

# 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17日～12月18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年に社会保険山手病院として開設し、その後社会保険中央病院に改称され、地域における多様な医療要求に応えるために診療体制の整備と技術の確保・向上、移転・新築や先端医療設備の導入などを積極的にすすめてきた。2014年の独立行政法人化に伴って東京山手メディカルセンターと改め、今日に至っている。病院のビジョンでは都心における地域中核病院として診療機能と地域医療支援の強化、先進的な医療サービスの継続的提供と地域の医療要求に幅広く対応することを掲げて活動している。とりわけ大腸肛門疾患、産婦人科、呼吸器内科などは全国レベルの診療を展開しており、あわせて各分野で患者を支えるチーム医療の推進を病院運営の基本としてすすめている。また、医療安全の取り組みの強化、優良な職員の育成、効率的な業務運営に基づく収支改善などを重点課題とし、病院管理部（幹部会議メンバー）を軸におおいに奮闘している。今回の医療機能評価受審にあたっては、十分に準備されていることが伺えた。今後もこの取り組みを継続され、病院活動に活かしていくことを期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念と5項目の基本方針を明確にし、特に地域医療連携の推進と患者本位の医療提供の姿勢を院内外に明示している。また、病院の将来像は中期計画で主要課題を打ち出し、各年度で病院目標として具体化し、これに沿って部門と個人目標を立て到達点を評価している。病院の意思決定は毎週開催の幹部会議で確認し、管理診療会議を経て部門に伝達されており、経営改善検討委員会を軸にした活動形態となっている。情報管理と文書管理は、管理・活用方針と規程に沿って安全・確実にすすめられている。

人材確保の取り組みでは一部の医療技術職で不足感が認められるが、年度ごとに検討し取り組んでいる。人事労務管理は適切である。職員の安全衛生管理は、職員の健康診断の受診率 100%に向けて取り組み、労働災害・職業病対策、職員満足度調査と向上対策、精神的サポートと相談対応などいずれも確実な取り組みがある。また、職員の意見や要望の把握、働きやすい環境整備、各種就業支援策は適切に実施されている。全職員対象の教育・研修は年間計画が立てられ、必要性の高い安全管理や感染管理等については履修率の向上策が取られ、あわせて院外研修も奨励されている。職員の能力評価・開発は人事考課制度、資格取得支援対策など積極的な取り組みがすすめられている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は 2016 年 4 月に明文化し、2020 年 3 月に更新している。今後は子供の権利の作成を期待したい。説明と同意に関しては方針が明確でマニュアル化され、説明の範囲と書式は院内統一している。また、患者の理解と反応も記載されている。セカンドオピニオンは院内外に対応している。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、アレルギー情報・感染症情報等は多職種で共有されており、患者の名乗りとリストバンドの装着、クリニカルパスなど多くの手段を用いて患者の理解を得るための工夫がなされ、適切である。患者支援体制の整備は、総合医療相談センター内に患者相談室を設置して相談業務を円滑に行っている。虐待等の疑いがある場合の対応では、対応フローやチェックリストを整備している。患者の個人情報・プライバシーの保護は規程を整備し実践され、電子カルテへのアクセス・パスワード設定と更新期間も適切である。臨床における倫理的課題の方針は「倫理綱領」と「規則と指針」で明示され、該当する委員会では定期的に検討され、決定事項は職員へ周知されている。また、臨床倫理サポートチームを立ち上げ、現場での解決が困難な事例などに対して助言と支援を行っている。

患者の利便性確保では、来院時のアクセスの案内、来院者用駐車場の必要台数確保、コンビニエンスストア、レストランなどの設置、テレビ、浴室の整備など十分に配慮している。院内はバリアフリーが確保され、エレベーター、トイレなど、車椅子でも利用しやすい施設・設備となっている。診療・ケアに必要なスペースは確保され、清掃や整理整頓も行き届き、いずれも適切である。受動喫煙防止に向けた取り組みはおおむね適切である。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見は意見箱等で収集し、各部門で改善策を検討して対応している。改善策は管理者名で院内掲示され患者・家族に周知している。なお、読みやすい掲示の工夫を望みたい。診療の質向上の活動では、多職種参加の症例検討会を臨床各科で毎週開催し、日本病院会の QI プロジェクトに参加して改善活動を活発にすすめている。あわせて ICT、NST など多職種のスタッフが参加する部門横断的な業務改善活動も活発であり、地域住民・行政機関、近隣医療機関などの委員で構成される「地域協議会」で、地域からのニーズを把握し改善に結びつけている。新し

