

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 3 月 13 日～3 月 14 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、1928 年に前身の志田病院を開院意向、時代の変遷とともに機能・規模の充実を図りながら発展し、現在は救急医療、消化器内科・外科の高度医療、緩和医療を中心に、地域に向けて医療を提供している。

今回の受審にあたり院長を筆頭に病院職員が一体となり、病院の質向上に取り組んできた成果が確認できた。今回の病院機能評価を機に、貴院が地域において益々発展されることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針を明文化し、院内外に向けて周知に努めている。基本方針等の内容は、毎年運営会議で検討している。中長期計画を策定し、その内容に基づいて年次事業計画を策定している。また、各部署の年次目標は、年次事業計画に基づいて策定している。計画の達成度は各部門長とのヒアリングなどにより進捗を確認しており、常に PDCA サイクルにより運用する仕組みがある。病院の情報システムは情報システム室が担当し、将来を見据えた医療情報システムの導入や更新計画は、法人事務局にて検討している。

病院の機能や業務量に見合う人材確保に取り組んでいる。職員の安全衛生管理として、労災に関する手続きを整備し、運用する体制としたため、引き続き適切に対

応することが望まれる。病院全体の教育・研修は人事課で取りまとめ、年間スケジュールに組み込み、進捗状況を把握し、実施後はアンケート等により評価も行っている。全職員を対象とする院内研修については、医療安全、医療関連感染制御、個人情報保護、医療の倫理等を義務付けており、Web を活用するなど出席率の向上に努めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、良質な医療を公平に受ける権利などを定め、適切に見直しや検討を行っている。「インフォームド・コンセントに関する指針」に説明と同意の方針があり、文書同意の必要な範囲が明文化されている。外来では問診票を用いて患者情報を収集し、電子カルテで薬物やアレルギーなどの患者情報を共有している。入院時のオリエンテーションの際に、リストバンドの装着や名前の確認などについて患者に協力を依頼している。また、院内 Wi-Fi を整備するなど、患者が疾患などについて情報を得られる環境を整備している。

個人情報保護方針や個人情報に関する取り扱い規程を定め、院内掲示やホームページ等で周知している。診療情報の取り扱いについて、規程や申請書等を整備し、適切に個人情報を取り扱う仕組みとしたため、今後も継続的な運用が望まれる。臨床倫理委員会では、症例報告や研究論文に関する検討とともに、病棟等の倫理カンファレンスで検討した事例を報告している。臨床倫理委員会の下部組織として ACP 実践部会と身体抑制検討部会があり、委員会においてそれぞれの状況の把握や検討などを行っている。院内はバリアフリー環境が確保され、院内 3 か所にオストメイト対応のトイレを整備するなど、障害者や高齢者に配慮した適切な環境が整備されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は、患者アンケート調査や各フロアに設置された意見箱などにより収集しており、入院アンケート結果や意見箱に投函された意見に対する回答をホームページ上で公開している。カンファレンスは手術前に行う内科・外科合同の術前カンファレンスの他、CPC、消防署職員等が参加する出張症例検討会などを開催している。診療ガイドラインはグループウェアを介して閲覧が可能である。業務改善に関する組織として、医療の質向上委員会を設置し、継続的に改善活動を行っている。また、委員会別に年度初頭に評価項目に沿った業務改善計画を立て、グループウェアで進捗状況を確認するなど、PDCA サイクルを回して取り組んでいる。

外来では、各部門の管理・責任者名を表示し、入院患者のベッドネームには主治医と看護師名を表示するなど、責任体制を明示している。診療録については電子カルテに医師、看護師、薬剤師、療法士などが必要な記録を経時的に記載している。診療録の質的点検は、各科科長や副院長が診療録管理委員会で「監査記録用紙」を用いて確認し、医局会議で資料配布をするなどフィードバックを行っている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部門を設置し、責任者を配置している。医療安全管理対策委員会は多職種で構成し、毎月開催している。また、各部署に医療安全実施者としてセーフティマネージャーを配置している。収集したインシデント・アクシデント情報は医療安全部会で報告され、レベル分類や対応策について検討されている。収集したデータは主に SHELL 分析を用いて要因分析が行われている。

