

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および1月28日～1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 | 慢性期病院 | 認定 |
|------|-------|----|

■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は2013年開設と病院の歴史は浅いものの、東京都江戸川区においてすでに確固とした存在感を示している。慢性期病棟をはじめ回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟といった多岐にわたる展開をはかり、住民のニーズに応えている。加えて、東京都が指定する「認知症疾患医療センター」の設置は、認知症の地域医療の拠点としての、医療活動・地域の啓発活動に旺盛な活動を展開している。それらの体制や活動は住民だけでなく、近隣の急性期病院および在宅事業所からも大きな信頼を得ている。さらに法人内関連施設として同一地域に老人保健施設、訪問診療クリニックを運営して医療と介護の継続性にも力点を置いているのも特徴であり、必要な医療サービスの提供に努めている。病院理念に『「あんしん」と「まごころ」』という柱を掲げ、その精神の浸透に病院全職員が心をひとつにして取り組んでいる姿が見受けられた。今後、本報告書が貴院の医療の質の発展にとって、一層の一助になれば幸甚である。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は分かりやすい文言でまとめられ、多様な手段で院内外に周知されている。基本方針は毎年度見直し検討がなされており、今年度は基本方針のうち一項目を見直し追加した。病院幹部は病院運営上の課題を認識し、課題解決のために取り組んでいる。組織図、委員会図、会議図は整備され、それぞれの業務分掌を明確にし、定例開催がなされている。電子カルテ委員会を立ち上げ、システムの取り扱いや制限について指針を整備し、情報の真正性・保存性の確保に注力している。文書管理規程が整備されており、一元管理が行われている。

人材については法的必要数を満たしている。なお、看護師についてはケアの充実の視点から幹部を中心に、採用の努力をしている。各種就業規則や規定は法人本部で策定決定し、労働基準監督署への届け出がなされている。年次有給休暇についても取得を奨励し、取得の少ない職員には原因を精査の上指導に当たっている。労働衛生安全委員会は毎月定例開催され、健診受診率、ワクチン接種率の把握を行っており、産業医および衛生管理者は選任されている。さらにメンタル不全者には、産業医面談もしくはメンタルクリニックの受診をすすめるなどの配慮もある。

全職員向け研修は、年間計画として立案され、病院として必要性の高い研修は適切に定められ、実施されている。医師を除く職員には、年2回目標管理面接制度を採用し職員の能力開発につなげている。医師は今年度より院長による面接が開始されたほか、考課者への教育もすすめている。

3. 患者中心の医療

病院として「患者権利の尊重」を謳っており、患者の思いを受け止める姿勢が示されている。また、職員にはその重要性を病院長自らが伝えている。医師の説明に当たって、看護師は患者・家族の理解度を確認し、意思決定支援を実践している。診療・ケアへの患者・家族の理解を深めるために、診療計画書・看護計画・パンフレット等を活用しながら各担当者は分かりやすく説明し、情報共有を図っている。医療福祉相談窓口は明瞭に案内され、社会福祉士6名が入退院支援を中心に多様な相談支援を行っている。個人情報保護に関する基本方針が確立され、療養環境においてもプライバシーは保護されている。病棟で診療・ケアの提供にあたり、日常的に発生する臨床倫理の課題は病棟カンファレンスで検討され、患者・家族と話し合い患者の尊厳を守る取り組みがある。また、倫理委員会では主要な倫理的課題として、DNARの方針を定めている。臨床で解決困難な問題が生じた場合も、申請書により倫理委員会に挙げる仕組みがある。

院内はバリアフリーであり、廊下には両側に手摺りも設置されている。また、廊下幅は十分に確保されており、車椅子、障害者トイレの数も確保している。院内は清掃を徹底し、病室は診療・ケアに必要なスペースを確保し、採光や空調などにも配慮している。敷地内禁煙の方針であり周知徹底されている。

4. 医療の質

各病棟に意見箱を設置し、患者・家族からの意見を収集している。また、患者サービス委員会が発足し、患者の意見を踏まえた改善内容の検討を行っている。慢性期医療に関する症例検討は、医局会の方などで実施しており、死亡症例に関する医学的な側面からの振り返りも行っている。看護師が毎月デスカンファレンスを開催して、終末期における医療とケアの適切性について検討している。部門横断的な「業務改善委員会」が定期的開催されていて、院内の各部署を跨いだ業務改善活動が継続的に行われている。療養病棟の入院患者を対象とする新たな医療技術の導入は無く、薬剤の適用外使用も行われていないが、病院全体では緩和ケア病棟導入時に、臨床倫理に関して実践面での検討を行った実績がある。

病棟の診療・看護の責任者を明示し、担当する夜勤・日勤者の看護師と受け持ち部屋を掲示板で知らせるなど、責任体制を明瞭にしている。電子カルテシステムが導入されており、診療録と看護記録記載マニュアルなどは整備されている。カルテへの入力は適時に行われていて、記載の内容、特に患者・家族への説明時の状況などは良く記録されている。多職種からなる専門チームとして、褥瘡対策チーム・認知症ケアチーム・摂食・嚥下ケアチーム・NST などがあり、定期的に組織横断的に活動しており適切である。

