

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 5 月 17 日～5 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 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. 中心静脈栄養輸液の調製・混合が薬剤師によって無菌的に行われるよう努めてください。（3.1.1）

1. 病院の特色

貴院は、がん、肝疾患、救命救急、周産期母子、認知症、難病等の多様な診療機能において高度な医療を提供している。また、手術室の増室および機能的な整備、集中治療センターの拡充、高度医療機器・設備の導入など患者への最善な医療の提供に向けて継続的に取り組んでいる。今回の病院機能評価は更新受審であり、病院長や病院幹部を中心に病院全体で業務改善に努めており、第三者評価に基づく病院の改善に真摯に取り組んでいることが確認できた。これらの取り組みを継続し、今後の貴院の発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針が定められ、ホームページ等で発信されている。中期計画、年度計画が策定され、職員に周知されるとともに、達成状況の評価が毎年実施されている。病院長をはじめ、執行部は適切な選考過程を経て選任されている。院内各部門の目標管理の仕組みを確立することが期待される。医療の質、安全性、効率性を重視した情報システムの更新が図られている。文書管理規程が定められ、マニュアル等の承認手順も明確になっている。

必要な人員が確保されている。各診療科とのヒアリングや中央部門との協議の機会が設定されている。人事・労務関係の各種規程は整備され、職員が容易に確認できるようになっている。安全衛生委員会が毎月開催され、職場内巡視、労働災害報告、健康診断の受診、職業感染への対応など適切に行われている。人生のライフイベントにおいて結婚、出産、子育てに至るまでの支援の重要性を踏まえ、法の定めを超えた子育て支援制度を整備している。

全職員を対象とした教育・研修は、職員研修管理委員会を中心に計画的に実施されている。医師も含めた全職種に対して、人事評価制度および個人別目標管理システムの仕組みを整備し、人事考課にも反映している。臨床能力の評価とこれに基づく臨床権限の付与について、病院の方針を明確にして実施することが期待される。

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されており、患者・家族および職員に周知され、診療の現場において適切に擁護されている。インフォームド・コンセントに関する規定が整備され、同意書の標準化もなされている。また、説明と同意の実施状況の把握と評価がなされ、適切に実施されている。パンフレットや動画など様々なツールを用いて患者にわかりやすい説明を行い、医療への患者参加を促進している。小児のインフォームドアセントに配慮した対応もなされている。患者支援体制として、相談窓口に専門職が配置され、多岐にわたる相談に対応している。個人情報保護方針や個人情報に関する院内指針を定め、職員に周知している。患者情報の利用時の手続きも適切である。臨床倫理指針はホームページに掲載され、臨床倫理委員会やコンサルテーションチームなど倫理を検討する仕組みが整備されている。入院前面談時や医療・ケアの意思決定が困難な場合など、倫理的課題がある際には多職種での検討がなされている。

病院へのアクセスは至便で、生活延長上のサービスの提供、外国人患者の受け入れへの対応など適切に行われている。視覚障害者や聴覚障害者への対応として、手摺りの設置やエレベーター等への点字表示を行い、耳マークを掲示・案内している。各部署には十分なスペースが確保され、清潔性や安全性とともにプライバシーにも配慮した療養環境が整備されている。敷地内全面禁煙の方針を明示している。禁煙外来を実施しており、職員の喫煙率も年々低下している。

4. 医療の質

毎月、ホームページで「患者さんからのご意見と対応」を公表し、待ち時間や職員の接遇などについて継続的に改善に取り組んでいる。病理医・画像診断医が参加するカンファレンスや、多職種参加のキャンサーボードなど、多くの症例検討会が活発に開催されている。臨床指標を収集・分析して診療の質改善に努めている。病院機能評価の更新受審に際して、病院長、病院幹部を中心に組織横断的な業務改善に努め、KAIZEN推進委員会が中心となって多くの改善実績を残しており、秀でた取り組みがなされている。高難度新規医療技術および未承認新規医薬品の導入に際して、担当部門が設置され、それぞれ評価委員会において審査し、安全に留意して実施されている。実施時のモニタリングの手順が定められ担当部門により確認がなされている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、病棟入口には診療科の責任者と看護師長、病棟薬剤師の氏名が表示され、医師の回診、看護師長のラウンドも定期的になされている。診療記録については、各職種とも電子カルテを用いて適時、的確な記載を行っている。質的点検は、全診療科を対象に多職種の担当者により定期的に

実施されている。院内には多職種からなる専門チーム、組織横断的に活動する専門看護師・認定看護師などが多数存在し、カンファレンスでの事例検討や専門的な介入を行っている。

