

# 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6月21日～6月22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、1981年に南春日部中央病院として病床数162床、内科および外科、整形外科の3診療科をもって開設され、その後、1982年に救急医療機関の指定を受けるとともに、CTやMRI、心臓カテーテル検査装置等の先進医療機器の導入をはじめ、脳神経外科や泌尿器科など各種診療科の開設、病棟の増築・増床などの診療体制の充実・強化を図られている。1998年には春日部中央総合病院に名称を変更し、二次救急病院や臨床研修病院の指定を受けるとともに、幾度もの増築・増床や心臓血管外科などの診療科の開設、高度先進医療機器の導入などの医療提供体制の整備・充実を重ね、地域住民が安心して暮らせる地域医療の実現を目指して高度・急性期医療から一般診療、リハビリテーション、在宅介護・療養まで幅広く担う地域の中核的病院としての役割を果たしつつ現在に至っている。

今回の更新受審にあたり、「愛し愛される病院」との基本理念の実践に向けて、医療の質の向上や医療安全の確保、良質な療養環境づくりなどに努め、患者・家族に信頼される医療提供を実践しようと取り組む職員の姿を随所に拝見することができた。病院機能評価における受審準備や、訪問審査において気づかれたこと、以下に示す内容などを参考に、さらに良い病院創りに取り組まれることを期待したい。地域住民や患者の信頼と満足度を高められ、併せて職員個々の成長を促しながら貴院のさらなる発展の歴史が刻まれることを祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院組織の運営と管理者等のリーダーシップでは、病院の基本理念および3つの基本方針、7つの病院憲章が明示され、ホームページや入院案内、広報誌への掲載

などにより院内外に周知するとともに、基本理念の達成を目指す長期計画や運営計画の策定、具体的な目標の設定などが行われている。また、病院長をはじめ幹部職員は運営上の課題を認識し、各部署において課題改善等に取り組むなど、リーダーシップが適切に発揮されている。病院運営の意思決定会議のほか必要な会議・委員会が設けられ、情報伝達体制の整備、事業計画の達成度評価などが行われているが、組織・職務分掌規程と組織図の整合等の見直しを期待したい。情報管理については、電子カルテシステム等が導入され、管理・運用方針等に則りシステムの運用やデータの有効活用等が適切に行われている。文書管理では、文書取扱規程が作成されて院内文書の一元管理や稟議・承認、文書の発信・收受などが行われている。

人事・労務管理では、法令等による必要人員を満たし、毎年度の人員計画が策定されて病院機能に応じた人材確保が適切に行われている。労務管理については、必要とされる規則・規程が整備され、職員代表者との協定締結や届け出、年次有給休暇の計画的な取得などが行われている。職員の安全衛生管理では、衛生委員会の設置と開催、職員定期健康診断の実施、職業感染予防への対応などがおおむね適切に行われているが、産業医による職場巡視の実施や医師の健康診断受診率の一層の向上が期待される。職場環境の整備については、職員面談や提案箱などにより職員の意見・要望等が把握され、職員休憩スペースの整備や福利厚生の実施などに反映されている。職員の教育・研修は、教育研修委員会により年間研修計画が策定され、医療安全や感染制御、個人情報保護等に関する研修が行われている。職員の能力評価・能力開発では人事評価制度が導入され、各職員への評価者によるヒアリング、能力に応じた人材育成、専門資格の取得支援などが適切に行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の意思を尊重した医療の領域では、良質な医療を公平に受ける権利等の患者の権利と責務が明文化され、院内掲示や入院案内、ホームページへの掲載などにより周知されており、診療記録の開示も適切に行われている。説明と同意に関する方針等が明示され、説明のうえ同意を得る診療行為や留意点、医療者の同席基準などが定められ、セカンドオピニオンへの対応も適切に行われている。患者との診療情報の共有や参加促進では、各種疾患や社会福祉制度などに関する種々のパンフレットなどが配置され、SNSを活用した情報提供の工夫なども行われている。患者支援体制の整備と対話の促進では、厚い対応体制が整えられ、社会福祉制度や経済的・精神的な課題、退院先調整など多様な相談への対応などに努めている。特に、時間外・休日の相談を希望する家族の支援に、勤務シフトで対応するなどの積極的な取り組みは高く評価できる。個人情報・プライバシーの保護については、個人情報保護に関する規程等が整備され、電子カルテシステム等の管理・運用、患者の呼び出しや相談への個室対応、病棟等におけるプライバシーへの配慮などが適切になされている。臨床における倫理的課題への取り組みでは、脳死判定等の主要な倫理的課題への対応方針が定められ、病棟等の臨床現場では解決困難な事案を倫理委員会で審議する仕組みも整えられており、病棟では「ちょっときてカンファレンス」による倫理的な課題についての話し合いが行われている。

