

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および3月28日～3月29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	緩和ケア病院	認定
------	--------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 緩和ケア病院  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院の創設は昭和5年函館市蓬萊町に「渡島病院」を開設されたことに始まる。その後幾多の変遷を経て、平成14年「函館おしま病院」と改称された。現在では全床が緩和ケア医療に特化した機関となっている。「外来・入院・在宅医療」を一体として「癒し癒される心からの医療を提供する」ことを役割として堅持され、患者・家族はもとより広く地域の信頼を得られていることは高く評価できる。今回の医療機能評価は更新受審であるが、早期から改善に取り組まれ多くの項目が一定の水準に達していることが確認された。また、患者中心の医療がどのように行われているかにも視点を当て評価した。今後も自院の役割・機能を発揮するための継続的な取り組みが期待される。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

早期から自院の目標を明確にし、理念、8項目の基本方針には一貫して、患者中心の医療を目指す地域の緩和ケア病院としての精神が堅持されている。「運営会議」、「機能管理委員会」などを中心とした組織運営がおこなわれ、院内mailによって方針や必要な情報が職員・組織全体に浸透している。中・長期計画に基づいた年次事業計画が作成され、部門・部署ごとの目標も事業計画を意識して策定されている。患者情報は医療連携システムIDリンクを利用するなど工夫されている。情報管理規定を定め担当者も選任し情報管理と活用に努力されている。文書管理は「文書管理規程」に沿って管理している。公文書や会議・委員会議事録、人事関係文書、経理関係文書等は適正に管理されている。医療法に基づいた医師・看護師・薬剤師の人員は確保されているが、1人体制の部門や担当者不在で看護師が兼務し

ている部門も多い。病院の役割機能の観点から有資格者の配置が求められる部門もあり検討されたい。就業規則や諸規程も整備され、職員への周知は入職時の説明会や諸規則の閲覧などにより周知徹底が図られている。職員の定期健康診断も法に基づき定期的に実施されている。職員の精神的サポート体制についても適切に行われている。職員の意見や要望は各部門長から事務長へ、また、各部署選出委員が機能管理委員会で意見や要望を伝える仕組みである。全職員を対象とした教育・研修への取り組みは、「医療安全」、「感染管理」を中心に年間教育・研修計画が立てられ、「患者の権利」「医療倫理」「個人情報管理」「接遇」など必要な課題についても教育研修委員会が機能し実施されている。看護部は個別の能力を評価する仕組みが導入され段階的に面談による評価が進められている。学生実習の受け入れは2023年度までは行っていないのでNAとしたが、2024年度から看護学校からの受け入れを予定している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、2020年に運営会議にて改訂し、「患者の権利とパートナーシップ」の中に6項目として平易な言葉を用いて明文化した。院内掲示や「入院のご案内」、ホームページなどで患者・家族に周知している。説明と同意は、方針・手順が整備され、同席者の規定もあり、看護師がほとんどの説明に同席している。医療への患者参加は、必要な情報が提供され、適切に患者の参加が促されている。特に「見取りの手引き」「介護指導手引き」などを活用し、患者・家族が主体的に今後の意思決定ができるよう支援している。患者支援体制としての相談機能は入退院支援室看護師が行い相談内容によって専門部署へ振り分けている。緩和ケア入院希望者の家族との入院前面談を必ず行い、入院後も患者や家族の心に沿った相談機能が発揮されている。患者個人情報保護規定が整備され、適時見直しと周知が図られている。電子カルテは導入されていないが、薬剤処方箋発行は電子化されており、アクセス可能者は限定されている。セキュリティ対策も周知・実践など適切に行われている。臨床における倫理的課題は、「臨床倫理に関する方針」に定められ、課題発生時は病院長・名誉院長も参加した多職種カンファレンスで適切に検討している。特に持続的な深い鎮静については、倫理課題として検討を重ね、最期までその人らしさを尊重した対応を行っている。冬場の駐車場、駐輪場の整備に配慮されており、来院時のアクセスは至便である。患者本位の入院生活への配慮がされており、患者・病院利用者の利便性・快適性については適切である。療養環境は、病院全体が木のぬくもりを取り入れた設計となっており、患者と家族が自宅にいるような感覚で過ごせる配慮を行っている。敷地内禁煙を実現されており、患者の禁煙推進については、入院時のオリエンテーションなどで理解を得られている。緩和ケア病棟患者の喫煙希望はほとんどない。職員の喫煙についても少数の状況であり努力がうかがえる。

