

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 7 月 20 日～7 月 21 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 1976 年に第二武田病院として開設され、その後増床や名称変更を経て、現在は許可病床 500 床の総合病院として運営されている。地域の急性期医療を担う中核病院であり、救急医療では「断らない救急医療の実践」を方針に掲げて 24 時間体制で多くの患者を受け入れている。また、1993 年に臨床研修病院、2011 年に京都府がん診療推進病院、2022 年に地域医療支援病院の指定を受け、着実に病院機能の充実・強化が図られてきた。さらに、内視鏡手術支援ロボットを用いた低侵襲手術を導入するなど、高度で先進的な医療にも積極的に取り組んでいる。一方、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟を設置して幅広い診療機能を確保し、地域の様々な医療ニーズに対応できるよう努めている。

この度の病院機能評価の受審は 6 回目であり、受審に際して医療の質改善委員会を立ち上げ、病院長をはじめ病院幹部のリーダーシップのもと、職員が一体となって計画的に質の改善に向けて取り組んできたことが確認できた。今後も地域への医療提供に取り組まれ、貴院がますます発展していくことを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院グループ共通の経営理念の下に病院の基本方針を策定し、院内外に広く周知している。病院幹部の選任過程は明確になっており、活動に対する定期的な評価の仕組みが整備されている。組織規程や委員会規程を整備し、各部門の職務分掌や委員会・会議の所掌業務を明確にしているが、一部の委員会や専門チームにおいては活動の実態に合わせ、組織的な位置づけの明確化を期待したい。中期計画に基づき年次事業計画を策定し、事業計画に則した部門別年間活動目標の設定や評価が行わ

れている。情報システムは病院グループ本部が運用管理規程を定め、適切に管理している。主要な規程・マニュアル類は電子カルテシステムなどに掲載し、容易に閲覧可能な体制となっている。

医療法や施設基準等で定める必要な人員を確保し、増員が必要な場合は院長ヒアリングや会議での検討を経て、適宜、定数を見直している。多職種合同就職説明会やインターンシップなども精力的に開催されている。就業規則や給与規程は院内LANに掲載して周知し、出退勤時刻はシステムにより正確に管理している。安全衛生委員会、産業医・衛生管理者による職場巡視は、毎月実施している。職員の意見・要望は、職員満足度調査などで聴取し、要望を受けて改善した多数の事例がある。

全職員を対象とする研修会は総務部で年間計画を作成し、企画・開催は各委員会が担当している。e-ラーニングの活用や欠席者への資料配布など、研修効果を高めるための工夫もなされている。人事考課制度を導入し、全職員を対象に能力評価を行っている。能力開発の仕組みや専門分野の資格取得に対する支援制度も整備されている。初期臨床研修医が在籍し、プログラム責任者による個別面談・形成的評価、多職種評価などが適切に行われている。各部門においてもOJTを中心に、所定のプログラムに基づき新人への教育・研修が適切に行われている。多くの部門で学生実習を積極的に受け入れており、養成校との事前協議を行い、実習内容の充実に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、ホームページ、入院案内等で周知している。説明と同意に関する方針を定め、文書での同意を必要とする診療行為なども明確にしているが、説明時の看護師同席の促進など、院内指針に基づく体制の整備を期待したい。患者サポートセンターに相談窓口を設置し、看護師や社会福祉士などが様々な相談や苦情に対応している。患者の個人情報、規程等を整備し、定期的に職員研修を実施して取り扱いを周知するなど適切に保護している。倫理的課題への対応方針は倫理方針として明文化し、現場で解決困難な事例は臨床倫理委員会で検討する仕組みがある。主要な倫理的課題への対応方針は、各種ガイドラインの改訂や院内外の環境変化に合わせて定期的な確認・検討を期待したい。日常的な倫理的課題については、多職種カンファレンスで検討し、適宜、認定看護師や専門チームが介入して課題への対応を図っている。

