

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 14 日～7 月 15 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

貴院は福島県いわき医療圏に位置し、1955 年に常磐炭鉱における労働災害の発生に対処するために設置され 60 有余年の歴史を有する急性期医療を担う機関である。現在は、政策医療機関として勤労者の健康確保と職業生活を支援する医療の提供に努めている。さらに、自院の役割・機能を明確にして連携機能を高め、地域医療に貢献し信頼を得られていることは高く評価できる。特に、病院機能の水準を高めるために、病院幹部はもとより職員自らが「考え、実践する」風土が定着しており、理念達成に向けた取り組みが展開されている。今回の病院機能評価は更新受審であり、改善に向けた取り組みが継続的に行われ多くの項目で一定の水準に達していると評価した。貴院が目指す医療の実現に向けた取り組みの充実と発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と 4 項目の基本方針を掲げ、良質で安全な医療の実現など患者中心の医療を目指して勤労者や地域に貢献することを明確にし、その実現に向けて全職員が日々努力している。政策医療など目標を明確にして全病院的に積極的な活動を支援する組織運営が行われ、優秀な人材の確保と育成やチーム医療の実践に努めるなど、リーダーシップを発揮されている。経営会議や運営会議を中心とした組織運営が行われ、必要な情報がシステムなどを通じて院内に浸透している。病院の将来に向けて課題を明確にし、人材の育成など次の世代を見据えた組織的な取り組みが行われている。情報を管理・活用するための規程の策定、データの真正性・見読性・保存性などが確保され、統合的な管理が行われている。機構本部策定の統一された規程に

基づき文書管理が行われている。

地域の急性期医療を担う中核的な機関として、必要な人材の確保や育成に努めている。人事・労務管理は、各種規定や就業規則に沿って適切に行われている。衛生委員会が設置され、産業医による職場巡視、定期健康診断の実施、職業感染防止に向けた予防接種実施の検討や、職員への精神的なサポートへの取り組みなどが適切に行われている。毎年、職員の意見・要望を収集して検討し、ワークライフバランスなどの取り組みを積極的に行っている。職員の教育・研修は各種委員会が計画し、医療安全や感染管理など必要な課題について継続的に取り組んでいる。職員個別の能力の把握と開発については、身上調書と面談による評価が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内外へ周知されている。診療記録は患者の請求に応じて全例開示している。説明と同意の方針が定められ、全科共通の書式を使用している。看護師などの同席が行われ、同席できなかった場合は患者の反応を記録に残すよう努めている。セカンドオピニオンの対応も手順が整備され、適切に行われている。入院診療計画書やクリニカルパスなどを用いて患者と診療情報を共有するとともに、医療安全への協力を求めるなど医療への患者参加を促進している。相談支援センターで医療福祉制度や退院支援など多様な相談に対応している。両立支援コーディネーターを配置し、治療と就労の両立支援も積極的に行われている。個人情報保護規程が運用され、患者にはホームページで、職員には初任時研修などで周知されており、情報システムの管理も適切に行われている。臨床倫理に関する方針を明文化し、臨床現場で解決困難な場合は、申請書を利用して臨床倫理委員会で検討する仕組みが確立している。臨床現場では、倫理シートなどを利用してカンファレンスなどが積極的に行われているが、医師を含めた多職種での検討が望まれる。

患者用駐車場と駐輪場を整備し、院内には売店や喫食コーナー、理容室などを設置している。オンラインを活用した面会もできるなど利便性に配慮している。院内はバリアフリーで適所に手摺りや多目的トイレ等が設置され、障害者等の車両専用駐車場を整備し、聴覚障害者には手話等で対応している。院内は整理整頓され、清掃も行き届いている。敷地内禁煙を周知し、タバコ関連疾患治療センターが設置され、禁煙外来を行っている。また、禁煙サポーターが院内外で禁煙促進の活動を行っている。

4. 医療の質

患者・家族の意見等は、投書箱や患者満足度調査などで収集し、回答を院内に掲示している。内科・外科術前カンファレンスが毎週開催され、各診療科での検討会、がんサージングボード、CPC、近隣の医療機関や救急隊との検討会が開催されている。クリニカルパスはアウトカム設定、バリエーション評価も行っている。院内では様々な委員会で診療業務の質改善に向けた検討を行っている。新たな診療・治療方法や技術などを導入する際は臨床倫理委員会で審査する体制であり、病院として支援する仕組みも整備されている。臨床研究は倫理審査委員会にて審査し、ホームペ

