

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 12 月 14 日～12 月 15 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、地域医療支援病院、救急告示病院として二次救急を積極的に受け入れつつ、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟を活用し、急性期医療から終末期医療・在宅医療を提供している。

今回の病院機能評価の訪問審査では、医療の質改善に取り組む姿勢が確認できた。評価結果を踏まえて、継続的に医療の質の向上に取り組まれることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、ホームページ、入院案内、院内掲示、デジタルサイネージ、広報誌などを活用して周知している。病院長をはじめ、幹部職員は地域の中核病院としての役割を果たすために、運営上の課題を明確にし、将来像を見据えた解決策に取り組んでいる。管理会議を開催し、病院運営の課題解決の意思決定を行っている。組織図を作成し、各部門の役割を明確にしている。中長期計画に基づき、単年度の事業計画を作成して、部署目標の設定および達成度を評価している。院内で取り扱っている情報システム等は、一元的に管理しており、セキュリティ対策を適切に行っている。文書管理は、文書の種類や目的に応じて、適切に取り扱い、管理している。

法定や施設基準上で定める人員を確保している。人事・労務管理に関する規程は、職員が常時閲覧でき、出退勤や時間外労働を適切に管理している。安全衛生委員会を開催しており、職員の健康診断受診率は100%であるなど、職員の安全衛生管理を適切に行っている。職員の意見や要望は、職場業務委員会にて収集している。また、職員満足度調査を実施している。全職員を対象とする研修会は、教育委員会にて年間計画を策定して実施している。人事考課制度を導入しており、看護部ではラダーによるキャリアパスや目標管理制度を運用し、看護部以外の各部門においても能力開発に関する計画やチェックシートを整備している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、入院案内、ホームページ、病棟の掲示などにより周知している。説明と同意が行われる診療行為の範囲については、侵襲的な検査・処置・手術、輸血承諾書、麻酔、造影検査と定められ、同席を必要とする範囲も定めている。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、入院案内やホームページに「患者さんと医療者のパートナーシップ」や「患者さんへのお願い」が示され、患者の医療参加への促進に努めている。患者支援体制は、医療相談室に窓口を一本化している。個人情報保護方針を策定しており、取り扱いについて規程を整備している。診療および療養生活上におけるプライバシーに配慮している。日常の倫理的課題は、看護師が中心となり、各部署において多職種で積極的に倫理カンファレンスを行っている。解決できない場合は組織的に検討する仕組みを整備している。

病院敷地内に駐車場を確保している。また、病棟の個室およびデイルームにWi-Fi環境を整備し、オンライン面会が可能であるなど、患者・面会者の利便性・快適性に配慮している。病院全体がバリアフリー化されており、高齢者・障害者に配慮した施設・設備を整備している。院内は診療・ケアに必要な十分なスペースを確保し、適切な療養環境を整備している。敷地内を含め禁煙としており、受動喫煙の防止に取り組んでいる。

4. 医療の質

患者・家族の意見を収集するための意見箱を設置し、改善策を検討し、回答は院内掲示やホームページに掲載している。患者満足度調査を行い、ホームページで結果を公表している。各診療科におけるカンファレンスや各種症例検討会を行い、診療の質の向上に向けて取り組んでいる。臨床指標については、日本病院会のQIプロジェクトに参加し、指標を収集し、経時的に分析している。業務の質改善は、毎年「院内QC大会」を開催している。薬剤の適応外使用については薬事委員会で審査し、必要に応じて倫理審査委員会で審議する仕組みがある。病院として新たな治療・技術を導入する際には、組織的に検討しており、必要な場合は職員の研修を支援する仕組みがある。

病棟には責任医師、病棟責任者、病棟薬剤師、退院支援担当者の氏名を掲示し、診療・ケアの管理・責任体制を示している。診療記録に必要な情報を遅滞なく記載している。医師の診療録の質的点検については、結果を診療録質的監査報告書とし

てまとめている。組織横断的なチーム医療として、栄養サポートチーム、呼吸ケアチーム、感染対策チーム、褥瘡対策チーム、緩和ケアチームなどが積極的に活動している。

5. 医療安全

医療安全管理室に医療安全管理部門を設置し、医療安全管理者である看護師を室長として、専従で配置している。医療安全管理委員会を開催し、インシデント事例や医療安全パトロールの報告、検討を行っている。下部組織であるリスクマネジメント部会では、インシデント・アクシデント事例の分析を行い、部門間の情報共有や再発防止対策の検討、各種マニュアルの改定を実施している。安全確保に受けて様々な取り組みを行っており、高く評価できる。アクシデント・インシデント報告を収集しており、必要に応じて要因分析を行い、再発防止対策を実施している。

