

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」及び副機能種別「慢性期病院」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 6 日～3 月 7 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
機能種別	慢性期病院（副）	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。
- ・機能種別 慢性期病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は 1976 年に 44 床の病院として発足して以来、増床を行い 1989 年に許可病床数 270 床の病院となった。2001 年に西東京中央総合病院と名称変更し現在に至る。東京都二次救急医療機関の指定、東京都 CCU 連絡協議会加盟、東京都脳卒中急性期医療機関の認定、東京都地域救急医療センターの指定を受けるなど救急医療に力を発揮するとともに、手術室の増設、透析室の増床などを通して地域医療体制へ貢献している。病院運営においては、病院長を中心に病院幹部のリーダーシップのもと、職員が一丸となって医療の質向上に取り組んでいる。今回の病院機能評価では多くの項目で適切と判断されたが、今後も地域住民のさらなる期待に応えながら貴院の理念「愛し愛される病院」に向けて、ますます発展を遂げられることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

「愛し愛される病院」を病院理念に掲げ、理念達成に向けて 7 項目の基本方針を定めている。各役職や部門の職務分掌を明確にし、幹部会で運営方針を決定している。中長期計画や年次計画、部署目標を策定して、目標の達成を目指して病院事業運営を展開している。文書管理は規程に則って運用され、マニュアル等の更新履歴を管理して改定内容を周知している。

職員の採用などの人材確保の仕組みが確立し、医療法や施設基準等で定められた人員を確保している。就業規則や給与規程に則って人事・労務管理を行い、時間外労働等に対して必要な対応を行っている。安全衛生委員会の活動や職員定期健康診断受診率は適切で、メンタルヘルスやハラスメントへの対応体制も整備している。職員意識調査や職員ご意見箱で職員の意見や要望を把握し、改善策の検討を行っている。

院内では必要性の高い研修が行われ、グループ本部主催の研修も活用して充実した教育・研修の機会を提供している。人事マネジメントシステムや認定制度のもとで、職員の能力評価・能力開発を適切に行っている。グループ本部が策定した教育計画に沿って、専門職に求められる初期研修を行っている。学生実習は養成校と打ち合わせを行って、カリキュラムに沿った実習と評価を行って医療者の育成に貢献している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利、患者の責務をまとめている。これらは「幹事会」で適宜見直しを行い現在に至る。説明と同意に関する指針に沿って説明内容や説明すべき診療の範囲が定められており、実施にあたっては看護師が同席し患者のサポートを行うなど適切である。クリニカル・パスやパンフレット、DVDなどで患者に情報提供するとともに、ホームページや市民公開講座を利用して診療への患者参加を促進している。患者支援体制は、社会福祉士を中心に多職種で退院支援や社会福祉相談等の多様な相談に対応しており、医療安全委員会とも連携している。

個人情報の取り扱いは、規程やルールを整備し物理的保護が取られ、不正な閲覧の防止対策やプライバシー保護の取り扱いは適切である。各部署では多職種による倫理的課題を検討するカンファレンスが行われ、倫理コンサルテーションチームが院内の倫理的課題を把握し支援する仕組みがある。解決困難事例は倫理委員会で審議される。

利用者の安全性・利便性・快適性は、正面玄関からの患者動線やコンシェルジュの配置により工夫されている。病棟はデイルームなど患者がくつろぐスペースがあり、療養環境を整備している。受動喫煙防止のため、患者への禁煙推進や、職員に対して教育に取り組んでいる。

### 4. 医療の質

部門横断的な質改善は業務連携推進委員会が中心となり、年度ごとに事業計画工程表を作成し、直近では院内タスクシフト・シェア推進活動に取り組みの実績がある。症例検討会として科をまたぐ院外へ開放する検討会のほかに、毎月 M&M カンファレンスを開催し、医師のほか多職種が参加している。クリニカルパス委員会が中心となり、クリニカル・パスの作成・見直しをすすめるほか、バリエーションの収集を行っている。患者・家族の意見は、意見箱や外来患者満足度調査、入院生活アンケート等により収集され、ESCS 委員会を中心に対応している。新たな診療・治療方法、技術の導入については、「倫理委員会」で安全面、倫理面から検討する仕組み

みである。

病棟では医師、看護師長など責任者が掲示され、診療の管理責任体制は明確である。電子カルテシステムを運用し、「診療録記載要項」に従って適時に記載されている。看護記録の質的点検は定期的に行われ、結果は現場にフィードバックされている。医師の診療録の点検は「病歴管理委員会」を中心に取り組みを開始したところである。多職種で構成するチームが組織横断的にカンファレンス、ラウンド等を実施し、現場と連携・協力して診療やケアにあたっている。

