

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 9 月 13 日～9 月 15 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

貴院は、1917 年に慶應義塾大学医学科が開設されたのち、1920 年に医学部開講と同時に大学病院として開設され、今日に至る我が国有数の歴史ある病院である。開設後、一貫して医学の発展に大きく寄与し、多くのすぐれた医療人を輩出し続けている。また、臨床面でも地域の中核病院としての役割を果たすべく様々な努力がなされている。指定医療としては、特定機能病院、臨床研究中核病院、地域がん診療連携拠点病院など多くの指定を受けている。診療の精神的根幹にあるのは、初代病院長である北里柴三郎病院長の「学内は融合して一家族のごとく、全員挙って医学の研鑽に努力する」という訓えであり、各診療科間の垣根をなくしチーム医療を展開している。これを基に、全国から多くの患者を受け入れると同時に、災害拠点病院としての役割を果たすべく準備を怠らず、また、地域の救急医療も担っている。今回、病院長はじめ病院幹部のリーダーシップによる優れた病院機能を拝見した。なお、いくつかの提案もさせていただいたので、今後の更なる発展に向けた糧としていただければ幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は明文化されており毎年 WG にて見直しを行っている。職員への周知は様々な場面で行われ、理念を基にした「私のミッション」をネームプレートの裏に職員自身が書き込むなど様々な工夫がなされている。病院の将来像や課題への取り組みについて病院長によるビデオメッセージを数回作成し、デジタルサイネージ等を用いて発信している。医師のみでなくコメディカル職員にも対象を拡大した若手職員との意見交換会を昨年より計 3 回実施している。副院長などの幹部職員にはそれぞれ明確な役割が与えられ、その役割に沿った活動が様々な場面で見受け

られ、良好なガバナンスが構築されており、病院管理者・幹部のリーダーシップは高く評価したい。

病院の規模、機能および役割に応じた人材の確保については、リハビリテーション、臨床工学技士など一部の部署において更なる人員の充足が望まれる。衛生委員会は毎月開催しており、衛生管理者と産業医の出席も確認できる。職員の健康診断は100%実施しており適切である。就労支援に向けた取り組みとして、育児・介護休業、育児短時間勤務等を整備し働きやすい環境整備に努めている。教育・研修は年度ごとの「継続研修年間計画」に基づき全職員を対象として適切に実施している。看護師では、「慶応看護師の発達モデル」を構築して、キャリアパスを明確にしているが、看護師以外の職種では体制としては開始されて日も浅い状況であり、今後の取り組みに期待したい。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」の中に、人として尊重されることや他施設へのセカンドオピニオンを求める権利など、適切な内容を網羅して患者・家族への周知が図られている。説明と同意に関する方針等は、医療者の同席基準などを明記しているが、説明時（特に外来）における看護師の同席について、病院全体でより明確な取り決めと明文化が望まれる。患者・家族への診療関連情報の提供は、KOMPAS（医療・健康情報サイト）などが利用でき、「MeDaCa アプリ」は多くの患者が利用し、外来待合呼び出し、処方データや検査結果の提供、遠隔診療等のビデオ通話に活用している。様々な情報共有の手段や機会があり、他病院のモデルとなる取り組みで非常に高く評価できる。患者の権利や告知、終末期医療、尊厳死、思想、信条、宗教に関することなどを主要な倫理的課題として捉え、それらに対する方針等を臨床倫理委員会で決定していく仕組みが整備されている。臨床倫理コンサルテーションチームを設置し、院内各所からの倫理課題に応じており、日常的に臨床倫理委員会やコンサルテーションチームが機能しており、患者・家族・職員の納得する結果につながっており、卓越した取り組みを展開している。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・苦情の収集は、意見箱、患者総合相談窓口・医療連携窓口での把握、Web 投書および入院・外来患者調査などによって行っており、様々な方法で患者・家族にフィードバックしている。臨床指標（QI）に関しては、病院独自のQIを約70項目定めるほか、日本病院会、病院機能評価の項目からも設定している。それぞれのQIについて毎年目標値を設定し、実践結果に基づいて次年度に向けた計画と目標値が定められるなど、継続的な活動が行われている。部門・部署や各種委員会における改善活動を統括する目的で、多職種で構成される医療質向上委員会が設置され、その下の様々なワーキンググループ（WG）が実績をあげている。これらは、外部委員からなる病院機能改革アドバイザー会議で年に1回評価されている。業務の質改善に向けた取り組みは高く評価される。高難度新規医療技術評価委員会では、新しい術式について詳細な議論が行われており、実施後のモニタリン

