS の検査・SSI・NICU 部門にも参加し、各種サーベイランスを実施し、アウトブレイク基準に達した CRE にも対策チームが対応している。院内感染制御に関するマニュアルが整備され、標準予防策を適切に実施している。抗菌薬の適正な使用については、AST が毎日 30 分程のカンファレンスを行い、抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じカルテ上で抗菌薬適正使用についてアドバイスしている。週 1 回のラウンドで実態を確認し、必要であれば適正使用の指導を行っている。アンチバイオグラムも適宜更新し、情報共有している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の機能や役割については、ホームページや病院案内、入院案内で患者や地域の医療機関に広報している。広報誌「にじ」は医療機関や福祉施設等に発送しており、個別診療機能指標は 16 項目を、総論的診療機能指標は 18 項目を設定し、DPC 別指標では診療科ごとに疾患についてのコメント、解説を加え、ホームページや広報誌「にじ」に掲載している。

地域の登録連携医療機関数は約 400 機関で Web 型電子カルテ閲覧サービス（クジラネット）の登録医療機関数は 105 機関と地域医療連携機能の活性化、診療情報の共有化が活発に図られている。地域医療連携研修会は年間 4 回開催されており、地域医療機関からの紹介率は約 63% で、逆紹介率は約 86% である。地域の共同利用施設として、CT、MRI、核医学検査を受け入れるなど、地域医療支援病院として中核的役割を担っている。

地域の医療機関や医療関連施設および地域住民に対し、地域医療連携研修会、地域がん診療連携拠点病院公開講座、外科手術症例検討会、内科症例検討会、看護実践発表会、高知医療再生機構専門医育成セミナー研修・講演会などが実施されている。地域で開催されるイベント「みさとフェア」では、高知県立大学と連携して、医療相談・健康相談を開催するなど、医療に関する教育・啓発活動は活発に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療内容や診察時間、診療科の情報など受診に必要な情報はホームページや掲示によりわかりやすく案内されており、紹介患者や救急対応のほか、外国人、障害者など全ての受け入れ体制が円滑に行われている。病院玄関左奥には「まごころ窓口

0 番」という独立した部屋が確保され、患者だけではなく、地域住民からの相談にも対応できる体制がとられている点は高く評価できる。

外来診療は、電子カルテ上で容易に外来での重複投薬や重複検査が確認できる体制が整備され、必要時には上級医への相談や対診の体制も整っている。患者支援センターにおいても多職種が関わっている。診断的検査では、侵襲を伴う検査、輸血、手術および重症症例の管理に関しては実施の必要性、内容、危険性など基本的なインフォームドコンセントが実施され、実施中や実施後の観察が記録され、結果の評価と説明まで適切に行われている。

入院時は、入院の医学的判断をカルテに記載しており、入院診療計画書やクリニカル・パスを用いて説明し同意を得ている。また、医師は患者の病態に応じて適切に診断、治療計画を立てており、入院診療計画書やクリニカル・パスなどを用いて、説明し同意も得ている。患者・家族、多職種による院内外職員（病院・診療所・ケアマネージャー・障害者施設、行政、社会福祉施設等）と連携を取り、合同カンファレンスや調整を行い、患者に継続した医療・ケアが行われている。

医師、看護師の病棟業務は適切になされており、多職種とのカンファレンスも適宜行っている。看護師は、入院前から在宅に至るまできめ細やかな看護を行い、病棟業務は適切に行われている。

投薬・注射、輸血に関しては、おおむね適切に行われている。周術期の対応および重症患者の管理、症状緩和への取り組みなど、いずれも適切である。リンクナースと連携しケアの質の向上に努め褥瘡の予防・治療が適切に行われている。各フロアに専任管理栄養士を配置し、全入院患者への栄養リスク評価が行われており、栄養ガイドラインに基づいた栄養管理と栄養指導、食物アレルギー対応を行っている。患者の嗜好対策として、選択食以外の特別メニューの提供も実施されている。

患者支援センター、緩和ケアチーム、摂食・嚥下チームに関与し、多職種連携が機能している。ベッドサイドあるいは訓練室で早期リハビリテーションを開始している。実施前後はBIで定量的評価するなど、确实・安全に実施している。患者の安全確保のために身体抑制や行動制限が実施されており、規定に沿った適切な運用が認められた。患者・家族への退院支援および継続した診療・ケア、ターミナルステージへの対応も適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は適切であるが、病院採用医薬品数が多く、採用薬剤の低減に向けて、さらなる委員会活動を期待したい。臨床検査は、ブランチラボ形式であるが、検査結果（検査値）を出すという一連の検査業務などは適切である。CT・MRI・核医学の読影結果をダブルチェック後翌営業日までに100%報告している。血管造影全例でタイムアウトを実施し、記録も残している。予約検査も希望日に実施しており、待ち日数はない。悪性所見があればPHSで主治医に連絡しており、高く評価できる。