敷地内に患者用駐車場があり、巡回バスを運行して来院者のアクセスを確保している。売店やコインランドリーなどの設備、出張による理美容サービスを整備し、館内ほぼすべての場所は車椅子での移動が可能である。廊下やトイレ等、必要な箇所には手摺りが設置されている。トイレやシャワー室は計画的に順次改修工事が実施されている。リネン類は、定期および汚染時に交換し、車椅子や歩行器、ストレッチャーなどは看護補助者が定期的に点検を実施している。敷地内禁煙の方針を明確にし、院内掲示や入院案内で周知している。患者や職員への禁煙教育にも継続的に取り組んでいる。

4. 医療の質

サービス向上委員会で病院の質改善に向けた課題を抽出し、外来待ち時間を快適に過ごせるように工夫するなど改善に取り組んでいる。診療の質の向上に向けて、複数の診療科での症例検討会、多職種による検討会を開催している。また、臨床指標を収集してグループ内の他病院との比較や自院の経年比較を行い、改善に取り組んでいる。クリニカル・パスについては、バリエーション分析に基づいたパス見直しへの取り組みを期待したい。患者・家族からの様々な意見や要望は、意見箱や患者満足度調査により収集し、医療サービスの質向上に活かしている。薬剤の適応外使用、新たな診療・治療方法の導入時には、倫理・安全面に配慮して検討する仕組みがある。臨床研究は医療安全管理委員会で安全面を検討しており、倫理的課題は臨床倫理委員会で審議する仕組みである。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、主治医や看護師長は日々の回診やラウンドなどで患者のニーズや課題を把握し、カンファレンスで課題解決を図っている。電子カルテシステムが導入され、医師の診療録や看護記録は適時に記載されている。医師の診療記録の質的点検は、点検体制の一層の充実を期待したい。院内にはNSTやICT、緩和ケアチームなど、様々な専門チームが組織され、組織横断的に活動している。診療科の枠を超えたカンファレンスやカンサーボードなども日常的に行われている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全対策室内に医療安全対策部門を設置し、専従の医療安全管理者を配置してインシデント・アクシデント報告書への対応や研修会の企画・運営などを行っている。医療安全管理委員会は、5つの委員会と連携を図り安全確保に向けた活動を行っている。インシデント・アクシデントは遅滞なく報告され、医療安全管理者はすべての報告書を確認し、医療安全ミーティングで分析や再発防止策の検討を行っている。医療事故発生時の対応手順は明確になっており、重大事案発生時には、医療事故調査委員会を開催し、事実確認や再発防止に向けた検討を行う仕組みがある。

患者誤認防止対策は、マニュアルに明文化して周知徹底している。手術室ではタイムアウトを実施し、マーキングのルールも院内で標準化されている。医師の指示出し・実施確認や指示受けは、電子カルテシステムを用いて適切に行われている。口頭指示は原則行わない方針としているが、情報伝達エラー防止に向けた検討が期待される。ハイリスク薬や抗がん剤は院内で安全に使用され、適切に保管・管理されている。全ての入院患者を対象に、アセスメントシートを用いた危険度評価、危険度に合わせた看護計画を立案し、多職種カンファレンスで転倒・転落防止に向けた検討を行っている。医療機器の安全な使用に向けて、臨床工学技士による利用者への教育・研修、使用中の作動確認が適切に行われている。院内緊急コードが設定され、救急カートを整備し、全職員を対象にBLS訓練を実施して患者等の急変時に備えている。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の医療安全対策室内に感染管理部門を設置し、専従の ICN を院内感染管理者として配置している。院内感染対策委員会を毎月開催し、ICT による院内巡回を毎週行っている。感染対策マニュアルは、電子カルテシステム上から容易に参照することが可能である。感染管理部門では、各種耐性菌の出現頻度の把握や CLABSI、CAUTI のサーベイランスを行っている。また、アウトブレイクの定義を明確にし、緊急時の対応手順や行動指針を整備している。地域の医療機関との合同カンファレンス、施設間ピアレビューを行い、院外の流行状況等の収集や情報交換を行っている。

