

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 11 月 29 日～11 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 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、北九州保健医療圏の中核病院として、多くの地域住民から厚い信頼を受けており、基幹型臨床研修病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、地域災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院等に指定されている。

今回の病院機能評価の訪問審査では、病院管理者や幹部、職員が協働して、組織的・継続的に準備に取り組み、成果を十分に発揮していることがうかがえた。審査結果を踏まえて、継続的な医療の質の改善に取り組み、貴院がますます発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、ホームページや入院のご案内への掲載、院内掲示、院内 LAN トップページへの表示などを通じて院内外へ周知している。院長は、幹部や職員に病院管理者としての意思や経営状況、将来のビジョン等に関する最新情報を伝えている。病院幹部は各自が担当する分野に関する課題と問題点を把握し、解決に向けて具体的に取り組んでいるなど、リーダーシップを発揮している。病院の意思決定は経営会議であり、決定事項を伝達・共有するために、毎月病院運営会議を開催している。情報管理は、病院情報システム運用管理規程に基づいて、電子カルテシステムと診療情報、部門別管理システム、院内 LAN 等を一元的に管理している。各種公文書は、共愛会文書管理規程に基づいて管理する仕組みである。診療（記録）情報や説明・同意書等は、診療情報管理マニュアルに基づいて管理の仕組みを定めている。

医療法や診療報酬施設基準等で定める医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の必要な人員を確保し、配置している。就業規則などの人事労務管理に必要な各種規則、給与規程などを整備している。また、病院として就労管理に努力している。職員の安全衛生管理では、安全衛生委員会を月1回開催している。2021年度の健康診断受診率は100%であり、非常勤医師の健康診断結果は医局で把握している。職員の要望・意見等を把握し、職場環境の改善に反映するなどの仕組みを整えており、職員にとって魅力ある職場となるよう努めている。

職員への教育・研修は、教育委員会や担当委員会が中心になり、全職員対象の各種研修会を計画的かつ継続的に実施している。職員の能力評価・能力開発では、人事考課制度を実施しており、上司面談を通じて目標達成度等を聴取し、能力把握・開発と育成を図るとともに評価する仕組みを整備している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、ホームページ、院内掲示、入院案内等に明記している。説明と同意は、「インフォームド・コンセントに関する方針・手順」を定めており、説明と同意を得る範囲は「侵襲的検査の同意書・説明リスト」に規定している。同席の基準および役割を規定し、同席できない場合は看護師が患者の理解や反応を確認し記録する手順である。患者との診療情報の共有と医療への患者参加では、各外来受付付近にパンフレットや患者用図書を設置している。また、SNSを活用したり広報誌に医療情報を掲載したりしている。患者支援体制として、相談支援室を設置している。相談内容によっては、他部門に振り分けたり、院外の機関と連携したりする機能を有している。個人情報保護方針や利用目的をホームページや入院のご案内等に掲載し、院内外に周知している。診察室や面談室、相談室は個室であり、病室の患者氏名掲示ルールを定め、プライバシー保護にも配慮している。主要な倫理的課題について方針を定めて明示している。現場で解決できない事例は、倫理審査委員会に諮問する仕組みを整備している。臨床現場における倫理的課題は、看護部を中心とした多職種によるカンファレンスで検討している。

病院と法人内クリニックを巡回する無料シャトルバスを運行し、入院患者用にフリーWi-Fiを整備するなど、患者・面会者の利便性・快適性に配慮している。病院は2008年に新築移転され、建築・施設・設備・機器類ともに、高齢者や障害者に十分な配慮と工夫が行き届いている。診療・ケアに必要なスペースを十分に確保し、整理整頓も行き届いている。各病棟のデイルームでは、患者がくつろげる環境を確保している。敷地内禁煙をホームページや入院案内、院内掲示等で周知し、職員の喫煙率は定期健康診断で把握している。病院として、積極的な啓発活動や禁煙希望者へのさらなる支援を行うことが期待される。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、意見箱や患者満足度調査、退院時アンケート、待ち時間アンケートなどで収集し、業務改善委員会で検討した後、各部門における対応を病院幹部に報告している。診療の質の向上に向けた活動として、様々なカンファレンス