5. 医療安全

医療安全の組織体制は、多職種で構成された医療安全委員会を毎月開催しており、アクシデント事例については、週1回の頻度で検討を行っている。収集されたインシデント・アクシデント報告は各部署の所属長が承認し、院長が確認する仕組みである。集約は副看護部長が行い、分析のうえ医療安全委員会で再発防止策を検討している。

患者確認は、患者自身が自分の名前を告げることを呼び掛け、それができない場合には家族に確認し誤認防止に努めている。さらに患者誤認防止をより確実にするために、リストバンドのバーコード認証を徹底する仕組みを整備した。電子カルテによる指示出し・指示受けの仕組みは確立されており、実施確認も確実である。薬剤の安全な使用のために、使用時の誤用防止に関する情報提供などを薬剤師が行っている。中心静脈栄養の調製・混合は、全てクリーンベンチを使って薬剤師が行っていることは評価できる。全入院患者に対して転倒・転落リスクの評価を行い、危険度に応じた予防策を看護計画に立案し実施している。医療機器安全管理責任者により人工呼吸器や輸液ポンプ、およびシリンジポンプ等は医療機器マニュアルに基づいて安全に使用している。緊急コードのシミュレーション研修も行っており急変時は適切に対応する備えがある。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染防止に向けた組織体制は構築されており、感染対策委員会も適切に機能している。院内での「アウトブレイク」の定義は明確に定められており、CVポートやカテーテル感染のモニタリングも行うなど、医療関連感染制御に向けた情報収集活動は適切である。

感染制御の標準予防策は徹底しており、手指衛生については、速乾式消毒剤の使用状況をモニタリングしている。また、1処置1手袋や感染経路別の予防策マニュアルも遵守している。感染性医療廃棄物等の分別管理や、血液・体液の付着したリネン、寝具類の取扱いも安全に行われている。中心静脈穿刺時は、マキシマル・バリア・プリコーションを行っている。抗菌薬の適正使用に関しては病院を挙げた取り組みが行われている。薬事委員会によって抗菌薬の採用・削除が決定されており、病棟担当薬剤師による抗菌薬使用時の介入も実践されている。アンチバイオグラムも作成されていて、抗菌薬の使用状況に関するデータを含めて、感染防止対策委員会等の関係委員会や病院幹部を交えた会議等で情報共有されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域医療機関向けに広報誌「さくらニュースレター」を定期発行し、主に医療機関、施設宛に郵送・配布している。また、HPは自院の機能紹介を意識し、動画も活用するなど分かりやすさに工夫が凝らされている。紹介元病院や地域の介護事業所への訪問活動を重視することで、「顔の見える連携」づくりに努力しており、江戸川区内の諸会議に参加して地域のニーズや課題を収集している。急性期病院との連携も重視しており、多くの紹介患者を受け入れている。それは「断らない」姿勢が地域医療機関に信頼されている反映でもあり、さらに「認知症医療センター」としての実践活動に対する、近隣医療機関の信頼が高いことの証左である。連携のある医療機関、施設の状況や機能の資料が豊富に整理され、連携実績もデータとして蓄積されている等、高く評価される。

東京都指定の「認知症疾患医療センター」の役割を踏まえ、「認知症家族の会」等を地域包括支援センターとともに運営し、積極的に講師派遣を行っている。さらに、地域の介護の浸透を担うコミュニティづくりの活動を担っている「えんこみカフェ」は、メディアで幾度も取り上げられるなど、地域に向けた教育・啓発活動は適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は完全予約制となっており、認知症に特化している。診療から会計まで、患者の病態に応じた対応について工夫がされ、スムーズな受診に繋がっている。診断的検査は、必要時に過不足なく行われる体制になっており、特に放射線の画像診断は専門医による読影が行われている。侵襲的検査は安全確保にも十分な配慮がなされて実施されている。入院前の患者情報は、ソーシャルワーカーを介して詳細に入手し、看護部門や連携室などの担当者を交えて、幹部職員自らが入院の適否を個別に判断している。自院の機能を踏まえた患者紹介の手順が確立されており、満床以外で入院を断ることはほとんどない。入院後の診療計画は、病状評価に基づく計画作成とそれに連携する看護計画作成がスムーズに行われている。また、患者・家族への説明と同意も丁寧に実施し、医療相談には医療総合相談室が多様な相談に応じている。入院前にパンフレットや入院案内を用いて説明をしているほか、オリエンテーションを実施しており、患者・家族が安心して入院できる体制を整えている。

主治医と病棟担当医は病棟業務を適切に行い、看護・介護も専門性を尊重された業務を行っている。また、内服薬や注射薬の指示から実施に至るまで、確実・安全に行える手順としている。褥瘡リスク評価を行い、褥瘡保有者には評価スケールを用いたうえで治療が行われ、栄養状態の評価と栄養管理計画書作成は確実に適切になされている。症状緩和の対応として、看護基準・手順が整備され薬だけに頼らないケアがなされている。慢性期のリハビリテーションは、口腔ケアを含めたリハビリテーションおよび認知機能評価に基づく現場へのアドバイスなどに注力しており、日中はなるべく車椅子で離床を図る努力はしている。原則的に身体抑制を行わない方針であるが、やむを得ず行う際には回避・軽減・解除に向けたカンファレン

