# *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3月17日～3月18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1951年の設立以来、病床の増設や診療機能の向上に努め、理念に「私たちは患者さまに「迅速」「正確」に対応し、「人間愛」をこめた医療をモットーとします」を掲げ、多くの地域住民に利用していただける病院を目指し、救急医療、急性期医療、回復期リハビリテーション、慢性期医療に積極的に取り組んでいる。地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、結核病棟など5つの病棟を有し、さまざまな患者の入院を可能にしている。さらに、老人保健施設・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターなど介護サービスを併設し、安心できる医療・介護サービスをシームレスに提供している。地域医療構想に即して近隣の他の医療機関との役割分担、連携も円滑に行えるよう努めている。また、安心して働ける環境を整備している職場として熊本県ブライト企業の認定を受けている。

今回の病院機能評価は更新受審であるが、この間、院長をはじめとする幹部職員と臨床現場の職員が一丸となって努力し、受審準備を進めてきたことが伺えた。今回の受審結果を十分に活用してより良い病院を目指す取り組みを継続し、地域住民に親しまれ、信頼される病院として良質な医療の実践を継続されることを祈念する。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を制定し、運営会議において毎年改定の必要性を検討している。病院運営のために必要な事項は運営会議で検討のうえ決定し、管理者会議に出席する各部門の責任者が院内への決定事項を周知している。中・長期計画に基づいて年度事業計画が一体となったBSC計画を作成している。各部署別のBSC計画・目標を策定、個人目標とも連動させ、病院目標、部署目標、個人目標の整合性を図っている。電子カルテやオーダリングなどの情報システムを導入のうえ各システムを総合的にリンクして運用し、ペーパーレス化の推進やセキュリティの向上に努めている。

各職種とも法令等で求める人員体制を満たしたうえ医療機能に応じた人材確保に努めるとともに、勤務環境の改善や就労管理などを行っている。医師を除く職種に育成型の人事考課制度を導入して人事考課面接や目標管理を行い、医師については診療実績の評価とともに、院長の面談による希望聴取や課題の協議、自己啓発などを行っている。各種養成校から、医師や看護師、療法士、管理栄養士などを目指す学生の病院実習を多数受け入れ、病院と養成校で協議のうえ適切な指導・評価ができるように配慮しており、これらの取り組みは高く評価できる。

３．患者中心の医療

「患者さまの権利」と「患者さまの責務」を明文化し、患者への説明や相談対応、診療情報の開示などの場において権利の擁護に努めている。「インフォームド・コンセント記録マニュアル」に説明と同意取得について明文化し、説明時には模型や絵図等を用いて理解しやすいように工夫している。セカンドオピニオンについては院内掲示で案内し、医事課が窓口として対応している。病院案内により治療への積極的な患者・家族の参加を要請し、患者用クリニカル・パスや絵図、写真による情報の提供、糖尿病教室等によるセルフマネジメントの支援などを行っている。地域連携室に患者相談コーナーを設け、患者・家族からの多様な相談に社会福祉士と看護師が対応している。個人情報保護規程を整備して院内研修で個人情報の取り扱いを職員に周知している。主要な倫理的課題への対応方針を明文化し、臨床上の倫理的課題について多職種カンファレンスで検討し、部署で解決困難な課題については病院全体で審議する仕組みが作られている。

駐車場や売店などの施設・設備を整え、廊下には複数の絵画を設置して癒しの環境作りを行うとともに、医療安全や院内感染制御にも配慮した療養環境を整備している。

４．医療の質

業務の質改善に向けた活動として、院内全部署においてBSC活動を行い、部署目標の設定と改善活動、サービス向上委員会による患者満足度調査や待ち時間調査などを行っている。診療の質の向上に向けた活動では、症例検討会や多職種参加の「あさいちミーティング」の開催、整形外科と内科でのクリニカル・パスの活用、診療ガイドラインの閲覧などを行っている。患者・家族の意見・要望は、院内数ヶ

所に設置した「メッセージ箱」で収集し、関係部署や運営会議において対応策を検討の後、「メッセージ箱」横に掲示してフィードバックしている。新たな診療・治療方法等の導入については、未承認医薬品や適応外の使用は薬事委員会で審議し、実施したことのない新しい治療は倫理委員会で審議する仕組みとしている。

