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6月23日～6月25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．院内各部門で共通に使用するマニュアルについて、一元管理を行ってください。（4.1.5）

１．病院の特色

貴院は、1876年に三重県医学校兼治療所が現在の三重県警付近に設置され、1944年には三重県立医学専門学校の附属病院となり、2024年に80周年を迎えている。この歴史において、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。今回の訪問審査においても、職員の高いプロフェッショナリズムのもと、高度な医療を提供していることが確認できた。「信頼と安心が得られる地域医療の拠点として、未来を拓く診療・研究を推進し、人間性豊かな優れた医療人を育成すること」という理念のもと、県内唯一の特定機能病院として、地域の医療の砦としての機能も発揮している。病院長を含む幹部職員がリーダーシップを発揮し、世界的な取り組みを継続するとともに、医療安全、感染対策、救急領域など地域医療の要としての機能も担ってきた。その一方で、一部の業務や診療機能等に関しては、今後見直しに向けての検討が望まれる領域も確認された。昨今の激動する社会・医療の情勢を踏まえると、貴院だけでなく医療全体に求められる質基準はますます高まっていくものと考える。それに呼応して医療機能評価の審査水準も従前のものより高くなってきている。今回の病院機能評価の更新受審を機に、貴院がさらに発展し、新たな歴史を創造していくことを期待する。

２．理念達成に向けた組織運営

病院の理念ならびに基本方針を定め、院内掲示や病院ホームページで公開している。病院長、副病院長、病院長補佐、病院長特命補佐が中心となり、院内の重要課題等を検討している。診療科、部門・部署ごとの年間目標、数値目標の設定ならび

に達成度評価が、一部の部門・部署に限られているので、今後、全部門・部署での実施が望まれる。医療情報システムは、セキュリティの確保、遠隔地へのバックアップ等安全対策がとられている。院内各部門が共通に使用する各種マニュアル等については、病院の文書管理規程に則り、一元的な管理が求められる。

職員採用計画に基づき募集活動が行われているが、充実が求められる職種については、引き続き確保活動の継続が期待される。人事・労務に関する各種規程は整備され、人事考課制度による評価が行われている。衛生委員会が適法に実施され、職員の安全衛生について適切な対応がなされている。職員満足度調査を毎年実施し、幸福度向上ワーキングの活動が実効的に機能している。

全職員を対象とした研修は、e-ラーニングやDVDの再上映で全員が受講している。中心静脈カテーテル挿入や静脈注射、鎮静などに院内資格制度を設けて安全確保に努めている。職種ごとに実施方法には差があるが、プログラムに沿って新人教育が実施されている。学生実習については、総務課が窓口となり、多くの職種の養成校と契約を結び、受け入れを実施している。

３．患者中心の医療

患者の権利は、子供の権利も含めて人としての尊厳を尊重する適切な内容で定められている。臨床の現場では、患者中心の医療の実現に向けた権利擁護が随所に認められる。患者説明と同意文書の方針や基準・手順は明文化されており、各診療科で作成された説明文書は、医療情報部と医療安全管理部が承認している。患者に対して、安全管理の理解とその協力要請がされており、患者の主体性を促進するための情報提供が積極的に行われている。患者からの相談対応のために、総合サポートセンターを設置し、院内掲示、入院案内等で患者・家族等に案内している。個人情報保護規程等を定め、ホームページ等で患者・家族へ案内し、職員へはイントラネットに掲載し周知している。院内で発生する倫理的課題を継続的に検討する体制が構築されている。さらに、患者・家族の倫理的課題等を把握し、現場で解決困難な課題について臨床倫理コンサルテーションチームに相談する体制が構築されている。

施設・設備では、廊下、階段、浴室に手摺りを設置し、身体障害者用トイレ、車椅子で利用可能な洗面台などを整備している。療養環境は、必要なスペースが確保され、整理整頓、清掃が行き届いている。院内に患者がくつろいで過ごせるスペースを設置している。受動喫煙を防止として敷地内全面禁煙の方針をホームページや入院案内、院内掲示などにより周知徹底している。

４．医療の質

業務の質改善に向けた活動では、病院機能向上・教育委員会が中心となり、認証取得やタスクシフト、医療DXの推進、パーソナルヘルスレコードアプリ導入などを通じて業務改善と環境整備を推進するとともに、優れた取り組みには病院貢献賞を授与している。診療の質の向上に向けた活動では、カンファレンスの充実に加え、クリニカル・パスのアウトカム評価、バリアンス分析を通じて診療の質を管

理・改善しており、臨床指標も他施設との比較により、継続的に改善活動を推進している。患者・家族等からの意見・要望等は、意見箱等により収集しているが、今後は意見箱の意見対応の掲示基準を明確にし、多くの改善策等を速やかに掲示することが望まれる。高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の際には、評価委員会での審査と担当部門での承認が実施され、担当部門は実施後のモニタリングを能動的に行っている。臨床研究はルールに則り適切に実施している。

