# *総括*

## ■　機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

## ■　認定の種別

書面審査および 10 月 17 日～10 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　　リハビリテーション病院　　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。

１．病院の特色

貴院は、2017 年に病院に地域のリハビリテーション医療の充実の期待を担って開設された。2019 年には「リハビリテーション広域支援センター」に指定されたことで、自院のリハビリテーションだけでなく、地域リハビリテーションや施設の日常生活向上に積極的な支援の役割を果たしてきた。今日では木々の緑がやさしく包みこむ、「森の病院」の愛称で地域住民に信頼を拡げており、充実したリハビリテーションが日々提供されている。

今回の受審にあたっては、医療の質の向上とリハビリテーションの充実に取り組む職員の積極的な姿勢が見受けられた。特に、相互職場へのリスペクトを基礎に成り立っているチーム医療の展開は貴院の大きな財産となっている。

本報告書が、貴院の更なる発展および貴院が目指す「一人ひとりにとって最も適したリハビリテーションを行うための、専門の医療機関」の目標に寄与できれば幸甚である。

２．理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針に相応する「使命」が定められ、病院案内やホームページに掲載し、院内掲示も行うなど周知に努めている。病院幹部は病院の課題を認識し、幹部間で共有したうえで、解決の道筋を職員に提示している。最高意思決定会議は管理部会議であり、定期的に開催している。

医療法や施設基準上必要な人材は満たされており、病院の機能を鑑み、病院幹部は作業療法士、言語聴覚士の拡充の必要性を認識し、採用に努めている。有給休暇取得については、今年度は非常勤職員の配置などの対策で平準化を推進している。

アイデア提案制度があり、優良な提案には表彰制度を導入することで、職員の勤労意欲を引き出している。勤務シフトは家庭の状況に配慮し、柔軟に組める仕組みがある。敷地内に園庭も配備された保育所が設けられるなど、職員にとって魅力ある職場となるよう努めている。

看護部とリハビリテーション療法士部門では教育研修計画が立てられている。全職員対象の研修は、医療安全や感染対策を実施している。目標管理に取り組んでおり、上司による面接を実施して到達度合いを評価し、能力向上につなげている。

３．患者中心の医療

患者の権利は４項目に明文化され、入院案内やホームページなどで患者、家族に周知されている。職員への周知も院内掲示などで徹底している。説明と同意については、主治医が平易な言葉で分かりやすく伝え、同席の看護師は患者・家族が理解されているかを確認し記録している。医療相談室は病院正面玄関のすぐ横の目立つ位置に配置され、相談内容は、退院支援を中心に、多様な相談に応じている。個人情報規定は、院内掲示はホームページにも掲載し、患者・職員にも周知している。倫理委員会は随時開催され、臨床研究等の検討がされている。日常診療・ケアでの個別的な倫理課題は、多職種カンファレンスで検討された後、「ファミリーカンファレンス」において、患者・家族と医療者で検討されている。

駐車場が整備され、病院の送迎バスも運行している。日常生活品や介護消耗品を購入できる売店が設置されている。院内はすべてバリアフリーとなっており、手摺りも整備されている。病院の設計に病院スタッフの声が多く反映されており、院内の随所にリハビリテーションと患者の安全に配慮した設備が整備されている。森に囲まれた自然環境の中で安全・安心かつ癒しやゆとりを感じ過ごせる入院生活への取り組みは極めて高く評価できる。敷地内禁煙となっており、入院時の説明と掲示を徹底している。

４．医療の質

意見箱を各病棟に配置し、回収した意見は迅速に改善策を立案してフィードバックしている。また、患者アンケートを年４回行い、管理部会議と接遇向上委員会で検討している。診療ガイドラインは図書室に整備され、困難症例等については本年８月より月１回多職種参加による症例検討会が実施されている。業務の質改善としてリハビリテーション診療改善部会を立ち上げ、カンファレンスシートの統一とICF化、FIMの全職種への導入などを精力的に行い、全職種で患者の活動・参加を向上する取り組みにつなげている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確になっている。診療録は、マニュアルに則り適時、必要な記録が記載されている。また、昨年より医師同士による診療記録の点検が開始されている。多職種チームで入院時より診療・ケアを実践し、定期・臨時カンファレンスを実施している。

５．医療安全

医療安全管理者は、権限を委譲され専任看護師が担っている。医療安全管理委員会は病院長を委員長とし、月１回開催されている。インシデント・アクシデントレポートは、医療安全管理者に速やかに報告され、再発防止策を検討している。

