

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3月28日～3月29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 条件付認定（6ヶ月）

■ 改善要望事項

- ・機能種別 リハビリテーション病院
 1. 病院全体で活用可能な医療安全マニュアルを整備してください
(1.3.1)

1. 病院の特色

貴院は1996年12月に大島病院170床を引き継ぎ、1996年4月に介護力強化型老人病院として開設された。1999年に療養型病床群病院120床に転換し、2003年には現在地に新築移転された。新築移転とともに、介護老人保健施設100床と通所施設も併設された。2004年に回復期リハビリテーション病棟60床を設置し、地域におけるリハビリテーション医療を担うほか、外来ではかかりつけ医としての機能を発揮し、地域に貢献されてこられた。2018年に病床60床を介護医療院に転換し、回復期リハビリテーション病棟60床の病院として、急性期病院からの円滑な入院受け入れに注力している。退院後に継続的なリハビリテーション・ケアが必要な患者に対しては、ニーズに適した外来・通所・訪問などのサービスを提供している。

今回の病院機能評価では院長を中心に、職員一丸となって取り組んでこられた。多くの評価項目で適切と評価され、本報告書を活用し今後も質改善に取り組み、理念を達成・実現し、貴院がますます発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念・基本方針をわかりやすい表現で明文化し、病院内外に周知している。基本方針の検討・見直しも行っている。病院運営の意思決定会議は管理会議であり、必要な会議・委員会を開催している。長期計画に基づいた事業計画や部署ごとの目標設定を行い、評価している。情報の管理・活用の方針は明確であり、情報システムの導入・活用・更新に計画的に対応している。文書管理規程を整備し、管理・運用している。

病院の役割・機能に応じた人材を確保するとともに、人材の確保に向けて努力・工夫している。人事・労務管理に必要な各種規則・規程を整備し、ポータルに掲載して職員が閲覧できる環境を整備している。労働安全衛生委員会を毎月開催し、健康診断の実施や労働災害の予防に取り組んでいる。職員の意見・要望は会議・委員会での意見集約のほか、職員満足度調査や職員面接で把握し対応している。

全職員を対象とした教育・研修は管理会議で検討し、年間計画を作成している。看護・介護部門、リハビリテーション部門、事務部門では目標管理システムの仕組みの中で各職員の能力を評価している。看護・介護部門、リハビリテーション部門、事務部門では初期研修プログラムに基づいた研修を行っている。リハビリテーション部門で学生実習を受け入れている。療法士複数名のチームを組み、診療参加型の実習体系で指導している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は6項目に分けてわかりやすい言葉で明文化し、病院玄関や病棟に掲示している。説明と同意の方針と手順を整備している。セカンドオピニオンは患者の権利として入院案内に明記し、ホームページにも掲載している。診療・ケアに必要な情報はホームページ、入院案内、院内掲示等で提供している。患者の理解を深めるため、各種パンフレットを外来窓口に備え付け、活用している。患者・家族からの相談窓口として患者支援相談窓口を設置し、看護師や社会福祉士が様々な相談に対応している。個人情報保護方針や個人情報保護に関する規程を整備し、職員に周知している。電子カルテのログインパスワードは、英数字文字を混在した8桁で設定し、60日で更新する運用としており、目的外での電子カルテへのアクセスは行わないことを周知・徹底している。

院内はバリアフリーであり、必要な場所に手摺りを設置するとともに、車椅子を配備するなど高齢者や障害者に配慮している。病棟や病室は広く、診療・ケアに必要なスペースが確保されている。院内は整理整頓され、清掃が行き届いている。全館禁煙・敷地内禁煙の方針が徹底されている。

4. 医療の質

各部署での5S活動を継続的に取り組んでいる。診療の質改善では多職種による症例検討会によるリハビリテーションの目標設定や修正への検討を行っている。脳卒中および大腿骨頸部骨折の地域連携パスを活用しているほか、両疾患の診療に関するガイドラインを活用した診療が行われている。患者・家族の意見・要望は意見箱や入院満足度調査アンケートで収集し、医療サービス向上に向けて取り組んでいる。法人の倫理委員会が設置され、臨床研究での倫理審査の仕組みはある。

