

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1月15日～1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

貴院は開設以降、地域医療を実践する中核病院としての役割を担ってきた。その後、地域社会の高齢化に伴う医療・介護ニーズを背景に高齢者医療・介護のバックアップを目的として、老人保健施設の併設、一般病棟と回復期リハビリ病棟のケアミックス病院への改編後、回復期リハビリ病棟の改編を経て、現在はリハビリテーション専門病院として地域の医療機関や施設と綿密な連携による医療・介護サービスを提供され、地域からも厚い信頼を得ている。

2006年の初回認定後より病院機能評価を継続的に受審されている。今回の受審にあたって、病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と改善に取り組んで来られた。職員育成や労働環境の整備、専門教育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発揮されている。今回の体制整備と改善の成果を土台に、これからは部門間の協働とコミュニケーションを進化され、ますます地域から信頼される医療機関として地域と共に発展されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を分かりやすく病院の内外に示し、病院組織運営の基本としている。また、各部門の理念も定められており、リハビリテーションについての考え方も明記されている。病院管理者・幹部は、病院の将来像を示し、その実現に向け病院運営に指導力を発揮している。会議や委員会への参加、組織活性化の工夫、診療の質の向上、経営上の課題の克服などを含め、リーダーシップの発揮は適切である。病院の運営方針を決定する会議は運営会議であり、人事・労務、職員・患者サービス、戦略など運営に係る事案について情報共有、検討、決定を行っている。将

来計画の検討とそれに基づいた年次事業計画が策定され、部門・部署ごとの目標の設定と達成度の評価への取り組みも適切である。情報の管理・活用に関する方針も明確にされ、情報管理は適切に行われ、医療の質や安全性と効率性の向上のために有効に活用されている。文書管理は、管理すべき文書の明確化に努められ、一元的に把握・管理する仕組みである。

人材確保は、病院の規模や機能、業務量等を考慮して、法定人員の確保に留まらず、必要な職種と人材が確保され、リハビリテーションも、必要とする患者に十分なリハビリテーションを提供できるよう療法士の数が確保されている。職員の就労管理は、法人人事部中心に課題を把握し、改善を進める事でそれぞれの職種は無理のない環境での就労が保たれている。職員の就労管理や快適な職場環境づくりなど、健全な労働環境の確保に努力され、職員の労働負担の軽減に配慮されていることは高く評価できる。労働安全衛生管理は、衛生委員会が機能し、健康診断の確実な実施や職場環境の整備、また労働災害、公務災害への対応、そして職業感染への対応、職員への精神的なサポート、さらには院内暴力対策などいずれの対応も適切である。

全職員を対象とした教育・研修は、計画的に行われ、実施後にはアンケートによる研修内容の評価を行い、次の計画立案に役立てるなど、教育・研修効果を高めるための努力や工夫もなされており、さらに院外の教育・研修への参加も支援、奨励されている。職員の能力評価・能力開発は、人事考課制度が人材育成と目標達成の視点で評価、活用され、次年度の目標管理に繋げるなど、職員の能力開発への取り組みは適切である。新入職員の初期研修も教育方針や計画がマニュアルに明示され、到達目標や時期を定めた系統的な評価を実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、ホームページや院内掲示、広報誌などで患者・家族、職員に周知され、実践の場面で擁護されるよう努力されていた。説明と同意に関する方針、手順書が整備され、わかりやすく説明されており、同意を得る際には患者の意思が尊重されている。病院理念に患者の主体性が盛り込まれ、診療・ケアにおける患者の主体性を促進するために必要な情報が提供されている。患者の理解を深めるための支援・工夫もなされている。患者支援体制は、相談窓口を明確にし、専門の職員が配置、入院前面談や退院支援、社会的・経済的・心理的な問題に対する相談など様々な相談に対応している。虐待や暴力等を受けた疑いのある場合の対応方針も明確である。患者の個人情報・プライバシーの保護に関する規程の整備と、その職員への周知も適切である。個人情報の物理的・技術的保護、診療上また生活上のプライバシーへの配慮も十分になされている。全職員が「倫理規定」を携帯し、毎週唱和している。臨床における倫理的課題は、多職種参加による病棟内カンファレンスで検討され、解決困難な倫理的な問題への対応も適切である。

