

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24日～12月25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1987年に開設され、30余年の歴史を刻んできた。理念に「生命を安心して預けられる病院、健康と生活を守る病院」と掲げ、患者本位の医療提供と地域連携を明確に示し、地域の要求にこたえてきた。急性期の医療を積極的に展開するとともに、回復期、慢性期の病棟も有し、地域住民の要求に総合的に応じている。離島・へき地への医療支援活動や鹿児島県DMAT指定病院となる等、災害時医療も積極的に取り組んでいる。病院運営に関しては、目前に迫った新築移転を中心とした中期的な事業計画のもとに、院長を先頭に幹部・職員が一体となり診療に取り組み、患者中心の療養環境の整備と診療機能の充実を図っている。今回の更新審査においては、高く評価できる事項や多くの改善努力を確認することが出来たと同時に、いくつかの課題も散見された。今後想定される医療環境の変化や医療・介護・福祉ニーズの多様化は、これまでも増して病院の自己変革が必須の状況であり、さらなる研鑽と発展に期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、理念・基本方針の見直しや院内外への周知を適切に行っている。病院管理者や幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決への取り組み等、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、新築移転を含めた中期計画や事業計画の策定、各部門の目標管理体制の整備等は適切である。電子カルテを導入し、情報システム管理・運営、システム障害への重層的対応体制、安全確保への配慮等も適切である。事務的文書や診療情報、各種基準・手順類、診療関係マニュアル等を文書管理システムで一元的に管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保しているが、病院の機能や業務量から見て医師や薬剤師に関して不足感があるため、さらなる努力を望みたい。人事・労務管理体制を適切に整備しており、職員の安全衛生管理体制は適切である。医師の年次有給休暇の取得率向上の取り組みについては、継続して検討されることを期待したい。安全衛生委員会を設置し、毎月1回委員会を開催して、院内職場環境の整備、労働災害や職業感染予防に取り組んでいる。職員満足度調査を毎年実施する他、職員面接による意見の聴取を行い、職場環境への反映、福利厚生制度の充実等で魅力的な職場作りに努めている。

院内研修の一元的管理体制、院外教育や研修への参加体制を整備している。全職員を対象に能力把握・評価を行い、職員の専門的能力向上や資格取得支援体制を適切に整備している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明確にし、正面玄関などに掲示して周知している。また、社会情勢の変化に合わせて随時内容の変更を行っている。診療記録の開示請求があった場合の手順は定められており、適切である。インフォームドコンセントに関する基本指針があり、説明と同意についても明記しているが、説明および同意書を求める範囲や同席の基準を明確にすることを検討されたい。患者・家族への情報提供は、面談および診療計画書等を活用して診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している。患者相談窓口は入院案内等で分かりやすく案内されており、看護師、社会福祉士および事務員を配置し、各部門と連携して多様な相談への対応を行っている。また、相談内容により多職種で連携し、相談内容は電子カルテにより情報共有を図っている。個人情報保護に関する規程を整備し、厳格な取り扱いを実施するとともに、定期的に取り扱い研修会を開催している。臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでおり、倫理委員会の開催や、倫理審査体制も確立している。患者・家族の抱えている倫理的な課題は、カンファレンスによって検討している。職員の倫理的知識や感性を高めるべく倫理委員会主催の院内研修も開催するなど、患者・家族の倫理的課題への対応は適切である。

患者・面会者等の利便性・快適性は適切に確保しており、外来待合でのパソコンの設置など情報通信の利便性の確保もされている。車椅子でも利用しやすいようにトイレが改修されるなど、バリアフリーの確保に努め、高齢者・障害者への配慮は行き届いている。療養環境について、各病棟に患者がくつろげる場としてデイルームを設け、明るく開放的である。敷地内は全面禁煙とし、院内掲示や入院案内等で周知、敷地内禁煙を徹底している。職員の喫煙率は低下傾向にあるものの、組織的な対策と禁煙希望者への支援が望まれる。

