

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8月24日～8月25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、急性期機能や健診施設をもつ地域の中核的な病院であるとともに、地域包括ケア病床を活用した急性期医療から介護施設・在宅医療への橋渡しの役割も担っている。

今回の病院機能評価の訪問審査では、貴院の医療の質改善に取り組む姿勢が確認できた。審査結果を踏まえて、質改善の取り組みを継続されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、ホームページや病院パンフレット、入院案内、院内掲示を通じて院内外に周知している。病院管理者・幹部の病院運営に関するリーダーシップは、幹部職員は毎朝ミーティングを行い、病院運営の課題の把握に努めている。病院幹部が各種委員会に関わり、リーダーシップを発揮して課題の解決に向けて積極的に取り組んでいる。効果的・計画的な組織運営は、幹部会議を開催し、病院運営の課題解決の検討および意思決定を行っている。決定された事項は、全職員に周知している。3ヵ年の中長期計画を策定し、中長期計画を基に単年度の事業計画を作成している。情報管理は、院内で取り扱う患者の診療に関する情報は、医療情報管理室で一元的に管理している。文書管理は、文書類の受付・発信・保管・保存から廃棄までを一元的に管理している。院内規程やマニュアルの新規登録や更新は、幹部会議の承認を得て行われている。

人材確保は、医師・看護師・薬剤師など、法定および施設基準上で定める人員を確保している。病院規模や診療機能を踏まえた人員確保を望みたい。人事・労務管理は、規程を整備している。時間外労働の状況や有給休暇の取得率を職員別・部署

別に把握している。職員の安全衛生管理は、衛生委員会を毎月開催している。手術室には、希釈されているがホルマリンを使用していることから、換気設備を整備し、作業環境測定の実施や作業場所を病理部門で行うなどの対策を望みたい。職員にとって魅力ある職場づくりは、職員の意見や要望は、毎年度実施している院長ヒアリングや部署ラウンドを通じて把握に努めている。所属長は人事考課制度を活用し、所属職員の意見や要望を確認している。

職員への教育・研修は、院内研修委員会を設置し、年間の研修計画の立案および教育・研修に関する検討を行っている。研修の参加率の向上に取り組むことを望みたい。職員の能力評価・能力開発は、全職員を対象とした人事評価制度を運用し、職員個別の能力を客観的に評価している。職員の能力開発を適切に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、患者・家族には、院内の掲示や入院案内、ホームページなどで周知している。説明と同意は、指針を明文化し、説明と同意を必要とする診療行為の範囲を定めている。看護師が同席すべき範囲や同席できなかった場合の対応についても定めている。説明・同意書の書式の見直しと統一を望みたい。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、入院診療計画書や患者用クリニカル・パスなどを活用し、診療計画を患者と共有している。患者支援体制は、患者相談窓口を設置し、多種多様な相談に対応している。患者の個人情報とプライバシーの保護は、個人情報保護に関する基本方針を定め、ホームページや入院案内に掲載している。入院時には病棟にて病室前の患者名非表示の希望について確認するなどプライバシーに配慮している。臨床における倫理的課題への取り組みは、臨床現場で日常的に発生する倫理的課題については、各現場および看護部倫理委員会が中心となって検討を行っている。また、解決困難な場合は医療安全管理室に容易に相談できる体制を構築している。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、患者や家族が抱えている倫理的課題や医療者のジレンマが生じている事案は、看護部倫理委員会が中心となり検討している。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は、徒歩圏内に駅やバス停留所が複数あり、アクセスは良好である。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、館内はバリアフリーが確保されている。廊下や階段など必要な場所にも手摺りを設置している。療養環境の整備は、病室や処置室は整理され安全に使用できるようになっている。各フロアには家族などと談話できるデイルームを整備し、患者がくつろげる環境を提供している。受動喫煙の防止は、敷地内禁煙である。職員の喫煙率を把握している。

4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善は、意見箱を設置し、院内に意見への回答を掲示している。サービス向上推進委員会における検討や退院アンケートを活用した質改善の取り組みを行っている。診療の質の向上に向けた活動は、症例検討会は各診療科で開催され、内容に応じて看護師など多職種が参加している。クリニカ

