

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 9 月 27 日～9 月 29 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 3	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
 1. 迅速かつ確実な返書管理を行ってください。（1. 2. 2）
 2. 未承認新規医薬品等の導入・使用、医薬品の適応外使用についての適切な仕組みを構築してください。（1. 5. 4）
 3. RRS として機能する仕組みを構築してください。（2. 1. 8）

1. 病院の特色

貴病院は、がん患者の急増を見据え、患者に尽くす世界一のがんセンター病院、県のがん対策の拠点、そして地域の健康産業の活性化を使命として開設されている。その後、最新・最善のがん医療に向けた新しいがん診療の積極的な開拓とともに、病床の増床、陽子線治療や手術支援ロボット、高精度放射線治療の導入等の施設・設備や高度医療器械等の整備を進められ、がん診療に邁進されて全国トップクラスの治療実績を重ねて県がん診療連携拠点病院や特定機能病院、がんゲノム医療中核拠点病院等に指定されている。また、基本理念に謳っている「患者さんの視点の重視」の実践に向けて、多職種によるチーム医療、初診から退院後にまで至る患者・家族の支援や広範・多様な相談への対応に取り組まれるなど、患者さんとともにがんに立ち向かう病院としての姿勢を堅持しながら現在に至っている。

今般の医療機能評価の更新受審においても、理念とする「がんを上手に治す」、「患者さんと家族を徹底支援する」、「成長と進化を継続する」の 3 つの「患者さんへの約束（理念）」の実践に向けて取り組む職員の姿を随所に拝見できた。受審準備や訪問審査において得た気付きや審査結果報告書等を糧としてよりよい病院づくりに努め、患者・家族からの信頼と満足度を一層高められるとともに、職員個々の成長を促しながら貴院の発展の歴史が刻まれることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院組織の運営では、「患者さんの視点の重視」を謳う基本理念とともに、「患

者さんへの約束（理念）」や基本方針が明示され、ホームページや入院案内への掲載等により院内外への周知が図られている。また、病院長の選任が適切な手続きに基づいて行われ、組織の設置や所掌等に関する規程の策定とともに、病院運営の意思決定を担う会議などの必要な合議体・委員会が設けられ、副院長をはじめ幹部職員は課題を認識のうえ各部署や委員会等において改善に取り組む体制が整えられている。10か年計画に基づいた各年度の施策や目標等が定められ、各部門・部署の活動や目標設定に反映されている。電子カルテシステム等が導入され、マニュアルに則った管理・運用とともに、情報セキュリティ対策や障害時対応等の検討、新たな情報システムへの更新等が検討されている。文書管理規程に則り、各種文書の收受や発信、管理・保存をはじめ、診療の場で使用するマニュアル等の作成・改訂に関する検討・承認が適切に行われている。

人事・労務管理では、法令等による医師等の必要人員を満たし、職員配置案の策定や採用募集等により医療機能の強化・充実に向けた取り組みがなされている。労務管理に必要な各種規程が整備され、職員代表者との協定締結や届け出、労働時間の管理等が行われているが、年次有給休暇の取得率向上などを期待したい。衛生委員会の設置・開催や産業医の職場巡視、職員定期健康診断の実施、職業感染予防、ホルムアルデヒド等の作業環境測定などが行われている。職員意向調査等により職員の要望等が把握され、院内保育所の設置や福利厚生の実施などに反映されている。

