

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 13 日～11 月 14 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

貴院は開設以降、滋賀県湖南大津医療圏での地域医療に貢献してきた。また、病院の他介護老人保健施設を併設の他、予防健診事業も積極的に行っている。その後、幾多の変遷を経て現在では地域の住民・行政・関係機関と連携して地域医療の改革を進め、安心して暮らせる地域づくりに貢献している。今回の病院機能評価更新受審あたり、病院幹部と各部門部署が一丸となって、質向上に向けて継続的に取り組んでこられた成果が随所に確認できた。改善および見直しにより新たな課題も確認できたと思われるので、さらなる地域の医療ニーズに答えるべき高度医療提供に取り組まれることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および行動指針は明確であり、内容も検討され、各種媒体により院内外への周知も適切に図られている。病院長をはじめ幹部職員のリーダーシップは適切に発揮され、課題解決にも積極的に関わっている。病院運営は、組織全体として効果的・計画的に進められている。情報管理は運営方針・規程に基づき有効に活用されている。文書は文書管理規程に基づき、一元的に把握・管理されている。

必要な人材はおおむね確保されているが、人事・労務管理では、年間総労働時間および有給休暇取得率の職種間の偏りの解消が望まれる。職員の安全衛生管理は、適切に対応されているが、手術室の切出し室の環境調査について対応することが望まれる。就業支援や福利厚生による支援があり働きやすい職場環境に取り組まれている。全職員を対象とした教育・研修は、研修委員会の年間計画に基づき実施され、出席率向上にも努力されている。図書室は、適切に図書機能が発揮されている。職員の能力評価・能力開発は、適切に実践されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、病院玄関など主要な場所に掲示され、ホームページの病院概要にも記載周知され、内容の見直しも実施されている。説明・同意の手順書は、自己決定の権利、同意しない権利に関連してセカンドオピニオンの方法も詳細に書かれている。しかし、同意能力のない患者等の説明・同意についての対応の再検討が望まれる。患者には、各種DVDやパンフレット、クリニカルパス等を用いて分かりやすく医療情報が伝えられ、患者参加は適切に行われている。地域医療連携室を設置し、多様な相談業務に対応している。各種虐待等のマニュアルも整備されている。患者の個人情報・プライバシーは、個人情報保護規程等に基づきおおむね適切に確保されている。臨床倫理への対応は、方針が職員に周知され、多職種でのカンファレンスが行われている。今後、倫理的課題が部署内に留まることなく、組織的に議論されていくことが望まれる。

路線バスが乗入れ、十分な駐車場が確保されている。総合案内・売店・食堂、ATMなどが設置され、患者・面会者への利便性・快適性が確保されている。院内はバリアフリーにより安全性が確保されているが、浴室の段差は安全な対策を期待したい。受動喫煙の防止に対する方針を明確にして、禁煙外来を実施している。職員の禁煙啓発・教育を推進し、喫煙率は年々減少している。

4. 医療の質

意見箱をはじめ意見や要望を積極的に収集し、回答や改善策を速やかに検討され、患者・家族へ掲示板等でフィードバックされている。症例検討会は、各領域以外に全科医師を対象にした総合診療カンファレンスが出席自由で開催されている。組織横断的な参加形式がさらに推進されることを期待したい。臨床評価指標は、委員会で検討して多数の指標を作成されているが、質的向上に有効活用することを期待したい。各種立ち入り検査での指摘には迅速に対応している。院長交代以後、複数のプロジェクトチームを立ち上げ、環境改善などが行われている。整形外科と耳鼻科の医師の赴任に伴い新たな手術方法が最近導入され、手術部管理検討委員会で検討され管理運営会議で承認を得ている。薬剤の適応外使用なども、協議は倫理委員会で検討する手順があり適切である。

病棟や外来の診療ケアの管理責任者は明示され、管理状況も適切である。診療記録は、診療録記載マニュアルに則って記載され、診療録の質的点検は最近再開されたばかりで、監査結果は記載者へフィードバックはされていないので、さらに見直されたい。多職種による横断的な活動や連携が行われており適切である。

5. 医療安全

医療安全管理室が設置され、療安全管理者が専従として活動して、安全確保体制が確立している。定例の会議が開催され、医療安全対策の評価、安全ラウンドの効果検証等が行われて、職員に周知されている。インシデント・アクシデントの収集・検討・要因分析、職員へのフィードバックが行われ、予防対策の改善に活用されている。院外の情報を収集して職員に周知され、医療事故防止に向けた継続的な

