

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 6 日～7 月 7 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、津軽保健生活協同組合が開設する組合立病院として、同時に地域の中核的病院として 1952 年の開設より常に診療と医療の質の向上に努め、地域医療に貢献している。その医療活動の原点は、「常に最も弱い立場の人に寄り添う」ことにあり、現在まで一貫して受け継がれている。地域では、高齢化と人口減少が顕著ななか、近隣施設の統廃合もあり、貴院への期待はますます大きくなっている。2017 年には、新築移転を果たし、救急・急性期医療からリハビリテーション・緩和ケアまでの幅広い医療を展開している。医療の質向上においては、病院機能評価のほか、卒後臨床研修評価（JCEP）の取得や「赤ちゃんにやさしい病院」（BFH）の更新などの実績がある。今回の受審にあたっては、第三者の評価を通して継続的な質改善活動の充実を図りたいという病院の方針もあり、実際に多職種によるチーム医療が展開され「患者中心の医療」を実践している状況を確認することができた。審査の結果、人員確保について更に充実を期待したい項目も見受けられたが、引き続き医療機能の質向上を図り、今後、貴院が発展し地域貢献できれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

「使命」と「理念」を明文化し院内掲示、病院案内、ホームページ、職員が携帯するネームプレートなどで院内外に周知している。健生管理会議において、民医連や津軽保健生協の方針に沿って病院の医療活動の方針を決定している。病院の将来像や運営方針は毎年 5 月に開催される「健生大会」で全職員に明示している。法人の定める中期計画に沿って計画的に事業運営され、会議規程に沿って組織が機能しており適切である。「情報システム運用管理規程」を定め医療の質や安全性、効率

性を確保したシステム運用を行っている。文書管理を所管する部署を事務局として、「文書管理規程」を定めている。今後、病院として管理すべき書類を定めたいと、責任者、承認、改訂手順、履歴の管理を行われると良い。

読影医、病理医、薬剤師などは、貴院の病院機能や業務量に照らして、更なる人員の充足が望まれる。人事管理については、法人で定められた諸規程に基づき病院庶務課が管理している。衛生委員会は毎月開催しており、産業医によるラウンドは実施されている。職員の意見・要望は、育成面接や職場診断も行い職員満足度の向上に継続的に取り組んでいる。病気療養と仕事の両立を支援する制度やメンタルの不調で長期休養した職員に対して「職場復帰支援チーム」がかかわるなど、仕事に取り組むための支援が適切に行われている。職員教育は、法人や県の民医連とも連携して教育委員会が研修計画を策定し計画的に実施している。職員の能力評価・能力開発は、職種ごとの育成計画を策定し、育成面接を通じて目標の達成度合いを把握している。病院組織として職員の能力開発に関する取り組みは積極的であり、評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、2017 年に見直しが行われており、患者周知、職員周知は適切である。説明と同意は病院の「インフォームドコンセントガイドライン」に規定されている。医師の説明内容の記載や、説明後の患者・家族の理解度や反応についてカルテへの記載が望まれる。患者自らが疾患を理解する工夫として、特に小児科における手作りのパンフレットは患児や保護者に分かりやすい工夫がされており評価できる。患者相談室を窓口とし、健生サポートセンター内の各部署との連携を適切にとり、患者の病気だけでなく、生活状況も含めた支援に積極的に取り組んでおり、地域から信頼される存在となっており高く評価できる。病院の定める「健生病院いのちの章典」の中で患者が個人情報保護を求める権利を明確にし、管理、利用、保護について整備している。年 1 回の教育・研修では性的マイノリティについてもテーマに取り上げるなどプライバシーの保護にも適切に配慮している。主要な倫理的課題への方針は病院として定められおり、臨床現場で発生した解決困難事例については必要時に倫理委員会で検討される仕組みになっている。

患者や面会者の利便性の向上のため、コンビニエンスストア、コインランドリー、無料 Wi-Fi 等が導入されており適切である。バリアフリーが整備され、オストメイト用のトイレも設置されているなど高齢者、障害者へ配慮している。病院の清掃、整理整頓は行き届いており、デイルームや家族控室など患者家族がくつろげる工夫が随所で見られる。意見箱の要望から外来トイレの個室に受診票を入れるボックスを設置した改善事例や、性的マイノリティの視点から院内研修を経て、男性トイレにサニタリーボックスを置くなど、病院を利用するすべての方の多様性に配慮している。職員の喫煙率が増加傾向であり、健康増進活動に積極的に取り組んでいる病院として、職員に対する禁煙へのより一層の取り組みが望まれる。

