

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「精神科病院」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 12 日～9 月 13 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 | 精神科病院（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 精神科病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、開院して以来、広域・専門・災害時等に魚沼圏域の拠点医療を確保するために尽力されてきた。現在は、「国内外に誇れる地域医療の技術と質を追求し優れた医療人の育成に貢献することで地域をつなぎ、いのちをつなぎます。」を理念として掲げ、近隣の医療機関と連携し、患者と信頼関係で結ばれた医療を第一に、患者の安全、安心、満足を得られるよう日々努力を続けている。施設認定は、地域災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、臨床研修指定病院等の指定を受けている。

今回の医療機能評価受審では、病院長をはじめとする病院幹部職員がリーダーシップを発揮し、職員が一丸となって準備に取り組み、訪問審査においては安全で良質な医療を目指す活動が確認された。今後は受審結果を参考に、地域のつながりを大切に医療の質向上を図り、ますます地域住民のために安全な医療・看護を提供することを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、院内外への周知に努めている。病院長をはじめとする病院幹部職員は、任務を分担して運営上の会議や各種委員会に積極的に関わり、課題の解決にあたっている。中期経営計画と事業継続計画を策定し、部門・部署ご

との目標設定・自己評価・達成度評価を適切に行っている。医療情報システム運用管理規程に基づき、電子カルテシステムと診療情報、部門別管理システムを一元的に管理している。多岐にわたる管理文書を明確にし、文書管理要領に基づいて管理している。

医療法や施設基準を満たす人員が確保されている。人事・労務管理に関する規則・規程等を整備し、職員に周知している。職場環境の整備、職業感染への対応、職員への精神的なサポート体制、ハランスメント対策も整備し、職員の安全衛生管理は適切である。職員満足度調査を毎年実施して働きがいの向上と業務の質的改善に活用するほか、職員の意見を直接聴取しており、評価できる。

研修企画委員会が、各委員会と協力して年間教育計画の企画・立案、研修実施、参加実績集計を記録している。人事評価は人材育成型評価制度を導入し、各部門で特性を勘案した専門職の評価基準に基づき能力評価・開発を行っている。医師には基幹型・協力型の初期研修が行われ、その他の職種も到達目標や達成度を明確にした研修・評価を実施している。学生実習等は窓口を統一して一元管理され、適切に実施しており高く評価できる。

3. 患者中心の医療

患者および小児患者の権利は明文化され、院内掲示やホームページ等で公開しており、職員にも周知徹底が図られている。「説明と同意に関する指針」が定められ、丁寧な説明と患者自らの意思決定による治療となるよう取り決めている。患者の医療への参画として、手術を受ける患児にプレパレーションが効果的に行われている。患者・家族からの様々な相談に対応する窓口を設置して、相談内容により各専門職が対応する仕組みを整備している。個人情報保護に関する規程等を整備し、研修を行って職員に周知している。臨床倫理における課題について検討する場として、外部委員も含む臨床倫理委員会を設置している。看護部は看護質向上委員会で倫理的課題への対応を図っているが、1部門・1職種での対応ではなく、病院組織として体制を検討することを期待したい。

患者・面会者の利便性・快適性、高齢者・障害者への施設的配慮は適切である。病院内は明るく、目的に合った十分な広さが確保された療養環境である。敷地内禁煙の方針が徹底されており、入院案内およびホームページ等に記載している。院内では各所に敷地内・施設内禁煙のポスターを掲示し、周知に努めている。

4. 医療の質

業務の質改善については、部門・個人レベルでの目標管理のほか、「院長政策推進費」を設置して職員の自発的なアイデアに基づく活動を推進するなど、工夫しながら取り組んでいる。各診療科・病棟でのカンファレンスやCPC、多職種が参加するがんボードでの症例検討が開催されている。クリニカル・パスは、バリエーション分析や適用率の向上に向けた取り組みを期待したい。ロビーと各病棟に意見箱を設置し、患者・家族からの意見を収集している。意見への対応や各職場への振り分けは、フローを作成して実施している。薬剤の適応外使用については臨床倫理委

