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 11 月 11 日～11 月 12 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 1948 年に開設後、改称や移転等を経て 1986 年に現在の地に新築移転した。今日まで地域住民のための中核病院として発展し続けている。理念である「地域の皆さまに信頼される病院として安全で質の高い医療を提供します」と 4 つの基本方針をわかりやすく表現し内外に発信している。理念・基本方針を達成するための重点的な取り組み例として地域医療支援病院としての維持とさらなる拡充をあげている。とくに救急医療では高齢化の加速とともに人口減少が進む地域特性を考慮し、24 時間 365 日断らない方針で救急患者を受け入れている。このたびの審査においては医療の質の向上をめざし、病院長・幹部の強いリーダーシップのもとで職員が一丸となって取り組んでこられた。特に秀でた活動として、計画的・効率的な組織運営と地域に向けた教育・啓発活動および医事業務部門の取り組みは高い評価を得ている。一方で課題と思われる領域も見受けられた。本受審を機に貴院が自らを再評価し、医療機能のさらなる充実と発展につなげていくことを期待したい。

２．理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は明文化され、院内外に周知している。病院の将来像や運営方針を職員に明示しており、病院の組織図、職務分掌を整備し、病院運営に必要な会議・委員会を設置している。JCHO 本部による中期計画の策定と、これに基づいた病院目標を立案することで、より具体的な行動目標に展開している。情報管理では、システムの管理やデータの二次利用が行われ、効率的・効果的に運用されている。本部による文書管理規程が作成され、個人情報ファイル簿や要配慮個人情報の有無もファイル簿にて明確にされている。

業務量に見合う適正人員や、病院機能および質向上に向けた計画的な人材確保に努めている。就業規則をはじめ、給与規程や法律に基づく制度等の各種規程が整備されている。職員の労働安全衛生への対応として、安全衛生委員会が毎月開催され、産業医、衛生管理者による職場巡視を実施している。職員の意見・要望は、本部による意識調査や業績評価制度の中で面接を実施し、聴取している。職員への教育・研修は、教育委員会にて全職員を対象に実施している。医師を含む全職員は、本部の業績評価規程に基づき目標管理を行い、その結果は昇給・昇格などにも反映されている。医師の初期臨床研修は、臨床研修管理委員会のもと、研修プログラムに沿って実施しており、他の職種においては専門職種に応じた初期研修を実施している。学生実習は、医師・薬剤師・看護師など数多く受け入れている。

３．患者中心の医療

患者の権利と責務を明文化して院内に掲示しており、病院ホームページにも掲載して患者・家族へ周知している。説明と同意の対応は、インフォームドコンセント指針に手順等を明記している。患者との診療情報の共有は、入院診療計画書、看護計画、リハビリテーション計画、クリニカル・パスなどを活用している。「患者さん相談窓口」を設置し、専門職と連携して多様な相談に対応しており、退院支援や虐待対応などの相談体制もとられている。院内規程やマニュアルを整備し、個人情報保護と情報管理研修を行うことで、外部流出防止策を実施している。倫理委員会を設置し、倫理方針・規程・基準を明文化しており、委員会での決定事項を職員へ周知している。臨床現場で生じる倫理的課題に対し、看護部倫理委員会および医療ケアチームが検討・合議を行っている。

病院の施設・設備は、患者が利用しやすい環境づくりを進め、快適性と安全性に配慮している。診療・ケアを行うスペースを確保し、デイルームを整備して、患者が安心してくつろげる環境を提供している。敷地内全面禁煙を徹底し、職員・患者双方で受動喫煙防止を進めている。

４．医療の質

病院の質評価として、本部による監査を受けている。医療安全と感染制御に関し、他施設と相互評価を行い、課題改善に努めている。医療法に基づく立入検査を受け、指摘事項に対応している。臨床研修医が参加する内科症例検討会を週１回行っている。死亡・合併症カンファレンス（M&M カンファレンス）と臨床病理検討会（CPC）を定期的に開催している。クリニカル・パスのバリアンス分析を行い、改訂している。患者の声を病院運営に反映し、患者満足度の向上、医療サービスの質向上に努めている。新たな診療や技術の導入に際しては、倫理委員会で検討し、採用可否を決定している。医薬品の適応外使用、新しい手術方法、臨床研究に関しても、倫理委員会で検討し、承認する体制となっている。

