

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 5 月 31 日～6 月 1 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	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
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、大阪府守口市で病床数の増床などを図りながら発展を遂げている。2010 年には社会医療法人に認定され、救急医療をはじめとして地域医療に多大な貢献をしている。病院の位置する守口市は大阪府北河内医療圏に属し、医療圏には市民病院など公的病院が少なく、貴院の診療圏は人口約 60 万の地域であり、脳外科、循環器などの疾患をはじめ病院の特色を生かした医療を展開し地域の信頼も大きい。特に、救急医療については、365 日 24 時間救急患者を受け入れていることは評価したい。また、基幹型臨床研修病院の承認も取得し、現在研修医も定員が充足し、若手医師の教育・研修を通じて貴院が益々発展されることが期待される。法人全体では、他にそれぞれの診療機能に特色を持つ 3 病院を運営し、介護老人保健施設や特別養護老人ホームなどを広い地域で多数展開し、医療・介護・福祉の分野で総合的なサービスを提供している。

医療の質の確保については、継続的に病院機能評価を受審し充実を図っている。院長をはじめとして組織全体で熱心に取り組まれていることが様々な場面で確認できた。今後は、更に組織横断的な改善活動が展開され、貴院がさらに発展し地域医療に益々貢献することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針はわかりやすく明文化されており、内容の検討についても運営会議や法人本部で適切に行われており、院内外への周知も適切である。院長、看護部長、事務部長をはじめ幹部職員は、365 日 24 時間救急医療の充実のために、医師をはじめとする人材の確保・育成、病床稼働率の目標達成、施設・設備の充実などの

課題を明確にし、その解決に積極的に取り組んでいる。重要事項の決定や検討は運営会議で行われ、部署代表者会議や診療部長会議などで院内に周知されている。病院の将来あるべき姿を示した中・長期計画は3か年の目標・ビジョンが示されている。BCPも大規模地震や水害などを想定して策定し、地域と合同で訓練を行うなど適切である。

情報管理および文書管理は適切である。人事・労務管理の規程は整備され、院内保育所、職員食堂の整備、職員満足度調査の実施など適切である。職員の安全衛生管理も適切に行われている。

職員の教育研修は学術委員会が中心となり、医療従事者として必要な多くの研修が実施されており、医療安全管理や感染制御の研修については不参加者に資料配布などが実施されているが、事後研修の確認までには至っていないため、今後の検討を期待したい。職員の能力評価には人事考課や目標管理制度を活用している。能力開発に向け、資格取得などを奨励し、経費支援、図書室や設備の充実など積極的に取り組まれている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は6項目の権利が明文化され、内容について運営会議で定期的の検討・見直しが行われている。院内外への周知も適切に行われている。情報開示、セカンドオピニオンなど権利擁護の状況も適切に実施されている。説明と同意の方針や手順は明確であり、書式や説明内容は統一されている。患者との診療情報の共有化は、入院の案内、問診票、各種パンフレット、説明用ビデオ等を用いて患者参加を促している。患者支援体制は、医療相談室及び入退院支援室に社会福祉士などが配置され、地域の社会資源とも連携しながら適切に行われている。主要な倫理的課題については、必要時、倫理委員会が開催され、現場からの課題に病院として判断・決定されている。患者や家族を取り巻く倫理的課題が発生した際には、各部署で検討し解決困難な場合には倫理委員会で審議する仕組みがある。院内での解決不可能事例は、法人内系列病院の合同会議で審議する仕組みがあり、適切である。

施設・設備は整備され、患者・家族に快適な空間が提供されている。院内売店や喫茶、コインランドリーなどが設置され、患者・家族の利便が図られており、障害者や車椅子対応についても適切に配慮がなされている。療養環境については診療・ケアに必要なスペースの確保をしており、清潔・安全性・利便性が確保されている。病棟・外来の廊下の壁面には季節を考慮した多数の写真が展示され、外来入口には熱帯魚の水槽を設置し、患者に癒しの空間が提供されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望については意見箱の設置や患者満足度調査など、適切に対応されている。患者満足度調査は大阪府私立病院協会の実施する調査に参加しており、結果のベンチマークや活用もされている。診療の質の向上に向けた取り組みでは、各科症例検討会、多職種によるカンファレンスを実施され、CPCにはコメディカルも出席している。