ージで公開されている。

外来・病棟ともに責任者が明示され、主治医不在時の対応も周知されている。診療記録はおおむね適切に記載されているが、手術や侵襲的検査の実施後の記録や患者・家族への説明の記録などさらなる充実が望まれる。多職種で構成された多数の医療チームを編成し、カンファレンスやラウンドが活発に行われている。

5. 医療安全

医療安全管理室に専従の看護師を配置し、医療安全管理者等の権限を明確にして、組織横断的に活動できる体制を整備している。医療安全委員会、医療安全リンクスタッフ会を毎月開催しているほか、医療安全マニュアルを定期的に見直すなど、安全確保に向けた体制が確立している。医療安全管理者を中心に安全確保に向けた情報収集を行い、警鐘的な事例については医療安全委員会やリンクスタッフ会にて検討している。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は確実に行われている。指示出し・指示受けは院内統一の運用であり、パニック値は医師に直接伝達し記録を残している。画像や病理の診断レポートの既読管理システムを構築し、未確認の場合は部門から医師に注意喚起している。麻薬や向精神薬は、病棟、薬剤部ともに施錠された保管庫で適切に管理されている。抗がん剤のレジメンは登録制であり、全て薬剤部で調製・混合している。病棟薬剤師が配置されており、看護師と協働して薬剤の安全な使用を実践している。転倒転落防止ガイドラインを作成し、適宜見直しを行っている。入院時に転倒・転落のリスク評価を行い、患者の状態が変化した際などに再評価している。医療機器は、臨床工学技士を中心に安全に使用できるよう点検や教育・研修を行っている。患者等の急変時への対応として、緊急コードを設定しており、救急カートの点検も適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

感染対策室は、室長（ICD）、専従 ICN1 名のほか、兼任のスタッフで構成する院長直轄の部門であり、ICT、AST を組織している。毎週 ICT ラウンド、AST ラウンドを行い、カンファレンスで状況を把握、共有し、対応を検討している。また、感染対策体制の強化のため、部門スタッフで構成されるリンクスタッフ会を立ち上げ、全病院的な活動を目指している。院内感染対策委員会は、感染管理室が運営し、院長を含む各部門管理者で情報共有や指針の改訂等の審議を行っている。臨床検査科の培養検査結果や届出抗菌薬の使用状況は、感染対策室が常時把握し、病院全体、各病棟別の状況を評価している。ターゲットサーベイランスは全病棟に拡充し、SSI に加え、CLABSI、CAUTI のサーベイランスも実施している。自院の COVID-19 感染クラスターを契機に病院全体の協力を得てリンクスタッフ会への再編を行い感染対策 BCP も策定している。新型コロナウイルス感染症の重点医療機関として近隣施設と連携し、地域の感染対策に貢献している。

