

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および4月20日～4月21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	緩和ケア病院	認定
------	--------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 緩和ケア病院  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、現在では全床が緩和ケア医療に特化した機関となっている。「外来・入院・在宅医療」を一体として提供し最後まで穏やかにすごせる」ことを役割として堅持され、患者・家族はもとより広く地域の信頼を得られていることは高く評価できる。

今回の医療機能評価は更新受審であるが、早期から改善に取り組まれ多くの項目が一定の水準に達していることが確認された。また、患者中心の医療がどのように行われているかについても評価した。今後も自院の役割・機能を発揮するための継続的な取り組みが期待される。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

早期から自院の目標を明確にし、理念と基本方針には、患者中心の医療を目指す地域の緩和ケア病院としての精神が堅持されている。掲げた理念・基本方針を実現するために職員全員が組織構築を目指し実践されている。経営会議・病院運営会議などを中心とした組織運営が行われ、BSCの導入によって方針や必要な情報が職員・組織全体に浸透している。電子カルテシステムが導入されているが、医療情報管理に関する規程等を作成し、患者情報の適正な管理に努めデータの真正性・保存性・見読性を確保している。文書管理は規程に沿って管理している。公文書や会議・委員会議事録、人事関係文書、経理関係文書等は適正に管理されている。

施設基準などの法定人員は充足されている。就業規則や諸規程が整備され、職員への周知は入職時の説明会や諸規則の閲覧などにより周知徹底が図られている。衛生委員会は定期的開催され、会議録も整備されている。職員の定期健康診断も法

に基づき定期的に実施されている。職員の意見を収集するための取り組みは、職員提案制度があり連絡会議で各部門の意見が収集できる仕組みである。

全職員を対象とした教育・研修への取り組みは、医療安全、感染管理を中心に年間教育・研修計画が立てられ、患者の権利、医療倫理、個人情報管理、接遇など必要な課題についても教育研修委員会が機能し実施されている。職員個別の能力の把握と開発については早期から目標管理の面接で能力評価を実施しており、その成果も見られている。能力開発についても積極的に奨励されている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、平易な言葉を用いて明文化し、院内掲示や入院案内、ホームページなどで患者・家族に周知している。説明と同意に関する指針、手順を明文化し、手順に沿って静かな環境で分かりやすい言葉を用い、ゆっくりしたペースで、患者の理解や質問への余裕が持てるよう工夫している。説明後の患者や家族の反応や理解についても、確認し確実に記録している。医師や看護師が、患者の身体情報を診察や問診票から収集し、多職種で共有している。患者の個別性に応じてパンフレットを作成し、日常生活の過ごし方を指導している。患者支援体制としての相談機能は、社会福祉士、看護師が配置されている。その活動は院内に留まらず、緩和ケア入院希望者の前入院機関に赴き、患者や家族の心に沿った相談機能が発揮されている。患者個人情報保護規程は電子カルテ導入時に情報管理規程とともに見直され、セキュリティ対策も周知され、適切に実践されている。臨床における倫理に関する方針を定め、各部署で抱える解決困難な臨床倫理課題は、月1回開催の倫理委員会にて討議されている。緩和ケア・がん性疼痛認定看護師が、患者・家族、医療スタッフからの相談に対応している中で、臨床倫理課題を認知し、倫理カンファレンスの開催や倫理委員会に答申を求めるよう促している。各部署で開催した倫理カンファレンスの内容を、倫理委員会で報告し2022年度346件の検討実績がある。こうした活動は、緩和ケアにおける患者・家族を尊重した最善の方法を導き出す優れた活動として高く評価できる。

年数を経た施設・設備の構造的な課題がある中で、患者本位の入院生活への配慮がされており、患者・病院利用者の利便性・快適性については適切である。また、高齢者・障害者に配慮した工夫が行われている。病院全体の静寂は保たれ、整理・整頓、清掃は行き届き、安全、感染防止の観点についても配慮されている。病棟は、落ち着いた雰囲気の日ルームや家族室を備え、患者・家族が共に過ごす貴重な時間を保てるよう配慮している。敷地内禁煙が実施されており、患者の禁煙推進については、入院時のオリエンテーションなどで理解を得られている。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は、意見箱への意見や患者入院アンケート調査を通して収集・把握されている。多職種による病棟カンファレンスは定期的に開催され情報共有されている。臨床評価指標は、褥瘡発生と転倒・転落が設定されている。インターネットによる遺族調査を行い、その結果を診療に反映している。医療サービス

