

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」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17日～6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	一般病院2	認定
------	-------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は開設後、診療科の増設を図りつつ施設の拡大と技術の導入をすすめ、あわせて高度医療機器も整備してきた。また、老人保健施設をはじめ関連施設を順次開設し、現在地に新築移転し今日に至っている。これらはいずれも地域の医療要求に応え、「生命を安心して預けられる病院」でありたいという理念の実行過程といえる。医療提供体制での特徴は、外傷センター、IBDセンター、プライマリーセンター、血友病センター等の疾患ごとのセンター化を図り、利用しやすさと専門職種の充実と育成・配置をすすめてきた点にある。また、地域住民の健康を守る各種医療懇話会の開催や地域医療機関等との連携をすすめ、年中無休・24時間オープンを掲げ、院内の組織と運営機構を効率的に組み立てて運営している。病院機能評価を継続受審しており、周到的な準備をなされており、今後も引き続き、取り組みが病院活動に活かされるよう祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は明確にし、院内各所に掲示しており、ホームページや病院パンフレット等で院外にも周知している。また、単に理念や基本方針として掲げるのではなく、業務と活動の行動指針として扱い、病院幹部はこれらの実践の先頭に立って奮闘している。病院の意思決定は幹部会議で行われ、決定事項は8時会（朝会）を通して迅速に周知されている。課題の達成状況は年間計画で評価しており、組織運営は効果的・効率的にすすめており、おおむね適切である。情報管理と文書管理は、方針と規程に沿って確実にすすめられている。

人材確保の取り組みと人事・労務管理も適切であり、職員顕彰制度等も適切に運用されている。職員の安全衛生管理、魅力ある職場づくりは、職員満足度調査等で要望・意見を収集し、各種の就労支援策も適切に実施している。職員の教育・研修は、年間を通した全職員対象の計画が策定され、安全管理や感染制御等の重点課題は、複数回の開催で高い履修率である。院外教育と研修の奨励、資格取得支援制度の充実なども評価できる。職員の能力評価と開発には人事考課制度が実施され、資格取得や能力に応じた業務範囲の設定と職責任用も適切にすすめられている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化し、院内掲示やホームページ等で周知している。職員にはネームカードに掲載し、各種研修会の際に講義している。説明と同意に関する方針と手順は策定されているが、看護師の同席のルール、説明と同意の署名欄などが明確になっていないので整備を望みたい。診療情報の共有では、患者への疾患の説明時に画像や図を使用し、既存のパンフレット以外にも病棟独自のものを作成するなど、様々な工夫がみられる。患者支援体制は患者相談窓口が設置され、ホームページや入院案内で周知されている。また、虐待防止委員会が設置され、警察や児童相談所等への通報実績もあり、患者との対話もおおいに促進している。個人情報・プライバシーの保護は、規程が整備され、電子カルテへのアクセス・パスワードの設定と更新期間も適切である。

臨床倫理の病院方針の実践では、倫理委員会要綱の整備と機能活用、役割の周知に向けた取り組みが期待されるが、臨床現場では倫理的課題を把握し、適切な検討と対応が行われている。患者・面会者の利便性・快適性の配慮では、とくに無料送迎バスの運行が評価でき、院内にはコンビニエンスストア、カフェ、レストラン等の生活延長上の設備・サービスが整備されている。院内のバリアフリーや整理整頓・清潔保持、診療・ケアに必要なスペースの確保、絵画・写真の掲示など、療養環境は極めて安全かつ快適である。受動喫煙防止や禁煙の推進は適切に取り組まれている。

