総括

■　機能種別

主たる機能種別「一般病院１」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8月5日～8月6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１	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１

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、透析医療の先駆けとして開院され、現在は本院のほか近隣地域を拠点にした複数の関連透析施設を有し、多くの慢性腎臓病患者の治療管理を行っている。慢性腎臓病のさまざまな合併症の治療のため、ストーマ外来、フットケア外来などの専門外来を設けているほか、バスキュラーアクセスセンター、創傷ケアセンターを設置している。バスキュラーアクセスセンターでは多くの透析患者のシャント作成や、アクセストラブルに対する治療を行い、広域からの紹介患者を受け入れている。腎疾患や糖尿病に加え、循環器内科、消化器科、泌尿器科、整形外科等の診療体制を整え、専門的側面からの診断・治療を行っている。医師をはじめとする多職種が地域住民へ糖尿病や腎疾患、フレイル、認知症等についての講話を行い、高齢者施設の看護師、介護職員に対しても専門的な視点での研修等を開催している。専門性の高い知識・技術を備えた多職種が、思いやりのある心でチーム医療を推進し、患者や地域を支えている。

今回の審査結果も参考とされ、今後も医療の質向上に向けて継続して取り組まれるとともに、地域になくてはならない病院として益々発展されることを期待したい。

２．理念達成に向けた組織運営

理念、基本方針を明文化して、院内掲示やホームページで周知している。中期計画を部門・部署長を介して周知し、イントラネットでも閲覧可能にしている。職務分掌規程や職務権限規程を整備し、組織図を策定している。提案制度「東葛イノベ制度」を創設し、職員の経営参画意識の向上に努めている。文書管理規程を策定し、文書の受付、保管、保存、廃棄等について定めている。

各部署より書面で人員の充足状況を確認し、採用計画を作成のうえ最終決定している。短時間労働職員を含め就業規則を整備している。メンタルヘルスは公認心理師が相談窓口になり、ハラスメントの相談窓口も設けて周知している。職員満足度調査やふれあい箱の投書により、職員の意見や要望を収集している。

年間研修計画を立て、医療安全、感染防止、個人情報保護、セキュリティ等の研修を行っている。フットケアナース、エコーナース、バスキュラーアクセスエコーの院内資格制度を確立しており評価できる。看護師、薬剤師、療法士、臨床工学技士、医療事務の養成校からの実習生を受け入れている。

３．患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族に周知を図るとともに、職員は患者の権利を記載したカードを携帯し、患者の権利擁護の実践に努めている。診療記録は患者の請求に基づき、決められた手順で開示している。説明と同意に関する書式と手順を定め、遵守している。高齢化に対応すべく絵や動画を用いて患者・家族が疾患の理解を深め、医療に積極的に参加できるよう促している。看護師および MSW を配置して、患者・家族からの相談対応体制を整備している。個人情報保護方針や利用目的を明文化し周知している。臨床現場で発生が想定される倫理的課題について、病院としての対応や方針を定めている。臨床現場では日常的に多職種が倫理的課題について検討している。

近隣駅との巡回バスを定期的に運行している。院内に生活用品自動販売機、コインランドリー、Wi-Fi 環境などを整備し、入院中の病衣やタオルのレンタルサービスがある。療養環境においては、高齢者・障害者への配慮や工夫がある。職員が医療機関の禁煙外来を受診した場合に、一部負担金の補助を行う制度があり、禁煙促進に努めている。

４．医療の質

医療の質向上のため、各部署が目標を定め、改善活動に取り組み、組織として中間報告、期末評価を行っている。ホームページに医療の質指標を公開し、改善実績を評価している。患者・家族からの意見、要望などを収集するための意見箱を設置し対応している。新たな医療技術の有効性や安全性等を多角的に検討し、倫理委員会で承認している。

主治医不在時の対応を含め、診療・ケアの管理・責任体制は明確である。診療記録は電子カルテに記載し、医師記録や看護記録の質的点検を行い、記録の改善に努めている。日常的に多職種が情報を共有し、医師を含めた多職種で病棟カンファレ

ンスや退院支援カンファレンス等を開催している。医師や認定看護師を含めたNST、ICT、褥瘡対策チーム、フットケアチームなど、様々な専門チームが組織横断的に介入し、質の高い医療・ケアの提供を実践している。

５．医療安全

院長直轄の安全管理室を設置して、医療安全に向けた体制構築に努めている。インシデント・アクシデントレポートをもとに再発防止に向けた分析を行い、防止策を検討している。また、再発防止策の点検を行い、安全文化を醸成している。医療事故発生時には医療事故等対策委員会を開催し、医療事故の原因究明や再発防止を検討する仕組みがある。

