

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」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 6 月 24 日～6 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 1 認定

機能種別 リハビリテーション病院（副）認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
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、民医連による病院であり、無差別平等、差額ベッドなし、無料低額診療を掲げ生活困窮者のみでなく、すべての患者に対して全人的・総合的医療に取り組んでいる。総合診療、家庭医医療、リハビリテーション医療、地域包括ケア医療などの機能を地域の高度急性期病院や診療所などと適切に連携を図りながら発揮している。医療介護連携、地域連携、主治医機能、患者の人格を尊重し、その人らしく生きることなどを目指した生活支援型病院機能を発揮して地域医療に貢献している。病院運営においては群馬県医療生協 10 年構想が策定され、現在第 7 次 5 か年計画が進行中である。病院建て替えという新病院基本構想が大きな柱であり、その実現により更に医療機能や医療の質向上が図れるものと期待する。今回の審査においても、病院全体で多くの職員が熱心に、また真摯に取り組んでいることが確認できた。今後は、今回の審査結果も参考にして貴院が益々地域で必要とされる病院として発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、内容の見直しや院内外への周知を適切に行っている。院長をはじめとする幹部職員は、幹部会や管理会議を通じて病院の現状、今後の方向性・課題について議論し、解決に向けてリーダーシップを発揮している。現

在、病院機能を発揮するうえで最大の課題は施設の老朽化に伴う病院の新築および人材の確保・育成であり、幹部職員はそれぞれの立場でその課題に積極的に取り組んでいる。病院運営の将来の道標となる中・長期計画は、2023年から第7次5か年計画が進行中である。部門・部署ごとの目標設定・アクションプランを策定し、計画の達成度評価も実施されPDCAサイクルが効率的に展開されている。院内の情報管理は、患者情報の適正な管理に努め、データの真正性、保存性の確保を適切に行っている。文書管理については規程に基づき適切に運用している。

法人の人事委員会で人員配置計画を策定し役割・機能に見合った医師をはじめとする人材確保に努力している。人事・労務管理体制を整備し、就業規則等の整備や労働実態把握は適切である。労働安全衛生委員会の開催など衛生管理体制は適切に実施されており、産業医による職場巡視、ホルムアルデヒド取り扱い場所での環境測定の実施など適切である。

全職員を対象にした研修は、年間計画を策定し、医療に携わるものにとって必要な研修は実施しており、参加率やミニテストによる研修効果の確認など適切である。目標管理制度が導入されており、職員の能力開発や組織の活性化に活用されている。医師、看護師、管理栄養士、療法士などの養成課程の学生実習を多くの学校から積極的に受け入れている。実習開始時にはオリエンテーションを開催し、医療安全・感染防止・個人情報保護等に関する教育を実施し、カリキュラムに沿って実習指導と評価が行われており、受け入れ窓口は一元化されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族および職員への周知に努めている。診療録開示は原則開示の方針で、開示規定に従い開示されている。貴院では小児科診療も行われており、今後「子供の権利宣言」についても制定があればさらに適切と言える。患者への説明と同意に関する方針、基準・手順が定められており、意思表示が困難な患者や未成年者の場合の対応も適切である。説明と同意が行われる診療行為の範囲も明確である。医療福祉連携室に相談窓口を設置し、必要な職員を配置し多種多様な相談に対応している。患者の個人情報は、保護方針と規程を定めて保護されており、患者データの二次利用における申請・承認など適切に実施されている。臨床における倫理的課題および患者・家族がかかえる倫理的課題については適切に対応している。

病院へのアクセスについては、必要台数の駐車場確保や無料送迎バスの運行等が行われている。また、院内売店や日用品のレンタルなど患者・家族の利便性に配慮している。療養環境の整備については、診療・ケアなど必要なスペースが確保され、院内の整理・整頓が行き届き療養環境は適切である。受動喫煙防止への取り組みは、敷地内禁煙や禁煙に関する研修会の開催および職員喫煙率を把握しており、継続的な取り組みが行われている。

