

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 6 月 14 日～6 月 15 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、1935 年に日本赤十字社北海道支部野付牛療院として開設され、その後幾多の変遷を経て、現在はオホーツク三次医療圏の地方センター病院としての役割を担い、高度急性期医療および急性期医療を中心とする総合病院として今日に至っている。この間、地域住民の信頼に応え救急医療、災害医療を充実させ、救急救命センター、地域周産期母子医療センター、地域災害拠点病院としての指定を受けるなど、高度で専門的な医療を実践している。また、地域医療支援病院として、地域医療の発展にも大きく貢献している。さらに、地域の救急医療の要として「断らない医療」を実践している。COVID-19 の対応においては、院長のリーダーシップのもと全職員の献身的な対応は地域からも高く評価されている。

今回の病院機能評価は更新受審にあたり、職員が一体となり医療の質向上に取り組んできた成果が確認できた。今回の受審がさらなる発展の一助となり、貴院が地域においてますます信頼される病院として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

人道・博愛に基づき、患者さんを尊重した医療を提供する旨を謳った理念とともに、6 項目からなる基本方針を明文化し、院内外への周知も適切になされている。病院の将来像や運営方針、事業計画などは、経営戦略会議や幹部会議、イントラネット等で明示されている。オホーツク第三次医療圏における人口の減少や高齢化、医師不足などの環境を踏まえた医療提供体制などの課題を把握し、その解決に向けて病院幹部は積極的に取り組んでいる。管理会議を病院の意思決定機関とし、組織図は機能別に編成され、指揮命令系統が明確になっている。年次事業計画は中長期

運営方針を踏まえたうえで作成・実行し、適切に検証している。さらに、部門・部署ごとに目標を設定し、ヒアリングを通して達成状況の評価をしている。情報管理は、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに準拠して、診療情報管理課と情報システム管理室において統合管理されている。臨床指標の公表や経営の効率化、診療の質確保に向けて各種データを活用している。

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。採用計画は、手順に沿って立案され、大学への医師の派遣依頼や、看護師・薬剤師の奨学金制度、養成校への訪問等、人材の確保に努めている。院内の教育・研修の計画は教育研修推進室が管理しており、必要性の高い研修として医療安全や感染制御の研修は、eラーニングなどを用いて実施している。患者の権利や医療の倫理など全職員を対象とした必要な教育研修の年間計画の策定と実施を期待したい。

3. 患者中心の医療

個人の尊厳が守られる権利など5項目からなる患者の権利および責務が明文化されており、院内外への周知は適切になされている。説明と同意に関する方針、基準、手順は明文化され、書式の管理は診療情報管理課が担っている。患者への情報提供は、入院診療計画書やクリニカル・パスなどで適宜実施されている。患者誤認防止対策への患者参加では、患者にフルネームと生年月日を名乗ってもらうことを依頼している。入院案内では、転倒・転落防止のための履物や感染対策、食物アレルギーの確認等への協力を明文化している。患者・家族の相談窓口として医療相談室を設置し、ホームページや入院案内等で周知している。相談業務には、MSW、看護師等が連携して、医療相談・社会福祉相談・がん相談など多様なケースに対応している。個人情報保護規程等を整備し、法改正に合わせて適宜改訂がなされている。電子カルテのアクセスログ監査は、適宜実施されている。診療情報を外部へ持ち出す場合の規程等を作成し、個人情報の紛失防止に配慮した運用の仕組みの構築が望まれる。

臨床倫理に関する方針は明文化されており、患者・家族が抱えている倫理的な課題は、入退院センターや担当医師、看護師が把握している。現場で生じた倫理的課題については、多職種によるカンファレンスで検討しており、現場で解決困難な場合は臨床倫理コンサルトチームに相談する仕組みがある。

