

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 1950 年の開設以来、福島県いわき市を中心に浜通り地区の中核病院としての機能拡充を行い、2018 年の移転を機に「いわき市医療センター」と改称された。現在は 700 床（一般 679 床、結核 15 床、感染 6 床）を有し、高度医療、先進医療、救急医療、予防医療、高齢者医療を中心に体制の整備、実践をするとともに、人材育成にも積極的に取り組み、地域医療の発展に貢献し続けている。今回の受審は更新審査であり、新病院への移転による施設・設備の更新、運用の見直しを行い、病院長をはじめ病院幹部のリーダーシップのもと職員が一体となって医療の質向上とチーム医療の推進に積極的に取り組まれ、成果を出していることが確認できた。今回の受審結果を受けて、地域住民からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

「慈心妙手」という基本理念を明文化するとともに、理念を表すシンボルマークも制定し、分かりやすく明示している。院内では新入職員に解説する他、院内掲示や職員名札に掲載し、院長年頭訓示で浸透するなど、病院運営で活用し周知している。院長、看護部長、事務局長などの病院幹部は、人材の確保と育成、経営基盤の安定などを病院の課題として認識するとともに、解決に向けての方針や対策を提示し、取り組んでいる。4 年間の中期経営計画を実行中で、これに基づく年次の病院事業計画と部門別アクションプランを策定し、行動目標の設定と達成度を評価している。市の河川洪水ハザードマップの改訂を機に病院運営上のリスクを再評価し、BCP を改訂している。情報の管理・活用の方針が明確であり、医療情報管理部が統

合的に管理している。2009 年から電子カルテを導入し、情報システムの拡張や更新を計画的に実施している。保存データのバックアップを毎日実施し、安全性と復元性を確保している。文書管理は、院内規程、マニュアルなどの作成や改訂を院長決裁とする承認の仕組みがあり、各文書に作成責任者や改訂履歴を明記するなど組織的に文書を管理している。

業務量に配慮しつつ適正な人員数を把握し、職種ごとに定員数を設け、人員の確保を計画的に進めている。常勤の放射線治療専門医を新たに確保するなど、専門医の確保に努めている。医師の働き方について組織的に検討し、医師事務作業補助者の増員や病状説明実施時間の限定など、負担軽減に向けた改善事例もみられる。衛生委員会は毎月開催され、雇入時健診や定期健診、有害業務従事者の特殊健診、ストレスチェックなども実施している。職員満足度調査を実施し、職員の意見や要望をワークライフバランス委員会などで検討している。休業中の職員には毎月連絡をとり、復職前にお試し勤務を行うなど、休業後の円滑な復職のために支援している。全職員対象の教育・研修を関係部門や委員会が立てた計画に基づき実施しているが、病院全体で体系化し、統合的に実施・評価されるとさらに良い。人事評価制度を導入し、求められる能力を明確化するとともに、客観的かつ多面的な評価を実施し、職員本人へのフィードバックにより効果的な能力開発を図っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、診療・ケアにおける様々な場面で擁護に努めている。説明・同意書運用ガイドラインが整備され、同意を聴取する検査・治療について取り決めている。今後は、ガイドラインの周知・徹底が期待される。患者情報は入院前から共有され、医療者による介入も行われている。院内各所に多数のリーフレットの設置や患者用図書室・患者サポートサロンが設置され、患者の不安を少しでも癒すよう配慮している。患者サポートセンターを相談窓口として、プライバシーに配慮された相談室などにより、多様な相談に応需している。個人情報の保護やプライバシーへの配慮に努めているが、今後はカルテ等からのダウンロードに関して技術面ならびに運用の両面において検討が期待される。臨床における倫理指針はガイドラインを定めて職員に配布している。病棟では毎週倫理カンファレンスが行われているが、看護師が中心であるため、医師を含みチームでの検討が望まれる。また、倫理委員会は臨床研究に関する審議が主体であり、今後は臨床で発生する倫理的問題について、現場で解決困難な事例を病院全体で検討する仕組みの構築が期待される。

