

# 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 10 月 7 日～10 月 8 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

貴院は中国配電株式会社の中配病院として開院し、その後、中電病院と改称のうえ今日に至っている。この間、企業立病院としての役割を果たすとともに、地域に開かれた病院として、患者様の立場に立ち安全な医療の提供をすすめてきた。2020 年に「中電病院の目指す姿」の実現に向けて中期ビジョンを策定し、広島都市圏で地域密着急性期医療と回復期医療の中核を担う新たな病院の方針を打ち出した。これに沿って、内科、外科、整形外科の急性期医療に力を入れるとともに、自宅・社会復帰をサポートする地域包括ケア病棟の運用と、あわせて PET・検診センターにおけるがんの診断と健康の維持・増進に貢献する取り組みをすすめている。また、日常活動は 3 つの基本方針を院内外に宣言し、奮闘している。

今回の病院機能評価受審は更新受審であり、院長をはじめ全職員を挙げて取り組んできた。この取り組みと到達点を確認し、引き続き活性化した病院活動をすすめていくよう期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念、基本方針は明確であり、入院案内や病院パンフレット、ホームページ、広報誌等で周知している。また、理念や基本方針は業務と活動の行動指針としても扱っており、病院の中期計画で達成目標を明確にし、さらに具体的な課題は年次事業計画を策定し、部門目標としても管理している。病院運営協議会、院長室会議など機関会議で課題の進捗状況と対策を協議し、順次各種会議や委員会等を通じて院内に周知・徹底させている。また、病院幹部のリーダーシップも適切に発揮されている。情報管理・活用方針は、本社の情報通信部門と連携して「医療情報シス

テム運用管理規則」を定め、計画的な更新や院内各種システムのネットワークを構築している。文書管理は方針を明確にして適切に運用されている。

人材確保については、医師、看護師、薬剤師など、法定ならびに施設基準や各種加算要件などで定める人員を配置している。職員の労働安全衛生管理は、おおむね適切に行われている。魅力ある職場づくりについては、職員の要望・意見の聴取をはじめ、各種の就労支援策が機能している。

職員の教育・研修は、年間を通した全職員対象の計画が策定され、院外教育・研修の奨励、資格取得支援の運用実績など、いずれも適切である。職員の能力評価と開発は、人事考課制度に基づく職位別能力評価が実施され、育成・開発課題も明確にしてすすめており適切である。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化されている。説明と同意は、IC ガイドラインに同意書作成基準があり、患者・家族への説明時に必要な項目と内容が明記されている。患者との診療情報の共有と医療参加の促進は、入院案内に患者とのパートナーシップについての説明があり、患者の医療への参画を促している。患者・家族からの相談は医療支援室が適切に対応している。また、入院患者については入院前から関わり、各種の医療相談から退院後の介護問題などについても適切に対応されている。個人情報・プライバシーの保護は、規程が整備され、入職時の研修やその他の機会を通じて、留意事項も周知されている。倫理委員会は外部委員を含む構成であり、倫理的課題の検討と臨床研究の倫理審査を行い、臨床現場で解決困難な倫理的課題の相談も受け入れている。また、病棟では看護科が中心となって多職種参加のカンファレンスを開催し、倫理ファシリテーターの育成も実施している。

現在、新型コロナウイルス感染症の影響により患者への面会は原則禁止となっているが、オンライン面会を導入しているなど、患者・面会者の利便性・快適性への配慮は適切である。院内の必要な場所への手摺りの設置など高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。病院は十分な広さの廊下や患者がくつろげる環境が確保され、整理・整頓・清掃も行き届き、清潔で快適な療養環境が保たれている。敷地内全面禁煙が実施され、院内掲示や入院案内・ホームページ等で周知されている。全社禁煙月間等の取り組みにより、職員の喫煙率の減少につながっている。

