

# 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 23 日～12 月 24 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

大正時代、組合立病院として開設されて以来の長い歴史を有する貴院は、幾多の変遷を経ながら、診療体制の充実・強化を図り地域住民の医療確保を担ってきた。また、医療の高度化や医療需要の増大・多様化に対応すべく、急性期医療を担う中核病院として整備され、臨床研修病院や地域医療支援病院、地域周産期母子医療センター、県がん診療連携指定病院などの指定を受け、地域のニーズを踏まえた医療提供体制の整備・充実を図り、地域の急性期医療や周産期医療を担う拠点としての役割を果たしつつ、現在に至っている。

今回の更新受審においても、病院憲章に謳う「高度・良質な医療と心のこもった患者サービスで地域医療を担う基幹病院」として、医療の質の向上や医療安全の確保、良質な療養環境づくりなどに、職員一丸となって取り組まれている状況を随所に確認することができた。以下に示す総括や、評価所見などを参考に、さらに良い病院創りに取り組み、患者や地域住民の信頼と満足度を一層高め、併せて職員個々の成長を引き続き促しながら、貴院の発展の歴史が刻まれていくことを祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

高度・良質な医療の提供などを旨とする病院憲章とともに、診療圏域住民の医療確保などの項目からなる病院理念（基本方針）が明文化され、ホームページや入院案内への掲載、院内掲示などにより院内・外に周知されている。また、病院事業管理者および院長から、機会を捉えて病院の使命や種々の課題への対応方針等が示され、幹部職員は課題を認識のうえ各部署において改善等に取り組むなど、適切なり

ーダーシップが発揮されている。組織規程や組織図が策定され、病院運営の意思決定会議などの必要な会議・委員会が機能し、中期経営計画や運営計画が策定されている。情報管理については、電子カルテシステム等が導入され、運用管理要綱等に則りシステムの運用や計画的な更新等が適切に行われている。文書管理では、市の規程に則り対応が行われているが、診療の場で使用するマニュアル等の作成・改訂に関する承認や管理の体制について充実を期待したい。

法令等による必要人員を満たし、さらに、医療機能の強化・充実に必要な人材の確保に向けた取り組みがなされている。労務管理では必要な規則・規程が整備され、労働者代表との協定締結や届け出、職員の勤務や休暇取得の状況把握がなされている。職員の安全衛生管理では、衛生委員会が開催され、公務災害や職業感染予防への対応などが適切に行われている。魅力ある職場づくりに向け、職員労働組合との協議などにより職員の意見・要望等が把握され、育児短時間勤務や院内保育施設の整備、福利厚生の実施などに反映されている。職員の教育・研修では、市の規程に基づく職階別研修の他、全職員を対象とする年間研修計画が立案され、医療安全や感染制御、個人情報保護等をはじめとする研修が行われており、院外の教育・研修機会も活用されている。なお、一層の受講率向上に向けた取り組みや、医療に従事する者にとって必要性が高い教育・研修のさらなる充実を期待したい。職員の能力評価・能力開発ではシートにより個々の目標設定と倫理・責任行動などの自己評価を行い、所属長の面談・評価・指導等を行う人材育成型の人事評価制度が導入されている。

### 3. 患者中心の医療

医療を平等に受ける権利などが明記された「患者憲章」が定められ、ホームページや入院案内への掲載の他、院内各所に掲示されており、診療記録の開示についても適切に対応している。説明と同意の方針や説明を要する範囲等の基準・手順、同席できない場合の取り扱い、患者・家族への対応や記録方法が整備されているが、同席者の署名についてマニュアルに則り統一・徹底を図ることなどを期待したい。クリニカル・パス等による診療情報の共有、誤認防止等への患者参画の促進などが図られている。入院案内等で案内されている相談窓口では、多様な相談に対応し、担当者から適切な専門職種に迅速に繋げる体制が整えられている。個人情報についての保護方針や運用管理要綱等が定められ、電子カルテシステム等の管理・運用、病棟等におけるプライバシーへの配慮などがなされている。臨床における倫理的課題への取り組みでは、主要な課題への方針が明確にされ、病棟等で多職種によるカンファレンスや臨床倫理コンサルテーションチームによる検討が行われている。

