

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 11 日～6 月 12 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、1937 年 10 月に今日の基礎となる安井医院が創設され、以来、地域を守る病院として親しまれてきた。1955 年には公益法人信和会を設立し、現在地に 40 床の安井病院を開院されている。その後、増床と医療機能の拡充に加えて医療介護関連施設の開設や地域連携を進め、1995 年に現在の「京都民医連あすかい病院」と改称した。創設以来一貫して「誰もが平等に医療が受けられる」病院を目指し、地域の健康と福祉の増進に貢献している。かかりつけ医機能と介護・医療連携による在宅医療機能を重視し、急性期一般病棟と地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟において、内科を中心とした総合的な医療の提供を実践している。地域の診療所や介護関連施設との緊密な連携、ならびに地域の高機能病院の後方支援を通じた安全・安心な「まちづくり」、また KCFM（京都家庭医療センター）として、地域に密着した家庭医療専門医の育成などを通じて「ひとづくり」にも取り組んでいる。

貴院は「いつでも、どこでも、誰もが安心していい医療が受けられる」病院を目標に取り組み、地域の方々が住み慣れた町で健康に暮らせるよう、総合的な医療・介護を提供していることは評価される。今回の病院訪問審査の受審が、貴院のさらなる医療の質的向上に寄与し、地域の幅広い方々に寄り添う医療の提供と、安心して暮らせる街づくりの推進を通じて、今後ますますの発展につながることを祈念す

る。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念および基本方針を明確にし、常務会での決定事項や経営状況などは全体管理会議や院内情報ネットワーク等を通じて周知している。年度事業計画は中・長期計画に沿って策定し、病院幹部職員は役割に応じた計画推進の課題解決に取り組んでいる。事業計画のもと部門目標を設定し、その進捗や達成状況を評価するPDCAの仕組みがある。また、医療安全に関わる発表会での優秀チームの表彰や勉強会などを通じて、職員の参画意識やチームワークの向上等に取り組んでいる。院内情報ネットワークを一元的に管理し、ISO文書管理規定を定め、内部文書監査や文書レビューを行っている。医療法に基づく人員配置標準や診療報酬上の施設基準に必要な人員を確保し、タスクシフトにも取り組んでいる。就業規則などの諸規程を整備し、勤怠管理システムや職場巡視等を通じ、労務環境の改善に努めている。目標管理制度による人事面談や各部門管理会議等を通じて、職場環境の課題解決に取り組み、各種の就業支援や福利厚生の実施に努めている。全職員を対象とした教育研修計画を策定し、外部研修や資格取得、学会への参加も積極的に行っている。職員の能力評価・開発は、全職員対象に個人別の目標管理を活用している。医師や看護師、薬剤師などの学生実習を受け入れ、依頼元の教育機関とカリキュラムなど必要事項を取り決めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し周知している。説明と同意に関する方針・手順を整備し、医師から患者への説明時は、絵図やパンフレットなどを活用して、患者の理解を深めるよう工夫している。相談窓口は地域医療連携室に設置し、精神保健福祉士の有資格者も含む社会福祉士と看護師を配置して、院内の多職種と連携している。個人情報保護方針等を定め、診療データの二次利用は、明確な管理体制のもとで行われている。病院における主要な倫理的課題を明文化し、臨床現場での困難事例を検討する仕組みを整備している。倫理委員会で検討した事例は、職場にフィードバックするだけでなく、患者・家族へもフィードバックを行う仕組みがあることは評価できる。病棟においては、患者・家族の抱えている倫理的課題は、医師を含めた多職種参加型の倫理カンファレンスを開催し、臨床倫理の4分割法を用いて検討している。病院へのアクセスを確保し、無料巡回バスを運行している。院内には売店やWi-Fi環境を整備し、入院生活に必要な設備も充実を図り、バリアフリー対応や多様性に配慮した設備により、誰もが利用しやすい環境を整備している。診療・ケアに必要なスペースを確保し、各病棟に明るい採光を取り入れたデイルームを設置している。敷地内は全面禁煙であり、来院患者の問診などの機会に喫煙に関する相談を受け、禁煙外来の受診につなげている。

4. 医療の質

ISO9001の品質マネジメントシステムを取得し、毎年の品質管理目標に対して内

部監査を行い、日常的に業務の質の改善に取り組んでいる。診療の質の向上に向け、医局カンファレンスやM&M・神経内科・緩和ケア・病棟カンファレンス、認知症事例検討会、CPC、地域の開業医との大文字勉強会などが行われている。診療ガイドラインの参照環境を整備し、医療の質の評価・公表等推進事業に参加している。患者・家族からの意見や要望を意見箱などから収集し、院所利用委員会で対応策を検討した上で管理会議に報告して対応している。新たな診療技術や治療方法、医療機器の導入に際しては、手順に基づき各現場で論議された後、常務会や倫理委員会で検討され導入が決定されている。病棟責任医師や病棟看護責任者、薬剤師・地域医療連携室の担当者を掲示している。「診療録等記載マニュアル」に則り、医師、看護師はじめ各職種が適時、丁寧な記載に努めている。診療録の質的点検は医師を含めた病歴委員会でチェックリストを用いて実施し、結果をフィードバックしている。認定看護師や医師を含めたNST、ICT、褥瘡対策委員会、認知症ケア委員会、緩和ケアチーム会議など専門チームが組織横断的に介入し、質の高い診療・ケアを提供できるように取り組んでいる。

