

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 10 月 29 日～10 月 30 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

貴院は京都府京都・乙訓医療圏の中核病院として機能している。京都南病院として開設以降、急性期から回復期まで一貫した医療を進めてきたが、2011 年 4 月に同病院から救急部を移設し、救急救命部門を拡充して急性期入院医療に重点を置いた新京都南病院として診療を開始している。この間、臨床研修病院、救急科専門医指定施設などの指定を受け、高度な質の高い医療の提供に努めている。今回の更新受審では、前回の認定からこのたびの更新審査まで、医療の質改善を図るべく院長を中心に、幹部・職員が一体となって日夜努力している姿に深く敬意を表したい。本報告書が地域住民に益々信頼される病院として発展されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は患者の立場に立ったわかりやすい目標を掲げており、内外の周知も適切である。院長はじめ幹部は自院の将来像を明示し、目標意識を持たせて就労意欲を高める工夫をしている。職員には主要な課題の解決に向け独自の手立てを講じるなど、管理者・幹部は指導力を良く発揮している。病院の意思決定の会議が定期的に行われ、組織図や職務分掌等も明確である。病院運営に必要な会議・委員会が整備され、年次事業計画や BCP を策定し計画的な組織運営を行っている。また、情報管理および文書管理については適切に行っている。

法定人員および施設基準の必要人員が満たされている。役割・機能に応じた人材も適切確保し、引き続き医師・薬剤師等の拡充にも努力している。人事・労務管理および職員の安全衛生管理は適切に行っている。日本医療機能評価機構の「患者・職員満足度調査」や労使協議会にて意見等を把握するほか、各部門で管理職との面

談の機会を設けて直接意見要望を聴取している。各種の就業支援に取り組み福利厚生への配慮もあり、職員にとって魅力ある職場づくりに努めている。職員への教育・研修および能力評価・能力開発についてもおおむね適切に行っている。

3. 患者中心の医療

患者と協力し、よい医療を提供するために、患者の権利と義務そして責任を定め、院内掲示やホームページに掲載し、職員には院内ホームページや職員ハンドブックにて周知している。診療録開示は、開示等規則に則り全例開示しているなど、患者の権利の擁護は適切である。説明と同意については、指針・手順の整備、書式の統一がなされている。文書の同意が必要な範囲を示し同席者の署名、実施状況など病歴室で把握し統括している。患者との情報共有については、入院診療計画書やクリニカル・パス、画像や検査データーの手渡しなどで、相互に診療やケアの方針、目標の確認を行っており適切である。相談窓口の場所や窓口表示をわかりやすく設定し、患者・家族に案内している。窓口にはMSWを配置し、医療福祉相談室を経由して、相談内容により各職種に振り分け適切に対応している。また、家庭内暴力の対応方針が整備され、研修を実施して職員に周知するなど、患者支援体制を適切に整備している。個人情報保護規程・個人情報保護方針を整備して職員に周知している。診察等におけるプライバシーへの配慮や患者・家族の意向を尊重する配慮があるなど患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している。臨床倫理について方針が示され周知されている。病院で検討されるべき倫理的課題についてフローチャートに沿った審議実績もあり適切である。

患者・面会者の利便性や快適性に配慮し、高齢者・障害者に配慮した施設・設備である。院内は清潔で、診療やケアに必要なスペース、病室毎に設置されたトイレや浴室等の利便性、安全性が確保されている。病室は各ベッドに窓があり採光が保たれている。敷地内禁煙の方針が徹底しており、患者・家族に周知している。禁煙外来を設置し、患者の禁煙教育を実施している。全職員勤務時間内禁煙宣言を実施するなど、受動喫煙を防止している。

4. 医療の質

投書箱を院内各所に設置し、患者・家族の意見・苦情を収集している。また、退院アンケートを実施し、患者満足度を調査し、結果を質改善に活用している。毎朝の救急カンファレンスを始め、多くの症例カンファレンス、CPCを開催している。DPCに基づく指標を含む種々の臨床指標の収集・分析を行い、院内外のホームページに掲載している。前回の病院機能評価で指摘された項目について期中の確認、今回の自己評価へと継続的に取り組まれている状況が多々見受けられた。京都一番化計画として各部署で目標を立て常任管理会議に報告し、院内ホームページにも掲載し、PDCAサイクルを回しているなど高く評価できる。薬剤の適応外使用に関しては薬事審議会で審議している。院外の学会・研究会などの研修にも積極的に参加し、参加費の補助や旅費規程を整備している。

