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 1 月 22 日～1 月 23 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、「信頼と安心の医療で地域を支えます」を理念に掲げ、4 項目の憲章を基本方針として急性期医療、感染症医療を提供している。許可病床数 304 床を有し、地域医療支援病院、地域災害拠点病院、エイズ治療拠点病院、臨床研修病院の指定を受け、地域の住民から厚い信頼を得ている。重点医療として救急医療、生活習慣病医療を挙げ、特色として腎医療、脳卒中医療、がん医療に取り組んできた。

このたびの病院機能評価の受審に向けて、院長を中心として病院幹部がリーダーシップを発揮し医療の質向上に取り組むとともに、職員の自発的な改善活動を積極的に推進している。また、全病院的に業務の評価を行い、多職種が連携して積極的に取り組んだ改善活動の成果が随所に確認できた。今後も病院機能の向上に努められ、貴院のさらなる発展と地域医療への貢献の一助となれば幸いである。

２．理念達成に向けた組織運営

理念と憲章は具体的な内容で明文化し、病院運営の基本として院内外に発信している。意思決定の場である運営会議で病院規模や機能に相応しい組織体系を構築し、理念を達成するために年度計画を策定し、目標や課題を院内で共有している。優れた取り組みを表彰するなど職員の就労意欲にも配慮している。病院の文書管理は総務課が担当し、電子カルテシステムの機能を利用して保管している。文書は規程が整備され管理されているが、現場の運用に則したマニュアルの整備が期待される。

人事・労務管理体制を整備し、就業規則等の整備や労働実態把握に努め、職員が安心して働けるようメンタルヘルスやハラスメントの相談窓口を設置している。職

員の意見や要望を収集し、職場環境や処遇の改善に活かしている。子育て支援や就労支援にも力を入れている。必要性の高い研修をスーパー研修として位置づけ、学びやすい環境を整えて図書室やオンラインジャーナルを充実させ、専門知識習得を支援している。人事考課制度を導入し目標設定や実績評価を通じて能力向上と育成を図り、昇給や賞与、昇任に反映している。

医師・看護師などの初期研修を計画的に実施し、指導体制と評価制度を整備して職員の育成に努めている。医師、看護師など様々な職種の学生実習を受け入れ、入念な準備と患者への理解と協力を求めて安全な実習環境を提供している。

３．患者中心の医療

東京都立病院機構本部（以下、機構本部）が作成した患者権利章典に基づき、「都立大久保病院患者権利章典」を策定して定期的に検討し、院内外に周知している。説明に基づく同意に関する基本方針を作成し明文化している。指示入力時に説明・同意書を発行し、医師はそれを用いて説明し同意を得ている。患者の権利と責任について明文化し、患者と診療情報を共有して患者参加型医療に取り組んでいる。患者・家族の相談は主に患者・地域サポートセンターが担い、相談記録はカルテと部門システムに記載し、詳細は閲覧制限をしている。個人情報保護の関係規程を整備して広く周知し、診療情報持出しは許可制として事務職員が必要な処理を行う。倫理委員会を毎月１回開催し、臨床倫理に関する方針を定めている。現場で解決できない倫理的問題は臨床倫理専門小委員会で審議して倫理委員会に報告している。

鉄道駅が至近にあり、駐車場・駐輪場を設置している。院内はバリアフリーで、病室および処置室などは診療・ケアに必要なスペースを確保し、利便性・清潔性・安全性を保障している。病院は敷地内禁煙で、院内掲示、入院案内等で周知し、サイネージ等で禁煙啓発を行っている。職員の喫煙率は高く禁煙推進への積極的取り組みを期待したい。

４．医療の質

組織横断的な業務の質改善として、計画課が「テーマ別改善運動」を展開し、医事課が「保険診療ニュース」を発行している。患者満足度調査で得た結果を業務改善に反映している。多数のカンファレンスに多職種が参加し、クリニカル・パスではアウトカム指標の設定とバリアンス分析を実施している。患者・家族からの意見は、ご意見箱、患者満足度調査、患者の声相談窓口で収集し、意見への対応策を検討すると共に幹部に報告し職員にも共有している。倫理委員会とその下部組織の臨床倫理専門小委員会が、倫理的判断を必要とする項目を管理している。高難度新規医療技術評価委員会は、多職種で審議し、教育体制と導入後の再評価規定を整備している。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、診療・看護・各職種の責任者を掲示している。電子カルテ運用で、規程に則り速やかに記載し、質的点検と略語集の作成を行なっている。退院２週間以内のサマリー記載率の向上が期待される。専門医

