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 11 月 11 日～11 月 12 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　　条件付認定（６ヶ月）

■　改善要望事項

・機能種別　一般病院２

１．診療情報の外部持ち出しに関する申請・審査・承認、取り出し担当者・場所、廃棄までの規程および手順の整備と確実な運用を行ってください。（1.1.5）

２．麻薬保管庫の鍵管理をより厳格に行い、責任の所在を明確にした麻薬の管理体制を構築してください。（2.1.5）

３．注射薬の準備について、投与まで 1 施用ごとの取り揃えを維持する業務手順を整備して実施してください。（2.2.10）

４．パニック値は、医師に確実に、かつ迅速に報告される体制を構築して運用してください。（3.1.2）

５．全身麻酔においては、1 名の患者に対して 1 名の医師（執刀医・助手以外）が確実に麻酔管理を行うよう工夫してください。（3.2.4）

１．病院の特色

貴院は 1928 年に医療組合病院として設立認可を受け、1958 年に青森市民病院と改称した。その後、1983 年に現在地に新病院を建築し、心臓血管外科などの診療科の新設、心臓・血管センターなどの開設を通して、現在 352 床、20 診療科を有する青森市を含む青森地域保健医療圏の基幹病院として現在に至っている。その間、一般診療から救急医療、高度医療まで提供する中核病院としての役割を担い、臨床研修指定病院承認、地域医療支援病院認定、災害拠点病院指定、青森県がん診療連携推進病院指定を受けるなど発展を続けてきた。

病院運営においては、病院長を中心に病院幹部のリーダーシップのもと、全職員が一丸となって医療の質向上に取り組んでいる。病院機能評価は 2000 年に初回認定を受けてから 6 回目の受審となる。この度の審査では多くの項目で適切と判断されたが、今後も地域住民・医療機関からのさらなる期待に応えながら、貴院の理念「安全で良質な医療の提供と、みなさまに信頼される病院」にむけて、ますます発展を遂げられることを祈念する。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、明文化され、職員および院外に周知している。必要な委員会および会議を設置し、規程、職務分掌などを整備している。中・長期計画に基づいた年次計画を策定し、部署ごとに目標達成の評価を行い、課題解決に向け取り組んでいる。診療情報は、規程に基づき運用し、経営指標等に二次活用している。文書取扱規程を整備し、各種マニュアルの承認および周知する仕組みがある。

病院の役割・機能に応じた人材の確保および業務負担軽減のための改善に努めている。人事労務管理については、就業に関する諸規程を整備し、職員に周知している。健康診断の受診確認やメンタルサポート体制等職場環境が確保されている。職員の意見・要望を職員申告書やアンケート箱で把握し、魅力ある職場づくりに取り組んでいる。職員研修は、年間計画を策定し、理解度確認や全員が受講できる仕組みがある。職員の能力評価や業績評価を行い、給与や昇任等に反映させ、業務遂行意欲の向上を図っている。専門職種ごとに経験年数等に応じたプログラムを整備し初期研修を行っている。学生実習は、多数の大学・養成校から受け入れ、カリキュラムに沿って実習指導と評価を行っている。

３．患者中心の医療

患者の権利を「患者のみなさまへ」として、患者の責務として「みなさまへのお願い」としてまとめ、患者・家族・職員へ周知している。診療記録管理マニュアルに「説明と同意、同席について」を明示し、文書同意が必要な項目を定めている。「みなさまへのお願い」には、治療やケアの決定への参加など、患者と医療者の協力体制強化に関する内容を明記している。相談窓口があり、相談内容に応じた専門職が対応し、各種虐待に対する対応マニュアルを整備している。個人情報保護方針や運用指針があり定期的な見直し、研修が実施されている。診療情報の外部持ち出しの際の手順などの整備が望まれる。倫理的課題に対する検討実績を積み重ね、対応事例を分析しながら、病院としての基本方針や対応手順を整理・標準化していくことを期待したい。

