

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」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 13 日～9 月 14 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	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
 1. 診療記録の量的点検を確実に実施してください。（3.1.6）

1. 病院の特色

貴院は、日本私立学校振興・共済事業団の運営する職域病院であり、同時に地域の中核病院として 2002 年の開設より常に診療と医療の質の向上に努め、地域の急性期医療の中心的な役割を果たしている。開設時に掲げられた理念に基づき、地域に開かれた病院として高度な医療を身近に提供している。地域で果たす病院の役割は大きく、地域の医療・福祉を支えるのみならず、東京都がん診療連携協力病院、災害拠点病院にも指定され、地域住民の厚い信頼を得ている。今般のコロナ禍においては、いち早く PCR のドライブスルー検査や入院患者の受け入れを開始した。これまで構築した区内の感染対策予防コミュニティが機能し不断の努力が結実した成果であり、地域にとってなくてはならない存在である。医療の質向上においては、病院機能評価のほか、地域ニーズを反映した外国人患者受入れ医療機関認証を取得した実績がある。質向上については、病院をあげて取り組む姿勢がうかがえた。

今回の受審にあたっては、第三者評価を通して病院機能のさらなる充実を図りたいという病院の方針もあり、多職種によるチーム医療が展開され「患者中心の医療」を実践している状況を確認することができた。診療情報管理部門や人員確保について今後の充実を期待したい項目も見受けられたが、引き続き医療機能と質向上を図り、この地域において貴院が発展し地域貢献されることの一助になれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

開院時より地域医療の展開と私学共済加入者の健康増進、疾病予防の実践を目指した理念や基本方針を掲げている。基本方針には、自院が果たすべき5つの役割や機能等が明確に謳われており、病院運営の基本となっている。病院の将来像として地域医療支援病院の認定を目指し「選ばれる病院づくり」を掲げている。主要な課題に対してはKPIを用いた数値管理と達成度の評価も行っている。また、BCPを策定し様々なリスクにも対応しており、組織運営は適切である。病院の情報管理は、電子カルスシステムを基幹として情報の二次利用、効率性の改善に積極的に取り組まれている。病院として管理すべき文書は規程に基づき、総務課により一元的に管理している。

人材の確保については、病院の規模、機能および役割を鑑みて、医療機能を発揮するためにも、さらなる人員の充足を期待したい。労働環境の整備については、衛生管理委員会を適正な委員構成で設置し、毎月開催している。職員の就労支援に向けた取り組みとして、育児・介護休業、育児短時間勤務、院内保育室での夜間保育、敷地内に職員宿舎等が整備されている。

主要な職員研修はおおむね実施しているが、患者の権利、医療の倫理、個人情報保護など必要性の高い課題については必ずしも十分に実施しておらず、さらなる工夫や努力を期待したい。職員の能力評価・能力開発は、院内認定資格を定めており侵襲性の高い手技などは安全な実施と能力開発に有効に活用している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は適宜見直され、病院ホームページ、院内掲示板等により周知されている。病院としての説明と同意に関する方針・基準・手順も明記し、入院時には入院診療計画書やクリニカルパスで必要な診療情報を提供し患者・家族等と共有している。患者支援体制は、医療福祉相談室を設置し社会福祉士、精神保健福祉士を配置して患者・家族等からの多様な相談に対応している。また、地域医療連携・入退院支援センターでは入退院に関する患者・家族等からの要望に対応している。虐待への対応手順も明確に定めており適切である。病院の定める「患者さんの権利」の中に個人情報の保護とプライバシーの尊重を掲げ、入職時研修等の機会を通じて職員にも周知している。診察室、相談室等の個室化や生活上のプライバシーの配慮も行き届き適切に保護している。臨床における倫理的な課題については、診療・ケアの現場でカンファレンスなどを通して適宜検討している。

療養環境は、患者や家族等の利便性や快適性に十分配慮し、高齢者や障害者にも適切に対応する環境を整備している。診療・ケアのスペースは必要かつ十分な面積を確保している。受動喫煙防止に向けては、敷地内禁煙の導入や禁煙外来の開設などがされており、適切である。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、意見箱、患者満足度調査等により収集している。当該部署や患者サービス検討委員会等で検討する仕組みがあり、調査の実施、結果の分析、検討は適切に行われ改善に活かされている。臨床病理検討会などの多職種症例検討会を行いクリニカルパスの作成や見直しも適切に行っているほか、外部のQIプロジェクトに参加し各種臨床指標の評価、フィードバックを行い診療の質の向上に努めている。また、患者サービス検討委員会を中心に業務の質改善について取り組んでおり、地域の外国人増加や東京オリンピックを見据えた「外国人患者受入れ医療機関認証」を取得した実績がある。新たな診療技術や治療方法の導入、薬剤の適応外使用、臨床研究に関する倫理審査は、いずれも倫理委員会で審議し承認するシステムを整えており、新たな診療、療方法や技術の導入は適切に行われている。

