

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 3 月 10 日～3 月 11 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、1946 年に宮城第一病院として開設後、1982 年に東北厚生年金病院に改称するとともに、現在地に新築移転となった。1997 年に災害拠点病院、2001 年に臨床研修指定病院に指定された。さらに、2006 年に地域医療支援病院、2008 年に地域がん診療連携拠点病院に認定された。2013 年 4 月に学校法人東北薬科大学へ開設者が変更となり、名称も東北薬科大学病院と変更された。その後、東北薬科大学に医学部が新設されるに伴って、東北医科薬科大学病院と名称変更された。2019 年 4 月には新大学病院棟が完成し、診療機能が大きく向上した大学病院として地域医療に貢献されている。

病院機能評価を継続的に受審されており、この度の受審においても、病院長を中心に職員が一丸となって医療の質の向上に取り組んでいる様子が見えた。評価項目の多くは適切と判断され、特に医療関連感染制御に向けた取り組みや、臨床検査機能は極めて高く評価された。一方で病院の役割・機能に照らし、さらなる工夫や努力が期待される評価項目も認められた。本報報告書を活用し、医療の質の向上が図られるとともに、貴院がますます発展することを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念・基本方針がわかりやすく明文化され、病院内外に周知されている。病院管理者・幹部は人材確保や人材育成などの課題を明確にし、その解決にリーダーシップを発揮している。病院運営の意思決定会議は管理会議であり、その他、必要な会議・委員会が規程に基づき、適切に開催されている。病院の年次事業計画を反映した部門・部署ごとの活動目標を設定・評価するなど、計画的・効果的な組織運

営を行っている。情報の管理・活用の方針は明確である。文書処理規程を整備し、病院として管理すべき文書を明確にするとともに、適切に管理している。

各部門の人員定数が定められ、欠員が生じた場合は速やかな補充に努めている。病院の役割・機能に照らし、放射線科医や薬剤師を中心に人員が充実すると、さらに適切である。人事・労務管理に必要な各種規則・規程が整備され、グループウェアに掲載し、いつでも職員が閲覧できる環境を整備している。衛生委員会を設置し、健康診断の実施や長時間労働等の検討を行っている。職場環境の整備や職業感染への対応も適切である。職員の意見や要望は委員会や面談を通して把握している。職員の就業支援に向けた取り組みや福利厚生への配慮も適切である。職員教育研修委員会が全職員を対象とした教育・研修の年間計画を作成し開催しているが、今後、参加率向上のためのさらなる工夫と努力が望まれる。職員の能力評価は病院全体でより客観的な評価の仕組みを整備し、人材育成に活用することが望まれる。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、ホームページ、入院案内、院内掲示などで示しているが、文面の統一やホームページの掲載方法等の検討が望まれる。説明と同意に関する指針や手順は明文化されているが、患者・家族が理解しやすい説明と同意が行われているか、実施状況を把握・管理し、ルールの遵守と徹底が望まれる。医療への患者参加を促進するために、入院計画書やクリニカル・パスを用いた説明が行われている。患者の理解を深めるために、図示・図解を工夫した文書での説明やパンフレット等を活用している。相談支援センターが窓口となり、MSW 等が医療福祉制度や入退院支援など多様な相談に対応している。虐待への対応も対応フローチャートに沿って適切に対応している。臨床倫理については宗教的理由による輸血拒否に関する方針が示されている。倫理的課題を検討する場として倫理委員会を設置しているが、検討実績は少ない。臨床倫理に対する職員の意識啓発を含め、病院としての主要な課題とその対応を明確にし、職員へ周知することが望まれる。

院内にはコンビニエンスストア、カフェ、理容室、ATM などが設置され、携帯電話やインターネットの使用環境を整備するなど、患者や面会者の利便性・快適性に配慮している。院内はバリアフリーが確保され、廊下や階段などに手摺りが設置されている。車椅子や必要な備品等が整備されるなど、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。病棟では採光、照明、室温に配慮した静寂な療養環境が保たれている。敷地内禁煙が周知され、禁煙外来も設置されている。敷地内の巡視で遵守状況の確認を行うなど、受動喫煙の防止に努めている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は意見箱、面談や電話などで収集し、対応策の立案や患者・家族へのフィードバック、質改善への活用も適切に行っている。各診療科カンファレンスのほか、CPC、死亡症例検討会、がんサージカルボードなどが開催されているが、病院の特性を踏まえ、より活発な部門横断的検討会の開催が望まれる。クリニカル・パスについては、診療科ごとの適用の差異や内容の定期的な見直しなど、

