

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および10月25日～10月26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	緩和ケア病院	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 緩和ケア病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、現在地への移転など幾多の変遷を経て、医療需要等に応じた改修や診療機能の強化等を図り、発展を遂げてきた。内科・緩和ケア内科の標榜、ボランティアの導入の他、在宅療養支援病院や機能強化型在宅療養支援病院の指定を受けるとともに、在宅ケア研究会や南渡島地域包括緩和ケアネットワークの設立や運営、緩和ケアの啓発・普及に深く関わるなど、地域住民の健康を守り救う活動とともに、ホスピスの心を持って支える医療に邁進し、現在に至っている。

この度の病院機能評価では「癒し癒される心からの医療」を目指す理念とともに、患者の人格尊重やホスピスの心による全人的な支援などの基本方針の実践に向けて、医療の質の向上や安全の確保、快適な療養環境づくりなどに努める職員の姿や取り組みを、随所で見ることができた。受審準備や審査において気づかれたことや、評価所見におけるコメントを糧に、さらに良い病院づくりに取り組むことで、患者の信頼と満足度を高め、職員個々の成長も促しながら、貴院がますます発展されることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院組織の運営と管理者等のリーダーシップの領域では「癒し癒される心からの医療」との理念とともに、人格の尊重や全人的な支援などからなる基本方針が定められ、ホームページや入院案内、院内掲示などにより院内外への周知に努められている。また、病院長から、講話や各種会議等の機会を捉えて、病院の機能・役割や患者ファーストの運営姿勢、病院の将来像等が示されている。幹部職員は各部門の目標を設定して様々な課題の改善に取り組んでおり、適切なリーダーシップが認められる。病院運営の意思決定会議の他、必要とされる会議・委員会が設置され、組

織図や職務・業務規程の策定、情報伝達体制の整備などが行われているが、中・長期計画の策定や各部門計画の内容の具体化と到達目標の可視化、リスクに対応する病院の機能存続計画の策定などが望まれる。情報管理では、処方箋発行システムやLANがおおむね適切に運用されているが、システム更新等に際しての一層の検討を望みたい。文書の組織的管理では、文書管理規程に文書の起案や回議・決裁、保管等の取り扱いが定められ、おおむね適切に運用されている。

人事・労務管理の領域では、法令等による医師配置標準数などを満たし必要とされる人員体制が整えられており、看護師の負担軽減に向けた取り組みなどもみられる。また、人事・労務管理に必要とされる規則・規程が整えられ、職員代表者との協定締結や届け出、年間総労働時間や有給休暇取得状況の把握・管理などが適切に行われている。職員の安全衛生管理では、職員定期健康診断の実施とともに、労働災害や職業感染予防への対応などがおおむね適切に行われているが、衛生委員会の委員構成の見直しが望まれる。職場環境の整備については、就業支援制度の整備や介護福祉士の導入による勤務環境の改善、福利厚生の実施等への取り組みがみられるが、さらに、職員の意見・要望、提案等を把握するための組織的な取り組みを望みたい。職員の教育・研修では、全職員を対象とする年間研修計画が作成され、医療安全や感染制御、職種別の専門研修、臨床倫理等の教育・研修が行われているが、出席率の向上や意見反映等に向けた工夫を望みたい。職員の能力評価・能力開発では、人事考課規程等が整備され、職種に応じて目標管理シートや目標評価表による能力評価や支援のための上司面談が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の意思を尊重した医療の領域では、患者の権利とパートナーシップが定められ、病院案内やホームページ、院内掲示などにより周知されている。説明と同意に関する指針・手順が明文化され、説明と同意が必要な範囲や基本書式が定められており、患者・家族への説明と同意取得、医療者・家族の同席と署名、セカンドオピニオンへの対応など、患者・家族の意思を尊重した適切な対応がなされている。患者との診療情報の共有や参加促進では、入院診療計画や看護計画などが患者・家族に説明されるとともに、疾患や薬剤等のパンフレット、図書等が整備され、診療やケアの方針が共有されている。患者支援体制の整備と対話の促進では、医療相談室にて社会福祉士により、がん相談などへの対応が行われ、記録の整理・保管や関係職種との情報共有、虐待や暴力への対応マニュアルの整備などが行われている。

