

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「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1月18日～1月19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	リハビリテーション病院	認定
機能種別	緩和ケア病院（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 リハビリテーション病院
該当する項目はありません。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1987年の開設以来、獨創一理を建学精神とする藤田医科大学の関連病院として、大学発祥の地である七栗でリハビリテーション医療と緩和ケア医療に特化したコンパクトな大学病院として運営されている。先進リハビリテーション棟では、訓練室一体型病棟として、訓練の可視化や機能予後予測を用いたリハビリテーションが行われ、各種ロボットを活用したバランス・歩行など運動学習に基づく客観的、科学的なリハビリテーションが提供されている。また、緩和ケア医療でも一般病棟への緩和ケア概念の導入を進め、常に先駆的な医学研究と医療技術の向上、さらには医療人材の育成および療養環境の整備に努め、地域のリハビリテーション医療の拠点病院として、その役割を発揮されている。

今般の病院機能評価は、更新受審であり、病院長を中心に看護部、リハビリテーション部、事務部など多職種が結束して対応され、チーム医療があたりまえに展開されている様子が見受けられた。今回の受審を機に、建学精神と理念の実践をさらに継続され、良質な医療の提供による患者満足度の向上を図り、地域社会との良好な関係を育みつつ貴院が地域とともに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

「我ら、弱き人々への無限の同情心もて、片時も自己に驕ることなく医を行わん」との大学創設者の言葉を理念に掲げ、専門性と卓越性の探究による医療提供を目指している。病院運営の意思決定は、月次の病院幹部会議で行い、指揮命令、役割・権限、責任範囲を組織図や職務分掌規程等で明確にしている。中・長期ビジョンをアクションプランとして定め、院内での議論を経たうえで具体化し、年次事業計画には、各部署の目標を設定して達成度を評価している。情報管理に関する方針と規程を定め、医療情報システム部が院内のシステム全般の運用と診療情報の一元管理に努めている。

人事・労務管理に必要な就業規則や給与規程等を定めており、就業規則等は職員専用サイトにより閲覧が可能である。

また、衛生委員会を月次開催し、職員の健康管理や職業感染防止対策、労働災害対応、職員の精神的サポート体制に関する諸課題を検討し議事録を残している。職員の意見・要望、提案を病院運営に反映させるため、法人本部と職場代表による職場懇談会（労使協議）の実施とともに患者・職員満足度向上委員会を設け、職員から職場環境向上のための意見・要望等を収集し、様々な課題の改善や業務運営の参考としている取り組みは高く評価できる。職員の教育・研修は、教育委員会が全職員を対象とした年間教育プログラムを策定し、計画的な研修を実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利として、未成年者や高次脳機能障害等により自らが判断を下すことが困難な患者への配慮も含めて 10 項目をわかりやすい言葉で明文化している。説明と同意取得に関する方針や範囲を定め、手順に沿って対応して患者・家族の同意を取得している。また、入院生活の過ごし方や疾患に関する患者・家族の理解を深めるための工夫として、家族教室の冊子を配布して何時でも見られるようにしている。患者支援体制として地域連携部に医療福祉相談課と入退院支援課を設け、社会福祉士や入退院支援看護師、事務職などのスタッフが支援に努めている。個人情報保護の方針と規程を設け、ホームページでプライバシーポリシーを周知しており、個人情報の管理や診療情報の活用に関する取り扱い、診療上のプライバシー保護も適切である。臨床現場では解決困難な倫理的課題については、倫理委員会メンバーがカンファレンスに参加して協議する仕組みが機能しており、年間 50 事例程の課題を検討している。

利用者の安全性・利便性・快適性に配慮した施設・設備の整備や点検が行われ、病室は清掃が行き届き、空調・採光の調整とともに静寂が保たれ、浴室やトイレの利便性・安全性にも配慮している。病室は多床室でも車椅子の操作が可能なスペースを確保するなどの環境整備に努めており、療養環境は良好である。

