

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」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23日～3月24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
------	-------	----

■ 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。

1. 病院の特色

貴院は福島県の県中医療圏に位置し、昭和29年香久山療養所創設に始まり約70年の歴史を有する急性期医療から慢性期医療を担う機関である。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、地域医療に貢献し信頼を得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。

今回の病院機能評価は更新受審であるが、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。また、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。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更なる充実と発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

法人の理念「患者さん第一・心のかよう医療を」と自院独自の6項目の基本方針を掲げ、良質で安全な医療の実現など患者中心の医療を目指し地域に貢献することを明確にし、実現に向けて全職員が日々努力している。患者中心の医療を実現するために早期から中・長期計画が策定され、経営の安定と機能の向上を図っている。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。病院運営会議を中心とした組織運営が行われ、必要な情報が院内サイボウズを活用して全体に浸透している。病院の将来に向け課題を明確にして、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、情報管理担当者が配置されている。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が明確に行われている。早期から文書管理に取り組み、独自の文書管理規程を定め、管理する体制である。

地域の急性期と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。就労管理は法人の各種規程に基づき人事規程・就業規則に沿って行われている。衛生委員会の設置・活動が行われている。産業医による職場巡視、定期健康診断の実施、職業感染防止に向けた予防接種の実施検討や、職員の精神的なサポートへの取り組みなどを行っている。毎年、職員の意見・要望の収集と検討を行い、ワークライフバランスなどに積極的に取り組まれている。

「医療安全」、「感染管理」を中心に、「個人情報管理」や「接遇」など必要な課題について毎年教育・研修計画を策定し、継続的に取り組んでいる。職員個別の能力の把握と開発については、「人事考課制度」と「BSC」による評価制度が行われており、成果が見られる。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利と責任」が規定され、ホームページ、入院案内で周知している。権利として平等、尊厳の保持、個人情報保護、診療録開示、セカンドオピニオン等、責任として情報を正確に伝えること、規則の遵守等がある。職員ハンドブックに掲載し、新人職員オリエンテーションで周知している。説明と同意は患者・家族と対面で行われ、説明文に具体的な写真が用いられており、患者・家族が理解しやすいよう工夫がされている。患者への情報手段としては、入院前面談や診療計画書をはじめ各ケア計画書などがある。患者指導パンフレットが独自に作成され、患者・家族の参加をさらに促す工夫がされている。患者相談機能は、患者の病態に沿ったきめ細かい対応となっており、必要に応じて患者情報が共有されている。患者虐待への対応はマニュアルに沿って、速やかに察知・対応ができる仕組みとなっている。個人情報保護方針が定められており、オーダリングシステム導入を期に運用規程が定められ、個人情報保護が遵守されている。職員必携ハンドブック内に臨床倫理、職業倫理規程・方針があり、全職員に内容を周知している。病棟では、多職種が参加するカンファレンスで議論されている。解決困難な場合は法人の倫理委員会で検討している。実際の事例を活用し4分割法などのツールを用いて倫理研修を開催し、日常的に見られる臨床倫理の意識を醸成している。

病院は駅近くの同一法人病院間にシャトルバスを運行しており、交通の利便性を確保している。入院生活については、食事時間・場所に配慮している。入浴は週2回可能となっている。売店が確保され、定期的な理髪に対応している。院内はバリアフリーが確保され、身障者用駐車場が整備されている。高齢者や障害者に配慮した施設となっており、各トイレ、廊下等には手摺りが取り付けられ、洗面所も利用しやすくなっている。新病棟が建て替えられ、外来、病棟の静粛、採光、空調、照明、臭気、癒しの環境において十分なスペースが確保されており、快適な療養環境

が整えられている。トイレや浴室の安全性が保たれている。受動喫煙防止に向けては、早期から敷地内禁煙を実現され推進している。入院案内やホームページなど敷地内禁煙の周知を図っており、受動喫煙防止への取り組みが行われている。

