

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「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 11 月 13 日～11 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

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 2
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 1934 年 8 月に病床数 100 床で開院の昭和病院を前身として、1964 年 5 月から総合病院として当時から、この地域における 2 次医療機関として重要な役割を担っている。当初より診療機能の強化を図ってこられ、現在は 19 の診療科と稼働病床 300 床のもとで、1 日に約 450 人の外来患者と約 180 人の入院患者の治療に当たっている。急性期医療に積極的に取り組むとともに、二次救急病院として 365 日 24 時間体制を基本方針とし、年間約 5100 人の救急患者、2000 人を超える救急搬送を積極的に受け入れているなど 2 次医療圏人口約 18 万人の中核病院として重要な役割を担っている。

今回で 5 回目となる受審では、病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、改善が組織風土として確立し病院の質向上に継続して取り組まれていることが随所で確認できた。組織的かつ継続的な改善活動を積極的に展開されていることは大いに評価できる。一方で、更なる改善や見直しが求められる課題も何点か確認された。引き続き、病院機能の質向上に向けた積極果敢な取り組みを期待したい。今後とも地域住民・患者の医療ニーズに応える医療提供体制の整備・充実に向け、一層の取り組みがなされることを期待したい。地域住民と関連する医療機関からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されることが期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、地域の中核病院としての役割・使命を明確にしており、院内外へ適切に周知している。第二次経営計画後期計画に基づいた年次事業計画が策定され、計画に対する実績評価が行われている。年次の運営計画は、BSCを活用した目標管理により部門の目標設定や評価が実施され、常にPDCAサイクルにより運用する仕組みがある。総合情報システム運用管理規程等に基づいて、電子カルテや各部門システムの適正な運用に努め、情報の二次活用も積極的に取り組んでいる。

医療法、施設基準等に必要な人員確保は適切である。安全衛生委員会が設置され毎月開催されている。職員の意見や要望は、職員意見箱や職員満足度調査などで把握することで職員にとって魅力ある職場となるよう努めている。

全職員を対象とした研修は、年間計画が策定され研修が実施されているが、さらに研修の拡大が期待される。院外研修や専門学会参加の支援体制が整っている。能力評価・能力開発については、目標管理型の人事評価制度が導入され、評価者との面談により助言、指導、支援等が行われている。基幹型臨床研修病院の指定を受け、プログラムに沿った初期臨床研修が実施され、看護師やその他の専門職種においても教育研修が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と義務を明示し、院内外周知と診療記録の開示に努めている。説明と同意に関する基本的な取り組み姿勢や方針は、説明書と同意書の書式や説明する内容が規定化されているが、統一された書式で十分に運用されるよう期待したい。患者の基本情報は、入退院支援室や病棟の看護師からの情報が多職種と共有されている。治療・ケアに必要な情報は、図示・図解されたパンフレットを活用し、患者の理解を促進させている。患者・家族からの多様な相談に対応するとともに、虐待への対応体制も整備している。個人情報保護に関する規定を整備し、職員や患者・家族への周知に努め、患者個人情報の漏洩防止のための仕組みも整備している。今後、規定においては、ガイドライン等の改定に合わせた更新が行われることが望まれる。臨床における主要な倫理的課題についての方針は、宗教的輸血拒否に関する指針など定められている。倫理的課題について、医師や看護師、多職種でカンファレンスを開催し検討を行っている。現場で解決困難な課題が生じた際は、臨床倫理小委員会に申請し検討する仕組みがある。

病院の老朽化が見られるが清潔に保たれ整理・整頓されている。トイレや浴室は、段差がなく安全性に配慮されている。

4. 医療の質

業務の質改善への取り組みとして、経営企画室が中心となって、病院全体でのBSCによる目標管理を行っている。臨床指標検討委員会においても改善活動を行っており、今後更なる取り組みが期待される。CPC、各科単独症例検討会、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

アンス分析等が行われているが、今後さらにクリニカル・パス適応患者などを増やしていくことを期待する。患者・家族からの意見・要望は、意見箱の投書や患者満足度調査などから収集し、対応策を検討している。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。倫理・安全面などを配慮しながら、新しい診療・治療法や技術を導入している。新たな治療方法や診断技術、術式の導入、薬剤の適応外使用等に際しては医倫理委員会にて承認を得て実施する仕組みがあるが、倫理・安全面等の配慮については、承認された手術のモニタリングや実施状況の確認を行い、病院として事後検証が可能な体制の構築が期待される。

病棟には、医師と看護師の責任者、薬剤師、管理栄養士、MSW の氏名を明示している。SOAP に沿って診療記録を記載し、適時・迅速な記載、退院時サマリーの迅速な記載等に努めている。診療記録の質的点検では、監査の結果をフィードバックし、診療記録の質改善に取り組んでいる。多職種で構成された医療チームは、緩和チーム、口腔ケアチーム、認知症サポートチームなど組織横断的に活動している。専門チームは、病棟からの相談や依頼を受け回診やカンファレンスへ参加している。

