

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 28 日～1 月 29 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 1929 年に開設され、90 有余年にわたり、公務で負傷・罹患した警視庁職員の治療にあたる職域病院としての使命を果たすとともに、一般の地域住民も利用できる地域の中核病院として発展してきた。また、古くは 2.26 事件（1936 年）や、あさま山荘事件、地下鉄サリン事件など様々な事件・災害において救護活動を展開し、その使命を果たしてきた。2008 年には現在の中野区に新築移転し、最新で高度な医療を提供する脳卒中センターや内視鏡センター、人工関節センター、乳腺センターなどを設置し、診療科や部門を超えたチーム医療を実践している。さらに、基幹型臨床研修病院として多くの初期研修医が在籍するなど、教育機関としての役割も果たしている。

2010 年に初回の認定を受け、今回で 3 回目の受審となるが、職員が一体となって医療の質向上に取り組んできた成果が確認できた。これらの取り組みを継続し、今回の受審が貴院のさらなる発展の一助となり、地域においてますます発展することを心より祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は、院内外への周知や見直し・検討が適切に行われている。院長を中心に幹部間で病院の将来像が共有され、職員に向けて的確に発信されている。病院幹部による各部門・部署とのヒアリングを実施し、現状の課題認識の共有や解決に向けた対策についての意見交換、病院への意見や要望を聞くなど、職員の就労意欲を高める組織運営を行っている。意思決定会議である運営会議における各事案の決定事項は、管理会議や資料配布、院内イントラネットを通じて周知している。

年次重点目標に沿って各部門・部署にて目標設定を行い、幹部ヒアリングを実施し、達成度の評価を行っている。

電子カルテシステム、医事会計システム、各検査システム等におけるサーバー監視、外部ネットワーク遮断、パスワード管理、外部記憶媒体の接続規制などにより、真正性、見読性、保存性は確保されている。

職員の採用は定数管理のもと、医療法や施設基準を満たした人員を確保している。また、病院機能拡大にかかる配置人数については、業務量や作業性能等を検討し、必要人数を確保し配置している。衛生委員会を毎月開催し、職員健康診断は適切に行われている。職業感染防止対策としては、各種ワクチンの抗体検査、対象者へのワクチン接種を行っている。職員への精神的サポートは、産業医や臨床心理士による相談窓口を整備している。

教育委員会が、関係委員会や研修担当者と連携し、全職員を対象とする教育研修の年間計画を作成・管理している。医療安全、感染制御、医療倫理、個人情報保護、接遇、ハラスメントなどの必要性の高い研修は定期的実施されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、「患者さまの権利と責務」として院内の各所への掲示や、入院のご案内、ホームページなどに掲載している。患者の請求に基づく診療記録の開示については、規程に基づき対応している。説明と同意が必要な医療行為は、侵襲性により4段階に区分され、詳細な取り決めをしている。同意取得の際は、説明者とは別の医師あるいは看護師が同席することが規定されている。説明書・同意書に関する書式や内容は、組織的に承認される仕組みがある。また、説明や同席の実施状況は、診療録管理委員会で毎月監査をしている。セカンドオピニオンへの対応は、適切である。

入退院支援室では、入院予約時に入院パンフレットを使用して説明を行い、薬剤アレルギー・休止薬剤や栄養管理、退院支援に必要な情報について、患者と共有を図っている。患者誤認防止対策への患者参加では、患者に名前を名乗ってもらうことと、あらゆる場面で患者氏名を確認することをポスターなどで明示し、協力を依頼している。患者・家族等の相談に応じるために入退院支援・患者様相談センターが設置され、相談には看護師・社会福祉士・MSWなど多様な職種の担当者が配置されている。個人情報保護については、新入者オリエンテーションや研修会等で周知している。電子カルテセキュリティについては、定期的なログインパスワードの変更を実施し、可搬記憶媒体は利用できない仕組みとなっている。

臨床における倫理的な課題を共有・検討する場として、臨床倫理検討会や倫理委員会を設置し、必要時に開催している。主要な倫理的課題として、輸血拒否や告知、DNAR、生殖医療等について方針を定めている。

