

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12月20日～12月21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、診療科の増設による診療機能の充実などにより発展を遂げ、現在では高度急性期および急性期診療を担う、地域の中核病院となっている。また、地域医療連携にも積極的に取り組んでいる。

今回の病院機能評価にあたっては、病院長を中心に職員が一丸となって取り組んでいる様子がうかがえた。評価項目の多くは適切と判断され、特に輸血・血液管理機能や救急医療機能は高く評価された。一方で貴院の役割や機能に照らすと、さらなる取り組みが望まれる評価項目もみられた。本報告書を活用しつつ、医療の質向上に継続して取り組まれ、貴院がますます発展されるよう祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が分かりやすく明文化され、定期的な見直しや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するとともに、その解決にリーダーシップを発揮している。病院事業中期計画とともに、部門ごとの目標を設定した院内中期計画を策定し評価するなど、効果的・計画的な組織運営を行っている。情報の管理・活用の方針は明確であり、有効に活用している。県の文書管理規程などに基づき、文書の管理責任部署や担当者を明確にし、管理する仕組みも適切である。

産科医師、小児科医師、リハビリテーション科医師、看護師、療法士等を計画的に確保するなど、人材確保の努力は評価できる。人事・労務管理に必要な規則・規程が整備され、職員への周知も適切に行っている。安全衛生委員会が設置され、健康診断や職場環境の整備など職員の安全衛生管理を適切に行っている。職員の意見・要望が把握され、就業支援に向けた取り組みや福利厚生に配慮している。全職

員を対象とした教育・研修が計画的に実施され、実施実績を把握・管理している。人事評価マニュアルに基づき、能力評価と業績評価を行うとともに、各部署所属長は目標管理面接を行い、職員個々の能力開発に向けて適切に支援している。

3. 患者中心の医療

患者の権利について、病院の基本方針で謳っている他、明文化し周知している。患者と、診療・ケアに必要な情報が提供・共有されており、医療への患者参加を促す取り組みも適切である。医療相談支援室を設置し、看護師やMSWが患者・家族からの様々な相談に対応している。個人情報保護方針や利用目的などが明確にされ、遵守されている。診療や生活上のプライバシーにも配慮している。臨床の様々な場面で生じた個別具体的な倫理的課題は、病棟カンファレンスの中で取り上げている。解決困難な倫理的な問題は臨床倫理コンサルテーションチームが症例を検討したうえで、病院としての方針を決定している。

多くの患者用駐車場が整備され、コンビニ、カフェカーリー、ATM、理容室などが設置されている。また、入院中の通信手段が確保されるなど、患者・面会者の利便性・快適性に配慮している。すべての建物でバリアフリー化を進めており、階段、廊下、浴室、トイレなど必要な場所に手摺りが設置されるなど、高齢者・障害者に配慮した施設となっている。院内は整理整頓され、清掃も行き届いている。トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性が確保されるなど、療養環境を適切に整備している。

敷地内禁煙を方針として、周知徹底している。職員の喫煙率は極めて低く、がん診療連携拠点病院として職員の禁煙に関する意識が高いことは評価できる。

4. 医療の質

意見箱の設置や患者満足度調査の実施により、患者・家族の意見・要望を積極的に収集するとともに、質改善に活用している。症例カンファレンス、CPC、キャンサーボード、画像検討会などを活発に開催している。診療ガイドラインを活用するとともに、多くのクリニカルパスを運用している。業務の改善活動としてTQM活動ワーキンググループを立ち上げている。今後はさらに、改善提案を実行する病院改革プロジェクトとの連携が期待される。病院として倫理・安全面などに配慮して新たな診療・治療方法や技術を導入し、支援体制も整備している。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり適切である。記載マニュアルに基づき、各職種が電子カルテに診療記録を適時記載している。多職種で構成する緩和ケアチーム、NST、ICT、褥瘡対策チーム、嚥下評価・口腔ケアサポートチーム、RST、精神リエゾンチーム、放射線療法チーム、骨転移チーム、認知症チームなど様々な専門チームの組織横断的活動が、積極的に展開されている。

