

# 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「精神科病院」・「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 12 月 20 日～12 月 21 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	精神科病院（副）	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 精神科病院（副）  
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、介護老人保健施設や訪問看護ステーション等を併せて運営する医療法人研成会の中心的な役割を担う病院である。また、「地域の人々の健康と福祉に貢献し、地域から信頼されるよう努めます」と謳う理念に示されているように、諏訪医療圏において必要とされている急性期治療後の医学的管理のもとでのリハビリテーションの提供、在宅復帰などを支援する回復期機能の充実に努め、在宅復帰が困難な患者のために法人が運営する介護施設とともに、医療と介護の複合的ニーズに応えている。病院の特色として、高血圧症や糖尿病、高脂血症などの生活習慣病や脳卒中をはじめとする脳血管疾患の治療のほか、CT・MRI・内視鏡検査などによる検診を充実させている。開設当初から継続している精神科医療については、当該医療圏では初めてとなる認知症治療病棟を開設し、明るく開放的な専門病棟において精神科医・内科医・作業療法士を中心に早期の在宅復帰を目指している。

この度は、新規の病院機能評価の受審であるが、院長を筆頭に職員全体の医療の安全と質への向上意欲は高く、多くの適切な取り組みがなされていた。今後も院

長・幹部職員を中心に良質な地域医療の提供に継続して努力されることを祈念する。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を明確に定めており、見直しについても病院管理運営会議で毎年検討している。また、基本方針に則って中・長期計画を作成しており、地域における自院の役割や自院が取り組むべき内容を考慮するとともに診療会議、部門連絡会議等により職員の意見も取り入れている。職務規程・職務分掌を整備して院長補佐や事務局長、看護部長、その他幹部職員の選任要件を定め、職務の分掌や権限・責任を明確に示している。病院の意思決定会議は病院管理運営会議であり、毎月開催し議事録も作成している。年次事業計画は中・長期計画に基づいて具体的に作成し、年次事業計画の達成目標は数値で明確に示し、達成状況の評価をできるように配慮している。

役割・機能に見合った人材の確保については、医療法上の人員配置標準を満たしており、施設基準上の必要人員は確保している。人事・労務管理については、総労働時間数・有給休暇の取得等おおむね良好な状況である。病院運営上の必要な全体研修として、医療安全や感染制御、臨床倫理、個人情報保護、接遇、虐待、行動制限等を実施している。学生実習の受け入れは、看護職はじめ多くの職種の学生を受け入れている。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利を5項目にまとめて明文化し、病院案内や入院案内、ホームページ、院内掲示等で周知している。説明と同意に関する指針・方針は明確であり、医療安全マニュアルの中に説明と同意に関するガイドラインを整備している。医師は説明時に図や模型を使用して患者に分かりやすく説明し、患者の理解を深めるための支援・工夫をしている。患者・家族からの相談には医療サービス連携室が対応し、相談内容に応じて専門職種が対応している。個人情報の取り扱いに関する規程を定め、広報誌・院内掲示に加え、ホームページに掲載して、患者・家族・地域住民へ周知し、職員に対しては、全職員対象の研修会を毎年開催し周知している。臨床倫理指針に、意思決定が困難な患者さんへの対応に関することなど10項目を示しており、診療現場においても患者が抱えている倫理的な課題に対応している。

病院へのアクセスでは、必要な駐車台数を確保し、病院玄関前にバスの停留所を設置するなどして来院者の利便性に配慮している。院内は整理・整頓が行き届き清潔性も保たれている。敷地内は禁煙であり、受動喫煙の防止に努めている。

## 4. 医療の質

業務の質改善に向けた取り組みは、CS ナンバーワン委員会で患者や職員の提案などに基づいて業務改善に取り組み、ECC 委員会においては経営面からの改善に向けて努力している。診療の質向上に向けた取り組みでは、オンライン医学情報サービスを活用し、学会の推奨ガイドラインは各部署の端末から参照可能である。患

者・家族からの意見や要望・苦情については、院内設置の意見箱と患者満足度調査から収集しており、対応を検討後、病院としての回答を院内に掲示している。新たな医療技術や未承認新規医薬品等の導入については、実施申請書を提出し、倫理的な側面について倫理委員会において検討の後、病院管理運営会議において事前承認を受ける体制を整えている。

