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 5 日～11 月 6 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 1933 年に開設された「ひとのみち教団医学研究所」を前身とした歴史ある病院である。1955 年に医療法人「宝生会」を設立、翌年に「宝生会病院」を開設し 1970 年に「PL 病院」に名称変更している。病床数は 86 床から始まり、数度の診療科の増設および増床を経て現在の 26 診療科、急性期・地域包括ケア・療養病床の合計で 370 床となり、医療機器も整備され、地域の中核的な医療機関としての役割を果たしてきた。病院の機能として、臨床研修病院、大阪府がん診療拠点病院、紹介受診重点医療機関の指定を受けている。救急医療面では多くの患者を受け入れており、特に小児救急では南河内医療圏で大きく貢献している。

今回の審査では、院長のリーダーシップのもとに理念・基本方針の達成に向けて取り組んでこられた部分が随所に確認できた。質の高い医療を目指して 1987 年から QC 活動を開始し、毎年改善事例発表会を行うなど活発に活動を続けている。今後も改善活動を継続されるとともに、課題に対しては組織的に取り組み、医療機能のさらなる充実を図られることを期待したい。今回の受審が貴院に少しでも役立てられ、益々の発展へつなげられれば幸いである。

２．理念達成に向けた組織運営

病院の理念を明示し、職員は理念に基づき医療を実践している。病院の意思決定は病院理事会を開催し、委員会等からの上申・審議を経て承認の手続きをとっている。病院情報システムのセキュリティ対策として外部ネットワークからの遮断が行われ、診療データの真正性、見読性、保存性が確保されている。

医師、看護師など、法令および施設基準の必要人員を満たしている。医師や看護

師の業務負担軽減のために必要な人員を積極的に採用・配置するなど、タスクシフトの推進に向けて取り組んでいる。衛生委員会を毎月定期的に開催し、職員の意見や要望は職員との面談、職員アンケートなどで収集している。職員の教育・研修に関する計画および実施事項の審議は、教育研修委員会が担っている。また、能力評価として人事考課シートを用いた人事考課制度を導入している。診療科・部署毎に教育・研修の予算制を取り入れており、認定資格の取得や学会発表の奨励および自己研鑽の支援を積極的に推進している。基幹型臨床研修病院として研修プログラムに従い研修を進めており、その他の職種に関しても初期研修プログラムが整備されている。

３．患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族、職員に周知している。診療録開示は患者の権利として尊重し、非開示例はない。説明と同意については「インフォームドコンセント（説明と同意）ガイドライン」を定め、組織的に取り組んでいる。セカンドオピニオンについては、受け入れや退院への相談希望に対応している。患者との情報共有および医療への参加促進は、ホームページや入院案内等に明示している。患者・家族への支援としては、患者相談室および入退院支援・地域連携センターが中心となり多職種との連携により対応している。患者の個人情報は、保護方針と規程を定めているが、電子カルテのパスワードの運用および患者データの二次利用におけるデータの管理方法については検討が望まれる。臨床倫理の指針および規程を整備しており、倫理的問題について必要時に倫理委員会で検討する仕組みがある。臨床現場における倫理カンファレンスは看護師が中心となって開催しているが、今後は医師をはじめ様々な医療職が参加するように期待したい。

病院を利用する患者・家族等に対しては、駐車場の整備、無料送迎サービス、Wi-Fi の整備など、利便性に配慮している。療養環境は、安全性や清潔性、快適性およびプライバシーが確保されている。

４．医療の質

業務の質改善については、QC 活動により部門横断的な改善に取り組み、各種立入検査の指摘事項に対しても迅速に対応している。診療の質の向上に向けた活動では、症例検討会、CPC などを開催し、診療ガイドラインを整備するとともに臨床指標を集積してホームページで公表している。患者・家族からの意見・要望・苦情は、患者満足度調査および意見箱等から収集し積極的に質改善に活用している。新規の診療・治療方法や技術の導入に際しては、倫理・安全面などについて組織的に情報を収集して検討を行う体制の構築が望まれる。

