

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 25 日～10 月 26 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 1947 年に開院し、理念と方針を遵守しつつ地域医療機関と連携を図りながら、診療科の増設や医療機器の導入など機能の充実を図ってきた。現在においては、救急・急性期疾患を中心に 531 床を有する地域の基幹病院に発展するに至っている。その間、2003 年に臨床研修指定病院、2004 年に地域医療支援病院の承認を受け地域住民および医療機関等から厚い信頼を得ている。2006 年には地域がん診療連携拠点病院に、2011 年には広島西部二次医療圏における地域救命救急センターに指定され、医療圏を超える広域からも救急搬送を受け入れている。これらの取り組みは、地域の医療情勢に対応した病院長ほか病院幹部のリーダーシップの下、職員の弛まぬ努力によるものであり高く評価したい。一方で、基幹型臨床研修病院として医師の人材育成や、多職種による医療啓発活動にも多岐にわたって尽力している。

今回の更新受審にあたり、機能向上への努力や組織活動の充実など、優れた取り組みが随所に見受けられた。また、前回指摘事項に対する見直しも確認しつつ新たな課題も提示させて頂いた。医療機能の標準化や運営強化に向け、継続的な活動の一助となることを願い今後のさらなる活躍を期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と方針に従い、病院長や幹部職員は課題を明示し職員に周知している。病院の意思決定は管理委員会であり、承認・伝達は運営委員会等で確実にを行っている。新棟建築を中心とした中・長期計画に基づき年次計画や部門計画、個人目標を設定し職員個々のモチベーション向上に努めている。病院の情報管理については、医療

情報運用管理規程に沿って、病院全体のシステム運用を管理しており、データの真正性・見読性・保存性も確保されている。病院内の様々な文書は文書管理規程を定めているが、事務文書だけでなく診療に係る文書や運営に係る文書類についても取り扱いルールを定め一元的な管理を期待したい。

医療法や施設基準等に定める必要人員は確保しているが、病院機能の充実に配慮し継続的な人材確保のための活動に期待したい。人事・労務管理は就業規則をはじめ各種規程が整備され、時間外勤務についても全病院的に取り組んでいる。職員の安全衛生管理はおおむね適切である。職員の意見・要望に対応する仕組みがあり、福利厚生面も充実している。院内研修の充実や職員の資格取得への支援など、職員の教育・研修にも意欲的であるが、最新医療に関する情報提供の場として図書室機能についてはさらなる充実を期待したい。職員個人の能力開発は看護部門では個人の能力開発ツールがあり、院内資格制度も導入している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化して院内掲示やホームページ等で公開している。説明と同意の方針は明文化され、同意書等の運用フローや作成手順を明確化し、患者・家族が理解しやすいように平易な言葉を用いて絵図などの活用で患者の理解を促している。医療への患者参加を促進は、患者の権利と責務を明示し患者自身の情報提供を促している。患者・家族の相談窓口として総合医療相談室を設置し、医療ソーシャルワーカー、看護師等が連携し多様なケースに対応している。個人情報保護については、個人情報保護に関する方針、取り扱い規程を定め、厳格にルール化し運用している。患者の権利を踏まえた倫理方針を整備し臨床倫理規程を定めている。解決困難な倫理的な問題の対応は、臨床倫理委員会や認定看護師、専門チームなどへの相談を行う仕組みがある。

来院時のアクセスや生活延長上のサービスは、患者・面会者等の利便性に配慮しており、院内はバリアフリーで高齢者・障害者への配慮も適切である。診察室や処置室などの診療・ケアに必要なスペースは確保している。地域がん診療連携拠点病院であり、敷地内全面禁煙の方針は明確で、職員にも周知徹底を図っている。

