

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8月21日～8月22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、保健・医療・福祉の複合事業を展開する溪仁会グループのリハビリテーション専門病院として病院開設以来、「親切」「信頼」「進取」を病院標語・理念に掲げ、地域に開かれた病院運営を目指し、地域で暮らす人を支える医療・介護活動を実践されている。

病院機能評価の受審は今回が初めてであるが、病院長を中心に看護部、リハビリテーション部、経営管理部など多職種職員が一体となって審査に臨まれ、病院機能の評価と改善に対する職員の意識の高さが伺えた。今般の受審を機に整備された仕組みや業務手順を、今後も十分に活用され、貴院がリハビリテーション医療の発揮を通じて地域社会に貢献され、病院の地歩をさらに固められることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念は、リハビリテーション専門病院として地域で暮らす人々に寄り添う医療の提供がわかりやすい文言で表現され、院内外への周知にも努めている。病院管理者は患者の人としての尊厳や権利に配慮した医療の提供と職員のスキルアップのための人材育成を重視し、日々の診療では職員とのコミュニケーションを心掛け、就労意欲を高める組織運営に努めている。病院組織運営は、実態に整合した組織図、組織分掌規程が活用され、各種会議機構や委員会活動が機能し、病院の意思決定は院内運営会議で議論されている。中長期計画は2019年度を起点とした10か年計画が策定されている。情報管理の方針と活用は、個人情報保護規程が法人グループのマネジメント統合マニュアルに収載され、サーバーやログ、アクセス管理等のセキュリティ対策は適切である。文書管理は、ISO9001品質管理文書として院内で使用さ

れる文書は全て一次文書、二次文書、三次文書としてデータベース化され、明確に区分管理されている。

標準人員と診療報酬算定上の施設基準必要人員は十分に確保され、職員採用は毎年、予算策定時に事業計画に応じ各職種の必要数を勘案した計画が立案されている。人事・労務管理は、勤怠管理がシステム化され、人事管理システムが導入されている。職員の安全衛生管理は職員衛生委員会が月次開催され、時間外労働の縮減や有給休暇の取得促進、労働災害発生状況、職員の健康診断受診状況等のに関する課題が報告・検討されている。職場環境の整備を目的に職場巡視を行い、法人グループ全体で職員アンケートによる意識調査が実施されている。

教育・研修は教育研修室が担当し、必須研修を中心に年間教育計画に基づく研修が実施されている。職員の能力評価・能力開発は組織職務分掌規程を基に各部門でそれぞれ教育研修が行われ、所属長面談が実施されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化されているが、権利の文章構成やホームページでの周知、職員研修などに、今後配慮されると、なお良い。説明と同意に関する病院方針は「倫理指針と手順書」に明記され、セカンドオピニオンも明示されているが、同席者のルールや同意書の同席者署名欄については検討が望まれる。病院では「チーム医療について」の説明のなかで定期カンファレンスへの参加を促している。患者支援の体制は、地域連携室が地域医療連携活動と医療相談業務を兼務し、さまざまな社会資源の活用と患者の在宅復帰に向けた地域の介護事業所担当者などとの連携調整に努めている。

個人情報保護は法人グループの規程を設けており、患者のプライバシー保護として病室のネーム表示は電子カルテ画面で共有・管理されている。倫理的課題は、チームミーティングで検討されているが、リハビリテーション病院として生じやすい倫理的課題の抽出と集積に努め、病院方針を明確にされるよう期待したい。

病院は最寄り駅から徒歩圏にあり、敷地内には専用駐車場、駐輪場を設けている。日々のリハビリテーションで患者が必要とする物品は院内のテクノエイドセンターが対応し、車椅子の修理や管理はリハビリテーション部と総務課が協働・対応している。病院の施設・設備は全館バリアフリーで、プライベートにも配慮され、くつろげる環境である。職員の禁煙については、職員健康診断時の禁煙に関する問診をベースに喫煙率を経年比較する等の取り組みを望みたい。