グについても適切に実施されている。

多職種が参画する専門診療チームとして ICT や AST など多く設置され、診療科横断・職種横断的な医療チームもいくつも存在し、専門的な診療を安全かつ確実に実践している。診療科間では日常的にコンサルトやカンファレンスを行っており、提供する医療の確実性を保証している。チーム医療のモデルとなる活動が展開され非常に高く評価できる。

5. 医療安全

医療安全管理部門は医師を含む多職種の安全管理担当で専従・専任 10 名、兼任 10 名から構成され、各部門と密に連絡し院内で発生する多様な問題に対応している。毎年多くのインシデントレポートの提出があり、医師に対してもオカレンスの設定がなされ医師からも多数の報告がなされている。医療安全における体制は適切である。

急性期画像所見・検体検査パニック値など迅速な対応を要する結果についてはすべて医師に直接連絡する仕組みを徹底しており適切である。高濃度注射用カリウム製剤はプレフィルドタイプに統一し、ICU などユニット系の部署以外では定数配置せず使用の都度、薬剤部から払い出す運用とされている。全入院患者に対して、アセスメント・スコアシートを用いて転倒・転落リスク評価を入院時に行い、危険度に応じて計画を立案し、対策を講じている。人工呼吸器使用中の患者は、臨床工学技士が毎日巡回し、呼吸サポートチームの定期的なラウンドも行われている。また、院内で使用する医療機器については、使用者を対象にした研修会が実施され、使用法の習熟に努めている。10 項目の RRT 要請基準が設定され多くの発動実績がある。小児患者に対しては「小児 RRS コール基準」が運用され、小児 ICU 専従医が対応するなど、全患者に対して急変前の兆候を捉えて対応する仕組みが構築されており適切である。

6. 医療関連感染制御

感染制御部は病院体制図上病院長直下に位置し、部長兼教授以下各臨床分野を兼務する多くの ICD・医師と、専従の専門看護師・認定看護師・専門薬剤師・臨床検査技師および専任の事務職らが所属して院内感染対策全般を司っている。ICT は施設環境ラウンドなどに加えて AST 活動も毎日行っている。JANIS・JHAIS・J-SIPHE に参画して各領域でベンチマークデータを活用し研究活動も行う一方で、近隣小学校での教育や連携医療機関との協働・啓発など地域に貢献する継続的な感染管理活動を行っていることは評価できる。SSI の対象は一般・消化器外科の他に心臓血管外科と整形外科・呼吸器外科について実施し、臨床指標としても経年分析が開始されている。また、全病棟で全てのデバイスサーベイランスが実施されている。抗菌薬適正使用ガイドに関しては、各種ガイドライン等に準拠した内容で自院専用のものが作成され、周術期の予防的抗菌薬についても領域別に推奨する抗菌薬・投与量・投与期間を明確に定めて、クリニカル・パスの作成プロセス等に活かしている。