4. 医療の質

業務の質改善では、法人全体で取り組む「ZENKAI 活動」と称する部門横断的な業務改善や業務向上を目指す諸活動を継続的に進めている。診療の質の向上に向け

て多職種が参加する症例検討会を行い、医療安全やリハビリテーションなどに関する臨床指標を収集してベンチマークを行っている。医療サービスや業務の質の向上を図ることを目的に院内8ヶ所に意見箱を設け、併せて患者満足度調査を実施して課題の検討や対応に努めている。新たな診療方法とリハビリテーション技術の導入、臨床研究を行っており、リハビリテーションロボットなどの研究では、藤田医科大学医学研究倫理委員会での審査を受け、臨床応用は院内の臨床倫理委員会で検討する手順である。

病棟ナースステーション前に責任者として医師、看護長および専従療法士を明示しており、外来も同様である。また、患者のベッドサイドには主治医および各担当スタッフを明示している。診療記録は電子カルテ運用であり、医師、看護師、療法士等の記録を一元化し、多職種による情報共有を図っている。医師は毎日回診を行い、その結果を記録しており、病院長が評価項目に基づく診療記録の質的点検を行い、医局会においてその結果を各々の医師にフィードバックしている。医師や看護師、介護福祉士、各療法士、管理栄養士、薬剤師、社会福祉士、歯科衛生士が患者情報の共有を図り診療・ケアにあたっている。また、多職種で患者目標やチーム目標の協議を行い、各々が責任をもってチームの一員としてチームアプローチを展開している。

5. 医療安全

多職種で構成する安全管理委員会を組織し、安全管理室に看護長を医療安全管理者として配置しており、実務は各部署のセーフティマネージャーが担っている。インシデント・アクシデントレポートは、電子媒体により収集し、迅速に関係各部署の責任者や医療安全管理者に報告している。医療事故等への対応はマニュアルに定めており、事故後の報告基準・手順により医療安全管理者および医療の質・事故対策委員会に速やかに報告を行う仕組みである。

患者の誤認防止は2識別子で行うルールで、リストバンドと併せた確認を行い、注射の実施や放射線科の撮影時にはバーコード認証を行っている。医師からの指示出し、看護師の指示受けと実施は電子カルテ上に示され、口頭指示は、看護師が口頭指示カードを用いて記載し復唱する手順である。医薬品安全管理責任者の主導のもと、薬剤安全使用に関する職員への教育・研修を実施し、電子カルテ上では薬剤の併用禁忌、重複投与、アレルギーなどのリスク回避対策を講じている。転倒・転落防止対策は、リスク評価に応じた個別対策を立案のうえ2週間ごとに評価修正を行い、病棟内で統一したケアが行われるようカンファレンス等で周知している。医療機器は、臨床検査科内で一元管理しており、医療機器安全管理責任者による点検を行っている。院内緊急コードとして「コードブルー」と「ペイシャントコール」「院内暴力」を設定し、様々な状況を想定した患者等の急変時のリスクシミュレーション研修を年3回実施しており適切である。

