

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 6 月 20 日～6 月 21 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 1	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は開設以降、地域医療の拠点として市民の健康維持と地域医療の確保に貢献している。2011 年 3 月に発生した東日本大震災で壊滅的な被害を受けたが、その約 1 か月後には仮診療所を開設して被災した市民の診療に当たるとともに、病院復興基本計画を策定して新病院の建設に取り組み、2016 年 9 月に「被災地における医療復興のシンボル」として新石巻市立病院が開設されている。新病院では、診療機能の充実・強化や地域包括ケア病棟の導入などとともに、地域医療機関との機能分化と連携強化を図りつつ、一般急性期医療から回復期、慢性期、在宅医療や緩和ケア医療にまで至る幅広い医療を切れ目なく担う拠点としての役割を果たしつつ現在に至っている。

今回の医療機能評価の更新受審においても、基本理念のもと、患者本位の医療の推進や医療の質向上と安全確保などを目指す基本方針の実践に向けて取り組む職員の姿を随所に確認することができた。受審準備での活動や訪問審査において気付いたことなどを糧として、貴院のさらなる発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念とともに、患者本位の医療の提供などの基本方針が明示され、ホームページや入院案内への掲載などにより院内・外への周知が図られている。また、組織の設置や職務分掌等に関する規程の策定とともに、病院運営の意思決定を担う管理運営委員会などの必要な会議・委員会が設けられ、副院長をはじめ幹部職員は課題を認識のうえ各部署や委員会等において改善に取り組むなど、適切な運営体制が整えられている。組織運営では、公立病院改革プランなどにに基づき年度事業計画が策

定され、部門・部署ごとの目標設定と達成度評価などが行われている。情報の有効活用については、電子カルテシステム等が導入されて運用管理規程に基づいた管理・運用とともに、障害時対応等の検討や新たな情報システムの導入や適時の更新等が検討されている。文書管理の仕組みでは、市の文書管理規程や病院事務の専決に関する規程等に則り、各種文書の管理や稟議・承認・決裁による意思決定、文書の管理・保存をはじめ、診療の場で使用するマニュアル等の作成・改訂に関する審議・承認が適切に行われている。

法令等による医師等の必要人員を満たし、毎年度の職員体制計画の策定や募集などにより医療機能の強化・充実に向けた人材確保の取り組みがなされている。労務管理については、就業規則や各種規程が整備され、職員代表者との協定締結や届け出、労働時間の管理や年次有給休暇の取得率向上などの取り組みが行われている。職員の安全衛生管理では、衛生管理者の選任や安全衛生委員会の設置と開催、職員の定期健康診断の実施、職業感染予防、ホルムアルデヒド作業環境測定などが行われている。魅力ある職場環境の整備では、事務職員の自己申告調査や各種会議、面談などにより職員の意見・要望等が把握され、時差出勤や育児短時間勤務の制度化、福利厚生の実施などに反映されている。職員の教育・研修では、市による職階別研修や新採用職員研修、医療安全や感染制御などの研修に加え、全職員を対象とした患者の権利擁護などの必要性の高い教育・研修の年間計画が策定されたところであり、着実な実施が望まれる。

職員の能力評価・能力開発では、全職員を対象とする人事評価が本格実施されたところである。能力開発では、看護職においてクリニカルラダーによる能力開発が行われているが、さらに、各職種の専門性を高める継続教育・人材育成への組織的な取り組みを望みたい。学生実習では、看護学生等の病院実習が受け入れられており、医療安全や感染防止等に関する実習前オリエンテーションが実施され、各職種のカリキュラムに沿った実習・評価が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務が明文化され、院内掲示や入院案内、ホームページへの掲載などにより周知されており、診療記録の開示も適切に行われている。説明と同意に関する方針や手順が定められ、様式や説明内容、同意取得を要する範囲、同席の基準などが明文化されている。患者との診療情報の共有や参加促進では、手術・検査の説明書やクリニカル・パスなどによる説明、種々のパンフレットの提供とともに、誤認防止などへの協力要請等により患者参画が促されている。患者支援体制の整備と対話の促進では、医療福祉相談室が設けられ、相談内容に応じて専門職種と連携しつつ、社会福祉制度や退院先の調整、退院後のケアなど多様な相談への対応が行われている。患者個人情報の保護については、個人情報保護方針が定められ、電子カルテシステム等の管理・運用、研究等へのデータ活用時の審査・承認、診察室や病棟などにおける個人情報保護への配慮などが適切に行われている。臨床における倫理的課題への取り組みでは、主要な倫理的課題への対応方針が定められ、多職種カンファレンス等で倫理的課題が検討されている。

