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19日～2月20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、労働者健康安全機構の労災病院として、労災医療、勤労者医療を実践し、地域の中核的病院としての役割を果たしながら、治療と仕事の両立支援も積極的に行っている。地域医療構想における自院の役割は、「急性期ケアミックス型医療」であると表明し、地域の高度急性期、急性期病院間における円滑かつ迅速な連携を行い、高齢者救急にも貢献している。地域医療支援病院として、登録医を中心としたかかりつけ医との病診連携も推進し、医療連携アンケートや、連携担当医師をはじめとした医療機関への訪問等により、地域のニーズを把握している。また、医療機関に加え、介護系施設とも連携協定を締結し、積極的に緊急入院の受け入れを行っている。地域の医療従事者の質向上や地域住民の健康増進を目的とした多機能の研修会を開催し、出前健康講座も拡大を予定している。

2040年の地域包括ケアシステムのさらなる深化・推進に向けて、今後も貴院が地域の医療や介護をコーディネートし、地域住民のQOLの向上に貢献するとともに、医療の質向上に継続して取り組まれ、益々の発展を遂げられることを期待したい。

２．理念達成に向けた組織運営

病院理念と基本方針をわかりやすい内容で明文化している。病院幹部は課題の把握と問題解決に取り組むとともに、部門目標の設定などを通して職員の就労意欲の向上に取り組んでいる。情報の有効活用やセキュリティー管理を適切に行い、法人文書管理規則に基づいた文書管理を行っている。

診療機能の維持・発展に必要な人材確保に向け、継続的かつ組織的な採用活動に

取り組んでいる。人事・労務等に関する各種規則・規程類を整備し、職員にはグループウェアや職員手帳などで周知を図っている。IC カードによる出退勤管理を行い、総労働時間の適正化に努めている。安全衛生管理委員会を設置し、職員の健康診断は全職員を対象に行い、非常勤医師等は書面で受診状況を確認している。作業環境測定が必要な全ての場所を対象に、計画的かつ網羅的に実施する体制を整備し確認している。職員の意見・要望は、職場懇談会や職員満足度調査等を通して把握に努めている。

職員の教育・研修は、年間研修計画を策定して計画的に実施し、人事考課制度や身上調査書により職員の能力評価に取り組んでいる。臨床研修医の育成・指導の体制は明確であり、看護師をはじめ多くの職種においても初期研修のプログラムを整備している。医学生や看護学生をはじめ、多くの部門で学生実習を受け入れている。実習指導者研修や講習を修了した指導者を配置し、カリキュラムに沿った実習を行っている。

３．患者中心の医療

患者の権利を明文化し、経営会議で見直しを行い権利擁護に取り組んでいる。説明と同意については、医療安全マニュアルの中に方針と詳細な手順を明文化している。説明後は看護師が説明内容の理解確認を行い、不安の軽減に努めている。ホームページに多くの病院情報を掲載し、入院支援看護師が入院時に必要な情報を提供している。院内掲示や入院案内等を通じ、患者・家族への協力を依頼している。患者・家族からの相談に対応する総合患者相談窓口を正面玄関付近のわかりやすい場所に設置している。個人情報保護規定等を明文化し、職員研修等で周知している。臨床における倫理的課題については、方針を定め、職員手帳やグループウェアにより周知している。患者・家族が抱えている倫理的課題に対して、医師や看護師・MSW 等の医療チームでカンファレンスを行い、難渋する課題については、院内の倫理ワーキング、倫理・個人情報保護委員会へ申請する仕組みがあり、倫理的課題の検討フロー図として現場に周知している。

来院時のアクセスを確保し、生活延長上のサービスを整備している。院内随所に絵画を、外来エントランスには雛人形を飾り、電子ピアノによる自動演奏を行うなど、患者への癒しの環境を提供している。敷地内禁煙であり、院内掲示等で周知している。

