

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 2 月 15 日～2 月 16 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、医療や福祉を通じた社会貢献を目的に 1924 年に設立された財団法人日本生命済生会の基本理念「済生利民」の精神を継承し、1931 年に日生病院として開院し、以降は、医療技術の進歩発展や地域住民のニーズの高度化・多様化に応えながら、地域の医療水準の向上に大きな役割を果たして来られた。そして、2012 年の公益財団法人への移行を経て、2018 年の病院新築時に合わせて強化すべき機能・役割を明確に定め、それらの実現に向けた活動を展開しつつ、現在は、地域医療支援病院、大阪府がん診療連携拠点病院、ジャパン・インターナショナル・ホスピタルズ（JIH）推奨病院として、地域の医療機関・福祉施設等との連携を強化しつつ、求められる医療ニーズに総合的に応えている。

今回は 5 回目の病院機能評価の受審であるが、病院長や幹部の強いリーダーシップの下に職員が一つになって、課題の克服や病院機能の向上、医療の質・医療安全の向上に努めてきたことが確認できた。患者中心の医療の提供に努力し、多数の専門チームや多職種参加による良質な診療・ケアを実践しており、特に地域医療機関等との緊密な連携、患者意見を採り入れながらの療養環境の整備や安全で美味しい食事の提供に向けて秀でた取り組みを行っていることが認められた。

各領域の評価所見や総括に記した内容を参考にされ、診療情報を活用しての“組織横断的な改善活動”を積極的に展開しながら、医療機能の一層の充実、ならびに医療安全・質の向上に向けた一層の取り組みを継続し、益々発展されることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念および基本方針が明文化され、院内外への周知が適切に図られており、基本方針は病院を取り巻く環境の変化等に応じて見直しの有無を毎年確認している。病院長は病院の進むべき方向や強化すべき機能、現在の課題を職員に発信し、共有化に努めており、病院幹部は役割に応じて課題解決に向け努力しており、それぞれがリーダーシップを適切に発揮している。意思決定会議の開催、委員会規程の整備や運営、組織内の情報伝達、事業計画作成のプロセスなど、組織運営は適切である。診療情報の二次活用については、病院機能向上委員会が中心になり日本生命病院 QI として数多くの診療情報を取りまとめているが、今後は、それらを活用して診療の質・安全の向上につなげる組織横断的活動の強化を強く期待したい。文書管理については、文書管理規程の内容の充実が望まれる。医療現場で使用するマニュアル類は一元的に管理され、院内グループウェア上で常時閲覧可能である。

法的に必要な人材は確保されており、病院機能・業務量に応じての増員が図られている。職員の安全衛生管理面では、安全衛生委員会を毎月開催し、定期的な院内ラウンド・職員健康診断・予防接種・精神的サポート・労働環境チェック等が適切に実施されている。職員の意見や要望は、職員アンケートや職員面接などによって把握され、諸々の対応が取られている。

職員教育は、学会・外部研修等への積極的参加を推奨しており、認定看護師の育成にも積極的である。全職員対象の研修会については、医療安全・感染制御等の研修が適切に実施されている。職員の能力評価・能力開発では、全職員を対象とした目標管理評価制度を整え、所属長による目標設定面接と評価・指導面接を実施している。医師に対しても病院長・診療部長による面接が行われ、能力開発・モチベーション向上に努めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が適切な内容で明文化され、毎年その内容の見直しを行い、患者・家族や職員への周知徹底に努めている。説明と同意の方針は明確であり、同意が必要な範囲や同意基準を定めている。患者の理解と意思決定への支援は適切であり、セカンドオピニオンにも適切に対応している。診療・ケアへの患者理解を深めるために入院案内が工夫され、患者用パス等を活用しての患者参加の協力依頼、さらに病院医師による疾患別パンフレットの作成などの取り組みがある。患者相談窓口は「あったかサポートセンター」に一本化され、センター内の地域医療連携・入退院支援部門と連携しつつ多様な相談に適切に対応している。

個人情報保護に関する規程が整備され、個人情報の物理的・技術的保護なども適切である。倫理委員会を設置して倫理的課題を検討しており、主要な倫理的課題に対する方針も明確である。日常的な倫理的課題に対しては、臨床倫理コンサルテーションチームが現場とともに取り組んでいる。

病院へのアクセス状況は良好であり、玄関での総合案内係の配置や、医療通訳を配置しての外国人患者対応等が行われている。院内ではコンビニやカフェ、レストランなど生活延長上の設備を整え患者・家族の利便性向上に努めている。全館バリ

