

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3月3日～3月5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	条件付認定（6ヶ月）
------	--------	------------

■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院 3

1. 診療の質の向上に向けた活動に関して、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。（1.5.2）

1. 病院の特色

貴院は、これまで沖縄県のリーディングホスピタルとして、また、県内で唯一医学部のある大学の教育医療機関として、高度かつ先進的な医療に取り組みながら医療人材の育成にも努めてきた。一方、歴史的経緯や地理的条件などの特殊性から、国際化への対応や離島医療への支援なども求められ、沖縄県医療の「最後の砦」として位置づけられている。そのような社会的環境のもと、2020年4月に「琉球大学医学部附属病院」から「琉球大学病院」へと名称変更（組織改編）がなされ、病院としての独自性がいろいろ発揮できるようになり、2024年度末には新病院への移転とともに、これまで以上の機能強化が期待されている。

今回の病院機能評価では、先に示した大学病院としての特長を、あらゆる部門・部署で確認することができたが、更なる成長に向けて継続的な努力が期待される領域も少なからずあった。今回の評価した内容等を参考に、貴院が更なる成長を遂げて、新病院にて高度かつ良質な医療を継続的に展開されていくことを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針は明文化され周知が図られている。病院長は「大学病院」への名称変更や新病院での機能強化などを、職員の就労意欲の向上へつなげている。組織的にも機能的な執行部体制のもと、病院運営面での意思決定が適切になされている。ただし、院内の会議・委員会等には役割や機能が類似しているものも少なくないので見直しを期待したい。また、診療科の説明表記にも工夫が望まれる。情報管理については、医療情報部が診療情報管理センターなどと協働して適切に対応している。文書管理についても、院内規程に則った管理・運用がなされている。

人員に関して施設基準等に必要な人数は確保されているが、さらに充実が期待される部門として薬剤部がある。就業規則などは適正に策定・運用されているが、自己申告制の出退勤管理については検討が望まれる。安全衛生委員会は適正なメンバー構成のもと開催され、特定化学物質の作業環境測定なども問題はない。「職員やりがい度活用支援事業」に参加するなど、職員にとって魅力ある職場となるよう工夫している。院内の各部門・各部署で必要だとされる教育や研修等の機会が用意され、全体を統括し出欠状況などを確認・把握できる体制も整備されたところである。職員の能力評価・能力開発についても各部門・各部署で一定程度の対応がなされているが、病院全体として、能力評価の基準設定や実施手順の標準化などができると良い。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族・職員への周知が図られている。また、小児患者向けの「子どもの患者権利憲章」は分かりやすく評価できる。説明と同意に関する方針等はリスクマネジメント・マニュアル（ポケット版）への明示などで職員への周知が図られているが、標準書式を用いた対応等の遵守をさらに進められたい。患者・家族への診療関連情報の提供には各種書式が用意され、患者用クリニカル・パスも約 100 種類存在する。患者・家族等からの相談対応は医療福祉支援センター内の「患者サポート相談窓口」他で適切に対応されている。ただし、高齢者虐待・障害者虐待・DV 等に関する情報共有についてはさらなる工夫が望まれる。患者個人情報の取り扱いは院内規程等に則って適切になされている。さらに、臨床倫理委員会が設置され、倫理コンサルテーションチームなども極めて有効に機能している。

病院へのアクセス環境は適切に整備され、院内での生活延長上の設備やサービス、病棟における入院患者への利便性・快適性などへの配慮も適切である。院内にはバリアフリーの環境が確保され、日常点検および定期的な施設点検も実施されている。病室や処置室等には必要なスペースが確保され、清潔性・安全性への配慮もなされている。さらに、病院として敷地内禁煙を徹底しており、職員への禁煙指導などにも取り組んでいる。

4. 医療の質

患者・家族等からの意見は意見箱から収集が図られ、患者サービス推進委員会等での回答や改善策の検討などがなされている。日常診療の中では各種カンファレンスが開催され、ガイドライン等に準拠した診療プロセスのもと、クリニカル・パスも 300 種類ほど登録されている。現在、医療の質管理に向けて「医療の質向上委員会」と「医療の質向上対策室」が設置されているが、CI・QI の利活用がやや遅れているので検討が望まれる。新たな診療・治療方法や技術等の開発に向けて、「高難度新規医療技術等医療安全評価室」や「高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等評価委員会」などが適切な機能を発揮している。臨床研究に関する審査等も適正に行われている。

