

# 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「緩和ケア病院」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 28 日～10 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
機能種別	緩和ケア病院（副）	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。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、伊勢崎病院として 1948 年に開設され、その後病院新築など幾多の変遷を経て 1979 年に伊勢崎市民病院に改称された。2005 年に伊勢崎市が開設者となり、2020 年には地方公営企業法全部適用に移行された。現在は許可病床として一般 490 床、感染症 4 床の計 494 床を有し、地域の中核的病院として先進的な医療や特色ある医療の推進に取り組まれている。また、地域医療支援病院の認定をはじめとして、地域がん診療連携拠点病院、臨床研修病院、地域災害拠点病院などに指定されている。

今回の更新受審に際しては、継続的な質改善に向け幹部および職員が一体となって努力されていることが確認できた。今後はこの審査結果も参考に、さらに医療の質向上を図られ、ますます地域に貢献されることを期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の使命と役割を明確にした理念・基本方針を明文化し、院内外へは各種媒体により適切に周知している。病院管理者・幹部は、職員に対し新公立病院改革プランを基に将来像を明示している。また、運営上の課題・問題を的確に把握し、解決に向けてもリーダーシップを発揮している。意思決定機関の幹部会議は有効に機能し、必要な会議や委員会も開催されている。具体的数値を伴った中・長期計画、毎年の事業計画、部門・部署毎の目標などが作成され、定期的な評価も行っている。

情報の管理・活用の方針およびシステム化への対応は計画的であり、診療情報データの二次的な利用への取り組みもある。文書管理規程に沿った業務が実践され、マニュアル等の一元的な把握も行われている。

業務量に応じて、医師をはじめとした必要な人材が確保されている。就労管理は、働き方改革検討委員会を組織するなど、おおむね適切に行われている。職員の安全衛生管理は、職場巡視と非常勤医師の健康診断結果提出に向けての取り組みを期待したい。福利厚生への配慮などは適切に行われているが、職員の意見・要望の把握に向けての取り組みが期待される。

職員への教育・研修では、全職員に対する研修計画の作成、必要性の高い課題についての教育・研修が確実に実施されている。教育・研修に必要な書籍や雑誌は一元的な管理が行われており、外部からの文献入手システムの取り組みは評価できる。能力評価・能力開発では、目標設定に対する個別の評価や人事評価が行われ、必要な支援・指導が行われている。また、能力開発は専門分野の資格取得に向け積極的な支援が行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利と責務が明文化され、患者・家族および職員への周知を図っている。説明と同意は、病院としての基準の明確化と全体を把握・管理する仕組みの構築が期待される。セカンドオピニオンの対応は明確であり、ホームページなどで周知が図られている。患者からの情報は的確に収集され、入院診療計画書やクリニカル・パス、パンフレットなどにより、患者との情報共有と医療への参加促進が適切に行われている。患者支援体制は、支援窓口を設置し専門職員の配置による多様な相談への対応、院内外との連携、情報の共有、虐待が疑われる患者への対応体制の確立など、取り組みは高く評価できる。個人情報保護規程は整備され、利用目的とともにホームページや入院案内などで周知を図っている。臨床における主要な倫理的課題については、方針が整備され、倫理委員会で検討する仕組みが確立している。また、臨床現場における倫理的課題は多職種で検討され、解決困難な事例は倫理委員会に相談する仕組みが明確になっている。

病院への公共交通機関でのアクセス、来院者用駐車場の整備など患者・面会者の利便性は良好であり、コンビニ等の設置のほか、生活延長上に必要な設備が整えられている。院内の施設・設備は、バリアフリーの確保、各所における手摺りの設置など障害者や高齢者に適切な配慮がなされている。療養環境の整備では、整理整頓が行き届き、診療・ケアに必要なスペースの確保など快適な療養環境に努めている。受動喫煙防止では、敷地内禁煙は徹底されているが、職員に対しての継続的な喫煙率の把握や禁煙推進活動への強化が期待される。

### 4. 医療の質

意見箱や毎年の患者満足度調査などで患者・家族の意見が収集され、フィードバックも掲示やホームページで適切に行われている。各診療科での症例検討会、CPCやがんセンターボードが開催され、診療ガイドラインも適切に活用している。臨床指

