

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 2 月 13 日～2 月 14 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 2 | 認定 |
|------|--------|----|

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

東京都北多摩南部医療圏の狛江市・調布市の市境に位置する急性期医療を担う病院で、東京慈恵会医科大学附属 4 病院の 1 つである。『建学の精神「病気を診ずして病人を診よ」に基づき、質の高い医療を実践し、医療人を育成することにより、社会に貢献し、患者さんや家族から信頼される病院をめざす。』を理念としている。1950 年に第三病院として開院し、1986 年に現名称に改称した。開院後、順次診療機能を充実させ、現在では一般病床と結核病床を持ち、地域の基幹病院として、他医療機関とも連携して地域医療に貢献している。また、二次救急医療機関、災害拠点病院、地域医療支援病院、都指定のがん診療連携拠点病院として、地域医療を支えている。大学附属病院として研修医を採用し後進の育成にも力を注いでいるほか、総合診療医の育成や認知症疾患にも力を入れている。2026 年には敷地内で新病院の開院を予定している。

病院運営については、病院長を中心とした病院幹部の優れたリーダーシップのもと、全職員が一丸となって、医療の質向上に積極的に取り組んでいる。病院機能評価も 2004 年以来継続して受審し、今回の受審を新病院に向けた改善のステップとして位置付け、改めて医療の質・看護の質の向上のため、さまざまな改善取り組みを進めている。今回の受審では、一部の業務において課題も見られたが、多くの優れた成果を確認することができた。今後も継続的な質改善に取り組まれることを期待したい。以下にカテゴリーごとの総括を、また、詳細を別表に報告する。今回の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

理念および基本方針は、病院の役割を踏まえて策定し、院内外に周知している。組織図を定め、幹部・役職者の選任プロセスは明確である。意思決定会議として病院運営会議を開催し、イントラネットや回覧で決定事項を職員に周知している。院長・幹部職員は課題を明確に把握し、課題解決に継続的に取り組んでいる。医療情報システムで院内の情報を統合し、医療の質、安全、効率化などに貢献している。法人の文書管理規程、文書管理内規に基づき、必要な文書を一元管理している。

医療法や施設基準に沿った人員を確保し、病院の機能に見合った人材採用に努めている。人事・労務管理に必要な就業規則等を整備し、法令に基づいた安全衛生管理体制を取っている。衛生委員会で職場巡視、時間外勤務や健康診断等の状況を確認し、ストレスやハラスメントへの対応の仕組みも構築している。労使協議会や教職員アンケートで職員の意見の収集を行い、福利厚生制度や表彰制度等により魅力的な職場作りに努めている。院内の教育研修については、院内教育・図書委員会を中心に、年間計画に基づき実施している。人事考課制度、教員評価システムによる能力評価を実施している。初期研修は、医師、看護師をはじめ各職種がプログラムに沿って実践している。実習生についても多くの職種を受け入れ、カリキュラムに沿った実習を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利、子供の権利を明文化し、患者・家族に周知している。職員に対しても周知し、権利擁護の取り組みを進めている。インフォームド・コンセント（説明と同意）規定に基づき、同意書が必要な範囲と同席基準を明確にしている。同席できない場合の患者・家族の反応を確認共有する仕組みもある。様々なツールを活用し、病気や治療方法、療養生活や医療安全に関する事項を患者・家族へ情報提供し、医療への患者参加を促進している。病院正面に「患者・家族相談窓口」を設置し、医療相談に対応している。虐待にも迅速に対応し、相談記録はプライバシー保護に留意して管理している。患者の個人情報保護は、個人情報保護方針に基づき、職員や委託業者に周知している。物理的・技術的措置や診療情報の持ち出し管理を徹底し、診療時も配慮を行っている。

臨床倫理検討会議と臨床倫理コンサルテーションチームに加え、臨床倫理推進プロジェクトリンクナースを各職場に配置し、臨床現場での課題解決が活性化している。臨床倫理推進リンクナースと臨床倫理コンサルテーションチームとの連携や困難症例の検討会議での審議など、問題解決に向けた活動を推進している。病院前に路線バス停留所があり、駅からのアクセスをホームページに掲載している。駐車場やコンビニ、ATM、Wi-Fiなどを完備し、バリアフリー環境を整備している。病棟内全体の整理整頓が行き届き、限られた環境を最大限に活かした療養環境を整備している。敷地内は全面禁煙で、ホームページや掲示などで受動喫煙防止の重要性を周知している。職員の喫煙状況調査結果を衛生委員会が把握し、喫煙率の低減に取り組む、喫煙率は年々減少している。