患者誤認防止マニュアルが整備され、患者自らのフルネームでの名乗りとリストバンドによる氏名を確認している。医師の指示出しから実施確認までの手順はマニュアルに則って実施されている。ハイリスク薬剤の設定・保管・管理は安全に実施されている。看護師は入院時全患者に転倒転落アセスメントを実施し、看護計画を立案している。また、多職種で情報を共有している。医療機器は使用後は整備・点検され、常時使用できる状態で倉庫に収納されている。患者急変時は「緊急コードQ」の仕組みが整備されている。救急カートは薬剤および医療機器・医療材料は標準化されている。

６．医療関連感染制御

副院長が委員長として院内感染対策委員会が月１回開催されている。感染制御チームが多職種で構成され、ICT ラウンドは週１回実施している。感染対策に関する情報や、院内および院外の感染症発生状況等は ICN が中心となって情報収集し、ICT News や会議・研修会で発信している。

感染対策マニュアルが整備され、PPE は必要な箇所に設置されている。速乾性手指消毒剤は病室入口と携帯用が準備され、使用状況のモニタリングも行われている。

抗菌薬は適正使用に関する指針を遵守して使用されており、特殊な薬剤（カルバペネム等）に関しては届け出制となっている。

７．地域への情報発信と連携

ホームページでは、病院の特徴、機能を分かりやすく表現している。臨床指標と診療実績も一部示されている。同一医療圏および隣接する医療圏の急性期病院と、自院担当者（社会福祉士および退院支援看護師）が、良好な関係を築いている。特に「県回復期リハビリテーション連携の会」「県脳卒中等意見交換会」には積極的に参加し、顔の見える連携に心がけている。また、リハビリテーション広域支援センターとして、前方連携と後方連携の要の役割を果たしている。地域において健康講座や身体機能測定を実施している。また、住民組織等と連携し、「リハビリテーション広域支援センター」としての機能を発揮している。年２回近隣医療圏の介護職にリハビリテーションを視点にした講習会も開催している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

外来は完全予約制で、待ち時間は少ない。紹介入院患者は、あらかじめ情報が寄せられており、円滑に病室に案内されている。外来リハビリテーション患者は医師の診察を受け、全身状態を確認してから安全にリハビリテーションを実施している。診断的検査は、必要性とリスクを説明して実施されている。入院判定は基準を

明確にし、医師の医療判定と事前に収集した情報を踏まえて一次判定を行っている。医師による診断・評価に加えて、多職種の評価を基に診療計画が作成されている。また、疾患ごとに整備された評価バッテリーを中心に評価が実施されリハビリテーション計画が作成されている。入院患者に対して担当の社会福祉士が、退院支援を中心とした相談に対応している。

医師は定期的に回診を行い、診察・評価を治療、リハビリテーション処方に反映させている。看護・介護職の病棟業務は、看護業務マニュアルに整備され役割分担されている。入院時全患者に OH スケールを用いた褥瘡リスクアセスメントを実施し、褥瘡計画書が作成されている。栄養スクリーニングとアセスメントを実施し、栄養管理計画書を作成している。症状緩和の基準・手順は整備されている。理学療法士による評価に基づきリハビリテーション計画が作成され安全・確実に実施されている。評価の標準化を図るため、疾患ごとに標準的な評価バッテリーが設定されているとともに多職種により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。作業療法士による評価に基づき、経時的に評価を行い、リハビリテーション計画を見直しており、自動車運転再開のためのドライブシュミレーターを導入しており、1 日の生活スケジュールを想定し、役割・趣味活動など実践的な訓練を実施している。言語聴覚士は嚥下評価を歯科医、看護師とともに実施し、退院後の言語聴覚療法継続に対して積極的に取り組んでいる。身体抑制は、医師からの説明を経て、同意の署名の後に実施される。入院早期より退院支援が計画され退院計画を含め患者・家族に説明されており、退院前カンファレンスには患者・家族と病院内多職種およびサービス事業者も参加しており、その内容は在宅各事業者に提供されている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤に応じた温度・湿度管理が実施されている。持参薬の鑑別と管理も実施されている。院内医薬品集は、定期的に見直しが図られている。検査結果は迅速に報告され、パニック値は検査技師から主治医に直接連絡が入る体制が整備されている。CT 画像診断は必要に応じて外部専門医による読影の体制が整えられ、異常所見があればパニックレポートとして迅速に報告されている。栄養管理機能は、配膳車は温冷配膳車を利用し、適時適温の給食提供に努めている。大規模調理マニュアルに沿って、食材の検収から食器洗浄・保管に至る一連の流れにおける衛生面も良好である。特に食事提供の個別性への配慮は高く評価できる。