アフリーであり、車椅子等の必要備品が整備されるなど、高齢者や障がい者への配慮も適切である。2018年の新築移転によって病院全体にわたり最新の快適な療養環境を提供している。ホスピタルコリドーなど「癒しの空間」を整備し、加えて新築移転以降、継続して患者の意見を収集しつつ療養環境の改善に努めており、その姿勢は高く評価できる。受動喫煙防止への取り組みは、大阪府がん診療連携拠点病院として、地域の見本となるよう積極的な取り組みを工夫されると良い。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、病棟スタッフの日々の業務の中での聴取や、意見箱・アンケートなどにより収集し、CS・ES推進プロジェクトでの検討を経て改善につなげている。診療の質の向上面では、多職種が参加する症例検討会やクリパス症例検討会などを開催し、臨床指標は日本病院会 QI 活動にも参加して積極的に活動している。業務の質改善は、NST・ICT 活動の他に、診療機能向上プロジェクトが到達目標を定めて活発に活動している。また、CS・ES 推進プロジェクトでも多くの改善実績を挙げている。新たな治療法および技術導入などは、それぞれ担当の委員会・会議で検討し、必要に応じて倫理委員会を経て運営会議で決定しているが、その手順の明文化を望みたい。

診療・ケアの責任や管理体制は明確であり、病棟責任者は毎日のラウンドにより、患者・家族の状況を把握し、診療部長による定期的な回診も行われている。診療録の記載基準が作成され遵守されている。診療科や職種を超えた連携や、活発な多職種カンファレンス、必要時の各専門家チームの介入など、多職種が組織横断的に協働しての診療・ケアが実践されている。

5. 医療安全

医療安全体制は、院長直轄の医療安全対策室に対策室長（院長補佐）・専従の医療安全管理者（看護師）を配置し、毎週の会議開催や、緊急事案への迅速な対応に努めている。マニュアルの適宜改定や医療安全管理委員会等の開催、転倒・転落防止等のワーキンググループ活動などが適切に行われている。インシデント・アクシデントレポートは医療安全管理者が常時内容を確認し、必要な対応が迅速に取られている。なお、レポートについては、部署と医療安全管理委員会・対策室が協力しつつ、分析と再発防止策を立案し、病院全体で共有する取り組みをされると良い。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は手順が遵守され、手術室ではタイムアウト等が適切に実施されている。処方・指示などの情報伝達は、統一した手順で遅滞なく安全・確実に実施され、緊急指示や口頭指示への対応も適切である。薬剤の安全管理面では、麻薬管理、抗がん剤のレジメン登録などは適切である。転倒・転落防止対策は全患者への評価を行い、高危険度の患者にはカンファレンスにて防止策を講じて、多職種との情報共有を図りつつ対処している。医療機器管理は、臨床工学技士が機器を一元管理し、マニュアル整備・点検・使用中の記録など安全な使用に取り組んでいる。なお、医療機器安全管理マニュアルをより理解しやすくする工夫があると良い。

患者急変時の対応は、院内緊急コードを設定しており適切な周知と実働がある。また、救急カートは院内統一仕様となっており、多職種が協力して整備を行っている。全職員を対象に毎月 BLS・AED 訓練を実施し、受講者を把握している。

6. 医療関連感染制御

院内感染制御体制は、病院長直轄の感染対策室を設置し、専任 ICD・専従 ICN を中心とする ICT・AST がラウンドやカンファレンスなどを実施し、現場での権限を持った活動・指導を行っている。院内感染対策委員会は毎月開催され、医療関連感染制御マニュアルを適時改訂し職員に周知している。情報収集面では、日常の微生物サーベイランスやターゲットサーベイランスを実施し、JANIS への参加などにより情報収集にも努めている。アウトブレイクの予防に努めるとともに、発生時には感染対策室が起点となって迅速に対応する体制を整備している。また、2018 年の大阪市感染対策支援ネットワークの立ち上げに関わり、地域の感染対策・防止に向けても取り組んでいる。新型コロナウイルス感染症への対応は、2020 年 1 月に疑似症定点拠点病院に指定され、設備・運用面での感染対策を講じたうえで外来・入院診療を開始している。

