

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26日～8月27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、1797年に開設された甲府医学所を前身とする220年余の永きにわたる歴史を有する医療機関である。その後、1876年に山梨県病院として開院のうえ、増築や病床の増床、医療機能の向上などを図りつつ地域の医療水準の向上に努め、1962年には山梨県立中央病院に改称するとともに、1970年の新築工事の竣工に伴い病床数400床の病院として整備されている。その後も、診療科の増設や各種医療機器の整備、病床の増床などによる医療機能の強化・充実に努め、救急告示病院や基幹災害拠点病院、救命救急センター、総合周産期母子医療センター、県がん診療連携拠点病院などの指定を受けられている。また、2010年には経営形態を特定地方独立行政法人に移行して県民の生活に欠くことができない政策医療を担うとともに、がん診療などに取り組む拠点病院としての役割を果たしつつ現在に至っている。

今般の病院機能評価は更新受審であるが、「信頼される質の高い医療を提供し、誰もがいきいきと暮らせる地域社会づくりに貢献する」と謳う基本理念のもと、安心・安全な患者さん中心の医療の提供など4項目の基本方針の実践に向けて協働する職員の姿を随所に拝見することができた。受審準備や訪問審査における気づき、以下に示す所見などを糧としたよりよい病院創りへの取り組みにより患者さんや地域住民の信頼と満足度を一層高め、併せて職員個々の成長を促しつつ貴院の更なる発展の歴史が営々と刻まれることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念・基本方針に病院の使命や地域における役割等がわかりやすく明示され、ホームページや入院案内への掲載などにより院内外へ周知されている。組織の

設置や職務権限等に関する規程の策定とともに、病院運営の意思決定を担う幹部会議をはじめとする合議体や委員会が設けられ、幹部職員が課題を認識のうえ改善に取り組む体制が整えられている。中期計画に40項目にわたる目標が定められ、また、各部門・部署においてもそれぞれの年度目標や課題事項等が設定されて達成度が評価されている。電子カルテシステム等が導入され、医療情報システム運用管理規程等に則った管理・運用とともに、セキュリティ対策や医療情報の二次利用などが行われている。行政文書管理規程に基づく文書の分類や収受・発信、整理・保管、保存などとともに、診療の場で使用するマニュアル等の作成・改訂に関する承認などが行われている。

人事・労務管理では、法令等による医師等の配置標準数を満たし、各職種の要員計画の策定により診療機能の強化・充実に向けた取り組みが行われている。労務管理に必要とされる各種規則・規程が整備され、職員代表者との協定締結や届け出、労働時間の管理、時間外労働の縮減に向けた取り組みなどが行われている。職員の安全衛生管理では、労働安全衛生委員会の設置・開催や定期健康診断の実施、職業感染予防への対策、ホルマリン等を取り扱う部署での作業環境測定などが行われ、適切な環境が維持されている。職員の意見・要望等が職員満足度調査等により把握され、勤務環境の改善や病児・病後児保育所の整備、福利厚生の実施などに反映されている。職員の教育・研修では、全職員対象の教育・研修計画が策定され、医療安全や感染管理、個人情報保護などに関する教育・研修が実施されている。人事評価が実施されて面談等を通じた能力評価が行われるとともに、各職種においてキャリアラダー等を活用した個々の能力開発への取り組みが行われている。基幹型・協力型臨床研修病院として研修医・専攻医を受け入れるとともに、各職種に応じた初期研修が行われている。多くの部門で学生実習を受け入れ、医療安全等に関する実習前オリエンテーションの後に、各職種のカリキュラムに沿った実習・評価が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の意思を尊重した医療では、適切な医療を受ける権利など6項目と「子どもの患者の権利とルール」が明文化されて入院案内やホームページなどにより周知されている。医療安全対策マニュアルに説明と同意取得の方針や手順等が定められているが、マニュアル遵守等の徹底が望まれる。患者との診療・ケアに関する情報共有では、患者誤認や転倒・転落、感染防止などの協力要請とともに、各種検査・治療の資料による説明や情報提供が行われている。患者・家族の多様な相談には、患者相談窓口の社会福祉士や看護師による対応、相談内容に応じた専門職による対応が行われている。個人情報保護方針等が定められ、電子カルテシステム等の管理・運用と患者個人情報の管理、臨床研究への診療情報の活用などが適切に行われている。臨床における主要な倫理的課題に関する対応方針が示され、各部署において多職種カンファレンスや臨床倫理コンサルテーション部会による支援が行われ、解決困難な課題等は倫理委員会で審議されている。