各部門の責任体制は明確で患者・家族・職員に示されている。病棟、外来、診療の責任者は、回診や巡視により情報把握し診療・ケアに環元しており適切である。医師をはじめ各職種は電子カルテに診療記録規程に基づいて適時に記載している。略語集は作成されておらず原則使用しないとしている。診療録の質的点検は、2019年6月から試行開始したところである。多職種で構成された NST・褥瘡対策・退院支援などの専門チームが、組織横断的に活動している。リハビリテーションや化学療法カンファレンスも定期的開催され適切である。

5. 医療安全

医療安全管理の確保に向けた体制、指針が整備され、医療安全管理委員会等で安全確保に向けた対策の効果や課題などが検討され還元されており適切である。インシデント・アクシデントの情報収集と分析がなされ再発防止を検討し還元されている。日本医療機能評価機構などからの院外情報の活用も含め評価できる。

誤認防止対策は患者確認・タイムアウトの導入・ダブルチェック・チューブ類の識別対策が実施されている。医師の処方・指示および看護師の指示受け・実施確認は電子カルテ内で確立している。口頭指示はやむを得ない場合のみマニュアルに従い、実施している。画像診断はレポートチェックシステムを導入し、病理診断では再検リストを作成し、レポートの確認漏れを防ぐ対策を構築していることは高く評価できる。

重複投与、相互作用、薬剤アレルギーの誤投与防止、麻薬、向精神薬の保管庫の鍵管理、ハイリスク薬の表示など適切に対応している。抗がん剤のレジメンは化学療法委員会で承認後、薬剤部で管理している。抗がん剤の調製・混合は薬剤部の安全キャビネットですべて薬剤師が行っている。全入院患者へ転倒・転落のリスク評価がなされ、計画を立て、ネームバンドでの識別により危険度をチームで共有して対応しており適切である。医療機器マニュアルに沿って各医療機器の指導時点検や使用中の点検など、臨床工学技士と看護師との連携により医療機器の安全な使用に努めている。救急コードが設定され、院内開催の AHA 公認 BLS・ACLS コースにより認定者が各部門に在籍しており評価できる。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は、院長の諮問委員会として設置し、委員会内に ICT を組織している。ICT は毎週 1 回、年間予定表に従い病棟等のラウンドを行っている。感染対策に関する指針、マニュアルは院内ホームページから閲覧でき、必要に応じて随時改訂している。細菌検査室から院内の耐性菌週報や院内外の感染症発生状況を各院内感染対策委員に周知している。アウトブレイクの発生時には、速やかに ICT メンバーを招集し、現状確認から拡大防止策を指導する。検査室の微生物サーベイランスは継続している。ターゲットサーベイランスは VAP に加え SSI を開始したところである。

医療感染制御に関するマニュアルに基づき、標準予防策・感染経路別予防策など徹底されている。抗菌薬の採用または採用中止は薬事審議会で検討している。ICTメンバーが週に1回感染症治療ラウンドを行い、抗菌薬の適正使用を促している。ガイドラインは電子カルテ上で確認できる。広域抗菌薬や抗MRSA薬の使用届け出制および薬物血中濃度のモニタリングを実施し、抗菌薬使用状況は感染対策委員会へ定期的に報告している。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌を定期的に発行し、ホームページを開設して診療実績を年報や掲載するなど、必要な情報を地域等へ分かりやすく発信している。地域連携室を中心に近隣の医療機関や福祉施設を訪問し情報交換を行っている。地域連携パスや地域連携ネットワークに参加し、地域のネットワーク推進に取り組むなど地域医療連携を適切に行っている。院内では「みなみ健康教室」を開催し、院外においては、地域の学校・市民フォーラム・地区救護班等に職員を派遣し、地域の健康増進に寄与している。さらに、地域連携懇話会・地域連携懇親会を開催し、医療機関・福祉施設等の職員に向けて研修会等を開催し支援を実施するなど、地域に向けて教育啓発活動を活発に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