さらなる充実が期待される。臨床指標については診療の質を反映する独自の指標をより多く設定し、診療の質の向上につなげる取り組みが期待される。部門横断的な業務改善活動は、従来 QC サークル活動委員会が毎年テーマを設定し実践してきたが、新型コロナウイルス感染拡大のため活動を停止している。業務上の課題については部門横断的に具体的目標を設定して改善を図る取り組みが今後も期待される。新たな診療・治療方法や技術の導入については委員会による検討を行い、勉強会を開催してスタッフへの教育を行うなど、適切に取り組んでいる。

各部署の責任者が選任されているが、診療・ケアの責任者や治療における責任の最終的な所在について、患者・家族により分かりやすい明示の検討が望まれる。診療録は電子カルテに各職種が記録し、多職種が閲覧、情報共有できる体制を整えている。診療記録の質的点検は件数が少ないため、実施方法の見直しが望まれる。診療科や職種を超えた連携と多職種カンファレンスの開催、必要に応じての各専門チームの介入など、多職種が組織横断的に協働して診療・ケアを適切に実践している。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は病院長直属に医療安全管理部を設置し、副院長が部長を務めている。専従の医療安全管理者である副看護部長に組織横断的な活動の権限が付与され、医療安全活動を推進している。医療安全管理部やリスクマネージャー部会を組織し、各会議を規程通り開催している。医療安全マニュアルは定期改定されており、安全確保に向けた体制は確立している。安全確保に向けた情報収集では、インシデントレポートが委託職員を含む各職種から提出されるなど、報告体制が確立している。事例に応じて RCA を行い、対策を講じるとともに評価も行うなど適切である。

患者確認は入院、外来ともに確実に行われ、部位確認はタイムアウトで実施する規定で、手術や内視鏡検査等で実施している。左右の部位確認については規定がないため、検討が期待される。一部の診療科ではマーキングを実施しているが、院内ルールを定めて部位確認の精度を高めることが望まれる。オーダリングシステムを使用し、指示出し、指示受け・実施、実施確認が適切に行われている。口頭指示がルールに従って実施されているが、口頭指示記載のフォーマットの速やかな活用が期待される。麻薬・向精神薬やハイリスク薬は安全に使用され、適切に保管・管理されている。病棟在庫薬の削減への取り組みと使用時の確認手順の整備が期待される。転倒・転落防止対策はアセスメントを行い、評価に応じて対策を講じている。医療機器を安全に使用するため、新人と中途採用者への教育を計画的に行っている。今後、アラームについての規程を確認し、周知することが期待される。患者等の急変時の対応では院内緊急コードが設定され、適切に運用されている。救急カートは標準化され、点検も確実に行われている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制が適切に整備されている。感染制御部は組織横断的指導と実施に関する権限を持つことが感染対策マニュアルに明記されている。院内外の医療関連感染に関する情報を収集し、統合的に分析・共有・活用されている。アウトブレイク時に早期から積極的に介入できる体制が整備され、制御実績もあることは高く評価できる。

