

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 9 月 25 日～9 月 26 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 1951 年に聖福病院附属浜の町診療所として開設され、その後、非現業共済組合連合会福岡浜の町病院として独立し、組織改編や増床、移転などを経て段階的に診療機能の拡大・充実を図り、現在は許可病床数 468 床の総合病院として運営されている。臨床研修病院や地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院、地域災害拠点病院など、さまざまな指定や承認を受け、地域では主に高度で専門的な急性期医療を提供する役割を担っている。がん診療では、2023 年に、がんゲノム医療連携病院の指定を受け、保険適用でがん遺伝子パネル検査を実施するなど先進的な取り組みを行っている。また、血液疾患診療では福岡市内の中心的な役割を果たしており、造血幹細胞移植は 1990 年から開始され、国内でも有数のハイボリュームセンターとなっている。新型コロナウイルス感染症への対応では、重点医療機関として多くの重症・重篤な患者を積極的に受け入れ、一般診療との両立に努めながら地域の医療提供体制の確保に大きく貢献されてきた。

病院機能評価は 2004 年の初回受審から今回で連続 5 回目の受審であり、今回の更新受審においても、病院長をはじめとした病院幹部のリーダーシップのもと、半年以上前から職員が一体となり質の改善に向けて取り組んできたことが確認できた。今後も病院理念「病める人の身になって、心のこもった最良の医療を目指します」を大切にし、地域の基幹病院として急性期医療の提供に取り組まれ、貴院がますます発展していくことを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を明確にし、院内外へ広く周知している。病院の意思決定会議である管理者会議を開催し、承認事項や重要な連絡事項は各所属長らが出席する目標管理委員会や職制を通して伝達している。年次事業計画や部署ごとの具体的な業務目標を策定し、年1回の達成度評価を実施している。情報システムは関連諸規定に則して適正に運用され、職員には情報セキュリティハンドブックを配布して運用上の留意点を周知している。文書の管理では、規程類の内容を定期的に確認し、実態に合わせて適宜、改訂することや、改訂内容を容易に把握できるように管理することが望まれる。

医療法等で定める必要な人員を確保し、各職種で補充・増強採用に向けて様々な採用活動を行っている。人事・労務管理に必要な規則・規程類はイントラネットに掲載して職員に周知している。出退勤時刻や時間外労働時間はシステムで正確に把握している。安全衛生委員会の定期開催や産業医・衛生管理者の職場巡視など、職員の安全衛生管理は適切に行われている。職員からの意見・要望は労働組合との協議や意見箱で収集し、魅力ある職場となるよう努めている。職員への教育・研修は教育部が担当している。eラーニングの活用や未受講者への督促を行い、研修効果を高めている。全職員を対象に職員勤務評価制度を運用して能力評価を実施している。基幹型臨床研修病院であり、多くの初期臨床研修医が在籍している。各職種の初期研修は、研修プログラムやチェックリストを作成し、習熟度を客観的に評価しながら適切に行われている。学生実習の受け入れ窓口は総務課が担当し、多くの部門で学生実習を積極的に受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利、子どもの患者の権利を明文化し、院内掲示や入院案内、ホームページに掲載して周知に努めている。説明と同意に関する方針や基準を医療安全マニュアルに定めている。説明時には看護師や臨床心理士らが同席し、同席できない場合は事後に反応を確認している。患者への診療情報の提供にはホームページや入院案内などを活用し、「患者・家族のみなさんの安全対策10ヶ条」を策定して医療への患者参加を促している。患者相談窓口は正面玄関入口横に設置し、多職種でさまざまな相談に応じている。個人情報保護に関する基本方針等を整備し、適切な取り扱いに向けて定期的に個人情報保護に関する職員研修を実施している。主要な倫理的課題への対応方針などは明文化されており、日常診療・ケアの場で生じた倫理的課題については、臨床倫理コンサルテーションチームのメンバーがファシリテーターとして介入し、情報アセスメントシートや四分表を活用して活発に検討が行われている。

