

# 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 21 日～5 月 22 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

貴院は城東診療所として開設され、その後の病院開設認可を機に施設名称を野江病院に改称し、主に大阪市東部（城東区・鶴見区・旭区）の地域医療を担う急性期病院として増床・診療機能の拡充を重ねてきた。2003 年に臨床研修病院、2009 年に大阪府がん診療拠点病院の指定を受け、2013 年には地域医療支援病院の承認を受けている。32 の診療科目を有し、6 つのセンターを診療科横断的に設置して診療レベルの高度化に取り組んでいる。また、救急集中治療科の設置や救急ホットラインの開設により救急車搬入患者数は大阪市内でも屈指の件数となっており、祝祭日も通常の診療体制で外来患者を受け入れるなど、地域医療にも大きく貢献している。最近では内視鏡手術支援ロボットを用いた低侵襲手術を導入するなど、先進的な医療にも積極的に取り組んでいる。

この度の病院機能評価の受審は、2004 年の初回認定以来、継続して受審しており、受審に向けてワーキンググループを設置し、病院全体で改善活動に取り組んできたことを確認できた。また、院内では多職種で構成されたさまざまな委員会や専門チームが組織横断的に活発に活動している状況も確認できた。今後も病院の理念を大切にし、急性期・高度急性期医療を担う地域の基幹病院として、貴院がますます発展していくことを期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・方針を明確にし、院内外へ広く周知している。病院運営の意思決定会議は企画運営会議であり、重要な連絡事項は早朝会議などを通じて組織内に伝達している。委員会一覧や委員会規程、分掌規程などは実態に合わせて適時の見直し

がなされることを期待したい。年次事業計画はアクションプランとして取りまとめ、KPI 指標を設定して院内に掲示するなど、組織は効果的に運営されている。院内の情報システムを関連する規定に則して適正に管理し、ベンチマーク分析を行うなど情報を有効に活用している。文書は総務課が規程に基づき一元的に管理している。

医療法による標準人員や届け出た施設基準の必要人員は満たしており、職種別の定員数を定めている。職員の採用は人事委員会を開催して審議・承認している。人事・労務管理に必要な規則・規程類はイントラネットに掲載して職員へ周知し、職員の出退勤時刻は IC カードで正確に把握している。労働安全衛生委員会の定期開催や産業医の職場巡視など、職員の安全衛生管理は適切に行われている。職員の精神的なサポートは臨床心理士が担当し、気軽にカウンセリングを受けることが可能である。職員からの意見・要望は目安箱などで収集し、魅力ある職場となるよう努めている。全職員を対象に開催する研修会は、病院として必要とするテーマを明確にし、開催実績や出席率を確実に把握して研修効果を高めていくことを期待したい。また、看護部では評価表を用いて能力評価を行っているが、その他の部門においても職員個別の能力を客観的に評価する仕組みの導入が期待される。専門職種に応じた初期研修は各部門でプログラムを作成し、チェックリストなどで習熟度を確認しながら実施している。初期臨床研修においては、研修医が単独で行ってよい医療行為などを病院として明確にしておくことを期待したい。学生実習は、医学生や看護学生のほか、薬剤師や臨床検査技師、医療事務などさまざまな養成校から実習を受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利、子どもの患者の権利を明文化し、ホームページや入院案内、院内掲示等で患者・家族および職員へ周知を図っている。診療マニュアルの中に、説明と同意に関する事項を定めており、文書同意を必要とする医療行為も明確になっている。入院案内を活用して検査や治療に意欲的に取り組むことを促し、さまざまな疾患のパンフレットを独自で作成・設置して、患者の診療・ケアへの参画を促している。患者相談窓口を設置して患者・家族からの多様な相談に対応し、内容に応じて専門の担当者につないでいる。患者の個人情報、個人情報保護方針に基づき管理し、定期的に職員への研修を実施して厳格に取り扱っている。臨床における倫理的課題については、各部署で発生する課題を積極的に収集し、継続的に倫理委員会での検討につなげ、カンファレンスの中で検討した倫理的課題について確実に記録に残すことが期待される。