員会で適正に管理されている

病棟入口には、病棟医長・看護師長の氏名が掲示され、診療・看護の責任者が明確になっている。「主治医」の条件について、病院としての基準を明確にして周知することを期待したい。診療記録については、「診療録等記載マニュアル」の規程に則り、電子カルテに必要な記録が経時的に記載されている。また、退院時サマリーの2週間以内の作成率は100%となっている。院内には多職種で構成した専門チームが多く、個々の患者の病態に合わせて活動している。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理部を設置している。医療安全管理委員会や医療安全管理部検討会を開催しており、情報の共有・分析や対策を決定する仕組みである。インシデント・アクシデントレポートは、電子報告システムにより委託業者を含む全職種から収集しており、報告する文化が醸成されている。医療事故発生時の対応手順は医療安全管理マニュアルに記載し、患者・家族の対応も医療安全管理者が初期対応を行うなど適切である。

患者確認は、フルネームと生年月日の自己申告を基本とし、2 識別で実施している。医師の処方箋・指示簿への記載や実施確認は電子カルテシステムにより確実に行われている。麻薬・劇薬は法令に従って適切に保管・管理され、抗がん剤の使用もレジメン管理下で安全に運用されている。転倒・転落防止について入院案内に記載し、発生時の対応も示されている。医療機器の安全な使用に向けて、看護部と臨床工学技士が協働して研修を実施しており、医療機器マニュアルも整備されている。患者急変に備えて院内緊急コードを定め、BLS 訓練も全職員対象に開催されている。

6. 医療関連感染制御

病院長を委員長とする感染管理委員会を設置しており、感染対策チーム（ICT）や抗菌薬適正使用チーム（AST）を組織し、院内感染対策指針に則って適切に感染制御活動を行っている。院内感染防止マニュアルや抗菌薬適正使用マニュアル等を整備し、定期的に更新・改訂して各部署で活用している。情報収集および検討に関しては、ICT がリーダーシップを発揮し、院内での耐性菌検出状況、手指衛生実施状況の評価、部門別のサーベイランス、耐性菌検出状況などのデータを分析・検討してフィードバックすることで院内感染防止対策に役立てている。

標準予防策に関する遵守状況は、手指衛生は使用量で評価している。防護具の着脱は、ラウンド時に目視で評価し、フィードバックしている。経路別予防策では、感染症情報の共有として病室入口に経路別予防策の頭文字を表示し、各職種に周知している。特定抗菌薬は届け出制であり、長期投与の場合はAST が介入している。必要に応じて感染対策委員会で検討し、主治医等にフィードバックする体制がある。抗菌薬投与前の複数回の血液培養などは、使用前検査を適切に行って定期的にアンチバイオグラムを作成し、抗菌薬投与の際の参考としている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスは、様々な広報誌を発行して行っているほか、年報・疾病統計等により情報提供している。また、ホームページは、広報誌が閲覧できるとともに、診療実績を公表して適宜更新しており、地域へ必要な情報が発信されている。地域連携推進室が設置され、地域の医療関連施設等の状況が把握されている。連携強化を図るために、地域医療連携室や関連部署の職員が、毎週、圏域の病院と web 会議を実施しているほか、行政や市議との会議も行っており、地域連携推進室で初回報告・退院報告などの返信が確実に行われるよう努めている。地域に向けた教育・啓発活動では、患者や地域住民に対して市民公開講座を開催し、認定看護師による専門的な出前講座を開催して感染管理研修を実施している。地域の医師に向けて「ケースカンファレンス」も開催しており、地域の医療関連施設等に向けた支援が行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、院内掲示、ホームページ、病院案内、入院案内で患者・家族に案内している。外来診療は説明と同意が確実に実施され、各種検査なども安全に配慮して適切に行っている。診断的検査を安全に、かつ確実に実施し、入院の決定については医学的判断に基づいて決定されている。入院後は速やかに入院診療計画書が作成され、患者に説明して同意を得ている。医療相談への適切な対応を実施し、円滑な入院の受け入れを行っている。

