

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院3」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15日～11月17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 3 留保

### ■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院 3

1. 説明と同意に関して、指摘事項を踏まえて改善策を見直し確実に実行してください。(1.1.2)
2. 医療関連感染制御に向けた情報収集と検討に関して、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。(1.4.2)
3. 高難度新規医療の患者説明および実施後モニタリングについて、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。(1.5.4)
4. 臨床検査におけるパニック値は、医師が不在の場合も含め、看護師ではなく医師に確実に情報が伝達されるよう手順を見直し確実に実行してください。(2.1.4)
5. 薬剤の安全な使用に向けた対策について、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。(2.1.5)
6. BLS 訓練について、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。また、急変する前の兆候を捉えて対応する仕組み(RRS)を見直し、確実に機能するよう実践してください。(2.1.8)

## 1. 病院の特色

近畿大学病院は、1975年に近畿大学医学部附属病院として開設され、2019年に近畿大学病院に名称変更された病床数929床の特定機能病院である。近畿大学の建学の精神である「実学教育」と「人格の陶冶」をもとに、「人に愛される人、信頼される人、尊敬される人を育成する」という教育の目的を、基本方針の中に掲げる教育病院であるとともに、地域に根差した基幹病院でもある。災害拠点病院・地域周産期母子医療センター・地域がん診療拠点病院（高度型）など多くの高度な医療を実践する指定病院であり、三次救急だけでなく二次救急にも力を入れる地域にあってはなくてはならない病院としての役割をいかんなく発揮している。また、地域連携や患者サービスにおける特筆すべき取り組みを実践しており、地域医療課題解

決への取り組みにも力をいれている。そして、老朽化した建物などの問題を一気に解決すべく、4年後には新しいキャンパス・新病院が完成する予定であり、今後のさらなる発展が期待される。今回の訪問審査でも多くの高く評価できる活動を拝見させていただいたが、さらなる質の向上に向けたいくつかの指摘もさせていただいた。今後の参考にいただければ幸いである。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

近畿大学の建学の精神である「実学教育」と「人格の陶冶」を念頭に、基本理念が作成され、それを展開すべく基本方針が明文化されている。基本方針に関しては管理者会議にて必要に応じて見直しが行われている。病院長は毎年年初に重点取り組み事項、病院の収支について全職員に向け様々な媒体を用いて発信し、4年後に完成予定である新病院・新キャンパスを含めて将来像を明示し、職員の就労意欲を高めるよう努力している。病院長の選任方法は、2年に1回開かれる外部委員を含めた会議にて選考される。

特定機能病院としての法的人員を確保し、医療法や施設基準に定める必要人員についても各部門、部署に適切に配置している。全職員を対象にした教育・研修は、様々な研修プログラムで実施している。職員個別の能力開発に関しては各部門に委ねられており、看護職等においては様々な取り組みがなされている。しかし、その他の多くの職種では職種に応じた育成方針や業務遂行能力の指標等を明確化し、研修計画や到達目標、評価項目、評価基準等を策定して職員個別の能力開発に取り組むことが望まれる。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利および責務は明文化され、患者・家族等に対しては院内掲示のほか外来・入院案内やホームページなどで示されている。患者への説明時に看護師が同席する対象は「侵襲の高い処置・治療」などと定められている。説明と同意に関しては、同席の本来の目的、必要性も含めて看護師の役割について病院として検討し、引き続き同意を得る際の患者の意思が尊重される支援について改善策を見直し確実に実行する必要がある。患者からの相談内容は秘匿性等を考慮して電子カルテに記録され、医師・看護師等と情報共有されている。これに対し様々な積極的な体制の整備と組織横断的な取り組みは秀でており高く評価できる。日常の診療現場における患者・家族の様々な倫理的課題において、各部署で多職種によるカンファレンスが行われている。臨床倫理コンサルテーションチームが設置され、臨床からの依頼について、委員長・副委員長の判断でタイムリーに委員会を開催している。臨床現場で起こった倫理的課題への対応は高く評価できる。