5. 医療安全

医療安全管理対策室を中心に、安全確保に向けた体制が確立している。また、安全確保に向けた情報収集や分析結果を活かした改善活動も適切に行われている。

各部署において患者・部位・検体などの誤認防止対策を適切に実践している。情報伝達エラー防止対策は医師の指示出し・実施確認や口頭指示をはじめ適切に実践されている。薬剤の安全な使用に向けた対策は、おおむね適切に実践されており、今後、一層の質向上が期待される。

入院時および入院後、すべての患者にアセスメントシートを用いたリスク評価を行い、看護計画に反映するなどして、転倒・転落防止対策を適切に実践している。医療機器は、臨床工学技士が主体となり、職員への教育・研修の実施や使用マニュアルに基づく確認を行い、安全に使用している。患者等の急変時について、RRSを立ち上げて速やかに対応している。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会はICDを委員長として各部門の責任者で構成されており、院内の感染制御に関する報告や審議を行っている。ICTとASTは会議やTラウンドを実施している。部門別サーベイランスはSSI、CAUTIに積極的に取り組むとともに、CLABSIも開始されたところである。

医療関連感染を制御するための活動はおおむね適切に実施され、標準予防策は各職場で遵守されている。抗菌薬の適正使用に関する基本指針は整備されており、特定の抗菌薬は届け出制となっている。院内の分離菌感受性パターンは把握され、アンチバイオグラムは年1回報告し、電子カルテで閲覧できるようになっている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページを運営し、受診方法や入院案内、診療科紹介や診療実績の掲載など患者向けの情報発信を行い、内容も適宜見直している。患者向け広報誌や地域の医療機関向けの年報を発行するなど、情報発信を積極的に行っている。地域医療連携室が中心となり、紹介・逆紹介への対応、返書の確認、検査依頼などの実務を的確に行っている。脳卒中と大腿骨頸部骨折の地域連携パスが活用されている。

市民向けに市民公開講座や公開セミナーなどを開催している。医療機関の専門職に対しては事例検討会を開催するとともに、緩和ケア、褥瘡、訪問看護に関する研修会や薬剤師向けの研修会も開催するなど、意欲的に地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診断的検査は同意取得のうえ、確実・安全に実施している。入院診療計画書はおおむね適切に作成されているが、記載内容の向上に努めていくことが期待される。相談支援センターに相談窓口を設置し、経済的問題、福祉的問題、がん相談など多様な相談に対応している。

外来に入院前支援センターを開設し、消化器外科、呼吸器外科、泌尿器科の患者を対象に入院オリエンテーション、患者基本情報の収集、看護計画の立案などを行っており、患者・家族は余裕を持って入院の準備ができるようになっている。看護師は病棟業務に必要な手順や基準を整備し、適切なケアを行っている。投薬・注射の確実・安全な実施において、おおむね適切な取り組みがみられる。輸血は医師が必要性を説明し同意を得たうえで指示し、投与時の確認、副作用出現時の対応、緊急時の準備も適切に行われている。手術・麻酔の適応と方法は診療科のカンファレンスで検討している。麻酔科医師の術前・術後診察、手術室看護師の術前訪問、サインイン、タイムアウト、サインアウト、合併症予防対策も適切である。重症患者についてはICU、HCU、CCUが設置され、入退室基準に基づき管理を適切に行っている。

すべての入院患者に褥瘡発生のリスク評価を実施し、褥瘡の予防・治療を適切に行っている。病棟では管理栄養士による病棟担当制がスタートし、病室に訪問して栄養管理を行うとともに、食形態や内容の工夫が適切に行われている。がん専門看護師や認定看護師が積極的に活動して、全人的に患者の苦痛やがん性疼痛に対して、症状緩和を実践している。身体抑制の適応基準や実施手順を整備している。入院早期から退院支援のために医師、MSW、退院調整看護師が患者・家族の意向を確認・検討して、継続した診療・ケアを適切に提供している。ターミナルステージにおける患者・家族への配慮は適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能について、疑義照会、処方鑑査・調剤鑑査は薬剤師のダブルチェックを必須とし、適切に実施されている。臨床検査機能では遺伝子検査をはじめ病院の機能・規模に応じた臨床検査が実施され、異常値やパニック値の取り扱い、内外精度管理も適切に行っている。画像診断機能は365日24時間体制で、必要な検査を実施している。

