

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 8 月 19 日～8 月 20 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 1 | 認定 |
|------|--------|----|

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は病院開設後、地域の医療ニーズ、医療環境の変化に伴い増床を重ねられ、現在は病床数 151 床をもつ病院として運営されている。今回の訪問審査では、地域の医療・介護ニーズに応えるため、救急医療への真摯な取り組みのみならず、高齢化への対応にも力を入れていた。特に、大腿骨頸部骨折など整形外科分野の充実および 24 時間 365 日対応の訪問診療実施など、多くの優れた機能が見受けられた。今回の病院機能評価の結果が、貴院のますますの発展につながることを祈念する。

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定期的に見直されている。ホームページ、パンフレットへの掲載、院内掲示などで案内・周知が図られている。毎月開催の運営会議で病院の意思決定が行われ、業務連絡会議・医局会を通じて情報伝達されている。年次事業計画が策定され、それに基づき運営されている。情報管理は、システム管理室にシステムエンジニア 1 名が配属され、適切に管理されている。院内文書は各部署、各委員会等での個別管理となっているため、組織として一元的に管理するために文書管理規程を策定し管理することを求められた。指摘を受け、文書管理規程(案)が作成され、組織的に管理する体制が整備された。

役割・機能に見合った人材は確保され、人材確保に向けた活動は適切に実施されている。各種規則・規程が整備され、人事・労務は総務課労務担当により管理されている。病院の衛生規程に基づき労働衛生委員会が毎月開催されている。職員の健康診断は確実に実施され、職業感染への対応、ストレスチェックの実施、院内暴力対策など適切に対応されている。職員の意見・要望を聴くために「職員用の投書

箱」の設置や人事考課のための面接が年2回実施され、職員からの意見が収集されている。院内保育園の設置、医療費の補助や職員旅行の実施、職員食堂の設置等、福利厚生への配慮が行われている。職員への教育・研修は、教育研修規程に基づき年間スケジュールが作成され適切に実施されている。看護部はラダー制度が取り入れられ評価されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利はホームページ、入院案内、院内掲示により患者・家族に周知されている。説明と同意は、指針に基づき実施されており、基本的に看護師などが同席することが定められている。診療・ケアに必要な情報の共有は入院診療計画書や種々のパンフレット等を活用し、実施されている。入院診療計画書は、多職種により作成・交付され、患者の個別性に即した計画を立案している。また、患者用クリニカルパスが運用され、治療の標準化および患者・家族との情報の共有がされている。患者・家族からの相談窓口として医療福祉相談室が設置され、社会福祉士が相談マニュアルに基づき退院相談などに対応している。個人情報保護の基本方針と規定が明示され、患者の個人情報は適切に保護されている。倫理に関する方針が作成され、倫理委員会は定期的開催されている。臨床現場で生じている倫理的課題についての検討は行われているが、患者・家族の抱えている倫理的課題をより明確にした対応を望みたい。

患者・面会者の利便性・快適性には適切に配慮されている。同建物内で病院・介護老人福祉施設が運営されているため、介護老人福祉施設にあわせた基準で施設・設備が建築されており高齢者・障害者に配慮されている。療養環境の整備は、患者がくつろげるスペースが確保され、いやしへの配慮や安全性への配慮がなされている。敷地内禁煙が明示されホームページ、入院のご案内、院内掲示等で案内・周知が図られており、専門外来として禁煙外来が実施されている。

4. 医療の質

サービス向上委員会が中心となり質改善に向けた活動が実施されている。意見箱が設置され、患者・家族の意見を収集している。また、外来・入院患者への満足度調査も実施されている。多職種によるカンファレンスが実施され、診療の質向上に向けた取り組みがされている。クリニカルパスが利用されているが、パスのさらなる普及やバリエーション分析などを望みたい。業務連携委員会が各部署の抱える課題を共有しながら改善策を検討している。新規医療機器の導入の際には関係職種を対象に院内研修会を開催し、新たな診療技術導入の際は医師を研修に派遣している。