を開催している。クリニカルパス委員会でバリエーションを分析し、アウトカム評価を見直している。臨床指標は、企画情報課が QI や病院指標を収集・分析し、ホームページに公開している。業務改善委員会を定期的に開催し、患者サービス向上のための業務改善に向けた取り組みを行い、部門横断的に情報を共有している。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入時は、外部委員を含む倫理審査委員会で審議、承認する仕組みである。

診療・ケアの管理・責任体制として、病棟では診療責任者、担当師長・主任以外に、薬剤師、社会福祉士、療法士、管理栄養士、退院調整看護師の氏名をスタッフステーション入口に掲示している。診療記録はおおむね適切に記載されている。診療録の質的点検のさらなる充実が期待される。多職種カンファレンスや退院支援カンファレンス等を積極的に開催し、診療・ケアにつなげている。また、数多くの多職種で構成される専門チームを組織し、診療・ケアへの介入を積極的に行っている。さらに、毎朝の多職種によるラウンドにより、情報や方針の早期共有が可能となり、適時に治療・ケアに反映されているなど、これらの取り組みは高く評価できる。

5. 医療安全

医療安全管理室を設置している。統括副院長が医療安全管理責任者、専従の医療安全管理者（看護師長）は医療安全管理室長で必要な権限を与えられており、組織横断的に活動している。医療安全管理委員会では定例会議のほか、9つのワーキンググループを組織し、安全活動に取り組んでいる。インシデント・アクシデントは、医療安全管理室に報告する仕組みである。RCA の実施基準に従ってワーキンググループやセーフティマネージャーが分析している。改善策の実施後は、定期的に医療安全管理者とセーフティマネージャーがラウンドして対策の実施を評価している。

患者確認は、患者本人によるフルネームと生年月日の名乗り、およびリストバンド、バーコード認証で確認している。マーキングは、主治医が病棟看護師とともに手術室搬送前にマジックで印をつけることを基本のルールとしている。検体の取り扱いについても誤認防止マニュアルに定められた方法で行われている。電子カルテオーダリングシステムにより、医師の処方箋・指示箋の記載や指示出し、看護師の指示受けが適切に行われている。薬剤の安全な使用では、重複投与、相互作用、アレルギー情報等は電子カルテ画面上で警告を表示する仕組みである。入院時の持参薬は病棟薬剤師が服薬状況を確認し、薬剤部で鑑別を実施して必要に応じて調整している。入院時、全患者に転倒・転落とせん妄のリスク評価を行い、リスクに応じた看護計画を作成・実施している。医療機器の安全な使用では、看護師が医療機器使用マニュアルに沿って、確認表を用いてダブルチェックで設定条件の確認と伝達を行い、臨床工学技士が毎日巡回し確認している。患者等の急変時の対応では、院内緊急時の「ハリーコール」を周知している。RRS が構築され、週 1 回ラウンドを実施している。全職員対象の BLS・AED 訓練や、ICLS 研修は医療安全管理室で受講状況を管理している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として感染制御室を設置し、兼任の医師（感染管理者・ICD）、専従の看護師（PNIPC・感染制御実践看護師）、事務職員等を配置している。院内感染対策委員会を月1回開催している。ICT コアメンバーは感染対策委員長・感染管理者である医師（ICD）、専従の看護師と専任の看護師（ICN・感染管理認定看護師）、薬剤師、臨床検査技師、事務職員であり、毎週ミーティングとラウンドを行っており、ラウンドで指摘した事項を部署にフィードバックしている。サーベイランスは、SSI を消化器3術式と整形外科脊椎手術を対象に、CLABSI は全症例を対象に実施している。各種耐性菌の発生状況や JANIS サーベイランス状況を把握し、毎週のミーティングで情報共有と分析・検討を行っている。

感染経路別予防策はマニュアルに沿って実施されている。速乾式手指消毒剤の使用状況モニタリングも行っている。抗菌薬の適正な使用では、抗菌薬使用ガイドラインを作成している。周術期の抗菌薬使用は使用ガイドラインに準じており、クリニカルパスにも反映している。アンチバイオグラムを6か月ごとに更新している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、法人本部の広報委員会と本部広報課が協働して地域に向けた情報発信活動を推進している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携では、患者サポートセンターに地域医療連携室・入退院支援室を設置し、地域の医療機能、医療ニーズの把握に努めている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、患者サポートセンターが中心となり、各部門が協働して地域住民に向けた教育・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

