

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 8 月 24 日～8 月 25 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 90 年という歴史ある病院である。2003 年に清水市、静岡市の合併により静岡市立清水病院となり、高度急性期から回復期まで対応する清水地域の総合病院である。災害拠点病院、臨床研修病院に指定され、地域医療支援病院の承認も受けている。市立病院として救急医療、高度・専門医療、災害時医療、感染症医療、地域連携に取り組み、その役割・機能を果たしている。

1997 年の初回の認定から継続して病院機能評価を受審し、今回は 6 回目となるが、病院長を中心に職員が一丸となって取り組んでいる様子がうかがえた。多くの評価項目は適切と評価されたが、病院の役割・機能から、より一層の取り組みが期待される評価項目も認められた。今後も継続して業務の質改善や診療の質の向上に取り組むとともに、貴院の目指す姿と役割・機能を果たし、地域の基幹病院としてますます発展するよう祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念・基本方針がわかりやすい表現で明文化され、院内外に周知されている。病院運営の意思決定会議は経営戦略・管理会議であり、重要な決定事項は運営会議を通じて職員に周知している。中・長期計画に基づいた年次事業計画が策定され、部門・部署ごとの目標も設定し、定期的に評価している。情報の管理・活用の方針が明確であり、医療の質や安全性の向上、効率化に活用している。文書管理規則や文書管理規程等が整備され、病院総務課が文書の管理責任部署となり適切に管理している。

職種別の必要人数や退職者を見込んで採用計画を策定し、採用選考を行っている。常勤の麻酔科医、病理診断医、放射線診断医の確保と充実が期待される。人事・労務管理に必要な各規則・規程が整備され、職員への周知や職員が常時閲覧可能な環境を整えている。総労働時間の偏りの是正や有給休暇取得率向上への取り組みを期待したい。衛生委員会が毎月開催され、職員の健康診断が確実に実施されている。職場環境の整備や職業感染への対応も適切である。職員の意見・要望を把握する仕組みがあり、職員の就業支援に向けた取り組みや福利厚生への配慮もなされている。

職員の教育・研修は教育研修・病院事業管理室が担当している。全職員を対象とした教育・研修の年間計画の作成や、病院として必要性の高い教育・研修の検討・実施が期待される。看護師はキャリアラダーを使用し、事務職員は市の人事評価制度によって能力評価を行っている。その他の職員は所属長による個人面談が主となっており、定期的かつ客観的に評価する仕組みの導入が期待される。基幹型臨床研修病院として、臨床研修プログラムに基づき研修を実施している。看護師をはじめ多くの職種は、新人研修のプログラムに基づき目標を設定して初期研修を行っている。学生実習では、医学部、看護大学、看護専門学校、薬学部などの教育施設から多くの臨床実習を積極的に受け入れている。さらに、救急救命士の特定行為に関する研修も受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利5項目を定めて周知し、権利の擁護にも努めている。臨床倫理指針に説明と同意の詳細が明記され、ホームページや入院案内に示されている。説明時は看護師が同席し、患者の反応を確認して支援するとともに、記録している。ホームページや入院案内に「患者さんの権利と守っていただきたいこと」を掲載し、患者の主体性を促進している。ACPと人生会議手帳の運用も進められている。患者・家族からの相談に対応する窓口として総合相談窓口を設置し、ホームページや院内掲示などで周知している。個人情報保護に関する規程等を整備し、患者・家族には個人情報保護方針を示している。外来や病棟では個人情報保護に配慮している。個人情報の持ち出しは一定の申請手続きを経て可能としているが、実施方法については検討が期待される。医療倫理審査委員会において臨床倫理指針が規定されている。現場で解決困難な倫理的課題や病院として標準化すべき課題について、医療倫理審査委員会で検討する仕組みが機能するような取り組みが期待される。倫理的課題は多職種で検討されており、必要時に認定看護師や専門チーム、MSWなどを活用している。

路線バスが玄関前まで乗り入れており、駐車場は障害者用も含め十分確保している。院内はバリアフリーで、高齢者・障害者にも配慮した施設・設備となっている。病棟は清潔が保持され、整理整頓されている。小児病棟では年齢に応じた玩具や本が準備され、常勤の保育士が遊びを提供している。敷地内禁煙であり、ホームページや院内掲示などで周知徹底している。職員の喫煙状況の把握と禁煙教育・支援が期待される。

