

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 11 月 21 日～11 月 22 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、設立当初より整形外科を主とし、現在では整形外科を中心に外科・脳神経外科等の救急医療を積極的に行い、地域医療に貢献されている。

今回の病院機能評価の訪問審査では、前回指摘された諸課題の多くが解決されていた。

評価結果を踏まえて、継続的に医療の質の向上に取り組まれることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、院内各所への掲示のほか、ホームページや病院案内に掲載し、周知している。病院の将来像と方向性が明確になっており、管理者は早期の実現を目指し奮闘している。事務長補佐と看護部長は、課題を人材確保・育成と病棟編成と定め、解決に向けて取り組んでいる。病院の意思決定会議は病院管理運営会議となっており、決定事項は、職員に周知徹底している。病院運営に必要な会議や委員会は、おおむね適切に開催されている。情報管理は、院内の各種情報は院内 LAN で一元管理されている。文書管理は、文書管理規程が策定されている。紙媒体の文書等の一覧表を作成し、一元的に管理することが望まれる。

人材確保は、法定人員、施設基準上の人員は満たしている。人事・労務管理は、就業規則・給与規定などが整備されている。職員の安全衛生管理は、衛生委員会が設置され、産業医や衛生管理者を選任している。健康診断および特殊健康診断も適切に実施されている。職員にとって魅力ある職場づくりは、職員の意見を聞き、各職場で職員の意見を把握している。

職員への教育・研修は、看護部教育委員会と各委員会が連携し、各種の教育研修

会が実施されている。職員の能力評価・能力開発は、職員の能力評価や開発は、所属長が行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、外来、病棟に掲示されている。説明と同意は、方針・基準はマニュアルに定めている。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、疾患への理解を深めるための支援を積極的に行っている。患者支援体制は、玄関入口付近に、医療福祉相談窓口を設置している。患者の個人情報とプライバシーの保護は、個人情報保護規程を定めている。検査や処置等の場面ではプライバシーに配慮している。臨床における倫理的課題への取り組みは、倫理委員会が設置されており、方針等が明示されている。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、医療相談窓口カンファレンスを週1回開催しており、倫理的課題についても検討している。解決が困難な場合は、倫理委員会で検討する仕組みとなっている。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は、駐車場を整備している。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、全館でバリアフリーが確保されている。療養環境の整備は、院内は整理整頓されており、病棟には談話室が設置されている。

受動喫煙の防止は、敷地内禁煙となっている。

4. 医療の質

意見箱を設置し、返答を院長名で掲示し、質改善に活用している。外来患者満足度調査や入院時満足度調査を行い、質改善に活用している。診療の質の向上に向けた活動は、症例検討会は整形外科カンファレンスなどを定期的に行っている。クリニカル・パスの作成は、組織的な取り組みの推進が望まれる。業務の質改善は、病院機能評価の受審に向けて、ワーキンググループを中心に積極的に取り組んでいる。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入は、臨床倫理委員会で検討し、指導教授を毎月招聘し、スタッフの指導と患者治療をしている。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟・外来における管理・責任体制は明確になっており、各部署に責任医師・看護管理職の氏名が掲示されている。診療記録の記載は、電子カルテを運用し、遅滞なく記載している。カルテの質的点検は、今年度から診療録監査表を用いて開始している。多職種が協働した患者の診療・ケアは、院内には、感染制御・医療安全・NST・褥瘡などの多職種チームが組織化され、活動している。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理者は、年度目標を掲げ活動している。各部署から選出されたリスクマネージャーが参加する医療安全管理対策委員会を開催し、インシデント・アクシデントの改善策を検討して各部署へフィードバックしている。安全確保に向けた情報収集と検討は、院内の事例は医療安全管理部門で検討している。再発防止策遵守の状況は看護師長が院内ラウンドで確認している。