ICT と各部署のリンクスタッフが連携して環境ラウンドを行い、感染マニュアルの遵守状況を確認し、感染予防の徹底に努めている。抗菌薬使用に関する院内指針

は適宜改訂し、周知している。届出制の抗菌薬は AST において常時モニタリングしている。アンチバイオグラムは年 2 回作成し、耐性菌の検出状況や抗菌薬の使用状況は AST や ICT カンファレンスで共有し、院内感染対策委員会に報告している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページや広報誌、病院案内、病院業績集などの媒体で行われ、病院の特色や各診療科の概要、受診案内など様々な情報を掲載している。診療実績をホームページや病院業績集で公表するなど、地域への情報発信を積極的に行っている。地域医療連携室で手順に沿って、連携施設との紹介・逆紹介や転院、放射線等の検査受託などに対応している。独自に診療圏調査を実施して地域の状況を把握し、連携施設を訪問して意見を聴取している。返書の発行状況を確認して適切な対応がなされている。当日受診の紹介には看護師が関与して円滑な受け入れが行われている。患者や地域住民に向けて、乳がん患者サロンやピアサポートサロンを定期的に開催しているほか、看護週間や医療安全推進週間には、ポスター掲示が行われている。地域の医療関連施設等の職員に向けて、緩和ケア研修会やがん看護研修、臨床腫瘍セミナー、地域連携 cafe、NST プチ勉強会、地域がん診療薬連携研究会などを開催しており、教育・啓発活動を活発に展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療や入院の案内は、ホームページで分かりやすく説明されている。インフォメーションが設置され受診や手続きの支援が行われている。外来受診時の患者情報は、紹介状や問診票などにより収集され、関係職種で情報共有が図られている。侵襲を伴う検査は文書を用いて説明し、同意を得ている。安全に配慮した検査を実施し、患者の観察と記録を行っている。医師により入院の必要性が医学的に評価・判断され、入院決定が行われている。患者・家族に病状、入院の必要性が説明され同意を得ている。医師が診断・検査・治療計画等の基本方針を立てて入院診療計画書を作成・署名後、他職種の担当者が必要項目を追加したうえで、医師より説明し速やかに文書で患者に交付している。看護師は、転倒・転落、褥瘡、内服管理等を評価し、看護計画を立案している。患者・家族からの相談には、相談支援センターの社会福祉士などが対応している。予定入院の患者は入退院支援センターの看護師が入院の説明、患者基礎情報の聴取や各種アセスメントを行い、入院後は病棟でオリエンテーションを実施するなど、円滑に入院できるよう対応している。

主治医や医師チームは毎日回診し、患者の病状を把握している。診療科カンファレンスは定期的に行い、チーム内で情報を共有している。病棟では多職種でカンファレンスを行い、スタッフ間で情報共有が図られている。看護師は、看護管理マニュアルなどを活用し、日常生活の援助や診療補助業務を実践している。病棟薬剤師が配置され、患者の持参薬の鑑別や薬歴管理を行い、看護師と協働し多くの病棟業務に関与している。輸血は指針に沿って適応が判断され、輸血施行時の確認および投与中・投与後の患者観察と記録は適切に行われている。血液製剤の適正使用・副作用について、輸血療法委員会に報告、検討されている。診療科のカンファレンスに

て手術の適応が検討されている。重症患者は適切に管理され、使用する機器は病棟看護師と臨床工学技士により適切に管理されている。全入院患者に褥瘡発生リスク評価を行っており、ハイリスク患者には皮膚・排泄ケア認定看護師の介入、褥瘡対策チームが病棟看護師とともに治療やケアにあたっている。全入院患者に栄養評価を行い、NSTの介入や栄養指導などを行っている。疼痛などの苦痛を評価し手順に沿って症状緩和が行われ、必要時は緩和ケアチームが介入している。主治医がリハビリテーションの必要性を判断し指示すると、リハビリテーション専門医が療法士と目標や訓練内容を作成している。リハビリテーション総合実施計画書は患者・家族の要望も踏まえて作成し、説明のうえ同意を得ている。身体抑制を行わない方針のもと、やむを得ず実施する場合は基準やマニュアルに基づき行われている。退院支援のスクリーニングや多職種によるカンファレンスを行い、退院支援を適切に行っている。退院後も外来での継続的な診療・ケアや在宅療養が必要な場合には、院内外の関係者と連携して支援している。ターミナルステージへの対応として、緩和ケアマニュアルや指針などに基づき患者・家族の意向を尊重し、多職種で対応するよう努めている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤に応じた温・湿度管理や麻薬等の安全な使用と保管・管理は適切に行われている。処方鑑査や調剤鑑査は手順が遵守され、医師への疑義照会は、医師に直接電話し記録も残されている。薬事委員会で薬剤を選定しており、採用医薬品の削減が図られている。中央検査部では24時間体制で検体検査、生理機能検査などを行っている。画像診断は、遠隔読影システムと非常勤の放射線診断医による体制で運用している。読影により緊急対応を要する場合や診療放射線技師が検査時に異常を発見した場合は、担当医に直接報告している。放射線診断医の確保への努力が続けられており、引き続き人材確保に向けた取り組みが望まれる。栄養管理は、行事食や特別メニューが提供され、個別対応もなされている。献立の見直しなどを行い食事の改善に努め、厨房内の衛生管理や従事者の健康管理も適切に行われている。急性期リハビリテーションは限られたスタッフ数で取り組んでいる。訓練室の機器の保守・点検は定期的かつ計画的に行われている。診療情報管理は、業務マニュアルに沿って診療情報の登録や量的点検、DPCデータの作成、がん登録など多岐にわたる業務を担っている。臨床工学部では医療機器の中央管理が行われており、日常点検や定期点検を計画的に実施している。機器の標準化にも関与している。洗浄・滅菌は、院内の一次洗浄を中央化し、一連の業務はワンウェイの工程で洗浄エリアを含め整理整頓が行き届いている。また、各種インディケーターを確実に実施し、滅菌の質保証が行われている。

