

# 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 8 月 30 日～8 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 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

貴院は公立広島病院を前身にもち、1948 年に県立広島病院として再発足している。その後、母子総合医療センター、救命救急センターの設置など、幾重の変遷を経て医療機能の強化を図ってきた。また、総合周産期母子医療センター、地域がん診療連携拠点病院、広島県エイズ治療中核拠点病院、地域医療支援病院、2023 年にはがんゲノム医療拠点病院の指定を受け、地域医療に大きく貢献している。

病院機能評価を継続的に受審しており、病院長や幹部のリーダーシップの下に職員が一丸となり、課題の解決や医療の質・医療安全の向上に取り組んできたことが確認できた。今回の受審を機に、医療機能の一層の充実や、地域の基幹病院として益々の発展につながれば幸いである。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念を明文化し、毎年見直しを行い、患者・家族に向けて周知している。危機対応力の強化、地域連携の強化、人材育成の強化などについて目標を定めて取り組んでいる。意思決定会議を定期的開催し、迅速に問題解決を行っている。また、決定事項は、各会議を通して職員に周知している。院内の情報は、データの真正性、保存性、見読性を確保し、バックアップ体制を含めて適切に管理する体制である。文書管理については、事務的文書や各種マニュアル、各部門の文書を一元的に管理する仕組みがある。

医療法による法定人員や診療報酬上の施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理体制を整備しており、職員の安全衛生管理体制はおおむね適切である。毎年職員満足度調査を実施し、職員の要望を把握し、魅力的な職場づくりに努

めている。全職員を対象にした教育・研修は、年間計画を策定して実施している。人事評価制度と連動した職員の能力把握・評価を行っており、専門的能力の向上や資格取得支援体制等を整備している。基幹型・協力型の臨床研修指定病院であり、研修プログラムに沿って研修医を受け入れている。看護師は新人看護師研修プログラムに沿って評価し、薬剤師などのコメディカルについても専門職種に応じた初期研修プログラムを作成し、研修と評価を行っている。学生実習の受け入れ窓口を定め、実習中の事故などの取り決めや個人情報保護に関する誓約書などを整備している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族や職員に周知を図っている。説明と同意の方針・手順は明確であり、同意が必要な範囲を規定し、説明・同意文書を一元的に管理している。各種パンフレットを活用し、患者からの情報提供を促して適切な医療が受けられるよう協力を求めるなど、医療への参加を促進している。患者相談窓口は院内掲示や入院案内等で周知し、相談内容に応じて関連部署と連携して対応している。個人情報保護規程や患者情報の持ち出し規程を整備している。日常的に生じる患者・家族の倫理的課題については、看護師が中心となり、各部署のカンファレンスで積極的に検討している。臨床現場において解決できない倫理的課題は倫理審査委員会で検討する仕組みがある。

病院へのアクセスは最寄りのバス停から徒歩圏内であり、病院敷地内には駐車場等を設置し、利便性を確保している。また、患者・面会者の快適性、高齢者や障害者にも配慮している。敷地内禁煙を徹底しており、職員の喫煙率は低く、受動喫煙防止に適切に取り組んでいる。

### 4. 医療の質

改善推進委員会を中心に、各部門・サークルが業務の質改善活動を継続的に実践しており、高く評価できる。毎週開催する診療科内の症例検討会は、多くの診療科で多職種が参加しており、がんキャンサーボードなども毎週症例検討会を開催している。クリニカル・パス委員会では、パスの作成・修正、バリエーション分析などを行っており、診療の質の向上に向けて取り組んでいる。患者・家族からの意見や要望は、院内の意見箱、患者満足度調査により把握し、質改善につなげている。新規医療技術や未承認治療など新たな診療・治療方法や技術の導入は、組織的に検討して決定している。

病棟、外来の責任体制は明確であり、病棟ナースステーション入口に医師、看護師長、担当薬剤師、退院支援看護師の氏名を掲示している。電子カルテ上の診療記録は、診療録記載マニュアル、看護記録記載基準に則り、適時わかりやすく SOAP 方式で記載している。多職種で構成する専門チームが組織横断的に患者支援を行い、各チームは定期的に院内ラウンドやカンファレンスを行い、チーム医療を実践している。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、院長、副院長（統括医療安全管理者）、安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者医療安全管理室の業務を担い、下部組織に各部署セーフティマネジャーを配置している。医療安全に関する各種委員会等を開催し、職種を網羅した会議が機能している。院内のインシデント・アクシデントレポートは、重要と判断された場合は分析し、対策を立案している。医療事故が発生した際の対応手順を明確に定め、職員に周知している。

