

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2月3日～2月5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. 手術部位感染サーベイランスの実施に関して、貴院が補足的な審査で提示した改善策の継続的な実践と対象診療科の拡大に努めてください。（1.4.2）

1. 病院の特色

貴院は1876年に三重県公立病院内に設置された三重県医学校を原点とし、1944年に三重県立医学専門学校、1947年に三重県立医科大学、1952年に三重県立大学医学部、そして1972年に国立に移管されるという、長い歴史の中でこれまで発展してきた。現在では都道府県がん診療連携拠点病院、小児がん拠点病院、がんゲノム医療拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院、三重県アレルギー疾患医療拠点病院、地域災害拠点病院、三重県難病診療連携拠点病院などの多くの重要な機能を担った特定機能病院として、三重県の医療を要として支えている。

今回の病院機能評価の更新受審では、求められる機能をしっかりと維持し、職員が一丸となって取り組んでいることが見て取れた。また、より安全な、そして内部統制の取れた、コンプライアンスを遵守した診療体制が構築されつつあることが確認できた。今後さらに医療の質向上に努められ、三重県唯一の特定機能病院として、その能力を存分に発揮されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が作成され、様々な媒体を通して職員に周知され、基本方針に基づいた職員の行動規範が策定されており、病院長が特に力を入れる7つの柱が明示されている。病院長自らが卓越したリーダーシップを発揮し、様々な課題を解決して診療機能の維持に努めており、地域医療に対する責任感を全ての職員が共有している。病院長、副院長は適切に選任されているが、法令遵守を含めた病院長の方針の各部署の目標への反映、病院における重要な職務の分掌等について、さらなる検

討が期待される。情報の管理・活用の方針は明確で、医療情報を適切に活用している。文書管理の責任部署も明確であり、組織としての管理方法も適切である。

法令や施設基準等に見合った必要な人材は確保されているものの、麻酔科医やリハビリテーション療法士のさらなる充実による機能向上が期待される。人事・労務管理に関しては、客観的に就労時間を把握できる仕組みが期待される。職員の安全衛生管理、就労支援、福利厚生は適切に行っている。教育委員会が職員の教育・研修を計画的に実施しているが、個人情報保護およびハラスメントの研修については、さらなる充実を期待したい。職員の能力評価・能力開発も、各職種で適切に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、こどもの権利章典も作成されている。説明と同意の基本方針が定められ、同意書を取得する診療行為や同席等の基準が決められている。説明と同意の取得状況は管理部門において管理者が確実に把握し、その内容はマニュアルに基づいて適切に診療録に記載されている。医療安全への主体的参加、外国語での情報発信など、医療への患者参加は適切に促進されている。患者相談窓口は総合サポートセンターにあり、多くの専門職を配置して対応している。個人情報に関する規程が整備され、個人情報の物理的・技術的保護、プライバシーへの配慮を適切に行っている。主要な倫理的課題は方針が決められ、臨床倫理コンサルテーションチームが臨床における倫理問題を積極的に検討し、現場へのフィードバック、病院幹部との情報共有を行っている。

様々な生活延長上の設備やサービスが利用できるよう配慮され、情報入手や通信手段を含め利便性・快適性に配慮している。カウンター型補聴支援システムを設置するなど、高齢者・障害者に配慮している。敷地内全面禁煙の方針は明確であり、様々な手段で周知・徹底されている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望は適切に収集され、検討の上、質改善に活用している。クリニカル・パスについてはBOM (Basic Outcome Master) を活用した検討が開始され、臨床指標・質指標に関してはベンチマークとの比較に基づいた改善活動が確実に実施されている。病院内では組織横断的な活動が実践され、外部評価や第三者評価が継続的に行われている。高難度新規医療技術の導入は適切な審議に基づいて行われ、導入後のモニタリングも確実に実施されている。

病棟・外来等における管理・責任の役割は明確にされている。診療録の質的点検はすべての診療科に対して行われているが、対象とする診療録の拡大があるとなお良い。診療科の枠を超えたカンファレンスが行われ、治療方針の検討と実施が行われている。手術においても各診療科の連携で実践され、患者に最善の治療、ケアが提供されている。小児トータルケアセンターでは多職種が協働して難病を抱える小児の在宅医療を支えている。多職種からなる専門チームが構成されているが、多職種カンファレンスについては、さらなる積極的な活動が期待される。

