

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「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 9 月 29 日～9 月 30 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 一般病院 1 認定

機能種別 リハビリテーション病院（副）認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
該当する項目はありません。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は SG グループの病院であり、関連施設として健診施設、介護老人保健施設、看護学校等を擁している。かかりつけ患者から救急、在宅までシームレスな医療を行っている。特にリハビリテーションは、急性期病院から脳卒中や大腿骨骨折等を受け入れ、治療後は在宅での継続したリハビリテーションに積極的に取り組んでいる。今回の病院機能評価受審では、貴院が積極的に改善活動に取り組んでいることがうかがえ、前回より改善がみられた点も多い。一方で、さらなる改善を期待する点も見られた。今後も継続的な改善活動を続け、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

理念・基本方針は定められ、見直しもされている。患者には、ホームページ、入院案内等で周知している。病院管理者・幹部は、病院の将来像を月に 1 回の全体朝礼で伝え明確にして、各種課題解決に関わっている。組織運営は、幹部会議が病院の最高意思決定機関である。中期計画・年度事業計画は策定している。なお、組織図は分かりやすく実態に沿ったものとなるよう見直しを望みたい。情報管理および文書管理は適切である。

人材確保は、法定必要人数を確保している。人事・労務管理は、就業規則を策定しているが、職員の出退勤管理は客観的な把握・管理方法について検討されたい。職員の安全衛生管理は、衛生委員会は毎月開催されており、職員の健康診断は医師も含めて100%実施し、非常勤医師の受診確認も行っている。職員にとって魅力ある職場づくりは、職員の意見は人事考課面接や職員満足度調査で把握している。夜勤専従看護師の雇用や、短時間勤務常勤制度もある。

職員への教育・研修は、全職員対象の年間教育・研修計画は、教育委員会で策定している。感染対策、安全等の必要な教育・研修を行い、欠席者にはDVD視聴、レポート提出、テストを行っている。職員の能力評価・能力開発は、人事考課規則に則り職員の能力評価を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化して、院内掲示や入院案内およびホームページへの掲載により、患者・家族への周知が図られている。説明と同意は、インフォームドコンセント指針が作成され、説明と同意を行う処置や検査が規定されている。説明と同意時には看護師が同席することを基本としている。患者との診療情報の共有と医療への患者参加の促進は、入院診療計画書や患者用クリニカルパス、各疾患・治療パンフレットを活用して情報の提供と共有を実施している。安全確保への患者参加も行われている。患者支援体制は、地域医療連携室が患者支援を行っている。患者の個人情報保護は、個人情報保護規則が策定されている。患者のプライバシー保護は、病室入り口の氏名表示などにも配慮している。臨床における倫理的課題への取り組みは、臨床倫理に関する指針が作成されている。倫理的な情報を共有・検討する場として倫理委員会が設置され事例が検討されている。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、患者・家族が抱えている主要な倫理課題が把握され、倫理的な事例は多職種で共有しカンファレンスで検討している。

患者・面会者の利便性・快適性は、駐車場の確保、売店の設置など、適切に配慮している。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、院内はバリアフリーで、外来は車椅子で移動でき、手摺りの設置もある。療養環境は、診療・ケア、処置に十分なスペースが整備されている。外来エリアには絵画や写真が展示され、癒しの環境として適切である。受動喫煙防止は、敷地内禁煙であり、各部署に掲示している。今後は職員の喫煙率低下に向けた継続的な取り組みが期待される。

4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善は、意見箱で把握した患者・家族の意見に部署で返事を作成し院内に掲示している。また、患者満足度調査を実施している。診療の質の向上に向けた活動は、医局症例検討会や多職種参加のカンファレンスが定期的に行われている。クリニカルパスも活用し、バリエーション分析や見直しが行われている。臨床指標は定期的に集計・分析しており、ホームページでも公開している。業務の質改善は、患者サービス向上委員会、勤務医負担軽減委員会等で部門横断的な業務の質改善に取り組んでおり、改善事例もある。倫理・安全面などに配慮