来院した患者が円滑に診察を受けることができるようにホームページに受診に必要な情報を掲載し、院内掲示や文書の配布を通じて患者に周知している。外来診療は、緊急を要すると判断した外来患者を優先して診察するなどの対応をしている。侵襲を伴う診断的検査を実施する場合は必要性やリスクなどを説明し、患者の同意を得ている。同意書が必要な侵襲的検査については明確に取り決めている。外来担当医は、医学的判断に基づき入院の判断をしている。その際、必要に応じて患者の希望でセカンドオピニオンができることも説明している。入院支援センターでは、パンフレットを用いて入院の流れ、入院生活における留意点等について説明している。

医師を中心に多職種で回診を行い、診療録に記載している。看護師は入院時の各種患者アセスメントを実施し、身体的・心理的・社会的ニーズに基づいて看護計画を立案、実施し、評価を行っている。病棟薬剤師は、持参薬の情報収集、アレルギーや禁忌薬の確認、服薬指導に関わっている。輸血・血液製剤の投与は、看護師がダブルチェックした後、3点認証を実施して輸血を開始している。開始から15分は患者のそばで観察し、看護記録に記載している。手術の適応は術前カンファレンス等を通じて検討し、必要に応じて他の診療科と協議を行い決定している。リスク

の高い患者に対して、事前に麻酔科と相談する体制を整備している。HCU では入退室基準を定めて、重症患者や術後患者、入院中に急変した患者などを管理している。入院時、全患者に褥瘡リスクアセスメントを実施し、褥瘡リスク状態の看護計画を立案して予防に努めている。褥瘡対策チームが週1回の褥瘡回診とカンファレンスを行い、外用・被覆材の選択などを指導している。入院患者の栄養アセスメントを行い、必要に応じて栄養管理計画書を作成し早期に介入している。症状などの緩和では、定期的なカンファレンスにおいて事例を検討し、症状・疼痛のアセスメント、対応を共有して症状緩和に努めている。患者の病態にあわせて目標設定と実施計画を立案し、早期からリハビリテーションを実施している。患者・家族への退院支援として、多職種で退院調整カンファレンスを実施し、患者ごとに退院支援を行っている。地域のケアマネージャーや社会福祉士を交えた退院前カンファレンスを開催し、療養の継続に必要な情報の伝達とサービスを調整している。ターミナルステージへの対応では、患者・家族の思いを確認しながら今後の治療方針や療養の場の設定を多職種で検討している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、病棟薬剤師と薬剤部が協働して持参薬を確認している。処方鑑査後に疑義が生じた場合は医師に疑義照会している。注射薬は1施用ごとに取り揃え、患者1日分を1トレイで払い出している。臨床検査機能では、パニック値を定めて主治医に直接報告し、報告内容を記録に残している。内部精度管理は毎朝、外部精度管理は毎年参加している。画像診断機能では、CT、MRI など各種画像検査に24時間対応している。読影率はほぼ100%であり、電子カルテに未読防止システムを導入している。栄養管理機能では、厨房内は清潔・不潔を明確に区分し、温・湿度管理および記録を行い、床はドライである。嗜好調査や喫食調査を行い、食事への要望を栄養管理委員会で検討し、安全で美味しい食事の提供を目指している。リハビリテーション機能では、365日実施体制で必要なリハビリテーションを提供している。病棟担当者が配置され、早期リハビリテーションにつなげている。診療情報管理機能では、診療情報を一元的に管理している。また、診療情報管理士が全診療録の量的点検を実施している。医療機器管理機能では、院内の医療機器を機器管理室で一元管理している。また、機器管理室担当MEは、病棟などを毎日ラウンドし、医療機器の使用状況の把握・点検、安全使用をサポートしている。

洗浄・滅菌機能では、使用済み器材の一次洗浄・消毒を中央化している。滅菌の質保証が確実に行われている。病理診断機能では、細胞診2～4日、手術標本3～4日で報告している。術中迅速凍結切片病理検査および迅速細胞診検査を行い、結果は病理医が手術室へ行き報告している。放射線治療機能では、リニアック、サイバーナイフ、トモセラピーを備え、サイバーナイフでの動態追尾照射や前立腺癌に対する小線源治療なども実施している。祝日でも治療を実施し、緊急照射も実施可能な体制であるなど、高く評価できる。輸血・血液管理機能では、血液製剤の発注、保管、供給、返却、廃棄などは輸血管理システムによって管理している。手術・麻酔機能では、麻酔科医と手術室看護師長がスケジュール管理等を行っている。清

