

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 9 月 7 日～9 月 8 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

貴院は旭川市中心部に位置し、1923 年日本赤十字社北海道支部病院として創設され、幾多の変遷を経て、現在では道北医療圏の急性期医療の一翼を担う機関である。地域における自院の役割・機能を明確にして連携機能を高め、地域医療に貢献し信頼を得られていることは、高く評価される。特に病院の機能水準を高めるために、病院幹部はもとより職員自らが「考え、実践する」風土が定着しており、理念達成に向けた取り組みが展開されている。病院機能評価を継続的に受審しており、この度の受審では、早期から改善に向けた取り組みが行われており、多くの項目が一定の水準に達していることが確認できた。また、三次救急医療に特化した取り組みにも継続的に努力されていることは特筆したい。高い水準を目指す貴院が、「患者中心の医療」を実践の場でどのように展開されているかにも視点をあて評価した。以下に述べる総括を参考にし、貴院が目指す医療の実現に向けた取り組みの充実と発展が期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針には一貫して、患者中心の医療を目指す地域の基幹病院としての精神が堅持されている。基本方針は適時見直し・検討が職員参加のもと行われている。さらに医師をはじめ各スタッフ部門が理念・基本方針の実現に向けた取り組みを意識し、日々努力している状況は評価できる。掲げた理念・基本方針を実現するために「ビジョン 3-3-3」を掲げ、職員中心の組織構築を目指し実践されている。また、地域医療構想に沿った将来計画を職員とともに検討している。社会に役立てる病院を目指し、優秀な人材の確保と育成に努めチーム医療の実践に努力されている。

る。一方では、研究・研修を推進し専門性の向上に向けても指導力を発揮されている。さらに、多くの委員会活動や行動指針を用いた課題の達成を支援する組織運営も行われているなど随所にリーダーシップを発揮されていることがうかがえ高く評価できる。情報管理規程、運用管理規程を作成し、患者情報の適正な管理に努めデータの真正性・保存性・見続性を確保している。また、地域医療連携ネットワークシステムの構築にも貢献されているなど情報管理は適切に実施されている。

施設基準などの法定人員は充足されている。就業規則や諸規程も整備され、職員への周知徹底が図られている。勤怠管理システムを導入し個々人の労務管理が一元化できるようになったことで、業務負担軽減へのきめ細かい検討が可能となり就労管理は適切に行われている。職員の意見を収集するための「職員満足度調査」がサービス向上委員会により定期的実施され職場環境整備などについて要望聴取や対応が行われている。また、子育て支援など家庭と仕事の両立を可能とする取組みも評価できる。福利厚生制度は日本赤十字社も支援されている。職員の教育・研修への取り組みは、教育研修センターが所管し、医療安全、感染管理を中心に多くの年間教育・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実施されている。院外への研修についても奨励されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内外への周知は適切である。説明と同意については、書式の把握と管理は医療安全管理委員会が行っており、定期的に見直しが行われ、同席の範囲も定められている。総合相談窓口が一本化され多岐にわたる相談に対応し、専門的な相談には適切に振り分けされている。個人情報保護方針はよく検討されており、ホームページや職員ハンドブックに掲載され、利用目的も記載されているなど適切である。電子カルテシステムの物理的、技術的保護は適切になされている。病棟・病室のプライバシー確保も適切である。職員ハンドブックに倫理指針が示され、倫理的な課題が共有されている。各部署でカンファレンスが行われ倫理的課題に取り組まれている。必要時には倫理コンサルティングチームに相談し検討会が行われており取り組みが継続されている。ACP 推進チームを作り、ACP の普及のため教育研修に熱心に取り組むなど、活動が推進されている。

療養環境については正面玄関にコンシェルジュを配置し案内や車の乗り降りの援助を行っているほか、病棟のベッドサイドモニターからコンビニエンスストアへ商品注文ができるなど療養環境の向上を図っている。

4. 医療の質

診療の質向上に向けた活動は、CPC、各科単独症例検討会、診療ガイドラインの整備、各種臨床指標の分析等を行っている。業務の質改善については、経営・組織・業務改善の仕組みが確立し、内部監査を通して継続的な改善を行っている。また、行政機関の立ち入り検査にも適切に対応している。新たな治療方法や診断技術、術式の導入、薬剤の適応外薬剤使用等に際しては倫理審査委員会に諮り、承認を得て実施している。

