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9月2日～9月3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1947年に東京社会保険協会山手病院として創立し、1987年に現在の地へ新築移転となり、2014年の独立行政法人化移行に伴って東京山手メディカルセンターに改称した。開設して10年後の1957年には総合病院としての認定を受け、循環器検診や人間ドック事業を開始した。また、地域のニーズを反映し、炎症性腸疾患センターや大腸肛門病センターの開設、高度先駆的治療や高度な検査・治療機器の導入、救急告知病院や東京都災害拠点病院、東京都がん診療連携協力病院（大腸）の指定を受けるなど、急性期医療の中核病院として様々な医療を提供して地域に貢献している。さらに2025年度には、老年内科の新設や高齢者医療チームの立ち上げにより、高齢者救急を積極的に受け入れる体制を構築している。貴院は、2015年に病院機能評価の認定を受け、今般3回目の受審となる。その間、院長を中心にした病院幹部のリーダーシップのもとで、病院の理念「専門職としての「技」と「心」を磨き最善の医療を継続的に提供していくことにより、地域の中核病院として社会に貢献します」の実現に向けて職員が一丸となって継続的な質改善に取り組んでこられた成果が随所で確認できた。一方で若干の課題も見受けられたことから、今後さらなる診療機能の充実を図り、地域医療に益々貢献していくことが期待される。

２．理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は具体的な姿勢をわかりやすく表現して院内外に周知し、病院の運営方針は院内の広報誌で職員に明示している。幹部職員の選考方法や権限は明確であり、意思決定機関である幹部会議で決定したことは管理診療会議などで組織全

体に伝達している。中期計画の達成に向けて年度の病院目標を策定し、全職員へ明示して経営参画を促している。病院情報システムは関連規程に基づき情報システム課が管理している。公的な文書は法人の文書管理規程に基づき総務企画課が管理し、院内規程や各種マニュアルは電子カルテの掲示板に掲示して共有している。病院運営に必要な人員は総務企画課が採用計画に基づいて確保に努めている。就業規則などによって適正な人事・労務管理を維持し、業績評価に基づき管理者が面談を行って年2回評価を行っている。安全衛生委員会を毎月開催し、有給休暇の取得や時間外労働の縮減に取り組んでいる。職員の意見・要望は、管理者による個人面談や職員意識調査などによって収集し、様々な育児支援制度や各種福利厚生を整備して職員のモチベーション向上に努めている。全職員を対象とした医療安全や感染制御、個人情報保護などの研修は年間計画に基づいて開催している。職員の専門的資格は総務企画課が把握し、各部門の管理者と共有している。看護部門では5段階のキャリアラダーやマネジメントラダーなどを定めて能力開発に取り組んでいる。職員の初期研修は採用時のオリエンテーションのほか、各部門が教育プログラムなどに基づいて実施している。多くの学生実習を各部門で受け入れており、患者・家族への説明を行ってカリキュラムに基づき実施している。

３．患者中心の医療

患者の権利は必要な内容とわかりやすい文体で明示し、患者・家族および職員に周知しており、診療の場でも権利の擁護に努めている。説明と同意に関する方針は、「適切な説明と同意についての指針」に定めて職員に周知している。患者への診療情報は、患者用パスやパンフレット、入院案内、ホームページで提供し、患者参加を促している。患者支援体制として総合医療相談センターに患者相談室を設置し、患者・家族からの各種相談に応じている。患者の個人情報は、個人情報取扱要領を定めて職員手帳へ明記し、個人情報に関する研修を実施して管理を徹底している。倫理的課題の対応方針を明確に定め、診療倫理委員会と臨床倫理サポートチームを設置して課題解決を支援している。倫理的課題は部署ごとのカンファレンスや臨床倫理サポートチームが介入して検討しており、診療倫理委員会にも報告して検証している。院内はバリアフリー化しており、必要な箇所には手摺りを設置している。車椅子でも利用できるトイレや洗面台を整備して高齢者や障害者にも配慮している。病棟の廊下や病室、トイレ、浴室など必要なスペースを十分に確保し、院内は清潔で安全や感染に配慮している。敷地内全面禁煙の方針を明示し、受動喫煙防止に向けた啓発活動を行っている。

４．医療の質

業務の質改善への取り組みは、医療の質改善委員会を中心に部署内や部署間での課題を抽出し、組織的・部門横断的な改善活動を行っている。臨床病理検討会や多職種での症例検討会を開催している。クリニカルパス委員会が主導し、パスの作成・見直しの活動は優れている。質指標を継続的に収集・分析し、診療の質改善活動は高く評価できる。患者・家族からの意見や要望は、意見箱や相談窓口、患者満

