

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 11 月 19 日～11 月 20 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

貴院は開設以降、幾多の増改築を経て石川県南加賀医療圏の中核病院として発展してきた。この間、災害拠点病院、エイズ拠点病院、臨床研修病院、地域がん診療連携拠点病院指定、石川県肝疾患専門医療機関、地域医療支援病院、DPC 対象病院Ⅲ群等指定をうけ、デイケアセンター、緩和ケア病棟、南加賀救急医療センターおよび訪問看護ステーション等を設置し、患者中心の医療、信頼される病院を目指し地域と共に歩んできた。「病院を訪れるすべての人へのウエルカム心」をもって接するよう、院長を中心に、幹部・職員が一体となって日夜努力している姿に深く敬意を表したい。

病院機能評価も継続的に受審されている。本報告書が地域住民に益々信頼される病院として発展されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明文化し、患者・家族に周知を図っている。院長は、管理者会議のほか諸会議・委員会等を通じ、自院の役割・機能や将来像を示し、主要な課題の解決に向けて主導的に関わっており、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。また、病院運営の意思決定会議は管理者会議であり、毎週 1 回開催され議事録も適切に作成している。病院の実態にあった組織図があり、指揮命令系統が明確である。市の中・長期計画に基づいた年次事業計画が策定され、部門・部署ごとの目標を設定して効果的・計画的な病院運営を行っている。情報システムの導入や活用、医療の質や安全性の確保や改善に向けた計画的な対応を適切に行っている。また、文書は文書管理に関する方針を明確にして、組織として適切に管理している。

医師・薬剤師等の法定人員・施設基準の必要人員を満たしている。人事・労務管理はおおむね適切に行っている。安全衛生委員会は適正な構成員で設置・開催し、健康診断の実施、長時間労働による健康障害の防止等を検討課題にして、適切に活動している。ホルムアルデヒド等の作業環境は適切である。また、院内暴力対策についても方針に沿って緊急コールでの体制を整備するなど適切に対処している。日本医療機能評価機構による「職員やりがいアンケート」に取り組み、職員の要望・意見を把握・分析し、結果を周知している。職員の就労支援として、育児短時間勤務制度や、中途採用看護師の復職支援システムを導入している。また、福利厚生への配慮も手厚く、魅力ある職場となるよう努めている。

病院教育・研修年間計画を立案し、必要性の高い課題の教育・研修を実施している。医療安全や感染制御などの未受講者には同一テーマで複数回研修日を設け、全員参加を義務付けている。資格取得支援制度も整備して多くの技術職員の認定資格者を輩出している。人事評価制度があり、個人別の目標管理を実施し、面談や実績の検証を行い、職員の能力や技術力を定期的に評価するなど能力評価・能力開発を適切に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、ホームページなどに表示・掲示され、患者・家族および職員への周知に努めている。説明と同意については、基本的な書式が統一しており、病歴・医療情報管理委員会で適切に管理運用している。また、セカンドオピニオンを実施する仕組みが明確である。患者との診療情報は適切に共有され、医療への患者参加を促す姿勢を明確にしている。各科外来、がん相談支援センターで各種パンフレットを提供し患者の理解を深めるための支援を実施している。ピアサポートの場「Kataro-sa」の運営、患者用の図書コーナーも整備され適切である。個人情報やプライバシーの尊重・保護を明文化し職員への浸透を図り、職員の遵守状況を定期的に確認している。診察におけるプライバシーや生活上のプライバシーの配慮も行き届き適切に保護している。主要な倫理課題の方針が定められ、解決困難事例は多職種で構成された「臨床倫理コンサルテーションチーム」に相談できる体制があり、さらに第三者の学識経験者を含む倫理委員会で検討する仕組みもあり適切である。医師を含めた多職種でカンファレンスする組織風土があり、倫理的課題には適切に対応している。

