

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 9 月 14 日～9 月 16 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. 臨床倫理的な課題を病院として把握し、対応方針を継続的に検討する仕組みを確実に整備してください。（1. 1. 6）
 2. SSI サーベイランスの対象を拡大するとともに、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）
 3. 注射薬抗がん剤を投与した際に、観察内容を診療録に確実に記載してください。（2. 2. 10）

1. 病院の特色

貴院は、1928 年東京高等歯科医学校として設立され、医療に関わる診療・研究・教育のすべての領域において、わが国のリーディングホスピタルともいえる機能を発揮してきた。また、2021 年 10 月には、医学部附属病院と歯学部附属病院が一体化し、新たに東京医科歯科大学病院としての歩みをはじめたところである。

今回の訪問審査において、職員の高いプロフェッショナリズムのもと、高度かつ高品質な医療を提供していることが確認できた。その一方で、今後、検討が期待される業務や診療機能等が見受けられた。今回の病院機能評価の受審を機に、貴院が病院機能の向上に努められ、さらに発展することを祈念する。

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、病院長、副病院長、病院長補佐等の幹部職員は、各々の責任を明確にしてリーダーシップを発揮している。病院の中長期計画を定めて職員へ周知しており、今後は、リスクに対する病院の事業継続計画の見直しならびに様々なリスクを想定した BCP の作成が期待される。情報の管理・活用の方針は明確であり、医療情報部が情報の統合的な管理を行っており、統計や DPC データの分析、医療安全や臨床指標などに有効活用している。大学本部の文書管理規則に沿って文書を管理しており、病院として管理すべき文書や承認等がより明確とな

るよう病院独自の規程等の整備が望まれる。

医療法や施設基準に定める人員が適切に確保され、病院機能に見合った専門職種が確保されている。人事・労務管理に必要な各種規則・規程等を整備して職員に周知するとともに、労務管理システムを導入し、客観的な労働時間管理を行っている。職員の意見・要望は、アイデア BOX、病院長ヒアリングなどで把握し、職員の就業支援や福利厚生への取り組みも適切である。各種健康診断は確実に実施され、労働災害や職業感染へも適切に対応している。

年間計画に基づいた教育・研修は、全職員対象として実施しているものの、プログラムの内容により受講率にバラツキがあるため、受講率を高める工夫が望まれる。全職種対象として人事評価制度を導入しており、認定資格の取得に向けた学会等への参加費用を病院の予算で補助するなど、職員の能力開発を支援している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、わかりやすい言葉で明文化されている。小児の権利についても明文化することが期待される。説明と同意についてのマニュアルは整備され運用しているが、説明時の同席などによる意思決定支援の記録の充実が望まれる。患者・家族の医療への参加を促進する取り組みとして、患者誤認防止や転倒予防などの安全対策への参加を冊子に明記し説明している。患者・家族からの相談は、患者相談室が窓口となり看護師、社会福祉士、医療メディエーターなど専門職種が個室にて対応している。児童や高齢者等の虐待の対応はフローチャートでわかりやすく明示されている。個人情報保護に関する方針等が整備され、研修会を定期的を開催するなど職員に周知している。診察室や相談室を個室とし、病室入口の患者名の表示などプライバシーに配慮している。院内で発生している倫理的課題を病院として把握し、対応方針を継続的に検討する仕組みの整備について引き続き取り組まれることを期待したい。

JR や地下鉄の駅前に立地し病院へのアクセスは便利で、コンビニエンスストアやフリーWi-Fi が利用可能で、患者の利便性・快適性に適切な配慮がなされている。院内はバリアフリーが確保されており、受付等の窓口は車椅子でも利用できるように整備するなど、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。トイレやシャワー室など必要な場所にナースコールと手摺りが設置され、安全に配慮している。病院の敷地内を全面禁煙としており、院内掲示や入院案内、ホームページ等により患者・家族、教職員・学生等へ周知を図っている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望等は、院内に設置された意見箱や患者相談室への直接の申し出などにより収集し、改善につなげている。診療の質の向上に向けて、クオリティーマネジメントセンターによる質指標の作成・分析などを適切に行っている。今後は、組織横断的に症例を検討するカンファレンスの開催や、診療の質向上を推進して病院として継続的に取り組むための体制の整備が望まれる。臨床研究はガイドランス等に則り適正に行われている。高難度新規医療技術や未承認新規医薬品等の

