

# 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 3 月 7 日～3 月 8 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、1915 年に開設され、1950 年に東京都済生会中央病院に改称して現在に至っている。病院規模は、535 床の一般病床が稼働しており、地域医療支援病院・災害拠点病院（地域）・救命救急センターの指定を受けている。また、先進的な医療機器と設備を備え、区中央部保健医療圏の中核病院として 35 診療科を有し、高水準な医療を総合的に都民に提供している。重点医療として、がん医療・認知症医療・脳卒中治療・肺がん治療・救命救急を掲げるとともに、無料定額診療事業、「なでしこプラン」と称した済生会生活困窮者支援事業、ホームレス専用病床を整備するなど、経済的・社会的に困難な状況にある方々に医療支援を行っていることも大きな特徴の一つとなっている。

医療人の育成については、臨床研修病院として医師をはじめ、看護師・薬剤師等、様々な医療関係職種の育成に携わるとともに、地域の医療・介護の人材育成に向けて教育・啓発活動などにも熱心に取り組んでいる。

病院の整備事業も終了し、院長を筆頭に職員全体の医療安全と質の向上に向けた意欲は高い。貴院の強みである総合力・チーム力・機動力を生かし、「高度急性期医療・地域医療と地域連携・社会貢献・国際化の推進・予防医療・人材育成・医療の質とサービスの向上」からなる 7 つのプロジェクトを駆使して病院力を高め、日々良好な医療の提供に邁進されることを期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針は明文化され、ホームページ等を通じて周知している。病院の理念と基本方針に基づいた 5 か年計画の運営方針「ビジョン 2024」により、

各年度の事業計画・各部門の行動計画が策定されている。病院運営の最高意思決定は経営会議にて行われ、情報伝達は幹部ミーティングや合同部科長会議、グループウェアによって周知が行われている。情報の管理・活用の方針は情報セキュリティ基本方針等に基づき、情報システム課によって管理・運営されている。文書管理の規程を整備し、企画課によって一元管理され、グループウェアに各種規程や会議・委員会の議事録、マニュアル等を掲載している。

医療法および施設基準に基づく必要な人員は適正に確保され、医師の働き方改革に向け、タスクシフトへの環境を整えている。人事労務管理に必要な就業規程等が整備され、勤怠管理システムにより就労管理がされている。職員の意見・要望は、職員満足度調査やご意見箱の設置、アイデア提案制度等にて把握しており、職員のための職場づくりに努めている。

職員全体の教育・研修は人材育成センターが統括し、感染制御センター・医療安全推進室等と協同して計画・周知・実施されている。医師を含めた全職員の能力評価は、能力評価シートと評価面談によって評価し、人事考課や職能給に反映されている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明確であり、院内の各所に掲示するとともに、入院（外来）案内やホームページ等に掲載して患者・家族・職員に周知に努めている。説明と同意に関する方針は定められ、説明・同意書のフォームは院内で統一している。患者への情報提供については、入院診療計画書、看護計画、検査・手術の説明書やパンフレット等を活用している。患者支援の体制として、患者支援センター・認知症疾患医療センター内に相談窓口を設置している。相談窓口のバックヤードには社会福祉士・看護師、薬剤師等多職種が配置されており、相談内容によって円滑に専門職に振り分けている。臨床における倫理的課題については、「医療倫理指針」、「職業倫理指針」、「臨床倫理指針」が明文化されている。臨床における倫理的課題の発生から倫理審査委員会で検討されるまでのフロー図が作成されている。臨床の場面でも患者・家族が抱えている倫理的課題に対して、医師・看護師等のスタッフが誠実に対応している。

病院へのアクセスは良好であり、療養環境については、患者・家族の利便性や快適性に十分配慮し、清潔性・安全性・静寂性が保たれており、高齢者・障害者に配慮している。がん診療連携拠点病院として、敷地内禁煙であるなど受動喫煙防止に向けて積極的に取り組んでいる。

