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 2 月 3 日～2 月 4 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 1952 年に東京厚生年金病院として開設されて以来、増床や診療科の拡充を重ね、2014 年の独立行政法人地域医療機能推進機構（以下、機構）への移行に伴い、東京新宿メディカルセンターへと改称し、現在は区西部医療圏における急性期医療を担う総合病院として重要な役割を果たしている。2019 年には地域医療支援病院の承認を受け、さらに地域災害拠点病院、基幹型臨床研修病院の指定を受けるなど、地域医療体制の中核としての機能を確立し、地域医療連携の強化に取り組んでいる。また、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟を備え、訪問看護ステーションを運営するなど、地域の多様な医療ニーズにシームレスに対応できる体制を整備している。

病院機能評価については 2001 年の初回受審以来、今回で 6 回目連続の受審となり、第三者評価を継続的な質改善に活用してきた姿勢は高く評価できる。今回の受審においても、病院長および幹部のリーダーシップのもと、医療の質向上委員会を中心に継続的な準備と改善活動が進められていたことを確認した。今後も病院理念を大切にしつつ、地域医療の中核としてさらなる発展が期待される。

２．理念達成に向けた組織運営

病院の理念、基本方針を明文化し、役職員倫理規程や倫理行動基準等を整備している。病院長と幹部の任命・評価体制を構築し、病院の年度目標・事業計画は中期計画に基づき幹部会議で意思決定している。幹部面談や幹部回診、業務改善の表彰制度により職員の意欲向上を図っている。医療情報システムは医療情報部が規程に基づき管理し、文書や規程、マニュアルは法人・院内文書管理規程に従いそれぞれ

管理している。医療法や施設基準等で定める必要な人員を確保し、人事・労務管理に必要な就業規則や各種規程を整備している。特定行為研修修了看護師や医師事務作業補助者へのタスクシフティングを推進している。安全衛生委員会で労働衛生状況を把握し、職員満足度調査や面談で意見・要望を把握して職場環境改善に努め、復職支援や多様な福利厚生を提供している。全職員向け研修は教育研修委員会の年間計画に基づき実施し、業績評価制度を全職員に適用して能力評価を行い、キャリアラダーや集合研修等で能力開発を進めている。基幹型臨床研修病院として多職種・指導医評価を行い、看護部は卒後研修プログラムを活用し、薬剤部は独自の育成研修プログラム、他部門は初期研修を体系化して育成している。また、学生実習を受け入れ、実習指導者講習修了者が指導と評価を担当している。

３．患者中心の医療

患者の権利や子どもの権利を明文化し周知している。説明と同意に関する方針を定め、標準化された書式を用いて患者・家族に説明し同意を得ている。患者と診療情報を共有すべく、入院前から必要な情報提供を行い、入院時は入院診療計画書や患者用クリティカル・パスで説明し、手術説明は模型や図を用いて理解を促している。患者サポートセンターを設置し、多職種と連携して相談に対応している。個人情報の保護に関する規程・委員会等を整備し、物理的・技術的保護を実施している。倫理的課題への対応方針を明確化し倫理委員会を設置している。患者・家族の倫理的課題は多職種カンファレンスや「倫理の日」で検討し、解決困難な事例は、副院長を通じて倫理委員会で審議する体制としている。病院は公共交通機関でのアクセスが良く、来院方法をホームページなどで案内し、駐車場も整備している。院内にはコンビニやWi-Fi環境、入院生活設備を備え、患者・面会者の利便性に配慮している。バリアフリー環境や車椅子配置、手摺り、わかりやすいサインなど高齢者・障害者にも配慮している。診療・ケアに必要なスペースやデイルームも確保し、敷地内禁煙を掲示と巡回で徹底している。

