

# 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5月29日～5月30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

貴院は病院開設以来、常に地域社会が求めている医療・介護ニーズに応需しながら、着実にその地歩を固めて来られた。現在は健育会グループのリハビリテーション病院として、その役割・機能を発揮され、回復期リハビリテーション病床と地域包括ケア病床および医療療養病床を運営している。今般は、更新受審であるが、リハビリテーション部や看護部を中心に多職種職員が協働して審査に臨まれた。地域連携相談センターが機能し、近隣の急性期医療機関および道内各地から紹介患者があり、積極的な地域連携活動と患者の社会生活への復帰を目的とした入退院支援に取り組まれている。これからも貴院が質の高いリハビリテーションの提供に努め、地域の病院として地域包括ケアを推進され地域社会とともに発展されることを期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念には提供する医療機能の役割と目標がわかりやすく明示され、理念の実現に向けた検討を行う理念改定プロジェクトが設けられている。病院管理者・幹部は、リハビリテーション病院として地域に対する役割・機能を明確にされ、計画的・効果的な病院組織運営に努め、随所でリーダーシップを発揮している。組織図は、医療と経営を分ける形の医経分離で最高意思決定の場合は毎月最終月曜日の運営会議である。必要な会議や委員会が機能し、議事録も残されている。情報管理・活用の方針は運用管理に関する規程があり、総務課が担当し、真正性、見読性、保存性の確保やサーバーをはじめ、ログの管理、システムダウン時の対応やセキュリティ対策は適切である。文書管理は、文書管理規程を設け、総務課が管理を担当し、文書管

理規程の内容と管理方法は整合している。

医療法上の必要人員は確保されており、おおむね適切であるが今後も人材確保への取り組みが期待される。人事・労務管理は、短時間労働者を含む就業規則と給与規程が設けられ、必要に応じた改訂が行われている。衛生委員会が職員の健康管理や職場環境などの課題に対応し、職員の意見や要望は、職員満足度調査が行われ、その結果はフィードバックされている。職員の教育・研修は、教育研修員会が担当し、年間計画により実施され、参加率の確認や不参加者への伝達研修も実施されている。人事考課制度が運用され、半期ごとに職員の個人目標設定と上司面談による評価が行われ、その結果は昇格・昇進や処遇に反映されている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は4項目の内容を定め、ホームページや院内掲示、入院案内などで患者・家族、職員へ周知されている。説明と同意に関する方針・手順は、書式の取り決めや同席者のルールや範囲が決められ、セカンドオピニオンへの対応手順も適切である。患者の退院に向けた療養指導や退院後の生活を想定した患者・家族との情報共有が行われ、医療への患者参加が促進されている。病院では地域連携相談センターが患者支援を担い、患者の入退院支援を中心に幅広い相談・支援対応に取り組まれている。個人情報保護は、病院の方針と規程を設け、実務は総務課が担当し、電子情報のセキュリティ対策や患者のプライバシー保護も適切である。臨床における倫理的課題は、指針・規程があり、運営会議時に倫理委員会も開かれているが検討の記録を残されることと職員の倫理観の更なる醸成を期待したい。また、患者・家族の倫理的課題は、解決困難事例を倫理委員会の場など病院全体で提案・検討される仕組みが機能することが望まれる。

患者・面会者の利便性や快適性への配慮は適切で、病院では希望する患者の家族に対し入院中の患者の様子を知らせるメール配信サービスが行われている。施設・設備の管理は、専従職員により総務課が担当し、日常および定期点検が計画的に実施され、車椅子など高齢者が使用する機器・備品の管理も適切である。院内は整理整頓され、トイレや浴室の清潔性に配慮され、ベッド間隔も左右からの車椅子移乗が十分に可能である。