患者誤認防止は名乗りを原則とし、病棟ではリストバンドの活用も行っている。電子カルテを使用し、指示出し、指示受け、実施、実施記録の安全な手順を整備している。薬剤の安全使用については、ダブルチェックや電子カルテのチェック機能を用いて、誤認防止をしている。ハイリスク薬であるカリウム製剤はプレフィルドシリンジ製剤を採用し、薬剤部門で希釈してから払い出している。入院時アセスメントで転倒・転落のリスクを評価し、防止策を立案して実施し、実施後も定期的に見直している。各種医療機器マニュアルを整備し、チェック表を用いて日々の点検・確認を実施している。

６．医療関連感染制御

感染対策委員会で感染制御について組織横断的に検討している。多職種からなる感染制御チームが医師や病棟のリンクナース、病棟薬剤師と連携し、感染を制御する体制を整備している。透析関連の感染に重点を置き、サーベイランスや外部からの情報収集を行い、研究会にも参加し、積極的に感染制御に取り組み改善実績もある。感染制御チームは現場のラウンドとともに培養結果や抗菌薬使用状況を把握し、臨床現場へ積極的に介入している。

手指衛生の実施では速乾式手指消毒剤を使用し、職員は個人用も携帯している。血液・体液等で汚染されたリネン・寝具類を適切に取り扱っている。抗菌薬適正使用マニュアルに沿って抗菌薬を使用し、薬剤師や感染制御チームが関与して適切な抗菌薬を選択している。

７．地域への情報発信と連携

広報誌を発行し、法人内の他施設や地域医療機関等に配布している。外来・入院患者数、PTA 件数、透析回数等の診療実績をホームページで公開している。医療福祉連携課の事務職員、看護師が紹介患者、緊急入院患者の受け入れ、逆紹介、転院の手続き等の連携業務を行っている。医師や事務職員が地域の医療機関を訪問し、自院の情報発信や、対面することによる紹介の円滑化に努めている。地域住民向けに認知症予防教室、フレイル予防教室、糖尿病勉強会、腎臓病勉強会、栄養教室等を行っており、医師、看護師、薬剤師、療法士、管理栄養士、歯科衛生士等が講師となり知識向上に努めている。看護師、管理栄養士は透析や栄養の基礎をテーマに

介護施設に出向き勉強会を行っている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

医師、看護師、その他の医療スタッフの連携によって、診療計画を立案・共有し、患者の診療、ケアにあたっている。院内外の専門職種や施設等と連携を密にして、患者支援と社会資源の活用を行っている。薬剤師は患者情報の共有や安全情報の提供を行い、安全な薬剤管理に貢献している。輸血システムを導入し、安全な輸血・血液製剤の投与を行っている。周術期の患者や重症患者の管理は標準手順に基づき、適切な観察やモニタリングのもと行っている。

入院時全患者に対して褥瘡のリスク評価を行い、褥瘡発生時には専門チームによる評価・回診・治療を行っている。入院時に栄養スクリーニングを行い、栄養管理計画や患者指導につなげている。患者の苦痛・疼痛の標準的な評価方法に基づいて観察と援助を行っている。医師の処方、担当部門の評価や実施計画のもと、安全で効果的なリハビリテーションを実施している。身体拘束は医師による必要性の判断に基づいて説明・同意の上で実施し、必要最小限の実施となるよう解除に向けて取り組んでいる。多職種が連携して患者・家族の意向に応じた退院支援を行っている。

＜副機能：慢性期病院＞

外来診療は完全予約制で行い、待ち時間短縮に配慮している。外来看護師は、慢性疾患患者への療養指導を適時に実施し、継続的な看護介入を行っている。入院診療では、入院受け入れ方針と療養病棟入院判定基準を定め、多職種による判定会議で入院を決定している。医療相談は、MSW が入院前面談から介入し、多様な相談に対応している。

医師は患者の病態を診断・評価し、必要に応じて回診や面談を行っている。看護・介護職は、看護基準・手順を整備し、日常生活援助と診療補助業務を担っている。褥瘡の予防・治療および栄養管理は、多職種協働で適切に実施している。リハビリテーションでは、摂食・嚥下機能、排泄機能、移動能力、認知機能等を評価し、生活機能の維持・向上に取り組んでいる。また、季節の行事や飾りつけを行い、療養生活の活性化を図っている。身体拘束の最小化に向けて「身体拘束等適正化のための指針」を整備し、原則実施しない方針を明文化している。ターミナルステージへの対応では、「終末期医療に関するガイドライン」を整備し、「事前の意思表示書」により患者・家族の意向を確認している。

９．良質な医療を構成する機能

フォーミュラリーを法人組織内で共有することで適正な薬剤使用の標準化を図っている。また、腎機能に応じた薬剤投与の早見表の活用や薬物血中濃度モニタリングで、腎不全患者に適正な投与量を決定しており、地域の専門病院として高く評価できる。迅速に検査結果を報告し、パニック値は医師に直接伝える仕組みとなっている。画像診断機能は一般撮影装置、X 線テレビ、血管撮影装置、CT を有し、CT

