

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「一般病院1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および8月23日～8月24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	リハビリテーション病院	認定
機能種別	一般病院1（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 リハビリテーション病院
該当する項目はありません。
- ・機能種別 一般病院1（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、年度方針に「地域医療・介護連携の推進」を掲げるなど、地域からのニーズである急性期治療を終えてから在宅まで一貫した医療の提供を目的に運営をしている。具体的な取り組みとして、回復期リハビリテーション病棟を設置し、適切なリハビリテーションを提供することにより患者の機能回復に努力している。同時に、急性期治療を経過し症状が安定した患者に対し、安心して地域で生活できるように、在宅復帰を支援する地域包括ケア病床も設置している。また、救急告示病院として、骨折・外傷等の整形外科に関わる軽度～中等症疾患患者にも対応している。在宅医療については、訪問診療・往診・訪問リハビリテーション等に加え、法人グループの強みを活かし、訪問看護・通所リハビリテーションの積極的な活用が見られる。将来的なビジョンとして、医療と介護の統合を図り、グループとして独自の地域包括ケアシステムを構築し、救急から在宅までの一貫した医療・介護の包括的サービスを目指している。病院機能評価は初回から継続して受審しているなど、理事長・院長を筆頭に職員の医療の安全と質への向上意欲は高く、今後も良質な地域医療の提供に尽力されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は明確である。見直しについても毎年検討し、自院が取り組むべき内容を考慮して検討している。中長期計画は5カ年計画を策定している。作成に際しては、基本方針に則り、地域における自院の役割、医療計画、社会情勢、受療状況等を考慮して作成し、医療体制、安定経営の継続、人材育成等について策定している。理念・基本方針の周知については、ホームページ、院内掲示等を活用している。病院運営の意思決定会議は運営会議であり、院長、副院長、事務部長、看護部長、各部門・部署の責任者等で組織し、病院運営に係わる決定事項を検討・決定している。年度事業計画は、中長期計画に基づいて当該年度のテーマに沿った事業計画を策定している。職員への周知については運営会議を活用している。一方、中長期計画・年度事業計画の達成度の評価については、今後の課題である。役割・機能に見合った人材の確保については、中長期計画・年次事業計画、各部署からの要望に沿って、採用方針の計画を作成している。全職員対象の研修は、年間計画の作成および確実な実施を行うよう、委員会の設置あるいは担当部署を明確にするなど組織的な運営を期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、院内掲示・入院のしおり・ホームページ等を通して患者・家族、院内外に分かりやすく明示している。説明と同意に関する指針・方針や手順を明文化し、説明書や同意書に必要な項目を定め、書式も統一している。地域医療連携相談室に相談窓口を設置して患者・家族からの相談に応じている。患者・家族への周知は、ホームページ・院内掲示等を通して案内している。患者・家族の個人情報の取り扱いについては、ホームページに個人情報保護方針・利用目的を掲載し周知に努めている。

臨床倫理委員会においては、運営規定を明確にし、臨床における倫理的課題について討議を行う場としての体制作りと活動の充実を期待したい。来院者のアクセス手段は、公共のバス停留所・市電の駅は近接しており、駐車場も必要台数を確保しているなど来院者の利便性は高い。院内はバリアフリーで、車椅子での移動も容易であり、廊下には手すりも設置しているなど、障害者・高齢者が利用しやすい施設となっている。また、病院全体の空間は広々としており、静寂と清潔が保たれている。敷地内禁煙であり、ホームページ、院内掲示、入院案内で禁煙を推奨しており、職員の喫煙率は低下傾向である。

4. 医療の質

業務の質改善に向けた組織横断的な改善活動については、臨床現場では病棟のリーダー会などで議論し、必要に応じて病院業務改善検討会、運営会議に諮る仕組みである。面会予約や書類説明の業務の効率化に繋がった改善例も見受けられる。診療の質の向上に向けた取り組みとして、院内の医師診療ガイドラインを作成している。クリニカル・パスは整形外科疾患の手術別治療を中心に、保存的治療も加え多数整備している。FIM 利得・実績指数などの臨床指標やアウトカム指標は、定期的

に診療実績報告書として集計し運営会議等で共有している。

患者・家族からの意見や要望・苦情を収集する手段として、院内に意見箱を設置するとともに全退院患者に退院アンケートを実施している。また、病院機能評価事業で実施している患者満足度調査も実施して、医療サービスの質向上に向けた活動を実践している。臨床研究を行う際は、実施中の管理・終了状況を倫理委員会で把握することを期待したい。診療記録の質的点検については、実施点検数の向上が期待される。患者の診療・ケアについては、多職種で構成する専門医療チームを組織化し、専門的な視点による介入や助言、課題解決を図っている。

