

# 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 11 月 28 日～11 月 29 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、開設以後、時代の変遷とともに機能・規模の充実を図りながら発展し、現在は、消化器系疾患のがん治療や、股関節・大腿骨折などの一般救急医療等の急性期医療機能と、患者の在宅復帰を支援するための回復期医療機能の充実を図っている。また、地域医療支援病院として地域の医療機関と連携を密にしている。コロナ禍においては、病棟を再編成し、専用病棟を整備するなど、常に変化する外部環境のもと周囲から期待される診療機能を発揮している。

今回は更新受審となるが、院長を始め病院幹部のリーダーシップのもと、医療の質向上に取り組んできた成果が確認できた。これらの取り組みを継続し、地域においてますます発展することを心より祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が明示され、適宜の見直し・検討や院内外への周知が適切に行われている。病院の将来像や運営計画などは、各部門・部署長で構成される運営会議等で発表し、各部署職員へ伝達する仕組みである。病院幹部は今後の病院運営の課題や問題点を把握し、その解決に向けて積極的に取り組んでいる。病院運営に関する重要事項は幹部会で検討・決定し、運営会議等で速やかに決定事項を伝達している。病院全体の BSC が作成され、BSC 手法を用いた各部門計画の作成や明確な目標値設定等が行われ、定期的な達成度評価も実施されている。各種情報は、統計資料化して運営会議等への情報提供がなされているほか、ホームページでの臨床指標報告などにも有効活用されている。文書管理は、病院としての一元的な把握・管理について検討を期待したい。

医療法および診療報酬施設基準等で定める人員は確保されている。大学訪問による医師の派遣依頼、看護師・薬剤師の奨学金制度や養成校訪問、病院見学会の実施など、人材の確保に努めている。人事・労務管理に必要な就業規則や給与規程などの規則・規程が整備されている。安全衛生委員会は適切に開催され、健康診断は医師を含め100%受診しているが、産業医や衛生管理者による定期巡視は確実な実施を期待したい。職員満足度調査や職場懇談会を実施し、職員からの意見・要望を聴取して魅力ある職場づくりに努めている。

医療安全や感染制御の研修は全職員対象の必須研修として開催し、医療安全の研修ではeラーニングを導入して参加率向上を図っている。院外の研修・学会等の参加規程を整備し、参加を奨励している。専門分野の資格取得の支援体制も整備されている。身上調査書と上長による個別面談により職員個々の能力の把握・評価を実施しており、医師については院長および副院長等により個々の診療能力や診療実績が把握・評価されている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利5項目を制定し、正面玄関への掲示や入院案内、ホームページなどで周知している。インフォームドコンセントの指針を整備し、説明と同意が行われる診療行為の範囲を明確に定めている。患者サロンには、各種がんのパンフレットが整備されているほか患者が自由に情報収集できるようにインターネット端末を設置している。患者からの相談窓口として「皆さまの相談室」を設置し、MSW・看護師が対応している。必要に応じて薬剤師や療法士、事務職等の多職種からなる患者サポートチームが介入している。個人情報保護規程等を整備し、患者・家族へは、ホームページや院内掲示などで周知している。

臨床倫理に関する課題を検討する仕組みとして、倫理委員会と臨床倫理チームがある。主要な倫理的課題として、宗教的理由に基づく輸血拒否の対応・自己判断不能患者への対応等について方針が定められている。現場では多職種カンファレンスで課題を把握し、検討している。

アクセスは良好であり、売店やイトインコーナー、ATM、理容室を設置するほか、郵便ポストも設置して利便性・快適性に配慮している。院内はバリアフリーとなっており、廊下、階段、トイレには手摺りが適切に設置されている。敷地内禁煙となっており、入院患者には入院時オリエンテーションで禁煙について啓発している。