診療・ケアの管理責任体制は明確である。診療記録に関しては、院内に「診療録記載・診療記録等取扱いガイドライン」が整備され、質的点検等も実施されている。院内には多職種が参加する専門診療チームが数多くあり、各専門領域にて積極的な活動を展開している。

5. 医療安全

院内で報告されたインシデント・アクシデント事例は安全管理対策室で情報把握され、定例カンファレンスの中で分析等が行われるとともに、再発防止に向けた取り組みが分析担当者会議にて検討されている。また、各種対策等の実施状況は医療安全ラウンドにて確認されている。

患者・部位・検体などの誤認防止策は、院内ルールに則って確実に行われている。情報伝達エラー防止に向けた取り組みも種々行われ、口頭指示書における単位表記やパニック値の確実な伝達に向けた工夫などはあるものの、画像診断報告書や病理結果報告書の未読確認については今後システム化が望まれる。薬剤の安全使用に向けて麻薬等の保管・管理は適正に行われ、病棟在庫薬の取り違い防止への対応にも工夫はあるものの、医薬品の保管スペースが限られていることから、劇薬やハイリスク薬などが十分区分けされていない状況も見かけたので確認されたい。転倒・転落防止に向けた患者対応や職員向けの注意喚起などは適切に行われている。また、院内各所で使用される医療機器についても適切な管理対応がなされている。なお、医療機器の使用方法に関する教育等には、ME 機器センターの臨床工学技士があたっている。患者等の急変時への対応として緊急コールが設定され、救急カート内の医薬品や物品類の内容なども基本的に統一化されている。今後は、新たに動き出した RRT 活動をより実践的なものにしていくと良い。

6. 医療関連感染制御

病院長の直下に感染対策室と感染対策委員会が位置づけられ、感染対策室には ICT と AST が配置されている。感染対策マニュアルは定期的に改訂がなされ、新型コロナウイルス感染症対応に関する情報の共有にはイントラネットが活用されている。さらに、院内各所から感染関連情報が積極的に収集される仕組みも整備され、検査・輸血部（培養部門）からの起炎菌情報などが感染対策室に速やかに伝わる流れもある。なお、新型コロナウイルス感染症対応では、院内のスタッフが、行政活動の支援や地域の介護職員等への指導にあたっている。ターゲットサーベイランスに関しては、病院として積極的に実施していた実績を踏まえ、継続的な努力が望まれる。

臨床現場ではマニュアルに則った対応が行われ、感染性廃棄物の処理などにも問題はない。抗菌薬の採用・削除にあたっては ICT ミーティングでの検討内容が反映され、抗菌薬の適正使用に向けた方針のもと適切な対応がなされている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報配信は企画・研究推進室が窓口となり、ホームページの更新対応や広報誌の発行などに関わっている。診療実績に関して、ホームページの病院概要欄には一般的な診療実績が掲載されているものの、診療科のサイトにも各科で特長的な実績等が分かりやすく示されると良い。地域連携業務は医療福祉支援センターが窓口となって対応している。具体的には、診療予約や紹介患者の受け入れ対応のほか、逆紹介の案内、地域の医療関連施設との連携業務などに関わっている。地域連携パスに関しても脳卒中や大腸がんでの活用実績がある。

地域住民向けの教育・啓発活動として市民公開講座や糖尿病教室、肝臓病教室、がん患者サロン（ゆんたく会）などが定期的開催され、病院敷地内にある「おきなわクリニカルシミュレーションセンター」もそれらの活動に有効活用されている。地域の医療従事者に対しても、各種事例検討会やワークショップ、ハンズオンセミナー、緩和ケア研修会、がん看護セミナー、糖尿病療養指導士講習会などが企画・開催されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診・入院診療に必要な情報は院内各所に掲示され、受診待ち患者の病態や緊急性などにも配慮した対応がなされている。ただし、待ち時間への対応に関しては継続的な検討が望まれる。外来診療では誤認防止を含め安全・確実な診療対応に努めており、侵襲的な検査等では十分な説明と同意のもと、検査中のモニタリングなども確実に実施されている。入院の決定は医学的判断のもと行われ、患者・家族への説明も随時なされている。日常診療においては患者の病態に応じた診断と評価が行われ、診療計画等が立案される流れが確立している。患者・家族等からの医療相談には適切な対応がなされている。予定入院の患者に対しては「入院準備室」が適正な機能を発揮しており、多職種協働も図られているが、薬剤師による介入対応が強化されると良い。