各病棟に専属の管理栄養士が配置されており、1日3食毎日選択メニューが提供されている。職員や委託業者の衛生管理、食材の温度管理など適切であり、全患者

の残食調査などが調理方法の改善や献立作成に活かされている。2 か月ごとに「栄養だより」を発行するなど、栄養管理機能は高く評価できる。主治医が処方し、療法士が主治医・看護師と情報交換し、患者あるいは家族の希望も聞いたうえで計画を立案し、専任医師の承認のもと患者あるいは家族に説明し同意を得ている。心大血管疾患や呼吸リハビリテーション、摂食機能療法にも積極的に取り組んでいる。

診療情報管理機能においては、タイムスタンプの導入で、紙媒体も電子カルテ上での一元管理となっている。研修医の記録に関する、指導医の対応もシステムが確立されている。電子カルテの量的点検も全件実施されている。医療機器管理および洗浄・滅菌機能は適切な運用が確認された。病理診断機能、輸血・血液管理機能、手術・麻酔機能、集中治療機能についても適切に発揮されている。

放射線治療機能は、専門職が高精度の IMRT および IGRT 機能を合わせもつリニアック・マイクロロン 2 台を駆使し治療している。技師とともに治療工程を約 20 項目の細目に分けチェックリストを用いてダブルチェックし適切に実施している。救急医療機能では、防災ヘリも運用する救急救命センターとして、高知県の救急の中核的活動を担っている。システムや設備は整備され、運用実績も認められる。人的には充実しているとはいえないが、小児や循環器などでは専門医が初診にあたるなど、病院全体で救急医療を支える仕組みが構築されており、高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に沿った、県立病院規定に基づき財務諸表の作成や会計処理が行われ、外部監査も実施されている。窓口の収納業務、未収金管理も適切である。レセプト点検は医師が積極的に関与し、査定、返戻などの情報も委員会で検討され、医師に周知されている。委託業務の是非や委託業者の見直しも適切である。日々の業務は日報にて報告、管理されており、緊急時や時間外の連絡体制についても整備されている。委託職員の教育は、委託会社の勉強会の他、職員講習会でも研修の機会を設けている。

施設・設備の管理は年次計画に沿って、日常点検と保守管理がなされており、緊急時の対応についても、緊急連絡網が整備されている。院内清掃は全面委託にて清潔が保たれている。感染性廃棄物の最終保管場所は施錠管理され、最終処分場の確認もなされている。発注から納品までの過程は、SPD システムにより、合理的かつ効率的に定数管理が行われ、発注、検収の牽制機能も適切である。ディスプレイ製品の再利用は行っていない。使用された医療材料が適切に保険請求される仕組みもあり、請求漏れを防止している。災害拠点病院として、防災管理室が 24 時間体制で管理している。DMAT 有資格者は 27 名在職しており、災害時の出動に備えている。大規模災害訓練は高知県立大学と合同で毎年行っている。災害時職員安否確認ソフトを導入し、災害時の早期病院再開に備えている。備蓄燃料、患者、職員用備蓄食糧も確保されている。24 時間警備員が配置され、防犯カメラや定期的な院内巡回により、安全が確保されている。夜間通用口の管理も適正に管理され、不審者の侵入を防いでいる。警察 OB を採用し、暴力行為、防犯対策に機能を発揮している。緊急時の連絡網も整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、臨床研修プログラムに沿って臨床研修が行われている。研修医の評価は、自己評価と臨床指導医・看護師により行われている。指導医評価は、研修修了時に、匿名化して実施され、診療科長に報告されている。看護師の初期研修は看護局が行い、指導項目別、習得期間、習得度などの評価がなされている。栄養局、薬剤局においても同様に実施されている。その他コメディカルの初期研修マニュアルは作成されているが、本格的な取り組みはこれからである。

学生実習等への取り組みでは、医師、看護師、薬剤師など多職種の実習を受け入れており、実習規則、倫理指針、個人情報守秘、適正な言動と態度、清潔な服装などの厳守、医療安全、医療関連感染制御に関する教育も行っている。実習中の事故対策も依頼校と取り決めている。実習はカリキュラムに基づき実施され、評価も個別に行われている。

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	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	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
1.4	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	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	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	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	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	S
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	S
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	S
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	B
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	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	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	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	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	S

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	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	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	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	B

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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 高知県高知市池2125-1

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	588	548	-40	79.3	8.2
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	44	44	+0	11	64.2
結核病床	20	20	+0	5.3	19.9
感染症病床	8	8	+0	0	0
総数	660	620	-40		

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	20	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	4	+0
ハイケアユニット (HCU)	12	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	10	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	3	+0
放射線病室		
無菌病室	9	+4
人工透析	9	+0
小児入院医療管理料病床	32	+0
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		
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (基幹), へき地拠点病院, 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (II群), 総合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： 12 人 2年目： 15 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 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

