

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 7 月 9 日～7 月 10 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

1911 年（明治 44 年）に天使病院を開設、以来 100 年以上にわたり「医療人として組織として社会に貢献する」を使命として地域医療を支えてきた。NICU の認可を受け、その後も地域周産期母子医療センターに指定されるなど、周産期医療に多大な貢献をしてきた。現在は地域の医療ニーズに対応すべく急性期医療にも力を入れており、二次救急指定病院、臨床研修病院にも指定されている。また、患者中心の理念を掲げ、患者サービスの改善や理事長、病院長ほか幹部による強いリーダーシップのもと、経営基盤の安定化に向けて取り組んでいる。

現在は、周産期医療と一般急性期医療を両翼として発展を続けているが、医療圏には急性期病院が多数点在している中において、地域包括ケアシステムの充実や医療ニーズの多様化など、貴院に求められる役割はより明確になると思われる。さらなる人材確保と医療技術の向上に加えて、臨床倫理、医療安全、職員の教育研修などにも一層の取り組みが期待される。貴院の今後の発展に本報告書が寄与することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念達成に向けて組織がおおむね適切に運営している。病院の理念は社会への貢献、患者中心の医療の実践などを掲げ、基本方針についてもより具体的な行動目標として明文化している。理事長・病院長を中心に中・長期計画に基づいた組織運営がなされ、地域医療に貢献するなど病院幹部のリーダーシップは適切に発揮されている。部門・部署の目標設定に対して年次毎の評価もなされている。情報管理に関して、規程に基づき方針が定められ、各部門システムは一元管理されている。文書管理に関しては、規程に則った運用の徹底が望まれる。

人材については、法定人員は満たされているが、貴院の機能を発揮させるにあたり、医師を中心に看護師、臨床工学技士など今後もさらなる人材確保が期待される。人事・労務管理については、法令に基づいた規程や届け出は適切である。衛生委員会が毎月開催され、適切な職場環境が維持されている。月2回の病院長ラウンドなどを通して、職員にとって風通しの良いやりがいのある職場づくりを目指しており、人事考課や表彰制度のほか就労支援など、適切に行われている。職員の教育・研修への取り組みは委員会を中心に開催されており、学会や院外の研修に参加するための規程も整備されている。職員の能力評価・能力開発は適切に行われている。

3. 患者中心の医療

周産期および小児医療に力を入れ地域の中心的な役割を担っており、ホームページには患者の権利が明文化されている。説明と同意に関する方針、基準・手順に基づき、診療・ケアの説明がされている。中央図書館を患者や家族にも開放し、常駐する司書により患者が求める本の案内や文献検索などの対応を行っており、情報共有や患者参加促進は適切である。一元的な患者相談窓口として「患者サポートセンター」を設置している。センター長である医師を中心として保健師、看護師、MSW、事務職など、多職種協働であらゆる相談に応じる体制が整えられている。病院組織全体で積極的に患者支援に取り組む姿勢が極めて秀でており高く評価できる。患者の個人情報保護や診療記録開示などは、適切に行われている。臨床の現場で課題となる倫理的課題について検討する臨床委員会が設置されており、今後は委員会活動も含め倫理的課題について共有する仕組みの構築など、継続的な取り組みが期待される。

病院へのアクセス情報はホームページや入院のご案内等で案内している。院内にはコンビニエンスストアやATMなど各種サービスも充実している。車椅子でも利用可能な洗面台やトイレが適宜設置されているなど、障害者や高齢者を含む全ての利用者にとって利用しやすい環境を整備している。病院全体の環境は、安心と信頼をベースに、天使のガーデンや屋上緑化、小児や母性に配慮したアート、各所にアートメッセージなど、癒しと安らぎの環境整備をしている。病棟ではデイルームとデイコーナーが設置され、患者と家族がくつろげるスペースが確保されている。シャワー室・トイレ・浴室の利便性・安全性・清潔性も確保されている。敷地内は全面禁煙が実施され、ホームページや院内掲示および入院のご案内などにより周知徹底されている。禁煙外来を設置しているほか、職員についても必要な禁煙教育が行われている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見収集は、患者満足度調査と院内各所に設置されている意見箱により行われており、改善へのプロセスはおおむね適切である。診療科を越えた合同カンファレンスおよび研修会、院内学会が開催されている。クリニカルパスの運用や臨床指標の公開など、診療の質の向上に向けた活動は適切である。各部署、