石鹸と流水による手洗いと擦式アルコール手指消毒薬の使用を手指衛生の基本としている。直接観察法や擦式アルコール手指消毒剤の使用量測定により遵守状況を評価し、結果を各現場にフィードバックしている。病棟・外来の使用済み器材は、現場で一次洗浄を行っているが、清潔エリアとの交差感染を避けるため、運用方法の見直しが期待される。抗菌薬の使用指針は、感染対策マニュアル内に明文化して職員へ周知している。届け出制および許可制としている抗菌薬は AST が使用状況を評価している。院内の分離菌感受性パターンを集約してアンチバイオグラムを作成・公開し、抗菌薬使用状況の評価・適正使用に活用している。

7. 地域への情報発信と連携

地域等への情報発信は、患者サポートセンターと本部の広報部の職員が中心となり、広報誌や病院案内、ホームページ、動画配信などを通じて行っている。また、「患者サポートセンターだより」で、連携医療機関を中心に病院の最新情報などを発信している。ホームページには、受診の流れや診療科・部門紹介、診療実績などをわかりやすく掲載している。地域医療支援病院として、現在は約 170 施設の登録連携医療機関がある。患者サポートセンターが窓口となり、患者の紹介・逆紹介、診療・検査予約、転院調整などの業務を行っている。毎日の近隣医療機関への訪問活動や、医師が同行する月数回の訪問活動を行い、地域医療連携の強化を図っている。地域に向けた教育・啓発活動として、現在はホームページへの医療や健康に関する動画の掲載、Web セミナーなどを行っている。今年度から対面方式による地域住民向けの公開講座や健康教室を再開する予定である。また、地域の医療関連施設に対しては、ICT 合同カンファレンスや学術講演会、各種研修会などを通じて教育・啓発活動を行い、医師や認定看護師の出前講座などへの講師派遣にも積極的に対応している。

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パンフレットで案内し、総合案内や紹介患者専用の受付窓口を設置して受診をサポートしている。外来では情報収集、診断、診療計画の立案、治療や説明、患者確認を適切に行っている。外来化学療法室のレジメンの確認や治療中の観察も適切に行われている。内視鏡や負荷心電図などの診断的検査は、誤認防止手順を遵守し安全・確実に行っている。入院の適応は担当医が

医学的に判断し、外来や患者サポートセンターで患者・家族の意向や要望を確認している。また、入院診療の基本方針は担当医が立案し、多職種が協働して入院診療計画を作成している。患者・家族からの医療相談には主に社会福祉士が対応し、内容に応じて関係職種につなげている。患者サポートセンターでは患者からの情報を入院前に収集し、円滑な入院につなげている。

医師は患者の状態に応じて診療科カンファレンスや多職種カンファレンス、回診や患者・家族との面談を行い、必要な書類を速やかに作成している。看護師は看護基準や手順、業務手順に基づき日常の病棟業務を実施している。病棟担当の薬剤師は服薬指導や薬歴管理を行っている。輸血・血液製剤の投与では、使用指針を遵守し、説明と同意や投与前の確認、投与中・投与後の観察・記録を安全・確実に行っている。手術前には麻酔科医による説明と同意、看護計画の立案、術前中止薬のチェックなどが適切に行われている。重症患者の管理はICU・CCU、HCU、SCUなどで行い、チーム医療を展開している。褥瘡を有する患者に対しては、継続的に褥瘡の経過を把握し、褥瘡対策チームが介入している。患者の栄養状態はSGAで評価して栄養管理計画を作成し、NSTや嚥下支援チームが積極的に活動している。また、患者の症状緩和では、必要に応じて緩和ケアチームが介入している。リハビリテーションは脳梗塞急性期や手術後の症例を対象に早期介入に取り組んでいる。身体拘束では、身体拘束に関する指針を定め、身体拘束三原則と適応、解除に向けた判断基準を明文化している。入院時の情報収集や退院支援スクリーニングの結果に基づき、退院支援看護師と社会福祉士が協働して退院支援の取り組みを行っている。在宅療養に向けた支援は、退院支援看護師や患者サポートセンターが中心となり対応し、看護専門外来においても継続したケアを提供している。ターミナルステージは、基準に基づき多職種カンファレンスで判断している。必要に応じて緩和ケアチームが介入する仕組みがある。