した新たな診療・治療方法や技術の導入は、導入前に倫理委員会に申請して検討することになっている。未承認医薬品の使用や適応外使用については、薬事審議会および倫理委員会で審査する仕組みがある。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟責任医師、看護師長、薬剤師、管理栄養士、相談員が決められ明確である。診療記録の記載は、診療録記載マニュアルや略語一覧が作成され、適時・適切に記載している。診療録の質的点検を行い、質的点検の結果は診療録管理委員会に報告されるとともに各医師にもフィードバックしている。多職種協働による患者の診療・ケアは、多職種が参加したカンファレンスが開催され、診療・ケアの適切性やリハビリ、退院調整などが検討されている。ICT、NST、褥瘡対策などの専門チームが設置され多職種が協働した活動を実践している。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全推進室が設置されている。医療安全対策委員会が月1回開催されている。安全に関するマニュアルは定期的な見直しと必要時の改定が実施されている。安全確保に向けた情報収集と検討は、インシデント・アクシデントが収集され改善策が検討されている。改善策の効果には安全ラウンドで検証している。

患者・部位・検体などの誤認防止は、患者誤認防止は患者自身による名乗りや生年月日、リストバンドで確認している。左右・部位は指示伝票やマーキングの実施にて誤認防止が行われている。情報伝達エラー防止は、医師の指示出しや看護師の指示受け・実施、および医師による確認を確実にっており、指示変更も適切に行っている。口頭指示は原則行わない方針であるが、やむを得ない場合は手順に沿って適切に処理している。薬剤の安全な使用は、重複投与や過量投与および相互作用のほかアレルギー等のリスクは、オーダーリング上の警告画面や薬剤師のチェックにより確実に回避している。転倒・転落防止は、入院時に全患者を対象として転倒・転落リスクアセスメントが実施されている。結果を分析し危険度に応じた転倒・転落防止計画が立案されている。医療機器の安全な使用は、医療機器の安全使用に関する研修を実施している。人工呼吸器装着時は臨床工学技士が同席し、使用中は複数回ベッドサイドにて作動を確認し安全に配慮している。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードが設定され、迅速に対応できるようにステーションへの掲示と電話に手順を明記しており、召集訓練も実施している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、院内感染対策委員会が毎月開催されている。ICTが毎週院内をラウンドしており、結果は院内感染対策委員会で検討され、現場にフィードバックしている。感染制御に関するマニュアルや指針が整備され、必要に応じて改定している。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、院内の感染発生状況や耐性菌検出状況・抗菌薬使用状況は定期的にまとめられ、院内感染対策委員会で検討している。アウトブレイクへの対応手順も整備している。

医療関連感染を制御するための活動は、標準予防策や感染経路別対策が規定されており、ICT ラウンドにより実施状況が確認されている。速乾式手指消毒剤の使用状況の把握、個人防護用具の使用は適切である。感染性廃棄物の分別、廃棄は規程に沿って安全に実施している。抗菌薬の適正使用は、抗菌薬の適正使用に関する指針が作成されており、特別な抗菌薬は届出制になっている。院内における分離菌感受性パターンや抗菌薬使用状況は定期的に把握・検討しており、必要な場合には医師にフィードバックとアドバイスが行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌を年4回作成して連携医療機関、施設等に配布するとともに待合室にも置いている。ホームページは随時更新している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と他の医療関連施設等との連携は、地域医療連携室で地域の医療ニーズの収集・分析を行っている。連携先一覧、紹介先一覧があり、施設のパンフレットも収集している。連携パスは脳卒中、大腿骨頸部骨折で活用している。また、高次脳機能障害支援拠点機関として各医療機関と積極的に連携している。地域に向けた医療の教育・啓発活動は、老人いこいの家で介護予防教室の開催、市の研修会への講師派遣、患者家族会を行っている。メディカルコート出張講習として、健康教室を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、外来受診案内はホームページで行われ、初診・再診・紹介・救急患者は、申し込みから診察、検査等、会計まで円滑に行うことができる。全科で予約制を導入しており、毎年待ち時間調査を行っている。外来診療は、診察に必要な情報は、問診票や看護師および医師の問診、紹介状等により収集している。地域の保健・医療・介護・福祉施設等からの患者の受け入れは、地域医療連携室が窓口となり対応している。診断的検査は、必要性は適切に判断しており、説明後に同意を得て実施している。適切な連携先への患者の紹介は、専門外の医療などは医学的な判断に基づいて適切に紹介している。入院の決定は、医学的な判断に基づき必要に応じて医師間の相談が行われ、適切に決定している。診断・評価の実施と診療計画の作成は、患者の病態に応じた診断・評価に基づいて、多職種による入院診療計画書が迅速に作成されている。医療相談への対応は、地域医療連携室が対応している。入院が決定すると、外来看護師と医事課職員が入院案内をもとに入院説明を行っており円滑な入院に配慮している。