病院の正面玄関前にタクシー乗降場所を設置し、患者用駐車場を必要数確保している。館内はバリアフリーが確保され、手摺りや障害者専用駐車場を設置し、車椅子・歩行器を配備して高齢者・障害者に配慮している。病棟の廊下、病室、トイレ、シャワー室、処置室などは必要なスペースが十分に確保されている。院内は清潔が維持され、感染や安全にも配慮されている。敷地内全面禁煙としており、院内

掲示などで患者・家族に周知しているが、患者への禁煙教育の取り組みについては、より積極的な啓発・教育活動の推進を望みたい。

4. 医療の質

QI 委員会が中心となり、業務の質改善に向けた活動に取り組んでいる。病院機能評価受審など外部評価を活用した改善活動も実施している。院内では各診療科でのカンファレンスに加え、複数診療科・多職種が参加するカンファレンスが日常的に実施されている。また、さまざまな臨床評価指標を設定してベンチマーク分析を行い、診療の質向上に取り組んでいる。患者・家族の意見や要望は、意見箱や患者アンケートなどを通じて収集している。サービス向上委員会では院内ラウンドを実施して環境改善活動を実施しているほか、職員には「浜の町マナーブック」を作成して配布し、接遇の向上に努めている。臨床研究は適切に審査する体制を整備している。新たな診療・治療方法や技術は審査を経て導入しているが、実施後の経過についても確認する体制の整備を望みたい。また、医薬品の適応外使用などは、病院としての検討の場を明確にしておくことを望みたい。

病棟や外来では、診療・ケアの責任者氏名を表示して責任体制を明確にしている。各責任者は回診やカンファレンス、病棟巡回などにより診療・ケアの実施状況を把握している。診療記録は診療録記載マニュアルの基準に従って適切に記載されており、質的点検は点検項目を定めて医師を含む多職種で実施されている。質の高い診療・ケアを提供するため、院内では医師のリーダーシップのもと、多種多様な専門チームが組織横断的に活動している。さまざまな分野の認定看護師が幅広く活動し、診療・ケアの質の向上に大きく貢献している点は高く評価できる。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理部を設置し、専従看護師のほか、専任の医師や薬剤師などを配置している。医療安全に関する各種マニュアルは電子カルテシステムのトップ画面から容易に閲覧することが可能である。医療安全管理委員会で決定した事項などは、各所属長らが出席する医療安全推進委員会で組織内周知を図っている。インシデント・アクシデント報告はシステムを活用して収集している。緊急性のあるものは医療安全管理部で状況確認、問題点の抽出、RCA・SHELL を用いた分析・対策の検討を行なっている。医療事故発生時の対応は医療安全マニュアルの中に明記されている。

患者確認の方法は、患者にフルネームで名乗ってもらうことなどを医療安全マニュアルの中に明文化しており、入院患者はリストバンドを用いて本人確認を行っている。医師からの指示出し、看護師の指示受け・実施確認は電子カルテシステム上で実施している。注射用カリウム製剤はすべてプレフィルドシリンジ製剤で、薬剤部以外には配置していない。病棟在庫薬の使用時は看護師がダブルチェックしている。全入院患者を対象に転倒・転落アセスメントシートを用いてリスク評価を行い、危険度に合わせて看護計画を立案している。院内で使用される主要な医療機器のマニュアルが整備され、看護師や臨床工学技士による日次の設定・作動確認は適

切に実施されている。全職員対象の BLS・ALS 講習会を定期的に行っている。救急カート内の薬品等は全部署で統一し、看護師・薬剤師による点検が行われている。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理部に兼任部長（ICD）のもと、専従の看護師（ICN）や薬剤師らを配置している。感染対策委員会では院内感染に関するさまざまな課題が検討され、感染対策の中心的機関として機能している。下部組織である ICT や AST、感染リンクナースによる看護部感染対策委員会なども活発に活動している。感染制御に関する支援システムを導入しており、薬剤耐性菌などの速報や患者の経時的な抗菌薬使用状況、検出菌の確認などは常時、確認することが可能となっている。アウトブレイク発生時は、感染対策マニュアルのアウトブレイク基準に沿って対応している。日本感染症学会などからの感染症や感染症対策情報を感染管理部で収集し、自院の感染防止対策に活用している。

