

# 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 6 月 12 日～6 月 13 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、急性期から回復期リハビリテーションを担う地域医療の中核的病院である。また、地域周産期母子医療センターとして、周産期から小児医療まで一貫した診療や強みを活かした集学的診療体制として、乳腺治療再建センターや腹腔鏡手術センター等を展開している。病院の理念は「地域の皆様から信頼され、安心して選択される病院を目指します。」とし、患者の立場に立った医療を病院全体で推進している。近年では、「腹痛救急を断らない」をスローガンに消化器内科や消化器外科、泌尿器科が連携し、腹痛救急への積極的な対応を行っている。地域住民に向けても敷居の低い相談室として光彩通り保健室「ささえて」をコロナ後から再開し、健康・介護の無料相談窓口を設け、地域の信頼を高めている。今後は病院の目標として地域医療連携やがん診療に関する領域強化の計画もあり、益々、地域の中核的病院としての役割が増えると考えられる。今後も病院全体として継続した質改善活動に取り組み、さらに高いレベルでの地域医療を継続して提供されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は具体的かつ分かりやすく策定し、院内各所に掲示して患者・家族や職員に周知している。病院運営において、幹部職員には任期があり、勤

務評定制度で評価されている。病院の意思決定は病院運営会議で行われ、結果は職制を通じて職員に伝達・周知している。病院の中期計画およびそれに連動した年度計画を示し、計画的に組織を運営している。また、病院幹部は病院の課題を適切に把握し対応策を講じている。情報管理の方針は医療情報システム運用管理規程に定め、セキュリティ対策も講じている。文書は文書取扱規程に準じた対応を行い、管理対象文書を明確化している。

人員は病院の機能や役割機能に見合った人数を確保している。人事・労務管理に関する諸規程を整備し、必要な届け出は協議の上、適切に処理している。職員満足度調査を実施し就業支援に取り組むとともに、安全衛生管理に向け運用が見直されている。

職員の年間研修計画を取りまとめ、必要性の高い研修も適切に実施している。職員の能力評価・開発として、全職員を対象に勤務評定制度を設け、人事評価を実施し院内資格認定も実施している。専門職種に応じた基本的な能力をつけるための初期研修を専門職種単位で実施している。学生実習は、指定されたカリキュラムに沿って実施し、必要な課題が確実に履修できるよう取り組んでいる。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は分かりやすく明文化し、院内掲示や携帯カードなどで周知している。説明と同意の方針を定め、文書同意が必要となる診療行為の範囲を明確にしている。診療・ケアに必要な情報を収集して多職種で共有し、クリニカルパス等により患者の理解を深めるべく支援している。相談窓口は、ホームページや入院案内への掲載、院内掲示などで周知し、相談内容により多職種・他部門と連携している。個人情報の保護に関する基本方針や個人情報保護管理規程、個人情報にかかる安全管理措置等を整備している。情報セキュリティ研修を実施して意識啓発を図っている。臨床における主要な倫理的課題の方針を定めて見直している。臨床現場での倫理的課題の解決に困難が生じる際は、倫理的な問題の対応フローに沿って倫理・治験部会が介入する仕組みがある。臨床の様々な場面で生じる倫理的課題を日々の多職種カンファレンスで検討し、状況に応じて患者・家族も参加し解決に取り組み、記録を残している。

院内には入院生活に必要な設備を設置している。また、障害者等にも配慮した対応がある。診療・ケアに必要なスペースを確保し、病棟全体が清潔に管理されている。敷地内全面禁煙とし、禁煙と受動喫煙防止に向けて、生活習慣病セミナー等で禁煙の必要性について伝えている。

### 4. 医療の質

継続的な改善活動として、CS 向上部会は院内における継続的な医療の質向上活動を推進し、経営戦略合同会議にて実行承認を得る体制をとっている。診療の質向上に向けた取り組みとして、各科多職種カンファレンスや内科・外科合同カンファレンス、CPC などを開催している。クリニカルパスも活用し、クリニカルパス委員会が効果的に機能している。患者・家族からの意見等は意見箱や患者満足度調査等

で収集している。意見等への対応策を協議し、改善に活用されるなど医療サービスの質向上に繋げている。倫理・治験部会で規程を策定し、倫理的な問題対応フローチャートにより、医療倫理、臨床研究倫理への院内対応体制が形成されている。

スタッフステーションの入り口に診療責任者名、看護師長名等を掲示し、外来診察室には担当医師名を表示するなど、診療・ケアの管理・責任体制は明確である。診療録管理規定および作成マニュアルに従い、診療・治療・ケア情報の記載を随時行っている。また、各科診療手順の記載された診療マニュアルに基づき説明と同意が行われている。