### 4. 医療の質

病院では意見箱や退院時アンケートが活用され、収集された意見や要望は、分析・検討を経て院内掲示でフィードバックしている。また、業務改善活動の一環としてTQM活動が実践されている。外部のリハビリテーション専門医の指導による症例検討会が定期的開催され、診療ガイドラインも日本リハビリテーション医学会のガイドラインを中心に整備されている。リハビリテーション部、看護部などを中心にTQM活動が実践され、議論の成果が現場の具体的な業務改善に反映されている。リハビリテーションに関する各種学会や研究会の情報が収集され、院内の伝達講習を経てロボットやIVESなど新しい機器と治療法が導入されている。院内各病棟の責任体制は明確にされ、担当医不在時の代行医師の仕組みはマニュアルで周知

されている。診療記録は電子カルテが運用され、入力基準により診療、看護、リハビリテーションなど多職種の記録が時系列的に入力され、チーム医療に役立てられ、診療記録の質的点検も実施されている。入院時カンファレンスやベッドカンファレンスが多職種により行われ、各職種の専門性に応じた患者への介入と評価が行われ、職種を超えたチームアプローチが実践されている。

## 5. 医療安全

医療安全管理は、院長を中心に各部門の代表者で構成された医療安全管理委員会の下、医療機器安全管理者、医薬品安全管理者、事故防止対策委員会が設置され、看護総師長が医療安全管理者の権限を有し、活動している。インシデント報告は、各部署のリスクマネジャーから医療安全対策委員会に報告され、SHELL 分析による再発防止策が検討されている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策も整備され、外来や採血、検査時の患者確認や部位確認も手順に従って実施され、医師の指示出し、指示受け、実施確認は電子カルテが機能し検査結果も電子カルテ上で確認が可能である。なお一部持参薬の指示が紙ベース運用で行われており、電子カルテによる一元管理が期待される。重複投与、相互作用、アレルギー等の回避を目的とした薬歴参照と処方鑑査が行われ、麻薬やハイリスク薬の管理も適切である。転倒・転落アセスメントスケールによるリスク評価を行い、患者の状況に応じた防止対策が講じられている。

院内で使用される医療機器は、輸液ポンプと心電図モニターが主であるが、使用場所で管理され定期点検や緊急時の対応手順も明確にされ、機器の使用に関する研修も実施されている。患者等の急変時の対応は、コードブルーが周知され、院内各部署の救急カートが統一され BLS や AED 訓練が実施されているが、救急カート使用後の補充と点検の記録を残されるよう期待したい。

## 6. 医療関連感染制御

院長が医療安全管理部門の責任者を務め、院内感染対策委員会は月例で開催され、組織体制は確立している。ICT ラウンドや実際に感染拡大の状況が生じた場合の臨時感染対策委員会の開催手順も明確である。リハビリテーション部の感染対策マニュアルは、各種耐性菌や対象となる保菌者についても詳細に策定されている。院内での感染発生状況は迅速に把握され、アウトブレイクの定義を定めており、感染制御の観点から早期の対策が講じられているが、定義についてはさらに職員に理解と周知を図られることを期待したい。地域の感染情報は自治体や感染対策ネットワークを通じて情報収集され感染制御に活かされている。院内各部署にリンクスタッフが配置され基本となる標準予防策や感染経路別予防策に取り組まれている。院内の環境整備も適切で手指消毒剤の使用状況も部署ごとにモニタリングされている。抗菌薬の適正使用に関する指針は整備され、特定抗菌薬は届け出制であり、抗菌薬使用状況を把握し行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はIT・広報委員会を設け、地域連携相談センターの広報事務担当が中心となり広報誌を発行し、患者・家族や連携先医療機関・施設、町内会などに配布している。また、ホームページにはクリニカルアウトカムとして診療実績を公開している。