### 4. 医療の質

ホスピス緩和ケア協会から、「緩和ケア病棟における質向上の取り組みに関する

認証制度」に係る認証基準を満たしていると認定されている。多職種による病棟カンファレンスを毎日開催し、多職種で情報共有を行っている。入院前カンファレンス、退院調整カンファレンスなども適宜行っている。患者・家族の意見は適切に活用されている。

医薬品の保険適応外使用についての取り決めがないので、薬事委員会などで倫理面や安全面などを検討する仕組みを構築するともっとよい。診療・ケアの管理・責任体制は明確にされ、患者・家族に適切に明示されている。電子カルテシステム導入予定であるが、現在の紙カルテでは診療記録の見読性などが劣るので、早期導入が待たれる。

日常的に、患者・家族の治療・ケアについては医師間は協働し、入退院支援看護師や事務職員、病棟看護師、管理栄養士とともにチームアプローチを行っている。また、褥瘡対策チームも機能している。

## 5. 医療安全

医療安全確保に向けた体制は、医療安全管理室が組織され、関連する委員会も適切に機能している。医療安全管理指針、医療安全対策マニュアルも整備されている。安全確保に向けた情報収集と検討は、自院で作成した報告システムを用い、アクシデント・インシデント報告が提出され、分析・対策が適切に検討されている。紛争の恐れがある事案、訴訟が発生した場合のいずれについても、速やかに状況が掌握でき対応でき、患者・家族への説明なども慎重に行われ、並行して原因究明や再発防止に向けた取り組みも速やかに行われる仕組みである。誤認防止対策は、患者の名乗り、タイムアウト、ダブルチェックなどで確実な誤認防止対策が実施されている。「医師の指示に関する手順書」に基づき、医師の指示出し、看護師による指示受け・実施は、確実かつ安全に行われている。薬品保管でハイリスク薬と明確に表示することが望まれる。また、その使用に関する注意事項について、勉強会など行うことも望まれる。転倒・転落防止対策は、全入院患者にリスク評価が行われ、適切な予防策が講じられている。医療機器の安全な使用は、「医療機器に関する指針および管理マニュアル」が定められ、医療機器安全管理者の看護部長を中心に、看護師により適切に点検・整備されている。患者等の急変時の対応は、緊急コードが設定され、訓練も適切に実施している。

## 6. 医療関連感染制御

「院内感染予防・対策マニュアル」は、最新の知見に基づき必要時改訂している。最近ではCOVID-19のマニュアルも作成した。院内感染対策チーム（ICT）はないが、看護部長が元ICNである。病棟師長による院内ラウンドは、標準予防策チェックシートを用いて、病棟と外来で毎月行っている。医療関連感染を制御するための活動は、手指消毒薬や個人防護用具が配備され、標準予防策を遵守している。必要時は、感染に関するミニ勉強会を開催するなど感染制御のための活動に取り組んでいる。「抗菌薬の使用に関する指針・マニュアル」に基づき、抗菌薬の投与期間通常1週間以内と定め、抗菌薬の使用状況などの把握を薬局が行っている。

## 7. 地域への情報発信と連携

ホームページを中心に、病院案内、入院案内が作成され随時見直しも行われ、それぞれ必要な情報が記載されている。病院広報誌「かがやき」も定期的に発刊されタイムリーな情報の発信も行われている。南おしま医療圏内の医療機関や福祉機関と情報交換し紹介・逆紹介が行われている。また、インターネットを介した地域連携システム「ID-Link」に参加し協力医療機関との患者情報交換に役立てている。