い医療機器の購入、診断技術や術式の導入は、関係する委員会で検討し、必要に応じて診療倫理委員会で検討の上、管理会議で決定している。

病棟、外来の管理・責任体制は確立され、各部署の責任者・担当者等は明示されている。診療録の記載は基準が整備され必要な情報が適時に記載されている。なお、退院後2週間以内の退院時サマリー作成率は、基幹型臨床研修病院として100%を目指されたい。さらに、診療記録の質的点検は毎月全診療科の症例を対象に実施し、統一した略語集の作成も期待したい。多職種協働の診療活動は、専門チーム活動、定期的な多職種・診療科間カンファレンス開催など適切である。

## 5. 医療安全

院長直属の医療安全推進室は医療安全管理責任者（医師・専任）、専従の医療安全管理者（看護師）、医薬品安全管理責任者・医療機器安全管理責任者・放射線安全管理責任者、医局・看護部・医療技術部・事務部の各2名で構成され、週1回推進室会議が行われ、体制が確立している。医療安全管理者は毎朝院内ラウンドを行い、情報収集と迅速な問題解決に取り組み、多職種による医療安全推進室会議でインシデント・アクシデント報告の分析・再発防止策の検討を行っており適切である。

患者誤認防止ガイドラインに沿ってフルネームと生年月日を患者・医療者双方で確認し、患者参加の誤認防止対策のポスターを掲示し徹底に努めている。医師の指示出しから実施までの手順を確立しており、口頭指示もルールに基づいて実施している。病理診断、画像診断結果の伝達については、システムでの既読管理に留まらず、重要な結果は担当者が直接主治医に連絡し確認している。ハイリスク薬は明示され、薬剤の使用時の確認がルール化されている。麻薬管理については、病棟での施錠方法の統一および投与時の確認サインの徹底など、安全な管理に向けて一層の取り組みを期待したい。入院時全患者に転倒・転落リスク評価を行い必要に応じて対策を実施し、入院後1週間または状況変化時にチームカンファレンスやリハビリカンファレンスで評価・修正を行っている。医療機器は中央化され臨床工学部門で一元管理されている。院内緊急コードが設定され、急変時の対応マニュアルも各部署で周知されている。定期的なBLS・ACLSの研修は心肺蘇生部会を中心に開催されている。

## 6. 医療関連感染制御

病院長の下に感染対策室を設置し、専従のICNのほか、ICD・薬剤師や検査技師が活動し、院内感染に対するマニュアル・抗菌剤適正使用支援マニュアルを整備し定期的に改定している。院内感染対策委員会のもとでICTやASTが組織され、院内ラウンドやサーベイランス、耐性菌の検出の把握と対応に努めている。感染症発生情報・耐性菌検出情報が的確に感染対策室に伝達され、ICTが活動している。また、各種のサーベイランスも実施し、抗菌薬の使用状況を集計している。さらに重要な細菌の感受性状況を定期的に確認し、院内に周知している。

