

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「一般病院1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および10月31日～11月1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
機能種別	一般病院1（副）	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。
- ・機能種別 一般病院1（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は開院以来、設立母体である道南勤医協友の会会員、そして地域住民と共に歩む関係の中で現在に至っている。この度の病院機能評価の認定更新に際しては、新病院として受審を迎えられ、病院内の様々な箇所で患者の使用に配慮した施設・設備構造が見受けられた。また、病院職員は、理事長・病院長を中心に良く纏まり、日頃からの十分な意思疎通と連携・協働に励まれている様子が見えた。

貴院は、リハビリテーション機能の発揮を中心に、市内唯一の在宅療養支援病院として患者の在宅復帰と訪問診療に積極的に取り組み、患者の看取り件数などの実績も残されており、その取り組みは地域医療の今日的課題である地域包括ケアの推進事例として高く評価をしたい。

これからも貴院が地域に密着した医療機関として地域医療活動を通じて地域住民の生命と暮らしを守り、さらに発展され続けることを祈念いたします。

2. 理念達成に向けた組織運営

貴院は「いつでも、どこでも、誰もが安全で安心できる医療と介護・福祉を」を理念に掲げるとともに、5項目の基本方針を策定している。理事長・病院長をはじめ病院幹部は、病院の進むべき方向性と将来構想を明快に示し、安心・安全な医療の提供、次世代医療人材の育成、予算計画達成による安定経営などを挙げ、病院運営の随所でリーダーシップを発揮している。

病院運営に必要な組織図、職務分掌規定は活用され、会議機構や委員会活動も機能し、長期経営計画も策定され、病院は組織的に運営されている。情報管理は、個人情報保護と診療情報管理に関する規程に方針が明示され、システム管理担当者によるパスワード・ログ管理などのセキュリティ対策も講じられている。文書管理は、管理規程に基づき文書の一元管理に取り組んでいる。

必要な医療人材も確保されており、とりわけリハビリテーション科専門医や後期研修医も確保するなど、病院の機能発揮面は充実している。人事・労務管理は、各種届出も適切である。職員の安全衛生管理は、委員会が月次開催され、労働災害への対応、職業感染対策、時間外労働の縮減、ストレスチェック、禁煙対策などの課題が議論されている。また、職員の意見や要望を聴くために院長目安箱を設け、病院長を中心に病院三役による定期的な院内ラウンドを実施している。その他、夜間保育や育児短時間勤務制度などの就業支援や共済組合による各種慶弔制度や医療費補助も行われている。

教育・研修は、医療安全や医療関連感染制御など必要性の高い研修を中心に計画的に実施され、外部研修参加や専門資格取得支援も行われている。職員の能力評価は、医師は法人の常任理事会による面接が行われ、職員はセクション長による育成面接が年2回実施されており、業務目標や到達度の評価などについて意見交換が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、患者・家族への周知も図られており、権利擁護に努めている。説明と同意は、病院の指針に基づき書式統一された同意書が整備されており、説明時の看護師の同席およびルールも明確である。患者・家族と診療情報が共有され、様々な場面で医療への参加が促進されている。

患者の支援体制は、社会福祉士と入退院調整看護師、ケアマネジャーなどが対応され、社会資源や保険制度の活用をはじめ生活困窮者への生活保護受給申請や無料・低額診療事業等の紹介を行っている。また、地域包括支援センターや就労支援事業所などと連携した患者支援が実施されている。患者の個人情報・プライバシー保護は、パスワード管理やアクセス権限者以外の閲覧防止対策や職員研修も実施され、診察室や病棟・病室におけるプライバシーにも配慮している。

倫理委員会が通算80回以上行われ、倫理研修も実施されており、職員の対応力向上に役立てられている。また、日常診療の場面で「モヤッと」した倫理的事象に対し、4分割法を用いた検討を行う「モヤカン」と称するカンファレンスが定着し、倫理の4原則にも照らし合えた分析に努められるなど、秀でた取り組みが実践されている。その他、職員の倫理的知識の普及向上を目的とする学習会も開催され、日常的に倫理的課題への気づきや多職種による検討を行う組織風土と文化が醸成されている。

患者が利用可能な無料送迎車が運行されている。また、患者・家族の利便性・快適性に十分配慮されており、建物は一部が新築改修されたばかりでもあり、病棟の

施設・設備の構造は随所にわたり患者が使用しやすい工夫が施されている。トイレ・浴室も清潔性・安全性に配慮され、トイレの壁面には患者の動作を支えられるよう調整可能なバーも設けられている。

