総括

■　機能種別

主たる機能種別「一般病院２」及び副機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

■　認定の種別

書面審査および 12 月 18 日～12 月 19 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
機能種別	精神科病院（副）	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。

・機能種別　精神科病院（副）

該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は、地域医療支援病院・総合周産期母子医療センター・地域災害拠点病院・救命救急センター・第 2 種感染症指定医療機関など、多くの指定を受け、地域の基幹病院として高度専門医療を提供し、地域医療に多大な貢献をしている。救命救急センターでは、一次救急の小児救急センターも包括し、幅広い年齢層の患者を受け入れている。前回の病院機能評価受審以降でも、認知症疾患医療センター・地域がん診療連携拠点病院・外国人患者受け入れ医療機関認証制度等の指定や認定を受け、地域での役割を大いに果たすべく、さらなる医療活動を展開している。

病院機能評価は継続して受審しており、診療・ケア等の質の向上や改善への取り組みが各診療科や各部署に限らず、組織横断的な医療活動にも、その成果が見受けられた。今後も継続して、今回の受審結果をもとに改善活動に取り組み、ますますの発展へと繋げられることを期待したい。

２．理念達成に向けた組織運営

病院の基本理念および運営方針を明確にし、院内外に周知している。幹部職員は病院運営の課題を把握し、三役会議で迅速に課題解決に向けて取り組んでいる。中期計画を策定しており、各部門・部署は共通する 5 つの視点で職員活動計画を作成し、行動目標等も明確にしている。院内で発生する情報は、医療情報システム室で

管理し有効に活用している。院内の文書類は、現状の仕組みを明確に規定して管理することが望まれる。

病院長ヒアリングを通じて各部門・部署からの要望を聴取し、職員採用計画に反映している。人事・労務管理に必要な規則・規程を整備している。働き方改革に対応すべく、組織全体で取り組んでおり、成果が現れることを望みたい。職員の健康管理では、一層の推進が望まれる。継続的に実施している職員満足度調査等を通じて、職員の意見や要望を聴取する機会があり、改善事例もある。

全職員に対して必要性の高い教育・研修を再確認し、管理体制の強化を望みたい。人事考課制度を導入しており、能力評価・能力開発に努めている。研修医を含め、専門職種の初期研修体制の仕組みが確立している。多くの職種で学生実習を受け入れている。オリエンテーションの標準化を望みたい。

３．患者中心の医療

患者の権利を明文化し、ホームページや入院案内への掲載、院内掲示等により、周知に努めている。説明と同意では同席に関する基準等を明文化して、確実な対応が望まれる。疾患に関するパンフレットや患者用クリニカル・パスなどを整備し、医療への参加を促進するとともに、医療安全への協力もお知らせしている。患者サポート総合センターに多くの専門職種を配置し、職種間でも連携を図っており、患者支援体制は適切である。個人情報の取り扱いは、市の条例や院内規定などに基づき、職員に周知している。倫理的課題に取り組むために、外部委員を含む委員会を設置している。現場では、必要時に臨床倫理コンサルテーションチームが多職種によるカンファレンスを実施している。取り組み実績も多く、倫理的課題を解決するための仕組みが確立しており評価したい。

病院の機能に見合った駐車場を確保し、ホームページには最寄り駅やタクシー・自家用車でのアクセスなどを掲載しており、利便性に配慮している。明るい採光や快適な空調など、患者にとって快適な療養環境を整備している。敷地内は全面禁煙であり、ホームページや入院案内、院内掲示等で患者・家族に周知している。職員のより積極的な禁煙活動を望みたい。

４．医療の質

業務の質改善では、サービス向上委員会や病院機能評価受審検討委員会で取り組んでいるが、今後も継続した活動を望みたい。診療の質の向上に向けて、症例検討会を各診療科において活発に行っている。クリニカル・パスについては、各科で作成し、バリアンス分析および適宜の見直しも行っている。各種臨床指標は、診療特性に合う指標を設定し、全病院的な取り組みが望まれる。院内に設置している意見箱や患者満足度調査により、患者・家族からの意見や要望を収集し、医療サービスの質向上に努めている。新たな診療・治療方法等の導入に際し、倫理委員会で審議・承認している。認可後の確認ができる仕組みの構築が望まれる。

