

# 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 7 月 3 日～7 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	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
  1. 医師・非常勤医師を含む全職員の健康診断受診率の向上に向けて、継続的に取り組んでください。（4.2.3）

### 1. 病院の特色

貴院は、開院以来 35 年間にわたり、常に地域住民へ医療を届ける責任を果たす使命をもち、病院機能の拡大と充実、質の向上に向けた取り組みで多くの実績を残している。これまでの歩みの中で培われた経験や業績から、現在では病院理念とともに、最高の病院・施設の条件として専門・先進の医療、やさしい医療、安全・安心の医療を柱として、地域住民の健康保持と増進に貢献している。地域における役割として、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、神奈川県災害拠点病院、神奈川 DMAT 指定病院などの責任を果たし、病院としては、断らない救急を実現するとともに、再生医療や先進医療の実施、さらに予防医学における未病から先制医療への展開にも注力している。一方、質の向上にも継続的に取り組んでおり、病院機能評価、JCI およびその他いくつかの体系的な評価の認証を継続するとともに、院内で各種指標を設定した改善活動が定着しているなど、改善活動は病院の組織風土として根付いている。病院としての今後の発展に向けた短期計画、中・長期計画において、現在の課題の解決から将来の事業計画を明確に設定した取り組みが院長および病院幹部の強いリーダーシップのもとで進められている。今回の病院機能評価の受審が、貴院のこれからのますますの発展に寄与することを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、わかりやすい表現で明文化されている。中・長期計画は理念や基本方針に基づいて策定され、地域全体で医療資源を活用しようとする姿勢がうかがえる。病院運営の体制では、実際の部署配置・名称に基づく組織図の整備を期待したい。計画的・効果的な組織運営については、中・長期計画を基に策定された

年次計画を具体的に示し、病院幹部は課題や将来のビジョンを職員に向けて積極的に発信している。院内で発生する情報の活用は適切であり、将来計画も検討している。院内文書は、規程に基づき適切に管理され、日常的な文書管理も適切に行われている。

役割・機能に見合う必要な人材の確保は、中・長期計画に沿って進められている。人事・労務管理については、時間外労働の削減に取り組んだ結果、長時間の時間外労働者の人数は大幅に減少している。職員の安全衛生管理では、職員の定期健康診断について、適切に受診するような取り組みの強化が望まれる。職員にとって魅力ある職場となるよう職員の満足度を向上させる様々な施策が実施されている。

職員への教育・研修は、年間教育プログラムを策定し、eラーニングの導入などで受講率を維持している。入職者向けのオリエンテーションを毎月実施し、中途採用者にも配慮している。職員の能力評価は医師を含む全職員に対して実施している。専門職の能力開発については、対象者を明確にした研修を実施するとともに、各種シミュレーターも完備している。専門職種に応じた初期研修では、臨床研修センターを中心に毎年数多くの研修医を受け入れており、臨床研修の質向上に積極的に取り組み、第三者評価の認証を継続している。看護師および一部のコ・メディカルにおいてもラダーを基本としたプログラムが整備されている。学生実習では、実習体制や契約書の管理は適切で、事故発生時の対応方法も明確である。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、人としての尊厳が守られることや自己決定権の擁護など適切な内容で明文化されている。患者への説明と同意では、同席を必須とする範囲や患者の意思決定支援についてさらなる充実を期待したい。患者との診療情報の共有や、医療への患者参加の促進では、分かりやすい情報提供を行っている。患者支援体制は整備され、多職種による患者との対話を促進する体制が機能している。患者の個人情報保護では、方針や規程類の整備、個人情報の物理的・技術的な保護などが適切に行われている。臨床における倫理的課題については、各部署において多職種で倫理的課題を検討する体制が定着しており、倫理委員会で検討する課題の基準も明確になっている。

来院時のアクセスは路線バスに加えてシャトルバスを運行しており、バリアフリー環境により高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。療養環境では、院内は開放感があり、落ち着いた療養環境を提供している。また、トイレや浴室も清潔で安全に介助できる広さが確保されている。受動喫煙の防止では、職員の喫煙状況の把握が期待される。