4. 医療の質

各部署で労働生産性 WG が活動している。BSC を活用し、部門横断的な改善に結び付けている。CPC、M&M カンファレンスを始め多くの検討会を開催している。クリニカル・パスを活用し、診療の標準化を推進している。病院独自の臨床指標を設定し公開している。患者・家族の意見や苦情、要望などは意見箱で収集し、患者サービスワーキンググループで集約・分析し、改善策を検討している。新たな技術・治療の導入は法人の倫理委員会で検討し、病院で初めて行われる治療・技術を広く管理するプロセスも明確である。病棟や外来各部署の責任者を明確にし、病棟の掲示板には、各責任者の氏名や多職種連携チームの一覧表を掲示し患者へ情報提供している。診療記録は記載マニュアルに基づき適切に必要な事項を記載している。診療情報委員会にて全ての常勤医師の質的点検を行っている。多職種による専門チームが多数あり、ラウンドやカンファレンスを通して支援している。各職場からの依頼ルートは明確で、相談・検討内容を記録し共有している。

5. 医療安全

医療安全推進室に医療安全管理者を専従配置し、医療安全推進会議とセーフティマネジメント委員会とセーフティマネージャー会議を定期開催している。インシデント・アクシデントレポートを収集し、事例に応じて検討し、対策を講じている。医療事故発生時の対応は、医療安全管理指針に基づき、事例検討会や医療事故調査委員会を開催し、再発防止策を講じている。全職員が対象の病院賠償責任保険に加入している。患者確認はリストバンドや三点認証で実施している。部位確認はマーキングやタイムアウトで確実に実施している。口頭指示があった際の手順を確立している。術中迅速診断では執刀医と病理医が電話で直接会話している。病棟・薬剤部ともに、麻薬・抗精神薬は保管庫で施錠管理している。アレルギー、併用禁忌は処方時にエラー表示され、薬剤部のシステムでチェックしている。転倒・転落は、患者の評価から対策の実施、発生時対応も明確化している。医療機器の安全教育は看護師と臨床工学技士が対応し、医療機器管理マニュアルを整備している。患者急変時の院内緊急コードを設定し、全職員対象の BLS 訓練にも取り組んでいる。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染制御室、ICT（感染制御チーム）を設置し、感染対策委員会やリンクナースを組織している。ICT には患者隔離や入院制限の権限を付与している。週 1 回の ICT ミーティングを行っている。各種サーベイランスを行い、地域の他医療機関・行政と連携して情報収集し、院内への周知を図っている。標準予防策に関する遵守状況を第三者評価している。経路別予防策、廃棄物の取り扱い、感染性リネンの取り扱いも規定に従い実施している。病室環境清拭手順を作成して状況を把握している。抗菌薬の使用に関しては抗微生物薬マニュアルを作成している。週 1 回の AST ミーティングで血液培養陽性例や広域抗菌薬使用例に関して検討し、必要があれば主治医への助言を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

患者向けに広報誌「TOMONI」「よつば」、地域医療機関向けに広報誌「メディカルリンク」や「診療のご案内」を発行し、情報はホームページでも公開している。広報委員会が内容を検討し、診療実績や医療の質なども発信している。登録医をホームページや病院玄関に掲示している。地域医療支援病院として、地域医師会や連携施設への訪問を強化し、訪問件数は大幅に増加している。紹介元医療機関との医療連携強化のため Web 予約システムを導入し、利便性の向上に努めている。慈恵第三健康推進センターは、狛江市・調布市と連携し、地域住民向けに健康推進活動を実施している。「ガジュまる教室」や「糖尿病災害講習」を開催している。また、地域への出張相談会も行っている。地域の医療従事者向けには、認知症研究会、緩和ケアチームオープンカンファレンスなどを行っている。地域住民や医療従事者に向けた継続的かつ積極的な教育・啓発活動は高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診情報は院内掲示やホームページに掲載し案内している。感染症患者、高齢者、障害者、外国人への配慮も行っている。外来待ち時間調査を行い、LINE 呼び出しや後払いアプリの導入で待ち時間短縮に取り組んでいる。外来受診は、初診の場合は病院受付で診療科に振り分けられ、診療科の受付で問診の上、担当医を決定している。診断的検査は、説明・同意のもと誤認防止を行い安全に施行している。観察・記録も適切である。外来主治医が入院を決定し、入院後にカンファレンスで入院適応について検討している。入院診療計画書は、多職種によって患者個別の計画を作成している。相談窓口は一元化し、運営規定に基づき各相談内容に応じた対応を行っている。PFM システムにより、一元化された情報のもと円滑に入院できるよう継続した支援を行っている。

