

# 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10月30日～10月31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

貴院は開設以来、医療の質の向上に積極的に取り組まれており、長きに渡り地域医療に多大なる貢献をされている。さらに、プライバシーマークの認証取得や地域医療支援病院の承認、日本がん治療認定機構認定研修施設、東京都脳卒中急性期医療機関、日本救急医学会救急科専門医指定施設など多くの認定を受けられている。

今回、4回目の更新審査であるが、理事長、病院長を中心に一丸となって地域医療と医療の質の向上に努めている様子がうかがえた。多くの評価項目で適切と判断されたが、いくつかの課題も認められた。本報告書を活用し、さらなる医療の質向上と創立100周年に向かって、ますます活躍、発展されることを祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が明文化され、病院内外への周知も適切に行われている。病院管理者・幹部は運営上の課題を明確にし、その解決にリーダーシップを発揮している。病院運営の意思決定会議は常務会議であり、組織内の情報伝達の仕組みも適切である。中期経営計画や年次事業計画に基づいた部門・部署ごとの目標が設定され、達成度の評価も適切に行われている。

情報管理の管理・活用の方針は明確であり、情報システムの導入・活用も計画的に対応している。指針に基づき、病院として管理すべき文書が明確にされ、組織として適切に管理されている。

法定人員や施設基準を満たした人材が確保されているが、病院の目指す医療の提供ために、麻酔科医、薬剤師、療法士などの人員の確保と充実が期待される。人事・労務管理の仕組みと各種規則・規程が整備され、職員の就労管理も適切に行われている。労働安全衛生委員会が毎月開催され、健康診断や職業感染への対応は適

切に実施されている。毎年、職員満足度調査を行うとともに、経営革新プロジェクトにて職員の意見・要望を把握している。

全職員を対象とした教育・研修は予算を確保し、年間計画に基づいて実施されている。しかし、医療安全や感染対策などの研修会の参加率向上が望まれる。目標管理・業績評価制度に基づき、職員個別の能力評価を行い、支援・指導を通して職員育成につなげている。看護師や療法士においてはラダーを用いた教育を行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を定め、院内掲示、入院案内、ホームページ等で患者・家族や職員に周知している。説明と同意に関する方針はマニュアルに明記され、説明範囲も規定されている。また、説明と同意の手順には看護師等の同席を規定しているが、運用マニュアルと手順の周知徹底が望まれる。患者への情報提供と患者からの情報収集が適切に行われ、診療情報が共有されている。また、患者の理解を深めるための支援・工夫が適切に行われている。患者相談窓口を設置し、患者・家族からの様々な相談に対応している。虐待への対応指針・手順も適切に整備されている。個人情報保護基本規程等が整備され、職員への教育・研修も行われている。外来や病棟でのプライバシーへの配慮は適切である。主要な倫理的課題についての方針が明文化され、倫理委員会も開催されている。なお、職員個々の倫理的課題への認識強化と倫理委員会の存在・役割の周知が望まれる。さらに、現場での倫理的課題を検討する仕組みづくりが期待される。

病院全体として、患者・家族や来院者の利便性・快適性に配慮している。また、高齢者・障害者に配慮した施設・設備を整備している。院内は整理整頓され、療養環境にも配慮している。敷地内禁煙の方針を明示しており、職員の喫煙率も調査し、喫煙率の低減も認められる。引き続き、職員の禁煙推進が期待される。

### 4. 医療の質

意見箱、メール、患者相談窓口などを通して患者・家族の意見・苦情を収集し、手順に沿って検討し、改善を図っている。多職種が参加し各種のカンファレンスを開催しており、複数のクリニカル・インディケーターを用いて診療の質の向上に活用している。また、診療の質向上委員会が中心になって継続的に医療サービスの質の向上に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入に向けた検討は、倫理委員会で倫理・安全面などに配慮して審議されている。新たな知識・技術の習得のための支援も適切に行われている。

病棟、外来等における管理・責任体制は明確である。診療記録は適時・適切に記載されている。退院サマリーの2週間以内の作成率は、臨床研修病院として恒常的に100%を維持することが期待される。多くの多職種チームが協働しており、診療科の枠を超えた合同カンファレンスが開催されるなど、診療・ケアの体制は充実している。

