総括

■　機能種別

主たる機能種別「一般病院１」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 20 日～1 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１　　認定

■　改善要望事項

・機能種別　一般病院１
　該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は 1966 年に医療生協により開設され、組合員をはじめ地域の医療確保に貢献してきた。施設や設備の老朽化に伴い現在地で新築工事を行い、2020 年に新病院が竣工し、患者・家族に良質な医療と快適な環境を提供している。医療生協のセンター病院として、一般病床、地域包括ケア、回復期、療養病床を備え、急性期から慢性期まで切れ目のない医療を提供している。さらに、無料定額診療やフードパントリーの開催など、医療生協の理念に基づく地域支援にも取り組んでいる。基幹型臨床研修病院として医師の育成にも力を入れ、卒後臨床研修評価機構（JCEP）の認定も受けている。

病院機能評価は今回で 5 回目の受審となり、継続的な質向上の取り組みにより多くの項目で一定水準以上を達成している。病院長をはじめ全職員が一体となって患者・家族に寄り添い、地域に根差した医療を展開しており評価できる。今回の評価結果を踏まえ、今後も医療の質向上に努め、地域に不可欠な病院としてさらなる発展を期待する。

２．理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を定め、病院の機能と役割を明確にしている。病院の意思決定は管理会議で行い、機能や現状に沿った組織図と職務分掌規程を整備し、必要な会議・委員会を適切に設置・運営している。本部の中長期計画をもとに事業計画を策定し、各部門部署の目標やアクションプランを明示している。管理会議では進捗と実績を確認し、達成度を評価する仕組みを整え、病院運営への主体的参加を促して就労意欲の向上につなげている。システム室は電子カルテや部門別管理システム等

を一元管理し、データの真正性と保存性を確保している。文書管理規程を整備し、各種規程やマニュアルをイントラネットで全職員が閲覧できるようにしている。

施設基準に必要な法定人員を確保し、人事・労務管理に必要な就業規則や給与規程、例規集を整備している。安全衛生委員会を開催し、産業医と衛生管理者が院内巡視を行い、安全衛生環境を確認している。職員の意見や業務に関する提案・要望は、人事考課の面談で収集・把握し、職員アンケートなどで寄せられた意見にも対応している。全職員を対象とした必要な研修は、教育委員会が所管し実施している。職員の能力評価・能力開発では、人事考課制度を活用し、看護部門では合わせてクリニカルラダーを用いている。学生実習を受け入れ、安全で効果的な実習が実現できるよう目的や内容、指導方針、評価方法を予め養成校と確認している。

３．患者中心の医療

患者の権利を明文化し周知している。患者への説明・同意は、インフォームドコンセント指針として、同意・説明書の記載内容や同席者などを定め、同意書取得が必要な範囲は一覧表として整理している。診療・ケアに必要な情報は入院診療計画書・看護計画書やクリニカル・パスで共有し、病状説明では図示するなど理解を助ける工夫を行っている。地域連携相談室が患者支援体制を担当し、多職種と連携して対応している。個人情報保護規程や電子カルテ運用管理規定などの規程に基づいて、個人情報保護に関する種々の対策を講じている。主要な倫理的課題への方針を明確にし、倫理委員会を事例に応じて臨時開催している。早急な判断が必要な場合は、倫理委員会の意見を踏まえ医療安全カンファレンスで判断する仕組みがある。臨床現場の倫理的課題は、チームカンファレンスで４分割法を用いて検討し、解決困難事例は倫理委員会に提起している。

患者用駐車場を確保し、院内はバリアフリー化している。携帯電話は指定エリアで使用でき、Wi-Fi 環境も整備している。院内にはコンビニがあり、入院時にはテレビ、冷蔵庫、コインランドリー、入院セットなど、日常生活を支えるサービスも利用できる。診療・ケアに必要なスペースを適切に整備している。敷地内全面禁煙であり、禁煙外来の開設やポスター掲示等で禁煙啓発に努めている。

４．医療の質

看護部では業務の質改善に向け、看護業務基準委員会で業務改善を検討し、その進捗や結果を看護部内で共有している。体系的な病院機能評価・改善として、JCEP 認定も取得している。診療の質向上に向け、各診療科や全科でのカンファレンス、読影などのカンファレンスに加え、CPC も実施している。診療ガイドラインを積極的に活用し、標準的診療の徹底を図っている。臨床指標は全日本民医連の質向上公開推進事業に参加して公表し、クリニカル・パスも委員会で継続的に見直している。患者・家族からの意見・要望等は意見箱で収集し、組織的に検討し改善につなげている。地域連携相談室では医事課等と連携し、直接の意見にも対応している。医療福祉生協連の患者満足度調査にも参加し、結果をベンチマークとして活用している。新たな診療・治療方法の導入は、提案書をもとに管理会議で検討し、倫理・