5. 医療安全

医療安全管理部門として医療の質・安全管理部を位置付け、医療安全推進に向けた諸活動を行っている。インシデント・アクシデント報告は、看護部門が中心に多数収集され、医療安全管理部門で検証・分析が行われている。

患者の誤認防止対策は、バーコード認証が活用され、手術室ではタイムアウト等が徹底されている。医師の指示出しから実施確認まで、電子カルテのシステムを用いて確実に行われている。画像・病理診断の未読管理および担当診療科の対応を確認する仕組みが構築されている。臨床検査のパニック値の報告は、医師に確実に伝わる手順が作成されたところである。ハイリスク薬等の使用・保管・管理は手順に従って実施されている。重複処方、併用禁忌等のアラートが表示される仕組みがある。抗がん剤のレジメン管理・登録、累積投与量の確認も適切に行われている。転倒・転落防止対策は、患者のリスク評価や病室環境のチェックなどがなされ、安全パトロールなども含めて実践状況は高く評価できる。医療機器は中央管理され、臨床工学技士による点検や研修が行われている。院内緊急コードの手順が確立し、RRS も定着しているが、BLS 研修は全職員を対象にした定期的な研修として計画され、職員個別の受講状況も把握されている。

6. 医療関連感染制御

感染制御部を設置して専従の ICD、ICN を含むスタッフを配置し、日常の活動を行っている。院内感染対策委員会は病院長が委員長を務め、各病棟・部署の感染対策マネージャー、多職種で構成された病棟 ICT など多数の職員が感染制御に関わる活動を行っており、体制が構築されている。感染制御部スタッフは、院内の感染管理の状況や抗菌薬の使用状況を把握し、適宜介入している。院内サーベイランスについては、SSI は外科系全診療科、微生物・デバイスについては全病棟を対象を拡大して実施する体制が構築されている。地域における感染状況の把握や他施設との連携も積極的に行っている。

標準予防策への対応は、マニュアルの整備、ICT ラウンドによる実践状況の把握や評価、フィードバックが適切になされ、特に、病棟 ICT の取り組みは、部署の問題に多職種に関わる体制となっており、これらの実践活動は高く評価できる。AST の介入により、抗菌薬使用の監視が行われ、医師への助言や情報のフィードバックが行われている。特に、AST 介入後には、手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率の向上、抗 MRSA 薬使用の減少など、成果も得られている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌やホームページで積極的に行っている。広報の方針や内容については、院長補佐を配置して戦略会議などで検討・承認している。病院

として、医療連携登録医等との医療連携を推進している。紹介・逆紹介の手続きや検査機器の共同利用、紹介元への初診時の来院報告などが行われ、関連協力病院との定期的な Face to Face の会を開催し、地域の状況やニーズを把握している。医療連携の基盤になる医師返書の管理システムを構築し、受診時および退院時の返書の状況が管理されている。地域・患者に向けた医療に関する教育・啓発活動では、がんや肝臓病に関する市民公開講座などを実施している。医療関連施設等に向けた研修会では、緩和ケア研修会、がん看護師研修会、肺がん薬物療法研修会、認知症サポート医フォローアップ研修会などを実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページ等でわかりやすく案内されている。診察待ち時間が把握されていないため、定期的かつ継続的な把握を期待したい。外来診療については、患者情報の収集、説明と同意が適切に行われ、必要な処置の安全な実施やプライバシーへの配慮もなされている。診断的検査は医学的判断のもと施行されている。院内統一の鎮静に関するルールが作成されたところである。入院の必要性は、医学的判断に基づき決定されている。入院診療計画書は多職種が関与して作成され、看護計画、必要に応じた栄養管理やリハビリテーションの計画が所定のシステムを用いて立案されている。患者総合支援センターの相談部門を窓口とし、様々な相談に対応している。入退院支援センターで入院支援が行われており、円滑に入院できる仕組みを整備している。

