

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「リハビリテーション病院」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 27 日～10 月 28 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

機能種別 リハビリテーション病院（副）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。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、地域の医療ニーズに応えるべく 1953 年に開院された。以降 70 年余り、貴院は「勤労者や地域の方々の健康増進と疾病の予防、治療に取り組み、患者様の人権を尊重し、あたたかく、思いやりのある安全な医療を提供する」という理念を一貫して実践してきた。現在は「地域の医療ニーズに対応する医療サービスの提供」を目標に掲げ、整形外科・リハビリテーション科・外科・歯科口腔外科で病床を運用し、近隣施設と連携して幅広い外来診療を行いながら、救急告示病院としての機能も担っている。脊椎脊髄疾患や関節の変性疾患など多くの手術を行い、回復期リハビリテーションにも対応するなど、求められる機能を十分に発揮している。また、「専門性を担った医療職の育成と活動」の一環として、関節リウマチや骨粗鬆症に対し多職種チームで診療を行うなど、新たな課題にも積極的に取り組んでいる。

病院機能評価は今回が初めての受審であり、全般的に適切に運営されていると評価できるが、今回の受審を契機として、今後も病院機能の一層の充実を図り、「地域に必要とされ選ばれる病院」として、貴院がさらに地域医療に貢献されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・使命を明文化し、達成に向け日々取り組んでいる。病院運営に係る意思決定は幹部会議で行い、決定事項は運営会議等で部門長に伝え、各部門でスタッフへ共有している。指揮命令系統を示す組織図に加え、病院運営に必要な会議体・委員会を設置し、病院の目指すべき姿・役割を中長期的視点で策定している。診療情報管理規程に基づき、医療情報システムおよび電子カルテを管理し、文書管理規則を整備している。

医療法や施設基準等で定める必要な人員を確保し、人事・労務管理に必要な就業規則や給与規程、制度などを整備している。衛生委員会を開催し、職員の健康状態、時間外勤務状況などの課題を検討している。職員の意見・要望は、職員満足度調査や職場懇談会での意見交換で把握し、職場環境の整備と改善に繋げている。職員に対する教育・研修は関連する委員会で管理し、職員の能力評価は、職員身上調書を用いて職員の業務遂行能力や実績等を把握・評価している。看護部はキャリアラダーやマネジメントラダーを整備し教育を行い、他職種も Off-JT を活用して職能別の能力開発を進めている。学生実習を積極的に受け入れ、学校と連携したカリキュラムで実習を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務を明文化し周知している。インフォームド・コンセントに関する院内方針を整備し、同意書は統一した書式を用いて診療情報管理委員会が審査・管理している。診療に対する患者の理解を深めるため、絵図や模型を用いて視覚的にわかりやすい説明を行っている。患者・家族の相談窓口として患者相談室を設置し、社会福祉士や看護師が他職種と連携して対応している。個人情報保護の方針と規程を定め、利用目的を明確にしている。倫理委員会を設置し、臨床研究や医療行為に関する倫理的課題を随時審議するとともに、病院としての主要な倫理方針を定めている。倫理的課題を日常の多職種カンファレンスで検討し、臨床でジレンマを感じた事例の検討を通じて職員の倫理感受性と判断力を高めている。

病院のアクセス情報を各種案内にわかりやすく掲載し、駐車場・駐輪場やバス停、タクシー乗降スペースを整備している。院内に売店・食堂を備え、入院生活に必要な設備を設置し、Wi-Fi 環境を提供している。全館バリアフリーで、必要箇所に手すりやナースコールを設置し、外来・病棟とも整理整頓と清潔を維持している。トイレは車椅子に対応した広さを確保し、ロビーや廊下には地域から寄せられた絵画を展示して温かみのある空間を整えている。敷地内全面禁煙とし、入院案内やホームページ、院内掲示で禁煙方針を周知して受動喫煙防止に取り組んでいる。

4. 医療の質

体系的な病院機能の評価として、日本医療機能評価機構の病院機能評価受審に取り組んでいる。引き続き、業務の質改善を院内全体で進めるため、部門横断的に統括する仕組みを整え、組織的かつ継続的に PDCA を回せる体制づくりを期待したい。診療の質向上に向け、医師と多職種が治療方針・退院支援カンファレンス、リ

ハビリ評価会議などで症例検討を重ねるとともに、診療ガイドラインを閲覧しやすい環境を整えている。各種臨床指標を収集し、DiNQL 事業への参加を通じてベンチマークを活用している。患者・家族の意見を活用すべく、意見箱を設置し、患者サービス向上委員会で検討してフィードバックしている。また、手術患者に対して手術室アンケートを実施し、改善に努めている。新たな医療行為や適応外使用、臨床研究は、倫理委員会で審議する規定である。

病棟入口には責任医師や看護師長、担当する多職種を掲示し、診療・ケアの管理・体制を明確にしている。診療録記載マニュアルを整備し、日々の記録や多職種カンファレンスの内容を適時・確実に記載している。外来診療では、「リウマチチーム医療」を導入し、医師を中心に多職種の専門性を活かして患者一人ひとりの病状や生活背景に応じた医療を提供している。医療安全、感染対策、褥瘡対策、NST、身体拘束最小化などの各種医療チームが組織横断的に活動し、主治医と連携して質の高いケアを提供している。