安全面の確認が必要な場合は倫理委員会で審議する仕組みとしている。

正面玄関に各部署の責任者を掲示し、病棟では責任者と当日の勤務者を入口に掲示している。診療記録は記載マニュアルに則って SOAP 形式で適時に記載している。診療記録の質的点検は、点検項目を定めて実施し、結果をフィードバックしている。NST や緩和ケア、褥瘡対策、糖尿病サポート、骨粗鬆症、ストーマなどの専門チームがラウンドし、患者の状態に応じて介入している。

５．医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、医療安全管理指針を整備している。薬剤科長を専任の医療安全管理者とし、看護師と理学療法士を副管理者として配置するとともに、医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者を選任して権限を明確にしている。さらに、医療安全管理対策委員会、医療安全管理推進担当者会議、医療安全カンファレンスを定期的に開催している。インシデントやアクシデントはレポートシステムで医療安全管理室に報告され、医療安全カンファレンスで検討している。必要に応じて RCA で原因分析を行っている。対策の実施状況は院内ラウンドで確認し、院外の関連情報も収集して院内へ発信している。医療事故発生時の対応手順を整備している。

患者確認は、注射時にはリストバンドと電子カルテで認証し、さらに患者自身の名乗りで本人確認している。電子カルテのオーダー機能を用い、医師の指示入力から看護師の実施までをルールに従って実施している。ハイリスク薬には印を付け区別して管理している。全入院患者の転倒・転落リスクをアセスメントし、リスクに応じた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看護師が作動確認を行い、輸液・シリンジポンプなどは使用後に ME 室へ返却し、臨床工学技士が点検している。院内緊急コードを定め、全職員対象の BLS 研修を計画し、受講状況は医療安全管理室で把握している。

６．医療関連感染制御

病院長直轄の感染対策室を設置し、看護部長（CNIC）を専任の院内感染管理者として配置している。病院長を委員長とした感染対策委員会および多職種構成の ICT を組織し、院内感染対策マニュアルを適時に改訂して周知している。院内の感染発生状況として、院内分離菌や感受性、各種耐性菌の出現頻度などを把握し、JANIS の検査部門に参加して院内感染対策に活用している。また、ターゲットサーベイランスとして、CLABSI、CAUTI、SSI（外科・整形外科） のデータを収集し、その結果を感染対策委員会で検討している。地域の関連医療施設と情報共有カンファレンスを開催している。また、院外の流行情報を収集し、情報発信している。

個人防護具は院内各所に配置し、各部署の担当者が装着手順を指導し実践している。手指衛生については、手指消毒剤の使用状況とともに、直接観察によって遵守状況を確認している。抗菌薬の採用・中止は薬事委員会で審議し、適正使用に関する指針はガイドラインに基づいて作成している。ICT が主治医へ助言を行い、抗 MRSA 薬やカルバペネム系抗菌薬は届け出制で運用している。院内の分離菌感受性

パターンをもとにアンチバイオグラムを作成し、抗菌薬使用状況は医師へフィードバックしている。

７．地域への情報発信と連携

地域への情報発信は広報チーム会議とシステム課が中心となって行い、広報誌やホームページで病院機能や診療内容、受診方法などの情報を発信している。診療実績等をまとめた年報も発刊している。地域連携相談室が紹介患者の受け入れや連携先情報の整理、返書対応などを担い、入院後は速やかに紹介元へ報告している。定期的な連携先訪問で要望を把握し情報提供を行い、地域医療連携会や医療介護連携交流会に参加し、医療・介護福祉関係施設が参加するネットワーク会議などを通じて情報共有と自院の機能を発信している。紹介元・紹介先ごとの件数も集計し、病院幹部に報告して連携強化に活かしている。地域の健康増進に向けた取り組みは、病院独自の活動と生協本部との連携による活動の両面で展開している。病院主催の市民公開講座では医師が講師を務めている。また、組合員活動の班会では、公民館などで専門職が疾患や治療法、予防、健康増進等をテーマに講演を行い、講演の開催については院内掲示や広報誌、生協機関誌等を通じて周知しており、学習機会として評価できる。院内では糖尿病教室を開催し、健診センターでは企業健診や人間ドックなどの健診活動も実施するなど、地域の健康増進に貢献している。

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、外来診療では患者情報を問診票などで収集している。地域の医療・介護施設等からの紹介は地域連携相談室が窓口となり、診断的検査と入院の必要性は医師が判断し、自院で提供可能な医療の範囲を説明している。入院診療計画書は患者の個別性に配慮して多職種で作成し、医療相談には地域連携相談室が応じ、病棟スタッフが入院オリエンテーションを実施している。医師は回診して病態を把握し、看護師は看護業務手順に基づいて日常生活上援助や診療の補助業務を実施している。病棟薬剤師は薬歴管理を行い、必要な血液製剤は輸血マニュアルに従って選択している。

