

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 12 月 10 日～12 月 11 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 1945 年の開院以降、地域のニーズを捉え、診療科の増設や増床、施設の増改築を重ねており、1986 年に富士宮市立病院と名称変更し、新病院がスタートした。臨床研修病院、静岡県地域がん診療連携推進病院の指定を受け、地域医療支援病院の認定を受けている。富士宮市および人口 15 万人の診療圏唯一の総合病院であり、地域の基幹病院として急性期医療を担い、その使命を果たしてこられた。さらに、急速に進む少子高齢化社会に対応するために地域包括ケア病棟を開設し、回復期医療も担っている。

2006 年の初回認定以降、病院機能評価を継続的に受審しているが、今回の更新審査においても、病院長を中心に職員が一丸となって質改善に取り組んでいる様子がうかがえた。多くの項目は適切と判断され、地域に向けた医療に関する教育・啓発活動や転倒・転落防止対策は高く評価された。なお、役割・機能に照らし、さらなる取り組みや工夫が望まれる評価項目も認められた。本報告書を活用して質改善に取り組むとともに、貴院の一層の発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が分かりやすく明文化され、職員や患者・家族への周知も適切に行っている。病院長・幹部は職員に病院の将来像を明示するとともに、人材確保や経営改善などの運営上の課題を明確にし、その解決にリーダーシップを発揮している。病院運営委員会が意思決定会議であり、その他、必要な会議・委員会が定期的で開催されている。中・長期計画が適切に策定され、BSC を活用して部門・部署ごとの目標を設定・評価するなど、効果的・計画的な組織運営を行っている。情報の管理・活用の方針は明確であり、情報システムを計画的に導入している。病院とし

て管理すべき文書は取扱規程に基づき、病院管理課が責任部署として適切に管理している。

法令や施設基準を満たした人員が確保され、人員の確保と充実に向けて努力・工夫している。しかし、病院の機能や業務量に照らし、麻酔科医、呼吸器内科医、薬剤師などの増員が望まれる。人事・労務管理に必要な各種規則が整備され、職員に周知されている。労働衛生委員会が設置され、労働時間や職場環境の状況などを報告し、改善を図っている。職員の意見・要望は自己申告書やBCSの病院長ヒアリングで把握している。

職員の就業支援や福利厚生にも適切に取り組んでいる。全職員を対象とした医療安全や感染対策の研修会が確実に開催されているが、医師のより積極的な参加が望まれる。職員の能力評価が行われているものの、医師個別の能力評価の仕組みの構築が望まれる。

3. 患者中心の医療

患者の権利と義務が明文化され、患者・家族や職員に周知されている。病院として患者の権利擁護の姿勢や取り組みが明確である。説明と同意についての規程が整備され、病院の方針・基準・手順に則って適切に実践している。アレルギー情報の提供や誤認防止についてのポスター掲示、転倒・転落防止対策等についての文書によって、患者・家族からの協力を促している。「思いをつなぐシート」を配布してエンディングノートとしての活用を推進するなど、医療への患者参加に取り組んでいる。患者が相談しやすいよう相談窓口を一本化し、多様な相談に対応できる体制を整えている。病院としての方針が必要な倫理的課題については、病院臨床倫理規定に則って倫理委員会で検討している。臨床現場では治療方針に対する意思決定支援や、新型コロナウイルス感染症対応のための面会制限に伴う問題等を倫理的課題と捉え、各部署および医療安全管理室や医療チームを交えた多職種カンファレンスで協議し、誠実に対応している。

患者・家族や面会者のために駅前の立地ではあるが、駐車場や駐輪場を整備するなど、来院時のアクセスに配慮している。喫茶コーナーのある売店やATMの設置など、入院生活への配慮もある。院内はバリアフリーが確保され、車椅子や必要な備品の整備など、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。病院全体で5S活動に取り組み、巡視表を用いて環境ラウンドチェックを行い、清潔な環境保持に努めている。院内は整理整頓され、トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性も確保されている。敷地内禁煙の方針のもと、禁煙が徹底されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は意見箱や看護部によるアンケートで収集し、患者・家族にフィードバックするとともに、質改善に活用している。診療の質の向上に向けて、多くのカンファレンスや各種検討会が開催されている。クリティカル・パスが活用され、バリエーション分析も行っている。業務の質改善は積極的に行われ、療養環境部会、5S活動、QC活動、多職種協働サーベイなど部門横断的な活動が展開さ