4. 医療の質

患者・家族の意見収集は、入院・外来とわけて目安箱による意見や要望の収集が行われている。内容は随時 ISO 事務局で集計・検討し改善につなげている。年 1 回症例発表等が行われている。一部死亡例に対して、デスカンファレンスを看護部中心で実施している。臨床指標は、膀胱留置カテーテル抜去パスでの抜去率や、抑制が行われている患者の割合を把握している。2001 年以降 ISO5 認定 5 回、環境 JAB 認証取得、日本病院機能評価機構認定 4 回など、第 3 者の病院機能評価を積極的に受審している。1996 年から活性化推進協議会を開催し、部門横断的な改善活動を実施している。新技術を導入する際は、医師全員が出席する安全カンファレンスを開催し検討している。看護師の臨床研究は、看護部倫理委員会で倫理的審査を実施している。

診療の責任体制は、主治医制で主治医、担当看護師、担当介護士が明確にされ、ベッドネームに明示している。主治医不在時の代理責任者や連絡先は明確である。診療録は手書きであり、オーダリングが一部導入されている。診療録の記載方法マニュアルがあり、記載内容、同意書等に関して規定があり、マニュアル化されている。多職種カンファレンスがあり、情報共有し検討している。医療安全ラウンド、NST、褥瘡対策、感染対策チームなど日常的にチーム医療の実践に取り組んでいる。また、歯科医師、脳外科医、整形外科医の診療やコンサルトなど職種、部署間の協力が得られている。

5. 医療安全

医療安全に関する体制は院長を委員長とし、多職種で構成されている。医療安全管理委員会は統括的役割を担っている。下部組織の医療安全対策委員会は専従の統括医療安全管理者を中心に月 1 回開催され、アクシデント・インシデントレポート報告、対策の確認や検討が行われている。また、週 1 回の安全カンファレンスでは、院内ラウンド、分析、対策の効果検証など行い安全機能を果たしている。インシデント・アクシデント報告書は、医療安全室で毎月統計を取り、対策評価表の作成などに取り組まれている。

患者の誤認防止対策として、患者本人の名乗りを基本に、リストバンドやバーコード認証、フルネーム確認が行われている。名乗ることができない場合や、リストバンドが装着できない場合は、家族や他の職員など複数人で確認している。薬剤処方、注射、検査の指示はオーダリングシステムで運用され、医師本人もしくは医療事務により代行入力が行われ、口頭指示は指示簿に記載されている。麻薬、向精神薬は、別々の保管庫で鍵管理されている。病棟在庫薬、救急カート内薬剤は看護師が毎日数量を確認し、薬剤師は週 1 回チェックしている。注射薬のミキシングは看護師が実施しているが、薬剤師は 1 施用ごとに準備し、注意点はシールに記載して

いる。アレルギーは確認され診療録の表紙に記載している。入院時、全患者に転倒・転落のリスク評価を行い、看護計画を立案し適宜見直している。転倒・転落が発生した際の対応も確実である。病棟で使用する医療機器は人工呼吸器などがあり、マニュアルに則り使用され点検が行われている。患者急変時の対応は緊急コールが設定され、病棟単位で急変時のシミュレーション訓練が行われている。救急カーは看護師や薬剤師が点検している。

6. 医療関連感染制御

病院幹部が委員会メンバーである感染対策委員会が組織されている。感染対策委員会の下部組織として ICT も活動している。感染対策委員会は毎月開催し、感染対策マニュアルを整備しており、抗菌薬ガイドラインは院内 LAN に掲載している。院内での感染発生状況は、サーベイランス情報として院内 LAN を通して職員に周知している。また、中心静脈ライン、尿道留置カテーテルの感染状況を把握している。アウトブレイクは定義・運用され、新型コロナウイルス感染症の対策マニュアルを作成・更新し、最新情報に基づいて対応している。

標準予防策は遵守され、手指衛生は速乾性手指消毒剤を全職員が携帯し、手指消毒の遵守に努めている。感染性廃棄物などの取り扱いは適切である。抗菌薬の採用・採用中止は、当法人の寿泉堂病院の薬事審議会で決定している。抗菌薬ガイドラインが作成され、医療・介護関連肺炎や誤嚥性肺炎に関する指針が追加・更新されている。抗菌薬使用状況などは感染対策委員会で共有され、特殊な抗菌薬は届出制である。