### 4. 医療の質

患者・家族からの意見や提案、苦情等は意見箱や病棟での退院時アンケート、患者満足度調査などから収集している。内容については、患者相談窓口カンファレンスで検討され、患者・家族にフィードバックされている。診療の質向上に向けて、各種カンファレンスが診療科や職種を越えて組織横断的に開催され、各診療科の症例検討会やCPC等も定期化している。なお、クリニカルパスの適用率の更なる向上とともに、パス遵守度とアウトカム指標の設定、バリエーション分析などについても継続した検討を期待したい。業務の質改善の取り組みは、今回機能評価受審に際して様々な改善や整備をされてきたことが確認できた。今後も、継続的に業務改善を推進する仕組みを構築されるよう期待したい。新たな技術や治療方法の導入は、組織的な検討と必要な対応が行われ適切である。

診療・ケアの責任体制と運用は、病院管理体制と氏名が掲示されており、医師回診、看護責任者の巡視も定例化している。診療記録は記載基準が定められ、2週間以内の退院時サマリーの作成率も高いが、診療録の質的点検への医師の関与とフィードバックは引き続き検討されたい。多職種協働の診療・ケアの実践は、多職種合同カンファレンスや症例検討会、専門チームや認定看護師の支援、診療科間連携など積極的にすすめており適切である。

## 5. 医療安全

医療安全室に専従の医療安全管理者を配置し、組織横断的に活動している。医療安全管理指針に基づいた誤認防止など患者の安全確保に向けた取り組みや院内ラウンド、インシデントレポートの分析を IAT が行っている。インシデントレベル 3b 以上の案件は現場で RCA 分析を行い、さらに医療安全室で確認している。院内ラウンドで抽出した問題点は改善のプロセスを確実に実行し、医療安全ニュースで院内に発信している。

患者確認は本人が氏名を名乗ることを原則とし、リストバンドも活用している。手術室や内視鏡室ではタイムアウトを実施し、部位確認は手術部位に直接マーキングを行っている。バーコード認証も活用し誤認防止を適切に行っている。医師による処方箋の発行、指示のオーダーおよび、看護師の指示受け・実施は確実であり、口頭指示についてもルールを定めて確実に運用している。また、パニック値については、直接主治医に連絡し、報告記録を残す体制を整備している。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適切に行っており、ハイリスク薬を病院で規定し、麻薬・劇薬・毒薬などとともに、安全に管理・使用している。抗がん剤のレジメン登録や調製混合、カリウム製剤は管理ルールも適正である。副作用情報の集約や報告体制も整っている。

転倒・転落リスク評価を全入院患者に対して行い、リスクが高い場合は看護計画を立案・実施している。リハビリテーション室や放射線検査室など各部門においても転倒・転落に留意している。転倒・転落発生時の対応は手順を明確にし、組織的に対策を検討する仕組みがある。医療機器の研修は職員採用時や新機種導入時、あるいはインシデントの内容を基に実施している。病棟で使用する医療機器は臨床工学技士による安全点検を行い、ICU や血液浄化センターなどは臨床工学技士が日常的に関与している。患者急変時の院内救急コード「ドクターブルー」を設定し、夜間の対応手順も明確である。救急カートは緊急時に確実に使用可能な状態になっている。職員は BLS 講習会を定期的に受講するほか、看護部では急変症例の検証を行い、いずれも適切である。

## 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管理室を設置している。感染対策委員会の下に ICT が組織され、実働部隊として ICM や ICJ と連携して活動している。院内感染対策マニュアルを定め、マニュアルは項目ごとにわかりやすくまとめ、適時に改訂を行っている。ICT は適正なメンバーで構成しており、定期的に各部署を

ラウンドし、記録を作成している。さらに、近隣の医療機関と合同ミーティングや相互訪問を定期的実施している。また院内外の感染発生状況を遅滞なく把握し、これらを分析・検討の上、アンチバイオグラムや ICT ニュースレターを発行して、情報共有に努めている。さらに、アウトブレイクについても、マニュアルに定義と対応手順を整備し、アウトブレイク発生時には迅速・的確な行動を取った実績がある。主要な医療関連感染発生状況の把握については、今後の充実に望みたい。