患者・家族、面会者の来院時のアクセスや生活延長上の設備およびサービスの整備にも取り組み、患者本位の入院生活が可能となるよう配慮されている。施設・設備は高齢者・障害者に配慮しており、院内のバリアフリーや必要な備品も整備さ

れている。また、定期的に点検する担当者が決められ、点検、補修されその記録も行われている。療養環境も整備され、必要なスペースの確保、快適な病棟・病室環境、整理整頓、清潔な寝具類の提供などに配慮していた。トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性も適切である。受動喫煙防止のため、敷地内禁煙の方針を徹底し、患者・職員への禁煙教育を実施しているが、引き続き職員への禁煙支援の取り組みを継続されたい。

4. 医療の質

院内各所に意見箱を設置し、患者・家族の意見・要望を積極的に収集している。回収された投書は翌週の運営会議で検討し、対応している。直接出された苦情等に関しても所属長が早期に対応しており、意見箱の回答は院内掲示している。内科・整形外科症例検討会において各スタッフに医師から情報提供と教育が行われている。診療ガイドラインは、病棟および医局等のパソコンにて随時、活用できる体制を整え、臨床指標は入院患者分布、退院先、FIMの変化など回復期リハビリテーション病棟の実績を集積し、ホームページに公表し、診療の質の向上に向けた活動を展開している。業務改善は、医療サービス委員会を設置し、医療サービスの課題について部門横断的な改善活動を行っている。2020年度から内部監査室を立ちあげたが、これからの本格的な活動が期待される。各種立入検査の指摘事項への対応は適切である。

診療・ケアの管理・責任体制は、明確にされ、入院時に患者ごとの担当者を決めベッドネームや口頭で患者に分かりやすく明示している。主治医不在時の診療体制も整備され、継続的な医療提供が行われている。診療記録は電子カルテによる一元化が行われ、正確に遅滞なく作成され、質的点検も病院長により定期的実施している。多職種からなる専門チームが介入し、チームとして患者の診療・ケアにあたり、特に看護師を中心にICFによる患者の多面的な分析が行われ、患者の意向を基に、患者の強みを活かした自立支援のアプローチが多職種で実践され、秀いでの取り組みとして高く評価できる。

5. 医療安全

医療安全に関する体制は、院長を中心に各部門の代表者で構成され、必要な権限が付与されるとともに患者の安全確保に関するマニュアルも整備され、必要に応じた改訂がされている。院内のインシデント・アクシデントに関する報告書は、組織的に収集され、多職種から報告されている。また、院外の医療安全情報はメールと紙媒体での閲覧が可能であり周知されている。

リストバンドを活用し、患者の取り違い防止、検体等の取り違い防止等に取り組まれている。情報伝達エラー防止対策という点においても、医師の指示出しから実施確認までの手順はマニュアルに則り、その実施は適切である。薬剤の取り違い防止など安全使用に向けた対策は、薬剤師を中心に各部署で実践されており、ハイリスク薬剤等の安全な使用と保管・管理も適切である。転倒・転落防止対策は、入院時に全患者に対し、転倒・転落アセスメントスコアの結果を踏まえた多職種での評

価をもとに、個々の患者に応じた防止策の検討と立案が行われており適切である。医療機器の管理は、放射線技師が医療機器安全管理者として、使用に向けた職員研修を企画実施しており適切である。患者等の急変時の対応も、救急カートが病棟およびリハビリテーション室に設置され、看護師、薬剤師が救急カートの適正使用に向けた定期的な点検を実施している。BLS、AED 訓練、コードブルー・コードイエローの手順も整備され、日常業務中の発生に迅速に対応できるように訓練されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の体制は、ICD でもある病院長を委員長とした院内感染対策委員会が機能し、委員会は毎月開催され、必要な権限も付与されている。医療関連感染制御に関する指針とマニュアルも整備され、必要に応じた改訂が行われている。院内の感染症発生状況は、毎週 1 回院内ネットワークで情報共有され、院外での流行情報も遅滞なく収集され、収集した感染症関連情報は全職員に開示されている。アウトブレイクの定義も適切に作成され発生防止に努めており、直近の数年間のアウトブレイク発生は認められていない。ICD である病院長が病院の各部署まで感染状況・対策実施状況を率先して把握され、感染制御に向けた情報収集と検討には秀でたものがある。

