

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 11 月 25 日～11 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	一般病院 1	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。

1. 病院の特色

貴院は 1989 年に開設以降、30 年余にわたり「轍鮒の急」を掲げ「大病院レベルの良質な医療と開業医の温かさを兼ね備えた病院を目指す」を、医療を担う根本精神として理念に謳い、地域に良質な医療提供を続けてこられた。貴院では、地域住民に消化器領域をはじめ透析等の専門的医療を提供し、住民が安心して生活することが出来る医療提供を使命として奮闘し、その努力の甲斐あって、地域になくてはならない病院として力量発揮を続けておられる。

現在は許可病床として 135 床を有しており、2019 年には新認定医療法人として認可を受け、経営の継続にも見通しをつけ、新たな飛躍を期しておられる。

病院機能評価は 2001 年に初回受審して以降、認定を継続しており、今回で 5 回目の受審であり、認定継続に向けて常に改善および努力を続けられてきた。貴院では、医療の質改善活動を継続され、理事長・病院長を中心として果敢に課題に取り組まれている。今回の更新受審を踏まえて、さらに優れた病院として、地域医療にますます貢献されることを期待したい。しかし、さらなる質的向上の観点から課題も見受けられたので、今後の継続的な改善努力が期待される。以下にカテゴリ一別総括と共に、審査内容の概要を報告する。今回の更新受審が貴院の今後の発展に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

貴院の理念や基本方針は、1989 年の病院開設時に策定され、医療に対する基本的な取り組み姿勢が表現されている。制定以後、機会をとらえて職員に周知し、基本方針も同様に取り組まれてきており、理念達成のための組織運営が展開されてい

る。さらに、理念を病院活動の根源として謳い、その実現に努力されている病院管理者・幹部の活動は評価できる。病院管理者個々に課題が把握され、その克服に向けて熱意をもって努力されている状況にあり、評価できる。

情報管理に関しては、電子カルテを導入されて8年が経過しており、種々の合理化に取り組まれている。院内LANやPACSの活用も併せ行われている。院内で発生する文書類に関しては、綿密に規定が整備され、2年の歳月を費やして病院組織横断的に文書事例を集積し、一元的な管理体制を構築されてこられた。この対応は高く評価できる。

人材の確保では、新たに採用担当者が配置され、採用活動を一元化し、大学や医療職者の養成校との連携を密にする仕組みが構築されたことから、今後は積極的なリクルーティングの展開が期待される。同時に、勤務しやすく、求職者にとって魅力のある勤務形態・職分の創造などにも大いに工夫を凝らし、充足の進展が望まれる。とりわけ、管理栄養士、薬剤師、看護師等の確保を早期に実現されたい。一方、貴院では、有給休暇の取得や職員のライフイベントにも取り組みがみられ、よく配慮されている。職場の安全衛生に関しては、産業医や衛生委員の選任も適切になされており、委員会の開催や健康診断等の基幹的な活動も適切に行われている。

職員への教育・研修については、職員個々の資質の向上に向けて活動が展開されている。また、職員の公的資格の取得にも鋭意支援が続けられており、高く評価できる。職員の能力評価においては、人事評価制度として18年間のノウハウの蓄積があり、規程や実施要領が整備されている。今後は、育成評価を主体として本人に評価結果が通知される仕組みをプラスして、さらに活用度の高い手法に改善されることが期待される。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務は明文化され、院内をはじめ、地域・患者への周知に努めている。説明と同意については、医師の役割は診断・治療・検査・処置・手術など多岐にわたり、他にも必要性の高い項目が在るので、リスト化されると遺漏なく実施が可能である。患者との医療情報共有のため入院診療計画書、リハビリ計画書、退院診療計画書等の情報書類を以って患者と共有し、他にパンフレット等も駆使して促進している。患者の相談窓口は中央棟1階に開設されている。随時職員が対応可能であり、患者・家族への周知、虐待事例への対応準備がなされ、また退院支援活動を通して、在宅復帰困難事例にも適切に対応されている。