標は、収集したデータの分析に取り組み、医療の質向上を図る PDCA サイクルの確立を期待したい。クリニカル・パスの作成や見直し、活用も適切に行われている。業務の質改善への取り組みは、医療の質評価向上委員会等で質改善に向けての検討が行われ、立ち入り検査への指摘事項にも速やかに対応している。新たな診療技術の導入や薬剤の適応外使用などに際しては、先進医療審査委員会で安全面・倫理面を検討する仕組みが構築されている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確にされており、主治医不在時の対応体制も確立している。診療記録は、手順に基づいて必要事項が適切に記載されている。退院時 2 週間以内サマリー完成率は 100% に向けての取り組みを期待したい。多職種による栄養サポート・感染対策・緩和ケア・褥瘡対策・認知症ケアチームなどが組織され、各職種が協働してラウンド実施などによる適切な指導や介入を行っている。

## 5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室が設置され、専従の医療安全管理者を配置するなどの体制は確立している。また、医療安全管理委員会などが組織され、安全確保に向けた決定事項等は速やかに周知する仕組みが構築されている。医療安全に関するマニュアル類は整備され、改訂履歴も適切に記載・管理している。インシデント・アクシデントはレポートシステムにより報告され、医療安全管理室で集計・調査・対策の検討が行われ、対策に関する職員への周知も適切に行われている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策はマニュアルに沿って、適切に実践されている。情報伝達エラー防止対策では、医師の指示出し・指示受け・実施確認に際して、多職種でのマニュアルやフローチャートを作成されるとさらに良い。薬剤では、劇薬やハイリスク薬の表示は明確で、薬剤の取り違い防止に向けての工夫もされている。転倒・転落防止は、全入院患者に対してリスク評価を行い、リスクに応じた看護計画を作成し、対策が実施されている。また、転倒・転落発生時の対応に関する手順も整備されている。医療機器は安全な使用に向け、臨床工学技士による教育・研修が計画的に実施されており、マニュアルに基づいた点検、設定条件の確認や作動確認も適切に行われている。院内緊急コードが設定され、計画的な訓練も実施されている。また、全職員を対象とした BLS 研修を毎年実施している。救急カートは、定期的な点検や統一した管理が行われている。

## 6. 医療関連感染制御

専従の ICN2 名を配置するなど、医療関連感染制御に向けた体制は確立している。感染対策委員会が毎月開催されており、ICT の活動や抗菌薬使用状況などが報告され、新型コロナウイルス感染症の診療状況も報告・検討されている。ICT は毎週ラウンドを実施し、対策や改善に向けての確認を行っている。感染制御に関するマニュアルは適宜改訂され、職員にも適切に周知している。感染関連情報は、ICN や ICT が把握に努めている。ターゲットサーベイランスでは、SSI などが実施されている。アウトブレイク発生時の対応体制は整備され、対応実績もある。

感染制御活動は、院内感染防止マニュアルが作成され、手指衛生への取り組みな

どが実践されている。また、医療現場での感染性廃棄物の取り扱い、血液・体液が付着したリネン・寝具類の取り扱いなどが適切に行われている。抗菌薬の適正使用手順を整備し、抗菌薬の使用状況はASTにより把握されている。TDMの測定やアンチバイグラムの作成、周術期における1時間以内の予防的抗菌薬投与など適切に実施されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービスの情報発信はホームページや広報誌などで行われている。診療実績や臨床指標等はホームページで公表している。地域連携は、地域医療支援病院でもあり紹介率および逆紹介率は高く、定期的な診療所訪問などで地域の医療ニーズの把握に積極的に取り組み、連携および協力は円滑かつ適切に行われている。地域住民への健康増進活動に向けては、公民館における出前ミニ講座、院内での毎週のミニ健康講座を開催している。地域の医療従事者に対しては、研修会・講演会・症例検討会等を開催しているなど、地域に向けての医療に関する教育・啓発活動は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