診療・ケアの管理・責任体制を明確にして病棟医と病棟看護師長を明示し、ベッドネームには主治医名を明記して主治医不在時の代行体制も明確にしている。電子カルテを導入し、記載マニュアルに沿って必要な情報を記載している。診療科や職種の枠を超えた専門的スキルをもつ多職種連携チームを組織し、多職種協働による活動を実践している。

５．医療安全

医療安全管理室を設置し、専従の医療安全管理者とともに医薬品等の安全管理責任者を配置し、医療安全管理委員会の開催やマニュアルの作成・改訂、研修会の開催などを行っている。インシデント・アクシデント報告を収集し、原因分析のうえ再発防止策を講じ、手順書・マニュアルの見直しを行うなど安全文化の醸成に努めている。医療事故発生時の手順に、患者の救命処置や患者・家族への説明、医療事故対策委員会の開催などを定め、顧問弁護士に相談する体制を整えている。

患者・部位・検体等の誤認防止では、患者本人の名乗りによる確認や手術部位のマーキング、手術室・内視鏡室でのタイムアウトなどを実施している。電子カルテにより指示出しから実施確認までの一連の業務を行い、検査結果を確実に報告している。薬剤師は処方・調剤鑑査や持参薬鑑別を行い、ハイリスク薬を定義して注意喚起している。転倒・転落アセスメントと多職種ウォーキングカンファレンスによりリスクを評価し、危険度に応じてベッドサイドに明示して転倒・転落防止に取り組んでいる。医療機器類は臨床工学技士が管理し、看護師への研修を行って安全使用に努めている。患者等急変時の院内緊急招集システムを整備し、全職員対象の一次救命処置訓練を行っている。

６．医療関連感染制御

感染対策指針に感染委員会（ICC）や感染制御チーム（ICT）、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）、院内感染管理者などについて定め、感染対策室に感染管理認定看護師を配置して感染制御活動を行っている。薬剤耐性菌の情報や抗菌薬長期使用患者の情報、デバイスサーベイランスの結果、院内外の感染症情報などを把握してICC で検討し、アウトブレイクの定義や対応を定めて実践している。

医療関連感染を制御するための活動では、手指衛生等に関する職員啓発を行うとともに、個人防護具や速乾式手指消毒剤の設置、血液等が付着した寝具・リネン類の交差感染防止の取り扱い管理、感染性廃棄物の分別廃棄などの感染防御に向けた活動を実施している。抗菌薬の採用と削除は薬事委員会で審議している。抗菌薬使用指針を定めて指定抗菌薬を届出制とし、AST の回診による抗菌薬の使用状況の把握や長期使用例に関する主治医への連絡などを行っている。J-SIPHE に参加し、抗菌薬の使用状況を毎月の ICC で検討している。アンチバイオグラムを作成し、ICC

および医局会に報告している。周術期の手術開始１時間以内の予防的抗菌薬の投与は麻酔科医が指示している。

７．地域への情報発信と連携

地域等や患者・家族に向けた医療サービスの内容や受診・入院加療等に関する情報、地域住民向けの健康増進活動等に関する情報、地域の保健・医療・介護・福祉施設等向けの情報は、広報誌の発行やホームページの運営により発信している。広報誌を発行し、院内への配架のほか県内の関連医療・福祉施設などに郵送している。地域の医療機能・ニーズの把握や医療連携は地域連携室が担い、登録医や地域の医療・介護関連施設等との連携窓口として定期的な施設訪問を継続し、毎年登録医との情報交換会を開催して病院の機能紹介や情報交換を行い、信頼関係を深めている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、地域住民向けの健康教室として「すこやか教室」や糖尿病患者向けの「ひまわり教室」を開催し、地域リハビリテーション広域支援センターとしての技術支援、公民館での講習会や研修会、介護予防事業の体操や体力測定などを行っている。また、医療従事者向けの呼吸リハビリテーションセミナーの開催のほか、患者向け動画の SNS による配信、職員派遣による中・高校生の研修、文化講演会の開催など活動は多岐にわたっており、秀でた取り組みとして高く評価できる。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

医師は毎日の回診により患者の病態を把握し、スタッフとの情報共有や投薬等の指示出し、患者・家族への説明などを行っている。病棟看護師は看護管理基準を遵守し、セル看護方式を用いて治療や症状に対する看護を提供している。薬剤治療の必要性とリスクは医師が説明して薬剤師が調剤し、看護師が配薬している。注射薬は１施用ごとに調剤し、看護師が携帯情報端末器を用いて患者・薬品等を確認のうえ実施している。輸血・血液製剤の投与は、輸血マニュアルに基づいて患者・家族に必要性等を説明し、同意を得て安全に実施している。手術の適応・方法等の判断は医師が行い、麻酔科医の術前診察や手術室看護師の術前訪問により合併症リスクを評価し対策している。重症患者は院内 ICU に受け入れ、酸素設備や各種モニターを配置して管理している。