個人情報・プライバシーの保護については、個人情報保護方針等が整備され、入職者やボランティアへの研修、医療情報を利用する際の申請・承認、病棟等におけるプライバシーへの配慮等が適切に行われている。臨床における倫理的課題については、主要な倫理的課題に関する方針とともに、倫理審査方針や職員・ボランティアの基本姿勢等が定められ、臨床研究に関する審査や臨床上の難渋する倫理的課題の検討体制が整えられている。また、臨床現場での個々の事例の検討が多職種カンファレンスで行われ、チームで共有されている。

療養環境の整備と利便性の領域に関しては、一般駐車場や障がい者用駐車場が整

備され、院内には自動販売機や喫茶・サロン、インターネット環境などが整備されており、面会時間の制限はなくペットとの面会にも応じるなど、生活延長上の設備やサービスなどへの適切な配慮がみられる。院内のバリアフリーが確保され、必要な箇所への手摺りの設置や車椅子用トイレの整備など、身体機能が低下した患者や高齢患者に配慮された施設・設備が整えられている。また、診療やケア、処置などに必要なスペースが確保され、ボランティア等による生け花などの自然や季節感を味わえる環境の工夫、家族と入浴できる浴室や家族宿泊室、調理スペースが整えられるなど、多様なニーズへの工夫がなされている。

受動喫煙の防止に関しては、ホームページや入院案内、院内掲示等により敷地内禁煙の周知がなされており、入院患者が喫煙を希望する場合の取り扱いの明確化、職員の喫煙習慣の確認や禁煙指導などの教育・啓発が行われている。

4. 医療の質

継続的質改善のための取り組みの領域では、患者・家族の意見・要望等が、日本ホスピス緩和ケア協会の遺族調査や患者アンケート、意見箱等により収集されており、意見等は定期的に回収されて検討のうえ、改善策の立案・実施や院内掲示に努められており、高く評価される。診療の質向上に向けた活動では、緩和医療学会等の診療ガイドラインの活用や多職種カンファレンスにおける検討、デスカンファレンスの適宜開催など、診療の質向上への取り組みがみられる。業務の質改善への継続的な取り組みは、機能管理委員会により検討する仕組みであるが、部門横断的に質改善を検討する仕組みの構築が期待される。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法等の導入では、新しい作用機序の薬剤の導入検討や、新たな知識・技術の習得に向けた学会・研修会への参加支援などが、適切に行われている。

診療・ケアにおける質と安全の確保の領域に関しては、病棟・外来等の管理・責任体制が明確にされて、責任者氏名等の明示、ベッドネームへの主治医や看護師の明示などが適切に行われている。診療記録については、基準に基づいておおむね適切に記載されているが、判読困難な記載の見直しや、質的点検の組織的・継続的な実施を期待したい。多職種協働による診療・ケアでは、入院当日から多職種が情報共有のうえ、チームによる疼痛や口腔ケア、嚥下機能のケアなどが行われている。

5. 医療安全

患者の安全確保に向けた取り組みの領域では、医療安全管理責任者や医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者が配置され、医療安全対策委員会の設置と定期的な開催、院内ラウンドによる臨床現場の指導など、体制が確立されている。医療安全に関する情報収集体制が整備されており、インシデント・アクシデント情報が収集されて検討・分析のうえ再発防止策等が立案・実施され、ラウンドによる遵守状況等の検証が行われている。

診療・ケアにおける安全の確保の領域に関しては、患者氏名の名乗り、注射薬の1患者1トレイ制とダブルチェック、点滴等のルートや検体などの誤認防止対策が実践されている。情報伝達エラー防止対策では、指示出し・指示受け、実施、実施

確認などが指示書により確実に行われ、口頭指示の取り扱いも適切である。薬剤の安全な使用に関しては、麻薬・向精神薬の安全な使用と確実な保管・管理などが行われているが、ハイリスク薬表示の院内共通ルールの徹底や、使用時の注意喚起などへの一層の配慮が望まれる。

