

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」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 6 月 25 日～6 月 26 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
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 2
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

貴院は豊かな医療資源を有する豊能保健医療圏において、2014 年に創立された比較的新しい病院であるが、地域医療に貢献し信頼を得られていることは評価される。貴院の理念のもと、手術支援ロボット・ダヴィンチやハイブリッド血管撮影システムなどの高度医療、救急医療、予防医療に積極的に取り組んでいる。病院全体として高い水準の医療を提供しており、特に地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は優れている。

今回の病院機能評価は初めての受審であるが、第三者評価を受ける姿勢は明確で ISO9001 や JMIP の認定も受けている。今回の受審にあたり院長をはじめ幹部職員の強いリーダーシップのもと、病院の質向上に取り組んできた成果が確認できた。今回の評価結果を活用し、貴院が地域においてますます発展されることを心より祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

2014 年の病院創立時に制定した理念・基本方針は、定期的に検討がなされており、院内外への周知も適切に行われている。幹部職員は、経営上の課題や地域との連携、人材の育成などの課題を認識し、解決や改善に努めている。2017 年より ISO9001 に取り組み、部署ごとに BSC を用いて目標を設定し、定期的に進捗状況を管理している。診療情報や部門情報は、医事課や診療情報管理室、情報システム管

理室で分担され、臨床現場からの情報活用の要望にも迅速かつ適切な対応がなされている。文書管理規程が整備され、規程や各部署マニュアル、院内共通マニュアル等の作成・承認の仕組みは適切である。改訂時の手続きは明確で、最新版が常時分かるようになっている。文書を組織として管理する仕組みは、高く評価される。

施設基準の必要人員は確保され、採用は必要人員数を算定する計算式を用いて検討したうえで、計画的に行われている。医療安全や感染制御など必要性の高い研修については、複数回の開催やビデオ上映会を開催するなどの工夫をしている。研修で使用了画像を Web 配信し、e ラーニングで受講できるシステムが導入されており、今後はその有効活用が期待される。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、セカンドオピニオンについても明示されている。説明と同意に関する方針は、インフォームドコンセントの指針に規定され、説明と同意が行われる診療行為の範囲や、自ら意思表示できない場合の対応が明確にされている。患者の医療への参加を促すために転倒・転落や患者確認、手洗いなどの注意を喚起する院内掲示がされている。相談窓口として医療ソーシャルワーク室が設置され、ホームページや入院案内、院内掲示で案内されている。相談内容により、医療安全責任者や医療対話推進者研修修了者との連携を図り、患者支援を行っている。日常的な臨床倫理に関する課題は臨床倫理検討委員会で検討され、解決困難な事例は医の倫理委員会で検討される仕組みがある。

近隣駅等へのシャトルバスを病院独自で6路線運行している。ロータリーが整備され安全に乗降でき、十分な台数の駐車場が整備されている。院内の案内表示は、3か国語（日本語、英語、中国語）表記され、外国人にも分かりやすく案内されている。禁煙外来を毎週行っており、禁煙に関する医療講演を開催するなど、受動喫煙防止に向けて積極的に患者に対して啓発・教育活動を行っている。

4. 医療の質

院内各所に投書箱を設置しており、サービス委員会が回収する仕組みとなっている。収集された意見や退院時アンケートは、毎朝開催される八時会において全例が報告されており、速やかに病院幹部で検討され、改善策の周知が図られている。各診療科単独での検討会は開催されているが、積極的な複数科での合同症例検討会の開催が期待される。毎年、業務改善発表会を開催している。院内での優秀な成果はグループ病院における全国 QI 大会で紹介している。新たな診療・治療方法、技術の導入に際しては、グループ病院と提携している倫理審査委員会にて適切に審査されている。

診療・看護責任者はカンファレンス、病棟巡視などにより診療・ケアの実施状況を確認する体制がとられている。主治医不在時の連絡方法が明確にされており、管理者により適切に管理されている。診療記録は規程に則り、入院診療計画書、入院時所見、日々の所見、診療の指示、手術記録、麻酔記録などの診療記録が適時記載されている。診療録の質的監査は始まって間もないこともあり、今後、多職種によ

る積極的な監査の実施と記載者へのフィードバックが期待される。

褥瘡対策チーム、周術期チーム、医療安全チーム、心臓リハビリチーム、呼吸リハビリチーム等が多職種で構成され、横断的に活動している。また、必要時は多職種カンファレンスも開催されており、個別事案への対応が適切になされている。

5. 医療安全

院長直属の医療安全管理室があり、医療安全管理責任者の責任と権限は医療安全指針で明確にされている。医療安全管理責任者は、必要時は定期ラウンド以外にも部署へ出向いて状況確認を行っている。