5. 医療安全

医療安全管理室が設置され、医療安全管理者の権限も明確であり、安全確保のための多職種による組織体制による医療安全活動が適切に実施されている。インシデント・アクシデントの情報収集、分析は適切に実施され、委員会や安全ニュース等により各部署に周知されている。医療事故発生時の対応手順は職員ハンドブックで周知され、発生原因、再発防止も含め協議し、患者・家族等に誠実に対応する仕組みがあり適切である。

患者確認は、氏名を名乗り、同姓同名者がいる場合は生年月日の確認とリストバンド装着の照合を実施している。検体等はバーコードシステムにより誤認防止に取り組んでいる。転倒・転落は、入院時アセスメントシートで全患者評価され、危険度に応じた看護計画の立案、実践がなされている。医師の指示や結果の報告について、指示漏れなどの情報伝達エラーが発生しないように規定を定め、検査データのパニック値の報告や画像診断の結果報告についても、医師に遅滞なく報告がなされている。医薬品の安全使用に向けて、処方オーダー、鑑査、払い出しで取り違え防止策を実践している。各種医療機器に関する使用マニュアルは整備され、安全に使用することをできるように教育が計画的に実施されている。患者の急変時「急変コール」が設定され職員緊急招集の仕組みがある。救急カート内の薬品数やハイリスク薬剤の表示が統一されている。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の医療安全管理部門に感染対策室が設けられており、医療関連感染防御に向けた体制が確立している。抗菌薬適正使用支援チーム（AST）と感染制御チーム（ICT）が院内で活動しているほか、定期的な感染症ラウンドを実施する体制が整備されている。感染症サーベイランスを実施し、感染症のアウトブレイクに備

えている。院内では抗菌薬の使用ガイドラインに基づいた投与を行うように医師に対して助言を行っている。新興感染症に対しては感染対策症対策本部会を設け迅速な対策を行っている。

院内感染対策マニュアルが整備され、手指衛生等のスタンダードプリコーションが励行、使用状況のモニタリングも行われている。院内の感染対策マニュアル内の抗菌薬適正使用ガイドラインに基づいて適切な投与を実践している。指定抗菌薬は届出制となっている。抗菌薬適正使用については毎週、ICT・AST が検討しており、長期の使用の場合はAST が適切に介入する仕組みがある。

7. 地域への情報発信と連携

病院における広報活動は、総務課庶務係と広報委員会が担当している。病院広報誌として「ほほえみ」を毎月発行し、構成市町村全戸、医療機関など、患者、連携機関等へ配布している。病院ホームページでは診療内容、診療実績、QI 指標、各種イベントの紹介等の情報発信を行っており適切である。地域連携業務は、看護師、事務、社会福祉士、入退院支援部門の看護師が連携して前方連携、後方連携、入退院支援を担当している。連携担当事務員が地域の診療所等への訪問による連携活動を中心に行っている。医療連携登録医と協力医療機関連携施設への訪問による連携強化活動や地域連携室だよりの発行、送付を行っている。紹介率、逆紹介率の管理も適切に行われている。各医療機関、介護施設との連携会議を定期的に行い、地域の関係機関との連携を推進している。地域の自治体の健診事業に積極的に協力し、乳がん検診におけるセルフチェックの指導など、早期発見に向けた啓発活動を実施している。出前講座も実施し、地域住民向けの健康啓発活動を積極的に行っている。毎年、「ほほえみ祭り」を開催しているが、コロナ禍においてここ近年は中止している。今後は開催を予定しており、コロナ禍以前の積極的な活動が期待される。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページでは受診に必要な最新の情報を掲載している。感染症や急変患者への対応も、待合ブースのゾーニングなどの整備をおこなっている。外来での化学療法も安全に実施されている。入院の必要性は主治医が判断し、患者、家族へ、入院治療の必要性と治療内容について、適切に説明がなされている。多職種によるカンファレンスの定期開催により、治療方針の情報共有がなされている。医師は必要な検査や投薬の指示は電子カルテを通して行っている。入院時に転倒・転落や褥瘡、栄養、せん妄・退院支援などのアセスメントを行い、看護計画の立案と患者・家族への説明を行っている。褥瘡保有患者の入院時には、形成外科医と褥瘡チームが2週間に1回のラウンドを通じ治療を実施している。病棟配置の薬剤師は、入院患者の薬剤投与、持参薬管理など適切に行っている。

化学療法や高カロリー輸液は薬剤部で調剤を行い、1施用ごとに払い出している。輸血類はガイドラインに沿って適応が判断され、投与中、投与後の患者観察と

記録は適切に行われている。手術の適応と方法は患者に説明し同意を得ている。麻酔科医の術前術後診療、誤認防止対策などが適切になされている。重症患者は一般病棟及びHCUで適切に対応されている。入院時に全入院患者にSGAスクリーニングを実施し、管理栄養士が、栄養管理計画を立案し栄養指導などを実施している。緩和ケアマニュアルを整備し、継続的なケアが行われている。リハビリテーションが必要な患者に対して、早期から介入を行うように担当医師からリハビリテーション処方を行っている。患者の身体抑制については、職員ハンドブックに身体抑制フローシートを掲載し職員へ周知している。退院支援は、早期退院に向けた取り組みがなされ、多職種でカンファレンスを行い、ケアマネージャーと共有し支援している。ターミナルステージの判定は、主治医が医学的に判断し、患者・家族の心理過程に配慮したケアが実施されている。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

