

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5月30日～5月31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、がん予防と診断を目的とした診療所として開設されて以来、増床と機能の強化を図ってこられた。がん化学療法センターの建設や緩和ケア病棟の立ち上げ、地域がん診療連携拠点病院の指定などを経て、現在に至っている。理念・基本方針に基づき、県中地区において、高い水準の医療技術と全人的医療が継続的に提供されていることは、高く評価できる。

今回の受審においては、病院幹部の強いリーダーシップのもと、病院の質向上に取り組んでこられた成果が随所で確認できた。一部の項目においては検討が望まれる課題が見受けられたが、優れている点の一層の強化を含め、引き続き改善活動を期待したい。そして、がん専門病院としての役割・機能をより充実させるとともに、更なる強化を目指している呼吸器疾患の治療や生活習慣病予防に、一層取り組まれることも期待したい。地域住民や地域内の医療機関からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されることを祈願する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、職員や院外への周知も適切に行われている。病院の将来の方向性や病院目標などが明確化され、職員に周知されている。病院幹部は、課題の解決に積極的に取り組むとともに、職員の就労意欲を高める諸施策も導入するなど、リーダーシップが適切に発揮されている。組織運営は効果的かつ計画的に行われている。情報のシステム化への取り組みはおおむね適切であるが、文書管理の仕組みについては更なる充実を期待したい。

人材はおおむね確保されているが、病院機能を向上させるため、引き続き充実に向けた取り組みを期待したい。人事・労務管理、職員の安全衛生管理はおおむね適切である。魅力ある職場づくりのための施策が講じられ、福利厚生 of 各種制度も充実している。職員の教育・研修は、医療安全や感染管理をはじめとした必要性の高い課題が計画的に実施され、院外研修や学会参加への支援等もなされており、適切である。職員の能力評価では、全ての職種で人事考課制度が導入されている。また、能力開発では各職種とも、資格取得や外部研修の受講等を通して取り組んでおり適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は具体的な内容で明文化されており、院内外への周知、および診療記録の開示にも適切に取り組んでいる。説明と同意に関する方針が策定され、同意書等の書式も統一されており、セカンドオピニオンへの対応も適切になされている。なお、病院としてのインフォームド・コンセントの方針の整備や、看護師等の同席規程の明確化については、検討の余地がある。患者との診療情報の共有や医療への患者参加の促進は、様々な取り組みや工夫がなされており適切である。がん相談をはじめとして医療相談全般、および地域からの多様な相談に応じており、評価できる。

個人情報保護への取り組みでは、規程やマニュアルが策定され、物理的・技術的保護も適切に行われている。診療上・生活上のプライバシーにも配慮されている。臨床における倫理的課題への対応では、宗教的な輸血対応以外で、病院として多く発生する課題について倫理委員会で検討し、病院としての対応方針などを指針として整備する等、更なる充実が図られるとよい。

療養環境は、患者・家族の利便性や快適性が確保され、診療・ケアに必要なスペースや患者がくつろげるスペースの確保、プライバシーを保つ努力がなされている。敷地内禁煙や禁煙外来が導入されており、病院開設時から地域での防煙に対する啓発活動も長期にわたり活発に行っている。また、強力な禁煙指導の結果、職員の喫煙率が低下しており、地域がん診療連携拠点病院として、院内外への禁煙啓発活動が高いレベルで展開されている。受動喫煙防止に対する取り組みは秀でている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、意見箱や退院時のアンケート調査、相談支援センターなどを通して把握に努めている。収集された意見や苦情は、会議や委員会では対応策が検討されている。なお、意見による改善事例は、一部が外来に掲示されているが、院内掲示やホームページなどで、より積極的に公開されることを期待したい。

診療の質向上に向けては、症例検討会や臨床病理検討会など、多数の診療科の医師や多職種を交えた検討会が活発に開催されている。また、クリニカル・パスの適用率も高く、院内の全死亡例が把握され必要に応じて症例検討できるスクリーニン