5. 医療安全

医療安全の管理指針および推進マニュアルを整備し、医療安全推進委員会を開催している。医療安全管理室は、医師を室長とし、専従の医療安全管理担当者を配置している。医療安全パトロールや医療安全カンファレンスを実施し、医療安全管理マニュアルを整備している。インシデント・アクシデントレポートは医療安全管理室会議で共有し、ImSAFER で原因分析を行い、再発防止策を立案している。また、院外から得た医療安全情報を院内で共有し注意喚起している。医療事故発生時の対応体制を医療安全管理指針に規定している。

患者確認は名乗りを基本とし、外来では診察券、入院ではリストバンドとの照合により確認している。医師の指示は電子カルテで行い、薬剤関連リスクは、処方オーダー時に薬剤師が確認している。麻薬保管庫は、手術室では二重施錠式とし、ダイヤル番号と鍵の管理責任を明確化している。また薬剤部門では解錠可能者を限定し、解錠者を特定できる運用に移行して、より厳格な管理体制を整えている。入院時に教育用ビデオの視聴を推奨し、転倒防止への理解を促している。また、全患者に転倒・転落リスク評価を行い、標準化された手順に基づいて対応している。病棟で使用する主要な医療機器について、入職した看護師対象に操作研修を実施し、医療機器の使用マニュアルを整備している。院内緊急コードを設定し、緊急時対応マニュアルを整備している。

6. 医療関連感染制御

院長直属の院内感染対策室を設置し、リハビリテーション科部長が室長兼院内感染対策委員会委員長を務め、専従 ICN と専任の感染制御実践看護師を配置している。院内感染対策マニュアルに院内感染対策室と院内感染対策委員会の権限・業務内容を明文化し、ICT および看護部 ICN 委員会を設置している。ICT はラウンドを行い、院内の感染状況を把握して対応している。院内感染対策室は感染発生状況をタイムリーに収集し、リンクスタッフは院内ラウンドを実施している。JANIS (SSI

部門)やDiNQL事業のCAUTIサーベイランス、J-SIPHEの抗菌薬使用状況サーベイランスに参加し、耐性菌発生状況やアンチバイオグラムなどの結果を公開している。院外の情報は保健所や秋田県感染症情報センターなどから収集し、ICT通信などで周知している。感染対策向上加算を取得し、近隣施設との合同カンファレンスにも参加している。

看護職員は擦式手指消毒剤を常時携帯し、手指衛生の徹底を図っている。さらに、消毒剤の使用量を定期的にモニタリングし、衛生管理の実効性を評価している。抗菌薬の採用・削除は院内感染対策委員会で検討し、院内感染対策マニュアルで使用方法を推奨している。特定の抗菌薬は届け出制とし、ICT部会で経過やde-escalationの実施状況をモニタリングする体制を整え、必要に応じてICTが介入して適正使用を推進している。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービス等の情報発信の主要な手段として病院ホームページを活用し、診療科の案内や入院案内、病院指標などの各種情報を提供している。広報誌は、地域住民や患者向け、連携医療機関向けに発行し、地域の医療機関等へ送付するとともに、ホームページにも掲載している。地域連携部門として、医事課内に地域医療連携室を設置し、地域の医療機関等との連携に必要な情報を一元管理している。また、施設間の紹介・逆紹介、MRI等の高額医療機器の利用促進、依頼検査などにも対応している。さらに、院長のほか関係スタッフが近隣の医療機関を訪問し、顔の見える連携を構築するとともに情報交換を行っている。地域ネットワーク協力員会議などに参加し、実務者レベルで地域の課題を共有してニーズを把握している。

地域の健康増進に寄与する取り組みとして、行政とタイアップし「専門家に学ぶ健康講座」を開催し、医師・薬剤師が講演を行っている。また、自治体と協力し、特定健診や各種予防接種事業を実施している。地域の医療機関や介護施設の職員に対して、医療知識や技術向上を目的とした研修会へ講師を派遣するなど、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

受診に必要な情報を案内し、問診票・紹介状などで患者情報を収集したうえで、多職種が骨粗鬆症やリウマチの患者指導を行っている。地域の医療・介護・福祉施設からの受診・入院相談には地域医療連携室が窓口となり対応している。診断的検査は医師が必要性とリスクを医学的に判断し、患者の状態に応じて適切な医療機関へ紹介している。入院の適応を医学的に判断し、入院診療計画書を速やかに作成している。

医師は回診を行い、病棟看護師は主治医や医療チームと患者情報を共有し患者ケアに活かしている。薬剤師が全入院患者の持参薬鑑別を行い、輸血はマニュアルに沿って実施している。手術の適応を各診療科のカンファレンスなどで協議し、重症患者には多職種が介入し情報を共有・検討している。入院時に全患者を対象に褥瘡発生リスク評価および嚥下機能や食物アレルギー確認、栄養スクリーニングを実施