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・病院案内・入院案内・広報誌などで対応している。近年では、SNS にて定期的に情報発信している。地域連携室が機能し、相談機能と共に入院初期段階から紹介元機関との連携が図られている。医療圏内の「ソーシャルワーカー協会」や「地域連携パス連絡協議会」にも参加し、退院後の継続的な支援体制にも配慮している。地域に向けた健康増進活動は、「いきいきサロン」や「家庭医学講座」が定期的に行われ、地域の集会所では介護予防活動が行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報などは、わかりやすく案内され、総合案内も機能し、スムーズに患者を受け入れている。外来の診療体制が整備され、侵襲的検査の説明・同意も確実に実施している。病態に沿った速やかな入院が実現され、入院判定会議が機能している。また、在宅療養支援病院として、訪問診療の患者における緊急入院にも対応している。入院当日、医師は診察・評価を行い、入院診療計画書で説明されている入院時の診療計画に基づき各ケア計画が作成され、患者・家族への説明・同意が行われている。MSW は患者・家族からの相談に応じてカンファレンスに参加し状態などを把握している。MSW は関係者との連携を十分に実施している。また、入院

前や入院時の面談を行い、病棟でのオリエンテーションが行われている。

医師は治療方針を決定し、他職種と患者情報を共有し、患者・家族への説明は適時実施し、診療録へ記載している。療養病棟は固定チームナーシングで看護・介護が実践され、看護業務基準などを整備している。介護福祉士が組織的に位置付けられ、連携してケアを提供している。採血等は定期的に行い、栄養状態が把握され、必要時にはNSTが介入している。点滴は1施用ごとに準備され、中心静脈栄養はクリーンベンチを使用し、抗菌薬の初回使用時の観察や服薬指導が実施されている。輸血はマニュアルに則り安全・確実に実施している。重症患者の病床収容は病床管理基準に則り、患者の状態に応じて対応し、急性期病院へ搬送する場合がある。全患者に褥瘡リスク評価が行われ、リスクに応じた予防計画や治療計画が立てられている。褥瘡回診が行われ、褥瘡の評価や体位交換、ポジショニングなどが検討されケアの統一を図っている。入院時、全患者に栄養スクリーニングを行い、栄養管理指導計画書が作成され、アレルギーや嚥下状態を把握している。歯科医師が入院患者全員の口腔を診察し、適切な食形態への助言や歯の治療など行っている。疼痛は、疼痛アセスメント表に基づき状態・反応を評価し、症状緩和についても手順を整備し、緩和に努めている。嚥下機能は言語聴覚士が評価し、経管から経口への移行実績がある。療法士は情報共有を図り、機能向上に努力されている。離床可能な患者は、毎食食堂での食事摂取を行い、毎月病棟レクリエーション会議が開催され、介護職が中心になって小集団での実施や音楽療法などの個別対応を実践され、自立支援に取り組んでいる。身体抑制は行わない方針であるが、やむを得ない場合は、1週間の抑制期間で対応している。抑制時は毎日評価し、多職種カンファレンスで抑制の必要性や解除を検討し、軽減・解除に向け努力されている。入院時に本人・家族から在宅復帰の意向を把握し、早期から退院調整を行っている。家屋調査や退院後の指導は病棟自作のパンフレットや動画を用いて行っている。診療情報提供書や看護サマリー、リハビリテーション指導書を活用し、自院の訪問診療、系列クリニックや介護サービス事業所などと連携し必要な診療・ケアが継続できるようにしている。終末期の定義・判断は、看取り指針が作成され、主治医が判定し説明している。患者の希望を尊重しながら多職種で検討している。デスカンファレンスは症例を選択して医師や多職種で行われている。また、カンファレンスの振り返りが行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤師の体制は整えているが、夜間・休日は看護師など2人体制で入室しており、麻薬は必ず薬剤師が対応している。持参薬は鑑別され、処方鑑査や疑義紹介、調剤などが実施されている。注射薬は1施用ごとに取り揃え、注意喚起している。院内医薬品集は3か月毎に更新し、医薬品の採用、削減の仕組みが確立している。臨床検査機能は、夜間・休日はオンコール体制であるが、同法人の急性期病院へ検体を運ぶ仕組みがある。検査は規模に応じた内容であり、緊急時には30分で結果を出している。パニック値はオーダー医師に直接報告され、精度管

