

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 12 月 21 日～12 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 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、リハビリテーションを中心に保健予防、在宅医療、介護を担う病院であり、急性期から亜急性期、在宅医療への体制が構築されている。今回の訪問審査時には、院長を中心に幹部、職場代表者が通常の病院運営に加えて、コロナ禍など通常とは異なる課題にも真摯に取り組まれ、リーダーシップを発揮して努力していることが伺えた。この度の審査結果を踏まえて、継続的に医療の質の向上に取り組まれ、貴院がますます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・基本方針は、院内掲示、ホームページ、病院案内に掲載して周知が図られている。病院管理者・幹部の病院運営に関するリーダーシップは、院長・総看護師長・事務長は、病院の課題を認識し、解決に向けてリーダーシップを発揮している。効果的・計画的な組織運営は、病院幹部、職場代表者による管理会議が開催され、病院の運営上での意思決定が行われている。必要な委員会・会議が設置され適切に開催されている。また、長期計画、年次事業計画、部署目標が設定されている。情報管理は、電子カルテ委員会にて新規システムの導入等の検討が行われている。文書管理は、文書管理規程が策定され、各種文書が管理されているが、病院として管理すべき文書を再確認し、確実に管理する体制の整備を期待したい。

人材確保は、医療法、施設基準に必要な人員は充足している。人事・労務管理は、就業規則・賃金規程等は整備されている。職員の安全衛生管理は、労働安全衛生委員会が毎月開催され、職場ラウンドを行い、労働環境のチェックを行っている。健康診断は適切に実施されている。職員にとって魅力ある職場づくりは、労働条件等に関する職員の意見・要望は、労使協議の場で把握されている。職員満足度調査を実施し、職員の意向を確認している。

職員への教育・研修は、各委員会からの提案に基づく職員全体研修の年間計画がある。教育・研修を一元的に管理する仕組みの構築を望みたい。職員の能力評価・能力開発は、職種別に力量チェックリストが作成されており、年1回評価されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、院内掲示やホームページ・病院案内への掲載により周知を図っている。説明と同意は、指針が明文化され、説明と同意を要する範囲の一覧が電子カルテ内に整備されている。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、パンフレットや病院独自の説明書を作成して積極的に活用している。患者支援体制は、地域連携課が患者・家族からの相談に対応している。患者の個人情報とプライバシーの保護は、個人情報保護方針が策定され、個人情報保護対応マニュアルを整備している。

臨床における倫理的課題への取り組みは、病院としての主要な倫理的課題への対応方針が設定され、倫理委員会が開催されている。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、多職種による病棟カンファレンスなどで個別に取り上げて検討している。その場で解決に至らない場合には、倫理委員会において検討する体制が構築されている。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は、最寄り駅からの立地は良好であり、駐車場、駐輪場、バイクの保管スペースも十分に確保されている。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が確保されている。療養環境の整備は、診療・ケアや処置、面談等に必要なスペースは確保されている。受動喫煙の防止は、敷地内禁煙が明示されている。職員の喫煙率も減少しており、禁煙に対する組織全体の取り組みが効果を上げており、高く評価できる。

4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善は、院内に「虹の箱」を設置し、患者・家族からの意見・苦情を収集している。投書は、病院改善委員会の委員が回収し委員会にて検討されている。年1回患者満足度調査を行い、集計、分析後の結果を掲示板に掲載し、フィードバックされている。診療の質の向上に向けた活動は、リハビリテーションカンファレンスにおいて、多職種が参加して症例検討が行われている。臨床指標については、全日本民医連「QI推進事業」に参加している。業務の質改善は、部門横断的な改善は、各委員会や病院改善委員会、管理会議で行われている。新たな診療・治療方法や技術を導入する際には、倫理・安全面について検討

している。

診療・ケアの管理・責任体制は、外来・病棟における管理・責任体制は明確である。診療記録の記載は、診療録記載マニュアルが作成されており、診療記録はおおむね適時・適切に記載されている。診療記録の質的点検を行っている。多職種が協働した患者の診療・ケアは、感染対策や褥瘡対策、NST など、多職種協働の専門チームが編成されている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療介護安全管理委員会が開催されており、医療安全管理者を中心としたミーティングが開催されて報告事例の評価・検討が行われている。安全確保に向けた情報収集と検討は、インシデント・アクシデントレポートは医療安全管理者が集約し、医療安全ミーティングで検討・分析を行い、対策・改善案を現場にフィードバックしている。

