

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6月28日～6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	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1951年に医療法人岡田病院として開設され、1999年に善常会リハビリテーション病院に名称変更し全面改築された。2006年には病院全体を回復期リハビリテーション病棟に変更し、質の高い医療、ケア、リハビリテーションを提供し、地域から厚い信頼を構築されている。

このたびの病院機能評価は更新受審であり、今回の受審にあたっても病院長がリーダーシップを発揮し、全職員が一丸となって病院機能の整備・改善に取り組んで来られた。リハビリテーションについても歩行ロボットや上肢機能訓練ロボット、機能的電気刺激装置などを最大限に活用し、潜在能力を限界まで引き出すことを目的にリハビリテーションを提供されている。また、退院後の生活を見据えたリハビリテーションを提供し、退院後も継続してリハビリテーションを提供されている。多職種で力を合わせて入院生活をサポートし、栄養指導等に秀でた取り組みがあるほか、教育や研修にも積極的に取り組まれており、充実したマンパワーと高い団結力が伺えた。今回の整備・改善を土台に、今後も部門間の協力やコミュニケーションをさらに活発にし、ますます地域から信頼される医療機関として発展されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は親しみやすくわかりやすい表現で明文化され、院内外に示し、病院組織運営の基本としている。病院管理者・幹部は病院が有する資源を適切に把握し、病院の役割と機能を明確にするとともに、病院運営上の課題も明確にし、その解決に向けて積極的に関わっている。病院の運営方針を決定する会議は病院運営

会議であり、組織図や職務分掌等も整備され、効果的・計画的に運営されている。将来計画とそれに基づいた年次事業計画が策定され、部門ごとの目標が設定されている。病院としての情報の管理・活用に関する方針は明確であり、それに基づき院内の情報が管理され、有効に活用されている。文書管理規程が整備され、組織として一元的に管理されており適切である。

専任の採用担当者を置き、病院の機能や業務量等を考慮した職種と人材が確保されている。職員の就労管理に勤怠システムを導入し、日々の勤怠および有休取得状況を管理している。安全衛生管理については、衛生委員会の設置と活動状況・健康診断の確実な実施・職場環境の整備・職業感染への対応が適切に行われている。職員の意見や要望を把握する手段として、個人のスマートフォンでも参加可能な職員満足度調査による意見収集が実施され、魅力ある職場づくりに活用されている。医療安全、感染制御などの全職員を対象とした必要な教育・研修は計画的に行われ、教育・研修効果を高める努力や工夫もなされている。倫理や権利擁護等の全職員を対象とした研修については継続的な取り組みを期待したい。職員の能力評価・能力開発については、職員個別の能力を把握して必要に応じた支援等が行われており、優れた人材を育成する仕組みを整備している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族、職員への周知もなされている。説明と同意に関する方針が示され、手順に沿って説明されている。診療・ケアにおける患者の主体性を促進するために、退院後の生活をイメージしたリハビリテーションプログラムを患者・家族の希望を取り入れて作成し、進捗状況に応じて定期的に説明している。パンフレットの提供や家族指導を行うなど、患者の理解を深めるための支援・工夫もなされている。患者支援体制としては、相談窓口を明確にして専門の職員が配置され、患者・家族からの様々な相談に対応している。また、入院時から患者・家族の意向を確認しながらチームや連携機関と情報共有し退院支援を行うなど、適切な活動が行われている。個人情報保護に関する規程や運用手順が明文化され、個人情報の物理的・技術的な保護、診療上および生活上のプライバシーへの配慮も十分になされている。臨床における倫理的課題について検討する仕組みはあるが、各部署で検討した課題や対応についても倫理委員会で共有し、病院全体で検討する等の活動を期待したい。

オンライン面会やアプリによる動画配信サービスを用いてリハビリテーションの状況が確認できるよう工夫している。生活延長上の設備やサービスの整備にも配慮されている。高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっており、院内のバリアフリーや必要な備品も整備されている。食堂やデイルームなどくつろげるスペースが確保され、個別リハビリテーションができるプラットフォームが設置されている。トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性も適切である。敷地内禁煙であり、患者向けの教育的パネルやポスターなどの設置がされている。職員の喫煙状況も把握され、禁煙が徹底されている。

