

# 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12月23日～12月24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、1873年に私立病院として創立し、1874年に山形県公立病院として開院した後、1904年に現在の病院名に改称した。その後は公立病院としての役目を果たすため多くの診療科を開設し、救急診療事業や健診事業も開始した。また、地域のニーズを反映して急性期医療の充実を図り、高機能診断装置の導入や増床、県内初の脳卒中センターの開設、リハビリテーション設備の設置、放射線治療システムの稼働などを経て2006年には地域がん診療連携拠点病院に指定されている。1994年には臨床研修病院としての指定を受け、初期臨床研修医の育成を行うほか、地域住民向けの健康啓発活動や近隣医療機関で勤務する医療従事者のレベル向上に向け、教育・研修にも取り組んでいる。さらに、2003年には地域医療支援病院の認定を受け、地域の基幹病院として多くの医療機関と連携して地域医療に貢献している。

1999年に日本医療機能評価機構の認定を受け、今般6回目の受審となる。その間、病院事業管理者である館長を中心にした病院幹部のリーダーシップのもと、病院の基本理念実現に向け、職員が一丸となって継続的な質改善に取り組まれた成果が随所で確認できた。今後も引き続き、さらなる診療機能の充実を図り、地域医療に益々貢献していくことを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念と基本方針を院内外に周知し、済生館3ヶ年計画を作成して職員に示している。幹部職員の選考方法や権限は明確であり、意思決定機関である経営会議で決定したことは、診療部会議などで組織全体に伝達している。3ヶ年計画の達成に

向けて年次事業計画を策定し、全職員へ明示して経営参画を促している。病院情報システムは関連規程に基づき医療情報管理室が管理している。受発信文書は市の文書取扱規程に基づき管理し、院内の各種規程やマニュアルは院内ホームページなどで共有している。病院運営に必要な人員は採用計画に基づいて確保に努めている。

就業規則などを整備し適正な人事・労務管理を維持し、人事評価制度に基づいて目標管理と評価を行っている。事業所安全衛生委員会を毎月開催し、有給休暇の取得や健康診断の受診促進に取り組んでいる。職員の意見・要望は、管理者による個人面談や臨床会議で意見を吸い上げ、育児支援制度や各種福利厚生を整備している。

全職員を対象とした医療安全や感染対策、個人情報保護などの研修は年間計画に基づいて開催している。看護部門では、クリニカルラダーや臨床実践能力レベルを定めて能力開発に取り組んでいる。職員の初期研修は採用時のオリエンテーションのほか、各部門が教育プログラムに基づいて実施している。多くの学生実習を各部門で受け入れており、患者・家族への説明を行ってカリキュラムに基づき実施している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明確にして患者・家族に周知し、診療の場で患者の権利を擁護している。説明と同意に関する方針を明文化し、看護師の同席が必要な範囲を定め、同席できない場合は事後に看護師が患者の反応を聞き取っている。セカンドオピニオンは総合相談窓口が担当し、受け入れ・紹介ともに実績がある。患者自身に健康に関する情報提供を求め、安全な入院生活に関する情報を患者に提供して医療への参加を促している。入院診療計画書や患者用クリニカル・パスを活用して治療計画を説明している。医療相談室やがん相談支援センターを設置し、医療・福祉・入退院など多くの相談に対応している。個人情報保護方針を策定し個人情報の取り扱いを定めている。臨床倫理の課題は臨床会議で検討し、現場で解決困難な倫理的課題は、臨床倫理コンサルテーション事務局が関係者を招集して検討する仕組みがある。臨床現場で直面する倫理的課題は受け持ち看護師などが把握し、多職種カンファレンスで検討し、症例カンファレンスでも倫理事例を振り返っている。

院内に売店やWi-Fiを整備し、入院患者の療養生活に必要な環境を整えている。トイレや浴室には手摺りやナースコールを設置し、安全性を確保している。敷地内全面禁煙の方針を定め、禁煙外来にも取り組んでいる。