5. 医療安全

副病院長である医療安全管理責任者の管理のもと、医療安全管理部のスタッフが協力して医療安全推進に向けた組織横断的な活動を積極的に行っている。報告された事例については適切に要因分析・対策立案・周知を行っている。今後、現場との対話をさらに促進し、整備されている医療安全管理マニュアルが現場でより円滑に運用されることを期待したい。

患者誤認防止対策、チューブ・ドレーンの誤接続防止は適切に行われ、手術室や内視鏡室でのタイムアウト、手術部位のサイトマーキングを徹底している。口頭指示を含め指示出し、指示受けは、画像診断や病理診断レポートの未読対策を含め、情報伝達エラー防止は適切である。医薬品安全管理責任者は医療安全管理部門と連携し、薬剤の安全な使用に向けた対策を実施しており、高濃度注射用カリウム製剤の管理などに適切に取り組んでいる。病院全体として転倒・転落防止対策に取り組んでおり、今後はさらに臨床評価指標の有効活用につながることを期待したい。医療機器の安全使用は医療安全管理部と連携しているが、病棟で一時保管機器についてはさらなる検討が期待される。患者急変時の対応はおおむね適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

師長を含めた2名の専従ICNが配置され、2021年4月からは専従の感染制御部長も配置され、充実した体制が取られるようになった。感染制御システムが整備され、臨床検査技師2名が中心となり様々なサーベイランスが実施されている。貴院は高難度手術を始め数多くの手術を展開している医療機関であることから、今後、病院として必要なSSIサーベイランスの対象診療科の拡大に取り組まれない。

臨床の現場では標準予防策が徹底され、個人防護具用具を適切に使用している。抗菌薬の適正使用に関しては、広域抗菌薬などの特殊な抗菌薬を届け出制とし、使用状況をモニタリングしている。AST活動として、血液培養陽性例および広域抗菌薬使用例に積極的に介入し適正な抗菌薬使用を推進している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスはホームページや広報誌等様々な媒体を活用し、地域へ分かりやすく、積極的に発信している。ホームページ等の情報が確実に更新され、病院機能指標や臨床評価指標を公開するなど適切に取り組んでいる。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。医師をはじめ多くの専門職を配置した総合サポートセンター内に地域医療連携推進室を設置し、連携のための手順を整備して医療関連施設等と連携を図っている。医療連携協定の締結や三重医療安心ネットワークの利用など、適切に連携している。病院主催の市民県民公開講座の開催の他、数多くの公開講座や講演会を開催している。地域の医療関連施設等には事例相談会をはじめ、多岐にわたるセミナー・研修会・研究会を数多く開催し、専門的な医療知識や技術等の獲得を積極的に支援するなど、

地域に向けた教育・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

受診に必要な情報の提供、初回入院時の説明、多職種による情報収集、患者・家族からの相談などは総合サポートセンターで行われ、小児では「小児トータルケアセンター」で退院後の医療的ケア対応が行われている。鎮静剤使用も含め、侵襲的検査を適切に行っている。入院の必要性の判断、入院診療計画書の作成、クリニカル・パスの運用も適切である。医師はリーダーシップを発揮して入院患者の診療を行い、看護師も日常生活支援や診療補助を含め、看護業務基準に則って日々の業務を展開している。全病棟に薬剤師を配置して投薬・注射を確実・安全に実施している。周術期対応では麻酔科医の充足により本来の形に戻す努力が望まれる。「救急総合・集中治療センター」に救急科スタッフが集約化されて重症患者の対応を行っており、輸血手順、褥瘡の管理も適切に行っているが、入院患者の栄養管理については、多職種による摂食・嚥下機能等の評価のさらなる展開が期待される。症状緩和は質問票に基づいた取り組みが展開され、緩和ケアチームの介入、小児に対するプレパレーションの実施などの取り組みが行われている。リハビリテーションは2021年4月から療法士の充足が積極的に進められ、リスクの評価を含め必要性が適切に判断され、安全に配慮して実施されている。身体抑制は回避・軽減・解除に向けたカンファレンスが看護師のみで行われることが多く、多職種における人権への配慮の認識を高めることが期待される。退院支援には多職種が関与し、在宅療養医療支援部を介したタイムリーな情報共有や充実した継続看護が実践されている。終末期の対応は適切に行われているが、ACPの取り組みについては今後の実績を期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門には充実した体制が整っているが、中心静脈栄養輸液の調製・混合、院内に設置されている医薬品保冷庫の管理へのさらなる関与が望まれる。60人が所属する臨床検査部門はISO15189の認証を受け、様々な検体検査・生理検査ニーズに応えている。画像診断は24時間体制で適切に提供され、人工知能を用いた胸部結節自動検出や死亡時画像診断の症例検討など、積極的な取り組みが行われている。食事は適時・適温に配慮して提供され、食事の評価や改善にも取り組んでいる。リハビリテーションでは療法士の増員に伴い長期休暇中の新規患者への対応が開始されており、カンファレンスなどの多職種による情報共有も確実に行われている。診療情報は医療情報管理部で一元管理されている。輸血部門では、一時保管する部署における管理方法の見直しと、緊急輸血に関するマニュアルの整備・周知が望まれる。器材類の洗浄・滅菌業務は、感染制御部看護師長（兼任）の管轄下で適切に行われている。

