

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および11月8日～11月9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 | 精神科病院 | 認定 |
|------|-------|----|

■ 改善要望事項

- ・機能種別 精神科病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、3病棟160床の精神科病院であり、病床機能を精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟、精神科一般病棟に分け、統合失調症をはじめ認知症、うつ病を中心とするストレス疾患、児童・思春期領域などの疾患に、24時間365日対応する精神科救急の体制を整えている。また、患者の退院後の生活機能の維持を支援する取り組みを積極的に行っている。今回の病院機能評価の審査結果を活用し、継続的に医療の質の向上に取り組まれることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、院内掲示や病院案内、年報、ホームページなどにより、院内外へ周知が図られている。病院の管理者・幹部は、運営上の課題や将来の方向性を明確に示している。中期事業計画に基づく年次行動計画を提示し、各会議や委員会に主導的に関わっている。病院の意思決定機関は業務執行会議である。年次行動計画に沿って各部門の目標が設定され、病院運営会議において達成度の評価や見直しを検討するなど、計画的な組織運営が行われている。情報管理規程が定められ、情報の管理・運用に関する事項が明確にされている。情報の活用、診療データの管理は適切に行われている。文書管理規程が整備されているが、管理すべき文書の範囲を拡大することが期待される。

人材確保では、人員の基準を遵守するとともに、基準を上回る人材の確保に努めている。人事・労務管理に関する諸規程は法令に基づき整備されている。職員の安全衛生管理は、労働安全衛生委員会の活動により、職場環境の整備が図られている。健康診断、労働災害などへの対応は適切に行われている。職員にとって魅力あ

る職場づくりでは、職員満足度調査や各会議などを通じて職員の意見や要望を把握し、処遇改善や職場環境の整備に活かされている。

職員への教育・研修は、教育委員会により年間の研修計画が立案され、新人研修や医療安全、感染制御、精神保健福祉法、個人情報保護法など必要とされる研修が行われている。職員の能力評価・能力開発は、看護部門ではラダー制度を採用し、全職種への導入に向けて検討がすすめられている。部門ごとに目標管理が行われ、上長による面談・評価を通じて各自の能力評価が行われ、人事考課とともに人材育成に活用されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内掲示や案内、職員研修などで、患者・家族、職員へ周知している。説明と同意に関する方針、基準・手順書が整備され、丁寧で分かりやすい説明がなされている。説明後の反応は電子カルテに記載され、共有されている。患者支援体制として、精神保健福祉相談窓口、患者相談サポート窓口、医療安全相談窓口が設置され、患者・家族からの多様な相談に対応している。患者の個人情報とプライバシーの保護では、個人情報保護規程が整備され、厳重な個人情報保護の取り組みが行われている。診療上のプライバシーへの配慮もなされている。臨床における倫理的課題への取り組みは、倫理的課題を病院として検討する仕組みがあり、職員に周知されている。患者・家族が抱えている倫理的課題は、各部署責任者が参加する運営会議で検討されている。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮では、駅や公共のバス停が近くにあり、車で来院者のために駐車場が確保されている。コンビニエンスストアが設置され、常時利用が可能である。院内は広くゆとりのある構造で、階段や廊下には手摺りが設置されており、全館バリアフリーである。院内の施設・設備は、長期療養者への快適性が配慮されている。敷地内全面禁煙が実施されており、職員への禁煙啓発が推進され、喫煙率の低減に向けて取り組まれている。

4. 医療の質

意見箱や患者満足度調査により収集された意見・要望について、組織的な検討がなされており、意見箱掲示板への掲示により回答がフィードバックされている。診療の質の向上に向けた活動として、入院後1週間以内に開催される新入院カンファレンス、以後1か月ごとの定期ケース会議および病状に応じたケース会議が多職種で実施されている。クリニカルパスは、診療・リハビリテーション・退院支援の標準化に活用されている。臨床指標が作成され、病院運営会議にて職員に周知されている。業務の質改善については、業務改善委員会を定期的を開催し、組織横断的な改善に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入の際は、職員研修、医局症例検討会で導入に関する検討が実施されている。薬剤の適応外使用について、組織的な承認の仕組みの構築を期待したい。