栄養管理機能では、がん化学療法患者に対する選択食の開発検討など、新たな取り組みがあり評価できる。リハビリテーション機能では、心大血管・脳血管・運動器・呼吸器・がんなど、必要なリハビリに幅広く対応している。訓練の連続性確保の観点から、今後、365日対応の充実に向けて検討が期待される。診療情報管理機能では診療記録の量的点検、診断名・手術名のコード化、がん登録などが適切に行われている。医療機器は臨床工学技士が主体となって、適切に一元管理されている。洗浄・滅菌は使用済み器材の一次洗浄をはじめ滅菌の質保証などが適切に実施されている。

病理診断機能ではレポート確認漏れシステムを導入し、診断結果の見落としを防止している。放射線治療機能では放射線治療医師による患者への説明と同意が丁寧に行われている。

輸血・血液管理機能では輸血提供体制を整備し、使用状況を輸血療法管理委員会でデータ管理して、必要事項を審議している。緊急時の対応も含め、機能を高く評価したい。手術・麻酔機能では麻酔科医師が管理責任者となって多くの手術を実施

し、緊急手術へも適切に対応している。集中治療機能ではICU、CCUともに入退室基準を遵守し、主治医をはじめ多職種が適切に関与している。救急医療機能は、二次救急病院ではあり、県内で唯一の精神障害者身体合併医療事業に参画している。さらに、ドクターカー事業も活発であり、虐待事例にも積極的に対応するなど、秀でている。

10. 組織・施設の管理

事業計画に基づいた予算が立案され、進捗状況が会議等で報告されている。病院会計準則に基づいた会計処理が適切に行われ、会計監査の仕組みもある。外来・入院の受付業務、会計窓口業務、診療報酬請求事務、未収金管理などが確実に進めている。業務委託においては委託業者の責任者との打ち合わせを適宜実施し、病院からの要望を伝えている。委託業者の選定、日常管理、委託業務従事者への教育なども適切に行われている。病院の役割・規模に応じた施設・設備が整備され、日常点検と保守管理が適切に行われている。医療ガスの安全管理や、感染性廃棄物をはじめ廃棄物の処理も適切である。物品管理では物品の請求から検収に至る過程や在庫管理は適切であり、ディスプレイ製品の単回使用の方針も徹底している。

地域災害拠点病院としてDMATを有し、必要な非常電源も確保されている。水、食料、医薬品等の備蓄なども適切である。なお、BCP策定に合わせて災害対策マニュアルの更新が期待される。保安業務は警備員の常駐、巡回警備、防犯カメラの設置などで体制を整備している。医療事故発生時の対応手順が明確にされ、原因究明と再発防止に向けた検討や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

基幹型と協力型の臨床研修病院であり、臨床研修管理委員会で決められたプログラムに沿って初期研修医の研修・評価を行っている。初期研修医や指導医の評価については、多職種での評価を取り入れている。看護部ではクリニカルラダー制度が運用され、能力達成度を客観的に評価している。その他の職種については、マニュアルに沿って新入職員の研修と習熟度を評価した後に新規業務に就かせるなど、専門職種に応じた初期研修を適切に行っている。医学生や看護学生の他、薬剤、栄養、リハビリ、検査などの養成学校からの依頼に基づき実習生を受け入れている。所定のカリキュラムに沿った実習や評価が行われ、実習を受け入れる際の個人情報保護や医療安全、感染管理など必要な教育も適切に行っている。

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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	S

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	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	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 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： 茨城県立中央病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 都道府県
 I-1-4 所在地： 茨城県笠間市鯉淵6528

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	475	475	+0	84.8	12.1
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	25	25	+0	16	58.7
感染症病床					
総数	500	500	+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	10	+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)	6	+0
ハイケアユニット (HCU)	20	+0
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	34	+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		
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	23	+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

地域医療支援病院, 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, DPC対象病院(Ⅱ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： 14人 2年目： 13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