### 4. 医療の質

患者・家族からの意見は、院内各所に設置してある投書箱や、毎年実施している患者満足度調査などにより収集している。症例検討会は各科で開催され、内容に応じて看護師など多職種も参加している。また、定期的にがんセンターボードを開催している。臨床指標は医事・DPCデータから収集し、ホームページ上で公表するとともに、労働者健康安全機構本部で規定された臨床指標をベンチマークするなど、診療の質向上に向けて取り組んでいる。業務の質改善は、病院として組織横断的な質

改善活動が継続的に実行されることを望みたい。新たな診療・治療方法、技術の導入については、倫理委員会で倫理・安全面から検討する仕組みがあり、承認された新しい技術は運営会議で周知している。また、新たな知識・技術習得のための経済的支援なども行っている。

玄関ホールに院内各部門の責任者の氏名を明示するなど、診療・ケアの管理・責任体制は明確である。電子カルテシステムを運用し、「診療録記載マニュアル」に従って、外来・入院時所見や回診の記録、検査の必要性や結果、患者・家族との面談の記録、投薬の記録などを適時に記載している。外来、入院ともに診療科の枠を超えて治療方針の検討が行われ、連携して医療を提供している。専門チームは組織横断的な活動を行っている。

## 5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室に、医療安全総括責任者の副院長と医療安全管理者の専従看護師等を配置している。医療安全管理室は、医療安全カンファレンスや医療安全リンクスタッフ会、インシデント報告の管理、マニュアルの整備などを行い、部署ラウンドでは職員の相談にも応じている。アクシデント発生時は、医療安全総括責任者に報告・連絡・相談し、速やかに初動対応が出来る体制を整備している。医療安全管理室がインシデント・アクシデント情報を収集し、分析・究明を行い、改善策を立案している。また、分析結果や院外からの安全管理情報を発信している。

医療安全対策マニュアルに患者の誤認防止対策を明記している。手術室においては、サインイン・タイムアウト・サインアウト、マーキングを適切に実施しており、チューブ類、輸液ポンプのルートへの識別の誤接続防止手順も確立している。指示出し、指示受けはマニュアルに従って確実に行われている。麻薬、向精神薬、毒薬などはいずれも適正に保管・管理している。ハイリスク薬剤は、薬剤部を含め全ての部署の薬品棚にハイリスク薬のマークを表示している。転倒・転落フローシートに沿って、入院時に全患者に対してアセスメントシートを用いてリスク評価を行い、転倒・転落防止対策を実践している。院内緊急コールを設定し、緊急コールの実地訓練も適切に行っている。BLS や AED の取り扱いなどの訓練を全職員対象に実施している。

## 6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染管理室を設置し、室長として ICT、感染管理者として専従の感染管理認定看護師を配置している。ICT は毎週院内ラウンドを実施し、感染情報レポートを週 1 回配布している。各部署にリンクスタッフを配置し、委員会情報の伝達や部署での感染対策に取り組んでいる。細菌検査室および感染管理室では感染症の発生状況を常に把握するとともに、ICT および ICT は対策を検討し、ICT ラウンドで状況確認と指導を行っている。アウトブレイクについては院内基準に沿って対応することとしている。院内の感染症発生情報、JANIS からの還元情報、院外の感染症発生状況などは月 1 回 ICT ニュースとして発信している。

手指消毒剤を各部署に設置し、看護師等は携帯している。ICT が週 1 回のラウンドを行い、現場の手指衛生、感染性廃棄物の分別等の実施状況を確認している。感染性廃棄物や汚染されたリネン類の取り扱いも適切に行っている。抗菌薬適正使用の指針を整備し、AST は毎週ラウンドを行うとともに薬剤師は必要に応じて TDM を実施し、主治医へフィードバックしている。アンチバイオグラムを作成し、感染管理委員会、ICT 等へ報告している。手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与は、ガイドラインに基づいて適切に行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院広報は広報委員会が所管し、患者向け病院報を毎月発行している。ホームページには外来受診や入院手続き、外来診療表、臨床指標など様々な情報が分かりやすく掲載されている。地域における医療連携は地域医療連携室が担っており、地域医療支援病院として地域医療支援病院運営委員会を適切に開催している。返書についても適切に管理されている。副院長や各診療科の部長等が定期的に登録医療機関を訪問し、情報交換等を行っている。