導入・使用については、おおむね適正に対応しているが、今後、サーベイランス機能の強化が期待される。

診療、看護の責任体制は明確になっている。病棟において、チーム医療に関与する多職種の病棟担当者名についても表記し、患者・家族にわかるようにしておくことが望まれる。診療録等審査管理委員会による診療録の記載の指導および質的点検が行われ、必要な医療情報が診療録に遅滞なく記載されている。診療・ケアにおいて、各専門チームが組織横断的に活動し治療方針の検討など、複数診療科や関連部門で日常的に検討する場があり、協働してチーム医療が提供されている。

5. 医療安全

医療安全管理部には専従のスタッフに加え、多くの専任者が配置され、執行部との情報共有は密であり、適切に機能している。医療安全管理マニュアルの整備、周知も適宜行われている。インシデントレポート等、医療安全に係る情報は、重要度や緊急性に応じて医療安全管理部で検討し、対策を立案している。死亡事例については死亡退院事例検証会に全例諮られる手順となっている。安全管理に係る院内外の情報は適切に活用し、周知されている。

患者誤認防止対策として、マニュアルに則って2識別子による確認がおおむね適切に実施されている。電子カルテ上での医師の指示出し、看護師による指示受け、医師の実施確認は、確実かつ遅滞なく行われている。医師の口頭指示は受けない方針としているが、口頭指示の際は「急変対応記録シート」を使用する手順とし、院内に周知して運用を開始している。パニック値の伝達については手順を遵守し、医師への迅速かつ確実な報告について継続的な実施を期待したい。ハイリスク薬の保管・管理ならびに病棟配置薬の使用手順を定めるなど、薬剤の安全な使用に向けた対策はおおむね適切である。転倒・転落防止対策は、臨床現場と医療安全管理部が連携し対応策等を検討している。医療機器の使用に関して、臨床工学技士が中心的に関わり、適正使用に向けた現場での確認、教育が行われている。院内の緊急コードとして「スタットコール」が設定され、RASの導入、職員のBLS研修の実施など患者の急変時への対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた管理体制は確立しており、院内の耐性菌等に関する情報収集や対策は十分に行われている。SSIの対象領域については、より多くの領域を対象としたSSIサーベイランスの確実な実施が期待される。加えて、各種デバイスサーベイランスを病院全体で実施することも期待される。

医療関連感染制御の活動では、ICTによる病院内の部署ラウンドが行われ、手指衛生の周知徹底やPPEの使用、感染性廃棄物の分別・処理等が適切に行われている。感染制御部ではICTとは別にASTを組織付け、各種データに基づくモニタリングならびに抗菌薬選択のコンサルテーションに対応しており、AST活動としてはおおむね適切である。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスに関する広報業務は地域連携室が中心となり、病院案内の作成、医療機関向け広報誌「医療連携だより」の送付、メールマガジンの発信、患者向け広報誌「オアシス」の発行等を定期的に行っている。また、毎月多職種で行われる広報ワーキングにて掲載情報を確認のうえホームページの更新を行っている。地域連携室にて連携医療機関への広報誌の送付、訪問活動による意見・要望等の収集、紹介患者の診療受け入れ予約、後方病院等への逆紹介など、顔の見える連携に努めている。紹介患者の受診直後の紹介元医療機関への受診報告は地域連携室が確実に実施し、担当医師からの診療情報報告における進捗管理も適切に行われている。地域の医療機関との連携強化を目的として、多くの地域医療機関と連携協定を締結しており、適切に運用している。また、地域住民の健康増進を目的とする市民公開講座をオンラインで開催するなど、公開講座や研修会の開催に努力や工夫が行われている。さらに、地域の医療機関等を対象とした Web 講演会、地域の中学校や高校に外部講師として医師や看護師を派遣し、がん診療に係る啓発教育を行うなど積極的な取り組みがなされている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者の受付から診察、会計までの流れは明瞭で、待ち時間への配慮もなされている。侵襲的な検査を実施する際は、委員会で承認された院内共通の説明文書を用いて検査の必要性和リスクを説明し、同意書を取得している。患者の円滑な入院に向けて、医療連携支援センターでは入院支援看護師が中心となり入院前支援が行われている。診療計画は多職種の協働により作成されているが、入院中の転科や合併症治療時の診療計画の再作成については徹底が期待される。患者・家族からの医療相談には医療連携支援センターの患者相談室、がん相談支援センターで適切に対応している。