患者・部位・検体などの誤認防止として、患者自身による名乗りを原則とし、外来では外来受診票、入院ではリストバンドなど複数の方法で確認している。マーキングによる部位確認等の誤認防止対策も手順を準拠して実施している。ハイリスク薬の一覧表を整備している。入院時に、全患者を対象に転倒・転落アセスメントシートを用いてリスク評価を行っており、危険度別に看護計画を立案している。ポンプ類の使用時は、看護師がチェックリストに基づき、設定条件や作動確認を行い、医療機器の安全な使用に努めている。人工呼吸器使用患者は、臨床工学技士が毎日ラウンドして作動状況を確認している。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードを設定しており、BLS 研修は全職員を対象に定期的実施している。

6. 医療関連感染制御

医療安全管理室の感染対策部門に、看護師（ICN）を配置している。医療関連感染防止委員会をはじめ、感染に関連した委員会を設置し、積極的に活動を行っている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、部門別サーベイランスなどを適切に実施している。

感染経路別予防対策や手指衛生などの標準予防策を実施している。抗菌薬の適正使用に関する院内指針を整備している。院内における分離菌感受性パターンを把握している。AST は、中止や変更などの提案として主治医に適切にフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、病院の機能や診療体制、医療サービス等の情報を病院案内やホームページ、広報誌で地域に向けて発信している。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として、地域医療連携室が登録医等との連携による紹介・逆紹介の対応を行っている。病院が主体となって立ち上げた地域医療連携ネットワークシステムに参加中の施設との間では、紹介患者の画像検査結果、読影レポート、処方・注射歴、検査結果、退院時サマリー等を共有し、逆紹介後の診療への利活用を行うなど、地域の医療関連施設との積極的な連携を展開しており、

高く評価できる。

地域医療連携室を中心に、地域住民や医療従事者向けの講演会・研修会、医療従事者向けの研修会、セミナーなどを企画し、開催している。新型コロナウイルス感染症が続く中でも、感染対策を講じつつ、地域住民や医療従事者に向けて、継続的かつ積極的に教育・啓発活動を行っており、取り組みは高く評価できる。

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、受診に必要な情報はホームページにわかりやすく掲載している。外来診療は、外来で看護師が情報を収集し、情報共有している。医師は診断的検査の必要性を判断し、リスクのある検査については、文書を用いて説明を行い、同意を得ている。入院の決定は、医学的な判断に基づいて、患者・家族の希望も確認して対応している。患者・家族からの医療相談への対応は、地域医療連携室が患者相談窓口となっている。患者が円滑に入院できるように、入院案内やホームページに、入院までの手続き、入院中の生活、院内施設の案内などをわかりやすく掲載している。

医師は、適切に治療方針を決定・変更している。看護師は、患者の身体的・心理的・社会的ニーズをもとに看護計画を立案して、日々の看護を行っている。患者名、薬剤名、投与量、投与方法、時間などの確認を適切に行い、投薬・注射を確実・安全に実施している。輸血投与前の確認や投与中、投与後の患者の状態と反応を観察して記録に残している。手術の適応は診療科内で検討した上で決定し、麻酔科医師は全身麻酔の適応・リスクを評価している。術後の申し送り、術後の観察・ケアも確実に行っている。重症患者の管理は、ICUと救急病床、一般病棟の重症室を整備している。褥瘡の予防・治療は、入院時に全患者に対し、リスク評価を行っている。ハイリスク患者には、看護計画を立案し、必要なケアを実施している。栄養管理と食事指導は、病棟担当の管理栄養士が患者ラウンドを行い、入院時の食事状況や喫食状態を把握し、必要に応じて栄養指導を行っている。症状緩和に関する方針や手順は、「終末期ケアマニュアル・症状緩和ケアマニュアル」に整備し、患者の訴えの把握に努め、精神面からのサポートに努めている。リハビリテーションのオーダーがクリニカル・パスに組み込まれるなど、適切に運用し、

リハビリテーションの確実・安全な実施に取り組んでいる。入院前より患者の状況に応じて、退院支援を行い、地域医療連携室を中心に、退院後の継続的な診療・ケアに向けて取り組んでいる。DNARを含めた終末期の意思決定支援には、患者・家族の意向を確認し、QOLに配慮してケアの充実に努めている。

<副機能：緩和ケア病院>

緩和ケア病棟の入院希望がある場合は、事前に緩和ケア外来で面談を行い、丁寧に詳細を説明している。緩和ケア外来は完全予約制であり、予約時刻に待ち時間なく面談を行っている。入院判定は、複数の緩和ケア科医師、緩和ケア認定看護師、病棟師長のメンバーで対応し、入棟基準に沿って入院決定を行っている。レスパイト目的や在宅調整が必要な患者の受け入れを適宜行っている。

