

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」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25日～10月26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 | 慢性期病院 | 認定 |
|------|-------|----|

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、医療療養病床と介護療養病床を有し、慢性期の医療を中心に運営されており、介護支援センターや訪問看護ステーションを開設し、血液透析療法も展開されている。全人的医療の実践を理念とし、地域の高齢者を中心とした長期入院医療が必要な患者を受け入れており、慢性腎臓病と心疾患を中心とした診療の充実が図られている。血液透析においては、リハビリテーションが必要な患者にも対応している。心疾患の患者への心臓リハビリテーションも取り入れ、様々な治療に取り組んでいる。また、HIV感染患者の受け入れについても、医療センターや大学病院と連携して対応している。

今回の病院機能評価の受審において、院長をはじめ、幹部職員とともに全職員で取り組まれていることがうかがわれた。今後も医療の質と医療サービスの向上に向けて継続的に取り組まれ、病院のさらなる発展を祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が明文化され、病院外へ周知されている。病院の将来像や運営方針は全体朝礼で職員に明示している。病院の意思決定会議は部長会議で、決定事項は各部門の朝礼で周知されている。年次事業計画が策定され、運営上の課題として人材育成に取り組んでいる。院内の情報管理は担当者が配置され、各部門のシステムの更新なども検討されている。セキュリティ対策も工夫されている。文書管理規程は作成されているが、病院全体の各部門のマニュアルなども管理されることを期待したい。

人材確保に向けて、年度の採用計画が策定されている。人事・労務管理の各種規

程は紙媒体で各部門へ配布されている。36 協定も締結されている。衛生委員会が毎月開催され、職場巡視も実施されている。職員の意見や要望は、目標設定管理シートの面談時に聴取し、把握されている。

教育委員会が全職員を対象とした研修会を企画、開催している。また、新入職員に対するオリエンテーションも適切に実施している。職員の能力評価・能力開発について、目標設定管理シートで評価されている。病院全体としての能力評価、能力開発の方針や仕組み、客観的な評価、役割や業務範囲の設定などを期待したい。学生実習は、看護師と療法士の学生を受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、ホームページなどを通じて患者・家族へ周知し、職員には入職時のオリエンテーションで理解と周知に努めている。説明と同意は、侵襲を伴う検査時に行われており同意書を取得している。説明と同意に関する方針・手順などの明文化が期待される。入院診療計画書や看護計画、アレルギー等の情報を患者と共有している。患者・家族からの相談は医療連携相談室が担当しており、多職種によるカンファレンスも行われている。個人情報について、基本方針や取り扱いについて明文化され、周知されている。倫理的課題について、臨床現場で検討され、倫理委員会に報告されている。倫理的課題について病院として検討し、倫理の方針に反映されることを期待したい。

施設・設備の利便性は、病院専用のバスを運行され、売店も設置されている。院内はバリアフリーで、外来、各病棟の洗面所は車椅子にも対応し利用しやすくなっており、廊下には手摺りが整備されている。デイルームは広々として、患者がくつろげるスペースが確保されている。各病棟には特殊浴、個浴が用意されている。敷地内禁煙で、禁煙に向けた活動も行われている。

### 4. 医療の質

TQM 活動に継続的に取り組んでおり、QC サークル地区大会にも参加している。各部門・部署における課題は、TQM 活動をサポートする職員による指導で、円滑な改善活動につなげている。多職種が参加する病棟カンファレンスが毎週開催されている。実施回数やカンファレンス用紙の保管場所について検討を期待したい。患者・家族からの意見などは、意見箱を設置して収集し、内容について部長会議で検討して回答は掲示でフィードバックしている。透析療法に関する新たな治療・技術の導入、新興感染症に対する検査法の導入などの実績がある。院内での臨床研究に関して、多職種による倫理委員会を開催し審査を行っている。

外来・病棟ともに、医師・看護師・介護士の職種と氏名が表示されている。医師不在時の対応は明確で、職員にも周知されている。病棟師長はラウンドを行い、適切なケアが行われているか確認している。紙カルテを運用しており、各職種は適切に記載している。医師記録の質的点検の実施や院内で統一した略語の使用を期待したい。多職種により、退院カンファレンス、リハビリカンファレンス、チームカンファレンスが開催されている。

## 5. 医療安全

多職種で構成された安全管理委員会が設置され、その下部組織として医療安全報告検討会が設置されている。委員会では、改善策やマニュアルの追加・変更について検討されている。院内のインシデント・アクシデントは各部署で収集し、安全管理委員会で報告されている。改善策の実施状況の確認や評価が定期的に行われている。報告件数の増加に向けたさらなる取り組みを期待したい。マニュアルに、医療事故発生時の対応が明記され、原因究明や再発防止について組織的な検討が行われる仕組みになっている。

