

# 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6月4日～6月5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

貴院は北里研究所附属病院を前身として、2008年に北里大学北里研究所病院となり、現在に至っている。「心ある医療」の実践を病院理念として、医療に携わる全職員が先進的で良質な医療の提供に努力している。地域と密着した医療の実現として、自院の医師と地域の「かかりつけ医」が連携して継続的な治療を行う二人主治医制に取り組み、地域の病院・診療所との連携を深めている。さらに、地域包括ケア病棟などを通じて、顔の見える環境づくりに努め、積極的に地域医療に貢献している。また、予防医学としての健診事業や高齢者の移動機能の低下防止としてのロコモティブシンドローム対策や糖尿病の予防・治療などにも積極的に取り組んでいる。病院は「明るく働きやすい病院」「健全で安定した経営」「未来を見据えた診療体制」「愛される病院」のスローガンのもと運営されている。今回は、初回認定以来継続しての病院機能評価受審となるが、病院長および担当副院長のリーダーシップのもと、全職員が医療の質の向上に向けて取り組んでいる状況が確認できた。今後も審査結果を十分に活用され、地域住民に寄り添った医療の提供に取組まれ、貴院が更なる発展することを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念を実現するため、行動指針、基本方針を明文化し、職員や院外に広く周知している。病院幹部の選任過程や評価の仕組みは明確であり、意思決定機関である経営戦略会議を定期的に行い、決定事項などは部長会議、課（科）長会議や教職員専用サイトで周知を図っている。学校法人として中期計画、事業計画を作成し、それに基づく各部署の目標設定、達成度の評価が行われており、組織運営を効果的・

計画的に行っている。また、院内研究発表会では表彰制度があり、就労意欲の向上に努めている。医療情報の活用方針は明確であり、情報の有効活用やセキュリティ管理も適切に行っている。文書管理は規程に基づき行われ、教職員専用サイトや電子カルテにて全職員が閲覧できる体制としている。

職員採用に関しては、各部署とのヒアリングを行い、人員計画を立て、事業計画とともに法人に提出し、承認のもと採用活動を行っている。人事・労務管理に必要な就業規則や給与規程などを整備し、職員の出退勤時刻はICカードによる打刻で管理を行っており、各部署の管理者は超過勤務時間や有給休暇取得率を適宜確認している。安全衛生委員会を毎月開催しているが、医師を含めた健康診断における受診率の向上が期待される。職員からの意見・要望は職員満足度調査や人事評価面談などで収集し、様々な福利厚生サービスを提供して、魅力ある職場づくりに努めている。

全職員を対象とする研修会については、医療法・施設基準で定められた研修会以外の教育・研修についても病院にとり必要度の高い研修会として検討の上、計画的に実施することが期待される。すべての職種に対して人事考課制度を導入し自己評価に基づく面談により能力評価を行っている。毎年、初期臨床研修医をはじめ、各職種で新人を採用し、研修プログラムやラダーによるレベルに応じた育成を行っている。多くの学生実習を受け入れており、各部署のカリキュラムに沿った実習および評価を行っている

### 3. 患者中心の医療

患者の権利に関してはプライバシーの保護を理念の行動指針に明記し、患者の権利とお願いには人格や価値観の尊重、自己決定権やセカンドオピニオン等を明文化している。患者への説明と同意は、説明と同意に関する基準に明記している。患者との診療情報の共有と、医療への患者参加の促進は適切である。患者相談窓口を玄関ホールに設置するとともに、医療福祉、療養生活、薬剤、医療安全などのテーマごとの相談体制を整え、看護師やソーシャルワーカーが多様な相談に応じている。医療情報システムは外部ネットワークから遮断し、個人情報管理の観点から職種による電子カルテの操作可能範囲を限定している。外来での患者呼び出しには番号を用い、電話による患者情報の照会には応じないことを徹底している。臨床における倫理的課題を共有し、検討する組織的な体制があり、臨床現場での倫理的課題等を把握し、多職種による検討が行われている。