「道南在宅ケア研究会」を始め「南渡島地域包括緩和ケアネットワーク」では貴院が主導的な役割を果たし「市民講座」「定例勉強会」の開催などが行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療体制の情報はホームページやエントランスホールに詳しく掲示されている。また総合案内も機能している。紹介患者は連携室が関与し円滑な受け入れも行われている。休日・夜間の急患対応も可能な限り対応しており評価できる。緩和ケア内科への紹介患者の外来初診は2-3名/週であり、インターネットを利用した地域連携システムを用いて、事前に情報を得ることができる。地域の医療関連施設からの患者の受け入れは、「道南 Medika での ID リンク（地域医療連携ネットワーク）」や「はこだて医療・介護連携サマリー」を活用し、紹介元の総合病院や施設と患者情報の共有を行い、円滑な入院受け入れを行っている。返書も確実にを行っている。入院後行える検査は、単純 X-P、12 誘導心電図、血液検査、感染症チェックなどであり、実施する際も安全、確実にを行っている。病歴、身体所見、検査所見をもとに評価を行い、患者・家族の要望も反映し診療計画を立案し、入院診療計画書にまず主治医が記入し、その後他職種も記入し、看護師から患者・家族に手渡している。診療計画と連携したケア計画は、入院判定会議や入院前面談、入院前カンファレンスなどで医師の治療方針を確認し、多職種で検討したうえでチームとして説明し、提供している。患者・家族からの医療相談は、患者相談室で担当の入退院支援看護師が対応している。相談内容により院長や看護部長等の適切な対応者に振り分け、相談の継続性と解決を図っている。紹介元の病院より入院依頼がきた患者は、入院判定会議を経て入院となり、入退院支援看護師により入院前面談や病院・病室の見学会などを行い、円滑な入院ができています。主治医は毎日病棟を回診し、病態その他について診療録に記載し、必要な指示出しを行い、患者・家族との面談、書類作成、各種処置、看取り、死亡診断などを適宜行っている。看護師の病棟業務は、「麻薬の使用基準」「鎮静やせん妄への対応」などのガイドライン、緩和医療学会のガイドラインなどに準じて積極的に実施されている。患者・家族が大切にしていることや思いなど、患者・家族のニーズを把握し多職種でカンファレンスを行い、個別性のある診療・ケア計画を立案するように留意している。静注用抗菌薬の初回投与など患者の状態確認が投与開始後に必要な薬剤の場合は、看護師が経過観察を行っており適切である。輸血を行うことによって苦痛緩和が期待される場合などには実施するとしている。褥瘡の予防と治療は、全入院患者にリスク評価が行われ、適切な予防・治療を実施している。栄養管理と食事支援は、全入院患者にスクリー

ニングを実施し、必要な管理・指導が行われている。食事摂取量が低下している患者には、リクエスト食として患者の要望を取り入れた食事を提供している。リハビリを行う際は、その目的、必要性について多職種で論議し、その記録をカルテに記載することが必要である。実施記録も必ずカルテに記載することが必要である。患者のその人らしさ（固有の物語）を尊重することを職員としての心構えにし、治療とケアを提供している。コンサートや喫茶、紙芝居の提供、花見など季節ごとの行事、外出・外泊への支援等、患者のQOLを高めるプログラムを計画し、実施している。身体抑制は、2003年に「身体抑制廃止」を病院として宣言し、組織全体で取り組みを行い、20年以上抑制実施患者0名を継続している。抑制をしない病院であるという評判から、患者・家族が病院を選択する理由の一つとなっており、他の病院の模範となり、高く評価ができる。退院支援は、入院時に患者の療養場所の希望を確認し、在宅療養希望者は多職種カンファレンスを開催し、退院支援シートを活用し、計画を立てている。訪問診療および看護、緩和ケア外来もあり、安心して退院できる体制を確保している。入退院支援室が中心となり、地域の医療関連施設と連携し、積極的な情報共有が図られている。地域の医療関連施設やケアマネジャー、訪問看護ステーションとは「はこだて医療・介護連携サマリー」を活用し、継続した診療・ケアにつなげている。臨死期への対応は、多職種協働で患者・家族の意向に沿って、適切に対応されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬局は、常勤薬剤師1人で運営されている。病棟への注射薬の払い出しは、患者ごとのトレイに配薬を薬剤師が行っているが、1施用ごとに区分けする工夫を望みたい。臨床検査部門には常勤専従の臨床検査技師がいない。夜間送られて来るパニック値のファックスは翌日主治医に渡されている体制であったが、迅速・確実に担当医師に報告する体制となった。放射線科技師はいないので、単純撮影検査のみ医師が行っている。患者確認も確実に安全に行っている。単純撮影像のスケッチは医師が行い、その所見とともにカルテに記載している。栄養管理は業務マニュアルに基づき実施され、職員の健康管理や手洗いなどによる衛生管理が徹底されている。調理室は作業区域毎に清潔・不潔の区分を明確にし、食材・食品の保存など衛生面に留意している。食事は速やかに盛りつけられ、保温食器により適時・適温で提供されている、緩和ケア病棟患者への食事の提供は「患者個々のリクエスト食」を基本とし「季節食」「行事食」にも対応している。栄養管理委員会で評価や改善提案なども行われている。リハビリ療法士をできるだけ早く確保する必要があるが、いない場合にどのようなことが出来るかを病院全体で論議しマニュアルを作成する必要がある。主治医の依頼、看護職の実施などの記録が必要である。また、リハビリ実施に伴うリスク評価、患者・家族のリハビリに対する希望などをカルテに記録することが必要である。診療情報は一元的に管理されている。診療記録の取り違い防止策や診療情報管理システムによる貸出し管理、診療記録の量的点検の実施など、適切な対応が図られている。医療機器管理機能は、医療機器安全管理責任者の看護部長を中心に、適切な点検・管理が行われている。滅菌機能は外部委託している

