

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「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 11 月 29 日～11 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 1 | 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。

### 1. 病院の特色

貴院は、病床数 75 床の地域密着型の病院である。院長を中心に病院として取り組むべき課題を明確に示して、リーダーシップを発揮して取り組まれている。また、病院機能評価を受審し、病院職員が一体となって、病院機能・役割の充実化に取り組まれている。今回の訪問審査では、今までの経験を活かした日頃からの業務改善の取り組みが随所に見られた。今後も良質な医療の実践や地域医療の質向上に向けた取り組みを継続されることを期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、ホームページ、広報紙、病院案内、入院案内および院内掲示により院内外への周知が図られている。病院管理者・幹部の病院運営に関するリーダーシップは、将来像を明確に示している。病院幹部は、院長の目指すところをよく理解して補佐するとともに、まとまりのある組織づくりにリーダーシップを発揮している。効果的・計画的な組織運営は、組織図、職務分掌、会議・委員会規程、職務権限規程は整備されている。中期 5 ヶ年計画、年度病院事業計画を基に部門・部署目標、個人目標を策定している。情報管理は、情報システムは電子カルテ、オーダーリングシステム、PACS、医事会計システム、院内 LAN などが稼働している。セキュリティ面においても留意している。文書管理は、文書管理に関する方針、規程は明確にされている。

人材確保は、医療法や施設基準等で定める医師等の必要な人員を確保し、配置している。人事・労務管理は、各種規則、給与規程などを整備し周知に努めている。全職員の総労働時間や有給休暇取得率を把握しており、上長が是正に向けて対応し

ている。職員の安全衛生管理は、定期健診の受診率はおおむね適切である。職員にとって魅力ある職場づくりは、職員満足度調査、職員投書箱により職員の意見を採り上げる仕組みを導入している。

職員への教育・研修は、病院全体の年間教育・研修計画は医療安全、感染管理、接遇、個人情報、医療ガスが立案されている。職員にとって必要な研修計画の策定と実施状況の把握・評価を組織的に行う仕組みの構築が望まれる。職員の能力評価・能力開発は、職員を育成する人事考課制度が適切に行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、患者・家族、職員には院内掲示や病院案内などにより周知している。説明と同意は、説明と同意が行われる診療行為の範囲は明確であり、患者への病状説明や侵襲の高い検査等の説明時には看護師等が同席し、同意書へ署名する手順が定められている。侵襲の高い検査・治療実施時における同意書の作成と同席者の署名の徹底について、検討を望みたい。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、入院時に患者・家族参加型のカンファレンスで情報を共有し、意見・要望等が反映された初期計画が立案され、評価や見直しも適切に行われている。患者支援体制は、地域連携室に多様な相談に応じる体制が整備されている。患者の個人情報とプライバシーの保護は、個人情報保護に関する規程は整備されている。病棟の相談室、面会室は個室化されており、プライバシーに配慮した構造になっている。

臨床における倫理的課題への取り組みは、臨床倫理に関する病院の基本的な方針が明示されている。解決困難な問題は倫理委員会などで課題を共有している。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、病棟カンファレンスや多職種が参加する内科カンファレンスで検討する仕組みが構築されている。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は、最寄り駅より徒歩3分ほどで、交通アクセスの利便性は良好である。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、病院全体のバリアフリーが確保されている。療養環境の整備は、診療・ケアに必要なスペースは確保され、病棟には面談室やデイルームが確保され整理整頓が行き届いている。受動喫煙の防止は、敷地内全面禁煙の方針を明確にしている。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善は、様々な意見や要望は、意見箱や各部門からの報告により収集している。回答は、院内掲示している。患者満足度調査についても院内掲示板に掲示している。診療の質の向上に向けた活動は、症例検討会が各病棟で開催され、多職種が参加し、治療方針などを検討し記録している。臨床指標はホームページに病院指標を公開するほか、2022年度より「医療の質可視化プロジェクト」にも参加している。業務の質改善は、部門横断的な質改善は業務調整委員会を中心に組み立てられ、毎回持ち回りで各部門の業務改善例の発表を行っている。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入は、診療管理会議および運営管理会議で検討する仕組みである。