委員会を中心として業務改善に向けた取り組みが積極的に行われている。倫理委員会が中心となって新たな診断技術、治療法などの導入に向けた検討がなされており、新たな知識や技術の習得のため、学会参加、資格取得に対しての支援もなされている。

外来、病棟の診療・看護の責任体制は明確に定められ、各責任者は回診やラウンド、カンファレンスにより診療・ケアの状況を把握している。診療記録は遅滞無く記載され、多職種によるカンファレンスの内容も分かりやすく記載されている。医師の診療録の量的点検および質的点検は定期的に行われており、各医師へのフィードバックがなされている。入院早期から多職種で構成するNST、褥瘡対策チーム、緩和ケアチームなどへの依頼が行われ、カンファレンスが適宜行われ記録を共有しながら、適切な診療ケアへと結びついている。

5. 医療安全

医療安全部門に医療安全対策室が設置され、副院長を室長に、医療安全管理者として専従看護師を配置している。医療安全ミーティングを毎日開催し、毎月開催のセーフティマネージャー会議、医療安全対策委員会で検討された内容は、各種会議で報告し周知する仕組みがあり、安全確保に向けた体制は確立されている。インシデント・アクシデントは医療事故報告システムの活用により収集され、医療安全対策室で分析を行っている。院内ラウンドにて情報収集し、安全対策の実施・評価を確認し、再発防止に努めている。医療安全に向けた情報収集と検討は適切である。

患者確認はフルネームの名乗りを基本とし、リストバンド等によるバーコード認証と併用している。複数の点滴ラインやドレーンがある場合は、ルートに表示するなど、チューブ類の誤認防止、検体取り違い防止対策も実践しており適切である。指示出しから実施確認まで手順・マニュアルに従い、行われている。口頭指示が可能な内容についても検討されると良い。麻薬などは手順書に従い、安全に保管されている。副作用報告やプレアボイド情報はイントラネットに掲載され、類似医薬品名集も整備され、抗がん剤はレジメン登録・管理されている。全入院患者に転倒・転落リスク評価を行い、ハイリスクとされた患者には看護計画を立案し、部屋の配置、離床センサーやベッド柵などを使用する対策を実施している。また、「入院のご案内」にすべりにくい靴の着用などの情報提供を行い、転倒・転落について注意喚起し協力を呼びかけている。医療機器に関する研修会は、人工呼吸器を必須項目としており、新採用者や中途採用者へ臨床工学技士が研修を実施している。人工呼吸器装着患者は、看護師による勤務毎の確認と、臨床工学技士による毎日のラウンドで、設定や作動確認を各チェック表で確認している。院内緊急コードとして「コードブルー」を設定し、部署内の目に付く場所への掲示などで周知している。全職員対象に、心肺蘇生普及チームがBLS講習を計画的に開催している。患者等の急変時におおむね適切に対応しているが、今後、救急カートについて、点検手順と運用の統一など周知の徹底が望まれる。

6. 医療関連感染制御

感染制御に向けた組織やマニュアルは整備され、委員会、各会議や院内ラウンドで感染看護認定看護師に加え、化学療法学会抗菌化学療法認定薬剤師・薬剤師会感染制御認定薬剤師が積極的に活動していることは高く評価される。カンファレンスや院内ラウンド、サーベイランスは活発に行われ、院内感染状況の把握・周知や院外との感染情報の共有もされている。また、ICT リンク会議開催の際に患者・職員向けオープンレクチャーが開かれていることは評価できる。

