

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」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 9 月 19 日～9 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

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 1  
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 1996 年 9 月に病床数 100 床で開院し、患者さんの立場に立った医療をこの地で創っていきたいという思いのもと、当時から、この地域における、整形外科を中心として、地域のニーズに応えるべく、リハビリテーション機能や地域リハビリテーション、介護施設の拡充を図られている。診療機能も強化し、二次救急医療機関として急性期医療に積極的に取り組むとともに、地域におけるリハビリテーション機能の充実、医療・介護との連携を促進し、地域医療提供体制の推進における重要な役割を担っている。地域の住民をはじめ、学校も含めた様々な機関との連携も積極的に推進している。今回の新規受審においては、病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、改善が組織風土として確立し、病院の質向上に取り組まれていることが随所で確認できた。組織的かつ継続的な改善活動を積極的に展開し、地域ニーズに応える姿勢は大いに評価できる。引き続き、医療提供体制の整備・充実に向け、一層の取り組みがなされることを期待したい。そして、地域住民と関連する医療機関からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院がますます発展されることを祈願する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、地域における病院の役割・使命を明確にしており、院内外へ

適切に周知している。理念、基本方針に基づいた中長期事業計画を策定し、年度数値目標の策定を行い、各部署の目標を立案する仕組みを構築している。組織図、会議、委員会組織図を整備し、病院運営に必要な各種の会議や委員会を設置し、定期的に開催している。目標管理により部門・部署の目標設定や評価が実施され、常にPDCAサイクルにより運用する仕組みがある。情報システム運用管理規定に基づいて、電子カルテや部門システムなど、病院全体の運用を管理している。文書管理規定を定め、文書の発信、受付、保管、保存、廃棄の手順も明確にしている。グループウェアで職員が閲覧することで周知を図っている。医療法、施設基準等に必要な人員確保は適切である。労働安全衛生委員会を設置し、職場環境を整備している。全職員参加の必要性の高い院内研修については、教育委員会が管理して計画的に実施し、参加率を把握している。法定研修の複数回の実施や録画動画のweb配信を行うなど、受講率を高めている。能力評価・能力開発については、業務管理チェレンジシートをもとに期初、中間、期末面談を実施している。各職種それぞれの教育プログラムに基づいた個人の能力開発を行うなど、教育、支援体制を構築している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化し、患者・家族や職員に周知している。説明と同意の範囲が定め、患者・家族が理解できるよう工夫して説明し、同意を得ている。診療・ケアに必要な情報を病状説明時や入院時に図や模型を用いて説明し患者・家族の理解を深めるように努めている。患者相談窓口は地域連携室が対応している。部署内及び各部署とも連携し対応している。個人情報保護規定、情報システム運用管理規定を整備し、個人情報を物理的・技術的に保護している。倫理委員会規定があり、具体的な課題への対応を明確にしている。臨床の倫理的課題について、カンファレンスを行い記録に残している。解決できない課題については、倫理委員会に判断を仰ぐ仕組みである。病院へのアクセスや療養生活上の利便性にも配慮している。外来・病棟共に診療・ケアに必要なスペースを確保し、各病棟のデイルームは患者がくつろげるように環境を整えている。敷地内禁煙を推進し、院内各所に掲示して受動喫煙防止に努めている。

### 4. 医療の質

院内各部署が毎年個別課題を設定して取り組んでいるほか、臨床研究や業務改善事例を対象に院内発表会（博愛会学会）を開催して表彰している。各診療科で症例検討会や多職種カンファレンスを開催している。院内のインターネット環境を整備し、外部のガイドラインや文献検索システムにアクセス可能な体制である。患者・家族の要望や意見は、ご意見箱や患者相談窓口、ホームページからのメール、患者満足度調査などから収集し、患者サポートチームによる分析や評価、運営会議での報告、各部署責任者から職員へ周知する仕組みがある。新たな診療・治療方法や技術の導入については倫理委員会、薬剤の適応外使用に関しては、薬事委員会において審議する仕組みもある。外来部門・病棟で診療・ケアの管理・責任体制が明確である。医師は、患者の病状に応じて各職種の専門的判断が必要な時は、他科の医師

