

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「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9月15日～9月16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

## ■ 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。

### 1. 病院の特色

貴院は、1894年に高橋米治医院として開業され、1956年には医療法人高橋病院となり、2011年には社会医療法人とされました。「地域住民に愛される信頼される病院」を理念とし、119床の本院を中心に、介護医療院やクリニック、介護老人保健施設、ケアハウス、訪問介護等の介護事業も幅広く展開され、『つながるケア』『つなげるリハ』を合言葉に社会貢献に取り組んでいる。また、法人施設内外の継ぎ目のないネットワーク構築や、患者サービス向上の手段としてIT活用を積極的に進めており、先進的な取り組みも見られる。

病院機能評価は5回目の受審であり、今回の審査においても院長がリーダーシップを発揮し、全職員が一丸となって病院機能の整備・改善に取り組んでこられた。教育や研修にも積極的に取り組まれ、充実したマンパワーと高い団結力を持っておられる。今回の整備・改善を土台に、今後も部門間の協力やコミュニケーションをさらに活発化し、ますます地域から信頼される医療機関として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

理念・基本方針を明文化し、病院組織運営の基本としている。病院の管理者・幹部は病院運営の中でリーダーシップを発揮し、病院の方針、当該年度の重点課題、事業計画（STEPS）を全職員へ向けて公表し、職員一人ひとりに経営への参画意識をもたせ、労働意欲を高めている。病院の運営方針を決定する会議は経営会議で、決定された内容は各種会議やグループウェア等を用いて組織内に伝達・周知されている。情報管理は、業務の効率化や、医療の質および安全性の向上の手段として、

積極的に様々な IT 化を進めている。院長を筆頭に院内で発生する診療情報を統合的に管理するとともに、情報の共有や連携促進のための様々なシステムを開発しており、高く評価したい。文書管理は、院内の仕組みに則り一元的に把握・管理されているが、文書の更新については手順の明文化を期待したい。

法定人員の確保に留まらず、業務量等を考慮した職種と人材が確保されている。職員の就労管理や快適な職場環境づくりなど、健全な労務環境の確保に努力し職員の就労管理が適切に行われている。医師の働き方改革への対応も行われている。安全衛生委員会が設置され、健康診断の確実な実施・職場環境の整備・労働災害への対応・職業感染への対応などが適切に行われている。職員満足度調査、異動希望調査を実施し、職員の意見や要望を把握している。

教育委員会を中心に、全職員を対象とした教育・研修が計画的に行われ、教育・研修効果を高める努力や工夫もなされている。院外の教育・研修機会への参加が支援され、必要な図書等も整備されている。職員の能力評価・能力開発については、人材育成の視点から等級基準書を作成し、課業と合わせて等級ごとの求められる能力（コンピテンシー）を満たしているか、人事評価を行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族、職員への周知が適切になされている。診療記録の開示も適切である。説明と同意に関する方針・手順を整備し、患者にわかりやすく説明されており、同席者の基準や同席できなかった場合の対応も適切である。診療・ケアにおける患者の主体性を促進するために、長期・短期目標の説明や患者用に回復期プロセスパスを用いた説明など必要な情報が提供され、患者の理解を深めるための支援・工夫がなされている。患者支援体制としては、患者の希望を叶えるために、きめ細かな対応を行っている。また、虐待やヤングケアラーの対応など、患者・家族だけでなく地域全体を支援するという立場で、積極的に権利の尊重やサポート活動を行っており、その姿勢や取り組みは秀でたものとして高く評価したい。患者の個人情報・プライバシーの保護については、規程の整備と職員への周知が適切に行われている。倫理委員会を設置し、患者の権利など倫理的課題について多職種協働で検討している。臨床で生じる倫理的課題については、患者の希望や懸念、価値観について多職種で ACP カンファレンスを行い、ICF シートで共有している。また、臨床における患者・家族の倫理的な課題については看護師・療法士・社会福祉士等により把握され、各課題は病棟や部署において日々のカンファレンスや倫理カンファレンスで検討するなど、秀でた取り組みが行われている。

