

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「精神科病院」及び副機能種別「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および3月12日～3月13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	精神科病院	認定
機能種別	慢性期病院（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 精神科病院
該当する項目はありません。
- ・機能種別 慢性期病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1980年に開設され、現在は精神科272床・内科229床を有している。精神科・内科の慢性期医療を中心に行っており、多職種によるチーム医療が行われ摂食・嚥下機能への取り組みも熱心である。特にリハビリテーションは非常に充実しており、患者の個別性に応じたリハビリテーションが提供されている。

地域に対しては公開講座・出前講座を積極的に行い、医療情報の提供を行っている。また看護スタッフの復職支援研修も行い、実績も上げており社会的活動への取り組みは評価できる。

病院は「慢性期医療をけん引し、だれからも選ばれる病院になる」を大目標として掲げており、訪問審査でも多職種による慢性期医療への熱意ある取り組みが確認できた。また今後は病棟のさらなる機能分化が計画されており、多様な慢性期患者へのよりきめ細かな診療・ケアの提供が期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念に「愛し、愛される病院」を掲げ、4項目の基本方針を明文化している。病院長、副院長、医局長、看護部長および事務長を構成員とする五役会議があり、病院の運営方針、中期・長期・単年度の事業計画、単年度事業計画の進捗状況や年度予算執行状況について審議・決定している。院内で発生する情報については

診療記録管理委員会を設置し、患者情報の真正性・保存性などを審査・評価している。文書管理については文書管理基準表に院内で管理している全ての文書が保存期間別に一覧で整理されている。

人材確保は病院の機能や地域に果たす役割などを踏まえている。人事・労務管理については就業規則や諸規定が整備されており、年度計画と連携している個人目標連携シートにより評価される人事考課制度がある。安全衛生管理は衛生委員会を設置し、職員の健康障害の防止策と健康の保持推進策を検討している。院内暴力や各種ハラスメントに対して各種の対策マニュアルを制定している。福利厚生として、送迎バスの運行や24時間対応の院内保育所などを整備している。

教育・研修については年間計画を通じて必要な研修が企画されている。職員個別の総合的な能力開発は、全職員を対象として個人ごとの目標管理や達成度評価を含めたグループ独自の調査票を活用して実施されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利については明文化されており、院内外へ適切に周知されている。説明と同意については手順が整備されており、入院患者には高齢者・認知症・身体合併症患者も多いが、対応マニュアルは整備され見直し検討もされている。セカンドオピニオンについては説明されている。多職種・多部門の参加で情報共有もされている。

患者支援体制は患者サポート相談窓口で受け付けされ、医療安全に関する事項は医療安全管理者、会計に関する事項は医事課所属長、病院全般に関する事項は総務課所属長に回付される。個人情報の保護に関する院内規程を整備しており、個人情報格納されているパソコンはパスワードで管理するなど、個人情報漏えい防止に努めている。

臨床倫理的課題については現場での課題収集への積極的な取り組みを望むとともに、今後の倫理委員会での院内全体での倫理的課題の収集・検討に取り組み、病院の実態に合わせた臨床倫理の方針の作成に期待したい。

施設・設備は利用者の安全性・利便性・快適性に配慮しており、院内全体は外来・病棟とも清潔な環境を維持している。療養環境は整備されており、利便性・バリアフリーで高齢者等に配慮されている。受動喫煙に対しては敷地内を全面禁煙としており、敷地内禁煙の方針は、ポスター掲示による注意喚起に加え、入院案内やホームページなどで周知している。

4. 医療の質

業務の質改善については多職種から構成される5Sチームにより検討されている。診療の質の向上についてはデスカンファレンスや行動制限最小化委員会での症例検討が行われている。臨床指標も収集・検討されており、一部はホームページでも公表されている。

患者・家族からの意見や要望等は、外来や各病棟に設置した意見箱の利用や直接届けられるなどして、関連部署や委員会、必要に応じて病院長に報告される。意見

や要望、苦情などの対応結果は、院内掲示によって患者・家族へフィードバックされる。

診療・ケアの責任体制は明確である。診療記録は確実に記載されており、診療記録の質的点検も行われている。多職種による取り組みはカンファレンスや各種委員会活動により適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全については、医療安全対策委員会が設置され適切に活動している。インシデント・アクシデントの報告が収集・分析・検討されており、結果・対応等は各部署へフィードバックされている。医療事故発生時の対応手順は医療安全対策マニュアルを定め、医療事故発生時の対応指針と手順を示し職員へ周知しており、医療事故発生時の状況に応じて迅速に対応できる体制を整備している。