や認定看護師による多職種チームがあり、多職種で情報共有を行い、定期的なカンファレンスや回診を行うなど、協働して患者の診療やケアに取り組んでいる。

５．医療安全

院長直轄に医療安全管理室を設置し、医療安全管理者を専従配置している。インシデント・アクシデントレポートは報告ルートを整備し、SHELL 分析や改善策の評価も継続して取り組んでいる。医療事故発生時の手順等は明文化して職員に周知している。「院内事故調査検証会」や重大事故発生時の「事故調査会」を開催し必要な対応を行う仕組みがある。

患者確認は、患者本人が名乗り、外来は診察券、入院はネームバンドでバーコード認証を行っている。検体は患者とともに印字された名前を確認し、手術室では左右の部位確認としてマーキングを実施している。指示出しから実施までの手順は確実で、指示変更や臨時指示の場合には、指示受け・実施の進捗は電子カルテ上で確認できる。口頭指示は運用ルールと指示用紙を定めている。麻薬など法令で規制している薬剤の保管・管理、ハイリスク薬の注意喚起、重複投与などのリスク回避を確実に行っている。全患者に転倒・転落アセスメントを実施しリスク評価を行い、再評価も行っている。医療機器操作マニュアルを整備して職員教育を実施し、臨床工学技士による人工呼吸器装着中の患者ラウンドを行うなど医療機器を安全に使用している。ハリーコールを設定して職員に周知し、救急カート内の薬剤や物品を院内で統一して定期的に点検を行っている。全職員を対象にした BLS 研修が開催されている。

６．医療関連感染制御

院内感染予防マニュアルでは組織体制として院長直下に室長を副院長とする感染対策室を置き、ICT、AST を配置しているが、委員会組織体制では ICT、AST は委員会下部チームとして表記されており、体制を明確にすることが期待される。また、マニュアル内に ICT の役割は規定しているが、各部門部署への立ち入りおよび指導などの権限もあわせて明記することを期待したい。院内分離菌・MRSA 等の薬剤耐性菌を把握しており、感染情報レポートとして週報をまとめている。医療関連感染に関わるサーベイランスは大腸がん手術の SSI、CLABSI、UTI について把握している。今後は SSI について対象術式の拡大とともに、サーベイランス結果の集計にとどまらず、院内感染対策へ活用し、実臨床に活かされることが期待される。

院内感染予防マニュアル内に「抗菌薬適正使用マニュアル」を整備し、周術期予防抗菌薬投与や感染症初期治療の際の抗菌薬の選択などについて規定している。抗 MRSA 薬など特定の抗菌薬使用については届出制としている。標準予防策を実践し、手洗いの職員研修や実践状況をモニタリングして各部署へフィードバックしている。血液・体液の付着したリネン類はビニール袋で密閉して患者の目の届かない場所に保管されている。病棟の感染性廃棄物は、患者の目に触れないような場所に設置するなど期待したい。

７．地域への情報発信と連携

病院広報として、患者向け広報誌「OHKUBO」、地域の医療機関向けに「連携通信おおくぼ」「診療のご案内」を発行している。ホームページは理念、患者の権利、病院概要等を掲載し充実した内容であり、更新も適宜行っている。新たにイメージキャラクター「クボモン」を作成している。地域医療連携は、地域医療支援病院として患者・地域サポートセンターが担い、運営協議会での意見交換、地域医療機関対象のアンケート調査、地域医療機関等への訪問活動を通じた地域包括システム構築と、顔の見える関係づくりを図っている。施設の共同利用、カルテ閲覧・予約等が可能な地域医療ネットワークを運用している。返書率向上のため、実効性ある返書管理体制の構築を期待したい。地域住民への教育・啓発活動としては、市民公開講座（年１回）、腎臓病教室（年２回）、看護の日にちなむイベント開催や健康イベントへの参加を行い、出張医療講座の開催も企画している。地域の医療関連施設等の従事者に向けては、医師による医療連携講演会（年 10 回）、薬剤師による薬薬連携講演会（年５回）、管理栄養士等多職種による NST 勉強会（年５回）、認定看護師による勉強会（年３回）等の学習機会を提供している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者に必要な情報提供・案内を行い、円滑な受診ができるように配慮している。外来診療は患者情報の収集、上級医師や他科へのコンサルテーション、侵襲的検査の説明と同意、安全な鎮静時対応、検査実施前後の観察、緊急対応などを確実に実施している。外来では透析看護認定看護師を中心とする透析導入前の患者に対して生活指導を行う「そらまめサポート外来」などを行っている。入院は担当医の医学的判断に基づき、患者・家族の希望にも配慮しながら説明と同意のもと決定する。入院診療計画書は患者個別性を考慮した内容で、クリニカル・パスを積極的に活用し、患者・家族へ治療内容を説明している。予約・緊急入院においても患者・家族が安心できる体制を整備している。