リハビリテーション機能については、主治医との連携・情報共有も積極的に図られ、病棟カンファレンスシートを見直し、スタッフ全員で活動・参加の向上に向けたケア・リハビリテーションを実践している。ドライブシュミレーター、ロボティックス、電気刺激装置など様々な最新機器を導入して患者の能力向上、活動・参加促進に努めており高く評価できる。診療録の量的点検はシステムを活用することで確実に実施されている。ICD コードによる実績が各年次集計され、実績を把握している。医療機器は使用部署で日常・定期点検が実施・記録されている。使用済み器材は洗浄室で PPE を使用し、質保証は化学的インディケーターを使用している。

１０．組織・施設の管理

経営管理は、予算は法人本部にて作成し、財務諸表を作成している。管理部会議において一定の経営指標が報告され、年次決算は外部税理士による監査も実施している。医事業務は、主治医が必ずレセプト点検を行い、必要に応じ再審査請求を行っている。業者選定にあたっては「医療サービス認定書」の確認のうえ、業務委託は最終的に法人事業部と固定資産管理部が評価をしている。

施設・設備において必要な修繕は適時行っている。物品の発注と検収は資産管理部が担当し、払い出しの際は使用期限の確認を行っている。

消防計画が策定されており年２回、消防訓練に取り組んでいる。過去の災害の経験を踏まえて、大規模災害発生時の行動計画が具体的に整備されている。日中の保安は総務部、夜間は事務当直者が行っており、記録も残されている。緊急時の連絡体制も確立しており、必要な箇所に防犯カメラを設置している。

１１．臨床研修、学生実習

リハビリテーション療法士について研修計画に基づく初期研修が行われている。研修計画は到達目標と時期を明確にしており、指導担当による評価もなされている。看護師とリハビリテーション療法士養成校の実習を受け入れている。養成校のカリキュラムに沿えるように事前のバイザー会議に参加している。実習中の事故は対応学学生保険の加入を確認し、学校との取り決めも確実である。

# 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | A |

| | | |
|---|---|---|
| 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 | A |
| 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 | S |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | A |
| 2.2.10 | 看護・介護職は病棟業務を適切に行っている | B |
| 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 | NA |
| 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 | 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 | 安全確保のための身体抑制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 | 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 | S |
| 3.1.5 | リハビリテーション機能を適切に発揮している | S |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | B |
| 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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2022 年 7 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 医療法人社団心和会 成田リハビリテーション病院

I-1-2 機能種別 ： リハビリテーション病院

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 千葉県成田市南三里塚18-1

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 | 100 | 100 | +0 | 88 | 80.6 |
| 医療保険適用 | 100 | 100 | +0 | 88 | 80.6 |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 100 | 100 | +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 | 100 | +0 |
| 地域包括ケア病床 | 0 | +0 |
| 特殊疾患入院医療管理料病床 | 0 | +0 |
| 特殊疾患病床 | 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 ：

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) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 皮膚科 | 0 | 0.1 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 心療内科 | 0 | 0.1 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 泌尿器科 | 0 | 0.1 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 脳神経外科 | 1 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 耳鼻咽喉科 | 0 | 0.05 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| リハビリテーション科 | 4 | 0.4 | 14.48 | 70.75 | 88.02 | 100.00 | 8.59 | 75.96 | 3.29 | 20.01 |
| 歯科 | 0 | 0.45 | 5.99 | 29.25 | 0.00 | 0.00 | 19.70 | 0.00 | 13.30 | 0.00 |
| 研修医 | | | | | | | | | | |
| 全体 | 5 | 1.2 | 20.47 | 100.00 | 88.02 | 100.00 | 11.84 | 75.96 | 3.30 | 14.20 |

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) | 2021 | 2020 | 2019 | 2021 | 2020 |
| 1日あたり外来患者数 | 20.47 | 10.30 | 9.99 | 198.74 | 103.10 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 2.42 | 2.09 | 2.19 | 115.79 | 95.43 |
| 新患率 | 11.84 | 20.28 | 21.94 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 88.02 | 86.44 | 89.22 | 101.83 | 96.88 |
| 1日あたり新入院患者数 | 1.15 | 1.02 | 1.08 | 112.75 | 94.44 |