

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 1 月 30 日～1 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

貴院は宮崎県宮崎市に位置し、1951 年に医療法人として設立後、診療内容の拡充や病院の増改築など幾多の変遷を経て、現在も地域における中核病院としての役割を担っている。腎センター、地域周産期母子医療センター、高度生殖医療センターがあり、透析患者、新生児、不妊治療にも確実に対応できる体制を整備している。また、基幹型の臨床研修病院として研修医を受け入れている。

今回の病院機能評価では、理事長、院長を中心に病院幹部の優れたリーダーシップのもと、全職員が協力して医療の質向上に積極的に取り組んでおり、改善を図っている状況を確認した。一部の業務において課題も見られたが、今後も継続的に質改善に取り組み、貴院が益々発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は病院の役割を踏まえ、患者の立場に立った内容を定めており、適切に周知している。院長をはじめ、病院幹部は現状の課題を認識しており、意思決定会議で検討し、解決に向けて取り組んでいる。各種規程を整備し、必要な会議・委員会を設置しており、病院運営のための必要な決定を行っている。情報システムは電子カルテをはじめ、多くのシステムを総合的に運用している。院内の文書は規程に基づき、文書体系管理システムにより適切に管理している。

医療法や施設基準に必要な人員を確保している。継続的に人材の確保に取り組んでいるが、麻酔科医師、薬剤師などの人員の充実に向けて、一層の取り組みを期待したい。人事・労務に関する各種規則・規程を整備し、有給休暇の取得状況の把握や働き方改革に向けて取り組むなど、人事・労務管理を適切に行っている。安全衛

生委員会を毎月開催し、職員の健康診断の実施状況や職場の状況を把握している。職員アンケートなどで職員の意見・要望を把握しており、魅力ある職場づくりに向けて、人員配置等の見直しを進めていく予定である。全職員を対象とした教育・研修は、年間教育計画書に基づき実施している。研修の出席率の向上に向けて、未受講者に受講を促すなどさらなる取り組みを期待したい。職員の能力評価として、職務遂行基準、人事考課制度、目標面接制度からなる人事制度を導入しているが、医師の能力評価制度の導入についても検討を進めることを期待したい。

3. 患者中心の医療

病院の理念・基本方針に基づき、「医療を受ける人の権利」を明文化しており、患者・家族、職員に周知している。診療記録の開示請求には、原則として全て開示し、適切に対応している。説明と同意に関する方針を定めているが、医療者が同席できない場合について、患者・家族の意思が尊重できるよう仕組みについて検討を期待したい。診療情報は患者用パス、入院診療計画書などを用いて、患者が理解しやすいように工夫して対応している。患者支援体制を整備し、患者・家族からの様々な相談に対応している。患者相談窓口をわかりやすく表示し、入院案内にも記載して周知に努めている。患者が児童虐待、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応について、明文化している。個人情報の保護に関する規程を整備し、物理的・技術的な保護、診療・生活上におけるプライバシー保護に配慮している。個人情報のダウンロードに関しては、より安全な運用となるよう仕組みを明文化し、運用することを期待したい。倫理的課題に対する方針を整備しており、日常の臨床現場における様々な倫理的課題を適切に検討している。解決できない倫理的課題は、倫理委員会で検討する仕組みがあり、実際に検討した実績がある。

病院へのアクセスはシャトルバス、路線バス、タクシーが利用可能であり、駐車場、駐輪場も整備されている。また、障害者専用の駐車スペースを確保しており、院内は車椅子が利用できる十分な広さを確保している。必要な場所に手摺りが設置されているなど、高齢者、障害者に配慮された施設・設備となっている。敷地内禁煙の方針を周知し、禁煙外来を実施しており、職員の禁煙推進活動にも取り組んでいる。