グ体制が敷かれている。一方で、地域がん診療連携拠点病院であることを踏まえると、がん治療に関して院内外の専門家が集まって議論できるキャンサーボードを定期的開催することが期待される。医療サービスや業務の質改善に向けては、組織横断的な活動に取り組んでおり、委員会などの活動も継続的に行われている。新たな診療技術や治療方法を導入する場合については、組織的な支援体制が整備され、新たな薬剤・医療材料の導入や診療機器の導入に対しては、関連する委員会等で検討されている。

病棟や外来における診療・ケアの管理・責任体制は明確化されており適切である。診療記録の記載については、他職種も記載内容が理解できるような配慮、および職員用の略語一覧の作成などの工夫が期待される。多職種による診療・ケアの実践では、感染対策チームや栄養サポートチーム、緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、認知症支援チームなどの専門チームが設けられ、組織横断的な活動がなされている。また、薬剤師外来、リンパ浮腫外来、禁煙外来、COPD 外来、間質性肺炎・肺線維症外来等、多くの特殊外来が設置され、専門的な能力を活かした活動が展開されており、評価できる。

5. 医療安全

院長直轄に医療安全室が設置され、副院長の医師が室長で、医療安全管理者は看護師長が配置されている。医療安全室では、多職種で構成されるカンファレンスが定期的開催されている。また、医療安全管理委員会と下部組織である安全対策委員会も、定期的開催されている。医療安全対策マニュアルの改訂を含め、医療安全の管理体制は適切である。院内のインシデント・アクシデントはイントラネットで報告され、事例の分析と再発防止策が検討されている。院外情報についてもニュースレター等により回覧・周知されている。

患者確認は、名乗ってもらうこととリストバンドの併用で実施しており、検体の誤認防止も適切に運用されている。なお、手術部位のマーキングについては、病院全体としての方針を明確にし、周知徹底に向けて取り組まれるとよい。情報伝達エラー防止対策はおおむね適切であるが、口頭指示については、より確実な運用ルールとするよう検討されるとよい。薬剤の安全使用に向けた取り組みはおおむね適切である。転倒・転落防止対策では、全入院患者にアセスメントを行い、点数に応じた危険度を判定し、それに応じた標準ケアを実施している。また、リーフレットを使用し、転倒・転落防止について患者参画を促している。医療機器の安全使用と患者急変時の対応は、それぞれ適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

感染制御の実務組織として、院長直轄の感染対策室が設置され、感染対策委員会の下、実働部隊として ICT、感染リンクスタッフ部会が連携して活動している。感染対策マニュアルは適時に改訂され、ICT による各部署へのラウンドも定期的に行われている。また、近隣医療機関との合同ミーティングを定期的実施するなど、感染制御に向けた体制と活動は適切である。感染制御に向けた情報は臨床検査科、

院内ラウンド、各種サーベイランスなどを通じて収集され、JANIS の検査部門・全入院患者部門・SSI 部門に参加している。主要な医療関連感染について発生状況を収集・把握している他、院外の流行情報も行政等のホームページなどから収集している。ICT はこれらの情報を分析・検討し、広報やアンチバイオグラムとして発行することにより、共有するよう努めている。

手指消毒薬や個人防護具は必要な場所に設置され、適切に使用されている。手指消毒薬の使用量が把握され、経路別感染予防対策を病室前にピクトグラムで表示し職員間で情報共有されている。汚染リネンの取り扱いや感染性廃棄物の管理も適切である。

抗菌薬の適正使用に向けて、ガイドラインが遵守されている。抗 MRSA 薬やカルバペネム系抗生物質など、特定の抗菌薬の届出率は 100% である。院内における分離菌の薬剤感受性パターンを把握し、アンチバイオグラムを作成して、各部門に情報発信している。ICT は入院患者の抗菌薬使用状況を定期的に把握・検討しており、抗菌薬の採用・採用中止にも関与しているなど、抗菌薬の適正使用に係る取り組みは評価できる。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は広報誌や病院ホームページを通じて幅広く行っており、診療実績は年報などを通して外部にも発信している。地域医療連携の取り組みでは、がん専門病院としてのニーズに応えて、地域の広範囲の医療関連施設から紹介を受け入れている。紹介元医療機関への返書は、紹介来院後、入院時、終診時に速やかに記載されるよう点検されている。連携する医療関連施設への訪問も定期的に行われており、情報提供や地域連携フォーラム開催などにより、積極的に連携強化に取り組んでいる。

