

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2月21日～2月22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

静岡県や神奈川県、および東京都を中心に全国に事業展開している「健育会グループ」の一員として、主にリハビリテーションを中心に慢性期医療を提供する病院である。開設後、病床の見直しを繰り返し、現在の規模に至っている。特徴としては、伊豆の温暖な地において、質の高いリハビリテーションを提供すべく、回復期リハビリテーションの病棟も設置していることである。病院の理念を実現する姿も明文化され、病院の目指す方向も明確である。

今回の病院機能評価の更新受審を職員の総力で取り組んだことは、訪問審査中、各部門の随所で見受けられた。審査の過程で検出された項目に関して、よい評価の項目は継続し、課題については一層の向上を目指して、患者・地域・職員にとってより良い病院となるよう期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念は明確であるが、基本方針を周知することも検討されたい。各部署目標の進捗度評価を行っており、運営上の課題は、院長の他、各幹部職員も明確に認識しており、リーダーシップは発揮されている。意思決定の場である幹部会議において、運営上の課題や喫緊の問題、および経営状況などが審議されている。患者の情報管理では、患者情報の利用・活用の方針が明文化されている。これまでオーダーリング

が稼働していたが、今後、電子カルテも稼働するので効果的な活用を期待したい。文書管理に関しては管理規程が作成され、手順書、マニュアル類も含めて発信、保管、廃棄などの取り扱いがされている。

各医療資格職の法定配置数は充足しているが、地域性もあり採用には苦慮している。人事・労務管理については、各種規程は、法人として制定され院内に周知されているが、職種間の有給休暇の取得の偏りについて検討が望まれる。健康診断の受診率は、職員のほぼ全員に実施されていて、感染防止の研修会や必要なワクチン接種も行われている。職員の意見や要望は、職場環境改善アンケートの回答から得ている。福利厚生に関しては職員寮や社宅が複数整備されており、24 時間体制の保育所も設置されている。教育委員会による年間計画に基づいて、全職員を対象とした研修は行われている。人事評価制度は法人としての仕組みがある。

3. 患者中心の医療

患者の権利は入院案内や院内掲示されている。新人職員や中途採用者は研修しているが、その他の職員への周知や、ホームページへの掲載などさらなる周知が望まれる。説明と同意に関してはおおむね適切に行われているが、説明と同意が行われる範囲や同席の手順、同席者の署名欄についても検討を望みたい。診療やケアに必要な情報の共有は各段階で行われ、患者の理解を深めるための工夫もある。医療相談室が窓口となっており、入院時には担当の相談員を決めて、入院中の支援に当たっている。個人情報保護に関する規程を定め、患者個々からの希望を受け入れ、記録保管庫の施錠管理や、情報システム上のセキュリティ対策もされている。プライバシーにも一定の対応はあるが、患者氏名の表示などの扱いに関してはより一層の配慮を望みたい。倫理的課題に対し個別に対応されているが、マニュアルの整備について検討されたい。臨床での倫理的課題では、日常的に問題の共有・検討が行われている。職員のミトン着用や胃管挿入体験などの取り組みもあり評価できる。

駐車場の整備や、病院のマイクロバスが定期的に循環運行されている。院内はバリアフリーとなっており、備品類にも高齢者への配慮がされている。診療やケアに必要なスペースは確保され、環境も適切に管理されている。入浴設備には温泉が使用されており、療養環境も十分に整備されており評価できる。病院内は禁煙となっているが、職員の禁煙対策についてはやや消極的なので、一層の取り組みと対策を期待したい。

4. 医療の質

患者・家族からの意見は、院内に設置してある意見箱などで集め、1 階のラウンジに回答を掲示している。苦情の窓口は、入院案内や病院案内などに明示していないので、患者・家族にも分かりやすいよう明確に案内することを期待したい。院長が医療の質担当メディカルディレクターとなって、病院機能・医療の質委員会活動を牽引している。7 項目の臨床指標を収集しているので、積極的に広報されることを期待したい。CS 委員会や TQM 活動を通じて、医療の質改善活動、チーム医療症例検討会があり、病院機能評価の受審や日本慢性期医療協会の認定も受けている。

臨床研究の内容は主に日本慢性期医療学会で発表し、院内倫理委員会において検討し承認している。

診療・ケアの管理では、ベッドサイドに主治医・担当看護師などが明示されるなど、責任体制は明確である。診療記録の記載において、アレルギー、禁忌情報の記載を統一している。多職種で入院時カンファレンス、リハビリテーションカンファレンスなどが行われている。各委員会やチーム活動、退院指導、家屋調査なども多職種が協働して実施しており適切である。

5. 医療安全

安全確保の体制は、医療安全管理委員会と、下部組織として事故防止対策委員会がある。医療安全管理者、医療機器安全管理責任者、医薬品安全管理責任者が配置され、必要な権限は付与されている。情報収集では、患者影響度によるレベル分類を行っており、必要な報告に SHEL 分析が行われている。また、医療安全通信が毎月発行され、日本医療機能評価機構の医療安全情報などを活用している。