感染制御活動として現場では標準予防策が実施され、月 1 回感染対策チームの院内ラウンドを実施し、マニュアルに沿った予防策の実施状況を確認しており適切である。手指衛生、個人防護用具の着用、感染経路別の予防策に基づいた対応等、医療関連感染制御に関する指針とマニュアルに基づいた、感染防止対策が実践されている。抗菌薬は適正使用に関する指針を遵守して使用されており、特殊な薬剤（カルバペネム、バンコマイシン等）に関しては届け出制となっている。抗菌薬の使用状況についても医師への定期的なフィードバックが行われている。

7. 地域への情報発信と連携

病院が提供する診療内容や医療サービス、診療実績などの情報は、ホームページや法人広報誌、パンフレットなどのツールを活用して情報発信に努めている。地域医療連携強化の視点からも、自院の診療実績や取り組み、特長などを地域の医療関連施設等により積極的に発信することにより更に自院を認知してもらい信頼や連携が深まることを期待したい。

地域の医療関連施設等の状況把握や医療ニーズを把握し、協力と連携を深め、自院の持つ医療機能を効率的に発揮している。退院後も患者ニーズに適した通所、訪問、入所サービスなどの形態の介護・福祉施設への後方支援が行われている。地域の連携ネットワーク会議への参加なども積極的に行われている。

患者の権利として「健康教育を受ける権利」を定め、地域住民を対象とした介護予防教室やリハビリテーションに関する地域支援事業にも定期的に参加しており、地域の医療関連施設等に向けた専門的な医療知識や技術等に関する研修会や支援も実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療では、患者に関する情報が収集され、病態に応じた診療が安全に行われている。外来リハビリテーションについても、医師の診察を受けてからリハビリテーションを実施している。診断的検査は、その必要性の判断やリスクに関する説明、侵襲的検査の同意書の取得等を確実に実施している。入院判定会議が毎日実施され、入院決定の流れは適切である。診療計画書は、医師による診断と評価に加え多職種による評価をもとに作成され、患者・家族への説明と同意や必要に応じた診療計画の見直しも適切である。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。また定期的な評価、医師も含めた多職種でのカンファレンスを実施し、計画は見直されている。患者・家族からの多様な相談に対し、担当の社会福祉士が院内外のスタッフとの調整と連携に対応している。入院生活に関する入院前の説明、分かりやすい手続きなど、患者が円滑に入院できる仕組みがあり、実践されている。

医師は毎日回診を行い、診察と評価を治療、リハビリテーション処方に反映させるなど、チーム医療におけるリーダーシップを発揮している。看護・介護職の病棟業務についても、ICFを活用した患者主体のゴール設定を行い、ADL表をもとに看護職と介護職が統一したケアを実施している。患者への投薬は、确实・安全に実施されている。

褥瘡の予防と治療は、全入院患者に対し、OHスケールを用いた評価を行い、関連職種が関与して実施されている。栄養管理と食事指導は、全入院患者に栄養評価を行い、栄養計画を立案、患者の状態に応じて管理栄養士が関与し、栄養状態、摂食・嚥下機能の評価、食形態、器具、安全性、方法の工夫等が行われている。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も適切に取り組まれている。

理学療法・作業療法・言語聴覚療養は、それぞれのプログラムに基づき确实・安全に実施され、訓練効果は定期的に評価され、リハビリテーション計画に反映されている。回復期リハビリテーション協会のケア10項目宣言を推奨し、訓練の視点を取り入れたケアに向けて多職種がADL表を活用し病棟生活での支援を実践している。身体抑制は、手順を整備し、必要な説明と同意の上で実施し、患者の状態・反応の観察や回避・軽減・解除に向けた取り組みも適切である。

