

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「精神科病院」及び副機能種別「リハビリテーション病院」・「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7月24日～7月25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	精神科病院	認定
機能種別	リハビリテーション病院（副）	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 精神科病院
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。
- ・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、「キリスト教精神にもとづき、病める者の肉体的、精神的、社会的、さらに霊的ないやしを含めた全人医療の実践をとおして、主の栄光のために奉仕する。」ことを理念として掲げ、病院、クリニック、老人保健施設、グループホームなどの在宅支援や自立支援、そして離島への精神科巡回診療を展開する社会医療法人である。精神科を中心に、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟で構成され、精神科領域から身体領域まで幅広く対応できる体制を整備している。病院機能評価の初回の認定を受けて以来、更新を重ねて医療の質の向上に努めてきたところである。

今回の更新においても新たな課題を明確にされ、法人の理念実現と地域医療へのさらなる貢献を祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本は明文化され広く周知されている。理念に基づいて長期計画が策定さ

れ、年度の事業計画において具体化されている。運営会議と幹部会を中心に、病院組織が構成され、必要な委員会が活発に活動している。目標管理の手法を活用して事業運営が効率的に行われている。情報管理・活用の方針は明確で、文書管理の体制も整備されている。

人事・労務管理に必要な規定は整備され、採用計画に基づいて、人材の確保に取り組んでいる。衛生委員会が機能して働きやすい職場環境の整備に努めている。

職員の教育・研修については、教育委員会を中心に医療安全や感染制御などの必須研修のほか、医療倫理や個人情報保護、虐待防止やハラスメントなど幅広いテーマに取り組んでいる。職員の能力評価・能力開発については目標管理システムを導入し活用している。看護師やセラピスト、精神保健福祉士など、多くの大学や専門施設より学生実習を受け入れ、医療専門職の育成に貢献している。

3. 患者中心の医療

患者の権利擁護に関する病院方針は明文化され、ホームページや院内掲示などで周知されている。説明と同意についての方針は明確で、様々な場面で実践されている。医療への患者参加についての姿勢も明確で、入院後のカンファレンスなどへの患者・家族の参加が積極的に行われている。患者・家族からの相談に対応する窓口が常設され、医療相談科・地域医療連携室に配置された精神保健福祉士、社会福祉士、看護師が様々な相談に対応している。個人情報の保護に関する規程は整備され、定期的な研修を通して職員に周知されている。臨床で生じる倫理的な課題や患者・家族が抱えている倫理的な問題について、倫理コンサルテーションチームで検討し、解決困難な事例は倫理委員会で検討する仕組みが機能している。

病院へのアクセスは良好で、駐車場も整備されている。院内は清掃が行き届き、診療・ケアに必要なスペースが確保されている。全館禁煙であり、禁煙推進委員会が活動している。

4. 医療の質

各部署での業務改善活動は、幹部会議に報告され、他部署に示されている。各部門を横断する全体的な業務改善活動の体制整備を期待したい。カンファレンスや事例検討などでは、医師だけでなく多職種による検討が継続されている。意見箱や患者満足度調査などから患者・家族の意見や要望を収集し、サービスの質向上に活用している。新たな診療・治療法の導入は、診療会議で検討される体制が整備されており、薬剤の適応外使用の審査・承認手順は明確にされている。

外来や病棟における診療・ケアの責任体制は明確である。診療記録については、電子カルテが導入され、適切な記載に努めている。診療記録の質的な点検の実施を期待したい。病棟においては、多職種によるカンファレンスが積極的に行われ、事例検討会も毎週実施されている。

5. 医療安全

医療安全に向けた体制としては、医療安全管理委員会と医療安全管理室が整備さ

れ、専従のリスクマネージャーが組織横断的に活動している。インシデント報告管理システムを積極的に活用して、情報の収集から分析、改善提案などが行われているほか、情報共有も行っている。事故発生時の対応手順は医療安全管理マニュアルに「重大事故発生時の対応」として定められている。

患者誤認防止マニュアルを整備し、ダブルチェックや患者本人による氏名・生年月日の名乗りを徹底している。電子カルテでの情報伝達システムに従って、医師の指示・処方の確認・実施が適切に行われている。麻薬・劇薬・毒薬・ハイリスク薬は、それぞれ適切に管理・保管されている。転倒・転落の防止については、入院時に転倒・転落アセスメントシートを用いて評価を行い、看護計画を立案し実践している。医療機器の管理や使用に関する点検や訓練は適切である。患者の急変時の対応体制も整備されている。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会が組織され、感染対策室に専従の感染管理認定看護師が配置されている。地域総合病院を中心とする地域連携体制への積極的な参画がなされ、評価できる。院内での感染症の発生状況は、イントラネットおよび文書にて感染管理担当に報告され、毎月の感染対策委員会にて検討されている。アウトブレイクの判断基準、対応手順も明確にされている。ICT ラウンドおよびリンクナース会にて各部署での感染防止活動の評価・指導を実施している。

