

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 10 月 11 日～10 月 12 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 1	認定
機能種別	緩和ケア病院（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
該当する項目はありません。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、一般・障害者、療養・緩和ケア病棟の機能を有する地域密着型の病院である。

今回の病院機能評価を機に、引き続き医療の質の向上に取り組まれることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、院内掲示、病院パンフレット、入院案内等の配布物やホームページ等で院内外に周知が図られている。病院の将来像を明確に示しており、院長をはじめ、幹部職員は一体となって病院組織づくりにリーダーシップを発揮している。効果的・計画的な組織運営は、運営に係わる事項は病院運営管理会議で協議・決定している。目標設定から達成度評価にいたる PDCA のサイクルを確立することが期待される。診療情報の総合的な管理・活用方針が明確に示されており、IT システムが計画的に導入されている。文書管理に関する方針は明確にされているが、文書に改訂履歴を記載することを期待する。

施設基準などの法定人員は確保されている。人事・労務管理は、就業規則、給与規程などの諸規程は定期的に更新されている。労働安全衛生委員会が開催され、職員の安全衛生管理を行っており、職員の健康診断は 100%の受診率となっている。

職員にとって魅力ある職場づくりに向けて、職員満足度調査を実施している。全職員を対象とした教育・研修は年度職員研修計画に基づいて実施されている。職員の能力評価・能力開発は、人事考課制度に基づき、適切に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、院内掲示、ホームページ、入院案内などで患者・家族に周知されている。説明と同意について、インフォームド・コンセントの指針にて明文化されている。説明と同意を取得すべき範囲を明確にし、同席に関するルールを定めることが期待される。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、各種診療情報は患者と共有され、患者の理解を促し、工夫して対応されている。患者支援体制は、医療福祉相談室が担当している。個人情報保護に関する規程が整備されている。病棟の相談室、面会室は個室化されている。臨床現場で解決困難な問題が生じた場合は、倫理委員会が介入・検討する仕組みである。また、部署内のカンファレンス等で倫理的な課題の解決に向けて話し合いが行われている。

公共のバス停、無料駐車場、駐輪場などを整備し、患者・面会者の利便性・快適性に配慮されている。入院中の情報入手や通信手段が確保されている。病院全体のバリアフリーが確保されており、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。また、病室は診療・ケアに必要なスペースを確保しているなど、療養環境が適切に整備されている。敷地内全面禁煙の方針を明確にしている。

4. 医療の質

患者・家族から様々な意見や要望が収集され、決定事項は院内掲示している。また、患者満足度調査を実施している。症例検討会が各診療科持ち回りで開催され、診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる。クリニカル・パスの拡充に向けて、病院全体での取り組みが期待される。臨床指標は、定期的に現場にフィードバックして改善に取り組むことが期待される。業務の質改善は、WLB（ワークライフバランス）推進委員会を立ち上げており、病院全体の組織横断的な取り組みとして発展させることが期待される。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入は、手順の整備が期待される。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟・外来で診療・看護の責任者名が明示されている。電子診療録等記載基準に基づき、適時に適切に診療記録が記載されている。専門チームとして、ICT、NST、医療安全管理チーム、褥瘡予防対策チームなどが活動しており、多職種が協働した患者の診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

医療安全管理部門に専任の医療安全管理者を配置し、医療安全管理部会議を行っている。また、医療安全管理委員会を開催している。死亡症例のスクリーニングを全例実施し、検証結果を病院管理者に報告する体制を整備することが期待される。安全確保に向けた情報収集と検討は、インシデント・アクシデントレポートを月単位・年単位で集計している。必要に応じて分析を行っており、再発防止策は、医療

安全管理委員会に報告し、承認後、院内に周知している。

患者・部位・検体などの誤認防止は、患者本人によるフルネームと生年月日の名乗りを基本とし、入院患者はリストバンドで確認している。マーキングの目的や実施者、手技等の手順を統一して遵守することを期待する。医師が電子カルテで指示を出し、処方箋などを発行しており、看護師は実施後、実施入力を実際に行っている。口頭指示は、院内共通の口頭指示受け用紙等を整備すると良い。薬剤の重複投与・相互作用・アレルギーなどのリスクは、処方オーダー発生時に薬剤師が確認する仕組みが確立している。院内でハイリスク薬を定めており、表示やカードで注意喚起されている。救急カートの向精神薬配置の必要性や保管場所について見直しを期待したい。全入院患者に対して、入院時に転倒・転落アセスメントスコアシートによる評価を行い、危険度に合わせて対応策が立案されている。人工呼吸器や輸液ポンプ、シリンジポンプ等は、医療機器マニュアルに基づいて安全に使用している。人工呼吸器等の設定条件は、医師や看護師、臨床工学技士で共有しており、看護師や臨床工学技士が装着中の作動確認を毎日実施している。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードを設定している。全職員を対象に BLS 研修を行っている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、医療安全管理部門に、院内感染管理者と ICT が配置されている。ICT は定期的にラウンドを行い、感染状況の把握や指導などを行っている。定期的に院内感染防止対策委員会が開催されている。院内感染管理者に必要な権限を具体的に示し、明文化することが期待される。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、院内の感染発生状況はタイムリーに収集されている。院内の耐性菌発生状況、アンチバイオグラム、擦式消毒薬サーベイランス、デバイス関連サーベイランスなどの結果は、定期的に院内感染防止対策委員会で共有されている。JANIS の耐性菌サーベイランスに参加している。

