

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10月7日～10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

貴院は開院以降、「生命の尊厳と人間愛」という大和会の理念に基づき、健康保持推進のための公衆衛生活動、救急医療、高度の先端医療、在宅医療の充実強化を掲げ、地域の要求に応えてきた。北多摩西部圏内で、地域医療支援病院の指定を受け、東京都二次救急医療機関として、急性期の医療を積極的に展開している。さらに、東京都災害拠点病院、東京都がん診療連携協力病院や、東京都脳卒中急性期医療機関としての役割も担うとともに、回復期（地域包括ケア）の病棟を有し、地域住民のニーズに総合的に応えている。病院運営に関しては、中期的な事業計画のもとに、院長を中心に幹部・職員が一体となり診療に取り組み、患者中心の療養環境の整備と診療機能の充実を図っている。

今回の審査では、地域医療に貢献している姿勢や医療の質向上・改善に取り組まれている姿勢が具体的な結果として現れているものがあつたが、さらなる取り組みが必要なものもあつた。この結果をもとに、組織的に検討され今後の発展へと繋がりたい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明確であり、職員への周知や院外への広報も適切に行っている。年度ごとに重点課題を具体化し、部門方針と合わせて推進状況を検証している。病院の将来像は中・長期計画を策定し、各年度の部署目標での具体化に向けた取り組みを行っている。日常の組織運営は病院管理者・幹部のリーダーシップをよく発揮している。情報管理・活用方針を整備し、適切に管理・運用している。文書管理規程の整備や業務マニュアルの運用・改訂等も適切である。

人材確保の取り組みは、病院の機能からみて看護師の確保・定着や薬剤師の確保が望まれる。人事・労務管理、職員の安全衛生管理も適切であるが、年休の取得向上に向けて取り組みを強化されたい。定期面接や職員意見箱に基づく改善要望や、職員満足度調査を通して職員の意見をよく受け止めており評価できる。職員の教育・研修は年度計画を緻密に策定して実践しているが、職員必修課題の研修受講率の向上対策が望まれる。職員の能力評価と開発は人事考課制度の運用や目標管理などをよく活用しており適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は院内掲示、入院案内、病院ホームページなどで広く周知している。カルテ開示規程を策定し、全件開示している。説明と同意、社会的弱者への個別配慮対応など権利の擁護への適切な取り組みを実践している。病状等の説明は、患者・家族にわかりやすい配慮をし、看護師が同席し理解度の確認を行っている。患者の情報は、電子カルテ内で共有する仕組みがある。患者支援は、総合支援・相談支援センターにて様々な相談に応じており、虐待についても対応しており適切である。個人情報保護に関する規程を整備し、法律の改定に対する対応も必要に応じて実施している。臨床における倫理的課題を検討する場として倫理委員会を設けているが、重要な倫理的課題を現場だけで解決するのではなく、病院全体として検討する仕組みを構築されたい。現場で発生した倫理的な課題については、主治医や看護師が日々の診療・ケアの中で把握し、多職種により多角的に検討している。

患者・面会者の利便性・快適性については、駐車場の整備、シャトルバスの定期運行、入院中の生活延長上の設備も整備され適切である。院内はバリアフリーが確保されており、患者の状態に合わせ安全面にも配慮している。駐車場を含め敷地内禁煙で、受動喫煙の講演や禁煙外来を行い、禁煙を推進している。

4. 医療の質

患者・家族の意見は意見箱や患者アンケート等で把握し、対応策を検討し回答している。各症例検討会や臨床検討会などが開催され、学会診療ガイドラインに準拠した治療が行われ、クリニカル・パス適用率は90%以上で医療の質向上に向けた活動は適切である。業務改善委員会ではBSC作成を行い、QI委員会では臨床指標の収集・分析を行っている。新たな手技・治療の導入に関しては、診療ガイドラインの運用を原則とし、運営会議にて検討し倫理的問題がある場合には倫理委員会にて検討を行っている。

病棟における診療・看護ケアの責任体制は明確である。入院・外来ともに看護管理者は定期的にラウンドを行い患者の要望等を把握している。主治医不在時のフォロー体制があり周知されている。医師は、記録や各種指示を診療録等記載規程に従い記載しており、診療記録の質的点検を積極的に行っている。ICT、NST、緩和ケア、排尿ケア、褥瘡ケア等専門職による多数のチームがあり、組織横断的に活動しており、多職種による各種カンファレンスで情報共有を行っている。

5. 医療安全

医療安全に関する方針を、規程集に定めている。医療安全管理室を設置し、専従の医療安全管理者を配置、多職種と連携しながら日常的活動を行っている。アクシデント・インシデントの報告体制は確立している。院内の発生事例や外部の事故事例を参考に、マニュアルの見直しや改訂につなげ職員への周知を図っている。