４．医療の質

企画・業務改善推進委員会を設置し、改善活動を継続的に行っている。診療の質の向上に向け、院内開催の学術大会や各診療科での症例検討、術後病理カンファレンスや M&M カンファレンスをはじめ、CPC などの横断的なカンファレンス、多職種によるカンファレンスなど多くの症例検討を実施している。ガイドラインの参照環境を整備し、クリニカル・パスを活用するとともに、臨床指標を公開している。患者・家族からの意見等を収集するため、投書箱を設置し、患者サービス委員会が担当して全ての投書に回答している。患者満足度調査を行い、接遇向上に取り組ん

だ結果、高い評価を得ている。新たな診療・治療方法や技術の導入は、倫理・個人情報保護委員会で審査している。

病棟や外来の診療・ケアの管理・責任体制を明確にし、病棟入口等に掲示している。病棟師長はラウンドにより、ケアの提供状況や患者の状態等を把握し、医療チームに助言している。診療録記載マニュアルや看護記録マニュアルを作成し、記録が必要な情報を定めている。退院サマリー作成率を改善している。質的点検はマニュアルを用いて多職種で行い、フィードバックしている。病棟では、多職種によるケースカンファレンスや退院支援カンファレンス等を積極的に開催し情報を共有している。NST や RST、褥瘡対策、摂食嚥下など多数の専門チームがあり、組織横断的に活動している。

５．医療安全

病院長直下に医療安全管理室を設置し、医療安全管理室長は副院長、医療安全管理責任者は専従の看護師長が務めている。医療安全管理責任者は、組織横断的な調査・対応の権限を持ち、医療安全カンファレンスや医療安全管理委員会を開催している。医療安全マニュアルおよび職員手帳上に、インシデント・アクシデントの基準と対応を明記している。医療安全パトロールを実施し、インシデント・アクシデントの要因分析結果を各部署にフィードバックしている。医療安全に関する情報や教訓事例は、電子カルテに掲載して各部署へ周知している。医療事故発生時の対応手順はマニュアルに明記している。

患者確認は、名乗りを基本とし、ネームバンドと検査等の指示書を照合している。情報伝達エラー防止に向け、電子カルテの機能を活用している。ハイリスク薬は保管場所や定数表にその旨を明示し、注意喚起している。麻薬保管庫の鍵管理について、責任の所在が明確になる運用を整備している。転倒・転落アセスメントの結果に応じて電子カルテ上で注意喚起し、計画を立案して予防に努めている。医療機器を中央管理し、使用前に臨床工学技士がアラームをチェックしている。患者等の急変時のハリーコールを統一し、救急委員会が中心となって救急対応の判断基準を作成してナースステーション内に掲示している。

６．医療関連感染制御

病院長直下で、ICD の資格を持つ院長補佐を室長とする感染対策室を設置し、専従の ICN を配置している。ICT、AST を組織し、感染対策委員会を開催して様々な問題の提起や対応を行っている。全病棟で CLABSI を実施し、整形外科脊椎手術に対し SSI、透析患者には微生物サーベイランスを行っている。JHAIS・JANIS にデータ報告を行うとともに、ベンチマークにより自施設での評価・改善に役立てている。院外での感染症流行状況も積極的に入手している。感染対策マニュアルを整備し、感染経路別の予防策を実施している。

手指衛生の個人調査を部署別、職種別に実施し、結果をフィードバックしている。抗菌薬適正使用マニュアルを作成し、指定抗菌薬は許可制としている。AST 薬剤師が抗菌薬使用前の培養検査提出の有無や起炎菌等をチェックしている。指定抗

菌薬使用状況や耐性菌検出状況等はASTカンファレンスで討議し、主治医にフィードバックしている。感染症についてはAST医師がコンサルテーションを行っている。アンチバイオグラムや抗菌薬使用数およびAUDは、電子カルテ上でも閲覧可能である。抗菌薬の使用総量が少なく、評価できる。