4. 医療の質

患者・家族の意見等は、院内各所に投書箱を設置するほか、患者満足度調査や総合医療相談室での対応などによって収集し具体的な対応や改善につなげている。診療の質の向上のための症例検討会は各科および複数科でのカンファレンスやカンサーボードを開催している。クリニカル・パスはバリエーション分析も含め委員会で検討し適用率も向上している。臨床指標については、DPC・臨床評価・部門別各データが把握・公表されているが、臨床指標の分析および活用の仕組みの構築が期待される。業務改善活動についてはBSC活動が活発であり、部門ごとの評価および優秀表彰も行っており、今後も部門横断的活動も含め継続的に取り組むことが期待される。新たな診療・治療方法・技術の導入、薬剤の適応外使用については、倫理委員会による検討を通して実施する仕組みがある。

病棟・外来等における管理・責任体制は確立し、診療およびケアの責任者・担当部署の薬剤師、管理栄養士や専門チームなども明示している。診療録は電子カルテに各職種により適切に記録し、質的点検も確実に実施している。また、多職種で形成する専門チームはNST、RST、ICT など6チームを編成し、各チームは定期的に院内ラウンドや症例検討会・カンファレンスなどを行い、現場でのタイムリーな相談に応じ、指導・介入を行うなど組織横断的に支援している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部門を設置し、医療安全管理者には権限委譲を明記している。事故報告と事例検討を行い、安全環境ラウンド等で速やかに対策を講じている。また、インシデント報告基準を明記し、事故報告の収集・集計に努めている。再発事例や重大事故は選定の上、分析・評価を行っている。その他の事例については、医療安全管理室から各部署での検討内容、改善計画の提出を求め、実施状況はラウンドで評価している。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は、患者へ名乗りの協力依頼、リストバンド、案内票での確認を基本としている。情報伝達エラー防止対策について、医師による指示出し・指示受け・実施・確認を適切に行っている。また、検査結果の確実な報告にも努めている。口頭指示はやむを得ない場合に実施しているが、指示受け用紙の見直しや記載方法の見直しを期待したい。病棟では麻薬、向精神薬は病棟薬剤師の関与もあり確実に管理し、安全に使用している。転倒・転落リスク評価は、全入院患者に行っており事故防止に努めている。人工呼吸器使用中は、臨床工学技士が定期的にラウンドを実施し、作動やアラーム設定の確認を行っている。生命維持装置、心電図モニター、輸液ポンプ類を使用する職員に対して、全体研修や部署ごと必要に応じた研修会も開催している。院内緊急コードの運用も周知しており、BLS研修は新入職員については必修、全職員対象に毎年実施され、受講状況も把握されている。救急カートは院内標準化し日々点検も行っている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染防止対策委員会、ICT を設置・整備しており、院内感染管理者にも権限を付与している。院内での感染症発生状況は適宜に把握しているが、病院の機能に応じたターゲットサーベイランスについて、さらなる拡大を通して感染対策の充実を望みたい。医療関連感染を制御するための活動として、標準予防策・感染経路別予防策についてのマニュアルを整備し、感染症毎の隔離解除基準も明記している。手指消毒剤使用のモニタリングについては、看護科は感染対策委員が中心に看護職員のデータを収集している。看護師に次ぎ患者密着度の高いリハビリテーションスタッフも、消毒剤の個人携帯を開始したところである。抗菌薬使用マニュアルでは、抗菌薬の選択と使用の原則、適正使用のポイントを明文化している。重要な抗菌薬は届け出制であり、抗菌薬適正使用チームが届け出抗菌薬使用患者の状況を確認しており適切である。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、年報、広報誌、ホームページなどを活用し、地域の中核病院として積極的に必要な情報を発信している。ホームページは、各診療科や各部門における医療技術や医療サービス等を紹介するとともに、診療実績や病院情報また臨床指標等も公開するなど、必要な情報を地域へ発信している。今後は、病院の提供する医療サービスや診療実績など必要な情報がタイムリーに分かりやすく掲載できるよう工夫を望みたい。地域との連携は、医療福祉支援センターに地域医療連携室を設置し総合医療相談室と協力して連携機能を発揮している。紹介率・逆紹介率・返書率等を把握し、紹介患者、地域医療機関の情報などを一元管理しており、登録医制度を導入し開放病床や医療機器の共同利用を積極的に行っている。地域住民に向けた健康啓発活動として、市民公開講座、オープンホスピタルを開催している。また、地域の医療従事者に向けて地域医療従事者研修会を開催するなど、地域への医療に関する教育・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