診療・ケアの管理・責任体制は、外来および病棟における診療・ケアの管理・責任範囲は、看護管理基準マニュアルに明示されている。診療記録の記載は、診療録等の記載マニュアルに従い適時に記載している。医師の診療録の質的点検は開始には至っていない。多職種が協働した患者の診療・ケアは、多職種が参加して検討する症例検討会や退院前カンファレンス・家屋調査・サービス担当者会議等を開催している。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理部を設置し、医療安全管理者が任命されている。医療安全管理委員会、医療安全管理部会、医療安全管理報告部会を開催し、全職員対象の安全に関する研修会は年2回行われている。安全確保に向けた情報収集と検討は、院内のアクシデント・インシデントはリアルタイムに報告され項目ごとに集計されている。報告件数の多い項目などについて検討している。

患者・部位・検体などの誤認防止は、患者確認はフルネームでの名乗り、生年月日、ネームバンド等で行われている。治療部位の確認はマーキングや指示書を使用し、検体採集時は1検体・1伝票・1トレイの実施が遵守されている。情報伝達エラー防止は、指示出し・実施の手順は確実である。口頭指示は行わない方針であるが、必要時には看護師は内容を指示受けメモに記載し、内容を復唱したうえで実施し、看護記録に記載しており、指示医は速やかに指示簿に事後入力している。薬剤の安全な使用は、薬剤管理システムにより、薬剤の重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避対策を実施している。ハイリスク薬を明示し安全な薬剤の使用に向けた対策を行っている。転倒・転落防止は、入院時全患者を対象に「転倒・転落アセスメントスコアシート」を使用してリスク評価を行っている。医療機器の安全な使用は、医療機器の使用前・使用中・使用後の点検マニュアルを整備している。チェックリストを活用した日常点検、設定条件、使用中の作動確認等、安全に使用するための体制は確立している。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードが設定されている。BLSやAEDの訓練は定期的実施することが望まれる。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染管理委員会を毎月開催している。ICTは毎週定期的な環境ラウンドを行い、結果を現場へフィードバックしている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、MRSA等の薬剤耐性菌を把握し、週報として院内に情報提供するとともに、問題となる耐性菌が検出された場合の報告体制、対応方針も明確である。アンチバイオグラムは適宜更新している。

医療関連感染を制御するための活動は、スタッフはアルコール消毒液を常時携帯している。病室入り口には速乾性手指消毒剤が設置され、1処置1手袋の使用も遵守されている。病棟の汚物処理室にエプロンやマスク等の個人防護用具を整備することを期待したい。抗菌薬の適正な使用は、「抗菌薬使用指針」を整備している。抗MRSA薬など特定の抗菌薬使用は届出制としている。適正な抗菌薬使用について薬剤師が医師へ助言している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、地域住民向けに広報誌を、連携施設向けに地域連携だよりを発刊している。病院案内、ホームページにて病院情報を発信している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携は、効率的な地域医療を行えるよう地域のかかりつけ医と連携している。今後は、責任部署を明確にして紹介・逆紹介の一元的管理を行う仕組みの構築を望みたい。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、市民公開講座の講師派遣、医師会協働の講演会の講師派遣、地元中学校・高校の職場体験など、幅広く取り組んでいる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、受診に必要な外来診療の案内、診療の流れは院内掲示、ホームページ等で周知に努めている。外来診療は、外来担当医は必要時に他科医に相談する体制がある。重要な説明の際には看護師やMSWが同席し、説明の補足や理解度の確認を行っている。地域の保健・医療・介護・福祉施設等からの患者の受け入れは、地域連携室が機能している。紹介患者は断らない方針で迅速な受け入れが行われている。診断的検査の確実・安全な実施は、侵襲的検査の際の説明と同意書の取得は適切である。造影剤使用検査の際には適宜医師が立ち会う体制となっている。適切な連携先への患者の紹介は、医療ニーズに合った紹介先の情報が提供され、患者・家族の希望を確認して紹介先を決定している。入院の決定は、診療科ごとに医学的判断に基づいて入院の適応を検討するとともに、必要時は他診療科医と協議する仕組みがある。診断・評価の実施と診療計画の作成は、患者の病態に応じた医学的評価に基づき診療計画書を迅速に作成し、患者・家族へ説明したうえで同意を得ている。入院中も必要時は見直しを行い、患者・家族へ説明するとともに改めて作成している。患者・家族からの医療相談への対応は、地域連携室が相談業務を担い、相談のほか、意見や苦情を聞く役割も果たしている。患者が円滑に入院できるように、入院生活の決まりごとや注意事項などをわかりやすく説明した入院案内が作成され、活用されている。