4. 医療の質

外来・各病棟に意見箱を設置しており、定期的に回収し、検討している。収集した意見・要望は職員にフィードバックしており、患者・家族からの意見等に適切に対応している。各診療科の定期的なカンファレンスの他、多職種・多診療科が参加する多くのカンファレンスを開催している。診療ガイドラインなど、新しい医療情報については、職員が必要時に参照し、活用できる仕組みがある。今後は、臨床指標を診療の質改善に活用する仕組みを整備し、組織的に活動することを期待したい。業務の質改善についてはQMC（品質管理委員会）を中心に、TQM推進会議など複数の組織が多方面から取り組んでいる。また、業務改善プロジェクトとして、テ

ーマを決めて集中的に質改善活動を推進しており、具体的な改善に繋がっている。新たな診療・治療方法や技術の開始前には、他施設の見学や学習会などで知識や技術を習得した上で実施している。また、臨床研究については、申請を行い、倫理委員会の審査を経て開始し、研究開始後の状況についても把握しており、適切である。

病棟、外来、各部門の責任者は明示されている。病棟師長は毎日ラウンドを行い、診療・ケアの進捗状況や実施状況などの把握に努めている。診療記録はマニュアルに基づいて、適時に記録されている。今後、質的点検のさらなる充実を期待したい。組織横断的なチーム医療として、栄養サポートチーム、緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、感染対策チーム、リエゾンチーム、排尿自立支援ケアチームなどが積極的に活動している。

5. 医療安全

専従の医療安全管理者を配置し、事故事例の検討、マニュアル改訂、ラウンドの実施など、安全確保の体制を整備している。医療安全管理者の権限付与を明文化することを期待したい。アクシデント・インシデントについては、速やかに発生事例の情報収集・集計を行っている。高頻度や重大事故に繋がる可能性のある事例を取り上げ、分析を行っている。

患者誤認防止のマニュアルを整備し、3点認証を基本として遵守している。医師の指示出し・指示受け、実施の確認や指示の変更・中止は、適切に実施している。画像診断読影レポートの未読防止対策を明確にすることを期待したい。薬剤アレルギー歴は処方時にアラート表示される仕組みであり、薬剤師がアレルギー、禁忌、相互作用等について確認している。抗がん剤等を適切に取り扱っている。薬剤部の麻薬保管庫の施錠および管理方法は、責任の所在を明確にする運用に見直したため、引き続き安全な管理を継続することが望まれる。全入院患者に対して転倒・転落のリスク評価を行い、対策を立案し、実施と評価を行っている。医療機器を使用する職員に対して、全体研修を実施し、人工呼吸器や除細動器については部署からの要請に応じて研修会を開催している。院内救急コールを設定しているが、使い分けの基準が不明確であるため、患者の急変時にすぐに対応できるよう明確にすることを期待したい。また、救急カートは院内で点検方法や表示などを統一することを期待したい。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御については、院長直属の感染制御委員会が設置され、必要な権限が与えられている。専従のICN、ICD、薬剤師、臨床検査技師などの多職種から構成するICTを中心に、院内の医療関連感染制御の実務を行っている。ICTは、ラウンドにより収集した感染情報に基づき、感染制御対策について協議し、該当部署にフィードバックしている。感染症が発生した場合は、ICTが情報を収集し、速やかに対策を行う体制である。アウトブレイクへの対応は、マニュアルが整備され、ICTが積極的に関与して対応している。院外の感染情報を把握し、比較検討を行っ

ている。

標準予防策、感染経路別予防策についてマニュアルを整備し、病室入り口や汚物室等、必要な場所に個人防護用具を設置している。使用済みのリネンは、より安全な管理を行うよう運用や配置場所について検討を期待したい。抗菌薬の採用・中止は薬事審議会で決定しており、抗菌薬使用に関するガイドラインを整備し、活用している。薬剤部は毎月届け出制抗菌薬の使用状況を集計しており、薬事審議会で報告した上で、医師にフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌を発行し、地域の診療所の登録医等に配布している。また、病院の診療内容や医療サービス情報などを提供している。ホームページでは、病院指標として診療実績を公開しているなど、適切に情報発信を行っている。地域医療連携室を設置し、紹介患者の紹介元を把握し、入院時や退院時の返書管理を行っている。地域医療支援病院として、地域医療支援推進委員会や地域医療支援病院運営委員会を開催している。地域への医療に関する教育や啓発活動は、地域住民を対象に公開講座を開催した実績がある。地域の医療者関連施設等に向けた勉強会や研修会を計画して対応している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を案内し、初診・再診等の手続き、紹介患者の受け入れに円滑に対応している。外来では、必要な情報を収集して円滑に患者を受け入れ、プライバシーの保護にも配慮している。医師は医学的根拠に基づいて個々の患者に対するリスクを考慮し、検査の必要性を判断して実施している。侵襲の高い検査については、検査内容と必要性およびリスクについて説明書を用いて患者・家族に説明して同意を得ている。入院は医師が判断しており、入院診療計画書を速やかに作成し、患者・家族に説明して同意を得ている。患者・家族からの医療相談については、地域医療連携室が窓口となり、医療福祉相談室と連携して対応している。また、入退院支援室を設置し、入院説明や入院前の患者情報を収集している。