診療・ケアの管理・責任体制は、外来各所、病棟ステーション入口に医師や看護師、薬剤師などの責任者を明示しており明確である。診療記録は各職種で適時に記載しており、退院2週間以内に90%以上の退院時サマリーが作成されているが、診療録の質的点検には医師による点検が定常的に行われることが望ましい。患者家族の倫理的課題については身体抑制や終末期医療、療養の場の選択など多職種によるカンファレンスで検討し、緩和ケアやNST、感染防止など、多職種からなる専門チームが活発に活動している。

5. 医療安全

病院長直属の安全管理対策室を設置し、専従の医療安全管理者など6名で組織横断的に日常業務を行っている。電子カルテ上でインシデント・アクシデントを収集し分析結果を安全対策委員会で検討しているが、医師の報告件数については向上が望まれる。医療安全対策マニュアルは分かりやすく整備され、医療安全管理者は現場訪問・院内ラウンドを頻繁に行い状況確認・改善策の実施・評価をしている。

誤認防止のため患者からのフルネーム・生年月日の発信、リストバンドを患者と共に確認するほか、付き添い・家族への確認も行っている。情報伝達エラー防止対策として各種検査所見など必要な結果が早く確実に主治医に届く体制を構築している。また、薬剤の安全な使用に向けて病棟には薬剤師を配置し、定数配置薬を最小限の在庫に留めている。

転倒・転落予防対策は、全患者に入院時リスク評価を実施、PCAPSを使用し観察・看護に活かしている。外来では外来基本票にシグナルを明示し、総合案内の看護師と連携して高齢者、障害者対策に努めている。人工呼吸器等の医療機器はバーコードにて中央管理し、毎回使用後に臨床工学技士が点検・整備している。緊急事態発生時のフローはシンプルで現場が患者に集中することが出来る運用になっており、急変時に備えてICLS研修・全職員にBLS研修を実施している。

6. 医療関連感染制御

感染予防対策室では2名の感染管理認定看護師を中心に ICT・各部署リンクスタッフと共に活動している。ICT ラウンドでは院長も参加し、感染対策マニュアルに基づき、手指衛生・PPE の着用と使用状況・経路別対策等の実施状況を確認している。また、人工呼吸器患者の口腔ケアを強化する事で人工呼吸器肺炎の発症を抑えている。微生物サーベイランス、医療関連サーベイランスを適切に実施し、区内の医療施設、保健所と web 会議を毎週開催し、感染の動向や防止対策に関する情報を収集、院内に向けて速やかに提供している。また、感染の動向や防止対策に関する情報収集についても、ネットワーク活動が活かされており、院内に向けた情報提供にも役立っている。AST 活動は活発で抗菌薬の使用届出制を遵守し、周術期抗菌薬使用に関して病院としての方針を定めている。総じて、貴院の医療関連感染制御体制は秀でている。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会が中心となって広報活動に取り組んでおり、患者向け広報誌「はあと」や「診療のご案内」等を広報している。ホームページは定期的に見直し・更新され、全般的に分かりやすい内容となっており、病院指標や臨床指標等の内容も詳細に掲載している。また、年報でも各種の統計数値を公表している。SNS を活用するなどの新たな取り組みもなされ、COVID-19 の状況も随時公表するなど、地域に向けての情報発信に積極的に取り組んでいる。地域医療連携業務では、連携医療機関への訪問を通して顔の見える連携に努め、紹介元医療機関への返書管理、高額医療機器の共同利用、地域連携ネットワークシステム「臨海ネット」の立ち上げなどに取り組んでいる。COVID-19 感染拡大以前は区民公開講演会や「看護の日イベント」「世界糖尿病デーキャンペーン」、地域医療機関向けの日本医師会カリキュラムコード取得可能な講演会、看護連携会議など、様々なイベントを企画・実施してきた。感染拡大後は Web 形式での講演会やハイブリッド形式での区民公開講座を企画・展開している。また、地域の医療従事関係者に向けては、自院で取り組んでいる COVID-19 の取り組み内容を Web 形式による講演会で発信するなど、積極的な取り組みは評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内に看護師を配置して必要なトリアージを行い、スムーズな受診につなげている。また、患者情報を問診票、紹介状等により収集し、速やかに電子カルテに取り込み各職種で共有している。侵襲的検査等における説明と同意の取得基準はマニュアルに記載されているが、一部の説明書については方法、リスクの記載等について再度検討を望みたい。入院の必要性は医学的な判断に基づいて決定しており、療養上の希望にも配慮して病室や入院中の検査・治療について計画されている。患者・家族からの相談は窓口が設置され、社会福祉士が各職種と連携して多様な相談に対応している。「入院のご案内」には入院に関する詳細な説明が記載されているほか、オリエンテーション等を実施して患者の円滑な入院に配慮している。