手指消毒薬については定期的に使用量を計測し、適正に手指衛生が行われているかモニタリングしている。個人防護用具は汚物処理室や処置室など、必要な場所に配置している。感染性廃棄物や体液・血液等の付着したリネン・寝具類の取り扱い等は適切に行われている。抗菌薬の適正使用については AST が中心となって推進しており、「抗微生物マニュアル」が遵守されている。特定の抗菌薬については届出制であり、院内における分離菌の薬剤感受性パターンを把握し、アンチバイオグラムを年 1 回作成して、各部門に情報発信している。さらに、抗菌薬使用についても状況に応じ、ICT 主治医にコメントしてフィードバックを行っている。AUD を適時に測定し、抗菌薬の採用・採用中止に ICT が関与している。

## 7. 地域への情報発信と連携

貴院の医療サービスや診療実績の地域への情報発信は、広報誌の発行、ホームページの活用・更新、臨床指標や診療実績の公表など適切に行われている。地域の医療関連施設との連携機能は、医療連携室が担っている。職員の訪問による「顔の見える関係」の構築や、紹介・逆紹介の向上を目指して院内外に様々な働きかけを行い、紹介元には必ず受診報告書（返書）を返信している。また厚別区連携ネットワーク会議に参加し相互の情報交換に努めている。地域の医療関連施設等との連携は適切になされている。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、地域の医療機関、関連施設等の職員等を対象とした感染に関する研修会・勉強会が行われている。また、老人クラブや各種サークル、企業などから医療講演の依頼があり、毎月平均 35 回程度を実施している。医師、看護師、コメディカル職員が地域の区民センターや公民館、老人福祉センターで講演している。地域における医療に関する教育・啓発活動は適切である。

## 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適切に広報・周知されており、院内の案内や掲示等も適切である。待ち時間調査と対応、診療・会計の進行状況の表示、紹介患者・救急患者の流れ等も適切である。外来診療は患者情報を収集し、診断と治療方針を十分説明し安全に留意して行っている。また、必要な患者は当該科以外にも適切にコンサルトされている。診断的検査は必要性を医学的に判断し、確実・安全に実施され、入院決定も十分検討のうえ患者の同意を得て行われている。診療計画、看護計画は各種リスク評価を実施し、入院後速やかに作成されており、患者・家族からの相談は内容に応じた部署につなげ、病棟カンファレンスでも検討している。

医師、看護師の病棟業務は適切にすすめられ、各種のカンファレンスが頻回に持たれ、チーム医療体制はよく機能している。病棟担当薬剤師は、薬歴管理と薬剤指導、薬剤・注射・抗がん剤・麻薬投与等の安全な管理をすすめており適切である。輸血・血液製剤の安全な投与と観察は、使用指針と輸血療法の実施指針に沿って実施され、輸血療法委員会が全般を検討・指導している。周術期の対応は適切であり、術後患者や重症患者の管理はICUと各病棟の個室が選択されている。

褥瘡予防や栄養管理は、リスク評価とアセスメントが適切に実施されており、症状緩和は必要に応じた専門職種の関与とマニュアルが整備されている。リハビリテーションは個別性・病態に応じた具体的な指示のもと、患者の意向や多職種とカンファレンスを経て、確実・安全に実施している。身体抑制は抑制手段や期間、薬剤による鎮静等の記録を確実にされたい。退院支援は入院初期から検討されており、退院後の継続した診療・ケアも院内外との合同カンファレンス等で、患者・家族の意向も取り入れ調整されている。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を尊重した診療・ケアが行われており適切である。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会等が確実に行われ、抗菌薬・抗がん剤・持参薬の管理も適切である。臨床検査は内・外部精度管理、異常値・パニック値の対応などいずれも適切に機能を発揮している。画像診断は常勤放射線科医が複数体制で100%の読影率であり、夜間・休日にも対応可能としている。また技師は定期的な勉強会を継続し、知識・技術の向上を図っており適切である。栄養管理は、ニュークックチル方式による適時・適温にて衛生面に配慮した食事が提供されている。また、調理従事者の衛生管理や体調管理を徹底しており適切である。

