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 15 日～10 月 16 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、2025 年に創立 70 周年を迎えた奈良県東和医療圏における中核的病院である。長きにわたり急性期・慢性期医療、介護、予防活動などの総合的な活動を展開し、基本理念である「地域の医療と福祉を支える済生会」に基づいて地域医療への貢献を続けている。また、奈良県地域がん診療連携支援病院や地域医療支援病院の指定を受け、在宅療養後方支援病院の役割も担っている。地域医療構想で、2025 年までに急性期病床の 70%の削減を求められる地域において近隣の宇陀市立病院と連携しつつ、貴院は継続して急性期医療を担う役割を果たすことを掲げている。

病院機能評価を継続的に受審しており、今回の更新受審では病院機能評価プロジェクトチームを立ち上げ、病院長や幹部職員のリーダーシップの下に職員が一つになって、病院の質の向上に取り組む姿が印象的であった。職員にとって魅力ある職場づくりへの努力は模範的である。一方で会議の開催状況や受動喫煙の防止等に関する課題も見られた。各領域の評価所見や総括を参考に、さらなる医療機能の充実ならびに質の向上に向けた一層の取り組みを継続し、益々発展されることを祈念する。

２．理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針を入院案内やホームページへの掲載、院内掲示等により周知している。病院運営の最高意思決定会議は管理会議である。中期事業計画に基づく年次事業計画を策定し、急性期医療機能の強化等を課題として進捗管理などを行っている。情報の管理・活用は情報システム管理規程等に基づいて行っている。文書管理は総務課が担当し、済生会中和病院庶務規程に基づいて作成・承認・管理・保

管等を行っている。

法令や施設基準等で定められた医師・看護師等の必要な人員数を確保し、人事・労務管理に必要な就業規則、育児・介護休業、短時間労働勤務、再雇用制度などに関する規則・規程を整備し職員に周知している。衛生委員会を月に１回開催し、職員の健康管理および施設の安全衛生、職場環境等に関する検討を行っている。職員の意見を所属長面談等で把握し、種々の取り組みにより魅力ある職場づくりに努めていることは評価できる。

全職員対象の研修は、人事部が年間計画を作成のうえ委員会が中心となって実施している。職員の能力評価・能力開発では、全職員を対象とする人事考課制度を運用するとともに学会参加の奨励等を行い、初期研修は済生会における研修に基づいて行っている。医師・看護師・薬剤師等を目指す学生の病院実習を人事部が担当して受け入れている。

３．患者中心の医療

患者の権利を分かりやすく明文化して院内外に周知している。説明と同意取得の方針や基準を「医療安全管理マニュアル」に明文化し実践している。入院案内に患者の権利と責務や患者誤認防止等への協力の要請を掲載するなどして医療への患者参加を促している。医療相談室を設けて患者・家族からの多様な相談を受け、相談内容に応じて専門職種と連携して対応している。個人情報保護に関する方針や規程を整備して患者・職員に周知し、物理的・技術的な面からも保護している。主要な倫理的課題に関する方針を明確にしているが、臨床現場において課題検討を行う仕組みや解決困難な事案に関する倫理委員会における審議への積極的な取り組みが期待される。

来院者の利便性・快適性では、駐車場の整備とともに、院内に売店やWi-Fi環境を整備し、廊下や階段に手摺りを整備するなどの配慮をしている。診療・ケアに必要なスペースや患者がくつろげる場所を確保し、生活上のプライバシーに配慮した療養環境を整備している。地域がん診療連携拠点病院として敷地内全面禁煙としているが、職員および地域住民に向けた禁煙教育や啓発活動のさらなる強化が期待される。

４．医療の質

業務の質改善に向けて病院機能評価プロジェクトチームを設置して各部門の課題について検討し、前回の病院機能評価受審時の課題改善などの検討を行っている。診療の質の向上に向けた活動では、各診療科における多職種による症例検討会や複数診療科による術前検討会、M&Mキャンサーボードなどを開催している。患者・家族からの意見やクレーム等を意見箱や患者満足度調査等を通して収集し、改善に向けて検討のうえ院内掲示でフィードバックしている。新たな診療や治療方法の導入に関しては、各診療科長からの申請に基づいて倫理委員会において審議・承認する仕組みである。

診療・ケアの管理・責任体制を明確にし、病棟責任医師や看護師長名を掲示して

患者・家族に明示し、管理責任者は、診療・ケアの実施状況の把握に努めている。診療記録マニュアル等の記載ルールに従って患者情報や回診記録、看護記録などの診療・治療ケア情報を適時に記載しているが、診療記録の質的点検の充実を期待したい。診療科の枠を超えた治療方針の検討を行うとともに、緩和ケアなど多職種で構成した専門チームが組織横断的にラウンドを行い、コンサルテーションなどを行っている。

