

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院1」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18日～1月19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1	認定
------	-------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院1  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、時代の変遷と共に運営組織や病院機能、病床数の充実等を図り、現在では社会医療法人の基幹病院として運営されている。法人内に病院、クリニック、介護老人保健施設、訪問看護事業所、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、グループホーム、サービス付高齢者向け住宅を併設し、連携施設として社会福祉法人も運営されている。急性期医療や回復期医療、在宅医療を展開して地域医療に貢献するとともに、介護福祉事業も積極的に展開するなど、地域住民が安心して生活できる役割を担っており、地域との絆は強く、かけがえのない存在である。

早期から第三者評価による医療の質向上への活動にも熱心に取り組んでおり、理事長・病院長をはじめ、副院長・事務部長・看護部長等の幹部職員の優れたリーダーシップの発揮のもとに様々な改善活動が展開されている。一方で、新たに明らかとなった課題や継続的課題もみられることから、今後も組織的な改善活動を継続するとともに、今回の審査を踏まえてさらなる質の向上を図られ、ますます発展されることを期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

法人理念および基本方針が明文化され、多様な手段を講じて内外への周知に取り組んでいる。病院運営の意思決定機能が働き、決定事項が組織に浸透する仕組みが構築されている。中長期計画に基づいた単年度の事業計画が定められ、部門・部署の目標が設定されているが、達成度の評価とPDCAを意識した運営を期待したい。病院の情報管理は電子カルテと各部門のシステムが連動して適切に機能が発揮され、データの真正性・見読性・保存性が確保されている。文書管理規程や細則が定

められ、各種規程・マニュアル等が電子カルテ内に分類して保存されているが、紙媒体の文書一覧の整備などを期待したい。

人事管理や人材確保は適切に行われ、就業規則等の規則・規程の整備や労働時間・休暇取得等の労務管理も適切である。職員の安全衛生管理については、安全衛生委員会の設置と開催、職員健康診断の実施、作業環境測定の実施などが行われている。職員の意見・要望が職員意見箱等で把握され、積極的に取り入れて福利厚生 の充実などに努めている。

全職員対象の教育・研修は、教育委員会と各委員会の連携により行われているが、医療倫理や患者の権利擁護等の教育・研修の充実なども期待したい。職員の能力評価・能力開発については、人事考課が行われているが、評価基準の見直しなどを期待したい。学生実習の受け入れは積極的に行われており適切である。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を掲げ、ホームページや院内掲示などで患者・家族の周知に努めている。説明と同意取得のもとで医療・ケアが実践され、患者・家族の状況が多職種で共有されている。患者・家族が自身の疾患について理解を深められるよう、パンフレットや独自に作成したリーフレットなどを使用して説明されている。患者支援体制は、多様な相談を受け付け、専門性の高い相談には関係所属長等の対応が行われ、毎月開催される患者サポート委員会でも経過を確認されている。個人情報保護に関する方針が定められて周知・徹底され、学会発表等で個人情報を活用する際の取り扱いも詳細に定められている。臨床における倫理的課題については、主要な倫理的課題はマニュアルに明記されている。日常的な倫理的課題は、病棟での多職種カンファレンスで検討され、解決困難な事例は倫理委員会で検討する仕組みがある。

療養環境の整備と利便性については、全館でバリアフリーが確保されているほか、高齢者や障害者にとっても支障のない施設・設備が整備されている。療養環境は、整理整頓され清潔が保たれている。トイレ・浴室には手摺りやナースコールが設置され、安全に配慮されている。敷地内禁煙を継続し、受動喫煙防止の支援が適切に行われている。

### 4. 医療の質

業務の質改善に向けた活動では、各委員会で検討された様々な課題が業務改善委員会に提出され、理事長・病院長を含めた多職種で検討されている。診療上の指針を明確にし、各学会作成の診療ガイドラインやクリニカル・パスが多数活用されている。症例検討会は病棟ごとに開催されている。患者・家族の意見等は、意見箱の設置や患者満足度調査により収集され、患者サポート委員会等で検討されているが、患者満足度調査の様式の見直しや分析などを期待したい。新たな診療・治療方法等の導入については、病院としての方針が明確に定められ、倫理・安全面などに配慮しながら組織的な検討のうえで決定されている。