症状および疼痛緩和アセスメント手順を作成し、標準化疼痛表としてフェイススケールを用いて症状緩和に努めている。各科主治医がリハビリテーションを処方し、療法士が総合実施計画書を作成している。身体拘束の最小化に向けた指針・基本方針を明文化し、身体拘束最小化チームを設けて解除や最小化に努めている。退院支援カンファレンスにより在宅療養等について検討し、診療やケアが継続できるように多職種で支援を行っている。

＜副機能:リハビリテーション病院＞

回復期リハビリテーション病棟への入院相談は地域連携室が受け、入院前から必要情報を多職種で共有している。入院後は医師の診察と多職種による初期評価に基

づいて診療計画やリハビリテーション計画を策定し、カンファレンスで進捗状況の共有と計画の見直しを行っている。治療方針等の説明時の患者・家族の反応等の記録、与薬に関する記録手順の徹底が望まれる。理学療法士は、多様な患者の状態や要望に応じ、屋外歩行訓練や装具療法を取り入れ、退院後生活を見据えた移動能力の獲得を支援している。作業療法士は、自助具作製や装具療法などに対応し、入浴評価、調理評価など退院後生活を見据えたADL・IADL練習、介助指導を行っている。言語聴覚士は、医師と連携し、嚥下造影検査に基づく個別的アプローチを展開している。看護師・管理栄養士・歯科衛生士と協力し、口腔ケア方法・摂食機能療法の支援を行っている。病棟では多職種が協働し、生活機能の向上に向けた実践的介入を展開している。転倒・転落予防や褥瘡の予防・治療、摂食・嚥下、栄養支援などの課題にも多職種で取り組んでいる。退院支援では入院早期から入院前の生活状況の共有や訪問指導、退院前調整会議を通じて生活期への円滑な移行が図られ、退院後も外来リハビリテーションや退院後訪問指導、電話確認等により経過を把握している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理では処方・調剤鑑査や疑義照会、持参薬鑑別を行い、注射薬を1施用ごとに取り揃えている。臨床検査のうち細菌検査は業務委託処理である。検体の収集や搬送、報告書の受領、電子カルテへの報告記録、パニック値の主治医への報告などを手順に沿って行っている。画像診断では放射線科医が画像検査の全てを読影し、結果を直ちに電子カルテに記載している。運動器疾患や脳血管疾患などのリハビリテーションを担い、多くの療法士が病棟ごとのチームを編成し、一般病棟や回復期リハビリテーション病棟などで365日の継続したリハビリテーションを提供している。医療機器類を一元的に把握できるように中央管理し、定期点検等を行っている。

病理診断は業務委託であるが、検体の搬送や診断結果の受け取り、医師への連絡、報告書管理チームによる既読管理などを実施している。輸血・血液管理は臨床検査室が担当し、血液製剤の発注・保管・供給・廃棄などを行い記録している。手術・麻酔では、前週木曜日までの麻酔科医への連絡を予定手術とし、タイムアウトや手術室管理を徹底し、覚醒基準や退室基準を遵守している。救急告示病院であり、毎日の救急担当医や担当看護師を定め、時間外は当直医が救急車搬入患者にも対応している。

１０．組織・施設の管理

財務・経営管理は、一般財団法人会計基準に則って会計処理し、経営状況は月次の損益計算書を法人本部が作成して管理者会議で周知している。医事業務では一連の業務をマニュアルに沿って行い、レセプトはルールに基づいて医師が点検している。施設基準の遵守確認は総務課と医事課で連携して要件を確認している。給食や清掃、警備などの業務委託先の選定や変更は総務課と関係部署で検討し、新規業者への入れ替えは運営会議で検討している。業者の選定は相見積もりを取得、実績を

考慮して決定し、継続契約業者については業務の実施状況を確認している。

病院の機能に応じた施設・設備を整備し、日常の管理・運用や計画的な保守点検、計画に基づいた改修などを行っている。病院購入物品の棚卸と定数配置の見直しなどを行い、診療材料等は院内物流管理システムを採用して院内各部署に供給している。