2018 年 12 月に新病院に移転し、診療・ケアに必要なスペースを広く確保し、バリアフリーの環境を構築して整理・整頓も行き届いており、療養環境は適切に整備されている。敷地内禁煙が導入され、職員の喫煙率も施策の導入により低減が図られている。

4. 医療の質

患者・家族より意見箱や満足度調査等を通じて意見を収集し、改善に活用している。多職種によるカンファレンスや症例検討会が開催され、各種ガイドラインも日常診療に活かされている。今後はクリニカル・パスの適用拡大やバリエーション分析に基づく改訂などが期待される。業務改善はTQM委員会を中心に現場の業務負担を減らす取り組みがなされている。医師事務作業補助者による診療レジストリー登録など、新しい試みもされている。新規医療技術や薬剤の適応外使用は、倫理委員会で適切なプロセスを経て承認されているが、承認後のアウトカム評価と検討事例を増やすよう検討を期待したい。

病棟入口に病棟責任医師や看護師長、担当薬剤師などの氏名を掲示し、医師不在や代診の情報も適切で、診療・ケアの管理・責任体制は明確である。診療記録は適時に必要な項目が記載されている。質的点検は多職種により適切な方法でなされているが、点検件数の拡充に期待する。また、2週間以内の退院時サマリーの作成率は100%となるよう取り組みが期待される。多職種からなる専門チームが協働して質の高い診療・ケアを提供している。

5. 医療安全

医療安全に関する多職種から構成された組織体制があり、患者の安全確保に関するマニュアルがあり整備されている。医療安全カンファレンスを毎週開催し、安全管理に努めている。院内のインシデント・アクシデントはセーフマスターで収集・分析している。該当部署ではKYT・RCAで分析して事例の共有を図り、事故防止に向けた継続的改善活動を行っている。院外の安全に関する情報を収集し、職員に周知している。

医療安全マニュアルに定めた患者・部位・検体などの誤認防止対策を遵守している。情報伝達エラー防止については、検体検査においてパニック値や異常値が発生した場合には、医師に迅速かつ確実に伝わる仕組みを検討されたい。薬剤の安全使用ではカリウム製剤について、薬局からの払い出しを原則とし、緊急時における病棟配置薬の使用を最小限度にできるよう、検討が望まれる。全入院患者に転倒・転落リスク評価を行い、危険度Ⅱ以上は看護計画を立案・実施している。ベッドサイドにピクトグラムを貼り転倒の注意喚起などの対応を行っている。病棟・外来の医療機器の日常点検を看護師がチェックリストに沿って毎日各勤務体で行い、毎月の定期点検を臨床工学技士が行っている。院内緊急コードの設定や救急カートの配置により急変時の対応に備えている。今後はBLS訓練について医療職以外の参加についても検討を期待したい。

6. 医療関連感染制御

専門的知識を持った職員による病院長直属の感染管理室を組織し、その下にICT、AST、リンクスタッフを編成している。感染管理委員会は、院長および感染管理室長を中心に各部門の責任者をメンバーとし、感染に関する報告や審議を行い、その内容を院内で情報共有を図っている。ICTは多職種でラウンドを毎週実施し、

監視菌検出情報、抗菌薬使用状況などの報告を受け、院内感染状況を的確に把握・検討している。アウトブレイクの規程、対応手順を整備し、経験例を活かしている。今後はサーベイランス項目のさらなる充実が望まれる。

院内感染対策マニュアルがあり、マニュアルに基づいた標準予防策・感染性廃棄物の取り扱いなどを遵守している。抗菌薬の採用は感染管理室での検討を経て薬事委員会で決定している。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、それに準拠して抗菌薬を使用しており、抗菌薬の使用状況については薬局が把握し、ラウンドを通して抗菌薬使用の監視体制を取り、医師等へのフィードバックを実施している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスや診療実績、外来受診の情報などをインターネットで発信し、適時に更新している。地域の住民や医療機関向けには広報誌を発行し、必要な情報を分かりやすく発信している。地域医療連携室を設置し、414の医療機関と協定を結ぶとともに、電子カルテの情報共有などによって地域医療機関との連携強化に努めている。地域住民に向けた啓発活動は、市民向けの公開講座や出張講座などに積極的に取り組む他、乳がんのピンクリボンデーの時期に病院建物をピンクにライトアップするなど独自の取り組みもみられる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

