総括

■　機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」及び副機能種別「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7月25日～7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	慢性期病院	認定
機能種別	リハビリテーション病院（副）	認定

■　改善要望事項

・機能種別　慢性期病院

該当する項目はありません。

・機能種別　リハビリテーション病院（副）

該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は1957に創設された高田医院を基礎とし、現在では回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟、地域包括ケア病床を備えて地域の医療・福祉に貢献している。介護・福祉の面では、貴院での通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを実施しているほか、法人として介護福祉の展開により医療・介護・福祉の総合的複合体としての機能を十分に果たしている。

貴院の使命として「地域の慢性期医療を担う病院」との認識の下「安全、安心、確実な医療」を充実させ、急性期病院と地域の介護福祉施設との良好な連携のもと、高齢者・障害者や、鹿児島市民にとってかけがえのない病院として存在感を発揮している。

今回の訪問審査を通じて特に印象に残ったのは、病院各部署が医療の質の向上のために積極的なアプローチを進めている姿勢である。各部署の取り組みが病院の横の連携とあいまって、一丸となって患者を中心とした医療とケアの質向上のために取り組んでいる現況が確認できた。今回の認定更新のための審査が、貴院の質や2020年に予定される新病院の移転新築に寄与できるなら幸甚である。

２．理念達成に向けた組織運営

基本理念・基本方針は明確であり、さまざまな手段で周知されている。基本方針は毎年見直しがなされている。新病院建設を中心とした中期計画が策定されてお

り、院長は方針を明示し、組織的かつ一体的な運営を行っている。情報管理委員会にて、情報システムの運用上の課題を毎月検討している。10 年前から文書管理規程が整備され、それに準拠した文書管理がなされている。

医師、薬剤師の標欠はなく、医療法や施設基準上も問題ない。病院の努力によってリハビリ療法士の体制は充実している。就業規則・給与規程などの諸規定は整備され、各部署に配布して周知し、労働基準法上の届け出や協定は法令を遵守して適正に行われている。「職場風土アンケート」を行い、意見や要望を把握し反映している。

全職種を対象とした年間教育研修計画を集約し立案している。安全・感染の必須研修の欠落を防止したうえで、病院として必要性の高い研修を実施している。人材育成の仕組みとして、スキルアップシートで能力開発を主軸においた人事考課制度を導入するなど、理念達成へ向けた病院組織運営は適切である。

３．患者中心の医療

患者の権利は、ホームページ、入院案内、院内掲示などで患者や家族に周知され、職員研修もされており適切である。説明と同意に関する基準・手順は整備され、ルールもある。セカンドオピニオンへの対応は整備されている。個人情報保護に関する職員への研修もなされている。倫理委員会は多職種により定期的に開催され、末期患者への治療や告知について病院の方針が定められ、臨床で発生する課題は臨床倫理検討会で検討され、勉強会は障害・病気の受容について行われている。

入院患者への配慮として、個人用と多人数用の冷蔵庫が設置され、公衆電話の設置、柔軟な携帯電話の使用のルールなども整備されている。診療・ケアに必要なスペースは確保され、建物・施設は築年経過が長いが、内装の整備やバリアフリーの確保に工夫がなされている。院内は清潔、不潔を意識して整理整頓が行われている。病院敷地内禁煙は周知され、患者・家族がくつろげるスペースとして憩いの部屋を自由に使えるよう提供している。リネン交換、ベッドマットの消毒も適切に行われている。入浴はストレッチャー浴と一般浴、近年増設された家庭浴で週 2 回提供されている。2020 年新築移転を予定しているが、身体障害者用のトイレを 2 か所増設するなど、療養環境の整備に継続して努めており患者中心の病院医療は適切に遂行されている。

４．医療の質

患者の意見・苦情はアンケートと意見箱にて収集し、倫理委員会でも検討され適切である。全医師参加の症例検討会、リハビリ・症例・ショート・全死亡事例カンファレンスが行われ、多職種が参加しており適切である。慢性期医療協会の臨床指標に登録している。指標を分析し質の向上に活用すればさらに良い。

リハビリの朝夕のケア参加、退院支援パス導入により在宅退院が増加したこと、急変徴候として quick-SOFA をカード化し携帯することなど、部門横断的な改善の風土が確立しており、病院の組織的支援も含め高く評価できる。ノーリフトや嚥下内視鏡導入に際し、部門より起案、病院組織の検討、研修を経て実施に至っており

評価できる。責任者はラウンドでケアの状況、業務状況の把握を行っており適切である。

各職種の診療記録は記載され、患者・家族への説明と同意、検査結果の記載、栄養士の記録も確実に残されている。診療記録の内容の質的点検も、医師、看護師とも実施されている。本人確認はルールに則り確実に行われている。