ICT ラウンドで手指衛生実施状況、部署における感染性廃棄物の分別がマニュアルに則り実施されている状況を確認し、実施率向上に取り組んでいる。正しい手指衛生手技の相互チェックを院内全スタッフがチェック表で行い、感染予防の徹底に努めるなど感染制御のための活動を行っている。多職種が参加した抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が結成され積極的に活動し、抗菌剤使用状況や耐性菌検出状況などが AST で検討され院内に周知・指導されている。抗菌薬の採用・削除は適正に行われ、周術期の抗菌薬適正基準や特殊な抗菌薬届け出制も整備・遵守されており適切である。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌、ホームページなどを通じて各種情報を十分な質、量、更新頻度で発信している。院内に広報全般を担う広報課が設置され、広報誌委員会も開催するなど情報発信の方法や工夫の検討、積極的な公開の姿勢から、透明性の確保と質向上の取り組みが認められ適切である。地域医療連携室が中心となり病診連携が構築されているほか、ID-Link を用いた地域連携ネットワークを展開している。その活動は、24 時間 365 日医師が常に対応する体制にある紹介患者の受け入れホットラインや、保健師 2 名が中心となって運営される連携室など、より実践的かつ効果的な地域連携が行われている。救急医療や医療的ケア児の受け入れといった地域ニーズに合わせて自院の強みを活かす取り組みは秀逸である。患者向けには、妊産婦への母親学級やその祖父母に向けた「孫そだて教室」が開催されている。地域住民向けには、毎月「糖尿病予防教室」が院内の医師、看護師、栄養士等多職種協働により開催されている。医療関係者に対しては、BLS 研修を出張で開催するなど、地域医療の質向上に貢献する教育活動は適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

チーム医療による診療・ケアの実践については、総じて確立しており適切である。初診から入院の決定・退院において患者個々の状況に応じて適切な支援がなされている。外来では、患者トリアージ・指導や外来がん化学療法など確実に実施されている。診断的検査の必要性は主治医の判断の下、病院として定めた侵襲的検査に対して同意書を取得して行われている。小児 MRI 検査の鎮静手順が整備され検査中の観察および退室基準も遵守されている。診断・評価は、患者毎のリスクが評価され、診療計画は多職種で作成・検討され、入院診療計画書・看護計画書・クリニカルパスを用い患者・家族に丁寧に説明され同意を得ている。医療相談は、患者サ

ポートセンターに患者相談窓口が設置され、多職種協働で様々な相談に対応している。

医師は回診や多職種合同カンファレンスにて患者の状態や病棟の状況を把握し、家族とも積極的に意思疎通を図っている。看護師も患者・家族参加の上で看護計画を立案しており、チームナーシングとプライマリーナーシング体制のもと、看護手順や基準に基づいて実践されている。全入院患者に薬歴管理・服薬指導が安全に実施されており、投与後の状態もきめ細かく観察されている。輸血は輸血ガイドラインに沿って行い、必要性とリスクなどの説明・同意の上、輸血開始から終了時まで手順に従って安全に実施している。周術期の対応についても周術期の合併症予防から麻酔科医による術前診察、術前評価など適切である。全身状態が不安定で頻回の診療・看護・経過観察等を必要とするような状態の患者は、重症室において管理しており、多職種による重症患者のケアがなされている。入院時全患者に日常生活自立度や危険因子の評価が行われ、褥瘡予防対策は、体圧分散マット使用や適正なポジショニング等で褥瘡予防に努めている。管理栄養士による栄養評価や個々の患者に合わせた栄養状態の維持管理や栄養指導、NST チームの介入など適切に実施されている。疼痛ケアマニュアルに沿った患者状態に応じた対応がされており、緩和ケアチームの介入もされており適切である。

リハビリテーションの必要性・適応は多職種カンファレンスで検討され、超早期・ベッドサイドより開始されている。チェックリストや中止基準を遵守し安全に実施されている。身体抑制はマニュアルに則り、医師を含めて複数で必要性を判断し、家族に必要性を説明して最小限の実施を行っている。解除に向けた取り組みも適切に行われている。退院に向けて多職種でカンファレンスを開催するなど、患者サポートセンターが院外施設や院外関係者とも連携・調整を行い、必要に応じ、介護施設や訪問看護ステーションに情報提供も適切に行われている。ターミナルステージの判定基準は、緩和ケアマニュアルに基準が示されており、新生児の DNR についての事例では、状況に合わせて看護師、MSW とカンファレンスを開き家族に意向を確認し、最終的に医師を中心としたチームで判定をして家族に説明をしている。逝去時は手順に沿って家族の意向を尊重したケアを実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方・調剤鑑査のダブルチェック体制、注射薬の 1 施用毎の取り揃え、薬剤師による抗がん剤の調製など、総じて適切に発揮されている。臨床検査機能については、異常値への対応、パニック値として報告する項目・基準を定め、手順に従って連絡しており、おおむね適切である。画像診断は非常勤医師・主治医により行われるが、読影率・ダブルチェックは確保され、各種マニュアルの遵守や多職種合同カンファレンスの実施および 24 時間対応体制が敷かれている。栄養・調理部門は、厨房内を業務委託し、温冷配膳車による配膳、毎日 2 種類の選択メニューのほか、行事食、お祝い膳が提供され、大量調理施設衛生管理マニュアルを遵守した運営が適切に行われている。リハビリテーション、診療情報管理機能、医療機器管理は適切である。洗浄・滅菌については、ガス滅菌の物品のみ病棟での