療養環境の整備と利便性の領域では、交通至便な立地であるが駐車場が整備され、院内には売店やカフェ、ATM等が設けられている。また、院内・外ともにバリアフリーに配慮され、廊下やトイレ、浴室など必要な個所への手摺の設置や車椅子の準備など、利用者の安全性や利便性、快適性への配慮が適切になされている。療養環境については、窓が大きくとられて自然採光が入る構造で、診療・ケアに必要なスペースが確保され、デイルームなどの患者がくつろげる工夫や静寂、清潔・安全等への配慮など適切な環境が整えられている。受動喫煙の防止では、敷地内全面禁煙とされてホームページや入院案内、ポスター掲示などにより周知され、患者・職員への禁煙啓発や喫煙習慣の把握、禁煙外来診療などが行われている。

4. 医療の質

病院経営改善プロジェクトや患者サービス向上委員会が質改善活動の中心を担い、救急応需率の向上や病院機能評価の更新に向けたプロジェクトなどの取り組みが行われている。診療の質向上に向けた活動では、多職種による症例検討会や臨床病理検討会などが開催され、診療ガイドラインやクリニカル・パスの活用などが行われている。患者・家族の意見の活用では、意見箱や患者満足度調査等により意見・要望等が収集され、関係部署や患者サービス向上委員会における検討を経て対策されている。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法等の導入については、倫理委員会に届け出て審議することが医療倫理指針に明記されており、届け出による審議や関係部署における必要な研修が行われた例がみられる。

各部門の管理・責任体制が明確化され、病棟では責任医師と看護師長、主治医、受け持ち看護師等が明示されており、主治医不在時の対応なども適切に行われている。診療記録の記載については、診療記録記載基準に沿って必要な情報が分かりやすく記録されているが、退院時サマリーの作成率の向上とともに、診療記録の質的点検の充実が望まれる。多職種協働による診療・ケアでは、多職種参加のカンファレンスの開催とともに、安全対策や感染制御、栄養サポート、褥瘡対策、緩和ケアなど多職種からなる専門医療チームが組織され、ラウンド等による組織横断的な診療・ケアが適切に提供されている。

5. 医療安全

医療安全推進室が病院長の直轄部門として設置され、副院長を室長として看護師長の専任医療安全管理者等が配置され、組織横断的な活動体制が確立されるとともに、医療安全管理委員会やリスクマネージャー会議等が開催されている。安全確保に向けたインシデント・アクシデント情報の収集体制が整備され、医療安全管理者による確認や原因分析、再発防止策の検討、院内への安全情報の発信などが行われている。万一、医療事故等が発生した場合の対応については、病院長等への報告、患者・家族への説明などの対応、原因究明や再発防止対策を検討する体制などが適切に整えられている。