7. 地域への情報発信と連携

広報活動については、広報誌、情報誌、外来受診・院内サービス案内を定期的に発刊し、診療案内や大学概要等とも併せて地域住民や医療機関、患者等に配布している。ホームページでは病院の役割や機能の広報に加えて「健康情報ひろば」KOMPAS を開設し、患者・家族に対して医療と健康に関わる情報を広く提供しており評価できる。近隣の病院機能は明確に把握しており、自院では特定機能病院として高度の医療を担う役割を明確にして、医療連携推進部を設置して地域医療関連施設等との連携に積極的に取り組んでいる。多くの医療施設と医療連携協定規約を結んでいるほか、「慶応ホットライン」を設置し、連携施設からの紹介があった場合により円滑に対応できる仕組みを構築している。地域住民向けの公開講座は年間103回の開催実績もあるほか、近隣の医師会や連携契約医療機関等との「医療連携推進フォーラム」や「新宿区看護業務連絡会」、コメディカルに関わる研修など、専門的な医療知識や技術等に関する研修会が定期的開催されている。大学附属病院として地域の健康水準向上に貢献している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診察順序はモバイルメッセージアプリケーション等を用いて患者に知らせる仕組みがありなど、様々な対策を実施されており診療待ち時間は平均26分と1日の受診者が3,000人を超える外来としては短時間である。高齢者、障害者、外国人への配慮など、様々な取り組みによるスムーズな受診手続きを実現しており秀でている。検査時の鎮静剤においては、鎮静に関するポリシーに沿ったガイドライン、チェックリストを作成し運用している。医師の業務には「医師業務マニュアル」が作成され、関係する看護師や医療支援部（コ・メディカル）と、回診、カンファレンス、勉強会の開催などで情報交換・情報共有に努め、主導的な役割を担い、リーダーシップを発揮している。看護業務は、看護基準や看護手順に則り適切に行われている。病棟薬剤師は入院患者の薬歴管理を配置薬の使用に至るまで確実にやっている。特に抗がん剤の使用患者に対しては服薬指導と処方鑑査を徹底しており高く評価できる。輸血・血液製剤は、マニュアルを遵守して確実・安全に投与されている。周術期の対応は適切に行われ、重症患者の管理については、患者の病態や状態に応じた病床選択が適時になされている。入院時には全患者を対象に、「褥瘡に関する診療計画書」を用いてリスク評価を実施し、褥瘡対策チームが皮膚科・形成外科・リハビリテーション科医師、認定看護師、管理栄養士、薬剤師など多職種で構成され、対応困難事例等に適宜介入している。各部署には、緩和ケアリンクナースが配置され、緩和ケアの推進を担っている。呼吸器や循環器など非がん疾患患者に対しても、緩和ケア、終末期ケアに関するマニュアルに基づいた介入が適切に行われている。多職種の視点でリハビリテーションが実施される適切な体制であり、連休中にはリハビリテーション科医師が出勤して開始の遅れを防ぎ、療法士らも交代勤務を工夫して施行中のリハビリテーションを適切に継続している。入院予約時に、退院支援看護師などが患者基本情報の収集とともに「退院支援スクリーニング」を実施して、退院支援の必要性について事前評価している。また、その際に退

院支援の必要性が高いと判断した患者に対しては、退院調整看護師が介入し対応している。必要な患者への継続した診療・ケアは適切に実施されている。ターミナルステージの患者について、多職種でカンファレンスを行い、患者・家族の意向や患者の QOL を尊重した診療・ケアを行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤に関する情報収集および関連部署への周知は、医薬品情報室の担当薬剤師と病棟薬剤師の協働で適切に行われている。注射用抗がん剤の調製・混合も安全キャビネットを用いた適切な環境下で 100%実施されているなど、薬剤管理機能はおおむね適切に発揮されている。臨床検査機能では、検体採取から測定、電子カルテ上への結果報告まではバーコード認証のもと実施され、検体交差リスクを最小限に抑えたシステムで、確実な結果報告につなげている。画像診断機能では、放射線診断科の医師と放射線技術室の診療放射線技師が協働し、多数配備する CT・MRI はじめ諸機器を活用して予約・緊急を問わず特定機能病院の高度なニーズに的確に応える画像診断機能を提供している。栄養管理機能では、新設された調理室内はドライシステムで、清潔・不潔の区分が明確になっており、動線はワンウェイで衛生的である。リハビリテーション機能では、疾患別のリハビリテーションプログラムを整えて中止基準など個別性も備えたリハビリテーションを実施している。診療情報管理機能では、診療情報の取り扱い規程が適切に整備され、診療記録の量的点検は適切に行われている。医療機器管理機能では、院内すべての医療機器を研究費や講座費用で購入したものも含めて医用工学室で一元的に管理しており、医療機器安全管理責任者を通して安全管理部門とも連携ができています。洗浄・滅菌機能では、ワンウェイ方式で滅菌・保管・供給され、滅菌の質保証も適切に実施されている。

病理診断機能では、1 検体ごとの処理を徹底し、検体交差をできるだけ起こさないように病理検査プロセスでオートメーション化が導入されている。また、病理診断結果の迅速で確実な報告に努め、医療安全管理部との連携で未読防止の対策もとられている。放射線治療専門医と放射線治療専門放射線技師・医学物理士・放射線治療品質管理士およびがん放射線療法看護認定看護師らを中心とする豊富な専従専門職が、特定機能病院・がん診療連携拠点病院としての高度な機能に応じた放射線治療機能を提供している。輸血・血液管理機能では、常勤医師 2 名、輸血専任臨床検査技師 15 名（うち認定輸血技師 4 名、細胞治療認定管理士 9 名等）を有しており、その豊富な人材を活かして適正使用推進のためにオーダー時に輸血適応を含めた問合せを各科医師に行い、24 時間専任輸血技師による輸血のための検査・製剤管理を行っている。細胞療法・再生医療については全国でも最先端の治療が行われており、輸血部門として堅実にそれを支えていることも評価に値する。輸血・血液管理機能は極めて高く評価したい。手術・麻酔機能は、28 名の麻酔科医が専従で確保され、手術や IVR における麻酔管理を担い、365 日 24 時間で緊急手術にも対応している。手術室には、手術看護認定看護師が配置され、また、サテライトファーマシーが設置され、薬剤師は日中と夜勤薬剤師が対応している。医療機器の管理と運用には臨床工学技士が適切に関わり、放射線技師も画像診断機器の管理から使