医師、看護師の病棟業務は適切に行われている。注射用抗がん剤を投与する際の患者の状態や反応等の記載については、今後病院全体で確実に実施することが期待される。周術期の対応は、手術・麻酔の適応が十分に検討され、術前・術後の管理が適切に行われている。重症患者の管理では、集中治療部の医師と看護師からなる「RAS チーム」が平日の毎日、一般病棟を回診して院内の急変リスクを伴う患者を把握し、その重症度に応じて ICU に入室する患者の優先度を決めている。これらの取り組みにより、院内で最も重症度が高い患者を ICU で管理することが可能となっており、高く評価できる。褥瘡の予防・治療ならびに栄養管理と食事指導は、多職種が協働して適切に行われている。症状緩和については、緩和ケアチームの関与により患者の苦痛緩和に努めている。リハビリテーションは、患者の個別性に応じて確実に安全に実施されている。安全確保のための身体抑制については、方針、基準、手順に基づき実施されている。ターミナルステージへの対応では、患者・家族の意向を尊重した診療・ケアにつなげている。退院支援では、院内外の多職種による退院前カンファレンスにより連携を強化する体制が整備されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、処方鑑査、調剤、調剤鑑査、払い出しに至るまでおおむね適切に対応している。薬剤部で注射薬の1施用ごとの取り揃えが実施され、帳簿および記載項目の統一が図られている。臨床検査機能では、検査部において ISO15189 の認証を受けており、検体受付から結果報告までの手順が確立され臨床検査を適切に実施している。画像診断機能では、必要な画像検査に適切に対応している。栄養管理機能では、食事の改善や患者満足度の向上に積極的に取り組んでいる。リハビリテーション機能では、入院患者に必要な様々なリハビリテーションに対応している。診療情報管理機能では、診療記録の形式的な点検をはじめ、診断名や手術名のコード化などを適切に行っている。医療機器管理機能では、24 時間体制で医療機器管理に関わり、主たる医療機器の中央管理を行っており、機種標準化もすすめられている。洗浄・滅菌機能では、使用済み器材の洗浄と消毒・滅菌、供給・在庫確認等を中央管理で行っており、トレーサビリティシステムが導入され再生業務の可視化が図られているなど、高く評価できる。

病理診断機能では、病理検体処理過程において手順を改め、手順に沿った標本作製作業が確実に実施されている。放射線治療機能では、がん診療連携拠点病院の機能に見合った高度な放射線治療を提供している。輸血・血液管理機能では、各種造血幹細胞移植、自己血輸血に加え、CAR-T 療法については我が国有数の症例数となっているなど先端医療を担っている。手術・麻酔機能では、覚醒の判断基準、抜管基準、帰室基準の整備が望まれる。集中治療機能では、術後患者を中心に院内の重症患者を受け入れ適切に運用されている。救急医療機能では、救命救急センターを設置し一次から三次まで全ての救急患者を受け入れ、適切に運用されている。