駐車場や駐輪場の必要台数整備し、患者送迎用の無料巡回バスを運行して来院時のアクセスを確保している。院内にはコンビニエンスストアや ATM、コインランドリーなどを設置し、来院患者の利便性に配慮している。施設内に診療・ケアに必要なスペースを確保し、絵画を展示し自然採光を取り入れるなど、療養環境の整備に努めている。寝具類は専用の保管庫で管理し、清潔に提供されている。敷地内全面禁煙の方針を明確にしてポスター掲示などで周知し、デジタルサイネージを活用し

て患者への禁煙を呼びかけている。

#### 4. 医療の質

各部署では業務の質改善活動として TQM 活動が行われているが、組織横断的に取り組む恒常的な仕組みは見受けられない。病院全体や部門間に関わる問題点を把握し、継続的に業務を改善していくための仕組みの構築を期待したい。診療の質向上に向けて、症例検討会や臨床病理検討会を定期的開催している。クリニカル・パスを DPC データと比較分析し、コスト削減や経営改善につなげていることは評価できる。院内各所に設置した投書箱や患者相談窓口から患者・家族の意見を収集し、担当の委員会で対応を協議して医療サービスの改善活動につなげている。新たな診療・治療方法や技術の導入に際して、職員の研修派遣や必要な技術の習得などを病院として支援しているが、導入後のモニタリングや検証の仕組みの構築が期待される。

病棟入口の掲示板には医師責任者、看護師責任者等の氏名を掲示して責任体制を明確にし、各責任者は毎日のラウンドや回診、カンファレンスなどで診療・ケアの実施状況を把握している。必要な情報は診療記録の記載マニュアルに則って適時に記載されており、診療記録の質的点検も定期的実施されている。患者の治療方針や診療計画、退院支援などは多職種が介入して検討している。また、院内では多職種でのカンファレンスやラウンドが日常的に実施され、多種多様な専門チームが組織横断的に活動している。

#### 5. 医療安全

病院長直轄の医療安全担当部門を設置し、専従の医療安全管理者を配置している。医療安全推進委員会では医療事故の予防対策や職員教育を実施している。医療安全管理者や医薬品安全管理責任者などの具体的な役割や権限については指針などで明確にすることを期待したい。アクシデント・インシデントレポートは、電子カルテの専用システムを用いて報告・収集され、発生事例の分析や対策評価が行われている。医療事故等への対応は、医療安全推進マニュアルの中に対応手順を取りまとめ、初動対応などを時間帯別・発生場所別にフローチャート化して職員に周知している。

誤認防止対策として、2 識別子での患者確認や手術時のマーキング、手術室・検査室でのタイムアウト等を手順に基づき実施し、入院案内やホームページに患者確認の方法などを掲載し、患者に理解・協力を依頼している。口頭指示は原則として禁止とし、やむを得ず実施する場合には院内共通のルールに従い、所定の口頭指示受けメモを使用している。また、事後には医師が確認し、電子カルテシステムへの入力を実施している。手術室の麻薬保管庫の鍵は、より厳重な管理となるよう見直したため、継続的な運用が望まれる。入院時には全入院患者を対象に、転倒・転落アセスメントシートを使用して危険度を評価し、危険度に応じて必要な対策を実施している。医療機器の取扱いは院内電子掲示板に医療機器マニュアルを掲載して職員へ周知している。患者等の急変に備えて院内緊急コードを設定し、救急カー

ト・AED を院内各所に配備している。

## 6. 医療関連感染制御

実務を担当する感染管理認定看護師や ICD、薬剤師等を感染防止対策部に配置し、感染防止対策委員会を毎月開催して医療関連感染制御に関する検討を行っている。各病棟のリンクナースと連携して ICT は週 3 回程度ラウンドを行い、AST は週 1 回の会議で抗菌薬の適正使用に取り組んでいる。ICT ラウンドや AST 活動により、耐性菌の検出状況や院内での感染発生状況などの情報を収集し、地域の医療機関との講習会や情報交換などを通して定期的に院外での流行情報を収集している。ターゲットサーベイランスについてはより対象範囲を広げて実施することを期待する。