院内感染の制御活動は、ICT ラウンドや感染経路別対策などが適切に実施され、現場では標準予防策を遵守し、手指衛生実施状況が把握されている。感染性廃棄物や汚染リネンの取り扱いも適正である。抗菌薬については、感染対策マニュアル（適正使用に関する指針）に準拠して採用・削減・使用が適切に行われている。アンチバイオグラムも作成され、委員会に報告されている。ICT・AST は毎週の院内ラウンドを通じて院内での抗菌薬使用状況を把握し、主治医に必要な助言を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページや広報誌にて、病院機能やサービス・診療内容・臨床指標などの最新情報を広報している。また、430 名の地域医療連携登録医を対象に各種セミナー情報等を配布するなど、必要な情報を地域に適切に発信している。

地域の医療関連施設等との連絡機能は「あったかサポートセンター」が担っており、センター内に、連携業務を担う地域医療サービスグループ・入退院支援部門・医療相談部門を配置して、スムーズな情報共有のもと、円滑な紹介患者の受け入れ・逆紹介につなげている。また、病院長を含む医師・看護師チームが手分けして定期的に登録医を訪問して連携を深めているなど、病院全体で地域医療をリードしていこうとする姿勢は高く評価できる。

地域の健康増進活動として、市民健康セミナー・糖尿病セミナーの定期開催や、母子家庭を対象とした無料乳がん検診、また、地域の医療関連施設の職員向けの学術会議や産業医セミナーなど多様な活動を展開しており、地域に向けた教育・啓発活動も積極的に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を適切に案内しており、総合案内に看護師を配置するなど円滑な受診につなげている。外来では、患者情報を問診票・電子カルテなどで共有し、検査は必要性を主治医が判断し十分な説明と同意のもと、手順に基づく機器の準備、患者の観察と記録、医師のスタンバイなど、安全に配慮して実施されている。患者・家族からの相談には適切に対応されている。入院の必要性は医学的に判断され、患者・家族の希望も入れつつ速やかに入院診療計画を作成しており、入院前のサポートや当日オリエンテーションなども適切である。診療計画は、医師・看護師を含む多職種の協働により入院後速やかに作成され、各種リスク評価を確実に実施している。

主治医は、毎日の回診により患者病状を把握し、定期的な多職種カンファレンスを通じて治療方針を検討し、病棟看護師をはじめ多職種との情報交換を適時に行うなど、リーダーシップを発揮している。看護師は患者の心理的・社会的ニーズを把握しつつ看護基準・手順に沿ってケアを実施している。

抗がん剤などハイリスク薬の使用時の説明・同意取得、病棟薬剤師による服薬指導や薬歴管理は適切に実施されており、6R 確認の徹底や、抗菌薬初回投与時、抗がん剤投与中・後の観察や記録も適切である。輸血は必要性・リスクを分かりやすく説明し、同意書を得たうえで、安全に実施されている。周術期の対応は、麻酔科医・手術室看護師が術前訪問を実施し、深部静脈血栓症などの合併症予防策を検討しており、術後の病棟看護師への申し送りを確実に実施している。重症患者の管理は、HCU 等で多職種が積極的に関わり、重症度を勘案しつつ必要な診療・ケアを提供している。

褥瘡管理、栄養管理、症状緩和は、アセスメント・対策・実践・評価・多職種介入などが適切に実施されている。身体抑制は、適応基準と手順を明確に定め、医師が必要性を判断し、抑制中の患者状態の観察や解除に向けた検討も適切に行われている。退院支援、退院後の継続診療・ケアは、入院時から多職種が介入しての療養指導や、関係機関との調整など適切である。ターミナルステージの判定と対応はマニュアルに準拠して決定され、緩和ケアチーム等が適切に関与している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、24 時間体制で薬剤師を配置し、抗がん剤や TPN は薬剤師が適切に無菌調製し、注射薬は 1 施用毎に取り揃えている。臨床検査機能では、医師の指示のもと必要な検査を実施し、検査結果の迅速な報告、異常値の主医師への直接報告などが適切に行われている。画像診断は、院内・地域の医療機関の緊急ニーズに対応できる体制を整えており、読影はダブルチェック体制である。

栄養管理面では、清潔・衛生的な調理環境を整え、アレルギー情報を確実に把握しており、冷凍食品を避け厨房で調理された献立は患者から高評価を得ている。各種行事食・小児患者の嗜好に配慮した食事など、安全で美味しい食事の提供に努力しており、高く評価できる。