が、適切に確認・管理されている。今後はさらにディスプレイ化の推進を期待する。輸血の担当部署は薬局であり、赤血球輸血と血小板輸血を行っている。赤血球製剤の適切な保管・管理については専用冷蔵庫が設置されている。

#### 10. 組織・施設の管理

予算編成は事業計画と前年度実績を基準に作成されている。病院会計準則に沿った会計処理が行われ財務諸表の作成も適切に行われている。医事業務は、受付、会計、収納業務など適切に行われている。レセプトの点検、返戻、査定への対応は、診療部医師と一体となって実践的に取り組まれている。また、施設基準を遵守するためのチェックの仕組みも適切である。委託業者選定については、価格、質の面から評価され、決定される仕組みがある。現場の意見を収集する体制があり、定期的な業務の監査が行われている。施設・設備の保守・管理はマニュアルに基づいて適切に行われている。購買管理は衛生材料の購入・物品管理は看護師によって行われている。病棟・外来からのオーダーに基づいて少量・少品種であるが発注・検収を区別して行っている。医薬品は薬剤部門にて発注・検収を行っているが事務部門も協力している。火災を想定した対応マニュアルの策定と訓練は緩和ケア患者を有する機関として適切におこなわれている。地震など大規模災害に向けた対応は函館市と連携した今後の防災計画も検討している。食料や飲料水の備蓄は現在3日以上が確保されている。保安全管理体制は緩和ケア患者を有する機関として昼夜間の緊急時の連絡・応援体制は明確に整備されており適切である。

# 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	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	B
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	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
<hr/>		
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	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	緩和ケアに必要な診断的検査・処置を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア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	A
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	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	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 と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	B
2.2.19	自律支援および QOL 向上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	S
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	臨死期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	B
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	NA
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	B
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	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	B
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	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2023 年 12 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人敬仁会 函館おしま病院

I-1-2 機能種別：緩和ケア病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：北海道函館市の場町19-6

## 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	28	28	+8	63	31
療養病床	0	0	-36		
医療保険適用					
介護保険適用			-36		
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	28	28	-28		

## 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	28	+8
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

在宅療養支援病院

## 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： 0 人 2年目： 0 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

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	12.12	15.11	14.98	80.21	100.87
1日あたり外来初診患者数	0.80	0.54	0.81	148.15	66.67
新患率	6.62	3.59	5.43		
1日あたり入院患者数	13.67	13.73	15.41	99.56	89.10
1日あたり新入院患者数	0.53	0.56	0.54	94.64	103.70