新採用職員や全職員対象の教育・研修計画が策定され、医療安全をはじめとする必要な教育・研修が実施されている。医師・看護師をはじめ各職種において職員の能力評価・能力開発が行われているが、臨床能力評価に基づく臨床権限の付与を浸透させ、継続的な取り組みを期待したい。協力型臨床研修病院としての研修医の受け入れが行われ、看護職など各職種に応じた初期研修が行われている。看護学生等の病院実習を受け入れ、各職種のカリキュラムに沿った実習・評価が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の意思を尊重した医療では、患者の権利やこどもの権利が明文化されてホームページへの掲載などにより周知されているが、各種資料への掲載内容の整理や職員研修の実施を期待したい。説明と同意に関する方針や手順、同意取得を要する範囲等が定められ、説明時に看護師の同席が行われている。診療・ケアに必要な情報の患者との共有には、クリニカル・パスなどの活用のほか、患者向け図書館やベッドサイドでの検査データ閲覧機能の整備、処方別がん薬物療法説明書による丁寧な説明などが行われており高く評価できる。また、患者支援のために「よろず相談」が設けられており、院内にとどまらず全国からのがん医療相談への対応や地域における「出張がんよろず相談」の実施、さらには、患者家族支援センターによる外来受診から在宅診療に至るまでトータルケア支援などの取り組みは高く評価できる。個人情報保護方針等が定められ、電子カルテシステム等の管理・運用、臨床研究等へのデータ活用に関する取り扱いなどが適切に行われている。臨床倫理指針や主要

な倫理的課題への対応方針が定められている。多職種で構成する倫理コンサルテーションチームが設置され、現場での対応が困難な事案に対する助言や支援を行う役割・機能が発揮されている。

療養環境の整備と利便性では、駐車場やタクシー乗降場等が整備され、院内にはレストランや売店等が設けられている。また、院内はゆったりとした空間が設けられ、安全や清潔、プライバシー等に配慮した環境を整備しており、デイルームには患者・家族面談用の個室が設けられるなど患者に対するきめ細かい配慮が徹底されており高く評価できる。敷地内全面禁煙であることを周知され、禁煙外来や患者の禁煙指導、職員の喫煙習慣の把握や禁煙への支援などが行われている。

4. 医療の質

継続的質改善のための取り組みでは、QI 室において各部門の改善活動計画と実施状況の統括、臨床指標の見直しや臨床指標データブックの作成、委員会等の活動実績の評価などが行われている。診療の質向上に向けた臓器別がんサージカルボードや各種カンファレンスの開催、クリニカル・パスの活用、臨床指標・質指標の管理などが行われている。患者・家族の意見・要望等は、意見箱や患者満足度調査等により収集され、関係部署等の検討を経て意見等に対する回答が院内に掲示されている。高難度医療技術の導入は、クリニカルプラクティス委員会において審議され、施術後のモニタリングも行われているが、未承認新規医薬品等を用いた医療に関する審議体制の整備と運用が求められる。

診療・ケアにおける質と安全の確保に関しては、病棟の診療・ケアの責任者である医師と看護師長とともに、医療の質・安全管理担当者等が明示されている。診療記録の記載は、診療情報管理規程等に沿って必要な情報が記録され、退院時サマリーの迅速な作成、診療記録の質的点検等が適切に行われている。多職種協働による手術目的の入院予定患者に対する専門的視点からのリスク評価とともに、多職種で構成する多くの専門チームが組織され、臨床現場のラウンドやチャイルド・ライフ・スペシャリスト等の介入による患児や家族の心の負担軽減の支援など、組織横断的な診療・ケアが行われている。

5. 医療安全

患者の安全確保に向けた取り組みでは、副院長を医療安全管理責任者に任命のうえ、病院長直轄の医療の質・安全管理室（RMQC 室）が設置されており、専任医療安全管理者等が配置されて組織横断的な安全確保に向けた体制が確立されている。安全確保に向けたインシデント・アクシデントや続発症、死亡症例等の情報収集体制が整備され、RMQC 室による原因分析や再発防止策の検討、院内への安全情報の発信などが行われている。医療事故等が発生した場合の対応については、総力を挙げた医療の実施や患者・家族への説明などの対応が定められ、医療事故調査委員会により原因究明や再発防止対策を検討する体制が整備されている。