医師は回診、記録、指示を適切に行い、チーム医療のリーダーとしての役割を果たしている。病棟看護師は、患者の各種リスク評価結果を基に他職種と連絡・相談を行い、多職種協働を実践している。投薬・注射は医師による必要性やリスクの説明、安全な薬剤の準備のもと行っている。輸血・血液製剤投与は説明と同意に基づき安全に実施し、同意書には血液製剤の種類と概ねの使用量を提示している。手術は説明と同意の取得後に麻酔科医、看護師が収集した情報を共有して安全に管理している。重症患者は重症度に応じて適切な部署で管理している。

褥瘡予防は褥瘡対策予防マニュアルに沿って褥瘡対策チームと連携し、多職種で取り組んでいる。病棟担当管理栄養士が栄養管理計画書を作成し、患者ラウンドで食事摂取量の確認や栄養状態を評価する。緩和ケアマニュアルを整備し、緩和ケアチームが毎週のラウンドで症状を把握し対応している。病態・個別性・要望に配慮したリハビリテーション実施計画書を作成したうえで入院早期から訓練を積極的に開始している。身体抑制は行わないことを原則に、最小化に向けて基準・手順を整備している。退院支援は入院早期から多職種が係り、退院後の診療・ケアについて

も診療情報提供書などで必要な情報を引き継いでいる。ターミナルステージの判断は医師が行い、患者・家族に説明して同意を得ている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方箋に印字された血液検査結果を確認して処方鑑査を行っている。処方の疑義照会は院内処方、院外処方ともに薬剤科で収集、整理、検討のうえ、医師分科会で報告している。臨床検査技師はパニック値確認後直ちに医師に直接電話し、その後、医師の介入を確認する体制を整えている。CT、MRI、RI 画像は放射線専門医がほぼ全例翌日までに読影し、院外からの依頼はオンライン予約が可能である。管理栄養士は、常時、献立の改善を図り、選択食、お楽しみ献立を実施し好評を博している。リハビリテーションの訓練は連休期間でも 3 日以上休止しない体制で、看護師の介入や自己訓練指導も行っている。診療情報は電子カルテで一元管理し、紙媒体はタイムスタンプを導入している。医療機器は臨床工学技士が主な医療機器を中央管理し、日常点検と定期的な整備を実施している。洗浄、滅菌は各種インディケーターで質を保証し、リコール対応も整備している。

病理科専門医と認定細胞検査士が協働して精度、安全性を保ち、院内のホルムアルデヒドを管理している。放射線治療は非常勤の放射線治療専門医、放射線治療品質管理士 2 名を含む放射線技師、看護師を配置し安全な放射線治療を提供している。輸血部門は 24 時間体制で対応し、自院での腎移植後患者に「輸血関連情報カード」を発行して他院での治療に活かせるように専門性を発揮している。手術は術者、麻酔科医、看護師と多職種が連携し、麻酔科依頼症例は麻酔科医が担当して安全に管理している。複数の重症病床を有し、多職種が介入して安全に対処している。二次医療機関として東京都の救急搬送システムに則り、新型コロナウイルス感染症患者 3,430 人を入院加療し、そのうち透析患者 594 人の治療にあたった。新興感染症蔓延時に、腎疾患を重点医療として掲げる都立病院が担う責務を十分に果たしている。

１０．組織・施設の管理

予算は運営会議での了承を経て都立病院機構で最終決定している。病院会計準則に準拠した会計処理を行い、監査を受けている。毎月の経営状況・分析から改善検討を行ない、全職員に経営状況を周知している。医事業務では再来受付機の導入等で患者の利便性が向上した。レセプトは医師も確認し、返戻・査定は保険委員会で協議している。未収金対策として債権回収を法律事務所に委託している。毎年度、業務の成績評定で質向上や業者を見直して定期会議等で課題を協議し、事故発生時の連絡体制を整備している。

