

## 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 30 日～7 月 31 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

貴院は開設以来、胃・大腸とともに骨盤内臓器全体を対象に内視鏡検査、肛門診療、骨盤臓器脱などを主な診療機能として運営してきた。その後、緩和ケアや人間ドックなどの機能も拡充され発展されてきた。特に、内視鏡検査はや肛門科手術は数多くの症例に対応され高い手術実績を誇り、これらの診療技術により、地域住民をはじめとした多くの患者に貢献している。病院運営においては、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、医療機能の充実と医療の質向上に向けて取り組んでいる。

病院機能評価については更新受審を行い、これまでの改善に取り組んできた成果を確認した。ほとんどの評価項目において適切に取り組まれているが、病院機能に照らして、さらなる工夫に取り組まれたい項目もいくつかみられた。今回の審査で顕在化された課題と共に、今後も地域の住民・医療機関の期待に応えながら、貴院の基本理念の実現に向けて病院機能の向上を図り、ますます発展を遂げられることを期待したい。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念や基本方針を明文化し、院内外に周知を行っている。病院の意思決定会議も明文化している。中期計画と理念・基本方針から年間の事業計画と事業目標を作成し、これらに基づき各部門・部署で目標設定している。医療情報システムは運用規程に基づき運用体制が整備され、セキュリティ対策も行っている。文書管理は病院独自の文書、診療に関する文書など規程を整備し、職員は文書をいつでも閲覧できる。

医療法や施設基準に沿った人員を確保し、機能に見合った専門職種の人材採用に努力をしている。人事・労務管理体制として、必要な就業規則などを整備し職員はいつでも閲覧可能となっている。職場の安全衛生管理は、毎月委員会を開催しており、職場巡視も行われている。人事考課の上司面談時に職場環境などに対する意見・要望の聞き取りを行っている。また、個人の能力評価や聴取した希望・要望により能力開発につなげている。

全職員対象の研修として医療安全や感染予防をはじめ、必要な研修などの年間計画を立てて開催しているが、委員会組織などで研修内容の充実の検討を望みたい。実習生の受入れについても薬剤、臨床検査、医療事務を受け入れており、カリキュラムに沿って実習が行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内掲示やホームページなどを利用して患者・家族へ周知している。説明と同意に関する方針を明確にして院内周知している。説明時は、看護師の同席を原則とし、説明後の反応等は電子カルテに記録して情報共有している。患者・家族に対し、パンフレット、動画等を活用してわかりやすく説明し、高齢者も理解を深められるよう工夫している。医療相談室に社会福祉士などを配置し、多様な相談に対応している。個人情報保護規程を定め、ホームページなどで周知している。「臨床倫理」「研究倫理」の区分による委員会で構成し、検討している。主要な倫理的課題に関する院内方針を明確化し職員に周知している。臨床現場での患者・家族の抱える倫理的問題を把握し看護師を中心に、多職種間で検討している。

正面玄関に福祉駐車場を設置し、循環バスを運行しているほか、入院患者用のスパを最上階に設置している。院内に診療・ケアに必要なスペースを確保し、絵画、観葉植物の配置している。トイレ・浴室は利便性、清潔性、安全性等に配慮しているなど快適な療養環境を整備している。敷地内禁煙を徹底し、院内掲示、ホームページなどで周知している。

### 4. 医療の質

業務改善は多職種参加のCS委員会、運営委員会を開催し、検討して実施している。診療の質改善は、各診療科（術前）カンファレンス、病棟では多職種によるカンファレンスを実施している。多くのクリニカルパスが運用され、運用率も高くバリエーション分析も実施している。意見BOXを設置し、さらにホームページからの問い合わせをCS委員会で検討している。新たな技術・治療方法は運営委員会や理事会で審議して、学会発表などの研究倫理的審査は、倫理委員会で検討を行う仕組みになっている。

院内の管理・責任体制は明確で、各部署では職種や氏名を明示し、患者・家族に周知している。主治医不在時、各責任者不在時の対応手順は明文化して適切に対応している。診療録は必要な情報は的確に記載され、質的点検も実施している。医師、看護師、薬剤師等多職種の参加するカンファレンスを定期的で開催し、各職種