医師は、治療経過や現在の状態を把握し、緩和治療を行っている。受け持ち看護師は、患者の状態を把握し、患者・家族の要望を取り入れてケア計画を立案している。症状などの緩和は、患者の訴えを多職種で聴取し、カンファレンスで情報共有している。麻薬の使用については、マニュアルに沿って医師が処方しており、選択などについて薬剤師からの支援体制がある。QOL向上の取り組みとして、コロナ禍でも感染対策を徹底し、制限なく家族の面会、外出、外泊を継続している。また、季節のイベント、誕生日、お楽しみ食などを開催し、家族や親しい人と共に過ごす時間を提供している。在宅療養の希望があれば、多職種カンファレンスで検討し、退院判定基準に従って退院を決定している。緩和ケアスタッフが訪問診療医師、訪問看護師、ケアマネージャーなどと退院前カンファレンスを行い、在宅療養に必要な情報交換を行っている。退院後の症状悪化や急変時の対応も患者・家族の希望に沿った支援ができるように取り組んでおり、病状に応じて緊急入院を受け入れている。「終末期ケアマニュアル」を整備しており、臨死期の判断は臨床症状や経過から主治医と多職種で協議し、共有している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師が速やかに持参薬の鑑別を行う仕組みを構築している。また、処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査を適切に実施している。検体検査や心電図・超音波検査のパニック値の基準を定めており、前回の検査結果を踏まえた上で依頼医師に報告している。毎日の内部精度管理に加え、外部精度管理に参加している。画像診断機能は、レポート記載が必要な場合は、迅速に結果を返している。レポート作成の徹底やダブルチェックを行う体制の構築について検討を期待したい。栄養管理機能は、食事は温冷配膳車にて、専用エレベーターで各病棟に届けている。食事の質改善に向けた協議を隔月で委託業者と行っている。日々のリハビリテーションの稼動データを詳細に分析し、適切な人員配置を行うことで休日訓練の実施や療法士1人あたりの生産性の向上につなげている。診療情報は、1患者1IDで一元的に管理している。医療機器は、中央医療機器管理室で一元管理し、保守点検や整備を実施している。洗浄・滅菌機能は、各部署の使用済み器材は一次洗浄を行わず、中央洗浄室で洗浄後、委託先で滅菌業務を行っている。

病理診断機能は、細胞診の陽性・擬陽性例は全て病理医が再確認している。組織診断については、ほぼ全例を3名の病理医がトリプルチェックを行っており、診断の質を高いレベルで担保しており秀でている。乳がん、骨転移、肺がんなどを対象に放射線治療を実施している。検査部に輸血担当部署を設置し、認定輸血検査技師を配置している。発注した血液製剤、自己血、感染自己血をそれぞれ別の専用保冷庫で適切に管理している。スケジュール管理は麻酔科医師と看護師長が協議し、緊急手術にも適切に対応している。術中管理、覚醒時の安全管理、退室の基準等を適切に定めている。集中治療機能は、ICUを有している。救急医療機能は、断らない方針のもと、救急患者、救急車搬入に対応し、救急入院を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、事業計画、予算案を作成し、理事会の承認を得ている。病院会計準則に基づく会計処理を行っており、外部監査が行われている。医事課が医事業務全般を管理し、受付業務・窓口会計収納、未収金管理の一部について外部委託している。各委託業務主管部署において、業務の遂行状況を確認している。業者選定は、経営幹部と担当部署で評価し、組織的に決定している。

施設・設備の管理は、日常点検や定期点検および法定点検を適切に行っている。感染性廃棄物の搬送を適切に行い、院内の最終保管場所も適正に管理している。物品の管理は、医薬品を薬剤部内の薬品庫で管理し、診療材料は院内在庫型 SPD システムにより物品管理室で、それぞれ使用期限も含めて管理している。棚卸を年2回実施し、在庫量や採用物品について見直している。災害時の対応として、火災発生時、停電時、大規模災害発生時に備えた防災マニュアル（BCP）を整備している。保安業務は、警備員を配置し、24時間体制で保安管理を行っている。医療事故等への対応は、原因究明と再発防止に向けて組織的な検討を行う体制を確立している。訴訟時は顧問弁護士に相談できる体制を構築している。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型の臨床研修病院として、研修医を受け入れている。看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師等の専門職種においても、技術レベルの向上に向けた初期研修計画やプログラムが策定されている。

学生実習等は、歯学生や薬学生、看護学生、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士、管理栄養士の専門学生等、多職種の実習生を受け入れている。実習おける契約書の締結などに適切に対応している。

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	S
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
1.4	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	B
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	S
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	S
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
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	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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 社会医療法人 製鉄記念八幡病院
 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： 医療法人
 I-1-4 所在地： 福岡県北九州市八幡東区春の町1-1-1

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	453	429	+0	64.7	12.6
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	453	429	+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	8	+0
集中治療管理室 (ICU)	7	+0
冠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	42	+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	48	+0
地域包括ケア病床	54	+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	16	+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

地域医療支援病院, 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： 10 人 2年目： 6 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

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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	473.69	483.28	532.85	98.02	90.70
1日あたり外来初診患者数	36.13	34.33	38.29	105.24	89.66
新患率	7.63	7.10	7.19		
1日あたり入院患者数	292.92	314.57	352.67	93.12	89.20
1日あたり新入院患者数	19.41	19.81	21.16	97.98	93.62