

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」及び副機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 8 月 10 日～8 月 11 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
機能種別	緩和ケア病院（副）	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。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は 1952 年に内科、外科、放射線科を標榜する 44 床の市立病院として開院し、増床および診療科を増やし、現在 199 床、24 診療科目の病院として機能しており、病院からは遠くまで広がる風光明媚な景色が患者に癒しと豊かさを与えている。病院理念には「あい（愛）しあわせ（幸福）やさしさ（優しさ）」を掲げ、がん治療の充実や、24 時間 365 日断らない救急医療、生活習慣病・高齢者特有疾患への対応、特色ある婦人科診療などを重点に地域の基幹病院として役割を担っている。

地域医療従事者や介護施設等の職員に対して知識や技術向上に向けた研修活動を行い、住民を対象として健康や病気に関する講座を開催するなど、全職員で尽力している。新型コロナウイルス感染症患者の入院受け入れなど、地域に求められる診療にも対応している。

地域の中核病院として、時代の要請に向き合いながら今後も益々飛躍されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念のもとに定めている基本理念、運営方針があり、院内掲示や入院案内、ホームページ、広報誌等で周知している。病院幹部は強いリーダーシップを発揮し、毎朝開催される経営会議では、各種懸案事項に含め、死亡症例の確認、インシデント・アクシデント報告、意見箱の対応を協議し、スピーディで効果的な組織運営が行われている。電子カルテをはじめとする各システムや情報の管理体制は、システムに関する運用管理規定を定め明確化されている。

法令および施設基準の人員基準は満たされており、人事・労務管理に必要な各種規則・規程は整備され、電子カルテに掲載し、職員がいつでも閲覧できるようにしている。緊急コールなど、院内暴力に対する対応マニュアルと体制が整備されている。職員の安全衛生管理の観点から、安全衛生委員会の確実な開催と、実施件数は少ないものの解剖室におけるホルマリンの使用環境の確認については検討が期待される。医療安全、感染対策の研修は、医療安全推進室および感染防止対策室が企画・開催し、全委託職員も含め直近で100%の参加率である。個人情報、ハラスメント、人権、倫理等の研修は学術研修委員会が取り纏め、計画に沿って実施している。医師は多岐にわたる評価を行い、能力開発と臨床の現場での反映が図られている。

3. 患者中心の医療

「受診される皆様の権利」を明文化し、院内外への周知は適切である。患者・家族がセカンドオピニオンを希望する際の手順についても病院ホームページ等に明記するとなお良い。患者には、入院診療計画書、患者用パスや看護計画等を用いて診療内容等について説明を行い、また、写真や図等を用いて分かりやすく説明を行っている。相談窓口にスタッフを配置し、相談内容等に応じて院内外の専門職種や医療関連機関と連携を図りながら、円滑な対応を行っている。入院案内やホームページ等で個人情報の利用目的を患者・家族へ案内している。院内に倫理委員会を設け、倫理的課題に関する指針を具体的に示している。臨床の場で解決できない問題が発生した場合は、倫理委員会で検討しており、実績もある。臨床現場の中で発生した倫理的な課題については、日々の診療、ケアの中で把握し、解決に向けたカンファレンスを行っている。

敷地内禁煙であり、患者および職員に対して院内にポスター掲示やモニター画面のテロップにて禁煙を促している。病棟、外来ともに、診療やケアに必要なスペースが確保され、整理整頓、清掃が行き届いている。

4. 医療の質

多職種が参加する各種委員会を設置し、定期的を開催している。臨床指標の1つとして患者満足度調査を毎年行い、他自治体病院と比較も行いながら改善策を練っている。がんサージカル・ボード、CPC、各科カンファレンス、診療ガイドラインの整備、各種臨床指標の分析などを行っている。クリニカル・パスのバリエーション分析等、診療の質向上に向けた取り組みの充実を期待したい。経営・組織・業務改善の