手指衛生や感染経路別予防策、個人防護具の着脱は、感染対策マニュアルに基づいて行っており、ICT は週 1 回の環境ラウンドを行ない、個人防護具の遵守状況を確認している。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、疾患別に抗菌薬の選択と期間に関する推奨を記載しており、院内分離菌の状況や耐性菌検出率など、抗菌薬の適正使用に必要な情報は電子カルテ上から閲覧が可能となっている。AST は抗菌薬のデエスカレーションや投与量などに介入している。

7. 地域への情報発信と連携

自院の医療サービスや診療情報は、広報誌やホームページを活用して地域に発信している。広報誌の掲載内容やホームページ上のコンテンツの内容は、広報委員会を開催して多職種で検討している。ホームページには受診方法、各診療科の概要や特色、アクセス方法などをわかりやすく掲載している。地域の医療機能・医療ニーズの収集・把握や施設間の紹介・逆紹介の窓口業務は、地域医療連携課が担当している。地域の連携施設とは、相互の訪問活動などを通じて情報を共有している。様々な疾患で地域連携クリティカルパスが活用されている。また、連携強化に向けて定期的に連携施設向けにアンケート調査を実施し、業務の改善活動につなげている。

地域住民に対しては定期的に市民公開講座を開催し、小学校や看護学校での講演、地域公民館での講演活動など、外部からの講師派遣要請にも積極的に対応している。医療連携施設向けには、がん診療オープンセミナーや緩和ケア研修会、地域連携研修会などを年間計画に沿って開催している。地域医療支援病院として、地域の医療従事者向けにさまざまな研修会を企画・開催して地域に貢献している。

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ホームページや院内掲示でわかりやすく案内している。問診票や診療情報提供書で患者情報を収集し、病態に応じて外来診療を行っている。診

断的検査は、医学的根拠に基づいて必要性を判断し、患者・家族に説明して確実・安全に実施している。入院が決定すると、入退院センターで看護師、薬剤師らが情報の聞き取りや必要な説明を行い、入院当日には看護師が病棟の案内や各種リスクのアセスメントを実施している。入院診療計画は、多職種による専門的な視点が十分に反映され、個別性に配慮した計画となるよう記載内容の充実を望みたい。

医師は診療科内および多職種でのカンファレンスを定期的に行い、チーム医療におけるリーダーシップを発揮している。看護師は、患者の身体的・心理的ニーズを把握して個別性のある看護計画を立案し、日常的に多職種カンファレンスで情報を共有して専門性のあるケアを提供している。各病棟に担当の薬剤師を配置し、薬剤師が入院患者の薬歴管理や服薬指導を行っている。輸血の適応は主治医が判断し、必要性やリスクを説明して同意を取得したうえで輸血を実施している。手術適応と術式の選択は、カンファレンス等で多角的に検討されている。説明と同意を経て手術が実施され、周術期管理チームが早期から介入している。褥瘡保有者やリスクのある患者には、体位変換やマットの選択、スキンケア等、個別性のある看護計画を立案し、リンクナースが中心となってケアを実践している。栄養障害の高リスク患者や食物アレルギーのある患者には、個々の状態・病態・嗜好に合わせて栄養療法を実施している。疼痛の評価はペインスケールを用いて客観的に行っている。リハビリテーションは、実施計画書にリスクや中止基準を記載して確実・安全に実施している。

スクリーニングシートを用いて退院支援の必要性を評価し、入院後速やかに退院支援を開始している。退院後も診療・ケアを継続する必要がある患者に対しては、退院前カンファレンスで必要な検討を行い、円滑な在宅療養支援につなげている。ターミナルステージへの対応では、予後の説明や DNAR 等の重要な面談には看護師が同席し、緩和ケアチームが組織横断的に活動して患者・家族を支援している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部は病院全体の薬剤の使用・管理に関わっており、抗がん剤はすべて薬剤師が安全キャビネットで作製・混合して払い出している。臨床検査部では、必要な検査を 24 時間提供可能な体制を整備し、パニック値は依頼医へ確実に報告している。CT・MRI の画像は、すべて放射線診断医が読影診断し、迅速に報告書が作成されている。調理室内は清潔・不潔区域を明確に区分し、温冷配膳車を用いて適時・適温で食事を提供している。さまざまな行事食や特別メニュー食を提供して喫食率向上に努めている点は評価できる。リハビリテーションは、年間を通して 2 日を超える中断がないように、病棟看護師と協力して連続性を確保している。診療情報は、1 患者 1ID で診療情報管理室が一元的に管理している。院内で使用される医療機器の管理は臨床工学部が担当し、中央管理の医療機器はシステムを活用して貸出・返却の履歴を管理している。各部署で使用済みの医療器材は専用のコンテナで回収し、中央材料室で洗浄・滅菌を行っている。