診療科名	医師数 (常勤)	医師数 (非常勤)	1日あたり 外来 患者数 (人)	外来診 療科構 成比(%)	1日あたり 入院 患者数 (人)	入院診 療科構 成比(%)	新患割 合(%)	平均在 院日数 (日)	医師1人 1日あたり 外来 患者数 (人)	医師1人 1日あたり 入院 患者数 (人)
内科	0	0.08	37.77	3.64	0.21	0.05	23.88	2.81	472.08	2.60
呼吸器内科	7	0.28	54.86	5.28	51.79	12.74	4.19	18.02	7.54	7.11
循環器内科	9	0.2	48.69	4.69	32.92	8.09	4.54	11.65	5.29	3.58
消化器内科(胃腸内科)	10	0.18	68.16	6.56	53.15	13.07	5.69	11.69	6.70	5.22
腎臓内科	6	0	61.29	5.90	10.72	2.64	0.56	19.52	10.22	1.79
神経内科	1	0	13.99	1.35	5.53	1.36	2.17	31.03	13.99	5.53
糖尿病内科(代謝内科)	2	0.56	19.80	1.91	3.28	0.81	2.42	13.23	7.74	1.28
血液内科	3	0	15.72	1.51	19.75	4.86	1.75	25.16	5.24	6.58
皮膚科	3	0.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
リウマチ科	3	0.16	19.60	1.89	4.93	1.21	1.51	28.56	6.20	1.56
小児科	3	0	15.10	1.45	1.16	0.29	13.95	5.67	5.03	0.39
精神科	1	0	0.22	0.02	0.00	0.00	3.77	0.00	0.22	0.00
外科	10	0	40.89	3.94	36.10	8.88	6.87	11.24	4.09	3.61
呼吸器外科	4	0.34	14.07	1.35	7.67	1.89	5.42	9.85	3.24	1.77
循環器外科(心臓・血管外科)	3	0	2.35	0.23	3.02	0.74	6.10	21.59	0.78	1.01
乳腺外科	4	0	19.04	1.83	4.44	1.09	10.42	9.52	4.76	1.11
泌尿器科	5	0.29	76.46	7.36	18.06	4.44	3.88	8.89	14.45	3.41
脳神経外科	3	0	25.16	2.42	20.84	5.12	8.40	21.42	8.39	6.95
整形外科	7	0.2	82.39	7.93	44.08	10.84	5.52	23.98	11.44	6.12
形成外科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
眼科	2	0	39.89	3.84	2.13	0.52	3.29	3.37	19.94	1.07
耳鼻咽喉科	4	0	43.27	4.17	20.62	5.07	10.37	15.30	10.82	5.16
産婦人科	9	0.66	77.09	7.42	29.36	7.22	5.68	7.58	7.98	3.04
リハビリテーション科	1	0.19	18.41	1.77	0.00	0.00	0.47	0.00	15.47	0.00
麻酔科	9	0.15	2.76	0.27	0.00	0.00	3.42	0.00	0.30	0.00
病理診断科	2	0.72	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	1	0.58	43.79	4.22	2.79	0.69	54.09	2.04	27.72	1.77
歯科口腔外科	1	0.09	4.75	0.46	0.04	0.01	26.34	6.40	4.35	0.04
総合診療科	6	0	8.81	0.85	25.32	6.23	8.61	25.11	1.47	4.22
腫瘍内科	3	0	36.34	3.50	2.48	0.61	0.20	15.47	12.11	0.83
緩和ケア内科	1	0	1.64	0.16	0.77	0.19	2.01	22.40	1.64	0.77
皮膚科形成外科	0	0	72.21	6.95	5.28	1.30	6.58	12.13	0.00	0.00
放射線治療科	4	0.44	54.73	5.27	0.02	0.01	0.46	2.25	12.33	0.01
放射線診断科	4	0.19	7.38	0.71	0.18	0.04	71.07	6.50	1.76	0.04
予防医療センター	1	0	11.78	1.13	0.00	0.00	4.56	0.00	11.78	0.00
栄養サポート	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	0	27								
全体	136	32.41	1,038.40	100.00	406.62	100.00	8.04	13.20	6.17	2.41

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	1,038.40	1,031.20	1,003.49	100.70	102.76
1日あたり外来初診患者数	83.48	84.22	90.30	99.12	93.27
新患率	8.04	8.17	9.00		
1日あたり入院患者数	406.62	401.20	403.21	101.35	99.50
1日あたり新入院患者数	30.82	29.42	28.87	104.76	101.91