医師は診療上のリーダーシップを十分に発揮しており、カンファレンスによって多職種との間で情報交換を行っている。看護体制は2交代勤務・デイパートナー方式で、患者のニーズ、状態、治療内容を把握しPCAPSの活用で看護の標準化・効率化を図っている。薬剤師を各病棟に専任配置し服薬指導、薬歴管理を適切に行っている。注射薬は定数配置薬施用を除いて1施用ごとに調剤し払い出している。輸血マニュアルを整備し、患者確認や投与開始後の観察等が行われ、輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施されている。術前診察・訪問、症例カンファレンス、手術・麻酔の説明と同意のプロセス、術後の搬送体制等、手術に関する一連の手順は適切に行われている。重症患者の管理は、患者の重症度の評価および入室基準が定められ、適切に運用されている。

褥瘡予防対策マニュアルを整備し、全入院患者を対象にリスク評価を実施している。皮膚・排泄ケア認定看護師を中心にNST・多職種による褥瘡予防対策チーム回診・カンファレンスを実施、DESIGN-Rを使用した創部評価、ケア方針の立案をしている。管理栄養士は食形態や喫食状況に応じ、補助食品の提案を行っている。また、月20件程のNST委員会と連携した栄養状態の改善に取り組んでいる。症状緩和は、緩和ケアマニュアルが整備され、緩和ケア医師を中心とした緩和ケアチームが診療科・病棟と連携を図り、定期的にラウンドしている。リハビリテーションは病態に応じた目標・実施計画を策定し、必要性和リスクを患者・家族に分かりやすく説明し、同意を得ている。身体抑制は、マニュアルに基づき対応しており、緊急時やむを得ない場合に、身体抑制の説明を行い、同意を得る仕組みとなっている。

患者・家族への退院支援は、入院予約時に入院時スクリーニングシートを用いた評価結果を社会福祉士と情報を共有し早期退院につなげているほか、多職種で支援している。また、患者・家族とコミュニケーションをとり、退院後どのような生活になるのか患者・家族の意思を尊重できるよう調整を行っている。退院後も継続的に診療・ケアが必要な患者に対し、医師、退院調整看護師、リハビリテーション療法士、社会福祉士など多職種が毎週1回、退院カンファレンスを開催している。終末期医療に関してのガイドラインがあり、ターミナルステージの判断は、主治医・他医師・多職種のカンファレンスで検討し、緩和ケアチームも介入する仕組みがある。病院全体として、専門性を活かした多職種によるチーム医療が実践されており適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は、24時間体制で薬剤管理、調製を行っている。薬剤の採用は委員会で審議し徹底した品目削減に努めており、薬剤管理機能を適切に発揮している。検査部門は、生理検査部門、検体検査部門ともに緊急・異常値・パニック値の報告体制を整備し精度管理も適切に行われている。放射線部門はCT2台、MRI2台を設置し、救急も含めて全ての検査依頼に対応している。CT・MRI・核医学検査の読影率は検査当日に100%実施され、重大な結果は依頼医に直接連絡する仕組みがあり適切である。

栄養管理機能は、調理室の衛生管理を徹底するとともに、週3日の朝食と夕食の選択メニューの実施、年13回の行事食、年7回の小児向けのおやつ行事食などを提供し、患者の嗜好に配慮しながら喫食率向上に積極的に取り組んでおり評価できる。リハビリテーション部門は各診療科と定期的にカンファレンスを行って情報共有し、急性期病院として必要なリハビリテーションを提供している。診療情報管理業務は、診療情報の一元的な管理・運用に取り組むとともに、がん登録や疾病統計・手術統計の作成などに対応している。ただし、診療記録の量的点検については、一部の点検に留まっており、全数点検ではない状況がある。入院診療情報として必須である記録の有無について、診療情報管理士が確実に点検できる体制を構築する計画を整備したので、引き続き量的点検の充実に取り組まれない。