医師の病棟業務は、医師は毎日診察・回診し記録している。責任医師による回診も定期的に行われている。毎週開催される病棟カンファレンスに薬剤師、管理栄養士、療法士、MSWなどの多職種が適宜参加し、その内容を記録している。看護師の病棟業務は、身体的、社会的および心理的ニーズを把握して問題点を抽出し、患者・家族の要望が反映された看護計画が立案され、同意を得たのち看護ケアを実践している。投薬・注射の確実・安全な実施は、薬剤師は「持参薬鑑別書」を作成し、持参薬情報を医療者間で共有している。また、入院患者の薬歴管理を行い、服薬指導内容を記録し情報を共有している。抗菌薬の初回投与時など必要時には投与中、投与後の患者状態の観察を行い記録している。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施は、輸血中の患者の状態の観察・記録を確実に行っている。周術期の対応は、手術に関する説明・同意書の取得は確実である。手術室入室時には患者確認を行い、手術開始前に再度患者確認・部位確認を含めてタイムアウトを実施するなどの手順が遵守されている。重症患者の管理は、回復室で管理し、入退室の最終判断

は医師の助言のもと病棟師長が決定している。褥瘡の予防・治療は、入院時に全患者対象に危険因子が評価されている。ハイリスク患者には褥瘡対策チームが関与し、褥瘡回診が行われている。栄養管理と食事指導は、入院時全患者を対象に栄養アセスメントが行われ、栄養管理計画書が多職種協働で作成され、実施・評価されている。症状などの緩和は、がん性疼痛に対してはペインスケールで評価し除痛ラダーに従い、鎮痛薬の選択・使用量の増減等、疼痛緩和が積極的に検討されている。

リハビリテーションの確実・安全な実施は、病態・個別性・要望に配慮した実施計画書を作成したうえで、必要性和リスクなどについて患者・家族へ説明し同意を得てリハビリテーションが行われている。入院早期からの介入を積極的に行っている。身体抑制は、基準・手順は整備され、開始・解除時は医師の指示のもとで実施されている。患者・家族への退院支援は、入院後速やかに退院困難要因を抽出し、支援計画が立案されている。継続した診療・ケアの実施は、退院時には、在宅療養に向けて訪問看護師や訪問リハビリのスタッフ、担当ケアマネージャーとの退院前カンファレンスや担当者会議を行うほか、診療情報提供書やサマリー等で情報の共有を行っている。ターミナルステージへの対応は、家族の心理過程や療養環境にも配慮した診療・ケア計画が立案されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、麻薬等の管理、薬剤温度管理、薬歴管理ならびに持参薬の鑑別・管理などを適切に行っている。処方鑑査、調剤鑑査を適切に行っている。臨床検査機能は、臨床検査科は検体検査、生理検査などを担当している。検査結果の報告は迅速であり、パニック値への対応も再検査や主治医への直接の連絡体制などが確立している。毎日内部精度管理を実施し、外部精度管理にも参加している。画像診断機能は、CT 検査、MRI 検査ともに検査待機日数はほぼない。CT、MRI は放射線診断専門医により読影され、重要所見についてはレポートにフラグを立てるなどして注意喚起を行っている。院外からの検査依頼にも積極的に対応する体制が整っている。栄養管理機能は、厨房の不潔区域・準不潔区域・清潔区域を明確化し、検収から下処理・調理、配膳・下膳・洗浄業務のプロセスが衛生的に行われている。温冷配膳車による適時適温の食事の提供が行われている。リハビリテーション機能は、訓練の継続性については、休日・祝日にも対応する体制としている。診療情報管理機能は、診療記録の量的点検は確認手順に沿って全件点検している。医療機器管理機能は、院内で使用する医療機器はデータベース登録で一元管理されている。洗浄・滅菌機能は、一次洗浄は中央化されている。高圧蒸気滅菌器の始業時点検、各種インディケータは確実に実施され、洗浄・滅菌機能は適切に発揮されている。