患者・部位等の誤認防止対策は、患者本人の名乗りやリストバンド等による確認、手術室や内視鏡室でのタイムアウトの実施、手術部位のマーキングなどが実践

されている。医師の指示出しや多職種による指示受けはオーダリングシステムで確実に行われ、やむを得ない場合の口頭指示なども適切に行われている。薬剤の安全使用に向けたハイリスク薬の規定と取り扱いへの配慮、アレルギー情報の確認等が行われている。転倒・転落防止マニュアルの整備や入院時の転倒・転落アセスメント結果に応じた看護計画の立案などが行われているが、患者・家族とのリスク評価の共有は運用の徹底を期待したい。医療機器は中央管理され、臨床工学技士による点検整備や教育・研修などが行われているが、人工呼吸器使用状況の確認などの定期的な関与を期待したい。患者等急変時の対応では、院内緊急コードの設定、救急カートの整備や点検、一次救命措置訓練などが行われているが、迅速院内救急対応として機能する仕組みの構築が求められる。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた取り組みでは、感染対策担当の副院長が病院長直轄の感染対策室および院内感染対策委員会の責任者とされ、さらに、感染制御チームや抗菌薬適正使用支援チームが組織されて院内感染対策活動や感染対策指針・マニュアルの作成・改訂などが行われている。感染対策室により院内の感染症発生状況や特定抗菌薬の使用状況等が把握され、手術部位感染などの医療関連感染サーベイランス、アウトブレイクの対応手順の整備などが行われている。

医療関連感染を制御するための活動では、院内感染対策マニュアルに標準予防策が定められ、感染経路別予防策として個人防護具の着用や手指衛生の徹底、寝具類の保管管理、感染性廃棄物の分別廃棄などが行われている。抗菌薬の採用・採用中止は薬事委員会で審議され、抗菌薬適正使用支援チームによる広域抗菌薬の投与患者全例への介入、血液培養検査のモニタリング、術前の予防的抗菌薬の投与などが適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携では、広報誌の発行やホームページへの掲載、種々のマスコミなどの媒体を通じた情報の発信が行われ、ホームページには病院の方針や各部門の取り組み、診療実績や臨床指標、最新医療機器等の紹介などが行われている。地域の医療関連施設の状況やニーズの把握、連携強化に向けた種々の取り組みとともに、紹介患者の受け入れや逆紹介、検査機器の共同利用などが行われているが、患者紹介に伴う紹介元医療機関への治療方針等に関する報告の一元的な管理とともに、迅速かつ確実な返書の徹底が求められる。特定機能病院およびがん診療連携拠点病院として全国・県内・地域に向けた公開講座や患者・家族勉強会、患者サロン等の開催、患者用図書館の運営のほか、医療従事者向けの各種研修会や講習会などを数多く開催されるなど積極的な教育・啓発活動への取り組みが行われており、高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報がホームページ等で提供され、総合案内による受診相談への支

援や病態・症状の緊急性等に応じた対応などへの配慮がされている。初診・入院支援室における診察前問診等による患者情報の収集やトータルペインを有する患者への面談と支援などの積極的な取り組みは秀でている。診断的検査の必要性は医師により判断され、必要性やリスク等を説明し同意を得た後に安全に配慮して行われており、入院の必要性は診察やカンファレンス等により判断され、患者・家族の希望等を確認のうえ決定されている。患者・家族からの様々な相談等に対応するよろず相談および患者家族支援センターにおいて、広範・多様な相談等への対応や通院から入院を経て退院に至るまでの一貫した支援を提供する取り組みは高く評価できる。入院に際しては、入院前説明や服用薬の確認等が行われ、入院当日には病棟オリエンテーションで施設・設備の案内などが行われている。

