総括

■　機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■　認定の種別

書面審査および6月18日～6月19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　　リハビリテーション病院　　認定

■　改善要望事項

・機能種別　リハビリテーション病院

該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は、千葉県大網白里市の「季美の森」に2014年に新設された回復期リハビリテーションの専門病院である。集中的なリハビリテーションの提供とともに、併設する季美の森整形外科をはじめ、近隣病院との連携により患者を中心とした地域密着のリハビリテーションに取り組まれている。リハビリテーション療法科には理学療法士・作業療法士・言語聴覚士に加えトレーナーも配置され、患者の自主トレーニングが積極的に推進されている。看護部は入院生活から在宅へ繋げる回復期リハビリテーション看護の役割を担い、病棟レクリエーションを毎週行うなど、多職種が協働して取り組んでいる。多職種間の情報交換や連携・協働も密に行われ、身体能力の向上と生活動作の改善、在宅・社会復帰の取り組みがチームで推進されている。さらに、2022年には、退院後の在宅生活での機能低下を避けるために通所リハビリテーション棟が設けられ、生活期を支えるリハビリテーションの実践にも注力されている。「未来の暮らしを共に考え、治し支える医療へ」と謳う病院理念のもと、地域の医療機関や施設と綿密に連携した医療の提供により厚い信頼が構築されている。

病院機能評価は今回が初めての受審であるが、病院長のリーダーシップが発揮され、全職員が一丸となった病院機能の整備・改善の取り組みが行われている。職種間の関係や風通しもよく、教育・研修にも積極的に取り組むことで、充実したマンパワーと高い団結力が築かれている。今回の取り組みを土台として、ますます地域から信頼される医療機関として発展されるよう期待したい。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が分かりやすく明文化されて院内外に示され、病院組織運営の基本とされている。病院の運営方針を決定する会議は病院運営会議であり、決定された内容は、部署長で構成する部門会議を通じて組織内に伝達・周知されている。理念・基本方針に基づき中期経営計画が策定され、事業計画や月次目標計画、部門・部署毎の年間活動目標として具体化されている。情報の活用方針は電子カルテ委員会を中心に検討され、情報システムのセキュリティ対策も適切に行われている。文書管理規程により、承認、保存、破棄、開示についての手順が定められているが、管理すべき文書の明確化や改訂・最新版の周知・徹底が望まれる。

法令等で求める人員の確保に留まらず、病院規模や機能、業務量等を考慮した職種と人材が確保されている。職員の就労管理や職場環境づくりなどは、健全な労務環境の確保という観点から適切に行われている。職員の安全衛生管理については、安全衛生委員会が毎月開催され、労働環境ラウンドや健康診断、労働災害や職業感染への対応などが適切に行われている。職員の意見等が職員満足度の調査により把握され、福利厚生の充実などに反映されている。

全職員を対象とする教育・研修が計画的に行われ、研修効果を高める努力や工夫もされているが、患者の権利や医療の倫理などに関する教育・研修の実施が望まれる。職員の能力評価・能力開発では、職員個別の能力の把握や専門的技術の習得支援が行われるなど、優れた人材を育成する仕組みが整備されている。初期研修は、レベルに応じた研修が指導者のもとで実施され、ストレスの把握や離職防止にも力を入れるなど、非常にきめ細かい丁寧な研修が実施されており、秀でた取り組みとして高く評価できる。学生実習は、各職種において、指定されたカリキュラムに沿った実習が適切に行われている。