リハビリテーションは、体制が整備され、多職種リハビリカンファレンスを定例化し、「外傷レジメン」を作成して質の標準化を図っている。あわせて365日対応可能な体制をとるなど、高く評価できる。診療情報管理は電子カルテシステムを導入し、診療録の量的点検は、診療情報管理士が点検し、診断名や手術名のコーディングを行い、機能を適切に発揮している。医療器管理、洗浄滅菌管理は業務の標準化が行われ適切である。病理診断は医師の確保が喫緊の課題となっている。輸血・血液管理は輸血療法委員会が適正使用と廃棄率低減に向けて積極的な役割を發揮している。手術・麻酔機能は体制が整備され、安全性にも配慮しているが、手術室の清浄度管理を徹底されることを期待したい。集中治療と救急医療機能はいずれも適切である。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、法人の病院会計基準に沿った会計処理が行われ、予算管理、会計監査、毎月の経営状況の把握などいずれも適切に実施されている。医事業務は、窓口収納業務、レセプトの作成、返戻・査定への対応、施設基準を遵守する体制整備、未収金対応などいずれも適切である。業務委託は実績やコスト効率などが検討され、院内の稟議決裁で業者選定されている。委託職員の教育・研修の経過も

把握され、事故発生時の対応も整えられている。

施設・設備の管理は、日常点検や定期的な保守管理等が実施され、緊急時の連絡体制も整備されている。院内各所の清掃は行き届き、医療ガスの管理や感染性廃棄物の処理も適切に行われている。物品管理は診療材料、医薬品の選定、購入プロセス、在庫管理とも規程に沿って適切に行われている。また、ディスプレイ製品の再利用は行っておらず、物品管理は全体として適切に行われている。

災害時の対応は、大規模災害対策マニュアルが作成され、全職員に周知され、休日・夜間も含め、緊急時の責任体制や連絡体制も確立されている。保安業務は、警備員が配置され、防犯カメラ等による監視や定期的な院内巡視により安全が確保され、夜間・休日の出入りのチェックや緊急時の連絡網、施錠管理も適切に行われている。保安業務日誌の病院管理者の確認もされている。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

医師は、JCEP の認定を得るなど整備された仕組みのもと、初期研修が行われている。指導医による研修医評価に加えて、看護師やメディカルスタッフによる研修医評価も確実に行われている。看護部、薬剤部、放射線部、検査部等の各職種においては、段階的な初期研修プログラムが構築され、プログラムに則った研修、評価、フィードバックが行われている。専門職種に応じた初期研修は適切に行われている。

学生実習は多職種の実習を受け入れている。実習の受け入れにあたっては、総務課が契約窓口となり担当し、各部署で派遣元の学校と協議をし、協定書や実習カリキュラムが作成され、実施されている。また、個人情報保護に関する誓約書なども整備され、実習内容の評価も個別に行われている。

# 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	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	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	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	B
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	A
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	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	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	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	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
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	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	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	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	B
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A
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	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	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	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 年 1 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人徳洲会 札幌徳洲会病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：北海道札幌市厚別区大谷地東1-1-1

## 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	301	301	+0	95.1	12.9
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	301	301	+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)	8	+0
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	41	+0
小児入院医療管理料病床	25	+0
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		
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

DPC対象病院(Ⅲ群)

## 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： 5 人 2年目： 0 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

7-2 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
		2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数		678.06	681.29	682.67	99.53	99.80
1日あたり外来初診患者数		79.05	78.15	82.16	101.15	95.12
新患率		11.66	11.47	12.04		
1日あたり入院患者数		286.34	278.38	281.24	102.86	98.98
1日あたり新入院患者数		22.16	22.05	21.49	100.50	102.61