医師は適宜回診し、必要事項を診療録に記載している。病棟での複数の多職種カンファレンスに参加し、リーダーシップを発揮している。看護師は、各種アセスメントを実施し問題点を抽出している。実践能力に応じて業務を分担し、診療補助業務は看護手順に則り実施している。抗菌薬の初回投与時、2 回目投与時、抗がん剤の投与時などの観察項目をセーフティマネジメントマニュアルに定めている。輸血の適正使用指針を遵守し、指示出し・受け取り・患者投与まで一連のプロセスは的確・安全である。周術期の情報共有も病棟・手術室スタッフ間での確に行い、手術の一連のプロセスも適切である。重症患者は ICU や病棟の観察室で専門的管理を行い、多職種の積極的な関与が見られる。褥瘡発生リスクを評価し、発生時は多職種で褥瘡回診をしている。入院前から管理栄養士が介入し、NST や摂食嚥下支援チームと連携して支援している。症状緩和の方針は明確で、緩和ケアチーム、術後疼痛管理チームの活動を含め積極的に活動している。リハビリテーション室には常にリハビリテーション科医師が常駐し、心臓リハビリテーションの際には看護師を配置し、急変に対応している。身体的拘束最小化チームが発足し、三要件のアセスメント強化や一部の抑制具完全撤廃の成果がある。入院前から退院後まで、地域との連携強化も含め、PFM による多職種による継続・一貫した支援を行っている。ターミ

ナルステージのケアを多職種で実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、注射薬を1施用ごとに取り揃え、抗がん剤の調製・混合は全て薬剤師が行っている。臨床検査機能は、24時間体制で多くの臨床検査項目に対応している。結果報告も迅速であり、パニック値の報告も必ず医師に報告され、履歴も残している。精度管理や環境整備も適切である。画像診断機能は、読影依頼のあるものに関しては、翌診療日までに読影している。担当医の未読を防止するシステムを確立している。栄養管理機能は、衛生管理マニュアルに基づき衛生管理を徹底している。嗜好調査や献立会議で栄養バランスを考慮した改善を行い、ニーズに応じた食事提供を実施している。リハビリテーション機能は、全てのリハビリテーション処方箋をリハビリテーション科医師が作成している。診療情報管理機能は、電子カルテで患者の診療情報を一元管理している。バックアップデータを複数の方法で保存している。

医療機器管理機能は、医療機器を一元管理し、安全に使用できる体制である。洗浄・滅菌機能は、滅菌業務の工程をワンウェイ化し、各インディケーターを確実に実施している。病理診断機能は、迅速・正確な診断を行っている。危険薬品管理や作業環境も良好である。輸血・血液管理機能は、輸血療法委員会で様々な検討を行い、副作用も報告され、低い廃棄率を維持するなど、秀でた機能を有している。手術・麻酔機能は、手術室の効率的運用を行い、的確な情報共有のもと麻酔管理を行っている。清掃・空調清潔管理も適切である。幾重にもセーフティーネットを構築した体制も含め高く評価される。集中治療機能は、ICUを統括責任医師が管理し、オープンシステムで、多職種が関わり、適切に機能発揮している。救急医療機能は、ER型救急センターとして、広範な診療圏から多くの患者・救急車を受け入れ、断らない救急を実践している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算は法人の予算方針に基づき作成し、理事会、評議員会で承認している。会計処理は学校法人会計基準に基づき、財務諸表を作成している。監査で適切性を確保し、収支分析を通じて経営状況を把握し、病院全体で救急医療体制強化に取り組んでいる。医事業務は、自動精算機を設置し、各種カードの導入により現金過誤の発生を抑制している。レセプト点検や返戻・査定の改善策を進め、施設基準の確認作業を行っている。診療統計は経営判断に活用している。