病棟の診療・ケアの責任者を明確にし、掲示により患者・家族に明示している。診療録は、マニュアルに沿って必要な情報を記載している。2 週間以内の退院時サ

マリーの作成率向上、および診療記録の質的点検の充実が望まれる。多職種で構成する数多くの専門チームが、病棟からのコンサルテーションへの対応など、活発に活動している。また、チームの活動以外にも、診療・ケアのさまざまな場面で各職種が高い専門性を発揮しながら協働し、チーム医療を実践している。

５．医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、専任医師の医療安全管理責任者、専従看護師 2 名と事務職員を配置している。医療安全管理委員会と下部組織の医療安全管理部会が機能しており、医療安全に関する体制が確立している。各部署からのアクシデント・インシデント報告は、医療安全管理室で確認・収集され、必要に応じて現場でも確認している。院外の医療安全に関する情報は、「医療安全ニュース」で職員に周知している。医療事故発生時の対応マニュアルを整備している。事例検討会をはじめ医療事故調査委員会を開催し、再発防止策等を迅速に検討する仕組みを構築している。

患者確認は、氏名と生年月日の名乗りや場面に応じたリストバンドの照合、患者 ID の確認等で実施している。マーキングについては具体的方法の検討が望まれる。臨床の各場面で情報伝達エラー防止対策を講じている。各種の方法を用いて薬剤の安全な使用に努めている。転倒・転落アセスメントシートを使用して危険度を評価し対策を実施している。医療機器は安全な使用に向けた運用体制がある。全職員が BLS 研修を受けている。院内救急 RRS 部会を設置し、定期的に訓練を行い、救急医療運営委員会に報告している。

６．医療関連感染制御

病院長直轄の感染対策室を設置し、専任医師と専従の ICN の資格を有する看護師に加えて、専任の薬剤師、臨床検査技師、事務職員を配置している。院内感染対策委員会を毎月開催し、院内における感染症の発生状況や対策の実施などを検討している。感染対策マニュアルを整備しており、電子カルテ端末で常時閲覧が可能である。ICT ラウンドを毎週実施し、院内感染制御の実務にあたるなど、感染制御に向けた体制が確立している。感染対策室が検査部門と連携して、院内の感染発生や耐性菌の検出状況などの情報を把握している。JANIS に参加しており、各種のモニタリングを行っている。

感染管理に関する指針やマニュアルを整備し、手指衛生や個人防護具の着用、感染経路別予防策を実践している。予防策の遵守状況の検証や環境チェックのために、感染部会が ICT とラウンドを実施している。感染防止に必要な物品は、適した場所への設置が望まれる。抗菌薬使用ガイドラインを整備し、毎週の抗菌薬適正使用支援チーム（AST）のカンファレンスで使用状況を把握・検討している。周術期抗菌薬投与も AST が関与して実施している。

７．地域への情報発信と連携

患者向けの広報誌として「くすの木」を年 4 回発行している。近隣医療機関に対

しては毎年「診療のご案内」を発行し、診療科の紹介や提供する医療について「地域医療連携だより」を年４回発行している。ホームページには病院概要や診療科、部門紹介のほか、新着情報などを分かりやすく案内している。地域連携の窓口は患者サポート総合センターの地域連携が担当しており、地域医療機関からの外来診療予約、検査予約等に対応している。多くの医療機関が登録しており、開放病床を有し、医療機器の共同利用も実施している。医療機関からの予約の際には医療機関専用ダイヤルを準備し、医師へ連絡が取れる仕組みがあり、急患や急変時の対応など、速やかに受け入れができる体制を構築している。紹介患者に対する返書管理の方法は検討が望まれる。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動を継続して実施している。専門・認定看護師による出張講義では参考テーマをホームページに具体的に掲載した効果があり、依頼件数が大きく増加しており、取り組みは評価したい。地域の小・中・高校生に向けたセミナーや職場体験にも積極的に取り組んでいる。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内に看護師を配置し、来院者が円滑に受診できるように支援している。診断に必要な検査は、必要性を適切に判断しリスクに関する説明を行い、同意を得て必要な観察等も行っている。医師は患者の病状・病態を評価して診断および治療方針を決定している。入院診療計画書は患者・家族に説明し、同意を得ている。安全な投薬・注射を実施できる手順を今後も継続されたい。輸血・血液製剤投与は、患者の状態・反応の観察と記録を行い実施している。手術・麻酔の適応と方法については主治医と麻酔科医にて決定している。重症患者はその病状等に応じてICUや病棟の重症患者用個室などを選択して管理し、多職種が協働して適切に管理している。栄養サポートチームは摂食・嚥下障害や低栄養などの相談を受け、支援する活動を行っている。症状緩和では、緩和ケアチームによる組織横断的活動を実践している。やむを得ず身体拘束を実施する場合は、指針を整備しており、適応基準や実施の手順等を定めている。退院支援に向けて、早期から各種スクリーニングを行い、多職種で取り組んでいる。ターミナルステージでは、必要時に緩和ケアチームが介入し、患者・家族を支援しており、丁寧なケアを行っている。