### 4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望・苦情は、投書箱と患者相談窓口より汲み取り、組織的に対応する仕組みが確立している。診療の質の向上に向けて各科の症例検討会、画像診断や病理診断の合同カンファレンス、CPC、M&M カンファレンスを開催している。クリニカル・パスの分析・評価、臨床指標の検討結果の活用については、今後の充実を期待したい。病院幹部が中心となって策定した5か年計画に基づ

き、クリニカルクオリティセンターが中心となり、部門横断的な質の改善に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、倫理審査委員会において検討している。

病棟のナースステーションに責任者である医師・看護師・薬剤師名を掲示して、診療・ケアの管理体制を明確にしている。また、ベッドサイドに取り付けられたディスプレイに主治医・受け持ち医・担当看護師名を表示しており、診療・ケアにおける責任体制は明確である。診療記録は電子カルテで必要な情報を適時に記載しているが、医師の診療記録の質的点検は開始されたばかりであり、今後の充実と継続的な取り組みを期待したい。日常的に多職種カンファレンスを行い、診療・ケアについて検討するとともに、複数の専門チームが組織横断的に活動して、患者の診療・ケアの提供に努力しており適切である。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた管理体制については、院長直下に医療安全管理部門を位置づけ、医療安全対策室長を中心とした専従職員が積極的に活動している。医療安全委員会は毎月開催しており、事象報告、事例の共有、誤認事例、転倒・転落事例などについて討議し、マニュアルの見直しも適宜行われている。インシデント報告などは適切に活用され、RCA や、4M4E など事例に応じた方法で分析し、改善に役立てている。

患者・部位・検体の確認は、基準通り行い、医師の指示出し、指示受け等も手順に則り実施している。パニック値は直接主治医に迅速に連絡している。麻薬は施錠された保管庫に適切に保管され、薬剤師が定期的に確認している。ハイリスク薬を明示し、使用時に注意喚起をしている。転倒・転落防止対策はマニュアルに則り、入院時にリスク評価を行っている。患者の病状変化や転棟などの環境の変化が生じた場合にも評価を実施し、適切に運用している。医療機器は臨床工学技士が中央管理しており、医療機器の安全使用に向けて、教育用動画を作成し、いつでも閲覧できるように院内イントラネットにアップロードして、積極的にトレーニングを行っていることは、評価できる。患者の急変時対応として「EM コード」が設置され、職員に周知している。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染コントロール委員会（ICC）を組織し、月 1 回開催している。そのもとで感染制御センターが設置され、感染コントロールチーム（ICT）や抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が活動している。また、感染対策マニュアルを整備するなど、医療関連感染制御に向けた体制が確立している。院内の感染発生状況は、主に細菌検査室から ICT に報告され、ICT で分析・検討している。アウトブレイクへの対応手順を整備し、適切に対応している。JANIS に参加し、院内サーベイランスも実施しており、医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を適切に行っている。

標準予防策については全職員に研修を実施し、遵守に努めている。防護服等の着脱訓練を実施し、ポスター等で可視化し、誰でも正しく着脱できるよう指導してい

ることは、評価できる。感染性廃棄物の取り扱い、院内で検討して保管場所のゾーニングや、手術室からの搬送の際には積載制限を明確にするなどの見直しをしたため、継続的な取り組みを期待したい。抗菌薬の使用については、AST が抗菌薬使用状況等の監視を行い、長期投与や同系抗菌薬の継続投与などの防止を図っている。特殊な抗菌薬は届け出制あるいは許可制で、問題があれば ICC で検討している。周術期抗菌薬投与もガイドラインに準じて実施しているなど、抗菌薬を適正に使用している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域住民を対象に情報提供の体制の充実に向けて、広報委員会・広報部を設置して、自院に関する情報をわかりやすく提供している。ホームページには、診療サービス等、患者・地域住民が自院を選択する際に参考になる具体的な情報を提供している。広報誌については、地域住民、地域連携施設向けに数種の広報誌を定期的に発行し、院内においても、必要な情報が掲示されている。患者支援センター内に地域連携室を設置して、地域の医療関連施設等の状況把握と連携に努めている。地域医療機関と連携を深める取り組みとして、院長・幹部職員と連携室スタッフが登録医療施設に直接訪問することに加え、診療科の医師も積極的に医療機関に訪問するなど、顔の見える連携づくりに取り組んでいる。地域の健康増進に寄与する活動として、動画を配信している。医療従事者に向けた活動としては、オンライン会議システムを利用して研修会を実施している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

