

# 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7月25日～7月26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、透析医療センターの開設、療養病棟から回復期リハビリテーション病棟への転換などを経て、リハビリテーションと透析医療を行う、地域唯一の病院として現在に至っている。地域からの大きな期待のもと、重要な役割を担っている貴院は、同一法人の急性期病院と密に連携し、互いの医療機能を分化・強化して、効率的かつ合理的な運営体制を築き、地域医療に貢献している。

病院機能評価を継続して受審し、第三者評価を活用しながら、医療サービスの質向上への取り組みを進めていることは評価される。今回の審査でも、全般的に適切な水準に達していることが確認された貴院が、今後とも病院機能の充実に努め、さらなる発展を遂げら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・基本方針は明文化され、院内外への周知が図られている。病院管理者や幹部は将来の方向性を示し、現状の課題解決に向けリーダーシップを発揮している。組織図や組織規程について、より明確化されるとよい。電子カルテが導入され、情報管理規程が策定されている。文書管理は、規程に基づきおおむね適切に運用されている。

施設基準を満たす人材が確保されており、さらなる機能の充実に向け採用に努めている。人事・労務管理は適切である。衛生委員会が機能し、職員の安全・衛生面・メンタルヘルスマネジメントに努めており適切である。保育所の設置や病児保育への対応、また「京都いきいき働く医療機関」の認定など、働きやすい環境づくりに努めている。教育・研修は法人内の委員会で計画を立て、実施し、職員全員が受講でき

るよう整備している。なお、内容に関しては貴院内で必要とする課題を検討・実践されると、さらによい。人事考課制度を導入し、目標管理が実施され、能力評価・能力開発の体制ができており評価できる。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利と責任を明文化し、権利擁護に努めており、診療録の開示実績も見受けられた。説明と同意に関しては、範囲を定め、患者等の理解度を確認し対応している。医師を含め多職種で患者カンファレンスを実施し、画像などでわかりやすく説明して、患者の医療参加を促進している。相談室を設置し MSW が多様な相談を受け、支援している。

個人情報保護については規程が整備され管理されているが、規程の再検討が期待される。また、プライバシーの保護状況について再確認されるとよい。臨床における倫理について、委員会や規程は整備されているが、倫理的課題に対する病院としての方針・考え方の明記、課題解決を目的とした取り組みの面で、検討の余地がある。また、患者・家族が抱えている倫理的課題を院内で共有し、対応の統一化を図ることが期待される。

病院利用のためのシャトルバスが運行され、アクセス面の配慮がある。院内はバリアフリーであり、廊下も広く、高齢者や車椅子利用者・障害者の安全性にも配慮している。病室・廊下など広い空間が確保され、落ち着いた雰囲気にくつろげる環境があり、トイレ・浴室は機能訓練としての環境も整備している。敷地内禁煙であり、職員への禁煙推進に向けた取り組みがあり適切である。

### 4. 医療の質

投書箱を設置している他、患者満足度調査からの意見や苦情を、委員会や主要な会議で検討し、質改善の取り組みとしている。多職種による回診や病棟カンファレンスの頻繁な開催により診療の質向上が図られており、地域連携パスの利用率や在宅復帰率も高い。また、看護・介護の質向上や、病棟運営に関する委員会など、多職種参加による業務改善、さらに 5S 活動など、組織的な取り組みを行っている。新たな診療技術の導入においては準備委員会を設置して検討し、対応した実績がある。

病棟では医師・看護師・リハビリテーション責任者を明示し、責任体制を明確にしているが、外来でも同様に示されるとよい。診療記録については略語マニュアルを整備し、情報の一元化・共有化を図り、チーム医療の実践に活用している。退院時サマリーは 100%作成され、質的点検も実施されており、適切である。リハビリテーション総合実施計画書や各種カンファレンスなどにおいて、多職種が協働して評価し、進捗状況を確認しながら在宅復帰に向け診療・ケアに取り組んでおり、適切である。