病院へのアクセスはホームページ等で案内され、必要なサービスを整備している。施設・設備は患者・来院者にとって安全性、利便性、快適性に配慮されたものとなっている。病棟内は静寂な療養環境が保たれ、患者のプライバシー確保や病室の採光、照明に十分に配慮している。敷地内は全面禁煙としており、職員の喫煙率を把握し、禁煙希望者へ支援を行っている。

４．医療の質

病院機能評価の継続的な受審など積極的に第三者評価を受けることで質改善の取り組みを行っている。部門横断的な質改善はTQM委員会が中心となって取り組み、毎年業務改善発表会を行っている。科をまたぐ検討会として病理医が参加するカンファレンスなどを定期的に開催している。クリティカル・パス推進委員会が中心となり、院内全体としてパスの作成・見直しをすすめている。臨床指標は診療情報管理室が中心に取りまとめているが、現状は収集にとどまっているので、今後活用を

すすめることで改善につなげることを期待したい。患者・家族からの意見は、院内各所への意見箱の設置やホームページなどで収集している。新たな診療・治療方法、技術の導入については、臨床倫理委員会で検討のうえ、実施が可能となる仕組みである。臨床研究は研究倫理委員会で適切に審議されている。

診療・ケアの責任体制として、各部署に医師の責任者、看護師長、薬剤師、管理栄養士を明示している。電子カルテシステムを運用し、「診療記録管理マニュアル」に従って必要な情報が適時に記載されている。医師記録を含む診療記録は多職種で質的点検を行い、結果をフィードバックしている。チームは定期的なカンファレンスや部署ラウンドを通じて診療・ケアの質向上を図っている。

５．医療安全

医療安全管理委員会をはじめ医療安全に係る各種委員会が有機的に機能しており、課題改善に向けて検討する体制は確立している。インシデント・アクシデント報告を収集・分析して改善策を検討し、実施した改善策の実効性を継続的に確認している。医療事故発生時の対応が定められ、対応手順は掲示や職員のしおりに掲載し職員に周知している。

患者確認は本人が名乗る氏名・生年月日とネームバンドなどでの照合を基本とし、マーキングやタイムアウトもマニュアルに則り実施している。口頭指示を含め、指示出し・指示受け・実施・確認の手順を決め、遵守している。麻薬保管庫の鍵が他の鍵と一緒のホルダーで管理され、使用の際には鍵束ごと手渡す運用としている状況は検討が望まれる。転倒・転落防止に向け、リスク評価に基づき、患者・家族および多職種と情報を共有しながら防止策を実践している。主要な医療機器は、臨床工学技士により一元管理され、必要な研修の実施とマニュアルを整備して、安全使用に努めている。院内緊急コードとしてコードブルーを設定し、急変時対応フローチャートを整備して、急変に対応している。

６．医療関連感染制御

院長直轄の感染管理室のもと、ICT、AST が組織され、感染制御や抗菌薬の適正使用にあたっている。得られた情報は、ICT ニュースや感染管理室レターとして現場に伝えられている。連携施設とのカンファレンスを定期的に行うとともに、連携施設以外の感染相談にも対応できるように、ホームページに相談窓口を開設している。院内の感染発生状況は、ICT の包括的サーベイランスなどで把握している。病院としてアウトブレイクを定義し、対応している。ターゲットサーベイランスの結果を活用して感染対策を行い、SSI が減るなどの成果を上げている。JANIS や J-SIPHE に参加し、その情報は院内に還元されている。

院内感染対策マニュアルを定め、ICN が主導して臨床現場の看護師らと密に連携しながら標準予防策の徹底を図っている。手指衛生遵守率向上に取り組んでいるが、職種による差があるため一層の強化に期待したい。院内採用抗菌薬は、感染管理室からの提案で定期的に見直している。起炎菌に応じた抗菌薬の de-escalation が AST により提案され、実施されている。アンチバイオグラムは毎年一回作成し、