３．患者中心の医療

患者の権利が明確にされて患者・家族、職員への周知や実践場面での擁護が適切に行われ、また、認知関連行動アセスメントによる患者の評価に努めている。患者に診療方針等が分かりやすく説明され、同意を得る際には患者の意思が尊重されているが、同席に関するルール整備が望まれる。診療・ケアにおける患者の主体性を促進するため、患者・医療者相互に必要な情報の提供とともに、訓練スケジュールの説明により目標達成に向けた意欲を引き出し、トレーナーのサポートによる自主訓練の環境を整えるなど、主体的に医療に参加して最善の結果を目指す工夫に取り組んでおり、高く評価できる。患者相談窓口に社会福祉士が配置され、身寄りのない患者や経済的困難に関する相談、退院後の療養や生活など、多様な相談への対応が行われている。個人情報保護方針等が定められ、個人情報の物理的・技術的保護、診療上のプライバシーへの配慮が行われている。臨床における倫理的課題は病棟等のカンファレンスで検討され、解決困難な事案は倫理委員会において審議される仕組みであるが、主要な倫理的課題に関する病院方針の明確化や解決困難な事案の倫理委員会審議の活発化が望まれる。

患者・家族や面会者の来院時のアクセス、バリアフリーの確保、生活延長上の設備やサービスなど、高齢者・障害者に配慮した施設・設備が整備されている。病棟や病室は、診療・ケアに必要なスペースが確保され、整理整頓や清掃が行き届いている。また、創造の丘と称するリハビリテーション庭園は、お出かけ体験広場として４つのエリアに分けられ、在宅復帰を体験できる環境として整備されている。受動喫煙防止のために敷地内禁煙の方針が徹底されている。

４．医療の質

業務の質改善に向けた取り組みは部門会議で検討されているが、さらに組織横断的な改善活動を進めるために、既存の委員会の活用や組織的な改善活動を推進する仕組みによる活動が望まれる。診療の質の向上に向けた活動では、法人全体の症例検討会の年に１度の開催や看護部とリハビリテーション療法部合同での検討会が開催されているが、多職種が参加する合同カンファレンスの開催に向けた工夫などが望まれる。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、投書や調査結果は幹部職員が関与して分析や対策・改善が行われフィードバックされている。

診療・ケアの管理・責任体制が明確にされ、病棟には医師や看護師、療法士などの氏名が明示されている。看護師長の定期的なラウンドが行われ、患者の状態把握・療養環境の確認を通じて問題の解決に努めている。診療の記録は正確に遅滞なく電子カルテに記載されており、診療記録の質的点検も行われている。多職種協働による診療・ケアでは、各種委員会をはじめ、栄養サポート、褥瘡対策、感染制御などの専門チームの定期的な活動や支援が行われており、多職種が協働のうえそれぞれの専門性を発揮した診療・ケアが実践されている。

５．医療安全

医療安全委員会が設置され、専任の医療安全管理者とともに医薬品・医療機器・医療放射線の安全管理責任者が配置され医療安全マニュアルが整備されている。インシデント・アクシデントが各部署から報告され、毎週開催の医療安全管理室会議において情報共有や分析・対策検討などが行われており、各部署のリスクマネージャーと協働して安全対策の実践状況が評価されている。医療事故が発生した場合の基本方針が医療安全マニュアルに明記されて職員に周知され、必要に応じて関係者の会議を開催する仕組みがある。

患者・部位・検体等の誤認防止は、患者による氏名と生年月日の名乗り、ネームバンドの装着とバーコード認証などにより行われ、検体等の取り違え防止についても適切に実施されている。電子カルテ等が運用され、医師の指示や結果等の情報が迅速かつ正確に伝達されている。薬剤の取り違え防止など安全使用に向けた対策や注意喚起が薬剤師を中心に各部署で実践され、副作用の発現状況の把握と対応も適切である。全患者に転倒・転落アセスメントスコアを用いた評価が行われ、危険度に応じて部屋の配置やベッドの高さ、離床センサー使用などの看護計画が立案されている。医療機器については、輸液・シリンジポンプ等の取り扱いに関する研修と

ともに、医療機器の使用前・使用中・使用後の点検などが行われている。患者等の急変時対応の院内緊急コードが設定されて周知されるとともに、救急カートや蘇生装置の配置、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

院内感染対策委員会が設置され、感染制御チームによる院内ラウンドや感染防止に関する院内研修が実施されるとともに、感染対策マニュアルの策定や改訂が行われている。院内での感染発生状況の把握については、微生物サーベイランスが行われており、毎週の分離菌・感受性パターンの分析結果が院内感染対策委員会で報告され討議されている。また、県主導の「医療機関等によるウェブ会議」に出席し、自院の問題の討議や近隣の感染状況などの把握に努めている。アウトブレイクへの対応も適切に行われている。