患者誤認防止のために患者自身による氏名等の名乗りを基本として確認している。麻薬は薬剤部から払い出され、各病棟において堅牢な保管庫で管理している。また、ハイリスク薬の管理、抗がん剤のレジメン管理等は適切であり、病棟配置薬は薬剤師が毎日確認し、安全な使用につなげている。転倒・転落防止のため、入院時に患者のリスクを評価し、看護計画に反映している。部署で使用する医療機器は臨床工学技士が確実に点検している。患者急変時の対応として緊急コールを設定している。また、全職員を対象にBLS訓練を行い、患者の急変時に迅速に対応する体制を整備している。

## 6. 医療関連感染制御

医療安全管理部に感染対策部門を設置している。専従のICNを配置して、感染症対策委員会を毎月開催している。また、ICTは院内の感染状況の把握や院内ラウンドを行い、毎月会議を実施している。ASTの活動、院内感染状況に対するサーベイランスを適切に実施している。ICTは院内ラウンドを行い、院内の感染の動向や感染防止対策の実施状況を調査して分析を行い、臨床現場に結果をフィードバックしている。

医療関連感染制御のため、必要な場所に手指消毒剤を配置し、使用している。また、職員はPPEを着用しており、装着の適否等は感染リンクナースが確認している。抗菌薬の採用・中止については感染対策室と感染リンク医師が検討し、薬剤部運営委員会で審議決定する仕組みがある。抗菌薬の使用については抗菌薬使用マニュアルを整備し、適切に改訂を行っている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院が提供する診療機能に関わる情報提供として広報誌を発行し、連携医療関連機関や地域住民に配布するとともに、ホームページにも掲載している。院内の医療サービス案内に関しては、病院案内や入院のご案内、院内掲示、ホームページなどで関係者に情報提供を行っている。地域連携室に看護師、社会福祉士などの多職種を配置し、地域の医療ニーズを把握するとともに、地域医療機関および医療・福祉関連施設等のデータを収集し、連携を推進している。また、地域医療連携室の職員が連携施設などを訪問し、状況に応じて各診療科の医師も同行するなど、積極的な交流に取り組んでいる。

地域住民および患者・家族に対する教育・啓発活動として、市民公開講座、地域健康フォーラムを開催している。また、糖尿病教室、腎臓病教室、マタニティクラスのカンファレンスや脳卒中患者交流会、がんサロン等の患者・家族が交流できる会なども開催し、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に必要な情報はホームページや各種掲示物等で案内しており、患者・家族に周知し、円滑な受診につなげている。医師が各種検査の必要性を判断し、説明と同意に関するマニュアルに基づき、患者に必要性とリスクを説明し、同意書を得てから検査を実施している。入院や治療方針は医学的基準に基づき、原則として外来担当医が決定している。治療方法に複数の選択肢がある場合は、患者希望を確認し、カンサーボードや複数診療科によるカンファレンスで検討する仕組みがある。

医師は毎朝病棟スタッフと情報共有を行い、疾病や患者の状態に合わせて必要な回診や面談を行い、看護師は看護手順、基準に則り適切なケアを提供している。内服薬や注射薬の必要性や有害事象について、あらかじめ医師が説明して同意を得る仕組みとなっている。医師の指示を受けて使用する薬剤について、病棟薬剤師が服薬指導を行っている。輸血を実施する場合は輸血療法マニュアルに則り、血液製剤の病棟への搬送、輸血の実施、患者の観察、副作用の確認などに適切に対応している。手術・麻酔の適応・方法は各診療科で決定し、主治医が手術の必要性、術式および手術に伴うリスクなどを説明し、手術同意書を得ている。重症な症例などリスクの高い患者は、各専門医の診療やカンファレンスなどで検討している。患者の重症度に応じて病棟・病床を決定し、多職種が関与して治療・ケアを行っている。褥瘡対策チームと各病棟褥瘡リンクナースの連携により、リスクの高い患者に介入し、発生率を減少させている。栄養管理、症状緩和を適切に行い、リハビリテーションを行う際は、リハビリテーションの必要性を患者・家族に説明している。身体拘束については、身体抑制基準に沿って医師の指示に基づき、やむを得ない場合のみ実施しており、解除に向けて、毎日多職種で検討している。各病棟に退院調整看護師を専従配置し、全患者に退院アセスメントスクリーニングを実施して面談するなど、患者の個別性に配慮して退院支援を行っていることは高く評価できる。退院支援室が中心となり、入院前情報や入院経過で得た情報を多職種で共有し、個別性のある在宅療養支援を行っている。ターミナルステージの判断は、チームカンファレンスで検討し、患者のQOLを踏まえ、患者・家族の要望に沿った治療・ケアを提供している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査は診療録や薬歴を確認し、必要に応じて疑義照会を行い、集計分析を実施している。薬剤の取り揃えや払い出しの誤認防止のルールを定めている。臨床検査機能は、必要な検査項目を24時間365日対応しており、ゲノム医療拠点病院として遺伝子検査が増加している。画像診断機能は、可能な限り時間外の緊急の読影