駐車場等が整備され、院内にはコンビニエンスストアや食堂、美容室等が設けられている。さらに、Wi-Fiの整備などにより患者・家族や面会者等の利便性、生活延長上の設備・サービスへの配慮が適切になされている。また、バリアフリーが徹底され、必要な箇所への手摺りの設置や車椅子の準備、高齢者や障害者の受診支援や安全への配慮も適切に行われている。療養環境は、診療・ケアに必要なスペースが確保され、患者がくつろげる環境の提供、清潔・安全等への配慮などにより適切

に整えられている。敷地内禁煙であり院内・外の掲示や入院案内等により周知され、禁煙教育、職員の喫煙習慣の把握などが適切に行われている。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見等が意見箱や満足度調査等により収集されており、関係部署等での検討を経て院内掲示などにより回答している。診療の質向上に向けた活動では、多職種参加のキャンサートリートメントボード運営委員会などの開催の他、各種診療ガイドラインの活用、クリニカル・パスの活用や見直しなどが行われている。業務の質改善では「Good job カード」提出活動や「ニコニコ挨拶運動」などが行われているが、今後はさらに、取り組みの中核となる部署等を明確化し、継続的にPDCA サイクルを回すよう期待したい。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法等の導入については、倫理委員会で審議される仕組みであり、薬剤の保険適応外使用等に関する審議が行われている。

診療・ケアの管理責任者が明示され、主治医不在時の対応、責任者のラウンドによる状況把握や業務管理などが適切に行われている。診療記録はマニュアルに基づき必要な情報が記載されているが、質的点検における医師の関与の充実などを期待したい。多職種協働による診療・ケアは、診療科等の枠を超えた治療方針の検討、緩和ケアや認知症ケアをはじめとする多職種からなる専門チームが組織され、組織横断的な活動が展開されているなど適切である。

#### 5. 医療安全

医療安全管理室に室長の外科医師や医療安全管理者、医薬品・医療機器の安全管理責任者が配置されており、医療安全推進委員会が設けられ、下部組織としてリスクマネージャー会議やインシデント報告部会が役割分担のうえ機能を発揮している。医療安全管理マニュアルが適宜改訂され周知されており、インシデント・アクシデント情報の収集体制が整備され、医療安全管理者による現場指導、院内への安全情報の発信などが行われている。

患者・部位等の誤認防止対策では、ネームバンドによるバーコード認証、患者本人の名乗り、手術部位のマーキング、タイムアウトなどが実践されている。情報伝達エラー防止対策は、医師の指示出しから指示受け・実施、実施確認の手順が遵守され、止むを得ない場合の口頭指示、画像診断等の重要所見の連絡についても手順に則って実施されている。向精神薬等の保管・管理やハイリスク薬についての注意喚起、抗がん剤のレジメン管理など、薬剤の安全な使用に向けた対策がおおむね適切に行われている。転倒・転落防止対策では、入院時にリスクが評価され、リスクに応じた予防対策が講じられており、発生時の対応手順も定められている。医療機器の安全な使用のため、機器の中央管理や臨床工学技士による点検・整備が行われるとともに、設定状況の確認や使用中の安全確認、機器の使用法の講習会などが適切に行われている。患者急変時の対応では、院内緊急コードが設定されて救急カーットの整備、BLS 訓練と講習会の実施などがなされている。

## 6. 医療関連感染制御

医療安全管理室に院内感染管理者が配置されるとともに、院長や各部門長、ICD等を委員とする感染対策委員会が開催され組織的な活動体制が確立しており、感染制御チームによる組織横断的な活動が行われている。感染制御に向けた情報収集と検討では、院内の感染発生状況が把握され情報共有されており、医療関連感染サーベイランス、アウトブレイクの定義と対応、院外の流行情報の把握と周知などが行われている。なお、貴院の診療機能や手術状況等を考慮すると、サーベイランスの対象範囲の拡大を期待したい。

感染制御の活動では、マニュアルに則り標準予防策や感染経路別予防策が実践され、手指衛生や個人防護用具の着用、リネン類の管理などが行われている。抗菌薬の適正使用に関しては、抗MRSA薬等は届け出制で、ASTによる使用状況の把握と助言や、周術期の予防的抗菌薬の投与などが適切に実践されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