4. 医療の質

業務の質改善は、業務改善委員会が部署ごとの課題を設定し改善している。今回の病院機能評価の更新受審に向けては、職責者会議を中心に現場の課題の改善に積極的に努めている。各診療科では定期的に症例検討会を開催し、医局主催の画像カンファレンス、多職種による退院支援カンファレンスなどの開催がある。また、全ての死亡例についてリスクマネージャーの確認が行われている。クリニカル・パスは、各科で運用されている。患者・家族からの意見・要望・苦情は、患者満足度調査・投書箱等から収集し積極的に質改善に活用している。新たな診療技術の導入は、申請に基づき管理会議などでの議論を得て決定し、医薬品の適応外使用は薬事委員会で検討している。臨床研究、学会、学術集会への発表は倫理委員会や管理会議で検討されている。

病棟では責任医師や看護師長名を掲示し、医師は診療経過を把握している。病棟師長は患者訪問を行い、ケアの実施状況や患者・家族の要望等を聴取して対応している。電子カルテを運用し、医師・看護師記録がなされている。今後は、退院時サマリーの2週間以内の作成率の向上に加え、診療録の質的点検における評価項目の再検討と看護記録点検数の増加を期待したい。感染、栄養、褥瘡、糖尿病など多職種による専門チームが活発かつ組織横断的に活動している。多職種参加の課題別カンファレンスによる情報共有も適切に行われている。

5. 医療安全

患者の医療安全確保に向けた取り組みは、院長直轄の「医療安全部」を中心に、専従のリスクマネージャーをはじめ医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者など多職種で構成された組織体制が整備されている。インシデント・アクシデント情報は医療安全部に報告され、事故防止・改善策が検討されている。改善策の検証は事故防止小委員会等のラウンドや委員会で行われている。医療事故発生時の対応体制を整備し、地域連携相談センターに医療メディエーターが配置され紛争化を未然に防止する取り組みも行われている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は、患者誤認防止マニュアルに沿って的確に行われている。手術時のタイムアウトを実施し、患者・部位等の誤認防止に努めている。医師による薬剤処方、各種指示出しは電子カルテシステムを用いて確実に行われている。口頭指示は専用メモを用いて正確な情報伝達に努めている。薬剤の誤処方、重複投与、相互作用、併用禁忌は薬剤師により確認されている。転倒・転落防止対策は危険度評価に基づく計画が立案され、個々の対策が適切に行われている。組織内の医療安全の向上を目的として、毎月第1週を「患者誤認防止週間」と定め医療安全活動に積極的に取り組んでいる。院内緊急コードが設置され院内に周知されている。招集訓練、BLS・AED訓練も実施されている。医療機器管理は日常点検および法定点検、機器管理など適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会を設置し感染制御の方針を決定し医師、看護師、薬剤師、臨床検

査技師からなる感染対策チーム（ICT）が感染制御の実務を担当している。また、各病棟、外来にはリンクスタッフ、薬剤室など各部門に担当者を配置し、日々現場の感染防止対策実施状況の確認を行っている。院内感染対策マニュアルは各部門に設置され感染対策指針を明示し、標準予防策、感染経路別予防策などを記載している。各病棟の発熱者や感染症患者情報を取りまとめ ICD、院長に報告されている。検査室では細菌培養・血液培養検査報告を確認して ICT で情報共有し、結果を取りまとめ、感染チーム会議、感染対策委員会に報告をしている。院内ではターゲットサーベイランスとして、中心ライン血流感染、尿路カテーテル感染の把握がなされている。院外の感染症に関する情報は関連部署で把握し適切に情報共有されている。