4. 医療の質

各診療科の症例検討には多職種が参加し、CPCも適切に開催し、多くの医師が参加している。各学会等が作成している診療ガイドラインを利用して、標準的な治療

の維持・向上に努め、クリニカル・パスの適応率も高い。今後は患者用パスの充実が期待される。

新たな診療・治療技術等を導入する際には、必要時に倫理委員会で審議している。薬剤の適応外使用に関しては倫理委員会で承認を受けたうえで使用する体制になっている。

病棟のスタッフステーション入り口に病棟責任医師名、病棟師長名が表示され、担当 MSW、担当薬剤師の氏名も掲示版に明示している。責任医師・病棟師長は毎日ラウンドを行い、患者の状態やケアの実施状況の把握に努めている。主治医不在時は担当チームの医師が代行をする仕組みがある。「医師診療基本方針」「診療録記載マニュアル」「略語集」を整備し、さらにカルテの記録に関する勉強会も開催して、カルテ記載の指導を実施している。診療記録の質的点検は、診療録管理委員会のメンバーで実施し、その結果は各科の医師にもフィードバックしている。

ICT・NST・褥瘡対策チーム・緩和ケアチーム・RST 等の多くの専門チームが活動し、定期回診などを行っている。また、早期離床・リハビリテーションチームを立上げ、ICU で患者ケアに関わっている。

5. 医療安全

医療安全管理室に専従の医療安全管理者を配置している。医療安全に関する情報は、院内外の情報がイントラネットで配信されている。医療安全管理委員会で審議された内容や再発防止策は、リスクマネジャー連絡会で周知されるほか、医療安全管理者のラウンド等で遵守状況の確認がなされている。医療安全マニュアルに記載された各種誤認防止策が実践され、モニタリング調査等で遵守状況が確認されている。

電子カルテ・オーダリングシステムにより、薬剤の誤処方、重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避対策を実施している。抗がんのレジメンは、適切に登録・管理している。薬剤による副作用発現時には、医師から病棟薬剤師、DI 部門へ報告され、必要に応じて PMDA への届出を含めて対応している。入院前に入退院支援室で転倒・転落リスク評価と転倒予防策の履物などの説明が実施されている。院内で使用される医療機器は全て中央管理されている。臨床工学技士は、人工呼吸器装着患者は毎日巡回し、医療機器の使用状況やアラーム設定の適切性などを確認し、必要時に医師や看護師にフィードバックしている。

院内緊急コールは、院内符丁として設定されている。BLS 研修は 5 年毎の必須研修として参加状況が管理され、職員に受講カードが配布されている。

6. 医療関連感染制御

感染制御対策室に専従の感染管理認定看護師 2 名のほか、医師や薬剤師、臨床検査技師、事務職員を配置し、ICT、AST を組織し日常業務を行っている。ICT は毎週定期的な環境ラウンドを行い、結果を現場へフィードバックしている。AST は抗菌薬使用状況を把握するとともに、難治性の感染症症例にも対応している。院内分離菌・MRSA 等の薬剤耐性菌を把握し、週報・月報がまとめられ、電子カルテ掲示等

を通じて職員が確認出来る仕組みとなっている。感染制御対策室を中心に、院外の医療関連感染に関する情報を収集し、ICT ニュースとして院内に情報提供している。

医療感染制御に関する指針やマニュアルを整備し、手指衛生の実施はアルコール制剤使用量と MRSA 院内獲得率で評価し、そのデータを現場にフィードバックしている。「抗菌薬の使用指針」を整備し、抗 MRSA 薬など特定の抗菌薬使用については届出制としており、届出率は 100%となっている。院内における抗菌薬の使用状況については、院内感染対策委員会で把握するとともに、AST によるラウンドを通して特定の抗菌薬使用について担当医へアドバイスするとともに、専門医が症例ごとのコンサルトに応じている。アンチバイオグラムを毎年更新し、医師に配布している。