本人確認はリストバンド、フルネーム呼名、患者の自称などで行われ、マニュアルに則って誤認防止対策が実践されている。指示出し、指示受け、主治医不在時の体制も整備されている。病棟には麻薬の配置はなく、ハイリスク薬は救急カートの中に区分されている。転倒・転落のリスク評価は全例に行われ、転倒・転落発生時は、フロー図に従って対応されている。医療機器の使用マニュアルは整備され、職員への教育・研修は臨床工学技士と業者が実施している。臨床工学技士は使用中の機器のラウンドを実施し、適正使用について点検や注意喚起が行われている。救急カートは各病棟、リハビリテーション室などに配置され、内容は院内共通である。定期点検と使用後点検が行われ、すぐに使用できる状態である。BLS 訓練や AED 訓練も年 1 回行われているが、全職員を対象とした定期的な訓練を望みたい。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が月 1 回、臨時の委員会も状況に応じて開催されている。作成された議事録は、院内 LAN にて各職員が閲覧し「既読、未読」で確認する仕組みである。院内感染対策病棟巡回サーベイランスを月 1 回、多職種が実施している。細菌・感染症レポートの中で、発生件数が報告され、院内感染対策便りも毎月発行し周知している。アンチバイオグラムを作成し、院内 LAN にて全職員に毎週報告している。今後は、看護師のみならず医師も積極的に近隣の医療機関と連携する体制を構築し、近隣地域の感染情報収集に努められたい。

各病室前に手指消毒用の速乾性消毒薬が設置され、使用期限、使用量のモニタリングが行われている。1 処置 1 手袋が実践され、PPE の着用も適切である。中心静脈カテーテル挿入時にはマキシマル・バリアプリコーションを遵守して実施されている。起炎菌、感染部位を同定して、抗菌薬適正使用のためのガイドラインに沿って、感受性試験に基づき抗菌薬を使用し、指定抗菌薬は届け出・許可制となっている。薬事委員会で薬剤の採用、中止の検討をしている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報に関しては、ホームページと数種類の広報誌が主な媒体となっていて、理念や院長の考え、病院の概要などが載せられている。診療実績は集計されているが、ごく一部の公表にとどまり、外部発信は積極的に行っていない。ホームページのメインページは法人で更新手続きするが、オフィシャルブログではほぼ毎日、病院の活動が幅広く掲示されている。今後は各部門、部署の活動をまとめて年報を発行していくことを期待したい。

地域の医療機関や福祉施設の状況は、医療連携室が情報収集し把握している。地域との連携に関しては、職員が担当地域を決め、連携会議などに参加しニーズの把握に努めている。また、患者情報などは所定のフォーマットで入力され、院内LANで共有しており、地域連携パスなどの活用もされている。地域に向けての教育・啓発活動では、多彩な取り組みが展開されている。病院の特徴であるリハビリテーションを中心として、行政職員への研修会、自立支援の勉強会、老人会などへの介護予防・体操指導を行っている。

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、受付周辺への掲示やホームページにも詳細に掲載されている。インフルエンザや感染症などのサポートが必要な患者受診への配慮があり、外国人の受診時には翻訳機能のある媒体で対応している。内視鏡検査などの診断的検査は、必要性和リスクが説明され、同意書が取られている。入院受け入れ可能・不可の判定基準が明確化され、入院判定会議は毎日開催し記録もしている。入院診療計画は医師、その他の医療職が関与して作成されているが、記載の充実を望みたい。ケア計画の評価、見直しは定期的に行われ、転棟時や状態の変化にも応じ行われる。医療相談は医療相談室が窓口で、各病棟の担当も担っている。院内スタッフと院外社会資源との調整・連携をしており評価できる。入院前に医療相談員により必要事項の説明が行われ、入院時には病棟クランクによるオリエンテーションも行われる。

医療区分に応じた重症度判定を毎月医師が行い、主治医不在時の対応や患者・家族の面談も適切である。看護・介護職の役割分担と連携は明文化され、介護福祉士も専門職として役割を発揮できている。意思疎通困難な患者へは、それぞれの病態に応じて対応し、各種離院・離棟防止装置が設置されている。投薬・注射に関しては、確実・安全に実施されている。輸血の必要性和リスクが説明され、同意が取られている。輸血時の副作用チェック表を用いて、観察し記録されている。不穏や終末期の看取り時には多職種が関与し、病態に応じて担当看護師の勤務シフトを変更し、他科医師に相談する体制がある。

褥瘡には入院時、全患者に危険因子評価票を使用し評価が行われ、リスクに合わせてマットレスやポジショニングの検討、看護計画の立案が行われている。栄養評価は入院時、全患者に行われ、管理栄養士は入院後に嗜好調査、ミールラウンドを行い、多職種と連携し対応を検討している。疼痛緩和に対する手順は整備されおおむね適切である。リハビリテーション・ケアでは摂食・嚥下、排泄機能、移動能力