病棟では看護の責任者が定められており、氏名は掲示で周知されている。主治医名はベッドネームに記載され、各勤務の受け持ち看護師名は病室入り口に掲示され、患者・家族に周知されている。入院診療録は電子カルテを使用し、テンプレートの利用および医師事務作業補助者の導入により概ね適切に記載されている。多職種が参加したカンファレンスが多数開催され、各委員会の開催とともに、専門チームはICT、NSTが設置され活動している。

5. 医療安全

副院長を部門長として多職種で構成される医療安全管理部門が設置され、セーフティマネジメント委員会と、その下部委員会である安全部会が活動している。インシデント・アクシデントが収集され、改善策が検討されており、必要と判断した事例はRCAを活用した分析が行われている。

誤認防止マニュアルに基づき、患者誤認防止、部位・左右誤認防止が実施されている。タイムアウトは具体的手順が作成され、確実に実施されている。医師の指示出しや指示の変更・中止、看護師による指示受けや指示の実行に関して、電子カルテ上でそれぞれの医療行為が未実施か実施済かを確認できるため、システムの情報伝達エラーを防ぐ工夫がされている。薬剤科の出入り口はオートロックになっており、薬剤科内の麻薬金庫のカギを収納する引き出しも開閉の記録が残るシステムとなっている。2名の病棟担当薬剤師が常駐しており、麻薬・ハイリスク薬およびその他の病棟配置薬の管理を行っている。病棟薬剤師が調剤鑑査を行い、患者個々の配薬ケースに分配している。抗がん剤は全てレジメン登録・管理されており、レジメンごとに看護師に使用方法を書面にて伝達を行っている。転倒・転落リスクアセスメントが実施され、危険度ごとの対策を立案している。医療機器はマニュアルに基づき看護師とSPD担当者が日常点検を実施している。院内緊急コードが設定されている。救急カートは必要な場所に配置され、薬剤師、看護師による日々の点検が実施されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止委員会が組織され、耐性菌サーベイランス・抗菌薬サーベイランスなど6つのワーキンググループが活動し、各グループが年度目標を設定して感染対策に取り組んでいる。医師・看護師・検査技師・薬剤師から組織される感染対策チームが毎週各病棟や部署を訪問し、チェックリストに基づいて感染対策の状況を評価して、月1回のミーティングで感染に関する重要な意思決定を行っている。分離菌のデータの収集や分析が行われており、呼吸器や尿路など部位別の検出菌も集計され、結果は院内に随時発信し、フィードバックされている。アウトブレイクの基準が定められており、重大性に応じて行動計画を定めている。

標準予防策や感染経路別対策が規定されており、ICTラウンドにおいて実施状況が確認されている。感染性廃棄物の取り扱いは、適切である。抗菌薬の適正使用に向けてのマニュアルが整備されている。抗菌薬の使用量およびAUDは院内感染対策委員会を通じて医師に定期的にフィードバックされ、漫然とした長期投与の防止へも対応している。院内における分離菌の感受性パターンは年2回集計されており、院内感染委員会に報告されている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌が年6回発行され、町内会、近隣医療機関、福祉施設、救急隊等に配布されている。ホームページは総務課が管理し、各部署からの情報をもとに月1回定期的に更新されている。地域医療連携室では、地域の医療機関状況の把握と連携に向けた活動を行っている。23施設が参加する仙台東部ベイエリアネットワーク実務者会議が年3回開催され、情報交換のため出席している。中嶋病院医師友の会（登録医制度）が設置され105名の会員が登録しており、年2回総会・例会が開催され連携が適切に図られている。地域企業従業員や住民の健康状態管理のために、健診・人間ドックを積極的に行っている。救急隊員の研修や中学生の職場体験の受け入れも実施している。中嶋病院医師友の会の会員向けの総会・例会時には、大学教授による講演会や症例検討会、意見交換会なども実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診患者は問診票への記載に基づき、診療科・受診医師を決め案内されている。患者の病態や緊急性を確認し、必要に応じて外来看護師と連動して対応されている。地域において病診連携を行うために中嶋病院医師友の会（登録医）が結成され、かかりつけ医として患者の紹介・逆紹介をスムーズに行うように努めている。患者への病態説明や治療方針への同意取得は適切である。地域医療連携室を窓口として地域医療関連施設からの紹介受け入れを行っており、情報収集と返書の管理も適切である。診断的検査は必要性やリスクの説明を行い確実・安全に実施されている。退院調整看護師、社会福祉士、理学療法士、作業療法士が患者・家族のニーズを把握し必要な連携先に紹介している。入院診療計画書は医師以外にも看護師、管理栄養士、リハビリテーション療法士などの多職種により作成され、患者・家族に説明されている。社会福祉士と退院調整看護師が共同して入院早期から介入し多様な相談に対応している。医師からの入院の説明後、看護師、事務職員が問診票やチェックリストを活用し入院に関する詳細な説明を行い不安なく入院できるよう支援している。

