

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「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 6 月 27 日～6 月 28 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
------	--------	----

■ 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。

1. 病院の特色

貴院は、1947 年に東野診療所として開設し、1957 年に現在地に移転して以来、継続して地域の方々が安心して暮らせるよう質の高い医療サービスを提供する病院である。2010 年に水前寺とうや病院と改称し、病院の理念「IDENTITY（個人）の尊重－For You あなたのために－」は、職員をはじめ広く地域の患者や利用者に浸透し、全人的な医療と介護の提供を実現している。病院機能は地域包括ケア病棟、障害者一般病棟、回復期リハビリテーション病棟で構成し、内科・整形外科・リハビリテーション科等の高齢者医療の充実と緊密な地域連携を通して地域包括ケアシステムの中心的な役割を担っている。多職種からなるチーム医療が病院理念を体現し、住み慣れた地域で患者の尊厳と自立生活を支援する医療に取り組んでいることは評価したい。また、急性期の地域基幹病院や近隣の医療・介護施設、グループの関連施設と緊密な連携に努め、地域医療に貢献している。個人を尊重する理念とこれまでの実績を礎に、今回の病院機能評価が継続的な医療機能強化と質改善の一助となり、新病院建設の目標に向かって貴院がさらに発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念が組織全体と職員の行動に浸透している。病院の意思決定機関は管理会議であり、病院運営や経営状況などは運営委員会で検討され、全職員に周知される。理念・基本方針をもとに病院の新築に向けた中・長期計画が示されており、新病院建設の計画推進と地域医療を支える病院機能の充実を目標とする最重要課題は職員に共有されている。診療情報は診療情報管理システムにより一元的に管理し、データの真正性、保存性、見読性を確保している。医療法や施設基準の必要人員を

確保し、医師事務作業補助者や急性期看護補助の体制を整備するなど医療従事者の負担軽減および処遇の改善に努めている。就業規則や給与規程などの諸規程は新入職者研修時に説明の上、配布されている。就業規則の届出や労働基準法第36条にもとづく協定など労働基準監督署への対応は適切である。衛生委員会は産業医の院内巡視などにより職場の安全衛生環境の確認を実施している。精神的なサポート体制では社会保険労務士による外部相談窓口を設けていることは評価される。職員の意見・要望を反映して、保育費用の補助や子育て支援制度、短時間勤務制度を整備して魅力ある職場づくりに努めている。研修は教育・図書委員会が年間教育計画を管理し、必要性の高い研修に加えて多職種を対象とした管理職研修により管理者の育成を図っている。全職員対象に業績評価と能力評価を実施し、公平な評価のための評価者研修も行っている。看護部はクリニカルラダーを整備し、リハビリテーション科ではキャリアラダー制を導入して管理能力の開発に力を注いでいる。学生実習は、看護師の他、薬剤師など各職種を受け入れている。

3. 患者中心の医療

基本理念と基本方針に沿った「患者の権利」と「患者の責務」を明文化し、病院ホームページや入院案内などを通して周知に努めている。診療記録の開示請求は、ルールに則って行われている。説明と同意に関する方針と手順を規定し、説明後の患者・家族の理解度や反応記録を医師と看護師が電子カルテに記載している。入院診療計画書やリハビリテーション実施計画書、栄養に関する評価内容など個々に応じた説明で患者の疾患に対する理解度を高めている。患者相談支援センターは、多職種の連携による医療相談や入退院支援、セカンドオピニオン対応等の機能を備え、患者からの様々な要望に対応している。個人情報保護は方針や利用目的を明確にして、ホームページや入院案内、院内掲示を利用して患者に周知している。医療法人清和会の倫理綱領に基づき自院の臨床倫理方針を定めて、現場における解決困難事例は倫理委員会の下部組織である部会にて検討している。また、多職種で倫理カンファレンスシートを用いて患者や家族を取り巻く倫理的課題に向き合っている。公共交通機関の便利な立地であり、駐車場は障害者スペースを含めて確保し、院内にはWi-Fi環境やテレビ、冷蔵庫、ランドリーなど入院生活への配慮も行き届いている。建物は経年劣化もあるが、メンテナンスが行き届き、経年を感じさせない静寂さと清潔感があり、安全に配慮された療養環境を整備している。敷地内は全面禁煙であり、患者に対して禁煙に関する注意喚起を図るとともに禁煙外来の案内を行っている。