業務の質改善では病院機能評価の継続的な受審や療養環境サービス向上委員会で課題を設定し基準、手順の見直しを行っているが、今後 QC 活動など、さらに組織横断的な活動も期待したい。新規の診療・治療方法や技術の導入に際しての支援体制は整備されており、検討は倫理委員会にて行われている。薬剤の適応外使用に関しても検討体制は整備されている。

病棟・外来等における管理責任体制は明確にされ、患者・家族にも明示している。病棟担当医師、病棟看護責任者は毎日ラウンドを行い、患者の状態を把握し、状況に応じた診療・ケアに努めている。診療記録は適正に記録され、2 週間以内の退院時サマリー作成率もほぼ適切である。医師記録の質的点検はチェックリストなど、項目を明確にするなどの取り組みを期待したい。また、多職種協働では多くのチームが活動しており、介入記録が残されている。週 1 回の院長回診では医師・看護師・薬剤師・リハビリテーション療法士・管理栄養士等の多職種が参加し患者情報を共有し、患者個別の診療・ケアが実践されており、適切である。

5. 医療安全

医療安全確保に向けた組織体制は、院長直轄の医療安全管理室が設置され、医療安全管理者 1 名が配置されている。安全管理上の問題発生時には部門長への連絡体制が整備され、各部署のリスクマネージャーが対応する仕組みである。医療安全管理室では医療安全管理委員会メンバーと毎週安全カンファレンスを開催するとともに医療安全ラウンドでの積極的な情報収集と対策立案を行っている。「インシデント・アクシデント報告書」が書面で提出され、医療安全管理者が集計と現場確認を行っている。報告されたインシデント等は組織的に多職種で検討され、対策につなげている。また、集計・分析された結果は「医療安全ニュース」等で職員への周知が図られている。

患者・部位・検体の誤認防止対策は、リストバンドや患者からの名乗りなどで防止に努め、タイムアウトやマーキングを実施するなど適切である。情報の伝達エラー防止対策については、電子カルテによるオーダリングシステムが導入され、指示出し・指示受け・実施・確認の一連の流れは適切である。また、口頭指示の対応も適切に行われている。検査結果の報告については、悪性所見の報告手順なども含めて適切に実施されている。薬剤の安全な使用は、電子カルテシステムを用いて重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を適正に行っている。各部門における薬剤・麻薬の保管・管理も適切に行われている。

転倒・転落防止対策は、危険度評価を全患者に実施し、介入計画やケア計画が策定されている。医療機器は中央管理され、臨床工学技士がマニュアル整備や研修に積極的に関与している。人工呼吸器装着患者や透析患者の機器管理も適切に行われている。患者の急変時には院内緊急コードが定められ職員が参集する仕組みがある。参集訓練や BLS 研修、救急カートの整備および管理も適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、院長直轄の感染防止対策室が設置され専従の感染管理認定看護師が配置されている。院長参加の院内感染防止対策委員会が毎月開催され、実働部隊として ICT が組織され、ICT は必要な権限を付与されており、マニュアル・指針は適宜改定が行われ周知が図られている。情報収集は、ICT が中心となり、院内外の感染関連情報を集約・分析した後、「感染対策ニュース」などで院内へ周知している。各部署にはリンクナースが配置されており、感染対策マニュアルの遵守に向けた活動が展開されている。検査室および感染防止対策室は常に感染症の発生状況を把握している。ICT は毎週感染症レポートを作成し情報共有している。ターゲットサーベイランスも実施しており、今後は得た情報の分析や活用がさらに充実することを期待したい。

