# *総括*

## ■　機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

## ■　認定の種別

書面審査および9月17日～9月18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

## ■　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。

１．病院の特色

貴院の建物は平屋づくりで、周辺には豊かな自然環境が広がっており、長期療養にふさわしい環境が整っている。介護療養型医療施設を分離し、現在は医療療養病棟を運営している。地域における役割は維持期の医療を担うことであり、その役割に応じた体制を整えている。基本理念は「仁愛の精神」、すなわち「思いやりの心」を病院運営の基本的な取り組み姿勢としている。基本方針と行動指針を制定し病院運営の基本としている。また、「地域の方々から選ばれる病院づくり」を目指し、チーム医療の推進や働きやすい職場環境の整備にも取り組んでいる。

今回の更新審査では、医療の質のさらなる向上に向けて取り組むべき点が明確になり、今後の発展に向けた大きな一歩となった。より良い医療の実現に向けた前進が期待される。

２．理念達成に向けた組織運営

基本理念と基本方針、行動指針を制定し院内外に周知している。病院の意思決定は管理者会議が担い、病院組織図は全体構成を、委員会組織図は諮問機関と傘下組織を示している。中期構想と整合性のある事業計画を策定し、施策テーマや具体的な活動事項を作成している。情報の管理・活用の方針を規定し、文書管理の規程を定め、各種規程やマニュアルの作成から承認、保管までの管理体制を明確にしている。

医療法による標準人員数や施設基準の必要人員数は充足し、就業規則や給与規程などの各種規則・規程を整備している。労働安全衛生委員会を開催し、院内ラウンドや健康診断の受診状況の把握を行うとともに、予防接種やストレスチェックにも

取り組んでいる。職員満足度調査に加え、各種会議・委員会での意見収集や部門長から寄せられる声を通じて、職員の意見や要望を把握し、就業支援や福利厚生の充実にも取り組んでいる。病院全体の教育・研修は教育・人材育成委員会が担当し、年間計画の作成から研修の実施、参加状況や評価の取りまとめまで一元的に行っている。職員の能力評価、能力開発に向けて「等級人事制度」から「新・人事制度」へ移行し、全職員を対象とした評価体制を整えている。また、自己啓発は希望する研修を稟議書で申請する仕組みとして運用している。

３．患者中心の医療

患者の権利を明文化し、ホームページなど各種媒体を通じて周知に努めている。説明と同意の方針を定め、診療・ケアに必要な情報は、病状説明時や入院時などに書面や図などを用いて説明し、理解と協力を得ている。患者・家族からの相談窓口として地域連携室を設置し、専従 MSW を配置して多職種と連携している。個人情報保護は管理部の管理課長が責任者となり、総務課が実務を担っている。取り扱いや運用手順は個人情報保護規程に定められている。「倫理に関するマニュアル」を整備し、必要な規約を定めている。患者・家族の抱えている倫理的課題の把握に努め、多職種でカンファレンスを行い検討した事例は記録として残している。解決困難な事例は、課長から看護部長を通して倫理委員会で検討する仕組みがある。

来院時のアクセスを各種案内で周知し、駐車場を整備するとともに、入退院時には職員による送迎支援もある。入院中は新聞やテレビ・ラジオ、携帯電話やパソコンの利用も可能であり、談話室や散髪サービスなどの生活支援も整え、院内はバリアフリー環境となっている。外来・病棟ともに診療・ケアに必要なスペースを確保している。院内、敷地内禁煙とし、環境整備ラウンドや入院前説明等を通じ啓発している。

４．医療の質

業務の質改善に向け、サービス向上委員会を開催し、患者満足度アンケート調査や医療・介護サービス自己評価を実施して検討している。ノーリフティング委員会や褥瘡の研修会参加後の改善実績があり、業務運営会議で各部署の活動計画を報告している。診療の質の向上に向け、多職種による入院時カンファレンスを実施し、患者により退院支援カンファレンスも行っている。各学会等の診療ガイドラインは、各医師が書籍やインターネットで容易に参照できる体制が整っている。患者・家族からの意見対応はサービス向上委員会が担い、意見箱や満足度調査で収集している。職員が直接寄せられた意見等は記録票をもとに看護部で集計している。対応手順は地域連携室のマニュアルに明文化し、対応策は管理者会議で検討している。新たな治療方法や技術導入に関しては、医師や各部署からの稟議や要望も考慮して、業務運営会議に諮ったうえで導入の検討・決定を行う体制である。

病院玄関内に病院責任者名・診療・看護責任者名などを表示している。スタッフステーション入口に診療科の責任者と病棟師長を表示している。診療記録は各職種が記載し、診療録記載マニュアルを適時改訂している。さらに、診療録の質的点検