地域に向けての教育・啓発活動は、長期間にわたり精力的な取り組みがなされている。特に、病院開設当初から開催している青少年の防煙講演会は、地元の郡山市だけでなく、近隣自治体の中学校などからの要請も多数受けている。また、肺の日記念市民フォーラムや、国際禁煙デーに合わせた市民公開講座の開催、がん征圧月間でのテレビ番組の作成など、継続して地域に向けた啓発活動に取り組んでいる。更に、地域住民を対象に、講演と体験コーナーを設けた健康講座や、多彩なテーマでの出前講座なども行っている。地域の医療従事者に向けては、がん治療懇話会、緩和ケア研修会、調剤薬局薬剤師研修会、細胞検査士養成研修などで教育・啓発活動を活発に行っている。地域の健康増進に寄与する活動、地域の医療関連施設に向けた教育・啓発活動は、継続的に高いレベルで行われており、高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページや院内掲示、総合案内の看護師などにより案内されている。待ち時間短縮への取り組みや患者急変時の対応も適切に行われている。外来診療は情報収集や説明と同意、患者確認の仕組みに加え、必要時には他の診療科の医師に相談できる体制も整備されている。診断的検査は、必要性について

説明し同意が取得され、安全に十分配慮しながら実施されている。入院の決定は、外来での診察結果や患者情報を検討・判断の上、患者・家族の希望に配慮しながら行われている。入院診療計画書は多職種協働のもとで作成され、患者・家族の希望にも配慮し、必要に応じて見直しもなされている。クリニカル・パスも積極的に活用されている。患者・家族からの医療相談に対応する体制が整備され、円滑に入院できる仕組みも整っている。

医師と看護師は、役割と責任に応じた病棟業務を適切に行っている。投薬・注射は確実・安全に行われているが、抗菌薬投与時のマニュアルの見直し、および観察記録の更なる充実が図られるとよい。輸血・血液製剤投与や周術期の対応、重症患者の管理は、いずれも確実・安全に行われており適切である。褥瘡への対応、栄養管理・食事指導、症状緩和への対応は、多職種による専門チームの関与等により積極的に取り組まれている。リハビリテーションは、病態に応じて必要性が判断され、患者・家族の同意のうえで行われており、定期的な定量評価もなされている。身体抑制はガイドラインに沿っておおむね適切に行われている。

患者・家族への退院支援、および患者への継続した診療・ケアは、院内外の専門職種や関連施設と密接に連携しながら実施されている。ターミナルステージへの対応では、マニュアルに基づきケアが提供され、患者・家族の意向にも十分配慮されている。また、逝去後に看護師から家族へ手紙を郵送するなど、継続した家族ケアも実践されており、適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査や疑義照会、注射薬の1施用ごとの取り揃え、抗がん剤の調製・混合、医薬品情報の発信など、いずれも適切である。また、がんの患者に対して薬剤師外来を開設し、抗がん剤などの薬剤の内容、治療スケジュール、副作用について丁寧に説明を行っている点は評価できる。臨床検査機能は、異常値・パニック値への対応や精度管理も適切に行われている。画像診断機能は、CT・MRIなど必要な検査をタイムリーに実施している。また、診療放射線技師は定期的に勉強会を開催し、知識・撮影技術の向上に努めているなど、機能を適切に発揮している。

栄養管理機能は、調理室内の衛生管理に努め、患者の特性・嗜好に応じた食事提供にも積極的に取り組んでいる。検討中の、がん患者へのセレクト食の早期導入を期待したい。リハビリテーション機能では、リハビリテーション科専門医と連携しながら、病棟との情報共有、連続性への配慮がなされており適切である。診療情報管理機能は、がん登録、診療の質向上に向けたデータの活用、量的点検の実施などは適切であるが、診療録の貸し出し管理を一層強化されるとよい。医療機器管理機能はおおむね適切である。洗浄・滅菌機能は、病院の機能・規模に見合って発揮されている。