医師の業務は適切に行われ、チーム医療におけるリーダーシップを発揮している。看護師は、様々なアセスメントツールを活用して患者の状態を把握し、多職種と協働してケアを実践している。投薬・注射については、リスクなどが説明され、投与時の患者の状態の観察も適切に実施されている。輸血療法は所定の手順で運用されており、輸血同意書についても必要事項が記載されている。手術・麻酔の適応、術式の検討、麻酔科医による術前評価や合併症予防、周術期の患者管理が適切に行われている。各種集中治療室では、責任医師や主治医、多職種の協働により重症患者の管理が適切に行われている。全入院患者に褥瘡リスク評価が行われ、褥瘡発生時は皮膚・排泄ケア認定看護師へのコンサルテーションや褥瘡チームへの依頼により適切な治療やケアが実施されている。入院前面談で摂食嚥下機能などが確認され、必要に応じて早期から管理栄養士と連携し、食事の提供および栄養指導につなげている。症状緩和については、緩和ケアの手引きが整備され、苦痛のスクリーニングも行われている。リハビリテーションの依頼は、全例リハビリ担当医が診察を行い、実施計画書にはリスクや患者・家族の要望が記載されている。抑制しないことを前提に抑制しないためのケア内容を看護師が中心となり多職種で検討されている。必要時は身体抑制ガイドラインに沿って適切に実施されている。退院支援に関しては、入院後早期から情報収集が行われている。多職種で退院後の継続した診療・ケア等への対応が検討され、実施されている。ターミナルステージにおける多職種カンファレンスが実施され、患者・家族の意向を尊重し、緩和ケアチームの活用や ACP を用いる広報活動もなされている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理、持参薬の鑑別・管理が適切になされ、医薬品集も整備されている。TPN 製剤の無菌調製については検討が望まれる。検体検査は、夜間・休日も含めて24 時間体制で対応し、結果も迅速に提供されている。画像診断については、安全に十分配慮して検査が実施されている。選択メニューや行事食、化学療法食など個別性に配慮した美味しい食事の提供に努めている。専門医および関連診療科の医師が関与し、療法士が各種リハビリテーションに対応しており、連続性にも配慮して実施されている。診療情報は一元管理されている。量的点検は点検項目を定めて、全退院患者に対して確実に実施されている。医療機器は中央管理され、使用後の点検や定期点検が適切に実施されている。洗浄・滅菌機能では、各種インディケーターによる質保証がなされている。

病理診断機能では、検体交差を防止し、多くの病理診断を迅速に実施する体制が整備されている。放射線治療はリニアック・IMRT/VMAT に加えて、MR リニアックシステムを導入し、放射線治療専門医、品質管理士、医学物理士、認定看護師等の専門スタッフで精度の高い治療を実践している。輸血部において、製剤の保管や払い出し、および払い出し先の保冷庫の温度管理が行われており、再使用のルールも明確になっている。手術・麻酔機能では、麻酔科医により全ての全身麻酔が管理され、充実した設備を有して多くの先進医療も実施されている。集中治療機能は、各種集中治療室において多職種が適切に関与し、重症患者の管理が行われている。救命救急センターとして三次救急に対応し、感染症患者に対応する設備やCT 設置の初療室を備えており、救急医療機能を適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

公立大学法人大阪会計規程、経理規程、予算管理規程、内部監査規程が整備され、各種規程に基づき予算執行等がなされている。各種経営分析が実施され、病院としての課題を把握し戦略会議等で情報共有している。診察の申込から会計に至る手順は適切である。未収金対応マニュアルを作成し、窓口対応、架電、督促状の送付、外部（弁護士事務所）への委託に至る手順が明確にされている。業務委託について、業務の遂行能力を検討したうえで契約を締結している。

病院機能に見合った施設・設備を整備し、点検・保守管理を行い、エレベーターのリニューアルなど計画的に修繕している。物品管理は、ベンチマーク分析の実施など、経営企画課と連携して適正な納入価による診療材料の購入に努めている。

BCP に基づいた対策本部の設置やトリアージ訓練が行われており、安否確認・出勤の対応などもシステムを稼働し、訓練している。保安警備業務は、24 時間 365 日行っており、出入り口や駐車場の監視、毎日定時の院内・敷地内巡視、施錠管理などを実施している。医療事故発生時の対応手順は整備され、事故発生時には速やかに医療安全管理部門ならびに病院長に報告される仕組みとなっている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医科・歯科の医師の初期研修は、研修プログラムに沿って実施しており、卒後臨床研修センターなどが初期研修を推進している。CPC や各種セミナー、カンファレンスなどがカリキュラムに組み込まれている。看護師の新人研修は、プリセプター制度の導入など看護部全体で推進している。技術職や事務職員など全ての職種において、初期研修プログラムに基づき到達目標の評価などを行っている。

医師、看護師、薬剤師、臨床工学技士等をはじめとした学生実習を幅広く受け入れ、教育の場でもある大学病院としての役割を果たしている。また、病院側では実習の受け入れにあたり、部門ごとに実習指導者を選任し、より効果的な実習ができるよう配慮している。

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・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	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	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	B
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	S
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	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	S
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	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	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	A
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	S
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	B
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	S
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	S
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	B
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	B
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	C
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	B
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	S
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	B
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	B
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	B
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 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：大阪公立大学医学部附属病院

I-1-2 機能種別：一般病院3

I-1-3 開設者：市町村

I-1-4 所在地：大阪府大阪市阿倍野区旭町1-5-7

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	927	729	-124	73.7	10.6
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	38	38	+0	68.8	45.2
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	965	767	-124		