現場での医療関連感染を制御する活動は、標準予防策を遵守し、感染性廃棄物の処理も適切である。抗菌薬の採用・削除の検討は ICT から意見聴取を行い薬事委員会で協議・決定している。抗菌薬は「抗菌薬使用ガイドライン」に従い使用され、周術期の予防的抗菌薬投与も適切に行われている。抗 MRSA 薬、広域スペクトラムの抗菌薬は届け出制であり院内分離菌の感受性パターンが把握され、アンチバイオグラムが作成されている。

7. 地域への情報発信と連携

患者や地域住民への情報発信は多くの広報媒体を利用し、自院の医療機能や診療体制、行事予定など最新の情報を発信している。また、積極的に地域住民との交流を深める活動を行うなど地域等へ分かりやすく必要な情報の発信をしている。地域医療連携は地域連携相談センターが担当し、紹介元への返書管理や情報提供は適切に行われている。連携先の訪問、地域医療機関対象の勉強会や連携会議を通して、連携に必要な情報やニーズを把握するとともに、自院の最新の診療体制などを案内するなど、顔の見える関係作りに努めている。人間ドックや各種がん検診など健診事業を積極的に行い、患者や地域住民向けに「まちかど健康相談」、「お茶のみ保健室」、「広瀬川教室」など地域に密着した健康啓発活動が地域の様々な施設や病院内で開催されている。開催に際して周知も院内外で積極的に広報している。

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で案内し、スムーズな診療受診を支援している。外来における検査・処置は説明同意のもと安全に配慮しながら行っている。地域からの紹介患者の受け入れについては、地域医療相談センターが窓口となり受け入れや紹介を円滑に行っている。診断的検査の必要性は医師により医学的に判断され、実施している。自院で行えない検査は検査可能な施設に紹介して実施している。入院の必要性は外来担当医師の医学的判断によってなされ、患者・家族の希望に配慮し入院決定をしている。入院時の患者の病態に応じた医学的評価に基づき、入院診療計画書が医師、看護師など多職種により作成され、患者・家族に説明されている。患者相談窓口では多種多様な相談に応じ、必要に応じて多職種および関連する部門が連携して対応している。医師は、毎日診察・回診をすると

もに、病棟スタッフとの情報交換を行い、結果を電子カルテに適時に記載している。看護師は、看護基準、手順を整備し、患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握して多職種と情報共有しながら看護計画を立案し日常業務を円滑に実施している。

抗生剤初回投与時の患者の状態・反応については観察・記録の充実を期待したい。輸血・血液製剤投与および周術期の対応および重症患者の対応は適切である。褥瘡の予防・治療および栄養管理は適切に行われている。疼痛ケアマニュアルが整備され、フローチャートで対応手順が明確になっている。リハビリテーションの実施については、リスク評価について確実な記載を期待する。身体拘束は、身体拘束基準に基づき実施されているが、身体拘束中は患者の状態に応じた間隔での観察や観察の都度の記録を期待したい。患者・家族への退院支援、必要な患者に継続した診療・ケアについては適切に実施している。ターミナルステージの対応も適切である。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

嚥下外来は、嚥下障害患者を在宅でもフォロー可能とする取り組みであり、安全にも配慮し実施している。動きたくなる生活づくりを目標に、生活の場である病棟で、可能な限り訓練を行い、理学・作業・言語各療法士と看護師が協働して状況把握・情報共有を図り、ADL維持改善に努めている。カンファレンスほか、頻繁に情報交換する機会を設け、医師をはじめ風通しの良い組織づくりに努め、各職種のプログラム・計画を適切に見直している。社会福祉士は精神保健福祉士とのダブルライセンス者が複数名在籍するなど、充実した医療相談を行っている。病棟専任の管理栄養士を配属し、きめ細かい観察・情報共有・栄養状態改善の提案を行っている。退院支援は、患者・家族の要望を受け入れ、退院後の連携先とも適切に情報共有し、安心して退院できる体制である。身体拘束については原則として行わない方針であるが、厚労省の3原則を満たした緊急やむを得ない場合に限り、医師から患者・家族への説明を行い、同意を得て身体拘束をしている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、温・湿度管理、持参薬の鑑別・管理、処方鑑査、疑義照会など適切に実施している。医薬品集の整備も適切になされている。臨床検査機能は、休日、時間外はオンコール体制で、検体検査、生理検査、細菌検査、病理検査に対応し検査結果の迅速な報告に努め、検査のパニック値の報告体制も適切である。画像診断機能は、PACSを運用し迅速な検査実施・報告に努めている。時間外はオンコール体制で緊急検査への対応がある。CT、MRI検査画像は非常勤放射線科専門医の画像読影が迅速に行われ、時間外も読影対応があり評価できる。栄養管理機能は、衛生管理を徹底し、適時・適温の食事提供や個別対応・行事食の提供など適切である。リハビリテーション機能は、病棟での医師カンファレンスへの参加や職場内での毎日の朝会、毎週症例検討があり活動は活発である。各担当は複数のリハビリプログラムを準備し日々の業務に取り組んでいる。診療情報管理機能において量的点検は退院時全件に実施され、紙媒体の管理も適切であり、迅速な検索、提供が