病棟および外来においては管理責任者を明示している。入院患者に対してはベッドネームに主治医等を明記し、患者・家族への周知を徹底している。診療記録は「診療部業務指針」に則り記載されており、修正履歴を確認できる仕組みがある。

医師は診療経過を毎日記載している。質的点検を多職種で行い、評価結果をフィードバックしている。入院早期から医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・社会福祉士などが参加する多職種チームが積極的に介入し、患者の課題に応じた包括的支援を行っている。

５．医療安全

院長直下に安全管理室を設置し、専従の安全管理者を配置している。医療安全管理マニュアルは、医療安全管理委員会で承認を受け、見直しにより改訂している。院内のアクシデント・インシデント等の発生時は、現場検証を含め、情報収集を積極的に実施している。医療事故時はマニュアルに基づき迅速に対応し、調査・再発防止策の検討や法的対応を含め、安全管理を徹底している。

医療者と医療を受ける患者がともに誤認防止対策に取り組んでいる。パニック値は医師に直接連絡している。口頭指示が可能な範囲を明確にし、医師の代行入力後に未承認オーダーが残らないような運用手順についても構築された。麻薬・向精神薬等を適切に施錠管理している。がん化学療法のレジメン管理・登録体制を整備しており、今後は迅速審査の手順を明文化することで、より安全で円滑な運用が期待される。転倒・転落防止対策は、リスク評価から計画・実践・実施まで適切に行われている。医療機器の安全使用では、医療機器安全管理責任者が中心となり、教育・研修を実施してマニュアルも整備している。院内の緊急コードが設定されており、全職員を対象に心肺蘇生訓練を開催している。

６．医療関連感染制御

感染管理体制は、院長の直下に感染管理部を設置し、感染管理室に専従の感染管理認定看護師（ICN）を配置している。感染対策チーム（ICT）が回診で感染状況や療養環境を把握し、ICT で協議後、感染対策管理委員会に報告している。感染対策マニュアルに ICT の権限やアウトブレイク対応を明示し、毎年改訂も行っている。ICN が院内の起炎菌・耐性菌を把握し、感染対策管理委員会に報告している。
JANIS や JHAIS の判定基準を用いて、CLABSI、VAP、CAUTI、SSI の目的別サーベイランスを実施している。全国プロジェクトへの参加に基づく他施設との比較や、パンデミック発生時の事業継続計画（BCP）の整備は高く評価できる。

マニュアルに基づいた感染防止対策が実施されており、教育研修や監査を行い評価している。抗菌薬適正使用支援チーム（AST）で抗菌薬使用状況を確認し、当該医師に抗菌薬の継続・変更・中止を提案している。抗菌薬使用指針を整備し、手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬の投与率は 96％に向上している。アンチバイオグラム、抗 MRSA 薬等の届出制・許可制、治療薬物モニタリング（TDM）など、抗菌薬の使用監視体制は機能している。

７．地域への情報発信と連携

広報委員会が中心となり、各部署と連携して病院理念や診療実績、安全管理などの情報を発信している。医師の同行訪問や広報誌の発行を通じて地域医療連携を推進し、情報共有と早期転院を強化している。

地域住民に対する市民医療セミナーや広報誌の発行を通じて、医療に関する啓発と信頼関係の構築に取り組んでいる。また、医療・介護従事者向けの研修や情報発信も継続的に行われており、地域医療機関との連携強化に寄与するなど、地域医療の架け橋として積極的な活動を行っ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

