

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および9月17日～9月18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 リハビリテーション病院 認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 リハビリテーション病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は外科医院として開設され、病床数の増加や法人化を経て地域医療に貢献してきた。現在は回復期リハビリテーション病棟を設置し、リハビリテーション医療の促進および機能の充実を図っている。「病気を診ずして、病人を診よ」の建学の精神のもと、「みんなの『嬉しい』『良かった』」を追い求めます。」を病院理念として掲げ、職員が連携をとりながら患者にとって最善のリハビリテーションを実践している。また、構想として「地域で一番のリハビリテーション病院」を掲げており、医療の質の改善や人材育成にも努めている。今回の病院機能評価の受審を機に、貴院がますます発展されるよう祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針を明文化し、院内掲示や病院案内、ホームページへの掲載などを通じて院内外への周知を図っている。「地域で一番のリハビリテーション病院」および「今後の事業計画」などの目標を職員と共有し、病院管理者や幹部は目標達成に向けてリーダーの使命・役割を発揮している。組織図と職務分掌が作成され、部門長会議を中心に中期計画や年次計画に基づき各部門でバランススコアカードを用いて計画から達成・評価までを実施しており、決定事項等は理事会に報告している。医療情報システム管理規程を整備し、総務管理課とIT担当が情報システムを含め電子カルテの診療情報やデータ保管を統合して管理している。会議・委員会等の記録を迅速にデータベース化しており、効率的である。公文書を含め院内文書類は各種規程に基づき管理しており適切である。

法定人員・施設基準に準じた人員が確保され、役割や機能を果たしている。就業規則や給与規程など各種規程が整備され、法改正や届け出等必要な手続きを行っており、人事・労務管理の対応は適切である。労働安全衛生委員会が毎月開催され、職員の安全面・衛生面への管理が適切に行われている。職員の満足度調査や職員から意見・要望を聴く取り組みが行われ、休業後の短時間労働制の採用や各部門での勉強会支援、スポーツイベントへの賛助金など、魅力ある職場づくりに努めている。

院長が委員長を務める教育委員会を設置し、教育委員会規程に基づき年間計画から実施・評価まで一元的に管理し、感染制御など必要性のある課題や倫理的課題などの教育・研修を行っている。教育・研修の実践体制として階層別・目的別・全体研修・育成研修に区分し全職員を対象に行っており、評価できる。人事評価を採用しており、職員の専門分野や各職種のレベルに応じた個々の目標を設定し、達成した取り組みをポイント制で評価するなど、職員の能力評価は適切に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内掲示やホームページなどを通じて院内外に周知している。患者への説明と同意に関する方針・手順は明確であり、患者等の理解と同意を得て実施している。クリニカル・パスやリハビリ計画書を活用して医療情報を提供し、患者参加を促進している。患者相談・苦情窓口に MSW が多数配置され、多種多様な相談に対応し、患者への支援を行っている。職員は個人情報保護に関する規程を遵守し、プライバシー保護への対応があり適切である。倫理委員会では臨床倫理的課題の検討を中心的な活動として取り組んでいる。患者・家族の抱える倫理的課題の把握・検討は病棟カンファレンスで行い、解決困難事例は倫理委員会で検討する手順である。

公共交通機関が利用でき、利便性は良い。日常生活用品専用の自動販売機やランドリーの設置、理髪の対応や携帯電話の使用、面会への配慮など、利便性や快適性に配慮している。施設の増改築はあるが院内のバリアフリーは確保され、病棟の廊下は両側に手摺りを配置するなど、高齢者や車椅子利用者に配慮した取り組みを行っている。デイルームは患者・家族がくつろげるスペースを確保し、死角となる場所にはミラーが設置され、病棟師長が病棟巡回し療養環境を整えている。敷地内を禁煙とし、受動喫煙防止に努めており適切である。

