

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「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 11 月 19 日～11 月 20 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	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 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、市民の施設として親しみを寄せられながら発展を遂げ、米子市中心部で地域医療を提供している。現在ではケアミックス病院として急性から慢性期、さらには在宅医療・予防医療における機能を発揮している。開設当初からの医療提供姿勢は変化しておらず、地域住民や医療関連施設からもそのことは十分認識されており、地域に必要不可欠な病院として存在している。

この度の病院機能評価では、病院長をはじめ幹部職員が中心となり業務の見直し等に取り組んできた状況が垣間見られた。審査結果の概要は以下に記載するが、高く評価できる取り組みが多くみられる一方、検討が望ましい課題も見られる。本報告書を参考に、自院の現況を再確認され、地域住民の健康増進に、継続的に寄与されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は明確であり、内容はわかりやすく、患者・家族や職員にも理解されている。また、病院内外への周知努力も見られる。幹部職員は各種委員会へ積極的に参加し、その力を発揮している。また、ケアミックス病院として体制を維持する将来構想を明示し、職員に分かりやすく課題を提示して、問題解決に向け日々リーダーシップを発揮している。病院運営の意思決定会議で決まった内容を職員に周知する仕組みが構築されている。また、法令に基づく委員会や病院運営に

必要な会議・委員会が開催されている。中期計画から年次事業計画を立案している他、部門・部署の目標を設定して、発表会を開催し評価の共有を図っている。情報管理は、電子カルテと各部署のシステムが連動し真正性・保存性・見読性が担保され、適切に運営されている。

人事・労務管理はおおむね適切である。全職員への教育・研修では、計画的に立案し確実に実施して、医療従事者として必要な教育を網羅するよう、取り組みの強化が望まれる。職員の能力評価や能力開発は、BSCを元に人事考課が機能し、適切に進められている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、ホームページ、院内掲示、入院案内で周知されている。患者の権利を擁護する体制は整備されている。説明と同意に関する方針と説明の範囲は明文化されており、診療・看護に必要な患者への説明、患者からの情報提供や安全確保の誤認防止への協力、セカンドオピニオンへの対応など、患者と医療者相互の必要な情報提供が適切に行われている。個人情報保護に関する規程は整備され、職員への周知も図られている。倫理委員会規程が整備され、委員会も定期的開催されて、倫理的課題に関する検討内容は倫理審査委員会審査一覧により管理されている。DNAR、宗教教義に基づく治療制限等の倫理的に問題となりやすい課題についての方針も明確化され、倫理的課題に取り組む組織的体制が構築されている。

患者・面会者の利便性では、院内に売店がある他、病院敷地内に売店も兼ねたコンビニエンスストアが設置され、入院生活への適切な配慮が行われている。院内はバリアフリーが確保され、高齢者、障害者に対する配慮も適切であり、車椅子や歩行器の使用を考慮して、移動しやすい廊下の広さ等が確保されている。院内の照明、空調、静寂等に配慮された患者の療養環境、診察・ケアに必要なスペースが確保されており適切である。

4. 医療の質

意見箱の設置や患者満足度調査を行い患者サービス向上委員会で検討し、経年的に適切に分析して、患者・家族の意見を聞き活用している。症例検討会は多数開催されている。地域連携クリニカル・パスの受け入れや計画作成が行われている。また、院内クリニカル・パスについても多数取り組み、質の向上に寄与している。今後は診療記録の質的点検による記載の充実や臨床指標に関して、経営指標だけではなく、自院独自の設定や全国的事業への参加の検討などが期待される。BSCの活用で、各部門や個人の医療サービスの質改善が図られている。また、今回の病院機能評価に向けて、全職員で改善への取り組みが進められ、病院内を活性化させているように見受けられた。理事長らによるサーベイラウンドも改善に利用されている。新たな診療・治療方法や技術の導入に向けた検討は組織的に行われ周知の上、導入されている。臨床研究に関する倫理的な手順は明文化されている。

各部署の管理・責任体制は明確化され、主治医不在時や緊急時の責任体制についても情報共有されている。看護師は各勤務帯で受け持ち患者への挨拶を遵守している。合同カンファレンスやNST、感染対策、緩和ケアチーム等の多職種での医療活動も適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全確保の方針は明確で、医療安全管理委員会が設置されており、定期的に委員会が開催され議事録も管理されて、適切な組織体制が構築されている。アクシデント・インシデントレポートが提出・集計され、医療安全管理委員会での報告体制、RCA等の分析手法を活用した再発防止対策のPDCAサイクルが機能しており適切である。

患者の誤認防止対策は「患者確認ルール」に明記され、ネームバンドの確認、名乗ってもらう、手術部位のマーキング、タイムアウト等の対策が遵守されている。医師の指示出し、実施の手順は明文化されているが、指示変更時の伝達方法が工夫されると、さらに充実する。薬剤の安全使用に向けた対策の実践では、現状の把握と再検討が望まれる。全入院患者を対象に転倒・転落アセスメント、リスク評価が実施されて、判定に応じた対策が行われ、医師への報告体制も適切である。医療機器は、医療機器安全管理責任者により定期的に点検が実施され管理されている。職員研修も計画的に開催されており適切である。