医師は病棟においてリーダーシップを発揮し、医師同士や多職種のカンファレンスに参加して、患者の病状を把握・共有している。高度医療に対応するために教育体制を構築し、人材育成に注力して多くの専門看護師・認定看護師を育成している。入院患者に対して、薬歴管理、持参薬鑑別、併用禁忌薬の鑑別、服薬指導などの業務を実施し、カルテに記載している。輸血・血液製剤投与については、予想される出血量や血液製剤の使用量の記載欄がないため、書式の検討を期待したい。周術期の対応や重症患者の管理も適切に行っている。

褥瘡の予防・治療は、皮膚・排泄ケア認定看護師を専従配置して予防と治療体制を整備している。管理栄養士は、患者の状態やデータを基に栄養管理計画を立案している。がん患者には、入院時に苦痛のスクリーニングを行って評価を基にアセスメントし、看護計画を立案している。リハビリテーションは、可能な限り早期に介入することを病院全体としての目標に掲げており、急性期・回復期患者を中心に適切に行われている。身体拘束が最小限となるよう、新たに作成した評価シートを運用しており、評価や観察等を効果的に行っている。退院支援は、退院支援システムに基づき運用している。患者への継続した診療・ケアは、自院の外来や地域の医療施設でフォローしており、対応を整備している。ターミナルステージの判断基準を示し、患者・家族の意向を尊重したケアを実践している。

〈副機能：精神科病院〉

予約制や緊急対応の仕組みが構築され、円滑な受け入れが行われている。外来診

療および診断的検査の検査中・検査後の観察は適切に行われている。また、任意入院・医療保護入院・措置入院と、入院形態ごとの対応や管理体制も整備されている。医師は適切な病棟業務に加え、リエゾン医療・緩和ケアチームとしての役割を遂行している。看護師は病棟における業務の多職種連携を図り、認定看護師・CVPPP トレーナー等の養成を支援している。

投薬・注射は安全に実施され、抗精神病薬の副作用対策も適切に実施されている。褥瘡の予防・治療はリスク判定に基づいた対策が計画・実践されている。入院時に栄養スクリーニングを行い、管理栄養士によるミールラウンドにて患者の摂食・嚥下機能の評価を行っている。精神症状の緩和には多職種による症状観察や評価表を用いた客観的評価に基づき、病棟担当薬剤師を含む多職種参加のカンファレンスで検討されている。

リハビリテーションは急性期から慢性期まで計画が立案され、実践されている。隔離・身体拘束では適切な運用が行われ、患者とのコミュニケーションを図って最小化に努めている。入院後は早期に病棟と精神医療支援科が情報共有を図り、患者・家族の意向を把握のうえで退院支援を開始している。患者への継続した診療・ケアについても対応部署との連携が図られ、適切に実施されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査、薬剤に応じた保管などの業務を適切に行っている。臨床検査部門は ISO15189 の認証を取得し、高度に自動化された検査機器も活用し、パニック値や夜間・休日の血液培養陽性などの報告も確実に、かつ迅速に医師に報告されており、高く評価できる。画像診断部門は必要な CT、MRI などの読影も速やかに行われ、結果が提出医へ確実に伝達されるシステムがある。栄養管理機能は、使用食材、調理済み食品の冷凍保存も適切に行われているなど、安全への対応は適切である。リハビリテーション機能では、多職種が連携して個別的で系統的なリハビリテーションが行われている。診療情報管理機能は、電子カルテやタイムスタンプが導入され、診療情報は一元管理されている。医療機器管理機能では、医療機器の管理範囲を定めて中央管理している。洗浄・滅菌機能は適切に発揮されている。

病理診断機能では、診断精度を確保しながら実施しており、結果の既読・未読のチェックや患者への説明についても確認している。放射線治療部門では、医療圏唯一の放射線治療施設として放射線治療を安全に提供している。輸血・血液管理機能は、所定の手順に則り適切に発揮されている。手術・麻酔管理機能は、麻酔覚醒の判断基準や抜管・退室の基準について明文化を期待したい。集中治療機能は、救急医や各課担当医が参加するオープン形式で救急・重症・術後リカバリーなどの各患者の診療を行っている。救急医療機能は、救命救急センターに常勤の救急専門医が配置され、体制を整備して救急車搬入を含む患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、年度計画方針が明確であり、病院は計画を作成して理事会・