### 4. 医療の質

複数の体系的な評価の認証を継続するとともに、病院全体で様々な指標を用いた業務の質改善に向けた活動が行われ、組織風土として根付いて多くの成果をあげており、高く評価できる。診療の質の向上に向けた活動では、カンファレンスの開催、クリニカル・パスの運用、臨床指標の設定と活用が適切に行われている。患

者・家族の意見を医療サービスの質向上に活用する取り組みは、意見箱、患者満足度調査等を通じて実施され、意見をもとに改善した実績がある。新たな診療・治療方法や技術の導入では、高難度新規医療技術の導入について担当部署を設置して明確化が図られ、倫理や安全面を含めた管理が行われている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確である。診療記録については、多職種で行っている質的点検について、記録のさらなる質の向上に活かせるような取り組みを期待したい。多職種による NST、フットケアチーム、緩和ケアなどの組織横断的な専門チームのほか、退院支援カンファレンスには、ケアマネージャーも含めた院内外のメンバーが協働して支援している。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制では、院長直轄の医療安全管理室を設置して権限を付与された職員を配置し、各部門のリスクマネージャーと連携した活動を実践している。安全確保に向けた情報収集と検討では、多くの報告を収集するとともに、未然防止報告事例から報告者の表彰を行うことで、インシデント報告の推進を図っている。医療事故等への対応については、医療事故発生時の対応手順、訴訟時の対応体制を整備し、メディエーション研修の受講者が対応している。

患者・部位・検体などの誤認防止対策について、医療安全強化事項として取り組んでいる。情報伝達エラー防止対策においては、口頭指示の安全対策、パニック値の報告、放射線読影レポートや病理診断レポートの未読防止などに適切に取り組んでいる。薬剤の安全な使用に向けた対策では、麻薬や向精神薬の保管、ハイアラート薬の規定や注意喚起、病棟在庫薬使用時のチェックなど、安全に配慮した手順が遵守されている。転倒・転落防止対策では、入院時に全患者に対してリスク評価を行い、危険度により看護計画を立案して対策を実施し、多職種で危険度の共有が図られている。医療機器の使用では、心電図モニターのアラームへの対応について徹底を期待したい。患者等の急変時の対応では、急変前から急変時まで 24 時間対応可能な院内緊急コールを設定し、救急救命士が患者の状態により対応を判断し、発動する仕組みが運用されている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制では、感染対策室を設置して必要な職員を配置し、院内感染対策委員会を毎月運営している。また、部署の責任者が参加する会議で感染対策に関する報告を行っている。感染対策室内に ICT が組織され、感染制御に中心に関わるとともに、各部署から参加する ICS 委員会との連携で情報の共有に努めている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討では、各種のデバイスサーベイランスを実施し、SSI のサーベイランスは眼科を除く全診療科で各症例のデータを収集し、院外サーベイランス事業にも参加している。

医療関連感染を制御するための活動では、マニュアルに沿った標準予防策、感染経路別予防策等が実践されている。抗菌薬の適正使用では、抗菌薬適正使用マニュアルが整備され、薬剤師を中心とした AST が活動している。特定抗菌薬は届出制と

