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 10 日～11 月 11 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、1958 年に赤松外科病院から建物、施設等の寄付を受け、済生会西条病院と改称し設立された。増床・移転・診療科拡充・医療機器導入を重ね、愛媛県を代表する産業都市において、地域の生命を守り、医療・福祉の切れ目のないサービスを提供する中核的公的医療機関として、地域とともに発展している。さらに、生活困窮者への支援、離島で暮らす方々を対象とした「済生丸」による巡回診療、無料定額診療事業などは、済生会の理念を体現する誇りある取り組みとして、地域から高く評価されている。

今回の医療機能評価の更新審査では、多くの課題に対して改善が図られ、院長をはじめとする幹部職員のリーダーシップのもと、全職員が一体となって取り組んだ成果として評価できる。また、病院理念と済生会の理念が組織に浸透しており、職員の姿勢や日々の実践から「施薬救療の精神」が随所に表れていることが確認できた。今回の受審結果を、組織横断的な視点での継続的な取り組みへと発展し、病院機能のさらなる充実へと結実することを祈念する。

２．理念達成に向けた組織運営

病院運営の理念と基本方針を明文化し、院長が理念達成に向け訓示を行っている。病院の意思決定は管理者会議で行い、医療サービス向上に必要な協議の場を設置し、職務・事務分掌規程を整備している。中期事業計画に基づく年次事業計画と、各診療科・部署の目標管理を通じて、職員の就労意欲や経営参画意識の醸成につなげている。電子カルテおよび各部門システムを一元管理し、文書管理・処理規程に基づき、発信から保存・廃棄までの管理体制を整備している。

医療法および施設基準に必要な人材を確保し、人事・労務管理に必要な各種規則・規程を整備したうえで、医師の働き方改革にも取り組んでいる。安全衛生委員会を開催し、産業医および衛生管理者による院内巡視を実施している。職員の意見・要望は、人事考課の面談時や職員アンケート調査、院長面談などを通じて把握し、就業支援や福利厚生の充実を図っている。

全職員を対象とした教育・研修は教育・研修委員会が年間研修計画を作成し、職員の能力評価に人事考課制度を活用している。基幹型・協力型臨床研修病院として初期研修の方針を明確にし、看護部はキャリアラダー、その他の職種は OJT 中心の新人教育をプログラムに沿って実施している。学生実習の受け入れ体制および規程を整備し、養成校のカリキュラムに沿って実習を行い評価している。

３．患者中心の医療

患者の権利を定め、権利の擁護を明確にしている。説明と同意の基準を定め、書面同意が必要な医療行為や看護師同席の範囲を明確にしている。患者と診療情報を共有すべく、臨床検査データや入院診療計画書、クリニカル・パスなどを活用し、患者が自ら情報収集できるよう、Wi-Fi 環境を整備している。社会福祉課に患者相談窓口を設置し、相談内容に応じて多職種と連携している。個人情報保護方針を定め、利用目的や問い合わせ窓口を周知している。個人情報利用の申請手順と情報セキュリティ規程を見直し、申請書を医療情報管理室へ提出後、システム運用責任者の承認を経て情報を提供する仕組みを整え、運用している。倫理的課題に関する事例への方針をホームページに掲載し、臨床現場では、日々のカンファレンスで倫理的課題を院内外の多職種で検討している。

来院案内はパンフレットやホームページなどで周知し、敷地前の公営バス停、透析患者向け無料送迎バス、駐車場、屋根付きロータリーなど、利用しやすい来院環境を整えている。院内にコンビニや ATM など生活支援サービスを整備し、入院生活に必要なサービスを院内で完結できる環境を整えている。病棟からは石鎚山や今治造船、しまなみ海道を望むことができ、院内には多くの絵画や書を展示して来院者に癒しの環境を提供している。敷地内全面禁煙を実施し、院内掲示や入院案内等を通じて周知している。