4. 医療の質

各科カンファレンスが定期的に行われ、診療ガイドラインは各診療科で作成のうえ活用されている。CPCも開催されている。クリニカル・パスの適用率は前回審査時から向上しており、作成や評価、見直しも適切に行われている。日本赤十字社の医療の質評価制度や厚生労働省の医療の質評価・公表事業の臨床評価指標を収集している。医療の質向上委員会において、部門横断的な改善活動の推進が図られている。また、業務改善報告会において院内での取り組み内容の共有が行われている。ISO15189やJCEPなどの認定も取得している。新たな診療・治療方法や技術の導入および薬剤の保険適応外使用などにおける倫理面や安全性、導入の妥当性につ

いては、適切に審議・承認されてから導入する仕組みである。

診療に関する情報は、電子カルテシステムを用いて遅滞なく記録されている。指示出し・指示受け・実施確認の状況も電子カルテ上で確認できる。院内略語一覧集が作成されている。多職種チームによるケアは、感染対策や安全対策、緩和ケア、褥瘡予防、栄養サポートなどの各専門チームが介入し、実施している。部署間の協力では、看護師と言語聴覚士の連携で誤嚥性肺炎の発生率を下げた実績があるなど評価できる。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全推進室を設置し、副院長を室長、専従の医療安全管理者を副室長として、定例カンファレンスでインシデント・アクシデント等の共有と検討を行っている。医療安全対策部会で毎月報告事例の要因分析や対策を検討し、各部門・部署への周知を図り、医師は初期研修医を含むブレックファーストミーティングで共有している。

患者確認は、患者誤認防止対策マニュアルに基づき、フルネームと生年月日を名乗ること、ID バンド認証を原則としている。手術部位確認は、手術部位マーキングマニュアルに則ってマーキングを行い、手術や内視鏡、心臓カテーテル検査等のタイムアウトも規程に沿って実施している。病理診断および画像重要所見等の既読管理は適切になされている。全入院患者に対して、入院時に転倒・転落アセスメントシートを用いてリスク評価を行い、リスクのある患者にはベッドサイドのピクトグラムで注意喚起している。医療機器の管理マニュアルを作成しており、イントラネット上で確認できる。新規導入機器は ME 機器中央管理室にデモ機を置き、いつでも研修・訓練できるようになっている。院内緊急コードを設定し、患者の急変時には職員を招集できる仕組みである。麻酔科と看護師で編成されている RRT メンバーが指導者となり、急変時の対応訓練として BLS 講習を各部署で年 1～2 回実施している。

6. 医療関連感染制御

感染管理室は、院長直轄部門として室長（副院長）、専従 ICN2 名、認定薬剤師、認定臨床検査技師等で構成されており、ICT、AST を組織している。感染管理室は、毎週 ICT ラウンド、AST 会議を行っている。感染対策委員会は毎月開催され、下部組織の感染対策部会は感染管理室と連携して各部門における感染対策を実践している。SSI サーベイランスの対象が外科・脳神経外科であり、さらなる拡大を期待したい。また、デバイス関連サーベイランスとして、UTI や VAP などについても拡充を期待したい。臨床検査科の培養検査結果や届出抗菌薬使用状況は、感染管理室が常時モニタリングし、病院全体、各病棟別の状況进行评估している。アウトブレイクの定義を定め、原因別に介入基準等を定めている。ダイヤモンドプリンセス号における COVID-19 初期流行時には現地への災害派遣を行うとともに、早期から自院に COVID-19 感染対策本部を立ち上げ、保健所や近隣施設と連携するなど、地域の感染対策に貢献している。