仕組みが確立しており、内部監査を通して継続的な改善を行い、行政機関の立入検査に適切に対応している。新たな治療方法や診断技術、術式の導入等に際しては、倫理委員会に諮り、承認を得て実施する仕組みがある。

各病棟の入り口に管理・責任者名として、医師、看護師長、薬剤師の名前が表記してある。医師不在時の連絡体制は明確であり適切である。外来では、外来師長がラウンドを行い、患者の受診環境や診療の進行状況等を把握している。SOAP に沿って診療記録を記載し、退院時サマリーの迅速な記載等に努めている。NST、認知症ケアチームなどの専門職が部門横断的に活動している。また、NST 歯科連携カンファレンスやラウンドを行うなど、院内開業医との連携も積極的に行っている。

5. 医療安全

院長直属の医療安全推進室を設置し、副院長を室長に、専従の医療安全管理者を配置し、役割、権限は明確である。リスクマネジメント委員会を定期的に開催し、事例の分析、検討を行い改善に繋げている。リスクマネジメント委員会は発生事例の分析・検討等再発防止に向けて取り組んでいる。

手術室における部位確認は、タイムアウトやマーキングを実施して誤認防止に努めている。内視鏡室では検体容器用のネームラベルを発行し、医師と看護師がダブルチェックするなど、誤認防止対策を適切に実践している。電子カルテによるオーダーリングシステムが導入され、指示出し・指示受け・実施・確認の一連の流れは適切である。検査結果の報告については、悪性所見の報告手順なども含めて適切に実施されている。手術室における麻薬の在庫量、向精神薬の管理について検討するとなお良い。全入院患者に転倒・転落リスク評価を行い、リスクがある患者には看護計画を立案し、多職種間でも情報を共有し、転倒・転落防止に努めている。人工呼吸器の使用中は、臨床工学技士が定期的に出向いて点検を行っている。院内緊急コードを設定し、各部署に表示して、全職員に周知している。救急カートは院内で統一し、必要な場所に配置し、マニュアルに沿って点検し記録に残している。

6. 医療関連感染制御

感染対策防止部門を設置し、専従 ICN1 名を配置している。感染防止委員会を毎月開催し、ICT は毎週院内をラウンドしている。また、地域医療連携ミーティング・ラウンドを行い、委員会として「感染対策ニュース」を毎月発行し、感染制御マニュアルの整備・改訂も適切である。院内微生物サーベイランスを行い、中心ライン関連感染、尿道カテーテル関連感染を把握し、検討している。アウトブレイクの定義を明確にし、発生時の報告体制や各手順などを作成し、アウトブレイクに対する対策を行い実際に終息した実績もある。院内感染対策マニュアルを整備し、感染経路別の予防策に基づいた対応も明記している。

標準予防策を遵守し、PPE の着脱訓練も行っている。部署別の手指消毒薬の使用量調査等も適宜行い、手指衛生の徹底に努めている。感染性廃棄物や血液・体液等が付着したリネン類はマニュアルに則って適切に取り扱っている。抗菌薬の採用・中止を ICT で検討し、ICC、薬事委員会で承認している。抗菌剤の適正使用指針とマニュアルを作成し、届出制と許可制をとっている。手術開始前 1 時間以内の抗菌薬投与率は 100% であり、適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌を年 4 回発行し、院内、地域医療機関、市関連施設へ配布している。また、地域医療機関向け機関紙として、「Up To Date」を発行し、情報発信を行っている。ホームページでも自院の各種情報を発信し、診療実績として患者数や手術症例数、DPC データによる病院指標等を公開している。医師は要望等を伺うために医療機関へ足を運び、要望に応じた改善を行っている。患者同意のもと、「むこねっとシステム」は 7 市 1 町の 14 病院で患者診療情報の共有を、「芦っこねっと」は自院の患者情報を登録医療機関が閲覧できるようにしている。