療養環境の整備と利便性の領域では、患者用駐車場等が整備され、院内では売店や自動販売機、テレビ、洗濯・乾燥機などの生活延長上の設備やサービスへの配慮がみられるが、多床室における患者用冷蔵庫の整備等への一層の配慮が望まれる。建物・設備には増築等の状況がみられるが院内外がバリアフリー化され、必要な箇所への手摺りの設置や車椅子の準備など、高齢者等に配慮した施設・設備が適切に整えられている。療養環境については、診療・ケアに必要なスペースが確保され、フロアごとのデイルームなどの患者がくつろげる環境の提供、清潔・安全等への配慮など、適切な環境整備に取り組まれている。受動喫煙の防止では、病院敷地内禁煙としてホームページや入院案内等により周知されているものの、職員の禁煙への取り組みは定期健康診断の際の喫煙習慣の把握等にとどまっているので、禁煙推進に向けた啓発・教育、禁煙への支援などへの一層の取り組みを望みたい。

#### 4. 医療の質

継続的な質改善のための取り組みでは、患者・家族の意見等が意見箱や患者満足度調査等により収集され、関係部門や患者サポート会議、CS 委員会等の検討を経て、対策内容等が待合ホールへの掲示により患者・家族等にフィードバックされている。診療の質向上に向けた活動では、各診療科の症例検討会やカンファレンスなどのほか、地域医療機関との勉強会が開催されているが、クリニカル・パスのバリエーション分析と改善活動、臨床病理検討会の充実などへの取り組みが期待される。業務の質改善では、CS 委員会などによる取り組みが行われているが、外部からの意見等に基づく取り組みが中心になっているので、QC 活動など主体的・自発的な質改善活動への取り組みが望まれる。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法等の導入では、学会への参加により知識等を得るとされているが、さらに、倫理委員会において倫理的妥当性や安全面などに関する検討を行う仕組みの明確化などが望まれる。

診療・ケアにおける質と安全の確保に関しては、病棟・外来における管理・責任体制が明確にされて責任者名や担当者名が明示され、主治医や看護師長のラウンドによる診療・ケアの状況把握や管理などが適切に行われている。診療記録の記載については、診療録記載マニュアル等に基づいて適時に必要事項が記載されているが、診療記録の質的点検の実施方法や内容、対象件数、多職種の間とを検討のうへ充実を図られたい。多職種協働による診療・ケアでは、栄養サポートや感染制御、褥瘡対策などの多職種による専門チームの活動やカンファレンスなど組織横断的な活動が展開されており適切である。

#### 5. 医療安全

患者の安全確保に向けた取り組みでは、安全管理部が設置されて責任者である外科部長や専従の医療安全管理者などが配置されている。また、安全管理委員会が毎月開催されて医療安全対策の検討、マニュアルの策定・改訂などが行われている。安全確保に向けた情報収集体制が整備され、インシデント・アクシデント報告書は安全管理委員会に報告されて再発防止が図られている。

誤認防止対策に関しては、患者本人の名乗りやリストバンドの着用とバーコード認証、手術部位のマーキング、タイムアウトなどの誤認防止策が適切に実践されている。情報伝達エラー防止対策は、電子カルテ上で指示出しから実施確認まで管理され、止むを得ない場合の口頭指示についても手順に則って実施されている。薬剤の安全な使用に関しては、麻薬等の保管・管理や危険薬の注意喚起、抗がん剤のレジメン管理などが適切に行われている。転倒・転落防止対策については、全入院患者に転倒・転落リスクの評価が行われて評価に応じた転倒予防対策が講じられ、転倒等発生時の対応手順も定められている。医療機器の安全な使用では、臨床工学技士やメーカーによる保守点検等が行われるとともに、ラウンドによる安全点検、医療機器の使用説明などの教育が適切に行われている。患者急変時の対応では、院内救急コードが設定されて救急カートの整備や定期的な点検、全職員対象の救急蘇生講習会が行われている。万一、医療事故が発生した場合の対応については、病院長や医療安全管理部等への報告、原因究明や再発防止対策の検討などの体制が適切に整えられている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた取り組みでは、専従の院内感染管理者等が配置されるとともに、病院長をはじめ各部門責任者により構成された院内感染対策委員会が毎月開催され、感染制御チームによる病棟ラウンドが行われているなど適切である。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討では、院内の感染症発生状況が把握され、院内感染対策委員会に報告されて情報共有されており、診療機能に応じた医療関連感染サーベイランスも行われているなど適切である。

