

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」及び副機能種別「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5月30日～5月31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	慢性期病院	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 慢性期病院
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

貴院は長きに渡り地域医療に貢献され、急性期病院の後方支援、グループ施設の医療・療養支援の役割を担っている。グループは、社会福祉法人などを含めると特養や介護老人保健施設、グループホームなど数多くの施設を有し、各施設の医療・療養面をサポートして病院の機能を活かされている。また、回復期リハビリテーション病棟もあり、リハビリ機能にも注力されている。

この度は、更新受審にあたり院長を中心に幹部職員が組織をリードし、各評価項目に実直に取り組まれている姿勢が窺える。前回受審から幹部職員も含め人事面の変動があり、現在は組織体制の充実と並行して機能向上のための各課題にチームで取り組もうとしている段階である。各部門・部署の機能は、手順など基本的事項は整備されていることから、その活用と効率的・効果的運営への組織力の発揮に期待したい。人員体制の充実と共に、課題も一歩ずつ解消に向かい、病院機能の向上に伴って急性期病院や介護・福祉領域へのバックアップの役割が十分に担える病院へと発展されることを祈念している。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、病院案内やホームページなどに掲載され、院内外への周知を図っている。幹部職員の業務姿勢は評価でき、今後は将来進むべき方向を示し、労働意欲を高める全病院的な組織活動へと職員を導かれない。幹部会を中心に組織を

編成しており、必要な委員会活動も確認でき、会議・委員会の構成も適切である。電子カルテを稼働させ、部門システムも活用していることから、今後は情報管理において院内の全てのシステムを視野に入れた管理・活用を視点に持たれたい。文書取り扱い規程を整備し、院内文書の一元管理の体制は構築され、規程などの改訂も承認の仕組みが確立され適切である。

人員体制は、法的に必要な職種は満たされているが、業務や労務実態から医師や看護・介護職などの充実は継続して努力されたい。また、就業規則など基本的な規程類は整備され、労働基準法など関係法令を遵守する内容である。職員の安全衛生面は、健診や予防接種の対応は良好であり、精神的サポート体制や労災対応も問題なく、適切に管理されている。職員の意見・要望を把握する仕組みについては、さらなる工夫を期待したい。全職員対象の院内研修は、全体研修と学研 e ラーニングの 2 本柱で実施している。全体研修は、医療安全や感染制御、身体抑制などが行われている。学研 e ラーニングは、各職員で聴講する仕組みであり、聴講の実態を確認することが必要である。院外研修も行われているが、多職種の参加奨励を期待したい。図書は実態に応じた管理体制である。能力評価は目標管理がリハビリ部門や看護部門で行われている段階である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、種々の媒体を通して周知されている。説明・同意は、電子カルテで確認でき同席ルールも明確であり、看護記録に反応等を記載している。入院時にネームバンドの着用などを依頼し、重要な説明時は、高齢者の場合は必ず別に 1 名が参加するよう配慮され、診療情報の共有や医療参加を促す努力が払われている。

医療相談は地域連携室が担当しており、相談記録は電子カルテに記載し情報共有されている。地域連携室で対応した実績は年間で把握しているが、他部署での対応も含め状況が分かる実態把握の検討が望まれる。外来や病棟におけるプライバシーは配慮され、個人情報保護にも同様に良好に取り組まれている。臨床倫理の面では、臨床研究や発表への対応はおおむね良好であるが、現場で解決できない倫理的課題について、多職種カンファレンスでの検討を始めたところであり、病院として統一した見解を出す仕組みへと充実させている段階である。

立地的に公共交通機関の利用が難しい場所のため、本年より貴院と駅を往復する送迎車を運行し、タクシーの手配も整備されている。冷蔵庫などは、日常生活に支障ない整備がなされている。院内のバリアフリーは確保され、手摺りの設置や車椅子などの備品も整備されている。診察室やデイルームなどは狭隘感もなく良好なスペースであり、清潔・不潔の区別やリネン類の取り扱いも適切である。トイレの清潔性・安全性も問題ないが、機械浴の設置は患者・職員の視点からも検討を期待したい。敷地内禁煙であり禁煙表示も行われており、喫煙実態の把握や職員研修には 2018 年度から取り組んでいる。

