

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2月8日～2月9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、練馬区の病院誘致計画で学校法人順天堂が運営主体に選定され、2005年7月に順天堂大学医学部附属の6番目の病院として400床で開院された。開院以来、最新の医療技術と医療設備の整備によって病院機能の充実に努めている。地域災害拠点病院、基幹型臨床研修病院、東京都がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院の指定を受け、地域の基幹病院として大きく貢献されている。さらに、2021年に490床へ増床し、心臓血管外科やハートセンターの新設のほか、2022年に地域周産期母子支援センターの認定、救命救急センターの指定を受けるなど、さらなる病院機能の充実に努めている。「和と Respect、チーム練馬」を病院のモットーとして地域ニーズに応えるとともに、医療者を育てる教育病院としての使命を果たしている。紹介率が私立医科大学附属病院ランキング1位、逆紹介率もランキングの上位の実績を示すなど、地域連携にも注力している。

病院機能評価は、4回目の受審である。院長はじめ幹部職員のリーダーシップのもと、職員が一丸となって医療の質の向上に取り組んでいる様子が伺えた。評価項目の多くが適切と評価され、特に、救急医療機能は高く評価された。なお、病院の役割・機能に照らし、さらなる取り組みが期待される項目も認められた。今回の受審結果を活用して質改善に取り組むとともに、貴院がますます発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念・基本方針を明文化し、病院内外に周知している。基本方針の検討・見直しを適切に行っている。病院運営の意思決定会議は、病院運営会議であり、決定

事項は議事録を配信するなどして職員に周知している。中期計画に基づいた年間業務計画を策定し、実績を評価している。各部署において年度業務計画を策定し、自己評価をしている。情報の管理・活用の方針は明確であり、QI の収集・分析や病院経営に資するデータ提供など情報を活用している。文書管理要領を整備し、文書管理台帳により文書を一元的に管理している。

病院機能に見合った人材を確保するとともに、人材確保にあたっては採用計画を策定している。人事・労務管理に必要な各種規則・規程を整備し、職員に周知している。IC カードやビーコンシステムで職員の労働時間を客観的に把握している。安全衛生委員会を毎月開催し、産業医や衛生管理者の職場巡視を実施している。会議・委員会の場での意見集約のほか、「教職員の声」や職場環境アンケートで職員の意見・要望を把握し対応している。

全職員を対象とした教育・研修は各部門・部署で企画・立案し、職員課が年間計画として取りまとめている。診療科長による医師の能力評価をはじめ、人事評価票を用いた人事評価で職員個々の能力を評価している。基幹型臨床研修病院として研修プログラムに沿って初期研修医の研修を実施・評価している。各部門・部署で新人教育プログラムを作成し、初期研修を行っている。医学生をはじめ多くの職種で学生実習を受け入れている。既に資格を有している外部の医療者の教育・研修も積極的に行っている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」と「子ども憲章」が制定され、患者・家族や職員に周知している。自己決定等の患者の権利は擁護されている。患者への説明と同意の方針が明確であり、セカンドオピニオンへの対応も適切である。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。患者・家族からの相談窓口として総合相談を設置し、医療サービス支援センター、がん相談支援センターなどと連携し、様々な相談に対応している。なお、患者・家族がわかりやすく、利用しやすい案内となるよう検討が期待される。個人情報保護方針や各種規程が整備され、診療情報のダウンロードや外部への持ち出しは申請手続きを経て可能としている。電子カルテ等への不必要なアクセスを制限するなど、個人情報の適切な保護に努めている。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、継続的な取り組みが行われている。

病院出入口前のロータリーには一般車両の乗降スペースやタクシーの利用スペースを確保しており、誘導員が安全に配慮し誘導している。院内のコンビニエンスストアは年中無休であり、ATM や宅配も利用可能である。全館で Wi-Fi が利用可能となっている。病棟・病室では快適な療養環境が提供され、トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性が確保されている。敷地内禁煙の方針が明確であり、多職種で構成する禁煙委員会の活動として病院周辺のパトロールを実施している。