病院へは複数のバス路線を利用でき、駐車場も整備している。売店、公衆電話、自動販売機など生活延長線上のサービスを確保している。出入り口および院内の床は平坦であり、玄関内に車いすおよびストレッチャーを常備している。トイレ・浴室の利便性、清潔性、安全性は適切である。敷地内禁煙を、院内掲示・入院案内などによって周知している。禁煙を推奨するポスターを院内に掲示し、禁煙外来を開設している。

### 4. 医療の質

業務の質改善に向けた取り組みは、外来診療効率化作業部会や各部署が独自に業務改善に取り組んでいる。各部門の業務改善効果は年1回の報告会で公表され、優秀な活動は顕彰されている。保険医療・DPC・パス委員会が各科のクリニカル・パスの承認や見直し、バリエーション分析を行っている。各診療科、各部署では臨床指標を設定して、実績をホームページに公表している。投書箱を病棟・外来に設置し、医療サービス向上委員会で投書内容を検討している。総合サービス室の職員が毎月、院内快適ラウンドを実施し、整理整頓などの環境整備に努めている。新しい診療技術や治療法の導入時には、医の倫理委員会で審査しているが、病院としての申請すべき新しい診療技術に関する規定の作成と周知が期待される。

診療・ケアの管理・責任体制は適切である。診療記録は電子カルテの運用であり、診療録記載のマニュアルを作成している。記載内容は診療録監査部会がチェックシートを用いて診療録の記載内容を年複数回にわたり質的点検をしている。ICT・AST、NST、褥瘡防止対策チーム、PCT（緩和ケアチーム）、コンチネンsteam、高齢者医療支援チームなどの専門チームが定期的なラウンドおよびカンファレンスを行い、多職種で協働して患者の診療・ケアを行っている。

## 5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、医療安全管理委員会およびセーフティマネジャー部会を運営しながら医療安全活動を推進している。インシデント・アクシデント報告を集約・分析し、部署と医療安全管理室が協働して再発防止策を実施している。対策実施後の評価を行い、継続的な改善活動を展開している。医療安全マニュアルの中に医療事故報告体制を設け、患者の救命・安全確保の優先、医療安全管理室への通報などを定めている。医療安全管理委員会が原因究明と再発防止策を検討する仕組みを確立している。

患者確認は本人がフルネームと生年月日を名乗ることを原則とし、病棟における患者認証は必ずリストバンドで行う運用を徹底している。マーキングやタイムアウトを実施し、部位や患者誤認防止を図っている。口頭指示は原則受けない方針としている。やむを得ない場合には看護マニュアルに則って指定された指示受け用紙を用いて指示を受けている。放射線画像レポートについて、既読を体系的に確認するシステムを導入することが期待される。ハイリスク薬は、医薬品の安全使用のための業務手順書に規定され、配置場所にはシール貼付により注意喚起を促している。内視鏡センターでの薬剤保管庫の在庫確認に薬剤師も関わることを期待される。転倒・転落事故防止対策ガイドラインに則り予防や対策、転倒・転落発生時の対応を講じている。セーフティマネジャー部会に転倒・転落チームを設け、対策や手順の見直しを図っている。部署では整備済みの医療機器を使用し、研修を受けた職員が安全に使用している。人工呼吸器使用中は看護師と臨床工学技士が作動確認を行っている。生体モニターは装着基準に則っている。院内緊急コードを設定し、全職員が迅速に対応している。救急カートに常備する薬品や備品は標準化し、日常点検も確実にやっている。

## 6. 医療関連感染制御

感染管理室は、毎月開催する病院長参加の院内感染等防止対策委員会を運営している。また、ICT と AST を組織し、毎週行う ICT ラウンド、AST ラウンド、ICT/AST ミーティングの活動を担っている。院内感染防止対策の手引きを冊子体で作成し、職員に配布している。院内での感染発生状況は ICT が継続的にモニタリングし、感染情報として集 1 回レポートとしてまとめている。感染防止対策の手引きには、アウトブレイク時の判断について定めていて、連絡網、対応の手順、公表などについて規定している。個人防護具は必要な場所に配置し、感染性廃棄物や汚染リネンなどは交差感染しないよう取り扱っている。手指衛生遵守状況の把握と改善活動によって手指衛生の徹底を図っている。