4. 医療の質

意見箱を設置し適切に病院管理者をはじめとして院内での情報共有、対応を行っている。様々なテーマで「診療部セミナー」が毎月企画され診療の質向上に努めている。各種臨床指標は他施設とのベンチマークが行われている。日常的に多職種による部門横断的な質改善活動がなされており、JCEPの取得などの第三者機関による認定更新も評価したい。今回の機能評価受審に向けて設置した準備委員会の取り組みを継続して体系的な活動が継続されることを期待する。新しい手術・治療などを導入する際には、各科代表者会議で検討後、管理会議で承認するシステムで行われている。薬剤の適応外使用に関しては倫理委員会で検討されている。院内の臨床研究に関しても院内倫理委員会にてその内容が適切に評価されている。

外来における責任体制は正面玄関や、各診療ブースに明確に示してある。病棟は担当医師、看護長、薬剤師、退院調整看護師の名前がわかりやすく明示されており適切である。主治医不在時は代行が誰であるかわかるように院内共通のシートに記載され職員に共有されている。診療記録の質的点検は始まっているが、今後点検件数を増やすことと退院時サマリーの作成率の高率維持に期待する。緩和ケア、褥瘡対策、NSTなど多職種からなる専門チームが定期的にラウンドし、その結果を現場にフィードバックしている。特に歯科は標榜していないが歯科衛生士を3名採用し、口腔ケアチームなどで専門性を活かしてケアの質の向上に取り組まれている実績があり高く評価できる。

5. 医療安全

医療安全管理室に専任医師、専従看護師を配置し、医薬品・医療機器・医療放射線安全管理責任者を選任し、医療安全管理委員会、医療安全推進委員会、安全カンファレンスを定期的に行っている。電子カルテの報告システムを用いてアクシデント・インシデント報告を収集、分析し、再発防止策を検討のうえ各種会議で報告・周知している。院内外の医療安全関連情報を収集し医療安全ニュースや各種会議棟を通して職員に伝えている。

誤認防止策は患者自身の申告を基本に、リストバンドやバーコード認証、タイムアウト・マーキング実施、チューブ確認に努めている。迅速診断報告時や臨床検査で異常値発生時は、依頼医師に直接電話連絡している。医師不在時の連絡方法は明確化が望まれる。現場でのハイリスク薬は看護師と薬剤師の管理のもと、安全な保管・管理を行っているが、救急カート内の必要薬品についても現場で協議のうえ、病院としての安全対策を検討されたい。転倒・転落防止は、入院時の全患者にリスク評価を行い、危険度に応じた看護計画を立案し、防止策を実施している。転倒・転落発生時の対応、発生率の低減に向けた取り組み等は適切である。医療機器の管理は、臨床工学技士がマニュアルの整備、医療機器の安全使用の情報発信、研修を行っている。人工呼吸器については使用時の点検を臨床工学技士が毎日行っている。院内緊急コード「MET コール」と「ACLS コール」を設定し、手順を各部署の所定の位置に明示して全職員に周知し、急変対応体制を整備している。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の院内感染対策委員会（ICC）を設置し、毎月定期開催し、感染制御に関する報告・審議をしている。感染対策部門は院長直轄の医療安全部門（医療安全管理室）の中にあり、感染管理者の専従認定看護師（ICN）が配置されている。現場の各部署の代表者が ICT に属し、ICT と AST ラウンドを毎週行っている。今後、感染管理システムを有している点から、今後は SSI・VAP の実施が望まれる。

医療関連感染制御の活動では、速乾性手指消毒剤による手指衛生と使用モニタリングを行い、血液・体液曝露が危惧される状況での个人防护用具の適正使用、血液等の付着した汚染リネン類の取り扱いは適切である。抗菌薬適正使用に関する基本指針は整備されており、周術期抗菌薬についての指針もある。AST 活動では、専任薬剤師が作成した特定抗菌薬長期使用患者リスト、専任検査技師が作成した血液培養陽性患者リスト等を基に、医師を交えた AST ラウンド・ミーティングを毎週実施し、抗菌薬適正使用を医師に促している。

