

## 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 11 月 18 日～11 月 19 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

公的病院がない地域で長く基幹病院の役割を果たしており、心臓病センター、脳卒中センター、糖尿病・内分泌センター、脊椎・脊髄病センター、腎不全治療センター、リプロダクションセンターなど広領域に高い機能を有しているほか、歯学部附属病院の利点としての歯科学・医学の連携による口腔がんセンターや摂食嚥下機能改善、周術期口腔ケアの導入などが図られている。また、大学附属病院であるが特定機能病院ではなく、歯学部附属であるため、医科については医局講座制の影響はない病院である。

今回は 5 回目の病院機能評価で、機能種別は一般病院 2 での受審ではあるが、大学附属病院であること、高い機能を有する病院であることから、高次の取り組みを期待して所見を記載した部分もある。全体的には機能評価の評価項目に良好に対応しているが、システムを開始したばかりのものも散見されるので、次の 5 年間は病院機能評価の求める意図に対応して実効性を確保する期間とすることを期待したい。以下にカテゴリーごとの総括をまとめるが、評価報告書の詳細なコメントも参考に、今回の審査が貴院のこれからの発展に少しでも役立てば幸いである。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念および 6 項目の基本方針が定められ、対外的に周知されているが、これらが病院の事業計画等に反映されることを期待したい。病院幹部は役割を分担して、関連委員会の委員長や顧問として病院の運営方針を明確に現場に浸透させている。中期計画や年次事業計画が大学の計画の一部としての記載に止まっているため、病院として達成度を評価できるような計画を立案することが期待される。情報システム利用の方針は明確で、蓄積情報を目的に応じて自動的に収集・編集する RPA 機能を

医療安全等に活用している。文書管理は規程に則り、事務部庶務課が担当して適切に実施している。

医療法や施設基準に必要な人員は満たされている。病院の規模・機能に応じた人材確保のための定員の見直し要望は毎年大学に申請されている。医師を含む全職員はICカードにより出退勤を把握し、勤務時間や有休取得の適正化に向けて毎月衛生委員会で検討、必要な介入がなされている。衛生委員会は適法に開催され、職員の健康や安全のための検討が実施されている。評価機構が行う職員のやりがい度調査に参加し、職員の要望・意見の収集にも努めている。教育・研修委員会が、毎年職員を対象とした教育計画を立案して実行している。2020年はCOVID-19への対応のため、集合型研修の一部延期や、e-Learningの導入が行われている。看護部や画像診断部など、一部の部門が独自に臨床能力評価の仕組みを導入しているので、病院として職種・全職員を対象とした能力評価・開発の仕組みを検討し、導入されることを期待したい。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、玄関ホール、病棟での掲示や入院案内、ホームページ等により周知している。説明と同意に関する方針や同意書を求める診療行為の対象範囲は明確にされ、「説明と同意の質向上委員会」が設置されている。引き続き委員会が中心となり書式の整備や職員への周知徹底を望みたい。患者の医療への参加を促進するため、入院時には、患者・家族に誤認防止対策、感染予防対策や転倒・転落防止対策の協力依頼を行い、外来や病棟に疾病や治療に関するパンフレットを設置している。患者相談室・がん相談支援センターを中心に、子どもサポートチーム等、患者・家族の相談・支援体制を整備している。個人情報保護規程に則り、個人情報の取扱いについての方針や利用目的を掲示している。患者の診療情報の研究利用等における情報漏洩防止を図る手順も適切である。臨床倫理検討委員会が設置され、定期的に開催されている。臨床の現場で倫理的課題が発生した場合には、臨床倫理検討委員会に審議を求める仕組みがあり職員にも周知されているが、主要な倫理的課題については病院としての対応方針を策定しておくことを期待したい。

来院時のアクセスや入院生活上の利便性への配慮などは行き届いている。院内のバリアフリーは確保され、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。今後、全病棟での両側手摺りの改修の実施を期待したい。院内は診療・ケアに必要なスペースが確保され、整理整頓が行き届き、清潔な環境が保持されている。敷地内全面禁煙で各種禁煙奨励リーフレットの配布、禁煙外来の実施、職員の喫煙率の詳細な把握と減少等、受動喫煙の防止活動を実施している。

