

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」及び副機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 7 月 26 日～7 月 27 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

機能種別 リハビリテーション病院（副）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。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、石川県の南加賀医療圏である能美市にあり、2023 年に創立 40 周年を迎える。急性期病床、地域包括ケア病床、回復期リハビリテーション病床、障害者病床を設置しているほか、地域がん診療連携推進病院として質の高い治療を提供し、地域に密着した医療を行っており、地域住民より信頼されている。救急を受け入れる努力をしており、コロナ禍のため救急患者は減少しているが、応需率が高い。加えて、臨床指定病院として、医師をはじめとした様々な医療職種の人材育成に取り組んでいる。

今回の病院機能評価は 6 回目の更新であり、職員の活性化を目的に、改善活動を継続的に実践している。また、理事長や病院長をはじめ幹部職員と中間層の職員におけるリーダーシップが発揮されていることを確認した。今後もモットーである「仲よく楽しく 人と社会を健康に」を目指して、職員が一丸となって改善活動に取り組まれることを期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念は、モットーとして策定しており、基本方針は明確にし、見直しは定期的に行われている。病院運営の体制は、最高意思決定会議として病院運営改革会議を開催し、職務分掌規程や会議・委員会組織図、会議・委員会規程を策定している。組

組織運営は、大学との共同研究により四面画思考で実施し、新規プロジェクトにも取り組むなど高く評価できる。院内で発生する情報は、データの真正性・保存性・見読性を確保し、各種情報を集計・分析している。文書管理は、文書の保管・廃棄の規程が明確でないため、見直しが望まれる。

医療法や診療報酬施設基準等で定める必要な人員を確保し、配置している。人事・労務管理は、就業規則を整備し、人事考課により昇任・昇格を実施している。安全衛生管理は、職場巡視、健康診断、作業環境測定、労災申請は適切に行っており、ハラスメントやストレスチェックにも対応している。職員にとって魅力ある職場となるよう、スタッフ代表者会議や意見箱により意見を収集している。職員の教育・研修は、全職員対象の教育研修計画があり、各委員会が主体で研修を行っている。職員の能力評価・能力開発、専門職種に応じた初期研修、学生実習は適切に行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利はわかりやすい言葉で明文化し、患者・家族や職員への周知は適切である。説明と同意は、院内のガイドラインに沿って実施し、医師の説明時には、原則として看護師や多職種が同席して適切に同意を得ている。医療への患者の参加促進は、パンフレットやデジタルポスターで案内や情報提供を行うなど工夫している。患者支援体制は、窓口の案内はわかりやすく、支援実績もあり適切である。個人情報、規程を整備し、方針も策定して院内に掲示している。臨床の倫理的課題については手順書に沿って対応し、解決困難な倫理的課題は外部委員を含む倫理委員会で検討している。また、入院前から患者・家族の倫理的課題の把握に努め、多職種カンファレンスで4分割シートを用いて検討するなど適切に行っている。

施設・設備は、駐車場の確保、地域のコミュニティバスの停留所設置、病室の床頭台やロッカーなど、利便性・快適性に配慮している。外来・病棟ともに清掃と整理整頓が行き届き、患者がくつろげる環境を維持しており、診療・ケアに必要なスペースやプライバシーへの配慮も適切である。受動喫煙は、敷地内禁煙の表示や禁煙外来の開設などを実施し、職員の喫煙率も低下している。

### 4. 医療の質

業務の質改善は、部門横断プロジェクトにて新サービスの導入や既存サービスの質向上に取り組んでいる。診療の質向上は、各科での症例検討会や診療科横断でのCPCなどを実施している。クリニカルパス委員会は現在休止状態であり、早期の再開が望まれる。患者・家族の意見は意見箱等で収集し、改善の実績があり適切である。新たな診療・治療方法や技術を導入する際は、新規医療技術評価委員会および倫理委員会で審議している。また、診療ガイドラインに記載がある適応外使用の申請は、薬剤は薬剤管理委員会、医療機器は医療機器安全管理委員会、検査技術は臨床検査適正化委員会で審議するなど適切である。

診療・ケアの責任体制は、病棟では病棟責任医師と看護師長、全看護スタッフ、多職種の担当者の氏名・写真を表示しており、明確である。診療記録は、医師の診

療録の質的点検や看護記録の質的点検について継続して実施している。略語については、院内統一の略語集の作成が望まれる。多職種が協働しての診療・ケアについては、入院前から退院まで多職種が協働しており、多職種カンファレンスが根付いている。さらに、専門的な多職種チームが組織横断的に活動し、カンファレンスや活動の記録もあり、適切である。

## 5. 医療安全

病院長直属の医療安全管理部門は、多職種のメンバーでミーティングを行い、医療安全管理者は必要な権限のもとで組織横断的に活動している。インシデント報告は、報告分析支援システムで実施し、医療安全管理者が把握して多職種ミーティングで共有・分析したうえで改善策の検討を行っており、適切である。医療事故等の対応は、マニュアルを策定しており、事故発生時は緊急連絡により委員会が開催できる体制である。