4. 医療の質

患者・家族の意見や要望を病院運営に役立てるために、外来や各病棟に投書箱を設けており、収集した意見や要望については応策を取り纏めたうえで、患者・家族にフィードバックされている。

多職種による様々な症例検討会やカンファレンスが診療・ケアの場面で積極的に行われ、主要な疾患は電子カルテでガイドラインの閲覧が可能であり、治療法の標準化に役立てられている。パスは地域連携パスを活用し、病院独自の取り組みとしてリハビリテーションデータベースの構築に取り組まれている。保健所や厚生局の立ち入り検査にも適切に対応され、今般の病院機能評価受審のための委員会は、今後病院の業務改善委員会として改善活動を継続的に行うこととされている。最新の医療技術に関する動向も把握され、情報収集や技術習得のための学会や外部研修にも職員参加を奨励・支援している。医師などから提案された最新の治療方法の導入は、管理部で検討する仕組みで、数は少ないが実績もある。

病棟・外来、各フロア責任者が明示され、当日の勤務者の掲示もされている。主治医不在時の代行体制も明確にされている。診療記録は、電子カルテシステムにより一元化され、記載も適切である。多職種構成の専門チームとして、ICT、NST、安全チーム、褥瘡等が活動し、患者情報の共有に努めながら協働で介入している。

5. 医療安全

医療安全管理部門は、病院長を中心に各部門の代表者で構成されており、毎週会議が開催されている。医療安全管理者である副看護部長が権限を有しており、ICTの主導的役割を担っている。院内のインシデント・アクシデント報告書は、医療安全委員会で収集・分析され、安全管理室会議で発生状況の確認と再発防止策が検討されている。

患者の誤認防止は、マニュアルが活用され、名乗りやリストバンドによる確認、処置や薬剤確認では電子カルテでの3点認証が実施され、処方や指示の情報伝達エラーの防止も電子カルテシステム上で確認・管理している。また、口頭指示は原則禁止であるが、やむを得ず実施する場合は、マニュアルに沿って適切に実施されている。

薬剤の安全使用は、アレルギー薬、禁忌薬等が電子カルテで重複投与や相互作用とともにチェックされる仕組みが機能し、ハイリスク薬や麻薬管理も適切である。転倒・転落防止対策は、入院時に全ての患者にアセスメントスケールを用いたリスク評価が行われ、患者に応じた対応策が立案されている。

医療機器の安全使用は、人工呼吸器、除細動器、輸液ポンプ等については緊急時の対応手順も明確にされ、使用中の作動確認も実施されている。患者等の急変時の

対応は、緊急コードも整備・周知・活用され、訓練も実施されている。

6. 医療関連感染制御

ICD を委員長とする院内感染対策委員会が、定期的に行われている。院内感染マニュアルは随時改訂され、MRSA などの感染者や保菌者に対するリハビリテーション訓練時の対応マニュアルも活用されている。院内での感染発生状況は、耐性菌、院内感染、インフルエンザなどの発生状況が把握されている。院外での流行情報は、全道レベル、函館市レベルでの情報収集の他、市内の 8 病院で構成され、年 4 回開催される感染防止対策連携の学習会に参加される他、JANIS のサーベイランスにも参加している。アウトブレイクは、発生と終息の判断基準を定め対応マニュアルを作成している。

医療関連感染制御の活動は、基本となる標準予防策や感染経路別予防策が活用され、抗菌薬の採用・削除は、ICT とともに協議し、薬事委員会で決定されている。抗菌薬の適正使用は採用抗菌薬一覧とともに抗菌薬使用に関する指針が設けられている。特定抗菌薬は、届出制により感染対策委員会の承認を必要とされ、長期の使用は ICT での評価や主治医との協議が行われ、とりわけ、血液培養の陽性例は、全例において ICD が主治医に対し抗菌薬の選定アドバイスをを行っている。

7. 地域への情報発信と連携

広報活動は、総務課が担当し、ホームページ委員会がホームページの更新管理を行っている。臨床指標は、病院統計として回復期リハビリテーション病棟の FIM や地域包括ケア病床の各種臨床指標をホームページ上で公表している。また「道南勤医協だより」と称する法人広報誌が、法人の友の会会員を中心に毎月約 16,000 部発行・配布されている。

