

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10月10日～10月11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

貴院は長野市中心部に開設されて以来、緩和ケア病床への転換、病棟新築を経て現在に至っている。早期から「全人的痛み」を緩和する方針を明確にして、患者中心の切れ目のない医療を展開され、地域から信頼を得られている。また、緩和ケアを広げる取り組みとして、関連する複数の大学に寄付講座なども開設され、人材の育成にも寄与されている。

今回の病院機能評価の更新受審に向け、早期から質改善活動に取り組まれてきた。優れた取り組みがみられる一方、緩和ケアの充実に多くの力を注いだために、医療機関として一層の取り組みの強化が望ましい点も、一部でみられた。今後も自院の役割・機能をさらに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

緩和ケアを中心とした地域の重要な役割を担う機関として、理念が策定され、患者中心の良質な医療を実現するための取り組みが、職員を中心に行われており、成果もうかがえる。理念を実現するため、各診療科の専門性の高い技量を発揮することにも努力し、地域から信頼を得られていることは評価できるが、理念や目指す医療の実現のため構想や計画を明確にして、課題や問題の解決に一層リーダーシップを発揮することを期待したい。経営基本方針は明確に周知され、病院運営の意思決定会議、各種委員会が組織的に構成されており、必要事項が職員に周知されている。文書管理については、規程を整え体制を構築したところである。

各資格職に関しては関連法上の必要数は満たしているが、必要と認識されている職種の確保にも努力を期待したい。人事関連の各種規程は整備されており、各種労務的な届出も適正に行われている。職員の安全衛生管理では、健康診断の受診率は

100%で、職業感染への対応においては必要なワクチン接種、メンタル面での対応などが行われ、暴力対策についてもマニュアルが制定されている。職員からの意見・要望を取り入れ、福利厚生制度への対応も努力されている。法定の研修や必要な研修も行われているが、臨床倫理や患者の権利などの研修についても活性化を期待したい。また、職員個別の能力評価や人事評価については、より、人材育成を目指した取り組みとなるよう期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利が定められており、病院のパンフレットに掲載され、病院玄関に掲示されている。診療録の開示は手順が整備されており、手順に従って適切に対応されている。説明と同意に関する病院の方針は明確にされており、セカンドオピニオンも含め病院案内のパンフレットに明文化されている。説明と同意が行われる範囲も基準・手順書に明記され、所定の「インフォームド Consent 用紙」を活用して適切に同意が得られている。また、診療計画や検査結果の分かりやすい説明に努めている。看取りのケアに際しては、標準的なパンフレットを用いて、心情に配慮しつつ、状況に応じた説明を行っている。今後は患者のための情報コーナー等を設け、患者・家族が必要な情報を得るための整備を進めることが望まれる。

委員会組織図上に、病院長はじめ幹部職員で構成する倫理委員会が位置付けられ、倫理的課題に対する病院の方針は委員会規約としてまとめられている。今後は、委員会が必要に応じて開催され、現場で解決できない重大な課題に対して病院幹部で検討し、現場にフィードバックして、病院職員全体に周知するような取り組みが期待される。日々の診療・ケアを通して患者・家族の倫理的課題を把握し、院長をはじめチャプレン等の多職種が参加するカンファレンスで、タイムリーに検討がなされている。今後はさらに、現場での解決が困難な問題について、倫理委員会の判断を求める体制を整えられるとよい。

院内は全般的にバリアフリーで清掃が行き届いた清潔な環境であり、プライバシーへの配慮も行われている。ナースステーション付近の物品の配置に関しては、患者の歩行の妨げにならないよう一層の配慮が望ましい。

4. 医療の質

常勤医師が病棟におけるカンファレンスに全員揃って参加しており、多職種での意見交換の場に、主治医以外の医師からの意見を求めることができる環境にある。症状マネジメントは日本緩和医療学会のガイドラインに準じて行っている。全国的な遺族調査や自施設評価プログラムに参加して、日本ホスピス緩和ケア協会による質向上の取り組みに関して認証を受けており、結果を公開している。看護部においては業務検討委員会を設置し、委員会を開催して、看護部における業務改善に成果が見られる。今後は他の部署および病院全体において部門横断的な業務改善に向けての活動が期待される。

