

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 11 月 29 日～12 月 1 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 3	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

地域の医療・医学の中核的な役割を果たす医学部附属の病院である。2022 年 4 月より新執行部体制となり、組織、理念、基本方針を刷新して、病院運営の改革を推し進めている。外来棟の増築などの整備もさることながら、病院運営の目標を改めて職員の意識に浸透させ、全職員の意識を一つの方向に纏める組織運営の改革が目指されており、これからの組織の成長が大きく期待される病院である。我が国ではまだ少ない医療の質の向上に関する部門機能を組織として設けており、外部評価である病院機能評価を定期的に受審して病院の改善を進めている。貴院の今後の益々の発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

達成すべきもの、目指すものとしての理念・基本方針が端的な表現で明確に設定されており、職員への浸透がしっかりと図られている。同規模他施設とのベンチマークから課題を設定し、短期間で多くの改善成果を上げ、職員の病院運営改善への参画意識を高めており、リーダーシップを発揮している。組織体制は明確で、法人としての中長期計画は作成されているが、理念・基本方針を実現するための病院としての具体的な計画と、部門・部署の目標管理の仕組みの強化が期待される。システム管理に関する運用規程を策定し、情報の管理と活用の方針を明確にしている。大学共通の文書は適切に管理されており、病院固有の文書を管理するシステムの導入がなされ、文書管理が進められている。

病院の役割・機能に見合った人材については、医師および看護師以外の医療職種についてやや不足している状況であったものの、増員に向けた取り組みが継続的に

行われている。労務管理は規定類が整備され就労状況も正確に把握されており評価できる。安全衛生管理は、委員会を毎月開催し、非常勤を含む職員の健康診断では受診率 100%であり、労災や職業感染予防も適切である。福利厚生は整備されており、職員の満足度調査を実施するなど、魅力ある職場となる努力がなされている。

職員への教育・研修は、e ラーニングを導入して参加状況の把握やテストによる理解度チェックが可能となったが、今後さらに一元的な管理のうえで計画的な開催と評価・検証が期待される。専門研修プログラムを管理し、各診療科のキャリアパスに従い、専門医習得を目標とする支援体制があり、看護部門ではキャリア開発リーダーシステムに基づく目標管理のもと、能力評価・能力開発が行われている。学会発表や資格取得支援の環境も用意され、専門性を高めるための種々の研修も実施されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は適切に擁護されている。「説明と同意に関するガイドライン」が整備され、診療科が作成した説明文書は病院として承認して運用されている。患者との診療情報の共有は院内の様々な場面・プロセスで実践されている。特に、患者への情報提供のための多職種協働によるカンファレンスに力を入れた取り組みが行われており、適切である。相談窓口では、医療福祉支援センター、入退院支援センター、がん相談支援センター等が開設され、社会福祉相談や退院相談のほか、医療安全や苦情相談など、より専門的な相談にも随時応じている。個人情報保護方針は明確で周知されており、個人情報の利用申請から個人情報の利用状況の管理についても新たに仕組みを整備し、適切に取り組まれている。臨床倫理指針、倫理に関する専門委員会が整備され、輸血拒否などの対応方針が作成されている。倫理コンサルテーションチームを設置し、活動を開始している。臨床倫理に関する問題は、現場の医師、看護師等による多職種カンファレンスで情報の整理と対策の検討が行われ、必要に応じて倫理コンサルテーションチームと協働して解決に向けて対応している。

車・タクシー、公共バス等の利用による来院時のアクセスも良く、院内に無料 Wi-Fi が整備されインターネット利用が可能である。様々な生活延長上の設備やサービスも完備しているなど、患者・面会者への利便性・快適性に配慮されている。現在、再整備事業のため、改修工事が実施されているが、誘導員などを配置し、バリアフリー環境を維持している。病棟・外来や診療環境は、整理整頓されている。病棟の療養環境については、病室、廊下、処置室、面談室、食堂などには十分な広さが確保されており、病院の再整備計画の工事中ではあるが、患者に不利益が生じないように案内表示、動線などの様々な工夫を取り入れている。療養環境の整備は適切である。病院全体として、精神病床も含め敷地内全面禁煙が推進されている。特定機能病院、地域がん診療連携拠点病院の役割や機能として、患者への禁煙教育や職員への禁煙推進に向けた支援体制があり、職員の喫煙率は減少傾向である。