## 5. 医療安全

医療安全管理委員会、医療安全推進部会および週1回の医療安全対策室会議を開催し、医療安全を推進している。医療安全対策室には、専従の医療安全管理者や専任の医薬品・医療機器安全管理責任者等を配置し、それぞれの役割を明文化し組織横断的に活動している。医療安全管理マニュアルを整備し、電子カルテの文書ホルダーから常時閲覧可能である。インシデント・アクシデント報告は、電子カルテシステムを用いて収集し、医療安全管理者が内容を確認し、影響度や状況に応じて現場への確認やヒアリングを行っている。医療安全管理マニュアルに「医療事故発生対応フロー」を明記している。

患者誤認防止対策の手順を整備し、患者本人の氏名・生年月日の申告のほかリストバンドやバーコード認証等で確認している。手術室ではサインイン・タイムアウト・サインアウトを実施し、手術部位のマーキングや複数チューブの誤認防止の手順を整備している。電子カルテ機能を活用して情報伝達エラー防止に努め、口頭指示や画像・病理診断報告、パニック値の取り扱いを明確にしている。病棟担当薬剤師が病棟に滞在し、入院時の持参薬鑑別を全例行っている。抗がん剤のレジメン管理・登録も全例薬剤部が管理している。転倒・転落防止対策は、入院時に全患者に転倒・転落のリスク評価を行い、危険度に応じた看護計画の立案と定期的なカンファレンスを実施している。医療機器の取り扱いマニュアルを整備し、臨床工学技士が管理し点検している。医療機器の安全使用に対する教育・研修は、年間計画を作成し実施している。院内緊急コードを設定し、日中・夜間とも対応する仕組みがある。手順は、各部署の所定の場所に掲示し、職員に周知している。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策室に専従のICNを配置し、多職種で構成されたICTや抗菌薬適正使用支援チーム(AST)が毎週環境ラウンドやカンファレンスを行うなど積極的な活動を行っている。院内感染対策委員会を開催し、感染制御に関する審議・提言を行っている。感染症に関する情報収集は専従のICNを含むICTによる環境ラウンドや各種サーベイランスのほかにJANISやJ-SIPHEを利用している。

院内外の感染状況や院内の医療関連感染、耐性菌の動向を把握し、適宜電子カルテ等で職員に周知している。院内関連感染制御に関するマニュアルを整備し、全職員対象の手洗いトレーニングや手指消毒薬の適切な使用量を調査しラウンドを通し

て成果確認を行っている。アンチバイオグラムやガイドラインを基に抗微生物薬マニュアルを随時改訂し、周術期の予防的抗菌薬投与、細菌培養検査結果による抗菌薬の変更などを推奨している。

## 7. 地域への情報発信と連携

診療科や部門、各種センター等が提供している医療サービスの内容等を、ホームページや広報誌、SNS や動画共有サービスを活用して案内している。地域医療センターが連携施設との紹介・逆紹介や画像検査等の受託に対応している。病院長や地域医療センターの職員等が連携する病院や登録医等を訪問して、連携先からの意見・要望等の把握に努めている。患者や地域住民に向けて、糖尿病教室や生活習慣病セミナー、健康講座、ミニ講座等を開催している。また、地域の医療関連施設等からの要請に応じて、職員を講師として派遣するなど、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を展開している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診が円滑にできる仕組みを確立している。侵襲的検査・造影剤検査を確実・安全に実施している。入院支援センターで医師からの病状説明の確認を行い、せん妄や SGA のスクリーニングを行っている。入院計画書や看護計画の作成は、医学的判断・評価に基づき、患者・家族の希望が反映されている。相談室の看護師と社会福祉士が患者・家族の多様な相談に応じている。入院決定後は、入院支援センターで入院中の生活などの案内や意思決定を支援している。医師は多職種カンファレンスや電子カルテ等により情報共有を行い、チーム医療のリーダーとして役割を発揮している。看護師は、看護基準および手順に則り、多職種と連携して役割と責任に応じた病棟業務を行っている。

病棟担当薬剤師が常駐し、持参薬鑑別を含めて全入院患者の薬歴管理・服薬指導を行っている。輸血・血液製剤投与、褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事支援、症状緩和、身体拘束は、手順を整備して評価し実施している。観察結果も記録している。各診療科はカンファレンス等で手術適応を検討し、術前からリスク評価を行い、合併症予防対策を実施している。重症患者は入退出基準が規定された HCU や一般病棟のナースステーションに隣接する病室を利用している。リハビリテーションの必要性は主治医が判断し、訓練の必要性や内容、リスクについて患者・家族に説明して同意を得ている。進捗状況は病棟カンファレンスや電子カルテで情報を共有し、他職種との連携も密に行っている。退院支援は、患者・家族の意向を確認し、多職種が協働して実施している。退院後も継続的に診療・ケアが必要とされる患者に対して、多職種と連携し在宅療養を支援している。ターミナルステージの対応は、患者・家族の意向を尊重し対応している。