抗菌薬の使用は、院内抗菌薬使用ガイドブックに基づき使用している。薬剤師を中心として AST が活動し、抗菌薬使用状況をモニタリングしている。AST は病棟薬剤師と連携し、抗菌薬の用量、TDM 測定などについて電子カルテ上に記載し、主治医へのフィードバックを行っている。

## 7. 地域への情報発信と連携

医療サービス等の情報は、広報誌「つくしんぼ」、ホームページなどによって発信している。広報誌を年複数回発行し、ホームページには受診案内をはじめ診療科・部門紹介、市民向けセミナー・イベント情報、患者満足度調査結果など多彩なコンテンツを掲載している。診療実績や学術活動の実績はホームページの診療科・部門紹介ページや病院指標・臨床指標のページに掲載している。区医師会との緊密な連携のもと医療関係者の研修等を実施している。2 人主治医制の考え方のもと協力連携医療機関登録制度を運用し、病院情報の提供や積極的逆紹介に取り組んでいる。近隣の病院と診療連携協定を結び、患者の相互紹介等に取り組んでいる。地域住民を対象に「市民公開講座」を継続開催し、毎年の「予防医学デー」での啓発活動、小学生向け手術体験セミナー「ブラックジャックセミナー」にも取り組んでいる。登録医を対象とする医療連携懇親会では医療講演等を行い、区内の医師とともに糖尿病や慢性腎疾患に関する連携活動に取り組んでいる。登録理学療法士を対象に循環認定理学療法士臨床認定カリキュラム講習会を実施している。

## 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、ホームページ等で案内し、玄関ホールでは総合案内の看護師が患者への案内とサポートを行っている。検査の必要性は担当医の判断あるいは診療科内で検討し、説明を行い同意書の取得後に安全に実施している。入院の必要性については担当医師が医学的見地に基づき判断しており、状況に応じて、当該診療科内や他の診療科間で協議の上で検討している。医師は入院前からの患者の病態から判断して診療計画を迅速に作成し、その内容に沿って看護師、薬剤師などのスタッフが協働で計画を作成している。

主治医、担当医は基本的に毎日回診を行い、診療科全体での診療方針の共有や指導に努めている。看護師は、看護業務マニュアルや看護手順などを定め円滑な業務

を行っている。病棟に配置された薬剤師は持参薬管理と薬歴確認を全ての入院患者に対して行っている。輸血療法は、担当医の判断や診療科内での検討後に患者に必要性和リスクを説明して、同意書を取得後に実施している。手術麻酔に関しては、担当医は手術に関する説明を行い、手術のメリット、デメリットなどの説明後に同意を文書で取得をしている。重症患者はHCUや病棟の重傷者病室を用い、多職種の間与も得て治療している。医療機器圧迫関連創傷やスキンケアにも留意し、必要時褥瘡（チーム）部会の介入によって継続的なケアを行っている。症状緩和についてはマニュアルが整備され、PCT（緩和ケアチーム）による適切な介入が行われている。療法士はリハビリテーションの依頼後に必要性和リスクを評価し、総合実施計画書を作成している。身体拘束については、安全な実施に努め、早期解除に向けて取り組んでいる。患者家族への退院支援として、患者・家族の要望に沿って多職種で対応している。ターミナルステージの判断は複数の医師で検討し、患者や家族の意向を踏まえ、尊厳を尊重したケアを実践している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、検査結果を参照して処方鑑査を行い、積極的な疑義照会を行っている。臨床検査機能では、外部委託を含め病院の機能に応じた検査を実施し、異常値の報告体制も確立している。画像診断機能では、CT、MRI 含む全ての画像は即日読影を行い、緊急性の高い所見を認めた場合には、読影医が依頼医に直接電話している。食事の提供については、配膳には温冷配膳車を用い、業務用エレベーターを専用にして適時適温の食事を提供している。心大血管疾患リハビリテーションセンターにおいては、医療安全管理上、救急カートの配置の検討が期待される。診療情報機能では、電子カルテシステムのもと1患者1IDによって診療情報を一元的に管理している。診断名および手術名のコーディングは標準的方法で行い、統計資料の作成に活用している。医療機器管理機能では、臨床工学技士が輸液ポンプ、シリンジポンプなどを一元管理し、定期的な保守点検を実施している。洗浄・滅菌機能では、滅菌の質保証は各種インディケータを用いて確実に確認している。単回使用医療機器の再使用もない。

