

## 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 8 月 24 日～8 月 26 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. 病院全体としてデバイスサーベイランスを実施してください。  
(1. 4. 2)
  2. 貴院で設定した臨床指標に関する指標を活用し、診療の質向上の活動と実績の積み上げに努めてください。(1. 5. 2)
  3. 使用後の医療機器の点検を確実にを行った後に貸し出すよう体制を整備してください。(3. 1. 7)

#### 1. 病院の特色

貴院は、地域において大学附属病院かつ特定機能病院として機能し、がん診療連携拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院、総合周産期母子医療センター、地域災害拠点病院等の認定を受けている。また、府立病院としての役目を担い、府の要請に応じてがん診療、救急医療の充実を始めとする地域医療の中心的な役割を担い、機能強化を進めてきた経緯がある。質の高い高度な医療の積極的な実践を通して府民の信頼を得られていることは高く評価される。創立 150 周年を迎える現在においても、各分野で活躍している状況が随所にみられる。また、組織運営においてもリーダーシップを発揮して、病院運営の健全化を目指した取り組みがみられ、良好な病院運営が維持されていることは高く評価される。病院機能評価の受審を機会に更なる病院機能の向上に努められ、地域医療に貢献されることを期待する。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

5 項目から構成された基本方針を明示している。病院管理運営会議で内容を確認し、院内に掲示するとともに、病院案内やホームページ等に掲載して周知に努めている。組織運営では、幹部職員が各種の会議や委員会等に関わり、病院全体の問題を的確に把握し、解決に向けたリーダーシップを発揮している。なかでも病院幹部と所属長のヒアリングを通して病院の課題を検討し、高度な医療の実践、臨床研

究、教育の実績を積み重ね成果を挙げている点は高く評価される。組織運営の基本は、各種規程に則り、効率的な組織運営が図られている。中期計画に基づき、病院独自に3カ年の附属病院経営戦略プランを策定し、重点目標を明確にして、効率的な組織運営が図られている。

組織運営では、就業規則や服務規程など人事・労務管理に必要な規程が整備され、就労管理は適切に行われている。また、安全衛生管理委員会の職場巡視をはじめ職員の安全衛生管理に努めている。職員満足度調査や人事評価面接を通して職員の意見を吸い上げ魅力ある職場を目指している。また、ワークライフバランス支援センターを設置するなど様々な福利厚生活動の充実に努めている。

職員の教育・研修について、教育委員会が担当して全体研修の年間計画を立案し、参加率を高めるよう充実に図っている。医師、看護師をはじめ各職種において人材育成の視点で能力評価が行われている。また、キャリアパスを明確にして能力開発を行っている。医師に対する院内資格制度を設けて安全な医療の提供に努めている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は個人の人権が尊重されることを基本とし、必要な内容が網羅的に明示され、患者・家族や職員に様々な手段で周知に努めている。説明と同意についてはインフォームドコンセント実施要綱に沿って説明と同意が実施されている。説明・同意書は、各診療科で共通の様式で管理されているが、一部同名手術・検査では診療科ごとに作成されているので検討されたい。診療およびケアに必要な情報提供では、患者パスや説明書などで患者の理解が深まるよう支援している。相談対応では、相談窓口、入退院センター、地域医療連携室およびがん相談支援センターにおいて、多様な相談に対応している。個人情報保護に関する規程を整備し職員へ周知している。臨床の倫理的課題への対応では、課題の検討の場やコンサルテーション機能が整備されているが、主な倫理的課題について、輸血拒否以外にも病院としての方針を明文化することも検討されたい。各部署では、倫理的課題についてカンファレンス等が適時行われている。

来院時のアクセスや入院生活への配慮がなされており、売店、コンビニエンスストア、喫茶・軽食が可能な店舗やレストランなどの施設が整備されている。院内は全般的にバリアフリーが確保されている。院内は車椅子などでの利用しやすい施設・設備となっている。病棟の療養環境は、必要なスペースが確保され整理整頓も行き届いている。