責任体制は正面玄関や各外来ブースに明確に示されている。診療記録の記載については、SOAP に沿って診療記録を記載し、適時・迅速な記載、退院時サマリーの迅速な記載等に努めている。質的点検体制も整備されている。病棟においては多職種参加のカンファレンスが行われ、困難な症例には専門職が積極的に関わり、チーム医療が実践されており評価できる。

5. 医療安全

医療安全推進室は、副院長を室長とし専従の看護師が配置されている。院内に 57 名のリスクマネージャーが配置され、各医療安全担当者の役割や責任は明確である。事例の情報収集・分析・検討・改善策の立案や定期的な院内ラウンド、安全情報の発信等、安全確保の体制が確立されている。医療安全管理者は、すべての報告書を確認し収集した報告書から現場確認、分析、改善策の検討・提案を行っている。院外の医療安全に関わる情報も取り入れ、職員への周知徹底と注意喚起を行っている。安全確保に向けた取り組みは充実している。

患者確認は患者本人によるフルネームと生年月日の申告を基本とし、外来では受付票での認証、入院患者にはリストバンドの認証も行っているなど、誤認防止対策が実施されており、適切である。入院のしおりや転倒・転落予防ビデオの視聴を用いて安全に療養生活が送れるようオリエンテーションを行い注意喚起している。転倒・転落が発生した場合は、対応フローチャートを用いて報告されその後、分析と再発防止策の検討を行い、院内全部署で情報の共有と予防策に取り組んでいる。使用ルールや注意喚起は、各医療機器に確認リーフレットの添付や職員が携帯する職員手帳にリスク回避の術も明記している。問題発生時には臨床工学技士への報告・相談体制を整えている。職員への教育・研修は、積極的に実施し研修受講者の氏名と人数は把握され病棟巡回時使用状況の確認も行っており優れている。院内緊急コードを設定し、救急カートや救急バックは必要箇所に配置され日常点検を実施し、AED の設置も適切である。急変時に適切に対応できるように、部署で心肺蘇生や召集シミュレーションを実施している。

6. 医療関連感染制御

院長直下の組織として感染対策委員会が設置されており、担当副院長のほか感染認定看護師でもある看護部長も委員として参加している。実動部隊としては ICT および AST があり、専従の ICN および ICD として兼務している泌尿器科医師を中心に活動している。新型コロナウイルス感染症については、早期より感染者の受け入れを行っているが、徹底的な対策により院内感染を防いでいるほか、地域への出前講座、地域の方々へのワクチン接種に加え、地域で発生したクラスター対応について保健所活動に職員を派遣している。院内のみならず地域の感染対策を病院の使命としてとらえ活動しており、評価される。

AST では、週 1 回のラウンド・ミーティングを実施し、指定抗菌薬使用事例・血液培養陽性事例を対象に抗菌薬使用の適正性について検討し、電子カルテを通じて担当医師に細かくフィードバックがされ、その後のアクションまで AST でフォロー

されている。病院全体として抗菌薬の適正使用がなされており、他の模範となる。標準予防策の徹底や感染防止対策を実施している。速乾式消毒剤の使用量のモニタリングや手洗い評価・個人防護用具の着用の徹底など、遵守状況の確認も行っている。感染対策に関わる研修を定期的開催する等、職員指導・教育にも意欲的に取り組んでいる。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携については、患者向けの広報誌の定期発行や地域の医療施設等に向け「連携だより」も定期発行しているほかホームページに各種のデータが公開されているが、特記すべきはクリニカル・インディケーターとして医療・病院全般にわたる広範囲のデータを公開し、さらに新たな情報を追加するなど進化させている点や各種データに分かりやすい解説と病院としての取り組みを記載し一般市民にも理解してもらおうとの病院の姿勢は、高く評価できる。地域の医療関連施設との連携では、通常の紹介・逆紹介の連携にとどまらず診療情報共有システムや遠隔画像診断システムの運用、広大な地域の医療を支えるためドクターヘリの運行や医師派遣など三次医療圏の医療機関と密接な連携を図っている。地域への教育・啓発活動については、地域の住民や医療者に対して多彩なメニューを用意するとともに介護施設や職員に対する取り組みを行い地域包括ケアシステムの構築にも関与するなど地域の医療・福祉の充実にも貢献している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報などの案内はホームページなどで分かりやすく案内されている。入院は医師・地域医療連携室・看護部門・医事課が適切に連携して病態に沿った速やかな入院が実現されている。道北医療圏からのドクターヘリによる来院にも円滑に受け入れる体制が整っており広範囲な連携による信頼も得られている。侵襲を伴う検査は文書により適切に説明し同意を得ており、安全に検査を実施し、患者の観察と記録を適切に行っている。入院決定後は、外来看護師による説明に加え、入院支援コーナーにおいて、在宅で使用している人工呼吸器なども含めた詳細な患者情報の収集および入院に対する患者の希望が確認されオリエンテーションが実施されている。病床の状況は電子カルテ上に分かりやすく表示され、専従の看護師により入院病棟が決められており、自院の専門と考えられる症例については絶対に断らない体制となっている。クリニカル・パスは地域連携パスとなっており、多くの後方病院と連携している。急性期治療後の転院についても、パスを用いて患者・家族に適切な説明がなされ、患者・家族の希望を尊重して転院先を決定している。総合案内、入退院支援室では社会福祉士、看護師が専門性を発揮して多様な相談に適切に対応している。相談記録や業務内容を上長に報告する仕組みがあり適切に運用している。予約入院については、入院支援室で入院のしおり、入院案内をホームページから動画を視聴してオリエンテーションを行う仕組みがあり、また動画を貸し出す仕組みもある。