4. 医療の質

意見箱は外来・病棟に設置し、対応内容も設置場所に掲示され、意見・要望には実直に対応されている。満足度調査は入院患者を対象とした実施と、外来患者への継続した実施を望みたい。カンファレンスによる多職種での情報共有は適切に行われているが、症例カンファレンスやデスカンファレンスなどの実施定着化が望まれる。患者サービス向上委員会の活動も見られるが、部門横断的な改善活動を継続的に行う組織体制の構築について期待したい。機器の新規導入や機器更新における院内研修は適切で、院外研修などにも参加されている。

診療・ケアの責任体制は明確であり、ナースステーション入口には病棟責任者やスタッフの氏名等が掲示されている。また、病棟責任者は毎朝各室をラウンドし、患者の状態や職員の業務状況を確認している。診療記録の記載はおおむね適切であるが、質的点検の定着とフィードバック体制の確立に取り組まれない。NST 委員会や褥瘡対策委員会などが開催され、専門チームとしても活動している。また、多職種参加のカンファレンスで情報共有し、チーム医療・ケアを実践されている。

5. 医療安全

医療安全の組織体制は、医療安全管理委員会がリスクマネジメントや医療機器安全管理などの委員会を統括し、各委員会の活動状況を一同に確認する仕組みである。各種マニュアルは整備され、医療安全管理者なども定められている。インシデント・アクシデントレポートの収集・分析が行われ、改善事例も確認でき、院外情報は委員会を通して周知されている。

患者・検体などの誤認防止策は、ネームバンド着用を促し、着用できない場合の手法も整えられているほか、同姓同名にも対応している。情報伝達エラー防止策は、医師の指示出し・指示受け、実施・確認は電子カルテ上で適切に行われ、やむを得ない場合の口頭指示も確実に対応され良好である。薬剤の安全使用への対策は、薬剤アレルギーや禁忌薬の記載ルールは遵守され、ハイリスク薬の管理も適切に行われている。転倒・転落防止策は、入院時の評価に基づき危険度に合わせてベッドネームにマークを付け、多職種で情報共有している。医療機器の管理は、保管部署で行っており、人工呼吸器や AED の管理・使用は問題ない。院内緊急コードが設置され、呼び出し方法も明示されているが、日中での対応であり、夜間は当直医と 2 病棟へ連絡する仕組みである。

6. 医療関連感染制御

感染マニュアルが整備され、種々の院内指針も作成されている。感染対策委員会の下部組織である ICT が実際の活動を担っており、院内の感染症情報の定期報告や院内研修などを行っている。院内サーベイランスを実施し、分離菌や耐性菌の状況を把握されているが、主要な医療関連感染の把握や感染部位の検討など、貴院の感染制御に活用する仕組みを構築されることを望みたい。

病棟では、手指消毒液の使用状況は把握され、個人防護用具は各病室の入口に設

置されている。感染性廃棄物やリネン類の取り扱いも良好である。抗菌薬は適正使用の指針を整備し、特殊な抗菌薬は届け出制を実施しているが、エンピリック・セラピーの届け出記載が多いため、培養結果に基づく検体の種類などを記載した届け出用紙の書式やマニュアルの見直しを検討されたい。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌は年3回発行し、関係機関などに配布されている。ホームページの更新も行われ、情報発信の姿勢は評価できるが、診療実績の内容や臨床指標の掲載も検討されたい。地域連携室が県の地域医療構想や市の保健・福祉の冊子を取り寄せ、人口動態などを把握している。関係機関や施設の要望なども把握し、関係会議に具申されるなど、地域ニーズ把握の取り組み姿勢は、おおむね良好である。健診は特定健診や企業健診が行われ、脳ドックも2018年より対応している。院内の健康教室は開催されていないが、院外でのイベントなどに各職種を派遣し、在宅療養支援の説明会も実施されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療科目や診療時間などの必要な情報は掲示され、初診や紹介患者の受け入れもスムーズに行われており、待ち時間への配慮も窺われる。外来では問診等で情報収集を行っている。侵襲的検査は、内視鏡検査や造影CT検査等があり、説明・同意が行われ造影時は医師が立ち会い安全性にも配慮している。入院の決定は、地域連携室の担当者の情報をもとに、多職種で構成された入院判定会議で検討されている。入院時に病状や患者・家族の要望を踏まえ、多職種で診療計画書を作成している。入院診療計画書を基に多職種が評価しケア計画書を作成しているが、看護計画への反映の充実に望みたい。医療相談は、地域連携室や病棟責任者が受けており、多様な相談に応ずる体制が構築されている。入院時には受付やMSW、病棟看護師などの各部署がそれぞれの役割を担って必要な説明がされている。