外来診療、病病・病診連携は、適切に行われている。侵襲性のある検査・治療は嚥下内視鏡検査であり、十分な説明同意を得て実施されている。急性期入院から回復期病棟への転棟、入院決定、入院診療計画書の作成や変更は概ね適切に行われている。リハビリテーション業務は入院時評価、リスク管理、定期・臨時のカンファレンス、必要に応じた計画変更など適切に実施されている。相談業務も病棟専従でカンファレンス等にも積極的に参加され、家族の意向に沿った支援が実施され、適切である。

入院前後のオリエンテーション、医師、看護師、介護職の病棟業務も適切である。薬剤師の病棟業務や投薬・注射も概ね適切に行われている。褥創、栄養管理、疼痛緩和への対応、疼痛以外の症状緩和についても方針や手順が定められている。身体抑制に対しては、医師の指示により多職種で対応されているが、十分な説明とカルテ記載が期待される。また、退院支援、在宅リハビリテーションに積極的に関わられるとともに地域の介護サービスにつなげ、退院後フォローアップも必要に応じて実施されており、適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は薬剤部門システムの活用により適切に実施されている。病棟でのミキシング業務を、停止できない換気扇の真下で行われているため、不潔にならないよう対策が期待される。臨床検査機能ではパニック値の扱い等適正である。診療放射線技師は24時間365日、画像検査が行えるよう配置されている。画像診断は非常勤の放射線科医以外に信州画像診断ネットワークによる遠隔読影を活用して、迅速な画像診断を行っている。給食業務は業務委託により行っている。食事提供の管理体制を適切に整備している。給食アンケートの実施による委員会での献立改善の検討等、栄養管理機能を適切に発揮している。リハビリテーションは発症早期から退院後まで土日休日を含め365日体制で、適切なゴール設定、病棟選択により在宅復帰支援に繋げている。外来で障害児に対するリハビリテーションを提供している。情報管理機能は、電子カルテによる診療情報の一元管理が適切になされている。月に1回開催の診療情報管理委員会で、退院時サマリーの作成率、量的点検、質的点検

の結果を共有する仕組みが整備されている。医療機器管理は、中央管理されており、機器ごとの受け取り払い出しや定期点検の実績が記録されている。使用済み機器は、中央で一次洗浄が行われ、清潔・不潔が交差しない工夫がなされている。

滅菌精度の質保証の仕組みもできている。病理診断機能では、常勤専任病理医の下、適正な検査実施と確認体制、結果報告体制を整備している。輸血管理機能は、適正な供給・返却・廃棄・保管体制が確立し、廃棄された輸血用血液製剤を減らしており適切である。麻酔医 1 名を中心に、全身麻酔を行う手術は清潔管理と安全面に配慮した手順を整備し、衛生面に対応している。一人診療科手術における脊椎麻酔に関して、体制の整備が期待される。HCU 機能は入退院基準に従って行っており適切である。地域の救急事情に対応し、病院の機能に見合った救急医療機能は適切との評価を得ている。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に準じて行われている。予算は、毎年スケジュールに沿って立案される仕組みがある。月次実績は、経営会議等で報告、対策の検討が行われるなど、PDCA サイクルの仕組みがある。会計監査も適切に実施している。医事業務は窓口業務、診療報酬請求、レセプトの返戻、査定の対応を行っている。レセプトには医師も関与し、査定、返戻は査定検討会で原因の分析、協議がなされている。未収金は未収金管理マニュアルを整備し適切な管理が行われている。業務委託の管理は、委託業者との業務内容の確認が行われ、適切に質の管理が行われている。

病院機能に見合った施設・設備が整備されている。日常点検や月次点検、定期的な保守点検などを計画的に実施している。物品購入管理は、医薬品、医療材料は SPD による委託管理方式により、購入から納品、検品、部署への配置までのプロセスは適切である。

火災や災害発生に対応する防災計画や災害時対策マニュアル、BCP などが整備され、緊急時の責任体制は明確になっている。保安業務は 24 時間の保安体制を構築している。保安業務マニュアルを策定し、毎日定時の院内巡視や施錠管理等の保安業務を実施している。

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	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	患者の個人情報を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	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
1.3.3	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	B
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	B
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	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	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
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	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	B
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	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	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

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	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	A
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	身体拘束（身体抑制）の最小化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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 昭和伊南総合病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 市町村
 I-1-4 所在地： 長野県駒ヶ根市赤穂3230

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	239	+0	74.6	17.6
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	300	239	+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)	12	+0
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	18	+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	35	+0
地域包括ケア病床	32	+0
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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

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： 0 人 2年目： 1 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	455.76	461.59	459.76	98.74	100.40
1日あたり外来初診患者数	66.54	66.00	63.95	100.82	103.21
新患率	14.60	14.30	13.91		
1日あたり入院患者数	178.12	180.25	171.16	98.82	105.31
1日あたり新入院患者数	9.65	10.12	9.58	95.36	105.64