れ、それぞれの成果の情報共有も図られている。新たな診療・治療方法や技術導入に際しては、倫理委員会で審議され、病院としての支援も適切に行われている。

外来と病棟には責任者等を掲示し、入院患者のベッドネームに主治医と受け持ち看護師を明示している。診療・ケアの状況は診療科科長の回診や病棟師長のラウンドによって適切に把握している。診療録はマニュアルに従い、必要事項を適切に記載している。診療記録の質的点検に関しては、診療情報管理委員会で適切に実施している。入院時のスクリーニングや多職種カンファレンスを行うとともに、患者に必要な専門職や医療チームが介入して診療・ケアを行っている。看護部の院内留学や部外留学を推進し、多職種連携の風土を高めている。

5. 医療安全

病院長直属の医療安全管理室が設置され、権限が付与された専従の医療安全管理者を配置している。医療安全管理マニュアルは適宜改訂され、事故発生の原因究明や再発防止に取り組むなど、安全確保に向けた体制が確立している。アクシデント・インシデントの事例報告の仕組みは整備されているが、報告基準を設けるなど、報告しやすい仕組みを構築することが望まれる。院外からの情報収集と院内への周知は適切に図られている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は各種マニュアルを整備し、各部署において適切に実践している。医師の指示出し、指示受けが電子カルテ上で実施、未実施の区別が記号の変化で判別できるよう工夫され、異常値やパニック値の報告も速やかに主治医に報告されるシステムを構築している。薬剤の安全使用では電子カルテに禁忌薬剤を登録し、重複投与、相互作用、アレルギーの情報を共有するなど、リスクを確実に回避するよう工夫している。

転倒・転落防止対策は危険度に応じた対応策を立案し、再評価や見直しなどを行っている。転倒・転落発生時にはマニュアルに基づき、確実・適切に対応している。ベッドサイドの危険別表示、影響レベル 3b 以上の事例発生時の患者を交えた場面再現による予防策の検討など、転倒・転落予防活動を強化するとともに、身体抑制率の低減を図るなど高く評価できる。医療機器は臨床工学技士による点検・管理が行われ、使用する職員への教育・研修も確実に行っている。設定条件の確認や使用中の作動確認も行うなど、医療機器を安全に使用している。院内緊急コードを設定し、職員に周知している。全職員を対象とした BLS 訓練を定期的の実施し、受講状況も把握されている。救急カートの薬剤や備品は院内で統一され、看護師および薬剤師による点検も適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

病院長直属の感染対策室が設置され、専従の ICN が配置されている。院内感染対策委員会、ICT 委員会、AST により感染防止対策の実施状況が把握されている。経路別の院内感染防止マニュアルが整備され、電子カルテに収載するとともに、紙媒体でも配布して職員に周知している。専従 ICN を中心に ICT による環境ラウンド、AST による抗菌薬ラウンドを毎週実施し、異常菌の早期発見に努めている。JANIS