個人情報保護については、個人情報保護法の改正に対し、機微情報を明確にして、その不用意な取り扱いを防止することが重要である。一方、システム管理は規程の作成をはじめ基礎的な仕組みは整備されている。また、USB等外部メモリの遮断も盛り込まれており、抽出データも適宜管理されている。さらに、パスワード管理も徹底しており、導入当初から適切に運用されている。臨床における倫理的課題の取り組みは、倫理問題を積極的に取り上げる仕組みと、教育研修や臨床研究に対する倫理申請等の強化が望まれる。

療養環境の整備と利便性の観点では、築後 30 年余が経過する病院であり、その後の増改築等も加えられているが、療養環境はよく整備されており、使い勝手において種々の工夫がなされている。また、患者の利便性への配慮も見受けられ、清潔性、安全性、感染対策等いずれも良好と認識される。貴院では、敷地内禁煙が順守されており、病院職員の喫煙率は 10%程度に低減した。また、禁煙外来により患者への禁煙アプローチも着実になされている。今後も継続して、職員や地域住民の健康を守るべく、禁煙の推進に邁進されることを期待したい。

4. 医療の質

患者・家族の意見の収集には、院内各所に投書箱の設置をはじめ、相談窓口の整備などを通して取り組まれている。また、寄せられた意見等については、収集・分析・整理され、必要に応じて病院管理者に上申して、対策の立案や改善につながられている。これらの努力は評価できる。

多職種が参加する種々のカンファレンスが定期的に行われ、適切なチーム医療が実践されている。また、腹腔鏡下胆嚢摘出術などにはクリニカル・パスが適用され、クリニカルパス委員会において新規作成、内容の改訂が検討されている。臨床指標は、医事データからの指標だけではなく、予防医療、医療安全、診療科別の指標も収集しており、これらの指標を活用して診療の質向上に向けた活動の展開を期待したい。

継続的な改善努力に関して、病院機能評価受審に向けて 2 年前から部門横断的なプロジェクトチームを組織し、準備してきた。また、ワークライフバランス推進委員会が組織され、職員の勤務環境の改善にも取り組まれている。

倫理審査委員会が設置されているが、検討実績は少なく、臨床研究に関する倫理、薬剤の適応外使用に関する病院の方針などの検討が望まれる。病棟・外来における管理責任体制は明示されている。患者のベッドネームには、主治医名の掲示はあるが、看護師はチーム名で掲示していることから、看護師名の表示を検討されるとさらに良い。

医師、看護師をはじめ診療スタッフは、診療内容、患者への説明、患者の理解度の把握等必要な事項を適切に記載している。また、診療録の質的点検は診療の質の向上に資するものと捉え、質的点検のあり方について検討することを期待したい。

多職種が患者の治療・ケアはもとより、在宅か施設かの検討に対してもカンファレンスを実施し検討されている。診療記録にも記載して方針の情報共有がなされている。

5. 医療安全

医療安全管理委員会を組織し、医療安全推進担当者や各職場スタッフが配置されており、医療安全に向けた体制は確立しており、委員会活動を適切に実施している。アクシデント、インシデントレポートが少なかったため、2021 年 7 月よりレポートが提出しやすいように形式が見直されている。レポート作成者の範囲を全職員に拡大し、改善に向けた職場文化の醸成に期待したい。

誤認防止対策は3点認証、リストバンドの着用、患者自らが名前を名乗る、手術のタイムアウトなど適切に実施されている。医師の指示出し、看護師の指示受け、実施、医師の実施確認には電子カルテシステムが活用され、確実に行われている。

病棟における麻薬、ハイリスク薬の保管・管理は適正に実施され、薬剤の取り違い防止のため類似医薬品の注意喚起表が整備されている。転倒・転落防止対策は、入院時アセスメントを使用して適切に実施している。骨折事故に対しては、カンファレンスは実施している。医療機器の安全使用に関して、マニュアル・教育等は実施しており、臨床工学技士が使用中の作動確認を適切に行っている。

急変時の対応は救急コードの設定、救急カートの点検等には対応されている。コロナ禍においてはBLSのe-learningを実施している。全職員対象の定期的な訓練が年1回であることから、回数の増加を検討されるとさらに良い。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会を組織し、感染管理医師（ICD）が配置されており、毎月1回委員会を開催して、感染対策の決定機関として機能している。院内感染防止対策委員会により、院内の感染症、耐性菌の発生、抗菌薬使用状況などを把握している。また、尿路カテーテル関連感染、手術部位感染についてもサーベイを実施している。しかし、抗菌剤投与前の培養検査の実施率は10%程度であり、有用性の高いアンチバイオグラムの作成が望まれる。