手術は外科系各科カンファレンスで検討し、麻酔担当医師は術前診察を行い、手術室看護師と情報を共有している。重症患者の管理には関連職種が参画し、チーム医療も展開している。全入院患者に対して褥瘡のリスク評価および栄養評価を実施し、NST 委員会で褥瘡治療促進のため、栄養改善について検討している。症状緩和には環境調整やマッサージなども取り入れている。リハビリテーションは早期から開始し、身体拘束の最小化に努めている。入院後、社会福祉士が退院に向け患者・家族の要望を確認し、在宅支援に向けてカンファレンスを行っている。ターミナルステージは多職種で検討し、緩和ケア対象者には緩和ケアマニュアルに沿ってケアを提供している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師は、持参薬の鑑別・管理、処方・調剤鑑査、疑義照会を手順に沿って行っている。臨床検査体制を整備し、パニック値は医師に直接伝達し記録している。画像診断では、遠隔画像診断を導入し、CT・MRI 検査を迅速に実施できる体制を整え、異常所見は STAT 画像報告として依頼医へ直接連絡する仕組みを確立している。栄養管理は、献立作成から食器洗浄・保管までを大量調理施設衛生管理マニュアルに基づき実施し、選択メニューや行事食・イベント食などにも取り組んでいる。リハビリテーションは、急性期から回復期、通院まで幅広いニーズに対応し、FIM で評価しながら計画を適宜見直している。診療情報は 1 患者 1ID で一元管理し、量的点検は全退院患者対象に実施している。医療機器の管理体制を整備し、更新時には標準化を考慮して機種を選定している。洗浄・滅菌は中央化し、各種インディケーターで滅菌の精度を保証している。

病理診断は術中迅速凍結切片病理検査にも対応し、外部委託検査の結果は検査科から依頼医へ伝達され、電子カルテでも確認できる仕組みとなっている。輸血部門は検査科内に設置し、内科の責任医師と専任臨床検査技師が保管・管理・供給を担っている。手術室では、外科・整形外科・眼科を中心に手術を行い、全身麻酔や緊急手術にも対応している。救急告示病院として救急患者と救急車を受け入れ、日中や時間外・休日の体制も整備している。

１０．組織・施設の管理

年度予算は法人の作成指針に基づき庶務課が統括し、各部署の要望を踏まえて設備投資計画などを検討し予算案を作成している。予算案は法人本部を経て理事会で承認される仕組みである。会計処理は病院会計準則と民医連統一会計基準に基づき財務諸表を作成し、内部監査と外部監査を受けている。医事業務は医事課が担当し、患者受付や収納などをマニュアルに沿って実施している。レセプト点検には医師も関与し、返戻・査定は減点査定委員会で検討している。また、施設基準の遵守に向けて、事務長を中心としたチェック体制を整えている。委託業務は、管理会議で導入や更新を決定し、業者選定は業務遂行能力などを勘案して行い、業務履行状況を確認している。

施設・設備の管理は庶務課施設担当が担い、保守計画に基づく保守点検を実施している。物品管理は庶務課が担当し、院外 SPD を導入している。各部署は定数在庫で管理し、使用物品は SPD 業者が補充している。消防計画に基づき、日中・夜間を想定した火災訓練を実施し、大規模災害に備えて災害時マニュアルや BCP を整備している。防災アプリによる職員の安否確認や呼び出し訓練、県の DMAT 研修への参加などを通じて行政・医療機関との連携も図っている。食料・医薬品を備蓄し、非常用電源も確保している。保安業務は庶務課が所管し、夜間当直・夜間巡回警備などを実施している。業務内容は日誌で把握している。

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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	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	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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	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	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	NA
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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	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	購買管理を適切に行っている	A
4.6	病院の危機管理	
4.6.1	災害時等の危機管理へ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

年間データ取得期間： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 徳島健康生活協同組合 徳島健生病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院1

I-1-3 開設者 ： その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地 ： 徳島県徳島市下助任町4-9

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	158	158	+0	94.8	19.2
療養病床	28	28	+0	99.2	91.1
医療保険適用	28	28	+0	99.2	91.1
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	186	186	+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	11	+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	48	+0
地域包括ケア病床	60	+0
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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(準備病院),在宅療養支援病院

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： 0 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

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	7	5.26	105.60	53.23	79.62	45.10	9.66	29.09	8.61	6.49
呼吸器内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
循環器内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
消化器内科（胃腸内科）	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
腎臓内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
神経内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
糖尿病内科（代謝内科）	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
血液内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
リウマチ科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
精神科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
心療内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外科	3	0.8	17.04	8.59	16.53	9.36	15.80	21.47	4.49	4.35
脳神経外科	0	0.51	10.64	5.36	17.86	10.12	6.35	76.25	20.86	35.02
整形外科	2	0.74	38.59	19.45	62.34	35.31	7.20	52.07	14.08	22.75
眼科	1	0.35	14.49	7.30	0.20	0.11	11.12	2.18	10.73	0.15
リハビリテーション科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	0	0.3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
麻酔科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	0	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
透析科	0	0	12.03	6.07	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	2	0								
全体	15	8.01	198.40	100.00	176.54	100.00	9.05	35.11	8.62	7.67

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	198.40	198.73	196.07	99.83	101.36
1日あたり外来初診患者数	17.96	18.90	21.86	95.03	86.46
新患率	9.05	9.51	11.15		
1日あたり入院患者数	176.54	172.90	172.90	102.11	100.00
1日あたり新入院患者数	5.04	5.10	4.78	98.82	106.69