

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」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30日～1月31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
------	-------	----

■ 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。

1. 病院の特色

貴院は西三河南部西医療圏の刈谷市に位置し、豊田会の組織にあつて分院として慢性期医療を担う機関である。地域における自院の役割・機能を明確にして連携機能を高め、地域医療に貢献し信頼を得られていることは高く評価される。特に、病院の機能水準を高めるために、病院幹部はもとより職員自らが「考え、実践する」風土が定着しており、理念達成に向けた取り組みが展開されている。

この度の病院機能評価の更新受審では、早期から改善に向けた取り組みが行われており多くの項目が一定の水準に達していると評価された。また、「回復期医療」を目指した計画が策定されるなど進化も見られる。高い水準を目指す貴院が、「患者中心の医療」を実践の場でどのように展開されているかにも視点をあて評価した。以下に述べる総括を参考に、貴院が目指す医療の実現に向けた取り組みの充実と発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

早期から、社会貢献や質の高い医療サービスを重んじる高い理念と基本方針が掲げられ、その実現に努力されている。掲げた理念・基本方針を実現するために「職員全員が主役の組織構築」を目指し実践されている。また、中期重点実施事項の策定など職員一丸となって取り組んでいる。

優秀な人材の確保と育成に努め、チーム医療の実践に努力されている。一方では、研究・研修を推進し専門性の向上に向けても指導力を発揮されている。さらに、多くの委員会活動や行動指針を用いた課題の達成を支援する組織運営も行われているなど、随所にリーダーシップを発揮されていることがうかがえ評価できる。

また、早期から「力量評価」や「フィードバック面談」（人材育成への取り組み）が行われ、その一環として人事評価制度が始まっており、その成果も見られる。能力開発については積極的に奨励され、部門ごとに職員も資格取得などに努力している状況がうかがえる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内掲示、病院案内、ホームページなどで患者・家族に周知し、職員は患者の権利が記載された携帯カードを所持している。診療記録開示は診療情報開示規定を整備して手順を定めている。説明と同意に関して「インフォームドコンセント管理規程」に方針があり、手順に則り適切に行われている。セカンドオピニオンを広報し運用されている。入院前からの面談や患者の理解を深める工夫がなされ、パートナーシップの強化に努力されている。相談窓口を設置し、ホームページや入院案内、院内掲示などで、分かりやすい相談体制の構築に努めている。倫理委員会が開催され、臨床倫理に関する課題も臨床倫理に関する基本方針に定め、対応についても明確になっている。入院前面談時に、すべての患者を対象として「医療に関する患者さんのお考え」に記入してもらい、患者・家族の思いを把握している。また、毎週開催される倫理カンファレンスでは、部署で発生した倫理的課題について検討し、解決困難時は倫理委員会に上げ検討されており適切である。

療養環境と利便性については、正面玄関に来院時のアクセスへの気配りがなされている。売店などは、患者の利便性から営業時間の配慮がされている。院内全体にゆとりが感じられ、外来・病棟は十分なスペースがある。採光や空調、臭気、いやしの空間など環境への対応も行き届いている。また、トイレや浴室の利便性・安全性が考慮されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は、意見箱への意見や患者満足度調査を通して収集・把握されている。収集された投書やクレームは、組織的に対応策の検討・分析がされている。また、関係部署での対応が図られた後、回答内容は掲示板への掲示や投書本人への回答も行っている。症例検討会は定期的に行われており、イントラネット上で最新の治療指針が活用できるよう整備されている。臨床指標として肺炎・尿路感染症発生率、透析患者の急性期病院入院率・死亡率、腹膜透析患者の腹膜炎発症率、褥瘡発生率などのデータ収集・分析を行っている。医療サービスの質の改善の取り組みとして、病院機能評価や ISO の継続的な受審に取り組んでいる。QC 活動も積極的に行われている。診療部門では物忘れ外来、整形外科外来を新設している。看護・介護部門では認知症ケア専門士を養成している。臨床研究は倫理委員会の審査のもと、患者の安全・倫理面を配慮し実施されている。

病棟に病棟責任医師、看護責任者が職員の顔写真と共に明示され、ベッドサイドに主治医、担当看護師、介護士が明示されている。各責任者による診療・ケアは、業務基準を作成し、部下の業務遂行状況や患者の把握などに努められている。医師