リハビリテーションは、専従医師の管理の下に入院早期から療法士が介入し、多職種で作成した実施計画に基づく訓練が行われ、連続性の確保、多職種連携なども適切である。診療情報管理機能では、規程・マニュアルに基づく診療情報の一元管理や量的点検など、適切である。今後、QI を活用しての医療の質向上に向けた組織横断的活動の推進部署としての役割を期待したい。洗浄・滅菌業務は、中央材料室の責任体制を明確にし、回収から保管までの一連の業務を実施しており、滅菌の質保証も適切である。

病理診断は、常勤病理医と細胞検査士が共同で病理診断の精度管理に努め、バーコード管理やカメラ監視により検体誤認防止にも努めている。放射線治療は、常勤の放射線治療専門医の下に質の高い治療が実施されており、必要な放射線治療の提供、治療計画作成、計画線量確認等は適切で行われている。輸血・血液管理業務では、在庫血液・自己血とも適切に保管・管理され、責任医師の業務を定めて、専従の臨床検査技師が血液製剤すべての管理を適正に行っている。

手術・麻酔機能は、5名の専従麻酔科医師を配置して緊急手術にも適切に対応しており、麻酔科医による術中管理、タイムアウト等が確実に実施されている。集中治療機能では、救急専門医の管理のもとに各診療科医師が主治医となり、多職種が関与してチーム医療を実践している。救急医療機能は、専従医師3名を配置し、年間2,900名弱の救急搬送を受け入れており、交差感染防止を目的として救急処置室を陰圧管理にできる設備を設けている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、公益法人会計等に沿った処理が行われ、予算管理、毎月の経営状況などが適切に把握され、会計監査は法令に則り適切に実施されている。医事業務は、窓口収納業務、レセプト作成、返戻・査定対応、施設基準の遵守、未収金対応など、いずれも適切である。業務委託は2018年の病院新築移転時に全ての業務委託について提供されるサービス内容を精査したうえで、選定・契約・評価のプロセスを明確にして業者の見直しを行っている。

施設・設備の日常点検や保守管理は計画的に行われており、緊急時の連絡体制や、院内清掃、医療ガス管理、感染性廃棄物の処理等も適切である。物品管理については、委員会での購入品の選定や、市場動向などの情報収集、定期的な棚卸による在庫管理・使用期限確認・定数見直し等が適切に行われており、ディスプレイ製品の再使用はない。

BCPや防災マニュアルが整備され、夜間・休日の責任体制や緊急時の連絡網、職員の行動基準を周知し、地域と連携した災害訓練を行っているなど、災害への対応体制は適切である。病棟や管理部門はセキュリティシステムで入室が制限されており、防犯カメラ設置、院内巡視、面会者の管理、夜間・休日の入館規制、施錠管理等が適切に行われている。医療事故への対応手順は明確であり、原因究明と再発防止を目的とした医療事故調査対策委員会等を開催する体制を整えており、紛争化防止への対応も適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型の臨床研修病院であり 11 名の初期研修医が在籍し、41 名の指導医による研修を実施している。臨床研修医のプログラムや指導・評価体制が整備されており、指導医による評価のもとにシミュレーター実習も取り入れ、適切な研修が行われている。看護部門では「STAR ナース育成プログラム（キャリアラダー）」に基づく教育プログラムを整備しており、コメディカル各職種においても、新人育成プログラムを整備して到達状況を評価しているなど、各専門職種の初期研修は適切に行われている。

学生実習は、看護学生・薬学生など多職種にわたって年間 200 名の学生を受け入れている。実習指導者がカリキュラムに沿って実習を行い、実習中の事故対応、個人情報保護、医療安全や感染防止の教育・指導などが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	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	S
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	S
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	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	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	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	S
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	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	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	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	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	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

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 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公益財団法人 日本生命済生会 日本生命病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 大阪府大阪市西区江之子島2-1-54

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	350	350	+0	86.2	10.9
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	350	350	+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	+8
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	8	+4
人工透析	20	+17
小児入院医療管理料病床	10	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
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

地域医療支援病院, 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： 6 人 2年目： 5 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	
	2019	2018	2017	2019	2018	
1日あたり外来患者数	886.29	871.45	835.81	101.70	104.26	
1日あたり外来初診患者数	84.80	81.17	79.93	104.47	101.55	
新患率	9.57	9.31	9.56			
1日あたり入院患者数	276.23	270.98	260.63	101.94	103.97	
1日あたり新入院患者数	25.42	23.96	21.69	106.09	110.47	