＜副機能：精神科病院＞

精神科救急患者や精神障害を持つ身体合併症患者を受け入れ、幅広い精神科医療を提供している。外来診療や診断的検査を実施する際の観察を適切に行い、精神保健福祉法に則り、入院形態ごとの対応・管理体制を整備している。医師は総合病院の精神科として求められる精神科医療・合併症治療・リエゾン医療・高齢者サポートの役割を担い、高い専門性を有している。看護師は専門チームや認定看護師らのサポートを受け、多職種と連携しながら看護業務を行っている。投薬・注射は処方指示箋により実施され、抗精神病薬の評価も行っている。電気けいれん療法は他医療機関からの依頼も多く、取り組み体制を整備している。褥瘡の予防・治療、栄養管理、症状緩和は多職種協働で適切に行っている。社会生活スキルトレーニングは、医師・看護師・公認心理師・精神保健福祉士が主体となって実施し、適宜、作

業療法士に相談できる体制がある。隔離や身体拘束は、委員会やカンファレンスで解除に向けた検討を行い、最少化に努めている。患者の個別性に配慮した退院支援計画を多職種で作成し、患者個々の状態に応じて必要な支援を行っている。ターミナルステージへの対応では、患者・家族の意思を尊重し、療養環境や面会に配慮した対応が行われている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤部では処方鑑査や調剤鑑査、薬剤の保管・管理など、適切に業務を行っている。臨床検査・画像診断部門は、救急医療などを含め、地域での役割・機能を十分に発揮できる体制を整備しており適切である。委託業者と適切に連携し、患者へ快適な食事を提供している。リハビリテーションでは、患者の ADL や介助量を示すピクトグラムを設置するなど、病棟スタッフが容易に視認できるように工夫している。診療情報管理機能として、適切な診療記録の量的点検、ICD 登録や DPC コーディング等を行っている。医療機器は臨床工学技士により適切に管理している。中央滅菌室は、各種のインディケーターを適切に用いて滅菌の質を保証している。

病理診断部門は常勤・非常勤の病理医と細胞検査士等により、適切に業務を行っている。放射線治療専門医と医学物理士、診療放射線技師により、確実・安全な放射線治療を提供している。輸血・血液管理機能は、血液センターとして独立している。多くの手術を行い、緊急手術にも調整して対応するなど、安全・円滑に手術室を運営している。ICU では、術後や救急医の判断による急変患者を収容している。病棟の観察室等との連携を図り、弾力的な病床運用を行い、集中治療機能を発揮している。救急医療では 24 時間体制で救急科専門医が常駐し、それ以外に日当直医の配置や全科オンコール体制で対応している。二次救急・三次救急ともに応需率が非常に高く、救急医療機能の発揮として高く評価できる。

１０．組織・施設の管理

予算編成は、実績や各診療科・各部門とのヒアリングを踏まえ計画を作成している。予算の執行状況は、経営戦略会議や川崎市病院局との経営会議において実績・情報等を共有している。診療報酬請求は、担当医師と協働して適切に行い、返戻・査定については委員会で分析・検討している。多くの業務で業務委託を行っている。適正な選定を行い、業務の履行状況の確認は業種に応じて定例会や日報などで行っている。

