

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」及び副機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および7月14日～7月15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
機能種別	緩和ケア病院（副）	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。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院はキリスト教精神に基づく「隣人愛」を理念に掲げ、面積の広大な北遠地域で高度急性期医療のみならず結核病棟、緩和ケア病棟、重症心身障害児施設なども備え、急性期医療において地域の最後の砦としての役割を果たしている。ドクターヘリを運行し常駐ヘリポートを配備した高度救命救急センター、地域医療支援病院、災害拠点病院、がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センターなどの高い機能を有し、病院の位置する地域のみならず静岡県西部における基幹病院としての役割を担っている。病床数において県内最大の規模を誇る病院であり、多くの高度急性期医療を必要とする患者を受け入れている一方、地域に密着した医療や地域完結型医療の提供体制の確立にも熱意を持って取り組んでいる。地域への多大な貢献として院長をはじめとする病院幹部の努力は高く評価される。

病院機能評価は5回目の受審であるが、病院全体で取り組み、多くの項目で質の高い医療機能を有していることが確認できた。一部ではさらなる改善が期待できる点も見受けられたが、今後も貴院の持つ機能をさらに発揮して、地域において益々発展することを祈念する。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

キリスト教精神に基づいた基本理念と経営方針が制定され、院内外の周知も適切に行われている。組織運営においては、病院運営に必要な会議・委員会は定期的開催され会議録も整備している。院内への内容の周知は適切である。院長をはじめ、病院幹部職員はそれぞれの立場で課題を明確にして取り組んでいる。院長は全体朝礼や各種会議・委員会および中・長期計画等で病院の将来あるべき姿を院内に周知し、実現に向けて計画を策定し事業、組織、運営、財務などの分野で取り組みや目標を示している。情報管理および文書管理は適切である。

法定ならびに施設基準等で定める必要な人員を十分確保し、人員確保に向けた組織的な取り組みもある。人事・労務管理は職員の衛生管理も含めて適切である。職員の意見・要望を収集して把握する仕組みがあり、福利厚生も整備している。職員の教育・研修は研修委員会が所管しDVD研修やeラーニングを活用して、必要な研修をおおむね適切に実施している。職員の能力評価・開発については職階や職種に応じて目標管理制度が導入され組織の活性化や処遇などに活用している。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内外に適切に周知している。説明と同意の方針と手順は明文化され、統一した書式を用いて患者・家族に説明し理解を促し同意を得ている。セカンドオピニオンについても適切に対応している。説明時には看護師が同席し患者の意思決定支援を行っている。患者との診療情報の共有や医療への患者参画の促進は、入院診療計画書等を用いて診療内容の説明を行うほか、紙面による情報提供や安全面での協力を促している。患者支援体制は、よろず相談地域支援室の医療相談室や看護相談室で多職種が様々な相談に対応するとともに、院内外と積極的に連携を行い、各種虐待に対する方針・対応手順が整備されている。個人情報保護およびプライバシーの保護は規程が整備され、現場における対応は適切である。

倫理的な課題を共有・検討する場として倫理委員会が設置されており、主要な倫理的課題についての方針も明文化されている。臨床現場で発生した倫理的課題については、多職種による解決に向けたカンファレンスが行われ、解決困難や対処に苦渋する事例については院内の倫理委員会で検討を行う仕組みがあり、検討内容も記録している。

来院時のアクセスとして民間バスや市の循環バスが利用でき、必要な駐車場や駐輪場を整備するほか、総合案内に職員を配置して高齢者や障害者などへの対応体制を整備するなど、十分に利便性が確保されている。院内は清潔で整理整頓され、診療やケアに必要なスペース、トイレや浴室等の利便性、安全性を確保している。廊下やエレベーターは広く整備されており、重症者の搬送が容易にできる環境であり、高齢者・障害者に配慮されている。敷地内は全面禁煙であり、入院案内や掲示による案内に加え職員教育等でも禁煙の徹底に努めている。

#### 4. 医療の質

患者・家族からの様々な意見や要望は意見箱、患者満足度調査等によって収集し、分析・検討のうえ回答している。診療の質向上に向けた取り組みは、各診療科における症例検討会、CPC やカンサーボードをはじめ、多くのカンファレンスを開催している。クリニカル・パスに関しては、バリエーション分析や見直しなどを適切に実施し、診療の標準化を行っている。業務の質改善に向けて、体系的な病院機能評価として、業務改善委員会が中心となってプロジェクトチームを立ち上げて対応し、継続的な改善活動に取り組んでいる。新規の診療・治療方法や技術の導入等の際には、申請から承認まで明確にされ、倫理委員会で検討し、実績もあるなど適切である。

