

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」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 26 日～6 月 27 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
------	--------	----

■ 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。

1. 病院の特色

貴院は岩崎通信機（株）附属病院として開設し、名称変更などを経て、社会福祉法人康和会久我山病院として新築開院している。時代背景や医療環境のニーズに合わせて、一般病床増床、結核病床削減を行いながら、急性期病院へと変化している。「地域住民の健康と福祉に貢献します。」という理念達成のために、地域密着型の医療展開を行い、地域に安全で良質な医療提供を行っている。

今回は 4 回目の病院機能評価の受審であり、医療提供・組織運営の適切さを定期的に見直し、より良い運営を目指していきたいという取り組みがうかがえた。病院の医療展開・運営状態は、概ね適切に実行されている事を確認することができた。今回の訪問審査の結果が、貴院のさらなる発展の手助けになることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、患者・家族に向けて院内掲示され、職員に対しても周知が図られている。院長・看護部長・事務部長は、それぞれの立場で運営上の課題を明確化し、その解決のためにリーダーシップを発揮している。意思決定会議として病院経営会議が開催され、組織運営に必要な会議・委員会は、適切に開催されている。情報管理に関しては、情報システム運用規程に基づき、情報の管理・運用・活用が行われている。文書管理規程が策定され、病院で管理する文書を明確化し、各種規程・マニュアルが総務課管轄で管理している。

人材確保のため、毎年採用計画を立案し、募集活動を実施している。人事・労務管理に必要な各種規則・規程は、整備され、院内イントラネットに掲載し、職員がいつでも閲覧できる仕組みである。職員の安全衛生管理は、定期的な健康診断が実

施され、感染予防や労働災害の対応も適切である。ホルマリンの作業環境に関しては、職員が安全に作業できる環境となるよう検討されたい。職員満足度調査の実施、院長直送の意見箱の設置等で職員の意見・要望を把握し、保育所（夜間保育有り）、職員食堂など福利厚生へ配慮され、魅力ある職場づくりに努力されている。教育研修委員会により研修の年間活動計画がたてられ、実施されている。今後は全職員を対象として、倫理・患者の権利・個人情報保護・接遇・ハラスメント等の研修を計画し実施されるよう、検討し対応されたい。職員の能力評価のため、人事考課として情意評価と職員の能力評価・能力啓発を目的とした目標シートを利用した目標管理評価が実施されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、リスボン宣言に則った内容で明文化され、入院案内・ホームページ等に掲載され周知が図られている。説明と同意に関する方針・基準・手順書・運用規程は、インフォームド・コンセントに関するガイドラインに定められ、院内掲示や入院案内・入院のしおり・ホームページ上に方針が明示されている。診療情報の共有手段として、入院診療計画書・検査結果の説明・検査結果・薬剤情報の手渡し等を行っている。医療介護相談センター（地域医療推進室・医療福祉相談室・居宅介護支援事業所）に相談担当として社会福祉士が配置され、各種相談に対応し、相談業務が適切に案内されている。個人情報保護方針、個人情報保護規程が整備され、ホームページ・入院案内・院内掲示等で周知が図られている。認知症や終末期の対応・行動制限・在宅での看取りなど、患者ごとの個別事例は病棟カンファレンスや合同カンファレンスで検討されている。解決できない問題は倫理委員会で検討される仕組みが整備されている。臨床の場で生じた患者・家族が抱えている倫理的課題を把握し誠実に対応している。

療養環境の整備と利便性については、来院患者のアクセス面での配慮は適切であり、利用者の視点で各種サービスが準備され、利便性・快適性が担保されており、高く評価したい。診療・ケアに必要なスペースは確保され、患者がくつろげる場の確保、清潔な寝具の提供、浴室の利便性、清潔性等療養環境は適切である。敷地内禁煙が明示され、院内掲示、入院案内で周知され、受動喫煙防止に努力されている。職員喫煙者に対する積極的な禁煙推進活動を期待する。