4. 医療の質

患者・家族等からの意見・要望は、院内に設置している意見箱「患者の声」で収集が図られる。外来患者への満足度調査については、定期的な調査の実施を望みたい。各種のカンファレンス、診療ガイドラインの活用、クリニカル・パスの推進などを通じて診療の質向上に取り組んでいるが、臨床指標をさらに活用されることを期待したい。今回の受審を契機に、同規模病院とのベンチマーク分析に基づいて課題を抽出し、多職種の中堅職員による委員会を中心に組織横断的な活動に取り組んでおり、数多くの成果をあげていることは高く評価できる。倫理・安全面などに配慮して新たな診療・治療方法や技術を導入する際には、申請から承認のプロセスは適切であり、担当部門からの能動的なモニタリングの仕組みが明確化されている。

病棟・外来等における管理・責任体制は明確であり、患者・家族が分かりやすいように責任医長・看護師長・担当薬剤師・担当管理栄養士名が掲示されている。充実した診療録の記載に向けて、質的点検を含めて病院としての取り組みが適切に行われている。院内には緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、ICT、NST などがあり、定期的な部署ラウンドや事例相談などを通じて多職種協働で組織横断的な活動を展開している。各診療科に他科、多職種が加わった様々なカンファレンスが展開されており、多職種協働の診療・ケアは適切である。

5. 医療安全

医療の質・安全管理部に専従医師をはじめとして、専従看護師、専任薬剤師、および事務担当職員が適切に配置されている。医療スタッフマニュアルは適切に整備されている。アクシデント・インシデント事例の検証等を行い、情報共有している。毎年多くのインシデント事例が報告され、医師からのインシデント報告件数も増加していることは評価できる。入院患者の全死亡事例報告や想定外報告の仕組みは定着している。安全管理部門スタッフにより医療安全ラウンドが実施され、マニュアル改訂事項や院内ルールの遵守状況が確認されている。

患者確認はフルネーム・生年月日・リストバンドの3点で確認しており、治療部位の誤認防止のためにマーキング・タイムアウトを徹底している。また、検体はバーコードラベルによる電子認証を行い、チューブ類は誤接続防止機能の医材を使用し事故防止対策をとっている。情報伝達エラーには、画像および病理診断レポートの未読防止、パニック値の確実な連絡など、適切な対策がとられている。各部署で使用される薬剤は薬剤師による調剤を通した供給を徹底しており、安全に投与される体制が整備されている。転倒転落防止対策は患者リスクに応じた適切な予防対策を行っている。また、データ分析結果を職員へ公表しリスク意識の向上へつなげている。日常的に使用する医療機器は、臨床工学技士のサポートのもと、教育を受けた職員が安全に使用する体制がある。院内の急変対応の体制を整備しているが、さらにRRSの実効性を高めるための検討が期待される。

6. 医療関連感染制御

感染制御の体制は、病院長から任命された院内感染対策管理責任者が感染対策業務を統括し、その直下に感染制御部が設置され、ICDやICN、薬剤師、臨床検査技師、事務職員等を配置してICTとASTが組織づけられている。さらに、リンクドクター、リンクナース、リンクスタッフが選出されているなど、体制は確立し、適切に機能している。院内での感染発生状況は毎日把握され、感染制御部により手術部位感染を含めて各種のサーベイランスが実施されており、他施設との比較も行われている。アウトブレイクでは遺伝子タイピングが実施され、対応する手順が確立している。また、地域においてはCOVID-19のクラスター発生施設への支援も積極的に行っている。

