

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「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5月21日～5月22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
機能種別	慢性期病院（副）	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。
- ・機能種別 慢性期病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1984年にリハビリテーションと透析をメインとして開設し、2001年に現地に新築移転され回復期リハビリテーション病棟52床を開設している。2008年には回復期リハビリテーション病棟を102床に拡充し、2011年には山形県庄内高次脳機能障がい者支援センターを立ち上げられている。また、退院患者のフォローを目的とし通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを運営され、南庄内・鶴岡市医療圏に患者中心のリハビリテーションを提供し、地域医療に貢献している。今回の受審にあたって、院長を中心にそれぞれの部署の職員が現状の課題を十分に認識し、その解決に真剣に向き合っている様子が見受けられた。地域のリハビリテーション病院として、近隣の急性期病院との医療連携に積極的に努め、院内においても部門部署間・多職種が連携・協働してチーム医療を実践されている。多数のリハビリテーション療法士による365日リハビリテーションを提供し、在宅復帰を目標として明確に定め、地域の医療・福祉施設と密接な連携を図り、個別性の高いリハビリテーション医療を提供されている。

この度の病院機能評価の受審に際して、多くの項目に対して適切な対応が確認されているが、病院の役割・機能をさらに発揮され、地域社会と共に歩む医療機関として地域から信頼され発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は明文化され、院内外への周知は適切である。病院幹部は長期計画・年間目標を明確にし、課題解決に向けてリーダーシップを発揮している。病院運営に必要な会議・委員会の運営は適切に実施されている。個人情報取扱規程などに基づいた運用体制を整備するとともに、院内で使われる様々な情報の管理を行い、文書管理規定が整備され適切に管理されている。

病院の機能に見合った専門職種の人材を採用し、医療法による標準人員や届け出た施設基準の必要人員は満たしている。人事・労務管理体制は整備されており、職員の安全衛生管理体制は適切である。職員の健康診断は100%実施されている。職員の福利厚生を多面的に整備し、魅力的な職場作りに努めている。

全職員対象の教育・研修が立案され、多数のテーマで計画的に行われている。目標管理制度を導入し達成度を明確にして、職員の能力評価・能力開発にも活用されており適切である。資格認定制度、学会参加・院外研修・資格取得のための補助制度も充実している。看護部、リハビリテーション科ではクリニカルラダーを導入し、初期研修は積極的に取り組まれている。実習生の受入れについては、療法士を目指す学生を多数受け入れ積極的に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

「患者様の権利宣言」や「セカンドオピニオンの案内」などが玄関ロビー、院内各所に掲示され患者の権利擁護に努めている。説明と同意に関する指針・方針や手順を定め、医師は、入院時に患者・家族に身体所見、リハビリテーションのプログラム内容やゴールについて説明している。診療やケアに必要な情報を聴取し、患者には生活上の注意や、医療安全、感染防止への協力と医療への積極的参加を促している。臨床倫理に関する指針・方針を定め、患者・家族が抱えている臨床倫理的な課題について、カンファレンスで検討し方向性を決定している。現場で解決できない倫理的課題は、倫理委員会に提案し相談する体制である。患者支援体制は医療連携室を設置し、各種医療福祉相談に対応されている。虐待への対応手順も整備されている。個人情報・プライバシーの保護については、個人情報取扱規程などが定められ保護に努めている。

駐車場が整備され、敷地内に公共バスの停留所があり、シャトルバスも運行し、交通の利便性に配慮している。病院全体の空間は広々として、静寂と清潔が保たれている。入院生活の場は、安全・感染防止に配慮され、患者が安らぐ療養環境を整備している。患者・職員の禁煙活動に取り組まれており、喫煙防止活動に努めている。