診療の記録では診療記録要綱に基づいて、診療記録や看護記録、リハビリテーション記録などを適時に記載している。診療記録の質的点検は、月毎に対象の医師を選定して点検し、結果を医師にフィードバックしている。医療安全や感染制御、褥瘡対策など多職種で構成する専門チームを組織して組織横断的な診療・ケアを行っている。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制については、多職種で構成する医療安全委員会を設置して毎月開催し、医療安全カンファレンスを週1回開催するとともに、メンバーによるラウンドを行い記録も残している。医療安全に関わる各種のマニュアルを整備し、必要に応じて改訂している。インシデント・アクシデントを収集し、3b以上のアクシデントについては当該部署で検討し、事例によってRCAやシェル分析を使い分けて改善策を立案し、医療安全管理委員会で確認している。医療事故発生時の対応マニュアルを整備しており、医療事故を対象にした病院賠償責任保険に加入している。

指示出し・指示受けは指示伝達マニュアルに沿って電子カルテのオーダー入力を用いて行っている。重複投与や相互作用については調剤システムによりチェックし、アレルギー情報については調剤システムに患者情報を入力し確認している。麻薬・向精神薬の使用・保管は、院内の取り扱い規程に沿って対応している。医療機器の使用法等は、臨床工学技士が計画的に研修を実施している。院内緊急コードを設定しており、自動体外式除細動器も院内各所に配置し、緊急コール訓練を全職種参加で1年に1回実施している。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は院長を委員長とし、感染管理担当者および各部門の代表者が参加して毎月1回開催している。院長直属の感染対策チームを組織し、週1回の院内ラウンドにおいて対策実施状況の把握と指導を行っている。検査室と感染対策チームは分離菌培養検査などの部署・病棟別分析結果を把握するとともに、院内の感染症発生状況を収集・分析して週間感染症報告を作成し、感染対策委員会に報告している。アウトブレイクの手順を作成し、感染対策マニュアルの適宜改訂等をしている。地域の感染症情報を地域感染対策担当者会議などから収集・分析して対策に活用している。

各病室の前に速乾性手指消毒剤を設置し手指消毒などを行っている。抗菌薬の採用・採用中止は薬事委員会で協議し、抗菌薬の適正使用に関しては使用指針を作成して抗菌薬の選択をしている。特別な抗菌薬の使用は届出制としており、処方鑑査

時に薬剤師が投薬日数を把握し、長期使用の場合には医師に長期処方制限を促している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域に向けた情報発信として、広報誌を年4回発行して法人が運営する介護施設や医療圏を中心とした医療機関、介護事業所等に配付している。ホームページには、病院の理念・運営方針や診療サービス、診療機能、診療実績、臨床指標等を分かりやすく掲載しており、地域住民や地域の医療関連施設が選択する際の有用な情報源になっている。社会への情報発信として、新型コロナウイルス感染症の発生・終息状況も掲載している。地域の人口や高齢化率、疾病構造等を把握するとともに、地域の医療関連施設等との連携を深めるために在宅・介護連携推進検討委員会への出席、病病連携実務担当者会議への参加など顔の見える連携への取り組みを行っている。地域の健康増進に寄与する活動として、健診センターを設置して予防医療の充実を図るとともに出張健康講座を開催するなど、地域への医療に関する啓発活動も実施している。

## 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、ホームページや院内掲示、デジタルサイネージ等で案内している。一般病棟への入院加療の必要性は、外来担当医師が診察を行い検査の結果等に基づいて総合的に判断し、患者・家族に説明を行ったうえで同意を得て決定している。主治医は診断結果に基づき入院治療の目的や予定期間等を決定し、治療に対するリスクなども含めて、患者・家族の意向を踏まえつつ、速やかに入院診療計画書を作成している。

医師は基本的に毎日の患者回診を行い、診療記録に記載し、病棟スタッフとは日常的に意思の伝達や情報交換を行っている。看護業務はマニュアル等を整備のうえ他職種と連携して業務にあたっている。安全確保のための身体拘束は患者・家族に説明のうえ同意を得て実施している。退院や転院の支援は、入院時から社会福祉士と情報を共有し、患者・家族の意向を確認して説明するなど、退院先への不安解消を図っている。在宅療養への継続の場合には、地域のケアマネージャーと連携し、必要時には訪問診療医師や訪問看護ステーションとの連携も行っている。ターミナルステージについては、病態や患者・家族の意向等に合わせて対応している。

### 〈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では、入院時に医師が患者の病態や合併症・リスク管理、障害の程度、日常生活動作の状況などの評価を行い、患者・家族の意向を反映のうえ入院診療計画書を作成し、患者・家族に説明して同意を得ており、その際の患者・家族の反応などを看護記録に記載している。リハビリテーションプログラムの作成は、身体機能や嚥下機能、高次脳機能、日常生活動作を医師や看護師、療法士などの多職種で評価し、カンファレンスでリハビリテーションの目標を設定し、これに基づいた方針を立てている。医師は多職種でのカンファレンスに参