患者確認は、氏名・生年月日に加え、入院時はリストバンド、注射実施時は3点認証を行うなど適切に実施している。情報伝達エラー防止対策として、口頭指示は緊急時やむを得ない場合のみとし、手順化している。薬剤の安全な使用に向けて、麻薬・向精神薬・毒薬などの薬剤は適切に保管・管理し、抗がん剤は化学療法委員会での承認後レジメン登録しており、がん専門薬剤師のもとで管理している。全患者に転倒・転落リスク評価を実施し、危険度Ⅱ以上で看護計画を立案して個別対応を行っている。医療機器は、院内研修を定期的に行い、新規医療機器購入時は対象者が全員受講できるように部署別や個別の研修も行っている。患者の急変事対応は、院内救急コードを設定し、各部署で定期的な訓練も実施するなど適切である。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の体制は、病院長直轄の感染制御室を設置している。ICDをリーダーとするICT（感染対策チーム）とICNをリーダーとするICT（感染実践チーム）を編成し、それぞれが週1回院内ラウンドを実施するなど、体制を適切に確立している。医療関連感染制御に向けた情報収集では、感染症の発生状況を常に把握するとともに、ICTラウンドで状況確認と指導を行っている。微生物サーベイランスや医療関連サーベイランスを実施し、JANISやJ-SIPHEに参加するなど適切である。

医療関連感染の制御に向けた活動は、各病室にPPEを設置して手指消毒薬を携帯することで、必要場面での手指消毒とPPEの適切な着用に努めている。CTラウンドで各部署の環境（清潔・不潔区域）管理、標準予防策・感染経路別予防策の遵守状況を把握し、フィードバックしている。抗菌薬の使用は、抗菌薬適正使用の指針を整備し、電子カルテ上で閲覧可能としている。ASTは週1回ラウンドを行い、カンファレンスでは毎週感染情報レポートを確認して届出制である広域抗菌薬の使用状況を監視しており、必要に応じて主治医へフィードバックしている。アンチバイオグラムは年1回更新し、抗菌薬の採用・削除は薬事委員会および感染対策委員会で審議のうえで決定している。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院案内・入院案内を適切な内容で作成し、広報誌は、患者向けと医療機関向けを発行しているなど、地域への情報発信は適切に行っている。また、患者向け広報誌については、待合室への設置や連携先へ配布しており、ホームページは随時更新を行っている。医療関連施設との連携は、法人内に設置した「ほうじゅ在宅復帰支援センター奏」の中に連携推進課があり、地域の医療ニーズや連携先の医療機関情報を収集し、医療企画部とも協働して分析している。連携先一覧や連携実績があり、検査依頼もCT・MRIの実績がある。地域に向けての医療に関する教育・啓発は、能美市の特定健診を受託しており、企業健診は病院内にある健診センターで行っている。出前講座として各職種が講師となって地域で講演会を行っており、コロナ禍においては、オンラインにて患者向け講演会を行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が診察・検査から会計まで円滑に受けることができる体制を整備している。外来診療は、患者の受診情報をAI問診・説明センターで収集し、医師・外来看護師を含めて関係職種で共有している。侵襲を伴う検査の場合は、必要性和リスクについて患者・家族に説明した後で同意の署名を得て、適切に実施している。入院決定は、医学的に入院の適応を判断し、入院治療の必要性を説明して行っている。入院診療計画書は、診断結果に基づいて入院治療の目的や予定期間等を決定し、治療に対するリスクなども含めて速やかに作成している。医療相談は、総合案内に「あんしん窓口センター」を設置し、内容により各部門の担当者や専門職が対応している。わかりやすいACP（栄養・水分補給方法、延命措置の説明書も含めた）パンフレットを作成し、実際に多くの高齢患者への意思決定支援とケアに活かしていることは高く評価できる。

医師・看護師は、毎日の病棟回診や看護計画立案などの病棟業務を適切に行っている。注射薬投与では、1施用ごとに取り揃えた注射製剤を病棟で移し替えることなく運用できる体制の検討が望まれる。輸血・血液製剤投与では、血液製剤の払い出しや病棟での認証、輸血実施時の認証は適切に施行している。周手術期の対応は、手術・麻酔の適応と方法は多職種によるカンファレンスで検討し、記録している。重症患者の管理は、重症度に応じて病床選択し、適切に行っている。褥瘡の予防・治療は、全患者に評価を行い、リスクに応じた予防・治療計画を立案している。管理栄養士は入院時に栄養アセスメントを行い、栄養管理計画書を作成している。症状緩和についての方針・手順はガイドラインを作成し、除痛ラダーに沿って薬剤投与を行っている。