４．医療の質

業務改善委員会が中心となって質改善に取り組み、病院全体で部門ごとに BSC を用いた目標設定と達成度評価を実施している。診療の質の向上に向け、診療科ごとのカンファレンスに加え、内科・外科合同カンファレンス、CPC、画像カンファレンス、放射線科・病理診断科を含む合同症例検討会や M&M カンファレンスなどを積極的に開催している。各診療科では診療ガイドラインやクリニカル・パスを活用している。患者・家族の意見・要望は、意見箱やホームページの問い合わせフォーム等を通じて収集し、対応状況は業務改善委員会へ報告している。全患者に退院時アンケートを実施し、外来・入院患者には満足度調査も行い、調査結果は医療の質・利便性・サービス向上に向けた改善活動へ反映している。臨床研究に関する標

準業務手順ならびに保険適応外使用等の手順を整備し、倫理委員会あるいは薬事審議会で導入を検討している。病院エントランスに、診療科別の責任医師を掲示し、ホームページ等でも明示している。病棟師長はラウンド等を通じ患者のニーズや課題を把握している。診療記録は、記載マニュアルや管理規定に則り、適時に記載している。略語集を整備し、診療記録の質的監査基準を策定している。チーム医療として、ICT や AST、褥瘡対策チーム、NST、身体拘束最小化チームなどの専門チームを組織し、院内ラウンドを行うとともに、依頼にも対応している。

５．医療安全

病院長は医療安全管理活動を主体的に推進し、医療安全管理委員会の委員長も務めている。病院長直轄の医療安全管理室を設置し、医療安全管理責任者として副院長を、医療安全管理者として専従の看護師を配置している。医療安全対策委員会や医療安全チーム会および医療安全管理部カンファレンスを開催している。安全確保に関するマニュアル・手順書を整備し、医療安全管理指針も改訂している。インシデント・アクシデント報告は、医療安全管理者が確認し、必要に応じ速やかに現場の調査を行い、RCA で分析している。院外の医療安全に関する情報を収集し周知している。医療事故発生時の対応手順を整備している。

患者確認は、入院患者はフルネームとネームバンドの患者 ID、外来患者はフルネームと生年月日の 2 識別子を用いている。医師の指示や処方箋は電子カルテで行い、検査結果等の報告も迅速に伝達できる仕組みを整備している。全病棟で薬剤師がハイリスク薬等の表示・管理に関与し、安全な使用に向けた対策を実践している。全入院患者に転倒・転落アセスメントシートを用いたリスク評価を行い、危険度に応じて看護計画を立案している。医療機器安全管理責任者は、医療機器操作マニュアルを整備し、使用する職員を対象とした年間教育計画を作成している。院内緊急コードを定め、全職員が BLS 研修を受講する計画を策定している。

６．医療関連感染制御

院長が院内感染管理者として院内感染対策委員会を設置し、その委員長を務めている。院長が組織する ICT には CNIC を専従で配置し、ICD をはじめ院内各部署および関連施設の代表で構成している。AST を設置し、マニュアルの改訂も適宜実施している。ICT は感染制御にかかる院内外の情報を正確に把握・管理し、早急な対応を要する状況にも遅滞なく対応できる体制を構築している。感染サーベイランスを実施し、耐性菌の検出状況を継続的に監視している。保健所を含めた近隣医療機関との相互訪問や情報交換に加え、JANIS や J-SIPHE への参画を通じて情報収集に努めている。院内感染対策マニュアルを整備している。

ICT は職員に手洗い遵守を指導し、職員は擦式アルコール製剤を携帯して必要なタイミングで使用している。部署ごとに擦式アルコール製剤の使用量を分析しフィードバックしている。ICT メンバーは、医療従事者の手指衛生遵守状況を直接観察法で評価し、その遵守率データをもとに手指衛生改善計画を立案している。AST は抗菌薬の適正投与を提案し、特定抗菌薬は届出制として投与期間も含めて管理を徹

