

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7月13日～7月14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、北海道恵庭の地にあつて、関連病院・施設も有し、地域医療に貢献している病院である。特に、整形外科領域の股関節、膝関節、股関節、脊椎、上肢・肩関節分野の手術についてはハード面、ソフト面とも充実しており、全国から多くの医師が研修に訪れるなど、高く評価されている。診療部では学会・研修会への積極的参加と医療の質の向上、患者対応の向上を目指し、また、看護部では救急外来体制の充実で急性期病院としての機能強化を目指し、さらに、リハビリテーション科ではやりがいの感じられる職場環境の整備を目指している。部門ごとに課題とアクションプランが掲げられ、病院幹部のリーダーシップのもと、職員は一体となって現状の課題の解決と医療の質向上に努められており、評価できる。今後も、良質な高度専門医療の実践や地域社会に貢献する活動を継続され、更に発展されることを願うものである。

2. 理念達成に向けた組織運営

医療提供における、病院と患者との相互理解と信頼関係の重要性に基づき、院是、行動指針が明文化されている。組織図や職務分掌規程は整備されており、医師の集まりやすい時間帯に実施するなど会議・委員会も適切に開催されている。リスクに対応する事業継続計画は検討中であり、今後の作成に期待する。情報管理については、IT化の方針を明確に示しており、電子カルテシステム、オーダーリング院内LAN、部門システムが稼働している。データの真正性・見読性・保在性は担保されている。文書管理では規程が作成され、文書の発信・受付・保管・保存・廃棄などの仕組み、文書目録の作成、新規文書発行や既存文書の改訂の際の流れが定められている。

特殊機能に特化した医療水準や専門技能は高く評価されており、特に、麻酔科医

を十分に確保していることは評価される。過重労働者に対する面接指導規程を整備し、過重労働の低減に努めている。有給休暇取得率について、具体的な目標を定めた取り組みが始められており、今後の成果に期待したい。医師を含む健康診断は100%の実施率であり、労災の手続き、職員予防接種の実施と接種者の把握なども含め、職員の安全衛生管理はおおむね適切である。職員の意見を取り上げる仕組みも整備されている。能力評価・能力開発では、職員全員を対象とした教育・研修の内容についてレベル差が見受けられるので、総合的に管理する体制を整備するとさらに良い。医師をはじめ各職員は院内学術発表、院外学会発表、また外部研修会への参加、院内勉強会への参加を積極的に行い、自己研鑽に努めており、評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明確にされている。説明と同意において、説明時の医療者側の同席署名があるものとならないものがあるので、検討が望まれる。患者と医療者による、診療・ケアに必要な情報の共有は、入院時の患者情報収集、入院治療計画書、クリニカル・パス活用などにより図られており適切である。外来に相談窓口を設置して多様な相談に応じる体制が確立されている。相談内容に応じた院内外との連携や支援体制が整備されている。虐待対応マニュアルも整備され、職員に周知されている。

患者視点に立ったプライバシー保護対策の面では、検討の余地がある。日常診療で発生する臨床倫理の課題については、委員会においても現場との共有を図り、組織として継続的な取り組みを図ることが望まれる。なお、入院患者が抱える倫理的な課題に関しては、病棟カンファレンス等で適切に吸い上げて検討されている。

JR 駅に隣接しており、至便の立地である。患者の視点から利便性に配慮されており、適切である。院内はバリアフリーが確保されており、患者のための病院という発想のもと、安全性の確保と安全な環境作りに努めている。病院全体がゆったりとして採光が良く、診療・ベッド間・収納などのスペースが十分に確保されている。院内の整理整頓も行き届いてトイレ・浴室などの安全性・利便性も図られている。敷地内全面禁煙の方針である。禁煙コンテストや啓発活動により、積極的・継続的な禁煙教育の成果が認められる。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望はフローチャートに沿って担当者レベル・部署レベル・組織レベルによる処理が行われ、その結果について院内へ周知するなど、適切に対応している。カンファレンスについて、記録がなされていない、あるいは記録が十分でないものがみられるので、記録の充実を検討されるとよい。保健所・厚生支局等、各種立入検査での指摘に速やかに対応しており、適切である。

外来および病棟の診療とケアの管理責任者が患者・家族に明示されている。診療・ケアの管理・責任体制は明確になっている。多職種で協力して医療を行っている現状を再認識し、カルテの日本語記載、略語の標準化について検討することが望まれる。また、カルテの質的点検では、より早期から上級医師が関与することを期