### 4. 医療の質

中央診療部会議で業務改善の検討を行い、各部門に問題点・改善点を報告してPDCAサイクルを回している。外部評価の受審などによって業務の質の改善に取り組んでいる。多職種による定期的な検討会やクリニカル・パスを積極的に適用して診療の質向上に取り組んでいる。全国的な臨床指標評価事業へ参画し、データを活用して改善活動に取り組んでいる。院内各所に意見箱を設置し、患者や病院利用者から多くの意見を集めている。薬剤の適応外使用は倫理委員会で検討して承認する

仕組みである。臨床研究は倫理委員会の承認を得て行い、情報公開して周知に努めている。

多くの診療科では主治医と担当医のグループ制で診療を行い、看護師は受け持ち看護師を中心としてチーム制でケアを提供している。夜間・休日は診療の責任体制を明確にして対応している。電子カルテに医師記録や看護記録などを適時に記載している。診療録記載マニュアルを整備し、略語の使用ルールも定めている。診療記録の質的点検は、診療記録監査実施手順書に基づき診療録監査項目を定め、多職種が診療記録管理小委員会事務局で抽出した症例に対し実施している。認定看護師を含む多職種で構成する ICT や NST、糖尿病ケア、緩和ケアなどの専門チームが病棟をラウンドし、コンサルテーションを受け、病棟看護師とのカンファレンスや助言を行っている。地域医療連携室や多職種でのカンファレンスを定期的に行っている。

## 5. 医療安全

多職種で構成した安全管理室では、アクシデント・インシデントを共有してカンファレンスで検討し、重要な事例については安全管理委員会で対応策を検討している。収集したアクシデント・インシデントの内容に応じて安全管理者が部署を訪問し、必要に応じた情報収集や原因追及を行っている。医療事故発生時の対応手順は、医療事故等防止対策マニュアルや医療安全ポケットマニュアルで明確にしている。

患者確認は、外来では氏名と生年月日の名乗り、入院患者は氏名の名乗りとリストバンドで認証し、順路案内表や診察カードで確認している。薬剤投与や検査などの指示出し・指示受け・実施確認は、すべて電子カルテを通じて統一した手順で行っている。薬剤処方重複投与やアレルギー、禁忌薬に関する警告メッセージを電子カルテに表示して注意喚起している。医療安全ポケットマニュアルに転倒・転落時の対応を記載し、入院時にはすべての患者に対して転倒・転落アセスメントシートを用いてリスクを評価している。人工呼吸器は決められたアラーム設定とし、使用中は臨床工学技士が巡回して作動状況を確認している。院内緊急コードとしてコールサインを設定している。救急カートの備品や薬剤は標準化し、看護師による点検を行って記録している。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策室を設置し、その下に多職種による ICT、AST、リンクナースを編成している。感染防止対策委員会は、各部門の責任者を構成員として開催し、感染に関する報告や審議を行っている。感染対策マニュアルは改訂を重ね電子カルテでも閲覧できる。感染対策室ではミーティングを開催し、ICT は院内ラウンドを実施している。部署評価および改善状況を確認し、感染状況を的確に把握・検討している。感染状況や感染対策の検討結果、新規情報などは委員会報告や「ICT だより」を通じて院内に周知している。感染経路別予防策は、入院患者に装着するリストバンドのホック部分の色で識別し、全職員が判別しやすいようにしている。

擦式アルコール手指消毒薬の使用量を部署ごとにグラフ化し、リンクナースとともに検討して改善につなげている。最新の抗菌薬適正使用マニュアルを整備している。ASTの活動のもとに特定抗菌薬は許可制とし、抗菌薬を適正に使用している。抗菌薬の採用はAST内で検討して薬品小委員会で審議している。細菌培養検査の検体受付、グラム染色実施は常時可能としている。

