

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」及び副機能種別「リハビリテーション病院」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 29 日～10 月 30 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

機能種別 リハビリテーション病院（副）

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

1. 病院の特色

貴院は 1991 年に横浜緑病院として開設され、その後、診療機能の強化や診療機器等の充実を図ってこられ現在に至っている。現在は 19 の診療科と稼働病床 236 床を有し、1 日に約 560 人の外来患者と約 200 人の入院患者の治療にあたっている。超高齢社会を支える地域密着型の急性期病院として、迅速かつシームレスな医療提供に取り組むとともに、救急医療の充実・強化にも注力している。また、脳疾患や消化器疾患、関節機能疾患の分野ではセンター化を構築し、専門的かつ高度な医療提供に取り組むなど、地域医療の充実・発展に大きく寄与していることは大いに評価できる。

今回の病院機能評価の受審においては、病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、病院の質向上に継続して取り組んでこられた成果が随所で確認できた。今後とも積極果敢な取り組みを継続され、貴院の現状機能のさらなる充実を図られたい。また、地域住民と地域の医療機関からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されることを祈願する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と 3 項目の基本方針を具体的な内容で明文化し、職員や院外への周知も適切に行っている。病院幹部は、課題の把握と問題解決に積極的に取り組むとともに、

職員の就労意欲を高めるための諸施策を展開している。病院の組織運営では、中・長期計画の策定と部門・部署の目標設定に取り組まれることを期待したい。文書管理では、実態に即した文書管理規定の見直し・整備を図るとともに、規程に沿った文書類の一元管理に向け取り組まれたい。

人材の確保では、現状の診療機能を維持していくための人材をおおむね確保している。人事・労務管理は各種規則・規程類を整備し、職員への周知を適切に行っている。職員の安全衛生管理では、職業感染防止や職員のサポート体制、院内暴力への対応などは適切である。一方で、産業医や衛生管理者による巡視は法令で定められている巡視を確実に実施されたい。職員意見箱や院内保育所の設置など、魅力ある職場づくりは全般的に適切である。

職員の教育・研修は、年間の教育研修計画に基づき計画的に実施し、医療安全や感染制御の研修参加率がほぼ 100%を達成していることは評価できる。職員の能力評価と能力開発では、人事評価制度の運用や学会・研修会等への参加支援、資格取得のための支援体制を整備し、適切に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、病院基本方針に基づき 6 項目にわたり明文化し、院内外への周知にも適切に取り組んでいる。診療記録の開示の決定方法については、事前に診療情報委員会も係わるなど、組織的に対応するよう検討が期待される。説明と同意に関する方針は明確であり、説明と同意の際には「原則的に看護師が同席する」考えの下で実践している。患者と診療情報を共有する体制や仕組みを整備し、医療への患者参加を促進する取り組みも行われている。患者・家族等の相談に応じるため、患者相談窓口と医療相談室にて多様な医療相談に応じている。また、虐待への対応体制も整備している。個人情報保護方針に基づいた取り組みがなされ、患者個人情報漏洩防止のための仕組みを整備している。診療上や生活上のプライバシーはおおむね確保されている。臨床における倫理的課題への体制と取り組みでは、倫理コンサルテーションチームの設置、および月 1 回の会議での 4 分割法を展開しての検討、さらには臨床倫理認定士の資格取得者の養成など、現場での倫理的な課題の解決に積極的に取り組む姿勢を明確にしており評価できる。

療養環境は、患者・家族の利便性や快適性、清潔性に配慮しているが、病棟におけるより安全な療養環境の確保、および禁煙推進の一層の強化を期待したい。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望は、相談窓口での意見聴取や意見箱の設置、隔年実施している患者満足度調査等により把握し、患者サポート会議等で改善に向け取り組んでいる。診療の質向上に向けては、症例検討会や CPC、死亡症例検討会などを開催している。また、臨床指標の充実に向け、QI 委員会の設置や病院独自の QI を設定するなど、活発な取り組みがなされている。なお、クリニカル・パスを活用しているが、バリエーション分析・アウトカム指標の検討の機会を増やすなど、クリニカル・パスの精度向上に向けた一層の取り組みを期待したい。業務の質改善は、

