

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」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10月15日～10月16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	慢性期病院	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 慢性期病院
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

貴院は慢性期医療を担う機関であり、その歴史は古く国立療養所を前身としている。その後の変遷を経て現在に至っているが、地域における自院の役割・機能を明確にして連携機能を高め、地域医療に継続的に貢献し信頼を得られていることは高く評価される。特に病院の機能水準を高めるために、病院幹部はもとより職員自らが「考え、実践する」風土が定着しており、理念達成に向けた取り組みが展開されている。

病院機能評価を継続的に受審して、認定を更新し続けており、今回の更新審査においても、多くの項目が一定の水準に達していると評価された。また「緩和ケア医療」を実現されるなど進化も見られた。以下に述べる総括を参考にされ、貴院が目指す医療の実現に向けた取り組みの充実と発展に期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

法人の理念を掲げ、4項目の基本方針とともにその達成を目標としている。良質で安全な医療の実現など、患者中心の医療を目指す病院としての精神が堅持されている。さらに、医師をはじめ各部門が理念・基本方針の実現に向けた取り組みを意識し、日々努力している状況がうかがえ評価できる。経営や運営上の課題は病院全体で共有し解決に当たっている。さらに、優秀な人材の確保と育成に努め、チーム医療の実践に努力されている。組織運営は病院管理会議・医局会議を中心に行わ

れ、病院の将来に向けた課題を明確にして人材の育成など次の世代を見据えた組織的な取り組みが行われている。情報管理の重要性は認識され、情報管理担当者も配置されている。情報を管理・活用するための規程の策定、データの真正性や見読性など統合管理への取り組みも明確に行われている。

地域の慢性期医療を担う中核的な機関として、必要な人材の確保や育成に努力されている。法人の各種規程に基づき人事規程・就業規則に沿って人事管理が適切に行われ、就労管理については就労管理ソフトを導入して過重な時間外労働を抑制する取り組みもあり、評価できる。職員の安全衛生管理は適切に行っている。業務改善委員会が機能し意見・要望の収集と検討、ワークライフバランスなどの取り組みを積極的に行っている。意見や要望に基づき、職員宿舎、託児所の設置、育休後の支援体制に対応するなど働きやすい環境が実現されている。

職員の教育・研修への取り組みは、医療安全、感染管理を中心に、個人情報管理、接遇など必要な課題についても毎年、教育研修計画を策定し継続的に取り組んでおり、成果の検証も行われている。職員個別の能力の把握と開発については、勤務評価とラダー方式による評価制度が始まっており、その成果も見られる。さらに、能力開発も積極的に奨励され、部門ごとに職員が資格取得などに努力しているなど、評価できる。

3. 患者中心の医療

「患者様の権利」5項目が「患者様の義務」3項目とともに定められ、病院のホームページ、病院案内、入院案内に掲載し周知している。患者・家族からの診療録の開示については、1週間以内と迅速に行われている。説明と同意はガイドラインに基本的な取り組み姿勢が示され、病状説明は専用の用紙を用いて医師が所見を記載し丁寧に説明している。入院時には入院のしおりを用いて、病棟内説明や日課、転倒・転落防止、ネームバンド着用の説明を行うなど、安全確保や感染対策への患者参加を促している。患者支援体制は地域連携室が入院前から退院後に至るまで、患者の病態に沿った様々な相談に対応している。個人情報保護についても、ホームページに掲載し個人情報の利用目的も記載しているなど、適切である。病棟のプライバシー保護については病室の扉は閉められ、カーテンにより個室化が図られている。また、病室入口の患者氏名の表示もルールに沿って適切に行われている。倫理委員会があり、新たな診療・治療方法や技術導入および透析を拒否される患者などについて検討された事例がある。なお、比較的多く発生する臨床倫理課題は把握されているが、基本方針や考え方を定め、対応についても明確にされておくとさらに良い。