医師が発行する処方箋や指示出しは電子カルテ上で行われ、手順を定めている。薬剤の処方や侵襲的検査等のリスクのある診療行為の代行入力については、代行入力後、実施前に医師が速やかに承認を行う体制を整備したため、継続的に行うことが望まれる。急性期病棟では、看護師と薬剤師がハイリスク薬を安全に保管・管理している。調剤・処方鑑査時に、薬剤部門システムにより重複投与、相互作用、併用禁止薬、アレルギー等について確認している。内視鏡センターに定数配置している麻酔・鎮静用剤については、厳重に管理することを期待したい。全入院患者を対象に、転倒・転落のリスク評価を行い、危険度に応じて転倒防止対策マニュアルに沿って実施している。看護計画は定期的に評価し、転倒が起きた場合は、環境整備やリスク等を再評価している。また、療法士も介入してカンファレンスを実施し、看護計画を見直している。医療機器を使用する職員を対象に、医療機器の研修を行い、安全な使用に努めており、医療機器の機種変更や新規導入時は、全体で学習会を開催している。医療機器の使用中は臨床工学技士による動作確認やアラーム設定状況の確認が行われている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する委員会組織として、経営会議直下に院内感染対策委員会（ICC）、ICC 直下に ICT・AST 会議、ICT 会議直下に感染リンクスタッフ部会を設置している。今後は、院長を中心とする感染管理責任体制が明確になるように、院長直轄の感染制御の組織体制の構築に期待したい。ICN が把握した院内の感染症の発生状況や、検査部門からの週報、薬剤部門からの抗菌薬使用状況の各情報を定期的に収集し、ICT 会議で分析・検討を行っている。アウトブレイクの定義、対応手順、連絡網を作成し、院内に周知している。JANIS の検査部門、全入院患者部門、SSI サーベイランスに参加している。

マニュアルに基づき、標準予防策や感染経路別予防策が行われている。各病室入口や外来など、必要な場所に手指消毒剤を設置し、手指衛生の徹底に取り組んでいる。また、個人防護用具を設置し、いつでも使用できるようになっている。抗菌薬適正使用に関する指針、周術期抗菌薬に関する指針が整備されている。抗 MRSA 薬・カルバペネム系薬を届出制としており、抗菌薬の長期使用患者を把握している。AST 活動では、薬剤師が作成した抗菌薬長期使用患者リスト、臨床検査技師が作成した血液培養陽性患者リストなどに基づき、医師を交えた AST ラウンド・ミーティングを毎週実施し、抗菌薬適正使用を促している。

7. 地域への情報発信と連携

病院情報の発信については、法人業務推進室にて検討などを行っている。地域住民向けの広報誌、医療機関向け広報誌を発行している。ホームページには外来受診や入院手続き、診療担当表などの様々な情報が掲載されている。その他の広報媒体として病院案内、パンフレット、入院案内等を用いて病院機能やサービス、診療内容等を案内している。地域の医療関連施設との連携促進のために地域医療連携室が設置され、紹介患者の受け入れや逆紹介などが行われている。紹介患者の受け入れ後には段階ごとに適切に返答を行っている。各診療科責任者および事務長等が定期的に連携先医療機関を訪問し、連携先のニーズの把握に努めている。十勝メディカルネットワーク「はれ晴れネット」を活用して、連携先医療機関と相互間での診療情報の共有がなされている。