の検査部門と SSI 部門に参加して情報を収集している。

標準予防策が遵守され、手指衛生では速乾式消毒剤の個人使用量の調査や、手洗いのタイミングをモニターしている。必要とする場所に PPE が設置され、適切に着用している。現場での感染性廃棄物の取り扱いや血液・体液の付着したリネン・寝具類の取り扱いも適切である。抗菌薬の採用・採用中止は薬事審議委員会で検討している。カルバペネム系や抗 MRSA 薬等は届け出制とし、アミカシン等の薬剤は TDM を行い分析結果に基づき、主治医に対して投与量の確認や推奨を行うなど、抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスや実績などはホームページ、広報誌、病院年報などで患者や医療関連施設等にわかりやすく発信している。地域医療連携室が地域の医療関連施設等の状況やニーズを把握している。地域医療支援病院として紹介・逆紹介を推進し、紹介元への報告も確実に行うなど、他の医療関連施設等と適切に連携している。患者や地域住民に向けて「市民健康講座」「ふれあいフェスタ」「富士宮 CKD 地域連携の会」など、健康増進に寄与する活動を積極的に行っている。さらに、DMAT のメンバーが地域に出向いて「災害医療・市民トリアージ指導」を開催している。地域の医療関連施設等に向けて、認定看護師による指導、開業医とのカンファレンス、看看連携の事業などによる情報交換や研修会の開催など、多職種が積極的に展開する教育・啓発活動は高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診時には患者に関する情報収集と緊急性の判断が行われている。外来化学療法等は十分な安全確認のもと実施され、帰宅後の変化にも対応する体制を整備している。診断的検査は医師が必要性を判断し、検査中、検査後の患者状態・反応の観察・記録も確実に実施している。入院の決定に際しては必要性を患者に十分に説明し、患者の希望にも配慮している。患者の病態に応じた診断・評価を行い、速やかに入院診療計画書を作成し、患者・家族に説明し同意を得ている。患者・家族からの様々な相談に担当者が対応し、必要に応じて医療チームや病棟と適切に連携している。

医師は毎日回診し、患者の病態を把握して診療録に記載している。患者・家族との面談を含め、医師は病棟業務を適切に行っている。看護師の病棟業務は各種ニーズの把握と看護計画に基づいたケアであり、管理業務なども適切に行われている。投薬・注射では薬剤師が全入院患者の持参薬管理と薬歴管理を行い、関係職種に情報提供している。必要な薬剤における投与中、投与後の患者の状態・反応を十分観察し、確実・安全に実施している。輸血・血液製剤投与にあたっては指針が遵守されている。患者観察も輸血実施チェック表を用いて確実に行っている。周術期の対応では麻酔科医、手術室看護師の術前訪問を行い、十分な連携のもと安全を担保して多くの手術に対応している。重症患者は ICU や CCU など適切に管理され、必要に応じて多職種も関与している。

褥瘡の予防・治療は専任の皮膚科医や認定看護師を中心に適切に行っている。入院時に栄養評価を行い、必要に応じて管理栄養士やNSTが介入している。多職種で構成された緩和ケアチームと看護部緩和ケア委員会が活動し、病棟スタッフと連携して適切な緩和ケアに努めている。身体抑制は医師の指示のもと、患者・家族に説明し同意を得て適切に実施している。抑制中の観察については記録間隔の見直しが期待される。患者・家族への退院支援では多職種が早期から介入し、在宅ケアが必要な患者には訪問看護師が夜間も含め対応している。静岡県地域包括ケア情報システムが構築され、地域の医療・介護施設等と情報共有して在宅療養を適切に支援している。ターミナルステージへの対応では多職種で週1回の緩和カンファレンスを行い、患者・家族の意向に配慮した診療・ケアを適切に行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では薬品管理室や調剤室などの温・湿度管理が適正に行われ、処方鑑査と疑義照会、調剤鑑査などを適切に行っている。検査結果は迅速に報告され、パニック値を主治医に直接報告し履歴を残すなど、臨床検査機能を適切に発揮している。診療放射線技師13名を配置し、夜間・休日などの画像診断ニーズに対応できるよう24時間体制を整備している。画像は放射線専門医により遅滞なく読影され、迅速に報告されている。

栄養科では患者の特性に配慮した献立の見直しを行い、食事の提供方法についても工夫するなど、栄養管理機能を適切に発揮している。リハビリテーション機能ではPT、OT、STを適切に配置し、必要なリハビリテーションを急性期から地域包括ケアまで提供する体制を整備している。診療情報管理機能では電子カルテ導入のもと、1患者1ID番号で診療情報が一元的に管理されている。診療情報を活用して臨床指標を作成し、フィードバックも適切に行っている。医療機器管理機能では臨床工学技士による医療機器の一元的な管理が行われ、夜間・休日のオンコール体制の整備など機能を適切に発揮している。洗浄・滅菌機能では使用済み器材の一次洗浄・消毒が中央化され、滅菌精度の保証なども適切である。