### 4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、外来や病棟などの意見箱や患者満足度調査で収集し、改善事例を院内掲示や投書者にフィードバックするなど対応は適切である。診療の質向上に向けて、多職種症例検討会や臨床カンファレンスは頻回に実施されている。今後は、検討内容の記録や参加の拡大も望まれる。また、病理解剖が実施されているためCPCを実施されたい。業務の質改善への継続的な取り組みは、ISO9001の認証を発展的に解消し、独自の内部監査チームを作って、質改善シートや業務フローの作成と見直しを行い、業務の効率化に努めている。各科各部署の改善活動は旺盛であるが、発表・検討会など病院全体で共有できる仕組みがあるとさ

らに良い。新たな診療・治療方法や技術の導入時における倫理・安全面の検討では、「臨床研究に関する倫理指針」はあるものの、診療や技術の導入時の審査については十分とは言えない。小児外科の開設やマンモ PET 導入などもあり、適切な審査指針の作成が望ましい。

病棟の責任医師・看護師、薬剤師などの氏名はスタッフステーション前に掲示され、外来・病棟の責任者の業務は管理マニュアルに明記されており適切である。診療録の記載は適切で、診療録の質的点検も手順に則ってすすめられている。多職種協働の診療・ケアの実践では、専門チームの活動、および多職種カンファレンスが入院早期から実施され、それぞれの立場から介入し協働している。

## 5. 医療安全

医療安全管理室は院長直轄部門であり、室長として医師 1 名と医療安全管理者の専従看護師 1 名を配置している。医療安全に関する各種マニュアルは、必要時に見直され周知している。アクシデント・インシデント報告は、院内報告システムにより収集している。特に医師については、手術や侵襲のある検査に関連した有害事象等を対象にオカレンス報告として収集し、報告の充実に努めている。

患者誤認防止対策は、患者本人の姓名と生年月日の呼称を原則とし、手術部位確認や、侵襲のある検査では患者同意のもとマーキングを行っている。医師の指示出し、看護師の指示受け、その変更や中止については電子カルテにより確実に行われている。口頭指示は口頭指示メモと看護師の代行入力、その後の医師の承認という定められたルールにより実施されている。薬剤の安全な使用では、ハイリスク薬の配置の工夫や抗がん剤のレジメン管理などおおむね適切である。

転倒・転落防止対策は、全患者に危険度の評価を行い、転倒防止フローチャートにより必要な対応を実践し定期的に再評価している。医療機器は臨床工学技士が一元管理し、使用後は点検・整備が行われ、常に使用できる体制を整えている。頻回に使用される輸液ポンプ・シリンジポンプに関しては使用認定制度を設けている。患者急変時の対応は、院内緊急コードが設定され適切に周知している。全職員対象の BLS 研修は計画的に実施され、医療安全管理室で受講状況を管理している。また、アナフィラキシーショックに対する緊急対応マニュアルの作成と周知など、いずれも適切である。

## 6. 医療関連感染制御

感染防止委員会、感染対策室、ICT、AST、リンクナース会が連携して院内感染対策に適切に対応している。院内感染防止マニュアルは感染対策室で作成・改定され、感染対策地域連携相互評価も積極的に行われている。薬剤耐性菌情報や院内外の感染症状況は、感染対策室に集約され全職員に周知されている。微生物サーベイランス、医療関連感染サーベイランスは適切に実施され、JANIS にも参加している。感染対策研修会も適切に実施されている。

院内感染制御活動は、各部署で標準予防策や感染経路別予防対策が適切に実施されている。ICT ラウンドでは現場観察を行いながら、感染予防策の実践的な指導を

行っている。手指衛生は、速乾式消毒剤使用量モニタリングで使用状況の評価を行っている。また、必要な処置時の PPE の着用も適切に実施されている。抗菌薬適正使用に関するガイドラインが策定されており、アンチバイオグラムは毎年作成されている。院内の分離菌や感受性パターン等の情報共有、AST 活動、届け出制の特殊抗菌薬使用時の培養についてのチェックと指導など、抗菌薬は適正に使用されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への医療情報発信は、病院パンフレット、ホームページなどを活用して行われている。また、「ふれあいだより」は年 4 回発行されている。今後は年報を作成し、診療実績や医療の質改善に関する指標と実績等を、診療連携医療機関の訪問時に活用するよう期待したい。病院は広島医療圏に属し、地域密着急性期医療と回復期医療の中核を担う病院としての立ち位置を明確にしており、地域の医療・介護情報を収集・把握するために、連携医訪問や交流会を定期的に行っている。また、紹介・逆紹介率、検査受託件数、教育・研修活動等のデータ管理が行われ、主な数値はホームページで公開している。今般のコロナ禍においても、地域医療機関・介護施設等とペーパー・カンファレンスを開催するなど、新たな取り組みも行っている。また、健診事業の推進、救急医療情報キットを作成配布するなど、地域住民の健康を支援する取り組みは評価できる。