救急医療や地域災害拠点病院等の役割を担う施設・設備を有し、委託業者と庶務課が連携して 24 時間体制で施設・設備を管理している。医療材料等は SPD を導入し、管理している。新規の医薬品採用時は薬事委員会、診療材料は医療材料等委員会で承認されたものを採用し、ベンチマークを利用して適正な価格での購入に努めている。

災害対策マニュアルおよび BCP を策定し、災害時の対応体制を構築している。また、DMAT を有しており、多くの派遣実績がある。消防訓練に加え、災害時医療対応訓練を実施している。保安業務は 24 時間体制であり、多くの防犯カメラを設置

しており、定期的な院内巡視を行うなど、適切な保安業務を行っている。

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	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	B
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	B

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	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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	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	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	S

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	B
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	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	B
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

機能種別：精神科病院（副）
2　良質な医療の実践１

評価判定結果

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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	A
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	A
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A

2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.22	隔離を適切に行っている	A
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.26	ターミナルステージへの対応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 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 川崎市立川崎病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2、精神科病院(副機能)

I-1-3 開設者 ： 市町村

I-1-4 所在地 ： 神奈川県川崎市川崎区新川通12-1

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	663	570	+22	80.9	12.1
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	38	36	+0	46.7	29.4
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	12	12	+0	25.8	8.3
総数	713	618	+22		

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	20	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+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)	0	+0
脳卒中ケアユニット(SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	5	+5
人工透析	5	+0
小児入院医療管理料病床	41	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	4	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

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),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標準病院群),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： 14 人 2年目： 10 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	5	1	449.09	37.07	215.30	44.75	7.17	16.43	74.85	35.88
呼吸器内科	5	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
循環器内科	6	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
消化器内科（胃腸内科）	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
腎臓内科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
神経内科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
糖尿病内科（代謝内科）	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
血液内科	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
皮膚科	3	0	57.26	4.73	4.68	0.97	9.13	12.52	19.09	1.56
アレルギー科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
リウマチ科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
感染症内科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児科	9	0	85.65	7.07	33.30	6.92	29.49	7.78	9.52	3.70
精神科	4	2	53.63	4.43	16.82	3.50	1.90	29.44	8.94	2.80
外科	6	3	92.19	7.61	43.09	8.96	3.46	10.59	10.24	4.79
呼吸器外科	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
循環器外科(心臓・血管外科)	3	0	6.61	0.55	3.75	0.78	1.37	17.01	2.20	1.25
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)	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
泌尿器科	4	2	84.40	6.97	19.47	4.05	3.61	6.62	14.07	3.25
脳神経外科	3	1	12.24	1.01	15.67	3.26	10.72	19.97	3.06	3.92
整形外科	7	5	101.09	8.34	61.43	12.77	8.74	16.18	8.42	5.12
形成外科	3	0	13.74	1.13	3.04	0.63	15.12	8.84	4.58	1.01
眼科	5	2	41.15	3.40	3.21	0.67	3.92	3.93	5.88	0.46
耳鼻咽喉科	3	2	38.16	3.15	14.55	3.02	8.93	13.62	7.63	2.91
小児外科	0	2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
産科	4	3	49.22	4.06	26.49	5.51	8.57	7.28	7.03	3.78
婦人科	2	0.77	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
リハビリテーション科	3	0	22.60	1.87	0.00	0.00	0.07	0.00	7.53	0.00
麻酔科	7	6.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	1	0.89	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	10	13	22.26	1.84	18.33	3.81	63.63	6.90	0.97	0.80
歯科口腔外科	2	1	53.56	4.42	2.00	0.42	18.45	6.62	17.85	0.67
新生児内科	4	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線診断科	3	2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線治療科	1	1	28.58	2.36	0.00	0.00	7.76	0.00	14.29	0.00
総合内科	2	18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病態栄養	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
内視鏡センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医		24								
全体	125	89.68	1,211.46	100.00	481.14	100.00	9.72	12.35	5.64	2.24

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	1,211.46	1,236.05	1,243.11	98.01	99.43
1日あたり外来初診患者数	117.77	122.26	127.46	96.33	95.92
新患率	9.72	9.89	10.25		
1日あたり入院患者数	481.14	466.00	456.87	103.25	102.00
1日あたり新入院患者数	39.02	38.28	37.13	101.93	103.10