

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「一般病院1」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14日～9月15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	リハビリテーション病院	認定
機能種別	一般病院1（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 リハビリテーション病院
該当する項目はありません。
- ・機能種別 一般病院1（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は開設以来、地域住民の要望に応える中で、高齢者医療を中心に急性期から慢性期、入院から在宅まで地域の病院として重要な役割を果たしている。安心して暮らせる地域づくり、地域包括ケアの実践に病院として取り組んでいる。「老いても足で歩くまち、老いても口から食べるまち、西東京」をスローガンとして掲げ、現在は、急性期機能とともに入院ではリハビリテーション病棟を中心にケアミックスの病院として、地域から評価の高い病院である。

病院機能評価を継続的に受審されており、今回の病院機能評価の更新受審では、院長および管理部を中心として職員が一丸となり、継続的な改善活動が各部署で展開されていた。今後、外来・入院における医療の提供とともに、地域住民のニーズに応えるために、さらなる貢献・活躍されることに期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は適切な内容で確立し周知がされ、必要時に見直しや検討が実施されている。病院管理者・幹部は、各自の責任分野の課題を把握し解決に向けて取り組むなど、リーダーシップを適切に発揮している。病院の中期的なビジョンが作成され将来像を示しており、病院の管理者が現状の課題を把握し、対応している。意思決定会議の開催や組織内の情報伝達と周知徹底する仕組みが確立している。職

員育成の視点で職員面談の実施が行われ、職員の労働意欲を高める組織運営として実施しているが、今後は全部門、全職員に浸透させることが期待される。また、電子カルテや院内 LAN などの診療情報に関する電子媒体の導入については、迅速な情報の収集という視点で今後の検討が期待される。

必要な人材の確保では、病院の機能の充実や方針に向けて、各部署の業務機能に見合った職員の確保に努め、積極的に取り組まれている。職員の意見や要望については、職員面談で意見を聴取する仕組みがあり、意見等は病院管理部と部門長の連携のもとで対応している。院内保育や職場環境の改善も必要に応じて行われ、職員支援や福利厚生が適切に実施されている。職員の安全衛生の管理では、職員が安心して働けるよう配慮されている。病院組織として年度計画に基づき教育・研修が実施されている。必要性の高い研修なども実施されているが、職員の参加を高める工夫を期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化して周知に努め、適切に順守されている。セカンドオピニオンや診療録開示について明文化されているが、患者への周知についてはさらなる取り組みが期待される。患者への説明と同意に関しては適切に行われているが、同席者の基準については整備することが期待される。患者への情報提供や医療への参加促進では、外来および病棟では、様々な媒体を駆使しながら患者の療養に役立つ情報提供が適切に行われている。患者相談窓口として医療福祉連携部を設置し、地域連携機能と患者相談など多様な相談に対応している。患者サポートの体制も確立しており、患者・利用者の視点で各種相談に適切に応えている。個人情報保護に関しては、体制や問い合わせ対応手順など重要な情報の漏えいを防ぐためのシステムが構築されており、個人情報保護に関する規程なども整備されている。倫理委員会規程は整備され、臨床研究審査・医療行為に関する課題を検討する体制がある。現場における倫理的課題について積極的に検討することが期待される。

患者・面会者の利便性・快適性について、駐車場や路線バスの停留所が整備されており、テレビや冷蔵庫、コインランドリーなど生活延長上のサービス提供など、適切な配慮がなされている。手摺りの設置や車椅子への配慮がされ、院内はバリアフリーとなっており、高齢者や障害者への配慮も適切である。ケアに必要なスペース・患者がくつろげるスペースは確保され、整理整頓がされている。パンフレットなどを配布し、敷地内禁煙が周知徹底されているが、職員に対して積極的な禁煙推進の取り組みが期待される。

4. 医療の質

患者・家族の意見や相談対応について、担当部署のもとで適切に返答している。診療の質に関しては、多職種によるカンファレンスが毎週開催され、クリニカル・パスが運用されている。臨床指標に関するデータが収集されているが、臨床指標の分析とともにホームページへの公表など、さらなる診療の質の向上の取り組みに期待したい。業務の質改善に向けて部署内での課題の検討は行われているが、部門横