医療関連感染を制御するための活動では、手指衛生の実施評価を直接観察法で行っている。PPE の着用についてはラウンド時に評価を行っている。感染性リネンや廃棄物の取り扱いは規程に従い適切に行っている。感染経路別の予防策では感染に応じたカードを活用し実施している。抗菌薬の適正使用を目的としたガイドラインが整備され、アンチバイオグラムなどモニタリングしたデータを活用し、抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はホームページ、広報誌、診療科案内、病院年報などで行われ、病院の提供する医療サービスのほか、多種多様な情報が発信されている。ホームページは随時更新され、診療実績も公表するなど、適切である。地域の医療関連施設等との連携では、患者支援・医療連携センターが紹介・逆紹介や各種検査の予約受付などを行っている。さらに、登録医等を訪問して意見・要望を聴取し、地域の医療ニーズを把握するなど、地域の医療関連施設等と適切に連携している。患者・地域住民に向けて、市民公開講座や糖尿病教室等を開催し、市民センター特別講話に職員を派遣している。地域の医療従事者に向けて、地域連携セミナーを様々なテーマで開催している。その他、緩和ケア研修会、臨床研究講習会等を開催するなど、教育・啓発活動を活発に展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者に関する情報を適切に収集し、病態に応じた外来診療を安全に行っている。診断的検査は医師が必要性を判断し、リスクについて説明し同意を得ている。放射線検査における造影剤使用の規程、トレッドミルでの医師の立ち合い、内視鏡室での状態確認など安全に配慮し、検査を実施している。医学的判断に基づいて入院適応が適切に判断されている。入院決定に際して、入院後の手術に関する説明は、より理解しやすい方法での説明が期待される。患者個々の病態や患者・家族の要望を踏まえた診療計画を作成している。患者・家族からの様々な相談は相談支援センターが窓口となり、専門職種が院内外スタッフとの連携を図り適切に対応している。入院決定後は入院支援室の担当者が入院案内に沿った説明・確認を行い、必要に応じてMSWなどと連携した解決への取り組みを行っている。

医師は毎日回診を行い、診療科内や職種間の情報交換も綿密に行われている。看護師の病棟業務では各種アセスメントを実施し、看護を展開している。専門性の高い看護師を育成し、日常生活援助の充実に注力している。服薬指導、薬歴管理、薬剤情報確認に薬剤師が積極的に関与し、投薬・注射を確実・安全に実施している。

輸血・血液製剤の投与はマニュアルに則り、観察・記録も含め適切に行われている。周術期の対応については術前カンファレンスでの検討、リスク評価、麻酔科医・手術室看護師による術前・術後訪問が徹底され、患者の搬送も適切に行っている。重症患者の管理では患者の重症度に応じた病床の選択が医師や看護師の協力のもと、適切に行われている。入院時、全患者を対象に看護師が主観的栄養評価を行い、管理栄養士が栄養管理計画を作成している。必要に応じて他職種と連携した個別対応や低栄養状態に対する NST の介入が積極的に行われている。

症状緩和に対する痛みの強さは NRS を用いて測定し、主治医やがん診療支援チームと連携しながら症状緩和を適切に行っている。患者の状態に応じて、入院早期から必要なリハビリテーションが確実・安全に実施されている。身体抑制は複数でのカンファレンスによって適応が検討され、医師により書面での同意を得て実施されている。実施中の状態観察や解除への取り組みも適切である。入院早期に退院スクリーニングが行われ、多職種で構成された退院支援カンファレンスを実施し、退院支援計画書を作成している。院内外の職種と連携・調整を図るなど退院支援を適切に行っている。ターミナルステージの判定は主治医が行い、がん診療支援チームとともに患者・家族の意向に配慮した診療・ケアを実施している。臓器提供意思表示の確認についての検討が期待される。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部や病棟等に配置された薬剤師が関与し、院内の薬品管理を適切に行っている。臨床検査は夜間・休日も含め迅速な検査が行われている。パニック値は検査部から直接連絡を受けた主治医がその対応を報告し、検査部長が確認するという念入りなシステムを構築している。ISO15189 の認定を取得するなど臨床検査機能は高く評価できる。放射線部は必要な画像診断が迅速に実施可能な体制を整備している。CT 検査の読影率向上への取り組みが強く望まれる。栄養管理機能では嗜好やアレルギーを考慮した個別対応の食事の提供に努めている。調理方法の工夫など機能を適切に発揮している。リハビリテーション部では主治医や病棟と連携し、必要なリハビリテーションを適切に提供している。急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率の向上が期待される。診療情報管理については診療情報の登録、量的点検、がん登録、診療記録の開示など多岐に渡る業務を担っている。データ抽出依頼にもシステムを活用し適切に対応している。医療機器は臨床工学技士のもと一元管理され、適切に保守・管理している。滅菌の実施に際しては物理的、化学的、生物学的な滅菌精度の確認を適切に行っている。

