

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3月12日～3月13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

貴院は県立会津総合病院と県立喜多方病院の統合整備方針のもと、2008年の県立医科大学の附属病院化の決定を受け、2010年11月から建築・整備工事に着手した。県立病院の統合整備方針の決定から8年の歳月を経て、2013年5月に診療・研究・教育機能を併せ持った病院として開院された。福島県は様々な地域を抱えており、大都市を想定した医療政策ではカバーできない多くの問題があり、特に人口減・高齢化への対応が求められる中で、新しい地域医療のモデル（福島モデル）の創生に役割を果たすとともに、専門性の高い医療を提供し、地域から高い評価を得てこられた。

今回の更新審査にあたっては、病院機能評価の認定更新を中期目標・計画に盛り込み、病院長を中心に職員一丸となって取り組んでいる様子が見えてきた。評価項目の多くは適切と判断されたが、病院の役割・機能に照らし、さらなる取り組みが期待される項目も認められた。本報告書を活用して医療の質の向上に取り組むことで、地域住民からの信頼がさらに厚くなるとともに、貴院のますますの発展を祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念と目標がわかりやすく明文化され、病院内外への周知も適切に行っている。病院管理者・幹部は病院の将来像や運営方針を職員に明示するとともに、運営上の課題を明確にし、その解決にリーダーシップを発揮している。病院運営の意思決定に関する会議や、その他必要な会議・委員会が適切に開催されている。中期計画や年次事業計画に基づいた各部門・部署の目標が設定されている。情報の管理・

活用の方針は明確であり、情報システムを計画的に導入するとともに、情報を有効に活用している。文書管理規程や診療録管理規程が整備され、院内の文書を組織として適切に管理している。

職員採用の定数制のもと、法令や施設基準を満たした人員が確保されている。しかし、病院の役割・機能や業務量に照らし、常勤病理医、薬剤師、診療放射線技師、リハビリ療法士などの確保・増員が望まれる。有給休暇の計画的な取得に向けて工夫しているものの、各職種の有給休暇取得率は必ずしも高くなく、職種間の偏りもある。職員の出退勤管理も含め、より一層の就労管理が望まれる。衛生委員会が定期的開催され、健康診断も確実に実施されている。労働災害、職業感染などへの対応も適切である。職員の意見・要望が把握され、職員の就業支援や福利厚生への取り組みも適切に行っている。

全職員を対象とした教育・研修が行われ、開催時間、開催曜日、開催頻度などの工夫や欠席者への配慮があるものの、特に医療安全や感染対策の研修会への参加率の向上が望まれる。医師の能力評価は自己の目標を設定し、自己評価で行っている。その他の職員は人事調査表を用いた人事考課を行っている。ともに、より客観的な能力評価の仕組みの導入が望まれる。

3. 患者中心の医療

基本理念と目標を踏まえて患者の権利・責務が定められ、内容も適切である。患者への説明と同意に関する方針は明確であり、指針や運用基準が適切に定められている。患者の診療・ケアへの理解が進むよう、医療情報ラウンジに関連図書やインターネット環境を整備している。患者支援センターが窓口となり、患者の疑問や不安に応えるなど、医療への患者参加を促進している。患者・家族からの相談窓口は一本化され、専門職種を配置して様々な相談に適切に対応している。個人情報保護に関する規程が整備され、職員に周知している。診療や生活上のプライバシーの保護も適切に行われている。臨床倫理指針が定められ、各部署で解決困難な事案は臨床倫理委員会で協議することになっている。倫理の方針や指針に沿って倫理的課題が検討されているか、倫理に関する学習会の成果が現場で活かしているかなど、定期的に検討する仕組みの整備が期待される。日常的な倫理的課題は現場の職員で話し合い、解決されている。