用において支援的な役割を發揮している。集中治療センターは麻酔科管理のもと責任医師が常時配置され、セミクローズドシステムで運営されている。急性・重症患者看護専門看護師や集中ケア認定看護師が配置され、薬剤師やリハビリテーション療法士、臨床工学技士、管理栄養士などとともに、専門的な診療・ケアの実践に携わっている。救急医療機能では、救急センターにおいて 365 日 24 時間体制で救急患者を受け入れ、専門性の高い救急医療が日々実践されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算は毎年 10 月に作成される「大学病院事業計画」に基づき策定される。財務諸表の作成などの会計処理は学校法人会計基準に沿って実施しており、年 3 回の業務監査（内部監査）のほか、監査法人による外部監査も適切に実施している。外部有識者を交えた「病院業務監査ボード」が設置され、目標値と照らした経営状況の把握・分析とともに、管理・運営を監督して目標値と照らした経営状況の把握・分析とともに、管理・運営を監督している。会計処理や経営管理は適切である。物品購入の過程は明確にしておき、発注、検収における内部けん制機能が働く仕組みとなっており、物品管理は適切に行われている。

災害拠点病院の指定を受け、「緊急災害対策要領」を定め、BCP、災害対策マニュアルを策定しており、緊急時の責任体制を明確にしている。患者および職員用の水・食料は 3 日分備蓄されている。DMAT は 2 隊を有しており、DMAT の受け入れ手順も定めているなど、DMAT に関わる体制は整備されている。他府県への DMAT 派遣の実績もあるなど災害時の対応は適切である。医療事故等については、事故後対応について明確な手順が定められている。

11. 臨床研修、学生実習

卒後臨床研修センターを設置し、医科と歯科の初期臨床研修が行われている。医科では基幹型臨床研修病院として 4 種類のプログラムが整備されている。研修の進捗状況の評価には EPOC 2 を活用し、双方向性による評価とメディカルスタッフによる 360 度評価も行っている。歯科では単独型臨床研修病院として臨床研修を実施されている。看護師は、新人研修ガイドラインを活用して 1 年間の初期研修を行っている。薬剤師は 3 年間の初期研修プログラムにより実施している。臨床検査技師はプログラムに則って初期研修が行われ、診療放射線技師では、専門放射線技師などの資格取得を目標としたステップアッププランを実践している。診療情報管理士などの事務職についても、研修プログラムに基づいて計画的な初期研修が行われている。学生実習は、ほぼすべての部門で受け入れており、看護師、薬剤師については学内からの実習のみを受け入れガイドブックに沿って実施している。その他の職種は学外からの受け入れについては、各部署でガイドラインに沿ったカリキュラムを作成し計画的な実習が行われている。患者・家族との関わり方のルールも定められ、学生実習の受け入れは積極的かつ適切である。

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	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	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	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	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	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	A

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	S
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	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	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	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	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	B
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	S
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	B
2.2.18	安全確保のための身体抑制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	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	B
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	S
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	S
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	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	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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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： 慶應義塾大学病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 東京都新宿区信濃町35

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	934	934	-10	75.2	11.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	16	16	+0	75.7	19.9
結核病床					
感染症病床					
総数	950	950	-10		

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)	20	+10
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	26	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室		
無菌病室	26	+2
人工透析	16	+0
小児入院医療管理料病床	80	-4
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

特定機能病院, 災害拠点病院(地域), 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 (I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： 29 人 2年目： 50 人 歯科： 15 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