病理診断機能は病理専門医により術中迅速診断も含め、病理診断が適切に実施されている。放射線治療は放射線治療医が関与して、必要な治療が適切に提供されている。輸血・血液管理機能では輸血用製剤の発注・保管・供給・返却が確実に行われ、緊急輸血にも速やかに対応している。手術室では多くの手術をはじめ、緊急手術にも十分対応している。手術前後や術中の患者への一連のプロセスも適切である。ICU は各診療科へのオープン形式での運用である。入退室基準は明確であり、設備・機器の整備や多職種の関与も充実している。救急部門は新たに救急センター

を立ち上げ、救急車の受け入れは年々増加している。今後、病院の特性を踏まえ、さらなる充実が期待される。

10. 組織・施設の管理

毎年度予算が策定され、予算の進捗管理や経営分析を毎月行っている。病院会計準則に基づき会計処理を行い、監査法人等による監査が実施されるなど、財務・経営管理は適切である。医事業務はマニュアルに沿って収納業務や未収金の管理を行っている。医師によるレセプト点検を行い、返戻・査定の分析を行うとともに、再審査請求にも対応するなど医事業務を適切に行っている。業務委託では業務内容の見直しから業者選定までの契約事務が適切に行われている。業務報告書や委託業者との会議で実施状況を把握するなど、効果的な業務委託を行っている。

施設・設備は職員と委託業者により常時管理されている。専門的な定期点検も年間保守計画に沿って確実に実施されている。建物・設備の経年劣化等の把握・対応も適切である。物品の購入は競争見積もりを実施し、廉価購入に努めている。発注担当者と検収担当者を明確に区分し、内部牽制機能が働くシステムとするなど、物品管理を適切に行っている。

地域災害拠点病院として災害マニュアルやBCPを策定し、消防避難訓練や総合防災訓練等を実施している。必要とする自家発電機を保有し、食料や水を備蓄するなど災害時の対応を適切に行っている。保安業務は業務委託の警備員等を配置し、定期巡視や施錠管理を行っている。防犯カメラによる監視や時間外・休日の来院者の出入管理を行うなど適切である。医療事故等への対応については、医療安全管理指針や医療安全管理マニュアルを整備し、医療事故発生時の報告体制や患者・家族への対応などを明確にしている。

11. 臨床研修、学生実習

医師や看護師、コ・メディカルなどの初期研修プログラムが作成され、研修者の習熟度の評価が行われている。研修医の評価は指導医のほか、看護師や薬剤師による評価も行っている。研修者の意見を聴取し、研修内容の評価や見直しも行っている。指導者の評価方法についての検討が期待される。

医学生、看護学生、薬学生などのほか、救急救命士の実習を受け入れている。実習指導者を配置し、カリキュラムに沿った実習と評価を行っている。医療安全や感染対策の教育のほか、実習での注意事項や個人情報の保護についての説明も行われている。実習について患者から書面で同意確認を行い、事故発生時の対応も協定書に明記するなど、学生実習等を適切に行っている。

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	B
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	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	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	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	S
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	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	B
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	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	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	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	S
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	B
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	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	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	B
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： 2020 年 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 東北医科薬科大学病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 宮城県仙台市宮城野区福室1-12-1

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	554	515	+95	74.9	12.6
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	46	46	+0	67.5	62.5
結核病床					
感染症病床					
総数	600	561	+95		

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)	14	+6
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	4	+4
人工透析	41	+24
小児入院医療管理料病床	10	+10
回復期リハビリテーション病床		
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), DPC対象病院 (I 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： 15 人 2年目： 6 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
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	901.52	816.49	776.70	110.41	105.12
1日あたり外来初診患者数	103.33	94.94	93.90	108.84	101.11
新患率	11.46	11.63	12.09		
1日あたり入院患者数	412.66	363.05	366.55	113.66	99.05
1日あたり新入院患者数	32.85	28.61	27.08	114.82	105.65