## 5. 医療安全

病院長直轄に安全・感染管理室が設置され、医療安全管理者は権限を委譲されて組織横断的に活動している。また、医療安全管理対策委員会が組織され、継続的な改善活動を行っている。安全確保に向けた情報収集では、アクシデント・インシデントは発生した事例およびオカレンス報告を円滑かつ継続的に収集できる仕組みが構築されている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は手順が遵守され、手術室ではタイムアウトが実施されている。なお、タイムアウト実施の記録があると、さらに適切である。指示受けから実施、実施確認に至るまでの手順は明確であり、確実に実施されている。検体検査のパニック値や画像診断などで早期対応が必要な結果については、速やかに報告される手順が確立している。画像診断結果の未確認防止対策の工夫が期待される。カリウム製剤はプレフィルドシリンジ製剤のみを採用し、抗がん剤は全てレジメン管理・登録され適切である。麻薬や向精神薬の保管・管理、ハイリスク薬の定義の見直しが望まれる。転倒・転落防止対策は全患者に対してリスク評価が実施され、危険度が高い患者は多職種で情報共有した上、患者・家族にリスクや対応策を説明し、同意を取得する取り組みがなされている。医療機器を安全に使用するため、看護師が理解しやすい内容でマニュアルが整備されている。医療機器に関する教育を計画的に実施しているが、参加率向上の工夫が期待される。BLS研修は全職員を対象に毎年、計画的に開催されている。院内緊急コールが設定されているが、定期的な訓練の実施が望まれる。なお、AEDや除細動器について、緊急時迅速な対応ができるような配置場所の検討が望まれる。

## 6. 医療関連感染制御

感染管理委員会では委託業者や地域連携施設のスタッフも参加し、マニュアルの作成・改訂、アウトブレイク時の対応など必要な議題が検討されている。ICTの中心的役割を担うICNが専従配置されている。院内の感染発生状況の把握は、臨床検査室から感染管理委員長、ICN、該当病棟管理者へ直ちに報告され、電子カルテ上の感染管理システムで情報共有できる体制が整備されている。サーベイランスが継続的に実施され、針刺し・粘膜曝露の発生件数を半減させる実績をあげている。

医療関連感染を制御するための活動では、速乾性手指消毒剤および流水による手洗いの基準を定め、速乾性手指消毒剤を各病室入口に設置するとともに、手指衛生徹底のための継続した取り組みがなされている。感染経路別予防策はマニュアルに基づき実施され、血液・体液の付着したリネン類の取り扱いも適切である。また、感染性廃棄物は指定容器に分別・廃棄することが徹底されているが、一部の病棟での使用済みの病衣用カートの設置場所については検討が望まれる。抗菌薬は原則的に分離菌感受性パターンに基づいて使用されている。2018年度からASTを立ち上げ、抗菌薬適正使用に努めている。