入院時の送迎、入院中の他科受診、お見舞い家族送迎、外来患者送迎など、患者や家族の便宜を図る「デマンドバスサービス」の実施や洗濯物等の自宅への配達サービス、ベッドサイドへのワゴンサービスの実施など、来院時のアクセスや生活延長上の設備・サービスの整備は高く評価したい。院内のバリアフリーや必要な備品も整備されている。病棟、病室は広く、整理整頓と清掃が行き届いている。敷地内禁煙の方針であり、患者、職員に向けてはポスターなどで啓発するほか、喫煙者に向けた学習会を行うなど禁煙推進に向けて継続的に取り組んでいる。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は、意見箱の設置や退院時アンケート調査、外来患者を対象とした満足度調査等で収集している。収集した意見の回収、検討、改善、患者へのフィードバックなども適切に行われている。総回診カンファレンスや医局勉強会を開催している。診療ガイドラインやクリニカルパスの活用など診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる。部門横断的な改善活動として、機能評価委員会を中心に病院機能の質向上に向けて活動している。また、患者サービス向上委員会も医療の質・業務の改善に関する委員会の中に位置づけられ機能している。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、主治医不在時の運用も適切であるが、病棟の診療責任者・看護責任者の明示については今後検討が期待される。診療記録は電子カルテで一元化され、指針に基づき記載されている。診療記録の質的点検は定期的に行われ、フィードバックの仕組みも確立されている。転倒・転落防止、NST、褥瘡対策、身体抑制廃止、ポリファーマシー対策など多職種からなる分科会や専門チームが多数あり、協働して患者の診療・ケアに取り組んでいる。また、情報共有ツールを様々な場面で積極的に活用し、多職種が協働した取り組みを積極的に展開しており、高く評価したい。

#### 5. 医療安全

医療安全に関する体制が整備され、必要な権限が付与されている。多職種で構成された医療安全対策管理委員会が毎月開催され、アクシデント・インシデントの事例報告や改善策などを検討している。医療安全対策・管理に関するマニュアルも整備され、必要に応じて改訂されている。安全確保に向けた情報収集を行い、医療安全対策管理委員会によるラウンドで安全対策と、その評価・検証を行っている。

患者確認はフルネームの名乗りを基本とし、外来では受付票で確認、入院時はリストバンド、バーコードによる認証を行うことを定め、患者・家族の協力を得て各部署で実践している。情報伝達エラー防止対策は、電子カルテおよびオーダーリングシステムで迅速かつ正確に伝達されるよう整備されている。取り違い防止など、薬剤の安全使用に向けた対策が薬剤師を中心に実践されている。入院時に全患者に転倒・転落アセスメントシートを用いて評価し、結果を各職員が把握できるようにしている。また、リスクのある患者は、看護計画を立案し、転倒転落防止対策フローチャートにより、対策を行っている。医療機器の取り扱いに関するマニュアルを整備しており、医療機器に関する研修会も新採用者や中途採用者に対して実施し、研修内容と参加者の記録も残されている。院内緊急コードを設定し、スタッフステーションや各部署に明示している。全職員を対象にBLS・AED・ICLS訓練を定期的に行っており、救急カートや蘇生装置の整備・配置状況も適切である。

#### 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する体制が整備され、必要な権限が付与されている。感染対策の基本的な対応方針やマニュアルも作成されており、医療関連感染制御に向けた体制は確立している。新型コロナウイルス感染症に対してはBCPを作成してい

る。院内感染制御チームで院内ラウンドを実施し、院内感染防止対策委員会で分離菌状況、院内外の感染状況の報告を行い、JANIS にも参加している。アウトブレイクへの対応も適切に行われている。