5. 医療安全

医療安全に関する組織体制は、医療事故防止マニュアルに医療安全に関する指針・方針をはじめ、委員会やメンバーの役割や権限について記載している。院長直轄の医療安全管理室には、看護師で専従の医療安全管理者が位置付けられ、組織横断的に医療安全に関しての活動を行っている。各部署のアクシデント・インシデント報告のルートは明確で、随時、医療安全管理者に報告・相談する仕組みが確立している。ゼロレベルの報告書の提出を促進し、改善策の討議・実績が増加しているが、医師を含めた、全職員・職種からの報告書の積極的な提出を期待したい。医療事故発生時の対応については、フロー図をわかりやすく作成しており、状況の把握・必要とする連絡先を明確にしている。予期せぬ死亡や不審な死亡症例については、医療事故調査制度に則った対応を整備している。患者の誤認防止対策としてリストバンドを利用しており、使用の際は常に患者と一体化して運用することを徹底している。救急カートの配置については、各フロアに設置し他階への移動を避け、短時間で持参可能な配置としている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として、医師・看護師・療法士など多職種からなる感染対策委員会を設置し、月1回の定例会議を開催している。感染制御に関する各種マニュアルを網羅的に整備し、定期的な見直しのほか最新情報を収集して随時改訂し、電子カルテ画面の参照や印刷物の配置により職員に周知している。サーベイランスは、整形外科手術部位感染で実施し、感染率を算出した結果、転院患者の持ち込み MRSA による術創感染予防のために手指衛生教育を強化した実績がある。医療関連感染制御に向けた活動として、標準予防策および感染経路別予防策に基づく対応を遵守している。擦式アルコール手指消毒薬や个人防护具について、使用する場所に設置し適切な場面で使用している。抗菌薬の採用・採用中止に関する検討は薬事審議委員会で行っている。病棟での感染症管理では、抗菌薬の適正使用に関するマニュアルを整備し、特定抗菌薬は届け出制としている。感染管理担当の看護師および薬剤師が抗菌薬の適正支援を兼務し、血液培養実施状況、院内分離菌とその感受性パターンを追跡している。投与日数超過例については、薬剤師による主治医への照会等、抗菌薬適正使用の推進に努めている。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けた情報発信は診療情報管理室が担当している。ホームページには、病院の理念・基本方針、診療サービス、診療機能等を掲載している。内容は適時更新し、急ぎの変更についても迅速に対応している。他方、院内の診療実績の公表は、地域住民にとり自院選択の有用な手段の一つであり、ホームページ等を活用して診療実績の発信を期待したい。自院に求められる病院運営の実践を目指し、地域の人口統計・高齢化率・疾病構造等の把握に努めている。紹介先への返信、退院時の返信は、遅滞なく紹介先に実施している。紹介先との連携を深める取り組みとして、担当者が紹介医療機関へ積極的に出向き、顔の見える連携に努めている。在宅復帰に向けた取り組みとして、法人内事業所のケアマネジャーと連携し退院支援に努めている。地域の健康増進に寄与する活動として、OLS活動（骨粗鬆症リエゾンサービス）に取り組んでいる。活動の一環として、骨粗鬆症の公開講座を実施して、多数の参加者の実績を得ている。地域の健康行事やイベントにも参加し、法人内の医療・介護施設が主催する研修会には職員を講師として派遣している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

回復期リハビリテーション病棟への入院は、一般病棟からの転棟と急性期病院からの紹介であり、対象疾患や病態等の入院判定基準を明確にしている。回復期リハビリテーション病棟の医師は定期的に回診を行い、リハビリカンファレンスに参加し、日々の診察やスタッフの情報から必要に応じた医学的管理を行っている。看護・介護職は、看護・介護の基準と手順に沿って患者のニーズを把握し、看護・介護の実践に取り組んでいる。理学療法、作業療法、言語聴覚療法については、多職種によるリハビリカンファレンスで決定したチーム目標に基づき、個別のアプローチ、ゴール設定とリスク管理のもと、系統的な理学療法・作業療法・言語聴覚療法を実施している。リハビリテーションの進捗状況は毎月1回のカンファレンスで多職種と共有し、リハビリテーション総合実施計画書を作成し、患者に説明している。入院時、身体評価と共に、患者・家族の意向を確認し退院後の課題を明確にしている。退院支援計画書を立案し、患者に説明し同意を得た後、退院に向けた必要な支援を多職種で早期に開始している。退院後も継続した診療・ケアが必要な患者には、患者の要望を確認して対応している。

〈副機能：一般病院1〉

受診に必要な情報は、病院案内やホームページによって案内されている。診療計画は、患者・家族の要望を考慮し、患者の状態に応じた評価と、それに基づいて多職種で速やかに作成している。主治医は毎日回診を実施し、患者の状態把握に努めている。患者・家族との面談も適宜行っている。病棟スタッフとは回診、カンファレンスを通じ十分な情報交換を行っている。看護師は患者の疾患や状態に応じた日常生活援助、診療の補助業務を行っている。固定チームナーシングで看護サービスを提供している。手術・麻酔の適応・方法は、担当医・麻酔科医より説明が実施され、同意も得ている。全身麻酔の手術は、全例麻酔科医が関与している。入院時に全患者に対して褥瘡評価を行い、リスクに応じた対策を実施している。褥瘡対策