4. 医療の質

患者・家族の意見・苦情を意見箱・退院時アンケートより収集し、職員が直接聞く「患者の声」を「顧客の声」としてデータベース化して一元的に管理し医療サービスの質向上に活かしている。難渋症例・良好症例等を対象に多職種 20 名が参加する症例検討会を週 1 回開催し、作成した臨床指標はホームページで公開している。脳血管疾患・脊髄損傷・TKA など 10 疾患のクリニカル・パスがパス委員会で作成され、入院期間も疾患に合わせた柔軟な組み合わせが可能であり、回復期リハビリテーション病院として診療の質の向上に向けた取り組みは優れている。

患者・家族からの意見は部門長会議で幹部が目を通し、病院機能評価受審や JHQC の A クラスの認定等第三者評価を積極的に受け、業務の質改善に取り組んでいる。新たな機器や技術を導入する際の手順を整備し倫理委員会で検討しており、療法士の吸引実施の院内資格認定も行っている。

病棟の診療・看護の責任体制は明確で、療法士や MSW 等医療チームの体制も明確である。電子カルテを使用しており診療録記載手順も整備しているが、診療記録の質的点検については早期の実施を期待したい。医師ほか多職種が参加するカンファレンスで情報を共有しており、褥瘡チームや ICT 等の専門チームが組織横断的に活動して、協働した診療・ケアが実践的に機能しており、適切である。

5. 医療安全

医療安全確保についての方針・規程は明確で、担当医師や医療安全管理者を中心に「転倒チーム」や「薬剤チーム」等が活動している。インシデント等の情報は全職種から多数報告され円滑に機能しており、安全対策チームの分析により再発防止策が部署長を通じて周知されている。

誤認防止マニュアル・手順が整備され、内服・与薬の確認や検査・処置時の呼称・リストバンド確認がマニュアルに則って実施されている。ハイリスク薬等の薬剤は院内で定義された規程に基づき保管・管理されている。転倒・転落防止マニュアルを整備し、「転倒アセスメントシート」により患者個々の評価に基づき対策を実施している。各医療機器の使用マニュアルに基づき医療機器管理者等が作動確認・機器の点検を行い、確実・安全に使用しており適切である。緊急コードが設定され、全館放送による応援体制を定めており、急変対応模擬訓練も複数回実施している。今後は、緊急対応手順を各部署に掲示するなど、緊急時対応の周知の徹底を望みたい。また、リハビリテーション室の救急カートの設置・検討についても期待したい。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会が組織され、委員会の下に設置した ICT は定期的に院内を巡回し、感染対策マニュアルに基づき感染制御に向けた体制を確立している。院内感染サーベイランスを行い、各種耐性菌など院内の感染発生状況を把握しており、アウトブレイクの際には幹部を含めた感染対策臨時委員会を招集する手順となっており、適切である。今回の新型コロナウイルス感染症に対する対策として、アウトブレイクと同様の対応が行われ、全患者、全職員の体温を含めた健康管理表を PC に入力し、感染対策委員会で予防対策を行っている。

医療関連感染に関するマニュアルを遵守し、手指衛生等の徹底に取り組んでいるが、感染性廃棄物の保管方法については他の廃棄物と混在しないよう検討を期待したい。感染対策マニュアルに抗菌薬の適正使用ガイドラインが策定され、ICT 会議で抗菌薬の長期使用患者の抗菌薬の適正使用が評価されており、対応は適切である。

7. 地域への情報発信と連携

年間3回発行の広報誌や、年報・病院案内・病院紹介冊子が発行され、ホームページには提供できる医療サービス・診療実績などの院内情報や取り組みをわかりやすく掲載し、地域の医療機関・介護福祉施設および地域等に広報・発信している。地域連携課では、MSWほか支援部の職員が地域の医療環境・医療ニーズや医療機関・医療関連施設の状況をデータベース化し、連携医療機関からの紹介患者を受け入れている。地域連携パス会や地域連携連絡会等への参加も積極的であり、連携体制の強化を図っており、紹介先および逆紹介先への返書などの通知も適切である。