の診療記録は適切に記載され、診療録管理委員会の委員長が定期的に質的点検を実施している。多職種が参加する各種カンファレンスがあり診療、ケア、方向性などを検討している。また、多職種ラウンドや必要に応じて他科受診するなど、診療科間にまたがる診療協力も行われる仕組みであり適切である。

5. 医療安全

医療安全に関する体制は、院内感染対策も含む安全環境管理室が主幹となり、医療安全対策委員会、リスクマネジメント委員会が機能している。安全環境管理室から年4回医療安全に関するニュースを発行し、職員の医療安全に関する意識向上啓発に取り組んでおり適切である。アクシデント・インシデント・ヒヤリハットは収集され、年1回全体報告会を開催し、全職員に内容を周知している。特に0レベルの報告に力をいれており、安全に対する職員の意識が高まってきている。報告書の内容から分析、対策の実施、評価、見直しが行われ、看護手順に対策が反映された事例もあり適切である。

患者の誤認防止として、リストバンドの活用や患者自身による名乗り、顔写真付きのベッドネームを携帯し職員が付き添うようにしている。検体の確認やチューブ類の誤認防止も、手順に則り行われており適切である。電子カルテによって、医師の指示出しから始まる情報伝達は適切に実施されている。検査結果等の医師への報告は手順を定め、確実に行われている。麻薬等の鍵管理を含めた保管・管理は適切である。病院としてハイリスク薬を定め、他の薬品と区別して適切に保管・管理している。重複投与・相互作用・アレルギーなどは、電子カルテでリスクが回避されている。入院時、翌日、その後は毎月転倒・転落リスク評価を行い、リスクに合わせた対策を看護計画に反映し、実施・評価をしている。環境調整や見守りを強化するなど、転倒・転落対策が適切に行われている。病棟で使用されている医療機器は、始業前点検や臨床工学技士がラウンドし確認を行っている。また、設定条件は勤務ごと指示書で確認し、使用マニュアルに基づき使用している。職員の研修も行われており適切である。緊急時のコード設定はないが、対応フローの掲示や定期的に召集訓練と検証も行われている。年1回全職員へBLS・AED研修が行われており適切である。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が組織され定期的に開催され、本院からICNがアドバイザーとして参加している。各種マニュアルは整備され適宜改訂されている。ICTメンバーによるラウンドが定期的に行われ、院内の感染管理の状況を評価している。院内での感染発生状況は、院内感染対策委員会が収集・把握している。アウトブレイクへの対応は、アウトブレイクの定義や対応方法が明確になっている。

院内感染対策委員会の開催やICTによるラウンドを行っている。感染性廃棄物の回収は適切に行われているが、病室の感染性廃棄物のごみ箱や汚物室については、感染拡大を防止できるよう検討されることを望みたい。抗菌薬の適正使用に関する指針が整備されている。院内感染対策委員会で抗菌薬の長期投与患者やカルバペネ

ム系抗菌薬の使用状況について定期的に検討され、担当医師にフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への必要な情報の発信は、ホームページや病院案内などの媒体で行われており、病院の概要や各部門の紹介、各診療科の診療内容等が掲載され、臨床指標も公開されている。広報誌や年報も発行され、入院患者や連携する医療および介護関連施設への配布の他、ホームページにも掲載されている。医療福祉室で医療および介護関連施設等との紹介・逆紹介の対応などが行われ、地域の研修会や協議会への参加を通して、地域のニーズなどを把握している。患者や地域住民に向けては各種セミナーや教室が開催されている。さらに、地域の医療従事者向けには学術講演会やセミナーなどを開催し、介護関連職種との交流会も開催するなど、地域への教育・啓発活動は活発に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来における発熱患者は待合室を別にするなど、他患者へ配慮されている。侵襲的な検査として、上部消化管内視鏡検査、造影 CT 検査などがあり、患者への説明と同意のもと、安全に配慮し実施されている。医療ソーシャルワーカーを中心に医師、看護師も含めた入院判定会議が行われ、受け入れ困難事例には適切に対応している。医師は入院診療計画書を迅速に作成している。診療計画に基づき多職種によりケア計画が作成され、患者・家族への説明・同意が行われている。入院前より患者一人ひとりに担当 MSW が配置されており、医療相談内容は、心理的・経済的・社会的等多岐にわたっている。院内外の関係者との調整を図りながらの対応や、多職種との情報共有にも努め、医療相談活動のケース記録の記載・管理も適切である。入院前から、面談での説明や、病棟では担当看護師によりオリエンテーションが行われている。