の専門性を活かして協働する体制を整備している。

## 5. 医療安全

医療安全に関する方針は明確で、専従の医療安全管理者が配置され必要な権限が付与されている。医療安全管理委員会が定期的開催され議事録も管理している。インシデント・アクシデントレポートは定期的集計し、医療安全管理委員会で報告している。情報分析・再発防止策を検討し院内ラウンドで対策の遵守状況を確認している。医療事故対応は医療安全マニュアルに基づき、連絡体制や対応手順が明確である。必要時には医療事故調査委員会を開催し、原因調査や再発防止策を協議している。

誤認防止対策を明文化し、患者確認、チューブ類の誤認防止策も適切に対応している。手術時のタイムアウトも確実に実施しており、患者誤認防止策を遵守している。原則、口頭指示は受けないが、実施する場合は専用メモを使用するなど情報伝達エラー防止対策が実践されている。病棟での麻薬、向精神薬は共に責任の所在を明確にした鍵管理が行われている。ハイリスク薬は院内で定義されている。入院患者を対象に転倒・転落のリスク評価を行い、結果に応じ危険度別の防止対策が実施している。医療機器の職員教育を計画的に実施し、使用時はマニュアルを遵守して作動確認し安全に使用する体制である。院内緊急コードが設定し、BLS、AED 研修を計画的に実施し全職員が参加している。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策委員会を設置して、多職種で構成した感染制御チーム（ICT）により日常的な感染防止への実践活動を行っている。感染の発生状況や分離菌の情報は、毎週の院内ラウンドを通じて感染対策委員会に報告している。また、アウトブレイクの定義、対応基準があり、毎週の ICT 院内ラウンド等を通じて早期発見に努力している。

手指消毒剤は病室など必要な場所に設置し、さらにスタッフも携帯している。院内感染予防対策マニュアルに基づく標準予防策の実施や手洗い指導を実施している。院内感染対策マニュアルを整備し、感染防止に取り組んでいる。感染性廃棄物の分別、取り扱い、血液・体液の付着した病衣、リネン・寝具類の取り扱い等はマニュアルを遵守して対応されており、医療関連感染を制御する体制は整備されている。広域抗菌薬の使用は届出制を採用し、培養の結果を ICT で議論して主治医と使用継続について相談している。抗菌薬の採用および採用中止は薬事審議委員会で検討され、原則 1 増 1 減を基本としている。長期投与は、医師に相談する仕組みがある。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域住民や医療機関向けの広報誌を発行し、患者等に無料配布しているほか、地域の医療機関等に郵送するなどしている。病院ホームページに診療実績のデータのほか臨床指標として医療安全、地域連携、医療サービスなど多彩な情報を掲載して

いる。地域医療連携強化のため地域連携室を設置し、必要に応じて院長や医師が同行して地域の多くの医療施設を訪問し、関係強化と地域の医療状況、ニーズの把握を行っている。紹介患者の返書は一元管理を行い、漏れがないように確実に管理している。行政や地域の大学病院等の会議に参加し、連携を深めている。地域住民の健康増進に寄与する活動として、大腸がん、緩和ケア、生活習慣病などの市民公開講座を開催している。地域の医療従事者向けには、症例説明会を開催しているほか、看護部主催でエンドライフケア研修会を開催している。また、感染予防対策として、地域の高齢者施設等に出向き、手洗いなど感染対策の研修を行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は、受付から診察、会計までの流れがスムーズで、救急診療体制も適切に整えている。患者情報は、外来問診票や診療情報提供書などにより収集している。クリニック等からの紹介は地域連携室を中心に前方連携で受け入れしている。侵襲性の高い検査は、必要性やリスクを患者に説明し同意を得て実施しているが、患者状態、反応の観察を記録することが望まれる。自院で対応困難な場合は、患者・家族のニーズに配慮しながら連携医療機関等に紹介している。入院決定は、医学的判断のもとで外来担当医師が行い、入院に際しては患者・家族の要望に配慮している。医療相談室を設置し、相談内容に応じて多職種間で連携した対応を行っている。入院決定時には外来でパンフレット、動画等で説明し、入院後は病棟案内を実施している。

医師は回診や多職種カンファレンスを通じて患者の状態を把握している。看護基準・手順、看護管理基準に基づいて病棟業務を行っている。内服薬は薬剤師が配薬カートにセットし、看護師がダブルチェックしたのち、患者氏名等を確認して患者に投与している。輸血は必要性和リスクの説明を行い、同意を得て実施し、患者の状態の観察・記録が行われている。医師・看護師による術前・術後訪問、術前・術後カンファレンスが行われている。全入院患者に褥瘡発生リスク評価、栄養評価を実施し結果に応じたケアが実践されている。