に向けた取り組みを期待したい。療法士は、臨床場面で排泄介助や体位変換を看護師・介護士とともに行い、彼らの腰痛予防と業務負担の軽減に努めている。

５．医療安全

医療安全管理指針を定め、多職種で構成した医療安全管理推進委員会を開催している。医療事故防止対策マニュアルは見直しと必要に応じた改訂を行っている。院長を医療安全管理者とし、医療事故防止対策委員会はインシデント・アクシデント事例などの事例分析・対策を行い、医療安全管理推進委員会に提案している。インシデント・アクシデントは、看護部では発生事例をなぜなぜ分析を用いて行い、問題解決の対策を立てている。報告用紙で医療安全管理推進委員会に報告している。院内安全ラウンドを行い、院外の医療安全に関する情報は、各部署に配布して閲覧印で閲覧の確認を行っている。医療事故発生時の対応は、医療安全管理マニュアルに定めている。

医療事故防止対策マニュアルに患者の誤認防止策を記載している。ネームバンドの装着が困難な際には、患者氏名と生年月日を記載したマジックベルトを使用し、ネームバンドと同様の情報で患者確認を行う運用を開始している。医師の指示出し・指示受け、実施・確認は、紙カルテの指示欄や伝票で運用されている。劇薬・ハイリスク薬を可視化して注意喚起に努めている。入院時に全入院患者の転倒・転落のリスク評価を行い、結果に応じた対策や看護計画を立案しケアを行っている。医療機器マニュアルを作成し、各部署に配布している。院内緊急コードを設定し、緊急呼び出し訓練を実施している。

６．医療関連感染制御

多職種で構成された院内感染防止対策委員会を設置し、看護部長や事務長、管理課長によるチェック表に基づいた環境と安全管理、感染面のラウンドを実施している。院内の微生物サーベイランスを実施し、分離菌状況や薬剤感受性分析、耐性菌検出状況等を院内感染防止対策委員会に報告してフィードバックしている。入院中の有熱患者の感染情報レポートを作成し報告している。アウトブレイクへの体制を整備し、インフルエンザや新型コロナウイルス感染症等のアウトブレイクに適切に対応した事例がある。

医療関連感染制御に関するマニュアルがあり、標準予防策や PPE の使用基準、感染経路別予防策などを定めている。感染防護具を必要箇所に設置して PPE の着用を促すとともに、手洗い場所にはポスターを掲示し、手指衛生の実践を促している。看護師は擦式アルコール消毒液を携帯し、使用量の集計を行い確認している。病院廃棄物は、分別表に沿って適切な容器に廃棄している。自院でアンチバイオグラムを作成し、院内感染防止対策委員会に報告している。特定抗菌薬はカルバペネムと抗 MRSA 薬で、使用申請を必要とし、抗菌薬の採用・採用中止は、薬事委員会において検討している。

７．地域への情報発信と連携

病院の情報発信や広報は、広報委員会が担当している。主な情報発信の手段としては、病院案内や入院案内、広報誌、ホームページなどがある。ホームページはパソコン、スマートフォンのいずれも見やすく工夫し、病院の最新情報や診療実績などを掲載している。地域の医療関連施設などの状況把握については、地域連携室が担当している。地域の人口動態・高齢化率・疾病構造・介護・福祉などの状況は、行政のホームページや高齢者福祉計画、介護保険事業計画などから収集している。地域の急性期病院や居宅支援事業所を訪問して情報収集を行い、急性期病院主催の情報交換会にも参加している。連携のための業務手順などを定め、患者の紹介・逆紹介は地域連携室でリスト化して管理している。

地域の健康増進や介護予防活動に関しては管理部が担当し、予防接種の実施、学校保健活動、産業保健活動、健康教室や講演活動、行事や催しなどへの参加、病院見学会の開催などが挙げられる。また、ふるさと祭りには看護部・リハビリテーション科・栄養課の職員を派遣し、血圧測定や健康相談、歩行速度・握力測定、行事食紹介や栄養相談などを実施している。行政の出前講座を受託し、認知症や認知症予防について認知症の研修を受けた介護福祉士が講演会を行い、地元の中学校主催の職場体験事業を受け入れている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

外来や入院の手続きは、ホームページや入院案内などに詳しく掲載されている。紹介入院では、地域連携室の MSW が事前に家族面談を行い、多職種による入院判定会議を実施している。入院診療計画書は多職種で作成し、患者・家族からの医療相談に院内外の多職種と連携して対応している。医師は回診を行い、看護・介護職は患者の課題を把握し、看護計画を立案している。薬剤師は入院時に薬歴・アレルギー情報を確認し、持参薬の鑑別と服薬状況の把握を行っている。注射指示と投与に関連するマニュアルを見直して注射処方箋の記載基準を整備し、新たな注射処方箋を作成し、運用を開始している。重症度に応じた院内基準を整備し、全入院患者の褥瘡発生リスク評価および栄養スクリーニングを行い、症状緩和に取り組んでいる。