### 4. 医療の質

院内各所に設置した意見箱や患者満足度調査、相談窓口などから患者・家族の意見や要望、苦情などを収集し、トイレラウンド等、具体的な対応や改善につなげている。各種カンファレンスを多職種で開催し、クリニカルパスも活用している。臨床指標は作成されているが、今後は分析・改善活動実践のPDCAサイクルを回すこ

とが望まれる。業務改善委員会で医療の質の改善活動を行っている。一般職員の側から主体的に医療サービスの課題に取り組み改善につなげていく活動の展開を期待したい。倫理審査委員会に多くの議題が提出され、臨床研究や薬剤の適応外使用について適正に審査されている。自院で初めて行う治療手技の導入時に、病院として審査する仕組みも整備されている。

診療・ケアの責任者は各所に掲示され明確である。主治医、担当医、担当看護師、日々の受け持ち看護師の患者への明示も適切である。診療記録はおおむね適切に記載されているが、退院サマリーのすみやかな記載、診療録の質的点検の充実を期待したい。専門の知識・技術を生かした専門チームがあり、貴院の強みとして多くの専門チームに歯科医師が参加して組織横断的な活動を積極的に展開している。病棟で定期的開催されるカンファレンスには多職種の参加が定着している。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、安全対策管理室を中心として委員会・会議が設置され、適切に運営されている。安全対策管理室では、院内のインシデント・アクシデント報告等から情報収集と検討を行い、対策につなげる取り組みが行われている。

患者誤認防止・部位確認・検体取り違い防止対策は、手順が定められており手術のタイムアウトやドレーン・チューブの識別等、適切に行われている。各種検査のパニック値は直接主治医に報告されている。画像診断の重要所見は、患者に対応したカルテ記載を医療安全管理室が追跡・確認しており優れている。他の検査も同様の対応をすとなお良い。病棟担当薬剤師が、患者の薬剤関連情報を入院時に電子カルテに入力し、処方時に、持参薬・内服・注射薬に関わらず、アレルギー、相互作用などのアラートが出てリスクを回避している。

患者入院時に「転倒・転落アセスメントシート」を用いてリスク評価し、危険度に応じて看護計画が立案、実施され、転倒・転落防止の取り組みが適切に行われている。人工呼吸器使用時はMEが1日2回ラウンドしている。看護師は勤務交代時に、点検チェックリストに基づいて、設定条件や作動状況の確認を行っている。緊急コード「EM コール」が設定され、医療安全ポケットマニュアルや各病棟に掲示されている。RRSの導入に向けた検討がなされている。

## 6. 医療関連感染制御

感染制御委員会、ICTが感染制御マニュアルの規定に従い、積極的に活動している。COVID-19流行に伴い、ICNを増員、陰圧診察室・病室の導入などの措置もあり、適切に体制が確立している。サーベイランスについては、SSIは消化器外科の手術のみ、カテーテル感染、尿路感染に関しては、ICU入室症例のみであり、JANISへの参加は検査部門、SSI部門であるので、貴院の機能に見合った活動の拡充を期待したい。

医療安全ポケットマニュアルに標準予防策が明記され、感染予防対策室専従ICN2名は、感染リンクナースと協力し、週1回ラウンドで院内の標準予防策の遵守状況を確認している。抗菌薬使用指針、周術期の抗菌薬投与指針を作成し、AST

(ICT) ラウンドも行われている。特定抗菌薬は届け出制になっており、使用患者すべてについて使用開始日、届け出の有無、終了予定日、終了日の形で記録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、広報委員会などを中心にホームページや広報誌などによって行っている。ホームページには、すべての診療科や診療支援部門、医療安全管理室等についての紹介や実績の掲載、検索しやすいサイトマップ等の工夫が望まれる。地域医療連携室を中心に市川リレーションシップカンファレンス等を開催し、顔の見える連携に取り組み、紹介率や逆紹介率の向上につなげている。紹介率の高い地域医療支援病院として、すべての紹介患者について紹介医師への早期な返書が望まれる。地域の中核的な医療機関として、地域住民や医療関係者に向けた多くの研修会や講演会、市民講座を開催するなど、医療に関する教育・啓発活動は適切に行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