感染制御部が関与し、院内の手指衛生、スタンダードプリコーションの徹底を図っている。また、感染性の廃棄物や理念の処理も適切に行っている。院内における抗菌薬の使用は、抗菌薬使用指針と周術期抗菌薬マニュアルに則って適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域等への情報発信として、病院広報誌や医療関係者向け広報誌等を発行している。広報誌は院内で入手可能であるほか、病院ホームページも閲覧可能である。診療実績は、病院全体の指標として、ホームページ等に掲載されているが、今後、各診療科の特徴や疾患構成などの診療実績の掲載も検討されたい。紹介元医療機関への返書管理は、地域連携室で一元管理され、初回受診時は受診連絡としてすべて報告されるが、医師が記載する受診報告書、退院時の退院報告書については、より一層の返書率向上が望まれる。各種の公開講座やセミナー開催などを通じ、患者や地域に向けた教育・啓発活動に積極的に取り組んでいる。また、医療従事者向けにも、それぞれ専門職種向けセミナーが、多種多様な内容で開催されている。さらに、ロコモ予防検診事業では行政とタイアップした取り組みもあるなど、地域に向けた医療に関する教育・啓発活動が実践されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者への案内は明瞭で、病態や緊急性への配慮も適切である。外来診療においては、情報収集から患者への説明と同意の取得および安全に配慮した対応が実践されており、患者指導にも専門性が活かされている。診断的検査は、必要性の検討、患者への説明と同意のもとで行われているが、一部の検査では実施中の観察や記録の充実が期待される。入院の決定は、医学的判断に基づいて行われ、患者の要望にも配慮した対応がなされており、適切な病床管理にて速やかな入院につなげている。診療計画は、多職種の関わりで個別性に応じて作成されているとともに、患者用クリニカル・パスも活用し、患者への説明が適切に行われている。患者・家族からの様々な相談にきめ細やかに対応している。相談事例に応じて行政、訪問看護、保健師、他の医療機関等々との連携を密に行い、患者の支援が積極的に行われており、医療相談は評価できる。入退院支援センターを中心に入院前支援の体制が

あるが、対象患者を拡大し、より多くの患者が安心して入院できるよう活動の強化が期待される。

医師は診療グループの中で情報共有や上級医の指導が行われて、診療の質を担保している。回診やカンファレンスなどの機会に多職種との情報共有が行われており、医師がリーダーシップを発揮している。看護師は、看護業務基準や看護基準・手順に基づいて、患者状態に応じたケアを丁寧に実践している。各部署における薬剤の準備と実施は、定められた項目の確認が適切に行われている。輸血・血液製剤の投与では、ガイドラインやマニュアルに沿って適切に実施され、副作用の確実な把握に向けた対策がとられている。手術の術式や麻酔法は患者の状態に基づいて決定されて、説明と同意の上で実施されている。手術看護師はじめ多職種の関与も適切であるが、術前禁煙についてはさらに実効性の高い指導が望まれる。重症患者はICUと病棟の重症個室において、医師の指示のもとで多職種が参加して適切に管理されている。褥瘡予防・治療は、褥瘡リンクナースと認定看護師・褥瘡ケアチームが連携し適切に行っている。患者の栄養管理、摂食・嚥下機能の評価と対策等は、医師・看護師・管理栄養士・他の専門職の能動的な関与で丁寧に実践されている。患者の苦痛を入院前からスクリーニングし早期に介入する体制や、自己調節鎮痛法（PCA）を用いた患者を中心とした疼痛管理、退院後の生活を見据えた症状緩和の支援、精神症状に対応する取り組みなど、全人的な苦痛を捉え医療チームで適切に介入している点は高く評価できる。

リハビリテーションの実施では、リハビリテーション療法士と病棟スタッフの連携を強化し、ベッドサイドでの早期開始に向けて実践されている。身体抑制マニュアルが整備され、職員に周知されている。身体抑制の開始指示を始めとし抑制中の観察、速やかな解除のための協議がなされ患者が受ける身体的・精神的弊害を最小限にしている。入院支援室看護師による退院支援スクリーニングを実施し、退院困難要因の確認が行われたのち、必要な患者には早期から退院支援に向けた諸活動が、患者・家族の意向を尊重しつつきめ細かに実践されている。退院にあたっては、退院時サマリー・看護サマリー等による転院先医療機関への情報提供や、電子カルテによる自院外来での入院経過情報の共有により、継続した診療・ケアを実施する体制がある。終末期の定義を定め、判断フローチャートに沿い、判断基準を満たした場合に多職種でカンファレンスを行い判断している。臓器提供マニュアル等に沿って実施しているなど、ターミナルステージへの対応は適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤機能は処方鑑査を含めた調剤、院内製剤調製、一部病棟における薬剤師による注射剤調製など安全に薬剤を供給する体制が整備されているが、さらなる体制強化を期待したい。患者・検体誤認防止、結果の確実な報告、急変時の対応、職員の能力開発などが適切に行われ、質の高い検査機能を提供している。画像診断機能では、充実した体制が確立し、画像検査の質の向上に向けた取り組みは秀でており、高く評価できる。厨房では衛生的な環境のもと、適時・適温で食事提供されている。「入院のしおり」には、写真付きで分かりやすく選択メニューや特別メニュー