4. 医療の質

院内に投書箱が設置され回収後、回答が院内掲示されている。投書での意見や要望に対しては、サービス向上委員会にて検討し、改善されている。多職種による症例検討会が定期的開催されているが、今後は死亡症例検討会 CPC の企画にも取り組む事を期待する。臨床指標は他施設とのベンチマークによるフィードバックや独自にアピール出来る指標の選定等にも活用されるとなると良い。「業務の質改善」に関わる問題は、サービス向上委員会等で取り組まれている。

外来・病棟における管理・責任範囲は職務分掌基準で明確にされている。主治医名・担当看護師名はベッドネームに表示され、当日受け持ち看護師は勤務開始時に

ベッドサイドで挨拶している。診療記録は基準に基づいて適切に記載されており、入院診療計画書は、入院後速やかに担当する医師が計画している。診療記録の質的点検は実施されており、担当医師にその結果が的確にフィードバックされている。呼吸療法チーム、栄養サポートチーム、嚥下・褥瘡対策チームなどの専門チームが入院時から介入し、多職種が協働しチームで患者の診療・ケアの向上が図られており適切である。

5. 医療安全

病院長直轄の TQM 推進部が設置され医療安全管理室が機能している。医療安全管理責任者は専従のリスクマネージャーが担当し、医療安全管理委員会、リスクマネジメント委員会が定期的開催され、医療安全に関する組織体制は確立しており適切である。院外の安全に関する情報は、日本医療機能評価機構、PMDA、セコム提携病院等の資料が収集されている。レベル 3b 以上をアクシデントとし、発生時には対策会議が開催され事故防止に向けた継続的な活動が行われている。収集事例の中から重要事例を抽出し、RCA を行い、再発防止策が図られ適切である。

誤認防止のための患者確認はフルネームの名乗り、生年月日、リストバンド等で行い、治療・検査部位はマーキングされ指示書にて確認している。多数のチューブ類が接続されている場合にはルートに薬品名がテープで表示され、目視による誤接続防止対策が適切に行われている。医師からの指示出し・指示受け・実施・確認の流れは明確であり、情報伝達エラー防止対策が確実に行われている。薬剤の取り違い防止については、規格が複数ある薬剤には注意喚起のマークをいれるなどの対策が実施されている。持参薬チェックは全症例に対して確実に行われており、重複投与や相互作用などのリスク回避に努められている。入院時全患者に「転倒・転落危険度自己診断アセスメントスコアシート」を使用しリスク評価されている。危険度に応じた看護計画を立案し、事故発生時の対応・体制も定められており、転倒・転落防止対策が実践され適切である。医療機器ごとの取り扱いマニュアルを整備している。使用法の教育・研修は臨床工学技士により入職時や病棟ごとに定期的に行われている。院内緊急コードは「E コール」が設定されている。全職員を対象とした BLS・ACLS の講習、院内緊急召集訓練を定期的実施されたい。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は、適切な委員構成で毎月開催されている。ICT メンバーによる院内感染ラウンドも行われ、改善に向けた取り組みの検討内容を院内感染対策委員会に提出している。医療関連感染制御関連のマニュアルや抗菌薬使用指針なども適切に整備され、定期的に見直しが行われている。連携病院との定期的な会議、感染ラウンドへの定期参加も実施している。院内での感染発生状況は、ICT チームにより収集・把握が行われ、院内感染対策委員会に報告され PDCA サイクルを回すシステムである。院外からの感染情報の収集も行われ、必要な情報は院内職員向けに随時発信されている。