４．医療の質

業務改善は業務改善委員会を中心に各部門が年度目標を設定し、年度末発表会で優秀事例を表彰する仕組みが定着している。診療ガイドラインを参照できる環境を整え、各科カンファレンスに加え、キャンサーボードやエマージェンシーボード、M&Mカンファレンスなど多職種・診療科横断の会議を開催している。クリティカルパス委員会による標準化、診療実績・QIプロジェクト部会による質指標管理・ベンチマークも行っている。患者・家族からの意見・要望は意見箱で収集し、患者満足調査も行って医療サービス向上に取り組んでいる。新たな診療・治療技術は、新規医療技術評価部へ申請し、倫理委員会の承認を得る体制となっている。導入準備の支援を行い、導入後の経過確認を行っている。病棟では診療・看護責任者に加え担当職種を掲示している。診療記録は記載基準・マニュアルに基づきSOAP形式を推奨し、質的点検は他科医師が確認して評価・フィードバックしている。院内では緩和ケアや認知症サポート、術後疼痛管理、身体拘束最小化、ACP推進など多職

種の専門チームが横断的に活動し、ラウンドを通じて迅速に支援している。さらに、認定看護師や特定行為研修修了看護師が専門性とリーダーシップを発揮し、多職種協働で質の高い医療提供を実現しており高く評価できる。

５．医療安全

病院長直轄の医療安全管理部は、副院長を安全管理責任者（部長）とし、医療安全管理室に専従の医療安全管理者と各安全管理責任者、各部署にリスクマネジャーを配置している。医療安全連携会議や医療安全管理委員会を開催し、リスクマネジメント部会には安全対策のチームを設置している。医療安全管理マニュアルを整備しイントラネットを通じて周知している。インシデント・アクシデント事例はシステムで報告し、リスクレベルに応じて医療安全管理者が内容確認や現場対応を行っている。対策の遵守状況や効果は医療安全ラウンドで確認し、院外情報も共有している。医療事故発生時の対応手順を整備している。患者確認は、名乗りを電子カルテや手元情報と照合し、リストバンドも活用している。侵襲的な治療・処置・検査ではタイムアウトを行い、手術部位のマーキングルールを定めている。医師の指示は電子カルテに入力後、速やかに指示受け・実施している。ハイリスク薬には、院内で統一した注意喚起シールを貼付している。全入院患者に転倒・転落アセスメントを行い、結果に基づく看護計画を実施している。主要な医療機器の簡易取扱説明書や説明動画を整備し、緊急コードと RRS を導入してクリティカルケア認定看護師を中心にラウンドを行うなど、安全管理体制は充実している。

６．医療関連感染制御

病院長直轄の感染対策部門では、ICD と専従の感染管理認定看護師が中心となり医療関連感染対策を推進している。ICT を組織し、感染防止対策委員会や感染対策推進部会を開催するとともに、感染防止対策マニュアルを整備している。ICT の院内巡回やターゲットサーベイランスで感染情報を収集し、J-SIPHE へ登録してベンチマーク分析を行っている。CLABSI、VAP、CAUTI の発生状況を全部署で把握し、対象手術を定めて SSI サーベイランスも実施している。各病棟では「感染タイムアウト」により発熱者の早期発見と状況把握に努めている。さらに、地域医療機関との合同カンファレンスも開催し、院外情報も収集するなど感染制御活動は高く評価できる。標準予防策および感染経路別予防策を徹底し、ICT が手指衛生の推進を担っている。速乾性手指消毒剤の使用状況や直接観察法で遵守率をモニタリングし、実践状況を把握している。AST は広域抗菌薬の使用状況や血液培養陽性患者をモニタリングし、情報をフィードバックして適切な抗菌薬選択を助言している。院内分離菌のアンチバイオグラムを作成し、AST 薬剤師が抗菌薬使用ガイドラインを見直している。抗 MRSA 薬やカルバペネム系など広域抗菌薬は指定抗菌薬として届出制で管理している。

７．地域への情報発信と連携

広報企画委員会やホームページ部会、患者サポートセンターを中心に、医療サー

ビスの内容や受診・入院情報をわかりやすく発信している。患者向け広報誌や医療機関向けニュースを発行し、広報誌は院内外へ配布している。ホームページでは診療実績や臨床指標を公開し、登録医療機関リーフレットやかかりつけ医検索システムを整備して患者・家族に必要な情報を提供している。地域連携係は医師とともに医療関連施設等を訪問し、地域の状況を把握している。多数の登録連携施設があり、連携の会や多職種連携ミーティング等で情報交換を行い、診療連携ホットラインで紹介患者に迅速対応している。新宿区緊急一時入院事業にも参加している。紹介・逆紹介率や返書率を管理し、医療機器の共同利用も進め、急性期から地域包括ケア、回復期リハ、訪問看護まで幅広い機能を備え、病院の基本方針を実践しており高く評価できる。市民公開講座や各種健康教室、高齢者相談会、地域のイベントでの健康相談など教育・啓発活動も積極的に実施している。医療従事者向けには処方箋の疑義照会の簡素化などに関する薬薬連携会議や各診療科医師による研修会、医療機関・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所との事例検討会・テーマ別のグループワークを行い、地域医療の質向上に寄与している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