医師は定期的に回診を行い診療録に記載しており、電子カルテを通じて多職種との情報共有を行っている。看護・介護体制は、受け持ち体制をとっている。看護・介護職の役割分担や日々の責任体制は明確であり、業務の運営管理にも努められている。血糖や脱水などの代謝障害の管理は血液検査を中心として、栄養障害は血液検査以外に管理栄養士との情報共有で、把握・管理している。精神症状は必要に応じ、非常勤の精神科医にコンサルテーションしている。服薬指導・薬歴管理は薬剤師が適切に実施している。抗菌薬の初回投与など、投与中・投与後の患者の状態確認が適切に行われている。輸血療法は透析患者に対する赤血球輸血のみ実施している。必要性とリスクについての説明と同意が得られた後、適正使用指針に沿って安全に実施されている。重症患者はスタッフステーション近くの病室に収容し、適切に管理されている。入院時、全患者にリスク評価とリスクに応じたケア計画が立てられている。褥瘡回診や NST、皮膚排泄ケア認定看護師の褥瘡回診同行での指導などの介入がある。また、ベッドサイドにポジショニングの写真を掲載し、ケアの統一を図っている。入院時に SGA 評価を行い栄養計画が立案されている。栄養不良や

食事調整が必要な患者は、NST が介入し評価している。VE 検査や言語聴覚士による嚥下評価、および嚥下状態に合わせた食形態の提供や栄養補助食品、自助具の工夫が行われている。患者の苦痛の訴えについて、フェイススケールを用いて判断し、多職種と共有し、情報交換しながら適宜対応している。麻薬使用基準やガイドラインは整備されている。リハビリテーション療法士、看護・介護スタッフによってリハビリテーション回診が定期的実施されている。摂食・嚥下機能や排泄機能、ADL 機能の維持・向上のためのリハビリテーションを、病棟スタッフと協働して取り組んでいる。年 1 回開催される院内のお祭りや週 1 回のレクリエーションが企画され、参加可能な患者が参加されている。寝たきりの患者でも離床を計画し、リハビリテーション後でもすぐに臥床せず、車椅子で離床時間を増やしている。また、味覚や匂いを嗅ぐレクリエーション、ハンドマッサージなどにより生活の活性化を図っている。散歩や日常着への着替えなども多くはないが行われている。

身体抑制は行わないことを前提としており、適応基準や手順が整備されている。やむを得ない場合に、身体抑制の必要性やリスクについて説明と同意が行われている。入院前から「医療に対する患者さんのお考え」を記入してもらう他、MSW が患者・家族の意向を把握し、毎月開催される退院検討カンファレンスで検討し退院支援を進めている。必要時に具体的な指導や支援活動、介護サービス関係者等との連携が行われている。ケアの継続に必要な情報はサマリーで提供されている。また、退院後の療養生活支援では、必要な情報は主治医、ケアマネジャーに報告し、外来や通所でのリハビリテーションの継続的な実施や、介護保険サービスに繋げて対応している。「医療に対する患者さんのお考え」に基づき、DNR や終末期医療が行われている。逝去時の振り返りは、全症例、主治医をはじめ多職種で行われていることは評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査は適切に行われている。病棟注射薬は 1 施用ごとに取り揃えられ、病棟の注射薬の調製・混合は看護師が薬剤師の適切な情報提供のもと実施されている。入院患者の持参薬管理や薬剤に関する情報収集など、病院全体の薬剤の使用や管理に対し、薬剤部門は適切に関与している。臨床検査機能は、細菌検査など一部外部委託となっているが、病院の機能に見合った臨床検査が自院で実施されている。異常値・パニック値の対応手順は整備され、確実に実施されている。診療放射線機能は X 線検査、CT 検査が、安全・確実に実施されている。CT 画像は本院の放射線科専門医によって遠隔診断され、画像診断の質は確保されている。栄養管理は全患者に栄養アセスメントが実施され、患者の特性や嗜好が把握され随時提供する献立に活かされ、栄養管理計画書に連動し評価見直しが適切に行われている。また、患者個々の摂食機能については、リハビリテーションも介入し個別対応を行い、行事食や季節食などを定期的実施するなど、努力もうかがえる。調理室内の衛生管理や温・湿度管理も適切に行われている。リハビリテーションは、医師の指示のもとで実施され、機能評価や訓練内容は電子カルテで医師や多職種と情報共有を行っている。リハビリテーション計画は定期的に評価・更新されて