病棟の責任者として医師や看護師をはじめ、療法士や介護福祉士などの氏名が明示されている。主治医不在時の対応も含め、診療・ケアの管理・責任体制を明確にしている。医師は毎日の回診を行い、診療記録に適時記録している。診療記録の質的点検は医師、看護師、介護福祉士、療法士、診療情報管理士で構成する監査チームが規定の項目に基づき実施している。各種委員会をはじめ、認知症チームや褥瘡

予防対策チームなどが定期的に活動し、協働して患者の診療・ケアを実践している。チーム医療の必要性を認識し、それぞれの専門性を発揮している。

5. 医療安全

医療安全管理者として専任の総看護課長を配置している。組織横断的な活動を実施していくための権限を付与し、明文化することを期待する。病院全体で活用が可能なマニュアルを整備するなど、安全確保に向けた体制を確立するよう引き続き改善が望まれる。安全確保に向けて情報収集し検討を行っているが、各種の手法を用いて科学的に分析し、再発防止策等に役立てることが望まれる。アクシデント・インシデントは部署ごとに報告・集約され、早期に対応すべき事案については、迅速に情報を収集し対応している。医療事故発生時の対応は医療介護安全管理基準内に明記し、職員に周知している。事故発生時には臨時の医療介護安全管理委員会を開催し、原因究明と再発防止策を検討している。

患者確認は氏名の名乗りを基本としている。外来では受付票、入院ではネームバンドによる確認を行うことを定め、患者・家族の協力を得て実践している。医師の指示出し、看護師の指示受けと実施は電子カルテで行われている。口頭指示は原則禁止としているが、やむを得ない場合は病棟配置薬の使用のみとし、看護師が医師からの口頭指示を復唱して電子カルテメモに記載し、医師が正式に電子カルテに記載する手順がある。医薬品安全管理責任者が薬剤の安全使用に関する職員への教育・研修を行っている。電子カルテ上では薬剤の重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避対策を講じている。全入院患者を対象に転倒・転落リスク評価を行い、防止対策を立案するとともに、再評価している。病棟に配置されている医療機器は心電図モニターだけであり、使用する職員への教育・研修を行っている。院内緊急コードを設定し、職員に周知している。全職員を対象にBLS訓練を定期的に行い、各部署でシミュレーション訓練も行っている。

6. 医療関連感染制御

院長を責任者とし、多職種で構成する感染対策委員会を設置している。感染対策委員会のもと、感染防止対策室と新型コロナ対策委員会を設置している。感染防止対策室では感染情報の収集と分析を行い、新型コロナ対策委員会では新型コロナ感染に特化した活動を行っている。感染制御チームが組織され、週1回の院内ラウンドとミーティングを行い、感染対策委員会に感染情報や感染対策に関する報告を行っている。医療関連感染に関して、尿路感染などの発生状況は定期的に報告されているが、情報収集にとどまっているため、十分な分析や検討が期待される。

院内のあらゆる場所に擦式アルコール手指消毒剤を設置し、必要時に手指消毒ができるよう配慮されている。感染事故防止の観点から廃棄物分別一覧を作成し、分別・廃棄している。抗菌薬使用指針を策定しており、同じ抗菌薬が長期投与されている場合は、医師に注意喚起する仕組みがある。

7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスの内容等は広報誌、ホームページ、病院案内、入院案内で情報発信している。SNS等を活用して病院の医療活動を発信している。医療介護連携相談室が地域の医療関連施設等の状況を把握するとともに、地域連携会議や地域連携パス会議に参加し、連携強化を図っている。専任担当者の配置や地域連携パスに参加するなど、急性期病院からの円滑な入院受け入れに注力している。退院後に継続的なリハビリテーション・ケアが必要な患者に対しては、外来・通所・訪問などのサービスを提供している。インフルエンザワクチン接種や带状疱疹予防接種などの予防接種、特定健康診断や企業健康診断、もの忘れ健診を実施しているほか、「元気もりもり体操教室」や認知予防など、地域の健康増進や介護予防に寄与する活動を行っている。健康教室を定期的で開催し、専門職がそれぞれの専門を生かした健康に関する講話を行っている。健康友の会への講師派遣など地域に向けて医療に関する教育・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