患者・家族や面会者に利便性や快適性に配慮した環境を提供している。院内はバリアフリーが確保され、必要な場所に手摺りが設置されている。正面玄関に車椅子やシルバーカーを準備し、必要に応じて看護師やボランティアが介助するなど、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。診療・ケアに必要なスペースや患者がくつろげるスペースが確保されている。病棟や病室では快適な療養環境を提供している。敷地内禁煙が徹底されており、患者の禁煙教育や職員の禁煙推進が図られている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は意見箱、患者満足度調査、患者支援センターの窓口などで収集している。患者満足度調査は年1回実施し、外来1週間、入院3週間の実施期間を設け調査を行っている。収集した意見・要望のフィードバックも適切に行っている。診療科ごとの症例検討会、複数の診療科の合同カンファレンス、連携医療機関とのカンファレンス等が定期的開催されている。全死亡症例に関する病院としての検討が医療安全部により実施されており適切である。医療サービス向上委員会で業務の質改善に関する全病院的な問題点の洗い出しと、各課題に対する具体的な対応策の検討が適切に行われている。

新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、病院長が管理者となり臨床倫理委員会で審議・承認された後、必要に応じて大学附属病院の倫理委員会での承認後に導入が決定されている。高難度新規医療技術導入の際の検討や支援も適切に行っている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確である。医師の記録や看護記録、コメディカルスタッフの記録等、診療内容の記載は適切に行われている。組織横断的に活動する専門チームが有効に機能するなど、多職種が協働して患者の診療・ケアの質を高めており評価できる。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全部が設置され、医療安全部の部長は医師である。専従の医療安全管理者である看護師長に組織横断的な活動の権限が付与され、医療安全活動を推進している。医療事故防止対策委員会と実際的事項を審議・活動するリスクマネージャー会議を組織し、規程通り開催している。医療安全マニュアルとポケットマニュアルは定期改訂されている。CVC部会が設置され、CVCラウンドも行われている。安全確保に向けた情報収集では、インシデントレポートが委託職員を含む各職種から提出されるなど、報告体制は確立している。事例に応じてRCA分析を行って対策を講じ、対策の評価も定期的に行っている。毎月、ベストストッパー賞として病院長表彰を行うなど、安全文化の醸成に努めている。

患者確認は入院、外来ともに確実に行われ、部位確認はマーキングを実施している。タイムアウトは手術と検査で実施するなど、誤認防止対策を適切に実践している。医師の指示出し・実施確認、看護師の指示受け・実施は電子カルテにて確実にされている。口頭指示や検査のパニック値への対応も適切である。ハイリスク薬剤は安全に使用され、適切に保管・管理されている。転倒・転落防止対策はアセスメントを行い、評価に応じて対策を展開している。転倒・転落発生時の対応はフロー図が示されている。多職種で転倒・転落パトロールを実施され、ピクトグラムを活用し転倒・転落防止に努めている。医療機器を安全に使用するため、新人と中途採用者への教育を計画的に行っている。人工呼吸器の指示は電子カルテで共有し、RSTラウンドも行われている。患者等の急変時の対応としてコードブルーが設定され、適切に運用している。救急カートは標準化され、点検も確実にされている。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染対策部が設置され、CNIC1名の専従配置の他、ICD、薬剤師、臨床検査技師、事務職員を専任配置している。感染対策部の部長はICDである呼吸器内科部長であり、ICTやASTが組織されている。院内感染対策委員会が毎月開催され、ICTは週1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染防止対策の実施状況を把握するとともに、指導を行っている。院内感染対策マニュアルや感染管理指針が整備され、定期的に改訂するなど、医療関連感染制御に向けた体制が確立している。院内での感染発生状況が把握され、速やかな対応を図っている。定期的にICTラウンドを行い、現場の状況を把握するとともに、CLABSI、VAP、UTI、SSIなどのターゲットサーベイランスを実施している。地域の流行情報の収集や感染防止対策に関する情報を報告するなど、医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を適切に行っている。

