

# 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11月30日～12月1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

貴院は創設以来、幾多の変遷を経て現在では慢性期医療と緩和ケア医療を担う機関として、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。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多くの委員会活動を展開し、理念達成に向けた取り組みが行われている。

このたびの病院機能評価は更新審査であるが、早期から改善に向けた取り組みが行われており、多くの項目が一定の水準に達していると評価された。高い水準を目指す貴院が、「患者中心の医療」を実践の場でどのように展開されているかにも視点をあて評価した。今回の審査結果を参考に、貴院が目指す医療の実現に向けた取り組みの充実と益々の発展を期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

早期から自院の目標を明確にし、理念、指針、基本方針には一貫して、患者中心の医療を目指す地域の基幹病院としての精神が堅持されている。掲げた理念・指針・基本方針を実現するために「職員中心の組織構築」を目指し実践されている。また、地域医療構想に沿った将来計画を職員とともに検討し、社会に役立てる病院を目指して、優秀な人材の確保と育成に努めチーム医療を実践している。管理会議

のほか、診療管理会議などを中心とした組織運営を行い、必要な情報が職員・組織全体に浸透している。「情報システム運用規定」を作成し、患者情報の適正な管理に努め、データの真正性・保存性・見読性を確保している。文書管理は「文書管理規程」に沿って管理され、公文書や会議・委員会議事録、人事関係文書、経理関係文書等は適正に管理されている。

施設基準などの法定人員は充足されている。就業規則や諸規程も整備され、職員への周知は入職時の説明会や諸規則の閲覧などにより周知徹底が図られている。現在、勤務負担軽減を目的とした取り組みが始まっており、その成果も見られる。労働安全衛生委員会は定期的に開催し会議録も整備している。職員の定期健康診断も法令に基づき実施している。院内暴力対策のマニュアルの整備もされている。職員の意見を収集するために職員意見箱を設置し、収集された意見や要望は管理会議で検討し、職場環境の整備、医師・看護師の負担軽減などに取り組んでいる。

職員への教育・研修は、「医療安全」「感染管理」を中心に年間の教育・研修計画が立てられ、実施後の検証も適切に行われている。院外への研修についても奨励されている。人材育成を目的とした人事考課制度を導入し、職員個別の能力を把握するなど、職員の能力評価・能力開発を適切に行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利と責務が定められ、その内容は職員ハンドブックに記載され、職員に周知している。説明と同意に関する方針があり、医師の説明では看護師が同席するほか、コロナ禍により電話で説明が行われた場合は、看護師から連絡し、理解の程度を確認して必要に応じて補足説明している。入院前に患者・家族からの情報を得て、患者・家族と医療者側との理解を深めている。患者相談はMSWや精神保健福祉士、看護師を配置し、医療福祉相談や退院支援など必要に応じて専門職が相談に対応している。個人情報保護方針を整備し、ホームページに掲載している。電子カルテシステムの物理的、技術的保護やUSBなどの取り扱いも適切である。

臨床倫理指針が具体的に示され、定期開催の倫理委員会で倫理的課題を検討している。日常的に臨床倫理に関する問題の把握に努め、毎日のミニカンファレンス、ケースカンファレンスで検討している。解決困難な場合は倫理委員会において倫理4分割法などを活用し検討される仕組みを継続している。検討結果は部署にフィードバックされ、部署の責任者は検討・勉強会を通じて倫理的課題に対する共通認識に努めており、職場風土の醸成に取り組んでいることは高く評価できる。

障害者用を含めた駐車場を整備し、病院近くにバス停留所があり来院者に配慮されている。院内には売店やコインランドリー、電子レンジなどが設置され利便性に配慮されている。院内の廊下や階段、浴室、トイレなどには手摺りが設置され、玄関では職員による車椅子への移乗介助や院内までの移送支援が行われている。早期から敷地内禁煙が実現されており、禁煙外来も継続的に行われている。院内および敷地内へのポスター掲示、ホームページや入院案内、院内の掲示板に掲載して禁煙の周知が図られている。