理が行われている。画像診断機能は、単純レントゲン撮影、CT 撮影などを実施している。夜間・休日はオンコール体制をとっている。CT は年間 317 件で、患者の待ち時間はない。CT 読影は外部の遠隔画像診断に依頼しており、遅くとも 2 日後には読影レポートが作成されている。全患者に栄養アセスメントを実施し、患者の特性や嗜好を把握し、随時提供する献立に反映している。また、栄養管理計画書に連動し評価の見直しが行われている。患者個々の摂食機能は、ST も介入し個別対応が行われている。リハビリテーション機能は、リハビリテーション専門医や療法士の体制が整備されている。回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、医療療養病棟、介護医療院でリハビリテーションを提供し、通所リハビリテーションも実施している。医師のリハビリテーション処方に基づき評価を行い、実施計画書を作成し患者・家族に説明している。病棟での情報共有は良好であり、定期的に評価している。診療管理機能は、診療録は現在紙媒体であるが、看護記録は電子記録化されており、紙と電子化の併用状況である。退院カルテは診療情報管理士により量的点検が行われ、紙カルテと CD に記録された看護記録は患者毎に一元的に管理されている。また、貸出管理は確実に実施している。医療機器は、医療機器安全管理者が医師であり、実務的役割は統括医療安全管理者が担っている。トラブル時の対応のフロー、手順が整備されている。医療機器に関することは医療安全対策委員会で報告や検討をしている。洗浄・滅菌では、病棟で使用している医療器材は、一次洗浄は行わず本院に搬送し洗浄・滅菌されている。歯科外来のみ使用した器材は、部署で洗浄後、オートクレーブで滅菌している。

輸血・血液管理機能は、輸血療法委員会が機能し、輸血業務は検査技師が担当している。手順に則り対応され、血液製剤の保管・管理も問題なく機能を発揮している。

10. 組織・施設の管理

各部門とのヒアリングに基づく予算の作成と執行が行われている。会計処理は病院会計準則に基づいて実施され、会計監査や、病院運営会議において達成度を評価する仕組みがある。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が関与し再審査請求などに取り組んでいる。会計処理は確実に実施している。業務委託は、業務内容や価格などを考慮し業者の選定を行っている。管理面については、研修実施や事故発生時の具体的な対応手順が定められている。

施設・設備の管理は確実に行われ、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いる。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 SPD 化されているが、医療衛生材料は現場の意見を聞きながら購入・管理に当たっている。棚卸が毎月行われている。

火災を想定した対応マニュアルの策定と訓練が行われている。地震など大規模災害に向けた対応は、市と連携した防災計画が検討されている。昼・夜間の緊急時の連絡・応援体制を整備している。施錠や出入りのチェック、夜間の院内巡回が実施され、必要な場所には監視カメラを設置している。紛争の恐れがある事案や、訴訟

が発生した場合は、速やかに状況を掌握し対応する体制がある。患者・家族への説明などは慎重に行われ、並行して原因究明や再発防止に向けた取り組みが速やかに行われる仕組みがある。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生の実習の受け入れは、看護、リハビリテーション、栄養士など各学校からの受け入れが行われ、学校との協定に基づき医療安全や感染制御などが行われている。

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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	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	B
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	B
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	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	B
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	B
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 11 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公益財団法人湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院

I-1-2 機能種別： 慢性期病院

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 福島県郡山市香久池1-18-11

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	51	51	+0	82.4	102.7
療養病床	148	148	-51	83.7	110.5
医療保険適用	148	148	-4	83.7	110.5
介護保険適用	0	0	-47		
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	199	199	-51		

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	4	+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	51	+0
地域包括ケア病床	20	+20
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床	31	-20
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

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： 1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	15.17	14.21	17.95	106.76	79.16
1日あたり外来初診患者数	0.80	0.40	0.59	200.00	67.80
新患率	5.25	2.85	3.31		
1日あたり入院患者数	157.45	165.94	191.13	94.88	86.82
1日あたり新入院患者数	1.47	1.56	1.52	94.23	102.63