底している。定期的なICT・ASTラウンドを通じて抗菌薬選択を支援し、アンチバイオグラムを作成し周知している。

７．地域への情報発信と連携

広報誌は広報委員会が担当し、配布や発送、ホームページでの公開を通じて情報を発信している。連携機関向けに自院の医師紹介誌を発行し、ホームページ委員会を設置して各種情報を随時発信・更新している。病院情報の公表としてDPC制度に基づく病院指標および診療実績を公表している。前方連携は地域医療連携室、後方連携は社会福祉課が担当し、地域の医療関連施設と連携体制を構築している。紹介元医療機関に対しては、受診結果の連絡および返書の送付確認を行っている。地域の医療機関や関連施設を医師も同伴して継続的に訪問し、顔の見える連携の構築に努めている。また、幹部職員の医師会参加や地域の各種活動を通じて、医療ニーズを把握している。健康教室は、市内の公民館などにスタッフが出向き、薬剤師や看護師など多職種が多様な講座を用意し、地域の希望に応じて回数や内容を調整しながら実施している。ハローワークでの医療・健康相談や生活困窮者健康相談事業、職業訓練校でのBLS訓練も継続し、近隣商業施設と連携して健康相談会や講習会を開催している。新型コロナウイルス感染症拡大時には、ICTが相談対応や訪問指導を行った実績もある。無料低額診療事業を広く案内し、社会福祉課が拡充に努めている。生活困窮者の医療アクセスを保障し、医療と福祉をつなぎ、地域の健康づくりに大きく貢献しており、医療の教育・啓発活動は高く評価できる。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページや掲示などで案内し、問診票や紹介元から患者情報を把握している。診断的検査の必要性は医師が判断し、入院の必要性や治療方針は診療科内で協議している。必要時は複数診療科でカンファレンスを行い、多職種で入院治療計画書を作成している。患者サポートセンターを設置し、安心して入院医療を受けられるよう努めている。

医師は主治医制で病棟診療を担当し、看護師は看護業務基準・看護手順に基づいて病棟業務を実践している。持参薬管理に加え、薬剤の安全性を含めた薬歴管理を行っている。輸血マニュアルを整備し、輸血療法パスを活用して安全性を確保している。手術適応や術式選択は手術実施科等で検討し、術前評価を行っている。重症患者には、関連職種が連携して治療に参画し、急性期の管理を行っている。全入院患者を対象に褥瘡リスク評価およびSGA栄養スクリーニングを行い、多職種で介入している。緩和ケアマニュアルを作成し、症状緩和に対する方針や手順を整備している。リハビリテーションは早期から実施し、身体拘束最小化チームはリンクナースと連携して解除に向け支援している。早期退院支援カンファレンスを行い、退院支援計画書を作成し、継続した診療・ケアに向け、院内外の多職種と連携している。ターミナルステージでは、本人や家族の意向を確認し、医師が予後予測の指標（PPI）等を用いて判断している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師は処方・調剤鑑査を確実に実施し、疑義照会を記録している。臨床検査は検体・微生物・生理機能・超音波検査などを実施し、検体検査ではバーコード管理により確実に処理している。画像診断では、CT・MRI・核医学検査を読影し、異常所見は、読影医が依頼医へ連絡している。栄養管理室では、食材の発注から調理・配膳、食器洗浄までを、HACCP に基づき衛生的に運営し、イベント食に加えて多様な治療食や食形態にも対応している。リハビリテーションでは患者に適した訓練プログラムを作成し、継続性に配慮して実施している。診療情報を一元的に管理し、医療機器安全管理責任者は、院内の医療機器の安全使用に関する研修と保守点検計画の策定を担っている。洗浄・滅菌では、洗浄評価と各種インディケーターで滅菌の質を保証している。

病理診断では専門医と細胞検査士が連携して病理組織診断・細胞診断から術中迅速診断までを行い、放射線治療では治療認定医師が診療放射線技師と連携して治療計画・シミュレーション・線量確認を実施している。輸血・血液管理は、専従認定血液検査技師を中心に、一連の管理業務を行っている。手術室師長は麻酔科標榜医や各外科系診療科と調整し、多くの手術に対応している。HCU を配置し、診療各科が主体で集中治療を実践している。地域の二次輪番制度に参画し、救急担当医を配置して救急診療に従事している。