し、AST が使用状況を把握して適正使用について毎週協議を行い、必要時に介入している。

## 7. 地域への情報発信と連携

必要な情報の提供では、広報誌、年報、病院案内、入院案内などで患者や地域住民、地域の医療機関などに、病院の役割や提供する医療サービスを発信している。ホームページには主だった診療科について診療科専用のサイトを作成し、特徴や実績を詳細に紹介するなど、必要な情報を地域に向けて分かりやすく発信している。他の医療関連施設等との連携では、地域医療支援病院として運営委員会を開催するとともに、医療機関を訪問し、地域の医療ニーズや要望を把握して院内にフィードバックしている。紹介患者の診察・検査予約は、手順に基づき速やかに行うとともに、紹介元医療機関への返書の徹底を図っている。CKD 病診連携システムを構築し、湘南地区のかかりつけ医と連携診療を行うなど、地域の医療関連施設等との連携に努めている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動では、地域住民に向けて健康増進を図る活動として、Web 公開医学講座を開催している。この中で、医師、看護師、コ・メディカル等が身体や病気をテーマに多数の講座を開催しており、開催後にアンケートも実施して講演内容の見直しにつなげている。また、地域の医療関連施設等に向けて、腫瘍の治療などに関する講座をはじめ多数のセミナーを開催し、地域の医療従事者のスキルアップを図っており、病院全体で取り組むこれらの教育・啓発活動は高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者の円滑な受診に向けた配慮、外来診療の実施、入院の決定、患者・家族からの医療相談への対応などは、いずれも適切に行われている。診断的検査では、造影剤検査、被曝量低減への取り組み、および鎮静剤使用、急変時の対応など、安全に配慮した手順が遵守されている。診療計画の作成では、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、療法士など、患者に関わるスタッフが協働して計画を作成している。入退院支援センターで入院時に必要な各種アセスメント、患者の希望の確認、およびスケジュールの説明などが行われ、円滑な入院につなげている。

医師は、毎日の回診で患者の病態を把握し、病棟スタッフと情報を共有するなどリーダーシップを発揮している。看護師は、看護基準や看護手順を整備し、多職種と協働して看護を実践している。周術期の対応と重症患者の管理については、診療科横断的および多職種によるチーム医療が発揮されている。褥瘡の予防・治療では、リスクの評価からケアの提供、皮膚損傷発症患者への早期治癒、再発防止に向けた対応が適切に実践されている。栄養管理と食事支援では、NST や摂食嚥下支援チームが適切に関与している。症状などの緩和については、緩和ケアマニュアルに沿った管理が実施されている。365 日のリハビリテーションを提供しているが、患者の個別性に応じた合併症のリスクや目標設定の記載が期待される。患者・家族への退院支援は適切に行われている。ターミナルステージへの対応では、緩和（終末期）ケアの方針と手順に、終末期の定義や終末期医療への移行の判断、およびター

ミナルスステージの判断基準を明記し、対応している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、持参薬の鑑別はすべて薬剤師が行い、薬剤に関する情報収集および関連部署への周知を積極的に行っている。臨床検査機能は、24 時間対応可能な人員配置がなされ、検体の取り違いリスクへの対応と作業効率を両立するシステムが導入されている。画像診断機能では、診療放射線技師から救命医などへの STAT 画像報告を行っている。読影率の向上には引き続き取り組むことが期待される。栄養管理機能は、厨房の清潔区域や温度等の管理が適切に行われている。リハビリテーション機能は、充実した療法士を配置し、急性期を中心として全期的リハビリテーションを提供している。診療情報管理機能では、患者の診療記録・情報の一元的な管理の徹底に向けた取り組みが進められている。医療機器管理機能は、病院内で使用される全ての医療機器のさらなる管理を期待したい。洗浄・滅菌機能では、滅菌作業手順やリコール手順が整備され、SUD についての病院ルールなども遵守されている。

病理診断機能では、検体の取り違い対策、迅速で確実な診断、医療の質の向上に向けた関わりなどが適切に行われており、病理レポートを確実に診療に活かす取り組みもなされている。放射線治療機能では、医学物理室を設置し、放射線治療医と医学物理士により精度の高い治療が提供されている。輸血・血液管理機能では、外部評価の認定を継続し、24 時間体制で対応するなど適切な機能が発揮されている。手術・麻酔機能では、麻酔科医と手術室看護師を含めた多職種により 24 時間 365 日で対応する体制で、緊急手術を含めた多くの手術が安全に配慮して実践されている。集中治療機能では、患者の入院経路や病態に応じた治療室が選択され、専門医、認定看護師や多職種で患者管理が行われている。救急医療機能では、救命救急センター、外傷センターなどが設けられ、専門医、認定看護師を含めた看護師や多職種による充実した体制に加えて、救急救命士で構成される救急調整室の多彩な役割などで断らない救急を実現しており、高く評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算管理、会計処理、財務諸表の作成は適切であり、外部監査も受けている。医事業務では受付から会計まで手順に沿って実施し、自動精算機を導入するなど合理化を図っている。業務委託は、毎年業務の評価を行い更新の可否を検討しており、委託業務従事者に対する教育や事故発生時の対応など適切に行われている。