標準予防策や経路別予防策のマニュアルが整備され、手指衛生対策や個人防護用具の着用、感染性廃棄物の分別廃棄、汚染リネンの分別管理などが行われている。抗菌薬の適正使用に関しては、マニュアルが整備されて推奨抗菌薬が定められ、院内の分離菌感受性パターンの把握・分析、アウトブレイクへの対応などが適切に行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携の領域では、広報委員会における協議を経て病院案内や入院案内、広報誌等が発行され、ホームページでは基本理念や患者の権利をはじめ、外来受診や入院の手続き、各部門の紹介、診療実績などの医療サービスの内容が適切に発信されている。地域の医療機関等との連携については、地域医療連携室により地域の医療機関・施設の機能やニーズの把握、連携協定締結病院の訪問等による顔の見える医療連携への取り組み、紹介患者の受け入れ、紹介元医療機関への受診報告などが行われている。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動に関しては、地域住民の健康増進への寄与などを目的とする公開講座の開催のほか、地域の医療関連施設の職員等に向けた研修会の開催など、診療機能や専門性を活かした教育・啓発活動への取り組みが行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者用出入り口に職員を常時配置して紹介患者や発熱患者等の案内が行われ、外来受診に必要な情報がホームページ等で案内されている。また、外国人患者への多言語対応などの配慮がなされている。外来診療では、問診票等により患者情報が収集されて診療に反映され、検査や治療は説明と同意のもとに進められている。診断的検査は医学的根拠や患者個々のリスクを評価のうえ必要性が判断され、内容やリスクを説明し同意を得た後に安全に配慮しつつ行われている。入院の決定は、臨床症状や検査結果等に基づき、患者の同意を得て決定されている。入院時に入院診療計画書が立案されて患者に公布されるとともに、転倒・転落、褥瘡等のアセスメントがなされ情報共有されている。患者・家族からの相談には患者相談窓口で初期対応し、相談内容に応じて専門職種に紹介され、社会福祉制度や経済的な問題など多様な相談への対応がなされている。また、平日に来院できない家族にも対応できるように工夫されているなど高く評価できる。

医師の病棟業務では、毎日の回診により患者の病態把握や多職種カンファレンスが行われ、治療方針のアドバイスや退院後の方針の決定などにおけるリーダーシップの発揮、必要な書類の速やかな作成などが適切に行われている。看護師の病棟業務では、看護基準等が整備され、身体的・心理的・社会的ニーズや問題点の把握と看護計画の立案と実践、職員の教育・育成、病棟管理業務などが適切に行われている。投薬・注射の実施に関しては、病棟薬剤師による持参薬の鑑別や服薬指導、必要な薬剤に関する投与時の状態観察等が適切に行われている。また、輸血・血液製剤投与の安全・確実な実施をはじめ、手術に関する説明と同意の取得、術前・術後の診察・訪問、術後退室などの周術期の対応、重症患者の管理、褥瘡の予防と治療に関する多職種による取り組みが適切に行われている。栄養管理と食事指導、リハビリテーションの確実・安全な実施、安全確保のための身体抑制も適切に行われている。

入院から早期に退院支援の介入の必要性が把握され、社会福祉士等が関わり、適切な退院支援が行われている。また、ターミナルステージの判断は指針が整備され、患者・家族の意向等に配慮した支援が適切に行われている。なお、症状などの緩和に関しては、疼痛以外の苦痛における症状緩和の基準や手順の作成が望まれる。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、持参薬の鑑別・管理をはじめ院内医薬品集の整備がされている。抗がん剤等の調製・混合、注射薬の患者別1施用ごとの取り揃えと供給が行われ、処方鑑査と調剤鑑査などの業務が適切に行われている。臨床検査機能では、迅速に検査できる体制と設備が整えられ、検体の誤認防止対策や異常値等の依頼医への直接報告、機器の点検整備や精度管理などが適切に行われている。画像診断機能では、常時対応可能な体制が整えられ、画像診断専門医による迅速な読影報告やダブルチェック、報告書の未読確認などが行われている。栄養管理機能では、適時・適温配膳や調理室内の清潔管理、食事の評価・改善などが適切に行われてい