TQM 委員会が一元的に管理し、改善事例も多くみられ、適切に取り組んでいる。新たな診療・技術の導入に関しては、原則として倫理委員会に諮ったのちに実施し、新技術導入に際しての支援体制も整備されている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、患者や家族にも明示している。診療記録等は、記載マニュアルに基づき電子カルテに必要な情報を記載し、診療記録の質的点検も充実した内容で適切に行っている。また、2 週間以内の退院時サマリー作成率も 100% 近くに達しており評価できる。多職種による診療・ケアの実践では、多職種で構成される ICT や NST、緩和ケア、褥瘡、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）などの専門チームが稼働し、専門性を発揮したケアが実施されている。また、電子カルテ上に共通の記録画面があり、患者へのラウンド状況を共有する取り組みも評価できる。

5. 医療安全

医療安全確保に向け、病院長直属の医療安全管理室を設置し、専従の医療安全管理者である看護師長を配置している。検討組織としての医療安全委員会を毎月開催し、医療安全責任者である薬剤師、臨床検査技師、事務職員を含め医療安全管理室会議を毎週開催し、情報共有と対策などの検討も行っている。医療安全マニュアルを電子カルテに取り込み、「医療安全管理室だより」を紙媒体で毎月 1 回以上発行するなど、職員への周知も適切に行っている。インシデント・オカレンスレポートは、院内 Web の電子カルテシステムで 24 時間入力できるようにシステム化され、医療安全管理者により随時確認がされている。

誤認防止対策は、患者にフルネームを名乗ってもらうことを基本とし、入院患者ではリストバンドによるバーコード認証を行い、外来患者では受付番号と診察券で確認を行っている。なお、マーキングの取り決め事項については各部署で取り決めているが、医療安全マニュアルに病院としての方針を明記することも検討された。情報伝達エラー防止では、電子カルテシステムにより指示出しから実施確認まで手順に沿って行っている。また、パニック値や画像診断の結果も確実に伝達する仕組みを整備している。注射・点滴の指示に関しては、確実な指示出しを行うようシステムが改善されたため、引き続き適切かつ確実な指示出しが実施されるよう期待したい。薬剤の安全使用に向けては、院内のハイリスク薬に相当する製剤を明確化するとともに、払い出す際も「ハイリスク薬」であることを表示し、投与時に注意すべき内容が確実に伝達される仕組みの構築を期待したい。転倒・転落防止対策や医療機器の管理、患者急変時の対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

院長直属の感染対策室を設置し、ICD や常勤専従の ICN を配置している。同対策室が中心となり、感染制御の実務部隊である ICT や抗菌薬適正支援チームを編成し活動している。また、院内ラウンドなどにより得られた情報を分析・検討しており、その結果を感染対策委員会に報告している。地域医療機関との合同カンファレンスも定期的の実施し、感染対策のマニュアルも適宜更新するなど、医療関連感染

制御へ向けた体制を整えている。感染制御に向けての情報収集では、週 1 回の ICT ラウンドによる包括的サーベイランスを実施し、院内の感染症の発生状況を把握している。SSI や CRI に関する分析検討を実施するとともに、感染症ごとにアウトブレイクの定義を明確に定め対応している。院外の感染症情報も収集し、院内へ周知している。

医療関連感染制御の活動では、手指衛生や個人防護用具の着用等を徹底している。一方で、感染者の病室に感染性廃棄ボックスを設置しているが、設置場所や注意喚起の表示に配慮するなど、二次感染防止の徹底が望まれる。抗菌薬は、感染対策室を中心に抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を組織するとともに、抗菌薬ラウンドを実施し、抗菌薬の適正使用に取り組んでいる。

7. 地域への情報発信と連携

地域に発信する情報については広報委員会で検討し、地域医療連携室が実働している。病院案内、「新緑ニュース」のほか、ホームページ等にて情報を発信している。ホームページは見やすさに配慮し、QI も病院独自の項目も加えてリアルタイムに更新しているなど、高い完成度を保っている。地域医療連携の取り組みは、地域医療連携室に常勤 4 名の職員を配置し、近隣クリニックや消防署等に適宜訪問し、情報提供・情報収集にあたっている。紹介元医療機関への返書記載率も約 96% と高く、外来受診時・入退院時だけでなく、入院が長くなる時には中間報告も行っており、返書管理は適切である。