4. 医療の質

患者・家族の意見・苦情の収集は病院全体の意見箱だけでなく、看護部も独自に収集するなど積極的に行っており評価できる。診療の質の向上に向けた活動は、多職種が参加する症例検討会や、術前術後カンファレンスを定期的で開催している。また、臨床指標の収集・分析を実施している。クリニカル・パスの適用率についてはバリエーション分析の取り組みも含めて充実を期待したい。業務の質改善の継続的な取り組みは、継続している病院機能評価受審や年1回の業務改善発表会を通じて積極的に行っており、適切である。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する手順は、徳洲会グループ全体の会議と病院内独自の倫理委員会での2種類の協議体で検討しており適切である。

診療・ケアの管理・責任体制が明確であり適切である。診療記録の記載は、診療録等記載入力マニュアルに基づいて行われている。多職種のチーム活動には、褥瘡予防対策チーム、院内感染対策チーム等の専門チームが構成されているだけでなく、多職種カンファレンスが多数あり、各職種が組織横断的にチーム医療を実施している。外部の医療関係者などが参加した他職種合同カンファレンスも行っている。

5. 医療安全

医療安全管理室を設置し、医療安全管理者が活動に専念できる環境を整備している。マニュアルは定期的に見直しを行う等体制は確立している。インシデント・アクシデント影響レベル0の報告件数が多く、表彰などを実施している取り組みは評価できる。

誤認防止に関する各種マニュアルを整備し、手順に基づいて患者などの誤認防止対策を実施しており、おおむね適切である。情報伝達では、指示出し・指示受け・実施・実施確認などを口頭指示も含め適切に行っている。薬剤師は、重複投与、相互作用、アレルギー等のリスク回避に対処しており、ハイリスク薬の管理も適切である。病棟での一時的麻薬の保管については検討されたい。全入院患者に対してリスクを評価し計画を立案後、計画に沿ってケアを実践している。転倒・転落チームを設置し、対策の実施状況を定期的にモニタリングするなど、転倒・転落防止対策は評価できる。人工呼吸器等の医療機器の使用中は看護師による確認と臨床工学技士による毎日の点検を行っており、医療機器の安全な使用を担保している。院内緊急コードを設定し発生時の訓練を実施し、BLS講習も毎年全職員を対象に実施している。

6. 医療関連感染制御

感染対策室に専任の看護師を配置、ICTと下部組織としてリンクナース会を設置し医療関連感染制御の体制を確立している。感染予防対策委員会やICTラウンドを定期的の実施している。院内感染発生状況や耐性菌発生状況は把握しており、分析やフィードバックを行っている。アウトブレイクに関する詳細なマニュアルを整備している。血流感染、SSIなどのサーベイランス実施に向け、検討が望まれる。

乾式手指消毒剤の個人使用量を調査すると共に、手洗いのタイミングを目視確認し、啓発活動を行っている。汚物処理室や痰吸引時など必要時、ゴーグルが使用できるよう設置場所の見直しが必要である。また、感染性廃棄物については、処理方法を院内で統一し、職員へ再教育することを期待する。抗菌薬使用マニュアルは整備され、特殊抗菌薬は届け出制で運用している。使用状況は ICT により把握されているが、有効的なフィードバック方法の検討が望まれる。指定抗菌薬の届け出率について、提出率向上のための検討も望まれる。