病理診断機能は、臨床検査科で病理検体を受け付け、検査は外部へ委託している。悪性例では結果到着時に担当医へ連絡している。輸血・血液管理機能は、臨床検査科が担っている。輸血の発注・保管・供給は迅速な業務が行われ、輸血製剤は自記温度記録計付き専用保冷庫で適切に保管・管理している。手術・麻酔機能は、

局所麻酔下での手術のみを行っている。スケジュール管理は手術施行医師、手術室責任者で調整している。救急医療機能は、内科二次救急病院として24時間、365日対応する基本方針のもと、救急告示医療機関として地域の救急医療を担っている。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院独自の予算書案を作成し、グループ本部の承認を得て決定している。病院会計準則に基づいた会計処理は適切に行われている。会計監査は監査法人により経営状況の適切性が担保されている。業務委託は、業務の質、専門性、効率性の観点から検討されている。業者との話し合いを持つことで継続的に委託業務内容の品質管理に努めている。

施設・設備の管理は、保守点検や補修・修繕・更新計画等が適切に行われている。感染性廃棄物を含めた廃棄物の院内最終保管場所も適正に管理している。物品管理は、各部署の要望を取り入れて運営管理会議で検討・決定が行われている。JMGPO（日本医療共同購買機構）に参加して品質・コストを比較・検討している。

災害時の対応は、消防計画、防災マニュアル、緊急時の責任体制・連絡網を作成・整備している。保安業務は、休日日勤は医事課職員、時間外・夜間は当直専門職員を配置している。医療事故等への対応は、死亡症例の検証結果は病院管理者に報告され、医療事故調査制度への対応可能な体制を整備している。訴訟が発生した場合にグループ本部にて対応する仕組みが明確になっている。

#### 11. 臨床研修、学生実習

学生実習等は、療法士、社会福祉士を受け入れているほか、看護学生の実習も受け入れている。学生実習に際しては、職業教育協定書、受託契約書、誓約書などの書面を取り交わしている。

# 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              | 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 | B |
| 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             | 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               | 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            | 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                | B |
| 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  | 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 | B |
| 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       | A |
| 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      | 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              | 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 | 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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 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：医療法人清翠会 牧病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：大阪府大阪市旭区新森7-10-28

## 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   | 75    | 75    | +0         | 76.3     | 21.5      |
| 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     | 75    | 75    | +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      |       |           |
| 地域包括ケア病床            | 35    | +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),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： 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    |
|              | 2021   | 2020   | 2019   | 2021   | 2020   |
| 1日あたり外来患者数   | 106.36 | 122.17 | 120.07 | 87.06  | 101.75 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 28.09  | 22.14  | 25.52  | 126.87 | 86.76  |
| 新患率          | 26.41  | 18.13  | 21.25  |        |        |
| 1日あたり入院患者数   | 56.49  | 63.03  | 72.03  | 89.62  | 87.51  |
| 1日あたり新入院患者数  | 2.24   | 2.55   | 3.26   | 87.84  | 78.22  |