地域住民を対象とした院内健康教室の開催、患者向けの院内健康教室が定期的で開催されており、リハビリテーション機能を活かし療法士や職員が中学・高校に向いてスポーツ教室やサッカーフェスティバルを実践するなど、地域への教育・啓発活動は適切である。また、地域開催のフェスティバルに参加し医療や機能訓練などリハビリテーションに関係する情報や指導・測定を実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な診療内容が正しく掲示され、受付窓口も丁寧であり円滑に受診できる体制がある。外来診療は通院リハビリテーションの患者が中心であり、患者誤認を予防しながら確実・安全に実施している。急性期病院からの入院希望者についてはMSWが情報収集して入院判定会議に諮り、受け入れ基準に準じて入院決定している。入院後に転倒・転落評価、褥瘡評価、栄養評価、認知症評価を多職種で実施し、医師の診察・指示出し・リハビリテーション処方箋の発行により診療計画を作成している。入院後に各療法士がADL評価やMMSE（認知症検査）、摂食の様子を確認しリハビリテーション計画書を作成している。入院1～3日後に医師・多職種で入院時カンファレンスを行い、リハビリテーション総合実施計画書が作成され、患者・家族に説明し同意を得て進めており、リハビリテーションプログラムの作成は適切である。患者・家族からの相談対応はMSWを中心に対応しており、診療支援課や医療安全管理者との連携も行っている。各病棟に専従のMSWが配置され、病状説明やカンファレンスにも参加して相談や支援内容を電子カルテに記載し情報共有を図っている。入院患者の多くが急性期病院からの紹介であるが、紹介先とのスムーズな連携と円滑な入院が行われている。

診療業務基本方針に則って医師は病棟業務を適切に実施している。入院時のリハビリテーション指示・処方、多職種との連携、患者・家族への入院診療計画書等の説明を実施している。看護・介護職の管理基準や業務規程が整備され、手順に基づき看護・介護ケアを実施している。介護職は、看護師と協力し得た情報を基に排泄・清潔保持等に積極的に介入している。配薬は看護師がダブルチェックを行い、抗菌薬の初回投与時の手順も明確で、安全な薬剤の準備・配薬、実施中の観察も適切であるが、服薬指導や病棟の薬剤管理に関して薬剤師のさらなる関与を期待したい。

入院時に褥瘡発生の危険因子評価判定を行い、リスク対策手順が整備されている。褥瘡チームによるラウンドが行われ、治療方法・スキンケアを褥瘡委員会に報告し検討している。入院患者に対し検査データを基に管理栄養士と看護師が協働して栄養評価を行い、食形態の工夫や栄養方法について多職種で情報共有し、個別性に配慮した支援を行っている。患者状態の把握と対応は多職種協働で行っており、障害に応じた検討もされている。

リハビリテーションの人員は充実しており、医師の指示の下、評価に基づくリハビリテーション計画書を作成し、各療法を確実・安全に実施している。病棟では、退院後の生活を視野に入れた生活機能の維持・向上に向けて、食堂・デイルームでの食事やトイレでの排泄、更衣・整容動作への支援などを行っている。身体抑制に関する指針・マニュアルを整備し、やむを得ない場合に限り患者・家族の同意のもとで実施し、解除に向けた検討を週1回行っている。

入院時より退院後の生活を見据えた評価・計画立案を多職種で行い家屋調査や住環境設定の支援を行うと共に、退院後に必要な在宅サービスなどについて入院中より案内・調整を行っている。退院後もリハビリテーションが必要な患者には、自院や他事業所と連携し訪問・通所リハビリテーションが行えるように支援している。退院前にはMSWや他職種、ケアマネージャー、患者・家族を含めて情報共有を行い必要なサービス提供に繋げており、適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、薬剤師が処方から処方鑑査・疑義照会・調剤鑑査などを確実・安全に実施している。臨床検査は院内では血算・尿検・血液ガスのみ実施し、生化学等は外注業者に委託している。検査結果は翌日には送られ、パニック値は依頼医師に連絡しており、緊急検査は約90分後には報告があり適切である。画像診断では、夜間・休日はオンコール体制があり、CT・MRIほか単純撮影などを実施している。読影は非常勤の放射線科医師が全例行っており適切である。栄養管理は栄養室マニュアルや調理室マニュアルに基づき美味しい食事を安全性に配慮し提供している。