断的な改善課題について組織体制の構築とともに継続的な取り組みが望まれる。新たな診療・治療方法や技術の導入時の手順などは、作業療法部門や栄養部門で取り入れられ、倫理委員会での審議とともに適切に行われている。

外来や病棟での診療・ケアの責任者は適切に表示されている。診療記録は略語一覧等が整備され、判読しやすいよう工夫されており、退院時サマリーの作成も適切に行われている。質的点検の実施については充実が期待される。多職種によるカンファレンスや回診が積極的に行われており、専門チームとして栄養サポートチーム、褥瘡対策委員会によるラウンドも適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全管理委員会の設置と担当者が配置され権限の委譲が行われている。医療安全マニュアルおよび規程などは整備されている。すべての部署からアクシデント・インシデントの報告がされているが、分析手法に基づいて分析・検討、再発防止策の作成や安全対策の見直しを行うことを期待したい。

誤認防止対策では、患者確認や検査・治療部位、検体の確認が適切に実施されている。医師の指示出しや、薬剤師・看護師による指示受けなど、確実かつ安全に行われており実施記録も含め適切である。薬剤管理では、ハイリスク薬を含む薬剤の管理はおおむね適切であるが、病棟に配置されているハイリスク薬の表示については明確に表示して管理することが望まれる。転倒・転落防止対策では、リスク評価に基づき看護計画が立案され、転倒・転落事故発生時のマニュアル等が整備されている。実施計画に関する患者への説明と、評価・見直しについても適切に行われている。医療機器は、看護師により病院全体の医療機器管理が行われている。点検表に沿って定期的に点検が行われ、点検簿への記載も行われており適切である。急変時の対応として、全職員対象のBLS訓練と救急コールのシミュレーション訓練が実施されており、救急カートの整備も行われている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する議論の場や決定機関として、院内感染対策委員会が毎月開催され、ICTチームの院内ラウンドが毎週実施されている。ICT委員会では担当者が感染に関する情報収集を毎週実施しているが、サーベイランスの実施など対策の強化が望まれる。

感染対策マニュアルが整備され、手指衛生等の標準予防策や感染経路別の予防策に基づいた対応が適切に実践されている。汚染された寝具やリネンの保管や処理などの分別は適切に行われている。抗菌薬の適正使用では感染管理委員会において、分離菌の把握、抗菌薬使用状況、医師へのフィードバックも含め適切に行われている。特定抗菌薬の管理も仕組みとして確立しており、抗菌薬の採用・採用中止に関しては、薬剤師の管理のもと薬事委員会で報告・決定されており適切である。

7. 地域への情報発信と連携

病院が提供する医療サービスや活動内容、診療体制の紹介がホームページ等で適切に行われている。広報紙が定期的に発行され、地域医療機関・施設などへ紹介するための手段として適切に活用している。患者・家族、地域施設への診療実績の発信に関しては、さらなる充実が期待される。医療福祉連携部が地域住民や診療県内の医療機関や施設へ診療情報の提供を行っており、施設間の紹介・逆紹介の対応が整備されている。自院および地域で開催されるイベントへの参加や、地域への教育・啓発活動も多数開催され、様々な職種・職員が講師となり、病院のスローガンの実践のために積極的な健康増進活動が行われている。知識や医療技術向上のために、症例検討会や地域のリハビリテーション普及の中心的な役割を担うなど、地域に向けた教育・啓発活動が適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来に看護管理者が配置され、各種問い合わせに対応し、診察を円滑に受ける仕組みが機能している。外来診療は各科で整備され、受付から診察および会計まで円滑に対応されている。高齢者や障害者に対する窓口対応にも十分な配慮がされ、感染が疑われる患者への対応も手順が明確にされている。侵襲的な検査の実施に際しては明確な基準が整備されており、確実・安全に実施され、患者・家族への説明と同意も適切に行われている。入院の決定は、入院判定基準が整備され、急性期病院からの紹介患者などには担当者が対応し、多職種により検討され受け入れを行っている。入院診療計画書は多職種により協働で作成され、内容について医師より患者・家族に説明が行われている。リハビリテーション総合実施計画書についても定期的なカンファレンスで見直しが行われ、随時患者・家族に適切に説明がされている。退院後の社会生活への配慮もなされている。退院支援や療養などに関する患者・家族からの相談は、医療福祉連携部が対応し、プライバシーに配慮され情報共有がされている。入院が決定した患者は入院前より説明・見学などの対応を行っている。入院の際には病棟のオリエンテーションも行われている。