診療・ケアの管理・責任体制は、外来待合室に診療体制や管理者、責任者名を表示したボードが掲示されている。病棟においても責任者名が患者・家族に分かるよ

う掲示されている。診療記録は、電子カルテ記載基準が明文化され、多職種での記載と共有が実施されている。質的点検および医師へのフィードバックがなされている。全入院患者を対象に、入院後1週間以内に多職種の専門チームによるカンファレンスが実施されている。それぞれの視点から支援体制が明確にされ、職員へ周知し、診療・ケアが実践されている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理指針に明文化され、医療安全専任の医師が配置されている。医療安全ミーティングが週1回、医療安全対策委員会が月1回開催されている。インシデント・アクシデント報告はタイムリーに共有される仕組みである。重大事故につながる事例は、発生場所を訪問して状況を確認し、毎月開催される委員会でも再発防止策を検討している。その内容は、週1回、各部門の管理者に情報提供されている。

患者・部位・検体などの誤認防止は、診察・ケア時は患者に名乗ってもらい、名乗れない場合は2名以上で確認している。検体は、ID・氏名・生年月日のラベル発行など、臨床検査室と手順を共有している。電子カルテにて医師の指示が確実に伝達され、必要な職種で確認、実施されている。口頭指示について手順が明文化されている。処方鑑査の際、薬剤師は処方内容だけでなく、医師・看護師の記載内容を確認し、副作用など薬剤に係る問題を把握している。併用禁忌・重複投与などは電子カルテのアラート機能が活用されている。入院時、全患者を対象に転倒・転落のリスク評価を実施して共有し、多職種で安全対策に取り組んでいる。医療機器は、医療機器の管理者が点検計画により適宜点検、管理している。患者等の急変時の対応として、院内の緊急コードが定められている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として、院内感染対策委員会が組織されている。感染対策にリーダーシップを持つ医師と看護師が配置され、ICTとして部署ラウンドなどで指導している。医療関連感染制御に関するマニュアルが整備され、改訂も実施されている。ICTが感染発生状況を把握するとともに、部署ラウンドを定期的に実施し、院内感染対策委員会等で対策が検討されている。

医療関連感染を制御するための活動として、手指衛生は手洗いを徹底し、手指消毒剤が設置されている。ナースステーションの一面に感染性廃棄物容器が配置されており、設置場所について検討を期待したい。抗菌薬の適正な使用では、抗菌薬使用ガイドラインが整備されており、特別な抗菌薬は届け出制とされている。抗菌薬の使用状況は、薬事委員会や院内感染対策委員会で報告されている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページが作成され、適時の更新により情報発信している。年報が発行され、地域の連携先や行政などに配布されている。地域連携室の活動により、連携先医療機関等の一覧が整備され、院内で共有、活用が図られている。紹介・逆紹介の連携強化に取り組んでいる。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動として、地域の要望を取り入れたテーマで「出前講座」が実施されている。数多くの講師派遣などが積極的に行われ、住民の健康増進に寄与する活動が実施されている。

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、受診に必要な情報はホームページに掲載されている。初診・再診ともに予約制であるが、予約外の患者は、地域連携室と外来担当者の連携が図られ、柔軟な受け入れが行われている。任意入院、医療保護入院、措置入院の管理は、手順に則って実施されている。入院時に、精神的な状況の評価・診断に基づいた診療方針が策定され、患者に説明するとともに入院診療計画書を手渡している。1週間以内のケース会議にて多職種で診療計画が検討されている。患者・家族からの医療相談への対応は、相談窓口を明確にしている。相談内容の多くは退院先相談となっており、丁寧な対応に努めている。患者が円滑に入院できるように、入院は基本的に予約制で、外来で事務手続きや入院準備物品の説明を行っている。入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）は、マニュアルに沿って実施されている。