医療関連感染を制御するための活動については、手指衛生の実施評価は直接観察法で行い、PPEの着用は目視で行っている。感染性リネン・廃棄物の取り扱いは規程に従い適切に行っている。感染経路別の予防策ではピクトグラムを活用し実施されている。なお、病棟における検体の保管場所の検討が望まれる。抗菌薬の採用・採用中止は感染対策部と連携し、薬事委員会で審議・決定している。抗菌薬の使用基準と適正使用を遵守し、抗MRSA薬やカルバペネム系は届け出制となっている。ASTが病院全体の抗菌薬適正使用を監視し、月1回報告するなど抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスは広報誌やホームページで地域に情報発信している。ホームページには病院指標や臨床指標が公開され、情報の更新も適切に行っている。地域の医療状況や医療関連施設等の状況が把握され、連携病院へは病院長、診療所等へは担当者が定期的に訪問し、顔の見える関係を構築するなど、他の医療関連施設等と適切に連携している。へき地医療への支援として多くの医師を派遣しており評価できる。

地域の健康増進に寄与する活動として、健康教室、糖尿病教室、食事勉強会等を院内で開催している。地元新聞紙に病気や健康に関する情報を定期掲載する他、診療内容や健康相談に答えている。年間20回から25回程度、各分野の専門家を講師として派遣して「出前講座」を行っている。地域の医療関係者を対象とした医療知識や技術等の支援として、勉強会や公開セミナーを開催するなど、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を積極的に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者情報は問診票や診療情報提供書などで収集し、電子カルテによって関係職種が共有している。診断的検査の必要性は医学的で主治医が判断し、説明と同意を得たうえで安全に配慮して実施している。患者の搬送や患者状態・反応の観察も適切に行われている。主治医による医学的な判断に基づき入院の必要性が検討され、患

者・家族に十分説明し同意を得て入院を決定している。患者の病態に応じた診断・評価を行い、迅速に個別性にも配慮して診療計画を作成している。患者支援センターが相談窓口となり、患者・家族からの多様な相談に適切に対応している。入院に際して、患者支援センターで患者情報を収集してオリエンテーションを行い、患者が円滑に入院できるよう配慮している。

主治医は毎日回診し、診療録に適時記載している。医師は多職種カンファレンスの開催や病棟看護師との情報交換にリーダーシップを発揮している。看護師の病棟業務では各種アセスメントを実施し看護を展開している。日常生活援助の充実に注力している。注射薬は薬剤部が1施用ごとに取り揃えて払い出し、看護師が調製・混合している。輸血療法委員会で適正使用や副作用などを検証している。輸血施行時の確認手順や投与中、投与後の患者の状態・反応の観察と記録も適切に行われている。手術・麻酔の適応と方法は必要な協議を行い決定している。麻酔科医の術前・術後訪問が患者全例に実施され適切である。周術期合併症の予防対策も適切に行っている。各病棟に観察室が設置され、疾病の重症度、手術後の病態や認知障害などの状況に応じた管理体制が整備されている。

褥瘡の予防・治療を適切に行っているものの、褥瘡回診の頻度の検討が期待される。管理栄養士は主治医や病棟看護師と緊密に連携を図り、栄養状態の改善や摂食・嚥下機能の向上に努めている。リハビリテーションの必要性の判断は主治医が行い、必要性和リスクを患者・家族に説明し同意を得て確実・安全に実施している。身体抑制を最小限にするためのフローチャートを整備し、適切に実践している。抑制実施中も早期に解除できるよう多職種で取り組んでいる。

患者・家族への退院支援では入院前から多職種が関わり、退院後を見据えた支援が行われている。ターミナルステージへの対応では終末期の方針が示され、患者・家族の意向に配慮した診療・ケアを実施している。DNAR や ACP にも適切に対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師によって持参薬の鑑別が行われ、医師の指示で継続・変更を判断している。注射薬は1施用ごとに取り揃え、病棟に払い出している。処方鑑査や調剤鑑査が確実に行われるなど、薬剤管理機能を適切に発揮している。臨床検査では診療部門の要望を把握し、必要な検査項目を実施している。内部精度管理や外部精度管理、検査後の検体保管・廃棄を適切に行っている。画像診断においては頭部 CT、頭部 MRI の読影率は 100% であり、診断結果も迅速に報告されている。夜間・休日はオンコール体制であるが、MRI はじめ検査ニーズに適切に対応している。各種認定技師の育成にも努力している。