患者誤認防止は、患者からの名乗りとリストバンドの読み取りや受診票や指示票のバーコードでの確認を行っている。部位・検体の誤認防止には、ダブルチェックや主治医によるマーカーチェック、手術室、放射線科でのタイムアウトなどで未然に防ぐ努力をしている。電子カルテを用いて指示出し・指示受け・実施・医師の確認など一連の業務を安全に実施している。薬剤師の鑑査によって薬剤の重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を行っている。入院時、全患者に対して、転倒・転落のハイリスクチェックを行い、危険度に合わせた看護計画立案へとつなげている。人工呼吸器やシリンジポンプの作動する現場に臨床工学技士が毎日訪問し、機器は中央器材室で管理し 24 時間貸し出し可能としている。院内緊急コードを設定し職員に周知している。

6. 医療関連感染制御

多職種の委員からなる感染防止対策委員会を月 1 回開催している。ICN を中心に ICT を組織し、週 1 回ラウンド・ミーティングを行い、結果を関係部署に報告している。ICN には関係部署へ介入・指導をする権限が与えられている。感染対策マニュアルも適宜改訂するなど医療関連感染制御に向けた体制を確立している。院内での感染発生状況は、発生部署あるいは臨床検査科から ICN 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た実績もある。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。感染の標準予防策に基づき、院内マニュアルを整備している。

手指消毒に関しては、消毒液を個人用と院内各部署に配置し、使用量のチェックも定期的に行っている。医療廃棄物の処理の方法も適切である。ICT が定期的に院内ラウンドを行い、調査・教育を行っている。AST が抗菌薬の使用状況、分離菌感受性パターンなどを監視している。特殊な抗菌薬は届け出制で、問題があれば感染防止対策委員会で検討している。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

広報誌を隔月発行し、2019 年 1 月で創刊 20 周年を迎えた。誌面は見やすく、医学知識をわかりやすく説明している。診療の実績は、毎年年報を作成し、臨床指標を取りまとめ、ホームページ上でも公開している。地域連携に関しては、連携の実績、報告書、紹介状等を適切に管理し隣接する多摩西部 7 市かかりつけマップや連携ニュースを作成し、地域連携に活用しており適切である。地域への健康増進に関する活動については、大和会公開医学講座を 1998 年 10 月より毎月開催しており、

ケーブルテレビでの放映、バックナンバーのDVDの貸し出しも行っている。その他、大和会健康フェアの開催、小学性・中学生を対象にした「こどものための公開医学講座」や地域の医療機関向けの症例検討会、救急隊向けの救急症例検討会など、地域に向けて子供から高齢者まで幅広く積極的に教育・啓発活動を行っており、高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付から会計までの対応は、電子カルテにより円滑に行っている。看護師によりトリアージが行われている。外来診療は電子カルテにより多職種で患者情報を共有しながら適切に行っている。検査・治療は十分な説明と同意のもとに安全に配慮しながら実施している。医学的判断に基づいて入院の適応を検討し、患者、家族に十分に説明し、同意を得たうえで入院の決定を行っている。病歴や各種検査結果等の情報を収集し、医学的判断をもとにクリニカル・パスを作成し、入院診療計画書の代用として活用している。総合支援・相談センターを設置し、相談内容によって専門職が対応している。患者支援センターを設置し、入院の患者の支援を行っている。薬剤チェックの結果、必要な場合は薬剤師が介入している。緊急入院については、救急当直看護師が簡単な入院説明を行っている。医師はほぼ毎日病棟回診を行い、看護師は、PNS体制をとりモジュール方式で看護計画を立案し実践につなげている。薬剤師がすべての抗がん剤の調製、混合を実施している。輸血開始時から終了まで手順に沿って患者管理を行っている。手術適応を各科カンファレンスで決定している。麻酔科医は術前・術後訪問を行っており、術前・術後の情報を共有している。疾患や重症度によりICU、CCU、HCU等で適切な管理を行っている。入院時に全患者の栄養スクリーニングを行い、栄養管理が必要な患者に栄養管理計画書を作成している。緩和ケアマニュアル等を整備し、疼痛を客観的に評価し継続的なケアを行っている。リハビリテーションの必要性を評価したのち、患者・家族に説明し、同意を得てリハビリテーションを実施している。退院支援スクリーニングシートをもとに、必要な患者に対して多職種による退院支援カンファレンスを行っている。継続した診療・ケアを必要とする症例に対しては、多職種で退院サマリーを記載し情報を共有している。ターミナルステージへの対応は、疼痛・緩和マニュアルで方針が整備されている。また、患者・家族の意向を尊重し、在宅ケアへの体制もとられている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は処方鑑査、疑義照会や持参薬の識別および調剤鑑査などを確実にやっている。検査項目に関しては検査適正委員会においては検討し、医師のニーズに十分対応する体制である。放射線科読影医はCT、MRI検査のほぼ全例の読影を行い、報告書を作成している。CT、MRIは緊急時にも即時に行える体制になっている。栄養管理機能は、適時・適温で提供し、個別対応や選択メニューや行事食の導入など配慮されている。リハビリテーション総合実施計画書を作成し、カンファレンスでリ