4. 医療の質

業務の質改善は、CS委員会や改善部会を中心に活動し、さまざまな角度から改善に取り組んでいる。各種立入検査の指摘にも適切に対応している。診療の質向上のため各診療科の定期的な回診の他、多職種が参加する多くのカンファレンスを開催している。代表的な疾患に対してはクリニカル・パスを作成している。臨床指標・質指標の有効活用については今後の課題である。患者・家族からの意見や要望

は担当部会で検討し、関係部署と連携して必要な改善策を講じ、フィードバックは外来待合ホールと各病棟掲示板や地域交流誌とホームページに回答を掲載している。新たな診療・治療方法や技術を導入する場合や薬剤の適応外使用について申請に基づいて、検討後に開始する仕組みがある。病棟入口には医長、看護責任者、療法士、管理栄養士、社会福祉士、薬剤師など多職種の担当者を明示している。診療記録は、ルールに則って医師記録・看護記録などが適時に記録・記載されている。退院後2週間以内のサマリー作成率は約95%であり、診療記録の質的監査についても適切である。チーム医療活動としては、医療安全ラウンド・ICT・褥瘡回診などがありいずれも多職種で組織され活動している。

5. 医療安全

医療安全管理室を院長直轄で設置し、医療安全管理委員会と実働を担う医療安全管理部会を下部組織として有機的な活動を展開している。院長より権限を付与された看護師長が専従担当者として現場実践を担っている。3b以上の事例をアクシデントと規定し、安全管理者が必要と判断した事例についてはセル分析、4M4Eなどの手法を用いて分析を行っている。全死亡事例を幹部ミーティングにてスクリーニングし、結果を記録している。事故発生時の報告手順は明確になっており、患者・家族に対して病院長直轄の医療安全管理室が対応する体制ができています。患者誤認防止策は氏名・ID・生年月日が印字されたリストバンドを活用して患者自らの名乗りと複数の職員による確認で行われている。医師は電子カルテシステムを活用して、処方箋の発行や指示のオーダーにより関連部署に伝達している。また、看護師は確実に指示受け・実施をしている。口頭指示は専用の口頭指示メモを用いて適正な運用を行い、緊急性のある検査結果は電話で医師に直接報告している。薬剤師は薬剤の重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を行っている。麻薬や劇薬、ハイリスク薬は適切に管理・使用し、注意を要する製剤を払い出す際には注意喚起のカードを添え、医療事故発生を防止している。入院時に全患者に転倒・転落アセスメントシートを用いて危険度評価を行っている。転倒・転落発生時は医療安全管理者がカンファレンスを開催して再発防止策を立案し実践している。臨床工学技士会研修修了の臨床工学技士が院内の医療機器を管理し、医療機器の教育・研修も実施している。院内緊急コードと暴力への対応コールを周知している。非常時に備えたBLS・AED訓練は臨床工学技士によって全職種対象に開催し、受講状況を管理している。

6. 医療関連感染制御

感染制御の実務組織として、病院長直轄の感染対策部門を設置している。感染対策部門では院内感染対策委員会の下に、実働部隊としてICT、院内感染対策部会が連携して活動している。近隣医療機関との合同ミーティングについても定期的に実施している。感染制御に関するマニュアルは、項目ごとにわかりやすくまとめられるとともに適時に改訂を行い、改訂履歴も明示している。ICTは院内の感染発生状況や院外の流行情報を適時に収集し、分析・検討の上、情報共有に努め、アウトプ