医師の病棟業務は、病棟管理担当医が置かれ、主治医と連携し診療にあたっている。ケース会議や毎朝のミーティングに参加して多職種と協議し、リーダーシップを発揮している。身体的状況の評価は内科経験を持つ医師によりサポートされている。看護師の病棟業務は、入院形態に合わせた看護を提供している。入院時の情報をもとに看護計画が立案され、実施されている。また、病態の変化時に看護計画の見直しが行われている。薬剤師がケース会議に参加し、服薬管理に関する情報を多職種で共有している。服薬の自己管理にも取り組んでおり、抗精神病薬の投与状況は、薬剤科でCP換算値が把握されている。

電気けいれん療法（ECT治療）について、病状に基づいた適応、効果の評価に基づいた継続あるいは中止の判断は、医局会で検討されている。体制や手順が整備され、見直しも行われている。全入院患者を対象に、褥瘡対策に関する診療計画書でリスク評価を実施している。褥瘡対策委員会とNSTチームにより定期的なラウンドが行われ、褥瘡リスク分類に沿ったケアの対処法が現場で指導されている。管理栄養士は病棟担当制であり、全入院患者の栄養状態や嚥食状況、食物アレルギーを把握し、食事形態や食器の選択など患者に合った対応が実施されている。症状などの緩和は、丁寧な聴取や疼痛スケールを用いて状況の把握に努めている。急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションは、入院早期から作業療法士が患者の観察および面談を実施し、鎮静後の速やかな訓練の開始につなげている。病状に応じて訓練の目標・計画が策定されている。慢性期のリハビリテーションは、生活機能訓練を柱として目標と訓練計画が策定されている。隔離は、看護基準や隔離拘束マニ

マニュアルに基づき実施している。病棟でのカンファレンスや行動制限最小委員会で患者の隔離の必要性、および長期化している事例について、適切性を検討している。身体拘束は、看護基準や隔離拘束マニュアルに沿って実施されている。隔離・拘束評価について、行動制限最小化委員会が定期的開催され、拘束の減少に努めている。患者・家族への退院支援は、多職種で患者の意向に沿った対応ができるよう努めている。地域援助事業者、行政等との連携を積極的に図り、ケース会議が開催されている。退院前訪問や心理教室、施設見学・体験を行うなど、手厚い退院支援が行われている。患者の病状や生活状況に合った多様な在宅療養支援が実施されている。症例によっては、外部機関との連携も積極的に行われている。ターミナルステージへの対応は、療養環境にも配慮され、患者に合った手厚い対応がなされている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査時の疑義照会の内容が集計・分析に基づいて医局にフィードバックされ、改善点を提案している。内服薬の一包化や注射薬の1施用ごとの取り揃えが実施されている。持参薬の鑑別は手順に則って適切に実施している。臨床検査機能は、尿検査、血算、HbA1cの測定以外は外部委託している。院内の検査機器の管理と記録の徹底が期待される。画像診断機能は、X線単純撮影、CT撮影が実施されており、放射線科医による遠隔診断も行われている。栄養管理機能は、食材の検収から調理、配膳、下膳、洗浄・保管に至るプロセスが徹底した衛生管理のもと実施されている。患者の特性を考慮した献立や嗜好調査を踏まえ、工夫された行事食などが提供されている。安全で喜んでもらえる食事の提供を目指す積極的な活動により、県の優良特定給食施設として表彰を受けている。患者に寄り添い、安全・安心で美味しい食事を提供するために栄養科内一丸となった取り組みは高く評価できる。リハビリテーション機能は、作業療法士が各病棟に配置されている。多職種での病棟ケース会議およびリハビリテーション部門でのカンファレンスで情報共有し、訓練に活用している。診療情報管理機能は、診療録が入院・外来ともに1患者1IDで整理されており、診療録の量的点検が定期的実施されている。医療機器管理機能は、医療機器安全管理責任者が点検計画を立て、部署管理の機器の定数配置などに関与し、医療機器の適切な配置と使用に努めている。洗浄・滅菌機能は、器材の一次洗浄と滅菌を中材で中央化して実施している。救急医療機能は、精神科救急の基幹病院として、毎日救急対応している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算は、評議員会、理事会の承認を経て編成されている。月次決算により部門別の収支状況や予算の執行状況が把握され、業務執行会議において実績が検討されている。会計監査は、外部の監事による監査を定期的に受けている。医事業務では、窓口収納業務やレセプト業務などが適切に行われている。未収金は、発生の防止や回収に努力している。業務委託では、委託業者の選定は、精神科の特性を踏まえた実績や業者の管理・運営状況を考慮のうえ選考し、業務執行