に相談して検査・治療の検討をしている。NST、褥瘡回診、退院支援カンファレンスなどを多職種で組織横断的にを行い、患者の状況や意向に添う適切な診療・ケアに努めている。

## 5. 医療安全

医療安全に関する多職種で構成した医療安全対策委員会がある。医療安全管理者は院長から権限を委譲され、組織横断的に活動している。医療安全管理者は、医療安全管理部会議を開催し、業務改善などについて検討して医療安全対策委員会に報告している。インシデント・アクシデントの発生時は、SHELL 分析を行い、電子媒体等で医療安全管理部に提出している。検討した事例から必要事例を医療安全ニュースで全部署に配布し、情報を共有している。医療安全管理者は、医療安全管理部会議メンバーとラウンドしチェック表に沿って確認、フィードバックしている。医療事故発生時の対応手順を整備している。医療安全マニュアルの患者誤認予防策に基づいて、患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している。電子カルテにおいて指示出し・指示受け・実施・実施確認が適切に行われている。画像・検査結果は電子データで報告され、外注の病理検査結果はスキャナーにより電子カルテに取り込まれている。各病棟で劇薬、ハイリスク薬、麻薬、向精神薬を含めた薬剤の保管・管理が適切に行われている。手術室の麻薬、向精神薬に関しても管理体制を整備されており、今後も継続的した取り組みを期待したい。全入院患者に転倒・転落アセスメントスコアシートを用いて評価しフローチャートに沿って転倒・転落ハイリスク患者を抽出し、結果に基づく防止策を実践している。医療機器は、マニュアルに沿って使用している。院内緊急コードを設置し、各部署に緊急コール対応手順を表示している。救急カートは院内統一し、看護師と薬剤師が連携して管理している。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策委員会のもとで、多職種で構成された感染制御チームがラウンドとカンファレンスを行い、院内外の感染関連情報の収集と分析、対策の立案、感染対策マニュアルの整備、院内研修、地域との連携などを行っている。院内分離菌と薬剤感受性、特定抗菌薬を含む全抗菌薬の使用状況、手指消毒薬使用量などを把握している。アウトブレイクの対応手順を整備し対応実績もある。感染関連情報はニュースを発行して全職員に周知している。感染対策マニュアルには、標準予防策や PPE の使用基準、感染経路別予防策などを定め、職員は遵守に努めている。抗菌薬の採用および採用中止は感染制御チームとの連携のもと薬事委員会で決定されている。抗菌薬使用指針を整備し、手術開始前 1 時間以内の抗菌薬投与が適切に行われている。抗 MRSA 薬とカルバペネムは届出制であり、これらを含む全抗菌薬の使用状況が把握されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院における広報活動は、法人本部と情報システム部が担当し、広報誌や病院ホ