新型コロナウイルス感染症の影響で開催が抑制されているが、健康フォーラムやホスピタルフェアを行い、地域住民向けに講演を行っている。また、各職種が担当し市民センターで出前講座を行っている。院内では糖尿病教室を毎月開催し、患者会も発足している。認定看護師は地域の医療従事者や介護施設等の職員に要望を尋ね、年 3 回褥瘡予防や摂食・嚥下、看取り等の講演を行い、さらに褥瘡予防の耐圧分散マットレス等の指導に施設等に出向いており、評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院支援センターを設置し、退院支援が必要と予測される患者を中心に入院時から介入している。入院の適切な決定を行い、診断・評価に基づく診療計画を作成されているが、作成にあたり管理栄養士・療法士などのさらなる関与を期待したい。多職種で構成された褥瘡チームが週 1 回の回診とカンファレンスを行い、治療方針の決定やケアの評価等を行っている。栄養管理の必要な患者に栄養管理計画書を作成し、管理栄養士の介入や問題がある患者に対しては、NST の介入等の対策を行っている。がん性疼痛に対しては、緩和ケアマニュアルに沿って対応している。症状を訴えられない患者に対しては、フェイススケールやバイタルサインの変動等により判断し対応している。身体抑制は、医療安全対策マニュアル内の行動制限に関する基準に則って実施している。また、回避・軽減・解除に向けたカンファレンスは毎日開催しており、早期解除に向けた取り組みを行っている。

入院時にスクリーニングを行い、退院支援が必要な患者には、退院調整看護師とともに多職種が関わり患者・家族の支援を行っている。緩和ケア認定看護師、皮膚排泄ケア認定看護師等の専門職が、患者の状態に応じて、外来通院時から入院中、退院後も継続して関わっている。

＜副機能：緩和ケア病院＞

緩和ケア病棟は細かな配慮が行き届き、過ごしやすい病棟になっている。経験豊富な4名の緩和ケア内科医師、2名の認定看護師を中心に多職種が連携してチーム医療を行っている。

入院までのプロセスでは、緩和ケア内科医師と緩和ケア病棟の看護師により、外来で必要な対応を行って入院や転院までの待ち日数を減らすよう努めている。緊急の受診にも速やかに対応し、必要な患者が入院できる体制を整えている。入院後は医師・看護師を中心に多職種によるチームで、患者・家族の個別の要望に対応した診療およびケア計画を作成している。病棟薬剤師は入院患者の持参薬の確認・調剤・服薬指導を行っている。管理栄養士は患者の嗜好調査を行い、工夫した食事提供を行っている。療法士は日常生活動作の自立性の保持のために、必要なリハビリテーションを実施している。症状緩和については、多職種によるカンファレンスにおいて症状緩和のための検討を行い実施している。

退院支援については退院前に訪問診療、訪問看護などにより退院調整カンファレンスを開催し、患者・家族の希望に沿った在宅支援を行っている。退院後の病状悪化に対する緊急時の対応も平日のみならず夜間・休日も適切に行っている。患者の自立支援およびQOL向上に向けた取り組みとしては、整備された屋上庭園の散策、バーチャルリアリティ（VR）の提供、季節の催し、病棟コンサート、アートセラピーなどを行っており評価できる。臨死期におけるケアは患者・家族の希望を尊重し多職種で情報共有して検討し、病状の変化に応じた対応を行っている。看取りの時期には、希望する看取りができるように家族の心情に配慮した対応を行っており適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は処方鑑査などの管理体制など適切であるが、院外処方の疑義照会の記録、分析、医師へのフィードバックなどの体制構築があるとさらに良い。臨床検査機能のパニック値・異常値への対応と精度管理体制は適切である。管理栄養士がベッドサイドに足を運び、アレルギーを含め、喫食量低下の患者には食品・メニュー選定、食形態の調整等を行っている。リハビリテーションは、機能に見合った人員・施設・設備・機器を備え実施しているが、長期間の連休中のリハビリテーションの連続性の確保について検討されることを期待したい。電子カルテにより1患者1IDで診療情報の一元的管理が行われており、量的点検も行われている。臨床工学技士を配置し、医療機器の使用後点検および定期点検を計画的に実施している。滅菌業務を中央化し、マニュアルに則って始業点検および滅菌評価を確実にを行い、滅菌精度の質保証に努めている。