診療・ケアの管理・責任体制は、各職種の責任者が明示され、緊急時や主治医不在時の対応も整備され、体制が明確である。診療記録の質的点検は、多職種で実施している。略語については、今回構築した日本語入力の変換機能の仕組みを確実に実施することが望まれる。患者・家族を中心とし、部署間、診療科間および多職種が連携、協働して行われている診療・ケアは高く評価できる。

５．医療安全

医療安全管理部と各診療科・各部署のリスクマネージャーが協力し、医療安全活動を行っている。医療安全管理部では、収集したインシデント・アクシデント事例を分析・検討し、外部機関からの医療安全情報などとともに院内へ周知している。全死亡例を把握して、速やかに病院長に報告している。重大インシデント発生時の連絡体制や初期対応が周知され、必要に応じて外部委員も参加した事例調査委員会を開催している。

患者確認は、入院・外来とも 2 識別子による確認を基本とし、確実に実施している。手術、薬剤投与時、検査時等の確認も確実に実施している。指示出し指示受けは適切なルールのもと行われ、レポートの未読管理も適切に運用されている。アレルギー・副作用歴は電子カルテに登録され、併用禁忌、重複投与等とともに処方時にチェックする仕組みがある。病棟定数配置薬は最低限の種類に限定し、使用時はシステムによる照合と実施登録を行っている。入院時にリスク評価を行い、転倒・転落防止に関するケア計画を立案している。さらに、医療安全管理部は転倒・転落の発生状況を把握し、睡眠導入剤や環境の見直し等にもつなげている。医療機器は使用手順に則り、日々の点検や管理をしており、アラーム管理も適切であるが、生体監視モニターについては病院としての基準・手順の整備が望まれる。患者の急変時は、E コール、RRS 等により対応しているが、今後は、RRS の活用をさらに高めることが望まれる。

６．医療関連感染制御

病院長直下の組織である感染制御部に多職種が配置され、ICT、AST の業務を行っている。院内感染対策委員会は院内感染対策の企画立案を担い、院内感染対策連絡部会、感染副師長会、感染対策リンクナース会にて院内への周知やフィードバックが行われている。院内での感染発生の状況は、分離菌や抗菌薬情報を収集分析し、対応している。SSI サーベイランスは 5 診療科の手術を対象とし、デバイス関連サーベイランスは全病棟を対象としてデータ収集システムが構築され、分析から

改善につなげている。

院内感染対策マニュアルに基づき、感染防止対策の基本事項を周知・実践している。感染制御部、リンクナースにより、現場の感染対策に関する問題の把握や対策の周知が行われているが、職員の手指衛生の遵守率の向上が望まれる。抗菌薬適正使用マニュアルに則って抗菌薬が使用されており、AST が適宜介入している。

７．地域への情報発信と連携

病院が提供する医療サービスなどの情報発信は、ホームページ、広報誌や病院ブログなどにより提供している。広報誌「MEWS」を発行し、ホームページへは「OnlineMEWS」を掲載して様々な情報をタイムリーに発信している。ホームページの各診療科案内に診療実績を掲載していない診療科があるので、それぞれの特徴ある診療実績を掲載することが望まれる。総合サポートセンターに担当者を配置し、患者紹介、診察等の予約を受けるなど地域の医療機関等との連携に取り組んでいる。医師と職員が医療機関を訪問、また地域連携会議を開催して、医療ニーズ等を把握している。医師からの返書は紹介元との連携強化につながることから、最終報告を速やかに行うことが望まれる。地域住民に向けた教育・啓発活動として、市民公開講座を開催している。減塩教室、腎臓病教室、糖尿病教室、膵がん教室などを定期的に開催し、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士などが講師を務めている。地域の医療関連施設等の医療従事者に向けて、地域連携研修会、難病研修会を定期的に開催している。看護部では管理者研修、実践者研修を毎年開催している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報等をホームページ等で公開している。外来診療は、安全に配慮し多職種で実施している。小児の検査や処置で使用する鎮静剤の使用マニュアルについては、充実することが望まれる。入院決定は、患者の希望を加味して医学的に判断している。患者用パスについては、さらなる整備が望まれる。多職種で連携し、患者・家族からの医療相談など多様な相談に適切に対応している。総合サポートセンター、各科外来で入院前説明やリスク評価などを実施し、円滑な入院につなげている。