標準予防策の遵守、感染経路別の予防策（患者サイドで出た汚染物は詰所に持ち込まない、中材のワンウェイの流れ等）、手指衛生の徹底（個人・病棟全体の消毒薬の使用量の把握）、感染性廃棄物の取り扱いなどを適切に実施している。抗菌薬の適正使用指針が整備され、適宜改訂されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信に関しては、病院広報誌が継続的かつ定期的な発行が続けられている。広報誌は年4回の発行しており、患者への配布、地域連携室主体で近隣医療機関や介護施設等への配布もされている。加えて、診療情報も適宜公表されている。一方、情報発信ツールとしてのホームページは整備されており、患者・家族にとって有効な情報が発信されている。

地域連携活動に関しては、地域連携室を基幹として取り組まれており、活発な活動がみられた。また、紹介患者への対応をはじめ、紹介返書等の管理には診療情報管理系の職員が担当しており、適切な活動が行われており評価できる。地域の医療機関との関係づくりには連携室の職員が担当しており、活動が展開されている。今後は、組織的な訪問活動をされるとさらに良い。なお、栃木県が主導して開発された「とちまるネット」にも参加して、一部の患者の処方・画像情報及び検査結果等を地域で共有されている。

病院活動の一環としてコロナ禍以前には、地域医療機関との関係構築のため「小金井フォーラム」を主催して、時宜に適した講演活動が展開されていた。また、コロナ禍において、地域でのワクチン接種に医師・看護師等を派遣して主導的に関与

された。これらの活動を通して、職員の方々の奮闘が多く確認され、適切な活動が展開されていることは評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来機能は、かかりつけ医機能を発揮するとともに、専門外来診療を行っている。病状・治療内容の説明、同意取得、さらに侵襲的検査等に関して医師は丁寧な説明を行い、同意のもとに実施している。入院については、担当医が判断し、決定して、患者に説明し、同意を得ている。

担当医が患者の病態を評価、診断し、看護師が転倒・転落、褥瘡リスク、栄養状態等のアセスメントを行い、患者・家族の要望を把握している。また、薬剤師による持参薬チェックがルーチン化されており、診療計画、看護計画に反映されている。3名のMSWが1,500件/年程度の患者の相談活動を適切に行っている。患者の入院は、外来と病棟が連携して行い、病棟では主治医制でその責任体制は明確である。

医師は医療チームのリーダーとして適切に機能している。病棟では看護手順、業務基準が整備されており、管理者は巡回やカンファレンスを通して患者・家族のニーズを把握し、病棟管理業務を実践している。薬剤師は、処方箋、注射箋の内容をチェックのうえ、薬剤を病棟に払い出している。経口薬はマニュアルに則って、看護師により安全に与薬され、服薬も確認されている。輸血は、患者に必要性和リスクを説明し、同意を得て実施されている。術後患者・重症患者は、必要に応じて詰所近傍の回復室にて対応している。終末期の患者は個室で対応するなど、重症患者のケアは適切である。

褥瘡の予防・治療については、Ⅱ度以上の新規褥瘡発生率が高いことから、多職種カンファレンスやNSTのチーム活動の強化等を検討されると良い。栄養管理と食事指導は、1人配置の管理栄養士がよく奮闘しているが、管理栄養士の補充強化が必要であろう。疼痛緩和をはじめとする症状緩和ケアは適切に実施されている。リハビリテーションは技師が病態を評価し、計画を立案、主治医がリハビリテーション総合実施計画書に基づき、患者・家族への説明と同意取得を行い、実施している。身体抑制は方針と基準が明確であり、抑制実施後2時間ごとに観察し、解除に向けたカンファレンスが行われている。

退院支援は入院時から行われ、患者・家族の意向を踏まえて、訪問診療や訪問リハビリも含めて継続した診療・ケアを実施している。ターミナルステージの判断基準を基に、医師が判断し、多職種が関与してケアが提供されている。3病棟合同でデスカンファレンスを開催し、逝去前後のケア内容を記述して、より良い患者ケアにつなげている点は高く評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は常勤3名と非常勤者2名で、病院全体の薬剤管理を適切に実施している。薬剤師の業務として、全入院患者の持参薬を鑑別しており、さらに積極的に処方提案、ポリファーマシー対策を行うことが期待される。なお、処方監査、疑義紹