5. 医療安全

医療安全管理マニュアルに安全確保に関する方針や手順を定め、専従の医療安全管理者および医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者の権限を明文化している。医療安全管理委員会のもとに医療安全事務局カンファレンス・医療安全推進者会議等を設置している。院内のアクシデント・インシデントのレベル規定を明文化し、内容に応じてSHELL分析を行い、改善計画は所属長経由で医療安全管理者に報告している。医療安全管理者はラウンドを行い、医療安全ニュースを発行し、医療安全に関する院外からの情報も周知している。医療事故対応マニュアルを整備している。患者誤認防止は名乗りを基本としている。夜間・休日もリストバンドが発行できるよう体制を整備し、リストバンドを活用した患者確認を実施している。また、シャント造設術における手順を見直し、術前マーキングとタイムアウトを明確にして周知している。情報伝達エラー防止に電子カルテ機能を活用している。麻薬保管庫の鍵管理について、責任の所在を明確にすべく運用を整備し、手順に明記して周知している。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によってリスク評価を行い、リスクに応じ看護計画を立案している。医療機器を使用する職員への教育・研修は、臨床工学技士が年間研修計画を立案し実施している。院内緊急コードを設定し、全職員対象にBLS訓練を定期的に行っている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の体制は、医療安全管理部門、感染対策委員会（ICC）、感染対策チーム（ICT）、看護部感染対策チームの役割と権限を明確にして、その諮問事項に従って積極的に活動している。医療関連感染菌は、臨床検査課が感染レポートをまとめ、ICTに報告・検討しICCに報告している。デバイス関連感染は、中心ライン関連血流感染、尿路カテーテル関連感染のサーベイランスを行っている。医療関連感染に関するデータを収集し、JANISとJHAISに参加して自院の課題を明確

にして感染制御に取り組んでいる。病室前に速乾性手指消毒剤やPPEを設置しているほか、速乾性手指消毒剤は個人でも携帯している。ICTが定期的にラウンドを行い、速乾性手指消毒剤の使用量や手指衛生の実施状況を確認している。標準予防策および感染経路別予防策のマニュアルは整備されており、周知に向けたさらなる取り組みを期待したい。抗菌薬の適正使用の方針に則り、注射用抗菌薬を投与する場合には、細菌学的検査の実施を徹底していることは評価できる。アンチバイオグラムを作成し、フィードバックしている。特定抗菌薬は届け出制とし、ICTの回診で検討している。さらに監視抗菌薬や長期の抗菌薬の使用についてもICTがその評価を行い、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広報委員会が担当し、地域連携室や関連部署と協力して実施している。ホームページは常に最新情報を発信し、SNSを活用して地域との関係作りに取り組んでいる。患者や連携機関向けに、広報誌や各種だよりを通じた情報発信を行っている。地域医療連携室は入退院支援や患者相談の機能を統合し、社会福祉士や看護師等を配置して前方・後方連携を担当している。法人関連施設のほか地域のクリニックや介護施設の情報を常時把握し、医師と地域の医療・介護関連施設等を巡回して情報交換している。また、「大文字勉強会」を主催して学習と懇談を通して地域の開業医・病院との連携を深めている。地域医療連携室を中心に法人全体で地域支援に取り組み、院内に「まちづくりセンター」を設置して、京都東健康友の会などと連携し、健康と暮らしをサポートしている。地域住民を対象としては精神科医と認知症認定看護師による認知症家族懇談会をはじめ健康相談会、医療懇談会を定期的で開催して健康増進や患者・家族を支援する活動を行っている。また、地域の医療介護関連施設を対象に、認知症事例検討会や看取りの勉強会など、地域の医療活動を指導し支援している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を院内掲示やホームページ等で案内し、円滑な受診を行っている。外来診療では医師が病状について説明し、看護師や管理栄養士、薬剤師など多職種が協働している。地域医療連携室が窓口となり、他の医療機関や介護・福祉施設等から紹介を受けている。侵襲を伴う診断的検査は医師がその必要性和リスクを十分検討し、入院は外来医師が医学的判断に基づいて患者・家族にその必要性を十分説明している。地域医療連携室が多様な相談に対応している。医師は毎日回診を行い、看護師は看護基準・手順に基づいて、日常生活援助と診療の補助業務を行っている。薬剤師は服薬指導を行い、輸血の実施においては、輸血の適正使用の方針を遵守している。重症患者には、臨床工学技士や管理栄養士、療法士などの多職種や医療チームが管理に関わっている。褥瘡発生リスクの評価は全入院患者に行い、必要に応じて褥瘡対策チームが褥瘡治療を行っている。管理栄養士は毎日ミールラウンドを行っており、摂食・嚥下状態および嗜好や喫食状況を確認している。症状などの緩和や身体拘束の最小化に努め、リハビリテーションの評価は、病棟カンフ