病棟・外来等における管理責任体制を明確にしており、患者・家族にも明示している。診療記録は記載マニュアルに基づき、適切に必要な事項が記載されている。また、診療録の質的点検は専門性を踏まえ、診療録管理委員会により多職種の関与のもとで行われ、フィードバックを適切に実施している。医療安全管理委員会、院内感染対策委員会、リハビリカンファレンス、退院前カンファレンスなどが行われ、医師をはじめ多職種が参加するなど、多職種の協働のもとで患者の診療・ケアを行っている。

#### 5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室を設置し、副院長を室長として専従の医療安全管理者を配置している。マニュアルも適宜改定され院内に周知している。医療安全管理委員会は多職種から構成され、外部委員も参加し毎月開催している。アクシデントやインシデント、オカレンス報告を分析し、安全確保に対する取り組みを病院全体で実践している。原因分析はRCAを行い対策につなげている。院外からの安全情報は適切に収集されている。

患者誤認防止、部位誤認防止、検体取り違い防止、チューブ類の誤認防止などは適切に実施している。電子カルテによるオーダーリングシステムが導入され、指示出し・指示受け・実施・確認の一連の流れは適切である。口頭指示は手順に沿って行われ、放射線の読影や病理所見の未読防止の仕組みが確立している。麻薬・向精神薬・毒薬の管理やハイリスク薬の明示、取り違い防止対策は適切に実施しており、電子カルテシステムを用いて重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を適正に行っている。転倒・転落はリスク評価に従い対策を講じており、転倒・転落発生時は対応手順を定め迅速に対応している。医療機器の安全使用は、マニュアルは整備され、使用する職員への研修も適切に実施している。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードを設定し全職員が迅速に対応できるようにしている。救急カー트는標準化され、看護師と薬剤師が点検している。また、BLS 訓練を全職員対象に実施して、参加率も高く急変時対応は適切である。

## 6. 医療関連感染制御

院長参加の院内感染対策委員会を毎月開催し、実働部署として院長直轄の感染管理室に専従の ICN や専任の ICD を配置している。ICT や AST を整備し、院内の感染に関する情報収集と分析・検討を適切に行っている。アウトブレイク時の対応も明確になっている。耐性菌検出の状況を把握し、JANIS や J-SIPHE に参加するほか、各種サーベイランスを行っている。

院内感染対策マニュアルを整備し、手順に基づいた標準予防策が行われている。感染経路別予防策は適切に実施され、廃棄物と感染性リネンは適切に取り扱っている。直接観察法や消毒薬の使用量と回数の調査などにより手指衛生の徹底に努めている。抗菌薬の適正使用では、ガイドラインは適宜最新の情報をもとに改訂されており、血液培養陽性例は毎日 ICD がチェックして介入の適応を判断している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページ、広報誌などを活用して行われている。広報誌は毎月定期的に発行され、病院の情報および診療科や医師の紹介なども掲載されている。地域医療連携室が中心となり、地域の医療状況やニーズを把握するとともに、関連する医療・介護・福祉施設との連携・調整が図られている。地域医療連携室の職員や各診療科の医師が顔の見える関係構築を目的に地域の病院や診療所などの医療機関を定期的に訪問し、病院の現状報告と要望の聴取や患者受け入れの営業活動などを実施している。また、地域医療研修会や聖隷談話会の開催、市内の基幹病院との連携連絡会や医師会・介護・福祉施設との連携会等を通じて、地域の要望の聴取や情報共有も実施されている。紹介患者に対する返書および管理は適切に行われている。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、がん医療従事者研修会、専門看護師やリハビリ研修会の開催など多彩な活動が行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者が円滑に診療を受けられる体制として、総合案内の設置、予約制の導入、診察順番表示装置の設置などで適切に運営されている。発熱患者のトリアージは適切に実施され、紹介患者の受け入れは地域医療連携室が中心となり円滑に実施されている。外来診療は問診や治療方針の説明と同意、看護師の同席など適切に行われている。診断的検査の必要性は医師が判断し、説明と同意を得たうえで安全に実施している。救急患者も含め受診から外来でのアセスメント、入院の適応、柔軟な入院病床の運営に至るまでのプロセスは適切で円滑に行われている。多職種で入院時の評価、計画を行い、入院診療計画書を作成しているが、患者の個別性に沿った充実した記載を期待したい。医療相談や看護相談は分かりやすい場所に相談窓口を設置し、多岐にわたる相談を受け付け内容によって専門職や担当部署に振り分けている。