レイクについてはマニュアルに定義や対応手順を記載している。速乾式手指消毒のモニタリングを各部署の感染担当者が行っている。汚染物洗浄場所などでの確実なPPE使用を徹底している。「抗菌薬適正使用指針」を定めており、特定の抗菌薬については届出制としている。またアンチバイオグラムを年4回作成して各部門に情報発信している。入院患者の抗菌薬使用状況を把握し、使用医師に対して助言などを行っている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はホームページを中心に新しい情報や診療に必要な情報を適時に発信している。患者向けの地域交流誌を年4回発行し、医師や看護師の紹介、病院情報、関連施設情報など患者にとって有益な情報を掲載している。患者数などの診療基本情報は広報誌で、疾病統計などより詳しい情報はホームページで積極的な情報発信が行われている。地域医療連携室が前方・後方連携を担当し、連携先病院・施設を一元的に管理し、紹介元への返書や情報提供なども適切に行われている。地域基幹病院の連携会等への参加や連携先との情報交換会の開催により連携の強化と情報収集、情報の共有を図っている。法人グループ内に設置された地域交流推進室は、地域の施設や患者の要望を収集して、実効性のある教育・啓発活動を行っている。医師による健康講話を行う毎週土曜日の「土曜健康サロン」や施設の職員などを対象にした出前講座など専門的な教育・啓発活動に取り組んでいる。また夏まつりなど地域との交流を深めるイベントに参加し、地域の健康増進を様々な方法で支援していることは評価される。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は院内掲示やホームページ等で案内され、初診患者は医師や看護師、他部門との連携により円滑な受診を可能にしている。外来における診療・診断のプロセスや検査の実施手順、入院決定の仕組みは適切である。また患者支援センター内の地域医療連携室に看護師、社会福祉士を配置し、連携先との情報共有など地域連携機能を発揮している。紹介が必要な場合は、疾病や身体状況と患者・家族の意向を把握して適切な連携先に紹介している。医師は医学的な診断・評価に基づき入院診療計画、治療計画を作成しており、各専門職も看護計画、リハビリテーション実施計画、栄養計画などを作成している。診療計画の変更は患者・家族に提示・説明して同意を得た上で行っている。医療相談は、患者支援センターの看護師と社会福祉士が対応し、相談内容によって多職種に介入依頼をしている。入院受入は看護部長中心とした1日2回のベッドコントロールミーティングにて円滑に行われている。医師は適時に病棟回診を実施し、看護提供体制はプライマリー制で管理基準に沿って病棟管理業務を実施している。投薬・注射は、病棟で看護師がダブルチェックを実施し、服薬は自己管理が可能か否かを評価した上で自己管理が困難な患者には服薬の確認を確実にしている。整形外科医師を中心に看護師・薬剤師・管理栄養士など多職種による褥瘡回診を月1回行っている。管理栄養士はMNA評価や検査データ、嚥下機能などを踏まえて栄養管理計画書を作成し、NSTによる栄養