4. 医療の質

各臨床指標に関するデータを他病院と比較検討し、自院の課題を抽出し診療の質の改善へ取り組んでいる。各専門職が参加する症例検討会や勉強会が定期的に行われており、診療の質向上に向けた継続的な取り組みが行われている。患者・家族からの要望は、ご意見箱、患者満足度調査、患者相談窓口から収集し、職員からの

意見も加えて医療サービスの質改善に向けて検討されている。寄せられた意見・苦情等については、院内掲示などでフィードバックしている。新たなリハビリテーション機器や治療を導入する際には、倫理委員会に諮り倫理面や安全面について検討されており、検討された課題は倫理事例報告書として院内に共有されている。

診療・ケアの責任体制とその役割は明確にしており、責任者や各職種担当者を患者に伝えている。診療・看護・リハビリテーション記録など各専門職の診療情報は電子カルテに一元化されている。各診療録は適宜記載されており、診療録委員会による質的点検が実施されている。医師・看護師を含めた各専門職の協働により患者に必要な診療計画を立案し、多職種メンバーの参加するテーマ別カンファレンスを定期的に行っている。

5. 医療安全

医療安全に関する会議を開催し、マニュアルの改定や決定事項の周知が行われ、組織的活動を展開している。アクシデント・インシデント報告は全職員が積極的に提出している。特に、ゼロレベルでの提出が促進されていることにより、会議内で改善策を討議する実績が多く確認されている。医療事故の対応は、重大医療事故発生時・訴訟時の対応手順を整備されている。

患者確認はフルネームと生年月日の名乗りを基本とし、注射・点滴の際は三点認証を行っている。診療記録は電子カルテで運用・記録されている。薬剤師が薬剤管理全般に関与しリスク管理に努め、麻薬、向精神病薬、ハイリスク薬を適切に保管・管理されている。全患者に転倒・転落のリスク評価を実施し、リスクの高い患者には看護計画を立案し、生活環境の整備や観察の強化を実施している。輸液ポンプやモニターは、使用前点検や操作手順および作動中の確認等を行い安全な使用を実施している。救急カートは薬剤や備品を統一し、整備済みの表示があり、看護師と薬剤師が定期的に点検している。救急蘇生訓練や急変時シミュレーションを実施している。2種類の緊急コードについては、患者のどのような状況で区別して発令するかを定義を明確化されることを期待する。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制については、ICDやICNの有資格者はいないが、多職種による感染委員会が設置され、学習会や感染環境ラウンドを定期的に行っている。また、院内感染制御マニュアル等の各種マニュアルが整備されており、定期的な見直しが加えられている。院内および院外からの感染情報は、感染委員会で把握されており、院内での感染発生状況や抗菌薬の使用状況等を含めて集約し、結果は月毎に報告され感染防止対策に役立てられている。アウトブレイク発生時は、院内感染対策委員会が臨時に開催され、感染関連情報を集約して感染対策が取られている。

標準予防策および感染経路別予防策に基づく対応を遵守し、医療関連感染に関する制御活動を展開している。感染性廃棄物はバイオハザードマーク付きの蓋付き容器に分別廃棄し、随時最終保管場所に搬送している。抗菌薬使用基準が作成され、

抗菌薬の適正使用がなされている。特定抗菌薬使用は届け出制となっており、抗菌薬の使用状況は感染委員会が集計し、医局会議、薬事委員会で報告され適切に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