足度調査などから収集している。意見に対する回答は、院内の掲示板やホームページに掲載している。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては高難度医療技術評価会議で審議し、病院として承認しており実績もある。病棟や外来では診療・ケアの責任者氏名を表示し、役割や責任体制を明確にしている。また、主治医不在時の対応についてもマニュアルを作成して周知している。診療記録は電子カルテシステムによる運用で、必要な情報を正確に遅滞なく記載している。診療記録の質的点検は、診療録等管理委員会が中心となって多職種で実施し、結果をフィードバックしている。多職種で構成する多くの専門チームが積極的に介入し、質の高い診療・ケアを提供しており、チーム医療推進委員会が組織横断的にチーム活動を把握していることは高く評価できる。

５．医療安全

医療安全管理体制は副院長と医療安全推進室責任者（医師）を中心に、専従看護師２名の安全管理者が組織横断的に活動している。安全管理委員会やセーフティーマネージャー会議を通じて改善を推進する仕組みが確立している。インシデント・アクシデントレポートは専従看護師が確認し、セーフティーマネージャーが毎年４つの課題を抽出して多職種で分析・対策・周知を行っている。医療事故に際しては医療安全管理指針を定め、医療事故防止マニュアルに基づいて対応し、原因究明や再発防止策、患者・家族への対応を検討する体制である。誤認防止策は、患者確認や手術部位マーキング、タイムアウトをマニュアルに基づき徹底している。口頭指示はマニュアルに基づき緊急の場合を除き禁止しており、検査・画像・病理診断の報告書については、確実な未読管理ができている。ハイリスク薬は病棟などで確実に管理しているが、各部署に配置している救急カート内の医薬品については、安全性を高めるために内容や管理方法の見直しが望まれる。入院時のリスク評価に基づき転倒・転落防止のケア計画を策定し、患者・家族や多職種と情報を共有して対策を実施している。医療機器の安全使用については、規程に基づき看護師や臨床工学技士が点検・設定・操作を実施している。急変時対応として、コードブルーやRRS、CCOTを整備して運用している。救急カートは標準化し、BLS研修は全職員を対象に受講管理を確実に行っている。

６．医療関連感染制御

院長直轄の感染対策室に専従の感染管理看護師を感染管理担当者として配置し、一定の権限を付与して活動を行っている。院内感染防止対策委員会は多くの職種を構成員として毎週開催しているが、出席率を向上させるために構成員や開催日時の再検討が望まれる。院内外の感染関連情報を感染対策室で集約・分析し、周知が必要な内容を職員に情報発信している。耐性菌検出時やアウトブレイク発生時には、感染制御チーム（ICT）が速やかに介入する体制がある。手洗い強化期間を設けるなど手指衛生を推進し、MRSAの発生を減少させた活動は評価できる。院内感染防止マニュアルに基づいた対応を各部署が実践し、ICTおよびリンクナースが主導して、標準予防策の徹底や手指衛生のモニタリングなどの感染防御活動を実施してい

る。抗菌薬の適正使用支援マニュアルを整備し、適宜見直しを行っている。指定抗菌薬は届出制となっている。ICT と抗菌薬適正使用支援チームによる毎週のラウンドで、診療科への介入を行っている。アンチバイオグラムを年 1 回作成し、院内の抗菌薬の適正使用に活用している。