4. 医療の質

業務の質改善は、質改善に向けて病院機能向上委員会が継続的に活動しており、コアチーム会議を開催し、外来効率化など複数のワーキンググループで改善策を検討している。毎年、患者満足度調査を実施している。診療の質向上に向けた活動では、クリニカル・パスの適用率が低く、バリエーション分析も行われていないため、検討が期待される。また、臨床指標はアウトカム指標の収集を強化するとともに、ベンチマークを行い質の向上につなげる検討が期待される。患者・家族の意見・要望は意見箱を設置して収集し、対応策を検討、実施するとともに、院内掲示などでフィードバックしている。患者満足度調査を実施し、分析や改善を行っている。新たな診療・治療方法や技術の導入では、薬剤の保険適応外や禁忌薬の使用フローチャートを整備しているものの、自院で初めて実施する新規の診療・技術等を含めて、病院として導入の手順を定めて実施することが期待される。

病棟では病棟責任者の氏名を表示するなど、診療・ケアの管理・責任体制を明確にしている。診療記録はマニュアルに従って適時に記載している。診療記録の質的点検は多職種で確実に実施している。多職種で構成された専門チームが組織横断的に活動している。

5. 医療安全

医療安全管理室は、医療安全管理室長のもと、専従の医療安全管理者として看護師と薬剤師、事務職員が配置されている。医薬品・医療機器・医療放射線の安全管理責任者と連携し、安全確保に向けた体制を確立している。インシデント・アクシデント報告は報告システムで収集し、医療安全管理室で集約し週1回のミーティングで情報共有している。必要に応じて、医療安全作業部会で分析と改善策を検討し、医療安全管理委員会で報告している。医療事故発生時の手順等は医療安全指針に明記されている。重大事例発生時は、緊急対応会議や院内事故調査委員会を開催し、原因究明や再発防止策の検討を行っている。

患者の確認はフルネームの名乗りに加え、入院患者はリストバンドとPDAによる患者認証システムを使用し、外来患者はバーコード付きの名前シールと行先案内表で照合している。指示出し・指示受けのマニュアルを整備し実践している。口頭指示は原則禁止とし、緊急時のみ所定の口頭指示確認用紙を用いて、マニュアルに則って実施している。画像診断報告書の見落とし防止のため、より一層の体制の整備を期待したい。薬剤の安全な使用に向けて薬剤師が中心となり取り組んでいる。麻薬保管庫の施錠管理について運用を変更したところである。全入院患者に転倒・転落アセスメントを実施し、リスクに応じた対策を立案、実施している。入院1週間後、転入翌日、状態変化時に再評価し、対策の評価と変更が行われている。輸液ポンプや人工呼吸器の使用中の確認は、チェックリストを用いて病棟看護師が行い、臨床工学技士も毎日のラウンドで確認している。院内緊急コード「CAC」を設定し、職員に周知している。RRS委員会を立ち上げ、RRSチームの活動開始を目指していることは評価できる。全職員を対象としたBLS研修の開催と受講者の把握が期待される。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の体制として、病院長直下に感染防止対策室を設置し、院内感染対策委員会や ICT 協議会を定期的開催している。院内感染対策マニュアルを整備するとともに、毎年改訂し周知徹底を図っている。感染管理システムを用いて院内の分離菌、耐性菌の検出状況などを監視し、アウトブレイク発生時には速やかに対応している。院外の感染関連情報を収集して院内に周知するとともに、地域の連携病院間で定期的なカンファレンスを行い、情報共有している。