## 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適切に広報・周知されており、院内の案内や掲示等も適切である。待ち時間調査と対策、紹介患者の対応、診療の進行状況の表示や患者トリアージも適切である。外来診療は問診票や診療情報提供書その他、トリアージカード、基本スケジュール表等を用いてすすめている。診断結果や治療方針、侵襲的な検査等は適切な説明と同意を得ている。入院決定は外来担当医が必要性を判断し、患者・家族へ説明し同意を得ている。主治医、看護師、薬剤師、栄養士により適切に入院診療計画書が作成され、患者・家族に説明し同意を得ているが、リハビリテーション療法士の記載も検討されたい。外来総合カウンターに医療相談窓口があり、医療支援室の看護師長が常駐し、相談の内容に応じて医事課・MSW・医療安全管理室などに振り分けている。

医師は毎日の回診と記録、診療科カンファレンス、リハビリカンファレンス等の多職種カンファレンスやチーム活動を主宰し、病棟スタッフとの情報交換等を適切に行っている。看護師は、看護基準に準拠して基本的な看護ケアを実施している。病棟薬剤師は薬歴管理、服薬指導を行い、抗がん剤はすべて薬剤師が調製・混合を行っている。輸血の必要性和同意、輸血後の評価も診療録に記載され、それらは診療録の点検項目の対象であり、記載も充実しており評価できる。周術期の管理は手順に則って実施され、看護師や麻酔科医による術前・術後の訪問も適切である。重症患者の管理は ICU、HCU の設置はなく、各病棟のナースステーション近くの病室で対応されているが、入退室は一定の基準があると良い。褥瘡予防と治療はリスク

アセスメント評価により「褥瘡対策に関する診療計画書」を作成し、必要なケアを実施している。管理栄養士は全入院患者に栄養スクリーニングを行い、栄養管理計画書を作成し、嚥下状態や嗜好に応じた食事の配慮と個別対応を適切に行っている。症状緩和はケアマニュアルに沿って疼痛評価を行い、緩和ケアチームがラウンドし、疼痛コントロールの相談を受けている。

リハビリテーションは総合実施計画書を用いて説明し、同意を得て実施され、進捗状況等は電子カルテやリハビリカンファレンスにより情報共有ができています。身体抑制・行動制限は実施しない方針だが、やむを得ない場合は説明・同意を得て、医師の指示のもとマニュアルに沿って適切に行われている。退院支援は入退院支援パスが作成されており、入院前から退院まで時系列に沿って多職種による必要な介入と援助ができています。ターミナルステージへの対応は、判断基準やケアの手順が整備され、緩和ケアチームの介入が行われている。また、終末期における意思決定支援の指針として、ACP 運用手順が整備され、外科患者や化学療法患者を対象に開始している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査と調剤鑑査、疑義照会は適切に実施され、内服薬や注射薬もピッキングチェッカーを用いて照合し、薬剤部での誤薬を防止している。注射薬の1施用ごとの払い出しについては、薬剤師が手作業でピッキングを行った後、輪ゴムで1施用ごとにまとめてトレイにセットして払い出している。臨床検査は一部を外部委託とし、日常診療に必須な項目は病院で実施し、内部・外部の精度管理も実施している。画像診断機能は常勤の放射線診断医師3名はすべて専門医で、CT、MRI、RI検査は原則検査当日に読影され、翌日までにすべて報告されている。また、PETセンターは地域の中核機能を有し、多彩かつ先進的な画像診断を展開している。緊急時の読影医、診療放射線技師の体制、各種研修の実施状況も適切であり、広域を対象とした高水準の画像診断機能を有し高く評価できる。栄養管理機能は、食事の改善と衛生管理などについて栄養管理委員会、委託会社との給食検討会を定期的を実施し適切に発揮している。リハビリテーション機能は、運動器のリハビリテーションを中心とし、最近では内科的脳血管障害や廃用症候群の対象も増えている。また、地域包括ケア2病棟では365日のリハビリを展開し、必要に応じて一般病棟でも休日リハビリテーションを行っている。診療情報は診療情報管理室が診療録の量的点検、質的 point 検をはじめ多岐の業務を行っており、いずれも内容は充実している。医療機器管理は、24時間対応の一元管理が行われている。機器トラブル発生時の対応はME機器安全管理マニュアルに整備し、医療機器の標準化や安全教育にも計画的に取り組んでいる。洗浄・滅菌業務はすべて中央化され、各種インディケーターによる滅菌の質保証やリコール発生時の対応も整備されている。

