

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「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 1 月 26 日～1 月 27 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 リハビリテーション病院（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 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1949 年（昭和 24 年）に開設された太田診療所を前身とし、開設以来、病棟増築や増床、診療科の増設、医療機器の整備など、幾多の変遷を経ながら診療機能の強化・充実を図り、地域の医療の向上に貢献してきた歴史を持つ医療機関である。

今般の病院機能評価の受審では、「生命の尊厳を基本理念とし、地域住民の健康保持及び福祉増進に寄与することを自らの使命とします」という病院理念のもと、職員が一丸となって取り組んでいる状況を確認した。今回の病院機能評価を機に、継続的に地域医療の貢献に取り組み、貴院のさらなる発展の一助となることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念とともに、基本方針が明確に示されている。また、病院長から訓示や各種会議等の機会には、病院の運営方針や課題に対する取り組みの方向性が示され、幹部職員は課題を認識のうえ各部署において改善に取り組むなど、リーダーシップが発揮されている。組織運営では、組織構造や業務分掌、職務権限等に関する規程の策定とともに、病院運営の意思決定を担う会議などの必要な会議・委員会が設けられ、中・長期計画や年度事業計画の策定、目標設定と達成度評価などが行わ

れている。リスクに対応する病院の機能存続計画を定めることを期待したい。情報管理については、オーダーリングシステム等が導入され、患者の診療情報は一元的に管理されている。法人の文書管理規程に則り、各種文書の管理や稟議・承認による意思決定、文書の管理・保存をはじめ、診療の場で使用するマニュアル等の作成・改訂に関する承認が適切に行われている。

法令等による必要人員を確保し、継続的に必要な人材の確保に取り組んでいるが、診療機能等を鑑みると、より一層の人材の充実を期待したい。必要とされる労務管理に関する規則・規程が整備され、労働時間の管理や年次有給休暇の取得率向上に向けて取り組みなどが行われている。労働安全衛生法に則り、適切な委員構成で衛生委員会が設置され、毎月開催し、議事録も整備している。職員の意見・要望等は職務満足度調査、人事考課の面談、各種会議での協議等により把握されている。職員の教育・研修では、法人本部による教育・研修計画に基づき、新採用者研修や職階別研修とともに、全職員を対象とした医療安全や医療関連感染制御、臨床倫理などに関する研修が行われている。職員の能力評価・能力開発の取り組みとして、全職員を対象とした人事考課制度を導入している。看護職におけるクリニカルラダーによる能力開発が行われているが、看護職以外の職種についても、人材育成に向けたプログラムの作成等、組織的な取り組みを期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、ホームページや入院案内などにより患者・家族に周知されている。説明と同意に関する方針が定められ、患者・家族に説明のうえ、同意の取得が必要な範囲や同席者の基準などが定められている。入院診療計画書や各種パンフレット、入院案内等を活用して患者と診療情報を共有し、医療への参加を促している。総合相談窓口を設置し、相談内容に応じて専門職種と連携し、社会福祉制度や入退院調整など多様な相談に応じている。個人情報・プライバシーの保護については、個人情報取扱規程等が定められ、オーダーリングシステム等の管理・運用、個人情報保護に関する職員研修などを行い、適切な運用に取り組んでいるが、病棟等においては、よりプライバシーに配慮した対応を期待したい。主要な倫理的課題への対応方針が定められ、臨床倫理委員会が設置されている。臨床現場では多様な倫理的課題について検討しているが、普遍的な倫理的課題に関する具体的な指針の作成等に繋げることを期待したい。