おり適切である。診療録は電子化されており、紙媒体の過去診療記録も一元管理されている。量的点検や貸し出し管理も適切に行われている。診療の質向上に向けては、慢性期機関としての臨床指標への取り組みが、医師と連携して行われており評価できる。医療機器安全管理者の臨床工学技士により、医療機器台帳や年間点検計画が作成され一元管理されている。使用中の機器の管理、急な使用や不具合時に対応手順がある。職員の定期的な研修が行われている。洗浄・滅菌業務は外来看護師が担っている。滅菌の質保証は稼働時に物理的、生物学的インディケーターが実施されている。今後、化学的インディケーターでの確認も望まれる。

病理検査は、上部消化管内視鏡検査による検体がほとんどで、検査は本院で行われている。検体提出から診断結果の報告までプロセスは整備され、確実に実施されている。輸血療法委員会の委員長が輸血業務の責任医師であり、実際の業務は臨床検査科が担当している。輸血の用途は透析患者の赤血球製剤だけであるが、発注からの一連のプロセスは手順が整備され、輸血・血液管理は適切に行われている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、各部門とのヒアリングに基づく予算の作成と執行が適切に行われている。会計処理は病院会計準則に基づいて実施され、財務諸表も作成されている。会計監査の仕組みもあり、運営会議において達成度を評価する仕組みもある。医事業務の手順は確立されており、レセプトの査定状況も医師の関与の下、適切に取り組まれている。日々の会計処理も適切である。業務の委託については、業務内容や価格などを考慮し適切に業者選定がなされている。管理面に関しても、研修実施や事故発生時の具体的な対応手順も定められており適切である。施設・設備の管理は適切に行われている。エネルギーや防災システムは、全体を監視する機能を有している。感染性医療廃棄物の処理についても適切な状況となっている。物品管理は現場の意見を聞きながら購入・管理にあたっている。棚卸も毎月行われ良好である。

火災を想定した対応マニュアルの策定と訓練は適切に行われている。地震など大規模災害に向けた対応は、自治体や法人本部と連携した防災計画も検討されている。停電時の対応についても適切である。食料や飲料水の備蓄は、現在3日以上が確保されている。保安業務は、昼夜間の緊急時の連絡・応援体制が明確に整備されており適切である。また、施錠や出入りのチェック、夜間の院内の巡回も適切に実施されている。医療事故への対応は、紛争の恐れがある事案、訴訟が発生した場合のいずれについても、速やかに状況が掌握でき対応が図れる体制にある。また、患者・家族への説明なども慎重に行われ、並行して原因究明や再発防止に向けた取り組みも、速やかに行われる仕組みである。

11. 臨床研修、学生実習

学生の実習の受け入れは看護大学、社会福祉士養成の学校からの受け入れが行われ、学校との協定に基づき医療安全や感染制御なども適切に行われている。

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	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	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	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	A
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	B
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	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	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	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	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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 9 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人豊田会 刈谷豊田東病院

I-1-2 機能種別：慢性期病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：愛知県刈谷市野田新町1-101

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	50	50	+50	94.9	199.1
療養病床	148	148	-82	87	226.8
医療保険適用	148	148	-82	87	226.8
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	198	198	-32		

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		
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： 16 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

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	221.23	225.71	217.03	98.02	104.00
1日あたり外来初診患者数	5.11	5.13	5.12	99.61	100.20
新患率	2.31	2.27	2.36		
1日あたり入院患者数	201.04	215.70	235.28	93.20	91.68
1日あたり新入院患者数	0.90	0.75	0.72	120.00	104.17