案内・掲示には必要な情報が含まれ、外来待ち患者の病態・緊急性等に配慮するなど円滑に診察が行われている。初診患者の予診・問診票の情報および他の医療機関からの情報は電子カルテシステムに取り込み、多職種で共有している。他科への診察依頼や他部署との連携も円滑に行われている。侵襲的な検査・処置は、説明書、同意書を用いて検査の必要性和リスクについての説明を第三者同席にて行っている。検査に対する手順を活用し、検査中の患者の観察および記録を行い、急変時にはコードブルーで速やかに対応している。入院は医学的な必要性の判断に基づき、患者・家族への説明を行い外来担当医師が入院適応を決定している。病床は弾力的に運用し、混合病棟の特性を生かして、救急に特化した病院として緊急入院に対応できるよう努めている。

医師は診断結果に基づき、治療に対するリスクなども含めて入院診療計画書を速やかに作成し、患者・家族に説明して同意を得ている。病棟看護師、薬剤師、管理栄養士を含め他の職種も必要に応じ参画している。クリニカル・パスは入院診療計画書として対象者に説明と同意を得て活用している。医療相談部門、患者相談窓口が設置され、必要な専門職と連携し多様な相談に対応できる体制が整えられている。相談内容に応じて記録し共有、課題の検討がされている。患者の入院について、外来、入院受付、病棟で連携して必要な説明がされ、手続きや準備なども円滑に進められている。

主治医および担当医は毎日回診し、カルテに記録し必要な指示を出している。病棟リーダー、受け持ち看護師、病棟薬剤師、リハビリテーション療法士など多職種のカンファレンスにも参加している。病棟看護師は、各種基準に準拠して患者のニーズに沿ったケアの提供に努めている。経験や能力に応じて支援体制があり、多職種との連携も充実しており適切である。病棟における注射薬は1施用ごとに準備されており、抗がん剤は全てレジメンに従い薬剤師により安全キャビネットを用いて調製・混合されている。配薬は看護師が薬歴管理画面にて確認して実施し、患者が確実に内服しているかを確認している。

輸血療法マニュアルを整備し、適応と製剤種類を決定しており、投与中・投与後の患者の状態・反応の観察と記録はマニュアルに従って、実施している。手術の適応などは、麻酔科医・外科医・手術室看護師で検討している。手術の必要性和リスクを説明した上で、同意書を得ている。麻酔の必要性和リスクの説明は麻酔科医が行い、同意書を得ている。麻酔担当医および手術室看護師による術前訪問を実施し、その情報は手術前に共有し、合併症の予防を含めて安全な手術への配慮を行っている。院内ICUを入室基準に準じて使用している。病棟内のHCUも重症度に応じて、患者の管理と病床管理を行っている。

褥瘡に関するリスク評価をもとに計画的に予防・治療・評価がなされ、褥瘡チームの介入などにより発生率が低減しており適切である。また、入院時全患者に栄養状態のアセスメントが行われ、栄養管理や患者指導、NSTの活動につなげている。STとの連携で摂食・嚥下機能の評価もしており、適切である。症状などの緩和については、WHOのガイドラインに沿った麻薬の使用やツールを活用して痛みの客観的評価など症状緩和に努めている。主治医はリハビリテーション担当医や療法士と協働してリハビリテーションの必要性、リスクや今後の見通しについて実施計画書を作成し、患者・家族の同意を得ている。療法士はリハビリテーションプログラムを立案し、早期にリハビリテーションを開始している。リハビリテーションによるADLの効果判定はBIを用いた定量的評価を実施している。身体抑制については、基準に準拠して丁寧な説明や観察、解除に向けた検討がされており適切である。また、退院支援について入院時より退院調整看護師が介入し計画的に実施し、院内や院外医療従事者と連携し、患者・家族の要望に沿った社会資源の活用など継続した診療・ケアに努めている。ターミナルステージでは、患者・家族の意向を尊重し丁寧なケアの提供に努めている。

9. 良質な医療を構成する機能

注射薬は1施用ごとに払い出され、安全下の調製が必要な薬剤はクリーンベンチ・安全キャビネットで調製している。薬の採否は薬事審議会で検討し、採用薬品集は電子カルテにて検索可能としている。検査の異常値、パニック値は迅速な連絡体制を整え、主治医に電話で報告している。検査後の検体は廃棄も手順に従っており適切である。全ての画像検査は診療放射線技師の当直体制により24時間365日対応可能である。CT、MRの画像診断結果は常勤の放射線科医により100%読影・報告し、異常がある場合、担当医に直接連絡し報告を行っている。