全体を通してチーム医療による診療・ケアは円滑に実践され、良質な医療が展開されている。来院者に必要な情報は病院ホームページ等で情報提供しており、施設基準・管理者を適切に掲示している。全科で原則予約制としており、待ち時間への配慮としてアプリを利用した後払い会計や処方箋情報 FAX 送信のサービスを行っていることは、利用者にとって至便であり評価できる。外来診察時には、患者本人の名乗りや生年月日などを診察基本票と照らし合わせて患者誤認防止に努めている。入院に際しては、医学的判断に基づいて入院の適応を検討し、必要に応じて関連診療科医師や上席医師と相談・カンファレンスを行って検討している。患者の希望に配慮して、患者・家族に十分に説明して同意を得たうえで入院を決定している。患者支援センターは、防音に配慮された落ち着いた雰囲気個室の相談室が複数あり、専門のスタッフが多様な相談に対応しており、高く評価できる。

医師はチーム医療の実践にリーダーシップをとり、看護師を含めた診療スタッフとカンファレンスを開催し、治療方針など患者の療養に関連した課題について検討している。看護業務は各基準に則り、日常業務を適切に実施している。新卒看護師や異動者、中途採用者の教育も適切に行われている。投薬・注射の際には主治医が必要なりリスクなどを説明し、実施している。注射実施時には、看護師が電子カルテ上で薬剤の処方内容を確認し、患者と投与薬剤をバーコード認証して誤投与を防止している。輸血の適応はマニュアルに沿って判断しており、実施の際は、院内統

一の書式を用いて輸血の効果やリスクについて説明し、同意を得ている。手術の適応・内容は各科カンファレンスで検討し、説明・同意も確実に行われている。重症患者は重症度に応じて病床を使い分けており、入退室は医師・看護責任者が判断している。褥瘡に関する診療計画書は全患者に作成し、褥瘡の発生リスクがある場合は看護計画を立案している。栄養評価も全患者に対して実施し、管理栄養士は、入院早期から栄養状態の改善や個別栄養食事の指導を行っている。症状緩和はマニュアルに基づき行っている。リハビリテーションは主治医の指示に基づき、確実・安全に実施している。患者・家族への退院支援は、入院時から患者支援センターの退院調整看護師と MSW が協働して情報共有し、早期からの退院支援の取り組みが実施されている。ターミナルステージは、院内マニュアルに沿って主治医を中心に判断し、患者・家族の意向、患者の QOL に配慮したケアを多職種で検討し、実践している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、持参薬は担当薬剤師が入院時に識別している。注射薬は安全性向上の観点から、1 施用ごとの取り揃え率の向上に期待したい。臨床検査機能は、専従医師の監督下に必要数の臨床検査技師を配置し、休日・時間外は当直制で 24 時間対応し、検査結果を主治医に連絡する体制も確立している。CT・MRI 検査はほぼ同日に施行可能であり、緊急時にも即時に行える体制である。また、放射線科読影医による読影率は CT および MRI はいずれも 100% で、感染対策や技術の向上などにも部門全体で取り組むなど、画像診断機能を適切に発揮している。食事の提供については、ニュークックチル方式の導入により、適時・適温であり、安全・安心な食事が提供されている。アレルギー、宗教上の制限、治療上における食欲低下等、患者の個別性に配慮しており、入院患者の 30% に個別性に配慮した食事を提供していることは、秀でた取り組みである。リハビリテーション訓練は、休日および長期の連休を含めて、2 日以上中断しないようスタッフの勤務を調整している。診療情報は一元的に管理し、量的点検も全件に実施している。医療機器は臨床工学技士により中央管理され、年間定期点検計画に基づいて確実に点検が実施されている。機材の洗浄・滅菌作業は、委託業者が院内で実施している。