病理診断機能では、迅速病理診断はWeb会議システムで報告し、未読報告書は毎月各診療科へ通知するなど、報告体制は確立している。放射線治療機能では、放射線治療医と診療放射線技士によりCTを用いてシミュレーションを行い、治療計画を作成している。輸血・血液管理機能については、輸血療法委員会が廃棄率低下に努めている。手術・麻酔機能では、手術室マニュアルが整備され、患者誤認防止を確実に実施して安全に手術が行われている。麻酔科医は術前術後訪問を確実に実施している。集中治療機能では、集中治療ではHCUを使用し、入退室基準は明文化しており、多職種で協働して集中治療に対応している。救急医療機能では、二次救急対応病院として対応可能な患者は全て受け入れ、当直医はオンコール医の協力を得ながら治療に当たっている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経理管理として、病院幹部が各部門のヒアリングを行い、事業計画、人員計画、収支予算をとりまとめ、学校法人特別会計規則に従って会計を処理している。収支実績や施設の稼働状況を毎月把握し、経営戦略会議で検討を行っている。医事業務はマニュアルに沿って実施している。レセプト作成には医師が積極的に関わり、未収金は個別に台帳で管理して計画的な督促を実施している。委託業者は、委託効果や複数の見積もりなどを検討のうえ選定している。契約期間は原則1年とし、期間満了前に現場からの評価も得て契約更新を検討している。委託業務の実施状況は業務報告や委託業者との定期協議などによって把握している。

施設・設備の管理は法人本部との連携のもと、業務委託により24時間体制で管理している。計画に基づき日常点検・定期点検を行っており、医療ガスの点検・整備体制や感染性廃棄物の保管・管理状況なども適切である。購買管理において、医薬品は薬事委員会で1増1減の原則のもと採否を決定している。医療消耗品は医療材料検討委員会で、医療機器は機器整備委員会で購入の可否を検討している。いずれの委員会も、診療部、看護部、薬剤部、診療技術部などの各部署の代表者が参加している。

地域災害拠点病院の指定を受けており、災害用BCPを作成し、地域の災害医療合同訓練に参加している。非常用電源の確保、医薬品、飲料水、食料品のほか、災害用応急器材などの備蓄を行い、災害に備えている。24時間体制で警備員を配置し、院内巡視、施錠管理、モニターの映像監視、時間外来訪者の受付など病院内の安全確保に努めている。

# 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	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	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	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	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	A
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	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	B
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
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	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	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	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	B
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間中	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	
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	B
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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2024 年 2 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 学校法人北里研究所 北里大学北里研究所病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 東京都港区白金5-9-1

### 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	269	260	+0	55.7	11.2
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	269	260	+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	0	+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)	4	+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	0	+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	38	+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

災害拠点病院(地域), 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： 2 人 2年目： 2 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	879.89	765.22	713.78	114.99	107.21
1日あたり外来初診患者数	42.74	36.95	32.56	115.67	113.48
新患率	4.86	4.83	4.56		
1日あたり入院患者数	144.27	147.83	136.01	97.59	108.69
1日あたり新入院患者数	12.32	12.43	11.06	99.12	112.39