１０．組織・施設の管理

年度計画に基づき年度予算案を作成し、予算管理のもとに運営している。社会福祉法人会計基準に基づき財務・経営管理を行い、適正な財務諸表を作成している。医事業務は医事課職員が担当し、受付から会計までの窓口業務や収納業務、診療報酬請求までの一連の業務をマニュアルに基づき実施している。査定・返戻状況は、保険請求検討委員会で内容と対策を審議し、決定事項を周知している。

施設基準は、医事課が自主点検を実施し管理している。各委託業務を担当する部署は、マニュアルに沿って業務遂行状況を確認し、必要に応じて業務を指導・監督している。日常点検と保守管理は年間計画に基づき実施し、緊急時連絡体制を整備するとともに、必要時には各担当委託業者による即時対応が得られる体制で運用している。物品購入の選定は、医薬品については薬事審議委員会で承認し、医療機器・医療材料については使用実績や品質評価に基づき、継続的に選定の妥当性を検討している。

地震・風水害に対応した事業継続計画（BCP）を整備し、火災・地震・風水害に対応した災害対策マニュアルを整備している。火災発生時や停電時の対応を定めるとともに、緊急時の連絡体制および責任体制を確立している。敷地内および建物内の保安警備と施設管理は、24 時間 365 日体制で実施している。

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	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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	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	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	B
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	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	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	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	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	B
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	A
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	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	
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	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	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	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 ： 社会福祉法人恩賜財団済生会西条病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 済生会

I-1-4 所在地 ： 愛媛県西条市朔日市269-1

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	150	150	+0	78	14.6
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	2	2	+2	23.6	11.5
総数	152	152	+2		

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)	4	+0
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	37	+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	24	+0
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 ：

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： 2 人 2年目： 1 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

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	6	1.27	107.25	28.27	35.15	29.90	9.14	11.41	14.75	4.83
呼吸器内科	0	0.04	0.46	0.12	0.00	0.00	7.38	0.00	11.51	0.00
循環器内科	1	0.48	19.58	5.16	2.07	1.76	2.37	5.43	13.23	1.40
神経内科	0	0.18	6.23	1.64	0.00	0.00	2.24	0.00	34.63	0.00
血液内科	0	0.18	1.40	0.37	0.00	0.00	9.97	0.00	7.78	0.00
皮膚科	0	0.15	4.64	1.22	0.00	0.00	9.44	0.00	30.92	0.00
外科	4	0.15	79.34	20.91	40.00	34.03	5.00	21.33	19.12	9.64
泌尿器科	1	0.04	12.32	3.25	0.75	0.64	7.35	8.59	11.85	0.72
脳神経外科	1	0.08	10.29	2.71	9.60	8.17	8.72	45.52	9.53	8.89
整形外科	3	0	33.51	8.83	26.98	22.96	13.73	23.85	11.17	8.99
眼科	2	0.04	29.89	7.88	1.92	1.63	7.63	2.06	14.65	0.94
リハビリテーション科	0	0.4	12.16	3.21	0.00	0.00	0.40	0.00	30.41	0.00
放射線科	0	1.32	4.56	1.20	0.00	0.00	31.76	0.00	3.46	0.00
病理診断科	0	1.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科口腔外科	3	1	29.03	7.65	1.04	0.89	27.47	2.57	7.26	0.26
検診	0	0	25.27	6.66	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00
ペインクリニック外科	0	1	3.21	0.85	0.02	0.01	8.70	6.00	3.21	0.02
女性内科	0	0.05	0.22	0.06	0.00	0.00	13.79	0.00	4.38	0.00
研修医		4								
全体	21	11.39	379.35	100.00	117.54	100.00	15.48	14.50	11.71	3.63

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	379.35	382.57	390.88	99.16	97.87
1日あたり外来初診患者数	58.72	8.33	57.67	704.92	14.44
新患率	15.48	2.18	14.75		
1日あたり入院患者数	117.54	114.56	116.63	102.60	98.23
1日あたり新入院患者数	8.15	7.74	7.41	105.30	104.45