## 5. 医療安全

医療安全管理室室長である副院長の統括のもとに、専従の安全管理者を中心に各種マニュアルの整備、研修の企画・運営や各部門・部署の支援を行うなど安全確保に向けた体制を整備している。インシデント・アクシデント情報の収集と分析が行われ、再発防止策の職員への周知、効果判定を適切に行っている。医療事故等の対応は、手順が整備され、迅速な原因究明と再発防止につなげている。

患者確認は、患者氏名を複数の識別子を組み合わせ実施している。手術室や検査室ではタイムアウトやマーキングによる誤認防止策を実施している。医師の指示出し、実施確認、変更は確実に行われており、画像診断の未読の防止対策、パニック値の医師への直接の報告も適切に行われている。ハイリスク薬の払い出しは注意喚起され、入院患者の内服薬は全て一包化して誤薬防止するなど安全に向けた対策を行っている。入院時および状態変化時に転倒・転落リスク評価を行い、多職種でリスクに応じた対応策を実施している。院内の医療機器は臨床工学技士が管理し、使用者への教育も実施している。患者急変時の連絡体制を整備し職員に周知している。院内の緊急コードの仕組みを整備し、患者急変時に対応している。救急カートの薬品・材料は院内で標準化され、蘇生のための整備や配置も適切である。

## 6. 医療関連感染制御

院長の下に院内感染対策委員会、ICTがあり、リンクスタッフ会と連携している。ICTはオブザーバーの感染症専門医と共にラウンドとカンファレンスを行い、感染症の予防や早期介入を行っている。ICTラウンドとカンファレンスにより、現場の状況、抗菌薬の使用状況、細菌検査結果を確認し、病院全体の感染症の状況を把握している。手術部位感染などのサーベイランスを行い、耐性菌分離状況を把握し、JANISに参加して自院の状況を報告している。院外からの感染制御に関する情報を分析、検討している。

感染対策マニュアルに基づいた感染経路別予防策を実施している。遵守状況をモニタリングし職員へフィードバックしている。抗菌薬の採用と見直しはICTの提案により薬事委員会で検討される。抗菌薬の適正使用の指針は電子カルテで確認できる。ICTにより抗菌薬の使用が把握され、抗菌薬の変更やデ・エスカレーションなどのアドバイスが行われている。院内で検出された病原体を元にアンチバイオグラムが作成されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービスの必要な情報は主にホームページで発信しており、院外広報誌の発行や SNS を活用して積極的に広報活動を展開している。地域医療連携課では、渉外担当者による毎日の地域医療機関訪問や、医師も帯同する訪問を行い、地域の医療ニーズの把握や顔の見える連携に努めている。転院・退院支援は福祉相談室が主に担当し、地域医療連携課とともに地域の医療関連施設等と連携している。地域住民に向けては、新型コロナウイルス感染症の影響で中止していた対面での市民公開講座を再開し、健康増進に向けた活動を行っている。医師会との共催による紹介患者の症例検討会や、web での症例報告会など、連携医療機関の医療従事者に対する教育・啓発活動は適切に行われている。

## 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提示され、紹介患者、緊急患者への対応も適切である。侵襲的検査の際の説明と同意書の取得は適切である。侵襲を伴う検査中の観察を記録している。入院は説明と同意を得て、患者の希望を聞いて決定している。入院診療計画書は医師、看護師、管理栄養士、薬剤師などが個別性のある記載をしている。患者相談窓口は地域医療連携課など院内、院外の関連機関と連携している。入院支援担当者と病棟が連携し、入院病棟調整、入院前から各種スクリーニングを行う仕組みがある。

看護師は、看護管理基準・手順に基づいて患者ニーズを把握し、立案した看護計画に沿って援助している。投薬や注射は確実・安全に実施されている。輸血の実施にあたっては、患者・家族の同意が得られたのち輸血前に患者名、輸血の種類などをダブルチェックしたうえで、患者の状態の観察・記録を確実に行っている。手術の適応は、カンファレンス等で検討され、必要時には他科へコンサルトする体制がある。麻酔科医による術前診察・術後訪問、看護師による術前・術後訪問は全身麻酔症例全例に対し行っている。一般病棟での対応が困難な重症患者や手術後のハイリスク患者は、HCU に入室している。褥瘡リスク評価を行い多職種で褥瘡予防対策を実施している。全患者にアセスメントシートを用い評価を行い、栄養管理計画書を作成して食事形態、アレルギー情報等に対応している。疼痛緩和、その他の患者の苦痛について継続的なケアが行われている。リハビリテーションは医師の依頼で実施計画書が作成され、安全なリハビリテーションが行われている。身体拘束のマニュアルの基準に沿って患者・家族から説明、同意書を受け実施している。全入院患者に対して退院支援スクリーニングシートで評価し、退院調整を行っている。入院から外来への診療、ケア継続はサマリーで情報共有をしている。ターミナルステージへの対応は多職種で検討し、患者の意向を踏まえ対応している。