4. 医療の質

院内4か所に意見箱を設置し、患者・家族の意見を収集している。収集された意見や苦情については、院内の対応手順に基づき事務部が回収し、病院幹部職員も関与して、迅速な対応が図られている。入院中と退院時に患者満足度アンケート調査を実施し、調査結果は過去のデータと比較・分析が行われるなど、問題点の抽出・検討・改善が行われている。リハビリテーションカンファレンスを毎日、症例検討会は多職種で月1回開催され、質の向上に取り組んでいる。地域連携パスも積極的に使用されている。回復期リハビリテーション協会の臨床指標に登録しており、自院でも分析・報告を行うなど、診療の質の向上に向けた活動が行われている。業務推進委員会を中心に質の改善に対して検討を行い、病院運営委員会で改善項目を報告している。病院機能項目に沿ったチェックや各種の立ち入り検査の指摘事項への対応も適切である。新たな診療・治療方法の導入は教育委員会で検討する仕組みがある。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、病棟には医師・看護師等の責任者が明示されている。診療の記録は正確に遅滞なく作成され、診療・看護・リハビリテーション記録の一元化と内容の共有がされている。診療記録の質的点検も行われている。多職種による専門チームがあり、経口摂取への移行や自立排泄に向けた専門チームによる機能回復のための活動が適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全管理者の医師と多職種の医療安全担当者が中心となり、月1回の医療安全管理委員会と安全ワーキング部会を開催し、インシデント・アクシデントの集計報告、事故防止策およびマニュアルの作成や改訂を行っている。インシデント・アクシデント報告書は、各部署から多数上がっており、報告しやすい体制が確立されている。原因分析を行い、対策を立て再発防止に努めている。

患者の誤認防止として、入院当日に患者と共に確認した上でリストバンドを着用している。治療部位の確認は、医師の指示箋をもとに患者と共に部位を確認後に検査をするなど、誤認防止策が導入され、適切に実施されている。処方箋・指示箋の記載が適切に行われ、医師の指示などが確実に伝達される仕組みができている。薬剤の取り違い防止など安全使用に向けた対策が薬剤師を中心に各部署で実践されている。麻薬の保管・管理は薬剤室に保管庫が設置され、鍵の管理も適切である。ハイリスク薬剤の保管・管理体制、病棟の在庫薬管理、救急カートの配置薬管理は適切である。入院時に転倒・転落フローチャートを用いて多職種で予防対策を立案し、評価・修正している。転倒事例が発生した当日には、看護・介護・療法士等でカンファレンスを行い、転倒要因を確認し、個別性を重視した対応策の見直しを行っている。医療機器は使用場所で管理し、定期的に医療機器管理者と業者でメンテナンスを行うほか、使用する職員への教育・研修も適切に行われている。院内緊急コードを設定し、緊急時対応マニュアルに救命処置の対応手順を定めている。緊急召集訓練や全職員対象の研修会も実施されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する体制が整備され、各職種の代表によるチームで感染ラウンドを行っている。医療関連感染制御に関するマニュアル・指針も整備され、必要に応じて改訂されている。院内の医療関連感染に関する情報を収集・分析し、感染防止に向けた活動を行っている。また、感染症情報は近隣施設との意見交換が行われている。アウトブレイクへの対応も適切に行われている。