自院の調理施設で、主食と汁物を調理し、その他の主菜・副菜はクックチル方式にて提供している。調理室等は清潔・不潔のゾーニングが明確で、配膳・下膳のカーートを区別するなど衛生面での配慮も適切である。入院患者の脳血管、運動器、呼吸器リハビリテーションを提供しており、障害の改善と廃用症候群の予防のために早期から介入し、主治医・リハビリテーション担当医、療法士を含めて毎週カンファレンスを実施し、計画書は適宜変更・対応し、連続性も担保されている。電子カルテを導入し、患者情報は1患者1IDによる一元的管理を行っている。量的点検も手順に沿って適切に行っている。医療機器は一元管理されており、必要な点検や標準化に向けた検討も行われている。手術室以外は洗浄・滅菌業務は委託されており、適正に行われている。手術室器材は、清潔不潔器材が交差しない仕組みで洗浄・滅菌されており、滅菌の精度管理、リコールなど適切に実施されている。

病理診断は、ほぼすべての組織診、細胞診、免疫組織化学、術中迅速検査に対応している。術中迅速組織診・細胞診を実施し、結果は病理医から迅速に報告している。輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却は検査技師を中心として一元管理・運営している。血液製剤は自記温度記録計付き専用保冷库・冷凍庫で、保管・管理し、製剤の備蓄を置かないことで廃棄の減少に繋げている。手術のスケジュールは麻酔科医・外科医・手術室看護師長などで決定して対応している。院内ICUとして独立したユニットがあり、責任医師には外科医を、また、ICU当番医を配置している。ICUの入退室は入退室基準に基づいて運用しており、チーム医療として当番医、看護師の他、臨床工学技士、リハビリテーション療法士、薬剤師なども関与している。救急告知病院として「断らない救急」をスローガンに24時間救急医療を重視し、受け入れ不能例については、翌朝院長も出席する救急カンファレンスや新病院連絡会議にて全例報告・検証している。

10. 組織・施設の管理

年次事業計画に基づいて、予算書が策定され、損益計算書・貸借対照表等の財務諸表を作成している。病院会計準則に準拠した会計処理が行われ公認会計士による毎月の監査と監査法人による外部監査が実施されるなど、経営管理を的確に実施している。窓口収納業務、レセプトの作成、医師を含めたレセプトの点検および返戻・査定への対応を適切に行っている。施設基準の確認体制も職種間の連携を図り確立している。未入金への対応は、未入金管理アプリを使用し、金額、発生理由などを把握し回収に努力し、医事業務は適切に行われている。業務委託は適切に行い、施設・設備および物品は適切に管理している。

火災や大規模災害に対する体制を整備し、訓練や備蓄等を適切に行っている。保安体制を整備し、日々の業務実施状況を把握し、保安業務を適切に行っている。医療事故等に関する組織的検討を実施し、統括責任者・訴訟担当者等を定めて、訴訟に適切に対応する仕組みがある。病院賠償責任保険に加入し、訴訟の備えとしている。

1 1. 臨床研修、学生実習

研修プログラムがあり、研修医の研修は、指導医は11名確保している。研修センターに各種シミュレーターを配備し、CPCへの参加を義務付け、単独で行ってよい診療行為や指導医のもとでの実施の明確化を行っている。看護師、薬剤師等専門職種の初期研修は、各部署において研修プログラムや研修計画を作成して実施している。各診療科や部署において定期的に目標の見直しや研修者の評価を行うとともに、面接による指導者の評価も行っている。看護学生の実習校と適宜調整会議を行い、カリキュラムに沿った実習を適切に行っている。看護部長よりオリエンテーションが実施され、「実習中の事故対応手順」も定めるなど学生実習を適切に行っている。

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	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	S
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	B
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	B

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	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	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	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	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 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：医療法人健康会 新京都南病院

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：京都府京都市下京区七条御所ノ内北町94

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	107	107	+5	80	10.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	107	107	+5		

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		
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		
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： 2 人 2年目： 2 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

2 年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	52.97	54.33	55.41	97.50	98.05
1日あたり外来初診患者数	22.41	22.58	23.72	99.25	95.19
新患率	42.30	41.56	42.80		
1日あたり入院患者数	85.55	88.11	88.93	97.09	99.08
1日あたり新入院患者数	8.29	8.16	8.30	101.59	98.31