6. 医療関連感染制御

感染制御医（ICD）を委員長とする多職種構成の感染防止委員会があり、その下部組織に感染対策チームと新型コロナウイルス対策会議を設けている。後者は新型コロナウイルス感染症に特化した活動を担い、感染対策チームとの連携のもとで感染対策を行っている。さらに、感染制御看護師の主導のもとでワーキンググループが各々の病棟の感染対策の実務部隊として活動している。院内の感染状況は、感染防止委員会で分析と検討を行い、その周知に努めている。また、微生物サーベイランスに取り組むとともに院内における医療関連感染の発生状況を把握しており、分析およびフィードバックも的確である。また感染対策向上加算3を算定し、加算1の藤田医科大学本院および三重中央医療センターと連携し、地域の感染情報を収集・活用している。医療関連感染を制御する活動では、多職種で構成したリンクスタッフによるラウンドを定期的実施して標準予防策の遵守状況の確認を行い、その結果を現場にフィードバックしている。抗菌薬の適正使用に関する指針を策定して感染部位特定および起炎菌培養を実施し、適正な抗菌薬使用を行っており、抗MRSA薬などの特定抗菌薬は届け出制としている。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けた病院情報の発信として、ホームページや病院案内、入院案内、リーフレット、広報誌等の多彩なツールを活用しており、ホームページの更新は医療情報システム部が担当し、広報誌は広報委員会が企画・編集を担っている。地域連携部が地域の急性期病院との前方支援と介護施設や在宅療養の後方支援に努め、紹介患者の地域別件数や急性期病院への訪問件数、退院支援に関する相談内容の内訳などのデータ分析を長期にわたり続けて活用している。また、地域住民の健康増進と介護予防を目的に市民公開講座や地域講演会、出前講演会などを実施している。2021年からは津市との包括連携協定による年間30回の「藤田七栗どこでもまちかど保健室」を開設し、地域住民と病院をオンラインで結び市民からの健康相談に即時即応するなど、地域活動にIT化を活かしている。また、リハビリテーション医療や緩和ケア医療を活かした地域活動として医療従事者を対象とするリハビリテーションセミナーや緩和ケアセミナー、津地区医療福祉研究会など多種多様な地域医療活動を主催・共催しており、医育機関としての病院機能や専門性を活かした教育・啓発活動を実践していることは高く評価したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

リハビリテーション科、緩和ケア・外科、内科、歯科の4診療科目を標榜し、外来受診に必要な診療情報は病院案内やホームページ、院内掲示等で周知している。診断的検査では、目的や必要性とリスクに関する患者への説明を行い、書面による同意を得ている。入院は多職種で構成する入院判定会議でその可否を検討している。入院診療計画書は、患者の心身機能や合併症およびリスクをカンファレンス等で共有し、患者・家族の希望や意向を反映して作成している。リハビリテーションプログラムは、入院当日に多職種で初回カンファレンスを行って作成し開始してお

り、その後の評価による見直しや患者・家族の要望の把握と反映、多職種の協働による日常生活動作の評価などが行われており評価できる。医療相談は、家族の介護力や経済的問題、家屋環境、復職支援など多岐にわたるが、内容に応じて専門職に引き継ぐ仕組みがある。

医師は、毎日の回診で患者の状態把握とリスク管理および服薬管理を行い、リハビリテーション指示をしてその実施状況を確認している。看護・介護職は、業務基準と職位基準を明文化し、役割分担を明確にしたうえで日常業務を行っている。投薬や注射は、医師から必要性和リスクの説明を行い、投薬前には患者名や薬剤名、用量、用法、時間と使用目的を確認している。栄養管理と食事支援は、入院時に全患者に栄養スクリーニングとアセスメントを実施して栄養計画を立案している。理学療法は、入院当日の初期評価やリスク評価を基に医師を中心とする多職種協議による予後予測を行い、目標設定と理学療法プログラムを作成して計画に沿った系統的な訓練を実施している。作業療法も理学療法と同様に、入院当日に初期評価とリスク評価を行い、高次脳機能障害患者に対し、理学療法士および言語聴覚士と協働した評価・訓練を行っている。言語聴覚療法も同様にカンファレンスでの評価に基づき、言語聴覚療法プログラムを作成し、失語症や構音機能などの言語機能評価と訓練を行い、高次脳機能障害に対しては作業療法と協力した評価と訓練を行っている。