汚物処理室で飛散する可能性がある排液・汚染水等の処理時には、予防着等の個人防護用具の着用の遵守が望まれる。抗菌薬の採用・削除の検討は、隔月開催の薬事委員会で行われるが、緊急採用の必要な薬剤に関しては適宜適切に検討が行われている。ガイドライン等に準拠した抗菌剤使用指針が定められ、臨床現場では適切に運用されている。抗 MRSA 薬・カルバペネム製剤の届け出制が採用されており、薬剤科の介入により長期継続症例は少なく適切に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌が発行され、院内での配布と同時に、地域の医療機関、施設、消防署等へ広報されている。ホームページが作成され、定期的に情報更新されている。医療介護相談センター（地域医療推進室・医療福祉相談室・居宅介護支援事業所）が地域との連携窓口として機能し、地域医療推進室の事務スタッフが、地域の医療機関等と顔の見える連携促進のための訪問活動を積極的に行っている。地域に向けての医療に関する啓発活動としては、理念に「地域住民の健康と福祉に貢献します」と謳われており、地域住民を対象とした健康セミナー・ヘルスアップセミナーが定期的に開催されている。また、地域の医師会の先生を対象とした医療セミナーの開催、認定看護師による勉強会開催、コ・メディカルスタッフによる地域医療機関のコ・メディカル職との研修会等、地域の医療関連施設に向けた支援も数多く実施されており、活動は高く評価したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院者を案内する専任職員、緊急性の判断をするトリアージナースが配置され、患者が円滑に診察を受ける体制がとられている。他の医療機関や施設からの紹介患者の検査や画像診断等の情報は確実に収集・把握され、その情報に基づいて診断され診療計画が立案されている。スムーズな入院受入れや待機期間短縮のため関連病院や他の医療機関を訪問し、情報が提供されている。診断的検査は病態別に必要性が適切に判断・実施され、検査中・検査後の観察記録も適切に残されている。高度な医療や専門外の医療が必要な患者には、他院紹介の必要性を患者・家族に説明し同意を得てから紹介している。入院決定は適切な医学的判断のもとに行われている。入院直後に患者基本情報の集約と栄養、転倒・転落、褥瘡などのルーチン・アセスメントが行われている。入院診療計画や看護計画等は速やかに作成され、患者・家族に説明のうえ同意が得られている。医療介護相談センターに医療福祉相談室が設置され、専従の社会福祉士、看護師、MSW が相談窓口となり医療相談に対応している。

医師は毎日回診し、カルテ記載は適切に行われ、病棟カンファレンスの内容はカルテに確実に記載され情報共有されている。看護システムは PNS が採用され、能力に応じた業務分担が行われている。指示出し・指示受けのルールは明確であり、入院患者の持参薬管理や薬歴管理・服薬指導も必要に応じて適切に行われている。注射等の実施に当たっては、患者に必要性和リスクが説明され、誤認防止対策も徹底されている。

輸血の適用はガイドライン等に準拠して行われ、投与中・投与終了後・翌日の患者観察結果が記録されている。周術期の対応は、適切に行われている。重症者は入退室基準の定まった重症室にて適切に管理されている。入院時に全患者を対象に日常生活自立度を判定し褥瘡危険要因が評価されている。ハイリスク患者には、皮膚科医師、薬剤師、皮膚・排泄ケア認定看護師、管理栄養士等の多職種で褥瘡回診を行い褥瘡ゼロ運動が積極的に行われている。入院時に全患者を対象にNSTスクリーニングが行われ、栄養管理計画書を作成し、医師の指示により積極的な栄養・食事指導が行われている。症状緩和については、患者の訴えを傾聴・表情の変化を読み取りコミュニケーション能力を強化する等、積極的なサポートが実践されている。リハビリテーションは早期から介入され、適切なゴール設定した総合実施計画書がリハビリテーションスタッフを中心に作成されている。行動制限の必要性は「危険因子・行動抑制アセスメントシート」を用いて評価され、必要性和リスクについて説明と同意書の取得後医師の指示の下で行われている。入院後速やかに退院支援スクリーニングシートで退院困難要因を抽出し支援計画が立案されている。

退院後の療養・継続については地域の連携医や多職種で検討された支援内容が患者・家族に説明され支援されている。退院時には在宅療養に向けての家屋調査やリハビリスタッフ・地域の訪問看護師・ケアマネジャーとの担当者会議や診療情報提供書・サマリー等で情報の共有を行うなど継続した診療・ケアが実施されている。ターミナルステージの判定基準は整備され揺れ動く患者・家族の心理過程や療養環境に配慮した診療・ケア計画が立案され適切な対応が行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