4. 医療の質

患者・家族の意見や要望を病院運営の質改善に活かす目的で意見箱を設け、回答は院内掲示されている。業務改善に関する課題はKMS委員会で検討され、患者アンケート調査が実施されている。医療の質の向上に向けた活動は、臨床指標（QI）は医事統計指標、褥瘡発生率、転倒・転落のアクシデントレベルスコアが集計されているが、ホームページでの公表が望まれる。業務の質改善は、部門横断的に患者サービス検討委員会が活動しているほか、保健所の立ち入り検査、厚生局の新規個別

指導への対応も適切である。新たな診療、治療、リハビリテーション技術、機器を導入する際には、倫理委員会で検討することが義務付けられている。

診療・ケアの責任体制は病棟マネジャー制であるが、病棟での責任者の表示は行われず、患者・家族への対応は、全ての職員が速やかに対処可能である。診療記録は電子カルテ運用であり、記載内容は適切である。診療記録委員会を月次開催し、診療記録の質的点検が開始されている。患者入院時の合同評価やプレカンファレンスは多職種で行われ定期カンファレンスでの総合実施計画書作成は、患者・家族を含めて取り組まれている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制はホームページに「医療に係る安全管理の指針」が明示され、医療安全管理を統括する病院長が委員長を担う「医療安全管理委員会」とインシデント・アクシデント情報収集、分析、再発防止の検討や教育を行う「医療安全管理委員会部会」が設けられている。安全確保に向けた情報収集と検討は「医療安全管理委員会部会」が担い、インシデント、アクシデント報告と集計、なぜなぜ分析、再発防止策の検討、マニュアルの改訂などが行われている。

「医療安全管理業務手順書」に、患者誤認防止対策が明示され、入院時の患者確認は受付クラークと担当看護師によりダブルチェックされ、リストバンドが装着されている。電子カルテが活用され、指示出し、指示受け、実施確認などの情報伝達エラー防止への取り組みは適切であり、やむを得ず口頭指示を行う際の確認、実施等の手順も整備されている。病棟では、鍵管理された麻薬保管庫を設けているが、麻薬は現在、使用されていない。ハイリスク薬の定義や明示が行われ、保管・管理は適切である。

転倒・転落は入院時に全ての患者に対して転倒・転落アセスメントが実施され、看護計画を立案する際にも患者の個別性に配慮した形で反映されている。医療機器の使用は、リハビリテーション専門病院でもあり限られているが、輸液ポンプ、ベッドサイドモニター等が使用され、使用に際してのマニュアルは整備されている。患者の急変時の対応は、全職員を対象とした定期的な BLS・AED 訓練が望まれる。また、救急カート内の薬剤配置の統一などが望まれる。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策委員会と感染制御チーム（ICT）が組織され、月次会議が開催されている。ICN が在籍し、感染の専任者としての実務を担っている。感染管理・対策業務手順には、指針、権限・役割、各種感染症、経路別感染防御等に対する具体的な対応が記載されている。感染制御チーム（ICT）のうち、医師、ICN、薬剤師、臨床検査技師の 4 名が毎週ラウンドを行い、感染症患者の状況把握、環境ラウンドを実施し、感染防止対策委員会で報告されている。

感染対策マニュアルが整備され、病室、汚物処理室、ラウンジの吸引器に PPE が設置されている。また、ノロウイルス感染防止対策の嘔吐処理セットが準備され、血液汚染リネン類の対応手順も明確で職員に周知されている。抗菌薬の採用・採用中止は薬事委員会にて決定され、使用量、起炎菌の同定、耐性菌の発生状況等は月次の感染防止対策委員会に報告されている。現状での耐性菌の発生は、極めて少ない状況であり、この清潔な状況を維持し、耐性菌発生を抑えることを期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