### 4. 医療の質

ご意見箱や医療相談窓口、患者満足度調査等から患者・家族の意見や要望、苦情などを収集し、業務改善委員会で検討している。診療の質改善に向けた取り組みでは、クリニカルパスを活用した医療の標準化やバリエーション分析による質改善への取り組みが行われている。また、業務の質改善活動では、TQM活動推進部会を設置し、多職種が参加したTQM大会を開催して改善活動の事例が発表されている。新た

な診療・治療方法や技術を導入するプロセスは倫理・安全面などに配慮して適正に整備されている。実施後のモニタリングについては個別の期間を定めて報告することとし、安全部門としても確認を行っている。診療録の記載は、全職種が電子カルテシステムを用いて、必要な情報を適時・的確に記載している。

病棟・外来の診療・ケアの管理・責任体制は明確で、掲示により周知されている。多職種からなる医療チームとして、NST、摂食・嚥下、緩和ケア、褥瘡などのチームが活動し、依頼への対応や定期回診、カンファレンスが適切に行われている。

## 5. 医療安全

患者の安全確保体制として、医療安全推進部は医療安全管理責任者でもある副病院長が部長を務め、専従医師、専従看護師等が配置されている。患者安全に関するマニュアルが整備され、インシデント報告を促す仕組みがある。

患者誤認防止は2点確認の実施、治療・検査部位の間違い防止はサインインやタイムアウトでの実施、検体取り違い防止のチェックなどを実施している。薬剤の安全な使用について、注射用カリウム製剤やインスリン製剤などハイリスク薬の選定・運用、抗がん剤のレジメン管理や重症病棟で使用される注射薬の希釈方法統一など、適切に行われている。情報伝達エラー防止対策については電子カルテ上のオーダーリングシステムを用いて指示出し・指示受けが確実に実施され、放射線・病理所見の未読チェックシステムも構築されている。転倒転落予防対策が定められ、全患者のリスク評価が行われている。転倒・転落事故発生時の対応は、医療安全推進ポケットマニュアルにフローが明示されている。医療機器に関するマニュアルを整備し、看護師と臨床工学技士による使用中点検チェックリストに基づき安全性を確保している。医療機器課管理では、院内全体の医療機器が把握されている。また、使用後点検が確実に行われた後に貸し出す体制が進められている。コードブルーが設定され、全部署の明示と医療安全推進ポケットマニュアルで全職員に周知している。患者の重症化予防として、2016年からCCOTが活動しており、本年RRSとして臨床現場の認識を高める体制が開始されている。

## 6. 医療関連感染制御

病院長を委員長とする院内感染対策委員会が組織され、専従ICN1名、専任ICD2名が所属する感染対策部がICTおよびASTの機能を担っている。ICTは定期ラウンドをはじめ院内感染制御に関する実務を担い院内感染対策マニュアルに基づいた感染対策を実施している。また、院内全部署に感染対策推進員を配置して感染症対策の周知・徹底を図り、リンクナースも各病棟で活動している。「院内感染対策マニュアル」を整備し適宜改定している。院内外での感染発生状況や流行情報の把握、データの分析と検討、アウトブレイクへの対応、地域連携などは適切に行われている。院内サーベイランスについては、SSIは今年度より従来の2診療科から4診療科に拡充され実績を挙げつつあるところであり、その他の医療関連感染は全病棟での実施へと対象を拡大し、状況把握と対策立案に取り組んでいる。