地域に向けた教育・啓発活動としては、市のケーブルテレビに医師等が出演し、最新の医療情報を紹介している。地域の医療従事者向けには、医師会と共催で症例検討会を開催するほか、ケアマネージャー対象のストマ研修や感染対策・コロナ対策等の研修会、薬薬連携研修会、消防との救急事例検討会等を開催している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内を設置し、受診援助を行うとともに、緊急性の高い患者の優先的な診療への配慮を行っている。外来問診室には看護師を配置し、入院に際しての患者の気持ちを確認するなどして、入退院支援センターへ繋いでいる。診断的検査の必要性は医師が判断し、患者・家族にその必要性和リスクについて説明のうえ、同意を得て実施している。検査中、検査後の患者の状態の観察は適切に行われている。担当医が医学的見地に基づいて入院の必要性を判断し、患者および家族に入院の必要性などの説明を行い、患者の同意を得て入院を決定している。診断結果に基づき、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入院診療計画書を作成し、患者・家族に説明して同意を得ている。

主治医は、原則として毎日回診し、多職種とのカンファレンスを週 1 回行い、情報を共有し患者の治療方針の見直しや指示を行っている。病棟看護師は、入院時に各種リスク評価を実施するとともに、患者・家族の心理的・社会的ニーズを把握し、患者の病態変化に応じた身体的ケアを実施している。投薬・注射や血液製剤の投与は適切に行われている。手術の適応は緊急手術を除いて各科カンファレンス等で検討され、必要時には他科へコンサルトする仕組みがある。患者の重症度に応じて病床選択を行っており、薬剤師、臨床工学技士、療法士をはじめ、必要に応じて多職種からなる専門チームが関与している。全入院患者に対して褥瘡リスク評価を行い、褥瘡予防治療計画書をもとに褥瘡の発生予防に努めている。発熱・不眠・浮腫・腹部膨満・疼痛等に関して目標・観察・介入方法について基準が整備されてい

る。症状が訴えられない患者の苦痛は表情、体動などの変化で把握している。

身体抑制の手順が整備され、患者・家族に説明し、事前に同意書を得ている。毎日カンファレンスを行うなど、身体抑制解除に向けて検討している。入院時に全入院患者に対して退院支援スクリーニングを行い、必要な患者には退院支援計画書を作成している。転院や在宅に必要な情報は、診療情報提供書や各種サマリーを提供するなど、退院支援を適切に行っている。ターミナルステージの患者に対しては、主治医を中心に多職種によるカンファレンスで検討し、緩和ケアチームの関与もある。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方・調剤鑑査、疑義照会は適切に行われ、注射薬は1施用ごとに取り揃えて病棟に払い出されている。医薬品情報室に薬剤師が配置され、DI-NEWSを毎月発行している。臨床検査機能は、病院の規模・機能に応じた設備・機器を整備し、検体、生理、細菌等の検査を担っている。患者急変時の対応も適切な体制と手順が整備されている。画像診断機能は、放射線科専門医と核医学専門医、診療放射線技師を配置している。画像の読影結果は、翌診療日までに100%報告され、異常所見は放射線科専門医から主治医に電話連絡が行われている。栄養管理機能は、調理、盛り付け、専用エレベーターによる配膳・下膳、下膳食器等の洗浄・保管などがHACCPに沿って適切に行われている。リハビリテーション機能は、主治医、療法士、看護師、薬剤師など多職種で病棟リハビリテーションカンファレンスを定期的実施している。科内では兼任医師、療法士がBIやFIMに基づいてプログラムの評価や改善について検討している。診療情報管理機能は、電子カルテにより診療情報管理室で一元的に管理され、量的点検も適切に実施している。医療機器管理機能は、臨床工学技士が適切に関与して定期点検や使用状況の把握に努めている。洗浄・滅菌機能は、一次洗浄を中央化し、洗浄・滅菌から供給までの一連の業務をワンウェイ化して業務環境を適正に保持している。