委員会が機能し、褥瘡の新規院内発生率は少ない。退院支援については、各病棟に配置した退院支援看護師が主体となって、早期に退院支援カンファレンスを多職種で開催し、患者や家族の要望も含めて、退院支援計画書を作成している。また、退院前カンファレンスを行い、必要な患者に継続した診療・ケアの提供に努め、在宅復帰率も高い。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会、持参薬管理、注射薬の1施用の払い出しが行われ、注射薬の調製・混合時における注意喚起も実施している。画像診断においては、オーダー確認から患者の誤認防止、撮影実施の手順を遵守し、検査内容や部位確認、重複撮影防止に努めている。食事の提供は、大量調理施設衛生管理マニュアルに沿って、検収・調理・配膳・食器の管理等衛生的に実施している。365日リハビリテーションの提供に向けて、訓練の代行者とは進捗状況をまとめた紙冊子を用いて、詳細な情報共有を行い訓練の連続性を確保している。退院後生活を想定した生活機能訓練にも取り組んでいる。滅菌の精度保証として、ボウイー・ディックテストを始業前に行い、物理的・化学的・生物学的な確認も実施しており、単回使用の再滅菌の実施はない。輸血・血液管理においては、廃棄率低減に向けてさらなる取り組みを期待したい。手術・麻酔機能に関しては、患者入室にあたり誤認防止の徹底と情報共有のためにタイムアウトを手順に沿って実施し、術中の観察も十分に行い記録している。麻酔後の覚醒・帰室基準を明確にしており、麻酔科医が判断している。

10. 組織・施設の管理

予算の作成は、中期事業計画・年度事業計画を基にグループ法人本部で予算書を作成している。会計は病院会計準則に基づき会計処理を行っている。会計監査は、会計事務所に委託をしているなど、適正な監査体制が構築されている。医事業務については、受け付けから会計までの業務手順を定め、レセプトの作成、返戻・査定、再請求については、いずれも医師が関与している。未収金は、マニュアルに従って督促している。

業務委託については、業務内容の履行と質の維持・向上のため、委託業者と定例会を実施している。施設・設備管理は、保守点検計画に基づき計画的・定期的な保守管理を実施している。医薬品の採用は薬事審議委員会で検討しており、医療消耗物品については、発注と受取りが別々の担当であるなど購買の際の内部牽制が図られている。危機管理体制としてBCPを作成しており、災害発生時の責任体制・連絡体制は休日・夜間を含めて明確である。病院の建物は耐震構造であり、水・医薬品・食料は職員分を含めて3日程度の備蓄を備え、電源も3日程度分を確保している。保安業務については、出入口の施錠時間、院内巡視の方法等の手順を定め、緊急時の連絡体制も明確である。

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	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	B
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	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	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	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	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	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	B
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	B
2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	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	B
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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A
2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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	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	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	A
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	
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	B
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	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	B
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	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	A
-------	------------------------	---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	B
-------	---------------	---

機能種別：一般病院 1（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	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	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	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	A
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	必要な患者に在宅などで継続した診療・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

年間データ取得期間： 2023年 1月 1日 ～ 2023年 12月 31日
 時点データ取得日： 2024年 1月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 社会医療法人三愛会 三愛病院
 I-1-2 機能種別： リハビリテーション病院、一般病院1(副機能)
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 鹿児島県鹿児島市郡元3-14-7

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	52	52	+0	72.67	19.71
療養病床	60	60	+0	86.08	50.91
医療保険適用	60	60	+0	86.08	50.91
介護保険適用	0	0	+0	0	
精神病床	0	0	+0	0	
結核病床	0	0	+0	0	
感染症病床	0	0	+0	0	
総数	112	112	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	60	+0
地域包括ケア病床	21	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院(準備病院),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： 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	1.47	27.19	0.00	0.00	0.00	0.00	0.74	0.00
整形外科	5	2.7	3.95	72.81	2.30	100.00	40.49	1.11	0.51	0.30
研修医										
全体	7	2.7	5.42	100.00	2.30	100.00	29.48	1.11	0.56	0.24

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
		2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数		3.95	4.43	3.56	89.16	124.44
1日あたり外来初診患者数		1.60	1.76	1.18	90.91	149.15
新患率		40.49	39.60	33.02		
1日あたり入院患者数		2.30	2.38	2.36	96.64	100.85
1日あたり新入院患者数		2.07	2.13	2.09	97.18	101.91