医師はグループ制で診療対応しており、多職種カンファレンスの中で関係職種との情報共有にも努めている。看護提供体制にはPNSが導入され、担当看護師による情報収集とアセスメントに基づく看護計画の立案・実践がなされている。専門看護師や認定看護師の育成のほか、数多くの看護師特定行為研修修了者が院内で活動しており評価できる。投薬・注射等は必要性和リスクに関する説明のもと安全・確実な実施に努めているが、入院患者に対する薬歴管理や服薬指導等の充実も期待したい。輸血の実施にあたっては、院内で統一された指針・手順に基づいた対応がなされ、輸血開始後の病態確認や副作用報告なども適切になされている。手術・麻酔の適応や方法等に関しては、診療科内のカンファレンス等で事前の検討や判断が行われ、患者・家族への適切な説明につなげている。また、周術期合併症の予防に向けた対応も適切に行われている。重症患者への対応なども多職種協働のもと適切になされている。さらに、褥瘡の予防・治療対応や栄養管理なども適切に行われ、必要に応じた専門職種の介入等が適時行われている。症状緩和に関しては、各種のスクリーニング評価が実施され、重症度に応じた症状緩和がなされており、緩和ケア

チームや看護部などが除痛率を指標にした目標管理を行っている点は高く評価できる。リハビリテーションは、治療目標を明確にした対応がなされている。身体抑制に関しては、原則「抑制はしないこと」を基本方針とし、実施する際には院内基準に則った対応が取られている。そのほか、退院支援に向けた対応や退院後の診療・ケアの継続性に関しては、医療福祉支援センターのスタッフが中心となり、院内外の関係者との連携や調整が随時なされている、ターミナルステージへの対応なども、おおむね適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では医薬品の適正管理に日々努めており、薬剤師による注射用抗がん剤の調製混合についても、夜間・休日等を含め 100%実施できる体制になっている。臨床検査機能を担う「検査・輸血部」は、ISO15189 の認証を受けているほか、各種検査の TAT を品質管理指標とするなど適切な業務対応に努めている。放射線診断部門では 24 時間体制で画像診断ニーズに応えており、CT 検査や MRI 検査では、全ての報告書が放射線科医により作成されている。また、画像診断報告書の未読確認への対応には、電子カルテ上の「部門 TODO レポート」を活用するなど工夫している。栄養管理部は院内の栄養管理機能を統括しており、大量調理施設衛生管理マニュアルなどに則った適正な対応が取られている。リハビリテーション部門では、全体を俯瞰できるリハビリテーション専門医の存在も期待したい。また、土日のリハビリテーションについても必要に応じ、超急性期のリハビリテーションにも柔軟に継続対応できるように工夫されたい。診療情報管理センターでは診療記録の監査や病名コーディング、紙記録のスキャン取り込み、紙カルテ管理などに対応しているが、診療記録の量的点検に関しては、項目の再考なども期待したい。ME 機器センターでは医療機器の安全管理と適正使用への対応等に努めているが、病棟に常備されている内視鏡や処置台等についても管理できる体制整備を検討されたい。洗浄・滅菌業務は中央化され、看護師長を管理者とし、手術器材は委託業者が、その他の器材は病院職員が処理対応している。滅菌の質保証にも適正な対応が取られている。