7. 地域への情報発信と連携

病院のホームページには外来受診や入院手続き、診療担当表、臨床指標など様々な情報が掲載され、パソコンのみならず、スマートフォン対応のページも作成するなど、見やすく工夫されている。その他の広報媒体として病院案内、パンフレット、入院案内等を用いて、病院機能やサービス、診療内容等を広報している。地域の医療機関に向けては、医療連携ニュースや診療科広報誌を発行している。医療連携室は、紹介患者の受け入れや逆紹介、患者相談等を行い、連携の実績を一元管理している。紹介患者の受け入れ後の段階ごとの返答（報告）は、医療連携システムを用いて適切に管理している。各診療科責任者および事務担当者が連携先医療機関を訪問するとともに、医療連携講演会や区民健康講座等の機会に、連携先医療機関や地域住民から広く意見を聞くなどして地域ニーズを把握している。

地域住民に向けた教育・啓発活動として、区民健康講座を年 10 回程度開催している。地域の医療機関に向けては、医療連携講演会を開催するほか、各診療科で症例検討会や研修会を開催している。さらに、介護・福祉施設等に向けては、認定看護師による知識・技術等の支援を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

医師は、電子カルテシステムにより患者情報を共有し、的確に診療を行っている。検査・治療にあたっては、その必要性とリスクを説明し、同意のもとで施行している。内視鏡検査などの侵襲性の高い検査では、検査中・検査後の患者の状態を観察・記録している。必要な検査実施部署には救急カートを配備している。入院の適応は医学的判断に基づいて判断し、必要時は他診療科医と協議する仕組みが確立している。入院が決定した患者へは入退院支援センター看護師や必要に応じて薬剤師や管理栄養士が関与し、入院に関する説明を行っている。入院診療計画書は、医師や看護師に加えて薬剤師・管理栄養士など多職種の関与のもと、迅速に作成し、患者・家族へ説明したうえで同意を得ている。また、入院中も必要時は見直しを行い、治療方針の変更により転科した場合にはあらためて診療計画書を作成している。

医師は、原則として毎日回診している。また、定期的開催する各科ごとの病棟カンファレンスに薬剤師、管理栄養士、リハビリスタッフ、MSWなどの職種と参加し、情報を共有している。入院患者の身体的、社会的、心理的ニーズは入院前に入退院支援センターで把握し、入院後は病棟看護師が確認して退院調整や褥瘡対策チーム、緩和ケアチームなど専門チームや専門職種に繋いでいる。

重症患者や手術後患者は重症度に応じて、ICU/CCU、SCU、一般病棟のスタッフステーションに近い観察可能な個室に収容するなど、適切に管理している。重症度やケアの必要性に応じて、RST、ICT、NST、早期離床・リハビリテーション等のチームも活動し、早期の回復をサポートしている。

全入院患者に対して、入院前に入退院支援室で退院支援スクリーニングを実施し、必要に応じてMSWが介入している。退院指導では、地域の関係機関とともに、必要時、退院前カンファレンスや担当者会議を実施し、情報共有を図っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、麻薬等の管理、薬剤温度管理、および全入院患者の薬歴管理、持参薬の鑑別・管理などが適切に行われている。抗がん剤は安全キャビネット調製・混合するとともに、事故に備えてスピルキットを準備している。新規採用薬剤や副作用情報などの薬剤情報は、適宜院内へ発信している。栄養管理機能については、食材の検収から調理・配膳・下膳・洗浄等の一連の過程は衛生的に管理されている。患者の希望や特性に応じた食事を提供し、患者の個別対応も適切に実施している。食事摂取量の少ない患者に対しては、手作りゼリーを提供するなどして必要エネルギーを補う取り組みを行っている。リハビリテーション機能については、リハビリテーションの実施に際して、毎朝の科内ミーティングで情報を共有している。リハビリテーションプログラムは医師、看護師、リハビリテーションスタッフにより適宜見直しが行われている。スタッフは全員BLS研修を修了しており、急変時に対応するための訓練を実施している。医療機器管理機能については、臨床工学科の責任者が機器の標準化を図るために機種選定に随時介入している。医療機器は、機器管理システムで点検結果、修理、貸出、返却履歴等を適切に記録・管理している。