病室入り口などに速乾式手指消毒剤を設置し、必要時に手指衛生を行っている。また、速乾式手指消毒剤は部署ごとに使用量をモニタリングしている。個人防護用具は汚物処理室など必要な場所に配置している。汚染したりネン・寝具類の取り扱いについては引き続きマニュアルの遵守を望みたい。抗菌薬の適正使用に関する指針が整備され、指針に基づいた使用が行われている。抗菌薬全体の使用状況は薬事委員会で定期的に報告され、抗菌薬の採用、採用中止に関する検討も行われている。抗菌薬の長期使用については医師に注意喚起している。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の診療内容・医療サービスや診療実績などの情報は、広報誌を発行し、連携先施設等への情報提供を行っている。急性期の医療機関に対しては病院案内や回復期リハビリテーション病棟の案内を配布し、転院を希望する患者・家族への情報提供を行っている。総合支援センターを中心に地域の保健・医療・介護・福祉施設等と積極的に連携している。市立病院主催の情報共有会への出席などで情報共有も行っている。また、「ID-Link」を利用した道南圏の医療連携ネットワークシステム MedIka (ID-Link) 構築の中心的役割を担っている。市内急性期病院等が参加し、それぞれの医療機関が保有する患者の診療データを共有している。退院後に継続的なリハビリテーションや治療が必要とされる患者についても情報共有する仕組みがあり、その取り組みは高く評価できる。法人として地域包括ケア推進室を設置し、地域包括ケアシステムの構築に向け、地域リハビリテーション事業、地域貢献事業として地域の健康増進や介護予防に寄与する活動を実施している。地域リハビリテーション事業では、講師派遣等の依頼に多職種で対応するなど、地域に向けての教育・啓発活動は積極的に行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療では、患者に対する情報収集は問診のほか、ID-Link、医療機関からの診療情報提供書などにより行われている。入院の決定については入院判定会議が毎日行われ、受け入れ可否の検討を行っている。リハビリテーションプログラムは、患者の障害像が把握され、評価されたうえで、作成されている。ICF シート、回復期プロセスパスをベースに定期的にカンファレンスが行われ、患者・家族に説明がなされている。患者・家族からの相談内容によって、看護師などの専門職種との連携を図り、患者・家族からの相談に常時対応出来る体制を作っている。

主治医による病棟回診は毎日行われ、週 1 回行われる総回診カンファレンスで他の医師と情報共有や意見交換が行われている。看護師・介護福祉士は、日々のカンファレンスや多職種合同カンファレンス、専門分野チームと協働して患者情報を把握し、ケアを実施している。患者への投薬・注射も確実・安全に実施されている。褥瘡の予防・治療については、入院時、全患者を対象に褥瘡発生リスク評価を行

い、危険因子スコアに応じた対策を立案し予防策をとっている。栄養管理と食事指導については、ミールラウンドを行い、患者の身体・栄養状態、喫食状況を把握し医師、看護師や療法士と連携した対応を行っている。患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めている。理学療法・作業療法・言語聴覚療法は、それぞれリハビリテーションプログラムに基づいて、确实・安全に実施されている。リスク評価に基づく安全性への配慮、訓練効果の客観的な評価と計画の見直し等も適切に行われている。ケアについては、個別の患者のADLに関するケア計画を立て実践している。介護福祉士が中心となり、患者が自主的に行う生活リハビリができるように看護師、療法士と協働している。また、患者の社会性の拡大に向けて、趣味や楽しみを通して生活の活性化を図るレクリエーション活動など、生活機能の向上を目指したケアの提供は高く評価できる。

患者・家族への退院支援は、入院前や入院早期から入退院支援室の社会福祉士が介入し、退院後の課題や退院支援に関する必要事項を抽出している。多職種による退院計画が検討・立案され、地域の社会資源の活用や連携も促進されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、病院全体の薬剤の使用や管理に関与し、1施用ごとの取り揃えや疑義照会も適切に行っている。臨床検査機能は整備されており、夜間・休日などにおける検査ニーズへの対応も適切である。異常値、パニック値の場合は速やかに医師に報告されている。画像診断機能についても、病院の機能に応じた画像診断が実施されており、迅速な報告もなされている。栄養管理機能については、見た目や味も含めて質の高い食事を提供できるよう十分な注意が払われているが、一連の業務における衛生面へのさらなる配慮を期待したい。リハビリテーション機能は回復期リハビリテーション病棟が中心であるが、一般・地域包括ケア病棟、外来、通所リハビリテーションを行っている。他職種との情報共有や各種機器の保守・点検なども適切である。診療情報は電子カルテで管理されており、一元化と迅速な検索、提供が可能となっている。診療情報管理士が配置され、業務指針、マニュアルが整備されている。医療機器管理では、看護部長を医療機器安全管理責任者として、医療機器の保管場所、点検計画、点検実施状況や修理履歴などを一元管理している。洗浄・滅菌機能は、滅菌対象の器材はディスポーザブル製品に変更するなど、適切に対応している。