## 4. 医療の質

診療科での症例検討会や部署ごとの多職種カンファレンスが定期的に行われているほか、がんボード、デスカンファレンス、M&Mカンファレンスなどの部門横断的検討会も随時行われている。CPCは、2020年度200回程度開催と活発に

行われている。業務の質改善への取り組みは、2021年9月に設置された質向上委員会の活動であるため、まだ実績が十分でなく、今後の改善活動の活性化、継続化が望まれる。高難度新規医療技術、および未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に関しては、担当部門、および評価委員会を設置して、基本方針や申請ルール、審査体制等、承認までのプロセスの規程を明示し、既に提供実績もある。高難度新規医療の実施後のモニタリングについては、改訂した規程に基づき確実に実施し、実績を積み上げることを期待したい。

退院時サマリーの2週間以内の作成率は、2020年度は95%であり、受審時点ではほぼ100%であるが、基幹型臨床研修病院として定常的に作成率100%を維持するように一層の取り組みを期待したい。多職種連携の専門チームとして、NST、褥瘡対策、緩和ケア、退院支援、摂食・嚥下、感染対策などが設置され、各規定に沿って委員会の開催やカンファレンスを定期的実施し、定期的な院内ラウンドを行い、各部署でミーティングを行っている。専門チームの構成員の薬剤師は、それぞれの専門チームで連携した活動を行っているが、病棟薬剤師のさらなる積極的な参加を期待したい。

## 5. 医療安全

医療安全対策室には、専従者として医師1名、看護師3名、薬剤師1名の多職種を配置し、医療安全管理に関する様々な業務を実施する体制を構築している。医療安全対策室の業務内容が明示され、医療安全上の重大な問題が発生した場合に、速やかに対策室から病院長に報告する体制を確立している。今後、他部門とのより一層の連携の強化を期待したい。インシデント・アクシデントの報告制度が確立され、院内で発生したインシデント・アクシデントは報告システムを活用して医療安全対策室に報告され、安全管理委員会等で検討している。報告された事例内容は、定期的に分析・検討を実施し策定された再発防止策等を活用した医療安全の改善活動にも取り組んでいる。外部委員等による監査委員会を設置し、様々な課題について検討を行い、職員への周知も実施しており、情報収集の体制は高く評価できる。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は適切に実践されている。臨床検査におけるパニック値は、医師が不在の場合も含め、看護師ではなく医師に確実に情報が伝達されるよう手順を見直し確実に実行する必要がある。薬剤の安全な使用に向けた対策については、がん化学療法レジメン審査委員会が確実に機能するよう望みたい。転倒・転落防止対策は、リスク評価を行い、転倒・転落が発生した場合にフローチャートに沿って適切に対応している。医療機器を使用する場合は、臨床工学技士による研修を受けて、手技を確認した後に使用可能としている。医療機器の設定は、医師の指示に基づいて使用し、設定変更時、勤務交代時はダブルチェックを行っているなど安全な使用に努めている。BLS研修は、医学教育研修課が一元的に管理することが決定され、今後、研修を実施していく予定となっているため確実な実施を期待したい。急変する前の兆候を捉えて対応する仕組み（RRS）は見直しを図ったうえで、確実に機能するよう実践されたい。