地域住民を対象とする教育・啓発活動として、コロナ禍においては、動画共有サービスを利用した市民医療セミナーの開催を計画している。地域の医療関連施設等に向けた活動として、感染管理認定看護師が新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生した施設等に出向き、支援した実績がある。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来フロアに看護師を配置し、円滑に受診できるよう来院者をサポートしている。また、患者の病態・緊急性に配慮し、JTAS システムを活用し、緊急度や救急対応の必要性を判断している。初診患者は問診票を記載し、看護師が予診を行い、情報を収集している。侵襲的検査を実施する場合は、患者・家族に検査の必要性とリスクについて説明の上、同意を得ている。入院の決定は医学的判断に基づいて担当医師が行い、その必要性と根拠を患者・家族に説明し、同意を得ている。入院時はリストバンドを装着し、病棟看護師がマニュアルに沿ってオリエンテーションを行っている。

医師は原則として毎日回診を行い、病棟スタッフや関連職種と情報を共有し、多職種で毎週カンファレンスを行っている。診療に関する各種書類は、速やかな作成に努めている。病棟看護師は、入院時に患者の情報収集とスクリーニングを行い、身体的・社会的・心理的ニーズを把握した上で看護計画を立案している。看護方式はPNSを採用し、担当者が様々な側面から患者を把握し、ケアにあたっている。投薬・注射や血液製剤の投与、周術期の対応、重症患者の管理、褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導、症状緩和、身体抑制などは適切に実施されている。退院支援が必要な患者には、入退院支援看護師が介入しており、退院支援計画書を速やかに作成している。また、退院後の生活を見据えて多職種によるカンファレンスを開催し、ケアに反映させている。

<副機能：緩和ケア病院>

緩和ケア病棟への入院の相談や入院申し込み前の情報収集、外来面談予約は、地域医療連携室の社会福祉士が直通電話を受けている。患者の病態に応じて受診当日に入院が可能な体制がある。緩和ケア外来は、入院の事前面談機能と症状緩和目的

の診療を予約制で実施している。診察には可能な限り緩和ケア認定看護師が同席する体制である。緩和ケア病棟における患者受け入れ方針、入院基準は明確となっており、入院面談の後、医師や病棟看護師、社会福祉士が合議し、入院の判定をしている。

緩和ケア科の医師は原則として毎日病棟を回診し、病態等について診療録に記載し、指示出しや患者・家族と面談などを行っている。身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな側面という4つの視点で、患者・家族のニーズを把握し、多職種でカンファレンスを行い、個別性のある診療・ケア計画を立案するように取り組んでいる。患者の希望と状態を把握し、外出・外泊が可能となるよう支援している。ペット面会、キッチンの使用、季節ごとのイベントの開催、Wi-Fiの整備、院内に音楽を掛けるなど、QOLを高める取り組みを行っている。入院当初から患者・家族の在宅復帰の希望について意向や病状の変化を確認し、多職種でタイムリーな退院支援を行っている。緩和ケア病棟を退院後、自宅療養している患者が病状変化した際には再入院できる体制がある。患者が希望する場合には、緩和ケア外来に通院してフォローを行う体制も整備している。カンファレンスにて生命予後の判断を行い、患者・家族のQOLに配慮したケアを実践している。家族の悲嘆に対する看護として、がん看護専門看護師によるグリーフケア外来を実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤に応じた適切な温・湿度管理を行っている。全入院患者に持参薬の鑑別を行い、電子カルテに入力し、多職種で情報を共有している。院内医薬品集は電子カルテ上に掲載し、適宜更新している。臨床検査機能については、検体検査全般、生理機能検査、輸血検査、細菌検査、SARS-CoV-2の遺伝子検査など、ブランチラボを取り入れ、院内および一部外注で確実に実施している。内部・外部精度管理は、適切に実施されている。画像診断は必要な検査を安全・確実に実施している。画像診断医師は、外部委託による遠隔画像診断であり、夜間・休日にも対応可能である。栄養管理機能については、嗜好調査等により献立の改善が図られている。行事食の他、お楽しみメニューとして、季節感のあるメニューや丼物などを提供している。さらに、緩和ケア病棟の患者の誕生日には、お祝い膳を提供している。