ル・パスのバリエーション分析を行うなど、診療の標準化に取り組んでいる。臨床指標は、診療情報管理室を中心にとりまとめてホームページ等に公開している。業務の質改善は、積極的に第三者評価を受審し、質改善に取り組んでいる。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は、倫理委員会で倫理面・安全性から検討する仕組みである。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟入口には病棟責任医師と看護師長、薬剤師、管理栄養士、退院支援担当者名を明示している。主治医不在時の対応が明確になっている。診療記録の記載は、2週間以内の退院時サマリー作成率は訪問審査後に上昇した。医師の診療録の質的点検は、引き続き体制の整備と継続的な対応を期待したい。多職種が協働した患者の診療・ケアは、多職種からなる専門チームとして認知症サポートチームなど、多様なチームが組織横断的に活動している。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理室を設置し、医療安全管理者に専従の看護師を配置している。医療安全管理委員会やリスクマネジメント部会を毎月開催している。安全確保に向けた情報収集と検討は、インシデント報告を収集している。収集したデータはRCA分析を用いて検討して事故防止に活かしている。

患者・部位・検体などの誤認防止は、患者に氏名を名乗ってもらうことを原則として、外来は診察券と受付カードを利用し、入院はリストバンドでダブルチェックを行っている。手術室では、基準に沿ったマーキングを確実に実施している。検体はラベルの氏名確認を行っている。情報伝達エラー防止は、医師が発行する処方箋や指示はすべて電子カルテ上で行い、手順を決めて運用している。やむを得ず、医師が口頭指示を出す場合には、所定の口頭指示連絡票に記載し、記載した内容を復唱して確認の上で実施している。薬剤の安全な使用は、薬剤師は電子カルテのチェック機能と調剤前の処方鑑査を行い、薬剤の重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を行っている。全病棟に薬剤師が常駐し、麻薬・向精神薬・劇薬・ハイリスク薬・持参薬等の医薬品の管理を行っている。転倒・転落防止は、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リスク評価を行っている。危険度Ⅱ以上の患者には看護計画を立案し、患者と共有を図っている。医療機器の安全な使用は、医療機器のマニュアルは各部署に配布しているほか、電子カルテでも確認できる。人工呼吸器の作動確認は、チェックリストを使用して設定変更時や勤務交代時などにダブルチェックを行い、臨床工学技士が毎日ラウンドしている。患者等の急変時の対応は、緊急事態発生時には「コードブルー」で対応している。BLSとAEDの訓練は、定期的な訓練を確実に実施することを望みたい。また、受講者を確実に把握し、受講に漏れがないように管理体制の整備が望まれる。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、医療安全管理室に、感染管理担当者が配置されている。院内感染対策委員会（ICC）、ICTの院内感染対策チームは月1回の頻度で審議を行っている。ICT、抗菌薬適正使用チーム（AST）は毎週1回ラウンドを

実施し、現場にフィードバックしている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、院内監視菌の検出情報は中央検査科から収集し、抗菌薬の使用状況は薬剤部から収集している。ICT・AST 会議に報告され、院内感染状況を把握・検討している。病院の機能を鑑み、SSI・VAP などの発生状況の把握や推移の分析が望まれる。

医療関連感染を制御するための活動は、手指衛生については、感染防止対策のリンクナースが速乾式消毒剤の使用状況をモニタリングしている。血液や体液の付着した病衣やリネンは袋に入れて密封しているが、設置場所の変更などの検討と対応が望まれる。抗菌薬の適正な使用は、抗菌薬適正使用指針を定め、特定の抗菌薬は届出制としている。アンチバイオグラムを作成して、各部門に情報発信している。AST を設置し、入院患者の抗菌薬使用状況を把握・検討して、抗菌薬使用問題患者の主治医に対して助言を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、自院の医療サービスや診療情報の発信は年 4 回発行の広報誌やホームページなどで行っている。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は、連携登録施設には、医師や看護師、地域連携広報室のスタッフが訪問活動を行うほか、連携懇談会などを通して地域の情報収集や状況把握を行っている。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、地域住民を対象に市民公開講座を年 1 回開催するほか、区主催の在宅療養フェアなど地域の様々なイベントに参加して地域住民の教育・啓発活動に取り組んでいる。2022 年度からは新たにオンライン方式で地域健康セミナーの開催を始めている。