職員に周知され、活用されている。

７．地域への情報発信と連携

病院の情報はホームページにお知らせや医療活動、診療体制、臨床指標、診療実績など様々な情報を掲載している。ホームページは総務課の総務・管理チームが担当し適宜更新を行い、最新の情報を掲載している。患者向け広報誌「ほほえみ」、医療機関向けの冊子「地域連携のご案内」を作成し医療活動や診療実績などの情報を発信している。 地域医療連携室があり、他院からの紹介・逆紹介の管理、予約、オープン検査など地域と院内をつなぐ様々な業務に対応している。紹介状や返書の管理を行う他、地域の医療機関への訪問、地域連携協議会を開催し病院への苦情やニーズの聞き取りを行うほか、登録医の声掛けを行っている。入退院支援の職員がおり、入院前の聞き取りや病棟とのカンファレンスに参加して入院から在宅までの支援を行っている。

特定健診や各種がん検診に対応し、脳ドックも実施している。地域への健康増進の取り組みとして、定期的ながんサロンの開催や市民公開講座の講師として糖尿病の講義を行うなどの実績がある。また、看護協会からの依頼を受け、リソースナースとして介護施設などで感染対策の指導を担当するほか、近隣の中学・高校の職業講話に対応し、病院体験も行っている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を提供し、安全に配慮した外来診療を行っている。入院の判断は、医学的必要性に基づき決定している。入院時の評価を行い個別性に配慮した診療計画をたてている。地域医療連携室では、医療相談・地域連携相談・医療費相談の窓口を設け、対応している。入院決定後は、入院前支援看護師による問診及び検査や治療の説明や入院生活に関するオリエンテーションを実施している。

医師は回診や各種カンファレンスを通じて診療上の指導力を発揮している。看護師は、多角的に患者ニーズを把握し、患者の状況に即したケア提供に努めている。病棟での注射薬調製時の手順については検討が望まれる。輸血中の患者の状態の観察・記録を確実に行っている。手術の適応は、カンファレンス等で検討され、必要時には他科へコンサルトする体制がある。一般病棟での対応が困難な重症患者や手術後のハイリスク患者などは、ICU や HCU に入室の上で加療している。褥瘡対策は、リスク評価に基づき予防策を講じ、発生時は多職種で対応している。入院患者全員に対し栄養スクリーニングを実施し、栄養評価を行っている。

病棟看護師は身体的・心理的・社会的苦痛を把握し、「症状別看護基準」や「がん看護マネジメント」に沿って看護ケアを実践している。リハビリテーションは、必要性の判断のもと、安全に配慮して行っている。身体拘束は、三原則に基づき、多職種で検討の上で実施されるが、患者の個別性に配慮した対応が望まれる。退院後も地域での支援が必要な患者に対しては、退院前カンファレンスを開催し、診療・ケアの内容を検討している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤部は、積極的な疑義照会や速やかな持参薬鑑別など、薬剤管理機能を発揮している。臨床検査科では、毎日内部精度管理を実施している。パニック値の報告体制については検討が望まれる。緊急の画像撮影に対応し、迅速に報告する体制がある。給食は適時適温で提供し、厨房内の作業環境を整えている。リハビリテーション部門は各科のカンファレンスに参加している。電子カルテが導入され１患者 1ID で管理されている。診療情報管理士により全患者診療録の量的点検を実施している。臨床工学技士は、主要な医療機器を中央管理し、定期的な点検や必要な研修を実施している。洗浄・滅菌機能は、点検実施と滅菌精度の確認により、品質を保証している。

病理検査検体、報告書の保存・管理は的確で、標本作成の際の誤認防止対策も確実である。放射線治療は、装置の点検を含めて安全に配慮している。輸血・血液管理機能は輸血認定技師を含む技師を配置する体制であり、I&A の施設認定を受けている。手術室のスケジュール管理は麻酔科医師、手術室師長で調整し効率的な手術室運営に努めている。術中の患者管理については検討が望まれる。ICU では主科による担当医制となっており、毎朝の科毎のカンファレンスで患者情報・治療方針の共有に努めている。二次救急医療機関として、積極的に救急患者を受け入れる方針のもと、地域の救急医療の要として重要な役割を果たしている。

１０．組織・施設の管理

財務・経営管理については財務諸表が作成され監査を受けており、予算作成、高額機器の更新スケジュールがある。保険請求の収入報告を受け、予算未達の場合に原因分析を行い改善策が検討されている。医事業務のマニュアルが整備され、レセプト点検には医師が関与し、減査定を検討する会議がある。施設基準や未収金の管理を行っている。