駐車場・駐輪場を整備し、来院時のアクセスに配慮している。院内には年中無休の売店のほか入院生活に必要な設備やサービスを提供し、患者・面会者への利便性や快適性に十分に配慮している。院内のバリアフリーが確保され、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。外来・病棟ともに、診療・ケアに必要なスペースが確保されるなど、療養環境を適切に整備している。病院は敷地内禁煙とし、院内外に周知している。禁煙外来を週1回開設しており、職員の禁煙推進に努めている。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、意見箱や患者満足度調査等を通じて収集しており、回答は、各担当部門等で検討し、適切にフィードバックしている。診療科の枠を超えた臓器別合同カンファレンスやがんセンターボードが定期的開催されている。クリニカル・パスの適用拡大とバリエーション分析・見直しへの取り組みは今後の課題である。臨床指標の収集は継続的に行われている。業務改善委員会を中心として各種改善に継続して取り組んでいる。倫理・安全面に配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術の導入の取り組みは適切に行われている。

外来・病棟の責任医師・看護師長の氏名が表示され、管理・責任体制が明確にされている。担当薬剤師・管理栄養士・MSWの氏名も明示され、多職種で患者に関わることを患者・家族にオリエンテーションしている。診療記録は、各職種共に手順に従って必要事項を遅滞なく記載している。多職種で構成された専門チームが患者の治療・ケアに積極的に関わり、ラウンド、カンファレンス、指導を実施している。専門チームが独立して実践する場合もあるが、緩和ケアチームとリエゾン回診、摂食・嚥下チームと栄養サポートチーム（NST）など専門チームが協働しているケースもあり、優れたチーム医療を展開しており、高く評価できる。

5. 医療安全

院長直轄である医療安全管理室は、副院長を室長とし、専従の看護師が配置されている。院内で発生したアクシデント・インシデント報告は医療安全管理室へ送信され報告書から必要な事例に対して、現場確認、分析、改善策の検討・提案を行い具体的な改善策の立案を行っている。また、全死亡例について安全管理の視点からカルテ上の調査を実施している。

患者の誤認防止対策として、フルネームと生年月日の確認、外来は受診票での認証、入院患者はネームバンド等バーコード認証を行っている。情報伝達エラー防止では、口頭も含めた医師の指示出し・実施確認、看護師の指示受け・実施など適切である。薬剤の安全使用については、リスク回避のためのシステムが機能しており、ハイリスク薬・カリウム製剤の安全な使用と保管・管理、抗がん剤のレジメン登録・管理も適切である。病棟では、セル看護方式を用いて患者の療養環境を整え転倒・転落防止に努めている。現場で使用する機器は、看護師が使用前点検や動作中の確認を行い問題発生時、臨床工学技士に報告・相談を行うことになっている。院内緊急コードを設定し、救急カートは病院内の必要箇所に配置されている。

6. 医療関連感染制御

感染制御室の設置など医療関連感染制御の組織体制は確立され、専従のICNを配置し、感染対策委員会の毎月開催や毎週のICTラウンド実施などにより適切に機能している。感染対策マニュアルは適宜改訂され、各部署への周知も図られている。全職員対象の研修会を開催し、不参加者への対策を行って全員への周知も図られている。院内の感染発生状況として、院内分離菌、感受性、各種耐性菌の出現頻度などを把握し、アンチバイオグラムが作成されている。感染防止活動の継続的把握の

ために、各種サーベイランスを行い、JANIS へも参加している。アウトブレイクの対応手順を整備し、院内への情報発信も適切である。

医療関連感染制御活動では、標準予防策の遵守、手指衛生への取り組みは適切に実践されており、現場での感染性廃棄物の分別・保管、血液・体液の付着したリネン・寝具類の取り扱いなども適切に行っている。抗菌薬の採用・削除は薬事委員会で審議され、抗菌薬の適正使用に関する指針が整備されている。AST が主治医へ指導・アドバイスをを行うとともに、抗菌薬使用状況の医師への定期的なフィードバックも実施されている。周術期の抗菌薬投与も含め、抗菌薬の適正使用に向けた取り組みは適切である。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信として、広報誌、ホームページや医療機関向けの広報誌を定期的に発行し、さらに ICT を活用した「いしかわ診療情報共有ネットワーク」システムを利用し、当院の医療情報を一部の連携病院にリアルタイムで提供している。連携促進のために「つながるサポートセンター」が設置され、紹介患者の受け入れや情報提供、逆紹介、患者相談などの推進に努力し、紹介元、施設への返書はおおむね適切である。地域に向けた健康増進活動は、がん診療連携拠点病院としての役割を中心にした各種事業を行い、地域住民向けには公開講座や医療従事者向けのカンファレンス、各職種の勉強会などを毎年継続して開講するなど、教育・啓発活動を活発に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