病理診断機能は、病理医や細胞検査士等のもとで、多くの病理検体に対応しており、CPCや病理解剖を含め、業務全般を精力的に行っている。予期せぬ結果の場合の依頼医への報告や、悪性所見のある症例を別ファイルにてチェックし依頼医のレ

ポート見落とし防止に役立てるなど、医療安全上の配慮もなされている。教育・研修面では、院外の希望者も含めて細胞診の勉強会を活発に開き、多くの細胞検査士の資格者を輩出している。また、病理医・細胞検査士同士だけでなく、臨床医との検討会も活発で、教育環境も整備するなど、がん治療に特化した病院として高い機能が発揮されており、高く評価できる。

放射線治療機能は、放射線治療医と診療放射線技師、看護師による体制下、確実・安全に治療が行われている。輸血・血液管理機能は、確実・安全な輸血療法が行われる仕組みが整備されている。手術・麻酔機能では、スケジュール管理や清潔・不潔のゾーニング、タイムアウトの確実な実施など、安全に配慮した取り組みがなされている。救急医療機能では、貴院の通院患者および対応可能な患者に限定して、救急患者の受け入れを24時間行っている。限られたマンパワーと設備を有効に活用して、二次救急医療を行っており、地域医療にも貢献していることは評価できる。

10. 組織・施設の管理

予算編成は手順に基づき行われ、予算の執行状況や会計処理、財務諸表の作成も規程に基づき行われている。会計監査も定期的に行われており、経営状況の把握についても会議で経営の到達状況や分析結果が報告されるなど、財務・経営管理は適切である。医事業務は、窓口収納や診療報酬算定が手順に基づき実施され、施設基準の遵守状況の確認、未収金の督促・回収業務も適切に行われている。業務委託では、委託の是非の検討や委託業者との質改善に向けた取り組み、事故発生時の対応体制も整備されている。

施設・設備の管理体制は明確化され、日常点検と計画的な保守管理等が適切に行われている。医療ガス設備の安全使用のための保守点検、および感染性廃棄物の最終保管場所での保管・管理も適切である。経年劣化の現状把握やリスク評価を実施中であり、今後の建て替えの検討に活かす予定である。購入物品の選定や在庫管理を含め、物品管理は適切に行われている。

災害時等の対応体制は適切である。保安業務は、夜間・休日を含めて警備員が配置され、夜間・休日の入館管理、および院内巡回や緊急時の連絡体制も整備されるなど、適切である。また、医療事故発生時の対応マニュアルが整備され、組織的な検討体制や、紛争化の恐れのある事案への対応も明確化されている。医療事故の原因究明と再発防止策を検討する仕組み、および賠償責任保険への加入など、医療事故等への対応体制は適切である。

11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修では、看護部門は卒後プリセプターの指導で学べるプログラムが組まれており、クリニカルラダーの枠組みに沿って研修が行われている。薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、リハビリテーション療法士などの診療技術部門の各職種についても、初期研修が適切に行われている。

学生実習は看護部門や薬剤部門、リハビリテーション部門、栄養部門などで受け入れている。学校との契約、患者・家族との関わり方の取り決め、同意書の提出、実習開始時のオリエンテーションなどが行われている。

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	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	B
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	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	B
1.6.3	療養環境を整備している	B
1.6.4	受動喫煙を防止している	S

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	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	B
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	B
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	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	B
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B
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	S
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	B
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	B
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	B
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	B
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	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 1 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：一般財団法人慈山会医学研究所付属 坪井病院

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：福島県郡山市安積町長久保1-10-13

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	230	230	+0	59.8	12.5
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	230	230	+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		
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	18	+0
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

がん診療連携拠点病院(地域)

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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	182.16	180.71	184.90	100.80	97.73
1日あたり外来初診患者数	16.30	17.76	19.42	91.78	91.45
新患率	8.95	9.83	10.50		
1日あたり入院患者数	153.82	142.19	137.39	108.18	103.49
1日あたり新入院患者数	11.92	10.62	11.05	112.24	96.11