病理診断機能については、常勤の病理専門医3名と専攻医1名とで年間約6,000件の病理組織診断に対応し、90%以上でダブルチェックを行い、的確な診断に努めている。病理解剖は診療科の要望に可能な限り応え、実施している。放射線治療機能については、治療計画、計画線量の確認には放射線治療医が直接関与するとともに、緊急照射が必要な症例に対しても迅速に対応できる体制となっている。放射線治療機器点検は日常点検のほか、線量確認・校正の実施とともに、定期的なメーカー一点検が行われている。集中治療機能については、主に救急科の医師が管理している。集中ケア認定看護師を含む看護師や臨床工学技士、薬剤師などが勤務し、各診療科医師と回診・カンファレンスを実施している。術後や救急からの入室など、入退室基準をもとに受け入れを円滑に実施している。

救急医療機能については、可能な限り地域へ貢献することを念頭に、一次・二次の救急を担っている。救急科医師と各診療科の医師で、24 時間体制で年間約 12,400 人の救急患者を受け入れている。救命救急士を 3 名擁して、救急隊との連携を強化している。

その他、臨床検査機能、画像診断機能、診療情報管理機能、洗浄・滅菌機能、輸血・血液管理機能、手術・麻酔機能についても、おおむね適切である。

10. 組織・施設の管理

会計処理は公益法人等の会計基準に基づき行われている。会計監査は、法人監事である警視庁会計課による内部監査および外部の公認会計士の監査を受けている。施設基準の遵守は、医事課を中心に人事課や経営企画課と連携し確認作業がなされている。未収金管理は、手順に基づいて適切に対応している。査定・返戻については、診療報酬委員会で分析・検討し、必要に応じて再審査請求もなされている。委託業者の選定や評価、契約の更新等については、業者選定等委員会で検討している。委託業者の選定方法は一般競争入札を原則とし、業務内容によってはプロポーザル方式を採用している。

施設・設備管理は施設管理課のもと、年間保守計画に基づいた定期点検を実施し、中央監視室において 24 時間体制で監視している。廃棄物の処理はマニュアルが整備され、感染性廃棄物の分別・梱包・表示・保管なども適切になされている。診療材料および薬品の選定は、物品管理委員会や医薬品安全管理委員会で品質や価格を検討している。在庫管理は SPD システムによって定数管理されており、不動産在庫の調査、定数配置の見直しなども適宜実施している。

災害対策マニュアルを整備し、定期的な訓練等を通して随時改訂している。また、NBC 災害対応のマニュアルも整備している。病院の建物は免震および耐震構造である。大規模災害に備えたライフライン確保にも配慮している。保安業務は、24 時間体制で防災センターに警備員を配置し、定期的な院内巡視や、防犯用監視カメラの設置も併せて院内の保安状況を把握・管理している。医療事故発生時の対応手順は、医療安全管理指針および重要事案対応要綱に明記されている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として多くの指導医がプログラムに沿って指導にあたっており、多職種による初期研修医に対する評価がなされている。また、研修管理委員会等において研修内容の評価が行われている。看護部においては、キャリアラダーによる教育体制を構築している。診療技術部門でも各職種に応じた基礎研修・専門研修プログラムが整備されている。

学生実習は、医師、看護師、薬剤師、療法士、診療放射線技師などの様々な職種の養成課程の学生を受け入れている。実習生については、あらかじめ病院の方針や注意事項、実習生としての在り方などのオリエンテーションを行ったうえで実習に就いている。臨地実習に際しては、患者への事前説明やプログラムに沿った実習・評価が適切に行われている。

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	A
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	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	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	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	A
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	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	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	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	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	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	B
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	B
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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：一般財団法人自警会 東京警察病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：公益法人

I-1-4 所在地：東京都中野区中野4-22-1

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	415	410	+0	80.7	11
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	415	410	+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	0	-20
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
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)	12	+12
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	2	+0
人工透析	20	+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	30	+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

災害拠点病院(地域), 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： 8 人 2年目： 8 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

	実績値					対 前年比%	
	昨年度			2年前		昨年度	2年前
	2019			2018		2019	2018
1日あたり外来患者数	1,059.32	1,053.35	1,054.90	100.57	99.85		
1日あたり外来初診患者数	132.32	137.69	137.10	96.10	100.43		
新患率	12.49	13.07	13.00				
1日あたり入院患者数	342.43	329.11	327.05	104.05	100.63		
1日あたり新入院患者数	27.93	27.04	26.81	103.29	100.86		