感染対策マニュアルに基づいて、標準予防策、感染経路別予防策を実施している。抗菌薬適正使用マニュアルは電子カルテから容易に参照が可能であり、感染部位別、起炎菌別、周術期等使用場面別に推奨する抗菌薬、使用方法がまとめられている。抗菌薬使用状況は毎月の感染対策委員会で共有し、アンチバイオグラムは年1回作成している。抗菌薬の採否は安全性や有効性等を勘案して感染対策委員会で検討し、薬事審議委員会で審議している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌やホームページ、Facebook 等によって行われている。ホームページでは、病院の機能・役割や、各診療科等の医療サービスの紹介と合わせて退院統計や病院情報を公表している。また、北見赤十字病院の取り組み、患者満足度調査の集計結果、投書への回答、イベント情報なども公開している。地域との連携は、地域医療連携室を設置し、紹介患者、地域の医療機関の情報などを一元管理している。紹介元への返書は確実に行われ、地域の医療機関情報をイントラネットに掲載するなどして逆紹介の推進を図っている。病院連携システムが活用され、地域の患者情報を共有することにより、医療・福祉連携のネットワークが定着している。地域住民へ向けて、市民健康講座や出前講座を開催している。地域の医療関係者を対象に、臨床病理検討会、オープンカンファレンスなどを開催している。赤十字病院として救急法・幼児安全法などの普及活動に様々な職員が参加している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示等で案内しており、正面玄関ホールの総合受付にコンシェルジュを配置し、来院者の問い合わせに応じている。外来受診時の患者情報は問診票により取得し、電子カルテ上で情報共有している。検査結果や入院診療計画については外来担当医師が適時に説明しており、看護師は適宜補足の説明を行っている。専門看護師や認定看護師による看護外来を10種類設置し、効果的な療養生活を送るための支援を行っている。入院の必要性和根拠を患者・家族に十分説明し、患者・家族の希望にも配慮して同意を得ている。診断的検査の必要性は病状や医学的根拠に基づき主治医が判断しており、内視鏡検査など侵襲的な検査や造影検査の場合には、必要性やリスク、さらにはその検査を受けない場合等の説明が行われ、説明後に患者・家族の同意を得ている。

主治医や医師チームは毎日回診し、患者の病状を把握している。診療科カンファレンスを定期的に行い、チーム内で情報を共有している。また、週1回程度、多職種でカンファレンスを行っている。看護師は看護基準や看護手順を活用して、チームで協力しながら病棟業務を遂行している。手術・麻酔の適応や術式、方法に関しては、術前に各診療科で検討され、患者・家族に説明を行ったうえで同意を得ている。麻酔科医および手術室看護師は、術前訪問を実施している。重症患者の管理や褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導などは適切に実施されている。症状緩和については、マニュアルが整備され、がん性疼痛や呼吸困難、悪心・嘔吐などの症状

に対して迅速で適切に対応している。入院早期に退院支援スクリーニングを実施し、入院時から病棟の退院支援職員や入退院センター、医療相談室等が関わり、円滑に退院できるように工夫している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、薬剤に応じた温・湿度管理や持参薬管理が適切に行われている。医師への疑義照会を積極的に行い、院外薬局からの疑義照会の情報も把握、管理している。薬剤適正使用のための情報収集は薬品情報課が担い、情報はイントラネットで周知し、重要情報は関係者へのプッシュ通知も活用している。臨床検査機能については、生理検査や検体検査、細菌検査、輸血管理業務などの業務が実施され、24 時間体制で対応している。検査部門システムやバーコード認証、自動測定機器の導入により、検体の誤認防止や迅速な検査の運用が行われている。パニック値の基準が設定され、担当医への電話報告が迅速に行われている。栄養管理機能については、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいた衛生管理を実施している。管理栄養士は病棟担当制をとり、アレルギー・嗜好・喫食状況等を確認して栄養管理計画に反映させている。適時・適温の食事を提供するとともに、選択メニューや行事食、化学療法や食欲不振の患者に配慮した食事を提供している。リハビリテーション機能については、急性期リハビリテーションに積極的に取り組んでいる。週 1 回程度の多職種カンファレンス等で主治医、病棟スタッフと情報共有している。機器の保守管理は、始業時点検と毎年のメーカー点検を行っている。医療機器管理機能については、人工呼吸器等の重要医療機器から血圧計、パルスオキシメーター等の汎用機器、離床センサー等まで多くの機器を ME 機器中央管理室で管理している。院内だけでなく、在宅医療機器も一括管理しており、トラブル発生時には時間外においても訪問して対応している。24 時間 365 日、院内だけではなく在宅療養患者の医療機器管理についても責任をもって対応しており、高く評価できる。