来院した患者が安心して受診できるよう、案内と環境整備に努めている。外来はマニュアルに基づいて本人確認、誤認防止および情報収集を行い、看護専門外来では糖尿病、ストーマケア、がん化学療法の認定看護師が専門性の高い看護に努めている。診療科間の連携体制、日帰り手術の対応、入院支援室によるサポート体制なども整備されている。診断的検査の必要性は医師が判断し、侵襲性の高い検査は説明後に文書による同意を得ている。入院時は、外来担当医もしくは主治医による医学的判断と説明・同意のもと、患者の希望や病状などに配慮した入院決定を行っている。医療相談については、医療福祉相談室で対応しており、入院患者に対して基本情報の聴取等により入院支援を行っている。

入院後は、医師のリーダーシップのもと、病棟カンファレンスで多職種と情報共有を行っている。患者や家族との面談やインフォームドコンセントを適切に行い、医師事務作業補助者の活用により医師の業務負担軽減を図っている。病棟運営基準・看護基準・看護手順に基づいた病棟業務が実施されている。患者の状態に応じて多職種と連携し、カンファレンスを開催して日常生活援助や診療の補助、退院調整が実施されている。各職種の役割や機能も明文化されている。全入院患者に服薬指導、薬歴管理、持参薬管理を行っている。輸血の適応と血液製剤の選択は輸血マニュアルに従って医師が行い、手術適応と術式は各診療科の術前カンファレンスで決定している。HCU への入室管理や多職種からなるチーム医療が提供されている。入院時の栄養評価・栄養計画書の作成や症状緩和の基準、リハビリテーション時のリスク評価や総合リハビリ実施計画書の作成など、手順に沿って安全に実施している。

身体的拘束最小化指針により、拘束を原則禁止としている。患者・家族の意向等を踏まえた退院支援や継続支援の提供、終末期医療についてもガイドライン・マニュアルを基に実施している。患者・家族・医療者が納得して、死を予測したケアを提供できるよう、多職種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

薬剤師は医薬品の遮光・温湿度管理、持参薬管理、処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査などに従事し、定期的に緊急安全性情報や副作用の DI 情報を発信している。注射薬の 1 施用ごとの取り揃えは適切で、抗がん剤の混合・調製はすべて薬剤師が安

全キャビネット下で実施している。検体検査は、検体交差が起こらないようバーコード認証している。タイムリーな画像診断と迅速な報告を行い、ほぼすべて自院で読影するなど、画像診断の質は担保され、安全管理体制も整備している。医療被曝線量の管理、個人用・設置型防護具などは適切であり、放射線被曝防止の教育・研修も実施している。管理栄養士は栄養管理と衛生管理を徹底し、患者の食事満足度向上に努めている。脳血管、運動器、心大血管、呼吸器、がんの急性期リハビリを実施している。疾患別の標準プログラムを整備しており、心臓リハビリ開始時には医師に連絡し、嚥下機能評価の際は耳鼻科医の指導を受けている。診療情報を適切に管理し、質向上と改善策の充実を図っている。院内の医療機器管理は、医療機器の一元管理、保守点検計画、修理履歴を把握して記録している。医療器材の洗浄・滅菌は、滅菌の質保証の取り組みが行われ、作業環境の整備や個人防護具の着用も行っている。

病理検体処理は、各過程において検体交差が起こらないよう手順を遵守している。血液製剤は、検査室の自記温度記録計付き専用保冷庫・冷凍庫で保管している。手術室における患者誤認防止対策として、手術安全チェックリストを使用している。HCU の入退室は、HCU 責任医師と担当師長が基準に則り決定している。地域医療支援病院として、二次医療圏のニーズに応じて救急医療を提供している。

１０．組織・施設の管理

会計準則に基づく管理と分析により、経営改善と効率化を推進している。医事業務の効率化と査定防止策を徹底し、未収金管理と人材育成に努めている。委託業務を適切に管理し、研修や情報共有により安全性と品質を確保している。