総合案内が設置され、医療法や施設基準に沿った受診に必要な情報の掲示、紹介患者の受け入れ、救急および感染が疑われる患者の受け入れ体制が整備されている。外来診療は、確実な情報収集や誤認防止の徹底など安全な診療が行われている。侵襲性の高い検査に対する説明と同意、検査中、検査後の患者の状態把握など診断的検査は確実・安全に実施されている。入院は、医師の医学的判断に基づいて決定されている。病態に応じた入院診療計画書が迅速に作成され、見直しなども適切に行われている。患者・家族からの医療相談および患者の円滑な入院に対しては、いずれも適切な対応がなされている。

医師は毎日の回診、スタッフとの情報共有など病棟業務を適切に行っている。看護師の病棟業務は、看護基準、症状疾患別看護手順に基づき、標準化や個別性を確保し、他職種との情報共有も適切に行われている。薬剤師による服薬指導、薬歴管理、高カロリー輸液の調製など、投薬・注射は確実・安全に行われている。輸血・血液製剤投与は、マニュアルを整備し、投与中、投与後の状態や反応の観察が適切に行われている。周術期の対応は、術前の検討、説明と同意、術前・術後の搬送時の安全への配慮などが適切に行われている。重症患者は、重症度の評価に応じた病室管理、RSTチームなどによる回診や他職種の関与などが適切に行われている。

褥瘡の予防・治療では、褥瘡発生のリスクに応じた看護計画の立案、褥瘡対策委員会での協議、多職種による褥瘡回診など積極的な活動が行われている。栄養管理と食事指導、および症状などの緩和に対する取り組みは評価できる。リハビリテーションは、評価に基づいた総合実施計画書の作成、情報共有や患者・家族に対してのリスク評価と説明も確実に行われている。身体抑制はできるだけ行わない方針であり、やむを得ない場合は、医師の指示によりフローチャートに沿って実施している。

退院支援は、早期から退院支援に取り組み、院外との連携も適切に行われている。必要な患者に対しての継続した診療・ケアの支援は適切に行われている。ターミナルステージの判定は多職種での検討・最終決定が行われている。逝去時や臓器移植時の手順も整備されている。

#### ＜副機能：緩和ケア病院＞

緩和ケア病棟は細やかな配慮が行き届き、落ち着いた雰囲気でも過ごしやすい環境になっている。患者の受け入れは円滑に行われているが、入院面談の待機時間の短縮に向けた取り組みがあればさらに良い。医師・看護師を中心に、薬剤師やMSW、リハビリ療法士、管理栄養士、臨床心理士等の多職種スタッフが有機的に協働し、患者・家族を真摯に支えるチーム医療が適切な形で推進されている。入棟前から多職種が関与して、これからの過ごし方について検討されており、患者・家族の希望を最大限に尊重したスピーディーな退院支援が行われている。

高度ながん治療を積極的に推進して地域を支えているがん診療連携拠点病院における緩和ケア病棟として、思いがけずに状態が悪くなった患者・家族の気持ちを支え、最善の過ごし方を検討する緩和ケア病棟の役割が最大限に発揮されていることは極めて高く評価できる。

### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、業務マニュアルを整備し、注射薬の1施用ごとの取り揃え、処方・調剤鑑査など適切に発揮されている。臨床検査は、24時間対応体制の整備、迅速な結果報告、パニック値への対応など機能を適切に発揮している。画像診断機能は、業務体制の整備、読影率100%の実施など適切に発揮している。栄養管理機能は、適時・適温に対しての配慮、疾患・病態に応じた食事提供への取り組み、調理室等の衛生管理など適切に発揮している。リハビリテーション機能は、他職種との情報共有、連続性の確保など適切に発揮されている。診療情報管理機能は、全症例に対する診療録の量的点検について、継続的な取り組みを期待したい。医療機器は、臨床工学技士による一元的管理、夜間・休日の対応体制整備など、機能は適切に発揮されている。洗浄・滅菌は、一次洗浄を含め全て中央化され、既滅菌物の保管・管理も適切に行われている。

