

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 28 日～9 月 29 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 1953 年に設立した社団法人ライフ・エクステンション倶楽部により一般成人病精密総合診断を開始したことに端を発している。1956 年に永寿病院を開設されてから以後、「活動年齢を永らしめ、幸福な長寿に貢献する」を理念に掲げ、地域医療に取り組まれてきた病院である。その後、法人格の変更を行っているが、2012 年に東京都から公益性が高いと認められ、公益財団法人ライフ・エクステンション研究所付属の病院として運営されている。東京都内でも大規模病院の多い「区中央部二次医療圏」のなかで、地域医療支援病院、地域災害拠点病院および基幹臨床研修病院として救急医療に積極的に取り組まれており、台東区の急性期中核病院として貢献されていることは高く評価できる。病院長は自院の置かれた地域特性や病院機能を踏まえながら強力なリーダーシップを発揮され、病院幹部・職員の協力のもとに積極的な病院運営が行われている。

今回の病院機能評価受審において、前回の結果などをもとに効率的な手法も取り入れて医療の質向上に取り組まれ、改善が図られてきたことがうかがえる。今後も医療機能の充実を図りながら、台東区をはじめ地域の急性期医療を担う中核病院として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

病院の理念および 4 項目の基本方針を明文化され、院内外に周知が図られている。また、病院の将来像や目指す医療提供内容を明示し、職員に周知している。病院長および病院幹部の選任過程は明確になっており、病院の意思決定の場である四役会を有効に機能させて病院運営面での成果を上げている。中・長期計画に基づい

た年次事業計画を策定し、実績評価も行われており、計画的・効果的な組織運営を行っている。院内の基幹システムと部門システムは有効に機能しており、データウェアハウス内に蓄積された診療データ等も適宜有効に利活用されている。文書管理規程のもとに文書管理を適切に行っている。また、承認の仕組みも明確にしており、イントラネットを活用して文書に関わる情報の共有も図られている。

法令や施設基準に見合った人材を確保しており、機能の充実とともに必要な人材確保に取り組まれている。人事・労務管理に必要な各種の規則・規程が整備され、年間総労働時間、有給休暇取得率が把握され、適切に就労管理されている。安全衛生委員会が設置され、適切に機能している。特定化学物質のキシレン、ホルマリン、EOG が使用されているが、定期的に作業環境測定を行い安全な環境で業務を行っている。職員の意見要望を把握し、各種の就労支援に取り組んでおり、職員にとって良好な職場となるよう努めている。

年間の教育・研修計画を策定し、計画的な教育・研修が行われている。また、研修の効果を高める努力もなされており、院外への教育・研修等への参加を推奨している。人事考課のなかで職員の能力評価を実施しており、医師では侵襲的な行為に対する認定・評価の仕組みがあり評価できる。看護部では教育ラダーを活用した能力評価および能力開発を行っている。基幹型・協力型の臨床研修病院として医師の臨床研修が適切に行われている。看護師、薬剤師、コ・メディカル部門における各職の職員研修もプログラムを策定して行っている。学生実習では各職種 of 学生を受け入れている。受け入れの際のオリエンテーションやカリキュラムに沿った実習、評価を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明確に定め、ホームページ等で患者・家族、職員に周知している。実際の医療現場でも、患者の権利を擁護している。患者請求に基づき、診療情報を開示している。説明と同意を必要とする診療行為を定め、統一した書式を用いて運用している。説明後は、患者の理解度などを看護師が再確認している。セカンドオピニオンへの対応も適切に行われている。医療への患者参加を促進するため、入院前の説明、パンフレットを活用し、患者の協力も得るよう努めている。総合受付に患者相談窓口としてメディカルコンシェルジュチームを配置し、相談窓口は相談内容に応じて多職種が連携して適切に対応している。個人情報保護方針を定め、全職員を対象とした研修で周知している。電子カルテは技術的、物理的に保護されており、患者の診療データを利用する場合は、申請に基づき対応している。臨床現場における倫理的課題の多くは、カンファレンスを開催し解決に繋げている。