医師は各種のカンファレンスに参加して多職種の意見を取り入れ、病態に応じた医療・ケアに結びつくようチーム医療におけるリーダーシップを発揮している。看護師により看護基準・手順に沿った診療の補助、日常生活援助などが実践されている。病棟担当薬剤師が入院患者情報を収集し、看護師と連動して確実・安全に且つ適切に投薬・注射を実施している。薬剤師は副作用の報告や腎機能などに応じた薬剤投与量の減量提案を実施している。安全な薬剤使用への幅広い取り組みは極めて高く評価される。輸血は必要性和リスクを説明して同意を得て実施している。血液製剤の誤認防止のために2名の看護師によるダブルチェックが実施され、輸血中および輸血終了時の観察も適切である。麻酔管理を必要とする全ての手術に2名の常勤麻酔科医が対応している。麻酔科医による術前訪問で、改めて麻酔の説明や合併症の説明が行われている。看護師が術前訪問を行い、患者の不安への対応をしており、あらかじめ患者情報を病棟看護師と共有し、手術室入室時の誤認防止の対応や術後の病棟看護師への申し送りを行っている。褥瘡発生リスク評価をもとに褥瘡計

画書を作成し、皮膚・排泄ケア認定看護師により専門的知識を駆使した褥瘡予防・治療が実践されている。栄養状態の評価に基づき栄養計画が立案され、患者の状態に見合った食事が提供されている。喫食状況の把握、嚥下機能評価の実施、必要な患者への栄養指導、NST の介入など栄養管理は適切である。看護基準・手順や緩和ケアマニュアルに基づき症状緩和に努めており、麻薬使用基準が作成され適切に使用されている。高齢者の入院が多く内科疾患に付随する日常生活動作の低下や嚥下機能の低下を主治医以外に病棟担当リハビリテーション療法士や看護師が察知し、必要に応じたりハビリテーションの介入に繋げている。マニュアルに沿って身体抑制が行われ抑制中の観察記録も適切である。退院支援スクリーニングを実施し、退院調整看護師、社会福祉士が多職種と連携し退院支援がなされている。院内外との連携により、患者の状態に応じた在宅療養支援を行っている。多職種にてターミナルステージが判定され、計画に基づいたケアが実施されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は薬剤師が調剤後の確認、入院患者の持参薬の鑑別、注射薬の調製・混合、1 施用ごとの取り揃え等を行っており、適切に発揮されている。必要な検査は院内で実施され、結果は迅速に伝達されている。画像診断は放射線科情報システムにより実施され、撮影後の画像は速やかに全端末から確認が可能である。患者への食事提供業務は直営で運営されており、清潔な環境下で提供されている。旬の食材を取り入れ、見た目に楽しく、食欲を増進させるように盛り付けられたイベント食を毎週提供する等、適切な機能を発揮している。リハビリテーションは十分なマンパワーの下で継続性の確保等、多くの取り組みが行われており高く評価される。医療情報管理室に診療情報管理士が配属され、診療情報管理室業務マニュアルに基づき診療情報の一元的な管理が行われている。医療機器は標準化され、看護師と SPD 業者従業員による点検が実施され、適切である。使用済み機材の洗浄滅菌は中央滅菌材料室で安全に実施されている。始業時点検の実施および各インディケーターの実施により、滅菌の質保証がされている。