診療・ケアの管理・責任体制が明確にされ、外来や病棟の責任者などが掲示され

ている。また、主治医不在時の代診医の職員への周知も適切である。診療記録はマニュアルに従って電子カルテ上で適時にわかりやすく記載されているが、診療記録の質的点検の基準の明確化や定期的・継続的な実施を期待したい。多職種の協働による診療・ケアについては、病棟カンファレンスや入退院支援カンファレンス等が定期的開催されるとともに、多くの委員会や多職種で編成する専門チームによる組織横断的な活動が行われている。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、病院長直轄の医療安全管理室が設けられ、専従の臨床検査技師を医療安全管理者とし、医薬品・医療機器・医療放射線の安全管理責任者が配置され、役割や権限が明文化されている。迅速にインシデント・アクシデントレポートが収集され、事例に応じて根本原因分析などにより要因を抽出し、再発防止策が検討されている。医療事故等が発生した場合は、重大事故発生時の対応マニュアルに沿って適切な対応を行う仕組みが構築されている。

誤認防止マニュアルが整備され、患者誤認防止策や手術時のタイムアウトが行われている。情報伝達エラー防止は、電子カルテの運用による安全で確実な指示出し、指示受けの仕組みが確立され、検査結果も迅速に伝達されている。病棟に定数配置された麻薬や向精神薬、ハイリスク薬は適切に管理され、抗がん剤のレジメン登録や調製も適切に行われている。転倒・転落のリスク評価が行われ、リスクに応じた看護計画の立案と実践、転倒・転落発生時の速やかな対応などが行われている。医療機器の安全な使用では、機器のマニュアルが整備され、看護師や臨床工学技士による作動条件や設定条件の確認が行われている。患者等の急変時の対応として院内緊急コードが設定され、全職員を対象とする心肺蘇生訓練や救急カートの整備・点検等が行われている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制では、病院長を委員長とする感染対策委員会が全部署の所属長で構成され、定期的開催されて感染症発生状況や抗菌薬の適正使用状況などの把握・分析、検討・審議が行われている。感染管理室に感染管理認定看護師が専従配置され、実働組織としてICS委員会とICTが機能し、医療関連感染制御に向けた体制が確立されている。院内での感染症発生状況と主要菌発生状況は週報として全職員に通知されている。また、院内の分離菌把握や菌種別の薬剤感受性分析を行うなど医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は適切に実施されている。

医療関連感染の制御に向けた活動では、手指消毒を含む感染予防対策の遵守状況の検証、病棟や外来における感染性廃棄物の分別廃棄や回収・搬送などが適切に行われている。抗菌薬の適正使用については、採用・採用中止は薬事委員会で決定され、分離菌感受性パターンも適切に把握されている。感染対策委員会により抗菌薬の使用状況が把握され、医師へのフィードバックも実施されているなど抗菌薬は適切に使用されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、法人全体の広報活動として行われており、法人本部企画広報室が主となり、病院の広報委員会と連携して、法人案内パンフレットやホームページ、広報誌、詳細な年報などを活用した診療機能や役割等の広報が行われている。広報誌は地域の関係機関や患者友の会にも配布されている。さらに、ホームページでは診療実績や患者動向が公表されている。地域の医療機関や福祉施設との連携では、地域医療連携室に看護師と社会福祉士等が配置され、地域の医療機関等に関する情報収集や多数の紹介患者の受け入れ、紹介元医療機関への返書、地域の医療機関との情報交換などが行われている。地域に向けた健康増進活動では、「すいすい健康講座」や「健康ミニ講座」などの高齢者の生活機能向上に向けた企画が計画され実施されている。さらに、地域医療機関の医師等を対象に循環器に関する講演会が開催されるなど、多数の関係者が参集して有意義な勉強会が開催されている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者の受付から会計までの手順や窓口業務規定、看護師によるトリアージの手順が整備され適切に運用されている。また、AI問診の活用も有効である。医師は丁寧に説明し確実に記録するなど、外来診療が適切に行われている。地域医療連携室により地域の医療・福祉・在宅機関から多数の紹介患者を受け入れている。侵襲的検査の実施時には、看護師により検査前後や検査中の観察が適切に行われ記録されている。連携先に患者を紹介するときは、患者・家族のニーズに応じて対応可能な施設が紹介されている。入院の決定は、医師による医学的な判断に基づいて行われている。医師の医学的判断に基づいて入院診療計画書が作成されているが、患者個々の病態に応じた個別性のある記載を期待したい。患者・家族からの様々な相談には、内容に応じて看護師や社会福祉士による対応が行われ、入院に際しては病棟看護師によるオリエンテーションが行われている。