午前中は総合案内にメディエーターを含む2名が配置され、受診に必要な情報提供や案内がなされている。また、午後は相談窓口が対応する旨表示して誘導しているが、外来の受診順番が容易に患者にわかる仕組みがない。PHSの貸出しや携帯電話への呼出し連絡の実施などの取り組みはあるが一部の利用に止まっているので、待ち時間の苦痛を軽減する取り組みの拡充を期待したい。患者情報は、情報提供書、画像情報、各科問診票で得られ、看護師が確認の後に医師の診察を受ける。受付看護師は待合を見渡せる場所で、体調不良の患者の対応が可能である。診断的検査については、説明と同意、誤認防止、患者観察など確実に行っている。手術がある患者については、外来において、コーディネーター、管理栄養士などの多職種が連携して、外来から入院、退院後のスムーズな治療に努めている。入院診療計画書は、すばやく作成されて、看護師をはじめ多職種が確実に追記を行い患者・家族に手渡し、サインも取得している。医療相談の窓口が患者支援センターに一本化され、専門職が多様な相談に適切に対応している。入院説明は各診療科外来看護師が行っているが、一部診療科では患者支援センターにおいて多職種に関わる入院時支援を実施している。今後の全科への拡充を期待したい。

回診、カルテ記載は毎日行われている。歯科大学附属総合病院の特徴として、医科歯科連携が活発であり、手術症例に摂食嚥下の歯科周術期回診が週1回行われている。看護基準・手順、管理マニュアルが整備され、他職種と共に委員会活動やラウンドを通じて看護ケアの質向上に努めている。薬剤は投与直前にベッドサイドでバーコード認証を行っている。抗がん剤の混注は、全て薬剤部の安全キャビネットで行っており適切である。輸血・血液製剤投与は適正使用指針を遵守し、説明と同意、投与前の確認、投与中・投与後の観察と記録などを適切に行っている。手術に関連した説明と同意、誤認防止、合併症予防対策、患者搬送、麻酔科医による術前・術後診察などを適切に行っている。術後患者、呼吸・循環管理などが必要な重

症患者を多種類の重症患者ユニットで診療・ケアを行い、多職種カンファレンスで適切に情報共有している。

褥瘡の予防・治療は、早期にカンファレンスを行い、必要時褥瘡対策チームと部署が連携して再発防止に努めている。管理栄養士が栄養アセスメントに基づく栄養管理計画書を作成するとともに、NST として組織横断的な活動に参加している。嚥下障害患者には摂食嚥下支援チームが介入し支援している。疼痛緩和に関しては緩和マニュアルを作成し、客観的な疼痛評価の下に緩和ケアにつなげている。症状緩和については緩和ケアチームが組織横断的に積極的活動を行っている。リハビリテーション科医師の指示でリハビリ導入がされている。実施基準、中止基準、急変時対応が定められ、リハビリは確実、安全に行われている。身体抑制については、抑制開始時の判断および抑制時には毎日観察・記録するなど、適切に行っているが、実施時や解除時の医師の指示の明記を徹底されたい。

入院時、病棟看護師・退院支援看護師のスクリーニング結果に基づき退院支援が行われている。各病棟に退院支援に関する教育を受け院内認定された在宅支援看護師が配置され、退院支援計画策定や患者・家族の希望に添った退院調整を実践している。退院後の継続的な診療・ケアが必要とされる患者には、適切に支援や情報提供が行われている。終末期については、チームで検討しながら対応されているが、終末期医療についての病院としての規程が整えられることが望ましい。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬事委員会で管理薬剤数が増えないよう注意をし、フォーミュラリーの試みも開始している。電子カルテのシステムアラームに気づかず処方された薬剤にも対応する体制になっている。臨床検査については、当直体制でニーズに対応して迅速な結果報告を行っている。パニック値の取り扱いや精度管理なども適切である。緊急のCT、MRI に対しては即刻実施、心臓カテーテルに関しては 30 分以内に実施体制を整えている。異常の報告は、直接主治医に電話連絡後、カルテ記載まで追跡しており適切である。