外来診療は一般外来以外に、医療保険対象者の外来リハビリテーションと介護保険対象者の訪問リハビリテーションを実施している。医師の指示のもと、リハビリテーションの実施や変更・中止が適切に行われている。診断的検査は医師が検査の必要性和リスクの説明を行い、患者・家族の同意を得て実施している。法人連携室を窓口として入院の申し込みがあり、院長、病棟看護師、療法士、薬剤師間で院内メールを利用して協議し、入院可否を判定している。入院日に医師の診察とともに多職種による評価を行い、入院カンファレンスを開催し、患者の心身機能や合併症およびリスクを共有し、患者・家族の希望や意向も反映して入院診療計画書を作成している。医療介護連携相談室を設置し、患者・家族からの様々な相談に対応できる体制を整備している。入院が決定されると社会福祉士が患者・家族と面談し、円滑な入院につなげている。

医師は毎日の回診を行い、リハビリテーション処方だけでなく、看護師や療法士等への指示など、リーダーシップを発揮している。看護師や介護福祉士は能力に応じた業務分担を行っている。患者の身体的・心理的・社会的ニーズをもとに看護計画を立案し、必要なケアや支援を行っている。全入院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講じている。管理栄養士は毎日ミールラウンドを行い、患者の身体・栄養状態や喫食状況を把握している。症状を訴えられない患者には、バイタルサインなどの客観的な評価や、患者の表情の変化を読み取る工夫などで対応している。入院2週間以内に、ICFの視点でリハビリテーション総合実施計画書を作成し、理学療法、作業療法、言語聴覚療法を確実・安全に実施している。定期カンファレンスを通して、適宜目標や訓練プログラムの見直しを図っている。生活機能の向上を目指して多職種での再評価カンファレンスを定期的で開催し、目標や方針を確認して看護計画やリハビリテーション実施計画書に反映させている。身体拘束は必要最低限に実施されており、身体拘束の開始時は医師の指示のもと、患者・家族に必要性和リスクを説明し、同意を得て

いる。社会福祉士は患者・家族の意向と退院先などの情報を聴取した上で、退院後の課題や退院支援に関する必要事項を抽出し、不安なく退院できるように対応している。継続した療養が必要な患者に対しては、院内外の関係職種とカンファレンスを開催するほか、情報提供書やサマリーを活用し、継続した診療・ケアを実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は薬剤師3名体制で処方鑑査、調剤鑑査および疑義照会を確実に実施している。注射薬の調製・混合は病棟看護師が行っているが、必要時には注意喚起を記載した用紙を注射薬に付け、病棟に払い出している。臨床検査機能は臨床検査技師1名が生理検査と一部の検体検査を行う以外は外部委託である。外部委託業者からのパニック値の報告は確実に医師に伝えられている。画像診断機能は診療放射線技師2名体制で一般撮影、CT検査、造影検査に対応している。放射線科医の読影は遠隔診断が行われている。栄養科の業務は全て直営であり、献立の作成、食材の発注・検収・保管、下処理、調理、盛り付け、配膳、下膳、食器の洗浄・乾燥・保管の一連の業務が衛生的に実施されている。年2回の喫食アンケートを実施するなどして食事の改善に取り組んでいる。リハビリテーション機能では医師を中心とする多職種カンファレンスを行い、リハビリテーション処方のもと、リハビリテーションプログラムを作成し、訓練を実施している。定期カンファレンスにより目標やプログラムの見直しを行っている。リハビリテーション訓練室での急変時対応や屋外訓練での緊急時の連絡手順も整備している。電子カルテを導入し、1患者1ID番号で診療情報を一元的に管理している。診療記録の量的点検は30項目程度のチェックリストに基づき、退院時に全件実施している。医療機器は使用する部署に配置され、各部署で管理している。日常点検は看護師が行い、機器メーカーによる定期的な点検を実施している。医療器材はディスプレイ製品の使用を原則としている。一部の器材は個人防護具を装着して手順に則り一次洗浄を行い、滅菌は関連病院で行っている。