医師は、多職種と情報共有に努めてリーダーシップを発揮しているが、今後は医師の基本的業務の標準化を目的としたマニュアルの整備が望まれる。病棟看護師は入院時評価、看護計画を立案し、患者に寄り添ったケアを提供している。各部署における薬剤の準備と実施は、定められた手順により行われている。抗がん剤や抗菌薬の投与中・投与後の患者観察を確実に行っている。輸血・血液製剤投与は、基準に則り安全に実施している。安全な手術に向けた対応を確実に実施しているが、今後は麻酔科医による術前外来の対応の拡大が望まれる。重症患者の治療は、患者の病態や状態に応じて、最適な病床が適時選択され、多職種で効率的かつ適切に実施している。褥瘡対策マニュアル、褥瘡チームによるラウンド等により、予防対策を適切に行っている。栄養管理と食事支援については、病棟に配置されている管理栄養士を中心に、患者の状態に応じた介入が行われている。がん・術後疼痛、消化器

症状等に対して、緩和ケアチームや術後疼痛管理チームが介入し、症状緩和を行っている。継続的なリハビリテーションが実施されている。身体抑制は、日々の多職種カンファレンスで解除の可能性を含めて検討するなど、最小化に向けた取り組みを行っている。患者・家族への退院支援は、入院前より収集した患者情報に基づき、早期から患者の状況、意向に応じて、多職種で介入している。退院後の継続した診療・ケアは、多職種が連携して患者の病状や生活状況に合った在宅療養支援が行われており、高く評価できる。終末期患者に対して、人生会議や客観的指標を活用した死期の判断等も行い、患者・家族の意向やQOL を尊重した診療・ケアを提供している。

９．良質な医療を構成する機能

自動調剤機やバーコード照合システムを導入し、薬剤取り違え防止や調剤鑑査機能の向上を図っている。病院の診療機能に即した検査を維持し、24 時間対応している。輸血・病理部門とともにISO15189 の認証を継続し、外部精度管理では良好な成績を維持している。放射線診断は、充実した体制で安全に配慮し実施されている。栄養診療部は、患者嗜好・個別食対応、教室での調理実習等高く評価できる。リハビリテーションは多職種と連携し、実施している。診療記録の量的点検を行い、患者の診療情報は一元的に管理されている。院内で使用される医療機器は、保守点検の状況とともに一元的に管理されている。洗浄・滅菌管理機能は洗浄度評価、各種インディケーター等で品質保証を確実に行っている。

病理診断機能は、受付時の対面による検体授受、標本作成過程における1検体ごとの厳格な処理、二次元バーコードの活用により、検体の取り違えを防止している。さらに、ISO15189 の取得に加え、日本病理精度保証機構にも参加している。放射線治療は多職種にて安全を確保しながら積極的に取り組んでいる。輸血・細胞治療部は、I&A 制度の認証を受け、自己血を含む血液製剤を適切に管理している。手術部では、病院の機能と役割に見合う体制が確保されており、多くの手術が麻酔科医と認定看護師、特定看護師を含めた多職種の連携により、安全に配慮して行われている。集中治療機能では、院内の急変患者、重症患者、高リスク患者の術後、院外からの二次や三次の救急患者など幅広く受け入れ、多職種によるチーム医療が実施されている。救急医療機能は、高度救命センター・総合集中治療センターが担い、専門医や専門・認定看護師を含めた多職種による手厚い体制で地域医療に大きく貢献しており、高く評価できる。

１０．組織・施設の管理

病院改革プランの財務・経営の改革に基づき、保険診療収入、施設・設備や機器等の整備計画、医薬品費や医療材料費などを踏まえて予算編成、執行している。医事業務における窓口収納業務では、自動支払精算機を設置し、現金のほかクレジットカード、デビットカードの利用、銀行振込なども可能としている。委託業務導入等の判断は、マネジメント会議で行っている。委託業者の選定は、業務の質向上、経費削減等を考慮し、一般競争入札を基本としている。

施設・設備の更新計画を立て、経年劣化に対応し、日常点検・定期点検は委託している。感染性廃棄物は、毎日回収され適切に管理されている。医薬品は薬事審議委員会、医療材料等は医療材料委員会、医療機器は医療機器管理等検討委員会で審議し、高額医療機器は本部と調整し、購入を決定している。

災害対策マニュアルが具体的に策定され、これに基づく各種訓練が行われている。災害用の備蓄や停電対策、外部支援体制なども整えられており優れている。夜間は出入口を１箇所とし、守衛が出入りをチェックしているが記帳や入館証の発行などは一考の余地がある。多数の監視カメラを設置し、館内の安全に努めている。

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	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	B
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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	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	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	S
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	S
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	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	B
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	C
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	A
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	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	S
4.6.2	保安業務を適切に行っている	B

年間データ取得期間： 2024 年 1 月 1 日 ～ 2024 年 12 月 31 日
時点データ取得日： 2025 年 1 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	74.1	10.1
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	30	30	+0	57.4	38.4
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	+0
集中治療管理室 (ICU)	16	+10
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)		
ハイケアユニット(HCU)	4	-6
脳卒中ケアユニット(SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	+0
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	44	-10
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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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		
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(大学病院本院群),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： 10 人 2年目： 9 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