災害時等の危機管理に対応するため防災マニュアルや大規模災害マニュアル、病院機能存続計画、計画優先業務概要表などを定め、消防訓練の実施、食料品や飲料水の備蓄などを行っている。保安業務では、手順に基づいて院内巡視や施錠管理を行い、緊急連絡網を整備している。

# 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 | S |
| 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 | A |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | 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 | |
| 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 | S |
| 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 | B |
| 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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 年 12 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 一般財団法人杏仁会 江南病院

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 ： 熊本県熊本市中央区渡鹿5-1-37

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 | 103 | 103 | +0 | 83.08 | 17.94 |
| 療養病床 | 80 | 80 | +0 | 88.99 | 76.03 |
| 医療保険適用 | 80 | 80 | +0 | 88.99 | 76.03 |
| 介護保険適用 | 0 | 0 | +0 | | |
| 精神病床 | 0 | 0 | +0 | | |
| 結核病床 | 15 | 15 | +0 | 46.35 | 44.56 |
| 感染症病床 | 0 | 0 | +0 | | |
| 総数 | 198 | 198 | +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 | 18 | +0 |
| 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 | 40 | +0 |
| 地域包括ケア病床 | 40 | +0 |
| 特殊疾患入院医療管理料病床 | | |
| 障害者施設等入院基本料算定病床 | | |
| 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(DPC標準病院群)

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： 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

| 診療科名 | 医師数（常勤） | 医師数（非常勤） | 1日あたり外来患者数（人） | 外来診療科構成比(%) | 1日あたり入院患者数（人） | 入院診療科構成比(%) | 新患割合(%) | 平均在院日数（日） | 医師1人1日あたり外来患者数（人） | 医師1人1日あたり入院患者数（人） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 内科 | 0 | 1.6 | 9.72 | 7.66 | 0.00 | 0.00 | 11.44 | 0.00 | 6.07 | 0.00 |
| 呼吸器内科 | 3 | 0.2 | 27.67 | 21.81 | 34.06 | 20.81 | 25.68 | 27.21 | 8.65 | 10.64 |
| 循環器内科 | 1 | 0 | 11.80 | 9.31 | 17.34 | 10.59 | 1.52 | 62.66 | 11.80 | 17.34 |
| 消化器内科（胃腸内科） | 1 | 0 | 12.07 | 9.52 | 5.54 | 3.38 | 33.32 | 22.72 | 12.07 | 5.54 |
| 神経内科 | 1 | 0 | 8.88 | 7.00 | 21.91 | 13.38 | 6.39 | 69.54 | 8.88 | 21.91 |
| 糖尿病内科（代謝内科） | 1 | 0.9 | 13.80 | 10.88 | 20.33 | 12.42 | 10.35 | 32.48 | 7.26 | 10.70 |
| 整形外科 | 3 | 0 | 26.36 | 20.78 | 39.42 | 24.08 | 12.20 | 41.05 | 8.79 | 13.14 |
| リハビリテーション科 | 2 | 0 | 11.41 | 9.00 | 24.50 | 14.96 | 12.02 | 62.75 | 5.71 | 12.25 |
| 放射線科 | 1 | 0 | 4.13 | 3.26 | 0.02 | 0.01 | 98.77 | 1.00 | 4.13 | 0.02 |
| 麻酔科 | 1 | 0 | 0.99 | 0.78 | 0.61 | 0.37 | 8.22 | 63.14 | 0.99 | 0.61 |
| 研修医 | | | | | | | | | | |
| 全体 | 14 | 2.7 | 126.83 | 100.00 | 163.72 | 100.00 | 18.26 | 40.03 | 7.59 | 9.80 |

I-2-2 年度推移

| | 実績値 | | | 対 前年比% | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 昨年度 | 2年前 | 3年前 | 昨年度 | 2年前 |
| 年度(西暦) | 2024 | 2023 | 2022 | 2024 | 2023 |
| 1日あたり外来患者数 | 126.83 | 126.45 | 120.41 | 100.30 | 105.02 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 23.17 | 21.20 | 21.41 | 109.29 | 99.02 |
| 新患率 | 18.26 | 16.77 | 17.78 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 163.72 | 155.25 | 155.11 | 105.46 | 100.09 |
| 1日あたり新入院患者数 | 4.12 | 3.89 | 3.56 | 105.91 | 109.27 |