ホームページで、病院の方針や診療機能、診療担当医一覧、診療実績、各種イベントの紹介等の情報発信を行っている。地域連携業務は、地域連携室が前方連携、後方連携、入退院支援を担当し、紹介に対する返書管理も行っている。地域の連携医療機関への広報誌の郵送や紹介による返書の管理も行っている。急性期・回復期リハビリ分科会、退院後の在宅医療を連携で支えるワーキング会議など、地域の連携会にも積極的に参加し、病病連携の促進や在宅医療との連携も促進している。地域への医療に関する啓発活動として、地域住民向けに「ささえ愛出前講座」として、セラピストや看護師、薬剤師が講演を行っている。その他、セラピストによる健康運動講座などの介護予防教室や職場体験を受け入れている。医療職を目指す高校生に、病院見学や講師派遣を行うなど、広い世代を対象とした積極的な地域活動を展開している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページでは受診に必要な最新の情報を掲載している。外来診療では検査・病状・治療方針などの説明と必要に応じた同意の取得が行われ、採血や点滴、処置も安全に配慮して実施している。地域連携室は、受け入れ業務手順に沿って受診連絡票やFAXで受け入れ、即日対応し返信している。侵襲的検査は必要性和リスクを含めた説明と同意取得後に実施している。医師が医学的に入院の必要性を判断し、入院目的や時期について患者・家族へ説明し同意後に入院を決定している。入院診療計画は多職種で作成し、患者・家族からの医療相談に適切に対応している。入院支援看護師が「入院時看護問診表」に沿って患者基礎情報などを確認し、入院案内に沿って必要物品などの案内を行い、患者・家族の不安の除去に努めている。医師は多職種カンファレンスで情報を共有し、看護師は患者の状態に応じて日常生活の援助や診療の補助業務を行っている。病棟薬剤師は全入院患者の薬歴管理と服薬指導も行っている。重症患者の管理、褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事支援、症状緩和は手順を整備し、評価して多職種で対応している。輸血・血液製剤投与、周術期の対応については、必要性を説明し同意を得て安全・確実に実施している。リハビリテーションは患者・家族に説明し、同意を得て早期から安全・確実に実施している。身体拘束等適正化指針を定め、身体拘束の最小化に取り組んでいる。退院支援に向け、退院支援看護師が中心となり、院内外の多職種でカンファレンスを開催している。在宅療養の場合は、退院支援計画書をもとに各職種が退院指導を行い、退院後に訪問診療を行っている。ターミナルステージでは、患者・家族の意向に沿って対応している。

### <副機能：リハビリテーション病院>

外来受診に必要な情報はホームページにも掲載し、リハビリテーション関連では整形外科外来が主体である。嚥下造影検査の際には文書を用いて説明している。回復期リハビリテーション病棟への入院は、一般急性期病棟からは整形外科の術後患者が中心で、転院は脳卒中と大腿骨近位部骨折の十勝地域連携パスが主体である。入院時のFIM評価は夜間の状況を踏まえて、入院翌日に看護師と療法士がミニカン

ファレンスを行い初回評価している。病棟専従の社会福祉士は、患者・家族からの多様な相談に対応している。主治医は回診を行い病棟スタッフと情報交換し、看護・介護ペアで患者を受け持っている。病棟担当薬剤師は薬剤管理指導を行い、自宅退院時には自己管理へ向け取り組み、ポリファーマシー対策も行っている。褥瘡対策チームは毎週回診し褥瘡状態を評価し治療している。病棟専従の管理栄養士は、MNA-SF で栄養状態を評価し、GLIM 基準にも対応した栄養計画を立てている。