５．医療安全

医療安全管理委員会により院内外の医療安全に関する情報が集約され、方針・施策が決定されている。下部組織にリスクマネジメント部会があり、インシデント・アクシデントの収集や分析、対策立案、成果の確認・見直しを行い、現場での医療安全活動の実践を担っている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策が実践され、指示出し・指示受け、確認・実施など、情報伝達エラー防止対策も適切に行われている。薬剤の安全な使用に向けて救急カート、麻薬の管理が適切に行われ、薬剤のアレルギーや禁忌情報はルールに則り記載されている。転倒・転落のリスク評価は全例に行われ、転倒・転落のフローチャートでリスク分類され、危険度に合わせた対策手順があり、転倒・転落発生時の対応手順も明確である。

医療機器の使用に関するマニュアルが整備され、使用する職員への教育・研修も業者と連携して実施されている。各勤務帯でチェック表を用いて作動確認・設定条件の確認が行われ、安全に使用されている。急変時の対応では、院内緊急コードが設定されており、定期的に訓練が行われている。AED、BLS が全職員対象に、さらに看護職・介護職に ALS の定期的な講習が行われており評価できる。

６．医療関連感染制御

院内感染対策委員会が月に１回開催され、各部門を代表する委員で構成されている。リンクナースおよび委員会委員によるチームで毎週部署ラウンドを行っている。特定行為研修を終えた看護師を中心に活動しており適切である。

感染対策に関するマニュアルは適宜改訂されており、内容も充実している。検体材料別の分離菌、抗生剤使用量を収集している。地域連携カンファレンスに年４回各職種が参加しており、県の感染情報も確認している。アウトブレイクは定義され、インフルエンザを蔓延させず対応した実績もある。

手指消毒用の速乾性消毒薬は各居室前に設置され、使用期限、使用量のモニタリングなどが行われている。PPE の着用も適切である。感染性廃棄物、感染性リネンやオムツの取り扱いは感染防御の配慮がなされている。抗菌薬の適正使用に関する指針も作成され、適時改訂されている。重症度や耐性菌リスクも考慮して作成しており適切である。

７．地域への情報発信と連携

病院の診療内容や自院の医療サービスに関する広報はホームページ、広報誌は年４回行され、連携施設に配布している。ホームページでの診療内容の紹介について

は、透析医療、リハビリテーション、医療連携などの内容が充実しており適切である。地域医療連携ネットワーク情報交換会を主催し、顔の見える連携に努力している。地域の急性期病院に定期訪問を行い、地域の各種連携会議に参加している。地域の介護福祉施設とも定期的な会合が持たれており適切である。

地域住民や民生委員・町内会長を対象に、リハビリスタッフによる介護予防教室をはじめ「よかよか元気教室」や「転倒予防教室」が定例的に実施している。さらに、県内全域の高齢者対象に栄養バランスに配慮した配食サービスも行っており、地域への情報発信・啓発活動と連携は適切に進められている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

外来の診察は待ち時間への配慮や緊急性への対応が行われている。入院は入院判定会議で決定し、入院診療計画は多職種で検討されケア計画に反映されている。地域連携室では患者・家族のニーズに応じ、院内外専門職と連携し相談に対応している。BPSD 軽減への取り組みがあるが、さらに認知症ケアアプローチについて検討を期待したい。

褥瘡の治療では、難治症例には皮膚・排泄認定看護師や皮膚科医へコンサルト体制がある。言語聴覚士、連携病院の歯科医師などで摂食・嚥下機能評価が行われている。

在宅復帰の可能性に関しては、入院時、全患者に退院支援スクリーニングシートで検討が行われている。退院前カンファレンスが院内多職種と患者・家族、外部のケアマネージャー、サービス事業所で行われた実績もある。多職種により必要な退院時指導が行われ、家屋調査や自宅改修が行われる。入院中の経過は診療情報提供書、サマリーなどで行われる。担当の医療相談員によりかかりつけ医との調整や、必要な患者に訪問診療・訪問リハビリテーションが行われ、連携先での訪問看護・介護等サービスにつなげる仕組みがあり適切である。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

リハビリテーションプログラムは多職種によるカンファレンスにより、適切に作成され、患者・家族からの相談は、社会福祉士が積極的に関わり、他スタッフへも情報共有がされている。医師は医学的管理を適切に行い、リハビリテーションチームのリーダーシップを十分発揮し、看護・介護職はリハビリテーションの理念に沿ったケアを実践している。

理学療法や作業療法、言語聴覚療法は、実施手順・マニュアルを定め、チームによる総合実施計画書と職種ごとの計画書を作成し、安全・確実なリハビリテーション療法を実施している。