医療関連感染を制御するため、標準予防策は手指衛生を徹底し、速乾性消毒液のモニタリングを行っている。1 処置 1 手袋、感染経路別の予防策マニュアルを遵守している。抗菌薬の適正な使用は、周術期の予防的抗菌薬は、抗菌薬適正使用ガイドラインに沿って選択することが期待される。また、特定の抗菌薬（カルバペネム系・抗 MRSA 薬）は届け出制であるが、投与期間が 2 週間を超えてから ICT が介入する仕組みとなっており、より早期に介入する仕組みになると良い。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、地域住民向けに広報誌を発刊し、連携施設向けには地域連携だよりを発刊している。病院案内、ホームページにて病院情報を発信している。診療実績などの発信について検討が期待される。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携は、脳卒中連携パス、急性肺炎、尿路感染パスを運用しており、地域連携パス合同会議に参加している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、現在は新型コロナウイルス感染症対策により対応を延期しているが、小学生、中学生、高校生の職場体験を実施していた実績がある。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、患者が必要とする診療情報は、院内の掲示やホームページで案内している。外来診療は、必要な情報は、電子カルテで共有している。地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者の受け入れは、緊急入院の場合は、迅速に入院を受け入れるなど、待機期間の短縮に努めている。診断的検査の確実・安全な実施は、主治医が判断し、説明の後に同意を得ている。実施中および実施後の観察等は、各部署で安全に配慮して行っている。適切な連携先への患者の紹介は、医師が患者・家族に十分に説明して他院に紹介している。入院の決定は、担当医が判断している。必要時は他診療科と協議する仕組みを確立している。診断・評価の実施と診療計画の作成は、医学的判断に基づき、多職種が関与し、患者・家族の要望が反映された入院診療計画書を速やかに作成している。患者・家族からの医療相談への対応は、医療福祉相談室が相談に応じている。患者が円滑に入院できるように、予定入院の場合は事前に入院手続きや必要物品、入院生活と入院中に実施される治療・検査等の説明が行われている。

医師は回診を行い、治療方針等を診療記録に記載している。病棟カンファレンスを行い、多職種で情報を共有して課題を検討している。看護師の病棟業務は、入院時に全患者のリスク評価をした上で看護計画に反映している。さらに、多職種によるカンファレンスにおいて情報共有を図り、必要な援助に努めている。薬剤師が全入院患者の持参薬の鑑別を行い、担当医が服薬の可否を決定して指示している。注射薬は1施用ごとに取り揃えて払い出され、看護師によるダブルチェックの後に調製・混合されている。輸血・血液製剤は輸血療法マニュアルに則り、医師・看護師が患者名、輸血の種類、型・ロット番号、投与量をダブルチェックしている。手術・麻酔の適応は各診療科で検討され、術前検査で異常が疑われた場合には適宜に他科に相談されている。予定手術全例で麻酔科医による術前訪問と説明・同意を得ており、手術室担当看護師による術前・術後訪問が行われている。重症患者の管理は、術後は重症病床（リカバリールーム）が選択されている。重症例は個室あるいはスタッフステーション付近の多床室が選択されている。褥瘡の予防・治療は、全入院患者に褥瘡リスク評価を行っている。全入院患者にMNA（簡易栄養状態評価）を行い、管理栄養士は栄養管理計画書を作成している。症例によってはNSTが介入し、週1回のラウンドを行い、記録している。症状などの緩和は、疼痛緩和マニュアルを整備している。リハビリテーションの必要性を回診や多職種カンファレンスなどを通じて判断しており、ほぼ連日療法士が介入している。身体抑制は、医師と看護師が検討のうえ、手順に沿って実施している。

入院後3日以内に入退院支援スクリーニングを実施し、1週間以内に退院支援カンファレンスを行い、退院支援の方向性を検討している。継続した診療・ケアの実施は、ケアマネージャー等と連携して、退院後に必要なサービスの調整や支援を行っている。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の思いに沿った計画を立案し、治療選択の希望および意向を尊重した対応を行っている。