病理診断部門では、常勤医師と細胞検査士・病理認定技師を含む臨床検査技師の体制で、術中迅速診断・免疫染色を含む多くの病理検査を実施している。放射線治

療部門では、強度変調放射線治療や体幹部定位放射線治療、画像誘導放射線治療などの高精度治療を積極的に実施している。血液製剤は自記温度記録計付き専用保冷库・冷凍庫で保管・管理され、使用状況や廃棄率は輸血療法委員会で審議して適正使用の推進に取り組んでいる。手術・麻酔部門では、スケジュール管理や手術室内の清潔管理、術中管理、退室管理などが適切に行われている。集中治療を必要とする重症患者の管理にはICUやHCUを活用している。救急搬送の受け入れ要請は原則として断らない方針を明確にしており、救急車搬入数は増加している。

10. 組織・施設の管理

年度予算は、収入の目標値や医療機器の要望などを各部門へヒアリングして編成し、管理者会議に諮った後で連合会本部へ提出し承認を得ている。損益計算書や貸借対照表、キャッシュフロー計算書などの財務諸表は規程に基づき作成されている。予算の執行状況は管理者会議で詳細に報告され、ワーキンググループを設置しての経営改善活動なども行われている。受付・窓口業務や保険請求業務などの医療事務は外部業者に委託し、DPC業務や実績管理業務、文書のスキャニングなどの後方支援業務は医事課職員が担当している。医師によるレセプト点検、査定・返戻の報告および対策の検討、施設基準管理、未収入金の督促などは、手順に従い適切に実施されている。業務を外部へ委託する際は、用度施設課が契約窓口となり業務仕様書を策定して一般競争入札により委託業者を選定している。契約期間終了時には自動更新とせず、要求すべき業務仕様・基準等を改めて検討して更新の可否を判断している。

施設・設備の保守点検は年間計画に基づいて確実に実施している。日々の業務は業務管理日誌に記録し回付している。大型設備は長期設備保全計画を作成し、毎年度、予算を確保しながら計画的にメンテナンスを行っている。病院で使用される物品は、すべて購入・選定に係る委員会で審議され、選定基準に沿って適正に購入されており、購入プロセスが明確になっている。病院施設は免震構造である。BCPを策定し、定期的に災害訓練を実施している。非常用の自家発電装置や通信手段を整備し、燃料や食品・飲料水、医薬品等を備蓄して災害に備えている。防災センターに警備員を配置して時間外の来館者受付や出入口の施錠管理、院内巡視などの保安業務を実施している。患者暴力発生時など緊急の際には「ガードコール」により応援を要請する仕組みがある。

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	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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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
<hr/>		
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	受動喫煙を防止している	B
<hr/>		

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	B
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	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	S
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	B
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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	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	購買管理を適切に行っている	A
4.6	病院の危機管理	
4.6.1	災害時等の危機管理へ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

年間データ取得期間： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 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： 国家公務員共済組合連合会 浜の町病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 共済組合及びその連合会

I-1-4 所在地： 福岡県福岡市中央区長浜3-3-1

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	468	468	+0	76.3	9.7
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	468	468	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	4	+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)	20	+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	41	+0
人工透析	30	+0
小児入院医療管理料病床	14	+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	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	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), がん診療連携拠点病院 (地域), DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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： 13 人 2年目： 13 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. 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
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	696.49	690.60	671.81	100.85	102.80
1日あたり外来初診患者数	87.51	83.03	81.53	105.40	101.84
新患率	12.56	12.02	12.14		
1日あたり入院患者数	324.39	316.45	315.47	102.51	100.31
1日あたり新入院患者数	33.26	32.78	32.90	101.46	99.64