誤認防止策は手順が整備され、リストバンドの使用など現場では順守されている。情報伝達については指示出し・指示受け・実施が確実に行われている。薬剤の安全な使用についてはアレルギー・禁忌薬剤は明確にされており、向精神薬の保管も確実に行われている。劇薬・ハイリスク薬も明示されている。

転倒・転落については入院時にアセスメントを行い、看護計画にも反映させ危険度に応じた対応がとられている。医療機器の管理・点検は確実に行われている。急変時の対応については身体・暴力・離院のコードが定められ、救急カートの点検も適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に対しては院内感染対策委員会が組織され、下部組織に ICT もあり体制は確立している。院内の感染情報は委員会で収集・検討されており、分離菌・抗菌薬感受性についても収集・検討されており適切である。またアウトブレイク時の対応も明確である。院内で発生しがちな菌種のアウトブレイク時の数的基準が明確であればさらに良い。

現場での医療関連感染制御に対しては、感染対策マニュアルを順守し適切に対応している。抗菌薬使用に際しては必要に応じて分離菌・抗菌薬感受性が把握され、結果に応じて抗菌薬が選択されている。院内での抗菌薬使用状況も委員会で報告されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスや実績などの情報を患者や医療関連施設等に発信するため広報誌を発行しており、ホームページでも閲覧できる。診療実績については、クリニカル・インディケーターとして日本病院会が例示している医療安全に関連する指標など 10 部門の医療統計をホームページで公表している。入院受け入れ可能な患者像をホームページで明示しており、自院の持つ医療機能を地域の医療関連施設に周知している。地域医療連携室では地域の医療関連施設を訪問しており、地域の医療機関や介護施設との連携強化を図っている。

地域医療連携室は月次で紹介患者と逆紹介患者の状況を分析して院内での営業会議に報告している。地域の医療関連施設からの前方連携は精神保健福祉士などが対応しており、診療情報提供書で収集した患者情報が電子カルテなどによって速やかに共有される仕組みがある。患者・地域住民・自治体や一般企業を対象とした公開講座や出前講座を開催しており、地域への情報発信について評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者が受診するために必要な情報はホームページにわかりやすく掲載している。外来患者はほぼ全員が予約患者であり、受付から診察・会計までの対応はスムーズに行われている。紹介患者の受け入れを担当する相談室では患者情報を事前に診療情報提供書により把握しており、迅速な受付と円滑な受診を支援している。入院に際しては精神保健福祉法が遵守され、各種の検査・処置についても説明・同意取得は確実にされている。各種アセスメントに応じて看護計画が立案され、診療計画についても主治医より説明が行われている。入院診療計画書については多職種で個別性のある内容で作成され、説明・同意取得が行われている。

患者・家族からの医療相談には、医療福祉相談室の精神保健福祉士などが相談対応し、専門的案件には療法士・管理栄養士も対応している。入院に際しては精神保健福祉士や担当看護師などが説明を行っており、入院後の処遇については精神保健福祉法を遵守し、各入院形態にあった入院処遇を提供している。医師・看護師による病棟業務は適切である。

投薬・注射については誤認防止策が遵守され、服薬指導も行われている。CP 換算値については把握されており、フィードバックも行われている。輸血についてはマニュアルが順守され、確実な対応が行われている。褥瘡・栄養管理はアセスメントをもとに多職種による取り組みが行われている。患者の症状緩和にはガイドラインを順守して適切に対応している。

リハビリテーションについては慢性期が主体であるが、個別対応を重視して行われている。特に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を各病棟に配置し、個々の患者に必要なリハビリテーションを提供していることについては高く評価できる。隔離・拘束については手順が整備され、観察・記録も確実にされている。拘束については血栓症のリスクアセスメントも行われ、リスクに応じた対応も採られている。毎週の行動制限カンファレンスで精神症状の評価を含めたアセスメントが行われ、行動制限最小化委員会へ報告・検討が行われ最小化へ積極的に取り組んでいる。

退院支援については多職種カンファレンスが行われ、必要に応じて患者・家族・施設スタッフも参加し退院後の診療・ケアの充実につなげている。退院後の継続した診療・ケアについてはや法人内の施設や介護サービスの導入により対応している。ターミナルステージへの対応も適切である。

<副機能：慢性期病院>

障がい者病棟には、寝たきり度ランク B、C レベルの患者、経管栄養等の患者が

多く入院している。入院決定の過程、受け入れは、入院前に情報収集や説明を行うことでスムーズな受け入れができています。入院後は入院診療計画書が記載され説明・同意を得ている。診療計画と連携したケア計画は、電子カルテ患者情報に基づき情報収集しアセスメントして立案している。項目毎のアセスメントを確実に行うことを期待したい。