来院者用の駐車場を整備し、路線バスのほか、駅および法人の他施設間との定期シャトルバスが運行されている。バリアフリー環境を整備し、廊下等の必要箇所には手摺りが設置され、階段には転落防止のための柵が設置されているなど、高齢者や障がい者に配慮した施設・設備となっている。また、診療・ケアに必要なスペースが確保され、ラウンジなどの患者がくつろげる環境や静寂・清潔・安全等に配慮した療養環境が整備されている。敷地内禁煙としており、周知徹底されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見等は、意見箱や患者満足度調査、窓口への直接の意見などから収集し、組織的な検討を経て、対応内容をフィードバックされている。診療の質向上に向けて、症例検討会や臨床病理検討会が開催され、各種診療ガイドライン、クリニカル・パスの活用、学術年報の発行などが行われている。業務の質改善では、業務改善委員会が設置され、外来の集約化や5S活動、医師事務作業補助者の業務拡大などに取り組んでいる。新たな診療・治療方法等の導入体制については、近年では導入事例はないが、臨床倫理委員会で審議する体制を整備している。

病棟・外来における管理・責任体制が定められており、病棟責任医師や病棟看護科長、担当看護師、薬剤師等が明示されている。主治医不在時の対応なども適切に行われている。診療記録は、記載規程や略語集に基づき必要な情報が記録され、質的点検などが行われている。退院時サマリーの作成率の向上に向けた取り組みを期待したい。NSTや褥瘡対策、嚥下・口腔ケア、感染対策の多職種から構成された組織横断的な活動を行う専門チームが組織されている。定期的にカンファレンスやラウンドを実施し、必要に応じて指導を行うなど、多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制として、病院長直轄の安全管理対策室が設置され、専従の医療安全管理者等が配置されており、医療安全管理委員会が毎月開催されている。安全確保に向けたインシデント・アクシデント情報を収集する体制を整備し、原因分析や再発防止策の検討、安全情報などを発信している。

患者・部位等の誤認防止対策では、患者本人からの名乗りやリストバンドによる確認、手術部位のマーキング、タイムアウト、チューブの誤認防止対策などが実践されている。情報伝達エラー防止対策として、医師の指示出しから指示受け・実施、実施確認の手順が遵守され、口頭指示も手順に則って実施されている。また、画像診断では依頼医の結果確認漏れを防ぐ仕組みがある。麻薬・向精神薬等を適切に保管・管理し、ハイリスク薬の注意喚起、重複投与やアレルギー等のリスク回避などに取り組んでいる。転倒・転落防止対策として、入院時に転倒・転落アセスメントが行われている。また、リスクに応じて看護計画を立案し、定期的な評価や転倒等の発生時の対応手順が整備されている。医療機器は中央管理し、医療機器を使用する職員への教育、使用時の作動確認、臨床工学技士のラウンドによる点検等が行われている。院内緊急コードを設定し、職員に周知している。また、救急カートを整備し、一次救命措置訓練などが行われており、患者等急変時に対応する体制を整備している。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理対策室が設置され、各部署の責任者等から構成される感染対策委員会や感染制御チームなどの体制が確立している。カンファレンスや院内ラウンドなどを行い、組織横断的な感染制御活動に取り組んでいる。院内の感染症の

発生状況を収集・把握して情報共有しており、アウトブレイクの定義を定め、手指消毒等の実施状況を確認するなど、医療関連感染制御に向けた体制を整備している。また、院外の流行情報を収集し、院内に周知しているが、医療関連感染サーベイランスの充実を期待したい。

個人防護用具の着用など、標準予防策を徹底しているが、感染性廃棄物はマニュアルを遵守して適切に処理することを期待したい。抗菌薬の適正使用マニュアルを整備し、特殊な抗菌薬の使用は届け出制とするなど、抗菌薬の適正な使用に取り組んでいる。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けて、診療内容や医療サービス等の情報をホームページや広報誌などで発信している。ホームページの情報は、適時に更新するなど地域に必要な情報をわかりやすく発信することを期待したい。地域医療連携室が紹介患者の受け入れや診療予約、検査予約等に対応している。紹介患者を受け入れた後の進捗管理や運用を明確にすることを期待したい。地域住民の健康増進に寄与する活動として、以前は公開講座等が行われていたため、オンラインの併用など工夫して再開に向けて取り組むことを期待したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報や手続きは、ホームページ等で案内されている。受診に際しては、受付窓口の職員や看護師が受診する診療科の相談や高齢者・障がい者の受診支援、病態・症状などの緊急性などに対応している。医学的根拠に基づき、診断的検査の必要性が判断されており、患者に同意を得て検査が進められている。医師により医学的に入院の必要性が判断され、決定されている。また、医師は病歴や診察所見、検査結果などに基づいて患者の病状・病態を評価し、確定診断および治療方針が決定されており、一連のプロセスが診療録に記載されている。入院当日には、薬剤師により持参薬や薬剤アレルギーの確認、管理栄養士による食品アレルギーの確認などが行われている。病棟のオリエンテーションでは、施設・設備や禁止事項などが案内され、リストバンドが装着されている。