## 5. 医療安全

管理者や責任者の下で、医療安全に関する委員会やリスクマネージャー部会を定期的に開催し、研修会の企画やカンファレンスの実施、安全ラウンドによる療養環境の確認など、安全文化の醸成に向け取り組んでいる。アクシデント・インシデント報告が各部署から収集され、カンファレンスにより検討されている。報告を基にRCAなどで分析後、改善策を講じる体制を整備している。

フルネームでの名乗り、ネームバンドでの確認、スタッフの同行により患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践しており、適切である。情報伝達エラー防止対策として、医師の指示出し・指示受けと実施確認は電子カルテを運用し、看護部でも指示の変更や中止に対する手順を整備している。電子カルテの情報を中心にアレルギー・禁忌・重複投与のリスク回避および副作用情報など、薬剤の安全使用に向け取り組んでいる。転倒・転落防止については、リスクアセスメントを実施し、防止計画を立て危険度に応じて表示を行っており、安全ラウンドにより転倒患者が減少している。医療機器は臨床工学技士が、使用場所を日々ラウンドして点検を行っており、安全に使用されている。救急コールや救急カートを整備し、患者等の急変時の対応に備えており、適切である。

## 6. 医療関連感染制御

感染防止に関する委員会とICTが中心に活動している。ICTによる院内ラウンドが定期的に行われており、委員会に報告し、現状の把握や、防止策などの教育・研修にも取り組んでいる。感染症情報センターなどの院外情報と院内感染情報を併せ、委員会でまとめ定期的に報告を行い、検討している。手指消毒の状況は定期的に把握しており、リハビリテーション実施前後も徹底している。アウトブレイクの定義や対策が整備されており、インフルエンザ流行時の対応実績もある。ただし、微生物のサーベイランスについて、感染対策マニュアルに記載されているが、今後は実際の取り組みが望まれる。

ICTのラウンドにより手洗いの励行、PPEの着用、マニュアルの遵守状況について確認が行われ、手指衛生に関するポスター掲示、速乾式消毒液の使用状況のモニタリング、血液の付着したリネンの取り扱いなど、感染制御のための活動が適切に行われている。抗菌薬の使用に関しては、委員会への報告やICTラウンドにより患者の抗菌薬および抗生物質の使用状況を確認し、医師にフィードバックする仕組みがあり、適切に対応している。特定抗菌薬は届け出制で、委員会に報告している。

## 7. 地域への情報発信と連携

院内の診療情報や法人全体の取り組みを、広報誌やホームページなどを活用し、地域等に向け発信している。また、年報を継続的に発行し、診療情報や診療実績などを詳しく示している。相談室に所属するMSWが、地域の医療・介護関連施設との連携を図っている。紹介患者の多くは、法人内の関連病院からであるが、他の医療機関からの入院紹介患者への対応も十分行われている。地域の医療連携ネットワークや、相談会にも参加し連携体制の充実を図っている。

病院機能のリハビリテーション、透析医療を中心に、透析教室を開催したり、地域の訪問介護・介護職向けの勉強会を行ったりしている。また、小学生・中学生を対象とした職業体験や野球肘健診など、健康増進や介護に関する活動を行っている。「たなべ健康まつり」を継続して開催し、健康管理やリハビリテーションについての講演などを行い、多数の地域住民が参加している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診患者は予約や入院目的の紹介患者が多いため、待ち時間もなく、手順に従って良好に受け付け業務を行っている。診療は障害者スポーツと漢方の患者が対象で、処置・検査なども円滑に行っている。侵襲性の高い嚥下造影検査は、よく説明し同意を得て、安全に実施している。自院で対応できない検査は、関連法人の病院に依頼し実施する仕組みがある。入院は基準により、多職種のスタッフで構成する会議で判定し、決定後は迅速に対応している。入院診療計画は多職種が協働して作成しており、初回はリハビリテーション総合実施計画書を作成・実施する。定期的および臨時のカンファレンスにおいて医師・看護師・療法士・MSW・管理栄養士・薬剤師で計画の見直し・評価を行っている。