外来、病棟において管理責任者・担当者を掲示し、管理責任者は職員の業務の遂行状態の把握に努め、円滑に管理している。診療記録は必要な情報を SOAP 形式で現病歴、理学的所見、入院診療計画、検査所見などを適時に記載している。診療記録の質的点検では点検数の増加が期待される。緩和ケアや、認知症・せん妄ケア、NST など専門看護師や認定看護師が中心となる専門チームが組織横断的に活動し、

多職種が連携・協働して患者の診療・ケアに取り組んでいる。

５．医療安全

医療安全管理室に専従看護師を配置し、医療安全協力部門会議を開催して安全確保に向けた検討を行っている。インシデント・アクシデントについては、医療安全協力部門会議で原因分析および予防策・再発防止策を検討し、医療安全管理委員会に報告して対策等を職員に周知している。

患者確認は、患者自身に氏名と生年月日の自己申告を原則とし、入院患者にはリストバンドのバーコード認証も行っている。入院患者でアレルギー等によりリストバンドを付けられない場合には、皮膚保護剤などを使用したうえでリストバンドを付け、装着率は100％である。電子カルテ上では指示の伝達から実施までの一連の経過が確認できる。「口頭指示」も安全確実に伝達できるように工夫している。薬剤の安全な使用と保管・管理は適切である。注射剤は薬剤部から病棟へ、すべて1施用毎に取り揃えて払い出しており、より安全で確実な方法を追求している。転倒・転落アセスメントを入院時に患者全員に実施している。リスクの高い患者を早急に把握し対策を実施している。臨床工学技士は、医療機器の清掃と安全点検・整備等を行っている。アラーム設定は、病状に応じて患者別に設定されている。救急カートに常備する医薬品や物品は統一され、AEDは各箇所に設置されている。
BLS・ACLS訓練は全職員を対象に行われ、患者等の急変時の対応が図られている。

６．医療関連感染制御

院内感染防止委員会が毎月開催され、感染制御室にICT、ASTが組織され活動している。感染対策マニュアルも整備されアウトブレイクへの対応なども規定している。感染制御室は院長直轄の組織であり、感染管理者の役割も感染制御部のマニュアルには規定されており、院長からの権限の委譲も明記されて体制の強化が図られている。定期的なICTあるいはASTのラウンドまたサーベイランスを行って感染対策の状況を把握している。感染症に関する情報は収集・分析して診療に反映させている。南河内感染対策ネットワークなどで他施設との連携を図り、地域における感染症対策にも積極的に活動している。

感染管理看護師が院内各部署をラウンドし、感染対策状況の確認・指導を行っている。抗菌薬使用指針を定め、ASTを中心に、血液培養陽性例や特別な抗菌薬の使用症例そして長期抗菌薬投与例に対して抗菌薬の適正使用に取り組んでいる。特別な抗菌薬は届出制とし、手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与も統一化してその投与率は90％を超えている。

７．地域への情報発信と連携

地域への情報発信は広報誌「とぅもろー」を季刊発行しており、診療内容の紹介、お知らせや病院の取り組みなどが掲載している。患者・家族、地域の医療機関等、他に富田林市の施設に広報誌を配布して情報発信を行っている。地域との連携は入退院支援・地域連携センターが担当し、紹介・逆紹介・連携先訪問など連携機

能を発揮している。紹介元への迅速な受診報告や速やかな返書により適時情報が提供されている。連携強化の取り組みとして「富田林病診連携会」への参加や自院医師による教育講演の実施、地域の医療介護・福祉施設との連携会議の参加のほか、大学病院主催の地域連携システム構築会議などにも参加している。

健康意識の向上や疾病予防知識の普及向上を図るため健康管理科による人間ドックや企業健診の実施、院内での糖尿病教室、がんサロンなどが実施されている。救急救命士を対象に小児の救急対応や地域の医療従事者を対象にした緩和ケア講習会なども開催している。市民向けの健康講座として、地域住民等から依頼に応じて病院スタッフを派遣する出前講座を開催していたが、コロナ禍以降は休止しているため、早期の開催を期待したい。