医師はリーダーシップを発揮して病棟業務を適切に行い、看護師の病棟業務ではチームナーシング制と受け持ち制のミックス方式で看護計画の立案やケアの実践がなされている。投薬・注射や輸血・血液製剤の投与は確実・安全に実施され、手術における説明と同意取得、周術期の対応は安全に配慮して行われている。重症患者は多職種が連携・協調して対応にあたっている。褥瘡の予防と管理、栄養アセスメントと栄養計画の立案、症状等の緩和、リハビリテーション、身体拘束の最小化への取り組み、退院支援や必要な患者への在宅支援、ターミナルステージへの対応や在宅での見取り支援などはいずれも適切である。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤の温度・湿度管理、処方鑑査や疑義照会、調剤鑑査などが行われているが、持参薬の管理への薬剤師の関与などを期待したい。臨床検査機能は、臨床検査技師の24時間体制の対応が行われ、検査結果は適切に報告されている。画像診断機能は、医師と診療放射線技師の24時間体制で適切に機能が発揮さ

れている。栄養管理機能では、管理栄養士と調理師が配置されて徹底した衛生管理のもと調理が行われ、適時・適温の配膳が行われている。リハビリテーション機能は、主治医と専門医の連携のもと、各療法士により安全で確実なリハビリテーションが実施されている。診療情報管理機能は、電子カルテと各部門システムの連動で一元的に管理され、診療記録の量的点検もチェックシートを活用して行われている。医療機器は、臨床工学技士により一元的に管理され、日常点検や保守点検が行われている。洗浄・滅菌機能は、使用済みの医療機器が専用容器で搬入されて洗浄・消毒が中央化され、滅菌の質保証やリコール手順の整備などが行われている。

病理診断機能は、委託先の精度管理も含めて適切な機能が発揮されている。輸血・血液管理機能は、輸血用血液製剤の発注・保管・供給などを行う担当者は明確にされ、おおむね適切である。手術・麻酔機能は、患者や部位の確認、タイムアウトなどを実施しているが、覚醒や抜管、退出の基準などの整備を期待したい。HCUでは多職種の関与により必要な治療が適切に実施されている。救急医療機能では、二次救急病院としての機能が適切に発揮されている。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、法人本部が主となり年次事業計画や各部門要望の把握、前年実績等に基づいて予算案が立案され、運営会議で検討のうえ理事会の承認を経て決定されている。経営分析は毎月の収支や部署ごとのデータ等で報告・分析・検討が行われている。病院会計準則に沿って財務諸表が作成され、公認会計士による会計監査が行われている。医事業務では、未収金の発生防止や回収促進のほか、施設基準の適正な維持に組織的に取り組んでいる。業務委託の検討や履行状況等は法人本部と病院担当者の連携により管理されている。

施設・設備の管理は総務課営繕係が担当し、日常点検に加えて専門業者による定期的な保守点検が確実に実施されている。経年劣化に伴う改修計画も数年先まで見越して立案されている。購買管理では、薬品は法人本部で一括購入され、診療材料は全て預託在庫の対応である。医療消耗品は院内物流管理システムで定数管理されている。