の案内があり、個々の患者の特性や嗜好に応じた食事提供をしている。リハビリテーション機能は、主治医・病棟スタッフとの連携を強化し、必要な患者への早期開始に努める体制が確立し、系統的な実施と連続性の確保に尽力している。診療情報管理は量的点検を確実に行之、質的点検にも積極的に関与しており適切である。医療機器管理、体外循環装置や血液浄化装置の操作、カテーテル治療部門、集中治療部門の機器管理等を適切に担当している。洗浄・滅菌は中央化しており、質保証は日常管理を中心に実施している。また、洗浄・滅菌のバリデーションにも適切に取り組んでいる他、手術用 RMD に RFID を活用したトレーサビリティを導入しているなど、高く評価できる。

検体処理、診断、報告の過程を適切に行っているなど、病理診断機能をおおむね適切に発揮している。放射線治療機能は、優れた体制が確保され、専門医、医学物理士、専門技師の関わりを充実させて数多くの高度な治療が提供されており、その活動は高く評価できる。輸血用血液製剤の発注から供給まで適切に管理され、廃棄率は低い。手術・麻酔機能については、安全で円滑な手術室運営が行われている。入室から患者退室までの過程は手順に則って確실히行われており、さらに麻酔科医による術後鎮痛の取り組みは高く評価できる。集中治療機能については、安全で円滑な ICU 運営が行われている。毎朝の多職種カンファレンスを通じて情報共有が密になされており、特に入室前からの能動的な患者情報の把握、退室後の患者への関与などは高く評価できる。救急医療機能については、救急科医師を中心に、各診療科、多職種が参加して 1 次から 3 次の救急患者を円滑に受け入れている。院内外への教育活動も盛んに行われている。

10. 組織・施設の管理

予算の作成・承認プロセス及び会計処理も適切に実施され、経営分析も同規模の大学病院とのベンチマークで課題を把握して経営改善に繋げており評価できる。医事業務は収納およびレセプトの点検、施設基準の遵守や未収金の対応も含めていずれも適切である。業務委託は管理課が窓口となり、各担当部署が報告書をもとに状況を把握して質の検討もしており適切である。施設・設備の管理は、一部委託のもと、24 時間 365 日の管理体制であり、日常点検および保守点検が定期的に実施され、緊急時の連絡網も整備されている。診療材料・医療消耗品は SPD システムが導入され、定数管理や使用期限のチェック、不動態在庫の確認も行われている。

行政や県内医療機関等との大規模災害を想定した防災トリアージ訓練が実施されているほか、災害派遣医療チーム（DMAT）の派遣体制を整え、災害時の対応に取り組んでいる。保安業務は、防災センターの警備員による 24 時間の監視体制のもと、無断離院や遺失・盗難などの監視体制が整備されている。死亡事例発生時の対応手順はマニュアルに明記され、管理者への報告体制を整備している。

11. 臨床研修、学生実習

初期臨床研修医は、臨床研修センターが窓口となり、自由度の高い研修プログラムが用意され、必要時には精神科医が介入し、メンタルヘルスケアの相談に応じる

体制がある。看護部門は、キャリア開発ラダーシステムに基づく初期研修が行われているほか、他の職種でも、各研修プログラムにより、技術レベル向上や到達目標を明確に設定した初期研修が行われている。学生実習は規程に則り、総務課が窓口となって様々な職種の学生を多数受け入れている。

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	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	B
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	B
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
1.4	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	B
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	B

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・治療方法や技術を開発・導入している	B
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	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	B
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	診断的検査を確実・安全に実施している	B
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	B

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	S
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	B
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	S
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	B
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	S
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	S
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	S
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	S
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	S
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	S
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	B
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	B
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	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	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	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	B
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： 2021 年 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 山梨大学医学部附属病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 国立大学法人

I-1-4 所在地： 山梨県中央市下河東1110

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	578	578	+0	66.4	12.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	40	40	+0	54.3	39
結核病床					
感染症病床					
総数	618	618	+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)	12	+0
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)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室	2	+0
無菌病室	11	+6
人工透析	15	+2
小児入院医療管理料病床	30	+0
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	2	+2
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

特定機能病院, がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院(I群), 地域周産期母子医療センター

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： 33 人 2年目： 24 人 歯科： 2 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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	1,258.43	1,344.52	1,339.59	93.60	100.37
1日あたり外来初診患者数	76.43	74.73	64.53	102.27	115.81
新患率	6.07	5.56	4.82		
1日あたり入院患者数	442.22	508.28	513.85	87.00	98.92
1日あたり新入院患者数	33.12	37.70	38.03	87.85	99.13