地域連携相談センターが病床管理を担い、近隣の医療機関・施設との医療・介護連携活動に努めている。病院が所在する二次医療圏内の医療ニーズや高齢化率も把握され、地域連携相談センターでは、スタッフが紹介元医療機関や介護施設を定期的に訪問し、紹介患者の情報や連携情報の収集にあたり、患者の早期の入退院調整に励んでおり、入院患者の急性増悪時の受け入れについては紹介元医療機関に対応を依頼する仕組みが機能している。地域の医療機関や介護施設、居宅介護支援事業所などを対象に石狩リハビリテーション地域連携懇話会を継続的に開催し、医療や介護に関する専門情報の提供や相互親睦と交流に努めている。リハビリテーション専門病院として地域の健康増進を目的に病院職員が地域に出向いた出張講座や院内での健康講座、介護教室が行われ、セラピストによるリハビリテーションに係わる講演や介護予防、運動指導が実践されている。他病院では毎月カフェを開き、病院を退院した患者や地域の住民に健康チェックや健康に関する情報提供が行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療機能は内科とリハビリテーション科で、問診票による患者情報が収集・活用され受付から診療、会計まで円滑に対応されている。侵襲のある検査は嚥下造影検査が主であるが、検査施行時には医師、看護師、言語聴覚療法士、放射線技師などによる説明と同意の後に安全に配慮して実施されている。入院の決定は入院受け入れ基準に基づいた多職種での判定を経て決定されている。入院診療計画書は、医師による診断と多職種による専門的な評価を基に患者・家族の意向を反映して作成され、評価と見直しも行われている。リハビリテーションプログラムは、入院当日に多職種による初期評価が行われ、リハビリテーション実施計画書、リハビリテーション総合実施計画書が作成され、医師から患者・家族に説明されている。患者・家族からの医療相談には地域連携相談センターの社会福祉士が対応し病棟担当制で入院から退院まで一貫した対応が行われている。

医師の病棟業務は日本リハビリテーション学会の専門医が在籍し、患者回診、多職種カンファレンスへの参加、患者・家族との面談などの業務に対応している。看護・介護職は職務分掌や基準・手順が整備され、キャリアラダーによる人材育成にも努めている。また、介護福祉士は、複数のアセッサーを取得しており、研修の企画やレベル認定を通して、質の高い人材の育成に努めている。

投薬・注射は鑑査・管理が適切に行われ、定時処方電子カルテから指示出しされるカセット方式であり、安全性に配慮されている。全ての入院患者に褥瘡アセスメントが行われ、発生防止や早期治癒に努めており、ハイリスク患者には褥瘡診療計画書が作成され、皮膚科医が関与している。栄養管理と食事指導は、栄養評価に

よりリスクに応じた計画が立案され、摂食・嚥下障害の患者には、食形態が選択され、食事動作の工夫も行われている。症状緩和は基準・手順があり、患者の訴えやフェイススケールに基づき対応し、ポジショニングの工夫や評価、心理的サポートなどに多職種で取り組まれている。理学療法および作業療法、言語聴覚療法は、それぞれ医師の指示の下、日本リハビリテーション医学会のガイドラインに基づくリスク管理が行われ、標準的な評価、IFCによる目標設定、個別プログラムにより実施されている。チーム医療は、多職種から構成される専門チームとして ICT、リスクマネジメントチーム、褥瘡対策チームが活動している。

身体抑制は、身体抑制廃止宣言が掲げられ多職種で取り組まれているが、不穏・せん妄時の薬剤使用やセンサーや衝撃吸収マットの画一的使用などの検証やマニュアルの改定・周知について検討されると良い。退院支援は、入院時より早期ゴールと生活期への継続を想定した退院支援に多職種で取り組まれている。必要な患者への継続した診療・ケアは、法人関連施設などを利用し、退院後も継続した医療サービスが受けられるようトータルヘルスケアシステムが機能している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、3名の薬剤師により持参薬の鑑別・管理、注射薬の一施用ごとに取り揃え、薬剤情報収集と関連部署への薬剤情報の周知に取り組まれている。臨床検査機能は、検尿と心電図検査以外は外部委託され、電子カルテ上での指示や検体採取、ラベリングなどは適切であり、外注先への依頼は24時間可能で精度管理やパニック値の医師への報告の仕組みが機能している。画像診断機能は、放射線技師1名で単純撮影、CT、嚥下造影を施行され、読影は毎週医局で画像検討会が行われている。栄養管理機能は、管理栄養士4名と調理師6名で対応され、運営は直営方式で食材に配慮した食事提供に努められ、調理室の衛生管理も適切である。