所見に対応し、休日にもオーダー医からの質問などに対応している。専門医以外の医師は作成した所見を専門医とダブルチェックし、診断精度を高めている。また、予期せぬ病変が発見された場合には、報告書システムから担当医に連絡するシステムを構築しているなど、画像診断機能は高く評価したい。栄養管理機能については適時・適温かつ衛生面に配慮して食事を提供し、嗜好調査等で患者の意見を取り入れた献立となるよう取り組んでいる。入院早期からリハビリテーションを開始し、多職種カンファレンスで方針を決定している。診療情報を一元的に管理し、退院患者の量的点検を適切に実施している。医療機器はME 機器室で一元管理し、臨床工学技士が24時間対応して医療機器の安全な使用を担保している。中央材料室はワンウェイであり、確実な滅菌を行っている。病理診断の精度を確保し、迅速に結果を報告している。放射線治療機能は、放射線治療医や放射線治療専門放射線技師により、治療件数の増加と質の向上に努めている。専従の臨床検査技師は、血液製剤の保管・供給・返却などを管理し、輸血療法委員会が使用状況を検証している。手術・麻酔機能については、担当医師、麻酔科医師と看護師を中心に、多職種のスタッフが協働し、安全な手術・麻酔を実践している。ICUでは、集中治療専任医師と主治医を務める当該診療科医師が協議を重ね、臨床工学技士などの多職種が治療・ケアに関わっている。二次・三次救急病院として、全ての救急患者に対応するための救急医療体制を構築している。内科救急診療部を立ち上げ、平日昼間の救急車搬送患者の受け入れを強化している。

## 10. 組織・施設の管理

院内および本部が定める手順に沿って予算を審議し、決定している。会計処理は公営企業会計基準に則り、財務諸表等も適正に作成している。また、会計監査を確実に実施している。受付対応や窓口収納業務、診療報酬請求業務などの医事業務を医事課が所管し行っている。レセプト点検には担当医と事務職員が確実に関わり、「保険診療適正化委員会」等ではレセプト審査状況の把握や返戻・査定事例の検討を行っている。未収金への対応なども適切である。委託業務に関しては業務委託の必要性や費用について、関係部署、事務局を含めて協議し、検討する仕組みがある。

施設・設備は年間計画に基づき、保守管理、日常点検、トラブルに対応し、医療ガス管理、感染性廃棄物等を適切に管理している。診療材料等を購入する際には、必要性や購入額について検討した上で購入に至っており、購買管理を適切に行っている。基幹災害拠点病院としてDMATを編成して災害支援を行っている。各種災害の対応マニュアルやBCP（事業継続計画）を策定し、情報セキュリティ対策のフローチャートやシステムダウン対策のマニュアルを整備し、院内に周知している。保安業務は業務委託の警備職員を配置し、夜間・休日の出入口の管理、来訪者への対応、定期的な院内巡視および施錠管理などの保安体制を整備している。

# 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	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	S

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
<hr/>		
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	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	B
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	B
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	栄養管理と食事支援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	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化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	S
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	S
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	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	A
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	
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	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	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	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	B

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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2023 年 1 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 県立広島病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 広島県広島市南区宇品神田1-5-54

### 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	662	597	-3	72	9.4
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	50	30	+0	24.8	18.3
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	712	627	-3		

### 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	
集中治療管理室 (ICU)	24	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	8	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	32	+0
小児入院医療管理料病床	39	+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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床	20	+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	30	+0
精神療養病床		
認知症治療病床		