4. 医療の質

QI 策定委員会が各部署の目標を QI 指標として約 70 項目設定し、業務改善活動

を実施している。それぞれの改善活動の実績は毎年、QI 活動報告書として取りまとめている。各科で QI 目標を設定し、診療の質向上のための活動を行っている。患者の意見・要望は院内各所に設置した意見箱や患者満足度調査などで収集し、病院幹部職員への報告や職員との情報共有を行い、委員会活動として改善に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入は高難度医療検討委員会の承認後に実施し、治療成績を検証している。臨床研究は本学の倫理委員会で検討され、経過報告や終了報告を行っている。

病棟、外来や各部門・部署の責任者を明示するなど、診療・ケアの管理・責任体制が明確である。診療記録は診療録記載ガイドラインに沿って回診記録、検査結果、画像診断の評価等を適時に記載している。初期研修医の記載も含め、記載内容は質的点検を受けている。NST、RST、褥瘡チーム、緩和ケアチームなどの専門チームが定期的なラウンドやカンファレンスを行い、協働して患者の診療・ケアを適切に行っている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全推進センターに医療安全管理室を設置し、医療安全活動を推進している。自律的に活動する小委員会を統制し、課題解決に向けた活動を行っている。アクシデント・インシデント報告を集約・分析し、各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。対策実施前後の評価を行い、継続的な改善活動を展開している。医療事故発生時の対応をマニュアルに明記し、職員に周知している。重大な医療事故が発生した場合の原因究明や再発防止に向けた調査・検討も組織的にを行っている。

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、複数の識別子を用いた確認を徹底している。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。処方・指示などは電子カルテで運用し、指示変更や中止時の手順を定めている。やむを得ず口頭指示を出す場合は専用の用紙に記載し、事後的に医師が指示を入力している。重大な画像所見や迅速病理診断などの結果は速やかに医師に伝達している。ハイリスク薬を定め、職員への教育・研修を行っている。転倒・転落リスク評価結果に基づき予防策を講じている。転倒・転落発生時の対応手順を定め、迅速に対応をしている。各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マニュアルに沿って安全に使用している。人工呼吸器使用中は臨床工学技士がラウンドし、作動確認を行っている。院内緊急コードの設定や RRS を導入し全職員が迅速に対応している。

6. 医療関連感染制御

感染対策室には感染管理認定看護師を含む専従看護師、ICT、感染制御認定薬剤師、感染制御認定臨床微生物検査技師、事務職員を配置している。ICT は院内を巡回し、その結果を各部署にフィードバックしている。感染対策ガイドライン・マニュアルを作成し、イントラネットで参照できる環境を整備している。耐性菌サーベイランスを行い、JANIS にも参加している。アウトブレイクについての定義や対応

手順を明確にしている。地域医療機関との情報共有やコンサルテーション体制を整備している。

手指衛生やPPEの着脱など感染対策に関する実施状況は、リンクナースがラウンドで把握している。感染性廃棄物や汚染リネンなどは交差感染しないように取り扱っている。抗菌薬の採用は事前に抗菌薬委員会で審議し、薬事委員会で検討・承認している。感染対策室は抗菌薬に関するコンサルテーションを常時受けている。ASTは抗菌薬の使用状況を確認し、適正使用に努めている。アンチバイオグラムを作成しており、電子カルテ上で閲覧可能である。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報は総務課所管のもと、企画・広報・ホームページ委員会が中心となる院内体制が整備され、広報誌を発行している。ホームページには病院情報や臨床指標などが掲載され、定期的に更新している。地域医療機関には各診療科・部門の紹介を冊子にまとめ、配布をしている。情報発信ツールとしてSNSや動画配信サービスなどを活用し、病院紹介など様々な情報を発信している。地域医療連携室が紹介患者の受け入れ、返書管理、地域の医療ニーズの把握や関連施設との連携強化に努めている。顔の見える連携として新規開業のクリニックへの訪問、各診療科長による個別訪問などで情報交換している。返書はシステムで管理している。地域連携システムがあり、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションなど施設間でカルテ閲覧が可能となっている。患者や地域住民を対象とした「区民健康医学講座」を毎月開催し、糖尿病教室や腎臓病教室を定期的に実施している。専門・認定看護師による出張講座や出張カンファレンスを実施している。啓発月間として時節に応じたテーマを決め、デジタルサイネージにて情報配信するなど、病院独自の取り組みを行っている。地域医療関連施設や従事者を対象に医療連携の会、医療連携フォーラムを開催しているほか、各診療科において多くの医学講座や研修会を実施するなど、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を積極的に展開している。