医師の病棟業務は、毎日の回診や診察で得られた情報、検査結果等により患者の病態を的確に把握している。また、各種カンファレンス等によってスタッフとの情報交換を積極的に行っている。看護師の病棟業務は、診療の補助や日常生活援助および病棟管理業務が行われている。投薬・注射の確実・安全な実施は、投薬・注射の必要性和リスクについて説明と同意がなされており、手順に沿って確実・安全に投与され、記録が残されている。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施は、輸血の必要性和リスクについて十分に説明して同意書を取得している。周術期の対応

は、手術・麻酔の適応や方法は、多職種参加の術前カンファレンスで検討しており、患者・家族への説明は主治医が行い同意書を取得している。手術室看護師は術前訪問し、患者情報の収集や問題点の発見に努めている。重症患者の管理は、必要な場合には多職種が介入しており、重症度に応じて必要な機器を配備している。

褥瘡の予防・治療は、全入院患者に褥瘡発生リスクが評価され、褥瘡診療計画が立案され、褥瘡回診も行っている。栄養管理と食事指導は、管理栄養士は入院患者の栄養状態を評価し、栄養計画を立案している。喫食状況が把握され、必要な患者に対しては食形態の工夫や補助食器を用いた食事など個別性に配慮し提供されている。症状などの緩和は、症状をマネジメントして疼痛や不快な症状緩和に努めている。リハビリテーションの確実・安全な実施は、主治医によりリハビリテーションの必要性が判断され、療法士を含めた多職種で目標設定や訓練計画の策定が行われている。リハビリテーションは業務マニュアルに沿って安全に実施しており、定期的な評価や見直しが行われている。身体抑制は、抑制の必要性を評価し、説明と同意に基づき開始している。また、毎日カンファレンスを実施し抑制の必要性を評価している。

患者・家族への退院支援は、多職種にて退院支援計画書を作成し退院調整を行っている。多職種によるカンファレンスが開催され退院後の計画を立案し、可能な限り患者・家族の要望に沿うよう配慮している。在宅などでの継続した診療・ケアは、多職種によるカンファレンスが開催され、患者の状況に応じて、在宅復帰、施設への入所など継続した療養を行うための支援を行っている。在宅支援として訪問診療と訪問リハビリが行われている。ターミナルステージの対応は、患者の状態を踏まえ、医師を中心とした多職種で構成されたチームでターミナルステージの判断を行い、患者・家族の意向を尊重したケアが行われている。