災害時等の危機管理では、防火・防災マニュアルを策定して防火訓練が実施され、大規模災害を想定した備蓄のほか、緊急連絡網が適切に整備されている。保安業務は、定時の巡視や施錠管理が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	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
1.3.3	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	A
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	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	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	B
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	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	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	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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
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	必要な患者に在宅などで継続した診療・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	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	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	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	B
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	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	B
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	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	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	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	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	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	B
-------	-----------------	---

---

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： 社会医療法人渡邊高記念会 西宮渡辺病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 兵庫県西宮市室川町10-22

## 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	140	140	-4	92	22
療養病床	40	40	+0	99	49
医療保険適用	40	40	+0	99	49
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	180	180	-4		

## 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)	8	+0
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	40	+0
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：

DPC対象病院 (DPC標準病院群)

## 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： 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

診療科名	医師数 (常勤)	医師数 (非常勤)	1日あたり 外来 患者数 (人)	外来診 療科構 成比(%)	1日あたり 入院 患者数 (人)	入院診 療科構 成比(%)	新患割 合(%)	平均在 院日数 (日)	医師1人 1日あたり 外来 患者数 (人)	医師1人 1日あたり 入院 患者数 (人)
内科	1	1	20.98	15.24	11.21	6.61	16.58	15.41	10.49	5.61
呼吸器内科	2	0	9.20	6.68	15.76	9.29	13.73	30.27	4.60	7.88
循環器内科	0	0	3.10	2.25	8.82	5.20	12.79	80.50	0.00	0.00
消化器内科(胃腸内科)	1	1	5.74	4.17	5.39	3.17	14.92	14.73	2.87	2.69
皮膚科	1	0	2.63	1.91	0.00	0.00	13.10	0.00	2.63	0.00
リウマチ科	2	1	8.61	6.26	11.36	6.70	7.88	27.65	2.87	3.79
感染症内科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
精神科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
心療内科	2	1.25	13.88	10.08	0.07	0.04	2.78	24.00	4.27	0.02
外科	1	0.57	4.09	2.97	13.17	7.76	8.01	17.04	2.61	8.39
呼吸器外科	0	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
循環器外科(心臓・血管外科)	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
乳腺外科	1	0	0.17	0.12	0.00	0.00	18.37	0.00	0.17	0.00
消化器外科(胃腸外科)	1	1	1.29	0.94	0.00	0.00	15.34	0.00	0.65	0.00
泌尿器科	0	0.18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
肛門外科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
脳神経外科	0	0	2.00	1.46	10.16	5.99	8.52	68.07	0.00	0.00
整形外科	10	1	49.61	36.04	86.17	50.79	10.29	37.16	4.51	7.83
眼科	1	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
耳鼻咽喉科	0	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
リハビリテーション科	0	0.25	3.80	2.76	0.00	0.00	1.80	0.00	15.21	0.00
放射線科	1	0.12	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
麻酔科	1	1.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	1	0	10.27	7.46	5.68	3.35	89.04	159.54	10.27	5.68
歯科口腔外科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
総合診察	1	0	2.28	1.65	1.87	1.10	15.14	7.72	2.28	1.87
研修医	2									
全体	31	11.57	137.66	100.00	169.66	100.00	16.56	30.00	3.23	3.99

I-2-2 年度推移

年度(西暦)	実績値			対前年比%	
	昨年度 2022	2年前 2021	3年前 2020	昨年度 2022	2年前 2021
1日あたり外来患者数	137.66	131.64	130.73	104.57	100.70
1日あたり外来初診患者数	22.80	18.07	15.89	126.18	113.72
新患率	16.56	13.73	12.16		
1日あたり入院患者数	169.66	149.72	157.12	113.32	95.29
1日あたり新入院患者数	5.67	4.73	5.37	119.87	88.08