調剤業務・処方鑑査や疑義照会は適切に行われ、持参薬は入院時に全例チェックされている。安全情報等の周知や新規医薬品の採用検討、院内薬品集の整備、救急カート薬剤の管理は適切である。検査部門はブランチラボが採用され適切に業務が運用されている。結果報告も迅速適切であり、パニック値の報告体制も整っている。画像診断は適切に行われており、その診断結果報告も常勤放射線医師により迅速に報告されている。患者給食は、清掃が行き届いた清潔で衛生的な環境のもと調理・配膳が行われている。リハビリテーションは、365日の提供体制ではないが継続性が損なわれない様に配慮され実施されている。

診療情報は、診療録管理士により適切に管理されている。医療機器管理は、臨床工学技士が担当し管理している。医療機器は機種ごとに標準化され、夜間・休日の持ち出し体制も明確にされている。持出し後の機器の所在管理も把握されている。使用済み器材は院内統一のルールで密閉容器にて回収され、一次洗浄は中央化されている。高圧蒸気滅菌器の始業時点検、各種インディケータは確実に実施され滅菌の保管・管理が適切に行われている。生検・手術組織材料の病理診断は、外部委託処理されており、検体採取から保存、提出までの過程は適切である。輸血用血液は検査室で適切に管理されている。廃棄率の低下に向けて院内全体で取り組んでいる。

全身麻酔は常勤麻酔科専門医によって適切に行われ、年間約 1,000 件の手術が適切なスケジュール管理のもとに行われている。術中の麻酔管理・退室基準等にも問題は無い。二次救急病院として、年間約 3,000 台の救急車を受け入れ、応需率 70%前後だが、受け入れ出来なかった症例は、その理由を明確に記録として残し検証している。児童や高齢者等に対する虐待・DV への対応マニュアルは整備されている。

10. 組織・施設の管理

財務経営管理は総務課（経理担当）が窓口となり会計処理を行っている。毎年事業計画が作成され、毎月の予算と実績の比較のために、業績報告を作成し、病院経営会議で分析・検討されている。医事業務はマニュアルに基づき適切に実施されている。業務委託は、委託業者の実施状況をもとに毎年見直しが検討され、見直しの際は、複数の見積りを比較し、検討している。施設・設備の管理は、総務課（施設担当）が管理し、日常点検、保守管理は適切に行われている。院内の診療材料は、SPD が導入され、総務課（購買担当）により管理している。

災害時対応の為の、防災マニュアル・BCP マニュアルが策定され、災害訓練は、年 2 回実施されている。保安業務は院内に監視カメラを設置し管理し、また、委託の警備会社が常駐して対応している。医療安全管理マニュアルに事故発生時の対応が示され、事故発生時の初期対応フローチャートが作成され、公表の判断基準や報道に対応する為の注意事項も明示されている。

11. 臨床研修、学生実習

医学部学生、看護学生、薬剤師、リハビリテーション療法士、放射線技師等の学生実習を受け入れており、各部門で学校と調整しているが、学校との契約等は総務課にて一元管理されている。実習学生には、4 種のウィルス抗体価とワクチン接種を必須とし、患者等への感染防止にも配慮している。それぞれのカリキュラムに沿った実習が行われ、担当者により評価されている。事故への対応は、契約書内に明記され、総合補償制度に加入している。学生実習は、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	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	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	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	S
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	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	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	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	A
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	S
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	A
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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制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	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	S
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	B
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	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： 2019 年 2 月 28 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会福祉法人康和会 久我山病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地： 東京都世田谷区北鳥山2-14-20

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	199	199	+0	91.4	12.3
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	199	199	+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	10	+0
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		
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 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

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
1日あたり外来患者数	531.62	520.29	528.35	102.18	98.47
1日あたり外来初診患者数	88.58	91.62	102.12	96.68	89.72
新患率	16.66	17.61	19.33		
1日あたり入院患者数	181.82	162.90	149.79	111.61	108.75
1日あたり新入院患者数	14.76	14.47	13.56	102.00	106.71