今回の審査において、医師の診療録記載の充実が、医療の質向上に大きな影響を与える要因であることが再確認された。今後、病院全体として取り組むべき重要な

課題として診療録記載や必要書類の確認方法が再検討され、新たな取り組みが開始されたところであり、今後の継続的な取り組みが求められる。

患者満足度調査を行い、患者からの評価を収集し、適切な対応に努めている。多職種の担当者が病棟カンファレンスに出席して患者情報を共有し、ケアの方針もチームでよく検討されている。また、外来や相談窓口において、必要時に緩和ケア認定看護師の助言を得る仕組みもあり、多職種が協働して診療・ケアに当たっている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、副院長を医療安全管理者として整備しているところである。現状に即した実効性のある体制をさらに整え、医療安全の実務担当者から全職員へのフィードバックを図るよう望みたい。マニュアルは誤認防止を含め整備され、定期的に見直しされている。インシデント・アクシデントについてはカンファレンスで情報共有を行い、注意喚起を行っている。院外の医療事故情報を継続的に収集して、自院での活動に反映するよう望みたい。

患者・部位・検体などの誤認防止に関しては、緩和ケア病棟の特性に配慮した上で、手順書に沿って、複数のチューブやルートでの誤認防止策やダブルチェックの方法について検討されるよう望みたい。入院時全患者に対して「転倒転落アセスメント・スコアシート」を用いてアセスメントを行い、その結果を看護計画に反映させている。事故発生時は手順に沿って適切に対応がなされている。

病棟ではハイリスク薬が適切に管理されており、病棟管理薬剤の管理は薬剤師が実施している。患者・家族の急変時の対応に関しては、救急バッグを整備し対応手順が確認されたところである。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が設置され、感染制御に向けたマニュアルが整備されている。今後は、実質的な感染防止活動を行うチームが定期的に院内ラウンドをして、感染性リネンや感染性廃棄物の取り扱い等に関して適宜見直していくような体制を整備するなどして、病院をあげての感染防止への取り組みが期待される。院内感染対策に関する職員全体研修が開催されているが、不参加者への研修内容周知の努力が望まれる。

アウトブレイクの基準は整備され、インフルエンザやノロウイルス感染症には別個に対応マニュアルを作成して発生早期に対処できるように備えている。外来では発熱者の待合室を設けるなど、感染経路別の予防策も図られている。直近の感染委員会で手洗いチェッカーの購入が決まり、手洗い状況のモニタリングと教育を行う予定である。アニマルセラピーの感染対策も図られており、他病院の感染対策チームの訪問を受けて感染対策の指導を受けるなど適切に対応している。耐性菌保有患者については病院全体で感染状況を把握するなどして、適切な対応を検討するなど、院内感染防止への意識を高めることが望ましい。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページをはじめ病院案内、入院案内、広報誌など良く検討され、地域へ向けて多くの情報が発信されている。必要に応じた更新もなされ、診療実績の発信も臨床指標の公表などの取り組みも始まっている。自院の役割・機能を発揮するため地域連携室が中心となり、地域の医療機関と連携し医療ニーズに沿った受け入れが行われている。その後は外来、入院、訪問診療まで一貫した対応であり、患者の状況に合った支援に努力されている。

地域の健康増進活動は「勉強会」が多く開催されており、予防活動にも貢献している。また「緩和ケア研修会」や「地域ネットワーク会議」も定期的で開催されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は地域の医療機関として内科全般の患者を受け入れている。自院を退院後あるいは通院中の患者の急性増悪には、主治医がオンコールで対応している。入院患者は緩和ケア対象のため侵襲的な検査や負担となるような検査は行わないことを原則としており、診断上必要な場合には患者・家族に説明し同意を得てから実施している。身体機能が低下していたり、自ら名乗ることが困難な患者の場合には、看護師が付き添って安全を確保したりして、誤認防止に努めている。造影剤使用時には医師と看護師が同席して緊急事態に備えている。入院相談は医療相談室が対応しており、入院前面談で緩和ケアに関する説明を行い、理解や受け入れの状況を確認している。入院中の患者、在宅患者の相談も適切に行われている。入院の決定は入院判定基準に従って、医師や相談員および外来看護師を含めた多職種で行っている。入院時に得られた情報はシートにまとめられ、職員間で共有されている。医療連携室が窓口となって、ケースワーカーや担当看護師が地域の医療機関や介護・福祉施設と連携し、対応基準に沿って患者を受け入れている。入院時の状況や診断結果に基づき速やかに入院診療計画書が作成され、患者・家族に説明して同意を得ている。入院診療計画書に基づいて、看護師はアセスメントを行ったうえでケア計画を作成している。

