

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「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 6 月 25 日～6 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 一般病院 1 認定

機能種別 リハビリテーション病院（副）認定

## ■ 改善要望事項

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

### 1. 病院の特色

貴院は、1997 年に国立病院より経営移譲を受け、兵庫医科大学篠山病院として開院し、2010 年には新病院として現在の名称に変更した。急性期機能のみならず、リハビリテーション機能や老人保健施設、在宅支援事業など、資源の限られたエリアの中で、住み慣れた街で暮らし続けるための機能を構築してきた。地域の拠点病院と ICT が連携して、診療情報を共有する仕組みや、歩行訓練ロボットによるリハビリテーションなど、最新のテクノロジーを導入して地域医療を支えてきた。また、高齢者が安心して自動車運転を継続できるように自動車運転再開支援にも力を注ぎ実績も残している。最先端の医療を提供しながら、臨床研修医や医学生、看護学生などの育成にも力を注いでいる。

今回、病院機能評価は更新受審となり、病院長、副院長をはじめ、多くの職員が丸となり医療の質の向上に向けて取り組んでいる姿勢を確認できた。一方で、改善の余地がある点もいくつか見られたため、貴院の抱える課題を克服し、地域医療を支えるために、今回の審査が貴院のさらなる発展に寄与することを心から祈念する。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

予防からケアまでの安全で質の高い包括的医療を理念に、地域における役割を明確にして、ホームページやパンフレット、院内掲示により、患者に対して広く周知している。病院長、副院長をはじめ、各部門の責任者が参加するセンター部長会議で、病院運営に関する協議や意思決定を行い、学校法人の会議とも連携して実行している。学校法人の中期事業計画と連携して年度事業計画を立案し、四半期ごとに進捗を確認している。年度の事業計画は、事前にタウンホールミーティングで職員との意見交換を行い、自院の課題や事業計画への理解を深めている。電子カルテを含む情報システムのセキュリティ対策を実践し、情報の二次利用等に活用している。

医療法や施設基準における人員は確保しており、学校法人人事部により就業規則など必要な規則を職員に周知している。産業医の院内巡視については労働安全衛生規則を遵守して実施することを期待したい。病院長宛ての提案箱や職員満足度調査を行い、職員の意見や要望を把握して魅力ある職場環境の整備に努めている。必要な研修を実施し、職員の理解度も確認している。医師も含む職員に対して人事考課を実施し、業務評価に加えて個人の業務遂行能力などを把握し、能力評価を実施している。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利として8項目を明文化して、病院のご案内やホームページ、院内に掲示することにより患者・家族および職員へ周知している。説明と同意に関する基準、手順を示し、同席が必要な侵襲的検査は一覧にして運用している。クリニカル・パスや入院診療計画書、図解、パンフレットを活用して患者や家族の理解を深めている。外来フロアの患者がわかりやすい場所に総合支援室を設置し、看護師や社会福祉士などの専門職が患者や家族からの相談に対応している。個人情報保護の運用に関する規程を整備するとともに、医療関係者間コミュニケーションツールを活用して、個人情報を安全に活用している。宗教的輸血拒否や終末期医療など主要な倫理的課題の方針を明確にして、多職種によるコンサルテーションチームを立ち上げ、倫理的課題の把握に取り組んでいる。

病院へのアクセスには、無料駐車場やコミュニティバス、公共バスなどが利用可能であり、院内は売店やランドリーなど、患者や家族の利便性に配慮した設備となっている。診療やケアに必要なスペースや、患者や家族がくつろげる環境を整備し、院内におけるプライバシーにも配慮している。敷地内禁煙としており、職員の喫煙率も把握して禁煙に向けた取り組みを行っている。

## 4. 医療の質

質改善活動に向けて部署ごとに年度計画を立案し、改善に組織的に取り組んでいる。医療クオリティマネージャーが主導し、ケアと患者サービスの質向上のための「知恵の輪チーム会」による業務改善活動を実践している。「医療の質可視化プロジェクト」に参加して数多くの臨床評価指標を収集し、医療クオリティマネージャ

一等の主導で指標数値の年次総括、次年度目標値の決定と実現に向けた計画策定などに多職種が協働して取り組んでいる。意見箱や患者満足度調査を通じて、患者や家族から広く意見を収集し、内容を検討のうえ、患者や家族にもフィードバックしている。未承認新規医薬品等を用いた医療提供に関する規程に基づき、新たな治療技術の導入時や薬剤の適応外使用などの実施を承認している。

外来や病棟における責任体制を明確にしており、医師の不在時の体制も整備している。独自に開発した多くのテンプレートを活用し、診療録の記載の充実を図っており、退院後 2 週間以内の退院時サマリーの作成率も適切である。感染制御、医療安全、褥瘡対策チームの他に、新規入院患者を対象としたカンファレンスや退院支援カンファレンスなど多職種による患者支援を行っている。