活動が行われている。

誤認防止のマニュアルが整備され、院内で共有し適切に実践されている。医師の指示出しから実施までの手順が確立されている。各病棟担当薬剤師が配置され、持参薬の確認と服薬指導が行われている。定数配置薬の管理などに対する検討と薬剤師のさらなる関与が望まれる。医療安全管理マニュアルに基づき、全入院患者にリスク評価が行われ、危険度別に対応策や看護計画が立案・実施されている。転倒・転落発生時は、フローチャートに基づき適切に対応されている。医療機器の安全な使用は、管理基準が整備・実践されている。機器使用時には、始業時点検、各機器の点検票、各勤務帯での伝達などにより管理されている。使用法などは、必要な対象者への教育も行われており適切である。院内救急コードが設定され周知されている。院内統一された救急カートが病棟等各部門に配置され適切に管理されている。全職員対象の救急蘇生研修会等も行われているが、計画的に全職員を対象とした緊急召集訓練がなされると、なお良い。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会とその下部組織として ICT および AST が設置され、環境と抗菌薬ラウンドが行われている。微生物サーベイランスと集中治療部門での SSI が JANIS に登録されている。AST による抗菌薬の適正使用の評価と指導も適切である。アウトブレイクへの予防に努め、実績が得られている。医療関連感染制御に関するマニュアルが整備されて感染予防対策が実施されている。

標準予防策は、個人防護用具の使用や手指衛生がモニターされ、調査結果をフィードバックし認識向上を図っている。感染経路別予防策では、各部門で感染者と交差しない工夫がされている。血液・体液の付着したリネンの取り扱い、感染性廃棄物の分別、処理についても適切な曝露予防対策がとられているが、透析室での使用済み回路等の回収については見直しが望まれる。抗菌薬の採用・削除は、薬事委員会にて検討されて、抗菌薬の適正使用マニュアルも作成されている。抗 MRSA 薬、カルバペネム系などの抗菌薬を届出制として、ほぼ 100%の実施が達成されている。周術期の予防的抗菌薬投与を含め、抗菌薬は適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報委員会を中心に一元的に情報発信活動を推進している。病院情報誌を定期的に発行し、地域の医療・介護関連施設等へも配付している。診療実績や病院の運営実態は、ホームページや年報で発信している。地域医療連携室を設置し、地域の開業医や介護保険施設、行政機関等と幅広い連携業務を行っており適切である。地域の基幹病院が合同で行うセミナーや病院独自の市民公開講座を開催するほか、疾患別の患者向け研修会、地域のイベントでの健康相談、多職種で構成される「種まきチーム」による出前講座など、様々な機会を駆使して医療に関する教育・啓発活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者は円滑に診察できる体制が整備されている。診断的検査は、必要性が判断されてリスクとともに説明され、侵襲的検査では同意書を得て実施されている。入院は主治医が判断し、入退院支援室にてベッドコントロールが弾力的かつ効率的に運用されている。入院診療計画書は、入院早期に主治医が作成し、それに基づき看護計画等が速やかに立案されている。医師は毎日回診し、診療記録に記載している。各科で定期的な合同検討が開催され、医学的妥当性も評価されている。看護業務は、看護基準・手順に準拠して、基本的なケアが実践されており、病棟業務は適切に実施されている。病棟担当の薬剤師により注射薬の監査、持参薬管理、服薬指導は管理されている。輸血の必要性和リスクは、医師により説明され同意書が取得されて実施されている。投与中の観察はマニュアルに沿って看護師が行い診療記録に記載されており、確実・安全に実施されている。手術・麻酔の適応と方法は、検討が行われその内容は診療記録に記載されている。手術および麻酔の説明は、看護師同席の下に行い、同意を取得している。周術期の対応は適切である。重症患者の管理は、入室基準に基づき回復室および重症個室で行っている。早期離床を促すために理学療法士・管理栄養士が訪室して対応している。褥瘡の予防・治療は、全入院患者を対象に危険因子評価が行われ、予防策が適切に実践されている。栄養管理食事指導は、NST等を含めて積極的に行われている。緩和ケア認定看護師により、症状緩和や疼痛緩和が横断的に行われており、今後に期待できる。主治医の指示により、リハビリテーション計画書が立案され、説明と同意を得て安全に実施されている。身体抑制は、倫理的観点から可能な限り行わないことを原則としているが、やむを得ず実施する場合の医師の指示や細かな観察と記録を徹底することが望まれる。退院支援は、入院前から退院まで多職種協働で行われ、患者の希望に沿って適切に行われている。継続支援は、医療依存度に応じて在宅訪問が行われ、通院患者には専門外来での診療ケアが継続して行われている。ターミナルステージは、主治医が臨死期の判定を行い、多職種での検討を経て、DNARなどの家族の意向を再確認されている。臓器提供意思の確認や剖検の承諾と実施も明文化されており、適切に対応されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査・疑義照会・調剤後の確認、持参薬は鑑別・管理など適切に行われている。臨床検査機能は、外注検査を含めて診療現場が必要とする検査を適切に行われているが、検査後の検体の取り扱いについて再検討を望みたい。画像診断機能・栄養管理機能・医療機器管理機能・洗浄滅菌機能は、適切に機能が発揮されている。リハビリテーションの機能は適切に発揮されているが、継続的なリハビリテーションへの対応について検討されたい。診療情報管理機能では、規程に従って量的点検が実施されているが、リハビリテーションのカルテが部門システムで管理されているので、一元管理を検討されたい。