医師は他科との合同カンファレンスや多職種が介入した検討会で治療方針や支援方針を決定し、患者・家族の意向に沿った治療方針の説明と同意を行うなど適切に

病棟業務を行っている。看護師の病棟業務は看護基準・手順に基づき適切に行われている。薬剤師は各病棟に配置され薬歴管理、投薬、注射の手順、服薬指導は適切である。抗菌薬や抗がん剤など必要な薬剤における観察記録も確実に記載されている。輸血は適切に実施されている。周術期の対応では麻酔科医による術前診察や説明・同意取得症例を増やすことが期待される。重症患者の管理はICUやNICUなどでの集中治療の専門的管理がなされ、専門・認定看護師や多職種の関与も多くみられ適切である。褥瘡の予防・治療に関しては、全入院患者にリスク評価が行われ、ハイリスク患者には多職種で具体的な方法を検討し適切に対応している。栄養管理と食事指導では、栄養状態がアセスメントされ患者に見合った栄養管理が行われている。疼痛、苦痛および不快な症状は適切に症状緩和が図られており、必要に応じて緩和ケアチームが関与している。

必要なリハビリテーションは速やかに開始され安全・確実に行われている。身体抑制は必要最低限とし、医師の指示で開始し、早期解除に向けて取り組んでいる。患者・家族への退院指導、必要な患者には継続した診療・ケアを支援している。ターミナルステージでは、医師・看護師は指針に沿って患者・家族に確認のうえ対応し、患者・家族の意向に沿った診療・ケアや療養環境の提供に努めている。

#### <副機能：緩和ケア病院>

外来受診のための手順はホームページ等に明記され、ホスピス外来と緩和外来は完全予約制とし待機期間を短縮するための配慮がされている。外来診療における情報収集等は適切に行われている。検査の必要性は主治医が判断し、患者・家族に説明のうえ同意を得ている。医療相談や入院決定までの対応、診療計画の作成などは、多職種が連携しながら患者・家族の意向を尊重して対応されている。

医師、看護師は病棟業務を適切に行っており、STAS評価を用いて患者・家族の状況が多面的に評価され、身体的・精神的・社会的なニーズについて毎日の多職種カンファレンスで検討されている。注射薬については、1施用ごとの取り揃えとなるよう検討を期待したい。入院時に全患者を対象に、褥瘡危険因子表を用いた褥瘡のリスク評価を行い、難治例には褥瘡対策チームや認定看護師が関与している。自律支援およびQOL向上に向けた取り組みとして、担当看護師は患者と相談して日課を決定し、入浴や整容などのニーズに柔軟に対応するほか、ボランティアや季節の行事、病棟内の飾りつけなどが効果的に行われ、外出・外泊などの患者・家族の希望を支える支援にも取り組んでいる。臨死期ケアや逝去後の対応は、患者・家族の意向を尊重しながら全人的な対応をされており優れている。ホスピスケアの質を高めるため、開棟初期から長期にわたり継続して取り組んでおり、全国の多くのホスピス・緩和ケア病棟の模範的な立場を維持していることは、高く評価できる。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤業務は処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会、抗がん剤の調製・混合、持参薬鑑別、薬剤情報管理、注射薬の取り揃えなど多岐にわたる業務を適切に実施している。臨床検査機能は、高い診療機能を発揮すべくニーズに対して多くの検査種類、

検査数に応じている。検査結果は迅速に報告され、パニック値の報告は確実に医師に報告している。画像診断機能では速やかな実施と読影結果が報告され、複数の放射線科医によって読影されており、読影率も高く、評価できる。夜間の緊急検査についても適切に対応している。食事の提供と管理は衛生的なプロセスで行われ、管理栄養士は患者への指導や病棟との連携、NST への関与など積極的に活動している。リハビリテーション機能は多職種と連携し急性期リハビリテーションを適切に行っている。診療情報管理機能は、量的点検の点検項目の明確化および確実な記録について検討を期待したい。医療機器管理機能は、医療機器は一元管理され点検も確実に実施されている。洗浄・滅菌機能は中央化され、滅菌の質保証やリコール規程の整備など適切であるが、既滅菌物の保管体制について見直しを期待したい。