病理診断部門はISO15189の認証を受け、業務プロセスが標準化されており、県内唯一の専攻医プログラム基幹型施設であることも含め高く評価される。放射線治療に関しても、高精度放射線治療などの治療実績は高く評価できる。各種医療機器

は一元管理され、安全使用に向けての研修も適切に行われている。手術・麻酔機能に関しては、麻酔科医の確保に向けた努力を継続し、機能を充実することが望まれる。救急総合・集中治療センターには救急科専門医のほか救急看護認定看護師や集中ケア認定看護師などが配置され、急変時対応や教育・研修にも関わっている。救急応需率は90%を超え、厚生労働省による「救命救急センターの充実段階評価」でもS評価を受けており、DMATによる災害時対応などを含め、集中治療機能、救急医療機能はいずれも高く評価される。

10. 組織・施設の管理

予算管理は三重大学が定めた手順に基づいて行われ、国立大学法人会計基準に基づき会計処理を行い、会計監査も実施している。外来窓口の収納業務、レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応も適切に行っており、未収金にも対応している。業務委託は本部の財務部が所管し、業務内容と費用対効果を勘案のうえ決定する仕組みが確立している。委託業者選定は公正な手順のもとに決定され、委託業務の質の確保や事故発生時の対応体制も整備している。

特定機能病院や災害拠点病院として施設・設備を整備し、業務委託での緊急時対応を含め、24時間365日の管理体制を整備している。購入物品の選定は医療材料委員会など各委員会で品質や価格などを審議し、採用・不採用を決定している。年2回の棚卸の実施などで使用期限の管理や在庫管理を行っている。災害対策推進室を設置し、災害発生時の対応体制を整備している。災害拠点病院として、地域の二次救急医療機関との訓練や病院独自のBCPに基づいた訓練の実施が望まれる。保安体制は出入口の管理や院内巡回が行われ、業務実施状況の報告書を毎日作成し報告するなど適切である。医療事故発生時の対応手順は整備されており、対応手順は配布されている職員手帳に記載して周知している。

11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修ではオーダーメイドプログラムの他、小児科や産婦人科の重点プログラムを基本とし、近隣医療機関との相互研修も取り入れている。研修医の評価はEPOC2を利用している他、看護師からの評価も行っている。歯科医師は2年間を基本とするカリキュラムを用意し、独自の評価方法を採用している。卒後臨床研修評価機構の認定を受けるなど、医師の初期研修は高く評価できる。新人看護師教育は現場でのOJTと集合研修を組み合わせで行っている。薬剤師は業務修得度チェックシートを活用して評価している。その他の専門職も教育プログラムや達成目標を定め、自己評価および指導者評価を行いながら、初期研修を行っている。学生実習に関しては、受託実習生および研修生制度を策定し、総務課総務係が窓口となって各職種の学生を受け入れている。実習生の受入れに際しては医療安全・医療関連感染制御に関する教育を行い、個人情報保護への誓約も行っている。また、実習中の事故等への対応体制も整備されている。

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・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	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	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	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	B
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	A
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	A
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	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	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	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	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	B
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	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	S
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	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	B
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	B
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	安全確保のための身体抑制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	B

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	B
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	S
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	S
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	B
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	S
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	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	B
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	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	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	B
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： 2019 年 1 月 1 日 ～ 2019 年 12 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 2 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：三重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：国立大学法人

I-1-4 所在地：三重県津市江戸橋2-174

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	655	655	+0	79	11.3
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	30	30	+0	69.1	50.4
結核病床					
感染症病床					
総数	685	685	+0		

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	8	+2
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)	10	+10
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	+3
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室	3	+0
無菌病室	31	+0
人工透析	8	+0
小児入院医療管理料病床	54	-3
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		
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	30	+0
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(都道府県), 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： 20 人 2年目： 15 人 歯科： 1 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