主治医は毎日回診を行い、その結果とアセスメント内容、診療計画などを作成し、多職種と情報共有している。看護師の病棟業務は、検査別看護・看護技術の看護実践基準や看護業務基準、看護管理マニュアルなどに沿って適切に実施している。薬剤師による薬歴の管理、必要な薬剤に関する投与時の状態観察等がおおむね適切に行われているが、服薬指導の充実などを期待したい。厚生労働省の輸血に関する指針を参考に、輸血マニュアルが整備されており、輸血中の患者の状態を適切に観察している。症例ごとに医学的根拠に基づき、手術の適応が判断されており、主治医から患者・家族に必要な説明を行い、同意が取得されている。麻酔科医が中心となって麻酔方法が検討されており、麻酔科医から麻酔の必要性やリスクが説明されている。重症患者は、臨床工学技士や療法士、管理栄養士など多職種が治療や医療機器管理に携わっており、ICTやNST、認知症ケアサポートチーム、褥瘡対策

チーム、嚥下・口腔ケアチームなどが介入するなど、適切に患者を管理している。入院時に褥瘡危険因子評価表を使用してリスクアセスメントが行われている。危険因子がある場合は、体位変換や体圧分散寝具の使用などについて計画し、定期的に評価と見直しが行われている。全入院患者に栄養スクリーニングを実施し、栄養管理計画書が作成されている。患者の苦痛の訴えには、フェイススケールとNRSが用いられているが、高齢者が多いため、主にフェイススケールを使用して客観的な評価を行い、経過記録に記載されている。廃用予防を含めて早期にリハビリテーションが開始されており、進捗状況などは多職種による総合カンファレンスで共有されている。身体抑制は基本的に行わない方針としているが、やむを得ず実施する場合は切迫性・非代替性・一時性の三原則が遵守されている。

入院の決定と同時に、入院前の生活環境等の情報を収集し、退院支援に取り組んでいる。退院が決定すると、退院・転院先などの情報が共有され、退院準備が進められている。他の医療機関や施設などに転院する場合は、診療経過等の情報が伝達され、継続的な診療・ケアに繋げている。ターミナルステージは主治医と看護師によるカンファレンスで判断し、多職種で患者・家族の意向を尊重した計画を立案し、患者・家族に説明されている。病院としてターミナルステージのマニュアルを整備することを期待したい。

<副機能：リハビリテーション病院>

回復期リハビリテーション病棟においては、多職種による適切な評価のもとに役割分担を行い、質の高いリハビリテーションが行われている。特に、退院後の地域・社会生活を見据え、屋外歩行訓練や公共交通機関の利用訓練、自動車運転の評価・訓練、職業前訓練などが積極的に行われていることは高く評価される。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤に応じた温・湿度管理を行い、持参薬の鑑別や処方鑑査、調剤鑑査、院内医薬品集の整備、1施用ごとの注射薬の取り揃えなどが行われている。臨床検査機能では、パニック値を確認した場合には、確実に医師に連絡する体制を整備したため、引き続き確実な運用を望みたい。画像診断は、24時間実施可能な体制であり、緊急性を要する所見が認められた場合には、即時に依頼医に直接報告されている。栄養管理機能では、調理室内の清潔管理や適時・適温の配膳、食事の評価・改善などに取り組んでいる。脳血管疾患や運動器、呼吸器に対する継続的なリハビリテーションが実施され、効果の定量的評価なども行われている。診療情報は1患者1IDにより管理されており、診療記録の量的点検、診療記録の貸し出し管理などが行われている。医療機器は一元的に管理されており、臨床工学技士が点検・整備などを行い、安全に使用する体制を整備している。洗浄・滅菌業務は中央化され、各部署からの専用コンテナで搬送し、滅菌・洗浄、滅菌の質保証などを行っている。