医師は毎朝の回診や多職種のカンファレンスにより患者の病態等を共有し、治療方針の決定や必要な指示などで指導力を発揮され、患者・家族との面談などを行っている。看護師の病棟業務では、患者ニーズの把握のもとに看護計画が立案されて実践され、看護師長による看護ケアの提供状況の確認等が行われている。投薬・注射は安全に配慮して行われているが、抗がん剤投与時における状態観察の記載方法の統一を期待したい。輸血・血液製剤投与はマニュアルに沿って実施し、同意書の様式も整備している。手術・麻酔の適応検討や説明、術後退室などの周術期の対応、重症患者の管理、褥瘡の予防と治療、栄養管理と食事指導、症状等の緩和、身体抑制、退院支援や継続した診療・ケアに向けた支援、ターミナルステージへの対応はいずれも適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、医薬品の管理や持参薬の鑑別・管理、注射薬の患者別1施用ごと取り揃えなどの業務が行われている。臨床検査では、検体交差の予防や迅速な結果報告、パニック値に関する確実な伝達と対応確認などが行われている。画像診断では、診療機能に応じた対応体制がとられ、画像診断専門医による読影報告、緊急を要する所見の速やかな伝達などが行われている。栄養管理では、適時・適温の配膳や選択メニューの提供、個別性に配慮した献立の検討、調理室内の清潔管理や温度・湿度管理などが適切に行われている。リハビリテーションでは、がん専門病院としての特徴を踏まえたリハビリテーションが行われており、連続性への配慮や取り組みもみられる。診療情報管理では、診療情報の1患者1ID番号による一元的な管理や診療記録の量的点検、がん登録への取り組みなどが行われている。医療機器管理については、医療機器の一元管理や臨床工学技士による点検・整備、使用中の機器の把握や点検にとどまらず、院内の医療機器・備品等の管理・点検への積極的な取り組みが行われている。洗浄・滅菌業務は中央化され、各部署から搬送された器材の洗浄・滅菌、滅菌の質保証などが行われている。

病理診断は、充実した体制のもとで検体交差の予防や検査結果の確実な伝達が行われ、病理医が数多くのカンファレンスに出席するなど秀でた取り組みが行われている。また、放射線治療では、標準的ながん放射線治療が全て可能な機能が整備され、専門性の高いスタッフにより質の高い放射線治療が実施されており高く評価で

きる。輸血・血液管理は最新の指針を反映した輸血療法マニュアルを策定し、廃棄率低減にも努めている。手術・麻酔、集中治療についてはいずれも適切に機能が発揮されている。

10. 組織・施設の管理

経営管理では、予算案が経営計画や各部署からの調書等を踏まえて編成され、県の調整等を経て県議会で承認されている。医事業務はマニュアルに則り行われ、レセプトの点検、返戻・査定の分析・検討などの診療報酬請求事務、未収金管理等が適切に処理されている。業務委託は検討のうえ競争入札を原則として受託業者が決定され、業者との定期的な会議等により業務実施状況の点検・評価などが行われている。

施設・設備の管理では、病院の規模や診療機能に応じた施設・設備が整備され、日常の管理・運用とともに、保守管理計画に基づく定期・法定点検、医療ガスの安全管理、感染性廃棄物の院内最終保管場所での管理などが行われている。医薬品や診療材料等の選定が関係委員会で行われ、診療材料については院内物流管理システムによる各部署への供給、在庫の定数管理や使用期限管理などが行われている。

病院の危機管理では、風水害等を想定した事業継続計画が策定され、災害発生時の対応や責任体制、緊急連絡体制等が定められている。また、自家発電装置の点検整備と停電時の対応計画の作成、災害時対応の食料や飲料水の備蓄などが行われている。保安・警備業務は、防災センターの警備員により院内巡視や施錠管理、防犯カメラによる監視などが行われている。

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	B
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	S
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	S
1.1.5	患者の個人情報を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	C
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	S
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・治療方法や技術を開発・導入している	C
<hr/>		
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	S
1.6.3	受動喫煙を防止している	A
<hr/>		

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	B
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	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	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	B
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	C
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	S
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	S
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	B
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
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	B
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
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	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	S
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	S
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	A
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	NA

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	B
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	B
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	B
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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 静岡県立静岡がんセンター

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 静岡県駿東郡長泉町下長窪1007

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	615	615	+0	88.6	12.8
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	615	615	+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)		
冠動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	28	+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	1	+1
無菌病室	39	+0
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		
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	50	+0
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

特定機能病院, がん診療連携拠点病院, DPC対象病院 (DPC特定病院群)

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： 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	1,316.23	1,289.97	1,245.41	102.04	103.58
1日あたり外来初診患者数	47.53	42.50	36.26	111.84	117.21
新患率	3.61	3.29	2.91		
1日あたり入院患者数	545.08	529.38	501.93	102.97	105.47
1日あたり新入院患者数	42.58	42.56	41.38	100.05	102.85