患者・部位等の誤認防止対策では、患者本人の名乗りやリストバンド等による確認、チューブ類の誤認防止対策、手術室入退室の際のサインイン・サインアウト、

手術部位のマーキングなどが実践されている。情報伝達エラー防止対策については、医師の指示出しや看護師の指示受け・実施、実施確認などが適切に行われ、検査結果の重大所見等の連絡なども適切に行われている。薬剤の安全な使用に関しては、麻薬・向精神薬等の管理やハイリスクな薬品の取り扱いへの配慮、病棟在庫の薬品使用時のダブルチェックなどが行われている。転倒・転落防止対策では、入院時に転倒・転落アセスメントが行われ、リスク評価に応じた防止対策の立案や観察、転倒等発生時の対応手順の整備などが行われている。医療機器の安全な使用では、人工呼吸器等の医療機器が臨床工学技士により一元管理され、使用前点検や使用中の作動確認、新規の医療機器導入時の研修などが行われている。患者等急変時の対応では、院内緊急コードの設定と職員への周知徹底、救急カートの整備や定期的な点検、救急蘇生訓練などが行われている。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理室が設けられ、担当副院長と専従の院内感染管理者等が配置され、院内感染防止対策委員会や抗菌薬適正使用支援チーム会議において抗菌薬の使用状況やサーベイランス結果などの報告と検討、感染対策マニュアルの改訂などの組織横断的な活動が行われている。院内の感染症発生状況が把握され、感染防止活動や医療関連感染サーベイランスの実施、アウトブレイクの基準や対応手順の整備、院外の流行情報の把握と院内周知などが行われている。さらに、地域の病院や診療所、保健所等が連携したラウンドへの関わり、介護保険施設の新型コロナウイルス感染症の集団発生に対する支援が行われるなど、感染制御に向けた活動は高く評価される。

医療関連感染を制御するための活動では、感染経路別予防策に基づいた対応が遵守され、汚染リネン類の管理、感染性廃棄物の分別廃棄などが適切に行われている。抗菌薬の適正使用に関しては、抗菌薬の採用や採用中止の審議が薬事委員会において行われ、特別な抗菌薬の使用は届け出制とされて適宜症例検討が行われているなど適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院広報誌や年報、ホームページなどの媒体を活用して情報の発信が行われ、ホームページには基本理念や基本方針をはじめ、外来受診や入院の手続き、各部門・施設の紹介、医療サービスの内容、診療実績などが紹介されている。地域の医療機能・医療ニーズの把握と連携については、地域の医療機関・施設等の医療機能やニーズの把握とともに、連携強化に向けた研修会や講演会の開催、紹介患者の受け入れや逆紹介などが行われているが、患者の紹介に伴う治療方針等に関する報告の迅速化に向けた取り組みが望まれる。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動に関しては、地域住民の健康増進に寄与する市民健康講座の再開とともに、市主催の出前講座や各種イベントへの職員の派遣、地域の医療・介護・福祉施設等の医療従事者を対象とするカンファレンスやミニレクチャーの開催などの教育・啓発活動が行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診や入院に必要な情報がホームページ等で周知され、受付窓口職員による受診相談への対応や高齢者・障害者等の支援、病態・症状の緊急性等に応じた対応がなされ、待合ホールには診察状況や順番の表示などの配慮がされている。外来診療では、問診票等により患者情報が収集され、検査等の説明と同意の取得などが行われている。地域の保健・医療・介護等施設からの患者紹介や逆紹介には地域医療支援センターが窓口となり、必要な情報の収集などが行われている。診断的検査は、医師により必要性が判断され、侵襲的な検査の場合は説明と同意取得のうえで実施されている。入院の必要性は診察や検査結果等により判断され、患者・家族に必要性が説明され同意を得て決定されている。診断・評価や検査結果、各種リスクの評価などに基づいて入院診療計画書が作成され患者・家族に説明のうえ同意が得られている。患者・家族からの相談の内容に応じて適切な職種が対応する体制がとられ、多様な相談への対応や支援などが行われている。入院に際しては入院前の説明が行われ、入院当日には病棟オリエンテーションで施設・設備の案内などが行われている。