獲得に力を注いでいる。経管栄養から経口摂取への移行実績があり、また、排泄委員会の活動により膀胱留置カテーテル抜去もできている。病棟では各種レクリエーションが行われ、家族へのメールや面会の促進にも配慮している。また、病衣は毎朝更衣し離床への取り組みや自立支援に取り組んでいる。抑制を行わないことを前提とした基本方針があり、前医で実施されていた抑制も積極的に解除され評価できる。

患者・家族の意向が確認され、在宅復帰について早期から検討されている。家屋調査や自宅改修が行われ、かかりつけ医との調整や在宅・介護保険サービスの利用につなげる仕組みもある。訪問リハビリテーションでは、連携先での訪問診療、訪問看護・介護サービスにつなげる仕組みがある。終末期の医療方針やターミナルステージの判定基準がある。在宅での看取りにも希望に応える仕組みがあり、デスカンファレンスは、死亡症例の全例に行われている。

<副機能：リハビリテーション病院>

理学療法士、作業療法士が専従として配置され、その他のスタッフを加えて1日平均7単位のリハビリテーションを提供している。重症例を多く受け入れ、退院時における改善例も半数を占め、自宅等への復帰は直近で87.5%の成果をあげている。このことは、リハビリテーション関連の多職種スタッフが、その有する専門性を発揮し、強力なチーム医療でリハビリテーション力を展開した結果であり評価される。今後は、病棟の性格からリハビリテーション科専門医を配置しそのリーダーシップにより、より強力なチーム医療の展開によるリハビリテーション力を高め、地域から求められている質の高いリハビリテーション医療を提供する体制が組み立てられることを期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は調剤の一包化や、注射薬の1施用ごとの取り揃えを行っている。今後は、副作用報告の仕組みや配合禁忌一覧表の作成などにも注力されたい。検査部門では血算、生化学、血液ガス、CRPは30分以内で報告されている。放射線部門ではCT検査、胃瘻の透視、骨密度検査などが行われている。栄養部門では温冷配膳車が用いられ、患者の特性に応じて調理形態の対応なども行われている。清潔・不潔ゾーンの交差箇所では、可能な限りの対応がされている。リハビリテーション部門では透析中の患者にも積極的にリハビリを行い、温泉プールでPTが運動浴も実施している。また、行政と連携事業を継続し地域に向けて活発な活動を行っている。

診療記録の管理は院長直轄の診療情報管理室となっていて、リハビリテーションに関する記録は、病棟の診療記録に記載することで一元化されている。医療機器は中央管理と使用場所で管理され、標準化が図られ、マニュアルも整備されている。滅菌部門では資格を持つ看護補助者が配置され、オートクレーブとEOG滅菌器の管理、一次洗浄や各種インディケーターも適切に対応されている。尿の細胞診と病理診断は外部委託で行っている。輸血管理は、発注・保管・供給・払い出し・返却ま

でスムーズな対応ができている。救急告示病院ではないが、医師会輪番の救急当番を月1回継続している。

10. 組織・施設の管理

予算管理に関しては月次単位で諸資料を作成し、計画対比などが行われている。会計処理には病院会計準則が用いられ、公認会計による監査が実施されている。窓口の収納業務やレセプトの点検などはマニュアルが整備されており、レセプトの点検については、非常勤医師も含めて確認がされている。法人として外部委託業務は原則として行わない考えである。一般的には委託されている給食・清掃・設備管理なども、病院の職員が行っている。

施設・設備では温泉の熱を利用したり、飲料が可能な井戸水を利用したりしている。院内で使用する物品に関して使用期限のあるものは、箱などに使用期限を記載するなどして管理している。

緊急時の連絡網やマニュアルは整備され、火災発生時の夜間・休日を想定した訓練も行われている。保安業務は基本的に病院職員が365日、24時間体制で担当し、緊急時に関しては、指揮命令・連絡体制も定めている。事故発生時の対応に関しては手順が整備され、重大事例に関しては、法人本部の指示や法的助言もある。

11. 臨床研修、学生実習

現在、実習生の受け入れはリハビリテーションの学生のみとなっている。病院の実習生に関する規程に沿って、養成校の指導要綱も考慮し、それをもとに患者・家族との関わりなどが行われている。感染対策・医療安全の指導は病院側によって実施され、実習生の評価に関しては、5年次以上の経験者の臨床実習指導者によって行われている。実習中の事故に関しては対応するマニュアルが整備され、保険も付保されている。

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	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	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	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	B
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	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	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	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	B
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	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	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	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	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	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
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
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	A
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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	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 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：医療法人社団健育会 熱川温泉病院
 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：静岡県賀茂郡東伊豆町白田424

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					
療養病床	199	199	+0	96.6	227.8
医療保険適用	199	199	+0	96.6	227.8
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
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		
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	13	+0
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	41	+0
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		
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： 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	79.67	81.86	80.36	97.32	101.87
1日あたり外来初診患者数	4.80	5.73	5.17	83.77	110.83
新患率	6.02	7.00	6.43		
1日あたり入院患者数	192.23	193.30	190.76	99.45	101.33
1日あたり新入院患者数	0.84	0.93	0.96	90.32	96.88