病理・細胞診検査部門では常勤の病理医が配置され、多くの病理検査を実施している。プレパラートやブロック標本は適切に管理している。専従の治療専門医と非常勤医師、放射線治療専門技師、放射線品質管理士の体制で強度変調放射線治療（IMRT）を含めて幅広い領域で治療を行っている。治療計画、シミュレーションには治療専門医、治療専門技師、放射線品質管理士が関与し、治療の目的達成、安全

の確保が担保されている。輸血検査部門では血液製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄まで一元管理を行っている。中央手術部は常勤の麻酔科医 1 名の管理のもと、多くの手術を行っている。手術室の清潔管理や患者誤認防止対策は適切である。麻酔科医による麻酔管理の体制については、引き続きより確実・安全な体制の整備を期待したい。

地域の中核病院として二次救急医療を担っている。当直医以外に専門医がオンコールで 24 時間体制をとっており、虐待が疑われた場合の対応も適切である。

10. 組織・施設の管理

予算を策定する仕組みが確立しており、予算の進捗管理と経営状況の把握と分析を毎月行っている。規則に則った会計処理を行い監査も実施されている。医事業務は、各種マニュアルに沿って会計窓口での収納や施設基準の適合確認などが行われており、レセプト作成や未収金管理も適切に行われている。業務委託は業務内容と是非の検討から業者選定までの契約事務が適切に行われ、業務日誌や業者との打ち合わせで実施状況を把握している。

施設・設備の管理は委託業者による日常点検と保守管理が行われている。建物等の経年劣化などの把握と対応、廃棄物の回収や保管場所での管理、最終処分場の確認など適切に実施されている。物品の購入は業者を適正に選定し、発注と検収の担当者が明確に区分されている。

災害対策マニュアルや消防計画を整備し、災害訓練や消防訓練が実施され、停電時の電源供給や燃料の確保、食料等の備蓄など適切な対応がなされている。保安業務は警備員や事務局日当直者等で対応し、定期巡視や施錠管理、防犯カメラによる監視などが行われ、面会者等の出入管理も行っている。紛争の恐れがある事案、訴訟が発生した場合のいずれにおいても、速やかに状況を掌握して対応できる体制を整備している。原因究明や再発防止に向けた取り組みも速やかに行われる仕組みである。

11. 臨床研修、学生実習

初期臨床研修医や看護師、コ・メディカルの初期研修は、教育プログラムに沿って実施されており、習熟度の評価が行われている。初期臨床研修医の評価は他職種も評価を行っている。一部の職種において、教育プログラムや評価チェック表が明文化されていないため、研修スケジュールや到達目標などを明記した教育プログラムの策定が期待される。

医学生をはじめ医療系の学生の実習を受け入れており、実習指導者を配置してカリキュラムに沿った実習と評価を行っている。医療安全や感染対策、個人情報保護等に関する教育をオリエンテーション時に実施しており、誓約書も提出されている。事故発生時の賠償についても契約書等に明記されており、学生実習を通じて医療者の育成に貢献している。

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	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	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	B
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	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	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	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	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	B
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	A
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	A
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	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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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： 独立行政法人労働者健康安全機構 福島労災病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人労働者健康安全機構

I-1-4 所在地： 福島県いわき市内郷綴町沼尻3

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	399	336	+0	75.9	16.1
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	399	336	+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)		
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	4	+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		
地域包括ケア病床	43	+0
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	27	+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

地域医療支援病院, エイズ治療拠点病院, 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： 2 人 2年目： 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 2020	2年前 2019	3年前 2018	昨年度 2020	2年前 2019
1日あたり外来患者数	558.20	591.22	514.99	94.41	114.80
1日あたり外来初診患者数	28.84	32.27	27.82	89.37	116.00
新患率	5.17	5.46			
1日あたり入院患者数	255.10	273.34	234.73	93.33	116.45
1日あたり新入院患者数	15.80	16.24	13.86	97.29	117.17