地域に向けての医療に関する教育・啓発活動は、地域イベントへの職員派遣や健診事業を通して、地域の健康増進に寄与している。また、地域住民向け健康講座として「みんなの健康講座」を年 10 回以上開催するとともに、「病院祭」を通して健康増進の意識向上に取り組んでいる。今年度は、「みんなの健康講座」の Web 版を作成し、ホームページで公開するなど、新たな取り組みがなされていることは評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示等を通して案内しており、待ち時間への配慮や患者急変時の対応も適切である。外来診療では、問診票や診療情報提供書、お薬手帳などから患者の情報を収集し、他科と連携し安全に配慮しながら診察を行っている。診断的検査は、医師が必要性を判断し、必要性和リスクを患者に説明し同意を得て実施している。医師は入院の必要性を医学的に検討・判断し、入院後に患者の病態を診断・評価して入院診療計画書を作成している。なお、入院診療計画書の作成にあたっては、多職種の専門的視点を反映させることが望まれる。患者・家族からの医療相談に対応する体制を整備し、円滑に入院できる仕組みが整っている。

医師と看護師は、各々の役割と責任に応じた病棟業務を適切に行っている。投薬・注射では、薬剤部で払い出された 1 施用ごとの注射薬を病棟でチームごとや投与時間帯ごとに取り揃えているが、安全性の向上や業務効率化の観点より運用方法

の見直しの検討が期待される。輸血・血液製剤の投与や周術期への対応、重症患者の対応は、適切な管理体制のもと、安全・確実に実施している。

褥瘡への対応と栄養管理・食事指導、症状緩和は、多職種による専門チームが関与し、専門職種が連携しながら取り組んでいる。なお、症状緩和では、麻薬の使用手順・基準について具体化し、周知に向けた取り組みを期待したい。リハビリテーションでは、患者の要望やリスク評価について確実な記載が期待される。また、治療効果を客観的に評価するため、治療前後で同じ基準で評価することを期待したい。身体抑制では、全患者を対象に身体抑制・行動制限の必要性を検討・評価し、抑制中の観察も適切に行っている。患者・家族への退院支援と患者への継続した診療・ケアでは、院内外の専門職種等と連携しながら実施している。ターミナルステージへの対応は適切である。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

外来診療の手順・診断的検査としての嚥下造影検査・入院決定手順は適切である。リハビリテーション総合実施計画書には、訓練時のリスク管理・初期評価や健側評価などの記載の充実が望まれる。専従のMSWが相談業務や病棟スタッフとの調整を行っており、適切に取り組んでいるが、記録が電子カルテのみであり、情報の記録場所については配慮が期待される。入院の案内手順・リハビリ専従医師の病棟業務・看護介護業務・投薬注射の実施は適切である。周術期の手順・褥瘡の予防治療・疼痛緩和に向けた手順は適切である。

栄養管理は、回復期リハビリテーション病棟の専任の管理栄養士により適切に行っている。理学療法・作業療法では初期評価や身体機能測定、リハビリテーション訓練時のリスク管理の適切な実施と記載が望まれる。また、言語聴覚療法においても、言語療法・嚥下訓練時のリスク管理の適切な記載を望みたい。生活機能向上に向けたケアは、看護・介護によるFIM評価を実施し、実際の介護状況が反映されており評価したい。身体抑制の手順・退院支援としての退院計画・家屋評価・訪問リハビリも含む継続療養などは適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