<副機能：リハビリテーション病院>

回復期リハビリテーション医療に真摯に取り組んでいる。診断・評価の実施と診療計画の作成は、各部署での初期評価後、入院後1週間以内に初回カンファレンスが開催され、患者・家族の意向を踏まえたリハビリテーション総合実施計画書が作成され、説明されている。リハビリテーションプログラムの作成は、医師によるリハビリテーション処方を受けて、各療法士が初期評価を行い、リハビリテーションプログラムが策定されている。その内容はリハビリテーション総合実施計画書で患者・家族に説明しており、進捗に従って見直しも行われている。医師の病棟業務は、医師は病棟で受け持ち医としての役割を果たしている。診察所見に基づくリハビリテーション処方およびリスクに対する指示を行っている。リハビリテーション科専門医は非常勤であるが、難渋症例に対してスタッフの相談に適切に対応している。なお、医師の専門外の診療について迅速な相談ができるよう、対診機能の体制などについて検討が望まれる。多職種が連携し、食事や排泄動作、更衣などに取り組み生活機能向上を図っている。介護職を中心にレクリエーションや体操を継続的に実施し、療養生活の活性化や余暇活動の充実に努めている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、持参薬の鑑別・管理は手順に沿って確実に行っている。処方鑑査や疑義照会および調剤後の確認は、手順を遵守して確実に実施されている。なお、調剤鑑査の手順については今後検討を期待したい。臨床検査機能は、検体検査や生理機能検査は業務手順に沿って実施しており、検査時の誤認防止や安全管理・感染防止対策も確実に行っている。内部および外部精度管理はいずれも適切に実施している。画像診断機能は、撮影は業務手順を遵守して行われている。CT と MRI 画像の読影の多くは遠隔診断を利用している。栄養管理機能は、温・冷配膳車を使用し、嗜好調査は年2回個別対応で行い、メニューの工夫をしている。リハビリテーション機能は、業務マニュアルに沿って必要なリハビリテーションが実施されている。訓練状況等の情報は病棟スタッフと共有し、訓練の連続性にも配慮している。診療情報管理機能は、1患者1IDで、入院カルテは1入院毎に1冊作成、退院時は前回と合冊している。医療機器管理機能は、院内の医療機器を一元管理している。医療機器は使用后および定期的に点検され台帳管理している。洗浄・滅菌機能は中央化され、物理的、化学的および生物学的インディケーターがモニターされ、滅菌の質を保証している。

病理診断機能は、全ての病理診断は、外部への委託である。迅速診断を実施する体制を整備している。輸血・血液管理機能は、血液製剤の発注・保管・供給等は業務マニュアルに沿って適切に実施しており、使用された血液製剤のロット番号が記録・保存されている。血液製剤は、自記温度記録計付き保冷庫で適切に管理している。手術・麻酔機能は、スケジュール管理は各科医師と手術室師長により行われている。全身麻酔症例は非常勤麻酔科医が対応し、麻酔覚醒基準は明確になっている。救急医療機能は、救急患者の受け入れ方針と手順は明確であり、緊急入院にも対応している。自院で受け入れできない場合には他施設に適切に紹介している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算書は収益計画、設備計画、人員計画等を勘案して作成し、理事会承認を得ている。会計は公益法人会計で行い、会計監査を行っている。毎月予算と売り上げの確認を幹部会議にて行い、予算執行状況を確認している。医事業務は、窓口収納業務はマニュアルに則り行っている。返戻・査定は指摘内容を医師にフィードバックしている。未収金管理は適切に行っている。業務委託は、委託先管理基準にてチェックし継続契約するかを検討している。

施設・設備の管理は、日常点検・保守点検の記録を残している。感染性廃棄物の最終保管庫は、感染性廃棄物専用となるよう検討を期待したい。物品管理は、物品請求簿・購入伺いを提出して購入している。一般消耗品・薬品は棚卸を毎月行っている。災害時の対応は、防災マニュアルを策定し消防訓練は年2回実施している。大規模災害想定避難訓練を実施している。保安業務は、事務当直者を置き、休日・夜間の体制はおおむね適切である。医療事故等の対応は、医療事故発生時のマニュアルは策定され、医療事故調査委員会を必要時に開催する体制が整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習は、事務、リハビリ、放射線、看護、検査、社会福祉士で受け入れている。各学校のカリキュラムに沿って実習を行い、感染対策・安全対策のオリエンテーションは実習初日に実施している。実習中の事故については、学校への連絡等の取り決めをしている。

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	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	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	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	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	A

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	A
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

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	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	A
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	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	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	B
-------	-----------------	---

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
-------	-----------------	---

機能種別：リハビリテーション病院（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	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	B
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	B
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	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

年間データ取得期間： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 年 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公益財団法人シルバーリハビリテーション協会 メディカルコート八戸西病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 青森県八戸市長苗代字中坪77

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	199	199	+0	88.19	27.46
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	199	199	+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	4	+0
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	20	+0
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	80	+0
地域包括ケア病床	26	+0
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： 0 人 2年目： 0 人 歯科： 0 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

	20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
		2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数		121.41	129.43	128.63	93.80	100.62
1日あたり外来初診患者数		4.44	5.20	5.66	85.38	91.87
新患率		3.66	4.01	4.40		
1日あたり入院患者数		175.50	182.43	185.85	96.20	98.16
1日あたり新入院患者数		3.95	4.36	4.48	90.60	97.32