ホームページや広報誌の発行による情報発信が行われており、ホームページでは診療に関する情報や病院イベント、職員採用募集動画などが掲載され適時更新されている。地域の医療機能・医療ニーズの把握と連携については、地域の医療機関等からの紹介患者の受け入れや逆紹介、地域医療連携パスの活用、地域の医療連携ネットワークへの参加などが行われている。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動では、市民公開講座の開催をはじめ、緩和ケア普及に向けた研修会や健康塾の定期開催、ドクター出前講座などが数多く企画・実施されている。また、地域の医療従事者に向けた症例検討会、医療と介護の連携研修、専門分野の講師による学習会、さらには病院連携推進協議会や医師会委員との懇談会などが定期的に行われている。コロナ禍においてもオンライン開催など工夫し、高いレベルで健康増進や教育・啓発活動に取り組んでおり高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診の流れや必要な情報、手続きがホームページ等で案内されており、受診相談への対応や高齢者・障害者への支援、症状の緊急性等に応じた対応、診察状況の表示などの配慮がなされている。外来診療では、問診や紹介状等により患者情報が収集されて診療に反映され、患者の名乗りによる誤認防止、患者・家族への説明などが適切に行われている。医学的根拠に基づき診断的検査の必要性が判断され、リスク等を説明のうえ同意を得た後に行われている。入院は医学的な判断のもとに判断され、患者・家族に入院診療計画書やクリニカル・パス、疾病の説明パンフレットを用いた説明が行われて、患者の希望にも配慮して病室の選択や治療などが計画されている。入院診療計画書は医師・看護師をはじめ多職種が関与して立案され、患者・家族へ説明し同意が得られている。患者・家族からの相談には内容に応じて適切な職種が対応する体制が確立され、多様な相談への対応や支援が行われている。

医師の病棟業務では、日々の回診等により患者の病態等が多職種で共有され、治療方針の決定や必要な指示など、指導力が発揮されている。看護師の病棟業務では、基準等に基づき診療補助や日常生活援助等が行われている。投薬・注射に関しては、病棟薬剤師による持参薬の鑑別や服薬指導、必要な薬剤に関する投与時の状態観察等が実施されている。輸血・血液製剤投与はガイドラインが整備され、确实・安全に実施されている。周術期の対応では、手術・麻酔の適応に関する検討が行われており、主治医から患者・家族に手術の術式やリスクが説明され、麻酔科医からは術前診察で麻酔方法や危険性が説明されて同意が得られている。重症患者は重症度に応じて病床が選択され、多職種が関与して適切に管理されている。全ての入院患者に対して褥瘡発生リスクが評価され、持ち込み褥瘡や低栄養患者の栄養サポートが行われており、リスクのある患者には褥瘡診療計画を立案している。また、入院時に栄養状態も評価されて栄養管理計画が立案され、栄養管理や食事指導が実施されている。症状などの緩和は、方針や基準・手順が定められており、必要時には緩和ケアチームの関与がある。

リハビリテーションの必要性は主治医により判断されており、患者・家族の要望を取り入れてリハビリテーション実施計画書が作成されている。身体抑制については基準が定められ、緊急性があり身体保護のための安全確保時のみ行うとされており、認定看護師等のラウンドにより療養環境や抑制状況が確認され、抑制の軽減・解除に向けた多職種カンファレンスが行われている。