は全件非常勤の放射線科医が読影し、胃透視は造影中の所感を診療放射線技師が医師に伝える等の読影補助を行っている。管理栄養士は医師、看護師、療法士等と栄養や嚥下、食具等の評価や課題に対する対策を個別に講じている。療法士の評価や多職種カンファレンスでの検討により、患者状態に応じたプログラムを作成し、継続的なリハビリテーションを提供している。医療機器の定期的な点検や標準化、安全使用に取り組んでいる。院内で使用する器材の洗浄・滅菌機能を中央化し、滅菌効果を十分に確認している。手術・麻酔機能は透析関連の局所麻酔手術が多く、標準化した手順で安全に実施している。救急医療機能は院内外の透析患者を積極的に受け入れており、専門病院として地域ニーズに対応している。

１０．組織・施設の管理

収益の計画値、前年度実績、各部署からの購入希望とヒアリング結果を総じて予算を作成している。毎月の実績を経営会議に報告し評価を行い、必要な場合は対策を講じている。窓口業務マニュアルをもとに、円滑な患者対応や事務作業を行っている。レセプトの返戻・査定は医療事務部が分析し、担当医師と対策を講じている。医療関連サービスマーク認定や日常業務の施行状況にて業務の質の評価を行い、定期的ミーティングや都度の改善要望にて、質の担保・向上に努めている。

施設・設備の管理では、定期的に総務課が建物点検を行っている。空調・消防用設備、受水槽、給水・排水設備等の年間保守計画を策定し、実施している。各部署の医薬品の適正配置数は適宜薬剤師が関与して決定している。診療材料は SPD であり、標準化に努め、業者から使用量や不動在庫の報告のもと適正配置数を決定している。

災害対策委員会で自院のリスクを判断し、経営会議で承認のもと BCP を作成している。24 時間交代制で委託業務従事者が保安業務を行っている。

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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	B
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	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	B
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	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	A
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	必要な患者に在宅などで継続した診療・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	B

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	S
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	NA
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	B
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	B
4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	B
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	学生実習等を適切に行っている	B
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	B
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	B
2.2.6	診療計画と連携したケア計画を作成している	B
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	B
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	B
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	A

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	B

年間データ取得期間： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 医療法人財団松圓会 東葛クリニック病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院1、慢性期病院(副機能)

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 千葉県松戸市樋野口865-2

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	48	48	-8	86.1	18.3
療養病床	47	47	+8	97.3	505.8
医療保険適用	47	47	+8	97.3	505.8
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	95	95	+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	35	+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		
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

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	4	0.5	13.79	13.08	20.73	23.81	12.75	60.30	3.07	4.61
呼吸器内科	1	0.2	8.21	7.79	8.59	9.86	18.28	44.45	6.84	7.16
循環器内科	0	0.1	3.04	2.88	0.16	0.19	4.35	39.33	30.41	1.62
腎臓内科	1.8	0.3	17.58	16.67	18.28	21.00	14.85	36.17	8.37	8.71
神経内科	0	0.2	0.42	0.40	0.00	0.00	1.61	0.00	2.10	0.00
糖尿病内科（代謝内科）	0	0.6	10.37	9.84	0.00	0.00	1.41	0.00	17.28	0.00
外科	2.8	0.2	13.49	12.80	26.76	30.73	18.42	27.95	4.50	8.92
呼吸器外科	0	0.1	0.42	0.40	0.00	0.00	44.00	0.00	4.24	0.00
循環器外科(心臓・血管外科)	0	0.2	0.81	0.77	3.00	3.44	3.75	57.58	4.07	14.99
消化器外科(胃腸外科)	1.8	0	9.43	8.94	5.92	6.80	9.89	24.57	5.24	3.29
泌尿器科	0.9	0.2	6.58	6.24	2.03	2.33	11.24	30.24	5.98	1.85
整形外科	0	0.4	5.91	5.60	1.60	1.83	7.41	77.73	14.76	3.99
放射線科	0	0.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
人工透析内科	0.4	0.2	13.30	12.61	0.00	0.00	0.69	0.00	22.16	0.00
創傷ケア	0.2	0	1.02	0.97	0.00	0.00	3.97	0.00	5.12	0.00
NST外来	0.1	0	1.05	0.99	0.00	0.00	16.50	0.00	10.47	0.00
研修医										
全体	13	3.3	105.42	100.00	87.07	100.00	10.69	36.51	6.47	5.34

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)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	105.42	103.31	105.16	102.04	98.24
1日あたり外来初診患者数	11.27	11.09	10.84	101.62	102.31
新患率	10.69	10.73	10.31		
1日あたり入院患者数	87.07	81.64	74.24	106.65	109.97
1日あたり新入院患者数	2.40	2.54	2.13	94.49	119.25