### <副機能：リハビリテーション病院>

回復期リハビリテーション病棟協会の理念に則り、在宅復帰を目指す回復期リハビリテーションを適切に実施している。特に地域に唯一の透析患者受け入れ可能な回復期リハビリテーション病棟として、地域医療に大きく貢献している。入院申し

込みは地域医療センターのMSWが受け、入院判定基準に沿って入院の可否を決定している。入院時は医師や看護師、管理栄養士、療法士が評価し、定期的に多職種が参加するケースカンファレンスを開催し情報を共有している。入院診療計画書およびリハビリテーション総合実施計画書を作成し、医師・看護師から患者・家族に説明している。医師や看護師、介護職、MSW、薬剤師、管理栄養士は協働して適切に病棟業務を実施している。疼痛や嘔気、便秘、不眠等の各種症状を評価し、治療法や治療目標を規定している。リハビリテーションは理学療法士や作業療法士、言語聴覚療法士がそれぞれ評価し、計画を立て訓練を実施している。食事、排泄、更衣等の生活機能の向上は療法士が計画を立案し、看護や介護職と協働してADLを向上させている。自宅復帰する患者に対して、栄養指導や服薬指導、家屋調査等を実施し、継続的に療養が必要な患者には、訪問看護等の必要な社会資源を適切につなげている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師が持参薬の鑑別と管理、処方監査、調剤監査、抗がん剤の調製、TPNのミキシングなどを適切に実施している。臨床検査における検体採取やラベリング、結果報告までのプロセスは適切である。日本臨床検査技師会品質保証施設認証を取得している。画像診断報告書は既読管理システムを使用して管理している。栄養管理は行事食や選択メニューの実施、お祝い膳の提供に加え、個別対応を行い延食にも対応している。リハビリテーションカンファレンスの実施や病棟カンファレンス、医師カンファレンスへの参加で、情報の共有化を図っている。診療情報管理は多岐にわたる業務を担い、診療情報を適切に管理している。医療機器は臨床工学技士が一元的に管理し、管理責任体制が明確である。中央材料室の作業環境を整備し、各種インディケーターで滅菌精度を保証している。

病理部門の体制を整備し、病理報告は診療情報センターと連携して電子カルテと検査印刷出力の併用で未読チェックしている。輸血マニュアルの手順に従い、製剤発注・保管・供給・返却・廃棄業務を行っている。手術室の入退室基準や覚醒・抜管基準などを整備し、スケジュール管理は看護師長とリーダーの麻酔科医が協力して行っている。HCUは入退室基準を明文化し運用している。手術後の病床利用が主であり、必要に応じICT、AST、理学療法士などの関与がある。救急医療は、日中は消防機関からのホットラインを当番医が担当し、受け入れ時は外来看護師長や当該科医師に連絡する体制である。救急応需率を随時検討し、医局会でフィードバックしている。

## 10. 組織・施設の管理

予算編成や管理、会計処理の仕組みが確立し、財務諸表の作成と定期的な会計監査が行われている。経営分析資料を作成し、経営改善に向けた協議を行っている。医事業務は業務手順書に則って行い、未収金や施設基準の管理も適切である。個別に査定分析が行われ、積極的に再審査請求を実施している。委託業者は現契約の検証と見直しを行い、規程に則った選定方法で決定している。また、委託業者から提

出された日報等で履行状況を確認し、ミーティングを行って業務の質向上を図っている。

施設・設備の保守や点検を計画的に実施し、緊急時の対応も整備している。医薬品や医療材料の購入は薬事運営部会や医療材料管理部会、器械整備委員会の審議等を経て購入している。物品管理は棚卸や固定資産の除却処分を行い、適切に管理している。

災害時等の危機管理への対応としてBCPを作成し、火災や大規模災害を想定した対応体制を整備し、訓練も実施している。保安体制と日々の管理体制も確立し、不測の事態への対応や防犯カメラによる監視体制の強化が図られている。

# 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	B
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	B
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	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	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	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	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	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	B
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	B

## 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	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	S
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	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	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	B
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	B
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	B
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	A

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
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： 2024 年 2 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 国家公務員共済組合連合会 東北公済病院  
 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： 共済組合及びその連合会  
 I-1-4 所在地： 宮城県仙台市青葉区国分町2-3-11

#### 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	385	368	+3	64.9	8.6
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					
総数	385	368	+3		

#### 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)	4	+4
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	23	+2
回復期リハビリテーション病床	40	+0
地域包括ケア病床	35	+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

DPC対象病院 (DPC標準病院群), 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： 6 人 2年目： 6 人 歯科： 1 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	613.93	629.06	609.02	97.59	103.29
1日あたり外来初診患者数	44.11	40.44	37.35	109.08	108.27
新患率	7.19	6.43	6.13		
1日あたり入院患者数	238.95	243.60	234.01	98.09	104.10
1日あたり新入院患者数	24.92	25.32	25.14	98.42	100.72