主治医は毎日回診を行い、診療チームのリーダーシップを発揮している。看護職は基準・手順等により役割分担が明確であり、固定チームナーシングの看護方式にて病棟業務を適切に行っている。専任の内科医を中心に褥瘡対策委員会・回診を行い、褥瘡の治癒・予防対策に取り組んでいる。療養生活の活性化に向けたレクリエーション等の取り組みは、感染予防対策のため中断し個別的な対応のみとなっていることから、再開を期待したい。

リハビリテーションは離床を促し生活の向上・維持に向けて実施され、摂食・嚥下機能の向上やADL向上に努めている。栄養評価は入院時に栄養アセスメントを行い、栄養管理計画が作成され、嚥下食などの食事形態の工夫がある。NST および摂食嚥下サポートチームの活動も行われている。疼痛等の症状緩和についてはNRS・フェイススケールを活用して適切に対応している。

身体拘束は基準に沿って適切に実施されており、最小化に向け努力している。在宅療養の可能性については、退院に向けた意向を把握し多職種で検討されており、退院支援および継続した診療・ケアが適切に行われている。終末期医療のガイドラインとして「人生の最終段階における医療に関する指針」を策定し、適切に運用している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については薬剤保管状況や疑義照会・調剤・調剤鑑査は確実に行われている。注射薬も一施用ごとに取り揃えられ、院内への情報提供や副作用収集体制も適切である。臨床検査機能・画像診断機能については病院機能からみて適切である。

栄養管理機能については、調理室の清潔・不潔の区分は明確であり、食材の搬入から下処理、調理から配膳・下膳、洗浄に至るプロセスの衛生管理なども適切に実施されている。

リハビリテーション機能については理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が多数採用され、各病棟に3職種が配属されており、患者個々の状態に応じたリハビリテーションを提供している。院内では年間切れ目なくリハビリテーションを提供し、通所・訪問リハビリテーションにも積極的に行っており、リハビリテーション体制の充実については高く評価できる。診療情報管理機能については診療情報管理士が配置されており、紙媒体カルテのアリバイ管理や量的点検は確実に行われ、診療録は1患者1ID番号により一元管理されている。医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能、輸血・血液管理機能は病院機能からみて適切である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については病院の財務諸表が病院会計準則に沿って作成され、監査法人による会計監査も実施されている。五役会議では年度事業計画の進捗管理や予算・実績の差異分析をはじめ収支構造の変動などが報告される仕組みがある。医事業務については診療報酬請求にかかるレセプトの作成から点検・返戻や査定は、医事課が医師と協力して適正な請求に取り組んでいる。業務委託について委託業者は複数の業者を選定し、費用対効果など五役会議の審議を経て、法人本部で決定している。

施設・設備管理は総務課施設係が委託業者と協力して年間保守計画に基づき保守管理しており、対応方針について五役会議で検討される仕組みがある。購買管理について医薬品は薬事審議会議の審議を経て採用の可否を決定し、新規の医療材料や医療消耗品は医療安全対策委員会と総務課が安全性・効率性等を検討している。高額な医療機器は導入目的などについて五役会議で検討するなど、医薬品、医療消耗品、医療機器などの選定にあたって内部牽制が働く仕組みが機能している。

災害時に対しては発生時の職員参集に関する調査を実施し、チャットツールの導入など緊急対応が可能な体制を構築している。大規模災害に備え必要な食料品や飲料水を患者用と職員用を確保している。保安業務については院内の防火警報装置が配備されており、日中時間帯は総務課、休日・夜間帯は事務管理当直がモニタリングできる体制となっている。

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	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	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	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	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	B
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られる	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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA

2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	NA
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.22	隔離を適切に行っている	A
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.26	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	NA
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	NA
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	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	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	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
-------	---------------	---

機能種別：慢性期病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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られる	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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	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

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 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人財団明理会 西仙台病院

I-1-2 機能種別：精神科病院、慢性期病院(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：宮城県仙台市青葉区芋沢新田54-4

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	60	60	+0	96.7	529.4
療養病床	169	169	+0	97.9	338.2
医療保険適用	169	169	+0	97.9	338.2
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	272	272	+0	94.6	664.1
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	501	501	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	60	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	160	+56
認知症治療病床	0	-56

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
1日あたり外来患者数	9.43	6.29	5.40	149.92	116.48
1日あたり外来初診患者数	2.73	1.26	0.74	216.67	170.27
新患率	28.92	20.08	13.62		
1日あたり入院患者数	481.35	494.88	485.98	97.27	101.83
1日あたり新入院患者数	0.82	0.76	0.81	107.89	93.83