9. 良質な医療を構成する機能

薬局では、処方鑑査や調剤鑑査および疑義照会などを適切に行い、注射薬は1施用ごとに払い出している。病棟薬剤師による持参薬の鑑別や薬剤に関する情報提供、薬品管理も適切である。臨床検査科では24時間体制で必要な検査を実施し、精度管理なども適正に行われている。一部のパニック値の報告については、連絡方法など組織的な検討を期待したい。画像診断検査は24時間体制で実施され、専門医がすべてのCT・MRI検査の読影報告を速やかに行っている。食事はセントラルキッチン方式を採用して適温で提供されており、調理室内の衛生管理が行き届いている。リハビリテーションは、多職種によるカンファレンスで情報を共有し、連続性や安全性に配慮して行っている。診療情報は電子カルテシステムにより一元的に管理している。また、診療記録の量的点検はチェックリストを活用し、すべての退院患者を対象に実施している。院内で使用する医療機器はMEセンターで一元的に管理され、日常点検・定期点検が確実に実施されている。手術室で使用した器材は滅菌中央材料室で洗浄・滅菌を実施し、インディケーターを用いて滅菌の質保証を確認している。

病理診断では診断の精度が確保され、報告書の保管や作業環境も適切であり、悪性所見の確実な報告に努めている。輸血・血液管理は、血液製剤の発注・保管・供給、委員会での協議などが適切になされ、廃棄率低減に努めている。手術・麻酔機能はスケジュール管理や清潔管理、空調点検、機器の点検、薬剤管理などいずれも適切に行われている。集中治療機能は、ICU・CCUを設置して入退室基準を明確化し、多職種によるチーム医療を実践している。救急医療機能では、医師の当直体制に加え、各診療科のオンコール体制を整備して広域から多くの救急患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

次年度予算案は経理部が中心となって作成し、法人理事会で承認を得ている。財務諸表は、医療法人会計基準に基づき適正に作成され、毎年度、監査法人による会計監査を受けている。医療事務は、窓口での金銭授受、レセプト点検、査定・返戻への対応など、いずれも適切に行われている。未収金の管理・督促は、督促履歴などをわかりやすく整理するなど、管理精度の向上を期待したい。外部委託業務の窓口は購買施設管理部が担当し、委託業務の実施状況の把握や評価、意見交換は定例会議などを通じて定期的に行っている。事故発生時の対応手順などは契約書に明記して確認している。

施設・設備の管理は購買施設管理部が担当している。大規模修繕計画を策定し、計画的に改修工事や設備更新を実施している。医療ガス設備や感染性廃棄物の最終保管庫は適切に管理されている。医療材料の選定は本部主導で行われ、グループ全体で品目数の削減や品目の統一、スケールメリットを活かした価格交渉を行っている。SPDシステムによる在庫管理、使用期限管理を行い、棚卸も適切に実施されている。

法定の防火・防災訓練を実施し、火災・地震・水害を想定した防災マニュアルを整備している。また、非常用電源を確保し、患者用食料・飲料水を備蓄して災害に備えている。保安業務は総務部が担当し、院内外の巡視や出入口の施錠管理、防犯カメラの映像監視などを手順に則して行っている。

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	B
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	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	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
1.3.3	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	B
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	B
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	B
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	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	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	B
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： 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 医仁会武田総合病院

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：京都府京都市伏見区石田森南町28-1

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	500	417	+0	69.2	14.4
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	500	417	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	5	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	5	+0
ハイケアユニット (HCU)	4	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+0
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	2	+0
人工透析	44	+0
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床	28	+28
地域包括ケア病床	60	+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

地域医療支援病院, 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： 5 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

2-2 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
		2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数		856.76	849.14	824.57	100.90	102.98
1日あたり外来初診患者数		87.37	82.66	73.81	105.70	111.99
新患率		10.20	9.73	8.95		
1日あたり入院患者数		288.66	290.41	296.86	99.40	97.83
1日あたり新入院患者数		20.14	20.02	20.56	100.60	97.37