病理診断機能は、病理医および臨床検査技師により適切に機能が発揮されている。放射線治療機能は、放射線治療専門医、がん放射線療法看護認定看護師など必要な人材を配置し、治療計画の立案やシミュレーションの実施などにより放射線治療を安全かつ適切に提供している。輸血・血液管理機能は輸血療法委員会等で適切に運営され、副作用報告体制が整備されている。手術・麻酔機能は、全身麻酔は麻酔科による麻酔管理が行われ、緊急手術に十分に対応しており、術前後の情報共有は確実に行われている。集中治療機能は医師をはじめとする多職種を配置するほか、各診療科や多職種が連携して重症患者に対し高度な集中治療が提供されている。救急医療機能は、民間初の「高度」救命救急センターで静岡県西部ドクターヘリの基地病院でもあり、コロナ禍にあっても病院職員が一丸となり救急医療に取り組み、多くの救急患者を受け入れており、高く評価したい。

## 10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に基づき行っており、監査は外部の公認会計士によって行われている。予算管理から執行状況の管理・分析など経営全般に関して適切に管理されている。総合案内・自動精算機・対応カウンターを設け、効率的で正確な窓口収納業務が行われている。委託業務の定期的なモニタリングを実施して業務実施状況を把握するとともに、業者との連絡会を持つことで継続的な改善が図られている。

病院の役割や機能に応じた施設・設備が整備され、24 時間体制で設備の稼働状況を監視している。院内の清掃についても整理整頓・清潔が行き届いている。物品管理については、資材課が所管し、購入、請求に対する払い出しを行っている。災害に備えて防災マニュアルが整備され、大規模災害訓練や地域医療機関との情報共有が円滑に行われている。停電に備えて自家発電機が整備され、医薬品や患者用および職員用の食料・飲料水が備蓄されている。院内巡視や不審者侵入防止等、保安業務が適切に行われている。医療事故発生時の手順が整備され、原因究明や再発防止策を組織的に検討する規程が整備されており、顧問弁護士契約や病院賠償責任保険の加入、医療メディエーター有資格者の配置に取り組むなど適切に対応している。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院であり、プログラムに沿って指導にあたっている。また、協力型臨床研修病院として近隣の大学病院からたすき掛けの研修医の受け入れも行っており、JCEP の認定も取得している。EPOC2 を用いて多職種による評価を実施するほか、研修医と指導医の面談を通じて研修医の要望等について検討する機会を設けている。看護師や薬剤師等についても研修プログラムが整備されている。

医師、看護師、薬剤師、リハビリ療法士など多くの職種について、学生実習を積極的に受け入れている。実習開始時にはオリエンテーションを開催し、医療安全・感染防止・個人情報保護等に関する教育を実施し、カリキュラムに沿って実習指導と評価が行われており、受け入れ窓口は一元化されている。

# 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	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	B
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	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	B
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	B

#### 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	S

## 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	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	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

## 機能種別：緩和ケア病院（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	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	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	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	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	S



年間データ取得期間： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 1 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： その他法人(社会福祉法人等)

I-1-4 所在地： 静岡県浜松市北区三方原町3453

### 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	816	816	+6	76.1	15.6
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	104	104	+0	49.2	53.5
結核病床	20	20	+0	17	14.5
感染症病床					
総数	940	940	+6		

### 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	47	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	14	+14
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	4	+0
人工透析	44	+0
小児入院医療管理料病床	61	+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	27	+0
精神科隔離室	28	+0
精神科救急入院病床	44	+0
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, 災害拠点病院(地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院(Ⅱ群), 地域周産期母子医療センター

### 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： 15 人 2年目： 14 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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	937.95	1,096.08	1,081.31	85.57	101.37
1日あたり外来初診患者数	72.98	93.60	95.85	77.97	97.65
新患率	7.78	8.54	8.86		
1日あたり入院患者数	675.63	726.55	714.58	92.99	101.68
1日あたり新入院患者数	41.10	44.79	43.66	91.76	102.59