る。リハビリテーション機能では、急性期リハビリテーションの提供による QOL 向上に努めるとともに、医師の回診への同行やカンファレンスに参加するなどして機能が適切に発揮されている。診療情報管理機能では、診療情報の一元的管理や全退院患者の診療記録の量的点検、病名・手術名のコーディング、退院時サマリーの作成の進捗管理などが適切に行われている。医療機器管理機能については、臨床工学技士による一元管理が行われ、病棟配置機器の点検管理、機器トラブル時のオンコール対応などが適切に行われている。洗浄・滅菌業務は中央管理され、清潔動線の管理や滅菌の質保証などが適切に行われている。

病理診断や輸血・血液管理、手術・麻酔、集中治療、救急医療の各機能については何れも適切に機能発揮されている。

## 10. 組織・施設の管理

経営管理の領域では、病院運営方針を踏まえた事業計画や収支見込み等の目標、設備投資などを踏まえて予算編成が行われ、予算・実績比較や目標達成状況分析等による予算執行管理や経営状況の管理・分析等が行われている。また、決算時には所定の財務諸表が作成され、外部監査法人による決算監査が行われている。医事業務では、窓口受付や料金収納、入院保証金の取り扱い、未収金の管理などがマニュアルに基づいて行われ、レセプトの作成や点検、返戻・査定の分析・検討などの診療報酬請求事務等が適切に処理されている。業務委託に関しては、委託の是非や業者選定などが専門性や経済性などを踏まえた検討のうえで発議され、法人本部への稟議・承認により決定されるなど適切に行われている。

施設・設備の管理は、日常の管理・運用とともに、専門業者による定期・法定保守点検などがおおむね適切に行われている。年数を経た建物の耐震診断の実施確認と必要な対応、麻酔科医師の医療ガス安全管理委員会委員への選任が望まれる。物品管理では、院内物流管理システムが導入されて院内への供給や在庫管理、使用期限管理などが行われている。病院の危機管理においては、防災マニュアル等に災害発生時の対応組織や責任体制、緊急連絡網、停電時の対応などが定められ、食料・飲料水の備蓄などが行われているが、リスクに対応する病院の機能存続計画の一層の充実を望みたい。保安業務は、病院職員や警備員により院内外の巡視や施錠管理、面会者の受付と面会証の着用依頼、緊急時の対応などが適切に行われている。

## 11. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型臨床研修病院として、所定の医師卒後臨床研修プログラムに則った研修医の指導・教育、評価等が行われ、指導医や医療技術者による評価が行われている。また、グループ病院のキャリアラダー規程に基づき、看護師をはじめ各職種の専門領域に応じた一定期間の教育プログラムが設定され、各職種に応じた初期研修が行われている。看護師や療法士などの各種医療技術職を目指す学生の臨床実習が受け入れられ、カリキュラムに基づく実習や評価が行われている。実習にあたり、個人情報保護や医療安全、医療関連感染制御、院内規程の遵守などに関するオリエンテーションが実施されるなど適切な学生実習が行われている。

# 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	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	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	B

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	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	B
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	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	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	B
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	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	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	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	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	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	B
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	B
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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2021 年 2 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人財団明理会 春日部中央総合病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：埼玉県春日部市緑町5-9-4

## 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	404	404	+40	82.2	21.4
療養病床	0	0	-40	0	
医療保険適用	0	0	-40	0	
介護保険適用	0	0	+0	0	
精神病床	0	0	+0	0	
結核病床	0	0	+0	0	
感染症病床	0	0	+0	0	
総数	404	404	+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	4	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	0	
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	0	
人工透析	30	+0
小児入院医療管理料病床	0	
回復期リハビリテーション病床	0	
地域包括ケア病床	0	-48
特殊疾患入院医療管理料病床	132	+40
特殊疾患病床	0	
緩和ケア病床	10	+10
精神科隔離室	0	
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	0	
認知症治療病床	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： 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

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
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	645.96	659.76	669.43	97.91	98.56
1日あたり外来初診患者数	71.16	70.53	68.40	100.89	103.11
新患率	11.02	10.69	10.22		
1日あたり入院患者数	352.25	358.49	342.24	98.26	104.75
1日あたり新入院患者数	16.87	17.30	17.43	97.51	99.25