医療関連感染を制御する活動では、速乾性手指消毒剤の設置や個人用携帯による手指衛生の徹底とともに、個人防護具の必要場所への配置や着用、汚染リネン・寝具などの取り扱いがマニュアル・指針に基づいて行われている。適正抗菌薬使用指針が策定され、使用できる抗菌薬は内服 12 種、注射 6 種と限定され、特定の抗菌薬 2 種類は届け出制とされて使用動向が把握され、医師へ定期的にフィードバックされている。

７．地域への情報発信と連携

地域の住民や患者向けの情報はホームページやパンフレット、SNS で発信され、保健・医療・介護・福祉施設向けの情報は病院パンフレットと年報で発信されて、急性期病院への訪問時に病院の機能や特徴等が説明されている。地域の医療関連施設等のニーズの把握や連携については、急性期病院等の訪問による顔の見える関係づくりとともに、県脳卒中等連携意見交換会や地域連携パス会議への参加などにより地域の保健・医療・介護・福祉施設等との積極的な連携に努めている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動では、退院後の在宅生活における患者の状態の把握と地域連携により在宅生活を支えることを目的に「在宅支援部」が設置され、退院後の患者の支援や介護予防活動が行われている。また、行政との連携による介護予防事業、市民公開講座や千葉整形外科外傷研究会とのコラボウェビナー、健康教室やセミナー・講演会等の開催、看護師の「印西市在宅医療・介護連携、認知症推進会議」への派遣など、退院患者の在宅生活の全面的支援や健康増進活動、リハビリテーションに寄与する活動、また、地域の保健・医療・介護福祉施設等に向けた専門的な知識・技術等に関する教育・研修への積極的な取り組みは、秀でた活動として高く評価したい。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

紹介患者の受け入れや事前情報の共有、外来診療や診断的検査、入院の決定が適切に行われ、診療計画は医学的診断・評価に基づいて作成されているが、患者の状態に応じた内容の充実が望まれる。リハビリテーションプログラムは、患者の障害

像を評価のうえ作成され、認知行動アセスメントに関しても統一した評価が行われるように努めている。患者・家族からの医療相談には、社会福祉士や看護師などの専門職種との連携による対応が行われている。

医師により疾病や患者の状態に応じた回診が行われ、チーム医療におけるリーダーシップが発揮されている。看護職の病棟業務では、患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握したうえで看護計画が立案され、状況変化に応じて修正しながら患者・家族の援助に努めている。また、看護補助者と協働して患者の日常生活支援が行われ、個々の患者の状態に応じた看護・ケアが提供されている。入院時に褥瘡のリスク評価が行われて対策が立案され、マットレスの選択などの予防策が講じられている。患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めているが、基本方針や手順の整備が望まれる。理学療法は病棟にも訓練できる空間があるほか、屋外にお出かけ体験広場があり、斜面や不整地での歩行練習や横断歩道を渡る訓練、電車の駅を想定した訓練などが行われている。作業療法では各階に在宅復帰調整室があり、退院後の生活を想定した日常生活動作訓練や園芸・農作などの訓練も行われている。言語聴覚療法では、嚥下内視鏡検査や嚥下造影検査、食事場面での摂食の指導などが行われ、高次脳機能障害に対しては、各種標準的な評価バッテリーが揃えられている。ケアについては、生活機能の向上を目指してチームで実践されている。身体抑制については、必要性が評価され、説明のうえ同意を得て実施されているが、指針・基準等の統一が望まれる。栄養管理と食事支援、患者・家族への退院支援や必要な患者への継続した診療・ケアなどは適切に行われている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、薬剤部門はもとより院内の薬剤の使用管理、処方の疑義照会、調剤・調剤鑑査、持参薬の鑑別と管理などが適切に行われている。臨床検査は業務委託されているが、検査結果の各病棟等への報告や異常値・パニック値の取り扱いや対応も適切である。画像診断ではX線一般撮影、デジタルTV、CT、MRI検査が行われ、診療放射線技師は全日勤務で、時間外もオンコール体制が整えられている。栄養管理機能では、食事アレルギーや嗜好等の把握、食事形態や食具の選定などの個別対応に努め、温冷配膳車を使用した適時・適温の提供や行事食の提供、メッセージカードの添付などの食べる意欲を引き出す工夫が行われている。リハビリテーションについては、充実した機器や施設・設備とともに、健康運動指導士による患者の自主訓練の指導や高次脳機能障害患者への多職種での取り組みが行われており、患者・家族とともに退院後の生活を考え、想定される環境に応じた生活の構築を目指した取り組みが推進されていることは高く評価したい。診療情報管理では、電子カルテにより１患者1IDによる診療記録の一元管理が行われている。