10. 組織・施設の管理

予算案は管理会議や本部事務長会で検討し、法人の専務スタッフ会議や理事会の承認を経て決定されている。経営状況を把握するために経営報告書を作成し、検討・分析するとともに、経営改善に努めている。レセプトは事務職員が作成・点検し、必要時に医師に点検を依頼している。未収金については手順を作成し、担当者を決めて回収に努めている。委託の是非は現場からの意見を踏まえ、管理会議で検討している。委託先の選定にあたっては数社から見積もりを取り、管理会議での検討を経て法人専務スタッフ会議で選定される仕組みとなっている。

病院の役割・機能に応じた施設・設備を整備している。現場での日常点検のほか、年間の保守計画に基づき定期的な点検が確実に実施されている。医薬品の選定は法人の薬事委員会で審議・決定し、医療消耗品の選定は管理会議で審議・決定している。医療機器や高額医療の選定・購入は管理会議の承認を受けた後、法人専務

スタッフ会議で決裁を受ける仕組みとなっている。

大規模地震、津波、水害等に対応する BCP を策定し、訓練を実施している。消防計画で緊急時の責任体制を明確にし、年 2 回の消防訓練を実施している。保安業務では夜間・休日は委託の事務当直 1 名を配置し、院内・敷地内巡回の警備業務を行うほか、出入者の監視・管理を行っている。院内の必要な場所に防犯カメラを設置しているほか、患者の無断離棟・離院への対応のため、玄関に顔認証システムを設置している。

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 | B |
| 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 | 患者の個人情報適切に取り扱っている | 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 | B |
| 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 | C |
| 1.3.2 | 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている | B |
| 1.3.3 | 医療事故等に適切に対応している | 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 | B |
| 1.5 | 継続的質改善のための取り組み | |
| 1.5.1 | 業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる | B |

| | | |
|-------|---------------------------------------|---|
| 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 | 患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる | 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 | B |
| 1.6 | 療養環境の整備と利便性 | |
| 1.6.1 | 施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている | A |
| 1.6.2 | 療養環境を整備している | B |
| 1.6.3 | 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 | 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 | B |
| 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 | B |
| 2.1.10 | 抗菌薬を適正に使用している | B |
| 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 | 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 | 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 | 栄養管理と食事支援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 | B |
| 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 | 身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている | B |
| 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 | 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 | NA |
| 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 | NA |
| 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 | |
| 4.1.1 | 理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている | A |
| 4.1.2 | 病院運営を適切に行う体制が確立している | B |
| 4.1.3 | 計画的・効果的な組織運営を行っている | A |
| 4.1.4 | 院内で発生する情報を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 | B |
| 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 | B |
| 4.3.2 | 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている | B |
| 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 | B |
|-------|-----------------|---|

| | | |
|-------|---------------|---|
| 4.5.2 | 購買管理を適切に行っている | A |
|-------|---------------|---|

4.6 病院の危機管理

| | | |
|-------|------------------------|---|
| 4.6.1 | 災害時等の危機管理へ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 |
|-------|---------------|---|

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人名南会 名南ふれあい病院

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：愛知県名古屋市中南区豊田5-15-18

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 | | | | | |
| 療養病床 | 60 | 60 | +0 | 88.8 | 73.4 |
| 医療保険適用 | 60 | 60 | +0 | 88.8 | 73.4 |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 60 | 60 | +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 | 60 | +0 |
| 地域包括ケア病床 | | |
| 特殊疾患入院医療管理料病床 | | |
| 障害者施設等入院基本料算定病床 | | |
| 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 |
| 1日あたり外来患者数 | 24.13 | 23.56 | 21.87 | 102.42 | 107.73 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 1.62 | 1.71 | 1.12 | 94.74 | 152.68 |
| 新患率 | 6.72 | 7.27 | 5.13 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 53.39 | 55.09 | 56.54 | 96.91 | 97.44 |
| 1日あたり新入院患者数 | 0.81 | 0.90 | 0.90 | 90.00 | 100.00 |