医師はほぼ毎日回診を行い記録され、病状変化時の説明・同意も良好に行われている。また、カンファレンスで情報共有し、主治医不在時の対応も適切である。看護・介護職の業務内容は明確に定められ、心理面などのニーズも把握し業務連携は良好である。療養病棟で病状が変わらなくても主治医の判断で血液検査や画像検査を行い、高齢者総合機能訓練評価を開始したところである。全患者の薬歴管理を行い、重複投与や禁忌疾患の確認も行われている。

輸血は適正使用指針に従って実施され、観察・記録も問題ないが、感染症検査については取り組みを期待したい。重症患者の管理は適切に行われ、家族へのケアも評価できる。褥瘡は、入院時に評価を行い対象の場合は看護計画を作成している。対策は多職種によるチームで取組みられ、皮膚科医などのコンサルテーションも受け、予防・治療に努めている。栄養管理は、全患者に対し栄養管理計画書を作成し、栄養状態や摂食・嚥下機能の評価も行われ、患者の状態に応じて食形態や食器の工夫などを行っている。

医療療養病棟でもリハビリ療法士が介入し、廃用維持に努めている。評価に基づき実施計画書を作成し、摂食機能療法や口腔ケアも行われ、認知症や排泄・移動に関したチーム活動へと充実されるとさらに評価できる。療養生活において、病室は日常生活の自立度などに配慮のうえ決定し、季節行事も行われている。身体抑制は、評価に基づき実施しているが、観察記録の充実が望まれ、観察ツールの工夫も期待したい。入院時に退院の意向を確認し、多職種で退院を支援する仕組みは確立している。在宅復帰や施設入所などにおいて、関係機関への情報提供が行われ、退院後の療養継続や在宅療養への支援は良好に行われている。

<副機能：リハビリテーション病院>

紹介患者の受け入れは良好であり、待ち時間なく医師の診察を受けている。外来は退院後のリハビリテーション継続目的の患者が主であり、漫然と外来リハビリテーションが行われない仕組みが確立している。嚥下造影などの侵襲的検査は、説明・同意は行われているが、患者の状態確認や記録については検討されたい。入院決定の手順は定められており、入院判定基準も明文化され受け入れ可否の検討も行われている。入院時に多職種により機能評価が行われ、リハビリテーション総合実施計画書が作成されており、患者の状況変化に応じ適宜見直しも行われている。多様な相談は、地域連携室が対応し情報共有も図っている。

医師は、週1回多職種での回診を行い、リハビリテーションチームのリーダーシップを発揮している。看護・介護職は、役割分担は明確でありリハビリテーションの視点でケアを実践されている。投薬・注射は、薬剤の1包化や注射薬の1施用毎の取り揃えなどで安全・確実に実施され、褥瘡対策も評価・計画に基づき予防・治療が適切に行われている。言語聴覚士が摂食・嚥下機能の評価を行い、食形態は多職種で検討のうえ工夫されている。症状緩和は方針や基準を明確にし、失語症や自発性低下の患者などにも多職種での検討を望みたい。理学療法や作業療法、言語聴覚療法は、実施手順・マニュアルを定め、チームによる総合実施計画書と職種ごとの計画書を作成し、安全・確実なリハビリテーション療法を実施している。生活機能は、ADLカンファレンスで詳細に検討され、ADL拡大に向けたケアを実践している。身体抑制は、転倒防止を目的とした離床センサーの使用がほとんどであり、人権への配慮もなされている。退院後の生活のために多職種が関わり、地域の社会資源とも十分に連携を図り、適切に取り組まれている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理については、夜間・休日の対応は定められ、処方鑑査や疑義照会、持参薬の管理、医薬品の保管・管理も良好である。医薬品の採用・削除は薬事審議会で検討され、毎月DIニュースとして情報発信されている。注射薬は1施用ごとに取り揃えられ、看護師が調製・混合を行い必要な情報を提供しており、今後は薬剤師の病棟への関与を充実されたい。臨床検査は、内部検査も一部行っているが、規模に応じた体制であり、機器類も支障なく稼働している。内部・外部精度管理も行

い、生理検査は看護師が担当している。画像診断は、造影検査も含め安全に撮影が実施されている。遠隔画像診断を導入して読影体制を整え、緊急時にも対応し適切に機能を発揮している。栄養管理では、調理室はドライ仕様であり、防虫対策も講じられている。食材検収から配膳までのプロセスにおける衛生面は良好であり、個別対応や選択メニューの実施で患者特性に応じた食事を提供し、美味しい食事提供に努力されている。