### I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (基幹),  
 へき地拠点病院, 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院,  
 DPC対象病院 (DPC特定病院群), 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： 15 人 2年目： 17 人 歯科： 1 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	8	0	45.31	4.39	45.56	9.88	10.81	11.39	5.66	5.70
循環器内科	13	0	67.52	6.54	41.06	8.91	6.85	9.27	5.19	3.16
消化器内科（胃腸内科）	6	0	21.22	2.06	17.22	3.74	14.35	10.09	3.54	2.87
腎臓内科	6	0	52.02	5.04	13.46	2.92	2.72	10.95	8.67	2.24
神経内科	7	0	29.02	2.81	18.50	4.01	12.67	14.54	4.15	2.64
糖尿病内科（代謝内科）	5	0	31.78	3.08	6.51	1.41	2.59	12.34	6.36	1.30
皮膚科	3	0	37.35	3.62	6.52	1.41	5.99	10.60	12.45	2.11
リウマチ科	3	0	19.90	1.93	1.86	0.40	3.88	13.17	6.63	0.62
小児科	4	0	44.87	4.35	9.02	1.96	6.03	9.75	11.22	2.25
精神科	5	0	49.19	4.76	2.58	0.56	0.57	23.53	9.84	0.52
呼吸器外科	3	0	4.73	0.46	5.90	1.28	9.34	9.67	1.58	1.97
循環器外科（心臓・血管外科）	3	0	10.27	0.99	7.37	1.60	7.97	16.07	3.42	2.46
泌尿器科	4	0	39.28	3.80	14.36	3.11	7.49	6.85	9.82	3.59
脳神経外科	7	0	43.48	4.21	25.62	5.56	6.46	13.84	6.21	3.66
整形外科	7	0	59.88	5.80	30.29	6.57	7.05	14.11	8.55	4.33
形成外科	2	0	7.52	0.73	2.09	0.45	4.07	8.91	3.76	1.04
眼科	4	0	34.72	3.36	2.53	0.55	6.39	3.94	8.68	0.63
耳鼻咽喉科	6	0	63.66	6.17	11.45	2.48	9.67	6.00	10.61	1.91
小児外科	3	0	17.21	1.67	5.36	1.16	10.01	6.99	5.74	1.79
産婦人科	8	0	44.36	4.30	37.81	8.20	6.18	9.51	5.55	4.73
リハビリテーション科	1	0	1.39	0.13	0.00	0.00	0.00	0.00	1.39	0.00
麻酔科	12	0	11.58	1.12	0.00	0.00	0.93	0.00	0.97	0.00
病理診断科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	11	0	4.78	0.46	14.43	3.13	88.93	7.17	0.43	1.31
歯科口腔外科	4	0	35.85	3.47	4.81	1.04	11.38	9.85	8.96	1.20
緩和ケア科	2	0	1.24	0.12	8.75	1.90	5.65	30.28	0.62	4.38
総合診療科・感染症科	7	0	12.97	1.26	20.05	4.35	27.30	13.33	1.85	2.86
内視鏡内科	9	0	41.60	4.03	15.08	3.27	13.90	8.16	4.62	1.68
臨床腫瘍科	4	0	50.36	4.88	25.46	5.52	1.16	10.32	12.59	6.37
消化器・乳腺外科	10	0	47.56	4.61	34.20	7.42	7.67	11.58	4.76	3.42
消化器内視鏡外科	5	0								
放射線診断科	5	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線治療科	1	0	10.32	1.00	0.00	0.00	4.60	0.00	10.32	0.00
ゲノム診療科	1	0								
小児腎臓科	2	0								
新生児科	9	0	7.40	0.72	28.31	6.14	30.69	18.57	0.82	3.15
小児感覚器科	1	0	19.32	1.87	0.18	0.04	7.23	6.00	19.32	0.18
生殖医療科	2	0	43.64	4.23	0.92	0.20	4.57	5.38	21.82	0.46
移植外科	3	0	20.94	2.03	3.82	0.83	1.60	6.26	6.98	1.27
院長	1	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	1,032.26	996.59	1,105.15	103.58	90.18
1日あたり外来初診患者数	77.40	77.08	85.27	100.42	90.40
新患率	7.50	7.73	7.72		
1日あたり入院患者数	461.07	482.95	542.27	95.47	89.06
1日あたり新入院患者数	43.55	42.36	46.10	102.81	91.89