患者・部位・検体などの誤認防止は、患者誤認防止マニュアルが整備されており、患者自身による名乗りと生年月日のほか、リストバンドによる確認など2つ以上の項目を組み合わせて実施する手順が遵守されている。情報伝達エラー防止は、医師の指示出し、看護師の指示受け・実施、医師の確認は電子カルテ上で確実に実施されており、指示変更も適切に行われている。口頭指示は原則行わない方針であるが、やむを得ない場合には手順に沿って適切に処理されている。薬剤の安全な使用は、重複投与や過剰投与・相互作用やアレルギー等のリスクは、電子カルテ上の警告画面や薬剤師の処方チェックにより確実に回避されている。毒薬と向精神薬の保管方法については、検討が望まれる。転倒・転落防止は、入院時に全ての患者を対象として転倒転落アセスメントシートを利用し看護師が評価している。入院後は継続的に多職種カンファレンスや週1回の転倒・転落アセスメントが行われている。これらの取り組みにより転倒発生率の改善も見られている。医療機器の安全な使用は、使用前・使用中・使用後に、看護師によるチェックリストに基づいた日常点検が行われている。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードが設定されている。全職員を対象にBLS等の研修が行われている。

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開催されている。ICTが組織され、ラウンドを行っており、結果はICT会議で検討されている。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についてはICT週報としてまとめられ、院内感染対策委員会にも報告されている。

医療関連感染を制御するための活動は、臨床現場では徹底した手指衛生が実践され、1処置1手袋などの基本原則が遵守されている。抗菌薬の適正な使用は、抗菌薬の適正使用に関する指針が作成されており、特別な抗菌薬は届け出制になっている。院内の分離菌感受性や抗菌薬使用状況は定期的に把握・検討されており、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、病院の広報誌が毎月発行されている。ホームページは各部門からの情報をもとに定期的に更新が行われている。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携は、地域連携ネットワーク会議と多職種連携会議により、顔の見える連携が構築されている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、患者、地域住民、組合員を対象に健康講座などを開催している。

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、ホームページに診療時間、診療体制、外来受診の流れ等が案内されている。外来診療は、適切に行われている。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、入院受け入れでは地域連携課が窓口となり、情報収集が行われている。診断的検査の確実・安全な実施は、診断的検査の必要性は適切に判断されており、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、医療ニーズに応じた適切な医療機関や介護施設等が紹介され決定されている。入院の決定は、医学的な判断に基づき決定されている。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、診療計画が迅速に作成されている。患者・家族からの医療相談への対応は、看護師、社会福祉士、ケアマネージャーおよび事務員の体制で対応している。患者が円滑に入院できるように、入院決定後に外来看護師により、入院案内に基づき提出書類や留意事項等の説明が行われている。

医師の病棟業務は、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。看護師の病棟業務は、入院後 24 時間以内に看護計画が立案され、その後も評価・検討、見直しが行われている。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は、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も残されている。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施は、投与中・投与後の観察は手順通りに行われ、記録も残されている。重症患者の管理は、スタッフステーション近くの個室で行っている。褥瘡の予防・治療は、入院時の評価に基づきハイリスク患者の褥瘡対策計画書が作成され、予防や評価、治療が行われている。栄養管理と食事指導は、入院時に全患者の栄養スクリーニングが行われており、問題のある患者については栄養状態を確認のうえ栄養管理計画書が作成されている。症状などの緩和は、疼痛の程度は客観的に評価されて日々記録されており、薬剤等による疼痛緩和に努めている。疼痛以外の苦痛に対するマニュアルも整備されている。

リハビリテーションの確実・安全な実施は、リハビリテーションの必要性は適切に判断され、病態に応じた目標設定や訓練計画が策定されている。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されており、定期的な評価や見直しも行われている。身体抑制は、入院時のリスク評価に基づいてカンファレンスにより検討され、医師から患者・家族に説明のうえ同意を得て実施されている。患者・家族への退院支援は、全ての入院患者に入院早期に退院支援に関するスクリーニングが行われ、退院支援看護師が退院支援計画書を作成している。継続した診療・ケアの

実施は、入院患者が退院後に安心して療養を継続できるよう支援する目的で、患者個々の受け持ち看護師や担当社会福祉士を中心とした体制が構築されている。必要に応じて訪問診療や訪問看護のほか、栄養指導やリハビリを目的とした専門スタッフの訪問も行われているなど、取り組みは総じて高く評価できる。ターミナルステージへの対応は、個室使用や家族の付き添いの希望が確認され、療養環境が整えられている。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