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、正面玄関にコンシェルジュナースを常時配置し、初診患者、紹介患者、救急患者等を適切な窓口案内している。外来診療は、患者・家族に病名・病態と治療方針などをわかりやすい用語を用いて説明し、同意を得ている。診断的検査の確実・安全な実施は、侵襲的検査の際の説明と同意書の取得は適切である。入院の決定は、外来担当医により入院の決定が行われている。診断・評価の実施と診療計画の作成は、診察後、速やかに入院の目的、治療計画、患者や家族の要望を取り入れた入院診療計画書が作成され、説明して同意を得ている。患者・家族からの医療相談への対応は、患者相談窓口を設置し、病院ホームページや入院案内、院内掲示などを利用して周知している。患者が円滑に入院できるように、入院が決定した場合は外来で看護師が説明している。

医師の病棟業務は、回診や、定期的に診療科内や他職種とのカンファレンスを実施し、医師間および多職種と情報を共有し、電子カルテに記載している。看護師の病棟業務は、身体的・精神的・社会的側面から患者のニーズの把握と、看護計画を立案している。投薬・注射の確実・安全な実施は、病棟薬剤師がすべての入院患者

の薬歴管理を行い、服薬指導に努めており、他職種と情報共有している。薬剤投与前には看護師2名でダブルチェックし、注射実施時には患者との間でも確認している。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施は、輸血前には患者名、輸血の種類などを医師、看護師でダブルチェックしている。周術期の対応は、手術の適応はカンファレンス等で検討され、必要時には他科にコンサルトできる体制がある。重症患者の管理は、特に注意が必要な患者は観察室で治療している。褥瘡の予防・治療は、全入院患者に、褥瘡スクリーニング表を用いて入院時に日常生活自立度を判定し、褥瘡発生リスク評価を行っている。栄養管理と食事指導は、入院時に全患者に対し栄養評価を行い、病棟担当の管理栄養士が中心となって栄養管理計画書を作成している。症状などの緩和は、患者が抱える様々な苦痛に対し、緩和ケアマニュアルに沿って治療やケアを実施している。リハビリテーションの確実・安全な実施は、主治医が処方箋を用いてリハビリテーション科に依頼している。身体抑制は、医師の指示のもとで身体抑制を開始しているが、解除に向けた日々のカンファレンスは看護師が中心であり、医師のカンファレンスの参加や、身体抑制の継続と解除に対するさらなる関与を期待する。

患者・家族への退院支援は、全患者に退院支援スクリーニングを行っている。継続した診療・ケアの実施は、ケアマネジャーなど院外の医療関係者を含めた退院前カンファレンスを行っている。在宅療養後方支援病院としての機能も有しており、登録患者に対する対応を円滑に行っている。ターミナルステージへの対応は、患者や家族の希望を取り入れ、ホスピスや在宅療養等の支援を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤部で処方鑑査を行い、必要な事例は処方医師に疑義照会を行っている。注射薬はすべて1施用ごとに配薬している。抗がん剤は薬剤師が調製・混合を行い、払い出されている。病棟薬剤師を配置し、服薬指導・薬歴管理が行われている。臨床検査機能は、検査結果の報告は通常時・緊急時ともに迅速に行っており、パニック値の対応は再検査・責任医師への連絡体制が確立している。毎日内部精度管理を実施し、外部精度管理にも参加しており結果は良好である。画像診断機能は、CT・MRI・RIのほかIVRを24時間緊急で行える。CT・MRI検査は翌日までにはすべての症例が読影されている。栄養管理機能は、食事は保温・保冷配膳車を用いて適温で提供している。リハビリテーション機能は、脳血管・運動器・呼吸器・がんなど、早期から必要なリハビリテーションに幅広く対応している。診療情報管理機能は、診療情報は一元的に管理している。診療記録の量的点検は、必要書類の有無や署名の有無、内容の妥当性などを包括的に点検するよう充実が望まれる。医療機器管理機能は、医療機器の管理は、システム化しており、定期点検の計画や実施状況が確認可能となっている。人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプは標準化し、医療機器管理室にて一元管理している。洗浄・滅菌機能は、使用した器材は、一次洗浄を行わず、専用のコンテナに収納して搬送し、洗浄・乾燥・組み立てをして滅菌後に払い出している。