ァレンス等で検討している。退院支援カンファレンスを開催し、退院に向けて院内外の多職種と情報を共有している。ターミナルステージへの対応は多職種が関与して患者・家族の意向、患者の QOL に配慮した支援を行っている。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

紹介患者の受け入れは地域医療連携室の前方連携担当者が窓口となり、訓練前診察や嚥下造影検査を適切かつ安全に実施している。入院の可否は多職種による入院判定会議で検討している。看護師・療法士の初期評価をもとにリハビリ総合実施計画書を作成し、個別の介入方法と目標を設定している。病棟には社会福祉士を配置し、多岐にわたる医療相談に対応している。病棟生活のオリエンテーションは、看護師がビデオやリーフレットを用いて説明している。医師は診察・回診を行い、看護・介護職の業務基準と手順を整備している。褥瘡リスク評価は看護師が担い、予防・対策・再評価を実施している。管理栄養士はミールラウンドや栄養カンファレンスを通じて食事の形態や摂取状況を確認している。療法士と看護師は、障害に応じたポジショニングによる褥瘡予防や疼痛緩和を行っている。理学療法・作業療法・言語聴覚療法では、患者や家族の希望・背景に応じた目標を設定し、個別のプログラムを作成している。看護師・介護士が歩行練習などを通じて ADL 向上を支援している。入院中は患者・家族の意向を随時確認し、退院の方向性を決定している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は電子カルテで処方鑑査を行い、調剤と調剤鑑査は確実に実施している。麻薬保管庫の鍵管理に関する手順を改訂するとともに、鍵管理表を整備して責任の所在を明確にする運用としている。臨床検査機能は、検体検査、生理検査、超音波検査などを行い、パニック値の連絡なども適切に行われている。画像診断機能は、CT、MRI の読影も含めて、その機能を適切に発揮している。栄養管理部門は HACCP に準拠した衛生管理で、調理から配膳の一連のプロセスを機能的・衛生的に実施しており、特に「食べなくなる」嚥下食作りは高い技術で評価が高い。リハビリテーション部門は、地域の急性期病院からポスト急性期の患者を受け入れ、自宅等で生活ができるよう援助し、さらにリハビリテーションセンターとしての役割を発揮している。診療情報管理室は診療情報を一元的に管理し、診療録の量的点検も手順書に基づいて退院患者全員に対して実施している。医療機器管理部門は医療機器の定期的な点検や標準化に向けた検討を実施している。使用済み医療器材の洗浄・滅菌は、一次洗浄後にすべて外部発注している。病理診断は臨床検査課が担当して外部委託し、異常値は医療安全管理室がその後の対応も把握している。輸血を担当する医師は、輸血委員会に参加し、輸血・血液管理機能を監督・指導している。救急指定病院であり、病院機能に応じた体制を整備している。

10. 組織・施設の管理

中長期事業計画を基本に年度事業計画を常務会で確定し、法人理事会で承認され

る。会計処理は民医連統一会計基準に準拠し財務諸表を作成し、外部監査法人による会計監査が行われている。病院経営分析に基づいて各部門責任者と経営課題や対策について協議し、解決に向けた取り組みが行われる。医事業務では、診療情報管理士による DPC コーディングの適正性を確保し、返戻・査定は病歴委員会で要因分析を行い、査定情報と対策の共有を図っている。委託業務の状況は、定期的な業者ミーティングの開催により業務内容や課題、質の検討・評価の情報を共有している。清掃委託業者の感染防止については感染管理認定看護師が直接指導教育を行っている。施設設備は日常点検および定期的な保守管理を全面委託している。購買管理は、医薬品購入は薬事審議委員会で一増一減を基本に決定し、医療消耗品は医材機器委員会で各部署からの申請に基づき検討している。購買は基本的に共同購入で、SPD による発注・払い出しを行っている。事業継続計画、消防計画、防災対策要綱および防災に係るマニュアルを整備し、院内に組織する自衛消防隊が表彰を受けるなど危機管理対応は評価できる。事業継続計画に基づく BCP 訓練を実施し、非常事態への対応体制が整備されている。夜間・休日は警備員を配置し時間外の患者受付と緊急時の対応、非常連絡などをルールに基づいて実施している。

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	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	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
1.3.3	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	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	B
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	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	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	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化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	B
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	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	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	A
-------	-----------------	---

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	A
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	B
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	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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2025 年 3 月 28 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公益社団法人信和会 京都民医連あすかい病院

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： 公益法人

I-1-4 所在地： 京都府京都市左京区田中飛鳥井町89

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	172	165	+0	83.6	27.4
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用				0	0
介護保険適用				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	172	165	+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	14	+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	50	+0
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	21	+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： 0 人 2年目： 1 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
1日あたり外来患者数	227.68	192.36	228.46	118.36	84.20
1日あたり外来初診患者数	14.19	11.87	11.09	119.55	107.03
新患率	6.23	6.17	4.85		
1日あたり入院患者数	151.11	144.35	153.81	104.68	93.85
1日あたり新入院患者数	4.01	3.64	4.01	110.16	90.77