医師の病棟業務では、毎日の回診やカンファレンスにより患者の病態等が多職種間で共有され、必要な指示などの指導力の発揮、患者・家族との面談などが適切に行われている。看護師の病棟業務では、看護基準等に即した看護業務が行われ、患者ニーズの把握や看護計画の立案、看護責任者による看護の実践状況の確認等が適切に行われている。投薬・注射の確実・安全な実施に関しては、病棟薬剤師による持参薬の鑑別や薬歴管理、服薬指導、必要な薬剤に関する投与時の状態観察等が適切に行われている。また、輸血・血液製剤は、ガイドラインに従って輸血の必要性や血液製剤の種類が医師により判断され、患者・家族に必要性とリスクについて説明書を用いて説明のうえ、同意が得られ確実・安全に実施されている。手術・麻酔の適応が検討され説明と同意の取得も適切に行われ、誤認防止対策、術後退室などの周術期の対応は適切に行われている。重症患者の管理や褥瘡の予防と治療に対しては多職種による取り組みが行われている・栄養管理と食事指導、症状などの緩和、リハビリテーションの確実・安全な実施、安全確保のための身体拘束、退院支援や継続した診療・ケアに向けた支援、ターミナルステージへの対応については、いずれも適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、薬品の保管・管理や処方鑑査、調剤、疑義照会への対応、医薬品情報の提供、注射薬の患者別1施用ごと取り揃えの供給などが適切に行われている。臨床検査機能では、診療機能に応じた検査対応体制が整えられ、迅速な検査やパニック値の依頼医師への直接連絡、検査機器の精度管理などが行われている。画像診断機能では、常時対応可能な体制がとられ、非常勤放射線科医師による読影報告や重要な所見の依頼医の確認管理などが行われている。栄養管理機能では、調理室内の清潔管理や温・湿度管理、適時・適温の配膳、食事の評価・改善などが適切に行われている。リハビリテーション機能では、心大血管疾患や脳血管疾

患、運動器、呼吸器、がんの幅広いリハビリテーションが提供され、リハビリテーションの連続性への取り組みもみられる。診療情報管理機能では、診療情報の1患者1IDによる一元的な管理や診療記録の量的点検、診療記録の貸し出し管理などが行われている。量的点検は全退院患者を対象に行われ、結果が委員会報告等によりフィードバックされている。医療機器管理機能については、医療機器の一元管理や臨床工学技士による点検・整備、使用中の機器の把握や点検などが適切に行われている。洗浄・滅菌業務は中央化され、各部署からの密閉容器による搬送と洗浄・滅菌、滅菌の質保証などが行われている。また、病理診断機能や輸血・血液管理機能、手術・麻酔機能、救急医療機能についてはいずれも適切に機能が発揮されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、各年度の予算が運営実績の分析や各部署からの要請等に基づいて編成され、市財政部門の調整を経て市議会で議決されている。また、市の会計規則等に基づいた会計処理が行われ、月次収支計算などによる経営状況の管理・分析が行われ、市監査委員による例月、定期および決算監査とともに市議会の決算審査・認定が行われている。医事業務では、一連の窓口業務がマニュアルに基づいて効率的・正確に行われ、レセプトの返戻・査定の分析・検討などの診療報酬請求事務、未収金管理等が適切に処理されている。業務委託に関しては、業務委託の是非や業者選定などが会計規則等に基づいて審議のうえ決定され、業者との定期的会議等により業務実施状況の点検・評価や改善などが行われている。

病院の役割や診療機能に応じた施設・設備が整備され、日常点検や保守管理、医療ガスの点検・安全管理、感染性廃棄物の回収・運搬、院内最終保管場所での管理などが行われている。購買管理では、医薬品や医療機器、診療材料等の選定が関係委員会で行われ、診療材料等については院内物流管理システムにより院内倉庫から各部署への供給、在庫定数管理、使用期限管理などが行われている。災害時等の危機管理においては、消防計画や災害対応マニュアル、病院の機能存続計画が策定され、災害発生時の対応や責任体制、緊急連絡体制等が定められ、非常用自家発電装置の整備、災害時対応の食料品や飲料水の備蓄などが行われている。保安業務では、警備員による院内巡視や施錠管理、防犯カメラによる監視などが適切に行われている。

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	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	B
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	S
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	B
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	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	S
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	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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	B
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	
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	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	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	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
-------	---------------	---

年間データ取得期間： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 3 月 20 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 石巻市立病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 宮城県石巻市穀町15-1

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	140	140	+0	66.9	14.3
療養病床	40	40	+0	77.7	45
医療保険適用	40	40	+0	77.7	45
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	180	180	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	20	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院(準備病院), 在宅療養支援病院

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： 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	2年前	3年前	昨年度	2年前
1日あたり外来患者数	180.74	167.19	167.91	108.10	99.57
1日あたり外来初診患者数	27.36	26.09	27.09	104.87	96.31
新患率	15.14	15.61	16.13		
1日あたり入院患者数	134.59	126.88	134.62	106.08	94.25
1日あたり新入院患者数	6.47	6.05	5.69	106.94	106.33