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	5	6	50.29	3.54	21.73	3.92	1.94	13.60	4.57	1.98
循環器内科	11	10.57	74.25	5.23	28.24	5.09	2.95	8.61	3.44	1.31
消化器内科（胃腸内科）	14	15.8	80.27	5.66	33.84	6.10	3.92	7.90	2.69	1.14
腎臓内科	1	4	31.90	2.25	4.79	0.86	1.49	6.84	6.38	0.96
神経内科	11	5	43.19	3.04	13.55	2.44	3.28	15.39	2.70	0.85
糖尿病内科（代謝内科）	5	7	58.75	4.14	2.95	0.53	1.35	8.69	4.90	0.25
血液内科	11	3	31.16	2.20	19.79	3.57	2.10	23.76	2.23	1.41
皮膚科	9	10.8	70.72	4.99	17.32	3.12	5.66	7.12	3.57	0.87
リウマチ科	4	2.62	25.99	1.83	4.82	0.87	2.44	12.48	3.93	0.73
感染症内科	0	0	0.16	0.01	0.00	0.00	5.26	0.00	0.00	0.00
小児科	8	14	31.91	2.25	36.64	6.61	3.35	18.46	1.45	1.67
精神科	8	6.27	80.44	5.67	17.71	3.19	1.19	42.66	5.64	1.24
呼吸器外科	5	1	10.51	0.74	6.44	1.16	5.07	8.64	1.75	1.07
循環器外科(心臓・血管外科)	3	1	15.95	1.12	16.98	3.06	3.03	21.86	3.99	4.24
乳腺外科	6	3.7	49.11	3.46	7.72	1.39	4.65	9.67	5.06	0.80
消化器外科(胃腸外科)	9	4	46.41	3.27	30.55	5.51	1.94	14.21	3.57	2.35
泌尿器科	9	2.15	62.40	4.40	23.12	4.17	3.24	8.26	5.60	2.07
脳神経外科	11	5	36.44	2.57	27.77	5.01	2.97	17.05	2.28	1.74
整形外科	13	7.47	69.55	4.90	35.82	6.46	5.32	16.73	3.40	1.75
形成外科	5	3	15.27	1.08	5.14	0.93	6.17	8.47	1.91	0.64
眼科	9	11	114.84	8.10	15.64	2.82	5.54	4.53	5.74	0.78
耳鼻咽喉科	8	4.8	56.64	3.99	32.39	5.84	7.24	18.22	4.42	2.53
小児外科	1	2	8.31	0.59	8.03	1.45	7.25	13.67	2.77	2.68
産婦人科	6	14.27	71.52	5.04	67.32	12.14	6.62	7.80	3.53	3.32
リハビリテーション科	1	1	1.05	0.07	0.00	0.00	1.95	0.00	0.52	0.00
放射線科	15	8.8	77.94	5.49	4.95	0.89	1.55	7.53	3.27	0.21
麻酔科	8	5.6	17.60	1.24	0.01	0.00	1.65	2.00	1.29	0.00
病理診断科	3	3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	11	4	3.02	0.21	21.07	3.80	55.03	10.20	0.20	1.40
歯科口腔外科	8	6.13	69.26	4.88	6.84	1.23	18.24	7.32	4.90	0.48
緩和ケア科	2	0.77	2.60	0.18	0.00	0.00	0.16	0.00	0.94	0.00
総合診療科	6	0.4	10.91	0.77	3.03	0.55	7.32	21.07	1.71	0.47
腫瘍内科	2	0	31.98	2.25	15.83	2.85	1.11	9.30	15.99	7.91
一般外科	0	0	0.01	0.00	0.00	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00
肝胆膵・移植外科	8	2.77	28.20	1.99	24.40	4.40	2.82	12.96	2.62	2.27
ゲノム診療科	3	0	4.01	0.28	0.00	0.00	19.33	0.00	1.34	0.00
高度生殖医療センター	4	0	28.91	2.04	0.00	0.00	4.38	0.00	7.23	0.00
漢方医学センター	1	0	7.19	0.51	0.00	0.00	1.03	0.00	7.19	0.00
周産母子センター	8	0								
血管ハートセンター	5	0								
中央部門	26	0								
支援部門	25	9.62								
その他	1	0								
研修医		20								
全体	311	206.54	1,418.65	100.00	554.41	100.00	4.51	10.95	2.74	1.07

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	1,418.65	1,419.69	1,447.77	99.93	98.06
1日あたり外来初診患者数	63.97	63.67	64.33	100.47	98.97
新患率	4.51	4.49	4.44		
1日あたり入院患者数	554.41	552.96	518.54	100.26	106.64
1日あたり新入院患者数	50.70	46.96	44.27	107.96	106.08