療養環境の整備と利便性では、バス停留所やタクシー乗降場、駐車場が整備され

てバリアフリーが確保され、院内には売店やレストラン等が設けられている。また、診療・ケアに必要なスペースの確保とともに、くつろぎの空間が設けられて安全や清潔、プライバシー等に配慮された環境が整えられている。敷地内全面禁煙の方針が入院案内等により周知され、禁煙啓発や禁煙外来診療、職員の喫煙習慣の把握等が行われている。

4. 医療の質

継続的質改善のための取り組みでは、業務改善推進委員会が中心となって外部評価の受審、患者満足度調査による課題の洗い出しと部門横断的な改善活動などが行われている。診療の質の向上に向けた活動では、総合がんセンターボードや死亡症例検討会の開催、診療ガイドラインの活用、クリニカル・パスの活用等が行われているが、臨床指標・質指標の病院全体での共有や質改善への活用が望まれる。患者・家族の意見・要望等は、意見箱や患者満足度調査により収集され、関係部署等の検討を経て意見等に対する回答が院内掲示等によりフィードバックされている。新たな診療・治療方法等の導入については、倫理委員会の審議を経て導入された例があるが、新たに作成された高難度新規医療技術や未承認医薬品の審議に関する規約の確実な実践が望まれる。

診療・ケアにおける質と安全の確保に関しては、診療・ケアの管理・責任体制が明確にされて病棟の診療・ケアの責任者が明示され、ベッドネームには主治医と担当看護師名が表示されている。診療記録は、カルテ記載マニュアルに則り必要な情報が適切に記録され、退院時サマリーの迅速な作成や診療記録の質的点検が行われている。多職種協働による診療・ケアでは、多職種によるカンファレンスとともに、緩和ケアや褥瘡、皮膚・排泄ケアなどの専門チームが組織され、質の高い診療・ケアが提供されている。

5. 医療安全

患者の安全確保に向けた取り組みでは、医療安全管理室が設置され、医療安全管理者の副院長や専従の看護師、専任の医薬品・医療機器・医療放射線の安全管理責任者が配置されて安全確保に向けた体制が確立されるとともに、医療安全委員会等が開催されている。インシデント・アクシデント情報の収集体制が整備され、必要に応じて現場の検証や背景要因の分析などが行われている。医療事故等に関する対応手順が定められ、速やかな報告等の初動対応とともに、発生原因の究明や再発防止対策を検討する医療事故調査委員会等の体制が整えられている。

患者・部位等の誤認防止対策は、患者自身による名乗りを基本とし、リストバンドや外来受付票等との照合による確認、手術室でのサインイン・タイムアウトなどが実践されているが、手術部位のマーキングや点滴ライン確認の手順の一層の検討が望まれる。医師による処方・指示等は電子カルテシステムを用いて行われ、検査結果や所見の確実な連絡などが行われている。薬剤の安全使用に向けた麻薬等の施錠管理やハイリスク薬への注意喚起、抗がん剤のレジメン管理等が行われている。入院予定患者に対して転倒・転落の危険度の評価が行われ、リスクに応じた予防策

の実施、転倒等発生時の速やかな対応が行われている。医療機器は中央管理され、臨床工学技士による点検整備や職員の研修などが行われているが、外来部門の医療機器の点検・整備の徹底が望まれる。患者等の急変時の対応では、院内緊急コードの設定や救急カートの整備・点検などとともに、全職種対象の一次救命措置訓練などが行われている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた取り組みでは、感染対策室が設置されて感染管理医師や専従の感染管理認定看護師が配置されている。各部門の代表者による感染管理委員会の開催とともに、感染制御チームと抗菌薬適正使用支援チームによる感染発生状況の把握・分析や抗菌薬の適正使用に関する評価・支援、各種マニュアルの作成・改訂などが行われている。情報収集と検討では、臨床検査部門と連携して院内・外の感染発生状況が把握されるとともに医療関連感染サーベイランスが実施され、また、地域の感染管理支援チームに参加して保健所や他施設との連携を図り、感染症発生時には県内の医療機関等の指導・支援などが行われており高く評価される。