病理診断機能は、結果の迅速な報告、ブロックの永久保存、危険性の高い薬品類の適正な保管など適切に発揮している。放射線治療は、医師をはじめとした人材の確保、計画線量の管理などが適切に行われている。輸血・血液管理機能は24時間体制で対応し、血液製剤の保管・管理体制が整備されている。手術・麻酔機能は、スケジュール管理、HEPA フィルターの交換、術中・術後の管理など適切に発揮している。集中治療機能は、医師をはじめとした多職種での活動、入室基準の明確化など適切に発揮している。救急医療では、受け入れ体制の整備、虐待が疑われる患者への対応など、機能は適切に発揮されている。

## 10. 組織・施設の管理

会計処理は会計準則に基づいて適正に実施され、財務諸表の作成や監査の実施など財務・経営管理は適切に行われている。窓口収納業務、レセプト点検・査定等一連の診療報酬請求、未収金に対する取り組みなど医事業務は適切に行われている。委託業者の選定は、総合的な検討に基づき適正に決定されている。また、委託業務従事者に対する院内の教育・研修参加にも配慮している。

病院の機能に見合った施設・設備が整備され、計画に沿った保守管理や定期点検を実施し、記録も保管されている。院内の清掃、医療ガス管理および感染性廃棄物の処理は適切に行われている。物品管理は、診療材料などを SPD で対応しており、定数の見直しや在庫管理も適切に行われている。

災害時の対応マニュアルや連絡体制は整備され、地域住民も参加する大規模災害や火災を想定した訓練を実施している。また、地域災害拠点病院であり、DMAT 隊員も含めた災害医療活動ワーキングチームが毎月災害対応を検討しているなど、地域防災や災害対策について地域との連携を高めている取り組みは高く評価できる。食糧および飲料水は職員分も含め適切に備蓄されている。保安管理は、防犯カメラの設置、施錠管理や院内巡視が適切に行われており、緊急時の連絡・応援体制も確立している。医療事故等の対応マニュアルが整備されており、職員への周知も適切に図られている。医療事故が発生した場合には、原因究明と再発防止に向けて検証を行う仕組みや必要な委員会を招集する体制が確立している。

## 11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修はプログラムに基づき実施され、指導医との相互評価やプログラム評価が行われている。外部委員が参加する研修管理委員会も随時開催されている。その他の専門職種の初期研修については、全職種対象の入職時オリエンテーションを実施し、その後各部門で独自のプログラムに基づいた研修を行っている。

学生実習等は、看護部門をはじめ各部門で受け入れており、カリキュラムに沿った実習・評価が行われている。事前に医療安全や医療感染制御、個人情報保護に関する研修が実施されており、ウイルス抗体価検査の確認なども行われている。事故発生時などの取り決めもあり、学生実習等は適切に行われている。

# 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	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	S
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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	A
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	B
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	S
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：緩和ケア病院（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	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	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	S
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2021 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：伊勢崎市民病院

I-1-2 機能種別：一般病院2、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者：市町村

I-1-4 所在地：群馬県伊勢崎市連取本町12-1

## 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	490	409	-81	78.5	11
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神病床			+0		
結核病床			+0		
感染症病床	4	4	+0	0	0
総数	494	413	-81		

## 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
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		+0
ハイケアユニット (HCU)		+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		+0
新生児集中治療管理室 (NICU)		+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		+0
放射線病室		+0
無菌病室		+0
人工透析	28	+0
小児入院医療管理料病床	22	-13
回復期リハビリテーション病床		+0
地域包括ケア病床		+0
特殊疾患入院医療管理料病床		+0
特殊疾患病床		+0
緩和ケア病床	17	+0
精神科隔離室		+0
精神科救急入院病床		+0
精神科急性期治療病床		+0
精神療養病床		+0
認知症治療病床		+0

## 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), がん診療連携拠点病院(地域), 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： 12 人 2年目： 12 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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	781.69	879.55	875.31	88.87	100.48
1日あたり外来初診患者数	72.53	91.77	96.57	79.03	95.03
新患率	9.28	10.43	11.03		
1日あたり入院患者数	355.97	403.82	407.87	88.15	99.01
1日あたり新入院患者数	30.46	35.84	36.19	84.99	99.03