総務課が施設・設備管理を統括し、点検・保守、清掃、医療ガス管理、廃棄物管理などを委託業者と連携して効率的に運用している。院内流通等は SPD システムを導入し、薬剤・物品は各委員会で購入を決定して共同購入し、棚卸、使用期限確認、定数見直しを定期的に行っている。高額医療機器は運営会議で判断し購入している。

総務課が災害対策を担当し、BCP の作成や緊急時の連絡体制、防火・防災訓練、食料品・飲料水の備蓄体制などを確立して災害時の対応能力を強化している。警備員が 24 時間体制で院内を警備・監視し、緊急時の連絡体制を整備している。院内外には防犯カメラを設置して映像を記録している。院内巡視や来訪者の入退館管理も厳重に行い、安全な環境を確保している。

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	患者の個人情報を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	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	B
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	B

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	B
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	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	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	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	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	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

年間データ取得期間： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2024 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 ： 地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立大久保病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 地方独立行政法人

I-1-4 所在地 ： 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1

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	304	193	+18	63.8	10.2
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	304	193	+18		

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)		
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)		
ハイケアユニット(HCU)	8	+2
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	24	+0
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	37	+22
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		
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 ：

地域医療支援病院,災害拠点病院(地域),エイズ治療拠点病院,DPC対象病院(DPC標準病院群)

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： 4 人 2年目： 4 人 歯科： 0 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

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）
内科	1	1	2.87	0.91	0.03	0.02	72.41	1.10	1.44	0.02
呼吸器内科	2	0.72	18.02	5.68	10.20	6.43	6.00	18.34	6.62	3.75
循環器内科	7	1.03	32.15	10.14	20.04	12.64	6.55	8.95	4.00	2.50
消化器内科（胃腸内科）	4	0.83	22.46	7.08	10.88	6.86	12.44	10.60	4.65	2.25
腎臓内科	11	11.31	45.88	14.47	31.84	20.08	11.46	11.30	2.06	1.43
神経内科	2	0.42	9.47	2.99	5.84	3.68	10.30	19.65	3.92	2.41
糖尿病内科（代謝内科）	3	0.2	24.66	7.78	7.56	4.77	8.65	9.15	7.70	2.36
皮膚科	0	0.41	2.97	0.94	0.00	0.00	2.87	0.00	7.24	0.00
精神科	0	0.1	0.87	0.27	0.00	0.00	0.00	0.00	8.67	0.00
外科	1	0.91	32.23	10.16	16.05	10.13	8.95	10.07	16.87	8.41
循環器外科(心臓・血管外科)	3	0								
乳腺外科	1	0.41								
消化器外科(胃腸外科)	1	0								
泌尿器科	2	0.2	18.40	5.80	3.05	1.92	3.02	7.30	8.36	1.39
脳神経外科	1	1.14	11.59	3.65	13.49	8.51	17.85	27.20	5.41	6.30
整形外科	6	1.08	22.80	7.19	29.32	18.49	15.48	21.86	3.22	4.14
形成外科	0	0.2								
眼科	3	0.2	25.44	8.02	2.06	1.30	4.54	2.00	7.95	0.64
耳鼻咽喉科	2	0	10.57	3.33	1.94	1.23	7.04	8.39	5.29	0.97
婦人科	2	0.34	16.07	5.07	3.33	2.10	14.32	3.07	6.87	1.42
リハビリテーション科	1	0	0.13	0.04	2.16	1.36	30.77	35.82	0.13	2.16
放射線科	1	1.9	3.98	1.26	0.00	0.00	61.78	0.00	1.37	0.00
麻酔科	3	1.91	3.33	1.05	0.00	0.00	0.51	0.00	0.68	0.00
病理診断科	0.9	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	1.1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科口腔外科	2	0.2	13.21	4.17	0.77	0.48	30.67	2.69	6.00	0.35
女性泌尿器	0	0.2								
研修医	0	8								
全体	61	32.71	317.09	100.00	158.56	100.00	11.45	11.06	3.38	1.69

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
年度(西暦)	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	317.09	327.82	322.71	96.73	101.58
1日あたり外来初診患者数	36.32	34.70	30.70	104.67	113.03
新患率	11.45	10.58	9.51		
1日あたり入院患者数	158.56	155.86	136.30	101.73	114.35
1日あたり新入院患者数	14.31	13.05	12.69	109.66	102.84