できる体制がある。医療機器の保守点検等の管理は総務課で一元管理している。使用済みの医療器材は、一次洗浄は行わず、専用容器にて回収し洗浄・滅菌している。洗浄・滅菌機能は確実に安全な業務が行われている。

病理診断機能は非常勤医師による対応である。悪性の組織結果は主治医へ病理検査結果をコピーし直接手渡す運用である。病理室でホルマリンの分注がされているが、作業環境測定の結果は第1管理区分である。輸血・血液管理機能は検査室が担っている。廃棄率抑制に向けた取組等は適切に行われている。全身麻酔はすべて大学の非常勤麻酔科医が担当し、手術のスケジュール管理は手術室看護師が行い、主治医と麻酔科医とを仲介し情報交換や調整を行っている。救急医療は救急告示病院として役割に応じた機能を発揮している。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に基づき行われており、監査は公認会計士によって行われている。必要な財務諸表は作成され、予算の策定は各部門の要望を聴取して管理会議での検討を経て法人本部で承認・決定されている。予算の執行状況や経営状況も毎月把握され、院内への周知体制も適切である。医事業務は窓口業務、レセプト、未収金対応など適切に行われている。委託業務については、委託の是非の検討や業者の選定および業務の遂行状況の把握など適切に行われている。施設・設備は、病院担当部署や委託業者により実施され、緊急時の対応体制も適切である。建物は清掃も含め維持・管理が行き届いている。物品管理はSPDが導入され、適切に行われている。防災マニュアル・BCPの整備、停電時の対応や水・食料品の備蓄も行われており、大規模災害を想定した訓練も実施されているなど災害発生への対応は適切である。保安業務は、夜間・休日は警備員および病院職員により安全が確保されている。緊急時の連絡・応援体制も明確にされており、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	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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	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	B
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	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	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	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	B
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	B

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	B
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	栄養管理と食事支援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	B
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化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

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	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	B
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	B
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	
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	A
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	A
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	B
-------	-----------------	---

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
-------	---------------	---

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	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	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	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	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	身体拘束（身体抑制）の最小化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

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 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 群馬中央医療生活協同組合 前橋協立病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)
 I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）
 I-1-4 所在地： 群馬県前橋市朝倉町828-1

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	156	147	+0	93.2	56
療養病床	33	33	+0	91.6	118.7
医療保険適用	33	33	+0	91.6	118.7
介護保険適用	0	0	+0	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	189	180	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	51	+0
地域包括ケア病床	60	+15
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

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： 1 人 2年目： 1 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

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	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		292.06	313.43	301.46	93.18	103.97
1日あたり外来初診患者数		34.96	38.48	38.64	90.85	99.59
新患率		11.97	12.28	12.82		
1日あたり入院患者数		167.26	167.46	160.04	99.88	104.64
1日あたり新入院患者数		4.45	4.89	4.58	91.00	106.77