地域への病院情報の発信として広報誌『水焰』を発行し、医療機関等に配布している。ホームページでは、病院の概要、回復期リハビリテーション病棟の紹介等が記載されている。患者の入院を円滑に行うため外来看護科・地域医療連携部門を設置し、それらは前方支援を担い紹介元病院との連携・調整を図っている。また、医療相談室の社会福祉士が後方支援として介護保険サービス、慢性期病院との連携を行い、地域の医療・介護ネットワークに参加して連携も深めている。地域に向けた医療に関する啓発活動として、地域住民向けの高齢者サロン「たまり場」に参加し、介護予防等の教育に努めている。山形県庄内高次脳機能障がい者センターを設置し、研修会を開催している。地域の医療従事者を対象とした研修会を継続的に開催し、リハビリテーションの専門的な研修を実施している。地元ケーブルテレビの番組に出演しアンチエイジング等に関する情報を提供している。地元高校に協力し、介護予防プログラムの作成等について特別授業を実施している。地域に向けての教育・啓発活動は、様々なプログラムを継続的に実施しており高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院は、多職種が参加する入院判定会議で決定している。入院当日に医師を含めた多職種が関与して初期評価を行い、入院診療計画書が作成され患者・家族に説明されている。リハビリテーションプログラムの作成に際して、患者・家族の意向がリハビリゴールの設定に反映されており、運用も適切である。患者・家族からは、多様な方法により、多岐にわたる相談が寄せられている。相談の内容により専門職種に振り分けられ、誠実な対応を実施する体制である。医師は回診を実施し、多職種と情報交換を実施しており、必要に応じた医学的管理を行い、患者・家族への説明を行っている。看護・介護職は、基準と手順に沿って患者のニーズを把握し、看護・介護の実践に取り組んでいる。

投薬、注射を行う際には「誤薬予防の6R」に基づき運用している。全患者に褥瘡発生危険因子のリスク評価を行い、高リスクまたは褥瘡が発生している場合、計画を立案してケアを実践している。入院患者の栄養アセスメントを行い、栄養管理計画書を作成している。速やかに初期評価・リスク評価を行い365日リハビリテーションが実施されている。生活機能の向上を目指した理学療法が実施され、シミュレーターを用いた自動車運転評価や家事動作訓練など、個別の生活場面を想定した作業療法が実施されている。また、嚥下内視鏡検査の年間実施件数は多数実施され、安全に配慮しながら精度の高い検査評価が実施されている。生活機能向上を目指し、生活リハビリテーション室を整備し、個別の生活方法を見据えた質の高いケアは高く評価できる。身体拘束は、薬剤による拘束やスピーチロックを含めて「人としての尊厳を損なう行為」と位置付けており、実施しないことを病院の方針とし

で定めている。患者・家族の意向を確認し、退院後の課題を明確にして退院支援計画書を立案している。

＜副機能：慢性期病院＞

受診に必要な情報の案内があり、外来診療に必要な手続きも分かりやすく、緊急性等の配慮も適切に行われている。医師は診断的検査の必要性を検討し、患者・家族に内容や必要性について説明している。侵襲的な検査として嚥下内視鏡検査の実施があり、適宜患者観察を行っている。入院決定の過程は、入院前に情報収集等を行う事でスムーズな受け入れが出来ている。入院後は、多職種で入院診療計画書が作成され、説明・同意を得ている。診療計画と連携したケア計画では、リスク評価と共にアセスメントして立案している。主治医は定期回診を行い、診療チームのリーダーシップを適切に発揮している。看護師および介護士は、基準・手順等により役割分担が明確であり、固定チームナーシング継続受け持ち制の看護方式にて病棟業務を行っている。定期的に採血等の検査が実施され患者の全身状態の把握が行われている。