病棟看護師などが診療に関する意見を医師に伝えやすい雰囲気となっており、医

師による柔軟なリーダーシップに基づくチーム医療が実践されている。看護管理基準や看護実践基準などで業務内容を明確にし、患者のベッドサイドでは患者の療養環境や患者サービスの質向上に努めている。輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している。周術期の対応は適切であり、重症患者の管理は適切に行われている。入院時、全患者に褥瘡リスク評価を行い、褥瘡対策チームは、ラウンドとカンファレンスで褥瘡に関する検討を行っている。院内の皮膚・排泄ケア認定看護師を中心に専門的な支援が行われている。栄養管理は、管理栄養士が入院時に全患者個別の栄養アセスメントを実施しており、病棟での患者カンファレンスに管理栄養士が参加し患者の喫食状況の把握や栄養状態を評価している。疼痛の客観的評価はフェイススケール、NRS を個別に合わせ用いており、緩和方法など、がん性疼痛マニュアルは整備され、医師、看護師、薬剤師の緩和ケアチームが適切にサポートしている。身体抑制が必要となった際は医師の指示の下で、患者・家族に説明をして実施されている。入院時から退院アセスメントを行いリスクのある患者の退院支援計画書をもとに、早期に退院支援に介入している。積極的に病棟ラウンド、多職種カンファレンスへの参加、家族との面談を行い、退院に向けた指導や情報の共有を図り、退院後患者が困らないように取り組んでおり適切である。継続療養ができるように、ケアマネジャーや院外施設との連携を図り、適切に対応している。ACP のリンク看護師や必要時には緩和ケアチームも介入しながら多職種が関わり、患者・家族の希望を叶えるように診療・看護ケアが行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、ピッキングマシンが導入されて注射薬は1施用ごとに用意され薬剤師の業務負担が軽減された。抗がん剤、中心静脈の他、末梢ルートからの栄養剤についても薬剤部で調製・混合を行っている。処方鑑査・調剤鑑査についても適切で、トレーシングレポートを用いた外部薬局との連携もなされている。臨床検査機能は検体検査・生理検査などを24時間行っており、精度管理、パニック値の報告も適切である。画像診断機能については当直体制を組み24時間の撮影に対応している。読影レポート開封確認システムおよび医療秘書課のフォローにより、漏れなく読影・報告がなされる仕組みとなっている。システムを用いた遠隔地の医療機関からの読影コンサルトにつきチャット機能で対応できる仕組みを構築することで、自院が有する高い専門性を地域全体に提供できており評価される。栄養管理は、給食調理が「大量調理施設衛生管理マニュアル」、HACCPに則り調理され、衛生面において食の安全が確保されている。食事は温冷配膳車を使用し給食専用エレベーターで病棟まで搬送され、適時・適温の食事が提供されている。また、嗜好調査や残食調査を実施し献立の見直しを行っており、気配りと食欲を高める工夫がされている。ICU、SCUでは365日のリハビリテーション実施を行っている。リハビリテーション専門医は非常勤であるが、リハビリテーション科部長の心臓外科医の監督の下、各診療科主治医や病棟看護師との情報共有が適切に行われている。診療情報は電子カルテ導入により一元的に管理され1患者・1IDとなっており、診療記録の閲覧・貸し出し規程が制定されている。診療記録の量的点検は診療