医師はリハビリテーションに関する指示や処方を行い、カンファレンス等に参加し、多職種と情報交換を行っている。適宜患者・家族と面談を行うなど病棟業務を適切に行っている。看護・介護職は病棟業務基準・手順に沿って看護・介護の専門性に応じた診療の補助業務や日常生活の支援を実施している。入院時に薬剤師により持参薬管理を行い、服薬状況の確認・指導を行っている。注射薬の調製・混合は薬剤師から病棟看護師へ注意事項が伝えられ、薬剤部における患者誤認防止の手順も遵守されている。入院時に全患者に対して褥瘡のリスク評価が行われ、結果に応じて褥瘡対策診療計画が作成され、褥瘡対策委員会によるラウンドも行われている。栄養管理では脳血管疾患患者全員に対して嚥下評価が行われ、状態に応じて食事や栄養補助飲料の提供が行われている。介助食器が使用され、管理栄養士によるミールラウンド、喫食状況の確認がされており、在宅復帰に向けた食支援プロジェクトの活動が行われているなど栄養管理機能は高く評価される。疼痛緩和の評価を行う手順が整備されているが、評価に基づいた対応・記録を残すことと、患者の苦

痛・不快感への緩和に対する取り組みが期待される。リハビリテーションは、入院後速やかに初期評価とリスク評価が行われている。365 日リハビリテーション訓練が行われ、患者の日常生活動作の支援を目的とした介入など、生活機能を意識したリハビリテーションの実践が行われている。勤務体制を整備し、朝・夕・入浴時の更衣や朝食・夕食・就寝前のケアの介入の充実を図っており、生活機能の向上に向けてチームで取り組んでいる。身体抑制については、入院時に医師より患者・家族へ説明と同意を得て必要時に実施されているが、身体抑制の軽減に向けて検討が望まれる。

入院後、毎月退院に向けた支援について多職種によるカンファレンスが行われている。退院時サマリーが作成され、退院後の関連医療機関・施設等へ連携が図られている。

＜副機能：一般病院 1＞

外来診療は、診療の対応、診療録の情報の共有化、プライバシーへの配慮、患者誤認防止など適切に行われている。医療福祉連携部が、他施設からの入院相談を受け、紹介状、看護記録等の情報を担当医師、各部門と共有し迅速に調整して対応し、入院を受け入れている。診断的検査の対応では、患者・家族へ説明と同意が行われ、医師、看護師、その他関係する職種が十分に観察を行い、安全な検査が実施されている。入院の決定は、患者情報の収集に基づき入院判定が行われ、診断・評価、診療計画の作成および患者・家族の意向を確認し、配慮して受け入れを行っている。医療相談に関しては、社会福祉士が相談の対応を行い、必要に応じて多職種によるカンファレンスで連携して対応している。

医師・看護師は適切に病棟業務を行っている。薬剤の投与においては、ダブルチェックの徹底、注射処方箋、指示表を確認後に与薬を行っている。輸血・血液製剤投与、周術期の対応、褥瘡の予防・治療、症状の緩和、栄養管理と食事指導なども適切に行われている。リハビリテーションは医師からの指示を受け、療法士が病態に応じて評価を行い、リハビリテーション計画書を作成し、説明と同意の実施や多職種によるカンファレンスなど適切に行われている。身体抑制に関しては医師の指示、抑制の必要性の有無、解除の指示を確実に診療録へ記録するよう整備されている。

退院後支援が必要な患者・家族には早期から担当の社会福祉士が調整を行っている。退院時医療福祉連携室と連携を行い、必要な在宅療養支援を実施している。ターミナルステージへの対応は患者・家族の意向を確認し適切に対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、調剤業務手順が整備され、処方鑑査・調剤鑑査が行われている。入院時の持参薬の管理も行われ、疑義照会も適切に実施・把握され、副作用などの安全情報も提供されている。検体検査は、一般検査および尿検査が院内で行われ、その他の検査は外部委託で行っている。精度管理情報は管理され、パニック値などは迅速に結果報告される仕組みであり、臨床検査機能は適切である。放射線技