手指衛生遵守状況は、手指消毒剤使用量のモニタリングに加え、看護部では直接観察法を実施している。他職種の手指衛生遵守率が把握も期待したい。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、定期的に改訂している。特定抗菌薬について届出制・許可制を運用し、モニタリングが行われている。ASTによる診療支援の結果、過去7年間で広域抗菌薬の使用量が半減するなど抗菌薬の適正使用が推進されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は広報課で検討し、ホームページや広報誌などによって行っている。地域の医療機関向けに「診療のご案内」を発行しているほか、地域連携室メールマガジンや看護部門ではSNSを活用して最新情報の発信に取り組まれている。また、各療科における診療実績をホームページで発信している。地域連携では、特定機能病院として役割を明確にするとともにがん診療拠点病院、肝疾患診療拠点病院および総合周産期母子医療センターとして高度医療を担い、地域の医療機関との連携を図っている。地域医療推進部のもとに地域医療連携室を設置し、地域の医療機関等との橋渡しを円滑に行っている。コロナ禍の状況下で様々な制約のなか府民公開講座やシンポジウムの開催などはWeb形式を取り入れるなど、工夫して地域の健康増進に取り組まれている。また、がん診療連携拠点病院としての役割を踏まえて、緩和ケアやがん診療に関わる技術的な講習会も開催している。総合周産期母子医療センターでは、地域の関連施設と胎児遠隔診断システムによって診断支援を行っている。看護実践キャリア開発センターを活用し、専門看護師、認定看護師によって地域医療施設の看護師に対する教育支援活動を行うなど、大学附属病院として地域の健康水準向上への貢献に寄与している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページに掲載され、科別に診療内容も紹介している。また、来院した患者がスムーズに受診できる案内の配慮もある。入院の必要性は医師が専門的・医学的判断に基づいて決定し、診療科カンファレンスでも検討が行われている。医療相談では、看護師や臨床心理士、社会福祉士により多様な相談に応じている。入院計画の立案やアセスメントは多職種が関わって迅速に行われ、クリニカルパスも積極的に活用されている。診断的検査は、適応の判断、説明と同意、実施中の観察、検査後の対応など、安全に留意して確実に行われている。

病棟薬剤師が各病棟に配置され、持参薬確認や服薬指導、薬歴管理を行っている。注射薬は院内共通手順で認証し、確実に投与している。周術期の対応は、当該診療科、関連診療科、麻酔科の連携の下、多職種が関与して手術の適応判断、合併症予防対策、術中管理が行われている。輸血はガイドラインに則したマニュアルに従って輸血実施前後の確認・観察も的確に行われている。リハビリテーションは早期からの介入に努め、主診療科からの依頼に応じて専門医が往診した後、計画が策定され、情報共有に努めて実施している。多職種で構成された緩和ケアチームが活動し、がん患者・非がん患者への対応も適切である。退院後の診療・ケアの継続性は、診療情報提供書や看護サマリーなどで転院先や在宅サービス機関への情報提供

がされている。緩和ケアチームの介入で患者・家族意思決定支援が行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では、処方鑑査と疑義照会、調剤鑑査、夜間・休日を含む持参薬の鑑別、注射薬の1施用ごと取り揃え、抗がん剤の調製、院内製剤の調製、TDM、副作用情報の一元管理や医薬品情報室からの情報配信などが適切に行われている。臨床検査機能は、ISO15189 認定取得を維持し、病院機能に応じた検査が良好に行われている。画像診断については診断医が休日・夜間帯も含め、緊急の依頼にも対応しており、造影剤の使用についても安全に配慮された体制を構築している。栄養管理機能では、安全で美味しい食事の提供に努めている。リハビリテーション機能については、各診療科・病棟スタッフと情報共有しつつ早期からの確実な実施に努めているが、連休中の継続性に関する規定について明確にされたい。放射線治療は病院附設の永守がんセンターとの連携のもと、IMRT・陽子線治療も含め、患者の個別性にも応えるべく豊富なモダリティを有し、専門的スタッフにより安全にも配慮して実施されており、きわめて高く評価できる。診療情報管理では、診療記録管理要綱に基づき管理し、診療記録の量的点検を実施している。器材の一次洗浄は中央材料滅菌室で洗浄・滅菌をしている。医療機器の管理について、患者に直接使用される医療機器の把握、患者に使用した機器が臨床工学部で点検整備された後に使用される仕組みが求められる。

病理診断機能は、検体交差の予防に取り組み、診断の質を高めながら、適切に実施している。手術・麻酔機能は、手術件数の増加を適切な運用で達成しつつ、多職種が関与して安全な手術が実施されている。輸血・細胞医療部は ISO15189 の認定を取得し輸血・血液管理機能を担っている。集中治療機能では、病状に応じた集中病床が整備され、適切に機能が発揮されている。救急医療機能は、救急車は基本的に応需する方針の下、重症例も積極的に受け入れ、地域の救急医療の充実に貢献している。