### 〈副機能：慢性期病院〉

外来での初診や再診の手順は整い、紹介患者の受け入れも適切である。待ち時間調査から課題を検討している。必要な検査に説明と同意が行われ、対応の手順を整備している。

患者相談窓口を設置し、相談内容により専門職種や担当者に振り分け相談に応じている。

医師は定期的な回診や患者の状態に応じて診察を行い、記録し適時患者・家族との面談を行っている。重症患者は対応手順があり、患者の意向を尊重している。褥瘡がある場合は毎週、皮膚科医を含む多職種で褥瘡回診と治療効果や対応について検討している。管理栄養士はミールラウンドで食事状況を確認し、多職種と連携して食事形態や投与方法を検討している。疼痛や不快症状の緩和はマニュアルや個別の事前指示に則り対応している。摂食・嚥下評価は言語聴覚士により行われ、療法士や多職種により移動能力、認知機能、コミュニケーション能力の維持・向上を計画に沿って実施している。拘束を行わないことを前提とした基本方針がある。拘束中の観察・記録は2時間毎に行われ、毎日、医師も参加した解除に向けたカンファレンスが行われている。必要な患者に退院支援が多職種で計画的に実施され、退院前カンファレンスを院内多職種と患者・家族、外部のケアマネージャー、サービス事業所などと開催している。入院中の経過は、診療情報提供書などで提供している。自院からは訪問診療と訪問リハビリテーションを実施している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師により持参薬は鑑別され、処方鑑査、疑義照会や院外薬局への情報提供は適切に行われている。臨床検査科は当直制で休日・時間外のニーズにも対応している。画像診断は、夜間・休日は当直とオンコールの体制で、CT、MRI、血管造影検査も可能である。栄養管理機能は、安全面・衛生面に配慮されており、患者の特性に応じた食事の提供など適切である。リハビリテーションは医師と療法士が連携し、早期のリハビリテーションが行われ効果が評価されている。診療情報管理機能では、量的点検等は適切であり、患者署名のある同意書類の原本は患者毎の保管となっている。臨床工学科による医療機器の一元管理や点検・整備、安全使用の教育などは適切である。洗浄・滅菌業務は中央化され清潔管理された環境のもとで洗浄・滅菌され、滅菌の質を保証している。

病理検査は臨床検査科で検体を受け付けたのち、外部機関へ検査を依頼する。病理検査検体、報告書の保存・管理は的確である。輸血・血液管理機能は、臨床検査科が担っており輸血の発注・保管・供給は夜間・時間外を含め必要時に迅速な業務が行われている。手術室のスケジュール管理は麻酔科医、看護師長で調整し、効率的な手術室運営に努めている。手術開始時には全例でタイムアウトを実施するなど患者の安全確保に努めている。HCUが稼働し、入室基準、退出基準とも整備され、満床時の対応も手順化している。救急告示病院として「24時間断らない救急医療」の方針のもと、地域の救急医療に重要な役割を果たしている。

## 10. 組織・施設の管理

予算は組織的な検討を経て作成され、病院会計準則に基づく会計処理、経営状況の把握は適切に行われている。経営状況は各診療科や部門毎に分析され、目標管理と合わせて健全経営会議で報告されている。医事業務は診療報酬請求や査定内容につ

いて検討され、未収金の対策も本部に相談依頼できる専門担当者を配置しており、適切に行われている。委託業者の選定は、院内での検討と本部での検討部会も併せて決定しており、委託業務従事者の各委員会への参加や教育も実施している。購買管理は、物品管理委員会の協議で公正に行われており、在庫管理や棚卸も SPD と協力体制において、適切に行っている。

設備管理課が電気、空調、給排水設備などの日常点検を行っている。医療ガスや清掃業務の管理、廃棄物の院内保管や処理状況の確認を適切に行っている。災害・防災対策マニュアルや BCP を整備して、消防および災害訓練を実施しアクションカード等の見直しを行っている。

災害時の電力供給や燃料の確保、食品等の備蓄も適切である。保安業務は設備管理課や事務当直者等に対応し、定期巡視や施錠・開錠、出入館管理等を適切に行い、院内の安全を確保している。

# 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	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
1.3.3	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	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	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	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	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	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	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	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
-------	---------------	---

## 機能種別：慢性期病院（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B

2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	ターミナルステージへの対応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 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：医療法人社団東光会 西東京中央総合病院

I-1-2 機能種別：一般病院2、慢性期病院(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：東京都西東京市芝久保町2-4-19

## 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	270	270	+0	78.7	21
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	270	270	+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)	8	+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	20	+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		
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	38	+0
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

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： 人 2年目： 人 歯科： 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

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	441.69	461.61	430.24	95.68	107.29
1日あたり外来初診患者数	66.93	25.31	22.25	264.44	113.75
新患率	15.15	5.48	5.17		
1日あたり入院患者数	214.84	231.25	219.92	92.90	105.15
1日あたり新入院患者数	10.09	10.63	9.52	94.92	111.66