＜副機能：緩和ケア病院＞

専門的な資格を有し、臨床経験も豊富な医師と看護師を中心に、社会福祉士や療法士、管理栄養士、薬剤師等の多職種スタッフが良好なチームワークの下に適切に連携して、様々な課題にチームとして対応し、円滑な病棟運営を行っている。急な入院相談の要請に対しても当日に対応し、入院の希望があれば一般病棟を活用して柔軟に患者を受け入れ、高い病床稼働率を維持して地域の緩和ケアを支えている。入院早期に入院診療計画書を用いた患者・家族への説明を行い同意が得られている。身体拘束に関しては基本的に行わない方針としており、実施する際は切迫性等の要件を確認し、家族に説明のうえ同意を得ている。終末期患者に対して治療の差し控えを盲目的に行うことなく、可能な加療について検討を行い、積極的な栄養管理を推進するという方針を尊重している点が特徴的である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、常勤薬剤師7名が調剤や薬品管理に従事しており、処方鑑査、疑義照会、注射薬の調製・混合など薬剤業務全般への取り組みは適切である。臨床検査機能は、臨床検査技師3名が検体および生理機能検査に対応し、パニック値の報告体制や精度管理も適切である。画像診断機能では、診療放射線技師3名を配置し、画像診断時の誤認防止および読影体制も確立している。栄養管理機能は食養課が担当し、調理室の衛生管理や従事者の健康管理を適切に行い、医師の指示のもとに摂取カロリーに配慮したコンパクト食も提供している。リハビリテーション機能は、リハビリテーション訓練の可視化や機能予後予測を用いたリハビリテーションに取り組んでおり、高く評価できる。診療情報管理機能は、診療情報管理士を配置

して電子カルテシステムの運用による患者 ID による診療情報の一元的管理に努め、量的点検にも対応している。医療機器は、一元管理のうえ医療機器安全管理責任者による定期点検を実施し、記録に残している。洗浄・滅菌管理は、化学的・生物学的インジケーターによる滅菌効果の確認を行い、滅菌済み機材の管理状況も適切である。病理診断検査は外部委託であり、外来受診時に医師から患者・家族に説明を行う体制である。輸血・血液管理機能は、輸血業務全般を管理する輸血療法委員会委員長の医師の管理下で、臨床検査・輸血課が担当している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算の編成および執行状況管理、財務諸表や経営資料の作成・分析、活用ともに適切である。医事業務ではレセプトの作成・点検に全ての医師が関与し、施設基準の遵守は関係部署と協働して月次データを管理しており、未収金管理も適切である。委託業務の管理は、委託業務の実施状況や業務の適正化、効率化などを含めて総務課が対応している。

施設・設備管理は、年間保守計画に基づいて定期点検や法定点検、日常点検を行い、故障・不具合時の緊急対応体制も明確である。購買管理は、各部署からの要請を基に薬事診療材料・機器委員会で同種同効比較、一増一減を原則として検討のうえ稟議により調達する仕組みである。

災害時の対応は、消防計画や防災マニュアルを策定し、緊急時の責任体制や役割・行動を明確にし、消防計画に基づく防災訓練を実施している。また、事業継続計画等を整備し、病院立地地域のハザードマップによる災害想定に伴う対策を講じている。保安業務は業務委託ではなく病院職員が協力して対応しており、休日の日直業務も行っている。また、事務職員と施設職員が協働して施設・設備の管理に24時間体制で対応していることは、病院の危機管理や休日の入院費支払い応需など患者・家族へのサービス面からも高く評価したい。

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	S
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	S
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	A
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	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	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	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	S
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	A
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	S
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	S
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	S
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

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	S
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	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	
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	S
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	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	S

機能種別：緩和ケア病院（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	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・処置を確実・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	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	症状などの緩和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	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	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	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

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： 藤田医科大学七栗記念病院

I-1-2 機能種別： リハビリテーション病院、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 三重県津市大鳥町424番地1

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	177	177	+0	92.7	50.7
療養病床	41	41	+0	98.6	80.9
医療保険適用	41	41	+0	98.6	80.9
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	218	218	+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	150	+0
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	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

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： 0 人 2年目： 0 人 歯科： 0 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
1日あたり外来患者数	39.09	40.56	44.62	96.38	90.90
1日あたり外来初診患者数	4.54	4.75	4.61	95.58	103.04
新患率	11.60	11.72	10.34		
1日あたり入院患者数	208.22	206.43	204.03	100.87	101.18
1日あたり新入院患者数	3.72	3.70	3.66	100.54	101.09