病理診断機能は、常勤病理医、細胞検査士等を配置し、術中迅速病理診断にも対応し、速やかに結果を報告している。放射線治療機能は、放射線治療専門医、診療放射線技師等を配置し、認定看護師と連携を図りながら放射線治療を行っている。輸血・血液管理機能は、血液製剤の発注・保管・供給・廃棄、使用製剤のロット番号保管等は手順に沿って適切に行われている。手術・麻酔機能は、スケジュール管理は手術室看護師長と麻酔科医で行い、緊急手術にもオンコール体制で柔軟に対応している。集中治療機は、主に全身麻酔術後患者および院内の重症患者に対して、各診療科主治医制で集中治療を行っている。必要な設備・機器を臨床工学技士が整備・管理している。救急医療機能は、医療圏の二次救急病院として、救急対応マニュアルに準じて24時間救急要請に応需している。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、独立行政法人会計基準および病院会計準則に基づく会計処理を行っており、会計監査は監査法人による外部監査、労働者健康安全機構本部によ

る内部監査を行っている。経営状況の院内周知や経営改善に向けた検討・協議も適切である。医事業務は、受付から窓口収納業務までの一連の医事業務をマニュアルに則って、適正に行っている。レセプト点検は医師も関与して適切に取り組んでいる。業務委託契約は会計課が所管し、委託の必要性については、人員配置計画や運営計画作成時に状況確認や費用対効果を検討し、幹部会で審議・承認している。

電気・空調・給排水等は、防災センターにおいて24時間365日体制で監視している。日常点検のほか、年間保守計画に基づいた定期点検の実施など、施設・設備を適切に管理している。診療材料と消耗品類の物品管理は会計課が所管し、診療材料、消耗品の管理はSPD方式により委託されている。定期的な棚卸や使用期限の確認、定数の見直しも行っている。

消防計画、災害対策マニュアルを策定し、地震・火災・停電時等の大規模災害時に対応する仕組みがある。建物は免震構造で、自家発電設備や患者および職員用の非常用食料品・水の備蓄もなされている。保安業務は夜間当直室と防災センターが中心に行い、緊急時連絡体制を整備している。療事故発生時の対応手順が整備され、医療事故の原因究明や再発防止対策等を審議する仕組みが整備されている。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

各専門職の初期研修では、看護部はキャリアラダーに沿ってガイドラインを作成し新人教育研修を実施している。その他の部門についてもそれぞれ新人教育プログラムを作成し、達成度評価を行っている。学生実習は、医学生や看護学生、薬学生など様々な職種の養成課程の学生を受け入れている。実習と評価は、カリキュラムに沿って行い、医療安全や感染制御、個人情報保護等についてオリエンテーションで適切に周知している。実習生からは個人情報保護の誓約書を提出させるなど、学生実習は適切である。

# 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・プライバシーを適切に保護している	B
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	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	A

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 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： 独立行政法人労働者健康安全機構 富山労災病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人労働者健康安全機構

I-1-4 所在地： 富山県魚津市六郎丸992

### 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	300	263	-37	66.6	15.9
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	300	263	-37		

### 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	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	5	+1
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	24	+3
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	52	+52
特殊疾患入院医療管理料病床	8	+8
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

### I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, 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

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数		527.80	528.92	581.88	99.79	90.90
1日あたり外来初診患者数		28.79	25.21	29.74	114.20	84.77
新患率		5.45	4.77	5.11		
1日あたり入院患者数		175.24	192.96	210.34	90.82	91.74
1日あたり新入院患者数		10.96	10.28	11.52	106.61	89.24