退院支援は、患者に応じた動作指導や服薬指導、栄養指導なども適切になされ、介護保険サービスの調整や地域の社会資源との連携も十分である。退院後の在宅療養支援については、法人内の各種サービスを利用される患者が多く、継続的な診療・ケアが適切に進められているなど、リハビリテーションに関わるチームによる診療・ケアは適切である。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤部門では、調剤鑑査や疑義照会が適切に行われ、記録も確実に残されている。毎月、薬事委員会が開催され、採用薬の検討や抗菌薬の使用量などについて論議され、DI ニュースなどを通じて周知に努めている。検査部門は迅速検査などを一部院内で行い、異常値に対しては前値と時系列で比較し、パニック値は各部署に FAX 送信し医師に連絡される仕組みである。

栄養部門では、配膳直前に盛りつけがなされ、適時・適温への配慮がなされている。患者の嗜好調査に努力し、個別性のある食事提供に積極的な努力がみられる。厨房は衛生的に管理され、看護師・医師・言語聴覚士など、多職種との協働で経口摂取への努力もなされており適切である。また、委託先の栄養士との連携も適切である。

リハビリテーション部門では、生活支援、家庭復帰を部門目標に掲げて取り組んでおり、急変時の対応手順なども周知されている。医療機器は中央管理となっており、標準化が図られている。中央材料滅菌部門では、特定化学物質および四アルキル鉛等作業主任者の資格を持つ看護師が配置されている。洗浄・消毒は中央化され、各種インディケーターは適切に行われている。その他の部門についても、良好に機能が発揮され、病院の諸機能は適切に発揮されている。

１０．組織・施設の管理

年次および月次で予算管理がなされ、運営会議で分析がなされている。会計監事は外部の人が努めており、公認会計士による外部監査もなされているなど、財務・経営管理は適切である。医事業務は業務マニュアルが備えられ、窓口業務と収納業務がなされ、レセプト業務は、医師の協力関係のもと作成から査定対策まで適切に行われている。未収金対策は督促がなされ、経済的・社会的背景に問題がある場合は相談室につなげるなどの努力がある。物品については、物品庫において管理され、数年前から「医療入庫システム」を採用し在庫定数を管理している。

土地柄から噴火被害、地震、津波がありうることを踏まえたマニュアルを整備し、大規模災害想定と防災訓練を適切に実施している。停電時に備えた自家発電装置の電源供給も備えている。災害時の連絡体制も整備され、食品・飲料水・医薬品については、3 日分備蓄をしている。保安体制は確立している。緊急時には緊急連絡網が周知されるなど、病院の施設管理は適切である。さらに、医療事故発生時の招集方法、対応体制や院内検証、再発防止の体制が整備されている。

１１．臨床研修、学生実習

医学部 2 年生の地域医療実習を受け入れ、そのほか、看護・リハビリ・栄養士・臨床工学技士・薬剤師・社会福祉士の実習を受け入れている。それぞれ指導要領に沿って実習が行われている。医療安全や感染制御、個人情報保護とプライバシー保護など、事前のオリエンテーションが徹底され、実習指導者による監督と振り返りと評価も適切になされている。受け入れ体制も確立しており、適切な実習が展開されている。

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	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	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
1.4	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	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	A

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	S
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	B
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	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	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	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	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	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	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	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	A
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	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	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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	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	B
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	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	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	B
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	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	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：リハビリテーション病院（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	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	A
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	A
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	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 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 ： 医療法人玉昌会 高田病院

I-1-2 機能種別 ： 慢性期病院、リハビリテーション病院(副機能)

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 鹿児島県鹿児島市堀江町5-1

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					
療養病床	179	179	+0	95.7	130.6
医療保険適用	179	179	+0	95.7	130.6
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	179	179	+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	22	+3
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	30	+0
地域包括ケア病床	20	+20
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： 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	7	4.1	36.46	48.62	171.26	100.00	9.26	149.19	3.28	15.43
循環器内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
消化器内科（胃腸内科）	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
皮膚科	1	0	2.22	2.96	0.00	0.00	35.88	0.00	2.22	0.00
消化器外科(胃腸外科)	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
リハビリテーション科	0	0.4	3.95	5.27	0.00	0.00	0.43	0.00	9.88	0.00
通所リハビリテーション	0	0	26.13	34.84	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
訪問リハビリテーション	0	0	6.24	8.32	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医										
全体	8	4.5	75.00	100.00	171.26	100.00	5.59	149.19	6.00	13.70

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)	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	75.00	63.30	62.76	118.48	100.86
1日あたり外来初診患者数	4.19	4.37	3.69	95.88	118.43
新患率	5.59	6.90	5.88		
1日あたり入院患者数	171.26	172.16	172.49	99.48	99.81
1日あたり新入院患者数	1.15	0.89	0.86	129.21	103.49