ハビリテーションのプログラムの内容や改善効果等を評価している。また、当番制を敷いて365日継続的なリハビリテーションを実施している。医療機器は、使用後および定期的に保守点検を行い、一元管理している。外来・病棟の器材の消毒・滅菌は、外部への完全委託体制である。院内の中央材料室は、手術室で使用した器材のみ、洗浄・滅菌を行っている。

各種組織検査の検体提出から結果報告までの時間は適切で組織診はダブルチェックで行っている。放射線治療は実施していないが、必要な場合は治療可能なグループ病院に紹介している。輸血・血液管理は、緊急時を含めて手順マニュアルに従い、製剤発注から返却まで適切で、製剤の保管・管理も適切である。手術室運営委員会を毎月開催し、スケジュール管理法を確立している。集中治療における管理体制は明確であり医療機器は毎日臨床工学技士による管理・点検を行っている。救急センター運営委員会を毎月開催し、管理体制は明確である。看護師も適正配置し救急外来業務マニュアルを整備している。救命救急士による救急業務支援室を設立し積極的に救急業務の整備、拡充を目指す試みは評価できる。

10. 組織・施設の管理

予算は理事会、評議員会で決定し、損益計算書等の財務諸表を作成している。監査法人による監査など財務・経営管理を適切に行っている。窓口の収納業務、医師によるレセプト点検、コーディングの精度管理、返戻・査定の対応、未収金の対応など、医療事務を適切に行っている。業務委託については、業務委託の業務内容、品質、コスト面を含め、総合的に評価する仕組みを構築されるとさらに良い。

施設・設備は、日常点検・年次保守契約で保守管理を行い、医療ガス委員会の開催および定期点検を実施し廃棄物の処理も適切に行っている。物品管理はおおむね適切である。災害時の対応は、消防訓練の実施、停電時の自家発電装置の体制等整備しており、大規模災害時のトリアージ訓練も定期的に行っており適切である。保安業務は、緊急時の連絡体制、院内暴力の対応等、適切である。医療事故発生時の対応手順や原因究明および再発防止に向けた取り組み、訴訟時の対応手順も明確であり適切である。

11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修は、初期臨床研修プログラムに沿って研修医と指導医がマンツーマン体制で指導を行い、指導医からのミニレクチャー、フィードバック面接等で評価している。看護部や他の職種もそれぞれの研修プログラムに沿って研修を行い、研修内容の評価や見直しも適切に行っている。学生実習は、専門職から事務職員に至るまで、カリキュラムに沿って行っている。医療安全・感染管理などに関する教育や実習中の事故に対する対応方針もあり適切である。

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 | 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 | S |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 物品管理を適切に行っている | B |
| 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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 5 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人財団大和会 東大和病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 東京都東大和市南街1-13-12

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 | 284 | 284 | +0 | 86.7 | 13 |
| 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 | 284 | 284 | +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 | +19 |
| 集中治療管理室 (ICU) | 3 | +0 |
| 冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU) | 2 | -1 |
| ハイケアユニット (HCU) | 12 | +0 |
| 脳卒中ケアユニット (SCU) | 10 | +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 | 11 | +0 |
| 小児入院医療管理料病床 | 0 | +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 | 26 | +26 |
| 特殊疾患入院医療管理料病床 | 0 | +0 |
| 特殊疾患病床 | 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), DPC対象病院 (Ⅲ群), 在宅療養支援病院

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： 6 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

[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 |
| | 2018 | 2017 | 2016 | 2018 | 2017 |
| 1日あたり外来患者数 | 290.35 | 283.67 | 275.37 | 102.35 | 103.01 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 47.07 | 49.37 | 50.33 | 95.34 | 98.09 |
| 新患率 | 16.21 | 17.40 | 18.28 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 245.35 | 249.30 | 246.51 | 98.42 | 101.13 |
| 1日あたり新入院患者数 | 19.05 | 19.77 | 19.75 | 96.36 | 100.10 |