病理部では検体交差の防止に向けた各種対応や工夫がなされているほか、病理診断の精度管理向上にも努めている。また、病理診断結果がオーダ医の臨床診断と大きく異なる場合には、病理医から直接担当医に電話連絡するといった対応もある。放射線治療部門では、放射線治療専門医やがん放射線療法看護認定看護師、放射線治療品質管理士などが協働して専門的治療にあたっている。輸血・血液管理機能は「検査・輸血部」が担っており、適正な輸血用血液製剤の保管や払い出し、副作用情報等の把握に努めている。手術室ではスケジュール管理や予実管理等が徹底され、各科の定数枠見直しなども適時行われている。入退室前後の安全対策等も適切に行われているが、薬剤師の常駐などが今後検討されると良い。集中治療部門として ICU・救急 HCU・NICU が確保され、それぞれの機能に沿った病床運営が多職種協働のもと実践されている。2024 年度末の新病院建設に向けて集中治療部門の強化が期待される。救急部門では、救命救急センターとしての認定はないものの、幅広

い病態の患者を受け入れる ER 型の救急外来機能を担っている。従前から救急応需率は 90%前後で維持されており、離島からの救急患者要請にも夜間を含め自衛隊機による患者搬送システムなどが利用されている。

10. 組織・施設の管理

予算管理は企画課が主管しており、病院運営委員会での審議を経て決定されている。また、国立大学法人会計基準に則った会計処理が行われ、内部監査・外部監査なども適正になされている。経営状況の評価等には、経営コンサルタントも交えた対応が行われている。医事業務に関しては、レセプトの返戻・査定等への対応や施設基準の管理に向けた体制整備が適切に行われ、未収金への対応にも一部業務委託のもと対処している。業務委託に関してもおおむね適切な対応がなされているが、委託業務の遂行状況の評価するためのチェックリストの作成なども検討されると良い。

施設・設備の管理はエネルギーセンターと防災センターが行っており、委託職員によって 24 時間 365 日体制での対応が適切になされている。緊急時対応としての緊急連絡網の整備や応援体制等の確保もなされている。物品管理業務は管理課が窓口となって適切な対応に努めている。また、棚卸などを含む在庫管理も確実に行われている。

災害時への対応として、病院建物は耐震機能を有しており、災害対策マニュアルの策定や緊急時の医療体制・初動体制の整備なども適切に行われている。災害派遣医療チーム（DMAT）は 3 チーム確保され、BCP なども策定されている。保安業務は業務委託のもと行われ、守衛室には警備員が 24 時間体制で配置されている。医療事故発生時の手順等は整備され、適切な対応がなされる仕組みが確保されている。

11. 臨床研修、学生実習

臨床研修病院（医科・歯科）として、総合臨床研修・教育センターが事務局機能を担いつつ、医科では基幹型・協力型の初期臨床研修プログラムが数多く用意されている。臨床研修医には数多くの研修の場が確保され、「おきなわクリニカルシミュレーションセンター」なども活用されている、看護部ではラダーレベルⅠとして 20 項目のカリキュラムを 2 年間で修了するプログラムが動いており、薬剤師や臨床検査技師など他職種においても、初期研修段階での教育機会が準備されている。また、医師・看護師のほか多くの職種で院外からの学生実習を受け入れており、大学病院として医療専門職の養成に協力している。学生実習の受け入れに関する窓口は総務課に一本化され、実習生の受け入れに必要な依頼元との取り決めなどについて対応している。

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	B
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	B
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	B
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	C

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	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	B
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	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	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	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	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	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	S
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	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	S
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	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	B
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	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	B
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	B
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	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	B
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 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 琉球大学病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 国立大学法人

I-1-4 所在地： 沖縄県中頭郡西原町字上原207

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	550	550	+0	81.1	11.4
療養病床	0	0			
医療保険適用	0	0			
介護保険適用	0	0			
精神病床	40	40	+0	89.8	49.7
結核病床	4	4	+0	3	44
感染症病床	6	6	+0	1.1	7.1
総数	600	600	+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)	8	+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)	6	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	2	+0
無菌病室	6	+0
人工透析	20	+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	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
特殊疾患病床	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

特定機能病院, 災害拠点病院(地域), へき地拠点病院, がん診療連携拠点病院(都道府県), 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： 14 人 2年目： 13 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

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
		2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数		1,227.61	1,193.16	1,179.14	102.89	101.19
1日あたり外来初診患者数		79.64	71.84	70.63	110.86	101.71
新患率		6.49	6.02	5.99		
1日あたり入院患者数		522.39	515.75	516.78	101.29	99.80
1日あたり新入院患者数		39.85	37.70	37.10	105.70	101.62