病理診断機能では、術中迅速病理検査を含め、診断結果を迅速・確実に報告している。細胞検査士が行う細胞診の病理医によるチェックや、必要に応じた他施設の病理医へのコンサルトなど病理診断の精度の確保に努めている。放射線治療機能ではIGRTとIMRTに対応し、治療計画の作成や計画線量の確認も適切に実施されている。輸血・血液管理機能では輸血療法委員会にて諸問題を検討し情報共有を図りながら、輸血療法を確実・安全に実施している。

手術・麻酔機能では麻酔科医と手術室看護師との十分な連携のもと、手術・麻酔が円滑・安全に実施されている。集中治療機能はICUやCCUなどに必要な人材を配置し、設備・機器を整備して機能を適切に発揮している。救急医療機能では地域の基幹的総合病院としての役割から救急車の応需率は高く、「断らない救急」を実践している。緊急入院や虐待への対応なども適切である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では各部署からの要望を聴取して予算書を作成し、会計処理も適切である。月次決算などで経営状況を把握・分析している。医事業務では受付から収納までの業務が手順に沿って実施され、レセプトの作成・点検や未収金への対応も適切である。業務委託は各部門で実施状況が把握され、予算作成時に委託業者の見直しも行っている。委託業務従事者に対する教育や事故発生時の対応も適切である。

施設・設備の管理は日常点検の他、保守計画に基づき定期的な点検が確実に行われている。感染性廃棄物等の取り扱いや保管・管理も適切に行われている。物品管理は購入物品の選定から発注・納品までのプロセスが適切である。医薬品や診療材料の在庫定数を定めて管理し、実地棚卸を実施し在庫定数を調整している。

災害時の対応については、防災マニュアルを作成し各部署に配布している。市民も交えたトリアージ訓練を含む防災訓練も実施している。食料や水などの備蓄も必要量を確保するなど、災害拠点病院としての機能を果たしている。保安業務は常時警備員を配置し、緊急時の連絡・応援体制も適切に整備している。医療事故発生時の対応手順は医療事故防止対策マニュアル内に明記し、職員に周知されている。訴訟に対応する仕組みも適切に整備している。

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プログラムに基づき、1年次5名と2年次4名の初期研修医の研修を行っている。研修医の評価はEPOCの他、病棟師長からの評価や研修医からの指導医評価も行われている。看護部をはじめ診療技術部の各部門や地域医療連携室では、ラダー制を取り入れた研修と評価を行うなど、専門職種に応じた初期研修を適切に行っている。

学生実習は医学生をはじめ、全ての部門において専門職養成課程の病院実習を受け入れている。個人情報の保護の確約や予防接種およびワクチン接種状況を確認している。各部門で学生指導マニュアルを作成し、指定されたカリキュラムに沿って実習を適切に行っている。実習初日のオリエンテーションで医療安全、感染管理、個人情報の保護など必要な説明を行うなど、学生実習等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	S
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	B
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	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	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	S
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	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	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	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	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	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	B
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	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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 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： 富士宮市立病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 静岡県富士宮市錦町3-1

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	380	380	+30	70.6	10.4
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	380	380	+30		

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	1	+0
人工透析	20	+0
小児入院医療管理料病床	19	+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	30	-20
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (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： 5 人 2年目： 4 人 歯科： 0 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

2-2 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
	2019	2018	2017	2019	2018
年度(西暦)					
1日あたり外来患者数	534.29	523.30	512.93	102.10	102.02
1日あたり外来初診患者数	48.71	47.25	47.93	103.09	98.58
新患率	9.12	9.03	9.34		
1日あたり入院患者数	250.37	251.03	254.39	99.74	98.68
1日あたり新入院患者数	26.98	18.78	18.62	143.66	100.86