来院時のアクセスは公共バスや循環バスの運行がある。売店や理髪の利用、インターネットなどの通信が可能であり利便性・快適性に配慮している。院内はバリアフリーが確保され、身障者用の駐車場も確保されているなど、高齢者や障害者に配慮した施設となっている。外来、病棟とも診療・ケアに必要なスペースが確保されており、患者がくつろげるスペースがある。受動喫煙に向けた取り組みも適切になされている。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、患者満足度調査および院内各所に設置されている意見箱により収集されている。収集された意見は関係部署で対応策を検討し、回答も掲示される体制があるなど、適切である。診療の質の向上に向けた活動として、病院全体での多職種による症例カンファレンスが行われている。また、各病棟では合同カンファレンスを毎週多職種で開催し情報共有を行っており評価できる。業務の質の向上においては接遇委員会が毎月開催され、満足度調査や身だしなみチェックの結果などが論議されている。2019年9月には、病院全体で接遇研修として「ホスピタリティ研修会」が行われている。

病棟やベッドサイドに主治医や看護師等が明示され、患者・家族が診療・看護の責任体制を把握できるよう配慮しており、部下の業務遂行状況や患者の把握も適切に行っている。診療記録は紙カルテが用いられ、診療録と看護記録は別個に患者の病状に応じて必要な記録を記載している。多職種が参加するカンファレンスとしては、合同カンファレンス、退院カンファレンスなどがある。また、NSTや褥瘡対策チーム、医療安全、感染対策院内ラウンドなどの専門チームによる介入もあり、適切である。

5. 医療安全

医療安全に関する体制は、医療安全管理委員会、下部組織の医療安全管理部門が実働的な役割を果たしており、安全確保に向けた体制が確立されている。インシデント・アクシデント情報を収集し、医療安全管理委員会・医療安全管理部門会で改善策を検討している。RCAを用いて分析し、根本的原因の追究に役立てている。

患者の誤認防止は手順に則って行われ、ハイリスクな検査や処置時にはタイムアウトを行っている。医師の指示出し、看護師による指示受け・実施は確実かつ安全に行われ、劇薬やハイリスク薬の表示も薬剤部や救急カートなどで他薬と区別して配置しており適切である。転倒・転落のリスクアセスメントを実施して予防策を立案し、リスク評価の内容を患者・家族に説明している。病棟で使用されている医療機器は、マニュアルに基づきチェック表を用いて点検が行われ、設定などの引き継ぎも適切に実施されている。患者等の急変時の対応では、緊急時のコードが決められており、定期的な招集訓練と到着時間の検証が行われている。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策に関するマニュアルが毎年改訂され、職員に周知されている。院内感染防止対策委員会が毎月開催され、検出菌のデータ分析や抗菌薬の使用状況の把握などがされている。多職種で構成される感染防止対策小委員会は、院内ラウンドを各部署順番に毎月1回行っている。アウトブレイクの基準に基づいた対応手順や保健所に届ける基準も整備されており、2014年12月～2015年1月のインフルエンザのアウトブレイク時には適切に対処している。