病院では受診情報のわかりやすい提供や多言語対応を進め、相談窓口「オレンジステーション」や書類整理用「オレンジファイル」、支援担当者の「オレンジリング」など、患者目線のオレンジチーム活動を病院全体で実践しており評価できる。患者情報は電子カルテで一元管理し、検査や入院の必要性は医師が判断している。入院後は多職種で入院診療計画を作成し、クリティカル・パスも活用している。患者サポートセンターが相談に応じ、円滑な入院につなげている。医師は回診を行い、看護師は患者の多様なニーズを把握して多職種と連携し、病棟担当薬剤師は持参薬を速やかに鑑別している。輸血部門はラウンドでマニュアル遵守を確認し、安全管理に寄与している。全身麻酔手術では麻酔科医が術前にリスクを評価し、看護師が術前・術後訪問で不安軽減に努めている。ICU では多職種が連携し、早期離床を含む包括的医療を提供している。褥瘡対策チームは回診でケアを指導し、皮膚・排泄ケア認定看護師が相談対応や教育を担っている。管理栄養士は栄養スクリーニングやミールラウンドで食事調整を行い、術後疼痛管理チームが回診し、リハビリテーションは早期から開始している。身体拘束は原則行わず、入院前から退院支援を進め、必要時は院外多職種とも連携している。ターミナルステージでは、患者・家族の意思を尊重して支援している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤部は調剤・鑑査体制を整備し、疑義照会の簡素化や院外薬局とのトレーシングレポートによる情報共有を進めている。バイオシミラー活用、フォーミュラリ導入、プレアボイド報告の収集と発信など薬剤管理機能は高く評価できる。臨床検査技師はパニック値や緊急性の高い検査結果を確実に医師へ連絡し、安全管理を徹底している。診療放射線技師は 24 時間検査に対応し、放射線科医は CT・MRI を翌日までにほぼ全件読影を行っている。調理室は衛生管理を徹底し、適時・適温で食事

を提供している。リハビリテーション部門は体制を整え、運動療法動画やSNSで情報発信している。診療記録は1患者1IDで管理し、量的点検も実施している。医療機器は管理システムで一元管理し、洗浄・滅菌は中央化して各種インディケーターで滅菌の質を担保している。病理診断部門は病理専門医と臨床検査技師が連携し、術中迅速診断にも対応している。放射線治療は院内外からの依頼に応じ、治療法ごとにクリティカル・パスを作成し説明している。輸血部門はI&A制度認定施設として輸血認定技師を中心に体制を整え、手術は手術室運営委員会がスケジュール管理し、麻酔科医責任者と手術室看護師長が連携して柔軟に運用している。ICUは必要な医療機器を整備し、臨床工学技士が管理している。救急医療は救急科が担い、救急から入院まで一貫した効率的な医療提供が行われている。

１０．組織・施設の管理

年度予算は明確な手順に基づき経理課が取りまとめて機構本部へ提出し、承認後に確定している。会計処理や各種財務書類の作成は会計基準および会計規程に沿って実施している。内部・外部監査を実施し、財務数値の年度比較を行い、経営改善に取り組んでいる。窓口の収納業務やレセプト作成・点検、返戻・査定対応などの医事業務は手順に沿って実施している。レセプト点検には医師も関与し、返戻・査定への対策や再請求も適切に行われている。業務委託の内容や委託の是非は契約審査委員会で検討し、幹部会議で決定している。委託先は一般競争入札などで選定し、業務日誌や作業報告書で業務履行状況を確認している。施設・設備の管理は総務企画課総務係が担当し、計画的に大規模修繕や設備更新を進めている。日常点検や補修は記録して総務企画課に回付している。医薬品や医療機器、医療材料等の採用は各委員会で検討し、購入時にはベンチマーク分析などで価格の妥当性を確認している。地域災害拠点病院として、消防計画やBCPを整備し、消防訓練や大規模災害訓練等を実施している。また、非常用自家発電装置や医薬品等の備蓄、衛星電話などの通信手段を確保して災害に備え、災害派遣医療チームとしての活動実績も有している。保安体制を整備し、定時巡回や来館者対応、施錠・鍵管理などを行い、その実施状況を警務室日報にまとめて病院長まで回付している。