病院正面玄関の入り口に総合案内を設置し、円滑に診療が受けられる運用となっている。外来受診の順番待ち表示板をレストランやカフェにも設置し、待ち時間の負担を軽減するための工夫がある。問診票などから早期に必要な情報を入手し、外来担当医が的確に診断しており、検査時は説明・同意を経て実施し、その後の指導も行き届いている。診断的検査は必要性・内容・危険性が丁寧な説明と同意に基づき、検査前の確認・検査中の観察・退室に至るまで安全に実施されている。異常時の対応もスタッフに周知されている。入院決定は医学的判断に基づいており、昼夜を通じ病床運用には遅滞がない。入院時には種々の評価を必須とし、多職種の間を経過、かつ本人・家族の希望を汲みながら診療・看護計画を遅滞なく作成している。患者・家族からの医療相談には真摯に対応し、電子カルテ上で情報も共有されている。患者サポートセンター内の入院支援において、予定入院患者は事前に入院説明がされ、円滑に余裕をもって準備できる対応をしている。また、入院時に必要な物品のレンタルシステムもあり、緊急入院の受け入れ体制も適切である。

医師の回診などは的確であり、指導性をもって業務を進めている。看護基準・手順が整備され、病棟の日常業務や管理業務が確実に行われている。患者の入院時より身体的・心理的・社会的ニーズの把握を行い、必要時多職種カンファレンスを開催し状況に応じた看護を行っている。投薬・注射はマニュアルに沿って、適切な実施に努めている。輸血・血液製剤は「輸血に関する説明書」をもとに同意が取得され、実施前の確認・実施中の観察・実施後の記録に至るまで手順が遵守されている。周術期対応は、麻酔科医師・手術室看護師による術前評価、術中の合併症対策、患者の重症度に応じた搬送手段と病床選択など、適切に行われている。患者の

重症度に応じて病床が選択され、集中治療室の入退室基準は明確で毎朝のカンファレンスを軸に適切に病床管理されている。

全入院患者に褥瘡発生リスク評価を行い、褥瘡発生状態に応じて NST 褥瘡対策チームと連携した治療・ケアを行っている。評価に合わせたベッド・マットの工夫を行うなど褥瘡の予防・治療は適切である。緩和ケアマニュアルに基づき、苦痛やがん性疼痛に対して症状緩和を実践している。外来でがん告知をする際は、緩和ケアやがん性疼痛看護の認定看護師が同席し、患者・家族の精神的サポートを行っている。必要なリハビリテーションはマニュアルに沿って、適切な実施に努めている。身体抑制については倫理的配慮がなされているが、医師の指示の仕組みと観察記録、身体抑制の解除に向けた取り組みについて検討が望まれる。患者・家族への退院の支援は多職種によるカンファレンスを経た支援や地域の関連機関との連携も適切に行われている。継続が必要な診療・ケアについては、入院中に各種カンファレンスで検討し、早期から退院支援計画書に沿った支援を行っている。外来で継続看護が必要な場合は、看護サマリーに記載して切れ目のないケアを提供している。ターミナルステージの判断を主治医が行い、該当診療科や病棟で情報共有し、患者・家族に説明し、意向を取り入れた診療・ケアを実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では、処方鑑査、抗がん剤注射薬の調製・混合など確実に行っており、病棟薬剤師の配置などを通じ安全性の向上に努めている。臨床検査は夜間・休日も含め、ほとんどの項目に対応可能であり、迅速に報告されている。画像診断部門は、CT、MRI などの機器を活用し、診療放射線技師が緊急時を含めて円滑に対応している。栄養部門では、衛生面に配慮された手順により調理、配膳、下膳がなされ、行事食を充実させるなど、工夫が見られる。リハビリテーション部門では、主要な科のニーズに基づいて運営し、主治医、療法士、病棟の連携を維持し、急性期の業務を適時に実施している。診療情報は電子カルテを用い、量的点検は全例で実施されている。医療機器は標準化され、医療機器管理システムで一元管理されている。日常点検を看護師が行い、突発的な作動異常時や定期点検を臨床工学技士が行っている。夜間・休日を問わず 24 時間のオンコール対応体制が整っている。使用済みの医療器材は一次洗浄を行わず、洗浄・組み立て・滅菌を中央化している。滅菌の質保証が適切に行われ、滅菌管理システムがデジタル化、記録が行われている。