７．地域への情報発信と連携

ホームページと広報誌を活用して、地域に向けてわかりやすく情報を発信している。広報誌は 2 種類あり、広報委員会が発行する「つつじ通信」は年 1～3 回発行し、診療科の特集ページや市民公開講座の日程案内、旬のトピックスなどを掲載している。地域医療連携室が発行している広報誌「医療連携つつじ」は年 3 回発行し、就任した病院幹部や医師の挨拶・紹介、医療連携登録施設の紹介、外来担当表などを掲載している。毎年、年報も作成してホームページに掲載している。地域の医療関連施設との連携は、総合医療相談センターに設置した地域医療連携室が対応している。地域の医療機関との円滑な連携を図るため、病院幹部はじめ医師や看護師が同行して医療機関を訪問している。地域のニーズを把握する目的で連携登録施設に対するアンケート調査を行い、情報収集と関係改善に努めている。「JCHO 病院新宿地域協議会」を年 2 回開催し、地域における情報共有と協力体制の確認を行っている。地域住民の健康に寄与する活動として、糖尿病教室や膝健康教室などの市民公開講座を開催している。また、地域の医療関連施設に向けた医療知識・技術などに関する研修会や地域医療連携講演会を開催し、地域の医療従事者の教育・啓発活動に取り組んでいる。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内を設置し、患者が安全かつ円滑に受診できる体制を整備している。医師は上級医や他診療科の医師に相談できる体制を構築している。診断的検査は検査の必要性を検討し、十分な説明と同意のもと安全に配慮して実施している。入院の必要性を検討し、患者・家族に説明して入院を決定している。患者の病態に応じた診断や評価を行い、多職種で入院診療計画書を迅速に作成している。多職種が参加するカンファレンスを毎週開催し、診療情報や治療方針を関係職種で共有している。看護師は基準や手順に基づき身体・社会・精神面から患者ニーズを把握し、ケア介入している。病棟薬剤師を 1 名ずつ配置し、薬歴管理は全入院患者に行っており、必要に応じて服薬指導を実施している。輸血・血液製剤の投与はマニュアルを遵守し、投与時の観察を行って安全に実施している。周術期の対応は、手術や麻酔の適応・術式の検討、術前・術後訪問や合併症予防などを確実に行っている。重症患者の管理は、ICU の責任医師や主治医、多職種が協働して実施している。褥瘡対策はリスク評価に基づき計画を策定し、褥瘡対策チームやリンクナースと連携して質を向上している。管理栄養士と栄養サポートチームが連携して患者の個別性に合わせた栄養管理を行っている。症状緩和の方針や手順を定め、専門チームが介入して疼痛管理状況を評価・支援している。リハビリテーションのリスクは口頭で患者に説明しているが、総合実施計画書にも記載して患者と共有することが望まれる。身体

拘束は多職種で必要性を検討し、専門チームと連携して身体拘束最小化に取り組んでいる。退院支援看護師と MSW が協働で入院前から情報を収集し、退院支援を実施している。カンファレンスや診療情報提供書、看護サマリーで情報を提供し、継続した診療・ケアを実施している。ターミナルステージでは基準を整備し、患者・家族の意向を尊重しながら多職種で診療・ケアを行っている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師が持参薬の鑑別と管理を原則入院当日に行い、医薬品集は電子端末に掲載して定期的な薬剤情報を提供している。検体検査を 24 時間実施し、パニック値を確実に報告しており、超音波検査を含む生理検査もプライバシーに配慮した環境で実施している。画像診断の所見用紙に「警告」「至急」「注意」を大きく示すとともに、診療放射線技師が既読後の管理の有無を確認していることは高く評価できる。「NST 認定教育施設」としての活動やアレルギー・禁食への対応、外国人に向けたわかりやすい栄養指導などの取り組みは高く評価できる。多職種カンファレンスを毎週開催し、職種間の連携を図ってリハビリテーションを実践している。診療記録は電子カルテを導入して診療情報管理士が一元的に管理し、診療情報の二次活用も活発に行っている。医療機器の一元管理やマニュアル整備、手術介助・アラーム対策などを実施し、専門知識・技術を活用して現場に貢献しており高く評価できる。洗浄・滅菌は点検と滅菌精度の確認により品質を確保している。病理診断では検体交差を防止し、術中迅速診断や組織診断、細胞診など必要な病理診断を実施しており、結果報告体制も整備している。輸血業務は輸血部門において一元管理し、血液製剤の廃棄率低減へ努めている。麻酔科標榜医が全ての全身麻酔を管理し、手術室の清潔管理もおおむね適切である。ICU においては多職種が関与し、重症患者の管理を確実に行っている。多くの救急患者を受け入れ、高齢者救急などで地域の救急医療の中心的役割を担っている。

１０．組織・施設の管理

予算執行の管理は、幹部会議や経営改善検討委員会、管理診療会議で収支報告を行っている。法人の会計規程に基づき、会計処理と財務諸表の作成を行っている。診療報酬請求業務は医師が DPC 情報を入力し、診療情報管理士がコーディングの精査をしている。未収金については管理および督促手順をマニュアル化している。業務委託の是非は人件費と委託費用を比較評価し、委託費削減検討委員会が判断している。また、定期的に委託業務の質の評価と改善策の検討を行っている。病院の施設・設備は、中央監視室に配置した委託業者が終日対応し、院内清掃の実施状況や感染性廃棄物の保管・処理は総務企画課が管理している。物品の在庫管理は、医薬品、医療消耗品ともに法人の規程に基づき毎月棚卸を実施し、適正数の見直しを行っている。発注と検品の確認を別担当者が行い、不正に対する牽制機能を発揮している。災害時の事業継続計画や消防計画などを定めて定期的に訓練を行い、患者や職員用の食料・飲料水を備蓄している。東京都災害拠点病院として災害派遣医療チームを設置し、大規模災害訓練を定期的に実施している。施設の保安は委託業者を