退院支援が必要と判断される患者には、入院時に退院支援計画書を作成してスクリーニングを行い、必要に応じて退院調整看護師等が介入している。退院後の方向性は入院時から検討されており、在宅療養についてのパンフレットやチェックリストを作成し患者・家族に提供して不安の軽減に努めている。ターミナルステージについては家族や多職種を交えた病棟カンファレンスにより情報共有され、患者・家族の意向等に配慮した診療・ケア計画が立案されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤に応じた温・湿度管理がなされ、院内医薬品集の整備や情報提供、処方・調剤鑑査、抗がん剤等の調製・混合などの業務が適切に行われている。臨床検査機能は、診療機能に応じた対応体制が整えられ、パニック値の依頼医への直接報告、精度管理などが適切に行われている。画像診断機能では、常時対応可能な検査・診断体制がとられ、迅速な読影報告が行われているが、今後はCT・MRIの読影率向上を期待したい。栄養管理機能では、適時・適温での食事提供や調理室内の清潔管理、疾患や特性に応じた個別メニュー対応などが適切に行われている。リハビリテーション機能は、心大血管疾患や脳血管疾患、運動器、呼吸器のリハビリテーションを提供し、ガイドラインに沿った標準的なプログラムが実施されている。診療情報管理機能では、診療情報の一元的管理や診断名・手術名のコーディング、各種統計や分析などが行われている。医療機器管理機能については、医療機器の一元管理や臨床工学技士による点検・整備、使用機器の標準化などが行われている。洗浄・滅菌業務は中央化され、滅菌の質保証などが適切に行われている。

病理診断は、必要時に近隣の病院へ相談できる体制も確立し、診断結果は電子カルテに記録されている。放射線治療は、関係大学と連携して行われており、キャンサートリートメントボード運営委員会にて必要性の検討や治療法の情報提供・共有がなされている。輸血・血液管理では、ガイドラインに則り血液製剤の保管・管理や使用状況の確認などが行われているが、手術室における血液製剤の保管・管理に関して検討を期待したい。手術・麻酔、集中治療の各機能はともに適切に発揮されている。救急医療機能は「断らない救急」を基本方針として運営しており、予め救急患者を収容する病床を定めるなどして、多くの救急車・救急患者を受け入れている。

## 10. 組織・施設の管理

予算は年度事業計画や経営実績、収支見込みなどを踏まえて編成され、議会での審議等を経て決定されている。経営状況の把握・分析は収支や診療実績等の経営指標に基づいて行われている。医事業務では、窓口収納等がマニュアルに沿って行われ、レセプトの作成や点検、返戻・査定の対応なども適切に処理されている。業務委託に関しては、市の規程に基づき是非や業者選定などが検討され、専門性や費用対効果等を考慮のうえ業者が選定されて契約が締結されるなど適切である。

施設・設備は計画に基づき日常点検や保守管理が行われるとともに、院内の清掃、医療ガスの点検、感染性廃棄物の管理などが適切に行われている。医薬品や医療材料等の採用・選定は品質や必要性が委員会で検討され、医療材料の発注・検収・院内供給は院内物流管理システムにより行われている。

災害発生時の緊急連絡網や責任体制等が明確にされており、大規模災害を想定した訓練が実施され医薬品・食料などが備蓄されている。保安業務は、警備員により院内巡視や施錠管理、面会者等の受付、緊急時の対応などが適切に行われている。医療事故が発生した場合の対応については、救命措置や院長等への報告、患者・家族への説明などの対応、原因究明や再発防止対策の検討などの体制が適切に整えられている。

## 11. 臨床研修、学生実習

南庄内地域における唯一の基幹型臨床研修病院であり、指導医やメンター等の体制が整えられ、卒後臨床研修プログラムに基づく研修医の初期研修が行われている。また、新人看護師教育計画や医療技術部門における新人研修カリキュラムが作成され、知識・技術の習得が行われている。さらに、医学生や看護学生をはじめとする病院実習が多く部門で受け入れられており、実習にあたっては医療安全や感染制御、個人情報保護などの遵守に関するオリエンテーションが実施されている。

# 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	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	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	A

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B
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	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	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	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	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	B
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	B
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	B
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	B
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	B
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： 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： 鶴岡市立荘内病院

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： 山形県鶴岡市泉町4-20

## 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	521	521	+0	69.8	15.1
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	521	521	+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)	6	+0
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		
無菌病室		
人工透析	46	+0
小児入院医療管理料病床	36	+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), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (Ⅲ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： 3 人 2年目： 4 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

## 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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	665.51	639.41	635.95	104.08	100.54
1日あたり外来初診患者数	47.39	53.78	53.64	88.12	100.26
新患率	7.12	8.41	8.44		
1日あたり入院患者数	356.51	338.23	369.74	105.40	91.48
1日あたり新入院患者数	24.41	27.76	28.01	87.93	99.11