医療関連感染を制御する活動は、感染認定看護師を中心に標準予防策の遵守、感染性廃棄物の取り扱いを始め、全ての部署でおおむね適切に取り組まれている。抗菌薬は院内指針に沿って使用されており、おおむね適切であるものの、長期投与の関与については、さらに早期の介入も期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

地域に対して必要な情報は、ホームページ、病院案内・広報誌などで発信されている。広報誌は定期的に発刊され、地域の医療機関や患者・家族に情報発信されている。地域連携機能は、地域医療連携室で紹介患者の受け入れや紹介に対する返信などの業務が行われている。紹介元や紹介先のデータの取りまとめや紹介に対する返書の確認も適切に行われている。貴院で対応できない高度医療などについても、地域医療連携室を通じて法人内の他病院や大学病院等へ紹介するなど適切に対応されている。また、病院主催で毎年病診連携フォーラムが開催され連携の強化が図られている。

地域住民や患者・家族への教育や啓発活動は、市の施設や病院内で市民公開講座が年数回開催され、地域の健康体操への講師派遣や看護の日の健康チェックなどが行われており適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者が円滑に診療を受けられる体制として、総合案内の設置、看護師とコンシェルジュの配置がされている。原則診察は予約制が導入され、診察順番の表示、看護師によるトリアージなどで適切に運営されている。紹介患者の円滑な受け入れは、地域医療連携室と医事課の連携により適切に実施されている。外来診療では、検査の選択・実施・診断の流れは適切で、侵襲を伴う検査に関しては十分な説明・同意のもとで実施され、安全面へも適切に配慮されている。入院の決定は主治医が判断し、必要に応じて当該科の専門医や併存疾患の専門医と相談のうえ医学的根拠に基づき、患者の希望に配慮しながら十分な説明と同意のもとに行われている。医師は患者の病態に応じた診断・評価を適切に行いチーム医療の中心的役割を果たしている。

医療相談は社会福祉士が中心となって1日約20件の相談に対応しており、内容によって専門職種とのスムーズな連携体制がとられ、患者・家族の安心につながっている。入院決定時は、外来での入院説明・術前準備指導等が実施され、緊急入院は看護師による病棟での説明を行う体制が整えられている。チームナーシングや受け持ち制を取り入れ、患者の日常生活の把握、身体面・心理面・社会面の把握や援助が行われている。投薬・注射は3点認証にて実施されており、薬剤師による薬剤管理指導と薬歴管理を行っている。注射薬の投与、服薬確認も適切に行われている。輸血類はガイドラインに沿って適応が判断され、輸血施行時の確認手順および投与中、投与後の患者観察と記録は適切に行われている。

手術の適応と方法は患者に説明し同意を得ている。タイムアウトの実施など手術室入室から術中・術直後の申し送りや患者確認なども手順を遵守して行われている。重症度に応じてICUおよびナースステーション近くの重症用病室が整備されており多職種によるチーム医療が実践されている。褥瘡の予防・治療に関しては、入院時に全患者に対してリスク評価が行われ、評価結果に基づいた対応・対策が取られている。必要に応じて褥瘡対策チーム回診が行われている。栄養管理と食事指導では、栄養状態がアセスメントされ患者に見合った栄養管理が行われている。症状緩和は、症状別看護基準や条件指示により実施され疼痛レベルはNRSでの評価等を使用し適切に行われている。

リハビリテーションについては、必要性を評価し、患者・家族の希望に沿った目標を設定し実施している。総合実施計画書を作成し、安全・確実に実施されているがリスクの記載も検討されると良い。安全確保のための身体抑制については安易な抑制を避けるための取り組みも含めて適切である。患者・家族への退院指導、必要な患者への継続した診療・ケアへの支援は適切に実施されている。ターミナルステージへの対応では指針に基づいた、診療・ケアを実践しており適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門、臨床検査部門及び画像診断部門は24時間体制が構築されており救急医療に貢献している。薬剤業務は処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会、抗がん剤の調整・混合、持参薬鑑別、注射薬の取り揃えなど多岐にわたる業務を適切に実施している。臨床検査機能はブランチラボ形式で実施しており、精度管理、パニック値の報告も適切である。画像診断機能は放射線科医師が速やかに読影報告を作成しており適切である。栄養管理機能はマニュアルも整備され、衛生管理は行き届き、調理室内の温湿度も適切に保たれている。毎食事での選択メニューの実施は評価できる。リハビリテーションは多職種とのカンファレンスを行い、早期リハビリテーションに対応するとともに365日療法士が出勤し継続性を確保している。診療情報管理機能は規程が整備され病歴管理、カルテ監査など適切に行われている。量的点検の実施については、今後のより一層の工夫を期待したい。