円滑な血液製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄業務を含め、円滑な輸血・血液管理が機能している。手術・麻酔機能は常勤の麻酔科医により適切に実施されている。救急医療機能は、夜間の消化器内視鏡救急に対応するなど、救急医療の体制が適切に整備されている。マニュアルに沿って、虐待やDV疑い事例にも適切に対応している。

10. 組織・施設の管理

財務諸表の作成は適切に行われ、経営指標の目標値に対して半期ごとに外部の評価委員が評価を行い、病院にフィードバックしている。医事課が要望する必要なレセプト点検に医師も協力的に関与している。査定・返戻については、診療報酬・DPC 対策委員会で協議し医局会を通じてフィードバックしている。委託業務は、月次の定例会で意見交換を行い、状況に応じてプロポーザル方式や相見積りを実施している。

年次保守計画が立てられ、日常点検や保守管理が実施され、記録として残されている。感染性廃棄物の回収、運搬、保管、処理は適切に実施されている。医療材料の採用可否は診療材料適正化委員会で決定し1増1減を図っている。全治病のベンチマーキングシステムを活用し、価格交渉を重ね経費節減を進めている。災害時マニュアルに地震等の災害対応を明記し、停電や電子カルテ停止、トリアージ訓練も実施している。委託業者の警備員が24時間保安業務を行い、巡回や警備日誌を残し保安体制を整備している。現場で起きたインシデント・アクシデントは、毎日開催される経営会議で日々報告されており、医療事故発生時は医療事故調査指針に基づき対応している。

11. 臨床研修、学生実習

初期研修プログラムに従って、計画的に研修が進められ、研修医が単独で行ってよい医療行為は明確にされている。研修医の評価は指導医、看護師により行い、指導医の評価は研修医から行われている。看護師の研修は計画的に行われ、プリセプターおよびプリセプティの相互評価も実施されている。研修内容はアンケートにより評価され、見直しの材料となっている。薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、療法士においても項目ごとに達成度評価が行われており、初期研修は適切である。

医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・療法士・臨床心理士など多数の職種の実習生を受け入れている。カリキュラムに沿った実習と評価が行われ、医療安全や感染対策は、実習前に注意事項を案内している。個人情報保護については誓約書の提出を求めている。院内には、実習生受け入れ病院であることを掲示し、患者受け持ち時には患者に同意を得ている。定められた各種ウイルス抗体価やワクチン接種状況を提出するようにしている。事故発生時は受け入れ部署から、総務課へ連絡が入る流れが整備されている。

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	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	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	安全確保のための身体抑制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	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	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	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	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	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	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：緩和ケア病院（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	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	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア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	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
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	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	臨死期への対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 8 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：市立芦屋病院

I-1-2 機能種別：一般病院2、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者：市町村

I-1-4 所在地：兵庫県芦屋市朝日ヶ丘町39-1

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	199	199	+0	81.5	14.1
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	6	+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	6	+0
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		
地域包括ケア病床		
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	24	+0
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

DPC対象病院(Ⅲ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： 3 人 2年目： 2 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

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度 2019	2年前 2018	3年前 2017	昨年度 2019	2年前 2018
1日あたり外来患者数	338.82	350.66	343.97	96.62	101.94
1日あたり外来初診患者数	51.30	51.81	50.03	99.02	103.56
新患率	15.14	14.78	14.55		
1日あたり入院患者数	174.08	180.93	171.30	96.21	105.62
1日あたり新入院患者数	11.52	11.99	12.15	96.08	98.68