感染予防策が必要な患者が発生した際は、必ず感染管理認定看護師に連絡が入り、速やかに対応できる体制が構築されている。ICT が毎週ラウンドを実施し、病棟内の環境や感染性廃棄物・汚染リネン等を確認して指導を行っている。抗菌薬使用マニュアルが整備されている。特別な抗菌薬は届出制とされている。抗菌薬使用時に、起炎菌の同定および感受性パターンの把握を期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信では、ホームページのほかに広報誌を年4回発行しており、ホームページにもバックナンバーとともに掲載している。広報誌には病院の医療サービスの紹介だけではなく、多岐にわたる病院の活動や地域との連携の様子が紹介されており優れている。地域医療連携室が中心となって、地域の医療関連施設の状況を把握し、積極的な連携活動を展開している。連携担当者は地域のクリニックに継続的に訪問して顔の見える連携関係を構築している。また、離島の精神科診療に取り組んでおり、定期的に精神科医師やスタッフを派遣しているなど高く評価できる。地域貢献委員会を立ち上げ、地域の健康増進に寄与する活動を行っている。地域の「まちづくり協議会」に参加し、健康相談やクリーン活動、応急処置訓練などの活動を展開しており評価できる。

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に案内され、紹介や問い合わせ、受診相談などは医療相談室が窓口となって対応している。問診票記入や相談員との面接によって

外来診療に必要な情報が収集されている。検体検査、生理検査、画像診断検査体制が診療機能に見合って整備されている。任意入院、医療保護入院、措置入院など精神保健福祉法に則り適切な診断と管理が行われている。入院時には多職種が関与して入院診療計画書が作成される。患者・家族からの相談や入院中の処遇などは適切に行われている。

医師・看護師の病棟業務も回診や巡回、情報共有などが適切に行われている。投薬・注射は安全・確実に実施されているが、服薬指導のさらなる取り組みを期待したい。血液製剤の管理を含め、輸血療法に関する規程が適切に整備されている。入院時・転棟時・病状変化時等に DESIGN-R を用いて褥瘡評価・計画作成を行い、予防や治療が適切に実施されている。管理栄養士が栄養管理計画書を作成し、必要時にはミールラウンドを行っている。摂食・嚥下機能に問題のある場合は、言語聴覚士も関与している。

症状の緩和では、NRS やフェイススケールを用いて痛みの評価を行い、また、抗精神病薬による錐体外路症状の評価や対策を実施している。緩和ケア専門の看護師によるラウンドも行われている。病棟内に作業療法室が設置され、入院早期からのリハビリテーションが行われている。精神保健福祉法に基づいて隔離が行われているが、医師の診察や看護師の観察などは適切であり、最小化に向けて取り組んでいる。身体拘束は原則として行わない方針であるが、やむを得ず実施されることがある。その場合は、法に基づき安全に努めて、日々のカンファレンスで最小化に努めている。患者・家族を交えた多職種カンファレンスを定期的で開催し、退院時に必要な支援を検討している。必要な患者には、訪問看護やデイケア、グループホームや就労支援など、退院後の継続した診療・ケアの提供に取り組んでいる。ターミナルステージへの対応は適切である。

<副機能：回復期リハビリテーション病棟>

精神科を有するため精神疾患や認知症を有する患者の紹介も多く、回復期リハビリテーション病棟への転院依頼はなるべく断らない方針である。入院時に適切に診断・評価して診療計画を作成している。患者・家族からの医療相談に適切に対応している。医師は毎日回診を行い、患者の病状を把握して必要な対応を行っている。リハビリテーション実施計画書は医師が作成して患者に説明することを期待したい。看護・介護職は病棟業務を適切に行っている。抗菌薬の初回投与時に患者状態を確認することを期待したい。褥瘡に対して皮膚科医師による回診や褥瘡対策委員会によるラウンドを実施している。管理栄養士は栄養スクリーニングや栄養アセスメントを実施し、言語聴覚士・病棟看護師と連携して摂食・嚥下障害患者に対応している。身体的・精神的苦痛に適切に対応している。365 日リハビリテーションを提供し、患者 1 人の 1 日あたりの訓練単位数は平均 6.3 単位である。退院支援について、入院時から医師・看護師・療法士・相談員が参加してカンファレンスを実施しており、退院支援計画書を作成している。