患者誤認防止対策は患者にフルネームを名乗ってもらうことを基本に、リストバ

ンドを活用している。血液検体は氏名ラベルを貼付し、採血前に患者と医療者で確認している。手術時における部位のマーキングやタイムアウトも徹底している。電子カルテのオーダー機能を運用し、医師の指示、処方を行っている。指示受け漏れがないように電子カルテに表示がされる仕組みになっている。病棟では麻薬の定数配置はなく、劇薬、ハイリスク薬は注意喚起するように表示している。薬剤師は全入院患者の持参薬の鑑別を行い、電子カルテで重複投与、併用禁忌、アレルギーなどの確認を行っている。転倒・転落防止は、全入院患者に転倒・転落リスク評価を行っている。医療機器の安全な使用は、使用中のチェックリスト手順を作成している。設定条件の確認と伝達は、詳細な設定表をベッドサイドに掲示し、変更時は赤字で記入することで変更等の共有を行っている。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードが設定されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、院内感染防止対策委員会を設置し、医師、看護師、ICT が実働している。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、発熱、下痢、嘔吐の患者が毎日確認され、看護部長へ報告している。ICT は毎週院内ラウンドを行っている。ターゲットサーベイランスは中心ライン関連血流感染、UTI、SSI について感染状況の把握を行い、JANIS に参加し分析・対策につなげている。

医療関連感染を制御するための活動は、手指衛生の徹底や PPE の着用および感染経路別予防策などはマニュアルに沿って実践されている。抗菌薬の適正な使用は、抗菌薬適正使用指針が定められている。ICT の薬剤師は抗菌薬使用状況を把握し、主治医に注意喚起している。アンチバイオグラムが作成され、メール配信している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページ、病院案内で行っている。広報誌等ホームページ以外の情報発信について検討を望みたい。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携は、患者サポートセンターが担っている。前方および後方連携業務を担当している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、オンライン会議システムを活用して「手の痺れと疼痛」「リュウマチに関する疾病」等の講座を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、受付から会計までの手順、窓口業務規定、看護師によるトリアージの手順が整備されている。外来診療は、初診時には問診票にて、症状、アレルギー、既往歴などの患者情報を収集し、安全な診療に努めている。地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者の受け入れは、地紹介の連絡は患者サポートセンターが対応している。診断的検査の確実・安全な実施は、侵襲のある検査については電子カルテ内の統一文書にて説明と同意が行われている。内視鏡検査では検査中、検査後の観察記録がある。適切な連携先

への患者の紹介は、患者・家族の要望も踏まえて近隣の医療機関へ紹介している。入院の決定は、医師は医学的な判断に基づき、入院の適応を決定している。診断・評価の実施と診療計画の作成は、患者の病態を医師が診断し、看護師、管理栄養士、各療法士と共同で入院診療計画書が作成されている。患者・家族からの医療相談への対応は、各種医療相談には、社会福祉士、外来師長が兼務で対応している。患者が円滑に入院できるように、入院案内では必要な物や入院生活について、費用等を説明している。

医師の病棟業務は、日々の回診時や各種カンファレンスで病棟スタッフとの情報交換を行っている。看護師の病棟業務は、看護基準・手順に沿って日々のケアを実践している。身体的ニーズを把握し、心理的・社会的ニーズも記載している。投薬・注射の確実・安全な実施は、病棟担当薬剤師が担当病棟患者の薬歴を管理している。内服薬はマニュアルに沿って 6R を確認し、内服管理している。注射薬の投与時はバーコード認証によって誤投与の防止が図られている。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施は、複数の看護師で血液製剤を確認してバーコード認証を実施している。輸血中の観察を行い、記録している。周術期の対応は、主治医により手術に関する説明と同意書を作成している。麻酔科医は術前に麻酔の説明・同意を得ており、術後訪問も行っている。術中・術後の状態に合わせた患者ケアが実施されている。重症患者の管理は、ICU として運用している病棟に収容している。褥瘡の予防・治療は、入院時に全患者を対象とした褥瘡の発生リスクを評価し、ハイリスク患者等に月 2 回、褥瘡チームや NST が介入している。栄養管理と食事指導は、入院時、基本情報が収集され、内容に応じて管理栄養士が栄養アセスメントを行い、栄養管理計画書を作成している。ミールラウンドで、高齢者の摂食機能を評価し、必要に応じて食形態の提案等を行っている。症状などの緩和は、緩和ケアマニュアルに準じて支援している。リハビリテーションの確実・安全な実施は、リハビリテーションは主治医の判断・評価で依頼され、各担当療法士は初期評価に基づいて主治医と共に総合実施計画書を作成している。身体抑制は、実施する際は、カンファレンスで必要性の評価を行い、医師の指示に基づいて患者・家族に説明されている。同意書には実施予測期間・解除されること、適応基準・抑制方法等が示されている。患者・家族への退院支援は、電子カルテを活用して退院困難な要因を抽出し、患者サポートセンターへ連絡が行く仕組みとなっている。継続した診療・ケアの実施は、退院前には、訪問看護師、ケアマネージャー、各療法士とのカンファレンスを行い、在宅で継続したケアを受けられるよう支援している。ターミナルステージへの対応は、終末期ケアの方針が示されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、注射薬が 1 施用ごとに準備され、注射薬の調製・混合は看護師が薬剤科に出向いて行っている。全ての入院患者の持参薬鑑査がなされ、処方鑑査、調剤後の鑑査が行われている。臨床検査機能は、検体検査では迅速な結果報告に努め、パニック値は直接オーダー医に電話連絡している。画像診断機能は、一般、透視、CT、MRI 検査などを行っている。画像読影は遠隔診断を行い、撮影後約