院内緊急コードが設置され緊急時召集システムが構築されており、緊急カートの点検・記録も実施されている。全職種を対象としたBLS研修も開催され、参加率向上に向けた取り組みも行われており適切である。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会が開催されている他、ICTによりチェックリストに基づくラウンドも実施されている。なお、委員会の参加者の検討や、ICTに参加する体制の充実が望まれる。感染対策マニュアルは作成され、必要に応じ追補・改訂されており、教育も適切に行われている。院内・院外の感染情報収集は担当者が明確であり、情報が適切に収集・提供されている。耐性菌の情報はICTで収集し検討している。抗菌薬の適正使用に関する指針は整備され、アンチバイオグラムが作成されている。一部の抗菌薬は届け出制となっており、抗菌薬の使用はおおむね適切であるが、届け出制以外の抗菌薬の使用状況についても医師にフィードバックされると、さらに良い。

アウトブレイクへの対応手順が定められている。経路別の感染情報の収集は一部行われ始めているが、さらに充実させることが期待される。JANISへ情報提供しているが、その結果を踏まえた検討はこれからであり、活用に期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページや広報誌を活用し、病院の機能や役割の広報を行っている。また、年報は内容が充実しており評価に値する。ホームページの更新も随時行うなど適切である。地域の医療機関や福祉施設との連携は、地域医療連携室に社会福祉士、看護師、事務職を配置して積極的に推進しており、病院長とともに関係施設へ出向き顔の見える連携を図り、病病連携や病診連携が適切に行われている。地域からの紹介患者を多数受け入れて、紹介元への情報提供が確実に行われている。また、逆紹介もおおむね適切に行われているが、今後は逆紹介内容を詳細に残すことが望ましい。

地域への健康増進活動では、地域住民を対象とする各種健康講座が開催されている。また、出前講座は講演内容が豊富であり、多数の会に出向いている。看護の日には、各種健康ブースの設置で多様な医療機器を活用し、好評である。米子西部地域での訪問看護事業者に特化した「質向上への研修会」は、多数の事業者が集まり有益な研修が開催されているなど、適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者への対応は、受付から会計までの手順、窓口業務規程が整備され適切に運営されている。熱発者やトリアージの必要な患者には受付看護師が適切に対応している。各科・各職種で情報共有し、診断治療、説明と同意、療養指導が行われている。地域の医療機関・福祉施設からの患者も円滑に受け入れている。必要な検査は、医師が判断し説明して同意を得ているが、検査中の観察の記載や同意書の充実について、検討が望ましい。自院で対応できない高度医療等については紹介先を案内している。外来では担当医が、医学的な判断に基づき入院を検討し説明して、同意を得て決定している。入院後多職種で診療計画書が作成され患者・家族に説明されて、クリニカル・パスも活用されている。医師はほぼ毎日回診し、病態を把握して、病棟スタッフと情報交換が行い、必要時には患者・家族との面談を行っている。看護方式にセル方式が導入されており、その取り組みは高く評価できる。薬剤師が服薬指導および薬歴管理を行い、1 施用ごとに注射薬を準備し、看護師が調製・混合、服薬時の確認を行っているが、病棟での薬剤師のさらなる関わりが望まれる。輸血は、マニュアルに沿った業務が実施されている。手術・麻酔に関して検討され、説明し同意が得られている。ナースステーションの近くに重症観察室が整備されており、重症度に応じてモニター等の機器が適切に使用され観察されている。入院時に全患者に対して、褥瘡専任看護師が褥瘡のリスク評価のうえ対策を立て、褥瘡ラウンド、スキンケア委員会で定期的に褥瘡予防・治療について検討している。栄養アセスメントも実施し、管理栄養士が積極的に介入している。がん患者を対象に「がん患者症状評価シート」を使用して、緩和ケア・乳がん看護認定看護師を中心にケアを実践している。リハビリテーション処方を主治医が出し、目標・注意事項・リスクなどの説明と同意がなされており、患者・家族の要望も聞き計画が立案されている。身体抑制中の観察、解除に向けた医師、看護師のカンファレンスも実施され記録されている。退院支援では、各部署に入退院支援看護師が配置さ

れ、退院支援計画書に基づき、多職種や外部の関連機関とカンファレンスを計画的に開催されている。医師、看護師など多職種が連携し、心理的ケアや療養環境に配慮している。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

慢性期医療、特に高齢機能障害者に対するリハビリテーション医療を提供するために、回復期リハビリテーション病棟を開設している。ほぼ専従に近いリハビリテーション学会認定の医師が配属され、全ての患者の主治医を務めている。整形外科系などの症例については、該当診療科の医師が副主治医を務めて、協働して対応する体制である。院内外からの入棟例は、医師・師長・療法技師長、相談員から構成される「入院審査会」で、判定基準に準じて速やかに判定され適切であるが、判定会に関する正式な規程や組織的な位置づけについて検討を期待したい。