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、スムーズな受診を支援している。外来診療では患者に関する情報が収集され、関係職員の間で共有されている。各診療科の医師は、必要に応じて他科の医師とも相談しながら治療方針や入院の要否を決定している。入院診療計画書は医師をはじめた多職種で作成している。患者相談室を設置して多様な相談に応じている。入院に際して患者が円滑に入院できる支援体制を整備している。

医師は多職種でのカンファレンスにも参加して職種間の情報共有に努めている。他科へのコンサルテーションも含めチーム医療における中心的指導的な役割を果たしている。看護師は医療計画に沿ってケアを提供し、患者の入院目的を達成できるように関わっている。薬剤師は薬歴管理、持参薬などの管理、服薬指導などを行っている。輸血療法は輸血マニュアルに沿って確実・安全に実施している。周術期の対応では、患者・家族へ必要性と手術・麻酔方法のリスクを説明している。重症患者の管理は、チーム医療を展開して実践している。

褥瘡発生リスクは、入院時に全患者に実施され、褥瘡発生の危険性を早い段階で把握し予防・治療を行っている。管理栄養士が作成した栄養管理計画書に基づき個別的な栄養管理と食事指導を実施している。疼痛緩和は緩和ケアチームが専門的介入を行い、教育・支援的役割を担うなど、組織横断的に活動している。リスクや患者背景等の検討を行い、患者の希望や要望にも配慮しつつリハビリテーションを確実・安全に行っている。身体拘束および行動制限が必要となった場合に、医師が介入する体制の整備が望まれる。

患者の退院支援は、ニーズや退院困難な要因のリスクを抽出し、退院後も不安なく療養できる体制を整備している。退院後継続的に診療・ケアが必要な患者に対しては、退院前カンファレンス等で課題を明確化し、継続支援につなげている。ターミナルステージの対応は、必要に応じて緩和ケアサポートメンバーが介入して支援を行っている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤部では、調剤、注射薬の調製・混合への関与、持参薬の管理、薬歴管理、服薬指導など、薬剤管理機能を適切に発揮している。臨床検査は24時間体制で外部委託を含め病院の機能に応じた検査を実施している。パニック値については医師への迅速・確実な報告体制を構築し、診療録の記載および確認も行われている。CT・MRI検査はタイムリーに実施されており、夜間・休日は当直体制であるが画像診断機能を適切に発揮している。栄養管理機能は衛生管理を徹底し、適時・適温の食事提供や選択食の実施、行事食の提供などに努めている。リハビリテーションは病院の機能に応じて適切なプログラムに沿い、系統的・連続的に行われている。診療情報管理機能における量的点検は、診療情報管理士業務指針の量的点検項目を網羅して退院時に全件実施している。医療機器は臨床工学技士が一元管理し、主要な医療機器の標準化を図っている。洗浄・滅菌業務は中央化し、洗浄から組み立て、滅菌、保管の一連の工程はワンウェイ化して各種インディケーターで確認し、滅菌の質の保証に努めている。

病理診断は、診断精度の向上に努めている。危険性の高い薬品類の管理では、手術室のホルマリン管理について見直しが望まれる。輸血部門は、血液製剤の保管・管理・供給を適切に実施している。手術・麻酔機能は麻酔科医の管理下で安全な手術を実施し、薬剤管理や機器類の点検・整備も適切である。集中治療機能（HCU）では、多職種による協働体制を構築している。救急医療機能は、南河内南部広域小児急病診療事業の中核病院として地域のニーズに基づいた機能を適切に発揮している。

１０．組織・施設の管理

予算策定の仕組みが確立され、収支状況を見定めた予算執行を行っており、病院会計準則に基づいた会計処理を実施している。会計監査は公認会計士による監査を実施している。医事業務は、受付業務から請求業務まで適切に行っている。未収金についてもマニュアルに基づき督促を実施している。レセプト業務は医師が点検を行い、査定・返戻についても組織的に処理している。委託事業者は経済性や業務遂行状況を勘案して選定・更新され、質の向上を図るために打ち合わせを定期的に行っている。