7. 地域への情報発信と連携

病院ホームページには地域住民向けの行事や医療サービスなど常に新しい情報を積極的に発信している。広報誌や法人グループ発行の新聞など様々な媒体で必要な情報を地域に提供し、年報を年 1 回発行している。診療実績や臨床指標はホームページに掲載し、情報発信を適切に行っている。患者相談窓口と地域連携室を含む入退院支援部門が、地域の医療ニーズを把握し、効果的な患者支援や前方および後方連携を行っている。また、地域連携ネットワークなどにも積極的に参加し、医療関連施設等との連携強化を図っている。紹介元・紹介先の病院・施設への情報提供も適切である。地域に向けた活動として、専門職による健康講座や出張講演会を各地の公民館や集会所等において開催し、病院内でも入院患者に向けた教育を実施している。また、「健康友の会」を組織し、健康増進に関する活動を行っており教育・啓発活動は適切である。今後は地域の医療関連施設に向けた専門的な医療知識や技術の支援活動のさらなる充実を期待したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページに、患者が受診するために必要な情報を詳細に分かりやすく掲載している。外来案内係を配置し、事受診患者のニーズに沿った誘導を行っているほか、受診から会計までの対応は、自動精算機などを活用し円滑に行っている。初診患者に関する情報収集は、問診票や紹介状などを活用している。医師が検査の必要性を判断し、重要な検査の適応の判断は、各科カンファレンスでも検討している。各検査は、マニュアルを作成し、造影剤使用時は患者情報のダブルチェックを行っている。外来医師が適切な問診、診察、検査などを実施して入院決定し、入院診療計画を作成している。毎朝、空床情報が報告されており、診療科等の枠組みに捕らわれない弾力的な病床運営を実施している。入退院支援室・患者相談窓口は、患者・家族からのあらゆる相談に対応している。入院時には看護師による種々のリスクアセスメントを行い、患者・家族のニーズの把握や観察・ケア、多職種との連携を行っている。

担当医師は毎日回診を行い、患者の状況を把握し診療録に適切に記録している。多職種が参加するカンファレンスが週 1 回実施され、治療方針などを病棟スタッフと情報共有しており、医師主導によるチーム医療を実践している。患者・家族のニーズにより看護計画を立案しているが、精神的・社会的側面の計画も取り入れるとさらに良い。薬剤師による薬歴管理、服薬指導、抗がん剤の調製などが実施され、

ハイリスク薬は他薬剤と区別できるようにラベル管理・保管している。

輸血の適応と種類・投与量は医師が検討し、患者・家族に説明後同意書を取得している。製剤の受け取りの際は、ダブルチェックにて確認している。輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施しており適切である。手術・麻酔の適応は術前カンファレンスで組織的に検討し、麻酔科医による全身麻酔患者への術前・術後の訪問は、予定手術のみならず緊急手術でも全例で実施できているなど、周術期の対応は適切である。入退室基準が作成・明文化され、基準に則って運用されているなど、重症患者の管理も適切である。褥瘡対策チームが定期的にラウンドし、ケアの確認と支援を行っている。入院時に全患者の栄養スクリーニングを行い、栄養管理と食事指導を適切に行っている。疼痛評価は、フェイススケール等を使用し、患者の訴えに対しては、継続したケアを実施している。緩和ケアマニュアルに基準・手順を整備したところであるため、今後の周知が望まれる。主治医によってリハビリテーションが処方され、入院早期からリハビリテーションを実施している。リスク評価を行いながら病態に応じた実施計画書を作成し、患者・家族の要望に配慮したリハビリテーションを実施している。

身体抑制・行動制限に関する基準を整備し、身体抑制の適応・対象を示して適切である。退院支援は、全患者に入院時スクリーニングを実施し退院支援を適切に行っている。退院時に看護師や管理栄養士、療法士は退院時サマリーを作成し退院後の継続を図っている。延命治療に関する説明書・同意書を用いて患者・家族に説明を開始しておりターミナルステージへの対応は適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬局は、夜間・休日も当直体制を組み 24 時間対応しており、調剤鑑査や注射薬の 1 施用ごとの払い出しを確実に実施している。臨床検査技師が当直し、検査結果は項目を限ればオーダー後数分で報告されている。パニック値は対象項目を検体検査以外に基準を設け、結果は直接医師に電話で報告している非常勤放射線読影医と遠隔画像診断システムを利用し、ダブルチェックを実施している。未読画像チェックも確実に行っている。栄養管理機能は、行き届いた配慮により患者の満足と安心・安全を満たした食事提供を行っている。リハビリテーション実施計画書に沿ってリハビリテーションを 365 日切れ目なく実施し、その効果は BI を用いて適切に評価している。診療情報は 1 患者 1ID で一元的に管理されており、量的点検やコーディングも適切に行っている。一般医療機器の使用後点検・定期点検に加え、使用中もベッドサイドで毎日点検している。また、グループ病院僻地病院での、医療機器の点検や研修会を開催するなど医療機器管理機能は秀でている。一次洗浄は中央化し、洗浄評価と滅菌の質保証のための検査を毎回実施している。