配置された医師の指導のもとに、関連多職種スタッフが、それぞれの専門性を発揮し、協働して質の高いリハビリテーションの提供に努めていることは評価される。特に、退院支援看護師をほぼ専従として病棟に配置し、入院時から退院後に向けた取り組みを行っていること、介護職が看護職と協力して日常の生活指導に積極的に取り組んでいることなどは、高く評価される。今後はさらに、完全な 365 日体制の確立など、一層の発展が期待される。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査・疑義照会・調剤鑑査のうえ、注射薬は 1 施用ごとに払い出されており、持参薬は鑑別し使用されている。薬事委員会にて薬剤の採用・中止の検討を行い、薬剤師は、院内すべての薬剤管理に、適切に関わっている。臨床検査は、必要な検査機能が確保され、異常値などへの対応や精度管理も実施されており、病院機能に見合った必要な機能が適切に確保されている。画像診断機能は、放射線科医を配置しモバイル端末で 24 時間対応が行える体制であり、待機期間なく夜間・休日もオンコールで対応し、画像診断機能は適切である。栄養管理機能は、管理栄養士が配置され、調理業務は委託で対応されている。清潔・不潔の区分も明確でマニュアルに沿った業務が適切に行われている。リハビリテーション機能は、主治医のリハビリテーション処方に沿って、各療法士と看護師が情報を共有し、計画の作成・実施を行っている。診療情報管理機能は、電子カルテの活用でおおむね適切に機能している。医療機器管理機能は、医療機器の一元管理が行われており、日常的な外観点検、作動点検、定期点検も計画的に実施され、おおむね適切である。洗浄・滅菌機能は、一次洗浄が中央化され、滅菌の質保証は担保されており、中央材料室の搬入・払い出しはワンウェイ経路であり、既滅菌物の保管・管理も行われ、おおむね適切である。

病理診断機能は、外部委託で対応され報告書の保存管理手順も明確であり、報告漏れが発生しない仕組みがあり適切である。輸血・血液管理機能は、輸血製剤の在庫はなく、必要に応じ発注をかけ迅速に供給され、輸血に関わる記録は適切に保存されている。また、廃棄低減への努力が行われ廃棄は皆無である。手術・麻酔機能

は、タイムアウトが行われ、麻酔覚醒時の帰室の基準や同伴に関しても適切である。救急医療機能は、地域の病院として二次救急を担い、独立した救急診察室を設置している。搬入依頼患者に関しては、断らずに受け入れる方針であり、現状や病院の機能・規模に照らし適切である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算書の作成や上申、最終決定、経営状況の分析などが適切に行われている。医事業務は、受付から会計までの手順が定められ適切に運営されている。レセプトの点検・返礼・査定では医局会に上申し積極的に検討を行っている。収納業務はおおむね適切であり、未収金も少額に推移している。施設基準の遵守はチェックシートの活用で適正に対応している。外部委託の是非や委託業者については業者選定・見積もりを行い、質を重視し意思決定会議で検討後導入するなど、適切である。NST 委員会や SPD 特別委員会と連携し、実施状況の把握や担当部署との意見交換を行っている。

施設・設備の管理は、年間計画に基づき適切に保守点検が行われている。院内は清潔に管理され、清掃業務も適切である。感染性廃棄物最終保管庫も適正に運用されている。物品管理は、SPD の運用で医療材料等の商品を適切に供給している。

防火訓練は定期的に実施されており、緊急連絡網の整備なども適切である。また、大規模災害の発生時のマニュアルも整備し適切である。夜間の保安体制は外部委託で運営されている。

11. 臨床研修、学生実習

医学生・看護師・理学療法士・作業療法士・臨床工学技士の学生を受け入れている。各学校からのカリキュラムに沿った実習を行い、評価を行っている。また、患者の個人情報保護に関する誓約書や医療安全・感染制御の教育後、実習に臨んでいる。さらに、患者・家族に対して、実習学生への理解と協力を求め、同意を得て実習を行っており適切である。

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・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	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	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	B

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
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	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	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	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	B
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	B

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	B
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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制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	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	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	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	A
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	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	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	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 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 A

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	NA
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	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	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	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： 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：医療法人同愛会 博愛病院
 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)
 I-1-3 開設者：医療法人
 I-1-4 所在地：鳥取県米子市両三柳1880

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	161	161	+0	92.5	19
療養病床	38	38	+0	87.2	128
医療保険適用	38	38	+0	87.2	128
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	199	199	+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	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	22	+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	30	+0
地域包括ケア病床	59	+43
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院(Ⅲ群),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： 0 人 2年目： 1 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

2-2 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
	2017	2016	2015	2017	2016
年度(西暦)					
1日あたり外来患者数	347.79	351.84	353.09	98.85	99.65
1日あたり外来初診患者数	47.46	48.45	47.05	97.96	102.98
新患率	13.65	13.77	13.33		
1日あたり入院患者数	173.22	172.22	166.71	100.58	103.31
1日あたり新入院患者数	7.01	7.36	6.92	95.24	106.36