緩和ケアマニュアルを整備し、フェイススケール等の客観的評価による症状緩和が実施されている。身体抑制最小化チームを中心に身体抑制の最小化を多職種間での共通目標として取り組んでいる。退院支援スクリーニングを活用し、包括的なサポート体制を構築している。退院後の診療・ケアは、患者・家族の要望を踏まえて在宅療養支援が行われている。終末期医療は、主治医を中心に「緩和ケアマニュアル」の判断基準を基に対応している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方鑑査を行い必要に応じて医師に疑義照会を行っている。抗がん剤の調製・混合は薬剤師が行っている。一部の劇薬の配置についてより明確な区別が望まれる。臨床検査室は、ブランチラボで検体検査を外注し対応している。異常値やパニック値は直接主治医へ電話か対面で報告されている。放射線科では、オンコール体制で撮影を行い、技師がCT・MRI読影レポートの内容と画像の再確認を行っ

ている。栄養管理は、HACCPに基づき調理や配膳を実施し、行事食の提供も行っている。リハビリテーションは総合実施計画書を作成し、慢性期リハビリテーションを実施している。診療情報管理機能は、診療記録の量的点検を実施し、診断名・DPCコードの付与、院内がん登録等を行っている。医療機器は中央管理され、臨床工学技士により適切に点検が行われ、標準化への取り組み、時間外対応の仕組みも整備されている。滅菌は、質保証を担保している。

病理診断は外部委託しており、重大な所見は確実に報告する仕組みである。必要に応じて、術中迅速病理診断は近隣施設への委託なども望みたい。凍結輸血・血液管理業務は輸血用血液製剤ガイドラインに沿って実施している。輸血用血液製剤のさらなる廃棄率減少のため、手術時の輸血の準備などの検討が望まれる。手術室のスケジュール管理は手術室看護師長が行い、フィルター点検・交換も適切に行われている。救急医療は、救急告示病院であり、休日・夜間は当直医、医療技術職はオンコール体制で対応している。

## 10. 組織・施設の管理

予算は組織全体の意見を反映して編成され、理事長の承認を経て実施している。会計処理は基準に基づき実施され、税理士法人による会計監査を実施している。医事業務は直営で窓口業務、会計処理、レセプト作成業務を行っている。自動精算機やクレジットカードで利便性を向上している。業務の委託については、業者選定方法、業務管理方法が規定で定められ、定期的に打ち合わせを行い情報共有している。

施設・設備の管理は、担当課を定めて日常点検・定期点検を実施し、不具合にも適切に対応している。医薬品や医療消耗品は各委員会で選定し、適正価格で購入している。在庫はSPDシステムで管理し、棚卸、定数見直しを行いコスト管理体制を強化している。

防火計画を策定のうえ定期的に訓練を実施している。事業継続計画（BCP）は、自然災害、大規模感染、医薬品不足、電子カルテダウンについて作成している。保安業務は、守衛が常時配置され、休日・夜間は職員も当日直しており、定期巡視により施錠確認と休日・夜間の入館者チェックを行っている。また、監視カメラ等も設置して保安体制を強化している。

# 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                 | 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                 | A |
| 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 | B |
| 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         | 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               | B |
| 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     | B  |
| 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   | 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      | 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              | 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              | B |
| 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              | B |
| 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： 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：医療法人社団康喜会 辻仲病院柏の葉

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：千葉県柏市若柴178-2 柏の葉キャンパス148-6

## 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   | 144   | 132   | +0         | 61.6     | 4.3       |
| 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     | 144   | 132   | +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            |       |           |
| 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              | 24    | +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

## 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    |
|              | 2024   | 2023   | 2022   | 2024   | 2023   |
| 1日あたり外来患者数   | 439.09 | 446.28 | 448.31 | 98.39  | 99.55  |
| 1日あたり外来初診患者数 | 73.73  | 78.95  | 84.34  | 93.39  | 93.61  |
| 新患率          | 16.79  | 17.69  | 18.81  |        |        |
| 1日あたり入院患者数   | 81.39  | 73.60  | 83.73  | 110.58 | 87.90  |
| 1日あたり新入院患者数  | 18.55  | 18.03  | 17.23  | 102.88 | 104.64 |