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	S
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	S
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	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	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	S
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	B
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	S
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	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	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 10 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 東京新宿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 ： 東京都新宿区津久戸町5-1

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	452	411	-109	77.4	14.4
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	452	411	-109		

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)		
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	12	+0
人工透析	12	+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	36	-1
地域包括ケア病床	41	+0
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	21	+1
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),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： 14 人 2年目： 14 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	0	0	38.93	4.88	12.47	3.46	26.86	6.75	0.00	0.00
呼吸器内科	6	0	36.43	4.57	27.44	7.61	5.07	19.09	6.07	4.57
循環器内科	7	0	55.60	6.97	23.00	6.37	3.85	10.73	7.94	3.29
消化器内科（胃腸内科）	9	0	70.42	8.83	27.77	7.70	7.50	14.01	7.82	3.09
腎臓内科	3	0	26.78	3.36	11.51	3.19	1.05	26.50	8.93	3.84
神経内科	3	0	16.00	2.01	18.97	5.26	6.07	13.85	5.33	6.32
糖尿病内科（代謝内科）	3	0	40.36	5.06	6.60	1.83	1.34	17.71	13.45	2.20
血液内科	4	0	16.96	2.13	14.31	3.97	2.13	23.31	4.24	3.58
皮膚科	3	0	24.87	3.12	1.22	0.34	8.80	10.09	8.29	0.41
小児科	1	0	3.69	0.46	0.00	0.00	18.51	2.00	3.69	0.00
精神科	3	0	42.18	5.29	11.43	3.17	2.10	37.08	14.06	3.81
外科	6	0	35.99	4.51	22.13	6.13	5.29	12.19	6.00	3.69
呼吸器外科	1	0								
乳腺外科	0	0.1								
泌尿器科	6	0	35.17	4.41	10.67	2.96	6.26	6.87	5.86	1.78
脳神経外科	5	0	36.72	4.61	27.67	7.67	10.02	22.72	7.34	5.53
整形外科	10	0	147.96	18.56	87.58	24.28	5.31	19.55	14.80	8.76
形成外科	2	0	23.02	2.89	0.78	0.22	8.96	3.58	11.51	0.39
眼科	4	0	54.79	6.87	5.30	1.47	4.87	3.19	13.70	1.33
耳鼻咽喉科	4	0.8	36.74	4.61	6.96	1.93	12.48	6.36	7.65	1.45
産婦人科	1	0	8.20	1.03	0.00	0.00	4.97	0.00	8.20	0.00
リハビリテーション科	1	1.6	0.03	0.00	26.27	7.28	0.00	116.22	0.01	10.10
放射線科	0	0	9.04	1.13	0.00	0.00	3.37	0.00	0.00	0.00
麻酔科	5	1.4								
病理診断科	2	0								
臨床検査科	1	0								
救急科	3	0								
歯科	2	0								
歯科口腔外科	1	0	37.02	4.64	0.53	0.15	17.99	1.69	37.02	0.53
緩和ケア科	2	0	0.33	0.04	18.16	5.03	67.50	76.18	0.16	9.08
脊椎脊髄外科	6	0.4								
放射線診断科	3	0								
放射線治療科	2	0								
膠原病内科	1	0								
健康管理センター	1	0								
研修医	28									
全体	139	4.3	797.24	100.00	360.75	100.00	7.30	15.38	5.56	2.52

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	797.24	790.04	830.09	100.91	95.18
1日あたり外来初診患者数	58.19	57.63	56.00	100.97	102.91
新患率	7.30	7.29	6.75		
1日あたり入院患者数	360.75	360.08	359.12	100.19	100.27
1日あたり新入院患者数	23.53	21.85	21.94	107.69	99.59