防災センターに専従の職員を配置し、委託業者と連携して 24 時間体制で施設・設備の管理および整備に従事している。感染性医療廃棄物庫の表示については、法令および自治体の条例を再確認し、適切な表示となるよう対応が期待される。購買管理は、医薬品、医療材料については、採用・購入・在庫数の見直し等を適切に実施している。医療機器についても採算性等を十分に検討して購入している。

災害拠点病院として、DMAT を編成し、各地への派遣実績がある。リスク評価には、HVA（災害脆弱性分析）や FMEA（故障モード影響解析）を導入している。緊急時の責任体制の明確化と初動期の混乱を回避するために作成されたアクションカードは模範的水準であり評価できる。有事の際、対策本部が設置されるメイン棟は免震構造であり、ヘリポートを備えるほか、自家発電機や患者・職員用の食料・飲料水等も確保されている。保安業務では、防災センターに委託の警備社員を配置しているほか、日中は警察 OB の保安担当者が院内に常駐している。院内各所に防犯カメラを設置し、重要エリアにはセキュリティシステムを導入して保安体制の強化を図っている。

# 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	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	B
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	S
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	S

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	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	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	B
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	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	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	B
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	B
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	B
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	B
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	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	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	B
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	C
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	B
-------	-----------------	---

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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 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：医療法人徳洲会 湘南鎌倉総合病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：神奈川県鎌倉市岡本1370-1

## 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	659	659	+40	86	9.6
療養病床	0				
医療保険適用	0				
介護保険適用	0				
精神病床	10	10	+0	20.8	25.7
結核病床	0				
感染症病床	0				
総数	669	669	+40		

## 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)	18	+10
冠動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	8	+8
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	5	+0
人工透析	63	+0
小児入院医療管理料病床	12	+0
回復期リハビリテーション病床	0	
地域包括ケア病床	0	
特殊疾患入院医療管理料病床	0	
障害者施設等入院基本料算定病床	0	
緩和ケア病床	0	
精神科隔離室	1	+0
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	9	+0
認知症治療病床	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),  
 DPC対象病院 (DPC特定病院群)

## 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： 24 人 2年目： 20 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