リハビリテーションは、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士がそれぞれの業務を担当し、評価に基づく実施計画書に則り廃用維持や機能回復に取り組まれている。また、多職種によるカンファレンスで情報共有し、主治医との連携も良好である。2018年4月から抄読会に代わり症例検討会を開始し、質向上への努力も窺われる。診療情報管理は、医事課所属の診療情報管理士が兼務で業務を行い、電子カルテは、同意書も全てスキャンして取り込み、全ての診療情報は電子カルテで確認できる。医療機器管理は、委員会を毎月開催し故障機器やマニュアル改訂、保守点検の計画などが検討され、機器の配置状況も一元管理している。洗浄・滅菌は、中央材料室が全て担当している。病棟での回収や既滅菌物の配布も行い、期限切れも確認し評価できるが、対象器材の定数管理については検討を望みたい。

病理診断機能は全て外部委託され、検体の取り扱いは適切であり、診断結果は電子カルテで確認できる。輸血・血液管理機能は、実施体制は確立し責任者も明確であり、発注・保管・供給は適切に対応されている。

10. 組織・施設の管理

予算は前年度の実績などを基に作成しているが、年次事業計画との整合や職員の意見・要望も確認する仕組みを充実されたい。窓口収納は良好に行われ、レセプト作成には医師も関与し、返戻・査定も把握・検討されている。未収金管理も問題なく、医事業務は適切に行われている。業務委託については、業務評価や実態確認を行う仕組みや、委託業務従事者が院内研修に参加することも検討されたい。

施設・設備の点検・保守は行われているが、年間計画に則り対応するよう検討されたい。清掃や廃棄物の処理は良好であり、医療ガスの管理も適切である。物品管理の面では、医薬品や給食材料以外は、各部署から総務課に必要数を依頼し、総務課が発注・検収を行い、各部署に払い出す仕組みである。新規採用の手順も確立し、ディスプレイ製品の再利用は認めておらず適切である。防災マニュアルを整備し、災害発生時のフローチャートや緊急連絡網を定め、災害時の対応体制は確立している。停電時は自家発電装置が稼働し、食料は3日分を備蓄している。医療事故発生時の対応手順は定められ、組織体制は確立している。

11. 臨床研修、学生実習

リハビリ療法士や歯科衛生士の養成校から実習を受け入れており、臨床実習指導マニュアルにおいて、遵守事項を定め受け入れ体制を明確にされている。実習内容や評価などは良好に対応し、養成校との連携も適切に取り組まれている。

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	B
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	B
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	B
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	B
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病院の方針を決定している	B

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	B
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

1.4 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	B
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	医療サービス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	B
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	B
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	B
1.6.4	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	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	B
2.1.7	医療機器を安全に使用している	B
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	B
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	B
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	B
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	診療計画と連携したケア計画を作成している	B
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	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	B
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	B
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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	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	B
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	B
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	B
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	文書を一元的に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	B
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	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	B
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	B
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	A
4.6.2	保安業務を適切に行っている	B
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

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	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	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	A
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	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	B
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	安全確保のための身体抑制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

年間データ取得期間： 2016 年 4 月 1 日 ～ 2017 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 1 月 31 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 春風会 田上記念病院
 I-1-2 機能種別：慢性期病院、リハビリテーション病院(副機能)
 I-1-3 開設者：医療法人
 I-1-4 所在地：鹿児島県鹿児島市西別府町1799

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	0				
療養病床	199	159	-51	79.3	155.7
医療保険適用	150	110	-40	75.3	117.5
介護保険適用	49	49	-11	86.7	323.2
精神病床	0				
結核病床	0				
感染症病床	0				
総数	199	159	-51		

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	0	
集中治療管理室 (ICU)	0	
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	0	
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	0	
人工透析	0	
小児入院医療管理料病床	0	
回復期リハビリテーション病床	30	+0
地域包括ケア病床	0	
特殊疾患入院医療管理料病床	0	
特殊疾患病床	0	
緩和ケア病床	0	
精神科隔離室	0	
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	0	
認知症治療病床	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%	
	年度(西暦)			昨年度	2年前
	2016	2015	2014	2016	2015
1日あたり外来患者数	27.41	38.41	36.63	71.36	104.86
1日あたり外来初診患者数	1.11	0.64	0.58	173.44	110.34
新患率	4.04	1.66	1.59		
1日あたり入院患者数	112.34	103.91	189.38	108.11	54.87
1日あたり新入院患者数	0.68	0.54	0.88	125.93	61.36