７．地域への情報発信と連携

多職種からなる広報委員会と医事課、地域医療推進室が中心となり、広報を担当している。連携医療機関や病院向けの広報のほか、患者向けにも広報誌等を発行している。地域の医療関連施設等との連携は、地域医療推進室が担当し、地域医療支援病院として、定期的に医師会や登録医の代表者等と委員会を開催して意見交換している。医療機関に加え、介護系施設とも連携協定を締結し、積極的に緊急入院の受け入れを行っている。登録医に対して、医療連携アンケートや、連携担当医師をはじめとした医療機関への訪問等により、地域のニーズを把握している。アンケート内容から、研修会を開催する曜日の変更を行うなど、登録医の意見を反映している。地域の教育・啓発活動として、健康フェアや糖尿病デーを開催し、オンラインセミナーも開催している。ホームページでは、「健康コラム」を掲載し、医師や薬剤師、管理栄養士等が患者にわかりやすく医療情報を発信している。出前健康講座を病院関連施設で開催し、今後、広く地域に出向いた開催も検討している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

医師から患者への説明時には、原則として看護師が立ち合い、事後に理解度を確認している。入院の適応は、外来診療を行った医師が必要時には上級医とも相談し、診察や検査結果を含めて総合的に判断した上で決定している。診療計画は主治医が中心となって作成し、入院時や必要時に患者に説明している。入退院支援センターを設置し、入院が決定した患者には、専任の看護師が手術や検査、治療の予定等について説明している。

担当医は毎日患者の診察を行って病状の把握に努め、適時に診療録に記載を行っている。看護管理基準や各部署マニュアル、ナーシングスキルが準備され、標準的なケアの提供ができている。医師による処方や患者説明の内容を確認の上、薬剤師が服薬指導を行っている。輸血・血液製剤の投与は、「輸血療法マニュアル」に沿って行っている。リスクの高い術後患者や重症患者は入退室基準を設け、HCUで対応している。

褥瘡のリスクアセスメントを入院時に実施し、結果に応じてカンファレンスを開催するとともに、計画を立案してベッドやマットレスを選択している。入院が決定した時点で管理栄養士が栄養状態等を確認し、必要な患者に栄養管理計画書を作成している。緩和ケアマニュアルを整備し、疼痛についてはNRSを用いて評価して継続的なケアを行っている。専門医がリハビリテーションの処方を行い、それに基づいてリハビリテーション総合実施計画書を作成している。身体拘束に関する基本方針や適応基準、判断基準等を明確にされており、身体拘束最小化チームを中心とした身体拘束最小化に向けた取り組みを期待したい。診療・ケアの継続に必要な患者

情報は、退院サマリーを提供しているほか、地域の関係者とのカンファレンスを行っている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤の処方鑑査は、薬剤師が複数の段階で確認を行い、院外からの疑義照会は、問い合わせ業務簡素化プロトコルを地域の保険薬局と共有している。臨床検査でのパニック値を定め、医師へ確実に伝達する体制を整備している。CT、MRI、RI 検査所見のほぼ全件について、検査当日中に電子カルテから参照できるシステムで報告している。適時・適温で食事を提供し、嗜好についても可能な限り対応している。療法士は、各病棟でのカンファレンスを通じて多職種と情報共有しながら、リスク評価と患者ニーズに合わせた系統立てたリハビリテーションを行っている。診療情報は 1 患者 1ID 番号で管理し、診療記録の量的点検結果に基づきフィードバックしている。医療機器は中央管理し、機器ごとに定期点検計画表を作成するとともに、点検実施記録も管理している。中央材料室は手術部の看護師長が管理し、各種インディケーターで滅菌の質を保証している。

病理診断では、オーダリングと QR コードを用いて検体交差を防止し、結果報告書を既読管理している。輸血部門システムを導入して一元管理し、事例検討会やシミュレーションを通じて、迅速・適正供給に努めている。手術・麻酔の管理体制を整備し、集中治療では多職種によるカンファレンスを行い、患者の状態や治療方針を情報共有している。「断らない救急診療」の方針に基づき、年間を通じて多数の救急搬送に対し高い応需率で対応している。

１０．組織・施設の管理

予算編成は、病院と機構本部の協議により決定している。予算の執行状況は、収入支出状況報告書として、毎月会議で報告している。保険請求は、医事課と担当の医師が点検を行っている。返戻・査定への対応は、保険診療委員会で共有し、担当医に確認した後、原則、再審査請求している。業務委託の契約期間を設定し、自動更新は行わず、定期的に委託業者を見直している。