患者・家族への退院支援では、早期から在宅復帰の希望の有無を医療相談員が聞き取り、チームで共有することにより社会資源の活用と調整、家屋調査や院外連携準備等を円滑に進めている。退院後の診療・ケアは同一法人内のクリニックまたは在宅支援部と連携しており、必要な在宅療養支援が実施されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は常勤1名と非常勤1名であるが、持参薬の鑑別と管理も遅滞なく実施され、院内医薬品集も定期的に見直しが図られている。薬剤に応じた温度・湿度管理の実施は適切である。臨床検査技師は配置されておらず、検査・結果報告は外来業務マニュアルにしたがって実施されている。夜間・休日などにおける検査のニーズには一部の検査のみ医師・看護師で実施し、それ以外は外部委託で1時間以内に検

査結果が得られる体制が整えられている。画像診断は脳外科医との連携により実施は適切である。放射線技師の配置は1名であるが、有資格者が他にも2名おり放射線技師不在時にも撮影が可能な体制が整えられている。

栄養管理機能は、快適で美味しい食事が確実・安全に提供されるよう努めており、衛生面にも配慮されている。摂食・嚥下の状態や運動機能・認知機能に見合った嚥下食の提供や食器の工夫もされている。リハビリテーションは365日、患者1人当たり1日6単位以上の個別リハビリテーションが提供できる体制である。主治医との連携は十分に図られ、ミーティング、電子カルテなどを通じた病棟との情報共有も図られている。診療情報は、一元的に管理され活用を前提としたコーディネートもなされ、量的点検も実施されている。医療機器管理では、AED、心電図モニター、輸液ポンプが主な医療機器であり、機器はリスト化され、放射線技師が一元管理を行っている。洗浄・滅菌機能では、滅菌の質保証や既滅菌物の保管・管理は適切である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、適正な会計処理が行われ、予算管理による経営状況の把握と分析を基にした的確な経営管理が行われている。会計監査は、会計事務所による外部監査に併せて院内でも内部監査室を設置し、内部統制上の課題やコンプライアンスに対応する体制整備に着手している。医事業務は、窓口の収納業務や診療報酬請求業務が組織的かつ合理的に行われ、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している。業務委託は、委託業務ごとに管理責任者を設け、委員会や運営会議で業務内容の課題が検討され、実施状況の把握と質の評価が行われている。

施設・設備の日常点検と保守管理は担当者も明確にされ、修理や見積、業者への連絡と調整に対応しており、感染性医療廃棄物を含め廃棄物の処理も適切である。物品管理は、購入の過程を明確にし、品質管理や使用期限管理に取り組み、在庫管理の状況も適切である。

火災や大規模災害を想定した対応体制が整備され、訓練や備蓄等に対応されている。緊急時の責任体制、火災発生時、停電時の対応などや大規模災害時の対応マニュアル等が整備されている。保安業務も、業務内容を明確にされ、防犯カメラの設置や警備会社との契約等も含め業務体制が整備され、日々の業務実施状況も把握され、緊急時の連絡と応援体制も整備されている。医療事故等への対応の仕組みは適切に整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、事務職員等の病院実習が行われている。実習指導者は明確であり、カリキュラムに沿った実習が行われている。実習を受け入れる際には、患者・家族との関わり方の取り決めや医療安全・医療関連感染制御に関するチェックと教育の仕組みが手順として整備されており、実習中の事故等に対応する仕組みも併せて整備されている。

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	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	S
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	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	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	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	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

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	B
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	NA

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	A
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	S
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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 特定医療法人自由会 岡山光南病院

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： 岡山県岡山市南区東畦767-3

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	44	44	+0	93.39	62.7
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	44	44	+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		
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	44	+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

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： 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
1日あたり外来患者数	42.30	40.21	39.61	105.20	101.51
1日あたり外来初診患者数	2.96	2.95	3.37	100.34	87.54
新患率	7.00	7.33	8.51		
1日あたり入院患者数	41.89	41.56	42.02	100.79	98.91
1日あたり新入院患者数	0.69	0.68	0.67	101.47	101.49