7. 地域への情報発信と連携

広報活動は、法人機関誌、病院医報、病院ホームページにより、診療内容の情報発信を適切に行っている。ホームページを中心に診療時間、外来休診情報、面会についての連絡、講演会情報など必要な情報を都度更新し、診療実績は年に 1 回、ホームページ上で分かりやすく情報発信している。今後、さらに患者が病院の取り組みを知る方法として、病院としての独自に広報誌を作成するなど情報の発信方法についての工夫を期待したい。地域連携業務は、地域医療連携室が前方支援、後方支援を行っている。津軽地域の救急医療情報ネットワーク会議にも参加し、地域の患者の救急受け入れ、転院受け入れの連携を地域全体で促進する活動を進めている。自院の地域における役割を明確にし、地域住民向けの健康啓発活動として健康チェックやアドバイスなどを行う班会活動の実施など、積極的に教育・啓発活動を実施している。地域で開催される医療講和会への講師派遣や健康増進教室を地域で開催し、地域住民の自主的な活動にしていく取り組みを実施している。「弘前市市民参加型まちづくり 1%システム」に参画し、電話相談会を月 1 回開催するなど、積極的な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

受診に必要な情報は、ホームページや院内に分かりやすく掲載し、高齢者、障害者、外国人、発熱者などの受け入れに配慮している。診断的検査は病態別に必要性が適切に判断され、侵襲的な検査・処置はリスクについても説明され同意書が取得されている。入院診療計画書については、入院計画が変更された時など必要に応じて新たな計画書を作成し、説明を行う必要があることに留意されたい。医療相談は、年間延 1 万件を超える多様な相談に対応し、相談業務が病院の重要な役割として機能している。患者が円滑に入院できるよう、入院案内や、ホームページに入院の手続きなどが掲載され周知されている。

医師は診療チームの中でリーダーシップを発揮し、多職種と共に毎日回診を行っている。病棟スタッフや関連する他職種と情報を交換・共有し、多職種と毎週総合カンファレンスも行っている。看護師は、看護基準および手順に則り、多職種と連携しながら各々の役割と責任に応じた病棟業務を適切に行っている。医師・薬剤師は治療のための薬剤の必要性和リスクについて説明し、患者の同意を得ている。薬剤師がすべての入院患者の薬歴管理を行い、必要とされる患者の服薬指導を行い、その情報を処方箋や電子カルテで関係職種に提供している。厚生労働省の指針に基づいて輸血適正使用マニュアルが作成され適切に運用されている。手術・麻酔の適応、麻酔科医による術前訪問、同意取得、手術室の退出基準など適切に実施されている。重症度に応じて病棟の重症室が選択され、適切に管理されている。褥瘡への対応は、入院患者全員に褥瘡発生リスクの評価を行い、状態に応じた適切な予防と治療を行っている。入院時から管理栄養士が介入し栄養評価を実施し回診にも加わり情報共有に努めている。患者の疼痛は客観的な評価で把握し対応している。リハビリテーションは、病態によるリスク評価と安全性への配慮を行い、実施前後でのFIMでの定量評価を行っている。身体抑制の規程は明文化されており適切であるが、抑制した患者の観察時間を明確にすると良い。病棟に専任の退院支援看護師や、医療ソーシャルワーカーを配置し、多職種や社会資源を活用し退院支援は適切に行われている。継続療養の視点から、情報提供書や看護サマリー、栄養食事情報提供書など退院先への情報提供が適切に行われている。ターミナルステージの対応は、患者・家族の意向を尊重し、多職種で検討・判断し、適切に対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

常勤薬剤師 14 名、病棟担当薬剤師は 7 名配置し、薬剤師が全入院患者に持参薬の鑑別を行い、電子カルテに入力し、多職種で情報を共有している。処方・調剤鑑査はダブルチェックで実施し、疑義照会は記録・集計・分析、調剤過誤は医療安全管理室へ報告し、対策を取っているなど、薬剤管理機能は適切である。血液・生理・病理・細菌検査が適切に行われ、精度管理も適切である。パニック値は適切に設定されており医師への報告システムも定められている。24 時間体制で CT・MRI を含め必要な画像診断検査を実施している。画像診断医師は常勤・非常勤を含め不在であり、貴院の役割を考慮すると画像診断医師の充実による対応力の向上が望まれる。給食業務は調理器具や食器の洗浄から乾燥・保管まで清潔に維持され、食材の搬入から配膳に至るまで衛生管理が徹底されている。リハビリテーション機能は非常に充実した人員配備であり 365 日対応している点は高く評価できる。診療情報は一元管理され、量的点検の体制も整備されており適切である。医療機器管理機能は、臨床工学技士による中央管理体制とし、適切に管理している。洗浄機能の中央化と衛生的な洗浄・滅菌機能では管理責任体制を明確にして、適切に発揮している。