MSW が病棟にも配置され、退院後の生活不安など多様な相談に対応している。地域唯一のリハビリテーション病院で、地域住民からの期待度も高く、外来者から受診相談やリハビリテーション希望、介護疲れなどの相談を受け、病院や施設、地域包括支援センターなどと密に連携し、社会資源との調整を行うなど、医療相談への対応は優れており高く評価できる。入院決定後に MSW が家族から情報を収集し、各部署と連携して、入院前の院内見学や面談に応じている。入院当日は、病棟職員が院内を案内しオリエンテーションが行われ、円滑に入院できる対応であり、適切である。

医師は、指示・処方を出し、カンファレンスへの参加、スタッフとの交流により情報を共有して、日々の回診に活用しており、チーム医療のまとめ役としてリーダーシップを発揮している。看護方式は固定チームナーシングであり、その日のリーダーや受け持ちは、能力に応じた業務体制を取り、看護師・介護士と協働で病棟業務が実施されている。入院時の持参薬管理、投薬および服薬指導、看護師が行う注射薬の調製・混合への注意伝達などに、薬剤師の適切な関与がある。輸血の実施は患者の同意を得て、確実・安全に実施している。全入院患者に褥瘡危険因子の評価と褥瘡対策に関する診療計画書を作成し、認定看護師を中心に予防・治療を適切に行っている。入院時に栄養評価を行い、個別の介入を行っている。栄養業務委員会や食事改善委員会で治療食・嚥下食の患者に対する検討を行い、栄養管理や栄養指導を行っており適切である。症状緩和に関する看護ケアマニュアルを作成し、患者の訴えを傾聴の上、精神面の苦痛軽減や評価を行い、症状緩和への対応を行っている。

入院後速やかに初期評価とリスク評価が行われ、実施計画に基づき系統的なリハビリテーションが提供される。理学療法士は 365 日の訓練および日常生活動作支援を目的とした訓練を行っており、作業療法士は高次脳機能訓練を含めた評価を行

い、リスクを把握し安全な訓練に努めている。言語聴覚士はVF など摂食・嚥下障害に対する評価を行い、高次脳機能障害患者へのアプローチや失語症、構音障害患者への訓練を行っている。

食事は原則食堂で行っており、可能な限り車椅子から椅子への移乗を推進し、排泄は可能な限りトイレで行う。また、病棟内でのレクリエーションにより生活機能の向上に向けた取り組みが行われている。身体抑制は、原則行わない方針で取り組んでいる。退院後の方向性について、患者・家族の同意を得て多職種で入院時に検討し、家屋調査の結果をもとにリハビリテーション訓練へ反映している。介護指導・服薬指導・外泊訓練や介護施設などと連携し福祉サービスを提供するなど、退院支援は適切である。退院後、継続したリハビリテーションが必要な場合は、外来・訪問リハビリテーション、訪問看護などの診療・ケアを提供している。他の医療機関・施設へは各種サマリーにより情報提供している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、調剤業務手順や調剤内規を整備し、処方鑑査、調剤鑑査を行っている。入院時の持参薬の管理から調剤過誤、疑義照会、副作用など医薬品の安全情報を DI ニュースで各部署に提供している。医薬品の保管状況も含め、適切な機能である。臨床検査では、臨床検査技師は法人本部より派遣され勤務しており、機能が適切に発揮されている。画像診断では X 線一般撮影、X 線テレビ装置による嚥下造影検査が行われ、CT・MRI での撮影が必要な場合は関連の急性期病院で実施されている。放射線科医師の読影も行われており、機能は適切である。