病理診断機能は、体制が整備されており、診断困難例は大学病院に相談するなど、診断の精度の確保に努めている。放射線治療は年間 250 件ほど行っており、がんサージカルボードなどで主治医と放射線治療医を中心に、多職種で治療を検討している。輸血・血液管理機能は、血液製剤の廃棄率の低減を目指した取り組みの結果、廃棄率の低下につながっており評価できる。手術スケジュールは麻酔科医と手術室看護師で調整している。タイムアウトを実施し、麻酔覚醒後は退出基準に従って麻酔科医が確認している。集中治療は、集中治療専門医と看護師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士等、多職種でケアを実践している。三次救急医療機関として救急診療科の常勤専従医師を確保し、夜間・休日・緊急入院・虐待等の対応体制が整備されている。受け入れ不能例は、救命救急センター運営会議で報告・検討している。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、予算管理・会計処理・会計監査・経営状況の把握など、適切に実施している。受付から会計までの窓口業務や収納業務は、業務手順が整備され、医事課を中心に適切に行っている。レセプトの作成・点検、返戻・査定は、医師が関与すると共に組織的に関与しており、未収金はマニュアルに沿って回収に努めている。業務委託の方針は明確であり、委託業務委員会で委託の是非や業務内容について管理しており、委託業者への教育や事故発生時の対応も整備している。

施設・設備は、日常点検・保守管理が確実に実施されている。医療ガスについては、医療ガス安全管理委員会が定期的開催されている。感染性廃棄物の最終保管場所は廃棄量や管理方法について見直し、適切な管理となるよう職員に周知したところであるため、引き続き適切な運用を行うことを望みたい。物品管理はSPDを導入し、円滑な管理が行われている。

緊急時の責任体制や災害発生時の対応は明確であり、職員に十分に周知している。防災訓練を確実に実施し、水・食料・医薬品等についても患者・職員分として十分な備蓄を用意するなど、地域災害拠点病院として積極的に災害時の対応に努力している。医療事故発生時の対応手順は、明確な指針を整備し、組織的な対応を行う体制である。

## 11. 臨床研修、学生実習

初期研修の方針と計画は明確になっており、人材育成センターが研修医を担当している。また、第三者評価であるNP0法人卒後臨床研修評価機構の認定を受けているなど、適切な初期研修が実施されている。看護職員については、新入看護師を対象に年間教育プログラムが作成され、実施対象者に加え指導者の評価を実施している。医療技術職に関しては、各職種で年間研修スケジュールが作成され、指導者・評価者も明確に定められている。シミュレーターは全職員が利用可能であり、活用している。

学生実習の受け入れは多くの職種について実施しており、人事課が窓口になり、受け入れ学生の情報を一元的に集約している。実習前に「実習にあたっての心得」を配布して、病院オリエンテーションを実施し、病院の定める関係法規・患者の個人情報等の遵守事項について研修している。各職種実習指導者は、カリキュラムに沿った実習と評価を行っている。実習生の受け入れは、入院中の患者・家族にも周知し、実習中の事故等への対応も明確である。

# 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・プライバシーを適切に保護している	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	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
1.4	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	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	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	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	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	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	S
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	安全確保のための身体抑制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	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	A
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	S
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	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、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	B
4.5.2	物品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
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

年間データ取得期間： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2021 年 11 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 東京都済生会中央病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 東京都港区三田1-4-17

## 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	535	535	+0	69	12.5
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	535	535	+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	30	+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)		
ハイケアユニット (HCU)	51	+51
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	14	+0
人工透析	20	+0
小児入院医療管理料病床	438	-51
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
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), 救命救急センター, DPC対象病院 (Ⅲ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： 12 人 2年目： 12 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-2-2 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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	1,056.04	1,218.40	1,183.25	86.67	102.97
1日あたり外来初診患者数	70.99	91.24	90.68	77.81	100.62
新患率	6.72	7.49	7.66		
1日あたり入院患者数	368.82	442.45	446.61	83.36	99.07
1日あたり新入院患者数	27.67	33.07	31.61	83.67	104.62