感染経路別予防策は、必要時に色分けされた感染経路別カードを病室入口に表示している。手指衛生の徹底のため、手指衛生実施状況と手指消毒薬使用量のモニタリングを行っている。感染性廃棄物や血液・体液の付着したリネン類の取扱いは適切に行われている。院内感染対策マニュアルに感染症別抗菌薬使用ガイドラインを明記し、実践している。AST ラウンドにより抗菌薬使用状況の確認と評価を行い、必要に応じて診療科にフィードバックしている。周術期の予防的抗菌薬投与率を把握し、周術期感染対策に活用することが期待される。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報に関する組織体制が整備され、ホームページ、広報誌、年報などの広報媒体で情報提供している。ホームページでは、基本理念・基本方針、患者の権利、診療科や部門の紹介、診療実績、臨床指標など充実した内容であり、情報の更新も定期的に行っている。地域医療支援病院であり、地域医療支援委員会や介護福祉連携協議会の開催、訪問活動によりニーズの把握や情報交換を行うなど、連携強化に努めている。地域連携パスは脳卒中、大腿骨頸部骨折、胃がん・大腸がんを運用している。返書については返書率の把握と進捗状況の管理が期待される。患者や地域住民向けに出前講座を開催している。地域の医療関連施設等には、院内で開催する医療安全や感染対策の研修会、CPC 症例検討会等への参加を案内している。動画配信やオンラインツールの活用など、地域に向けてより積極的な教育・啓発活動が期待される。

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、入院案内、院内掲示などでわかりやすく案内している。外来診療では患者情報を適切に収集し、説明・同意のもと侵襲的処置を行っている。外来化学療法は各診療科と連携のもと、多職種が協働し効率的かつ安全に実施している。診断的検査では侵襲的検査の安全実施マニュアルを定め、検査・治療チェックリストを用いて安全を確保している。入院の適応は、病状や検査の結果を踏まえて外来担当医が医学的根拠に基づき判断している。病棟と連携し、すべての入院適応患者を受け入れている。医師の治療方針を踏まえて多職種で患者のリスク評価を行い、入院診療計画書を作成し、説明・同意のもと入院治療を行っている。患者・家族からの相談は、相談担当者の一覧表を作成し、適切な担当者が速やかに対応する仕組みを整えている。入院が決定すると、患者は入退院支援センターで説明を受け、入院当日は外来看護師が病棟に案内している。

医師は病棟回診を毎日行い、患者の病態を把握し診療録に記録している。多職種によるチームにおいてもリーダーシップを発揮している。看護師の病棟業務では看護業務基準、看護手順等のマニュアルが整備され、看護方式は固定チームナーシングである。病棟薬剤師を各病棟に配置し、持参薬の鑑別、薬歴管理、服薬指導、疑義照会を行っている。輸血・血液製剤は院内輸血業務マニュアルに従って払い出し、投与中、投与後の患者の状態・反応の観察、記録を適切に行っている。周術期の対応では、手術・麻酔の検討から説明・同意まで、主治医を中心に対応している。重症患者の管理では医師が患者の重症度に従い病室を選択している。集中治療室は主治医制であるが、当直を定めて24時間対応している。全入院患者を対象に栄養状態をスクリーニングし、高リスクの患者には管理栄養士が栄養計画を立案している。症状緩和については、オピオイドを使用している外来患者に受診ごとに疼痛評価とアセスメントを行い、痛みの変化に早期に対応している。リハビリテーションは医師の処方によりリハビリテーション総合実施計画書を作成し、説明・同意のもと急性期リハビリテーションを確実・安全に実施している。身体拘束については、患者の個別性を考慮した医師の指示、身体拘束実施後の家族への説明、診察と記録、解除に向けた多職種での検討がなされている。ターミナルステージは「ACPの手引き」や「DNARに関する指針」に沿って判断し、多職種によるカンファレンスで患者・家族の意向に沿った診療・ケアや療養環境への配慮を検討している。