病理診断機能は、病理検査検体、報告書の保存・管理は的確であり、標本作成の際の誤認防止対策を行っている。術中迅速病理診断は院内で対応している。放射線治療機器の校正は定期的実施している。輸血・血液管理機能は、中央検査科が担っている。輸血の発注・保管・供給は夜間・時間外を含め、必要時に迅速に対応している。手術・麻酔機能は、手術室のスケジュール管理は麻酔科責任医師、手術室看護師長で調整し、効率的な手術室運営を行っている。手術開始時には全例でタイムアウトを実施するなど、患者の安全確保に努めている。救急医療機能は、「断らない救急」を基本方針とし、地域の救急医療を支えている。受け入れ不能例については毎朝院長、病院幹部、当直医が参加するミーティングで検討している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算は、本部で最終承認を受けて決定している。法人本部と連携して財務諸表作成、会計処理を行っている。期中・期末の会計監査を確実に実施している。病院経営改革プランを策定して経営改善に継続的に取り組んでいる。医事業務は、レセプト点検では、医師が点検に関与する仕組みがある。未収金の督促や会計処理は手順書に即して実施している。業務委託は、原則単年度契約とし、契約期間満了時は自動更新とせず再度、決裁手続きが行われている。業務の実施状況は、所管部署が月1回のミーティングや業務日誌を通して把握している。

施設・設備の管理は、日常点検や定期点検に加え、電気や給排水、空調などの大型設備は大規模修繕計画に沿って毎年、計画的に修繕している。物品管理は、医薬品・診療材料は薬事・衛材委員会、医療機器は施設整備委員会で審議し、採用の可否を決定している。年2回、棚卸を実施し、物品を適切に管理している。ディスプレイ製品の再利用は行っていない。災害時の対応は、防火防災マニュアルや消防計画、災害対策マニュアルを策定し、法定の防火・防災訓練を定期的実施している。東京都災害拠点連携病院の指定を受けており、行政が主催する大規模災害合同訓練などにも積極的に参加している。保安業務は、院内巡視や来館者の受付、施錠管理などの業務を庶務課の管理の下で遂行している。

医療事故等への対応は、医療事故が疑われる場合は、医療安全管理室長が病院長に報告し、臨時で医療内容調査部会が開催され、医療事項調査制度への報告の判断や原因究明と再発防止に向けて、組織的な検討を行う仕組みを確立している。

11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、基幹型臨床研修指定病院であり、初期臨床研修医が在籍している。初期臨床研修医が単独で行える診療行為を病院として明確にし、一覧表などに取りまとめて明文化しておくことが望まれる。多くの職種で新規学卒者の採用実績があり、各部門で研修計画に即して初期研修を実施している。

学生実習等は、医学生をはじめ、看護、薬剤、栄養、診療放射線、臨床検査など多くの部門で大学や専門学校から学生実習を受け入れている。養成校との契約締結や内容確認、誓約書など必要書類の取得・保管は庶務課が担当し、情報を一元管理している。

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	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	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
1.4	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	B
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	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	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	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	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	B
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	B
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	A
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	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	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	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	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	A
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	B
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	B
-------	-----------------	---

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： 総合病院 厚生中央病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： その他（社保）

I-1-4 所在地： 東京都目黒区三田1-11-7

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	320	320	+0	54.8	12.1
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	320	320	+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	1	+1
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	45	+45
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

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： 5 人 2年目： 5 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	466.78	449.96	547.12	103.74	82.24
1日あたり外来初診患者数	54.90	50.47	60.47	108.78	83.46
新患率	11.76	11.22	11.05		
1日あたり入院患者数	179.17	182.89	232.55	97.97	78.65
1日あたり新入院患者数	13.66	13.30	17.57	102.71	75.70