患者確認は、患者に氏名を名乗ってもらうことを基本にしている。医師の指示出し、指示受け・実施の確認、ならびに指示変更・中止は、紙カルテや処方箋・指示箋上で適切に運用されている。劇薬・ハイリスク薬を可視化して注意喚起に努めており、麻薬や病棟配置薬の保管・管理は適切に行われている。禁忌薬の投与や重複投与のチェックは薬剤師により適切に実施されている。全入院患者に転倒・転落のリスク評価を行い、危険度に応じて看護計画を立案している。評価は定期的の実施され、転倒・転落時の対応手順は明文化されている。医療機器の取り扱いに関する研修は、臨床工学技士を中心に使用方法について看護師を対象に行っている。緊急コードとして、ハリーコードが設定され、救急カート内の薬品・物品は看護師、薬剤師が点検している。BLS 訓練は全職員が受講している。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会を開催し、感染対策のマニュアルも作成され、院内 LAN や全体研修にて周知されている。院内の感染発生状況は、各種培養検体からの分離菌状況や薬剤感受性分析などを把握し、アンチバイオグラムも作成されている。JANIS へ参加し、自院での耐性菌発生状況を確認している。アウトブレイクへの対応体制を整備しており、新型コロナウイルス感染症のクラスターに対応した実績がある。感染症発症時の緊急報告体制は整備されているが、実用的な活用につながるよう見直しが期待される。

個人用の手指消毒剤を携帯し、手指衛生を徹底している。抗菌薬の採用と中止について薬事委員会にて検討され、抗菌薬の適正使用の院内指針を整備し、医師へのフィードバックも行われている。

## 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についてホームページに掲載されており、SNS ともリンクしている。診療実績を発信するとともに、ホームページが閲覧できない患者・家族のために、病院の医療サービスの内容がわかるような工夫を期待したい。地域の医療関連施設はリスト一覧表で状況が把握されており、紹介、逆紹介はリスト化されている。地域に向けた教育・啓発活動は、厚生労働省の予防・健康づくりに関する大規模実証事業に参加している。また、広報誌への高血圧に関するコラムの連載、作業療法士によるフレイル予防、管理栄養士による減塩の食事教室などを行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報が案内され、初診の場合は、問診票を用いて外来看護師が症状に応じてトリアージし対応している。糖尿病患者には、手技指導も実施している。侵襲的検査・処置の必要性は主治医が判断し、同意を得て実施している。紹介患者は、紹介元の情報に基づき多職種による入退院調整会議で受け入れの可否について決定している。入院受け入れ基準は明確である。入院時に、病状や患者・家族の要望を踏まえたうえで、多職種で迅速に診療計画書を作成し、患者・家族に説明し同意を得ている。ケア計画は多職種で作成され、患者・家族の要望も反映されている。入院前に患者・家族と面談し、入院の説明を社会福祉士が行っている。入院時は、病棟でオリエンテーションを行っている。

主治医は患者の病状に応じて回診を行い、診療録に回診記録を記載して情報共有している。看護基準・手順が整備され、新人教育にも注力している。介護士についても知識・技術の習得状況を把握している。多職種参加の合同カンファレンスで、患者の病状やケアの方針などを検討している。投薬・注射は、薬剤師による服薬指導や薬歴管理が適切に行われている。輸血・血液製剤は適正使用指針を遵守して投与しており、投与中・投与後の患者の状態・反応を観察し、記録に残している。患者の重症度に応じて病床を選択し、スタッフステーションに近い病室で重症患者の治療を行っている。全入院患者を対象に褥瘡発生リスク評価を実施している。褥瘡委員会が設置され、褥瘡回診も行われている。栄養状態の評価は多職種で検討され、栄養管理計画書は管理栄養士が作成している。言語聴覚士が摂食・嚥下について評価しており、嚥下食のプログラムが用意されている。痛みの評価にはフェイススケールを用いている。リハビリテーションは主治医の指示に基づき、療法士はFIMにてADLを評価しており、訓練内容も定期的に見直されている。日中着への更衣は、リハビリテーション室でリハビリテーションを行う患者に実施されている。今後、積極的な自立支援に向けた継続的な活動の実施を期待したい。マニュアルに、身体拘束を行わないことを前提とした方針が明記されている。退院前の家屋調査や退院カンファレンスが多職種で行われている。かかりつけ医には、入院中の患者の経過についてサマリーを用いて情報提供している。ターミナルステージへの対応では、多職種による回診時に臨床所見からターミナルの判定を行っている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査や調剤鑑査、疑義照会は適切に対応している。内服薬は一包化され、薬剤師により配薬カートに準備されている。持参薬は全て鑑別しており、注射薬の調製・混合時の注意喚起も行われている。臨床検査機能は、検体検査は外部委託であるが、緊急項目は30分以内に報告されている。内部精度管理を適切に実施し、外部精度管理にも参加している。画像診断機能は、医師の指示後、患者の受付・部位の確認・適応の判断を確実に行っている。CTは、放射線科専門医による遠隔読影が全例に実施され、被爆線量の管理・記録も適切に行われている。栄養管理機能は、適時・適温の配膳に配慮され、調理室の環境も整備されている。管理栄養士は退院患者へのレシピの提供やTQM活動による業務の改善へ取り組