医師の指示によりリハビリテーションを実施し、音楽療法やアクティビティサービス委員会による行事など、心身と生活の活性化を支援している。身体拘束に関する指示書を作成して医師の関与を担保し、観察部位と確認頻度を整理した観察項目チェック表を作成して運用を開始している。身体拘束の最小化に向け、指針とフローシートを改訂して院内に周知し、カンファレンスを通じて解除の可否を検討している。患者・家族の意見・要望を把握して多職種で退院支援を行い、継続した診療・ケアに繋げている。ターミナルステージでは、患者・家族の意向や QOL に配慮している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師は調剤と調剤鑑査を適切に行い、処方鑑査と疑義照会も実施している。臨

床検査の異常値やパニック値に関しては、報告を主治医へ直接届ける体制である。病院機能に応じた画像診断体制であり、近隣の医療機関と連携している。食事の提供においては保温・保冷配膳車を使用し、大量調理施設衛生管理マニュアルに沿って調理や環境整備を行っている。嗜好を含めて調理の基本は個人対応がほとんどである。季節やイベントに応じた行事食では季節弁当、誕生日の祝膳などが、調理スタッフによる手作りの飾り物などを添えて提供されている。食事の評価と改善は給食委員会で検討し、その検討結果を食べやすさの工夫などに活かしている。理学療法士は、リハビリテーション基準や中止基準、安全管理基準、評価基準等に基づいて実施している。

診療記録・情報は１患者・1ID 番号で管理している。診療録の量的点検は、チェックリストに基づき病棟課長が行い、看護部長が確認したうえで、医事課と院長へ報告している。医療機器安全管理責任者は看護部長が担当し、医療機器は常に使用可能な状態に保ち、標準化を図っている。滅菌は外来のオートクレーブで行い、滅菌の質保証を行い記録に残している。

１０．組織・施設の管理

予算編成の手順としては、事務長が前年度実績をもとに作成している。中期計画や今期事業計画、今期の予算書を関連して作成している。医事課では窓口業務や病棟業務のほか、保険請求業務および施設基準の確認や未収金への対応を行っている。保険請求業務では、月次集計時に医師やリハビリテーション科、栄養課にも内容を確認している。また、請求前に疑義照会を実施することで、返戻・査定の発生を抑えている。業務委託は管理課が担当し、委託業務の適否を管理者会議で審議している。

施設・設備の保守管理については、日常点検の実施と年間保守管理計画を管理課で作成している。緊急時の対応については、設備・機器ごとに担当者と連絡先を明確にするとともに、夜間・休日にも対応できる緊急連絡網を整備している。医薬品購入の購入費削減に向けジェネリック医薬品への切り替えを推進し、物品使用に関しては定番品によるコスト低減に取り組んでいる。高額医療機器の更新や購入については、事業計画に計上し、購入時は稟議書を管理者会議に諮っている。病院の機能存続計画は災害、感染症に備えて策定されている。火災発生時の対応として防災マニュアルを作成し、夜間想定と大規模災害時の訓練を行い、食品・飲料水の備蓄も確保している。保安業務は管理課が担い、緊急時の連絡・応援体制を整備し、警備会社と連携している。

# 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 | 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 | 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 | B |
| 1.3.2 | 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | 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 | B |
| 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 | B |
| 2.2.13 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | NA |
| 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 | 栄養管理と食事支援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 | 身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている | B |
| 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 | 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 | 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 | NA |
| 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 | NA |
| 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 | |
| 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 | 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 | 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 | 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 | NA |
| 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： 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 ： 医療法人ながえ会 庄原同仁病院

I-1-2 機能種別 ： 慢性期病院

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 広島県庄原市川北町890-1

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 | 60 | 60 | +0 | 79 | 390 |
| 医療保険適用 | 60 | 60 | +0 | 79 | 390 |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 60 | 60 | +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 | | |
| 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 | | |
| 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 ：

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 | 2 | 0.5 | 2.05 | 100.00 | 47.66 | 100.00 | 3.31 | 414.21 | 0.82 | 19.07 |
| 研修医 | | | | | | | | | | |
| 全体 | 2 | 0.5 | 2.05 | 100.00 | 47.66 | 100.00 | 3.31 | 414.21 | 0.82 | 19.07 |

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 | 2.05 | 1.88 | 2.11 | 109.04 | 89.10 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 0.07 | 0.04 | 0.03 | 175.00 | 133.33 |
| 新患率 | 3.31 | 1.94 | 1.21 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 47.66 | 50.15 | 47.13 | 95.03 | 106.41 |
| 1日あたり新入院患者数 | 0.10 | 0.09 | 0.07 | 111.11 | 128.57 |