５．医療安全

病院長直轄の医療安全部に部長を務める医師や医療安全管理者、医薬品・医療機器・医療放射線の安全管理責任者を配置して医療安全活動を実施している。インシデント・アクシデント報告で得られた情報を検討して改善対策等を提示し、ラウンドにより実践状況を確認している。なお、死亡症例は医療安全管理者が全例について検討している。医療事故発生時の対応手順を「医療安全管理マニュアル」に規定し、事故発生の原因究明や再発防止策の検討などの仕組みを明確にしている。

患者等の誤認防止対策は医療安全管理マニュアルに基づいて実施しているが、手術部位のマーキングやチューブ・ドレーンの誤認防止対策の明記を期待したい。指示出し・指示受け・緊急指示を手順通りに行い情報伝達エラーを防いでいるが、口頭指示や病理診断結果の未読防止の工夫が期待される。麻薬・向精神薬の施錠管理や重複処方・アレルギー・腎機能等に関するリスク回避など薬剤の安全な使用に努めている。入院時に転倒・転落アセスメントを行い、リスクに応じた看護計画を立案している。医療機器は中央管理して臨床工学技士が点検・管理し、職員への操作研修を確実に実施している。院内緊急コードを設定して救急カートの整備等を行っているが、一次救命処置研修の全ての職員の受講が期待される。

６．医療関連感染制御

病院長直轄の感染制御部に専従の感染管理認定看護師や兼任医師を配置して院内感染対策の実務を担い、院内感染防止対策委員会が感染対策の最終決定機関となって院内感染対策マニュアルなどを整備している。感染制御チームの院内ラウンドによる感染症患者の発生や抗菌薬の使用状況、細菌培養検査結果等の情報とともに、各種サーベイランスや検査部からの情報に基づいて院内の感染状況を把握・分析し対策を講じている。

医療関連感染を制御するための活動では、院内感染対策マニュアルに基づいて感染経路別の予防策を実践し、手指消毒については部署別に使用量をモニタリングして手指衛生の徹底に努めている。また、個人防護具の着用や感染性廃棄物の分別廃棄を行っている。抗菌薬ガイドラインを作成し、広域抗菌薬の使用を届け出制として培養結果に基づいて使用するとともに、抗菌薬適正使用支援チームのラウンドにより医師へのアドバイスを行っている。また、抗菌薬の使用状況を把握してアンチバイオグラムを作成し、抗菌薬の適正使用を推進している。

７．地域への情報発信と連携

地域などへの情報発信は、ホームページへの情報掲載と二つの広報誌の発行により行っている。ホームページには、受付時間の案内をはじめ病院の最新情報、各診療科の診療内容や特色、スタッフ情報、診療実績、臨床指標を掲載している。また、地域医療機関向けの広報誌「まほろば」を年２回、「済生会中和病院ニュース」を年３回発行している。地域の医療機能やニーズの把握、医療関連施設等との連携は、医師や看護師、医療ソーシャルワーカー等で構成する地域連携部の相談支援センターが担い、紹介患者の受け入れや診療受付、予約対応、退院調整などを一元化して関連施設との情報共有や連絡調整を行っている。また、医療ニーズの把握は、各種協議会や地域医療支援病院評議員会等で行っている。

地域に向けた教育・啓発活動では、薬剤師を対象としたがん化学療法研修会や地域連携カンファレンスを開催し、地域連携カンファレンスでは開業医の参加を促すとともにアーカイブ配信を行うなどしている。さらに、病診連携研修会を多数回開催し、認定看護師や管理栄養士、診療放射線技師などの専門職による教育・研修を企画・実施している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報をホームページ等で周知し、患者情報を多職種で共有して外来診療を行い、診断的検査の必要性等を説明のうえ同意を得て確実・安全に実施している。入院の必要性は医師が医学的に判断し、診断・評価に基づいて多職種で診療計画を立てている。患者・家族からの多様な相談には、地域連携室が対応している。医師は病棟における指導的役割を果たし、看護師は患者のニーズを把握して看護計画を立案し実践している。内服薬の一包化など安全な医薬品の使用に努めているが、抗菌薬の投与に関するルール作りが期待される。輸血療法マニュアルに基づいて輸血・血液製剤の投与を行い、周術期は多職種が情報共有して手術の安全な管理をしている。重症患者はHCU等を利用して必要な診療・ケアを実施している。

褥瘡のリスク評価と予防・治療、患者の病状に応じた食事形態や栄養状態の検討、緩和ケアマニュアルに基づいた症状緩和、障害状態の評価に基づく安全な訓練、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継続した診療・ケアの支援については、何れも手順・マニュアル等に沿って行っている。ターミナルステージは臨床所見やガイドライン等から判断し、患者・家族の意向を反映した治療やケアを提供している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、処方・調剤鑑査や持参薬の鑑別・管理、医薬品情報の提供などを行っている。臨床検査では、検体採取やラベリング、検査結果の報告までの一連の検査プロセスの質の確保に努めている。画像診断ではCT・MRI等を全て放射線科医師が読影し、読影報告の未読防止対策を行っている。栄養管理では、厨房内の衛生管理が行き届き、適時・適温で食事を提供している。療法士はカンファレンスに参加し、多職種と協働してリハビリテーションを実施している。診療情報は、1患者