## 10. 組織・施設の管理

会計処理は、法人規程・要綱に基づき行われ、内部監査、監査法人による監査が行われている。予算管理、財務諸表はじめ経営状況の把握と分析が行われ適切である。外来窓口業務、診療報酬請求などの医事業務は手順に沿って実施され、請求業務における一連のプロセスは適切に行われている。未収金対策は、督促をはじめ回収困難事例は弁護士に委託している。レセプトの返戻・査定は、診療審査委員会で報告、対策がなされ組織的かつ合理的に行われている。委託管理では、業者選定は関係要綱に基づき一般競争入札を実施している。委託会社との情報共有を目的とした意見交換会を実施し、病院からの情報提供や委託会社からの要望を聞く場を設けている。

施設・設備の管理は病院管理課が担当し、日常点検、保守管理などの年間計画を策定し、計画的に実施しているほか、経年劣化による施設・設備の状況を把握し、計画的に整備している。感染性廃棄物の保管、管理、処理過程は適切に行われている。

る。物品管理について、医薬品や医療材料の選定や購入の検討はそれぞれ薬事委員会、医療材料検討委員会で行うなど、物品購入過程は明確である。医薬品・医療材料の管理はSPD方式を導入し、使用管理・請求・納品・補充を適切に行っている。

災害拠点病院として消防計画や防災計画行動マニュアルを策定し、訓練も行っている。DMATの編成や受け入れ体制は整備されており、患者および職員用の備蓄は3日分確保され、災害時への体制は適切である。保安業務については、緊急時の連絡網が整備され、昼間・夜間の院内巡視を定期的に行い、監視カメラによる巡視も常時実施している。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修は研修管理委員会のもと卒後臨床研修センターにおいて研修を推進している。歯科医師の臨床研修についても適切に実施されている。研修医への評価には、双方向性、そして多職種による360度評価が行われている。スキルスラボが整備されており、計画的な技術獲得の研修が行われている。EPOCⅡによる研修記録・評価や指導者評価などを実施している。看護師は、新人研修ガイドラインを活用して初期研修を行っている。薬剤師は3年の初期研修プログラムがあり、臨床検査技師はISOに準拠したプログラムによって初期研修が行われている。診療放射線技師では、初期1年目の研修が修了すると当直業務ができる仕組みである。事務局職員では研修計画に基づき、初期研修が行われ指導者の評価も行っている。医師・薬剤師・看護師のほか多種の学生実習を多く受け入れている。カリキュラムに沿った実習が行われており、コロナ禍において、リモートでの実習を併用するなどの工夫も見受けられる。実習生の受入れについては、受託実習生受入要領に沿って売れ入れており、個人情報保護についての注意事項を説明し誓約書を提出する体制も整備している。

# 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	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	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	B
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	C
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	C

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	B
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	B
1.6.3	療養環境を整備している	B
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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	C
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	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	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	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	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	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	B
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 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： 京都府立医科大学附属病院

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： 京都府京都市上京区河原町通広小路の梶井町465

### 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	893	691	-73	61.7	12
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	118	23	-1	62.4	37
結核病床	54	0	-11	0	0
感染症病床					
総数	1065	714	-85		

### 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	-3
集中治療管理室 (ICU)	12	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	4	+4
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+6
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+3
周産期集中治療管理室 (MFICU)	3	+0
放射線病室		
無菌病室	9	+0
人工透析	9	+0
小児入院医療管理料病床	83	+0
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	16	+0
精神科隔離室	10	+0
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床	23	-1
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, 災害拠点病院 (地域), がん診療連携拠点病院 (都道府県), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院 (I 群), 総合周産期母子医療センター

### 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： 19 人 2年目： 50 人 歯科： 9 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