病理診断機能は適切であり、検査結果に悪性所見の疑いがある報告書の確認漏れ防止対策が実施されている。放射線治療は実施されていないが、放射線治療が必要な場合は他施設に紹介している。輸血製剤は自記温度記録計付き専用保冷库・冷凍庫で保管されている。製剤の廃棄率は隔月に開催される委員会で報告している。麻酔科医師は非常勤であるが、全身麻酔と腰椎麻酔のすべてを麻酔科医が担当してい

る。また、麻酔覚醒判断基準を整備し、帰室基準に沿って安全に退出している。ハイケアユニットを利用して集中治療が実施されている。必要に応じて薬剤師・臨床工学技士・リハビリテーションスタッフが関与している。入退室基準が整備されており、毎月開催される会議等で運用方法や稼働率の向上などについての検討を行っている。救急指定病院として年間に多数の救急患者を受け入れている。自院で受け入れができない救急搬送患者の転送先は明確となっており、救急外来で緊急処置が可能な設備を整えている。

10. 組織・施設の管理

会計は病院会計準則に準じて行い、年度決算報告書は本部により一括して作成している。会計監査は本部監査役と外部監査法人により行われており、適切である。レセプトは医師による点検が行われ、返戻査定については医局に報告し、検討・対策を行っている。未収金は手順書に則って管理し、適宜・適切に督促を行っている。業務委託は、規程に従って基準に基づき業者選定している。契約は総務課が管理し、業務状況进行评估し業者の質の維持と検討が行われている。

設備・施設は規程に基づいた保守・管理により機能と安全性を確保し清掃も行き届いている。日常の管理・点検を行い、緊急時における関係部署との連携も確実に行っている。物品の選定・購入は規程に基づき管理し、棚卸を毎月行い期限管理と在庫管理を適切に行っている。

災害派遣医療チーム指定医療機関として、DMAT を有し災害などへの派遣実績もある。今後はBCP 計画の策定など、病院の機能・規模に応じた災害対応の充実が望まれる。保安業務は保安警備マニュアルに基づいて行われ、夜間・休日は警備会社によって保安体制を確保している。医療事故等に適切に対応している医療事故発生時の対応手順や原因究明および再発防止に向けた取り組み、訴訟時の対応手順も明確であり適切である。

11. 臨床研修、学生実習

初期研修センターを設け、研修医の採用および研修を行っている。多職種による評価制度に加え研修医による指導医の評価制度も取り入れている。看護師の新人研修には初期集合研修に始まる年間の教育プログラムを整備し、検査部門の臨床研修や臨床工学部門の医療機器管理研修など病院全体でサポートする体制が整っており適切である。学生実習は、看護師、医療技術職、事務職を目指す実習生を受け入れに関する規程に沿って受け入れている。実習の契約や管理は総務課で一元的に行い、各学校との打ち合わせで決められたカリキュラムに沿って研修が行われ、多職種による評価を行っている。病院理念・方針や医療安全・感染防止対策・個人情報保護に関するルールのオリエンテーション実施や守秘義務等に関する契約書も整備され適切である。

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	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	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	B
1.6.4	受動喫煙を防止している	B

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	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	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	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	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	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	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	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	S
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	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	B
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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：医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会病院

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：鹿児島県鹿児島市下荒田3-8-1

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	250	250	+0	94.9	66
療養病床	60	60	+0	94.7	103.9
医療保険適用	60	60	+0	94.7	103.9
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	310	310	+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)	10	+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	17	+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	40	+0
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

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： 1 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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	171.61	172.54	196.63	99.46	87.75
1日あたり外来初診患者数	21.14	20.44	25.36	103.42	80.60
新患率	12.32	11.85	12.90		
1日あたり入院患者数	272.97	238.76	235.62	114.33	101.33
1日あたり新入院患者数	5.21	5.27	5.62	98.86	93.77