感染防止対策マニュアルには、感染経路別予防策に基づいた対応を明記している。定期的に PPE の着脱訓練を行い、手指消毒剤の使用量調査などを実施している。血液や体液が付着した可能性があるリネン類の取り扱い、感染源となる恐れのある使用後の手袋の廃棄方法などは、職員教育の強化など、マニュアル遵守に向けた取り組みに期待したい。抗菌薬の採用・中止は感染防止対策委員会で検討し、薬事委員会で承認している。広域抗菌薬は届け出制として使用状況を把握し、必要に応じて医師へのフィードバックを行っている。院内における分離菌感受性パターンを集約し、アンチバイオグラムを年 1 回更新している。

## 7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービスの広報は、広報課および広報委員会が担当している。広報誌やホームページ、各種 SNS、デジタルサイネージ等を活用し、病院の情報を地域に発信している。ホームページには診療機能や診療実績、医師紹介などを詳細に掲載しており、コンテンツの企画や見直しは広報委員会で適宜、検討している。地域医療支援センターに地域医療連携課を設置し、紹介患者の受け入れや返書管理、診療・検査予約、登録医療機関情報の管理・収集を行っている。ホームページ上には登録医リストを掲載し、かかりつけ医の検索も可能となっている。地域医療支援病院であり、紹介率・逆紹介率を具体的な数値を伴って 2024 年度の重点目標に掲げ、地域の医療施設との連携強化に取り組んでいる点は評価できる。

地域住民を対象とした教育・啓発活動として、市民講座や糖尿病教室、母親教室の定期開催など、さまざまな活動を行っている。地域の医療従事者向けには、学術講演会を定期開催するほか症例検討会を毎月開催している。部署単位でも積極的に地域の医療従事者向けに研修会を開催している。乳がん患者会と共同で、乳がん患者向けの冊子を作成する取り組みなども行われており、地域住民や地域の医療従事者に向けて多種多様な取り組みは高く評価できる。

## 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でわかりやすく案内している。外来診療は、多職種で情報の収集・共有を行い安全に配慮して行われている。診断的検査は説明・同意を経て実施しているが、鎮静剤使用時の回復判断基準・帰宅基準の整備や説明・同意書の整備を期待したい。入院の決定は、医師が医学的根拠に基づいて検討し、患者・家族に必要性を説明し、同意を得て行っている。診療計画は、医師が病態を評価して治療方針を策定し、患者・家族の要望にも配慮しながら作成している。医療相談への対応は、窓口を一本化して初期対応を行い、内容に応じて各々の職種に振り分けている。

病棟では、医師は回診により患者の病状を把握して必要な指示を出し、カンファレンスで他職種と情報を共有している。看護師は入院時情報やリスクの評価結果を基に看護計画を立案して病棟業務を実施している。各病棟に薬剤師を配置して持参薬確認や薬歴管理、服薬指導を行い、薬剤投与時には6Rによる確認が行われている。周術期の対応は、手術適応の決定、麻酔科医による術前評価、説明と同意の取得、術後の患者搬送を含め適切に行われている。重症患者は疾患・重症度に応じてICU・HCU、一般病棟の重症観察室で管理し、多職種・専門チームが介入している。褥瘡リスクのある患者を対象に看護計画を立案し、体位変換やポジショニング、スキンケア等を行っている。全入院患者を対象に栄養アセスメントを実施して栄養状態を評価し、食事摂取量などを確認して食事形態の工夫・調整を行っている。リハビリテーションは、総合実施計画書を作成して必要性和リスクを説明し、同意を得てから開始している。身体拘束では、実際に身体拘束を開始する際の指示について、マニュアルの遵守を期待する。患者・家族への退院支援は、スクリーニングシートを活用して多職種で取り組んでいる。終末期患者へのケアは、患者・家族の意向や希望に沿うように療養環境を整備し、適宜に緩和ケアチームが介入している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理業務として、TPN製剤の調製・混合は薬剤師がクリーンベンチを使用して実施することを期待する。臨床検査部門では、パニック値が発生した際は依頼医師につながらない場合も含め、フローチャートに沿って医師へ迅速・確実に報告される運用体制としたため、継続的な運用を望みたい。画像診断検査は速やかに実施し、CT、MRIなどは全て常勤診断医が読影する体制が確立している。食事は適時・適温で提供し、調理室内は清潔・不潔区域を区分し衛生的に管理している。リハビリテーションは主治医の処方に基づいて実施し、休日には患者の自己訓練や看護師への指導・依頼などにより連続性を確保している。診療記録は1患者1IDで管理し、同意書や診療情報提供書はタイムスタンプを用いてスキャナで電子化して電子カルテシステムに保存している。人工呼吸器や輸液ポンプ・シリンジポンプ等の医療機器は医療機器管理室で中央管理し、貸し出し・返却の状況や点検履歴を管理している。使用済み機器・器材の洗浄・滅菌は中央手術滅菌室で行い、各種インディケータを用いて滅菌精度の確認を行っている。