「緩和ケアマニュアル」に従い疼痛の評価・アセスメントを行い、身体的・精神的苦痛の緩和に努めている。理学療法や作業療法、言語聴覚療法では、リハビリテーション処方をもとに評価を行い、リスクも確認しながら安全な訓練を行っている。評価は電子カルテに記載し、また合同カンファレンスでも多職種で共有している。入院直後に患者・家族の意向を確認し、多職種で退院支援カンファレンスを行っている。退院前訪問及び家屋評価もケアマネジャーや福祉業者同席のもと意見交換をしながら積極的に行っている。退院後も継続的に診療、リハビリテーションケアが必要とされる際には、外来通院と外来リハビリテーションを行っている。また、訪問診療や訪問リハビリテーションも行い、在宅療養支援病院として機能している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では処方鑑査と疑義照会、調剤、注射薬取り揃えと払い出し、薬剤情報管理などが適切に行われている。持参薬は病棟薬剤師が鑑別後に主治医が継続の可否を決定している。臨床検査は、病院機能に応じた体制を整備している。パニック値については主治医もしくは対応が可能な他の医師に確実かつ迅速に伝える仕組みを整備し、マニュアルも改訂されている。今後の継続的した運用を期待したい。画像診断は、一般撮影・CT・MRI 検査が 24 時間撮像可能な体制である。緊急対応を要する STAT 画像については診療放射線技師が依頼医に直接電話連絡している。給食業務は自院で運営し、セントラルキッチンによるニュークックチル方式により、調理、再加熱カートで配送される仕組みである。清潔/不潔のゾーニングを適切に行い、衛生管理を徹底している。リハビリテーションは、入院あるいは術後早期から開始し、担当療法士が毎朝病棟でリーダー看護師、SW と情報共有しているほか、退院支援カンファレンスや排尿ケア・NST などのチーム医療にも参加している。診療情報は、電子カルテによる一元管理を行い、退院患者全件に量的点検を実施している。医療機器は医療機器安全管理責任者を中心とした管理体制を整え、医療安全管理者と連携している。医療機器管理システムにより、機器配置・保守点検・貸し出し状況を一元管理している。洗浄、滅菌では、物理的・化学的・生物学的な確認を行い、滅菌の質を保証している。病理診断および輸血・血液管理の運用手順を整備している。手術のスケジュール管理や手術室の清潔管理、手術中の患者管理等を適切に実施している。二次救急医療機関として断らない方針のもとで、救急患者を受け入れている。

## 10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に則って行われている。予算は、医療機器等の導入の要

望等を各部門からのヒアリングを経て、優先順位を決定する仕組みであり、院内での審議を行い、理事会での承認を受けている。予算実績は経営戦略会議で報告して検討し、法人全体会議を通じ各部署に伝達する仕組みである。会計監査も適切に実施している。医事業務は窓口業務、診療報酬請求、レセプトの返戻、査定への対応を行っている。レセプトには医師も関与し、査定、返戻は医局会で原因を分析し適正化に努めている。未収金は未収金管理マニュアルを整備し適切な管理が行われている。委託業者との業務委託内容や契約書を確認し、責任の範囲についても契約書に明記している。病院機能に見合った施設・設備を整備している。日常点検や月次点検、定期的な保守点検などを計画的に実施している。購買管理では、医薬品は薬事委員会での承認を経て発注し、医療材料や物品については、申請により承認する仕組みである。院内 SPD で各部署の定数を定め、在庫管理している。購入から納品、検品、部署への配置までのプロセスは適切である。火災や災害発生に対応する防災計画や大規模災害マニュアル、BCP などを整備し、緊急時の責任体制は明確になっている。夜間・休日の保安体制を構築し、毎日定時の院内巡視や施錠管理、機械整備等の保安業務を実施している。緊急時および連絡・応援体制も整備している。

# 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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	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	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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	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	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	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	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	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	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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	B
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	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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	購買管理を適切に行っている	A
-------	---------------	---

---

4.6 病院の危機管理

---

4.6.1	災害時等の危機管理へ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
-------	---------------	---

---

## 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	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	S
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	NA
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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日  
時点データ取得日： 2024 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： 社会医療法人博愛会 開西病院  
I-1-2 機能種別： 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)  
I-1-3 開設者： 医療法人  
I-1-4 所在地： 北海道帯広市西二十三条南2-16-27

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	136	136	+0	80.7	19
療養病床	60	60	+0	89.3	160
医療保険適用	60	60	+0	89.3	160
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	196	196	+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	48	+0
地域包括ケア病床	10	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	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 (DPC標準病院群), 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  
オーダーリングシステム ☒ 1) あり ☐ 2) なし PACS ☒ 1) あり ☐ 2) なし



[illegible]

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
		2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数		277.56	299.50	327.09	92.67	91.57
1日あたり外来初診患者数		55.58	75.00	88.30	74.11	84.94
新患率		20.03	25.04	27.00		
1日あたり入院患者数		166.21	164.89	167.09	100.80	98.68
1日あたり新入院患者数		4.89	5.08	5.11	96.26	99.41