## 5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室に、安全管理責任者の医師、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、機器安全管理責任者を配置し、各部門のセーフティマネージャーとともに活動している。インシデント・アクシデント報告を収集して、医療安全管理室で再発防止策を検討し、最終的にセンター部長会で報告し、全職員へ周知している。医療事故発生時の連絡体制並びに、報告ルートも職員に周知している。

患者による名乗りやリストバンドなどにより患者誤認防止を図り、手術室では、全スタッフによるタイムアウトを実施して部位などの誤認防止に取り組んでいる。医師による指示出しおよび看護師の指示受け・実施の手順を定め、遵守している。オーダーリングシステムおよび薬剤部門システムにより、重複投与・過量投与・アレルギーの回避に対応している。また、ハイリスク薬などには調製や投与時の注意事項を印字して注意喚起をして払い出している。全入院患者に対して看護師が転倒・転落アセスメントを行い、危険度Ⅱ以上の患者に対して、リスクのある項目にチェックをした説明文を示して注意喚起を行っている。医療機器を使用する職員には、本院から出向する臨床工学技士が教育研修を実施している。

## 6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染対策委員会を組織して、感染制御室に専従の ICN を配置している。AST とも連携し、定期的な院内ラウンドにより、院内における日々の感染症発生状況を把握し、必要に応じて迅速に対策を検討・実行している。抗菌薬適正使用指針を定め、抗菌薬の適正な使用に取り組んでいる。感染制御室は院内アンチバイオグラムを作成し、医師に提供している。また、高齢患者の割合が高いことから、薬剤部では医師に腎機能低下患者に対する処方提案を行うなど、抗菌薬の安全使用に取り組んでいる。抗菌薬の採用・削除については、ICT の意見も取り入れながら「医薬品・医療材料委員会」の場で検討している。感染対策ニュースにより、感染に関するデータをわかりやすく各現場へ発信している。医療関連感染サーベイランスとして CAUTI および SSI を行っている他、JANIS へも参加している。日常的な感染防止対策として、手指衛生の徹底や PPE の着用、感染経路別予防策などをマニュアルに沿って実践している。感染性廃棄物は指定容器に分別し、委託業者が回収し

ている。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報小委員会により、病院パンフレットや地域住民向けの「かけはし」や医療機関医に向けた「ささやま医療センターだより」などの広報誌を発行し、ホームページにも必要な情報を掲載して病院の機能や特徴を広く周知している。兵庫県の受託を受けた圏域リハビリテーション支援事業では、地域住民を対象としたさまざまな事業を展開している。また、院内の感染制御看護師により地域の介護施設などに対して、新型コロナウイルス感染症に対する感染予防などの実践的な教育を行った実績がある。総合支援室に看護師や社会福祉士を配置し、前方連携や後方支援、相談機能に対応している。前方連携では、関連病院や開業医を定期的に訪問し、院長や副院長なども同行訪問して顔の見える関係を構築している。地域の3病院間で医療関係者間コミュニケーションアプリを活用した情報共有を図り、医用画像や患者情報などを迅速に共有している。また、地域のケアマネジャーと連携して圏域退院調整ルールを確立するなど、在宅支援事業とも適切な連携を図っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報の発信に加えて、AIによる事前問診によりスムーズな患者の受け入れを行っている。外来では、医師、看護師が情報共有し、幅広い領域の外来診療を展開している。総合支援室が窓口となり、患者からの相談や地域の高機能病院やクリニック、施設等からの紹介を受け入れ、対応不能な症例は、患者・家族の要望も踏まえて近隣や本院などの医療機関を選択して紹介している。患者の社会的背景などに配慮して、入院の必要性に関する十分な説明と同意取得を行った上で、医師が決定している。入院に際しては、総合支援室や「知恵の輪」チームにより、休日や祭日に関係なく平日と同様のオリエンテーションを行っている。医師や各職種によるチームにより入院診療計画書を速やかに作成し、患者に配布している。

医師は毎日の回診により患者の状況を把握し、看護師は多職種と情報共有して看護計画を立案し、患者のニーズを踏まえて看護を展開している。6Rを遵守して投薬、注射、点滴、輸血療法を行い、周術期の術前訪問、褥瘡予防、栄養管理、重症患者の管理にも適切に対応している。一般病棟の患者に対してはリハビリテーション科医による診察・評価により、リハビリテーションを実践している。身体拘束は、医師の指示の下で患者や家族へ十分な説明を行い、判定基準に基づいて実施している。行政と地域の医療機関、ケアマネジャーにより「丹波圏域退院調整ルール」の下で、早期の退院支援を実施していることは評価できる。