放射線治療機能については、地域の中核的な放射線治療施設として専従治療専門医 2 名で高精細な強度変調放射線治療（IMRT）を様々な領域で幅広く展開している。治療計画には医学物理士、放射線治療品質管理士が関与し、最短で翌日からの照射が可能な迅速性を達成し、IMRT 線量検証結果は精確性を担保している。救急医療機能については、救命救急センターを有し、日中は救命救急センターの医師と各診療科の医師で、時間外・休日の救急対応体制は専従の当直医師で対応している。薬剤師や診療放射線技師、臨床検査技師は日当直制がとられている。オホーツク三次医療圏の救急医療の要となっており、100%近い救急応需率は評価できる。そのほか、画像診断、診療情報管理、洗浄・滅菌、輸血・血液管理、手術・麻酔、集中治療等の各機能についても、おおむね適切である。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に準拠し、財務諸表・決算報告書等の諸表は適切に作成されている。会計監査は、監査法人および日本赤十字社本社・支部の監査を受けて

いる。年度予算は事業計画に基づき、各部門の要望や購買委員会での設備投資計画を踏まえて作成している。毎月、会計課で予算の執行管理と分析を行い管理会議、幹部会議に報告している。窓口収納業務は、業務マニュアルに沿って時間外・休日を含め適切に行っている。DPC コーディングは診療情報管理士が関与するなど適正な保険請求に努めている。返戻・査定は保険・DPC 適正化委員会にて報告し、再審査請求も適切に行っている。委託業者の選定・更新は、業務内容や価格、品質を比較して委託業務適正化委員会で検討している。病院と業者の定例会議を開催し、問題点の共有と質改善に向けて検討している。

医薬品や診療材料の選定は、薬事審議委員会や診療材料委員会等で検討している。医薬品や診療材料などの管理、発注は物流情報管理室において一括で管理し、コンサルタント契約によりベンチマーク分析の活用や近隣の病院との共同購入等、材料費の削減を図っている。

地域災害拠点病院として、防災計画や大規模災害時の対応マニュアル、BCP を整備している。さらに、オホーツク圏域の 4 病院で相互支援に関する協定を締結している。保安業務は業務委託により 24 時間の保安体制を構築している。警備業務マニュアルを策定し、毎日定時の院内巡視や施錠管理等の業務を適切に実施している。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修は研修管理委員会のもとで研修プログラムに沿って実施している。初期研修医への評価には看護師長等も関わり EPOC2 による研修内容評価が行われ、初期研修医による指導医・プログラムの評価もなされている。医師以外の専門職種の初期研修については、教育研修推進室で一元的に把握しており、看護師・薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師・療法士・管理栄養士など初期研修プログラムを各部署で整備し、計画に沿って実施している。

学生実習は、看護師や薬剤師、臨床検査技師等の養成学校から多くの実習生を受け入れている。学生実習のオリエンテーションは実習マニュアルに基づき、実習の心得や個人情報保護、感染制御や医療安全に関する注意事項等を周知している。各部署では臨床実習のマニュアルに基づき実習や評価を適切に行っている。

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・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	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	B
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	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	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	B
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	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	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	S
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	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	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	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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 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： 北見赤十字病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 日赤

I-1-4 所在地： 北海道北見市北六条東2-1

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	490	490	+0	67.6	10.9
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	40	40	+0	87.1	47.1
結核病床					
感染症病床	2	2	+0	42.6	9.9
総数	532	532	+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	32	+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)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	4	+2
人工透析		
小児入院医療管理料病床	30	+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		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	20	+0
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), へき地拠点病院, 小児救急医療拠点病院, 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(Ⅲ群), 地域周産期母子医療センター
--

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： 9 人 2年目： 10 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. 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
	2020 2019 2018			2020	2019
1日あたり外来患者数	1,151.97	1,229.33	1,211.17	93.71	101.50
1日あたり外来初診患者数	48.43	53.99	53.34	89.70	101.22
新患率	4.20	4.39	4.40		
1日あたり入院患者数	398.14	441.88	440.85	90.10	100.23
1日あたり新入院患者数	31.24	34.26	33.36	91.19	102.70