病理診断は、生検・手術検体・術中迅速診断・細胞診・剖検に医師とスタッフが対応し、適切に機能している。放射線治療部門では、非常勤医師と専任放射線技師が安全な治療計画を作成し、適正な線量の確認や機器の品質管理にあたっている。輸血・血液管理は適正な使用が行われ、低い廃棄率が維持されている。手術・麻酔機能、集中医療機能を適切に発揮し、一次から三次救急まで多様な救急患者にも対応している。

10. 組織・施設の管理

予算立案にあたっては、編成方針のもと各部門の要求を受け付けて調査し、経営会議、市議会に諮り承認を得ている。会計処理を規程に基づいて行い、現金出納検査を毎月実施している。財務諸表を作成し、市の監査委員による会計監査も実施している。未収金の対応マニュアルを整備し、電話や文書による督促の他、専任職員による訪問徴収も行うなど、督促手順が明確である。今後はレセプト提出前の点検において、医師のより積極的な関与を期待したい。委託の是非、委託の質や効率性などの業務内容を検討する仕組みがある。

施設・設備の保守管理は病院建設課が主管となり、業務委託により24時間の監視、日常点検、保守点検が実施されている。物品の購入は所定の手続きに則って実施され、在庫管理も適切になされている。火災・地震・水害等を想定したマニュアル類等を整備し、DMAT隊も複数の編成を可能とするなど、適切な準備・対応がなされている。保安業務は日中・夜間に体制を整備し、時間外には出入り口を1か所に制限し、監視カメラを各所に設置して監視するなど、安心な保安体制を構築、運用している。医療事故発生時の対応方針を明確にし、医療安全管理マニュアルに対応手順を定めている。医療事故発生時の連絡体制のフローチャートを院内掲示し、医療安全ハンドブックに掲載するなど、職員に周知・徹底している。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型、協力型の研修病院として、研修医、歯科研修医が初期研修を実施している。指導者と研修医の相互評価、看護部門からの研修医評価が行われている。看護部ではプリセプター制度のもと、その他のコメディカル部門、事務部門においてもチェックリスト等を用いた教育研修計画、評価制度により技術の修得、評価がなされている。

実習生は医学生、看護部、薬剤部、療法士、栄養士、臨床検査技師など幅広く受け入れている。各部署では指導者により、学校等のカリキュラムや基準に基づき評価を実施しており、学生自習等への取り組みは適切になされている。

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	B

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	B
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	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	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	B
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	A
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	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	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
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	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	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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 12 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： いわき市医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 福島県いわき市内郷御厩町久世原16

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	679	679	-30	73.5	14.5
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	15	15	-31	0	0
感染症病床	6	6	+0	0	0
総数	700	700	-61		

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	20	-4
集中治療管理室 (ICU)	10	+4
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	12	-3
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	21	+16
人工透析	20	-4
小児入院医療管理料病床	41	-8
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		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	20	+20
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, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (Ⅱ群), 地域周産期母子医療センター

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： 11 人 2年目： 8 人 歯科： 1 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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	946.56	923.14	924.19	102.54	99.89
1日あたり外来初診患者数	124.31	120.87	124.24	102.85	97.29
新患率	13.13	13.09	13.44		
1日あたり入院患者数	505.88	523.46	531.80	96.64	98.43
1日あたり新入院患者数	39.72	39.92	39.72	99.50	100.50