9. 良質な医療を構成する機能

調剤は、院外処方箋も含めてすべて処方鑑査を行い、調剤鑑査も手順を遵守して行っている。採用医薬品の品目削減は薬事委員会で審議し、積極的に取り組んでいる。臨床検査機能では、パニック値を確実かつ速やかに医師に報告する体制が整備されている。画像診断は、緊急および夜間・休日の検査にも対応し、緊急性を有する所見は診療放射線技師から医師に連絡している。CTやMRIの撮影は標準化され、読影率は100%である。栄養管理機能では、一連の業務においてHACCPに沿った衛生管理が徹底されている。行事食の導入やメニューが選択できる仕組みがある。リハビリテーションは、入院患者の心大血管・脳血管・運動器・呼吸器・がん・廃用症候群に対応しており、病棟と連携を図り休日を含めて訓練の連続性を確保している。診療情報は電子カルテシステムの導入のもと、1患者1ID番号で一元的に管理している。診療記録の質的点検や診療情報の二次活用にも取り組んでいる。医療機器は中央器材室で一元管理し、貸し出し・返却、使用前後の点検、年間の定期点検と記録など管理システムを用いて明確にされている。洗浄・滅菌機能では使用済み器材は中央滅菌室で洗浄し、手術室の機器・器材は院内で滅菌している。外来・病棟部門の器材は院外で滅菌されている。滅菌の質保証が確認され、リコールへの対応も手順が整備されている。

病理診断は、細胞診、組織診、一部を除いた免疫組織化学などに対応し、判断に悩んだ場合の相談体制も整備している。放射線治療は診療科からの依頼を受け、放射線治療医を中心に治療計画の作成とシミュレーションの実施、計画線量の確認を行っている。輸血・血液管理機能は院内輸血業務マニュアルを整備し、緊急輸血に

も対応している。T&S や院内の在庫量の調整により廃棄率を半減させている。手術・麻酔機能では手術の申し込みに対して麻酔科科長と看護師長で調整を行い、緊急手術にも柔軟に対応している。集中治療機能では集中治療室を有し、看護師、薬剤師、療法士など多職種が協力し、必要な治療を提供している。入退室基準を定め、必要な機器も整備されている。救急医療機能では救急センター業務マニュアルを整備し、日勤帯は1名の専従医に各診療科が協力して業務を行っている。夜間・休日は内科・外科・産婦人科・小児科の当直体制で対応している。

10. 組織・施設の管理

予算は各部門のヒアリングを行い、経営戦略・管理会議での承認を経て、市議会の議決で決定している。静岡市病院事業会計規則による会計処理を行い、必要な財務諸表を作成している。毎月、収支管理と分析を行い、改善点について検討している。医事課職員がレセプトの作成・点検を行い、医師も点検を行っている。返戻・査定については保険委員会で報告し、対策を検討している。施設基準を遵守するため、病院総務課等と連携して管理している。業務委託の是非は事務局の各担当課を中心に検討し、次年度の予算に反映している。委託業務の実施状況は業務日誌等で把握し、毎月の定例会議などで課題を協議している。委託業務従事者に対する教育・研修も適切に行っている。

病院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、24時間365日体制で管理されている。日常点検や定期的な点検が確実に実施されている。診療材料や医療消耗品は、物品管理システムを活用して管理している。物品の購入にあたっては、医薬品は薬事委員会、高額医療機器・医療機器は医療機器等購入委員会、診療材料は器材管理委員会で審議し、採用を決定している。物品の棚卸は年2回以上行い、使用期限や定数の見直しも行っている。

防災対策委員会が設置され、BCPの策定や見直しを行っている。消防計画や災害対策マニュアルを整備し、必要な訓練を実施している。保安業務は、業務内容や緊急時の連絡・応援体制が明確になっている。施設管理や院内巡視も適切に行われている。

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	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	B
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	B
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	B
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	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	B

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	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	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	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	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	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	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	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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	A
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	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： 静岡市立清水病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 静岡県静岡市清水区宮加三1231

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	463	463	+0	71.4	16
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	463	463	+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)	6	+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		
人工透析		
小児入院医療管理料病床	41	+0
回復期リハビリテーション病床	44	+0
地域包括ケア病床		
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, 災害拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, 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： 6 人 2年目： 5 人 歯科： 0 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

[illegible]

	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)	2022	2021	2020	2022	2021		
1日あたり外来患者数	707.49	706.87	676.67	100.09	104.46		
1日あたり外来初診患者数	60.79	60.89	58.34	99.84	104.37		
新患率	8.59	8.61	8.62				
1日あたり入院患者数	330.68	307.59	284.18	107.51	108.24		
1日あたり新入院患者数	17.10	16.92	14.98	101.06	112.95		