外来診療は円滑に受けることができ、医師と看護師は協力して患者状態を把握し、診断的検査は安全に配慮して行われている。入院は、外来担当医が外来での診察結果や患者情報を検討し医学的判断に基づき、患者・家族の意向へ配慮して入院の判断・決定をしている。入院診療計画書は、患者の同意を得て速やかに作成され、患者の病状に変化があった場合の診療計画の見直しも適切に行われている。患者・家族の相談窓口は、「総合医療相談室」の業務として一元化しており、相談内容は経済面や福祉制度、退院先の調整、がん相談など多岐に渡っており相談内容により専門職に適切に繋げていく仕組みがある。入院決定後は入院支援センターで入院案内の冊子を用いてオリエンテーションを行い、入院準備を支援しており、患者は円滑に入院している。

医師は毎日の回診や病棟でのカンファレンスを通して、診療スタッフとの情報共有を行い、必要時には患者・家族への面談を行い、治療方針などの説明に努めている。看護師は、看護管理業務基準に、看護体制、各勤務・各職種の業務基準を明記し、計画に基づき病棟業務を実施している。薬剤および輸血・血液製剤は確実・安全に使用されており、周術期の対応では、手術適応は主治医だけでなく当該科のカンファレンス等で検討し、患者情報の共有や術式を決定している。患者および家族に対する説明は主治医が十分に行い同意を得ている。麻酔科医は術前訪問で必要事項を説明し、リスクを評価して対策を指示し、さらに術後診察も実施している。重症患者の管理は、患者の重症度に応じた病床選択を行い、ICU・HCUには各科主治医の他、専任の担当医師が診療を担当しており、多職種が適宜参加して診療・ケアを実施して、適切な重症患者の管理に努めている。褥瘡の予防・治療については、リスクアセスメントを実施し、必要に応じて多職種専門チームが介入し治療・評価を行っている。栄養管理と食事指導では、入院時に栄養アセスメントを行い、必要時は個別相談にも応じている。管理栄養士は多職種で構成する専門チームに参加し連携を図っている。症状緩和についてはマニュアルを整備し患者の訴えに対応して

いる。身体抑制に関する方針はマニュアルを整備し、人権に配慮しながら対応している。リハビリテーションは、患者の病態および社会的背景などに合わせてリハビリテーションの必要性を評価し、目標と実施計画を立案しており、患者・家族の同意を得て早期からのリハビリテーションに努めている。また、週末や連休などリハビリテーション療法士不在時もリハビリテーションが継続されるよう配慮している。入院前より退院の必要性を評価し、患者・家族の意向を確認して退院の方向性を決めており、介入が必要な患者に対しては、医師を含む多職種が連携して入院早期から退院支援を開始している。総合医療相談室が中心となり、必要な患者に継続した診療・ケアを適切に実施している。ターミナルステージの判断基準は臨床データと症状により多職種で判断し、十分に配慮し対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、外来および入院患者の処方鑑査、医師への疑義照会を適切に実施している。医薬品の採用と削除は、毎月の薬事委員会にて協議しており削減にも努めている。臨床検査機能では、夜間・休日の担当技師1名の配置を含め24時間365日、診療のニーズに十分応えられる体制が整っており、パニック値については主治医または診療科上級医に直接報告の上、記録も所定の書式で残している。画像診断機能では、放射線科医師により読影を実施しているが、読影率のさらなる向上を望みたい。栄養管理機能は、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実施しており、食材の検収から調理・配膳・下膳・食器の洗浄・保管に至る業務は衛生的に管理されている。リハビリテーション機能では、リハビリテーションの状況を主治医、看護師とリハビリテーションスタッフで共有し評価しており、安全に配慮して適切に実施している。診療情報機能では、電子カルテを導入し診療情報は1患者1IDで一元管理されており、診療記録の量的点検も全退院患者に実施し、結果を診療録管理委員会や医局会にフィードバックしている。医療機器管理機能では、業者による保守点検は、年間計画に沿って実施され、管理記録を残しており、院内使用の医療機器については、ほぼ標準化されている。洗浄・滅菌機能は、ワンウェイの作業環境で清潔・不潔の区分は明確である。滅菌の質保証については、物理的・化学的・生物学的インディケーターを確実に実施し記録に残しており、リコール手順も整備されている。