スを開催している。退院支援が必要な患者については、患者・家族を含めて、医師・看護師・MSW等が定期的にカンファレンスを開催し、退院後の療養の継続性に関する検討し具体化している。ターミナルステージのケアについては医師・看護師・MSWによるカンファレンスにおいて、患者・家族の思いに沿った計画を立案して、治療選択の希望や意向が尊重された対応を行っており適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は温度・湿度が良好に管理され、調剤・鑑査業務は正確に行われている。また、疑義照会にも対応されている。検体検査は全項目を外部委託で実施しており、緊急検査の結果やパニック値などについても手順が定められている。画像診断の専門医が勤務していて、CTの画像診断報告書は迅速に作成されている。また、技師がオーダー医にいち早く情報提供を行い、画像診断報告書の未読防止対策も技師の方から具体的な仕組みを提案しており、慢性期医療における当該部門の機能は、優れたレベルにあり高く評価できる。

栄養管理部門は温冷配膳車が導入され、厨房内の衛生管理は適切であり、食事の個別を重視している。リハビリテーションとしての療養病棟への関わりは、残存機能の維持を中心とした介入だが、病院全体では回復期リハビリテーション病棟を有していることもあり、系統的なリハビリテーションが実践されている。診療情報管理機能はシステム責任者が明確であり、診療録の量的点検も実施されている。医療機器管理部門は医療機器安全責任者の診療放射線技師により一元管理されている。洗浄滅菌部門では、リコール規程の作成などについて取り組みを望みたい。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に則った会計処理、財務諸表の作成が行われ、監査法人の公認会計士による会計監査が行われている。経営状況は運営会議および管理会議で報告され議論されている。医事業務は窓口収納が会計処理と連動した医事システムにより、正確な業務処理が行われている。診療報酬上の施設基準のチェックは行われ、運営会議および管理会議で報告され、未収金対応もされている。医師はレセプトに作成から返戻対応まで関与している。業務委託については、契約更新の際に関係する部署から評価を聞き取りしたうえで運営会議にて選考している。事故発生時の責任範囲も業者との間で定められている。

施設設備の管理は総務課のもとで、計画的な定期点検および日常点検が行われている。必要な補修も速やかに対応されている。医療材料も総務課が担当し、現場の意見を聞きながら検討・選定されている。消防計画が策定され、年2回の消防訓練が実施されている。大規模災害を想定したマニュアルとBCPが作成されており、緊急時の連絡体制も決められている。保安業務は病院の機能にあった体制が作られ業務内容も明確であり、適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

リハビリテーション養成学校、医療事務学校の学生実習を受けいれている。カリキュラムは養成学校のものに準拠し、医療関連感染や医療安全に関しての教育および家族への承諾、学生の事故対応などはオリエンテーション時に実施している。また、実習中の事故に関しては養成学校側との連絡体制がある。次年度からは看護学校の実習も予定されており、良質な教育の場となることを期待したい。

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 | 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 | 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 | S |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 診療計画と連携したケア計画を作成している | B |
| 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 | 患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている | 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 | NA |
| 2.2.14 | 重症患者の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.15 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | A |
| 2.2.16 | 栄養管理と食事指導を適切に行っている | A |
| 2.2.17 | 症状などの緩和を適切に行っている | A |
| 2.2.18 | 慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている | B |
| 2.2.19 | 療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる | A |
| 2.2.20 | 身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている | B |
| 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 | B |
| 3.1.3 | 画像診断機能を適切に発揮している | S |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 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： 2018 年 12 月 1 日 ～ 2019 年 11 月 30 日
 時点データ取得日： 2019 年 11 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団 城東桐和会 東京さくら病院

I-1-2 機能種別：慢性期病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：東京都江戸川区東篠崎1-11-1

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 | 78 | 78 | +0 | 94.13 | 31.7 |
| 療養病床 | 180 | 180 | +0 | 98.8 | 117 |
| 医療保険適用 | 180 | 180 | +0 | 98.8 | 117 |
| 介護保険適用 | 0 | 0 | +0 | | |
| 精神病床 | 0 | 0 | +0 | | |
| 結核病床 | 0 | 0 | +0 | | |
| 感染症病床 | 0 | 0 | +0 | | |
| 総数 | 258 | 258 | +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 | 60 | +0 |
| 地域包括ケア病床 | 40 | +0 |
| 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 | 38 | +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

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 | 21.39 | 15.84 | 6.30 | 135.04 | 251.43 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 4.51 | 3.77 | 3.48 | 119.63 | 108.33 |
| 新患率 | 21.09 | 23.81 | 55.22 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 251.38 | 246.60 | 228.42 | 101.94 | 107.96 |
| 1日あたり新入院患者数 | 3.56 | 3.47 | 2.75 | 102.59 | 126.18 |