入院の決定は、大腿骨骨折・脳卒中についての地域連携パスを運用し、ほとんどすべての紹介患者を受け入れている。紹介元病院からの診療情報提供書や紹介患者個人票は、地域連携課、病棟師長等が参加する毎日開催のベッドコントロール会議で検討され、最終的にリハビリテーション科医長が入院の可否を決定している。リハビリテーションプログラムの作成は、多職種参加の定期的なリハビリカンファレンスおよび報告書で身体状況の変化、能力変化などの情報共有が図られ、リハビリテーションの計画は必要に応じ見直されている。理学療法の確実・安全な実施は、365 日リハビリテーション訓練が行われ、必要な理学療法を十分量提供している。早期離床・起立・歩行を目指して様々な定量的評価が行われている。作業療法の確実・安全な実施は、365 日リハビリテーション訓練が行われ十分量の作業療法を提供している。自宅シミュレーション室では、畳上の活動練習や掃除・洗濯などの IADL 練習も可能となっている。言語聴覚療法の確実・安全な実施は、365 日リハビリテーション訓練が行われ十分量の言語聴覚療法が確実・安全に行われている。摂食・嚥下訓練も十分になされている。昼食のみならず、朝・夕食の時間帯も言語聴覚士が介入している。

患者・家族への退院支援は、入院当初から家屋状況を確認し、退院後の生活を想定した必要な訓練を行っている。継続した診療・ケアの実施は、必要な患者には通院リハビリテーションが提供されているほか、介護保険分野で訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションサービスが提供されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査・疑義照会、調剤後の確認は手順を遵守して確実に行われている。院内各部署に配置されている薬剤は、薬剤師が定期的にチェックして記録を残している。注射薬の 1 施用ごとの取り揃えは 100%である。臨床検査機能は、検体検査や生理検査は業務手順に沿って適切に実施されている。画像診断機能は、各種撮影は業務手順に沿って適切に行われている。画像はすべて放射線科医により読影されている。栄養管理機能は、クックチル方式を採用している。配膳は、温冷配膳車を利用している。食事満足度調査を実施し、その結果と給食委員会での意見をもとに給食会社と打ち合わせを行っている。リハビリテーション機能は、リハビリテーションの業務マニュアルが作成されており、必要なリハビリテーションが手順に沿って適切に実施されている。訪問リハビリテーションや健康づくりのための情報発信などにも積極的に取り組んでいる。診療情報管理機能は、診療情報の

一元管理が行われている。量的点検を実施している。医療機器管理機能は、年間保守点検計画が総務課により作成され、業者による点検が行われ記録されている。医療機器安全マニュアルも整備されている。洗浄・滅菌機能は、使用済み機材は各部署で一次洗浄が行われ、滅菌業者により運ばれ洗浄・滅菌されている。滅菌の質保証は業者から報告を受けている。

病理診断機能は、すべて外部への委託である。輸血・血液管理機能は、輸血用血液製剤の管理は検査科が担当しており、管理責任者は副院長である。血液製剤の投与は業務マニュアルに沿って適切に行われており、使用された血液製剤のロット番号は記録・保存されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、管理会議で予算案を決定し、法人理事会で承認されている。法人本部の経理にて財務諸表が作成され、病院会計準則に基づき会計処理されている。法人監事、公認会計士による会計監査、業務監査が行われている。業務委託は、委託業務の種類、範囲は、関連部門からの提案を事務長がとりまとめ、検討されている。委託業者の選定の際は、業務内容、見積額を検討し決定している。

施設・設備の管理は、日常点検が行われている。法定の施設・設備の保守管理は、年間計画に基づき、業者に委託し実施されている。物品管理は、医療材料・薬品は、事業協同組合により共同購入された物品を SPD システムで購入し、管理している。

災害時の対応は、災害対応手順書が作成され、消防訓練が実施されている。トリアージを含めた災害訓練が実施されている。保安業務は、日勤帯は事務管理部門が担当し、時間外は当直事務が対応している。医療事故等への対応は、医療事故発生時の基本方針は「医療事故発生時の対応マニュアル」に明記されている。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習等は、医師・看護師・療法士・事務（医療秘書）の学生を受け入れている。実習受け入れ手順、実習中の事故対応は、学校の教員と事前確認するとともに、契約書内でも事故対応が明確となっている。

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	B
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	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	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	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	S

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	B
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	S
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	B
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	NA
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	S
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	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	B
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	A
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	B
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	B
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

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	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	S
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療生協かわち野生活協同組合 東大阪生協病院

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：その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地：大阪府東大阪市長瀬町1-7-7

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	99	99	+0	95.3	30.4
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	99	99	+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	48	+0
地域包括ケア病床	10	+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： 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

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
		2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数		249.60	246.17	273.07	101.39	90.15
1日あたり外来初診患者数		30.88	27.98	31.25	110.36	89.54
新患率		12.37	11.36	11.45		
1日あたり入院患者数		94.59	93.09	96.42	101.61	96.55
1日あたり新入院患者数		3.22	3.25	3.53	99.08	92.07