委託業者は管理課で一元管理し、競争入札を通じて選定している。契約内容や条件を明確に定め、業務評価を年1回実施している。委託職員は個人情報などの研修を受け、重大事故や災害時の対応体制を整備している。施設・設備については、修繕保守・日常点検等を実施し、院内の清掃や最終保管場所の一般産業廃棄物と感染性廃棄物の区分管理も行っている。購買管理では、医薬品は薬事委員会で医学的・経済的効果を検討し、医療消耗品や医療材料は適正価格と品質を評価して採用している。物品管理はSPDシステムで定数管理し、棚卸を年2回実施している。不正発

注防止策や請求漏れ防止対策を講じている。災害時のマニュアルや大規模災害時のBCPを策定している。緊急時連絡体制を整備し職員へ周知している。定期的な訓練の実施、自家発電装置の設置、備蓄等を行っている。委託により保安業務を実施している。病院出入口の夜間施錠、院内巡視、防犯カメラの設置、警備日誌の記録などを行っている。

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 | S |
| 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 | 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 | 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 | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | A |
| 2.2.7 | 患者が円滑に入院できる | A |

| | | |
|--------|-------------------------|---|
| 2.2.8 | 医師は病棟業務を適切に行っている | A |
| 2.2.9 | 看護師は病棟業務を適切に行っている | A |
| 2.2.10 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.11 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.12 | 周術期の対応を適切に行っている | A |
| 2.2.13 | 重症患者の管理を適切に行っている | A |
| 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 | S |
| 2.2.17 | リハビリテーションを確実・安全に実施している | A |
| 2.2.18 | 身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている | A |
| 2.2.19 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている | A |
| 2.2.20 | 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している | A |
| 2.2.21 | 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 | 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 | 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 | S |
| 3.2.4 | 手術・麻酔機能を適切に発揮している | S |
| 3.2.5 | 集中治療機能を適切に発揮している | A |
| 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 | |
| 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

年間データ取得期間： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 年 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：東京慈恵会医科大学附属第三病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：学校法人

I-1-4 所在地：東京都狛江市和泉本町4-11-1

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 | 534 | 534 | +0 | 65.3 | 12.4 |
| 療養病床 | | | +0 | | |
| 医療保険適用 | | | +0 | | |
| 介護保険適用 | | | +0 | | |
| 精神病床 | 0 | 0 | -20 | | |
| 結核病床 | 27 | 27 | +0 | 39.8 | 15.8 |
| 感染症病床 | | | +0 | | |
| 総数 | 561 | 561 | -20 | | |

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 | 5 | +0 |
| 集中治療管理室 (ICU) | 6 | +0 |
| 冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU) | | +0 |
| ハイケアユニット (HCU) | | +0 |
| 脳卒中ケアユニット (SCU) | | +0 |
| 新生児集中治療管理室 (NICU) | | +0 |
| 周産期集中治療管理室 (MFICU) | | +0 |
| 放射線病室 | | +0 |
| 無菌病室 | 3 | +0 |
| 人工透析 | 10 | +0 |
| 小児入院医療管理料病床 | 40 | +0 |
| 回復期リハビリテーション病床 | | +0 |
| 地域包括ケア病床 | | +0 |
| 特殊疾患入院医療管理料病床 | | +0 |
| 障害者施設等入院基本料算定病床 | | +0 |
| 緩和ケア病床 | | +0 |
| 精神科隔離室 | | +0 |
| 精神科救急入院病床 | | +0 |
| 精神科急性期治療病床 | | +0 |
| 精神療養病床 | | +0 |
| 認知症治療病床 | | +0 |

I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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： 18 人 2年目： 18 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

| | 実績値 | | | | | 対 前年比% | |
|--------------|----------|----------|----------|--------|--------|--------|-----|
| | 昨年度 | | | 2年前 | | 昨年度 | 2年前 |
| | 2023 | 2022 | 2021 | 2023 | 2022 | | |
| 1日あたり外来患者数 | 1,148.56 | 1,188.81 | 1,167.07 | 96.61 | 101.86 | | |
| 1日あたり外来初診患者数 | 113.87 | 117.39 | 110.01 | 97.00 | 106.71 | | |
| 新患率 | 9.91 | 9.87 | 9.43 | | | | |
| 1日あたり入院患者数 | 360.21 | 347.19 | 353.62 | 103.75 | 98.18 | | |
| 1日あたり新入院患者数 | 28.82 | 27.63 | 28.26 | 104.31 | 97.77 | | |