管理と食事支援を的確に実践している。疼痛緩和は主治医の判断で適切に麻薬を使用している。リハビリテーションについては、主治医と各療法士が実施計画を基に患者・家族の同意を得て実施し、状態変化への対応や評価をしている。身体拘束を行う場合は、身体拘束適正化マニュアルの実施手順に沿って必要性の判断を行い、医師の指示の下で実施している。退院支援では、入院時から専従の入退院支援看護師が患者や家族の退院後の意向を優先して、必要に応じた家屋調査や退院前訪問などを行っている。在宅療養支援は、患者支援センターの専従入退院支援看護師が多職種と協働して実施している。ターミナルケアの基本指針内の看取り指針に沿って、終末期医療が患者個々の意向に添って提供されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は入院患者の持参薬の鑑別を行い、処方鑑査はシステムチェックと目視により行っている。注射薬はほぼすべての薬剤を1施用ごとに取り揃えて払い出しており、高く評価できる。臨床検査は、検体取り違い防止対策を遵守して確実な検体処理を行っている。パニック値や重要な異常値は依頼医に直接報告し、精度管理についても確実である。画像診断部門では、診療放射線技師が必要な検査を実施し、読影レポートは放射線専門医により作成され、レポートの未読も管理されている。栄養管理部門はHACCPに準拠した衛生管理で、厨房は清潔に維持されており、毎日のミールラウンドにより栄養管理への個別対応が行われている。リハビリテーション部は常勤医師を配置し、各療法士は多職種と意見交換・情報共有を図っており、連続性が損なわれないように努めている。診療情報は電子カルテで一元的に管理し、診療録の量的点検は点検表に基づいて退院時に退院患者全員に対して点検している。臨床工学技士が各種医療機器を使用現場とME室にて保管・管理している。鑷子・セーレ・クーパーなど鋼製小物の一次洗浄は各部署の汚物処理室で看護師によって適切に行われ、その後の洗浄・滅菌機能は外部委託となっている。病理診断機能については、病理医の在籍がないため外部委託している。危険性の高い薬品類は鍵のかかる保管場所で安全に保管・管理している。輸血の発注、保管、払い出しなど一連の手順は、ルールに則って実施・運用し、院内在庫を置かず廃棄製剤が生じない運用を実現している。血液のロット番号や副作用を含めた患者情報も適切に保管している。救急告示病院の認定を受け、かかりつけ患者などを中心に救急患者の受け入れを行っている。患者が虐待を受けた疑いのある場合の対応手順も整備している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は実績を基に環境与件を加味して作成し、各部署の要望や課題を確認・調整している。予算執行状況は、月次の予算実績対比表や収支実績データ、医事課データ等を基に管理会議で経営実績の分析や解決課題をまとめ、運営委員会にてその結果を職員へ周知している。医事課は受け付けや診療報酬請求、窓口会計等の業務に対応し、レセプトの返戻・査定は保険診療委員会で適切な処理を行っている。施設基準に係る入院料等の基本要件実績は電子カルテのトップ画面に毎日更新・表

示されており、事務部門や各担当部署が自主的に点検できる仕組みは評価できる。委託業者の選定や契約等の管理については経理課が担当している。全面委託はリネン、清掃、医療ガスおよび滅菌で、業者委託の実施状況の管理・評価などは各委託業者を担当する部門と連携して手順に沿って実施している。施設・設備は営繕課が日常点検と計画的な保守管理を実施している。施設・設備の点検は年間計画に沿って実施され、実施記録は整備台帳で事務部長に報告している。夜間・休日についても緊急時の連絡網と対応体制を整備している。感染性廃棄物の分別・回収・管理の院内ルールは明確であり、最終保管場所では一般廃棄物と区分し管理している。医薬品の採用は薬事審議会で決定し、医療材料等は使用部署からの申請により審議して承認する体制を整備している。通常使用の診療材料等は SPD で発注・払い出しを行い、在庫は使用場所で保管・管理している。防災・災害対策委員会を組織し、災害時の対応は BCP 計画と災害対策マニュアルを整備して、防火訓練を年 2 回実施している。令和 5 年度には総務省より「安全功労者内閣総理大臣表彰」を授与され、防災・消防における地域の安全確保への貢献が高く評価されている。保安業務は法人職員を配置し、夜間・休日も 1 名常駐し、防犯カメラ 9 台による監視も行っている。業務内容は保安業務日誌で毎日事務部長に報告し、緊急時の体制も明確である。

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	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	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	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	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	B
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	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	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	NA
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	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	B
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	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	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	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	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
-------	---------------	---

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

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人清和会 水前寺とうや病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：熊本県熊本市中央区水前寺5-2-22

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	94	94	+0	80.4	61.6
療養病床	48	48	+0	83.1	64.4
医療保険適用	48	48	+0	83.1	64.4
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	142	142	+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		
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	48	+0
地域包括ケア病床	41	+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	53	+0
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

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

[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	56.64	59.51	57.86	95.18	102.85
1日あたり外来初診患者数	3.11	4.49	2.75	69.27	163.27
新患率	5.50	7.54	4.75		
1日あたり入院患者数	116.25	114.32	118.98	101.69	96.08
1日あたり新入院患者数	1.87	1.80	2.01	103.89	89.55