院内感染防止マニュアルは必要な項目が網羅され、手指衛生サーベイランス、標準予防策の遵守状況の確認は各部署のリンクメンバーが行っている。感染経路別予防策、感染性廃棄物の分別・保管、汚染リネンの取り扱いは適切である。抗菌薬の適性使用支援マニュアルを作成・周知しており、ICT と AST が使用状況を確認し適切に指導している。届け出制の抗菌薬の指定もあり、TDM についても薬剤師が適切に関与している。アンチバイオグラムも毎年作成し、結果を解析し周知している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域等への情報発信は、ホームページ、広報誌等により行っている。ホームページには、理念・基本方針、外来や入院の案内などを掲載し年報や診療実績も公開しているが、重要事項の更新や入院案内の記載等、病院が提供する医療サービスなどの情報を適切な時期に発信されるよう望みたい。総合医療相談センター内に地域連携室を設置し、必要な人員を配置している。地域の医療機関等を定期的に訪問し、各医療機関の状況や要望を把握している。逆紹介に積極的に取り組み、紹介が増えてきており、登録医療機関も 300 以上となっている。紹介に対する報告では、返書率 100%を目指して一元的に把握し対応している。地域の健康増進に寄与する活動では、患者や市民に向けて、膝痛教室、糖尿病公開講座などを定期的に開催している。地域の医療関連施設等に向けた専門的な医療知識や技術等に関する研修会や支援では、連携講演会や情報交換会を開催するなど積極的な活動が確認された。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は適切に広報・周知されており、院内の案内や掲示等も適切である。待ち時間調査と対応、紹介患者・救急患者の流れもスムーズである。外来診療は、問診票や看護師により受診目的・既往症やアレルギー情報も得ている。また、侵襲的な検査では同意書を取得した後の実施を徹底しており、同意書が必要な検査一覧も電子カルテ上で共有している。入院の決定は担当医のみならず、カンファレンスなどでも検討して決定している。入院病棟の決定は入院支援センターの看護師が関与し、病床の弾力的な運用を心掛けている。入院診療計画書、看護計画は各種リスク評価を実施の上速やかに作成され、多くのクリニカルパスが用いられている。患者からの相談は総合医療相談センターが窓口になり、地域医療連携室・入退院支援室、患者相談室などに振り分けている。

病棟での医師・看護師の回診や記録の業務は適切にすすめられ、各種カンファレンスも定期的に開催されている。全病棟に薬剤師を配置し、持参薬確認やアレルギー情報の把握、薬歴管理・服薬指導の実施、抗がん剤・麻薬投与の安全管理等いずれも適切である。輸血は投与前の患者確認、開始後 5 分間の継続的観察を医師が、15 分後と終了時の観察を看護師が実施している。周術期の対応では、全身麻酔例は麻酔科医と手術室看護師が全例術前訪問を実施し、必要に応じて術前に専門領域の医師の診察を受け、術後も全身状態管理に参加する体制がある。

入院時全患者に褥瘡のリスク評価を行い、褥瘡管理手順に沿って計画策定と実施・評価が行われている。栄養管理は全患者の栄養スクリーニングを行い、医師・看護師が嚥下や咀嚼等を観察し必要時は言語聴覚士が関与している。食事摂取量の少ない患者には好む形態や食材等で食事の調整を行い、食形態や安全性は定期的なカンファレンスで検討・改善しており高く評価できる。症状緩和は医師・看護師が状態を把握し、痛みをはじめとする症状の緩和に努めている。麻薬に関しては、WH03 段階除痛ラダーをマニュアル化して用いている。リハビリは早期に開始しており、リハビリの記録共有と各診療科医師、病棟スタッフとのカンファレンスも開催している。身体抑制は同意と安全性に配慮している。退院支援は入院時から実施され、療養継続性は退院支援看護師を含め関係する職種により検討・実施され、連携先への情報提供も適切である。ターミナルステージの判断と患者・家族への対応は、多職種によるカンファレンスで情報共有し、患者・家族の意向を尊重し必要なケアが行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は薬剤部門、病棟で調剤、薬品管理や服薬指導等に関与し、TPN 製剤の混注や抗がん剤の混注も薬剤部門内で行っている。処方鑑査は複数で実施し、疑義照会、調剤後の確認など、医療の安全向上に努めている。臨床検査科は、異常値の取り扱いや精度管理など適正に機能を発揮している。画像診断は緊急検査の求めにも対応し、診断医は迅速な診断に努めている。検査時の誤認防止、事前チェック、緊急時対応など安全管理に努め、技術と質の向上にも努めている。栄養管理機能は適時・適温で食事を提供し、選択メニューの実施、行事食の導入など、患者個々に応じた提供も行っており患者からは好評を得ている。リハビリテーションは多様な疾患の早期開始に努め、切れ目のない訓練を実施している。診療情報は1患者1ID番号で一元管理され、診療録の量的点検はチェックリストにより退院全件を確認している。医療機器管理、洗浄・滅菌機能はいずれも安全・感染管理に適切に取り組んでいる。