施設・設備は、中央監視室および保安管理室にて 24 時間 365 日、日常の管理・運用および保守点検など、各種計画に基づいて管理されている。SPD 管理と委託業者との連携により、物品・医薬品の適正管理とコスト削減を進めている。「防火・防災管理規程」を作成し、消防計画、自衛消防隊の編成がされ、防災訓練・避難訓練・災害訓練が毎年実施されている。患者・職員の災害時備蓄も保管されている。保安業務は、保安管理室が毎日院内巡視や施錠管理等を行っている。院内各所に防犯カメラを設置し、無断離院や遺失・盗難などの確認が行われている。

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	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	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
1.3.3	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	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	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	B
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	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	B
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	B
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	S
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	B
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	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	S
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	B
4.6.2	保安業務を適切に行っている	B

年間データ取得期間： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 年 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 独立行政法人地域医療機能推進機構 神戸中央病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 独立行政法人地域医療機能推進機構

I-1-4 所在地 ： 兵庫県神戸市北区惣山町2-1-1

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	389	280	-11	77.5	14
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	389	280	-11		

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)	0	-4
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)		
ハイケアユニット(HCU)	5	-7
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	33	+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	40	+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	18	+0
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,肝疾患診療連携拠点病院,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： 6 人 2年目： 4 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	2	0	59.88	11.85	15.22	7.01	19.53	12.29	29.94	7.61
呼吸器内科	2	0	15.43	3.05	6.82	3.14	12.21	25.52	7.72	3.41
循環器内科	6	0	50.23	9.94	34.21	15.76	11.54	12.25	8.37	5.70
消化器内科（胃腸内科）	8	0	40.74	8.06	22.34	10.29	16.72	8.93	5.09	2.79
腎臓内科	2	0	3.36	0.67	7.18	3.31	3.18	17.88	1.68	3.59
神経内科	3	0	9.58	1.89	10.53	4.85	14.40	29.02	3.19	3.51
糖尿病内科（代謝内科）	2	0	19.28	3.82	6.14	2.83	2.58	24.35	9.64	3.07
血液内科	3	0	20.56	4.07	19.40	8.94	6.06	22.19	6.85	6.47
皮膚科	1	0	20.60	4.08	2.78	1.28	16.40	18.61	20.60	2.78
小児科	3	0	10.32	2.04	1.19	0.55	14.23	4.11	3.44	0.40
精神科	2	0	23.23	4.60	0.00	0.00	3.72	0.00	11.61	0.00
外科	4	0.8	18.92	3.74	11.95	5.51	14.62	10.05	3.94	2.49
乳腺外科	1	0	3.56	0.70	0.41	0.19	11.79	3.27	3.56	0.41
泌尿器科	1	0	29.28	5.79	3.97	1.83	8.43	5.68	29.28	3.97
脳神経外科	5	0	13.58	2.69	26.08	12.02	30.52	23.92	2.72	5.22
整形外科	6	0	44.30	8.77	41.58	19.16	13.40	26.98	7.38	6.93
眼科	1	0	21.19	4.19	0.27	0.12	6.92	1.03	21.19	0.27
耳鼻咽喉科	3	0	24.18	4.78	5.27	2.43	20.39	5.50	8.06	1.76
婦人科	2	0	14.58	2.88	0.76	0.35	6.44	6.49	7.29	0.38
リハビリテーション科	0	0	12.46	2.47	0.00	0.00	4.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	3	0	8.34	1.65	0.00	0.00	96.50	0.00	2.78	0.00
麻酔科	4	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科口腔外科	3	0	41.77	8.27	0.95	0.44	19.19	2.12	13.92	0.32
研修医	10	0								
全体	79	0.8	505.36	100.00	217.02	100.00	14.79	13.95	6.33	2.72

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)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	505.36	509.89	544.17	99.11	93.70
1日あたり外来初診患者数	74.77	77.41	85.70	96.59	90.33
新患率	14.79	15.18	15.75		
1日あたり入院患者数	217.02	209.87	213.05	103.41	98.51
1日あたり新入院患者数	15.58	15.48	15.56	100.65	99.49