医療関連感染を制御するための活動では、感染予防対策マニュアルに沿って感染経路別予防策が実践され、手指衛生や個人防護具の着用の徹底、血液等により汚染された寝具類の管理、感染性廃棄物の分別廃棄や管理などが行われている。抗菌薬の採用・採用中止は薬事委員会において審議・決定され、抗菌薬感受性の把握や手術開始前1時間以内の抗菌薬の予防的投与のほぼ全例での実施など、抗菌薬適正使用支援チームを中心とした抗菌薬の適正使用に努めている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携では、事務局総務課と広報・ホームページ委員会で内容などが検討され、ホームページの運用や広報誌の発行、地元新聞への記事掲載、YouTube等のメディアの活用など、様々な媒体による情報発信が行われている。ホームページには基本理念・基本方針をはじめ、診療機能や提供する医療サービスの案内、初・再診や入・退院の手続等が紹介されている。患者支援センターに地域連携科が設けられ、地域の医療機関との医療連携の強化やニーズの把握、紹介患者の受け入れ、地域医療支援病院としてのCT・MRI等の検査の予約受け入れなど、連携強化に向けた種々の取り組みが行われているが、患者紹介元医療機関への報告ルールの明確化などが望まれる。

地域に向けた教育・啓発活動では、患者・家族や地域住民の健康増進に寄与する活動として、県民のためのがんセミナーなどの市民公開講座が開催されるとともに、看護局主催の赤ちゃんとの出会い学級や様々な集い、中・高校生のための種々のセミナー、さらに、地域の医療従事者に向けた緩和ケアや糖尿病療養指導に関するセミナーなど、専門的知識の紹介や専門技術の指導・支援などが行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に必要な情報がホームページ等で案内され、総合案内による受診相談への対応や支援、病態・緊急性等による対応などが行われている。医師の問診や看護師の聴き取り、紹介状等により患者情報が収集されて診察が行われている。医師により診断的検査の必要性等が判断され、侵襲を伴う検査では患者・家族の同意を得たうえで安全に配慮しつつ行われている。入院の必要性は医学的に判断され、患者・家族の希望等にも配慮して決定されている。病態や症状の評価に基づいて診療計画が作成され、患者・家族の同意が得られている。患者相談窓口の看護師により多様な相談等への対応が行われ、予定入院患者には患者支援センターにおいて入院に関する説明や患者情報の収集が行われ、入院当日には病棟で入院中の注意事項や施設・設備の案内などが行われている。

主治医・担当医の回診により患者の病態等が把握され、治療方針の共有と検討、患者・家族への説明などが行われている。看護師の病棟業務では、種々のアセスメントのもとに看護計画が立案され実践されている。病棟薬剤師による服薬指導や薬歴管理をはじめ、安全に配慮した注射薬の調製などが適切に行われている。輸血・血液製剤の投与、手術・麻酔の適応検討や説明と同意取得、術後退室などの周術期の対応、重症患者の管理、褥瘡の予防・治療、栄養管理、症状等の緩和、リハビリテーション、身体拘束の最小化への取り組み、退院支援や継続した診療・ケアの支援、ターミナルステージに向けた対応はいずれも適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、処方鑑査や疑義照会、調剤・調剤鑑査、持参薬の鑑別と採用薬品への切り替え、注射薬の1施用ごとの取り揃え供給など、一連の業務が適切に行われている。臨床検査では、診療機能に応じた検査実施体制が整えられ、検体の取り扱い防止や緊急検査への対応、迅速・確実な結果報告などが行われている。画像診断では、時間外・休日も含めた対応体制がとられ、放射線科医師による全ての画像の読影とダブルチェック、依頼医への確実な報告などが行われている。栄養管理では、調理室内の清潔管理や温・湿度管理などが適切に行われ、適時・適温配膳や患者の特性・嗜好等を踏まえた献立の工夫などが行われている。リハビリテーションでは、心大血管疾患や呼吸器疾患などの必要とされるリハビリテーションが提供され、使用機器の点検や管理も適切に行われている。診療情報管理では、診療記録の1患者1IDによる一元的な管理や病名等のコーディング、診療記録の量的点検などが行われている。医療機器管理は、中央管理や臨床工学技士による点検・整備、貸し出し管理などが行われている。洗浄・滅菌業務は中央化され、各部署から搬送された器材の洗浄・滅菌、各種インディケーターによる滅菌の質保証等が行われている。