栄養管理部では嗜好調査を年間多数実施し、患者からの要望や検査結果も反映して献立の改善を行っている。行事食、地産地消食、特別メニューなどバリエーション豊富で栄養面に配慮した食事を提供している。リハビリテーションは主に運動器、呼吸器、脳血管疾患の急性期リハビリテーションを提供するとともに、がんリハや摂食機能リハビリにも対応している。訓練の連続性の確保やリハビリテーショ

ンプログラムの評価と改善に努めるなど、リハビリテーション機能を適切に発揮している。診療情報室では診療録の記載について、診療科ごとに記載のポイントをまとめた資料を作成して医師にフィードバックし、診療録の適切な記載を支援している。医療機器は臨床工学技士のもと一元管理され、適切に保守・管理している。医療器材の一次洗浄は中央化され、滅菌の実施に際しては、各種インディケータにて滅菌精度の確認を適切に行っている。

病理診断では必要に応じて病理医によるダブルチェックが実施され、細胞検査士が行う細胞診も全て病理医による確認が行われており適切である。輸血部門の専任医師である血液内科医が輸血業務全般の監督・指導を行っている。認定輸血検査技師が2名配置され、発注・保管・供給・返却・廃棄を適切に行っている。手術室の管理責任者が明確であり、スケジュール管理などの必要な権限は麻酔科医と手術室看護責任者に付与されている。手術室の清潔度は適切に維持・管理されている。術中の患者管理は適切に行われ、麻酔覚醒時の帰室基準も整備・遵守されている。救急患者の受け入れ方針と手順が整備され、機能に応じた人員を配置し機能に見合った救急医療が行われている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では中期計画や年次事業計画に基づいた予算書が作成され、法人会計規則に基づき会計処理を行い、会計監査の仕組みも適切である。DPC ベンチマーク分析の実施についての検討が期待される。医事業務ではレセプトの作成・点検や返戻・査定への対応が適切に行われている。施設基準を遵守するための体制についての検討が期待される。業務委託については、委託業者の選定や、委託後の実施状況の把握と質の検討が適切に行われている。委託業務従事者に対する教育も適切に行っている。

病院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、日常点検や保守管理も適切に行われている。物品管理については SPD が導入され、使用期限の管理や在庫管理が適切に行われている。ディスプレイ製品は再利用しない方針とし、周知・徹底されている。

災害対策マニュアルが整備され、火災発生時の対応や緊急時の責任体制が明確である。火災発生に備えた訓練も確実に実施している。病院機能に見合った自家発電装置が設置され、供給電力線の2回線受電を整備するなど、停電時への対応も適切である。保安業務は業務委託され、夜間・休日の施錠管理が適切に行われている。緊急時の連絡、応援体制も明確である。医療事故防止対策マニュアルや医療安全ポケットマニュアルに、医療事故発生時の対応手順を明記し、全職員に周知している。原因究明と再発防止に向けた検討や訴訟に対応する仕組みも適切である。

11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修については、プログラム責任者を中心に指導医が研修を行い、適切に評価している。看護部では看護部教育委員会において、研修プログラムの管理を行っている。薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師などコメディカルの多く

は、初期研修プログラムや教育スケジュールのもと、専門職種に応じた初期研修を行っている。

学生実習については、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士など多くの職種の実習生を受け入れている。実習時のオリエンテーションをはじめ、医療安全や医療感染制御に関する教育は全職種共通で実施されており適切である。患者・家族との関わり方や実習中の事故等に対応する仕組みも適切である。

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	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	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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	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	NA
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	B
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	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	B
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 10 月 29 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 福島県会津若松市河東町谷沢字前田21-2

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	204	193	+0	86.6	12.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	14	14	+0	19.5	21.4
感染症病床	8	8	+0	0	0
総数	226	215	+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	4	+0
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)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	12	+2
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		
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	18	+18
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 (II 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： 2 人 2年目： 4 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

[illegible]

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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	536.99	536.68	514.93	100.06	104.22
1日あたり外来初診患者数	33.59	32.83	30.63	102.31	107.18
新患率	6.26	6.12	5.95		
1日あたり入院患者数	169.93	169.92	161.75	100.01	105.05
1日あたり新入院患者数	12.85	12.65	11.87	101.58	106.57