転倒・転落防止対策では、全入院患者のリスク評価が行われ、評価に応じた看護計画等が立案・実施されて、日々のカンファレンスで評価されている。医療機器の安全な使用に関しては、使用部門での管理であるが、各部門の担当者による点検や業者による保守点検が定期的に行われるとともに、必要に応じた教育・研修等が行われている。患者急変時の対応では、院内緊急コードが設定・周知され、救急カーットの整備・点検や対応訓練等が行われているが、BLS 訓練受講者の計画的な養成や職員の教育・訓練への取り組みが望まれる。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた取り組みの領域では、院内感染防止対策委員会が組織されて定期的開催され、院内感染予防対策マニュアルの策定や改訂、ラウンドによる標準予防策のチェックなどが行われている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討では、院内の感染発生状況が把握されて感染防止対策委員会に報告されている。抗菌薬の使用状況も把握され、アウトブレイクの定義が明確化され対応手順も作成されているが、微生物サーベイランス等の実施や対応策の検討の仕組みの整備が望まれる。

診療・ケアにおける安全の確保では、医療関連感染を制御するための院内感染予防マニュアルによる標準予防策が遵守されている。また、感染経路別チェックシートによる確認や情報共有、汚染リネンや感染性廃棄物の処理などが適切に行われている。抗菌薬の適正使用に関しては、ガイドラインが整備され、使用状況の把握や状況に応じた分離菌感受性パターンによる検討などが行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携の領域では、病院案内や入院案内、広報誌などが発行され、ホームページには理念や基本方針、外来受診や入院の手続き、ホスピス病棟の説明、相談や施設見学等の案内、患者さんを囲むイベントなどの病院の取り組みの紹介とともに、がん登録やホスピス・緩和ケアの質の評価結果等の診療実績が掲載されるなど、充実している。さらに広報誌等には、命の輝きを感じさせる写真を多用するなど患者・家族の思いに強く配慮されており、高く評価できる。

地域の医療機関等との連携については、地域の医療機能等の把握や連携、紹介入院患者の受け入れなどが行われ、患者紹介元への受診報告等の返書も適切に行われている。また、道南在宅ケア研究会など、緩和ケアの啓発や地域医療連携の充実に向けた活動も認められるなど、高く評価される。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動に関しては、医師会主催の健康増進講演会や市民公開講座への講師派遣、地域の医療機関・施設等における教育・啓発活動、中学・高校生の職場体験の受け入れなどの活発な取り組みが認められる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診等に必要な情報がホームページに案内され、受診時の受付係や看護師による相談対応や案内、病態・症状による緊急性等のトリアージなどの配慮がなされている。外来診療では、紹介元医療機関からの情報収集等により詳細な状況が把握され、患者・家族の意向を尊重した入院相談や緩和治療が行われている。地域の医療機関等との緊密な連携と柔軟な患者受け入れに努められており、特に在宅の患者は夜間・休日を問わず受け入れる仕組みが整えられている。

緩和ケアに必要な診断的検査は、必要性が患者状態に応じて検討され、患者・家族に説明のうえ同意を得たうえで行われている。入院の決定では判定基準が明確にされ、医師をはじめ多職種により適応の検討・判定が行われている。医師による診断・評価や患者等の要望に基づき、入院診療計画やケア計画が多職種により作成され、入院後早期に患者・家族への説明が行われている。経済面や社会福祉制度などに関する医療相談への対応、入院の際の入院生活に関する説明などはいずれも適切に行われ、医師の病棟業務では回診や多職種との情報共有、カンファレンスにおけるリーダーシップの発揮などが適切に行われている。看護師の病棟業務では、看護基準等に則り、プライマリナーシング方式により患者ニーズが反映された計画に基づいて、患者・家族の意向と個別性を重視した細やかなケアが実践されている。また、日常の看護ケアの実施や記録、教育・研修や病棟管理業務なども適切に行われている。患者主体の診療・ケアに関しては、身体的・精神的・社会的なニーズについてよく検討され、NRS や STAS-J を利用するなどして、チームによる対応がなされている。