委託業者も含む全職員による手洗い研修の実施や手指消毒剤を携帯し、適切な手洗いに力を入れている。また、感染防止対策小委員会によるラウンドが行われてい

る。耐性菌を生じやすい特定抗菌薬 5 品目については届け出制とし、その投与期間にも介入しており、抗菌薬を適正に使用する体制が整っている。

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をはじめ病院案内、入院案内、広報誌など、多くの情報が発信されている。必要に応じた更新もなされ、診療実績の発信も臨床指標などをわかりやすく掲載している。地域連携室が中心となり、専従スタッフが紹介患者の受け入れや情報提供などを行っている。また、地域連携に必要な情報は、医療圏内の医療情報ネットワークや地域の連携会議などで収集され、本院をはじめ連携する医療機関や介護施設・薬局等との情報交換および情報共有がなされている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、医師をはじめ多くの職種が参加して、健康増進活動や健康講座などが定期的・継続的に行われており、地域住民の参加を図っている。医療・福祉機関向けには、症例検討会や研修会の定期的開催、および人的ネットワークの構築・連携が多くの職種によって積極的に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページなどでわかりやすく案内され、外来では総合案内が機能し円滑な受け入れが行われている。侵襲的な検査は、CT・MRI の造影検査やシャント作成時の血管造影検査があり、検査中の観察記録は確実に記載されている。他院からの入院依頼は地域連携室が受け付けており、診療内容によって各病棟に振り分け、病棟ごとに毎週入院判定会議を行い、入院を決定している。入院診療計画書は医師が記入した後に看護師が迅速に作成し、多職種で確認・共有のうえで診療とケアに関する説明を看護師が行っている。患者・家族からの医療相談にも適切に対応している。入院前面談時には、相談員より療養生活上の費用や医療相談について説明を行い、当日の担当看護師がオリエンテーションを行うなど、患者が円滑に入院できるよう取り組んでいる。

医師は毎日の回診を行い、患者の状態に応じた指示とカルテ記載を行っており適切である。看護師は看護管理基準や看護業務基準・手順が整備され、患者・家族の身体的・精神的・社会的ニーズを把握し、多職種が協働したケアを実践している。注射・投薬は確実・安全に実施され、輸血は医師が必要性及び合併症などを説明した上で同意書を得ており、輸血実施時の患者の観察も確実に行われている。重症患者の管理も適切である。

褥瘡の予防・治療では、入院患者全員に褥瘡発生リスクの評価やアセスメントを行い、褥瘡チームによるラウンドの実施や認定看護師のケアの指導を行っている。栄養管理や疼痛緩和、リハビリテーションも適切に行われている。身体抑制は医師の指示で説明と同意に基づき実施している。入院 1 週間以内に退院支援計画書を作成し、家族の意向や退院支援の進捗状況等を多職種で共有するほか、家屋調査や必要時に具体的な指導や支援活動が実践されている。ターミナルステージへの対応も適切である。

＜副機能：緩和ケア病院＞

入院相談時には、緩和ケア内科医師と病棟師長が同席し、具体的な説明をした上で入院の同意を得ている。相談室が窓口となり診療情報提供書や前医の検査結果などの情報を収集し、病棟の空床状況や入院待機に関する情報を毎週、周辺の施設に共有して円滑に患者を受け入れている。患者の状態に応じて、担当医師により検査の必要性が適宜判断されている。医師・看護師による診断と各種リスク評価が行われ、患者個別性のある入院診療計画書が多職種により作成され、入院早期に患者・家族への説明が行われている。また、入院当日に褥瘡や転倒・転落などのスクリーニングを行い、診療計画に基づいたケア計画を立案している。

医師は緩和ケア内科を担当する2名が主治医制で病棟運営しており、看護師はプライマリナーシング方式で患者に対応され、個別性に配慮した看護計画を立案している。薬剤は確実・安全に実施されている。入院時に全症例に対して褥瘡のリスク評価を行い、褥瘡対応に関する診療計画書を作成している。症状緩和については、苦痛症状の継時的変化や臨時対応の効果の評価などがわかりやすく記録されるよう検討を期待したい。また、緩和ケア病棟における専門的リハビリテーションの重要性を病院として再評価し、積極的な活動を支える体制作りに期待したい。患者・家族の退院に関する意向を確認し、必要に応じて適切な退院支援を行うとともに、地域の往診医や施設と連携して継続した診療・ケアを行う体制がある。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は常勤薬剤師3名が病棟・外来を担当し、疑義照会も適宜行っている。病棟への注射薬の払い出しも1施用ごとで実施している。臨床検査科の臨床検査技師は常勤2名体制で検体検査や生理機能検査等を行うとともに、パニック値の報告なども確実に実施している。放射線科技師は常勤1名体制で、単純撮影、CT・MRI検査などを行い、患者確認も確実・安全に実施している。