公共交通機関のアクセスが良好で、バリアフリーや手摺りが整備され安全に配慮している。院内の施設・設備は整備され、安全性・利便性・快適性に配慮されている。面会では Web を活用して実施するなど、工夫して取り組まれている。患者の療養環境は、整理整頓され、患者がくつろぐスペースが確保されており、清潔なリネンを提供している。地基地内全面禁煙の方針を明確に定めており、患者等利用者に周知し、禁煙治療を呼吸器内科にて行っている。

4. 医療の質

成果のある業務の質改善に取り組んでいる。病院機能評価や適時調査を受け、指摘事項を改善している。症例検討会の開催、診療ガイドラインやクリニカルパスの活用により、診療内容の標準化を図っている。臨床指標と質評価指標を活用し、診療の質向上に取り組んでいる。患者・家族からの意見・要望は、意見箱で投書できる仕組みがあり、該当部署とサービス向上推進委員会が対策を検討し立案している。意見・要望へのフィードバックも適切に行っている。新たな診療技術の導入や臨床研究の審査をそれぞれ担当の委員会で審議し、倫理・安全面にも配慮し実施している。

病棟における医療チーム名は、患者・家族が確認できる場所に明示している。診療や看護の責任者は部署の運営・管理に適切に取り組んでいる。診療記録はマニュアルに則り適時に記載している。質的点検については、さらなる充実を期待したい。多職種で構成された栄養サポートや緩和ケア、褥瘡対策チームなどが適切に関与し、組織横断的に活動している。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室には、副院長と専従看護師の医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者を配置している。定期的に医療安全管理室会議、医療安全管理委員会を開催し、マニュアルは定期的に改訂しており、医療安全体制は整備されている。インシデント・アクシデントはシステムで収集し再発防止策の検討を行い、事故防止に向けた継続的改善活動を行っている。院外の医療事故や安全強化に関する情報を収集し事故防止に活用しており、医療安全確保に適切に取り組まれている。医療事故対応マニュアルが各部署に整備され職員に周知されている。事故発生時における対応手順を明文化し、速やかに対応できる仕組みを講じている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策について適切に行っている。手術でのマーキングやサインイン、タイムアウト、サインアウトも行われており、誤認防止対策は適切に行われている。医師からの指示出し・指示受け・実施確認は、電子カルテで適切に実施している。ハイリスク薬、麻薬、毒薬の適切な管理、注射用カリウム製剤をプレフィルドシリンジ製剤で統一し、薬剤部のみで保管・管理しており、薬剤の安全な使用に向けて取り組んでいる。全入院患者に転倒・転落のリスク評価を行い、対策の立案および実践後の見直しも適切に行っている。転倒・転落発生時の対応を定め、転倒・転落防止対策は適切に実践している。医療機器は臨床工学技士により適切に定期点検を行い、安全に医療機器を使用している。患者急変時の対応として、院内緊急コールの設定や救急カート・AEDの整備などを適切に行っている。暴力発生時の緊急コールも整備されている。毎年BLS訓練やICLS講習会が開催されている。

6. 医療関連感染制御

ICC は、専従の看護師と薬剤師、兼任の医師をはじめとした各部署の責任者からなり、感染対策の意思決定機関として機能している。抗菌薬の使用状況、感染症の発生状況などを適切に把握している。アウトブレイクの定義・対応などはマニュアルを整備し、発生時は ICT が適切に対応している。

医療関連感染制御に関するマニュアルや指針に基づき、手指衛生や標準予防策、感染経路別予防策に対する体制が整備され、適切に取り組まれている。感染性廃棄物や汚染されたリネン・寝具類の取り扱いは手順に基づいて適切に行っている。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、院内分離菌の状況、AST の抗菌薬デ・エスカレーションや投与量などへの介入、アンチバイオグラムの作成など、抗菌薬の適正使用に努めている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はホームページや動画配信、各種 SNS、広報誌等を利用している。広報誌には、区民に向けた病気の話や自院の医師・診療機能を紹介している。また、医療者向けの地域医療セミナーのお知らせ、看護師向けの復職支援研修の開催など幅広く情報を掲載し広く地域に親しまれている。医療関連施設との連携は、多職種からなる患者支援センターを有効に機能させ推進している。地域医療支援課が施設訪問などの営業的連携を担い、地域医療連携センターは紹介受け入れ、返書管理、逆紹介などのバックヤードを担っている。連携医の意見を取り入れた「地域連携ホットライン」や逆紹介へ力を入れた「逆紹介推進カウンター」などを運用し前方連携、後方連携を促進している。地域へ向けた医療に関する教育・啓発活動が多岐にわたり行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