臨床工学技士は6名で、手術室・透析室・ICU・病棟・高酸素療法室を担当しているほか、ME機器の中央管理を担っている。当直を含むオンコール体制で24時間トラブルにも対応している。洗浄・滅菌は中央化され、外部委託している。管理は手術室主任が担当し、品質管理会議にて病院と委託業者との協議をしている。滅菌物の品質管理、保管は、時間管理とイベント管理に分けて実施しており適切である。

病理診断の報告体制、診断結果報告書の保存、有害な薬品の作業環境管理のいずれも適切である。放射線治療機能は、IMRT強度変調放射線治療装置を配備し、専門医による治療計画に沿って安全に実施されている。輸血・血液管理機能は、輸血療法委員会による輸血業務管理、輸血製剤の保管体制等、適切に実施されている。

手術・麻酔機能は、年間約2,500件の手術麻酔管理を手術器材も含めて安全に管理されており適切である。集中治療機能は、専任医師が常時配置され、専門職による機器管理、薬剤管理等が適切に行われている。救急医療機能は、救急専従医が関与し夜間・休日の診療体制、緊急検査の対応、虐待を疑う場合の対応等の体制が整っている。

10. 組織・施設の管理

手順に基づいて予算編成を行い、財務諸表の作成も規程に基づき行っている。会計監査は定期的に行われ、経営状況の把握・分析も詳細に行っている。医事業務では、窓口収納業務やレセプト請求業務は手順に沿って実施し、施設基準の順守状況の確認、未収金の回収業務も適切に行っている。業務委託の内容や委託業者の選定、委託業務の質改善に向けた取り組み、事故発生時の対応体制も整備している。

施設・設備の管理体制は明確であり、日常点検等も確実に実施している。また、施設・設備の経年劣化への対応を計画的に実施し、必要に応じて中・長期計画に反映し取り組んでいる。購入物品の選定や在庫管理は適切に行っている。

災害時や大規模災害時への対応体制は、災害拠点病院（地域）の各種要件を整備するとともに、災害時におけるBCPも策定している。保安業務は、警備員を適正配置し、入館者の管理や院内巡回、施錠管理などを確実に実施している。医療事故発生時の対応手順があり、早期に的確な状況が把握できる仕組みがある。原因究明と再発防止に向けた検討は、院長を中心に第三者委員を交えた委員会で行われる。訴

訟が発生した場合は、事務次長を窓口として関係者と対話の場を設け、誠実に対応する仕組みがある。

1 1. 臨床研修、学生実習

研修医は研修プログラムに沿った内容で研修を実施している。研修プログラムの内容は充実しており、多くの研修希望者を集めている。研修医の支援体制は研修管理委員会のスタッフおよび医療安全や感染管理の認定看護師等が対応している。看護部門や薬剤師や診療放射線技師、臨床検査技師、リハビリテーション療法士等の診療技術部門のスタッフについても、専門職種に応じた育成計画をそれぞれ策定している。診療技術の向上を目指し「Procedures Consult」を導入し、看護技術では「Nursing Skills」を活用するなど、育成にあたってのシステム化にも注力している。

医師、および看護部門や薬剤科、栄養科、リハビリテーション室などにおいて学生実習を受け入れている。学校との契約内容は総務課が担当し、実習指導者も指導能力を有する職員が担当することとしている。患者・家族との関わり方については、事前に患者の同意を得たうえで実習を開始する仕組みである。実習開始時のオリエンテーションを実施し、実習にあたっての必要な研修も行っている。

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	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
1.4	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	S
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	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	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	B
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	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	A
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	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	C
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	A
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	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	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	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	A
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	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	B
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： 2020 年 1 月 1 日 ～ 2020 年 12 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 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： 日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 共済組合及びその連合会

I-1-4 所在地： 東京都江戸川区臨海町1-4-2

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	400	400	+0	67.3	12.2
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	400	400	+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)	10	+0
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	0	-1
人工透析		
小児入院医療管理料病床	37	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
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

災害拠点病院(地域), DPC対象病院(Ⅲ群)

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： 8 人 2年目： 8 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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	686.46	819.10	847.21	83.81	96.68
1日あたり外来初診患者数	74.92	90.00	95.86	83.24	93.89
新患率	10.91	10.99	11.31		
1日あたり入院患者数	269.26	316.52	313.51	85.07	100.96
1日あたり新入院患者数	22.07	27.44	26.52	80.43	103.47