師の配置が充実しており、X線一般撮影装置、X線テレビ装置、CTによる検査が行われている。異常があった場合は主治医に連絡される仕組みが確立されている。栄養管理機能は、温熱カートを使用しており、適時・適温に配慮された食事提供が行われ、病院として「地産地消の病院食」を掲げ実践している。リハビリテーション部門では入院時に多職種による評価が行われ、目標設定・プログラム作成を行い、速やかに訓練が実施されている。診療管理機能では、退院時サマリーが速やかに作成されているが、カルテ貸出し後の返却の徹底や医療の質向上に向けたコーディネーグの充実などが望まれる。医療機器は使用場所で管理が行われ、医療機器安全管理責任者である看護部長が統括し、取りまとめは法人の管理部総務課が行っている。定期点検も適切に行われている。洗浄・滅菌については、滅菌の質の保証の観点から、滅菌効果の確認について確実に実施することが望まれる。

病理診断は外部委託しており、報告も適切に行われている。輸血マニュアルが整備され、検査科の管理のもとで輸血・血液製剤の保管・管理が行われ、安全な輸血療法が実施されている。救急医療機能においては、病院の機能上、重症患者の受け入れは対応が困難となっているが、専属の看護師が症状等を確認し必要な助言を行い、対応可能な病院に救急要請をするように促すなど適切な案内を行っている。

10. 組織・施設の管理

予算管理体制が整備され、会計処理および会計士による監査も実施されている。幹部会で経営報告と分析・評価され、運営会議で各部門に報告している。予算づくりの仕組みがあり、職員への周知や経営管理など適切に行われている。会計窓口の収納業務、未収金管理等、医事業務は適切であり、医師の関与のもとでレセプト点検、査定・返戻対応が行われている。業務委託選定方法については法人本部主導であるが、業務の質や効率性、費用対効果の検討や監査のシステムなど、適切に行われている。主要な施設・設備の日常点検や年次保守計画に基づく保守管理と緊急時の体制が整備されている。

災害時の備蓄は、災害用物品や自家発電能力の確保、食料品・飲料水・医薬品の備蓄は適切に確保されている。大規模災害時のマニュアルと緊急連絡網は整備されているが、今後大規模災害を想定した訓練の実施が期待される。入院患者への面会や病棟の出入りの際にチェック機能が整備されており、安全確保が適切に行われている。保安全管理や緊急時の応援体制などが確立している。医療事故発生時には医療安全委員会が必要に応じ召集され、職員以外にも弁護士の相談する仕組みが整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習は、主にリハビリテーション部門で受け入れが行われている。実習はカリキュラムに沿った内容で実施され、評価も適切である。守秘義務や、実習前に医療安全や感染管理に関する研修、実習中の事故等に対応する確認も行われている。社会福祉士の職場の見学も行われ、適切に学生実習が行われている。

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	B
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	B
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	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	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	B

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	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	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	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	A
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	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	A
2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	S
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A
2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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	B
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	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	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	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	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	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	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

機能種別：一般病院 1（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A

2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	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	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 1 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：医療法人財団緑秀会 田無病院
 I-1-2 機能種別：リハビリテーション病院、一般病院1(副機能)
 I-1-3 開設者：医療法人
 I-1-4 所在地：東京都西東京市緑町3-6-1

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	99	86	+0	71	37
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	-63	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	99	86	+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	44	+0
地域包括ケア病床	26	+26
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

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

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2018	2017	2016	2018	2017
年度(西暦)					
1日あたり外来患者数	187.34	190.79	203.52	98.19	93.75
1日あたり外来初診患者数	28.41	25.54	27.17	111.24	94.00
新患率	15.17	13.38	13.35		
1日あたり入院患者数	61.36	61.12	59.07	100.39	103.47
1日あたり新入院患者数	1.65	1.78	1.69	92.70	105.33