## 7. 地域への情報発信と連携

ホームページに加え、患者・住民向けの広報誌や地域医療機関向けの広報誌を発行し、医療サービスに関する広報を行っている。病院の運営実態、診療実績、研究発表などを取りまとめた年報が発行され、ホームページでも診療実績の他、臨床指標を公表している。さらに、SNSによる病院の近況、部署紹介、医療講演の紹介など様々な最新情報の発信に取り組んでいる。なお、ホームページの速やかな更新と患者満足度調査等の情報発信が期待される。地域医療支援病院として情報ネットワークシステムを活用して、地域の登録連携医療機関の状況を把握し、紹介・逆紹介、返書、依頼検査などに関連した業務を円滑に行っている。積極的に登録医を訪問して「顔の見える」関係づくりに努めるとともに、地域ニーズを病院運営に活かしている。クラウド型情報ネットワークの活用による双方向の情報共有が深められ、今後の成果が期待される。定期的に健康教室を開催する他、諸団体の依頼に応じて住民や医療従事者を対象とした医療講演を様々なテーマで開催している。年1回のイベントを開催して、楽しみながら健康を考えるとともに、住民に病院を知ってもらう取り組みもあるなど、地域に向けた活発な教育・啓発活動は高く評価できる。専門職による医療従事者への専門実践研修を開始しており、地域包括ケアの確立や医療の質の向上へのさらなる成果が期待される。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診患者では問診票や診療情報提供書などにより情報を収集し、円滑な外来診療が行われている。認定看護師によるストーマ外来も行っている。診断的検査は安全に配慮して確実に実施されている。入院は医学的な判断に基づいて、適切に決定されている。病態および重症度を考慮し、患者・家族の希望にも配慮しながら弾力的な病床運用に努めている。患者の病態を主治医が評価し、転倒・転落、褥瘡、栄養などの評価を多職種で行い、検査・治療計画を作成し、入院診療計画書などで患者に説明するとともに、同意を得ている。入院中に治療計画の見直しが必要になった場合には、入院診療計画書などを再作成することが望まれる。入院予約時に入院センターで入院生活に必要な注意事項等を説明し、入院時には病棟で病棟設備や入院生活のオリエンテーションが行われている。夜間・休日を含め緊急入院の場合は、患者の状態や家族への配慮もしながら、円滑に入院できるように努めている。看護師の病棟業務は看護基準や看護手順に沿って、適切に行われている。医師、病棟薬剤師、看護師が協力して投薬・注射を確実・安全に実施している。抗がん剤の調製・混合は安全キャビネットを用いて、全て薬剤師によって行われている。輸血は手順に従って確実・安全に実施されている。輸血療法後の感染症検査の実施率の把握が望まれる。周術期の対応では覚醒から抜管、退室判断、搬送まで安全に配慮している。また、周術期合併症の予防対策も適切に行われている。重症患者には状態に応じた管理を行い、多職種によるチーム医療を実施している。褥瘡の予防・治療では入院時、全患者にリスク評価を行い、リスクが高い患者には褥瘡対策に関する計画を立案し、ケアにあたっている。また、入院時、全患者に看護師が栄養評価を行い、必要時には栄養士やNSTが介入している。症状緩和に対する方針・手順が

明確にされ、専門チームの介入や多職種による症状緩和が適切に行われている。入院早期からリハビリテーションを積極的に実施している。身体抑制は患者の状態を慎重に評価し、抑制中の観察や早期解除に向けた取り組みも適切である。入院センターを中心に多職種が連携し、患者・家族の退院支援を行っている。また、継続した診療・ケアが必要な患者に適切に対応している。ターミナルステージへの対応については、終末期患者の看護手順が整備され、心理過程やQOLに配慮した診療・ケアが提供されている。なお、ドナーカード保持者への対応手順や臓器提供マニュアルの整備が期待される。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では処方鑑査、疑義照会、薬剤管理などを適切に実施している。トレーシングレポートを使った院外処方箋の応需薬局との情報共有は、患者安全のための望ましい取り組みとして評価できる。今後、薬剤師の人員の確保と業務の拡大が期待される。臨床検査科では時間外も含めて院内で必要な検査を実施し、外部精度管理の評価も良好である。パニック値の報告手順も確実・迅速である。CT、MRI、核医学の全ての画像診断は複数の専門医によるダブルチェックが行われ、速やかに報告されている。標的臓器以外の部位で異常を発見した場合には、指示を出した医師に電話で直接報告する運用が行われている。栄養科では食材の検収、調理、配膳・下膳、食器の洗浄・保管など一連の業務を適切に行っている。調理室内の衛生管理や温・湿度管理なども適切である。急性期の脳血管疾患、運動器、心大血管、呼吸器、がん患者、廃用性症候群、摂食・嚥下機能のリハビリテーションが積極的に行われている。訓練プログラムの検討や見直しも適切に行っている。診療情報の管理は1患者1IDでの管理・保管を徹底している。診断名や手術名のコード化、診療記録の形式的な点検なども適切に行っている。医療機器は現場の看護師が安全かつ適切に使用できるように管理されている。洗浄・滅菌機能では滅菌の質保証のための取り組みが確実に行われている。また、限られたスペースで汚染器材と滅菌器材が交差しないよう工夫している。