の質改善の取り組みは、「経営会議」「運営会議」でも審議されている。新たな診療・治療方法や技術導入などについては、現場から稟議書を提出することになっている。臨床研究の倫理的審査は、倫理委員会で行われている。

病棟各フロアには、医師と看護師の病棟責任者と、院内全体の各職種や部門の責任者氏名を表示している。ベッドネームには、主治医とプライマリー看護師の氏名を明記している。規程や基準に沿って、医師記録、看護記録ともに整然と記載され、質的点検を行う仕組みもある。医師、看護師を中心に多職種が参加する患者に対する方針についてのカンファレンスは、毎朝病棟毎に開催している。また、テーマ別では、合同、在宅連携、外来、褥瘡に分け開催し、カンファレンスの内容は電子カルテに入力し共有されている。

## 5. 医療安全

医療安全に関する権限を付与された医療安全管理責任者は院内の組織横断的な活動を実践している。医師をはじめとする多職種構成の専任メンバーは、週1回の医療安全に関するカンファレンスを行っている。医療安全管理委員会では、アクシデント・インシデント事例の報告と改善策の立案や、マニュアルの改訂に繋げるような討議を行っている。アクシデント・インシデント報告は、医療安全管理委員会で報告している。事例分析を行い、再発防止策の立案を行い、院内周知の上、院内ラウンド等にて遵守状況を確認している。

患者誤認防止マニュアルに、患者の確認はフルネームで名乗ることとし、さらに、与薬時、検査実施時、検体提出時等、場面別の患者確認方法を明確にしている。医師による指示出し、薬剤師・看護師による指示受けが適切に行われている。薬局での薬剤管理や、病棟、外来などでの定数配置での薬剤管理は適切に行われており、劇薬の表示も明確である。今後、ハイリスク薬の使用に関する注意事項について、勉強会などを行い職員に周知することを期待したい。転倒・転落防止については、入院患者全員に転倒・転落リスクアセスメント評価を行い、高リスクの場合、看護計画を立案しケアを行っている。転倒・転落発生の際は、事故発生時対応フローに沿って実施している。輸液・シリンジポンプ使用の取り扱いは、使用前の点検、使用中の観察。使用後のメンテナンスなどについて必要項目チェック表を用いて実施している。院内救急コードを設定し、職員に周知している。救急蘇生訓練は、定期的に行われ、職員ほぼ全員受講している。

## 6. 医療関連感染制御

「院内感染対策マニュアル」は、最新の知見に基づき必要時改訂され、その改訂履歴の記載もされている。院内感染対策チーム（ICT）は、ICDの資格をもつ病院長を中心に医師、薬剤師、看護師などの多職種で活動を行っている。ICTによる院内ラウンドは、院内ラウンドチェック表を用いて毎週行われている。

医療関連感染を制御するための活動に関しては、標準予防策および感染経路別予防策に基づき、医療関連感染に関する制御活動を展開している。感染性廃棄物や、血液・体液が付いた病衣やリネンの取り扱いも汚染が拡大しない取り扱いである。

「抗菌薬の使用指針」が定められ、検出菌のデータ分析や抗菌薬の使用状況の把握が ICT で行われている。指定の抗菌薬については届け出制とし、その投与期間にも関与しており、抗菌薬を適正に使用する体制が整っている。