リハビリテーション機能は、100名を超える療法士とエビデンスに基づく多くのリハビリテーション機器の活用と複数のリハビリテーション専門医の指導により優れたリハビリテーションが提供されている。診療情報管理機能は、診療情報管理士が配置され診療記録は電子カルテ運用であるが、旧来の紙カルテを含め一元管理され貸出・閲覧に対応されている。医療機器管理機能は、院内での使用場所管理であるが、定期保守点検や緊急時の連絡体制も確立し、機器使用に関する研修会も実施されている。

洗浄・滅菌機能について、滅菌の精度保証では各種インディケーターの実施とリコール規程の明文化等の検討や徹底を期待したい。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は院内各部署の意見と要望を基に策定され、予算執行は月次で分析と検討が加えられ、会計処理も病院会計準則に準拠し、内部および外部監査が実施されている。医事業務は、受付や会計などの窓口対応も円滑であり、レセプト作成や点検には医師も関与し、返戻・査定や未収金対策への取り組みも適切である。業務委託は、給食・清掃など直営方式で行われているが、業者の選定は、病院と法

人本部が協議し決定している。

施設・設備の管理は、事務部総務課が担当し、専従の職員が配置され、保守管理計画に基づく定期点検と日常点検が実施され、夜間・休日時の施設・設備の不具合への対応も連絡体制は明確である。物品管理は、総務課が担当し、衛生材料を中心に SPD が導入され、購入物品の選定は常に見直しが加えられ、購入の過程は稟議規程により明確である。

災害時の対応は、消防計画、防災マニュアル、緊急時連絡網の整備による連絡体制があり、消防訓練も実施されている。自衛消防隊は日勤帯とその他の時間帯に分けて編成されている。大規模災害時の対応も必要な備蓄品が確保されている。保安業務は、日々の業務実施内容を業務日誌に記載しており、病院幹部が確認している。医療事故等への対応は事故発生時の対応手順が整備され、医療事故調査制度の指針や組織として段階的に対応する仕組みである。

### 1 1. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、職員の専門性や総合力の育成を目的に看護部、リハビリテーション部ではキャリアラダーが活用されている。また、新入職員には育成担当のベテラン職員がプリセプターとして対応し、経験 5 年目以内の職員にはチームリーダーが教育指導を行う仕組みで到達目標を明確にした初期研修が実施されている。また、病院では 4 名の介護福祉士がアセッサーを取得し、介護福祉士を対象としたキャリアアップを目的とした介護福祉士のキャリア段位制度が設けられている。

学生実習は、看護師、療法士、社会福祉士、栄養士、医療事務等の実習を受け入れており、受け入れ窓口はそれぞれの部門部署である。実習は依頼先の学校の実習指針と指導要綱と病院の実習規定に基づいて実施され、実習に際しては、医療安全や医療関連感染制御、個人情報保護、守秘義務等に関する指導も実施され、学校側への実習内容の評価も適切である。

# 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	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	S
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
1.4	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	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	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	B
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	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	A
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	理学療法を確実・安全に実施している	S
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	安全確保のための身体抑制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	S

## 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	B
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	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	物品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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2018 年 12 月 31 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人畜成会 花川病院

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：北海道石狩市花川南7条5-2

## 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					
療養病床	180	180	+0	99.5	129.2
医療保険適用	180	180	+0	99.5	129.2
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	180	180	+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	30	+30
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
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

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： 1 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

年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	12.24	9.36	5.34	130.77	175.28
1日あたり外来初診患者数	0.66	0.82	0.83	80.49	98.80
新患率	5.42	8.79	15.55		
1日あたり入院患者数	179.13	179.33	179.88	99.89	99.69
1日あたり新入院患者数	1.81	1.61	1.41	112.42	114.18