### ＜副機能：リハビリテーション病院＞

回復期リハビリテーション病棟では、複数のリハビリテーション科専門医を中心に、分担して主治医を担当している。院外からの入院、院内からの転棟の患者に対して、実際の入院判定の状況に合わせて、入院判定基準を整備すると良い。患者のリハビリテーション支援は多職種協働で実施しており、定期的に患者を評価し支援

方針を見直している。看護師・看護補助者の生活機能改善に向けた患者支援は適切であるが、今後介護福祉士の配置について検討するとさらに良い。病棟における薬剤管理は、薬剤師が関与しており適切である。入院リハビリテーションはリスク管理に留意し、患者の個別性に配慮しながら 365 日リハビリテーションを実施している。管理栄養士を中心に、多職種が協働して患者の栄養管理を適切に行っている。身体拘束は最小化に向けて医師を含む多職種で取り組んでいる。入院中から患者・家族の希望を確認し、転帰先や目標を設定して支援を行っている。退院支援の取り組みとして必要に応じて家屋評価などを行い、生活期支援者とも連携している。ボツリヌス療法や装具処方なども含めた専門的な外来があり、外来リハビリテーションを適切に行っている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、病棟に担当薬剤師を配置して病棟薬剤全般の管理を行っている。臨床検査機能としてパニック値の迅速な報告体制を整備し、臨床検査技師は検体検査の精度管理、女性患者への生理検査時には同性が対応するなど配慮している。画像診断は常勤放射線科医によりすべての読影が行われ、診療放射線技師により 24 時間迅速な検査を行っている。調理業務は、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいた衛生管理の下で、地産地消など工夫した食事を提供している。常勤リハビリ医を複数名配置して、訓練計画の立案と日々の訓練の質向上に努めている。自動車運転再開支援により、運転再開の実績などを有しており、高く評価する。

診療情報管理士により、診療録の質的、量的点検や退院時サマリー作成支援、がん登録などを行っている。原本となる紙面の診療記録は、患者 ID ごとに保管・管理するよう整備したため、引き続き適切な管理をすることが望まれる。本院から毎週臨床工学士が出向しており、機器管理ソフトにて機器の管理、点検などを一元管理している。洗浄・保管の工程はワンウェイで、各種インディケーターにより滅菌の質保証を確実にしている。常勤麻酔科専門医により全身麻酔手術はすべて麻酔科医が術中管理を行っている。医師、看護師をはじめ、コメディカルスタッフが 24 時間体制で救急要請に対応するなど地域の救命医療を支えている。

## 10. 組織・施設の管理

学校法人の財務企画部と連携して、各部門や委員会の要望を踏まえて予算を立案し、センター部長会議などで進捗を管理して職員に周知している。学校法人会計基準に則って会計処理を行い、外部の監査法人により会計監査を実施している。レセプト点検や返戻・査定業務、未収金管理を適切に行い、新たな施設基準取得、維持管理に向けて積極的に取り組んでいる。食事の提供、清掃業務、SPD などを外部委託して、定例報告会にて質の改善に向けた検討を行っている。託業務の契約に関しては本院で一元管理している。

病院の規模に応じた施設、設備を有し、日常的な管理は自院の管理課設備係が管理し、法定点検は業者により実施している。医薬品は、医薬品・医療材料委員会での 1 増 1 減のルールにより購入を決定し、診療材料は SPD によるラベル管理を行って

いる。高額な医療機器などは学校法人により検討のうえで購入を決定している。災害時の責任体制や災害に応じた役割分担、緊急連絡網を整備している。災害を想定した事業継続計画により、災害発生からの時間ごとの参集可能職員数を予測している。防犯カメラと機械警備により 24 時間警備を行い、管理区域は IC カードにより入館制限を行っている。

# 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	A
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
1.3.3	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	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	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	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	B
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	B
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	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	B

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

## 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	S
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	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	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	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	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	A
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 A

---

4.6.2 保安業務を適切に行っている A

---

## 機能種別：リハビリテーション病院（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	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	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	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

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
時点データ取得日： 2024 年 2 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 兵庫医科大学ささやま医療センター  
I-1-2 機能種別： 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)  
I-1-3 開設者： 学校法人  
I-1-4 所在地： 兵庫県丹波篠山市黒岡5

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	136	94	-42	79.48	13.38
療養病床	44	44	+0	80.81	51.1
医療保険適用	44	44	+0	80.81	51.1
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	180	138	-42		

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	44	+0
地域包括ケア病床	44	+0
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

へき地拠点病院, 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： 0 人 2年目： 7 人 歯科： 0 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  
オーダーリングシステム ☒ 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

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	207.80	233.84	251.16	88.86	93.10
1日あたり外来初診患者数	26.84	30.08	30.28	89.23	99.34
新患率	12.92	12.86	12.06		
1日あたり入院患者数	119.64	126.91	138.95	94.27	91.34
1日あたり新入院患者数	5.17	5.76	6.01	89.76	95.84