①診療科別 医師数および患者数・平均在院日数										
診療科名	医師数 (常勤)	医師数 (非常勤)	1日あたり外来 患者数 (人)	外来診療科構 成比(%)	1日あたり入院 患者数 (人)	入院診療科構 成比(%)	新患割 合(%)	平均在 院日数 (日)	医師1人 1日あたり外来 患者数 (人)	医師1人 1日あたり入院 患者数 (人)
呼吸器内科	3	0.22	24.77	2.98	16.21	3.39	4.09	11.37	7.69	5.04
循環器内科	7.9	0.56	34.11	4.10	36.71	7.67	5.60	7.98	4.03	4.34
消化器内科(胃腸内科)	7	0.31	18.02	2.17	14.02	2.93	14.51	8.23	2.47	1.92
腎臓内科	2	0.09	15.11	1.82	9.20	1.92	2.17	24.60	7.23	4.40
神経内科	0	0.44	3.33	0.40	0.00	0.00	2.34	0.00	7.56	0.00
糖尿病内科(代謝内科)	2	0.13	15.88	1.91	1.48	0.31	1.24	8.56	7.46	0.69
血液内科	6	0	31.09	3.74	56.26	11.75	2.31	28.46	5.18	9.38
皮膚科	2	0	28.74	3.46	1.07	0.22	5.19	17.29	14.37	0.53
感染症内科	1.6	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児科	10.4	0.19	71.84	8.64	38.82	8.11	7.35	11.50	6.78	3.67
精神科	3	0.16	6.93	0.83	0.00	0.00	2.90	0.00	2.19	0.00
心療内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
呼吸器外科	3	0	13.93	1.68	9.43	1.97	1.59	10.82	4.64	3.14
循環器外科(心臓・血管外科)	3	0.09	16.07	1.93	26.47	5.53	2.83	26.54	5.20	8.57
乳腺外科	2	0	16.96	2.04	5.43	1.13	7.23	7.37	8.48	2.72
消化器外科(胃腸外科)	14	0	51.39	6.18	63.13	13.19	4.47	14.63	3.67	4.51
泌尿器科	4	0	27.48	3.31	8.70	1.82	3.61	6.83	6.87	2.18
脳神経外科	6.5	0.65	15.28	1.84	31.12	6.50	5.02	16.76	2.14	4.35
整形外科	8.6	0	39.70	4.78	48.16	10.06	5.78	13.05	4.62	5.60
形成外科	3	0	9.05	1.09	6.50	1.36	7.61	15.86	3.02	2.17
眼科	2	0.68	27.77	3.34	3.10	0.65	2.15	8.19	10.36	1.16
耳鼻咽喉科	4	0	43.62	5.25	14.53	3.03	4.07	12.23	10.91	3.63
小児外科	1	0	9.73	1.17	2.72	0.57	10.24	4.86	9.73	2.72
産科	7	0.29	42.87	5.16	26.89	5.62	6.18	9.54	5.88	3.69
婦人科	1	0	33.98	4.09	10.42	2.18	6.16	7.18	33.98	10.42
リハビリテーション科	1	0.3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	6.5	0.59	1.20	0.15	0.00	0.00	64.29	0.00	0.17	0.00
麻酔科	11.5	1.64	0.07	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	1.5	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	7	0.25	41.57	5.00	22.02	4.60	61.73	8.89	5.73	3.04
歯科口腔外科	5	0.65	75.24	9.05	4.58	0.96	14.86	11.57	13.32	0.81
総合診療科	8	0	27.75	3.34	10.31	2.15	14.83	19.86	3.47	1.29
児童精神科	2	0	11.24	1.35	4.91	1.03	4.52	71.72	5.62	2.46
地域医療科	0	0	0.44	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線療法科	2	0.2	9.18	1.11	0.06	0.01	5.80	5.25	4.17	0.03
緩和ケア内科	1	0	8.52	1.02	0.45	0.09	0.29	4.34	8.52	0.45
腫瘍内科	2	0.09	20.10	2.42	2.25	0.47	0.94	17.15	9.62	1.08
ペインクリニック科	1	0.67	15.97	1.92	0.10	0.02	2.13	8.75	9.56	0.06
検査診断科	0.5	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
画像診断科	1.5	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
移植外科	1	0	9.98	1.20	3.63	0.76	1.81	15.14	9.98	3.63
生殖医療科	2	0	11.94	1.44	0.10	0.02	5.36	5.14	5.97	0.05
集中治療科	3.5	0	0.10	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.03	0.00

I-2-2 年度推移

年度(西暦)	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	830.96	842.26	838.77	98.66	100.42
1日あたり外来初診患者数	75.04	77.37	78.23	96.99	98.90
新患率	9.03	9.19	9.33		
1日あたり入院患者数	478.77	475.44	510.62	100.70	93.11
1日あたり新入院患者数	38.17	37.67	36.76	101.33	102.48