建物および設備の保守については、専門業者と業務委託契約を締結し年間スケジュールに沿って法定・定期点検を実施している。診療材料はSPD方式で管理され、使用期限切れのチェックや定数在庫量の調整を行っている。病院被災時における事業継続計画（BCP）が策定され、災害の行動指針や本部組織、緊急連絡網の整備、スマートフォンのアプリケーションを利用した職員の安否確認および職員の職場参集基準を設定している。保安業務体制は、警察OBと警備員および防災センターの委託職員により、24時間体制での巡視や防犯カメラによるモニター監視および緊急時の対応などを行っている。

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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	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	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	B
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	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	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	B
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	B
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	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	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

年間データ取得期間： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2024 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 ： 医療法人宝生会 ＰＬ病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 大阪府富田林市大字新堂2204

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	323	323	+0	58.4	9.2
療養病床	47	47	+0	67.6	218.5
医療保険適用	47	47	+0	67.6	218.5
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	370	370	+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		
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	+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	19	+0
人工透析	55	+0
小児入院医療管理料病床	42	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	38	+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)

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： 4 人 2年目： 4 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	3	1.1	49.38	5.36	2.46	1.12	5.68	3.73	12.04	0.60
呼吸器内科	2	0	18.21	1.98	10.18	4.62	7.30	22.52	9.11	5.09
循環器内科	3	0.7	46.13	5.01	16.07	7.29	2.95	20.02	12.47	4.34
消化器内科（胃腸内科）	9	0.7	70.12	7.61	27.46	12.46	6.23	6.89	7.23	2.83
腎臓内科	1	0.1	6.01	0.65	4.55	2.06	7.64	18.15	5.47	4.14
糖尿病内科（代謝内科）	0	0.6	23.71	2.57	0.00	0.00	1.03	0.00	39.52	0.00
血液内科	3	0.2	10.94	1.19	6.60	2.99	3.54	21.51	3.42	2.06
皮膚科	0	0.6	45.13	4.90	0.21	0.09	4.06	7.14	75.21	0.34
小児科	10	0.4	94.16	10.22	18.38	8.34	22.12	4.61	9.05	1.77
精神科	0	0	3.58	0.39	0.00	0.00	0.38	0.00	0.00	0.00
外科	9	0.3	37.66	4.09	22.39	10.16	4.51	10.85	4.05	2.41
泌尿器科	5	0.4	105.85	11.49	13.20	5.99	1.51	6.89	19.60	2.44
脳神経外科	0	0.1	1.65	0.18	0.00	0.00	0.41	0.00	16.50	0.00
整形外科	7	1	83.97	9.12	43.13	19.57	4.05	22.21	10.50	5.39
形成外科	4	0.1	19.24	2.09	6.59	2.99	8.84	17.57	4.69	1.61
眼科	2	0.1	60.00	6.51	5.56	2.52	2.22	3.00	28.57	2.65
耳鼻咽喉科	2	0.3	22.05	2.39	1.58	0.72	7.25	4.95	9.59	0.69
産婦人科	5	0.3	35.50	3.85	10.22	4.64	12.43	7.02	6.70	1.93
リハビリテーション科	1	0	126.22	13.70	0.00	0.00	0.00	0.00	126.22	0.00
放射線科	4	1	4.06	0.44	0.00	0.00	53.81	0.00	0.81	0.00
麻酔科	2	2.7	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	1	0.3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	0	0.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科	3	0.2	39.00	4.23	0.00	0.00	31.71	0.00	12.19	0.00
総合内科	0	0	12.89	1.40	0.00	0.00	14.54	0.00	0.00	0.00
脳神経内科	0	0.4	5.70	0.62	0.00	0.00	0.60	0.00	14.26	0.00
療養病床	0	0	0.00	0.00	31.85	14.45	0.00	528.45	0.00	0.00
健康管理科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
総合診療科	0	0.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	8									
全体	86	11.8	921.17	100.00	220.45	100.00	7.15	10.77	9.42	2.25

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)	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	921.17	942.67	905.81	97.72	104.07
1日あたり外来初診患者数	65.83	109.40	87.15	60.17	125.53
新患率	7.15	11.61	9.62		
1日あたり入院患者数	220.45	231.16	254.40	95.37	90.86
1日あたり新入院患者数	20.42	20.82	21.33	98.08	97.61