待したい。医師・看護師・管理栄養士・リハビリ療法士・薬剤師など多職種が参加し、協働して患者の診療・ケアを行っており適切である。

5. 医療安全

職場ラウンドを施設環境、指示受け対応などテーマを決めて定期的の実施し、写真を撮るなどして改善を確認している。院内の誤認防止対策として見直し、提起したダブルチェック方法は、それまでの誤認件数が半分に減少するなど成果を挙げている。医療安全担当者やスタッフの医療安全研修については看護協会、医療安全学会、北海道厚生局主催の研修など、外部研修にも積極的に参加し取り組んでおり評価できる。種々の誤認防止対策が実施されている。医師による指示出しおよび看護師による指示受け・実施は適切に行われている。

病棟在庫薬剤は薬剤師・看護師が管理している。転倒・転落について、対策が必要な患者には、アセスメントに基づき看護計画の立案・実施・評価・見直しが行われている。抑制は極力行わない方針を取っており、対策として主に離床センサーを使用している。医療機器使用中は患者の観察が行われており、状態が記録され安全に使用されている。患者の急変時対応として院内緊急コードが設定され、訓練も実施されている。全職員対象の心肺蘇生や AED 学習会も開催され、患者急変時対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

ICD・ICN の指導のもと、ラウンドが定期的に行われており、感染対策の委員会、幹部を含めて委員の約 90% が出席している。感染制御に向けた体制は確立している。院内の分離菌培養と菌種別の薬剤感受性検査について検討されており、医療関連感染については手術部位感染で行われている。そのため、術後手術部位感染は非常に少なく、評価できる。

感染防止マニュアルに沿って標準予防策・経路別予防策の実施を図っており、実施状況については感染対策委員会でラウンドを実施し確認している。汚染リネンや寝具類、感染性廃棄物も適正に処理されており、医療関連感染を制御する活動は適切に実施されている。広域抗菌薬の使用は許可制である。ICD により、抗菌薬（注射）が適正に使われているかチェックされ指導も行われており、適切である。

7. 地域への情報発信と連携

全国的にもトップクラスを誇る整形外科専門病院（股関節、膝関節、股関節、脊椎、上肢・肩関節）として、役割・機能は専門分野の医師に周知されている。診療実績として年間手術件数、病院指標をホームページに公開している。地域連携室の活動、地域連携部会など、医療連携をより緊密にし、円滑に進めるための取り組みを積極的に展開している。連携情報の一元管理も適切に行われている。

地域への教育・啓発の面では、地域の枠を超えて、次世代を担う若者や地域住民を対象とした活動が行われている。整形外科医師を対象とした手術指導・講演、手術見学・病院施設見学が行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診・再診・予約患者の手続きが明確化されており、外来診療は適切に行われている。患者の情報を把握し適切な外来診療を行っている。地域の医療機関や介護・福祉施設等からの患者を円滑に受け入れている。造影剤を使用する検査は検査中・検査後の患者状態が観察されており、適切である。地域連携室の社会福祉士が、入院時に退院希望先を聞き患者ニーズの把握に努めている。入院の決定は医学的判断のもと、外来担当医師が行っている。今後はさらに、バリエーションの検討・見直し等を行い、クリニカル・パスシステムがより良く安全なものになることを期待する。相談内容に応じて院内外の施設や事業所との連携が図られ、患者・家族へ向けた支援が行われており、適切である。

主治医制による診療体制で、一般病棟では毎日回診が行われている。各勤務帯における業務手順に基づき、看護師による診療の補助業務や患者の日常生活援助が、安全・安楽に配慮され適切に行われている。病棟責任者は、毎日の病棟内ラウンドにおいて患者・家族の要望や医療・看護サービスの状況を把握し、施設・設備における情報を収集して、適切な病棟管理業務を行っている。投薬・注射は確実・安全に実施されている。輸血・血液製剤投与の対応はおおむね適切である。周術期の対応、重症患者の管理も適切に行われている。

病棟における褥瘡の発生はほとんどみられず、褥瘡の予防と治療は適切に行われている。入院時に全患者に対して管理栄養士が関与して栄養アセスメントが実施され、評価に基づき治療食の提供や栄養指導が実施されている。疼痛緩和マニュアルが作成され、疼痛緩和への対応が行われている。リハビリ評価表は独自に考案され、実施前後の評価がなされている。さらに深く分析し、患者個々のリハビリテーションの充実に役立つと、なお良い。身体抑制の回避・軽減・解除に向けた取り組みは、医師の関与のもとに適切に行われている。退院支援に向けて病棟カンファレンスで情報が共有されており、必要時は患者・家族、ケアマネージャーの参加も得て退院に向けた支援計画書が作成され、進捗が確認されている。退院後の関係機関に対しては退院時サマリーや退院看護要約の提供、必要な情報のやり取りが、医療相談室を通して行われている。ターミナルの患者の療養環境への配慮や逝去時の対応は、看護手順に従い適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能はおおむね適切であるが、院内・院外の疑義照会の把握に関して組織的な取り組みを望みたい。臨床検査機能はおおむね適切である。外来患者については主治医のみの画像診断であるので、整形外科医によるダブルチェックを検討されるとよい。嗜好調査・残食チェックを行い、委託業者と協働して、より良い食事の提供に取り組まれている。特に、生野菜・原材料から作る食事など、患者本位の食事の提供は、評価できる。リハビリテーションでは、病棟ごとの行われるカンファレンスに療法士が参加し、治療方針や患者情報が検討され共有されている。リハビリテーションは365日体制である。独自のADLの評価を行っており、リハビリ訓練・評価をさらに充実させリハビリの成果が挙げると、より良い。診療記録は電子