1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数										
診療科名	医師数 (常勤)	医師数 (非常勤)	1日あたり外来 患者数 (人)	外来診療科構 成比(%)	1日あたり入院 患者数 (人)	入院診療科構 成比(%)	新患割 合(%)	平均在 院日数 (日)	医師1人 1日あたり外来 患者数 (人)	医師1人 1日あたり入院 患者数 (人)
呼吸器内科	5	4	41.69	2.14	15.35	3.25	3.96	10.68	4.63	1.71
循環器内科	8	7	80.19	4.11	28.59	6.06	6.84	8.71	5.35	1.91
消化器内科（胃腸内科）	11	2	178.19	9.13	38.52	8.17	3.19	8.00	13.71	2.96
腎臓内科	2	5.48	36.09	1.85	6.18	1.31	4.04	9.90	4.82	0.83
神経内科	8	11.08	59.72	3.06	15.84	3.36	4.41	21.41	3.13	0.83
糖尿病内科（代謝内科）	4	8	79.62	4.08	1.81	0.38	4.79	9.13	6.63	0.15
血液内科	4	6	48.60	2.49	26.18	5.55	2.69	19.52	4.86	2.62
皮膚科	8	14.29	106.76	5.47	11.04	2.34	7.93	9.37	4.79	0.50
リウマチ科	3	15	67.33	3.45	9.76	2.07	1.92	30.70	3.74	0.54
感染症内科	3	0	8.10	0.41	0.25	0.05	14.91	15.50	2.70	0.08
小児科	19	11.53	75.46	3.87	50.64	10.74	5.61	19.22	2.47	1.66
精神科	10	11	62.46	3.20	11.37	2.41	4.49	45.85	2.97	0.54
外科	3	0	18.71	0.96	5.33	1.13	3.89	15.27	6.24	1.78
呼吸器外科	4	3	16.70	0.86	8.67	1.84	3.61	11.75	2.39	1.24
循環器外科(心臓・血管外科)	6	10	19.67	1.01	21.66	4.59	4.90	21.63	1.23	1.35
乳腺外科	4	6	40.05	2.05	5.90	1.25	3.15	9.51	4.00	0.59
消化器外科(胃腸外科)	11	8	48.11	2.47	33.30	7.06	2.65	17.95	2.53	1.75
泌尿器科	8	11	109.10	5.59	20.13	4.27	4.53	8.01	5.74	1.06
脳神経外科	8	6	26.79	1.37	16.35	3.47	7.17	16.91	1.91	1.17
整形外科	16	21	125.41	6.43	36.23	7.68	5.98	17.44	3.39	0.98
形成外科	2	3	18.90	0.97	4.79	1.02	6.54	13.14	3.78	0.96
眼科	10	11.73	180.43	9.25	21.85	4.63	10.37	6.69	8.30	1.01
耳鼻咽喉科	7	6.16	91.45	4.69	23.68	5.02	8.69	13.14	6.95	1.80
小児外科	4	1	20.15	1.03	12.04	2.55	7.69	9.37	4.03	2.41
産婦人科	10	12	77.44	3.97	27.71	5.88	4.36	10.26	3.52	1.26
リハビリテーション科	3	9	7.04	0.36	1.30	0.28	2.00	14.18	0.59	0.11
放射線科	23	12	71.38	3.66	0.45	0.10	2.92	3.37	2.04	0.01
麻酔科	11	14	9.03	0.46	0.00	0.00	80.05	0.00	0.36	0.00
病理診断科	5	6	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	4	4.52	7.52	0.39	5.13	1.09	65.27	11.59	0.88	0.60
歯科	5	13	168.83	8.65	2.92	0.62	9.03	5.54	9.38	0.16
疼痛・緩和ケア科	3	7	38.55	1.98	6.20	1.32	4.56	28.48	3.85	0.62
臨床検査部	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
中央手術部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
リハビリテーション部	5	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
輸血・細胞医療部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
化学療法部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
血液浄化部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
遺伝子診療部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療安全推進部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療情報部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
感染対策部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急医療部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
総合診療科	2	3	11.81	0.61	2.46	0.52	19.70	12.75	2.36	0.49
中央診断部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
集中治療部	6	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
その他	6	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

## I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	1,951.28	1,876.02	2,117.84	104.01	88.58
1日あたり外来初診患者数	125.76	117.16	157.74	107.34	74.27
新患率	6.45	6.25	7.45		
1日あたり入院患者数	471.65	489.60	595.62	96.33	82.20
1日あたり新入院患者数	37.95	38.24	46.41	99.24	82.40