#### 4. 医療の質

各病棟と売店前に意見箱を設置して、患者・家族からの意見を収集している。毎日回収し医療の質評価委員会などで検討し対応策が院内掲示されている。クリニカル・パスを作成、運用するなど、診療の質向上に向けた活動に取り組んでいる。医療の質評価委員会があり、クリニカル・パスの運営、臨床評価指標の運営、満足度調査の分析などを、部門横断的に行い医療サービスの質改善に努めている。新たな診療・治療方法や技術の導入については、現場から医療機器委員会などに申請、審議されている。学会や研究会で発表する場合や、薬剤の保険適応外の使用について倫理委員会で審議されている。

診療の責任体制は、主治医、受け持ち看護師、介護福祉士は明確にされベッドネームや病棟案内パンフレットに明示されている。医師記録は電子カルテが運用され、患者の病状に応じて、必要な記録を記載している。退院時サマリーの2週間以内の作成率は常に100%以上を維持しており、未作成分の督促も行っている。毎日、多職種によるカンファレンスが開催され、医療安全、NST、褥瘡ケア、ICT、認知症ケア、緩和ケアなど日常的にチーム医療の実践に取り組まれている。

#### 5. 医療安全

医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者を配置して権限を付与している。医療安全管理委員会の下、専従の看護師がリスクマネージャーとして配置され、インシデントレポート提出数の把握、調査、分析、対策の確認や検討、院内ラウンド実施結果などの内容は医療安全管理委員会で検討されている。実態に応じたマニュアル改定は随時行われており、安全確保に向けた体制は適切である。インシデント報告は、提出促進に向け部署へ啓発活動を行い、レベル0から積極的に提出されている。専従のリスクマネージャーを中心に医療安全カンファレンス、院内ラウンドが毎週行われ、再発防止対策の実施状況の確認や効果を検証している。

患者の誤認防止対策は、リストバンドやフルネーム確認などで患者確認を行っている。検体は、検査伝票にスピッツの色と本数を記載して誤認防止対策を講じている。薬剤科での薬剤管理や病棟・外来の定数配置における薬剤管理は適切である。ハイリスク薬の中で実施時に特に注意が必要な薬品の払い出し時には、準備した注意書きを添えている。入院時に全患者に対して多職種で転倒・転落アセスメントスコアで評価している。転倒・転落マニュアルがあり、個別対応策の実施、評価を行い再発防止に努めている。事象発生時にはフローに従って適切に対応している。医療機器は使用部署で使用マニュアルに従い安全に使用されている。患者急変時の対応が定められ、病棟、リハビリ室、外来など様々な場面を想定し定期的に訓練を行っており、医師、看護師、AED、救急カートの到着時間も検証しており適切である。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会が毎月開催され、ICD、ICN を中心に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。ICT は多職種で構成され、「ICT 感染環境ラウンド表」を用いて、すべての病棟・部署訪問を行っている。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いる。

マニュアルを整備し、適所に設置された PPE、速乾性手指消毒剤が使用され標準予防策が遵守されている。新型コロナウイルス感染症の感染拡大の状況において必要時、職員には「感染対策・相談・報告書」を記入してもらい、感染状況の把握や職員指導に努めている。「抗菌薬使用マニュアル」に基づき、ICT によって、抗菌薬の使用状況が把握され、院内感染防止対策委員会で報告され、ICT 会議でも論議されている。耐性菌を生じやすい特定抗菌薬については届け出制とし、特に留意が必要な薬品は許可制とし、その投与期間にも介入している。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院案内に病院の概要や院内各部門の紹介が掲載され、ホームページには各診療科の診療内容や医師の紹介、病院施設などが掲載されている。広報誌を定期的に発行し、近隣の医療機関や介護関連事業所へ送付し、入院患者への配布とともに、ホームページにも掲載している。医療相談室は地域医療連携機能を備え、医療圏内の医療機関および福祉施設等との紹介・逆紹介に対応している。地域の医療機関との研修会や地域医療連携会議などにも参加して、地域のニーズなどを収集している。地域の健康増進に寄与する活動として、特定検診や地域住民を対象とした公開講座を定期的で開催している。緩和ケアの普及・啓発、ボランティア育成のための「ホスピス緩和ケア市民公開講座」を開催し、医師を始め多くのスタッフによって維持されていることは特筆したい。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報などの案内はホームページなどでわかりやすく案内されている。かかりつけ患者などの外来対応を行っている。CT 造影検査は、必要性も含め文書を用いてわかりやすく説明し医師・看護師の立ち会いのもと、確実・安全に実施している。他院からの入院依頼は、多職種で検討を重ね受け入れの可否を判断している。入院診療計画書は、医師が診療とケアに関する説明を行い、多職種で確認・共有後にサインし手渡している。医療相談員は病棟担当制をとっており、患者・家族からの相談に対応している。