カルテによる1患者1IDで一元的に管理している。

診療情報管理において、量的点検はチェックリストを活用し適切に実施しており、カルテの記載漏れのない仕組みが構築されている。医療機器は、臨床工学技士により適切に管理されている。洗浄・滅菌機能は適切に発揮されている。手術室・中材は一元管理されており、十分なスペースがあり、滅菌物も適切に保管されている。業者からの借用手術機器も洗浄・滅菌している。輸血・血液管理では、血液廃棄率が高いので、各手術における手術時、必要血液量を委員会で検討し直すことが望まれる。病理診断機能・救急医療機能はおおむね適切である。

麻酔科医が十分確保され、手術・麻酔が実施されている。清潔管理に重点をおいた結果、手術部位感染はわずかである。また、手術台帳が作成され、抜管基準や退出基準も明確であり、看護師が付き添い退室し病棟へ引き継がれるなど、手術・麻酔機能は適切に発揮されており、評価できる。

10. 組織・施設の管理

病院会計基準に基づいた会計処理が適切に行われている。会計監査は会計事務所と監査法人のダブルチェックにより適切性が担保されている。医事業務・窓口業務の手順は明確に示され、医師と協働してレセプト作成、点検・確認が行われている。職員の配置状況や基準を満たす情報を常時把握しており、適時に見直しを行うなど、施設基準を遵守する仕組みは確立している。委託業務の是非は専門性・効率性の観点から検討している。外来・病棟など機能に応じた施設・設備が整備されている。施設・設備の保守管理は適切である。物品管理では、会議で新規物品の導入、検討・見直しが行われており、購入希望備品の選定から決定までのプロセスはルールに基づいて行われている。

消防計画、防災マニュアル、緊急時の責任体制・連絡網が整備されている。自家用発電設備は電力容量、燃料備蓄が充実しており、日常と変わらない電力を数日間供給できる体制である。守衛が駐留しての面会者の管理、夜間の施錠管理、院内巡視の実施、業務日誌による報告など、保安体制は適切である。医療事故発生時の初動体制、連絡体制、関係各委員会の招集体制を明確にしている。紛争化の恐れがある事案について、情報の把握・報告・検討など、対応する仕組みが整備されている。訴訟が発生した場合の、顧問弁護士の関与など対外対応システムが整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

整形外科医師を対象とした手術指導・講演、手術見学・病院施設見学や、研修医の受け入れを行っている。学生実習は看護、リハビリ、医療事務の実習生を受け入れている。実習受け入れマニュアルは、患者・家族との関わり方の取り決めから実習中の事故等に対応する仕組みなど、手順が網羅されており、適切に学生実習が行われている。

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 | 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・プライバシーを適切に保護している | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 栄養管理と食事指導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 | 安全確保のための身体抑制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 | B |
| 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 | 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 | B |
| 3.2.4 | 手術・麻酔機能を適切に発揮している | S |
| 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 | 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 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 1 月 1 日 ～ 2017 年 12 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 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：医療法人社団 我汝会 えにわ病院

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：北海道恵庭市黄金中央2-1-1

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 | 150 | 150 | +0 | 92.3 | 14.61 |
| 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 | 150 | 150 | +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 | | |
| 地域包括ケア病床 | 26 | -4 |
| 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： 人 2年目： 1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

| 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 |
| | | 2017 | 2016 | 2015 | 2017 | 2016 |
| | 1日あたり外来患者数 | 316.55 | 298.68 | 298.76 | 105.98 | 99.97 |
| | 1日あたり外来初診患者数 | 71.38 | 68.15 | 69.67 | 104.74 | 97.82 |
| | 新患率 | 22.55 | 22.82 | 23.32 | | |
| | 1日あたり入院患者数 | 138.44 | 130.73 | 127.72 | 105.90 | 102.36 |
| | 1日あたり新入院患者数 | 7.73 | 7.03 | 7.08 | 109.96 | 99.29 |