投薬・注射の実施に関しては、薬剤師による持参薬確認と薬歴管理、服薬指導等が行われているが、薬剤師の業務等を踏まえた体制充実への検討が望まれる。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施をはじめ、褥瘡の予防と治療への取り組み、栄養管理と食事指導、症状などの客観的評価と緩和対応、リハビリテーションの確実・安全な実施、安全確保のための身体抑制、患者・家族への退院支援や継続した診療・ケアの実施、臨死期の対応などはいずれも適切に行われている。なお、自立支援および QOL 向上に向けた取り組みでは、ボランティアによる日々のコンサートや喫茶の時間等が提供され、生け花や各種行事の開催、外出・外泊、絵画作成や個展への協力など、患者の尊厳を保持しつつ可能な限りの自律を支える充実した取り組みが認められるなど、高く評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、限られた人員の中で処方鑑査や疑義照会、調剤鑑査、持参薬の鑑別・管理、医薬品集の改訂、DI ニュースの発行などの業務が行われている。臨床検査機能では、大部分の検体検査が外部委託されているが、検査成績の報告やパニック値への対応などが適切に行われている。画像診断は、単純 X 線撮影が常時行える体制が整えられ、読影は複数の医師によりダブルチェックされているなど、適切に機能が発揮されている。

栄養管理機能に関しては、厨房内の清掃や温・湿度管理、排水・換気などがおお

むね適切に行われているが、施設・設備の経年劣化や狭隘化等による課題が見受けられる。リハビリテーション機能では、十分な広さと機材が整えられ、病棟を利用したリハビリテーションも、理学療法士と看護師の連携のもとに行われている。診療情報管理機能では、紙媒体の診療録の一元管理や貸し出し・閲覧管理、病名等のコーディング、量的点検等が行われている。医療機器は標準化が図られて使用部門で管理されており、洗浄・滅菌機能、輸血・血液管理機能も適切に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

経営管理の領域では、予算編成が、運営状況や収支見込み、設備・備品等の整備要請などを踏まえて行われ、予算・実績比較や月次収支計算等による経営状況分析などが行われており、決算時には貸借対照表等の所定の財務諸表が作成され、法人監事による決算監査が行われているなど、財務・経営管理は適切である。医事業務は、総合案内や窓口受付、会計収納、未収金管理などのマニュアルが作成され、レセプトの作成や点検、返戻・査定の分析と再請求などの診療報酬請求事務とともに適切に処理されている。業務委託に関しては、業務の質向上や効率化等を踏まえて業務委託され、日誌やチェック表により業務の状況が把握されているが、相当期間にわたり契約が自動更新されている状況が見受けられるので、業務内容や価額等の比較検討による適切な業務委託が行われるように望みたい。

施設・設備管理の領域では、病院規模や診療機能に応じた施設・設備が整えられて、日常的な点検・管理とともに専門業者による定期保守点検、緊急・障害時対応が行われ、医療ガスの安全管理、院内の清掃、産業廃棄物や感染性廃棄物の処理などがおおむね適切に行われている。物品管理は、各部署からの要請に基づき適否の協議と稟議による調達や在庫量管理等が行われている。病院の危機管理の領域においては、防火・防災管理規程等が策定され、災害対応組織や責任体制、緊急連絡体制等が定められており、自衛消防訓練や食料等の備蓄も行われている。保安業務は、委託警備員により入・退館者の監視や院内巡視、施錠管理、緊急時の連絡や対応などが適切に行われている。

医療事故が発生した場合の対応では、事故発生時の初動体制や対応方針の決定、患者・家族等への説明、原因究明や再発防止策の検討などについて、適切に定められている。

11. 臨床研修、学生実習

実習生の受け入れは行われていないので、評価対象外とした。

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	S
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	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	B
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	B
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	身体機能が低下した患者に配慮した施設・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	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	A
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	B
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	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	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア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	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
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	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・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	S
2.2.20	身体抑制を回避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	臨死期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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	NA
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	B

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	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	B
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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 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：医療法人敬仁会 函館おしま病院

I-1-2 機能種別：緩和ケア病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：北海道函館市の場町19-6

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	20	20	+0	80	41
療養病床	36	36	+0	83.3	505
医療保険適用					
介護保険適用	36	36	+0	83.3	505
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	56	56	+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		
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	20	+0
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： 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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	14.43	14.22	13.43	101.48	105.88
1日あたり外来初診患者数	2.69	2.79	2.33	96.42	119.74
新患率	18.63	19.59	17.38		
1日あたり入院患者数	45.67	45.76	46.27	99.80	98.90
1日あたり新入院患者数	0.47	0.50	0.55	94.00	90.91