正面玄関周辺に総合受付を設置し、メディカルコンシェルジュチームを配置して円滑な案内を行っている。問診票や他の医療機関からの情報を収集し、病態に応じた適切な外来診療を行っている。医師は、医学的根拠に基づいて検査の必要性を判断して実施している。侵襲的検査については、検査内容、必要性およびリスクに関して患者・家族に説明のうえ同意を得ている。病状や紹介医からの患者情報などを参考に、医学的な判断に基づき、入院の決定を適切に行っている。患者相談窓口は MSW が担当し、経済的問題や転院先の調整など、多数の相談に対応している。入院時の対応は、医事課職員や入院支援看護師が対応し、病室の決定にはベッドコントロール担当の看護科長が采配することで、円滑な入院に繋げている。

医師は必要な回診や面談を適切に行い、多職種とのカンファレンスを通じて、スタッフと情報を共有している。病棟看護師は、入院時の情報収集や各種のリスクアセスメントから看護計画を立案して看護過程を展開している。抗がん剤は、休日を含め薬剤師が全て安全キャビネットで調製している。輸血の必要性やそのリスクを患者・家族に説明し、同意を得て実施している。誤認防止のための確認、投与中の観察路記録を適切に行っている。手術適応や方法をカンファレンスで検討し決定し

ている。麻酔科医は全身麻酔全患者に術前・術後訪問を実施しており評価できる。重症患者はその病状に応じ、HCU と一般病棟で適切に管理している。褥瘡管理は、全入院患者にリスク評価を行い、体位変換や体圧分散寝具の使用などに褥瘡予防に努めている。入院患者全員に SGA を用いた栄養状の評価を行い、栄養管理計画を策定している。患者の疼痛やその他の症状緩和には、患者の状態に合わせて緩和ケアチームや臨床心理士が適切に介入している。各診療科の医師の処方に基づき、療法士が実施計画書を作成し、リハビリテーション開始時と終了時に評価している。身体抑制マニュアルに基づき、身体抑制を適切に実施している。退院支援スクリーニングの評価をもとに、患者・家族の意向に沿った退院支援を行っている。在宅療養支援は、病棟担当の退院支援看護師や MSW が中心的に実施している。ターミナルステージでは、多職種によるカンファレンスで診療・ケア計画を立案し、患者・家族を尊重したケアを実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

病院全体の薬剤の使用や管理に関する業務に薬剤師が適切に関わっており、薬剤の取り違い防止などの取り組みも適切である。臨床検査機能では、診療内容に応じた必要な検査項目を実施しており、精度管理も確実に実施している。パニック値が発生した場合に確実に医師に伝達できるようマニュアルの見直しを行い、適切に対応できる体制を確保している。放射線診断医と診療放射線技師は、時間外・休日の緊急アンギオなどの検査にも対応できる適切な体制をとっている。調理の各工程は HACCP に準拠した栄養管理マニュアルに沿って機能的・衛生的に管理している。療法士が、病院の機能に応じたリハビリテーションを提供している。電子カルテにより診療情報を一元的に管理し、診療情報管理士が診療記録の量的点検を確実に実施して情報の適正性を確保している。医療機器管理は、臨床工学技士による中央管理のもと、定期点検・日常点検などを適切に行っている。使用済みの機材の一次洗浄、消毒、滅菌、保管、払い出しは中央材料室で適切に行われている。物理的・化学的・生物学的インディケーターを活用し、滅菌の質保証を担保している。