感染管理責任看護師を中心に、院内研修やラウンドで全職員を対象とした手洗い方法の教育・啓発を行っている。PPE 着脱方法はポケットマニュアルを携帯し使用の都度確認ができる。また、個人用のゴーグルや速乾式手指消毒剤を携帯し毎月的手指衛生サーベイランスで手指消毒剤の使用量の結果を評価し、改善策の検討を行っている。院内の抗菌薬使用指針が整備され、これに従って適切な使用が行われている。MRSA 特定の抗菌薬使用は報告制となっている。抗菌薬の使用状況は毎月の医局会議で報告されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の診療内容・医療サービスや診療実績などの情報は広報誌で年4回、他の医療機関・施設等に配布している。また、毎年、リハビリテーションの実績や在宅復帰率等の実績データを入院調整看護師が連携先病院を訪問し、報告している。地域連携相談室には担当看護師2名が配置され、地域の保健・医療・介護・福祉施設等との積極的な連携を進めている。地域連携パスを積極的に活用し、他の医療関連施設等との連携が適切に行われている。施設間の紹介・逆紹介への対応も適切である。

地域の健康増進や介護予防に寄与する活動としては、コロナ禍により従来実施してきた健康フェスタやカフェ、教室等の開催ができていないが、Webを活用し、地域包括ケア推進会議への助言者としての参加や市民公開講座の開催、ラジオ番組への出演、各種研修会の講師、雑誌等の取材などを通じて健康増進や患者のリハビリテーションに寄与する活動が行われている。高齢者の配食サービスの利用と地域のイベント発生に関する研究等もまとめており、食事や運動、社会参加とフレイル予防の関連を分析している。積極的に地域の健康増進活動、リハビリテーションの専門的な医療知識・技術等に関する研修会も主催しており、患者・地域住民や地域の医療関連施設等に向けた教育・啓発活動は高く評価したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療では、患者に関する情報が収集され、病態に応じた診療が安全に行われている。診断的検査は主に外注であるが、嚥下造影検査の施行時には必要性を判断し、患者に説明・同意の上で検査を施行している。入院の受け入れ方針・入院判定基準を定め、入院決定のプロセスは標準化されている。診療計画は、多職種で患者の病態や合併症・リスク管理・ケアにおける問題点、障害の程度、ADLの状況などを評価し、カンファレンスを通じて情報共有し、作成されている。患者・家族への説明と同意や必要に応じた診療計画の見直しも適切に行われている。リハビリテー

シヨンプログラムについては、患者の障害像が把握され、評価されたうえで多職種合同のカンファレンスを経て作成されている。患者・家族からの医療相談についても MSW や退院支援看護師が院内外のスタッフと調整・連携し対応している。患者が円滑に入院できる体制も整備されている。

医師の病棟業務は、基礎疾患に対する治療や再発防止・合併症に対する治療・リスク管理など医学的管理が適切に行われている。看護・介護職の病棟業務についても、患者の ADL の評価や心理的ケア、退院に向けた生活・介助指導を検討し、リハビリテーション目標と連動した個別性のある看護を提供している。患者への投薬・注射も確実・安全に実施されている。全入院患者に褥瘡リスクを評価し、褥瘡対策に関する診療計画書を作成し、関連職種が関与して褥瘡の予防・治療が実施されている。栄養管理と食事指導では、病棟に専従の管理栄養士を配置し、リハビリテーション効果が最大限に引き出せるようエネルギー等の調整を行っている。褥瘡委員会や NST にも参加し、退院後の訪問栄養指導を継続するなど、秀でた取り組みとして高く評価する。症状などの緩和も適切に行っている。

理学療法はリハビリテーションに関する評価に基づき、歩行訓練、上肢機能訓練目的の最新のリハビリテーションロボットなども用いて非常に質の高いリハビリテーションが提供されており高く評価する。作業療法・言語聴覚療法についても、それぞれリハビリテーションに関する評価に基づき、確実・安全に実施されている。ケアについては、管理栄養士や療法士の評価に基づき、摂食・嚥下訓練、食形態の変更、口腔ケアを実践している。また、している ADL とできる ADL をミニカンファレンスで話し合い、乖離があれば病棟リハビリテーションで調整するなど、生活機能の向上を目指してチームで実践されている。