一般注射薬の調製・混合および実施の過程は、電子カルテの三点認証にて確実・安全に行われている。重症度に応じた診療・ケアは、患者・家族の意向を把握して行われている。専任の医師や看護師を中心に褥瘡委員会や回診が実施されており、NST との連携や療法士との間ではポジショニングおよび除圧の検討など、きめ細かな対応がされており評価できる。栄養評価により栄養管理計画書が作成され、嚥下食などの食事形態の工夫があり、NST 活動も行われている。疼痛等の症状緩和については、フェイススケールを活用して対応している。リハビリテーションは離床を促し、生活の質向上・維持、在宅退院に向けて毎日実施され、約 7 割の患者が在宅復帰している。生活リズムの確立として、寝衣から日中着への更衣や離床に積極的に取り組まれており、療養委員会を中心にレクリエーションの取り組みがあり評価できる。身体拘束は基準に沿って実施されており、最小化に努力している。入院時に退院に向けた意向を把握し、多職種で退院支援および継続した診療・ケアが行われている。終末期医療のガイドラインとして「看取り指針」および「終末期における意思決定支援」が策定され、適切に運用されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、持参薬の鑑別や、麻薬・向精神病薬の記録・施錠管理が実施されており適切に運用されている。臨床検査機能は全て外部委託にて実施されている。検査手順が明確化されており、夜間・休日を含めて法人内施設と連携して運用されている。画像診断では、一般撮影や X 線テレビ装置による検査が実施されている。検査手順が明確化されており夜間・休日を含めて法人内施設と連携して運用されている。栄養管理機能は、大量調理施設衛生管理マニュアルに準じて行われており適切である。今後は、選択メニューの実施を検討されたい。リハビリテーションでは疾患別リハビリマニュアルが整備され、標準化に努めている。また、多くのリハビリテーション機器が導入され、安全に運用されている。各種カンファレンスを通じて多職種との情報共有が適宜行われており、個別性の高いリハビリテーション

が実施されている。診療情報管理機能は電子カルテによって一元的に管理され、量的点検が全件行われている。ME 機器全般の管理は医療機器安全管理責任者の副総看護師長が担当し、定期点検や法令点検は関連病院の臨床工学技士に機器を提出し、定期的の実施し管理台帳で管理している。滅菌の必要な鋼製小物は、蓋付きの密閉容器に封入し関連病院に搬送し、滅菌後返却され保管している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理における予算は、年次事業計画および長期計画と連動し策定されており、収支状況の報告と検討は管理部会議等にて行われている。民医連統一会計基準に準じた財務諸表が作成され、内部監査に加えて公認会計士による監査が行われている。医事業務は、受付から会計まで円滑な対応を行っている。委託業務の実施状況は、日報の提出等を求め確実な把握を行っている。

施設・設備管理は、法定点検・自主点検が行われている。医療ガス設備は、法定点検が実施され、医療ガス管理委員会が開催されている。感染性廃棄物は作業手順書が順守され、確実に管理されている。院内は清潔に保たれ、清掃が行き届いている。診療材料の新規採用に関しては医療材料検討委員会にて検討され、医薬品に関しては薬事委員会で検討している。高額な医療機器の購入は、法人本部・常任理事会で決裁されている。

消防計画が整備・周知され、緊急時の連絡体制も整っている。建物は耐震構造となっており、停電時には自家発電による対応がなされ、水・食料備蓄は3日分備えられている。大規模災害を想定した病院事業継続計画が整備されている。保安業務は、防災関連設備が配備され、院内巡視・施錠管理などが行われている。院内暴力へは、対応マニュアルを整備し、暴力発生時の緊急対応に備えている。

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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	S
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
1.3.3	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	A
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	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	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	A
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	A
1.6.3	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	B
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	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	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	S
2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	A
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	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	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
-------	---------------	---

機能種別：慢性期病院（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	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	NA
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	S
2.2.16	栄養管理と食事支援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	S
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	S
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化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

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： 2024 年 1 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 鶴岡協立リハビリテーション病院
I-1-2 機能種別： リハビリテーション病院、慢性期病院(副機能)
I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）
I-1-4 所在地： 山形県鶴岡市上山添字神明前38

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	156	156	+0	86	91
医療保険適用	156	156	+0	86	91
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	156	156	+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	104	+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
オーダーリングシステム ☒ 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	39.07	40.14	41.41	97.33	96.93
1日あたり外来初診患者数	1.93	0.94	1.04	205.32	90.38
新患率	4.94	2.35	2.50		
1日あたり入院患者数	133.53	137.42	141.93	97.17	96.82
1日あたり新入院患者数	1.46	1.55	1.49	94.19	104.03