栄養管理機能では、栄養管理室において適時・適温給食が HACCP に基づく衛生管理のもとに適切に実施している。脳神経外科病棟にサテライトのリハビリ室があり、ST、OT、PT が各 2 名ずつ常駐し依頼に対応している。病棟の多職種カンファを定期的に行い、日曜日以外の休日は交代勤務で、リハビリの連続性を確保している。診療情報管理においては、電子カルテが導入され、診療記録の量的点検など診療情報管理士による管理業務を行っている。医療機器は、ME システムを導入して中央管理と使用場所管理を併用した管理を行っているが、使用済みと点検済みを明確に区別するような工夫が望ましい。滅菌は、物理的・化学的・生物学的インディケーターを用いて質保証されている。なお、洗浄する区画を明確に分けることが望ましい。

病理診断については、検体の誤認防止、報告書や標本の保管、作業環境なども適切である。放射線治療は、ほぼ全件 IMRT で行っている。治療計画にかかる日数は 7 日間であるが、即日の緊急照射にも対応している。今後、治療効果の評価がなさ

れると、更に適切である。輸血・血液管理は責任医師の下、臨床検査科で発注・保管・供給・返却・廃棄等を適切に行い、廃棄率低減に向けても努力している。手術麻酔についてはスケジュール管理、清潔管理、術中患者管理、麻酔覚醒時の安全性の確保など適切に行われている。集中治療機能は、入退室基準は明確で遵守され、多職種によるチーム医療が適切に実践されている。救急医療は、二次救急医療機関として多数の医師の当直体制を整え、不応需症例の検討や虐待が疑われた時の対応手順の整備も適切になされている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、学校法人会計基準に従い、自院の中期目標などに基づいて、各部門の要望を踏まえた予算編成が行われている。幹部会や部長会議等で予算の執行状況の把握・協議など、適切な財務・経営管理に努力している。医事業務は、窓口の収納業務や診療報酬請求事務、施設基準および未収金の管理など適切に行っている。業務委託は、給食や清掃、医事業務や物品管理などで、業者の選択や業務の管理、従事者の教育などが把握され、効率的な業務管理に努めている。

施設・設備の管理は施設課の管轄のもとで日常点検や計画的な保守管理を実施している。薬品、診療材料などの購入管理については、各担当委員会での審議や会計課の関与などにより、SPDの活用や在庫管理、すべてのディスプレイ製品の単回使用など、適切に実施されている。

災害拠点病院として消防計画や災害医療対応マニュアル、BCPなどが策定され、必要な設備や備品、DMATの編成なども適切に整備されている。院内の保安・警備業務は24時間365日の体制が整備されている。医療事故発生時の対応手順は明確に定められ、事故調査等必要な検討を行う委員会の規程が整備され、機能している。

## 11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修は臨床研修管理委員会のもとで、プログラムに沿って実施され、研修プログラム委員会が、初期研修を推進している。看護部門では、初期研修プログラムとパートナーシップ・ナーシング（PNS）等の体制で実施している。薬剤師、検査技師、診療放射線技師なども、一人当直を目標に初期研修プログラムを整備して実施している。

学生実習の受け入れ体制を整備し、歯科・医科医師、看護師、歯科衛生士、検査技師、放射技師等の養成課程から延べ1,200名を超える学生実習を受け入れている。必要なオリエンテーションが実施され、カリキュラムに沿った実習や評価が適切に行われている。

# 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	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	B
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	B
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	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	B
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	B
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	B
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	B

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	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	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	B
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	B
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	B
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	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 8 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 東京歯科大学市川総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 千葉県市川市菅野5-11-13

## 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	570	570	+0	70.5	11.3
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	570	570	+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)	6	+0
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)	9	+0
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	2	+0
人工透析	19	+0
小児入院医療管理料病床	38	+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), 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： 10 人 2年目： 9 人 歯科： 16 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

	実績値					対 前年比%	
	昨年度			2年前		昨年度	2年前
	2019	2018	2017	2019	2018		
1日あたり外来患者数	1,173.51	1,164.52	1,161.16	100.77	100.29		
1日あたり外来初診患者数	111.22	109.77	106.94	101.32	102.65		
新患率	9.48	9.43	9.21				
1日あたり入院患者数	438.65	449.63	441.20	97.56	101.91		
1日あたり新入院患者数	35.47	34.55	34.62	102.66	99.80		