1ID で一元的に管理し、診療記録の量的点検を行っている。輸液ポンプ等の医療機器は臨床工学技士が一元的に管理している。洗浄・滅菌業務では洗浄度の評価や各種インディケーターによる滅菌の質保証を行っている。

病理診断では検体交差の防止等を確実に行い、検査精度を保っている。放射線治療専門医や診療放射線技師、看護師により安全な放射線治療を提供している。輸血・血液管理は輸血療法マニュアルや輸血検査マニュアルに則って実施している。手術室の運営は麻酔医師が管理し、臨床工学技士や薬剤師の関与のもとで必要な機能を発揮している。HCU8 床を入退室基準等の管理体制を明確にして多職種も関与して運用し、HCU 運営委員会で運用状況を議論している。救急受け入れに関する手順や対応体制を整備しているが、救急委員会の活性化を期待したい。

１０．組織・施設の管理

予算を中長期の経営計画や収支見込み、現場の意見等に基づいて編成し、公益法人会計規程による会計処理や所定の財務諸表の作成を行うとともに、毎月の詳細な経営分析資料を作成して管理会議で検討している。医事業務では、受付から収納までの一連の業務をマニュアルに沿って実施するとともに、施設基準遵守のための取り組みを行っている。業務委託契約では、一般競争入札方式で委託業者を選定し、委託業者と担当部署が会議を開催して、業務の実施状況の把握や質の検討を行っている。

施設・設備の管理は施設管理課が担当し、日常点検や定期保守点検の計画を策定して計画に基づいて運用・管理している。医薬品や診療材料の購買管理は、委員会による選定や採用決定、購入、在庫数の見直し等を行い、発注者と検収者を別にして内部牽制機能を確保している。

大規模災害のリスクを想定した病院機能存続計画を策定するとともに、消防計画に火災発生時の対応を明確に定め、消防訓練や防災訓練、災害訓練、DMAT による災害教育を実施している。保安業務は、日中は職員が担当し、時間外は業務委託のうえ警備マニュアルに基づいて出入り管理や緊急時の対応などを行い、実施状況を業務日誌により把握している。

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	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	患者の個人情報を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	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	B
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	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	B
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	B

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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	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	A
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	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	B

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	B
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	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	S
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	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	B
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	B
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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 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 ： 社会福祉法人恩賜財団済生会中和病院

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 ： 奈良県桜井市阿部323

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	320	279	+30	75.6	15
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	4	4	+0	0.07	1
総数	324	283	+30		

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	3	+0
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	28	+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	48	+0
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,災害拠点病院(地域),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： 3 人 2年目： 3 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	0.4	137.06	30.88	113.68	53.86	7.75	15.57	97.90	81.20
呼吸器内科	8	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
循環器内科	0	0.4	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
消化器内科（胃腸内科）	7	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
腎臓内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
糖尿病内科（代謝内科）	0	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
血液内科	2	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
皮膚科	1	0.2	22.84	5.15	1.66	0.79	11.85	19.52	19.04	1.38
感染症内科	0	0.5	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児科	3	0	16.22	3.65	3.79	1.79	16.99	3.05	5.41	1.26
精神科	0	0.1	4.68	1.05	0.00	0.00	1.43	0.00	46.78	0.00
外科	8	1.6	27.63	6.23	18.40	8.72	6.07	10.88	2.88	1.92
呼吸器外科	1	0.1	2.66	0.60	3.38	1.60	5.58	9.86	2.41	3.07
循環器外科(心臓・血管外科)	0	0.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
乳腺外科	1	1	17.01	3.83	0.37	0.18	5.73	16.88	8.50	0.18
消化器外科(胃腸外科)	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
泌尿器科	3	0.6	42.00	9.46	10.88	5.16	6.25	8.23	11.67	3.02
脳神経外科	3	0	19.85	4.47	15.95	7.56	11.87	19.90	6.62	5.32
整形外科	5	1.2	63.77	14.37	39.80	18.86	8.72	29.52	10.29	6.42
形成外科	0	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
眼科	1	0.5	21.31	4.80	0.45	0.21	5.08	0.98	14.20	0.30
耳鼻咽喉科	2	0.2	30.08	6.78	2.70	1.28	11.86	7.02	13.67	1.23
婦人科	0	0.7	9.31	2.10	0.00	0.00	5.37	0.00	13.30	0.00
リハビリテーション科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	4	1.8	10.86	2.45	0.00	0.00	46.62	0.00	1.87	0.00
麻酔科	1	1.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科	0	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
透析科	0	0.6	18.56	4.18	0.00	0.00	0.00	0.00	30.94	0.00
総合診療科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	6	0								
全体	60	13	443.84	100.00	211.06	100.00	8.94	14.07	6.08	2.89

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	443.84	437.09	452.43	101.54	96.61
1日あたり外来初診患者数	39.70	38.29	41.21	103.68	92.91
新患率	8.94	8.76	9.11		
1日あたり入院患者数	211.06	209.29	206.10	100.85	101.55
1日あたり新入院患者数	14.98	14.01	13.98	106.92	100.21