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、総合相談やコンシェルジュカウンターの担当者が受診サポートを行っている。外来患者の情報収集は適切に行われ、外来担当医が必要に応じて他科医にコンサルトできる体制がある。侵襲的検査は必要性和リスクを説明し、同意書の取得後に実施している。入院は外来担当医が医学的必要性を判断し、患者への説明と同意のもと決定している。入院診療計画書を多職種で作成し、カンファレンスなどで診療計画を適宜見直している。患者・家族からの医療相談には総合相談など多職種で細やかに対応している。医療サービス支援センターが手術予定の患者の不安軽減に努め、中止薬剤の確認や栄養管理などに多職種が関与している。

医師は病棟回診を毎日行っている。面談した際は、内容を電子カルテに記載し、多職種で情報共有をしている。看護師の病棟業務は看護手順やマニュアルなどを整備し、円滑に行っている。身体・心理・社会的ニーズを把握し看護実践に取り組む

とともに、看護師個々の能力に応じた業務分担を行っている。病棟薬剤師は全ての患者の薬歴管理を行い、必要な患者に服薬指導を行っている。抗菌薬や抗がん剤の投与時は、十分な観察と記録を行っている。輸血・血液製剤投与は輸血療法マニュアルに則り必要性とリスクを説明し、同意書を得て実施している。投与中の経過観察は確実であり、輸血の効果も検証している。手術・麻酔は説明・同意後に実施し、合併症の予防対策も確実である。重症患者はICUあるいは病棟の重症者病室で治療している。多職種が治療に関与し、患者の病態・病状に応じた管理が行われている。全入院患者に褥瘡リスク評価を実施している。スキンケアやMDRPUにも留意し、必要時に褥瘡チームの介入によって継続的なケアを行っている。患者の栄養状態に基づき栄養管理と栄養指導を行っている。症状などの緩和についてはマニュアルが整備され、必要時に緩和ケアチームが介入している。患者に必要なリハビリテーションは多職種で実施計画書を作成し、早期から実施している。身体拘束の必要性が評価され、安全な実施に努めるとともに、身体拘束ゼロプロジェクトを開始している。退院支援は患者・家族の意向に配慮し、多職種で対応している。退院後も継続的に診療・ケアを必要とする患者には医療サービス支援センターが早期から関わり、地域医療関連施設等と連携しながら継続療養支援を実施している。ターミナルステージの判断は複数の医師および多職種で検討している。患者・家族の意向を踏まえ、尊厳を尊重した診療・ケアを実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は病院全体の薬剤の使用や管理に関与し、薬剤適正使用の情報提供を行っている。抗がん剤は全て薬剤部で調製・混合するなど薬剤管理機能を適切に発揮している。臨床検査科ではブランチラボと共同して臨床検査に対応し、異常値やパニック値の報告、精度管理も適切に行っている。放射線画像診断センターでは、緊急検査を含め必要十分な検査が適時実施されている。重大所見を認めた際は、医師に直接電話連絡するほか、レポートの既読管理も適切である。栄養科では、選択メニューの実施のほか、行事食・お祝い膳・フレイル予防食・嚥下食の提供など、患者の特性や嗜好に応じて対応している。リハビリテーションは主に急性期のリハビリテーションを実施し、多職種カンファレンスで患者の情報共有を行っている。診療情報は電子カルテで一元管理し、診断名や手術名のコード化のほか、院内がん登録など二次活用をしている。臨床工学技士が輸液ポンプやシリンジポンプなどを一元管理し、定期的な保守管理を実施している。夜間・休日のトラブル発生時には臨床工学技士が24時間対応している。洗浄・滅菌の質保証は各種インディケーターを用いて確実に行い、洗浄・滅菌工程はワンウェイ化されている。