大学からの病理医派遣が週 2 回となり診断業務・院内指導体制が強化された。病理医不在日でも大学との連携で迅速病理診断は可能である。輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却は検査科が担当し輸血管理システムにより一元管理されている。

る。低廃棄率を維持する取り組みも積極的に行っている。麻酔科常勤医師が2名となり並列麻酔はなく術中の管理も適切である。手術室への入退室時や手術開始時のタイムアウトなどの安全確認も適切に行われている。集中治療機能ではHCU8床を設置し専従医師を中心に多職種の協力体制が構築されている。救急専門医が配属され、「救急は断らない」を基本方針として年間約2,500台の救急車受け入れ実績がある。

10. 組織・施設の管理

予算の進捗、経営状況の確認は幹部職で構成する健生運営会議で行い毎月の管理会議、職場責任者会議で実績の報告を行っている。毎月BSCの進捗確認、経営指標の報告を行い、評価、分析、検討を行うPDCAサイクルの仕組みがあり適切である。レセプトの返戻や査定への対応は診療事務課を中心に、医師との連携が図られ医事業務は適切である。委託業務は業者選定が適切になされ、質の維持、向上に向けた日常的な取り組みが行われている。施設管理については施設設備の日常点検、月次点検、年次保守点検が計画的に実施されている。また、廃棄物の管理も適切になされている。医薬品、医療材料、医療機器購入は、各購入委員会での審議を経て選定する仕組みがあり適切である。購入から納品、検品、部署への配置までの流れも適切になされている。2022年6月に院内感染対策規程が改定され、ディスプレイ製品の再利用の禁止も徹底している。

災害時の対応は防災計画を策定し、緊急時の責任体制を明確にして各部署に周知されている。停電時における、自家発電機容量も適切に確保している。夜間・休日の保安業務は委託しており、巡回記録、保安日誌も毎日確認している。緊急時の体制についても整備し、連絡から応援体制の対応手順についても規定され、適切に取り組んでいる。医療事故発生時の対応手順があり、早期に的確な状況が把握できる仕組みがある。医療事故が発生した場合の報告体制も定めており、メディエーターを配置するなど医療事故には適切に対応している。

11. 臨床研修、学生実習

医師については、卒後臨床研修評価機構の認定研修施設として、指導から評価、指導者評価、指導医の評価など研修体制を整備している。多職種による研修医の評価も行っている。メンター制度を取り入れ、研修医の精神的支援も行っている。研修医が単独で行ってはいけない行為についても明文化し周知している。看護部をはじめ各技術部門の専門職においても、クリニカルリーダーやステップアップ基準を明確にした初期研修体制を整備、実施しており、初期研修体制は適切である。学生実習については、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション職、放射線技師などで実習生の受け入れを行っている。患者・家族への周知、説明後、同意を取得し、各部署におけるそれぞれのカリキュラムに沿って適切に実習指導を行っている。

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	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	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	B
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	S
1.6.4	受動喫煙を防止している	B

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	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	B
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	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	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	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	B
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	B

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： 2021 年 3 月 1 日 ～ 2022 年 2 月 28 日
 時点データ取得日： 2022 年 3 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 津軽保健生活協同組合 健生病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地： 青森県弘前市大字扇町2-2-2

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	282	276	-6	87.8	15.3
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	282	276	-6		

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）	8	+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		
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	60	+0
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	14	+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： 6 人 2年目： 4 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

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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	253.59	235.68	302.66	107.60	77.87
1日あたり外来初診患者数	44.76	36.34	56.41	123.17	64.42
新患率	17.65	15.42	18.64		
1日あたり入院患者数	256.20	252.55	282.49	101.45	89.40
1日あたり新入院患者数	15.74	16.24	17.50	96.92	92.80