## 6. 医療関連感染制御

病院長直轄の中央診療部門・安全管理部に感染対策室を設置し、病院長補佐の専任の ICD が室長を務め、専従の ICN3 名、専従薬剤師 2 名・兼任薬剤師 2 名、兼任臨床検査技師 2 名、専従事務職員 1 名を配置している。感染対策室の構成員を中心に、日常的な感染対策を行う ICT と抗菌薬の適正使用に取り組む AST が活動している。JANIS の SSI・検査・ICU・NICU・全入院患者の各部門に参加するとともに、院外での流行や感染防止対策に関する情報を収集して活用している。SSI の発生状況は、消化器外科手術で把握していたが、心臓血管外科手術、泌尿器科手術においてもデータ収集を開始したところである。また、その他のデバイスサーベイランスについても積極的に収集を開始したところであり、今後は、結果を収集し、評価等を行って実績を積み上げることが望まれる。周術期の予防的抗菌薬使用マニュアルは、感染対策室にて統一したマニュアルが作成され、ICT ニュースで周知が図られている。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報委員会の協議を経て総務広報課や地域連携課により、病院案内や入院案内、患者・地域住民向け広報誌、地域医療機関向け広報誌等の発行、ホームページの定期的な更新などが行われている。患者支援センターの地域医療連携担当部門に専従職員が適切に配置され、連携医療機関・施設の機能やニーズの把握、病院・診療所を対象とした連携会の開催、紹介患者の診療予約や MRI 等の検査予約、後方病院等への逆紹介などが行われている。各種の市民公開講座や健康教室、医療体験セミナーの開催などの仕組みが整えられている。また、地域の医療関連施設の職員等に向けた研修会・講習会などが数多く開催されている。なお、コロナ禍の影響から 2020 年度以降は集合研修の縮小を余儀なくされているが、WEB による市民公開講座や医療従事者向け研修会の開催などの取り組みや工夫がなされている。さらに、2021 年 5 月からはスマートフォンや PC で聴くことができる「近大メディカルラジオ」を開設し、医師や看護師、管理栄養士、事務職員など院内スタッフがパーソナリティを務めて、日々の健康づくりに役立つ情報の発信に努めるなど、環境や時代に応じた柔軟で積極的な取り組み姿勢は高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は事前にホームページや外来診療パンフレットを通じて周知し、不明なことは総合受付や外来窓口で対応している。診断的検査の必要性は主治医により判断され、発生しうるリスクなどについて患者・家族に説明され、実施時の観察記録も適切である。入院は医学的判断に基づいて決定され、診療計画は医師・看護師を含む多職種との協働により、患者・家族の希望に配慮して入院後速やかに作成している。患者相談窓口は患者支援センターで一本化され、苦情や患者の悩みなどを傾聴し、適切な部門に連携している。

医師の病棟業務は適切に行われており、病棟で提供される看護は看護基準、看護手順に則って実施されている。抗がん剤は、薬剤師が安全キャビネットにて調製・

混合を 24 時間体制で行うことで、安全な化学療法を実践している。輸血・血液製剤は、適正使用指針に基づいて適応を判断し、必要性和リスクについて説明し同意を得たうえで、マニュアルを遵守して投与されている。周術期の対応はおおむね適切に行われているが、手術患者への看護によるサポートの充実が望まれる。褥瘡対策チームは週 1 回のラウンドにて効果的な予防対策や褥瘡発生者への処置・指導を行い、褥瘡発生率をモニタリングし、要因分析や事例検討が行われている。栄養管理と食事指導は適切に行われている。疼痛の軽減が困難な場合は、早期から緩和ケアチームにコンサルトし、支援を受けて介入しており、精神的苦痛に対しては臨床心理士と協働している。リハビリテーション実施時に想定されるリスクの評価と安全性については、具体的かつ個別性に配慮した説明内容を記載して患者・家族に説明し、同意を得ている。安全確保のための身体抑制は適切に行われている。患者・家族への退院支援は、患者支援センターで退院支援看護師と MSW が退院支援スクリーニングを用いて、退院支援の必要性を評価している。入院後に退院支援計画書を作成するとともに、必要に応じて患者・家族への説明のもとで対応している。退院後の患者の診療・ケアの継続性に関して、連携している地域医療機関や行政機関と患者の個別相談に応じるとともに情報提供をしている。終末期の判断は、複数の医師により行われ、患者への説明を基本とし、終末期の苦痛緩和や環境調整を多職種協働で実施している。症状緩和やブリーフケアは、早期より緩和ケアチームと協働して行っている。また、ACP の重要性の認識から、実用に導くために ACP 委員会を立ち上げて活動を進めているなど、患者の終末期ケアは秀でていると高く評価できる。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門における日常業務は、処方鑑査から調剤、調剤鑑査、払い出しに至るまでおおむね適切な対応がなされている。今後、薬剤部長、医薬品安全管理責任者は、より積極的に安全管理部門との協働に向けて連携強化に努めることが望まれる。臨床検査部門では、ISO15189 認証を取得し様々な検査を担当している。画像診断部門は 24 時間対応可能な体制であり、専従の画像診断医が速やかに読影し、結果は電子カルテ上で確認でき、CT・MRI の読影率はほぼ 100%である。