自院の役割・機能、診療内容・診療時間、医師の配置状況など受診に必要な情報が案内されている。受付では医療サポートコンシェルジュが、患者の病態や緊急性に配慮した案内を適切に行い、患者は円滑に診察を受けることができる。外来診療では、患者の情報収集、説明と同意、安全への配慮など適切に行われている。診断的検査は、説明と同意を得て実施され、検査中の患者の観察も適切である。患者・家族の要望に配慮して説明と同意に基づいた入院が決定されており、患者の病態に応じた診断・評価をもとに各種リスク評価が実施され、入院診療計画や看護計画などが迅速に作成されている。患者・家族からの医療相談は、医療福祉相談窓口にて、医療費等経済的問題、退院先の調整、退院後の生活など多岐にわたる相談に適切に対応している。入院支援センターにて、円滑な入院に向けた説明と支援を行い、入院時オリエンテーションでは、冊子を活用し患者の状態を見極め、負担のないよう配慮するなど患者は円滑に入院できる。

医師業務は、回診、診察結果の記録、関係職種への指導、多職種カンファレンスなどが適切に実践されている。セル看護提供方式を導入し、患者のベッドサイドでの看護を実践している。入院時に各種のリスク評価を行い、患者サービスの質向上に努めている。入院前からつながるサポートセンターで、他部門と協働して早期転院退院につなげている。病棟に薬剤師を配置し、薬歴管理、服薬指導や持参薬の鑑別など、投薬・注射は確実・安全に実施されている。定期開催の輸血療法委員会の

下にガイドラインに基づき輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している。手術・麻酔の適応の検討、麻酔科医による術前診察、手術室担当看護師による術前訪問から患者移送、術後搬送、術後の患者ケアまで適切に実施されている。HCU への緊急入院・術後患者の受け入れ、各病棟での重症患者の診療・ケア共に重症度に応じて実施している。

入院時、全患者に褥瘡発生のリスクアセスメントを実施し、ベッドマットの選択、体位変換の方法等を看護計画に反映させ、計画実施・評価を定期的に行っている。困難事例や褥瘡悪化時には専門チームが適切に介入している。全入院患者に栄養スクリーニングと口腔アセスメントを実施して栄養状態を評価し、必要時栄養管理計画書を作成してNST が介入している。食物アレルギー情報は用紙を用いて正確に伝達され、食事のトレイの色を変えることにより誤配膳を防止している。症状緩和は、患者の訴えを傾聴して症状に見合った処置・ケアを実施し、適切に記録され医師に報告が行われている。リハビリテーションは、安全に配慮しながら実施されている。身体抑制の実施は、医師の指示の下で患者・家族に説明され同意を得たうえで行われ、解除に向けた取り組みや観察も2時間ごとに実施し、記録も残しており適切である。

入院前から「退院支援スクリーニングシート」で介入の必要な患者のピックアップし早期に多職種で退院支援に関わっている。患者情報は「いしかわ診療情報提供ネットワーク」を活用し、転院先と情報共有している。つながるサポートセンターで入退院支援、退院支援調整業務を行っている。ケアマネージャーや地域の薬局等と連絡し、継続して療養ができるように支援している。訪問看護ステーションを開設し、24 時間対応型の訪問看護を実施するなど、継続した診療・ケアを適切に行っている。ターミナルステージは主治医が判断し、治療方針から患者・家族に対する援助を多職種によりケア計画を立案し説明と同意も得ており、患者・家族と信頼関係を築きながら配慮したケアを行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、持参薬の鑑別・管理、処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会、医薬品集の整備など適切に発揮されている。臨床検査機能は、必要な臨床検査項目の検討、迅速な実施報告、精度管理、検体取り扱い、夜間休日のニーズへの対応など、全般に適切である。画像診断機能は、ダブルチェック体制の確立や迅速な報告など、適切に発揮されている。