2 時間で結果報告されている。栄養管理機能は、食材の搬入から検収、下処理、調理、盛り付けまで適切に運営されている。患者個々の嗜好に配慮している。リハビリテーション機能は、在宅復帰を目指し、脳血管・運動器・呼吸器リハビリテーションを対象に実施している。診療情報管理機能は、量的点検は、チェックシートを活用して実施している。医療機器管理機能は、手術室管理以外の機器について中央管理されている。機器の点検記録は、その都度記録に残し、機器の使用状況と共に管理している。各部署の使用済み器材の一次洗浄と滅菌は中央化されている。

病理診断機能は、外部検査機関に委託している。必要時に術中迅速病理診断が実施できる体制を整備することが望まれる。輸血・血液管理機能は、血液製剤は在庫しておらず、必要時発注している。手術・麻酔機能は、麻酔科医がスケジュール管理を行っている。全身麻酔は麻酔科医が担当している。術中の患者管理、麻酔覚醒時の安全性確認も実施されている。集中治療機能は、2 階病棟を ICU として運用している。救急医療機能は、二次救急病院として救急車を受け入れている。外傷患者は毎日受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、財務諸表は病院会計準則に沿って行っている。業務委託は、外部委託の是非や委託業者の選定は総務課で協議・立案し、病院管理運営会議で検討している。外部委託の業務は該当部署の管理者と受託業者でヒアリングを行い、改善事項等に対応している。

施設・設備の管理は、年間計画を策定している。計画に基づき保守点検を実施している。日常点検も実施されている。物品管理は、院内 SPD システムを導入している。使用期限も管理している。実地棚卸を年 2 回行い、定数管理に努めている。

災害時の対応は、防火・防災マニュアルがあり、各職場にもファイルが整備されている。県の災害時連携病院の指定を受けている。保安業務は、夜間・休日の保安体制は、休日は職員が対応し、17:00 より翌朝 8:45 までは委託している。

医療事故等への対応は、重大な医療事故や訴訟に発展する可能性がある事例は、院内事故調査委員会が設置され、委員会で対応する内規が策定されている。必要時には弁護士と連携する体制も整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習等は、看護師・理学療法士・放射線技師・医事課・管理栄養士の学生を受け入れている。各学校からのカリキュラムに沿った実習を行い、評価を行っている。

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 | B |
| 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 | 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | B |
| 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 | B |
| 3.1.2 | 臨床検査機能を適切に発揮している | B |
| 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 | 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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：医療法人 埼玉成恵会病院

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：埼玉県東松山市石橋1721

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 | 170 | 170 | +0 | 60.3 | 16 |
| 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 | 170 | 170 | +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 | 2 | +0 |
| 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 | 47 | +0 |
| 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： 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 | 314.73 | 242.71 | 343.99 | 129.67 | 70.56 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 47.14 | 38.62 | 50.91 | 122.06 | 75.86 |
| 新患率 | 14.98 | 15.91 | 14.80 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 102.52 | 98.45 | 104.55 | 104.13 | 94.17 |
| 1日あたり新入院患者数 | 5.34 | 4.68 | 5.27 | 114.10 | 88.80 |