終日院内に常駐させ、院内巡視と施錠確認を手順に基づいて行っている。夜間・休日は通用口を救急入口に限定し、院内各部署の鍵も帳簿で管理している。

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	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	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	S
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	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	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	S
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	S
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	B
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	B
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	B
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	S
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	S
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	S
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	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	
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	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	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	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	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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 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 ： 独立行政法人地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 独立行政法人地域医療機能推進機構

I-1-4 所在地 ： 東京都新宿区百人町３丁目２２番１号

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	418	300	+62	85	10.6
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	418	300	+62		

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)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)	0	+0
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	31	-10
小児入院医療管理料病床	1	+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		
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： 8 人 2年目： 8 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

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	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
呼吸器内科	6	0.3	40.40	4.49	23.14	8.66	6.82	14.76	6.41	3.67
循環器内科	9	0	58.39	6.48	20.02	7.49	7.52	7.79	6.49	2.22
消化器内科（胃腸内科）	8	0	159.15	17.67	42.96	16.08	5.02	12.53	19.89	5.37
腎臓内科	2	0	53.57	5.95	10.81	4.05	1.14	13.56	26.79	5.41
糖尿病内科（代謝内科）	6	0	70.60	7.84	7.96	2.98	1.41	14.21	11.77	1.33
血液内科	2	0	14.94	1.66	6.93	2.59	2.56	14.38	7.47	3.47
皮膚科	3	0	30.57	3.39	1.14	0.43	7.39	11.12	10.19	0.38
リウマチ科	4	0	23.02	2.56	11.08	4.15	3.72	18.65	5.76	2.77
小児科	2	0.5	24.98	2.77	1.25	0.47	9.06	4.85	9.99	0.50
精神科	1	0	4.72	0.52	0.00	0.00	0.44	0.00	4.72	0.00
外科	1	0	33.88	3.76	16.03	6.00	7.03	9.83	33.88	16.03
呼吸器外科	2	0	6.21	0.69	3.44	1.29	3.85	11.79	3.10	1.72
循環器外科(心臓・血管外科)	4	0	6.35	0.71	1.02	0.38	3.24	12.20	1.59	0.25
乳腺外科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
消化器外科(胃腸外科)	5	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
泌尿器科	2	0	28.82	3.20	3.82	1.43	4.20	6.12	14.41	1.91
肛門外科	7	0	120.06	13.33	52.07	19.49	11.36	7.76	17.15	7.44
脳神経外科	1	0	17.88	1.99	4.51	1.69	7.87	21.96	17.88	4.51
整形外科	9	0.9	65.44	7.27	50.07	18.74	10.58	19.35	6.61	5.06
形成外科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
眼科	1	0	38.07	4.23	0.41	0.15	4.35	0.60	38.07	0.41
耳鼻咽喉科	2	0	17.95	1.99	1.83	0.69	12.01	5.55	8.98	0.92
産婦人科	8	0.1	51.77	5.75	8.53	3.19	8.97	5.54	6.39	1.05
リハビリテーション科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	1	0.5	0.51	0.06	0.00	0.00	76.00	0.00	0.34	0.00
麻酔科	7	0	1.68	0.19	0.00	0.00	0.49	0.00	0.24	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	2	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	31.56	3.50	0.15	0.06	14.54	3.06	15.78	0.08
緩和ケア科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
炎症性腸疾患	8	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
健康管理センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
脳神経内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
老年内科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
集中治療科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
総合診療科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	16	0								
全体	128	2.3	900.55	100.00	267.19	100.00	6.88	10.65	6.91	2.05

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)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	900.55	895.88	914.68	100.52	97.94
1日あたり外来初診患者数	61.98	61.56	60.20	100.68	102.26
新患率	6.88	6.87	6.58		
1日あたり入院患者数	267.19	264.90	241.70	100.86	109.60
1日あたり新入院患者数	25.11	24.56	22.50	102.24	109.16