地域の高齢化率や人口動態を定常的に把握・分析され、運営方針や将来構想に活かしている。また、函館市内唯一の在宅療養支援病院として、全科の医師が参加した救急往診体制が機能し、在宅での患者管理は約 250 名を数え、2016 年度は約 30 件の看取りに対応されるなど、訪問診療の拡充に努めている。地域連携室では、地域の医療機関や介護事業所との連携に努め、回復期リハビリテーション病棟の医師と連携調整担当看護師が紹介元の病院に出向き入院前の患者情報の収集を行い、患者の円滑な入院に繋げている。

貴院では、地域住民も参加する医療懇談会を年間約 50 回開催し、医師や看護師、セラピスト、管理栄養士、介護福祉士などの多職種を講師とする健康教室を地域の町内会館を利用して毎月開催しており、参加者は毎回 20 名から 30 名が参加している。この他健康祭りを約 35 年にわたり継続的に開催するなど、地域に向けた医療に関する積極的な教育・啓発活動を展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者の受診に必要な情報は周知され、受付から診療・会計まで円滑な対応が行わ

れている。外来診療は予約制であり、看護師による患者情報の収集、医師の事前指示による検査実施など適切である。検査の必要性は、主治医または担当者の判断により基準に基づいて実施され、侵襲的な検査は説明書や同意書が整備され、安全に配慮されている。

入院の決定と患者の診療計画は、病棟の入棟基準、連携パス運用規程があり、多職種による判定会議で入院は決められている。診療計画も多職種職員が評価を行ったうえで、迅速に作成され、患者・家族に説明している。リハビリテーションプログラムは多職種による情報収集をもとに、患者のADL評価、生活機能、障害の状況と予後予測などを含めて作成されている。患者・家族からの多様な医療相談に応じ、社会資本の活用や入院調整支援に取り組まれている。患者の入院時説明もパンフレットや図を使い分かりやすく説明・案内されており適切である。

医師の病棟業務は、リハビリテーション科専門医による積極的なリーダーシップが様々な業務場面で発揮され、症例検討やカンファレンスへの参加や内科医・整形外科医との合同の回診なども行われている。看護・介護職の病棟業務は、職務分掌、基準・手順が十分に活用されており、患者・家族の心理的・社会的ニーズにも把握・対応している。投薬・注射は、服薬指導、注射時の患者確認や薬剤投与中や投与後の観察も適切である。

褥瘡の予防・治療は、入院時に全ての患者に褥瘡アセスメントを行い、評価や患者のADLに応じた多職種による対応が実践され、ハイリスクの患者には皮膚科医が関与している。栄養管理と食事指導は、栄養スクリーニングのリスクに応じた栄養管理計画書が作成され、NSTによる回診やカンファレンスが行われている。患者の症状緩和は、ポジショニングの工夫や心理的サポートなど多職種で取り組まれている。

理学・作業・言語の各療法は、365日訓練が提供されている。リハビリテーション提供は、初期評価による計画書の作成とともに、患者状態による随時の計画見直しも行われ、患者の生活機能に配慮している。また、訓練内容の記載も適切であり、リハビリテーション医による装具処方、「自動車運転支援マニュアル」による自動車運転訓練や患者の就労支援への取り組み、さらには、高次脳機能訓練や言語機能障害への対応など、各療法の療法士が連携して幅広いリハビリテーションを提供している。院内では、患者の生活機能の向上を目的に、様々な多職種チームが活動しており、多彩なカンファレンスが行われている。

身体抑制はおおむね適切である。患者・家族への退院支援と必要な患者への継続的な診療・ケアの実施は適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方監査、疑義照会、調剤監査ともに適切に行われ、注射薬は1施用ごとに取り揃えている。持参薬の鑑別も適切に行われている。保冷库、調剤室の日々の温湿度管理、DI・薬事ニュースの発行、薬事委員会の開催、院内医薬品集の作成等の業務も適切である。

検体検査は、外部業務委託で実施され、生理検査は、医局や放射線科と症例検討を行う仕組みがあり超音波検査や内視鏡検査は、患者に次の検査日時を知らせており、夜間時にも必要な検査を行うなど、臨床検査機能の発揮は適切である。

画像診断機能は、予約検査の他、緊急検査にも全例対応され、読影は、CT、消化管造影検査は各部位別に院内担当医師が行い、緊急報告も実施され、遠隔読影を依頼する仕組みもあり、放射線科医の不在をカバーしている。

栄養管理機能は、セントラルキッチン方式が導入され、調理施設は、清潔・不潔が構造的に区分され衛生面に配慮されている。患者の喫食状況は、ミールラウンドで把握し、給食に関する課題は委員会で検討している。患者の摂食・嚥下機能は、言語聴覚療法士と協働で取り組まれ、NST 委員会も活動している。