患者確認は、受診票の確認やリストバンド、氏名および生年月日の名乗りを原則としており、患者の協力を得るためのポスターが院内各所に掲示されている。処方箋・指示箋の記載、医師の指示出し、指示受け、実施確認は電子カルテを通じて確実に行われている。抗がん剤はすべてレジメン管理・登録され、安全に実施されている。入院時に全患者に対して転倒・転落についてアセスメントが行われ、リスク評価の結果に基づいて看護計画が立案され、対策が実践されている。院内緊急コードが設定され、スタッフステーションや職員用ポケットガイドに明確に掲示されている。BLS研修は毎月開催され、ほとんどの職員がすでに受講済みである。救急カートの取り扱いは院内統一されている。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会は、院長の諮問機関として権限のある委員会とされ、感染制御に関する事項を決定している。医師、看護師、薬剤師および臨床検査技師を中心とした ICT は毎週ラウンドを行い、感染防止に取り組んでいる。院内の定期的な微生物サーベイランスは 2017 年秋から開始され、感染対策委員会で報告されている。アウトブレイク対応についてもインフルエンザの流行で経験し、対策を適切に実施している。徳洲会グループや行政からの感染流行情報を収集し、院内に発信し、活用している。

手指消毒薬は各病室の入口に設置されている。看護師は手指消毒薬を携帯し必要時使用できる環境である。リハビリテーションセンターには、ノロウイルス対策セットがすぐに取り出せる場所に準備されており、適切である。抗菌薬の採用・採用中止に関しては毎月 1 回開催される薬事委員会で決定されており、抗菌薬適正使用に関する指針も作成されている。院内における分離菌感受性の分析も 2017 年秋より開始され、カルバペネム系の抗菌薬の届け出制が実施されている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページを活用し、自院の役割や医療機能を紹介しており、医療講演案内、病院指標をホームページに掲載するなど、必要な情報が適切に発信されている。地域の住民や各種団体への病院見学を実施しており、受付は随時行っている。医療介護連携室を中心に地域の医療機関と連携を図っている。また、在宅療養後方支援病院として、事前に情報登録している患者に対しては 365 日 24 時間体制で救急対応

している。

患者や地域の住民向けに病院主催の医療講演を開催し、2017年度は約100回の講演を開催し、開院以来4年間で1,000件を超える実績がある。講演は医師、看護師、各専門職種等が行っている。医師会や地域からの依頼による医師派遣や、看護師等の講師派遣を積極的に行うなど、専門的な医療技術指導もなされている。2018年度からは行政の依頼で吹田市のポイントアップ事業の講座を受ける等、地域への医療に関する教育・啓発活動を積極的に実施していることは、高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

病院入口正面に総合案内を設置し、来院者の問い合わせに応じている。外国人対応のために、ホームページや院内の案内表示を多言語表記し、国際医療支援室を設置している。救急受診患者および紹介受診患者は外来で適切な診察および検査を受けており、入院の必要性が判断され、患者・家族に説明後、適切に入院決定を行っている。入院診療計画書は主治医とともに看護師、管理栄養士など多職種で記載され、患者・家族の同意を得て計画されている。クリニカル・パスについては、さらなる活用の促進が期待される。

入院説明は入院中の生活や手続き、医療費なども含め入退院センターで一括して行われている。緊急入院患者の場合も病棟看護師により入院説明・オリエンテーションが適切に行われている。病棟での配薬や注射では患者確認や適切な投与の確認が行われ、安全に実施されている。服薬の確認や注射薬の投与中・投与後の患者の状態や反応の観察も適切に実施されている。重症患者や手術患者で集中治療が必要な患者はHCUで治療を行っている。HCU担当医の管理の下、担当科が主治医となり、ICTやNST、褥瘡チームなどの多職種チームや臨床工学技士が適切に関与している。退院後に在宅療養が必要となる場合は、入院中からMSWが介入し多職種で退院後の方針を明確にしている。退院後の計画立案や見直しも必要時実施されている。

<副機能：慢性期病院>

療養病床への入院は院内他病棟からの転棟が最多である。多職種で構成される療養病棟入院判定会議が開催され、明確な受け入れ基準により適切に判定されている。入院診療計画書は療養病床へ転入院する際にも改めて作成されている。看護計画は転倒・転落や褥瘡、栄養リスク評価をもとに作成されている。褥瘡はリスクに応じた体圧分散マットの使用や2時間毎の体交、NST活動等により発生数はここ1～2年で大きく減少してきており、評価できる。リハビリ実施例は多くはないが、その中でSTによる摂食・嚥下機能訓練により経口移行例が約5%、さらに泌尿器科医師関与により尿バルーンカテーテル抜去率が約30%となっていることは評価したい。DNARについてはガイドラインに従った検討が行われているが、多職種関与によるエンド・オブ・ライフケアの組織的対応体制の構築が期待される。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、薬剤の処方鑑査や温・湿度管理が適切に行われ、医薬品の採用・削除の検討、医薬品情報の各部署へのフィードバックが行われている。抗がん剤やIVHの調製・混合は、薬剤部ですべて行われており、適切である。画像診断機能では、夜間・休日も含めてタイムリーに実施されており、CT、MRIとも待ち日数は0日で、依頼当日に撮像対応している。画像診断結果は放射線診断専門医により翌診療日までに適切に報告されている。リハビリテーション機能では、疾患別およびがんに関するすべての施設基準を取得し、必要なリハビリテーションに対応している。リハビリテーション実施計画書が作成され、早期から療法士2名チーム制で治療の連続性にも適切に対応している。医療機器管理機能では、人工呼吸器や輸液ポンプ、シリンジポンプ等が中央管理化され、貸し出し・返却手続きはシステムを用いて行われている。臨床工学技士が部署ラウンドを実施し、部署が持つ医療機器の定期点検も計画的に実施している。