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)
内科	0	0	3.35	0.11	0.00	0.00	34.84	0.00	0.00	0.00
呼吸器内科	17	0.23	121.93	3.95	56.81	7.31	2.57	13.82	7.08	3.30
循環器内科	32	0.63	156.20	5.06	45.78	5.89	2.84	8.76	4.79	1.40
消化器内科(胃腸内科)	25	1.76	269.20	8.72	60.29	7.76	2.05	9.82	10.06	2.25
腎臓内科	39	1.71	209.61	6.79	19.55	2.51	0.96	11.72	5.15	0.48
神経内科	16	0.1	94.91	3.07	30.52	3.93	2.95	16.42	5.90	1.90
血液内科	12	0.1	54.16	1.75	41.38	5.32	1.85	40.93	4.48	3.42
皮膚科	26	2.58	158.43	5.13	14.62	1.88	3.37	14.51	5.54	0.5
リウマチ科	10	1	119.37	3.87	23.56	3.03	1.42	38.13	10.85	2.14
小児科	45	2.13	80.68	2.61	42.38	5.45	7.67	10.55	1.71	0.90
精神科	32	0.3	139.59	4.52	12.73	1.64	2.22	20.25	4.32	0.39
呼吸器外科	12	0	31.99	1.04	15.84	2.04	5.95	9.23	2.67	1.32
循環器外科(心臓・血管外科)	12	0	24.30	0.79	22.17	2.85	2.26	18.04	2.02	1.85
消化器外科(胃腸外科)	45	0.1	121.74	3.94	95.23	12.25	2.03	15.63	2.70	2.11
泌尿器科	20	0.17	142.42	4.61	36.63	4.71	2.40	7.68	7.06	1.82
脳神経外科	19	0.19	36.67	1.19	25.45	3.27	7.08	23.20	1.91	1.33
整形外科	49	0.17	197.51	6.40	84.86	10.92	6.24	15.32	4.02	1.73
形成外科	16	0.87	39.39	1.28	11.07	1.42	9.57	8.10	2.34	0.66
眼科	32	2.03	190.62	6.17	21.15	2.72	5.40	3.98	5.60	0.62
耳鼻咽喉科	19	0.35	131.09	4.25	24.24	3.12	5.90	12.52	6.77	1.25
小児外科	7	0.21	11.22	0.36	7.88	1.01	5.10	10.09	1.56	1.09
産婦人科	39	0.35	207.93	6.73	64.21	8.26	4.59	8.16	5.28	1.63
産科	8	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
婦人科	7	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
リハビリテーション科	10	0.49	22.88	0.74	2.92	0.38	2.08	25.11	2.18	0.28
麻酔科	35	0.93	58.77	1.90	0.24	0.03	0.95	3.12	1.64	0.01
病理診断科	6	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	8	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	21	0	21.51	0.70	9.35	1.20	67.31	16.94	1.02	0.45
歯科口腔外科	19	3.06	151.51	4.91	7.21	0.93	12.07	11.64	6.87	0.33
総合診療科	4	0.08	20.31	0.66	0.00	0.00	2.52	0.00	4.98	0.00
放射線治療科	11	0	59.68	1.93	0.00	0.00	0.45	0.00	5.43	0.00
放射線診断科	38	0.2	3.98	0.13	0.00	0.00	64.87	0.00	0.10	0.00
予防医療センター	24	0	1.16	0.04	0.00	0.00	1.91	0.00	0.05	0.00
血液浄化・透析センター	4	0	5.22	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	1.30	0.00
スポーツ医学総合センター	4	0	22.40	0.73	1.19	0.15	5.85	4.84	5.60	0.30
漢方医学センター	1	0.66	25.87	0.84	0.00	0.00	1.33	0.00	15.58	0.00
感染症外来	5	0.1	39.77	1.29	0.00	0.00	4.12	0.00	7.80	0.00
輸血・細胞療法センター	2	0	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00
内視鏡センター	5	0.18	1.50	0.05	0.00	0.00	54.68	0.00	0.29	0.00
免疫統括医療センター	0	0	4.46	0.14	0.00	0.00	0.25	0.00	0.00	0.00
腫瘍センター	9	0.1	74.46	2.41	0.00	0.00	4.46	0.00	8.18	0.00
メモリークリニック	0	0	13.16	0.43	0.00	0.00	3.20	0.00	0.00	0.00
緩和ケアセンター	2	0	3.89	0.13	0.00	0.00	0.38	0.00	1.94	0.00
臨床遺伝学センター	3	0.39	2.55	0.08	0.00	0.00	9.83	0.00	0.75	0.00
保健管理センター	0	0	12.32	0.40	0.00	0.00	34.60	0.00	0.00	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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	3,087.72	2,678.21	3,251.69	115.29	82.36
1日あたり外来初診患者数	141.11	102.23	170.33	138.03	60.02
新患率	4.57	3.82	5.24		
1日あたり入院患者数	777.25	669.23	848.33	116.14	78.89
1日あたり新入院患者数	65.72	52.72	71.81	124.66	73.42