病理診断機能では、病理検体は1検体ごとのバーコード管理により誤認防止に努め、報告書の未読については毎月確認して診療科に報告している。放射線治療機能および輸血・血液管理機能も適切に発揮されている。手術・麻酔機能では、スケジュール管理や、緊急手術への対応、手術室の清潔管理、医療機器・薬剤の管理や術中患者管理、麻酔覚醒後から帰室までの安全な搬送まで、一連のプロセスは適切に実施されている。集中治療機能では、集中治療室における多職種支援、重症・救急・術後リカバリー等、各患者の診療を多職種連携のもとで適切に行っている。救急医療機能では、県西二次医療圏唯一の救命救急センターとして地域の救急医療に大きく貢献している。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に準拠し、財務諸表・決算報告書等を作成しており、公認会計士の会計監査を受けている。年度予算は事業計画に基づき作成し、毎月の予算の執行管理と分析を行い、運営委員会や管理委員会に報告している。窓口収納業務は、業務マニュアルに沿って行っており、レセプト点検は担当医師によるチェックを実施するなど確実な保険請求に努めている。委託業者の選定・更新は、業務内容や価格、品質を比較検討し、業務委託別に担当窓口を定め、日報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、日常点検や月次点検、定期的な保守点検などを計画的に実施している。物品管理は、医薬品や診療材料の選定について、薬事委員会や医療材料委員会等で品質や価格の検討を行っており、医薬品や診療材料などの管理、発注は SPD センターを中心に管理されている。

地域災害拠点病院として防災計画や災害対策マニュアル、BCP を整備し、緊急時の責任体制は明確である。また、年 2 回の消防訓練や大規模災害訓練を実施している。保安業務は 24 時間の保安体制や警備業務マニュアルを策定し、毎日定時の院内巡視や施錠管理等の保安業務を実施している。医療事故発生時の対応手順は整備され、原因究明と再発防止に向けた検討や訴訟に対応する仕組みもあり、適切に対応されている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として臨床研修管理委員会のもと研修プログラムに沿って実施している。CPC や研修会を実施し初期研修を推進している。初期研修医への評価には看護科長等も関わり EPOC2 による研修内容評価を実施し、また、初期研修医による指導医・プログラム評価も行っている。医師以外の専門職種の初期研修については、教育研修課で一元的に把握し、看護師・薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師など初期研修プログラムを各部署で整備して計画に沿って実施するなど、専門職種に応じた初期研修は適切である。学生実習の受け入れは、看護師・薬剤師・臨床検査技師・放射線技師等の養成学校から多くの実習生を受け入れている。学生実習のオリエンテーションは実習マニュアルに基づき、実習の心得や個人情報保護、感染対策や医療安全に関する注意事項等を周知している。各部署では臨床実習のマニュアルに基づき実習や評価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	B
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	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	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	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	B
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	B

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	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	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	B
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	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	B
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	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	B
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	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	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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 広島県厚生農業協同組合連合会 広島総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 厚生連（厚生農業協同組合連合会）

I-1-4 所在地： 広島県廿日市市地御前1-3-3

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	531	515	+0	66.5	12.1
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	531	515	+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	8	+0
集中治療管理室（ICU）	8	+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）		
周産期集中治療管理室（MFICU）		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	14	+0
小児入院医療管理料病床	25	+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		
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, 災害拠点病院(地域), へき地拠点病院, 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(地域), 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： 12 人 2年目： 9 人 歯科： 1 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	950.25	935.97	1,019.04	101.53	91.85
1日あたり外来初診患者数	126.11	124.46	147.83	101.33	84.19
新患率	13.27	13.30	14.51		
1日あたり入院患者数	352.89	361.01	448.84	97.75	80.43
1日あたり新入院患者数	32.53	32.94	35.53	98.76	92.71