＜副機能:緩和ケア病院＞

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、事前情報は地域連携部門の緩和ケア認定看護師が緩和ケア医師と共有し、外来受診日を決定している。入院の決定は、外来診察時における情報、または家族との事前面談の情報を受けて、随時開催される入院判定会議で判断している。診断・評価の実施と診療計画の作成は、入院診療計画書には個別的な診療計画・看護計画が迅速に記載され、説明のうえで患者・家族から同意を得ている。ケア計画の作成は、入院1週間以内に多職種カンファレンスが開催され、チームプランを検討している。

症状などの緩和は、患者や家族の要望を的確に捉えながら臨床倫理的な考察を経て、患者にとって最善の選択をチームで検討している姿勢は高く評価できる。日常生活動作の維持がQOLの尊重につながるように、病棟スタッフと療法士が情報を共有して自立支援に取り組んでいる。患者・家族への退院支援は、多職種で在宅復帰に向けた課題を解決し、可能な限り希望に沿うよう取り組んでいる。臨死期への対応は、緩和ケア医師、病棟スタッフなどが患者の日々の状態を共有してターミナルステージを総合的に判断している。予測される残された時間に応じて診療やケアの方針を繰り返し見直し、必要に応じて患者に説明している。デスカンファレンスは月に1～2件実施されている。

9. 良質な医療を構成する機能

持参薬の鑑別は全例薬剤師が行っている。注射および内服薬は、オーダー発生時にアレルギー、重複投与、相互作用などのリスクを確認し、必要時に疑義照会している。調剤鑑査は手順に則り、ダブルチェックを実施している。臨床検査機能は、内部精度管理が実施され、外部サーベイも受審している。画像診断機能は、CT、MRI、X線テレビ装置、PET-CTなどが稼働している。CT、MRIともに翌日までに100%読影されている。栄養管理機能は、セントラルキッチンを採用している。衛生管理を厳守して業務に従事しており、食事の質向上に向けた協議が行われている。リハビリテーション機能は、がん、廃用症候群を含め、広範なリハビリテーションに対応している。診療情報は1患者1IDで一元的に管理している。診療記録は量的点検チェックシートを用いて全例点検している。人工呼吸器や輸液ポンプおよびシリンジポンプ等の医療機器を一元的に管理している。定期点検を計画的に実施し、人工呼吸器は業者による精密点検を年1回実施している。洗浄滅菌業務は中央化し、確実に滅菌の精度保証を確認している。

病理診断機能は、標本作成から診断まで外部委託している。輸血・血液管理は、臨床検査技師が担当しており、発注から廃棄までの業務は輸血療法マニュアルに則して実施されている。手術室運営委員会が開催され、スケジュールが適切に管理されている。全身麻酔は、1名の医師（執刀医および助手以外）が1名の患者を管理する体制を整備したため、引き続き適切な麻酔管理体制を継続することが望まれる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は法人本部の管轄で行われており、財務諸表が作成され、毎月の経営状況が報告されている。会計監査は会計事務所が確認しており適切性が担保されている。委託業務は業務の質、専門性、効率性の観点から検討され、実施状況について業者と話し合いを行い、継続的に委託業務内容の品質管理に努めている。

設備・備品の補修、修繕・更新計画、年間の施設・設備の保守管理は計画書を作成して適切に行われている。物品管理は、購入希望備品の選定から決定までのプロセスをルールに基づいて行っている。棚卸を実施し、余剰在庫、使用期限切れ在庫物品を把握している。災害時の対応は、消防計画、防災マニュアル、緊急時の責任体制・連絡網が整備され、職員に周知されている。24時間体制で保安業務が行われている。医療事故発生時の対応に関する医療事故調査委員会規程、患者・家族への説明規程、公表規程・公表基準が明文化されている。紛糾対応手順が定められ、顧問弁護士の助言を受ける仕組みや折衝する担当者が明確となっている。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習等は、病院の方針・規則や事務手続きなどを記載した臨地実習指導マニュアルに基づき、看護師、療法士、社会福祉士、医療事務などの養成課程の学生実習を積極的に受け入れている。

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	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	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	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	B
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	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	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	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	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	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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	B
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	NA

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	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	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	B
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

機能種別：緩和ケア病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	S
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 社団医療法人啓愛会 孝仁病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院1、緩和ケア病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 岩手県盛岡市中太田泉田28

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	126	126	+0	71.3	136
療養病床	54	54	+0	88.2	183
医療保険適用	54	54	+0	88.2	183
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					319
総数	180	180	+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)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
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		
人工透析	25	+0
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	12	+0
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	10	+0
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

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： 人 2年目： 人 歯科： 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
1日あたり外来患者数	94.97	88.19	89.68	107.69	98.34
1日あたり外来初診患者数	10.86	9.81	11.38	110.70	86.20
新患率	11.44	11.12	12.68		
1日あたり入院患者数	130.71	129.84	133.69	100.67	97.12
1日あたり新入院患者数	1.82	1.65	1.69	110.30	97.63