病院は開設から日が浅く、地域への浸透を目的に広報活動に取り組まれている。広報誌が発行され、地域の医療機関への定期訪問時に配布されている。ホームページの更新管理は総務課が担当し、広報誌の発行や広報の課題は患者サービス検討委員会で検討されている。SNS の活用はリハビリテーション部によるブログが発信されている。今後はさらにホームページや広報誌を活用した診療実績の発信に期待したい。

地域連携室では、地域の医療機関との連携を密にして患者や医療情報を収集するための訪問活動や地域の介護事業所やケアマネジャーとの意見交換と情報共有に努めている。病院では、病院開設プロジェクトの段階から地域の医療・介護ニーズ、人口動態、高齢化率などの把握に努めている。受け入れ困難事例への対応・検討や診療情報提供書の返書管理、患者の紹介・逆紹介手順、患者紹介件数等の統計資料の作成等は適切である。

地域づくりを目的に医療・介護機能を活かした地域ネットワークづくりを進めており、病院ロビーを地域住民に開放し、茶話会やお元気セミナーなどの健康増進活動やリハビリテーション、認知症対策をテーマとした公開講座を積極的に実施している。さらに病院が主導して所在する桑園地区の医療懇話会や市内中央区の回復期リハビリテーション病床を有する病院や地域包括支援センター等との連携会を開催するなど、医療・介護を通じた熱心な地域活動を進めており、これらの取り組みは高く評価される。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者には受付から診察、会計まで円滑に対応され、緊急性が生じた際や、感染症の疑いのある患者への対応手順は周知されている。外来患者の対応は、診察後にリハビリテーションを行う患者は必要に応じてクラークがリハビリテーション訓練室に案内している。診断的検査は、患者・家族の同意を得たうえで実施され、検査中は看護師が必ず帯同している。入院の決定は、入院判定会議で可否が審議され、医師は入院診療計画書を記載し、患者・家族には説明のうえ同意を得ている。入院当日に多職種による合同で評価とカンファレンスを行い、リハビリテーション総合実施計画書が作成・説明されている。医療相談は、社会資源を活用した入退院支援が主であり、病棟専従の MSW が病棟内の相談室で対応している。入院は、受入れ基準が明確にされ、紹介元病院からの電話連絡後、情報提供書、ADL 情報、検査データに基づく入院判定会議が毎日開催されている。

医師は患者入院時に、多職種協働での評価に加わり、患者の診察・病状評価を行っている。介護職は全員が介護福祉士であり、看護と介護の業務手順がそれぞれ整備され、専門性を踏まえた役割分担が明確になっている。病棟専任薬剤師が一包化された経口薬を投薬車に患者別に準備し、看護師がダブルチェックを行い配薬している。症例は少ないが、輸血が実施されており、業務手順が整備されている。褥瘡予防は患者全員にリスク評価を行い、医師と WOC ナースを中心に褥瘡チームが毎週定期回診を行っている。栄養管理は、入院患者全員に、簡易栄養状態評価表を活用した、栄養スクリーニングと食物アレルギーの確認が実施されている。症状緩和は院内で統一した評価スケールを検討されたい。

理学・作業・言語の各リハビリテーションが実施されている。医師の処方に従い、多職種による入院時合同評価の後、合同カンファレンスを行い、リハビリテーション総合実施計画書が作成されている。生活機能の維持・向上を目指した「看護介護 10 か条」を基準に、食事はラウンジで摂取され、介護福祉士が患者個々の予定に応じた更衣や入浴、排泄などの日常生活動作支援に取り組んでいる。身体抑制は必要最低限とし、多職種で検討を行った後に実施している。患者・家族への退院支援は、患者家族が参加する定期カンファレンスを行い、意向確認を行うなど入院早期より退院支援に取り組まれている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師が配置され、注射薬は 1 施用ごとに配置され、温度管理、処方鑑査、持参薬の鑑別管理などが行われ、薬剤の採用、削除は月 1 回の薬事委員会で決定され、医局会で周知されている、院内医薬品集は 3 か月に 1 回データ配信され更新されている。臨床検査技師が常勤配置され、血液検査、生化学検査、心電図、心臓超音波等を実施し、検体検査は業務委託で対応されている。診療放射線技師は常勤配置され、単純 X 線・CT 検査、VF の透視検査が実施されている。夜間・休日はオンコール対応であるが、単純レントゲン、頭部 CT は当直医が実施している。