緩和ケア2病棟の回診と朝・昼のカンファレンスに医師全員が参加し、医師間および医師とスタッフ間での情報共有と意見交換を行っている。患者・家族とは必要に応じて面談を行い、説明内容や患者・家族の反応や理解の程度は診療録に記載されている。看護基準・手順が整備され、看護体制はプライマリー制で疼痛マネジメント等、緩和ケアに特有な治療・ケアに関する教育が医師により計画的になされている。全人的苦痛に対して多職種による適切で丁寧な緩和ケアが提供されている。身体的・精神的ニーズには適切な薬剤が選択され、社会的ニーズには相談員も積極的に関わり、スピリチュアルペインにはチャプレンを含めた多職種で対応している。臨床倫理に関わるような事例においては、患者・家族の意向を尊重し医療チームとして、納得がいく方向性を選択している。薬剤師はカンファレンスに参加して他職種からの情報を共有し、臨床検査の結果なども参考としながら、薬剤の選択や投与経路の提案を行っている。麻薬を安全に投与することや薬剤への不安軽減を目

的に、薬剤師の訪室による指導の機会を増やすことを期待する。

輸血は赤血球輸血のみが実施されている。輸血に関する説明と同意書が整備されており、輸血後感染症検査の説明も行える体制を整えている。入院時全患者に対して褥瘡アセスメント・リスク評価を行い、スキンケアやマットレスの適正使用など、看護計画に反映させている。担当医師および褥瘡委員の看護師を中心として褥瘡回診を行い、多職種で情報共有している。不定期ではあるが、他医療機関の皮膚・排泄ケア認定看護師の関与もある。褥瘡発生率の集計も適切に行われている。患者の栄養状態や日々の喫食状況の把握は主に看護師によってなされ、管理栄養士に伝達されている。管理栄養士は病室を訪問し、患者の状態や要望を把握している。セレクトメニューは行わず、食形態など個々のニーズにできるだけ対応している。食物アレルギーの情報は早期に把握され、多職種で共有されている。緩和ケア病棟のイベント時には行事食で食の楽しさを提供している。病棟内に患者・家族用のキッチンスペースが用意され、限られたスペースではあるが家族や面会者と食事をする場が確保されている。

NRS を用いて疼痛や苦痛の把握に努め、情報は毎日のカンファレンスにおいて多職種で共有されている。せん妄出現時は手順に沿って対応し、他院の精神科医が来院してコンサルテーションを行っている。鎮静の開始にあたっては本人・家族に十分な説明を行ったうえで実施し、継続的に家族のサポートを行っている。緩和ケア病棟に理学療法士が配置されており、患者に対応している。ベッドサイドにおけるADL維持を目的としたリハビリテーションは、自立性の低下に伴うスピリチュアルケアに通じるものであり、終末期を迎える患者へのケアとして高く評価される。積極的な運動療法が困難な状況となった際においても、ベッドサイドで患者への語りかけや身体的な接触は、今日を生きるための励みになっており、今後も活躍が期待される。

緩和ケア病棟における年間の行事計画を策定し、多職種で協力して実施している。ボランティアによる演奏会などが企画され、アニマルセラピーも行われている。外出泊の支援も積極的に行われ、限られた時間を家族と共に過ごすことで患者のQOL向上に繋がるよう取り組んでいる。不穏時等薬剤による鎮静の必要がある時には家族に説明を行い、同意を得て実施している。

患者・家族の退院後の在宅療養の意向が把握され、多職種によるカンファレンスで検討されている。特に、退院調整看護師による積極的な退院支援が行われており、居宅支援事業所や在宅サービス、施設とも連携を取りながら進めている。患者・家族の希望に応じて、可能な限り自宅での生活を支援することが病院の方針として掲げられている。入院中の主治医が継続して在宅訪問診療を行い、法人内のクリニックや法人内外の訪問看護ステーションと、退院前から情報共有と連携を図り、積極的な在宅療養が推進されている。在宅患者の急変時に備えて常時病棟でバックベッドを確保して緊急入院の受け入れ態勢を整え、在宅療養支援病院としての役割を果たしている。患者・家族の意向を尊重した退院後の継続療養の取り組みは、総じて秀でたものである。

臨死期の判断は主治医によってなされ、多職種カンファレンスでケアの検討がされている。患者や家族のスピリチュアルな問題に対してはチャプレンによる丁寧なケアが行われ、病状の説明やDNRの再確認は医師が行い、看護師がフォローして家族の不安軽減に努められている。エンゼルケアや、夜間であっても最後の湯灌を行うなど、家族の意向に沿ったケアを行っている。「そよ風サロン」でカウンセラーが遺族のグリーフケアを行う他、「故人を偲ぶ会」を開催している。