病理診断機能は、非常勤医師の関与により機能は確保されているが、病院の医療機能を考慮すると体制の再検討を望みたい。輸血・血液管理機能は、責任医師の

下、日本輸血・細胞学会が認定する輸血認定検査技師と臨床輸血看護師を配置し、輸血療法が行われている。年間廃棄率の減少や輸血後感染症検査率も把握されており、血液・血液管理機能はきわめて質の高い体制であり高く評価したい。手術・麻酔機能は、常勤麻酔1名と非常勤麻酔医によりすべての全身麻酔と手技困難な腰椎麻酔を麻酔科が担当している。救急医療機能は、おおむね適切に対応されているが、児童虐待・高齢者等への暴力に対応するマニュアルに対する職員研修が期待される。

10. 組織・施設の管理

JCHO 会計規程に基づき病院会計準則に沿って、財務・経営管理を適正に行っている。予算編成時は各部門の意見を反映させ、予算執行の推移や経営状況を各部門・部署にも公表し経営改善に活用している。会計監査は、監査法人が行っており適切である。医事業務は、再来受付機や予約制を導入して混雑緩和と待ち時間短縮を図っている。レセプトの点検は、医師が積極的に関与し、返戻・査定対策も適正に行われている。施設基準の順守や未収金管理も手順に沿って適切に行われている。業務委託は、明確な方針の基に業者の選定が適正に行われている。委託業務の遂行状況は各部署で管理し、研修・評価・事故発生時の対応等は担当部署が一元的に管理している。

施設・設備の管理は、計画的に行われ設備の更新や保守費用等の必要予算を確保している。重要機器は24時間体制で監視され、医療ガスの点検管理や感染性廃棄物の取り扱いも法令に則り適切に行われている。物品管理は、SPD 管理システムを導入し、購入・管理を行っている。診療材料・医薬品ともに定期的に使用期限の管理と定数の見直しを行い、毎月棚卸を実施し不良在庫の削減に努めている。

災害対策マニュアルを作成し、災害発生時の責任・対応体制は確立されている。各種訓練も適切に行われている。緊急時の連絡・応援体制は明確であり、監視カメラの設置や警察OBの配置などによって体制の強化が図られており、保安業務は適切に行われている。医療事故等には適切に対応できる体制である。

11. 臨床研修、学生実習

協力型臨床研修病院であり、臨床研修管理委員会を設置しカリキュラムや指導手順等も適切に運用されている。指導医12名を擁し、基幹型臨床研修病院への移行を目指す準備が進められている。同様に看護師の初期研修体制はクリニカル・ラダー制を基に整備されており、専門職種に応じた初期研修体制が適切に確保されている。関連大学の医学生をはじめ、看護師・薬剤師・診療放射線技師・臨床検査技師・管理栄養士等の実習を幅広く受け入れている。受け入れの方針は明確であり、カリキュラムに沿った実習が安全に実施できるように手順やルールに従って実施されている。

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 | 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・プライバシーを適切に保護している | B |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | S |
| 3.2.4 | 手術・麻酔機能を適切に発揮している | B |
| 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 | B |

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 | B |
| 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 | 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： 2018 年 7 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滋賀病院

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： 滋賀県大津市富士見台16-1

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 | 288 | 243 | +16 | 80 | 18.1 |
| 療養病床 | | | | | |
| 医療保険適用 | | | | | |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | 37 | 10 | +0 | 29.5 | 54.3 |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 325 | 253 | +16 | | |

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 | 10 | -1 |
| 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 | 53 | +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 | +50 |
| 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： 1 人 2年目： 0 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

[illegible]

I-2-2 年度推移

| 年度(西暦) | 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 | 528.91 | 535.93 | 543.14 | 98.69 | 98.67 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 42.20 | 43.06 | 45.64 | 98.00 | 94.35 |
| 新患率 | 7.98 | 8.03 | 8.40 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 197.15 | 185.30 | 177.44 | 106.40 | 104.43 |
| 1日あたり新入院患者数 | 11.08 | 10.87 | 10.76 | 101.93 | 101.02 |