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)	10	+4
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	-6
ハイケアユニット (HCU)	10	-2
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	3	+0
放射線病室	3	+0
無菌病室	21	+2
人工透析	12	+2
小児入院医療管理料病床	29	-5
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
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	8	+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：

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, 肝疾患診療連携拠点病院, 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： 59 人 2年目： 61 人 歯科： 3 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)
呼吸器内科	16	4.59	73.97	3.76	27.40	4.99	4.52	9.67	3.59	1.33
循環器内科	21	5.62	63.98	3.25	23.67	4.31	5.76	7.53	2.40	0.89
消化器内科(胃腸内科)	40	6.11	167.10	8.50	42.16	7.68	4.93	7.97	3.62	0.91
腎臓内科	7	0	37.66	1.92	13.81	2.51	3.65	14.13	5.38	1.97
神経内科	11	1.02	33.74	1.72	10.11	1.84	9.87	15.40	2.81	0.84
糖尿病内科(代謝内科)	15	2.04	57.91	2.95	8.25	1.50	1.85	11.05	3.40	0.48
血液内科	19	2.55	44.57	2.27	31.32	5.70	5.36	24.43	2.07	1.45
皮膚科	16	4.85	82.50	4.20	12.41	2.26	8.61	12.21	3.96	0.60
リウマチ科	5	0	27.43	1.40	3.47	0.63	4.81	22.85	5.49	0.69
感染症内科	4	0.51	6.67	0.34	1.76	0.32	8.93	15.83	1.48	0.39
小児科	20	8.63	67.81	3.45	23.81	4.34	3.39	7.28	2.37	0.83
精神科	15	6.12	95.36	4.85	26.14	4.76	2.71	46.65	4.52	1.24
呼吸器外科	6	0.51	15.06	0.77	9.21	1.68	2.22	9.90	2.31	0.41
循環器外科(心臓・血管外科)	19	3.06	14.60	0.74	16.58	3.02	6.23	14.58	0.66	0.75
乳腺外科	6	1.02	58.64	2.98	6.68	1.22	2.28	8.05	8.35	0.95
消化器外科(胃腸外科)	23	7.14	100.03	5.09	49.39	8.99	1.95	15.80	3.32	1.64
泌尿器科	20	2.04	112.55	5.73	32.80	5.97	2.91	11.69	5.11	1.49
脳神経外科	14	1.78	44.32	2.25	29.41	5.36	6.02	15.59	2.81	1.86
整形外科	25	6.87	127.87	6.50	51.03	9.29	6.43	17.85	4.01	1.60
形成外科	10	0.51	36.43	1.85	10.34	1.88	7.58	12.60	3.47	0.98
眼科	11	3.06	117.69	5.99	14.99	2.73	5.58	4.45	8.37	1.07
耳鼻咽喉科	13	4.59	113.07	5.75	20.95	3.82	10.93	12.76	6.43	1.19
小児外科	3	0	4.02	0.20	0.64	0.12	9.47	3.31	1.34	0.21
産科	9	2.55	53.83	2.74	22.55	4.11	6.00	7.43	4.66	1.95
婦人科	10	2.55	75.32	3.83	34.65	6.31	5.60	8.28	6.00	2.76
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	31	6.12	19.64	1.00	5.93	1.08	2.42	7.88	0.53	0.16
麻酔科	22	2.85	45.40	2.31	1.40	0.25	1.77	19.62	1.83	0.06
病理診断科	7	0.51	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	16	1.02	0.49	0.02	9.56	1.74	26.27	9.71	0.03	0.56
歯科口腔外科	4	2.04	38.17	1.94	1.48	0.27	15.14	6.98	6.32	0.25
内分泌・骨・リウマチ内科	1	0	38.90	1.98	5.33	0.97	5.62	7.94	38.90	5.33
総合診療科	8	0.51	15.30	0.78	0.56	0.10	18.61	12.06	1.80	0.07
核医学科	3	0	3.97	0.20	1.35	0.25	15.30	3.23	1.32	0.45
中央臨床検査部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療情報部	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療安全センター医療の質・安全管理部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床研究・イノベーション推進センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
化学療法センター	4	0	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部	1	0	171.71	8.74	0.00	0.00	0.00	0.00	171.71	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	1,965.69	1,894.28	2,096.10	103.77	90.37
1日あたり外来初診患者数	98.38	92.73	115.65	106.09	80.18
新患率	5.00	4.90	5.52		
1日あたり入院患者数	549.13	618.07	718.12	88.85	86.07
1日あたり新入院患者数	49.71	53.28	61.04	93.30	87.29