み、地域住民を対象とする減塩教室の実施など幅広く活動しており高く評価できる。リハビリテーション機能は、主治医からの処方後、リハビリ基準、評価基準等に基づき総合リハビリテーション実施計画書を作成し、定期的に再評価も行い目標を見直している。診療情報管理機能は、診療記録の管理、量的点検が適切に行われている。医療機器管理機能は、臨床工学技士が定期的に機器の点検を行っている。使用前・使用後の機器の配置について混在しない工夫を期待したい。洗浄・滅菌機能は、滅菌について化学的インディケーターを用いて質保証がなされている。輸血・血液管理機能は 輸血業務全般の責任医師は明確であり、関係部署が連携して輸血用血液製剤の発注・受け取り・供給が安全・確実に行われている。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、経理課担当者が予算編成を行い、会計処理、財務諸表の作成、会計監査も適切に行われている。部長会議で収支の分析、課題の検討が行われている。医事業務は、窓口業務の対応手順が整備され、保険請求業務が適切に行われている。また、未収金への対応も適切である。業務委託は検討と選定、委託後の業務内容の評価などが適切に実施されている。事故発生時のフローチャートが作成され、対応が明確になっている。

施設・設備の管理は担当者が配置され、日常点検や業者による定期保守計画を策定して実施している。購買管理について、部長会議で検討され、稟議書により購入する体制が整備されている。棚卸が実施され、在庫管理は適切である。

災害対策マニュアルに、防火規程、消防訓練実施記録などが整備され、火災時や大災害時などの緊急時の対応が明確になっている。リスクに対応する事業継続計画の策定を期待したい。保安体制は、夜間、日祝日の専従の職員が配置され、日々の業務内容も記録により把握されている。

# 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                | B |
| 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                | 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 | B |
| 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                 | B |
| 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                 | 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 | 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 | 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   | 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          | 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    | A |
| 2.2.6  | 診療計画と連携したケア計画を作成している       | 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        | A |
| 2.2.11 | 患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている   | 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 | 重症患者の管理を適切に行っている            | A |
| 2.2.15 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている           | A |
| 2.2.16 | 栄養管理と食事支援を適切に行っている          | A |
| 2.2.17 | 症状などの緩和を適切に行っている            | A |
| 2.2.18 | 慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている   | A |
| 2.2.19 | 療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる | B |
| 2.2.20 | 身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている     | B |
| 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 | 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      | 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      | 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 | 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    | B  |
| 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   | A  |
| 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 | 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              | 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                  | 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： 2022 年 7 月 1 日 ～ 2023 年 6 月 30 日  
 時点データ取得日： 2023 年 6 月 30 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人みなみ 粕屋南病院

I-1-2 機能種別：慢性期病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：福岡県糟屋郡宇美町神武原6-2-7

## 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   |       |       |            |          |           |
| 療養病床   | 206   | 206   | +0         | 83.47    | 383.85    |
| 医療保険適用 | 206   | 206   | +0         | 83.47    | 383.85    |
| 介護保険適用 |       |       |            |          |           |
| 精神病床   |       |       |            |          |           |
| 結核病床   |       |       |            |          |           |
| 感染症病床  |       |       |            |          |           |
| 総数     | 206   | 206   | +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              |       |           |
| 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                | 40    | +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      |       |           |
| 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

## 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

[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    |
| 1日あたり外来患者数   | 19.36  | 19.94  | 11.53  | 97.09  | 172.94 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 0.57   | 1.23   | 0.50   | 46.34  | 246.00 |
| 新患率          | 2.92   | 6.17   | 4.31   |        |        |
| 1日あたり入院患者数   | 171.94 | 173.98 | 163.83 | 98.83  | 106.20 |
| 1日あたり新入院患者数  | 0.45   | 0.48   | 0.36   | 93.75  | 133.33 |