放射線治療機能では、常勤専門医のほか、医学物理士、放射線治療品質管理士、専属看護師等の体制となっている。医師により治療計画が作成され、シミュレーションも実施し、院内で必要な放射線治療に適切に対応している。集中治療機能では、HCU担当医が配置され、入室中の患者については主治医が担当となり、運営を行っている。毎朝、HCU担当医、主治医グループと看護師はカンファレンスを開催して情報を共有している。集中治療に必要な機器を整備し、臨床工学技士による点検も行われるなど、多職種による適切な協力体制がある。救急医療機能では、救急患者はすべて受け入れる方針を掲げ、日中は救急専門医が専従で担当し、夜間は当直医が担当する体制であり、日中、時間外とも各診療科医師からの応援を得られる体制も整えられている。夜間・休日は薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師が日・当直制をとっており、医師との緊密な連携も確立している。

その他、臨床検査機能、栄養管理機能、診療情報管理機能、洗浄・滅菌機能、病理診断機能、輸血・血液管理機能、手術・麻酔機能については、おおむね適切である。

10. 組織・施設の管理

事業計画に基づいた年次予算計画が作成され、会計処理は病院会計準則に沿って行われ、決算時には監査法人による外部監査が実施されている。医事業務は窓口業務と診療報酬請求業務があり、窓口の受付から収納業務までマニュアルに則り処理されている。診療報酬請求業務では、医事職員によるレセプト点検のみでなく、医師によるレセプト点検と、返戻・査定への関与が適切に行われている。委託業務は業務マニュアルに沿った業務指導・監督が各部門を主管する職員により行われている。委託業者を年1回評価し、業務内容や価格・品質の見直しが行われている。

施設・設備の管理は、保守計画に基づき定期点検を確実に実施している。設備管理委託業者が24時間常駐し、緊急時には即時対応を図っている。物品の選定は法人グループ内で審議され、行われている。SPDシステムを導入し、効率的に発注・搬送・在庫管理が行われている。ディスプレイ製品は、単回使用が徹底されて

いる。火災発生時の対応マニュアルが整備され、職員への周知、消防訓練が行われている。建物は免震構造で、災害時に通常時とほぼ同じ病院機能を確保できる発電能力を持つ自家発電設備であるエネルギー棟を整備するとともに、3日間稼働できる燃料を常に備蓄しており、災害時への万全の態勢確保を図っている。防災管理室の職員が適時院内巡視を実施し、各所に設置した防犯カメラで、敷地内進入対策やナースステーションにおける異物混入防止等の防犯体制に努めている。

1 1. 臨床研修、学生実習

看護部や薬剤部、放射線科等では新人教育計画に則った新人研修が行われ、研修実施記録を整備している。部門によってはプリセプター制度を導入し、教育担当者はカリキュラムに則った教育を実施している。看護師の入職後の教育としてはラダー1から5までの教育体制を構築しており、専門職種に応じた初期研修は、おおむね適切である。看護師をはじめ、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療事務など多職種を養成する学生実習が、カリキュラムに則って計画的に行われている。全職種共通で医療安全、感染対策などのオリエンテーションが適切に行われている。

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	B
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	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
1.4	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	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	B

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	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	B
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	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	B
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	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	B
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	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	B
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	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	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
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	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	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	S
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	B
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	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	B
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	B

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

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	NA
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	B
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	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	B
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	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	栄養管理と食事指導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	B
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	B
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	B

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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 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：医療法人沖縄徳洲会 吹田徳洲会病院

I-1-2 機能種別：一般病院2、慢性期病院(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：大阪府吹田市千里丘西21-1

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	265	265	+119	83.5	14.5
療養病床	100	100	+0	98.9	234.1
医療保険適用	100	100	+0	98.9	234.1
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	365	365	+119		

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)	20	+0
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	20	+20
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		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	24	+24
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(Ⅲ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-2-2 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	381.03	294.52	221.99	129.37	132.67
1日あたり外来初診患者数	41.48	37.88	38.95	109.50	97.25
新患率	10.89	12.86	17.54		
1日あたり入院患者数	306.12	285.92	212.41	107.06	134.61
1日あたり新入院患者数	13.85	11.72	8.88	118.17	131.98