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入院基本料 1 を算定され、高いアウトカム指標を有する病院として、質・量ともに充実した水準のリハビリテーション訓練を提供している。主治医との連携では、口頭での相談だけでなく、実際の訓練場面を確認してもらい意見交換を行うなどの協働体制が見受けられた。

診療情報管理機能は、委員会が月次開催され、電子カルテによる一元的な診療情報管理が行われている。臨床指標も公表され、診療記録の量的監査も実施されているが、今後は質的監査への取り組みと退院時サマリーの作成率の向上に期待したい。

医療機器管理は、使用上の管理や定期的な保守点検の実施、使用法の研修などが実施されており適切である。洗浄・滅菌は、化学的インディケータが使用済みのものと混在していたので整理を望みたい。

病理検査は、主に内視鏡検査に伴う生検標本であるが、法人の関連施設に委託され、検体発送から結果報告まで滞りなく行えるよう病理検査マニュアルが活用されている。輸血業務全般の把握、監督、指導のために、輸血療法委員会が設けられ委員長である病院長の他に輸血責任医師が選任され、適切に実施されている。

救急医療機能は、救急告示病院ではないが訪問診療に対応されている。訪問診療の患者の急変時対応と受け入れに積極的に応需され、在宅療養支援病院としての機能が積極的に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、毎年度末に法人の常任理事会から予算編成方針と病院目標が示され、各セクションの意見や要望を加味・選択する方法で収支予算が策定されている。収支予算の執行は、月次決算で点検・分析されている。医事業務は、マニュアルが活用され、受付から会計まで円滑に対応し、窓口収納も適切である。レセプトの作成・点検は、医師を中心に多職種で確認・対応されている。未収金は、支払い困難事例に対し、社会福祉士と協働で無料・低額診療制度や生活保護制度などの社会資本の活用方法も紹介されている。

業務委託は、病院と法人本部が協力して、業務委託の必要性の検討と業者選定お

よび契約が行われている。委託業者の担当者も明確にされ、業務委託における事故発生等の不測の事態への対応や作業工程なども文書化されている。

施設・設備管理は総務課が担当し、休日・夜間の緊急時対応体制も周知されている。物品管理は、定数管理で行われ、業者や購入物品の選定は法人本部と連携・相談して対応され、月次棚卸による在庫管理が行われている。なお、ディスプレイ製品の再利用は行わない方針である。

災害時の対応は、防火管理、地震発生時の対応、大規模災害発生時のマニュアルを含む防災マニュアルが整備され、緊急時連絡網の周知にも努めている。病院の保安体制は、夜間は警備会社に委託され、休日の昼間帯は、病院職員が業務対応している。

医療事故等への対応は、医療事故を想定した基本的な手順が明文化され、職員への周知にも努めている。重大事故への対応体制も、法人本部の顧問弁護士が加わる形で検討委員会を設け、組織全体で対応する体制が構築されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師、セラピスト、社会福祉士を中心に学生実習を受け入れている。医師は2年目初期研修医の地域保健医療研修を継続的に実施している。

学生実習の受け入れに際しては、個人情報保護に関する誓約書を結び、事前に実習に関するアンケートが行われ、実習に対する希望や意向を実習プログラムに反映させる取り組みや実習後の振り返りや評価も行われている。また、医師の実習は、指導医の監督の下、患者の同意を得た上で行われている。

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	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病院の方針を決定している	S
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	医療サービス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	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	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	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	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	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	S
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	S
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	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	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	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	A
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	A
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	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	B
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

機能種別：一般病院 1（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	かかりつけ医機能としての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	A
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	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	周術期の対応を適切に行っている	NA
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

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： 2017 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：医療法人道南勤労者医療協会函館稜北病院
 I-1-2 機能種別：リハビリテーション病院、一般病院1(副機能)
 I-1-3 開設者：医療法人
 I-1-4 所在地：北海道函館市中道2-51-1

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	56	56	+0	90	21
療養病床	48	48	+0	98	76
医療保険適用	48	48	+0	98	76
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	104	104	+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	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	48	+0
地域包括ケア病床	10	+0
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

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
	2016	2015	2014	2016	2015
1日あたり外来患者数	67.72	66.25	63.73	102.22	103.95
1日あたり外来初診患者数	0.74	0.70	0.75	105.71	93.33
新患率	1.10	1.06	1.17		
1日あたり入院患者数	97.72	93.22	91.91	104.83	101.43
1日あたり新入院患者数	2.45	2.41	2.37	101.66	101.69