病理診断検査では、病理専門医や専攻医、細胞検査士による病理診断が行われ、診断結果の確実な報告などが行われている。放射線治療は放射線治療医や放射線治療品質管理士の資格を有する診療放射線技師等により、照射線量のシミュレーションなど多角的な検証のうえで実施されている。輸血・血液管理、手術・麻酔、集中

治療については何れも適切な機能が発揮されている。救急医療機能では、高度救命救急センターとして三次救急まで対応して高い救急車応需率を維持するとともに、ドクターヘリやドクターカーが配備されて県全体の救急医療を質・量ともに支えており高く評価される。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算が法人本部から発せられる予算編成要領に基づき、中期計画や施設・設備計画、経営実績の分析、各部門ヒアリング等を踏まえて編成され、理事会の承認を経て決定されている。地方独立行政法人会計規則に則った会計処理が行われて毎月の収支状況等により経営状況が分析され、決算時には所定の財務諸表が作成されて県立病院機構監事監査および外部監査法人による会計監査が行われている。医事業務では、自動精算機の導入等による患者の利便性向上が図られ、レセプトの作成・点検、返戻・査定の分析などの診療報酬請求事務、未収金管理等が適切に行われている。業務委託の導入や更新は、県立病院機構会計規程に則って検討され、県立病院機構契約等監視委員会の審議を経て競争入札等により委託業者の選定が行われたうえ、院内各部署による業務実施状況の点検・評価などが行われている。

施設・設備の管理では、病院の規模や診療機能に応じた施設・設備が整備され、日常の管理・運用や定期保守点検、医療ガスの安全管理、感染性廃棄物の院内最終保管場所での管理などが行われている。医薬品や医療材料、医療機器等の選定が関係委員会の審議を経て行われ、調達された医療材料は院内物流管理システムによる各部署への供給、定数在庫管理や使用期限管理などが行われている。病院の危機管理では、地震や洪水による災害リスクを想定した事業継続計画が策定され、災害発生時の指揮・命令体制や初期対応、緊急連絡体制等が定められている。保安業務では、委託警備員による院内巡視や施錠管理、防犯カメラによる監視などが行われている。

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	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	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	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	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	S
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	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	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	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	B
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	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	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	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	S

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	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	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	災害時等の機器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： 地方独立行政法人山梨県立病院機構 山梨県立中央病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 地方独立行政法人

I-1-4 所在地： 山梨県甲府市富士見1-1-1

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	622	577	+0	73.7	9.9
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	4	4	+0	53.3	30
結核病床	16	16	+0	10.1	49.9
感染症病床	2	2	+0	33.5	7.7
総数	644	599	+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	16	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	30	+0
小児入院医療管理料病床	26	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	15	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

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 (基幹), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (都道府県) (地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (DPC標準病院群), 総合周産期母子医療センター, 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： 27 人 2年目： 24 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

2. 年度推移	年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
		昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数		1,285.08	1,280.76	1,251.61	100.34	102.33
1日あたり外来初診患者数		94.00	101.81	100.69	92.33	101.11
新患率		7.31	7.95	8.04		
1日あたり入院患者数		476.38	455.45	443.83	104.60	102.62
1日あたり新入院患者数		41.62	38.18	38.23	109.01	99.87