病理検査は、診断は外注であり、報告書は電子カルテに取り込まれ、担当医師に報告している。輸血業務全般を監督・指導する責任医師がおり、輸血療法委員会を開催して輸血・血液管理機能の質改善について検討を行っている。なお、輸血製剤の保管方法については一層の整備を期待したい。救急告示病院であり、夜間・休日の一次救急当番病院からの依頼にも対応している。高齢者虐待等を発見した際の対応手順も整備され、救急医療機能は適切に発揮されている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、適切な予算管理のもとに運営されている。会計監査は、毎月顧問税理士による監査と公認会計士による監査を受けている。医事業務は合理的な仕組みで処理されており、時間外や休日の収納の方法も確立している。返戻・査定への対応では、医師の確認後に再審査を行っており、医局師長会議にて全体への共有、医事課勉強会での周知も行っている。施設基準を遵守するための体制や未収金への対応も整備されている。委託業者の選定については、業務内容と委託の是非についてコスト管理委員会で検討され、経営会議で承認されている。委託業務の実施状況や質の把握のため、委託業者評価基準が定められており、年1回業務の質を評価している。委託業務従事者に対する教育や事故発生時の対応も適切に行われている。

施設・設備の管理は、管理課を中心に、保守計画に基づき定期点検が確実に実施されている。また、日常点検についても管理課職員が毎日院内を巡回しており、目視や職員からの伝達により確認している。法定の医療ガスの点検なども適切に行われ、点検の記録も整備されている。物品管理については、院内物流管理システム（SPD）を導入し、日常的に使用する物品を定数管理している。物品を購入するにあたっては、予算編成時に購入が必要な物品リストを各部署から提出してもらい、コスト管理委員会で検討を行っている。購入の過程は明確であり、品質管理や在庫管理が適切に行われている。

災害発生時対応マニュアルが整備され、職員に周知されている。災害発生時における災害対策本部の設置や組織体制も明確になっており、緊急連絡網も整備されている。休日・夜間の緊急連絡網も整備されている。大規模災害時の備えとして、患者・職員の医薬品や飲料水、食料品を備蓄している。保安業務についても、業務内容は明確化され、日々の業務実施状況が把握されている。医療事故発生時の対応手順が整備され、報告ルートも整備されている。

## 11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、研修プログラムに沿った初期研修が実施され、看護、リハビリ、社会福祉士についてキャリアラダーを導入しており、レベルに合わせた研修、教育が行われている。また、研修者の意見も取り入れながらプログラムの修正を行う仕組みが整備されており、適切である。学生実習は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の病院実習がカリキュラムに沿って行われている。医療安全、感染管理、個人情報等に関わるオリエンテーションが実施され、実習中に想定される事故、職業感染などについて、病院と学校との間で対応方針等を取り決めている。

# 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	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	S
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	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
1.4	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	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	A

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	S
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	B
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	B
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	S
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	S
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	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	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	S
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

## 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	B
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	B
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	S
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	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	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 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

---

年間データ取得期間： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 4 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 高橋病院

I-1-2 機能種別： リハビリテーション病院

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 北海道函館市元町32-18

## 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	59	59	+0	67.1	24.5
療養病床	60	60	-60	92.5	89.7
医療保険適用	60	60	+0	92.5	89.7
介護保険適用	0	0	-60	0	0
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	119	119	-60		

## 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	1	+0
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	60	+0
地域包括ケア病床	44	+15
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

年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	69.01	58.60	63.99	117.76	91.58
1日あたり外来初診患者数	3.95	2.58	3.04	153.10	84.87
新患率	5.73	4.40	4.75		
1日あたり入院患者数	89.77	162.65	165.80	55.19	98.10
1日あたり新入院患者数	1.81	2.32	2.18	78.02	106.42