情報管理士により全カルテを対象にダブルチェックを実施している。また、医療秘書課にも診療情報管理士を配置し診療情報やDPCデータからクリニカル・インディケータなどへの二次的利用も行っている。病院で取り扱う医療機器は、一元管理され、各担当者を院内に配置し院内ラウンドも行い、正常な作動状態であることを確認している。管理機能は優れており医療機器を管理する部門としての責務と役割を果たし専門職として常に知識・技術の向上に邁進し地域にも貢献するなど、その活躍は高く評価できる。汚染の拡散防止に努め、洗浄・組立・滅菌・保管までの一連の業務を行っている。滅菌物の保管状況も適切で、専門的な資格を有している職員を配置し、洗浄・滅菌業務の質向上を図るために部署内で研修を行うなど、洗浄・滅菌機能は適切に発揮されている。

病理診断機能は常勤病理医による迅速な診断と管理体制である。輸血・血液管理機能は円滑な血液製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄業務を整備し適切である。手術・麻酔機能は、常勤の麻酔医により適切に発揮されている。集中治療は救急センター長のもとICU・SCU・HCUのベッドが管理され、専従薬剤師を配置、ICU・SCUは毎日、HCUは週2回、多職種で重症患者の治療・ケアを検討している。救急医療機能は、道北を中心とする救急救命センターとして、三次救急を行い道北中心のドクターヘリの基地である。上川中部地区の約3割の救急患者を受け入れており精神障害単独の患者のみ、受け入れはできないが、身体障害ある精神疾患の患者は受け入れている。また、周辺医療従事者・消防隊に救急活動の教育も行っている。

10. 組織・施設の管理

予算編成は病院が主体で経営目標を含む実行予算が編成され、実行予算に基づいた予算執行が行われている。予算の執行状況は定期的に確認され、内部・外部による監査が適正に実施されている。レセプトの返戻・査定は医事課が分析・検討し医師を含めて組織的に取り組み、医療費の支払いはクレジットやコンビニンスストアでも可能で未収金回収は法律事務所に委託するなどの対策がなされている。業務委託は必要性や費用対効果などが検討され委託契約書・仕様書に基づき実施され、全職員が義務付けされている研修会に委託職員も参加している。

施設・設備の管理は担当課や委託業者により保守点検等が実施され医療ガス安全・管理委員会は年1回開催されている。感染性廃棄物の処理については電子マネーを導入し確認を行い最終処分場の実地確認も行っている。物品管理はSPDシステムが導入され物品の発注、在庫管理、搬送が良好に行われており、ディスプレイ製品の再利用は行っていない。

災害時の対応のため各種災害マニュアルが整備され防災訓練も夜間発生の想定も含めて年2回実施し、自衛防火訓練大会にも参加している。地域災害拠点病院としてBCPを策定し訓練も実施している。また、非常用発電は3日間の運用が可能であり患者・職員の備蓄食料も確保されている。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、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。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、プログラムに沿った研修が適切に実施されている。シミュレーター室など研修環境の整備がなされ第三者評価の認定も受けている。看護師など医療専門職も職種ごとに初期研修として系統的な教育計画に基づき育成が行われているが、指導者のレベルアップや教育計画の見直しのためアンケート調査などの実施を望みたい。また、学生実習の受け入れについては指導者が明確になっておりカリキュラムに沿って実習・評価が実施されている。

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	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	S
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	S
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	S
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	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	B
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	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	S
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	S
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	S
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	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	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	B
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	S
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	S

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	S
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	S
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	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	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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 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：旭川赤十字病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：日赤

I-1-4 所在地：北海道旭川市曙1条1-1-1

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	480	480	+0	73.2	11
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	40	0	+0		
結核病床					
感染症病床					
総数	520	480	+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	44	+0
集中治療管理室 (ICU)	4	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	2	+0
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	7	+0
人工透析	30	+0
小児入院医療管理料病床	20	+20
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), 救命救急センター, エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (Ⅱ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： 14 人 2年目： 11 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

[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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	816.45	914.69	901.55	89.26	101.46
1日あたり外来初診患者数	66.67	76.76	72.98	86.86	105.18
新患率	8.17	8.39	8.10		
1日あたり入院患者数	351.16	398.44	400.24	88.13	99.55
1日あたり新入院患者数	32.89	36.17	35.84	90.93	100.92