10. 組織・施設の管理

大学の中期目標期間に合わせて、病院の経営計画を策定し、定期的にモニタリングするなど、財務・経営管理を適切に行っている。窓口の収納業務をはじめ、レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応、未収金への対応など医事業務を適切に行っている。業務委託は、委託の是非の検討や委託業者の選定が適切に行われている。

施設・設備に係る法定点検や定期点検、院内清掃状況の確認、産業廃棄物や感染性廃棄物の搬送と保管等は適切に行われている。医薬品や医療材料は委員会にて機能や効果、安全性等を審議のうえ選定している。院内物流システム（SPD）が導入されており、定数の見直しや不動態在庫の管理、使用期限の確認などが行われている。

地域災害拠点病院として各種施設・設備要件が整えられている。消防計画や災害対応マニュアルを策定しており、災害発生時の必要事項を定めている。保安業務は、24 時間体制で院内外の巡視、病院出入口の施錠管理、エレベーター内を含む防犯カメラによる監視を行っている。医療事故発生時の基本方針や対応手順が明文化されており、周知、遵守されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修は、1年目と2年目で院内・院外での研修を交代する「たすき掛け研修」の実施が特徴であり、歯科医師は単独型の研修病院として研修を行っている。臨床研修管理委員会や総合教育研修センターによって研修プログラムの検討、研修状況の把握などが行われている。医科研修医の評価はEPOC2で行われ、指導医に対する研修医からの評価も行われている。新人看護師の初期研修は、病院全体での2日間のオリエンテーション終了後、速やかに配属され、新人看護師教育プログラムのもと集合研修とOJTによる研修を行っている。放射線部やリハビリテーション部では、各セクションを5年でマスターできるようラダーを作成して実践している。

学生実習は、自大学の医学部・歯学部 of 学生をはじめ、看護学生など多くの学生実習を受け入れている。受け入れに際しては、実習要件を確認のうえ病院長が承認している。実習中の事故発生時の対応なども取り決めている。

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	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	C
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	B

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	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	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	C
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	S
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	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制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	B
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	B
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	S
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	B
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	B
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	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	B
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	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 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 国立大学法人 東京医科歯科大学病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 国立大学法人

I-1-4 所在地： 東京都文京区湯島1-5-45

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	772	772	+60	58.3	9.8
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	41	41	+0	70.5	39.4
結核病床					
感染症病床					
総数	813	813	+60		

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	30	+0
集中治療管理室 (ICU)	12	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	8	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室	5	+1
無菌病室	17	+0
人工透析	15	+0
小児入院医療管理料病床	33	+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	15	+0
精神科隔離室	1	+0
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