病理診断機能では、悪性所見は病理医が担当医に直接連絡し、結果の見落とし防止を図っている。ホルマリン保管については見直しを期待したい。輸血・血液管理は輸血療法委員会で血液の適正使用を推進しているが、自己血輸血の廃棄率が40%と高く、低減への取り組みに期待したい。手術・麻酔機能では、緊急手術は麻酔科医2名と看護師2名がオンコールで対応している。また、看護部が中心になって、42項目にわたるオカレンスレポートを開始している。集中治療機能では、ICU内の医療機器はすべて臨床工学技士が整備・管理を行い、麻薬・向精神薬については薬剤師が管理に係わっている。また、リハビリテーション療法士、管理栄養士など多職種もケアに係わっており適切に機能発揮している。救急医療機能は、独居高齢者や福祉施設の高齢者の救急診療を積極的に受け入れ、虐待が疑われる症例はマニュアルに則って対応するなどいずれも適切である。

## 10. 組織・施設の管理

予算作成はJCHO本部と協議の上作成し、JCHO会計規程に基づく会計処理が行われ、監査法人の監査が実施されている。経営状況の把握は、前年度および計画との比較・検討をし、課題に対応している。窓口の収納業務では現金以外にクレジットカード等の支払いが可能で、診療報酬請求ではレセプトを医事課と担当医が点検を行い請求している。未収金管理も適切である。委託業務は、契約審査委員会において業務内容や委託の是非等を検討し、委託業務者は一般競争入札により選定し、実施状況の確認、質の検討と改善も指示している。

施設・設備の管理は、日常点検、緊急対応や保守を24時間常駐の委託業者が計画に基づき実施している。建物・設備は30年以上経過しており、整備計画や建替計画も課題とされたい。診療材料等購入物品は、診療材料物品管理委員会や医療機器整備委員会で必要性や採算性を検討し決定しており適切である。消防計画を策定し、緊急時の連絡・責任体制を明確して、訓練を年2回実施している。大規模災害時の対応として、災害拠点病院としての全体訓練を実施するとともに、地域の防災訓練にも参加している。保安業務は委託により24時間常駐の保安体制を整え、定期的な院内巡視や時間外・休日の入退館者の確認、施錠管理、緊急時の連絡や初期対応を行っている。医療事故等の対応も適切である。

## 11. 臨床研修、学生実習

基幹型および協力型臨床研修病院であり、研修医の初期研修は必要な指導医講習を受講した医師により研修プログラムに基づき実施され、研修医の評価は指導医のみならず、他職種も実施している。看護部以外の専門職種の初期研修については、各部署において日当直業務、配属部署の業務習得等を目標に研修プログラムに沿って実施しているが、系統的な教育計画の整備については検討をされたい。

医学生をはじめ、看護師、薬剤師、検査技師、療法士、栄養士など多くの職種の学生実習を受け入れている。カリキュラムに沿った実習が行われ、実習後の評価を実習依頼元へ報告している。総務企画課において、実習委託契約を依頼元と締結している。今後は実務担当窓口を1本化するなど、病院として一元的に対応するよう期待したい。

# 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	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	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	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	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	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	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	S
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	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	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	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	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	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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 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： 独立行政法人地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人地域医療機能推進機構

I-1-4 所在地： 東京都新宿区百人町3-22-1

## 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	418	362	+19	70.7	10.9
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	418	362	+19		

## 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	3	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	0	
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	0	
人工透析	41	+0
小児入院医療管理料病床	0	
回復期リハビリテーション病床	0	
地域包括ケア病床	0	
特殊疾患入院医療管理料病床	0	
特殊疾患病床	0	
緩和ケア病床	0	
精神科隔離室	0	
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	0	
認知症治療病床	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), エイズ治療拠点病院, 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： 8 人 2年目： 8 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

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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	990.13	1,023.53	1,048.23	96.74	97.64
1日あたり外来初診患者数	90.78	97.44	82.49	93.17	118.12
新患率	9.17	9.52	7.87		
1日あたり入院患者数	281.39	293.78	284.72	95.78	103.18
1日あたり新入院患者数	25.83	25.98	25.81	99.42	100.66