評議員会に提出し、承認を受けている。会計処理は適切に行われ、会計監査の仕組みも明確である。窓口の収納業務やレセプトの作成・点検、返戻・査定など一連の医事業務は適切に行われている。未収金管理についてはマニュアルに基づいて実施しており、担当責任者と手順も明確である。委託業者の選定や業務内容と委託の是非の検討は、各部署の長と内容を検討したうえで協議している。

施設・設備管理は、主要設備の稼働状況が適切に管理され、緊急時の連絡体制も整備して共有している。医療ガスや感染性廃棄物の管理も適切である。物品購入は入札によって行われ、物品請求や受領のプロセスでは内部牽制機能がある。

火災や災害発生に対応する災害対応マニュアルを整備し、連絡体制等を整備して全職員に周知しており、災害医療派遣チーム（DMAT）も編成している。保安業務は、警備室を中心に 24 時間 365 日体制で行っており、院内の警備・監視を行っている。院内巡視を定期的の実施するとともに、夜間・休日の施錠管理や時間外出入口管理を行い、業務日誌に記録している。

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 | B |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | 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 | 身体拘束（身体抑制）の最小化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 | S |
| 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 | 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 | B |
| 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 | |
| 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 | 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 | S |
| 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：精神科病院（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 | 任意入院の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.5 | 医療保護入院の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.6 | 措置入院の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.7 | 医療観察法による入院の管理を適切に行っている | NA |
| 2.2.8 | 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | A |
| 2.2.9 | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | A |
| 2.2.10 | 患者が円滑に入院できる | A |
| 2.2.11 | 入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している | A |
| 2.2.12 | 医師は病棟業務を適切に行っている | A |
| 2.2.13 | 看護師は病棟業務を適切に行っている | A |
| 2.2.14 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.15 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.16 | 電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている | A |
| 2.2.17 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | A |
| 2.2.18 | 栄養管理と食事支援を適切に行っている | A |
| 2.2.19 | 症状などの緩和を適切に行っている | A |

| | | |
|--------|----------------------------------|----|
| 2.2.20 | 急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている | A |
| 2.2.21 | 慢性期のリハビリテーションを適切に行っている | A |
| 2.2.22 | 隔離を適切に行っている | A |
| 2.2.23 | 身体拘束を適切に行っている | A |
| 2.2.24 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている | A |
| 2.2.25 | 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している | A |
| 2.2.26 | ターミナルステージへの対応を適切に行っている | NA |

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：一般財団法人新潟県地域医療推進機構 魚沼基幹病院

I-1-2 機能種別：一般病院2、精神科病院(副機能)

I-1-3 開設者：公益法人

I-1-4 所在地：新潟県南魚沼市浦佐4132

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 | 362 | +59 | 71.5 | 12.4 |
| 療養病床 | | | | | |
| 医療保険適用 | | | | | |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | 50 | 50 | +0 | 62 | 61.1 |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | 4 | 4 | +0 | 26.6 | 7.2 |
| 総数 | 454 | 416 | +59 | | |

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 | 14 | +0 |
| 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) | 6 | +0 |
| 周産期集中治療管理室 (MFICU) | | |
| 放射線病室 | | |
| 無菌病室 | 0 | -2 |
| 人工透析 | 23 | +2 |
| 小児入院医療管理料病床 | 49 | +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 | | |
| 障害者施設等入院基本料算定病床 | | |
| 緩和ケア病床 | | |
| 精神科隔離室 | 3 | +0 |
| 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)、救命救急センター、がん診療連携拠点病院(地域)、エイズ治療拠点病院、DPC対象病院(DPC標準病院群)、地域周産期母子医療センター

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： 6 人 2年目： 4 人 歯科： 1 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 |
| | 2022 | 2021 | 2020 | 2022 | 2021 |
| 1日あたり外来患者数 | 832.72 | 807.17 | 772.01 | 103.17 | 104.55 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 110.68 | 105.00 | 99.74 | 105.41 | 105.27 |
| 新患率 | 13.29 | 13.01 | 12.92 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 290.82 | 268.58 | 261.71 | 108.28 | 102.63 |
| 1日あたり新入院患者数 | 21.42 | 20.20 | 18.87 | 106.04 | 107.05 |