リハビリテーション機能については、脳血管・運動器・呼吸器・がん患者・緩和ケア・摂食機能・廃用症候群等に幅広く対応している。主治医や病棟スタッフとは、電子カルテ上の実施記録・回診・カンファレンス等を通じて情報を共有し、連携を図っている。医療機器管理機能については、中央管理され、日常点検および使用後点検がチェックリストに基づいて行われている。新規購入時には同一機種に統一するなど、標準化に向けて検討が行われている。救急医療機能については、輪番制で二次救急を担当しており、救急専門医が配置されている。不応需事例は、救急センター運営委員会で毎月検討している。緊急入院時にはベッドコントロール担当の看護師が円滑な入院ベッドコントロールを行っている。虐待が疑われる場合は医療安全対策マニュアルに則り対応している。

10. 組織・施設の管理

予算の作成にあたり、各部門からの意見・要望を聴取し、事業計画や損益計算、前年度実績等を基に予算案を作成している。経営会議、運営会議において、経営方針の具体化と直近の経営課題、中長期の経営政策について検討が行われている。診療報酬請求に関するレセプトは、医師も関与して確認を行っている。返戻・査定については、医事部門が確認・分析するとともに担当医師と連携し、医局会議等の周知を経て再審査請求などが行われている。

施設・設備の点検は、保守計画に基づき、委託業者による保守管理が適切に行われている。専門業者との保守契約等に基づいた定期保守点検や夜間・休日の緊急・障害時のオンコール対応等が適切に行われている。医療材料の物品管理については、院内 SPD 方式を採用し、定数や払い出しの日次管理が徹底されており、不動産在庫の調査、定数配置の見直しなども適宜実施している。ディスプレイ製品の再利用は行っていない。病院の建物は耐震構造となっている。消防計画や災害対策マニュアル、病院の機能継続計画（BCP）が策定され、火災や地震等の災害発生時の行動指針や本部組織、緊急連絡網なども適切に定められている。

11. 臨床研修、学生実習

初期研修医の研修は臨床研修管理委員会で管理し、研修状況を把握し、必要に応じてプログラムを修正している。初期研修医の評価は EPOC2 で行われ、多面的評価も行われている。看護部では、年間を通して新人教育担当者が集合研修を企画し、個々の成長をサポートしている。臨床の現場ではチェックリストに沿って PNS 看護体制によるフレッシュパートナーが技術修得の支援を行う仕組みである。薬局やリハビリテーション科の専門職は、各々の初期研修カリキュラムに沿って初期研修が行われている。臨床検査科や画像診断科では、OJT を中心に初期研修を実施しているが、今後は系統的な研修プログラムと合わせた初期研修を実施するように検討を期待したい。

学生実習は、医師、看護師、薬剤師、療法士、管理栄養士、事務職などの様々な職種の養成課程の学生を受け入れている。実際の実習では、養成学校等のカリキュラムや各部署の研修プログラムに沿った対応が行われ、標準的で円滑な実習が進められるように病院全体で支援している。臨地実習時に、実習生が患者の担当として関わる場合は、必ず患者・家族に説明のうえ承諾を得てから実施している。

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・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	B
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	B
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	B
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	B

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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	A
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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
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	B
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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： 公益財団法人北海道医療団 帯広第一病院

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： 公益法人

I-1-4 所在地： 北海道帯広市西四条南15-17-3

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	230	224	+0	56.5	20
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	230	224	+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	15	+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		
地域包括ケア病床	52	+0
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	18	+0
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(Ⅲ群),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： 1 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	188.27	218.84	229.14	86.03	95.50
1日あたり外来初診患者数	16.96	20.65	21.11	82.13	97.82
新患率	9.01	9.43	9.21		
1日あたり入院患者数	126.47	169.65	169.65	74.55	100.00
1日あたり新入院患者数	6.12	10.12	10.12	60.47	100.00