常勤病理専門医 1 名のもと、病院機能に応じた病理診断機能を提供しているほか、記録や標本も適切に保管・管理している。輸血関連業務は、臨床検査部門内の輸血部門で責任医師のもと輸血業務を適切に実施している。手術室責任者によるスケジュール管理のもと、効率的な手術室運営に努めている。手術用機材の動線がワンウェイ構造で、清潔・不潔の交差なく運用している。「HCU 運営要綱」に基づき、集中治療機能として HCU を運用している。医療機器を常に使用できるよう臨床工学技士が整備している。「断らない病院」を基本方針とし、二次救急医療機関として地域の救急医療を支えている。各種の虐待対応手順を整備して適切に対応できる体制を整備している。

10. 組織・施設の管理

予算は、中期計画や各部署からの要望を踏まえて四役会議、財団本部等を経て作成されている。予算の執行状況は各種データを分析し、毎月開催している四役会

議、所属長会議で確認しており、最終的には財団本部へ報告している。医事業務は医事課が、受付から収納まで一連の業務を業務マニュアルに則って行っている。レセプトは医師も関与し、査定・返戻は保険診療適正委員会を経て医師に周知されている。未収金への対応では、手順に沿って行い債権回収業者も活用している。業務委託は病院関連サービスマーク認定業者を基準として採用している。業務に関する管理は、業務担当部署が定期的に業務の遂行状況や質の評価を行い、質の向上に努めている。

施設・設備等の定期的な点検や保守管理業務の多くは委託業者により適切に行われている。医療ガス安全管理委員会を定期的に開催しており、感染性廃棄物の保管・搬送・マニフェストによる運用対応なども適切である。医薬品や消耗品・医療材料については、それぞれの委員会にて採用を決定し、医療機器・高額医療機器は財団本部承認後、予算として計上している。SPD や在庫管理は定期的な棚卸しにより適切に管理している。

東京都の地域災害拠点病院に位置づけられ、災害対策マニュアルや消防計画、事業継続計画等の策定と整備、見直し検討が適宜行われている。緊急時の責任体制や連絡手順なども整備され、非常用の発電設備や水・食料・医薬品等の備蓄も適切に確保されている。保安業務は 24 時間体制のもと業務委託従事者により行われ、警察 0B による院内の巡回対応等に従事している。院内暴力や迷惑行為等への対応手順・緊急コードなどは整備され、職員等への周知が図られている。

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 | 患者の個人情報適切に取り扱っている | B |
| 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 | 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 |
| 1.3.3 | 医療事故等に適切に対応している | 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 | 業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる | 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 | 患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる | 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 | 施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている | A |
| 1.6.2 | 療養環境を整備している | A |
| 1.6.3 | 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 2.2.11 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | B |
| 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 | 栄養管理と食事支援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 | 身体拘束（身体抑制）の最小化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 | B |
| 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 | |
| 4.1.1 | 理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている | A |
| 4.1.2 | 病院運営を適切に行う体制が確立している | B |
| 4.1.3 | 計画的・効果的な組織運営を行っている | A |
| 4.1.4 | 院内で発生する情報を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 | B |
| 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 | 購買管理を適切に行っている | A |
|-------|---------------|---|

4.6 病院の危機管理

| | | |
|-------|------------------------|---|
| 4.6.1 | 災害時等の危機管理へ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 |
|-------|---------------|---|

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公益財団法人ライフ・エクステンション研究所付属 永寿総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 東京都台東区東上野2-23-16

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 | 400 | 368 | -32 | 64.1 | 13.5 |
| 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 | 400 | 368 | -32 | | |

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) | 8 | +2 |
| 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 | 5 | +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 | | |
| 障害者施設等入院基本料算定病床 | | |
| 緩和ケア病床 | 16 | +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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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： 8 人 2年目： 7 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(西暦) | 実績値 | | | 対 前年比% | |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 昨年度 | 2年前 | 3年前 | 昨年度 | 2年前 |
| | 2022 | 2021 | 2020 | 2022 | 2021 |
| 1日あたり外来患者数 | 623.60 | 599.92 | 447.61 | 103.95 | 134.03 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 72.46 | 67.34 | 40.66 | 107.60 | 165.62 |
| 新患率 | 11.62 | 11.22 | 9.08 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 256.54 | 227.48 | 160.24 | 112.77 | 141.96 |
| 1日あたり新入院患者数 | 19.13 | 16.95 | 11.24 | 112.86 | 150.80 |