施設・設備の管理・責任体制は明確であり、日々の点検・確認を確実に実施している。医療ガスの定期的な点検と廃棄物処理も適切に行っている。医薬品は薬事委員会、医療消耗品は医療材料検討委員会において審議し、運営会議で承認している。高額医療機器を含む医療機器の購入は、各部署が整備計画書等を提出して購入計画を策定し、機器等整備委員会において審議の上、経営会議の決定を経て予算化している。

災害対策マニュアルや BCP マニュアル、大規模災害対策マニュアルを策定するとともに、緊急時の連絡体制を整備している。神戸市から災害対応病院の指定を受け、備蓄や通信設備など対応体制を強化している。保安業務については、24 時間体制で警備員を配置するとともに、警察 OB を採用して院内巡視と防犯対策に取り組んでいる。警備日誌を日々作成し、夜間・休日の緊急連絡網を整備している。

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	B
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	B

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	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	B
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	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	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	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	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	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	B
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	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	
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	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	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	B
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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2024 年 11 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 独立行政法人労働者健康安全機構　神戸労災病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 独立行政法人労働者健康安全機構

I-1-4 所在地 ： 兵庫県神戸市中央区籠池通4-1-23

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	316	265	-51	65.6	14.1
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	316	265	-51		

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)	7	+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	12	+0
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	50	+0
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,DPC対象病院(DPC標準病院群)

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： 8 人 2年目： 6 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

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	6	0	45.49	8.83	38.81	18.67	10.22	14.48	7.58	6.47
呼吸器内科	4	0	19.88	3.86	21.40	10.30	16.52	17.38	4.97	5.35
循環器内科	4	0	39.00	7.57	8.58	4.13	3.09	12.85	9.75	2.14
消化器内科（胃腸内科）	15	0	58.92	11.43	36.86	17.73	12.70	7.14	3.93	2.46
腎臓内科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
神経内科	0	0	3.95	0.77	0.00	0.00	4.27	0.00	0.00	0.00
糖尿病内科（代謝内科）	2	0	19.13	3.71	1.48	0.71	2.88	11.39	9.56	0.74
皮膚科	3	0	24.44	4.74	4.09	1.97	7.06	13.51	8.15	1.36
精神科	1	0	25.58	4.96	0.00	0.00	1.38	0.00	25.58	0.00
外科	7	0	16.76	3.25	15.20	7.31	4.76	13.33	2.39	2.17
循環器外科(心臓・血管外科)	4	0	15.19	2.95	6.25	3.01	10.19	9.52	3.80	1.56
泌尿器科	0	0	8.49	1.65	0.00	0.00	4.22	0.00	0.00	0.00
整形外科	11	0	132.94	25.79	71.63	34.46	7.11	24.03	12.09	6.51
眼科	1	0	16.90	3.28	0.53	0.25	4.07	2.56	16.90	0.53
耳鼻咽喉科	1	0	31.76	6.16	2.15	1.04	6.34	6.19	31.76	2.15
リハビリテーション科	2	0	41.25	8.00	0.00	0.00	0.09	0.00	20.63	0.00
放射線科	1	0.8	2.85	0.55	0.00	0.00	63.15	0.00	1.58	0.00
麻酔科	0	2.4	10.22	1.98	0.89	0.43	1.05	9.82	4.26	0.37
病理診断科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療相談科	1	0	2.67	0.52	0.00	0.00	0.00	1.00	2.67	0.00
研修医	14									
全体	79	3.2	515.42	100.00	207.86	100.00	7.03	13.33	6.27	2.53

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)	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	515.42	546.69	553.60	94.28	98.75
1日あたり外来初診患者数	36.22	40.65	36.98	89.10	109.92
新患率	7.03	7.44	6.68		
1日あたり入院患者数	207.86	223.79	215.12	92.88	104.03
1日あたり新入院患者数	15.59	15.93	15.34	97.87	103.85