病理診断部門には常勤専従の病理医等を配置し、多くの組織診・細胞診検査を実施して診療の質向上に貢献している。放射線治療は、放射線治療医による診察、患者への説明を経て初回治療を速やかに開始している。輸血用血液製剤は自記温度記録計付き専用保冷库・冷凍庫で保管・管理し、輸血療法委員会では使用・廃棄状況、副作用、インシデント報告、適正使用に向けた検討を行っている。手術・麻酔部門では、スケジュール管理や手術室内の清潔管理、術中管理、退室管理などを適切に行っている。ICU・HCUを各診療科主治医が担当するオープン型システムで運用し、集中治療を必要とする患者に対応している。地域の二次救急病院として、多くの救急搬送患者を受け入れており、各種ホットラインを設置して迅速に専門診療につなげていることは評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

予算編成は経理課が担当している。各診療科部長等とのヒアリングにより情報を収集して院内で検討を行い、最終的に法人本部の承認を受けて年度予算を確定している。企画運営会議では毎月の予算の進捗状況を報告し、予算実績差異の分析を行っている。受診受け付けや窓口収納業務、保険請求などの医事業務は医事課が担当し、レセプトの点検は、全件、医師が関与する仕組みとなっている。患者未収金は未収金管理マニュアルに基づき、月別に一覧表を作成して管理し、MSWとの連携や委託弁護士による督促・回収を実施している。業務委託に関する全般の管理は用度課が担当している。委託先選定の際は、法人本部で定めた「購買内部統制マニュアル」に則して対応し、複数業者による競争入札を実施している。委託契約の中には守秘義務や事故発生時の対応に関する条項を定め、一部業務の委託契約では代行保証を取得している。

施設・設備の日常点検・保守点検は計画表に基づき実施している。大型設備は10年先までの設備保全計画を作成し、毎年度、予算を確保しながら計画的にメンテナンスしている。高額医療機器などの固定資産の購入は購買委員会で、医薬品の購入は薬事委員会で審議している。診療材料はSPD方式を導入して管理し、適宜、在庫定数を見直している。病院施設は耐震構造であり、災害対策マニュアルやBCPを策定し、定期的に災害訓練を実施して災害に備えている。院内外の巡回警備や出入口の施錠管理、時間外来館者の対応などの保安業務に努め、不審者の侵入や患者暴力発生時など緊急の際には全館放送により応援を要請する仕組みがある。

# 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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	B
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	B

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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
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	B
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	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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	B
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	B
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	購買管理を適切に行っている	A
4.6	病院の危機管理	
4.6.1	災害時等の危機管理へ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

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2023 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： 社会福祉法人恩賜財団 大阪府済生会野江病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 大阪府大阪市城東区古市1-3-25

### 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	400	400	+0	78.5	13
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	400	400	+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	0	-6
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	6	-2
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	+0
人工透析	3	+0
小児入院医療管理料病床	20	+0
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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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, DPC対象病院 (DPC特定病院群)

### 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： 4 人 2年目： 6 人 歯科： 0 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	819.24	811.40	770.90	100.97	105.25
1日あたり外来初診患者数	52.04	54.31	51.95	95.82	104.54
新患率	6.35	6.69	6.74		
1日あたり入院患者数	313.91	318.96	314.44	98.42	101.44
1日あたり新入院患者数	25.30	26.50	26.24	95.47	100.99