医師は回診を行い、患者の病態や検査所見を診療録に記載している。また、病棟看護師は各種リスクアセスメントを行い、身体的・心理的・社会的ニーズを捉え、看護を実践している。薬剤師は服薬指導や薬剤管理を行っている。主治医は血液検査の結果などから輸血の適応を検討し、必要性やリスクを患者に説明し、同意を得て実施している。緊急輸血への対応や、投与前の安全確認、投与中、投与後の患者観察を行い、観察記録を残している。手術の適応や術式・麻酔の選択について検討し、適切に対応しているが、合併症対策の充実を期待したい。重症患者は病状に応じて、集中治療室などで管理されており、多職種が協働して関与する体制が整備されている。入院時に全患者を対象に、褥瘡リスクアセスメントを実施し、危険因子のある患者や褥瘡が発生した患者には、専門チームが介入している。全患者に栄養アセスメントを実施し、問題のある患者に対しては、栄養サポートチームが介入して支援している。嗜好や喫食の状況を確実に把握している。症状緩和に対する方針

や手順は、緩和ケアマニュアルに明記されているが、多職種が協働して患者の症状緩和に取り組み、患者の訴えを定量的に把握するよう工夫し、記録することを期待したい。急性期から多職種でリハビリテーションの必要性を評価し、ベッドサイドや訓練室でリハビリテーションを開始している。主治医と療法士は病態やリスク評価を行い、患者・家族の要望を踏まえたリハビリテーション総合実施計画書を作成し、必要性和リスクなどについて説明し、同意を得ている。身体抑制は、管理手順に基づいて実施しているが、患者の身体面と精神面の状態を観察し、多職種で早期解除に向けて取り組むことを期待したい。退院支援については、患者の情報を収集し、転院や施設入所の希望などを把握している。介入が必要な患者は、ソーシャルワーカーなど多職種で情報共有して検討しており、退院後の診療・ケアを支援している。ターミナルステージの判断は、医師が中心となり判断しており、多職種カンファレンスを開催し、患者・家族の意向や支援の方針を確認している。

9. 良質な医療を構成する機能

注射薬は1施用ごとに取り揃え、薬剤部から払い出されている。抗がん剤やTPNは薬剤部で調製・混合している。疑義照会の内容について把握して記録に残し、医師にフィードバックすることを期待したい。臨床検査機能については、院内で迅速に検査を実施できる体制であり、救急診療に必要な検査も24時間365日対応している。パニック値が発生した場合には、迅速かつ確実に医師に報告する手順を整備したため、継続的な運用が望まれる。画像診断は、放射線診断医、診療放射線技師により、CT・MRI、血管造影検査に対応している。診療放射線技師は日当直体制により24時間対応可能であり、緊急を要する検査に即時に対応している。栄養管理機能として、温冷配膳車を使用し、適時・適温の食事の提供に努めている。行事食を導入し、個別対応も行っている。医師の指示後、安全管理基準、評価基準等に基づいて、リハビリテーション実施計画書を作成して実施している。診療情報は、1患者1IDにより一元的に管理されている。システムダウン時の対応も整備している。診療記録の量的点検は、全退院患者を対象に実施する体制を整備したところであるため、引き続き確実な実施が望まれる。医療機器は標準化しており、中央管理し、定期点検などを適切に行っている。洗浄・滅菌機能は滅菌技士を配置して中央管理しており、滅菌精度を確実に確認している。