会議の承認により決定している。更新時は、定期的な業者面談を踏まえて業務品質の評価が行われている。

施設・設備の管理は、日常点検や定期保守点検が実施されている。感染性廃棄物の管理も適切に行われている。物品管理は、総務課グループが担当し、消耗品などの購入・管理が行われ、診療材料は看護管理室において管理されている。

災害時の対応は、大規模災害に備えた災害対策マニュアルの全面改定が行われている。熊本地震時の課題を教訓に初動対応と情報の周知を重点とした対策が整備され、訓練も行われている。保安業務は、防犯カメラを設置し、モニター監視が行われている。医療事故等への対応は、医療事故発生時に医療安全対策委員会が開催され、危機管理対策を検討することとしている。訴訟に発展しそうな事案は、弁護士が参画する検討体制が整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習等は、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士などの職種の実習生を数多く受け入れている。実習にあたっては、大学や専門学校などのカリキュラムに則り安全に留意して実施し、養成校などと良好な関係が構築されている。

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 | 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 | 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 | 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 | 任意入院の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.5 | 医療保護入院の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.6 | 措置入院の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.7 | 医療観察法による入院の管理を適切に行っている | A |

| | | |
|--------|---------------------------------------|---|
| 2.2.8 | 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | A |
| 2.2.9 | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | A |
| 2.2.10 | 患者が円滑に入院できる | A |
| 2.2.11 | 入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している | A |
| 2.2.12 | 医師は病棟業務を適切に行っている | A |
| 2.2.13 | 看護師は病棟業務を適切に行っている | A |
| 2.2.14 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.15 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.16 | 電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている | A |
| 2.2.17 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | A |
| 2.2.18 | 栄養管理と食事指導を適切に行っている | A |
| 2.2.19 | 症状などの緩和を適切に行っている | A |
| 2.2.20 | 急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている | A |
| 2.2.21 | 慢性期のリハビリテーションを適切に行っている | A |
| 2.2.22 | 隔離を適切に行っている | A |
| 2.2.23 | 身体拘束を適切に行っている | A |
| 2.2.24 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている | A |
| 2.2.25 | 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している | A |
| 2.2.26 | 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 | B |
| 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 | NA |
| 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 | NA |
| 3.2.4 | 手術・麻酔機能を適切に発揮している | NA |
| 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 | 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 | 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 | 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 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 特定医療法人佐藤会 弓削病院

I-1-2 機能種別： 精神科病院

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 熊本県熊本市北区弓削5-12-25

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 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 療養病床 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 医療保険適用 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 介護保険適用 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 精神病床 | 160 | 160 | +0 | 93 | 80.5 |
| 結核病床 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 感染症病床 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 総数 | 160 | 160 | +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 | 0 | +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 | 0 | +0 |
| 地域包括ケア病床 | 0 | +0 |
| 特殊疾患入院医療管理料病床 | 0 | +0 |
| 特殊疾患病床 | 0 | +0 |
| 緩和ケア病床 | 0 | +0 |
| 精神科隔離室 | 8 | +2 |
| 精神科救急入院病床 | 52 | +20 |
| 精神科急性期治療病床 | 48 | +6 |
| 精神療養病床 | 0 | -52 |
| 認知症治療病床 | 0 | +0 |

I-1-7 病院の役割・機能等

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： 2 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 |
| | 2021 | 2020 | 2019 | 2021 | 2020 |
| 1日あたり外来患者数 | 209.02 | 199.89 | 204.74 | 104.57 | 97.63 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 2.40 | 2.89 | 2.82 | 83.04 | 102.48 |
| 新患率 | 1.15 | 1.45 | 1.38 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 148.84 | 146.20 | 148.09 | 101.81 | 98.72 |
| 1日あたり新入院患者数 | 1.87 | 1.79 | 1.87 | 104.47 | 95.72 |