栄養管理機能では、食事提供に関する一連の過程は衛生的であり、地産地消に組み込み小松食材の季節に応じた行事食や選択メニューなどの提供等は好評である。リハビリテーションは、関係職種との情報共有、連続性の確保、プログラムの評価と改善など適切に行われている。診療情報は一元管理され、量的点検は診療情報管理士によりカルテの確認を行っている。さらに、診療記録の監査やコーディング、スキャナー保存なども適切に行っている。医療機器は臨床工学科で一元管理され、保守点検や定期的な点検・修理等は医療機器管理システムを使用している。休日・夜間でも故障やトラブルに迅速に対応できる体制を整えている。中央材料室

で洗浄・組立・滅菌・保管までの一連の業務を行っている。精度管理も行われ洗浄から滅菌、保管、払い出しまでワンウェイ化され払い出し後の滅菌物の保管状態や期限切れ、定数確認も行っている。

病理診断結果の迅速な報告、診断困難例のコンサルテーション、標本と薬品の管理等適切である。放射線治療はシミュレーションの実施、計画線量の確認、治療機器の品質管理など適切に実践されている。輸血療法委員会の監督下に認定輸血検査技師2名を中心に輸血・血液管理機能は適切に発揮されている。手術管理システムを用いてスケジュールを管理し、緊急手術にも適切に対応している。術中・術後の安全管理・手術室内の清潔管理にも十分配慮している。集中治療機能は入退室基準があり、平日・昼夜間・休日共に体制に不備はなく適切である。救急医療機能も、救急車すべて受け入れる方針の下に、適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算管理は、予算計画との対比、前年比などの経営管理資料を作成し、管理者会議等で検証・情報共有を行っている。医事業務は、窓口受付・料金計算・収納の各業務など、適切である。レセプトは関連職種を入れた委員会で点検し、査定・返戻対策や再審査請求および未収金処理は系統的に取り組んでいる。業務委託および施設設備の保守管理は適切である。院内の清潔管理に努めており、医療材料・消耗品の管理ではSPDが導入され、在庫管理も適切である。

災害拠点病院として災害対策マニュアルを整備し、停電時や大規模災害時の対応も明記している。保安業務は、24時間365日体制で警備員を配置し適切に対応している。医療事故発生時の対応手順があり、医療事故発生時には、原因究明と再発防止に向けた委員会が設置され組織的に検討する仕組みがあり、訴訟に適切に対応する仕組みもある。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型臨床研修病院として初期研修プログラムに沿って、初期研修医が指導医の下で研修を行っており、臨床研修管理委員会で評価している。看護部ではプログラムに基づき研修を行い、研修の評価や看護の質の向上に努めている。また、コメディカルも初期研修プログラムに沿った教育・研修を行っている。

学生実習は、医学生をはじめ看護学生、薬学生等、様々な職種において多くの学生を受け入れている。実習受入契約の事務処理は総務課が行い、受け入れ部署が医療安全や感染制御に関する管理を明確にし、カリキュラムや目標に沿った実習を実施しているなど、学生実習等は適切に行われている。

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	B
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	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	S
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	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	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	B
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

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 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： 国民健康保険 小松市民病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 石川県小松市向本折町ホ60

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	300	297	-3	80	13.3
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	26	0	-26	28.1	7.3
結核病床	10	10	+0	26.4	128.9
感染症病床	4	4	+0	0	0
総数	340	311	-29		

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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	12	-3
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	14	+0
小児入院医療管理料病床	10	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	10	+0
精神科隔離室	0	-2
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+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), がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, 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： 5 人 2年目： 3 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	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	727.36	774.45	776.57	93.92	99.73
1日あたり外来初診患者数	60.21	73.83	77.24	81.55	95.59
新患率	8.28	9.53	9.95		
1日あたり入院患者数	250.14	265.22	275.95	94.31	96.11
1日あたり新入院患者数	18.29	18.61	18.64	98.28	99.84