委託業者は、指名競争入札やプロポーザルで選定し、安全や感染など必要な研修を実施している。定期的な協議を行い意見交換や業務評価を行っている。購買管理については診療材料や医薬品について検討する組織があり、定期的な棚卸や部署の定数見直しで適切な在庫管理を実施している。償還価格のある医療材料の情報を請求担当者と共有している。

施設・設備の管理は、総務課が委託業者と情報共有して迅速に対応する体制がある。廃棄物の処理は、自治体の条例に従い管理している。地域災害拠点病院として、防災マニュアル・BCP を策定し合同訓練に参加するなど災害時の危機管理への対応を行っている。保安業務は、委託警備員が常駐し、定期的に巡視を行っている。緊急時の対応を掲示するなど保安体制は確立している。

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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	C
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
1.3.3	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	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	C
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	C
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	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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	C
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	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
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	C
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	
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	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	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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 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 ： 青森市民病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 市町村

I-1-4 所在地 ： 青森県青森市勝田1-14-20

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	352	352	-14	68	12.2
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	352	352	-14		

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	7	+0
集中治療管理室（ICU）	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)		
ハイケアユニット(HCU)	12	+0
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	6	+0
小児入院医療管理料病床	16	+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		
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 ：

地域医療支援病院,災害拠点病院(地域),DPC対象病院(DPC標準病院群)

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： 11 人 2年目： 6 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

診療科名	医師数（常勤）	医師数（非常勤）	1日あたり外来患者数（人）	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数（人）	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数（日）	医師1人1日あたり外来患者数（人）	医師1人1日あたり入院患者数（人）
循環器内科	6	0	38.06	5.42	19.74	8.25	7.16	15.80	6.34	3.29
消化器内科（胃腸内科）	5	1	79.69	11.35	37.82	15.80	8.96	10.21	13.28	6.30
糖尿病内科（代謝内科）	4	0	93.30	13.29	29.28	12.24	4.12	25.69	23.33	7.32
皮膚科	0	0	37.55	5.35	0.00	0.00	2.24	0.00	0.00	0.00
小児科	4	0	39.82	5.67	8.19	3.42	12.44	6.06	9.96	2.05
精神科	0	0	1.20	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外科	9	0	53.68	7.64	32.53	13.59	2.25	12.65	5.96	3.61
循環器外科(心臓・血管外科)	3	0	11.60	1.65	10.43	4.36	2.09	29.17	3.87	3.48
泌尿器科	3	0	45.89	6.53	14.74	6.16	4.00	11.90	15.30	4.91
脳神経外科	3	0	21.77	3.10	14.44	6.03	12.69	15.80	7.26	4.81
整形外科	5	0	123.35	17.56	56.07	23.43	7.01	16.56	24.67	11.21
形成外科	0	0	7.92	1.13	0.00	0.00	7.84	0.00	0.00	0.00
眼科	1	0	14.27	2.03	0.61	0.26	6.72	2.22	14.27	0.61
耳鼻咽喉科	3	0	30.65	4.36	4.05	1.69	11.20	6.27	10.22	1.35
産婦人科	2	0	33.93	4.83	11.27	4.71	5.72	9.21	16.97	5.64
リハビリテーション科	1	0	44.35	6.32	0.00	0.00	0.04	0.00	44.35	0.00
放射線科	1	0	10.23	1.46	0.00	0.00	0.20	0.00	10.23	0.00
麻酔科	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科口腔外科	1	0	15.02	2.14	0.15	0.06	19.27	2.57	15.02	0.15
研修医		17								
全体	55	18	702.29	100.00	239.32	100.00	6.28	13.21	9.62	3.28

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
年度(西暦)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	702.29	703.97	704.39	99.76	99.94
1日あたり外来初診患者数	44.08	46.36	47.07	95.08	98.49
新患率	6.28	6.59	6.68		
1日あたり入院患者数	239.32	233.80	237.84	102.36	98.30
1日あたり新入院患者数	18.10	17.91	16.50	101.06	108.55