## 7. 地域への情報発信と連携

ホームページを中心に、病院案内、入院案内が作成され随時見直しも行われ、それぞれ必要な情報が記載されている。病院広報誌も定期的に発刊されタイムリーな情報の発信も行われている。長崎医療圏内の「各拠点病院緩和ケアチームカンファレンス」「地域包括支援センター・地域ケア会議」に参加し連携・情報収集を行っている。患者個々の紹介・逆紹介については病態や希望に沿った適切な連携が行われ、信頼も得られており、病院の目的や機能を発揮する中心となっていることは評価できる。患者・地域住民に向けた「特別講演」や「健康教室」は現在オンラインによって行われている。地域の医療機関への緩和ケアに特化した研修会では認定看護師による「緩和ケア研修公開講座」が毎月定期的に開催されている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療体制の情報はホームページやエントランスホールに詳しく掲示されている。紹介患者は連携室が関与し円滑な受け入れも行われている。外来初診は、他院からの紹介患者が全てであり、週 6 日の予約枠が設定され、医師と MSW や看護師で対応している。初診後や、退院後にも症状緩和目的の通院が必要な患者には、再診外来診療が行われている。症状悪化時に、患者・家族から連絡がとれる体制があり、夜間・休日に受診が必要な場合は日当直医師と主治医が連携をとり対応している。患者の受け入れは地域連携室の看護師や社会福祉士の相談員が担当し、地域の他の施設や、患者・家族と情報交換を行いながら、円滑に受け入れている。緊急入院にも対応し、依頼から 4～5 日で入院できている。入院診療計画を立てるために必要な検査が行われている。主治医が中心となり病歴、身体所見、検査所見をもとに評価を行い、患者・家族の要望も反映させ診療計画を立案している。入院時、医師、看護師、薬剤師、栄養士、MSW が専門職に応じた情報収集を行い、身体的・心理的・社会的・スピリチュアルなニーズとその課題を抽出し、その情報を基に立案した診療計画に即してケア計画を立案し、患者・家族に説明しケアを開始している。患者・家族からの相談については、地域連携室の職員が、多種多様な内容に対応している。必要に応じ、院内の専門職や外部の諸機関への紹介を行っている。入院の際、医師や相談員、病棟看護師等は、患者・家族の不安の軽減ができるよう努めている。

主治医は毎日病棟を回診し、病態その他について診療録に記載し、指示出し、患者・家族との面談、書類作成、各種処置、看取り、死亡診断などを適宜行っている。看護基準・看護手順に沿って患者のニーズを把握し、看護実践に取り組んでいる。患者・家族が大切にしていることや思いなど、患者・家族のニーズを把握し多職種でカンファレンスを行い、個別性のある診療・ケア計画を立案するように留意している。麻薬使用時は、医師からの必要性の説明に加えて、看護師から補充的な

説明を適宜行っている。輸血は、基本的には行わない方針であるが、輸血を行うことによって苦痛緩和が期待される場合などには実施することがある。入院時に褥瘡発生危険因子のリスク評価を行い高リスクまたは、褥瘡が発生している場合、計画を立案してケアを実践している。褥瘡予防対策委員会の関与や、関連病院の皮膚科医への相談など、褥瘡の発生防止や悪化予防に努めている。入院患者に看護師や管理栄養士は、栄養に関して、食物アレルギーや本人の嗜好、嚥下・摂食などの課題を聞き取り、献立に反映している。患者の苦痛への対応では、症状別に標準ケアを定め、患者の個別性に応じてケアプランに反映している。リハビリテーションについては、療法士は、患者の希望を取り入れ、病状の経過によって訓練内容などの変更も、他職種との論議がされ、適切に行われている。患者の日常生活については、希望を取り入れ、自律支援を促している。季節折々の行事を、毎月、患者の病室で実施し、飼っているペットの面会も許可した実例もある。身体抑制や行動制限は人権への配慮から基本的に行わない方針である。実施の際は、家族に説明し、抑制中の観察も適切に行われている。抑制カンファレンスにて解除・低減の可能性についての検討が行われている。入院前から医師や退院支援担当者との面談を通して、今後の生活についての意向を聴取し、自宅退院を希望する場合、在宅医療担当看護師が中心になり、医師、看護師、療法士、管理栄養士、協働で退院後を見据えた課題を抽出し、退院支援計画を立案し、患者・家族に説明している。退院後の意向を患者・家族のペースに合わせて聴取しながら確認し、退院後受けるサービス関係機関と、医師や看護師等多職種と協力しながら、不足・不備のないよう準備を行っている。臨死期のケアについては、患者・家族と話し合いながら、希望に沿って決定しその内容は、電子カルテに記録し共有・対応している。家族室を用意し、家族と共に過ごす時間を尊重し、院内での看取りに加え、在宅での看取りにも対応している。全死亡例に多職種でデスカンファレンスを行い、ブリーフケアまで含めて臨死期への対応は適切である。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、薬局マニュアル「医薬品の安全使用のための業務手順書」に基づき、重複投与や薬剤相互作用などに留意し、処方・調剤鑑査も確実にを行っている。院内処方や院外処方の疑義照会も薬剤師が行っている。臨床検査機能では、血液生化学、尿検査などの検体検査は、平日の1日3回提出が可能で、関連病院や外部委託業者へ、院内の営繕業務担当の職員が車で搬送している。その結果のパニック値は依頼した医師に直接電話連絡されている。画像診断機能では、CT検査の読影は、関連病院の放射線科医が行い所見の記載も100%確実にやっている。栄養管理機能では、全患者に栄養アセスメントが行われ、栄養管理計画につなげている。マニュアルに基づき業務が実施され、職員の健康管理や手洗いなどによる衛生管理が徹底されている。リハビリテーション機能では、入院患者のリハビリテーションは、年末年始を除いて、年間を通じて2日間を超えて連続で休むことなく、必要なリハビリテーションを行っており適切である。在宅復帰に向けた訓練を行い、退院後も必要に応じて訪問リハビリテーションを行っている。診療情報管理機能では、