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	27	0.72	91.92	5.39	86.07	16.14	16.16	16.99	3.32	3.11
呼吸器内科	2	0.34	16.15	0.95	16.84	3.16	8.42	12.38	6.90	7.20
循環器内科	24	0	138.83	8.14	61.14	11.47	7.61	4.62	5.78	2.55
消化器内科 (胃腸内科)	11	3.95	59.17	3.47	21.45	4.02	8.39	6.77	3.96	1.43
腎臓内科	9	0.13	54.14	3.18	22.66	4.25	2.22	13.39	5.93	2.48
神経内科	2	0	31.11	1.82	13.16	2.47	4.66	16.65	15.55	6.58
糖尿病内科 (代謝内科)	2	0.11	27.73	1.63	2.52	0.47	1.50	9.26	13.14	1.20
血液内科	5	0	71.33	4.18	27.59	5.18	2.03	16.04	14.27	5.52
皮膚科	1	0.24	20.73	1.22	0.10	0.02	6.63	36.00	16.72	0.08
アレルギー科	2	0	0.96	0.06	0.00	0.00	7.83	0.00	0.48	0.00
リウマチ科	2	0	42.67	2.50	1.96	0.37	1.31	11.10	21.34	0.98
感染症内科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児科	6	0.58	19.56	1.15	1.33	0.25	18.46	2.29	2.97	0.20
精神科	1	0.08	0.06	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.06	0.00
心療内科	0	0.21	2.07	0.12	0.00	0.00	12.01	0.00	9.85	0.00
外科	16	0.32	92.89	5.45	84.07	15.77	7.79	11.49	5.69	5.15
呼吸器外科	4	0	8.74	0.51	5.97	1.12	4.16	9.15	2.19	1.49
循環器外科(心臓・血管外科)	8	0	16.10	0.94	14.00	2.63	2.09	15.90	2.01	1.75
乳腺外科	2	0	22.06	1.29	2.72	0.51	5.43	6.76	11.03	1.36
泌尿器科	4	0.29	71.98	4.22	11.66	2.19	4.17	7.18	16.78	2.72
脳神経外科	7	0	28.88	1.69	34.68	6.50	4.71	19.65	4.13	4.95
整形外科	2.5	1.26	39.80	2.33	0.00	0.00	8.87	0.00	10.59	0.00
形成外科	5	0.26	52.13	3.06	13.68	2.57	6.05	24.01	9.91	2.60
眼科	1	1.25	56.41	3.31	1.68	0.32	4.22	1.32	25.07	0.75
耳鼻咽喉科	2	0.53	41.95	2.46	5.13	0.96	6.75	6.45	16.58	2.03
産婦人科	11	0.4	115.56	6.78	19.02	3.57	5.83	4.28	10.14	1.67
リハビリテーション科	0.5	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	4	0.67	4.48	0.26	0.00	0.00	79.97	0.00	0.96	0.00
麻酔科	15	6.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	3	0.85	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	30	0.6	179.33	10.52	0.00	0.00	59.52	0.00	5.86	0.00
歯科口腔外科	2	0.66	15.30	0.90	0.83	0.16	32.99	2.03	5.75	0.31
人工透析科	0	0	137.90	8.09	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00
健診科	6	0	57.19	3.35	0.00	0.00	0.03	0.00	9.53	0.00
脳卒中診療科	3	0	4.58	0.27	16.05	3.01	26.52	11.12	1.53	5.35
人工膝関節センター	2	0	13.63	0.80	5.46	1.02	4.94	16.82	6.81	2.73
IVRセンター	1	0	0.40	0.02	0.00	0.00	0.85	0.00	0.40	0.00
放射線腫瘍科	8	0.53	28.89	1.69	0.00	0.00	0.89	0.00	3.39	0.00
腫瘍内科	1	0	1.11	0.06	0.00	0.00	2.46	0.00	1.11	0.00
腫瘍外科	0	0	0.27	0.02	0.00	0.00	2.50	0.00	0.00	0.00
睡眠時無呼吸科	1	0	17.63	1.03	0.41	0.08	2.64	1.00	17.63	0.41
移植外科	2	0	1.01	0.06	0.61	0.11	0.67	9.65	0.51	0.30
脊椎脊髄外科	0	0	12.55	0.74	0.00	0.00	2.82	0.00	0.00	0.00
外傷整形外科	12	0	100.94	5.92	48.93	9.18	2.99	12.04	8.41	4.08
総合診療科	7	0	3.48	0.20	11.33	2.13	6.56	19.98	0.50	1.62
脳卒中予防科	1	0	0.25	0.01	0.00	0.00	12.33	0.00	0.25	0.00
集中治療部	5	0	0.00	0.00	0.88	0.17	0.00	19.00	0.00	0.18
頭頸部外科	1	0	1.56	0.09	1.29	0.24	4.37	26.11	1.56	1.29
訪問科	0	0	1.44	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床研究センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	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	1,704.88	1,553.95	1,705.19	109.71	91.13
1日あたり外来初診患者数	196.06	157.52	183.23	124.47	85.97
新患率	11.50	10.14	10.75		
1日あたり入院患者数	533.22	554.51	591.53	96.16	93.74
1日あたり新入院患者数	55.07	55.55	60.39	99.14	91.99