栄養管理は全患者に栄養アセスメントを実施して患者の特性や嗜好を把握するとともに、随時提供する献立に活かされ、栄養管理計画書にも連動しているなど適切に機能を発揮している。リハビリテーションは2日間を超えて連続して休まないように、毎日必要な訓練を提供しており適切である。診療録の電子化は現在検討中であるが紙媒体の診療記録は一元管理されており、量的点検や貸出管理も適切に行われている。医療機器管理機能は、臨床工学技士により医療機器台帳が作成され、一元管理体制を取っており、年間定期点検や職員教育なども適切に行われている。洗浄・滅菌は中央化が行われており、業者にすべて委託している。滅菌の質の確認やリコール規程の整備も適切である。

病理検査結果は、確実に主治医に伝えるシステムがある。輸血の担当部署は臨床検査科であり、輸血用血液製剤は薬剤部内の輸血専用の自記温度記録計付き専用保冷庫に、搬入後から輸血実施まで保管しており適切である。手術は局所麻酔による透析用の血管シャント形成術のみで、術中の患者管理は確実に行われている。また、手術担当看護師による「手術患者看護計画表」が作成され、術前訪問も実施されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、各部門とのヒアリングに基づく予算の作成と執行が適切に行われている。会計処理は病院会計準則に基づいて実施され、財務諸表も作成されている。医事業務の手順は確立されており、レセプトの査定状況も医師の関与の下、適切に取り組まれている。業務の委託については業務内容や価格などを考慮して適切に業者選定がなされ、医療安全や感染制御の研修実施、および事故発生時の具体的な対応手順も定められている。

施設・設備の管理は適切に行われ、エネルギーや防災システムは全体を監視する機能を有しており、感染性医療廃棄物の処理についても適切な状況である。物品管理は事務部門が担当し、医療衛生材料はSPD化が図られ、現場の意見を聞きながら購入・管理に当たっている。

火災を想定した対応マニュアルの策定と訓練は適切に実施され、地震など大規模災害に向けた対応は自治体や法人本部と連携した今後の防災計画が検討されている。食料や飲料水の備蓄は現在3日以上が確保されており適切である。保安業務は、昼夜間の緊急時の連絡・応援体制が明確に整備され、必要に応じて監視カメラを設置して施錠や出入りのチェック、夜間の院内の巡回が適切に実施されている。医療事故等への対応は紛争の恐れがある事案、訴訟が発生した場合のいずれについても、速やかに状況が掌握でき対応できる仕組みになっている。また、患者・家族への説明なども慎重に行われ、並行して原因究明や再発防止に向けた取り組みも速やかに行われる仕組みである。

11. 臨床研修、学生実習

学生の実習は看護学校から受け入れている。学校との協定に基づき、医療安全や感染制御などに関する教育も適切に行われている。

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	B
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	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	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
2.2.12	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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
2.2.20	身体抑制を回避・軽減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	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	NA

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	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	A

年間データ取得期間： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 11 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 南部郷厚生病院
 I-1-2 機能種別： 慢性期病院、緩和ケア病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 市町村
 I-1-4 所在地： 新潟県五泉市愛宕甲2925-2

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	70	64	+0	85	90.5
療養病床	50	40	+0	79.1	168.6
医療保険適用	50	40	+40	79.1	168.6
介護保険適用	0	0	-40		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	120	104	+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	50	+11
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	20	+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

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

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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	64.45	63.30	65.04	101.82	97.32
1日あたり外来初診患者数	2.47	2.56	2.46	96.48	104.07
新患率	3.83	4.05	3.78		
1日あたり入院患者数	86.06	79.99	86.64	107.59	92.32
1日あたり新入院患者数	0.80	0.67	0.69	119.40	97.10