病理診断科では、診断結果の未読例を診療科長会議で報告している。迅速病理診断結果は病理医が手術室で執刀医に直接伝えている。放射線治療は、放射線治療専門医が主科と連携し実施している。治療専門医は、必要な患者には治療後も外来でフォローしている。輸血・血液管理は独立した輸血室を設置している。輸血用血液製剤の管理は輸血システムを用い、使用状況等は輸血療法委員会で検証している。手術室は10室あり、年間約8,200件の手術に対応し、全ての全身麻酔手術は麻酔

科医が管理している。麻酔覚醒時の安全確保や術後の管理も適切である。集中治療はICUやNICUで対応し、救急・集中治療科あるいは担当科が多職種の協力を得て治療を行っている。救命救急センターを有する三次救急病院として対応可能な患者は全て受け入れる方針である。不応需例は極めて少なく、入院にも柔軟に対応するなど高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

予算編成は理事長方針に基づき、総務課において事務部や情報センターと連携し、検討・作成している。会計処理は、学校法人会計基準に沿って適正に処理している。予算執行状況や診療実績は毎月の病院運営会議にて把握・分析を行うとともに、診療科長会議や管理会議で情報共有し、組織的に経営改善に取り組んでいる。窓口収納業務やレセプトの作成・点検、返戻・査定への対応、未収金管理などの医事業務はいずれも適切に行われている。委託業者選定のためのコンセプトを示した業務委託委員会基本方針に則り、適正な業務委託を行っている。毎月実施する多職種で構成する業種別の業務委託評価委員会ではラウンド点検の上で業務評価表を作成するなど、業務の適正化・質の確保に努めている。

施設・設備の管理は管財課所管のもと、24時間365日体制で業務委託している。自院の役割・機能に応じた施設・設備を整備し、日常点検や年間保守計画に基づき定期的な点検を確実に実施している。診療材料や医療機器の購入にあたっては機械・材料委員会で審議し決定している。院内SPD方式で医療材料を管理し、期限切れなどは日々チェックしているほか、年2回の棚卸を行い、定数の見直しを行っている。

地震や水害に対応するBCPを策定するとともに、新型インフルエンザ対応ガイドラインを整備している。地域災害拠点病院としてDMATを保有し、必要な災害時応急器材、食料品や飲料水などを備蓄している。保安業務は24時間365日体制で業務委託している。警備マニュアルで業務内容を明確にし、確実に実施されている。

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	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	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	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	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	B
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	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	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	S

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	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	B
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： 2023 年 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 順天堂大学医学部附属練馬病院

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： 東京都練馬区高野台3-1-10

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	490	490	+90	90.8	11
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	490	490	+90		

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	10	+2
集中治療管理室 (ICU)	12	+6
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	-4
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)	6	+6
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	12	+12
人工透析	12	-8
小児入院医療管理料病床	30	+5
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (DPC標準病院群), 地域周産期母子医療センター

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： 34 人 2年目： 35 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

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	1,295.17	1,236.20	1,064.56	104.77	116.12
1日あたり外来初診患者数	161.65	147.14	120.70	109.86	121.91
新患率	12.48	11.90	11.34		
1日あたり入院患者数	444.64	417.02	349.01	106.62	119.49
1日あたり新入院患者数	39.43	36.44	31.19	108.21	116.83