栄養管理では、調理部門を委託し、食事提供では適時・適温配膳が実施され、嗜好調査や患者の状態・特性に配慮した対応を行っている。栄養業務委員会や NST に参加し食事の評価や摂食・嚥下障害への対応も個別に行っている。大量調理マニュアルに基づき安全な食事提供に努めており、管理機能は適切である。リハビリテーションでは、入院時また早期に、多職種合同評価を行い、目標設定・プログラムを作成し、訓練を開始している。リハビリテーションは 365 日実施しており、標準化にも努めている。退院支援の取り組みでは、入院初期から退院支援の計画を立て住宅訪問を随時行うなど、在宅復帰率を高めており、機能を適切に発揮している。診療情報管理では、診療情報管理士を配置し、診療情報や診療記録の一元的な管理を行っている。診療記録は電子カルテなどにより 1 患者 1ID で登録・管理し、取り違え防止策も取られている。電子カルテは法人の急性期病院と一体化し、安全対策への配慮も実施しており、機能は適切である。医療機器管理は、臨床工学技士が各部署をラウンドし医療機器の使用状況の確認、定期的な点検・管理を行っており、機能を適切に発揮している。洗浄・滅菌では、すべてを使い捨てとしており、鋼製小物の器具は法人の急性期病院の中央材料室に洗浄・滅菌を委託し、適切に行われている。輸血・血液管理は、透析部門を中心に実施されており、責任医師を配置し、輸血療法委員会を設置している。発注、保管・管理業務を含め、機能は適切である。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営では年度予算を作成し、事業運営を行っている。会議で運営実績と予算対比し実績評価が行われており、財務諸表を作成し、公認会計士の監査を受けている。リハビリテーション医療と透析医療の特性を捉えた状況の判断と分析が行われており、運営と管理は適切である。医事業務はマニュアルに基づき、受付から会計、レセプト作成業務までが行われている。レセプト作成から査定・返戻まで医師の関与もあり、適正な請求業務を行っている。外部委託についての規程を整備し、適切な委託業務を実施している。今後はさらに、医療サービスの質の向上を目指し、業務委託者との話し合いの場を設けるとよい。

施設・設備では、日常点検・定期点検が適切に行われ、緊急時の連絡体制も整備されている。経年劣化に対する現状把握がなされ、廃棄物の処理等も適切である。診療材料など物品の取り扱いについては、新規採用品や補充を法人本部への申請により行っており、おおむね適切である。防災計画や消防計画を策定し、災害時の対応を行っている。訓練が行われ、職員への緊急時連絡体制が整備されており、事業存続計画が策定され、災害時の緊急体制への整備が進められている。夜間は事務当直者を配置し、保安体制を整備している。監視カメラの設置や警備会社との契約も行っており、おおむね適切である。

マニュアルに基づき対策が検討されており、医療事故への対応は適切に行われている。損害賠償責任保険への加入も確認できる。

## 11. 臨床研修、学生実習

初期研修については、新入職員研修制度として、法人全体で実施している。各専門職は同等に研修を受け、フォローアップ研修を行い、その後、評価とともに症例発表およびアンケートを行う体制がある。全体研修後は看護部、リハビリテーション部、社会福祉士など各部門での初期研修計画に沿った研修が行われ、基礎能力の育成が図られており、適切である。

医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士の実習生を受け入れている。各学校との契約、学校のカリキュラムに沿って実習が行われている。契約時には医療安全・感染制御に関する教育、患者・家族との関わり、実習中の医療事故などを協議しており、適切な実習が行われている。

# 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              | 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                | 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             | B |
| 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 | B |
| 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     | S |

|        |                           |    |
|--------|---------------------------|----|
| 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    | 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   | 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              | B |
| 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 | 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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 年 3 月 15 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団石鎚会 田辺記念病院

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：京都府京田辺市田辺戸絶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   |       |       |            |          |           |
| 療養病床   | 120   | 120   | +0         | 79.7     | 62.2      |
| 医療保険適用 | 120   | 120   | +0         | 79.7     | 62.2      |
| 介護保険適用 |       |       |            |          |           |
| 精神病床   |       |       |            |          |           |
| 結核病床   |       |       |            |          |           |
| 感染症病床  |       |       |            |          |           |
| 総数     | 120   | 120   | +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                | 53    | +4        |
| 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      | 120   | +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

## 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    |
|              | 2018  | 2017  | 2016  | 2018   | 2017   |
| 1日あたり外来患者数   | 65.18 | 66.02 | 64.69 | 98.73  | 102.06 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 0.35  | 0.22  | 0.22  | 159.09 | 100.00 |
| 新患率          | 0.54  | 0.34  | 0.34  |        |        |
| 1日あたり入院患者数   | 95.64 | 95.89 | 95.33 | 99.74  | 100.59 |
| 1日あたり新入院患者数  | 1.56  | 1.41  | 1.31  | 110.64 | 107.63 |