病理検査室では術中迅速組織診断も行い、非常勤医の診断結果については全て常勤医が再確認するなど、病理診断機能を適切に発揮している。輸血・血液管理機能では自己血、アルブミンを含む血液製剤を適切に管理し、発注から供給まで確実である。手術部ではWHOチェックリストに沿って確認を行っている。術中管理は確実であり、オカレンスチェックを全例で行うなど、医療安全への配慮も見られる。集中治療室には急性・重症患者看護専門看護師を配置し、機能に見合った設備・機器を備えている。また、多職種が関与し、各種チームが適切に支援している。二次救急を担当し、小児救急症例にも積極的であり、杉並区を中心とした救急医療を支えている。夜間の応需率の向上が期待される。

## 10. 組織・施設の管理

病院会計準則に基づいた会計処理を行い、各帳票類の整備、会計監査等を確実に実施している。毎月、経営会議等で予算と実績を対比・評価し、改善策を検討している。分析資料も詳細であり、事業経営改革において数値目標を設定して実績対比を分析するなど、財務・経営管理は高く評価できる。医事課では窓口収納業務、レセプト作成・点検、返戻・査定への対応を適切に行っている。施設基準の遵守や未収金への取り組みも適切である。業務委託については業者の選定・契約、業務の実施状況の把握と質の検討、事故発生時の対応体制の整備など適切である。

施設・設備の管理は病院職員と業務委託により計画的に行われている。電気設備や非常用発電装置の日常・保守点検や、医療ガス設備の管理は徹底されている。院内の清掃や廃棄物の処理も適切である。薬剤、医療材料は委員会でも合理的に品目選定を行い、購入・検品のプロセスや在庫管理なども適切である。

災害や大規模災害発生時の対応は行政とも連動したマニュアルを策定し、各部署の役割分担や責任体制を明確にしている。広域防災訓練に参加するとともに、通信設備や緊急電源の確保、食料・飲料水・医薬品の備蓄など、災害時の対応を適切に行っている。保安業務は業務委託であり、警備員が常駐して巡回する他、監視カメラを各所に設置している。緊急時の連絡・応援体制も適切に整備されている。医療事故発生時の対応手順が整備され、医療対話推進者の養成研修を終了した職員が配置され、訴訟に対応する仕組みも適切である。

## 11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院としてプログラムが整備され、臨床研修委員会事務局が主となって研修を進めている。研修医の評価はEPOCに加え、関連職種による評価も行っている。看護部門では段階別教育プログラムを設定し、レベルに応じた達成目標を基準に研修が進められている。他の専門職においてもOJT形式を中心に、プログラムに沿った研修が行われている。2017年度にシミュレーションセンターを整備し、研修機材を用いた技術研修が可能となるなど、専門職種に応じた初期研修を適切に行っている。学生実習については、看護師、薬剤師、療法士、栄養士など多様な養成校の実習を積極的に受け入れている。各養成校と実習契約を交わし、医療安全、感染対策、守秘義務など必要なオリエンテーションのもと、事前に協議したカリキュラムに沿って現場指導者が実習を履行し、成果を評価している。予防接種の実施状況や、学生の健康状態を実習開始前に把握している。実習生から個人情報保護に関する誓約書を取得するとともに、実習中の事故等への対応手順も整備して、学生実習を適切に行っている。

# 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	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
1.4	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	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	A

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	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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2018 年 6 月 30 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 東京都杉並区阿佐谷北1-7-3

## 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	331	331	+0	86.9	10.8
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	331	331	+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	-4
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)	8	+8
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		
小児入院医療管理料病床	25	+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, 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： 11 人 2年目： 9 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

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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	453.43	457.79	422.10	99.05	108.46
1日あたり外来初診患者数	83.76	89.33	82.58	93.76	108.17
新患率	18.47	19.51	19.56		
1日あたり入院患者数	287.68	282.56	282.32	101.81	100.09
1日あたり新入院患者数	30.22	30.90	31.73	97.80	97.38