電子カルテシステム導入のもと、診療情報が一元的に管理されている。診療記録の取り違い防止策や診療情報管理システムによる貸出し管理、診療記録の量的点検の実施など、適切な対応が図られている。医療機器管理機能では、病院の医療機器安全管理責任者は診療放射線技師であり、病棟師長と連携しながら、医療機器の管理を行っている。必要に応じ、関連病院の臨床工学技士の指導を得ている。洗浄・滅菌機能では、患者に使用した滅菌の必要な鋼製小物などは、汚物処理室内設置の専用密閉容器に一次洗浄せず収納し、同一企業団へ搬送し滅菌を依頼している。

輸血・血液管理機能では、輸血を行うことによって苦痛緩和が期待される場合などには輸血を実施することがあり、「血液製剤使用マニュアル」に基づいて実施されている。救急医療機能では、救急告示病院ではないが、緩和ケア対象の患者の中で、かかりつけ患者や退院後などの急変に応じて、外来診療を行い、必要であれば緊急入院も受けている。在宅療養支援病院であり、「訪問診療マニュアル」に基づき、24時間訪問診療を行っている。

## 10. 組織・施設の管理

予算編成・設備投資計画はBSCが導入され院内各部門からの目標や意見が反映された検討が行われ、前年度の収支実績に基づいて作成されている。予算書は、機器備品購入・施設整備・各職種の人事採用・事業計画と一体化した検討を図ったうえで、詳細に作成されている。医事業務は、受付、会計、収納業務など適切に行われている。レセプトの点検、返戻、査定への対応は、診療部医師と一体となって、実践的に取り組まれている。

委託業者選定については、価格、質の面から評価され、決定される仕組みがある。現場の意見を収集する体制があり、定期的な業務の監査が行われている。

施設・設備の管理は適切に行われており、エネルギーや防災システムは全体を監視する機能を有している。物品管理は少量、少品種であるが、総務課・医事課が担当し、医療衛生材料は現場の意見を聞きながら購入・管理に当たっている。

火災を想定した対応マニュアルの策定と訓練は適切に行われている。地震など大規模災害に向けた対応は長崎市と連携した今後の防災計画も検討している。昼夜間の緊急時の連絡・応援体制は明確に整備されており適切である。また、施錠や出入りのチェック、夜間の院内の巡回、監視カメラの設置など、保安業務は適切に実施されている。

医療事故等の対応については、紛争の恐れがある事案、訴訟が発生した場合のいずれについても、速やかに状況が掌握でき対応でき、患者・家族への説明なども慎重に行われ、並行して原因究明や再発防止に向けた取り組みも速やかに行われる仕組みである。

## 11. 臨床研修、学生実習

学生の実習の受け入れは看護大学校からの受け入れが行われ、学校との協定の基づき医療安全や感染制御、個人情報保護などの取り決めも適切に行われている。

# 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	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	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	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	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	身体機能が低下した患者に配慮した施設・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	B
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	B
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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期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	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	NA
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	NA
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
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	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 10 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人春回会 出島病院

I-1-2 機能種別： 緩和ケア病院

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 長崎県長崎市出島町12-23

## 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	43	37	+1	81	31.1
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	43	37	+1		

## 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)		
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		
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	37	+1
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

在宅療養支援病院

## 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

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
1日あたり外来患者数	3.44	2.11	5.22	163.03	40.42
1日あたり外来初診患者数	0.30	0.20	0.22	150.00	90.91
新患率	8.73	9.38	4.23		
1日あたり入院患者数	30.92	27.82	31.44	111.14	88.49
1日あたり新入院患者数	0.97	0.90	1.04	107.78	86.54