医療機器管理では、医療機器台帳により設置保管場所ごとの機器がリスト化され、点検計画や点検実施状況、修理履歴などが一元管理されている。洗浄・滅菌業務は業務委託されており、使用済み器材は病棟で一次洗浄の後に蓋付き容器に入れて業者に配送されている。

１０．組織・施設の管理

財務・経営管理では、実績等を踏まえて５年間の事業計画書（予算書）が作成されて月次の予算執行管理や財務諸表の作成が行われ、公認会計士による会計監査が行われるなど、長期的な展望のなかで経営改善に努めている。医事業務では、窓口の業務が合理的な仕組みで行われ、レセプト点検への医師の関与や施設基準を遵守する取り組み、未収金への対応などが行われている。業務委託では、業者が選定ルールに基づいて決定され、事故発生時の対応なども明確化された業務委託契約が締結されている。委託業者の委員会への参加や責任者との定期的な懇談等により業務内容の品質維持が図られるとともに、委託業務従事職員の教育実施状況が把握され、院内研修への参加も促されている。

施設・設備の管理では、日常点検とともに、保守計画に基づく定期点検が確実に実施され、法定の医療ガスの点検なども適切に行われて点検記録も整備されている。購買管理では、発注から納品までの一連のプロセスが明確にされ、発注・検収に関する内部牽制や在庫管理の状況も適切である。災害時等の危機管理への対応では、大規模災害および台風を想定した事業継続計画が整備され、消防訓練や総合避難訓練の実施、非常時用の医薬品や飲料水、食料品の備蓄が行われている。保安業務は、施設巡回や施錠管理などの業務内容が明確化され、日々の業務実施状況が把握されている。

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	S
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	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
1.3.3	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	B

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	A
1.6.3	受動喫煙を防止している	B

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	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	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	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	B
2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	B
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A
2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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	S
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	NA
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	NA
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	NA
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	NA

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	B
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	S
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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2023 年 3 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 医療法人社団鎮誠会 季美の森リハビリテーション病院

I-1-2 機能種別 ： リハビリテーション病院

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 千葉県大網白里市季美の森南1-30-1

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	60	60	+0	86.89	83.83
療養病床	60	60	+0	88.36	86.77
医療保険適用	60	60	+0	88.36	86.77
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	120	120	+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)		
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		
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	120	+0
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		
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 ：

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

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	0	1.22	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
神経内科	0	0.19	0.93	38.90	0.00	0.00	3.10	0.00	4.87	0.00
外科	0	0.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
整形外科	0	2.16	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
リハビリテーション科	6	1.3	1.45	61.10	105.15	100.00	34.37	85.38	0.20	14.40
研修医										
全体	6	5.34	2.38	100.00	105.15	100.00	22.20	85.38	0.21	9.27

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	2.38	3.01	2.92	79.07	103.08
1日あたり外来初診患者数	0.53	0.37	0.18	143.24	205.56
新患率	22.20	12.16	6.31		
1日あたり入院患者数	105.15	109.03	103.56	96.44	105.28
1日あたり新入院患者数	1.23	1.43	1.46	86.01	97.95