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	3	5	48.53	3.35	22.73	3.88	2.24	16.50	6.07	2.84
循環器内科	12.7	7.6	69.86	4.82	28.81	4.91	3.80	8.93	3.44	1.42
消化器内科（胃腸内科）	8.2	9	87.20	6.02	30.15	5.14	3.61	10.31	5.07	1.75
腎臓内科	3.8	3	31.06	2.14	8.18	1.40	2.45	10.33	4.57	1.20
神経内科	8.8	7	44.85	3.10	17.72	3.02	4.20	16.90	2.84	1.12
糖尿病内科（代謝内科）	3.4	8.21	61.11	4.22	4.69	0.80	1.88	8.96	5.26	0.40
血液内科	7	4	33.70	2.33	24.94	4.25	2.68	35.15	3.06	2.22
皮膚科	8	9.19	69.40	4.79	18.94	3.23	5.49	9.44	4.04	1.10
リウマチ科	4	2	18.37	1.27	2.63	0.45	6.44	14.75	3.06	0.44
感染症内科	0	0	0.20	0.01	0.00	0.00	18.75	0.00	0.00	0.00
小児科	8.4	11	28.92	2.00	43.32	7.39	9.19	27.21	1.49	2.23
精神科	9	3	73.63	5.08	21.12	3.60	1.39	55.86	6.14	1.76
呼吸器外科	3	0	11.88	0.82	5.96	1.02	4.63	9.38	3.96	1.99
循環器外科(心臓・血管外科)	6.4	2	12.78	0.88	14.91	2.54	3.85	25.55	1.52	1.78
乳腺外科	4	3.65	57.77	3.99	8.20	1.40	3.97	9.08	7.55	1.07
消化器外科(胃腸外科)	8.4	5	42.20	2.91	27.54	4.70	1.89	15.93	3.15	2.06
泌尿器科	8	3	79.53	5.49	26.63	4.54	3.35	8.81	7.23	2.42
脳神経外科	8	6	37.64	2.60	25.49	4.35	4.01	16.56	2.69	1.82
整形外科	10.2	6.26	68.64	4.74	34.65	5.91	5.91	18.58	4.17	2.11
形成外科	3	1.26	15.08	1.04	5.27	0.90	6.99	8.20	3.54	1.24
眼科	9	12.27	125.69	8.67	19.47	3.32	5.97	5.37	5.91	0.92
耳鼻咽喉科	8	2	66.06	4.56	35.64	6.08	7.10	18.57	6.61	3.56
小児外科	3	0	9.81	0.68	8.06	1.38	7.77	12.16	3.27	2.69
産婦人科	7.8	15.65	66.24	4.57	60.44	10.31	9.66	8.27	2.82	2.58
放射線科	14	10.8	62.57	4.32	10.89	1.86	2.61	8.33	2.52	0.44
麻酔科	4	0	31.35	2.16	0.00	0.00	1.45	0.00	7.84	0.00
病理診断科	4.6	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	3.2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	13	3	3.42	0.24	14.05	2.40	151.77	6.75	0.21	0.88
歯科口腔外科	8	9	95.24	6.57	10.88	1.86	15.08	10.33	5.60	0.64
総合診療科	0	0	3.14	0.22	0.00	0.00	7.17	0.00	0.00	0.00
総合内科	1.3	0	2.90	0.20	1.61	0.27	11.80	8.21	2.23	1.24
腫瘍内科	3.4	1	22.99	1.59	12.69	2.16	0.94	11.75	5.22	2.88
一般外科	0	0	0.02	0.00	0.00	0.00	40.00	0.00	0.00	0.00
肝胆膵・移植外科	9.8	2	31.78	2.19	40.55	6.92	2.85	12.74	2.69	3.44
ゲノム診療科	1	0	0.50	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.50	0.00
緩和ケア科	1	0	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00
高度生殖医療センター	3	0	35.06	2.42	0.00	0.00	5.80	0.00	11.69	0.00
周産母子センター	5.4	0								
血管ハートセンター	3	0								
中央部門	21.6	21.06								
支援部門	10.6	0								
その他	1	0.2								

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
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	1,449.12	1,385.38	1,341.32	104.60	103.28
1日あたり外来初診患者数	78.44	76.29	72.12	102.82	105.78
新患率	5.41	5.51	5.38		
1日あたり入院患者数	586.15	581.00	582.49	100.89	99.74
1日あたり新入院患者数	48.12	45.01	42.47	106.91	105.98