各部門・部署はおおむね適切に機能を発揮しており、良質な医療提供と充実した診療機能に大きく貢献している。薬剤管理機能では、処方鑑査や持参薬管理、注射薬の1施用ごとの取り揃えを適切に行っている。なお、採用品目数が多いため、削減に向け病院全体としての取り組みが期待される。臨床検査機能は24時間体制で対応し、迅速な検査結果の報告とパニック値の確実な伝達、内部・外部の精度管理への対応など、適切に機能を発揮している。画像診断機能は24時間体制のもと、すべてのモダリティで必要時に必要な検査を実施できる体制を整えている。また、速やかに放射線読影レポートを作成し、撮影条件を標準化するなど、画像診断機能を適切に発揮している。栄養管理機能は、患者の嗜好や嚥食状況に応じて個別に対応している。また、適時・適温による食事提供と厨房内の清掃や調理も手順に沿って実施している。一方で、夏季の厨房内の温度管理と配膳車付近の衛生管理にも配

慮されたい。

リハビリテーションは、充実したスタッフのもとで機能を適切に発揮している。診療情報管理はおおむね適切に機能を発揮しているが、量的点検結果の記録を残し、点検精度の一層の向上を期待したい。医療機器は中央管理されているが、医療機器管理室の狭隘化により使用後の医療機器と点検済みの医療機器のゾーニングが明確化されていないなど、業務に必要なスペースの確保、設備の整備等について検討が望まれる。洗浄・滅菌では、入り口から払い出しまでワンウェイ化され、滅菌精度の保証も確実にやっている。病理診断業務は、常勤病理医は不在であるが、外部の病理センターと連携しながら数多くの病理検査を行っており、術中迅速診断にも対応している。輸血・血液管理機能と手術・麻酔機能、集中治療機能、救急医療機能は、病院の規模・機能に見合った体制のもとで安全・確実に機能を発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算編成から会計処理まで規程に則って実施し、財務諸表等も適切に作成している。監査法人による会計監査と法人監事による内部監査を毎年実施している。経営状況の把握では、医事統計や月次決算書等の分析を行うとともに、診療科別原価計算を実施し病院長、診療科、事務部門で検証している点は評価できる。医事業務では、窓口収納業務やレセプト請求業務を手順に基づき実施し、施設基準遵守のための体制を整備しており、未収金管理も適切である。業務委託では、業者選定や委託職員に対する教育・研修などを適切に行っている。

病院の機能に応じた施設・設備を整備し、管理体制も明確である。医療ガス設備の点検体制や廃棄物処理も適切に行っている。購入物品の管理、および災害時への対応体制は適切である。保安業務はおおむね適切であるが、時間外の入館者の管理については一層の強化を期待したい。医療事故発生時の対応手順を整備し、訴訟時の対応体制も整備しており適切である。

11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修では、看護・診療技術・事務の各部門において、採用時のオリエンテーションに加えて研修・育成計画を立案し、成長過程が確認できる仕組みを整備している。また、提携している病院間で階層別研修を行いながらスキルアップを目指している取り組みも見られ評価できる。

学生実習では、各部門で学生実習を積極的に受け入れている。実習依頼先と受け入れに関わる契約書も交わし、個人情報保護や実習中の事故等への対応についても明記している。また、各ガイドラインに沿ったカリキュラムを作成し、全体の受け入れ状況も総務課で把握するなど、受け入れ体制は適切である。

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	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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	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	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	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	B
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	B
2.2.18	安全確保のための身体抑制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	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	B
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	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	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	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	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

機能種別：リハビリテーション病院（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	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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	B
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	B
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	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	理学療法を確実・安全に実施している	B
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	B
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	A
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

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団三喜会 横浜新緑総合病院

I-1-2 機能種別：一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：神奈川県横浜市緑区十日市場1726-7

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	199	199	+0	85.3	11.5
療養病床	37	37	+0	92.9	69.3
医療保険適用	37	37	+0	92.9	69.3
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	236	236	+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)	8	+0
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	37	+0
地域包括ケア病床	40	+0
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： 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(西暦)	実績値			対 前年比	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	559.98	560.29	561.87	99.94	99.72
1日あたり外来初診患者数	63.96	72.73	75.57	87.94	96.24
新患率	11.42	12.98	13.45		
1日あたり入院患者数	204.64	206.99	207.16	98.86	99.92
1日あたり新入院患者数	11.21	10.84	11.29	103.41	96.01