病理診断は業務委託しており、内視鏡室や手術室において採取された検体は、適切に搬送されている。輸血・血液管理は臨床検査部門が担っており、輸血マニュアルを整備し、血液製剤を適切に管理している。集中治療機能としてHCUを設置して

おり、医師、看護師が配置され、多職種が関与して重症患者を管理している。救急医療機能は、多職種が協働して救急患者に対応している。

10. 組織・施設の管理

運営実績の分析や収支見込みなどを踏まえて予算編成を行い、予算・実績比較や損益計算等により経営状況が分析されている。また、決算時には所定の財務諸表が作成され、法人監事や公認会計士による監査が行われている。医事業務では、受付から会計収納に至る一連の業務に適切に対応し、レセプトの作成や点検、返戻・査定分析・検討などの診療報酬請求事務、未収金管理等を適切に行っている。業務委託の是非や業者選定などは、業務内容、費用対効果等を検討のうえ決定されているが、委託業務の評価基準を整備し、委託の是非について検討することを期待したい。

病院の規模や診療機能に応じた施設・設備が整備され、日常点検や保守管理、医療ガスの点検・管理が行われている。物品管理は、法人本部が医療材料等の選定や購入を一括で行っており、在庫管理、使用期限管理などが行われている。消防計画や大規模災害マニュアルが策定され、火災発生時の対応や責任体制、緊急連絡網、避難誘導計画などが定められている。保安業務は、時間外・休日を含めて警備員を配置し、院内巡視や施錠管理、防犯カメラによる監視などが行われている。医療事故等が発生した場合の対応として、救命措置や連絡・記録等の初期対応、病院長への報告、患者・家族への説明、外部への届け出や公表などの手順等が定められている。また、重大事故発生時対応マニュアルをフロー図にまとめ、職員に周知している。

11. 臨床研修、学生実習

看護職は法人の新採用研修プログラムに沿って初期研修が行われている。クリニカルラダーの枠組みで研修が行われており、現場ではプリセプター制による教育が行われている。その他の診療技術職、事務職、リハビリテーション、栄養管理、臨床検査等の部門では、採用後に法人で実施する研修のほか、各部門で作成した研修プログラムおよび研修期間に基づく初期研修が実施されている。

看護師や療法士を目指す学生の病院実習が受け入れられており、実習にあたり、実習前オリエンテーションが実施され、各職種のカリキュラムに沿った実習・評価が行われている。学生が特定の患者を担当する場合には、あらかじめ患者・家族に説明のうえ承諾が得られている。

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	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	B
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	B
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	B
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	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	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	B
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	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	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	B
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	B
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	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	B

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	B
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	B
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	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	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	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	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	B
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	B

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	B
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：リハビリテーション病院（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	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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	S
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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：一般財団法人太田総合病院附属太田熱海病院

I-1-2 機能種別：一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)

I-1-3 開設者：公益法人

I-1-4 所在地：福島県郡山市熱海町熱海5-240

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	351	275	+0	66.5	50.1
療養病床	48	48	+0	38.4	92.2
医療保険適用	48	48	+0	59.4	92.2
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	399	323	+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	57	+0
地域包括ケア病床	44	+44
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床	54	+0
緩和ケア病床		
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

エイズ治療拠点病院, 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

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	296.83	268.80	300.36	110.43	89.49
1日あたり外来初診患者数	11.68	11.80	14.83	98.98	79.57
新患率	3.94	4.39	4.94		
1日あたり入院患者数	201.40	226.57	247.82	88.89	91.43
1日あたり新入院患者数	3.46	3.48	4.38	99.43	79.45