介、調剤後の確認は適切に実施されている。病院機能に見合った臨床検査機能を有している。放射線技師は5名、さらに非常勤の放射線科医を配置し、体制の充実を図っている。

栄養管理業務のうち調理業務は、委託して運営されている。栄養管理に関しては、管理栄養士が実務を担っている。比較的高齢の患者が多いこともあり、栄養管理や食形態への配慮、季節料理をメニューに取り入れることなど、様々な取り組みがなされており、活動内容は評価できる。

リハビリテーションの主な対象症例は、廃用症候群の防止にある。主治医のオーダーにより技師が患者を評価、計画を立案し、兼任のリハビリテーション科医が計画を確認している。定期開催されるカンファレンスでリハビリ進捗状況を確認、方針を決定している。診療情報管理に関しては、1名の職員で対応されている。現状、疾患情報のDPCコーディング、疾患・手術名コーディング、全国がん登録並びにNCD症例登録なども行われており、データの蓄積の他に、退院カルテの量的点検も適切に行われている。

医療機器管理機能は、臨床工学技士が人工呼吸器・除細動器を保管倉庫内で保守点検しており、適切である。輸液ポンプの点検は年に1回外部委託をしている。滅菌機能では、中材で一次洗浄したうえで、外注業者に委託している。不潔物品と消毒物品が交差しないようにしており、各滅菌効果の検知は適切に実施し、記録している。

病理に関しては、臨床検査科が担当して外部に委託しており、病院機能に見合った病理診断機能を有している。輸血・血液管理部門は臨床検査科が担当、輸血療法委員会が組織され、責任医師を中心に血液製剤の適正使用について検討している。

手術スケジュールは電子カルテ上で管理され、円滑に手術が実施されている。手術室は清潔で管理は行き届いている。救急医療の方針として「全ての救急患者は受け入れることを原則」としているが、救急搬送依頼の50%以上を断っており、年間の救急搬送受け入れは600件程度である。受け入れ困難例は近隣の高次病院に搬送されている。救急医療提供体制の改善のためには、地域の医療機関が協力して対応することが必要と思われる。なお、放射線治療は実施していないこと、ユニットとしての集中治療機能はないのでそれぞれ評価対象外（NA）とした。

10. 組織・施設の管理

経営管理については、体制は整備されており、財務・経営管理、医事業務、業務委託、施設管理・物品管理等についても適切な状況が確認された。また、業務委託についても適切に管理されている。病院の危機管理についても、災害対応、保安業務など適切な状況を確認した。

医療事故対応については、今まで事例はないが、医療事故発生時には医療安全管理委員会と事務長がマニュアルをもとで対応する体制となっている。また、病院の顧問弁護士に相談する仕組みも整っているので、係争時には事務長が対応窓口になって進めることになっている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医療系学生の実習受け入れに関しては、薬学系大学、療法士の養成校からの学生実習を受け入れており、その受け入れ状況を確認した。ただし、いずれも直近2年間はコロナ禍により実習の中断状態となっている。このような状況であるが、これまでの経過から実習体制は構築されており、相互の身分や責任関係を明確にする必要な契約書類は適宜取り交わされてきた。今後とも、是非充実したカリキュラムを提供され、地域学生育成への継続した努力を期待したい。

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	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	B
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	B

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	B
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	B
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	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	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	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	B
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	S

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	B
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	B

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	S
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	B
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	B
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	S
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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 年 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人小金井中央病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：栃木県下野市小金井2-4-3

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	85	85	+0	71.7	17
療養病床	50	50	+0	88.1	210.1
医療保険適用	50	50	+0	88.1	210.1
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	135	135	+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	40	+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		
地域包括ケア病床	43	+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

在宅療養支援病院

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

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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	145.01	182.92	186.56	79.28	98.05
1日あたり外来初診患者数	15.25	20.17	21.30	75.61	94.69
新患率	10.52	11.03	11.42		
1日あたり入院患者数	104.99	112.67	111.81	93.18	100.77
1日あたり新入院患者数	2.98	3.44	3.87	86.63	88.89