「診療の基本方針」に基づき、医師は主治医として毎日回診し、病棟は受け持ち制、機能別体制で看護・介護が実践されている。認知症看護認定看護師などを中心にした「認知症ケアチーム」、介護福祉士による「コミュニケーションノート」などが効果的に機能している。医師により輸血の必要性、合併症などの説明が行われ、輸血同意書を得ている。入院時、全患者に褥瘡リスク評価が行われ、予防計画や治療計画を作成し、褥瘡クリニカル・パスを使用している。週 1 回の皮膚科医による回診と褥瘡ケアチームのラウンドや NST の介入がある。摂食・嚥下支援チーム

が活動し、言語聴覚士による嚥下機能評価も含め、安全な経口摂取や経管栄養から経口摂取への取り組みが行われている。疼痛の訴えはNRS、VASなどで対応している。麻薬の使用基準、介護福祉士によるリハビリの援助、小集団でのレクリエーション、自立に向けた支援などいずれも適切である。身体拘束は行わない方針であるが、やむを得ない場合は、患者・家族の同意を得て拘束期間を定めて実施している。退院に向け在宅支援パスを活用するとともに、退院支援カンファレンスを開催し院外の社会資源と情報を共有している。診療所や施設などに診療情報提供書や看護サマリー、リハビリサマリーを提供し、必要な診療・ケアが継続できるようにしている。ターミナルステージの判断は主治医とチームカンファレンスで検討し、家族の意向を踏まえた入院計画書やケア計画が立案される。デスケースカンファレンスはほぼ全症例が病棟単位で行われ、振り返りも行われており適切である。

#### <副機能：緩和ケア病院>

緩和ケア外来への受診は、緩和ケア病棟への入院を前提とした診療と外来での継続的な症状コントロールを目的とした診療としている。緩和ケア外来には、緩和ケア病棟医、外来看護師、緩和ケア認定看護師、MSWなどの多職種で構成される外来緩和ケアチームが同席している。入院判定基準が明文化され、入院の判断は入院判定会議で決定している。入院診療計画書には、患者および家族の意向も明記し、個別性が高い内容としている。多職種チームにより医療やケアを提供し、ミニカンファレンス等には多職種が参加し、それぞれの職種が専門的な見地から協議した内容はカンファレンスシートで共有されている。緩和ケア病棟医はリーダー看護師との毎日の回診、カンファレンスへの参加などにより病態や患者・家族の苦悩を把握し、想いに沿った診療を行っており、面談の結果は診療録に詳細に記録されている。患者・家族の全人的な苦痛を毎日のカンファレンスで検討し、各専門職が苦痛や苦悩の軽減、家族の予期悲嘆の軽減を図っている。痛みの強さは病態や認知機能の程度に基づいて客観的に評価されている。リハビリスタッフは患者が抱えるリハビリテーションのニーズを医師や看護師と共有し、動作指導や摂食指導、失語症への対応を必要に応じて積極的に行っている。退院の希望を叶えるためにリハビリスタッフや病棟看護師が家屋訪問を実施し、多職種が参加する退院前カンファレンスでは在宅支援クリニカル・パスを用いて、様々な課題を解決して患者・家族が安心して退院できるように努めている。臨死期の判断は死亡前兆候を医師とスタッフ間で共有しながら行い、家族には病態の説明を繰り返し行い、家族の想いや死後の不安に込めている。退院時には入院中に撮影した写真やプライマリー看護師から遺族に向けての手紙を渡すなど、配慮されている。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、薬剤師は病棟、外来を担当し、疑義照会も適宜行っている。臨床検査は、検査科の臨床検査技師により、検体検査、血液ガス分析や生理機能検査等を実施している。画像診断は、CT検査結果の読影は遠隔診断も活用しながら実施している。栄養管理は全患者に栄養アセスメントを実施している。喫食状況が把握さ