リハビリテーション機能においては、入院時には多職種による合同評価、合同カンファレンスを行い、患者情報が共有され、医師との相談により必要に応じたリハビリテーションが行われている。診療情報管理機能は医事課が担当し、診療情報は電子カルテにより管理されているが、診療情報管理士の資格を有する職員を配置し、リハビリテーション専門病院としての臨床指標の収集・分析や診療情報の積極的な活用と発信を期待したい。医療機器は使用部署で管理され、日常点検が実施されている。

医療機器の定期点検や日常点検等の保守管理、故障時の対応については総務課が窓口となり一元管理している。洗浄・滅菌機能は業務委託されており、使用済み器材の一時洗浄・乾燥は院内で委託業務の担当者により PPE を着用して実施されている。輸血に関する委員会は設けられていないが、技術部門責任者会議で輸血に関する課題が検討されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院と法人グループが協働し、年度ごとの設備投資計画や人員配置、事業計画等を反映した収支予算が策定され、法人理事会の承認を経る仕組みである。医事業務は、受付、診察から会計までスムーズに対応され、夜間・休日の窓口収納業務は外部委託による事務当直者が対応している。レセプト作成・点検は、医事課と主治医による相互チェックが行われ、返戻・査定に関しては、事務部長と医事課職員が診療部会議に参加する形で情報共有に努めている。施設基準の遵守は医事課による月次確認が実施されている。業務委託に関する是非や業者選定は病院と法人グループでの協議により決められ、委託業者の評価が毎年行われている。

施設・設備管理については施設・設備業務委託要領を設け、委託業者との間で一括管理契約が結ばれ計画的な点検管理に取り組まれている。物品の購買は医療材料購買要領と医薬品購買要領を設け、必要な物品は定数管理されている。

災害時の対応は消防計画、防災管理業務手順、大規模災害時の対応手順が整備され、防災訓練が実施されている。緊急時の職員連絡網が作成され、責任体制は明確である。保安業務はローテーションにて対応している。医療事故等への対応は、医療安全管理手順に基づく対応手順が整備され、医療事故発生時には、院内事故調査委員会が発動する仕組みである。

11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、院内の各専門職種がそれぞれの教育研修規程とプログラムを設け、計画的に実践している。また、出張旅費規程を設け、職種ごとに職員のスキルアップを目的とした学会や院外研修への参加が奨励されている。研修者の評価は、それぞれの職種の責任者による面談を行い、研修受講者の理解度の確認と研修内容の見直し評価が実施されている。

学生実習は、医師、看護師、療法士の実習受け入れ実績がある。実習生の受け入れは各職種が窓口となり所属長と実習指導者が実習依頼先との調整にあたり、カリキュラムに沿った実習が行われている。実習の際のオリエンテーションでは医療安全管理や医療関連感染制御に関する事前指導や個人情報保護、守秘義務等の説明が行われ、実習生の受け入れは、患者・家族に周知されている。

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・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	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	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
1.4	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	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	B

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	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	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	S
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	B
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	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	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	S
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	B
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 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人溪仁会 札幌溪仁会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：北海道札幌市中央区北十条西17-36-13

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	143	143	+143	94.2	62.8
医療保険適用	143	143	+143	94.2	62.8
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	143	143	+143		

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		
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	143	+143
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		
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

	実績値					対 前年比%	
	昨年度		2年前		3年前	昨年度	2年前
	2018	2017				2018	2017
1日あたり外来患者数	39.51	21.93				180.16	
1日あたり外来初診患者数	2.88	3.66				78.69	
新患率	7.28	16.69					
1日あたり入院患者数	136.90	94.16				145.39	
1日あたり新入院患者数	2.14	1.80				118.89	