し、疼痛緩和にも取り組んでいる。療法士は訓練の効果をFIM等で定量的に評価し、連続性にも配慮している。身体的拘束の最小化に取り組み、全入院患者に退院支援スクリーニングを実施し、在宅療養の意向がある場合は、担当ケアマネジャー等と連携し退院後の医療の継続に取り組んでいる。ターミナルステージは医師が臨床的判断のもとに判定し、多職種カンファレンスで患者の状態や家族の意向を共有したうえで、身体的・精神的支援を行っている。

<副機能：リハビリテーション病院>

受診に必要な情報を案内し、退院後の外来リハビリテーションを実施している。医師は診断的検査等の必要性を判断し、多職種で受け入れ可否の検討を行い、最終的にリハビリテーション科医が決定して入院診療計画書を作成している。入院早期にリハビリテーションの目標を設定し、社会福祉士が相談に対応している。医師はリスク管理や禁忌事項を含めてリハビリテーションを処方し、看護・介護職は専門性を踏まえた役割分担を行い連携している。自己管理の服薬確認を行い、輸血時は患者の状態を観察し記録している。

入院時、全患者に対して褥瘡リスク評価や栄養状態スクリーニングを行い、疼痛緩和に対しては療法士も評価を行い、ポジショニング指導などを行っている。理学療法・作業療法・言語聴覚療法は詳細な評価に基づき目標設定を行い、患者個別の状態に適合したリハビリテーションプログラムを実施している。「できるADL」と「しているADL」との差が出ないように工夫し、身体拘束の最小化に努めている。入院早期から退院を支援し、福祉用具導入や住環境整備のプランを作成している。また、退院後に必要なサービスを検討し、在宅部門と情報共有している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は、薬剤に関する情報を一元管理し、DIニュースなどで周知している。臨床検査のパニック値は基準に基づき医師へ迅速かつ確実に報告し、その後の転帰も確認している。CT・MRI撮影では標準プロトコルを整備し、診療放射線技師は勉強会を行うなど質の担保に努めている。栄養管理では、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいた衛生管理を行い、嗜好調査結果を踏まえ調理方法の改善に努めている。リハビリテーションは早期介入する方針としている。診療情報は一元管理し、診療録の量的点検はチェックリストに基づいて行い、督促・補完・整備している。臨床工学技士が医療機器の管理を担当し、保守点検の計画と実施を一元管理している。洗浄・滅菌では、使用済み器材の搬入から払い出しまでをワンウェイ動線で確保し、各種インディケーターで滅菌の精度を保証している。

病理診断結果は、依頼医が確認し署名した後に報告書を電子カルテに取り込んでいる。輸血・血液管理業務は臨床検査部門が担い、輸血療法委員会で使用状況や副作用発生などを検証している。手術のスケジュール管理を行い、サインイン・タイムアウト・サインアウトを確実にし、帰室基準を定めている。病院機能に応じた救急医療体制を整備し、整形外科疾患は断らない方針を徹底している。

10. 組織・施設の管理

予算の編成は会計課が担当し、毎年スケジュールに沿って予算案を作成している。損益計算書など財務諸表を作成し、収支状況を幹部会議や運営会議などへ報告している。医事業務は受付から窓口収納まで手順に基づき遂行し、返戻・査定は医事業務・診療情報管理委員会で検証している。施設基準は医事課と総務課が連携し、人員の配置などの要件を確認している。業務委託の是非は、予算作成時や契約更新時に必要性や委託内容等について組織的に検討している。業者の選定は一般競争入札を基本とし、広く参加者を募ったうえで決定している。業務委託別に病院の担当窓口を定め、日誌や業務報告書等で業務履行状況を確認している。

施設・設備は、24時間体制で管理し、年間保守計画に基づいて定期点検を実施している。診療材料等の購入と管理はSPDシステムで行い、実地棚卸により在庫量の見直しや使用期限の管理を行っている。高額医療機器は、費用対効果を機器等整備委員会で検討して決定している。病院建物は耐震構造で、大規模災害に備え災害対策マニュアルを策定している。火災を想定した消防訓練や防災訓練を実施するなど災害時対応に取り組んでいる。非常用自家発電装置を整備し、備蓄食品および飲料水を確保している。保安全管理体制を整備し、日々の保安・巡回業務の実施状況については業務日誌に記載したうえで、総務課において確認している。

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	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
1.3.3	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	A
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	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	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	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	B
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	A
1.6.3	受動喫煙を防止している	B

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	B
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	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	B
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	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	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	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	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	
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	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	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
-------	---------------	---

機能種別：リハビリテーション病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事支援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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A

年間データ取得期間： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2025 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 秋田労災病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)

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： 秋田県大館市軽井沢字下岱30

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	194	150	+0	81.6	26.9
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	194	150	+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	16	+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	46	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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

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

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
	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	300.59	295.92	301.84	101.58	98.04
1日あたり外来初診患者数	29.94	28.18	30.47	106.25	92.48
新患率	9.96	9.52	10.09		
1日あたり入院患者数	122.44	120.09	106.75	101.96	112.50
1日あたり新入院患者数	4.55	4.81	4.89	94.59	98.36