れ、病態に応じた調整が行われている。リハビリテーションは独自の理念、基本方針を定め、訓練室で行う一方、病棟でのベッドサイドの訓練にも応じており、リハビリテーション機能は適切に発揮されている。診療情報管理は業務マニュアルに沿って臨床指標・統計データの作成などが行われ、診療録の量的点検も実施している。1患者に1IDが付与され二重登録を防止する仕組みがあり、診療情報は一元的に管理されている。医療機器安全管理責任者は院長であり、総務課主任により台帳が作成され医療機器の所在や保守点検が一元的に把握されている。人工呼吸器は、毎日呼吸療法認定士資格のある看護師と医師で設定や動作確認を行っている。トラブル時などの夜間・休日対応の手順が整備され適切である。使用器材は使用后部署で一次洗浄され、乾燥後に業者が回収し滅菌している。業者による滅菌の質は各種インディケーターで評価され、毎日報告書が届き保存されている。輸血の担当部署は臨床検査室であり、輸血療法委員会で輸血実施内容・副作用などを把握している。

#### 10. 組織・施設の管理

年度事業計画に基づいて予算が策定され、予算に対しての進捗状況が毎月把握されている。病院会計準則で会計処理が行われ、損益計算書や貸借対照表、試算表、決算書などの財務諸表が作成されており、会計監査も実施されている。医事課業務マニュアルに基づいて医事業務が遂行されており、医師によるレセプト点検が実施され、必要に応じて医師への照会が行われている。また、返戻・査定については、医師の協力を得て再審査請求を実施している。施設基準の適合確認も毎月実施されている。業務委託は契約更新時等に業務内容の見直しが行われている。委託業者は見積りなどを実施して選定され、業務の実施状況は、業務報告書の確認や委託業者との打ち合わせなどを実施して把握している。

施設・設備の管理は業務委託され、電気・空調・給水・医療ガス・消防設備などの日常点検が行われ、主要設備年次保守計画一覧表に沿って定期点検が実施されており、業務日誌や報告書が提出されている。医療材料は医療機器管理委員会において協議し選定している。防災マニュアルに緊急時の責任体制、役割分担、連絡網が明示され、火災と地震など大規模災害時の対応手順も網羅されており、院内各部署に配布して周知している。災害への備えとして、備蓄食品や飲料水は患者用、職員用とも3日分を確保している。保安室が設置され、休日・夜間は業務委託の警備員が警備日誌スケジュール表に沿って、定期巡視や施錠管理、暴力行為などへの対応を行っている。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、速やかな状況の掌握と対応、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がある。

#### 11. 臨床研修、学生実習

学生実習の受け入れ基準を整備し、医師、看護師の学生実習を受け入れている。受け入れに際しては、医療安全、感染制御、個人情報保護に関する取り決めを含めた協定を学校との間で締結している。

# 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	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	S
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	B
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	A
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	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	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	A
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	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	B
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 8 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人惇慧会 外旭川病院

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：医療法人

I-1-4 所在地：秋田県秋田市外旭川字三後田142

## 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	34	34	+0	87.7	33.8
療養病床	207	207	+0	99.6	614.3
医療保険適用	207	207	+0	99.6	614.3
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	241	241	+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	34	+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

	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)	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	2.57	2.38	2.72	107.98	87.50
1日あたり外来初診患者数	0.23	0.36	0.33	63.89	109.09
新患率	9.00	15.20	12.27		
1日あたり入院患者数	236.01	236.62	234.92	99.74	100.72
1日あたり新入院患者数	1.21	1.30	1.33	93.08	97.74