9. 良質な医療を構成する機能

各病棟に薬剤師が配置されている。持参薬は薬剤師が確認した後に主治医が継続・中止の指示を行い、処方箋上で確認できるようになっている。薬剤管理機能はおおむね適切である。

血液検査はシステム化されており、迅速で正確な検査が実施され、パニック値の報告も適切である。臨床検査技師が配置されており、外来患者・入院患者の検査業務の他に検診センターに関わる生理機能検査や血液検査の業務を実施している。緩和ケア対象患者においては画像診断の必要性を考慮した上で検査が実施されている。ADL低下や名乗ることが出来ない患者には病棟看護師が付き添っており、CT検査で造影剤を使用する場合には医師と看護師が操作室に待機している。単純写真とCT検査は全て、非常勤の放射線読影医が診断している。

全患者に栄養アセスメントが実施されており、患者の特性や嗜好が把握され緩和ケア入院に対応する工夫が随時提供する献立に活かされて、栄養管理計画書に連動し評価・見直しが適切に行われている。また、患者個々の摂食機能に適合した個別対応も行われている。調理室内の衛生管理や温・湿度管理も適切に行われている。リハビリテーションの必要性は多職種で検討しており、対応が必要な患者には理学療法士が適切に介入している。医師や看護師と回診に同行しカンファレンスにも参加しており、患者の病態やケアの目標を共有している。

診療記録は紙媒体で、保管・管理は一元化され出入庫も管理されている。量的点検やコーディングについては今後の進展に期待したい。日常的に使用する輸液ポンプ・シリンジポンプ等は、機材庫で記録による出し入れの管理を行い、使用後の点検は看護師が行っている。トラブル発生時の連絡体制は明確にされている。臨床工学技士の有資格者がいるが、責任体制が不明確であるため、医療機器安全管理責任者を明確にしたうえで、医療機器の一元管理体制を整えるよう望みたい。また、定量的な機器の定期点検を計画的に進めるよう望みたい。

洗浄・滅菌について、使用済み器材の取り扱いに関しては、すべてディスポーザブル製品を使用する方針となっている。外来患者において内視鏡検査やポリペクトミーの処置を実施しており、生検材料の病理診断を委託している。頻度は少ないものの輸血が実施されており、輸血療法に関する責任者の選任や、必要に応じた委員会などの開催が望まれる。血液製剤の発注・クロス検査・保管は検査室で行っている。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則が適用され、会計監査は法人本部が行う体制となっている。医事業務に関しては、収納をはじめとする窓口業務が適切に行われている。レセプト点検への医師の関わりや、施設基準の確認も担当者が監視しており適切である。委託業務の選定は見直しも含めて適正に行われている。委託先職員の教育・研修はそれぞれの企業において実施し、その実施記録の提出を得ている。

施設・設備の必要な保守・設備点検は実施されており、緊急時の連絡体制、感染性廃棄物の保管・管理も適切である。物品管理に関しては発注、検収の手順、棚卸の実施など適切に行われている。

火災や大規模災害時の対応はそれぞれマニュアルが整備されている。特に大規模災害時は行政との連携を軸に検討されている。緊急時の連絡網、マニュアルは整備されており、夜間・休日の訓練も行われている。緊急時は職員への連絡網によって一斉に行われる仕組みである。

11. 臨床研修、学生実習

学生の実習は、看護学校からの受け入れが行われ、学校との協定に基づき医療安全や感染制御など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	B
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	B
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	B
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	B
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	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	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	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	B
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	C
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	B
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	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	B
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	B
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	B
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
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	B
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	S
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	B
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B
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	B
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	NA

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	B
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	B
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	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	B
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	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	B
-------	---------------	---

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	B
-------	---------------	---

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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 6 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人愛和会 愛和病院

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：長野県長野市大字鶴賀1044-2

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	64	48	+0	9.09	28.98
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	64	48	+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		
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	48	+0
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

年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	54.09	47.34	43.99	114.26	107.62
1日あたり外来初診患者数	7.72	7.43	8.08	103.90	91.96
新患率	14.27	15.69	18.37		
1日あたり入院患者数	43.23	41.55	42.29	104.04	98.25
1日あたり新入院患者数	1.50	1.53	1.41	98.04	108.51