リハビリテーション部門では、病棟・外来・訪問・通院の各部門において、医師を含む多職種協働でリハビリテーション計画書を作成し、個別リハを提供している。トレッドミル・簡易ドライブシミュレーターを配置し、入院患者は月々のカンファレンスで患者の状況やリハの進捗を多職種で共有し、機能が適切に発揮されている。診療情報管理では、電子カルテで1患者1IDの一元的管理を行い、診療録等管理業務は指針・マニュアルを整備し診療情報管理士が量的点検・診断名のコーディングを行っている。紙媒体の診療記録は、電子カルテにスキャニングし保存されている。

医療機器管理では、使用マニュアルに基づき、専任の医療機器管理者等が各機器の作動確認・機器の点検を日常・定期的に行い、モニターは部署管理者と連携して点検管理を行っており適切である。洗浄・滅菌では、使用済み機材は現場でボックスに入れ回収され、中央材料室で集中して洗浄している。洗浄後はインディケーターを用いた滅菌保証も担保されており、機能は適切に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

予算が立案され、病院会計準則に基づいた会計処理が適切に行われている。財務諸表が作成され、公認会計士が会計監査を行っている。窓口の受付・会計業務や診療報酬請求業務を医事課が担い、各種医事課マニュアルに基づき処理しており適切である。施設基準の取得・掲示・届け出は適正に行われている。業務委託は業務の質・効率性や相見積書を基に法人の三役会で検討し、公正に業者選定を行っている。委託業者の教育や委託業務に関連した事故発生時の対応手順を定めており適切である。

施設・設備の点検等はおおむね適切である。建築計画も準備中であり経年劣化等の現状把握もしており、対応は適切である。診療材料保管室に担当者を配置し、病棟等各部署からの払い出しを伝票により対応し、発注・検収は総務管理課が行っており、物品管理は適切である。

消防計画の立案、火災・避難訓練の年2回の実施、緊急連絡網の整備、自家発電装置が整備され、災害発生時等の防災マニュアルも作成されている。災害時への対応はおおむね適切であるが、建物の耐震化と併せて非常時の食料備蓄や供給体制の整備、他の医療機関との応援協定など、大規模災害時の対策・整備を望みたい。委託の警備員が配置され、院内巡回等保安業務に携わっている。医療事故発生時は、マニュアルに基づき対応し、緊急報告体制や原因究明・再発防止に向けた対策が実施され、損害賠償責任保険への加入も確認できており、医療事故等への対応は適切である。

11. 臨床研修、学生実習

人材育成理念を掲げ、新入職者を含めた看護職ほか各職種の専門職の育成に努めている。人材育成の根幹は社会人・医療人・理念を理解する人であり、専門職スキルの習得やチーム力・連携力など確かな知識・技術と幅広い社会性を持つ職業人の育成を目的としている。階層別・目的別・育成研修と職種専門教育に区分し、院内・院外研修を組み合わせ、レベル別に構成したラダー教育体制を築いている。評価判定、指導者の育成などを継続して実践し、効果も現れており、専門職に応じた研修制度は高く評価できる。

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、看護師、栄養士を目指す学生および医事業務を目指す学生の実習を受託実習生受入規程に基づき受け入れており、学生実習の受け入れは適切である。

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	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	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	S

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	B
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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	B
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A
2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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	NA
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	NA
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	NA
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	NA

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	S
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： 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：医療法人慈圭会 八反丸リハビリテーション病院

I-1-2 機能種別：リハビリテーション病院

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竜尾町3-28

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					
療養病床	155	155	+0	86.5	63.9
医療保険適用	155	155	+0	86.5	63.9
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	155	155	+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)		
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		
回復期リハビリテーション病床	155	+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

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： 人 2年目： 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

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
1日あたり外来患者数	93.87	103.63	101.96	90.58	101.64
1日あたり外来初診患者数	5.15	4.73	5.11	108.88	92.56
新患率	5.49	4.56	5.01		
1日あたり入院患者数	134.64	132.22	135.99	101.83	97.23
1日あたり新入院患者数	2.09	2.07	2.10	100.97	98.57