病理組織診断業務は外部委託により運営しており、迅速に伝えるべき病理診断の結果は、臨床検査部から依頼医に直接連絡する仕組みであり、適切に病理診断を行っている。

放射線治療部門は、リニアック装置を設置し、常勤の放射線治療専門医により院内外の放射線治療に対応している。輸血用血液製剤の発注から検収・保管・使用までの業務を適切に行っており、廃棄率が非常に低いことは高く評価できる。年間多くの全身麻酔手術を行っており、外科の時間外の緊急全身麻酔手術についても標榜医の資格を有する医師が対応している。医師と手術室看護師が調整し、手術スケジュールを適切に管理しており、手術終了後に確実に帰室の判断を行っている。集中治療部門として、集中治療室とNICUを運用しており、救急患者や術後患者を受け

入れ、集中治療を行っている。救急部門は多診療科医師および看護師が協力し、24時間 365 日診療可能な体制を整備している。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に則って財務諸表を作成し、会計監査は外部監査と内部監査を行っている。経営状況は、経営会議等で報告され、課題の検討や改善に取り組んでいる。医事課が窓口の収納業務や、レセプトに関する一連の医事業務を対応しており、未収金の把握と催促などに適切に対応している。委託業務については、契約書に業務内容、賠償責任の範囲などを明記しており、契約内容や委託業者などについて定期的に見直しを行っている。

施設・設備については、年次保守計画が策定し、日常点検等も記録を残して管理している。院内の最終保管場所は、一般産業廃棄物と感染性廃棄物を明確に区分して管理している。医療材料は SPD で使用期限や在庫状況が管理されており、仕入れ先の検討や棚卸を実施している。高額な医療機器については、購入後の検証を行っている。ディスプレイ製品の再利用は行っていない。大規模災害時を想定した災害対策マニュアルや BCP を策定している。緊急時の連絡体制を整備し、職員に周知している。定期的に防火訓練等を実施しており、停電時に備えて自家発電装置の設置や食料や水、医薬品を備蓄している。委託業者により院内の巡視など保安業務が実施されている。夜間は病院の出入口を施錠し、防犯カメラを設置している。医療事故が発生した場合の対応手順は明確であり、院内事故調査委員会を開催し、原因究明と再発防止に向けて組織的に検討している。訴訟に対応する仕組み、紛争化防止への対応も適切である。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型臨床研修病院であり、研修プログラムを整備している。研修医は必要な症例を経験し、CPC にも参加している。研修医は EPOC で評価され、看護師など、他職種も評価を行う体制である。研修医が実施できる診療行為を明文化し、病棟などに掲示している。他の職種においても初期研修のプログラムを整備し、研修用シミュレーターが使用できる体制を整備している。

医師、看護師、薬剤師、事務、理学療法士など、各部門で学生実習を受け入れている。実習生の受け入れは、一元的に管理している。契約書において、医療安全や医療関連感染制御、実習中の事故対応や個人情報保護に対して取り交わしており、ワクチン接種状況を確認している。実習指導要項やカリキュラムに沿って実習を行っている。

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	B
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	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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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： 社会医療法人同心会 古賀総合病院

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： 宮崎県宮崎市池内町数太木1749-1

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	271	271	+0	73.5	10.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	92	92	+0	81.2	62.1
結核病床					
感染症病床					
総数	363	363	+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	6	+0
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)	4	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	3	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室	1	+0
無菌病室	2	+0
人工透析	56	+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	40	+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		
精神科隔離室	2	+0
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), 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： 2 人 2年目： 3 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	549.28	577.22	554.87	95.16	104.03
1日あたり外来初診患者数	35.30	36.89	37.34	95.69	98.79
新患率	6.43	6.39	6.73		
1日あたり入院患者数	272.69	263.02	266.36	103.68	98.75
1日あたり新入院患者数	17.90	16.45	16.61	108.81	99.04