特定機能病院, 災害拠点病院 (地域), 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 (I 群), 地域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： 40 人 2年目： 61 人 歯科： 39 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	7	9.42	132.96	4.29	41.75	8.08	2.75	13.76	8.10	2.54
循環器内科	10	11.62	112.16	3.62	24.72	4.79	3.59	7.71	5.19	1.14
消化器内科（胃腸内科）	10	13.86	163.24	5.27	20.96	4.06	2.53	9.30	6.84	0.88
腎臓内科	9	7	54.82	1.77	13.32	2.58	1.58	13.87	3.43	0.83
血液内科	7	6.86	42.31	1.36	18.70	3.62	1.63	23.70	3.05	1.35
皮膚科	6	5.4	84.86	2.74	9.92	1.92	7.20	6.90	7.44	0.87
リウマチ科	6	8.62	98.09	3.16	17.04	3.30	1.85	17.35	6.71	1.11
感染症内科	4	0	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00
小児科	15	15.2	59.33	1.91	24.22	4.69	7.15	13.63	1.96	0.80
精神科	9	9.2	78.98	2.55	28.42	5.50	2.58	38.71	4.34	1.56
呼吸器外科	5	4.03	13.53	0.44	10.67	2.07	5.22	12.48	1.50	1.18
循環器外科(心臓・血管外科)	7	3.8	11.85	0.38	9.62	1.86	1.92	32.08	1.10	0.89
乳腺外科	3	1.59	28.70	0.93	4.02	0.78	2.89	10.40	6.25	0.88
泌尿器科	9	5.81	102.47	3.31	29.21	5.66	2.60	9.86	6.92	1.97
脳神経外科	7	6	48.04	1.55	18.44	3.57	4.82	19.92	3.70	1.42
整形外科	13	16.64	135.37	4.37	42.22	8.18	6.09	15.01	4.57	1.42
眼科	8	8.82	163.76	5.28	13.54	2.62	5.25	4.24	9.74	0.80
耳鼻咽喉科	6	7.21	120.57	3.89	18.89	3.66	6.16	10.43	9.13	1.43
小児外科	2	1.8	2.18	0.07	0.15	0.03	13.47	1.45	0.57	0.04
リハビリテーション科	2	3.41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
麻酔科	13	16	8.27	0.27	0.00	0.00	0.75	0.00	0.29	0.00
病理診断科	12	1.8	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	10	13.4	11.23	0.36	19.27	3.73	80.75	13.55	0.48	0.82
歯科	77	66.26	757.52	24.44	0.00	0.00	9.85	0.00	5.29	0.00
矯正歯科	15	10.6	140.52	4.53	0.00	0.00	5.90	0.00	5.49	0.00
小児歯科	7	6.4	34.75	1.12	0.00	0.00	18.98	0.06	2.59	0.00
歯科口腔外科	16	19.2	192.11	6.20	25.83	5.00	15.10	6.71	5.46	0.73
糖尿病・内分泌・代謝内科	5	5.24	86.14	2.78	6.53	1.26	1.76	10.14	8.41	0.64
総合診療科	4	6.4	29.56	0.95	5.38	1.04	25.81	28.69	2.84	0.52
緩和ケア科	1	2.6	3.26	0.11	0.00	0.00	1.90	0.00	0.91	0.00
遺伝子診療科	0	0	2.99	0.10	0.00	0.00	19.78	0.00	0.00	0.00
長寿・健康人生推進科	2	0	0.81	0.03	0.00	0.00	51.78	0.00	0.41	0.00
がんゲノム診療科	2	0.81	6.30	0.20	2.27	0.44	1.64	17.83	2.24	0.81
臨床腫瘍科	2	0.8	15.12	0.49	5.02	0.97	0.33	16.21	5.40	1.79
食道外科	4	2.6	19.65	0.63	9.45	1.83	3.32	11.52	2.98	1.43
胃外科	3	2.61	9.22	0.30	3.05	0.59	3.05	10.72	1.64	0.54
大腸・肛門外科	5	6.61	31.24	1.01	9.61	1.86	2.41	11.59	2.69	0.83
末梢血管外科	2	4.02	12.53	0.40	6.84	1.32	4.75	12.67	2.08	1.14
肝胆膵外科	8	6.63	36.06	1.16	17.73	3.43	3.11	13.42	2.46	1.21
頭頸部外科	4	3.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
形成・美容外科	3	7	22.17	0.72	9.02	1.75	7.23	10.70	2.22	0.90
周産・女性診療科	10	10.4	89.66	2.89	20.84	4.04	4.59	6.91	4.40	1.02
血管内治療科	4	1.61	8.89	0.29	5.14	1.00	5.25	7.69	1.58	0.92
脳神経内科	9	16.41	68.73	2.22	23.00	4.45	5.07	15.75	2.70	0.91
心身医療科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線治療科	4	1.61	52.81	1.70	1.65	0.32	0.99	10.03	9.41	0.29
放射線診断科	12	7.53	6.61	0.21	0.00	0.00	54.63	0.00	0.34	0.00

I-2-2 年度推移

年度(西暦)	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	3,099.39	1,825.86	2,256.05	169.75	80.93
1日あたり外来初診患者数	214.10	79.37	119.47	269.75	66.44
新患率	6.91	4.35	5.30		
1日あたり入院患者数	516.44	459.35	655.61	112.43	70.06
1日あたり新入院患者数	45.04	37.78	55.35	119.22	68.26