潔・不潔のゾーニングや余剰ガスの排出装置管理も適切に行われている。集中治療機能では、HCU を日勤帯は責任医師 2 名と各診療科主治医、夜間は兼任医師が運営している。救急医療機能では、救急センターを整備し、日中は救急総合診療部が中心となり、夜間・休日は内科系、外科系の医師各 1 名の当直体制で、全診療科の協力を得て運営している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、病院の収支予算案等を経営会議で取りまとめ、法人本部に提出して理事長の決裁を受けて執行している。病院会計準則に準拠した会計処理を行い、適正な財務諸表を作成し、監査法人による会計監査を受けている。医事業務は、窓口収納業務を含む一連の業務を手順に沿って迅速、確実に行っている。診療報酬請求レセプトは事務職員が作成して点検後、医師が点検する仕組みがある。未収金担当者を選定し、マニュアルに沿って電話や訪問での督促を行っている。業務委託は、実務担当部署で検討した後、経営会議で検討して決定する仕組みである。日常の委託業者の監督は管轄する部署が担当し、関連委員会や委託業者全体会議等で業務の実施状況を把握して課題や改善事項を検討している。

施設・設備の管理では、重要な施設・設備について年次保守点検計画を立て、日常点検、年次点検を計画的に実施している。感染性廃棄物は、発生場所での保管、保管庫への搬送、感染性廃棄物保管庫の状況・施錠管理、搬出、廃棄先の確認等が適正に行われている。物品管理は、法人本部の資材施設課が診療材料や日常備品を管理し、外部倉庫で SPD が対応している。部署在庫は定数制で、棚卸時に適正定数を検討している。

地域災害拠点病院であり、建物は耐震構造である。病院の BCP に基づいて策定した消防計画、防火防災マニュアル、大規模災害対応マニュアル等があり、年 2 回開催される防火対策委員会で防火・防災対策を適宜検討している。保安業務は、昼間 2 名、夜間・休日 2 名の保安要員を配置し、定期的な院内巡回を行い、救急受付、宿日直業務および警備業務を行うなど安全確保に努め、業務状況を保安日誌で報告している。医療事故等への対応は、3b 以上のアクシデント事例が発生した場合は、医療安全管理委員会に報告し、さらなる審議が必要と判断された場合には、事故調査委員会が招集される仕組みである。医事紛争などへの対応も含めて、事故発生時の実質責任者は事務長および法人管理部長が務めている。

11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、基幹型の臨床研修病院として、1 年目、2 年目の初期研修医が在籍している。看護部では、新人看護師を対象にクリニカルラダーによる新人看護職員教育研修計画を運用している。薬剤部、臨床検査科、放射線診断部、放射線治療部、リハビリテーション科、栄養科、臨床工学科等においても研修計画に基づいて初期研修を計画的に実施している。

学生実習等は、法人本部総務課が窓口となり、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、PT、OT、ST、臨床工学技士、管理栄養士、診療情報管理士などの

学生を受け入れている。依頼元の教育機関と実習契約を締結し、実習中の事故や職業感染発生時の対応が決められているほか、個人情報保護については誓約書で確認している。

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	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	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	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	S
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	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	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	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	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	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	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	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： 社会医療法人共愛会 戸畑共立病院

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： 福岡県北九州市戸畑区沢見2-5-1

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	218	197	-21	85.6	13
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	218	197	-21		

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	5	+0
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)	16	+0
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		
人工透析	19	+0
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		
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 (地域), へき地拠点病院, がん診療連携拠点病院 (地域), 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： 2 人 2年目： 2 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
		2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数		357.42	340.73	362.02	104.90	94.12
1日あたり外来初診患者数		35.72	35.45	13.68	100.76	259.14
新患率		9.99	10.40	3.78		
1日あたり入院患者数		185.05	186.55	202.67	99.20	92.05
1日あたり新入院患者数		14.67	14.39	16.51	101.95	87.16