病理診断業務はおおむね適切である。輸血業務は輸血療法委員会にて日常的な問題や相談に対応している。手術・麻酔機能は適切に機能が発揮されている。病院の機能に応じた救急医療機能は整備されている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院収支を改善するため、経営改善ワーキング・グループを中心に諸施策を展開し、経営基盤の強化に向けた取り組みを行っている。また、今般、経営改善を中心テーマとした病院ビジョン（中期計画）を策定し、実現に向けて奮闘中であり期待したい。医事業務は、レセプト作成・点検を医師と協力して実施しており、返戻・査定対応や未収金対策など、適切な請求業務が行われている。業務委託は業務委託規約に基づき管理されている。委託業務内容の改善は定期的に業者との協議をすすめている。

施設・設備は防災センターで24時間体制にて管理され、緊急時の対応も適切である。また、定期保守点検は計画的に実施しており、緊急時の連絡体制も明確になっている。医療消耗品を含め、物品は委託業者によるSPDにて定数管理されている。購入希望品の選定から決定までのプロセスはルールに基づいて行われている。災害時の対応は病院の消防計画を整備し、消防訓練も適切に行っている。また、大規模緊急災害対策はBCPが策定され、災害対策本部の設置と組織体制をはじめ、各種対応手順を明確にしている。保安業務は、マニュアルが整備され、院内に防犯カメラを設置し、録画も一定期間保存されている。院内で発生する暴言・暴力への対応としてマニュアルが整備され、緊急時にはホワイトコールが設定されている。医療事故の対応もマニュアルに沿って対応することになっている。

## 11. 臨床研修、学生実習

医師臨床研修は一部のプログラムが対応であり、担当指導医が決められている。研修医が実施できる診療行為は明確にされ、到達目標が作成されている。看護師はラダープログラムに沿って適切に研修しており、その他の専門職種も1年間程度の教育・研修計画を作成している。いずれも一般目標・行動目標・研修方法・指導体制等が整備されている。

学生実習は、看護学生はじめセラピストなど多くの学生を受け入れている。カリキュラムに沿った実習ができる体制が整えられ、医療安全や医療関連感染制御に関する教育が行われている。事前の契約や実務的対応も適切に実施されている。

# 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	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
1.4	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	B
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	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	B
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	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	B
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	B
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	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	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	B
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	B
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	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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2021 年 6 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：中国電力株式会社 中電病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：会社

I-1-4 所在地：広島県広島市中区大手町3-4-27

## 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	248	216	-28	63.8	15.4
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	248	216	-28		

## 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	85	+44
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

DPC対象病院(Ⅲ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： 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

	実績値					対 前年比%	
	昨年度			2年前		昨年度	2年前
	2020	2019	2018	2020	2019		
1日あたり外来患者数	368.34	401.10	419.04	91.83	95.72		
1日あたり外来初診患者数	51.93	58.08	59.77	89.41	97.17		
新患率	14.10	14.48	14.26				
1日あたり入院患者数	137.81	153.01	173.29	90.07	88.30		
1日あたり新入院患者数	9.14	9.70	10.81	94.23	89.73		