医療機器管理は一元管理され、時間外の対応も適切に行われ、洗浄・滅菌機能は業務に携わる職員は必要な資格を有し、適切に業務が遂行されている。滅菌の質保証も確保され、リコール対応も適切である。病理診断機能は外部委託であるが、必

要な術中迅速診断は大学病院の病理部に依頼している。輸血・血液管理機能および手術・麻酔機能は適切に発揮されている。集中治療機能はICU8床があり、基本は各診療科主治医制であるが、当番医が常駐し必要時は主治医と協働して診療・ケアを行い入退室基準に従い弾力的に運用されている。

救急医療機能は、年間3000件以上の救急搬送患者に対応し応需率は90%以上であり評価できる。夜間・休日の緊急入院も適切に行われ、虐待や暴力に対する対応マニュアルも整備されている。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に基づき行われており、必要な財務諸表は作成されている。監査は監査法人により実施されている。予算策定のプロセス、経営状況の分析・把握なども適切に実施されている。医事業務は窓口業務、レセプト、未収金の管理対応など適切に行われている。査定・減点などの再審査請求は面談によるものも多く実施されており適切である。業務委託については委託業職員の業務に必要な研修の実施や確認も含めて適切である。施設・設備の管理は院内の十分なスペースが確保され清掃も行き届き、医療ガス等も含めおおむね適切に行われている。感染性廃棄物の取り扱いについては最終処分場の確認も実施されている。

物品管理は、院外SPDシステムが導入されている。病院と法人全体での選定などにより経済効果を高めており、発注・検収などのプロセスも適切である。災害時の対応については大規模災害を想定したマニュアルが整備され、行政や大学病院が実施する訓練に参加するなど、適切である。保安は警備会社と病院職員により確保され、緊急時の連絡・応援体制も明確にされており適切である。医療事故への対応は手順が整備され、原因究明や再発防止策を組織的に検討する委員会規程も整備されており顧問弁護士契約や病院賠償責任保険の加入など適切になされている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型の臨床研修病院であり、研修医・指導医の評価は定められた基準に準拠して実施し、臨床研修プログラムや臨床研修医手帳も整備している。リスクを伴う診療行為は、指導医の許可・事前承認・立ち合いなどのレベルごとに具体化している。

看護師はクリニカルラダーが導入され、採用時より教育プログラムに沿って年間スケジュールを作成し、プリセプター制度に基づく複数評価により自立度を確認している。その他の医療技術職についても研修計画的なものは策定されているが、到達目標や具体的な評価基準などについて、さらに詳細に策定されるとなお良い。

学生実習については、医学生、看護師、薬剤師、リハビリテーション療法士、事務職など多職種にわたり実施している。各職種で指導者を明確にし、依頼元と実習の目的・内容、指導方法・評価方法などの相互理解を図り、安全で効果的な実習が実現できるよう努めている。医療安全や感染制御についても、依頼元の教育状況を確認しながら、必要な教育を計画している。インフルエンザなど予防接種の確認も適切である。

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・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	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
1.4	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	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	A

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	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	A
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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制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	B
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	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	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	A
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	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	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	専門職種に応じた初期研修を行っている	B
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	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 2 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人弘道会 守口生野記念病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 大阪府守口市佐太中町6-17-33

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	199	199	+0	80	14.6
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	199	199	+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)	8	+0
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	17	+17
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		
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),在宅療養支援病院

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： 2 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-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移2