身体抑制は原則として行わない方針であるが、やむを得ず身体抑制が必要な場合は、マニュアルに則って最小限に留め実施している。患者・家族への退院支援は、入院時から患者・家族の希望を確認し、退院後の目標設定を多職種で退院支援計画として作成し、早期から行われている。退院後に継続的な診療・ケア等が必要とされる患者は、外来や訪問リハビリテーションを継続しており、その他必要な在宅療養支援も行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、薬剤部門の薬剤管理はもとより、病院全体の薬剤の使用や管理に関与している。処方鑑査から調剤後の確認まで十分なチェックがされ、適切な調剤がなされている。臨床検査は外注が主体であり、異常値やパニック値の取り扱いは適切である。画像診断機能については一般撮影・嚥下造影検査（VF）・CT 撮影に対応している。担当医と遠隔読影システムを利用した放射線科読影医とのダブルチェックが全例で行われている。栄養管理機能については、調理から配膳、下膳業務までの一連の流れが適切に行われ、快適で美味しい食事が確実・安全に提供されるよう努力されており、衛生面にも配慮されている。リハビリテーションは、上下肢の電気刺激装置など様々なリハビリテーション機器を用いた機能訓練、適切な下肢装具の処方などにより質の高いリハビリテーションが提供されており高く評価する。診

療情報管理では、電子カルテを活用し、以前の紙の診療記録も一元的に管理され、閲覧・貸出し等も適切に行われている。活用を前提としたコーディングもなされ、量的点検も実施されている。医療機器管理は、保守点検マニュアルを作成し外部委託業者と共にメンテナンスを定期的に行っている。洗浄・滅菌機能については、院内で使用するほとんどの器材はディスプレイ化され、摂子、剪刀類の滅菌物は外部業者に委託している。滅菌の質保証や既滅菌物の保管・管理は適切に行われている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、予算を部門別に立て、毎月実績との比較により経営実績の状況把握や分析を行っており、適切な予算管理のもとに運営している。財務諸表の作成や会計監査も適切に行われている。医事業務については、窓口の収納業務や診療報酬請求業務が組織的かつ合理的に行われている。診療報酬請求業務では、返戻の低減のため、返戻・査定情報を受付ミーティングや院内で共有する努力を行っている。施設基準を遵守するための体制や未収金への対応も整備されている。業務委託については、委託業務に関する病院側の管理者の配置と検収システム、委託業者の職員教育、事故発生時の対応なども適切に行われている。

施設・設備の管理では、日常点検の励行のほか、保守計画に基づき定期的な点検が確実に実施されている。法定の医療ガスの点検なども適切に行われ、点検の記録も整備されている。物品管理については、発注から納品までの一連のプロセスが適切に行われている。購入の過程が明確であり、品質管理や在庫管理が適切に行われている。

病院の災害時マニュアルに加えて、法人各事業所を横断的に管理する法人本部マニュアルの整備も行われている。火災や大規模災害を想定した訓練や備蓄等が行われている。保安業務についても、警備会社契約および緊急時連絡・体制を整備し、日々の業務実施状況が把握されている。医療事故への対応手順は明確であり、事故発生後は速やかに臨時委員会を設けるなどの仕組みが整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士等の病院実習が行われ、各職種において、指定されたカリキュラムに沿った実習と実習内容の評価が適切に行われている。患者・家族との関わり方や医療安全・医療関連感染制御に関する教育が手順として整備されている。実習中の事故等に対応する仕組みも整備されている。

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	B
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	S
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	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	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	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	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	A
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	A
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	S
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	S
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	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	S
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	B
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	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： 2021 年 1 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人財団善常会 善常会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：愛知県名古屋市南区松池町1-11

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	95	95	+0	91.8	56.8
医療保険適用	95	95	+0	91.8	56.8
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	95	95	+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	95	+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

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： 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

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
	2019	2018	2017	2019	2018
年度(西暦)					
1日あたり外来患者数	10.57	11.02	9.16	95.92	120.31
1日あたり外来初診患者数	0.72	0.74	0.66	97.30	112.12
新患率	6.78	6.71	7.22		
1日あたり入院患者数	87.48	87.15	90.75	100.38	96.03
1日あたり新入院患者数	1.54	1.39	1.44	110.79	96.53