＜副機能：緩和ケア病棟＞

精神疾患を有するがん緩和ケア患者の受け入れ病院として役割を発揮しており、地域にも認知されている。ホスピス緩和外来を行い、相談員が同席して緩和ケアの診療内容や今後の治療方針などを検討している。地域の連携する医療機関や訪問看護ステーションは、その特徴も含めて把握されており、顔の見える関係が築かれている。関係職種がケア計画を作成し、患者・家族の不安や要望を聞き取り、ケアに反映している点は評価できる。診療録に相談内容を記録し、情報を共有しており適切である。医師はスタッフ教育を含め、緩和ケア診療全般においてリーダーシップを発揮している。看護師が活動し、苦痛の評価、対応、各種カンファレンスの実施、療養生活の支援を含め、適切なケアが提供されている。多職種が協働して質の高い緩和ケアを提供している。特に、療養生活や QOL 向上、看取り時のケア、看取り後の遺族ケアは高く評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理・調剤業務に関するマニュアルが整備されている。処方鑑査、持参薬の鑑別と管理、注射薬の取り揃えや薬剤情報の発信など薬剤管理機能は適切に発揮されている。臨床検査業務マニュアルが整備され、検査結果は電子カルテにて迅速に報告されている。異常値、パニック値への対応手順は適切である。画像診断機能では、一般 X 線撮影、CT、MRI による画像診断が行われている。遠隔診断システムが導入され、至急依頼を含め、診断結果が迅速に報告されている。栄養管理部門では、クックチル方式を導入して効率性と安全性を確保し、適時・適温の食事提供が実施されている。リハビリテーション機能では、精神科病棟では各病棟にリハビリテーション室が整備され、多彩なプログラムが行われている。診療情報管理機能については、電子カルテによる診療情報の一元的な管理が実施され、点検も適切に行われている。医療機器の管理や洗浄・滅菌機能は病院の機能に見合って適切に行われている。輸血・血液管理機能では、指針やマニュアルに従って実施されている。精神科救急医療機能については、県の救急輪番に参加している。空床の確保、精神保健指定や看護師の配置など、適切に対応している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、事業計画と前年度実績などを踏まえた予算が策定され、財務諸表などの経営数値をもとに進捗状況を把握している。医事業務は、窓口収納、保険請求、施設基準の管理、未収金の管理などが手順に基づいて適切に行われている。委託業務はリネン、清掃、医療設備や医療ガスの保守点検などが主な業務である。業務の管理や評価、契約の見直しなどが適切に実施されている。

施設・設備の管理は、法人本部の施設課の所管で、日常点検と年次の保守管理が計画的に行われている。購買管理では、医薬品の購入に関しては薬事審議委員会で検討し、採用などが決定される。医療消耗品や一般消耗品は SPD を活用して購入や供給が行われている。

災害時等の危機管理では、リスクに対する対応体制としては、病院機能の存続計

画（BCP）を大規模災害だけではなく、新型の感染症などもリスクとして評価し、対応を検討して策定している。保安業務は委託しており、夜間・休日の体制も整備し、緊急時の対応体制も明確である。

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	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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	B
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	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	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	B
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 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：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	NA
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	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	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	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

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・処置を确实・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・注射を确实・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を确实・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	S

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	S

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： 2024 年 3 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人葦の会 オリーブ山病院

I-1-2 機能種別： 精神科病院、リハビリテーション病院(副機能)、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 沖縄県那覇市首里石嶺町4-356

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	127	127	+16	76	81
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	232	192	-40	78	151
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	359	319	-24		

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	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	53	+13
地域包括ケア病床	55	+5
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	19	-2
精神科隔離室	6	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	40	+0
精神療養病床	52	+0
認知症治療病床	0	-40

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
年度(西暦)					
1日あたり外来患者数	139.88	130.57	121.16	107.13	107.77
1日あたり外来初診患者数	4.44	3.39	2.28	130.97	148.68
新患率	3.17	2.60	1.88		
1日あたり入院患者数	258.43	276.58	291.91	93.44	94.75
1日あたり新入院患者数	2.98	2.89	3.26	103.11	88.65