## 7. 地域への情報発信と連携

ホームページと広報誌を活用し病院情報を広報している。広報誌は連携先医療機関などに配布している。ホームページは適時更新し、受診案内や病院機能に関する事項、市民向け講座の動画なども閲覧できるようにしている。地域医療推進委員会を開催しているほか、連携医療機関などを対象に「診ます会」を組織し、総会や講演会などの企画、地域における地域連携パスに関係する会議などで情報を発信し収集している。「診ます会」会員の連携施設は、患者同意を得たうえで電子カルテをWeb上で閲覧することができるシステムを構築している。地域医療連携室では地域連携に関する手順書を整備し、紹介・逆紹介に対応している。大腿骨頸部骨折と脳卒中の地域連携パスを運用し、地域との連携に努めている。CTやMRIの共同利用も円滑に行っている。地域住民を対象とした市民健康講座の開催や、市の広報誌の「健康一口メモ」を医師が分担して担当し、健康に関する情報を発信している。地域の医療・介護従事者向けには、診ます会講演会や研修会などを開催し、教育・啓発活動を行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は患者情報を電子カルテで共有し、説明と同意のもと安全にも配慮して実施している。診断的検査の開始から終了までの手順を遵守し、入院決定後、入院診療計画を作成している。病棟での相談は、情報を電子カルテに記載して多職種で共有している。予定入院患者には入院センターで入院説明と各種評価を行い、緊急入院の場合は病棟看護師が実施している。医師は回診等を通して、リーダーシップを発揮し、看護師は業務基準に基づき、チームナーシングを行っている。

薬剤や輸血・血液製剤投与は患者に説明して確実・安全に実施している。手術の説明は主治医が行い、麻酔科医も術前訪問を行っている。褥瘡アセスメントシートを用いてリスクを評価し、ハイリスク患者は皮膚・排泄ケア認定看護師などと連携している。入院患者全員に栄養状態の評価とアセスメントを行い、栄養管理計画書を作成し、栄養状態に応じてNSTが介入している。病棟看護師は入院時から身体的・心理的・社会的苦痛を把握し、看護手順や緩和ケアマニュアルに基づいて症状の緩和に努めている。身体拘束最小化委員会を設置して身体拘束の最小化に取り組んでいる。入院後早期に退院困難要因を評価し、ハイリスク項目が該当した患者には入退院支援計画書を作成している。退院後も在宅療養が必要な患者は、主治医や受け持ち看護師など多職種でカンファレンスを行い、在宅療養支援計画を検討している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では、プレアボイド症例の集計分析結果を安全管理委員会で報告している。臨床検査部門はパニック値の報告基準を定め、画像診断部門では所見に応じて画像診断医が依頼医に直接伝えている。選択メニューや行事食、嚥下調整食、出産祝い膳、県産野菜・くだものなど、患者の嗜好や病態に応じて食事を提供している。リハビリテーション部門では疾患別プログラムを作成し、早期介入している。診療情報は一元管理し、診療記録の量的点検は、点検項目の充実を図り、全退院対象に実施を進めている。医療機器は、MEセンターで一元管理し、使用部署と使用開始時間についてもシステムで管理している。洗浄・滅菌は中央化し、各種インディケータで滅菌の質を保証している。

術中迅速凍結切片病理検査を含め多くの病理診断を実施し、診断報告書は電子カルテに保存している。放射線治療部門では治療医が主治医と連携し、治療計画やマニュアルに沿って実施している。輸血室では輸血療法マニュアルに則って、血液製剤の発注・保管・供給・返却などを適切に実施している。全身麻酔の管理は麻酔科標榜医が担当し、スケジュール管理や術中の患者管理、麻酔覚醒時の安全性も確保している。集中治療室は入室基準に沿って重症患者を受け入れ、感染対策可能な個室も整備している。断らない救急を表明し、救急車応需率は高く、多くの救急車搬入患者を受け入れている。

## 10. 組織・施設の管理

財務諸表を作成し、山形市監査委員による会計監査を実施している。各種データの分析や原価計算などを行い経営改善に活用している。医事業務は、診療報酬請求業務についての教育・研修を習得した職員によって業務を行っている。未収金の管理手順を定めて債権を管理している。