病理診断は検査科が窓口となり外部委託で適切に実施されている。輸血・血液管理は、輸血委員会が開催され、副院長が委員長として輸血療法全般に係る責任医師としての役割を担っている。手術・麻酔機能は麻酔科医 2 名が常勤勤務しており、適切に実施されている。地域の輪番病院として年間 3,900 件程度の救急車を受け入れている。救急委員会が月に 1 回開催され、救急入院受け入れの状況や受け入れ困難としたケースの検討を行っている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は総務課経理が担当し、病院会計準則に基づき財務諸表が作成されている。予算委員会で予算案が作成され、理事会承認後に実施されている。会計監査は公認会計士により実施されている。医事業務は医事業務マニュアルが作成され、適切に実施されている。業務委託は総務課が窓口となり担当し、業務報告書等で実施状況の把握が行われている。

施設・設備は院内に 24 時間対応の設備担当者が 1 名業務委託として勤務し、日常点検と保守管理を行い設備業務報告書により報告されている。診療材料等の物品管理は、SPD システムが導入され適切に行われている。

災害時の対応としては防災管理委員会が設置され、年 2 回の避難訓練のうち 1 回は夜間帯を想定した訓練が行われている。日勤帯の保安業務は総務課が担当し、夜間帯は保安・警備業務委託による 1 名の保安要員が勤務しており適切に行われている。医療事故等の発生時のフローチャートが作成されている。事故内容により「緊急対策会議」が招集され原因究明と再発防止に向けた検討が実施されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習は、薬剤師・理学療法士・作業療法士・医事課の実習の受け入れを行っている。受け入れ時には、学生の健康診断と個人情報保護に関する誓約書を提出させている。受け入れ部署でオリエンテーションを実施し、患者・家族の了承を得て実習が開始されている。実習中の事故に関する対応は契約書内に明記されており、学生実習の受け入れは適切に実施されている。

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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |

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 | B |
| 2.1.2 | 診療記録を適切に記載している | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 診断的検査を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.5 | 適切な連携先に患者を紹介している | A |
| 2.2.6 | 入院の決定を適切に行っている | A |
| 2.2.7 | 診断・評価を適切に行い、診療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 | B |
| 2.2.12 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | S |
| 2.2.13 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | B |
| 2.2.14 | 周術期の対応を適切に行っている | A |
| 2.2.15 | 重症患者の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.16 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | A |
| 2.2.17 | 栄養管理と食事指導を適切に行っている | A |
| 2.2.18 | 症状などの緩和を適切に行っている | A |
| 2.2.19 | リハビリテーションを確実・安全に実施している | A |
| 2.2.20 | 安全確保のための身体抑制を適切に行っている | 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 | 必要な患者に在宅などで継続した診療・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 | 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 | S |
| 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 | 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 | B |
| 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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 3 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人 康陽会 中嶋病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 宮城県仙台市宮城野区大槻15-27

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 | 101 | 101 | +0 | 103.79 | 13.1 |
| 療養病床 | 50 | 50 | +0 | 102.6 | 32 |
| 医療保険適用 | 50 | 50 | +0 | 102.6 | 32 |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 151 | 151 | +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 | 50 | +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 | 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

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： 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

| 2-2 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 |
| | | 2018 | 2017 | 2016 | 2018 | 2017 |
| | 1日あたり外来患者数 | 367.94 | 358.38 | 358.49 | 102.67 | 99.97 |
| | 1日あたり外来初診患者数 | 50.18 | 49.91 | 47.83 | 100.54 | 104.35 |
| | 新患率 | 13.64 | 13.93 | 13.34 | | |
| | 1日あたり入院患者数 | 156.13 | 157.13 | 155.90 | 99.36 | 100.79 |
| | 1日あたり新入院患者数 | 7.46 | 7.48 | 6.98 | 99.73 | 107.16 |