病理診断部門は常勤専従病理医 5 名の体制で運営し、多くの病理診断に対応している。病理診断の結果報告については、担当医による確認の有無が把握できる既読管理システムが導入されてから日が浅く運用実績が少ないため、今後の継続的かつ徹底した運用を期待したい。輸血・細胞治療センターは、ISO15189 の認定を取得し、日本輸血・細胞治療学会認定医の専従医師 1 名と 11 名の専従臨床検査技師（認定輸血検査技師は 6 名）が、血液製剤の保管・供給・返却・廃棄等に関して 24 時間対応し、製剤をタイムリーに使用できる体制を構築している。手術室への臨床検査技師の配置や、適正使用の推進、廃棄率低減に取り組んでいる。インシデント等の発生時は、医療安全対策室と情報共有し、当該部署での適切な対応を支援するなど、輸血・血液管理機能は高く評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

学校法人近畿大学の予算編成においては、事業計画委員会で予算編成方針を審議・決定している。日常の会計処理については学校法人会計基準に沿って実施し、決算時には財務諸表などを作成し、WEB で公開している。法人監査室では不定期に内部監査を実施し、年3回監査法人による外部監査を実施しているなど、財務・経営管理は適切に行われている。医療機器は医療機器審査委員会により、医薬品は薬事委員会により妥当性等を審議のうえ購入されている。院内各部署への供給には医療材料物流システム（SPD）が導入されている。ディスプレイ製品の滅菌再利用は行われていない。

地域災害拠点病院の施設・設備要件が整えられ、主な病院建物は耐震構造で、耐震診断・工事が施行されている。消防計画や災害対応マニュアルなどが策定されている。なお、災害派遣医療チーム（DMAT）は3隊が編成されている。地震リスク想定 of 病院の機能存続計画（BCP）は、大規模地震災害を想定した内容に止まっている。今後、充実・強化を図る予定とされているが、地震・水害等の自然災害だけでなく、感染拡大などを含む貴院を取り巻く様々なリスクを想定した病院の機能存続計画が策定されることを期待したい。

## 11. 臨床研修、学生実習

多くの医科・歯科の臨床研修医が在籍し、指導医 273 名と充実した設備等のもとで基幹型および協力型の医師卒後臨床研修が行われている。また、EPOC2 によるプログラム管理と指導医や医療技術者による 360 度評価が行われている。各専門職種に応じた初期研修では、新人看護職員研修制度などの入職後数年間の人材育成計画が到達目標や評価基準等を明確にして定められているなど、各職種において段階的な育成活動が行われており適切である。

学生実習の受け入れは、実習生の受け入れ規程に則り、総務広報課が各所属長の内諾のもと、病院長の承認を得て医学生・看護学生など多くの学生を受け入れている。また、救急認定看護師教育課程実習、専門看護師実習、認定看護管理者教育課程サードレベル実習などの医療従事者に対する専門的な人材育成も行っている。特定機能病院として積極的に実習・研修を受け入れており適切である。

# 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	C
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	S
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	B
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	S
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	C
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	B
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	C
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	C
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	C
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	C
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	B
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	S
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	B
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	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	B
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	B
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	B
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	S

## 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	B
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	B
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	S
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	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： 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： 近畿大学病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 大阪府大阪狭山市大野東377-2

## 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	919	919	+0	75.3	10.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	10	10	+0	48.7	6.7
結核病床					
感染症病床					
総数	929	929	+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	24	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	6	+0
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)	12	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	16	+0
人工透析	13	+1
小児入院医療管理料病床	49	+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

特定機能病院, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院 (I 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： 29 人 2年目： 35 人 歯科： 6 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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	1,868.32	1,970.78	1,979.17	94.80	99.58
1日あたり外来初診患者数	82.26	92.18	95.01	89.24	97.02
新患率	4.40	4.68	4.80		
1日あたり入院患者数	750.52	803.66	800.52	93.39	100.39
1日あたり新入院患者数	65.58	67.26	64.82	97.50	103.76