施設基準は必要な要件を満たしているか定期的に点検している。業務委託の是非や委託先の検討は経営会議で検討し、委託業者からの日報や月報により業務の履行状況を確認している。病院の施設・設備は、管理課所管の防災センターに配置した委託業者が終日対応し、院内清掃の実施状況や感染性廃棄物の保管・処理も管理課が管理している。医療機器や医薬品、診療材料などの購入は、各種委員会による検討を経て決定している。診療材料などはSPD方式で管理している。毎月棚卸を行い、その際に使用期限も確認している。

自然災害を想定した事業継続計画や災害医療マニュアル、消防計画などを定めて定期的に訓練を行っている。非常用の自家発電機を整備して定期的に点検し、停電時に確実に切り替わることを確認している。保安要員を守衛室に配置し、夜間・休日は時間外出入口の利用を限定している。院内巡視を手順に基づいて行い、日々の業務内容は警備業務日誌に記載し、翌営業日の朝に管財係へ報告する体制となっている。

# 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	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	B
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	B
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	B
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	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	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	B
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	B
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	B
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	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	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	B
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 10月 1日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 山形市立病院済生館  
 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： 山形県山形市七日町1-3-26

## 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	528	528	+0	72.5	11.9
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	528	528	+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	5	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+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)	15	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+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	41	+0
小児入院医療管理料病床	45	+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	0	+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(地域), がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, 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： 9人 2年目： 4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

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	6	0	112.75	15.62	27.69	7.27	5.66	17.00	18.79	4.62
呼吸器内科	5	0	36.04	4.99	52.69	13.83	11.18	16.35	7.21	10.54
循環器内科	4	0	27.55	3.82	21.83	5.73	9.14	14.99	6.89	5.46
消化器内科 (胃腸内科)	8	0	57.87	8.02	45.46	11.93	12.46	12.92	7.23	5.68
神経内科	3	0.6	22.64	3.14	27.84	7.31	7.10	25.93	6.29	7.73
皮膚科	1	1	52.49	7.27	6.89	1.81	8.57	15.11	26.25	3.45
小児科	5	0.8	41.96	5.81	18.22	4.78	16.12	4.64	7.23	3.14
外科	11	0.8	52.08	7.22	36.08	9.47	3.82	12.80	4.41	3.06
泌尿器科	4	0	62.08	8.60	18.76	4.92	5.19	9.24	15.52	4.69
脳神経外科	5	0	38.27	5.30	62.35	16.36	14.55	21.35	7.65	12.47
整形外科	4	1	38.04	5.27	30.27	7.94	10.44	22.76	7.61	6.05
形成外科	0	0	1.90	0.26	0.00	0.00	4.30	0.00	0.00	0.00
眼科	2	0.77	46.57	6.45	5.49	1.44	2.93	3.99	16.81	1.98
耳鼻咽喉科	3	0	59.59	8.26	14.81	3.89	12.36	6.26	19.86	4.94
産婦人科	4	0.8	43.20	5.99	12.35	3.24	4.03	8.93	9.00	2.57
リハビリテーション科	1	0	1.64	0.23	0.00	0.00	0.75	0.00	1.64	0.00
放射線科	3	0	12.54	1.74	0.00	0.00	23.70	0.00	4.18	0.00
麻酔科	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科	1	0	14.42	2.00	0.36	0.09	34.67	4.13	14.42	0.36
研修医	15	0								
全体	92	5.77	721.62	100.00	381.11	100.00	9.19	12.87	7.38	3.90

I-2-2 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	721.62	763.65	775.31	94.50	98.50
1日あたり外来初診患者数	66.31	65.18	67.18	101.73	97.02
新患率	9.19	8.53	8.66		
1日あたり入院患者数	381.11	383.62	382.68	99.35	100.25
1日あたり新入院患者数	29.64	28.62	30.24	103.56	94.64