加し、必要な情報を収集して目標や退院時期を設定し、リハビリテーションに関する指示、処方を出している。看護師は業務基準・手順を整備し、専門性を踏まえたケアを提供するとともに、多職種との連携を図り、患者のニーズを把握して必要な業務を行っている。理学療法や作業療法、言語聴覚療法については、評価に基づいて目標設定を行い、患者個別の状態に適合したリハビリテーションプログラムのもとで安全・確実に実施し、リスク管理は医師の指示により基準に基づき実施している。

#### 〈副機能：精神病院〉

医療サービス連携室が窓口になり受診や入院に関する相談に対応し、適切に医療につなげている。入院時から、患者状態に応じた職種が関与し、退院に向けて連携している。任意入院に際しては、精神保健福祉法に則ったマニュアルを整備して対応している。医療保護入院は、精神保健指定医が判断し、法的に必要な書類の作成と告知を行っている。退院後の生活相談員は、患者ごとに担当が決められた精神保健福祉士が担い、医療保護入院者退院支援委員会を開催し、退院後の連携が必要な地域援助事業者等と連携している。措置入院の依頼があった際に受け入れができるよう努めており、平日・日中以外に輪番日・時間外の受け入れ体制もできている。精神保健福祉法に則った措置入院に関するマニュアルを整備しており、必要な書類の作成と提出期限を遵守している。リハビリテーションは、患者・家族の意向を確認して、急性期から慢性期、退院後も含めて積極的な対応に努めている。退院前から、地域の社会資源の活用や行政機関と連携している。また、日中・時間外の精神科救急の依頼を受ける体制を整備している。

### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、薬品の保管・管理、処方鑑査、注射薬の1施用ごとの取り揃えなどが適切に行われている。臨床検査においては、殆どの検体検査と生理機能検査、微生物検査を院内で実施しており、パニック値は、臨床検査技師が直接医師に報告することで情報伝達エラーの発生を防止している。画像診断では、CT・MRIを含む画像検査を実施しているが、放射線科医師による読影率の向上が今後の課題である。食事は適時・適温で提供しており、厨房業務も衛生管理が行き届いている。リハビリテーションは、急性期から在宅外来にまで対応し、年末年始等の長期休診中の訓練の連続性も確保している。診療情報は1患者・1IDで一元的に管理し、システム機能により患者の二重登録の防止を図るとともに、全退院患者の診療記録の量的点検を実施している。洗浄・滅菌機能は中央化のうえ手順に則って実施している。

輸血療法管理委員会を隔月に開催し、血液製剤の適正使用や廃棄の状況等を把握している。救急告示病院および二次救急病院・県精神科救急病院であり、自院で対応困難な場合は、早急に高次医療機関へ転送している。

## 10. 組織・施設の管理

予算は、前年度実績や各部署からの予算調書等を踏まえて編成している。会計処理は病院会計準則に基づいて行い、公認会計士による会計監査も行っている。収支状況の把握と分析は毎月の管理運営会議で実施し、結果を職員に伝えている。医事業務は業務手順を定めて行い、レセプトの作成に際しては医師が点検しており、返戻・査定は保険医療委員会で対策や再審査請求の検討を行っている。委託業者の実施状況は、毎週の部署による確認により把握し、緊急時・事故発生時の際の指示命令系統も明確になっている。

施設・設備管理は保守点検計画に基づいて行い、計画的・定期的な保守管理を実施している。医薬品の採用は薬事委員会で検討し、医療消耗物品については、現場からの意見を確認するとともに現品での試用を実施して選定している。物品購入システムの導入により各部署への適正な納入が図られ、購買の際の内部牽制も機能している。

災害時等の危機管理への対応では、リスクに対する病院の機能存続計画や防火・防災マニュアルを整備し、訓練も毎年2回実施している。保安業務における緊急時の連絡体制は明確である。

# 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	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	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	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	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	B



## 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	A
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	B
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	B
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	B
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	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	A
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	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	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 B

---

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 B

---

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	NA
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	NA
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	B

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	B

## 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	B
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
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	B
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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2023 年 10 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人研成会 諏訪湖畔病院

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)、精神科病院(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：長野県岡谷市長地小萩1-11-30

## 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	140	140	+0	75.4	35
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	105	105	+0	80.2	319
結核病床					
感染症病床					
総数	245	245	+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		
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	42	+0
地域包括ケア病床	40	+0
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		
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	48	+0

## I-1-7 病院の役割・機能等

## 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

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	261.06	260.29	237.58	100.30	109.56
1日あたり外来初診患者数	12.67	10.42	8.90	121.59	117.08
新患率	4.85	4.00	3.75		
1日あたり入院患者数	182.54	189.98	191.44	96.08	99.24
1日あたり新入院患者数	2.25	2.46	2.38	91.46	103.36