リハビリテーションは、主治医が処方箋を発行し、療法士は患者の病態に応じた目標・実施計画を立案している。身体拘束の抑制は、全患者に体動センサーを設置し、身体拘束最小化に向けて取り組んでいる。退院支援は、入院前または入院早期から入退院支援看護師と社会福祉士が関わり、早期にケアマネジャーと連携している。継続した診療・ケアの実施では、早期から多職種が継続的に関与して退院支援につなげている。ターミナルステージの対応は、患者・家族の意向を意思表明書

ACP 支援記録として残し、多職種で患者・家族の心理に配慮したケアを行っている。

#### <副機能：リハビリテーション病院>

身体機能・高次脳機能・ADL について多職種で評価し、リハビリテーションの目標を設定して方針を立て、リハビリテーションプログラムの作成を行っている。患者個別の状態に適合したリハビリテーションプログラムにより、安全・確実な理学療法や作業療法、言語聴覚療法を実施している。特に、生活機能の向上を目指したリハビリテーションでは、多職種での検討で適切な介助方法を決定したうえで、統一した方法により ADL の向上を図っているなど、チームによるケアの実践は高く評価できる。退院支援も、入院後早期から生活状況を確認してカンファレンスを多職種で行い、退院に向けた計画を立てている。

### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、薬剤管理委員会は毎月開催し、1 増 1 減を基本としている。臨床検査機能は、夜間・休日を含め 24 時間体制で対応し、内部精度管理や外部精度管理も実施している。画像診断機能については、放射線科医師は VPN システムにより夜間・休日の読影も必要時に読影できる体制を構築しており、適切に機能している。栄養管理機能は、食材の搬入経路は明確であり、厨房内は清潔・不潔の区分を床の色や図面で明示している。リハビリテーション機能は、急性期から回復期、維持期・生活期に対する幅広い介入を行い、連続性の確保に向けて 365 日リハビリテーションを提供しており、適切である。診療情報機能は、診療記録の量的点検は行い、質的点検によるバックアップを行っている。医療機器管理機能は、臨床工学士が医療機器を一元管理しており、適切である。洗浄・滅菌機能は、洗浄評価や滅菌精度の確認を適切に行っている。

病理診断機能は、院内すべての組織診と術中迅速凍結切片病理検査を実施し、病理組織標本や有機化学物質の保管は適切に実施している。輸血・血液管理機能は、血液製剤の発注から廃棄まで適切に実施している。手術・麻酔機能は、スケジュール管理やタイムアウト・サインアウト、術中・術後管理を適切に行っている。集中治療機能は、看護師配置と十分な設備を整え、適切に発揮している。救急医療機能は、救急告示病院として医療圏の二次救急病院として対応している。

### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算計画を策定して病院会計準則に則り会計を行うほか、財務諸表は整っており、会計監査や毎月の予算・決算の確認を行うなど適切である。医事業務は、

レセプト点検では問題があるレセプトについて医師が関与し、返戻・査定は診療報酬適正化委員会で報告・検討している。窓口収納マニュアルや未収金はマニュアルを整備し、医事課はベッドコントロールへの関与や各種データを病院運営改革会議に提出している。業務委託は、業務委託が必要な場合や業者変更の決定は病院運

営改革会議にて行っている。また、委託業者職員は安全と感染の研修に参加しているなど適切である。

施設・設備の管理は、日常点検・保守点検の記録があり、年間計画を策定している。医療ガス安全管理委員会は適正な委員構成で開催し、夜間・休日の設備故障時の連絡体制を整備しており、感染廃棄物の院内最終保管場所も適切に管理している。購買管理は、薬品・医療材料・医療機器の購入は委員会等で決められており、適切に行っている。

災害時の危機管理対応は、マニュアルの策定や避難訓練などについて適切に行っている。保安業務は、緊急時の応援体制を整備して連絡訓練を実施し、緊急連絡は安否確認システムを導入している。

# 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	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	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	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	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	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	S
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	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	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	NA
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	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	S
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	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 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

---

## 機能種別：リハビリテーション病院（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	S

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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 4 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院  
 I-1-2 機能種別：一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)  
 I-1-3 開設者：医療法人  
 I-1-4 所在地：石川県能美市緑が丘11-71

## 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	183	183	-17	86	28.6
療養病床	0	0	-60		
医療保険適用	0	0	-60		
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	183	183	-77		

## 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	
集中治療管理室 (ICU)	0	
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	0	
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	1	+0
人工透析	19	+0
小児入院医療管理料病床	0	
回復期リハビリテーション病床	42	
地域包括ケア病床	69	-13
特殊疾患入院医療管理料病床	0	
障害者施設等入院基本料算定病床	30	-2
緩和ケア病床	0	
精神科隔離室	0	
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	0	
認知症治療病床	0	

## 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： 0 人 2年目： 0 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



## 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	528.18	520.01	451.47	101.57	115.18
1日あたり外来初診患者数	38.89	36.05	34.01	107.88	106.00
新患率	7.36	6.93	7.53		
1日あたり入院患者数	163.10	160.55	163.12	101.59	98.42
1日あたり新入院患者数	5.68	6.08	6.39	93.42	95.15