一次洗浄を行っている。

病理診断は外部委託であるが、結果報告、標本の管理、迅速診断への対応など円滑・確実に行われている。主治医による結果確認の有無は、電子カルテで判断可能である。放射線治療は実施されていないが、必要な場合は地域医療連携室を介し他施設に依頼されている。輸血・血液管理機能、手術・麻酔機能は適切に発揮している。集中治療機能についても NICU を備え、専門性の高い職員による手厚いケアが確保され、災害時に向けたきめ細やかな配慮がされるなど適切である。救急体制は救急ホットラインを設け断らない方針のもと、各診療科のバックアップ体制により 24 時間体制で運用されている。

10. 組織・施設の管理

事業計画に基づいた予算編成および執行の進捗管理は職場代表者会議にて行い、院内へ周知している。病院会計準則に基づく各種財務諸表が適切に作成されており、監査法人による外部監査も実施している。窓口の収納業務は手順に基づき行われ、レセプト請求業務には医師が関与し、返戻・査定、再請求にも適切に取り組んでいる。未収金の督促は手順に基づき実施され、回収に向け積極的に取り組んでいる。業務委託については、問題発生時の対応、委託業務の実施状況や質改善の取り組みなど、病院側の管理責任者は明確で、現場管理はおおむね適切である。今後は、委託職員の教育・研修について病院側の積極的な関わりが期待される。

病院の役割、機能に必要な施設、設備が整備され、責任者を定めた運営のもと休日、夜間や緊急時の管理体制は明確である。各種設備の日常点検や月次点検、定期的な保守点検を実施し、その記録も保管しており適切である。医療材料の管理に SPD を導入し、委託業者で運営し効率的に発注・搬送・在庫管理が行われている。

防災部門には委託職員が 24 時間配置されており、火災や大規模災害を想定したマニュアルが整備され、停電時や休日・夜間などの緊急時の対応も明確にされている。自家発電の燃料、食料や飲料水の備蓄は十分確保されている。委託職員の保安要員が 24 時間 365 日配置され防犯カメラ等により不審者の監視が行われており、院内巡視、時間施錠は徹底され警備日誌の作成や病院への報告も確実に行われている。緊急時の連絡・応援体制も整備されており、保安業務は適切に行われている。医療事故への対応は体制が整備されており適切である。

11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修については基幹型臨床研修指定病院として、初期臨床研修プログラムに沿って積極的に取り組んでいる。看護師はプリセプターによる初期研修、そのほかコメディカルも部署毎にチェックリストによる初期教育の仕組みが整っており、おおむね適切である。

学生実習は、医師、看護師、薬剤師ほか、ほぼ全ての部門で受け入れている。個人情報保護などの必須項目については契約書において取り決められ、カリキュラムに基づいた実習が計画的に行われている。学生実習の受け入れは積極的かつ適切である。

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	S
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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	B
-------	---------------	---

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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 12 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 母恋 天使病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 北海道札幌市東区北12条東3-1-1

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	260	242	-18	67	12.5
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	260	242	-18		

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)	15	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室		
無菌病室	5	+0
人工透析	15	+0
小児入院医療管理料病床	31	+0
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		
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), 地域周産期母子医療センター

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： 6 人 2年目： 6 人 歯科： 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

	実績値					対 前年比%	
	昨年度			2年前		昨年度	2年前
	2018	2017	2016	2018	2017		
1日あたり外来患者数	532.39	527.56	573.62	100.92	91.97		
1日あたり外来初診患者数	40.73	40.26	42.87	101.17	93.91		
新患率	7.65	7.63	7.47				
1日あたり入院患者数	174.21	188.14	210.47	92.60	89.39		
1日あたり新入院患者数	13.84	14.62	16.22	94.66	90.14		