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「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■　認定の種別

書面審査および 10 月 21 日～10 月 22 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	緩和ケア病院（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　緩和ケア病院（副）

該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は、都道府県がん診療連携拠点病院として、新潟大学医歯学総合病院とともに新潟県全域のがん診療における役割と機能を発揮している。膀胱がんや胃がんの入院症例数は全国でもトップクラスであり、高度・専門的ながん治療機器の導入と体制整備を進めるとともに、新規治療薬の治験・開発にも貢献している。地域がん診療連携拠点病院など地域医療機関との医療機器共同利用や紹介・逆紹介の推進など、地域連携にも積極的に取り組んでいる。緩和ケアの充実を目的に緩和ケア外来および緩和ケア病棟の体制強化を図っている。人材育成では、基幹型臨床研修病院として初期研修医を受け入れ、看護師・医療技術者の確保と育成にも努めている。2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化および病院リニューアルの実現に向け、経営改革と改善の確実な成果が求められ、全職員と幹部が一丸となって努力している。今回の訪問審査では、理念に基づく組織運営、医療安全、チーム医療によるケアプロセス、良質な医療を構成する機能に関する各領域で継続的改善が確認された。今後は、患者中心の医療、医療の質向上、感染対策、地域連携、組織・施設管理への一層取り組みが期待される。

２．理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を明文化し、「新潟県立病院経営強化プラン」に基づいて

年次事業運営方針および部門目標・指標を BSC シートで活用して策定・評価している。県病院局規程に則り病院幹部を選任・評価している。全職員対象の院長方針説明会や各種会議・委員会開催、イントラネットで病院の目標を共有している。サイバーセキュリティ対策は「医療情報システムの安全管理ガイドライン」に準拠・実施している。説明・同意書などの診療文書は、情報システム委員会が審議・管理している。専攻医や各科専門医、精神科医、麻酔科医の確保に加え、医師の業務負担軽減に向けた人材確保が望まれる。全職種で有給取得率の向上や時間外労働時間の削減が進んでいる。内視鏡や前立腺生検、TUR 手術において、規程整備のうえホルマリン充填済み容器や既製容器を活用しているが、その定着が望まれる。教育研修委員会の統括機能体制を強化し、受講率の向上が望まれる。医師・看護師・医療技術者などのキャリアパスを整備している。医師の初期研修は臨床研修管理委員会のもとで実施し、看護師・医療技術者も初期研修プログラムに基づき修了している。医師・看護師などの学生実習も受け入れている。

３．患者中心の医療

患者および子どもの権利を明文化し、院内外へ周知している。説明・同意文書については、「同意の撤回」および「セカンドオピニオン」に関する記載の点検と追記を期待したい。30 年の実績を有する患者用図書サービス「からだとしょかん」は、医療への患者参加を促す取り組みとして高く評価できる。患者サポートセンターでは MSW などの専門職が配置され、患者相談支援体制を整え、多様な相談に応じている。個人情報のダウンロードに伴う匿名化・暗号化・パスワード設定、および申請・許可から記録媒体の管理・廃棄に至るまでの規程を整備し運用を開始しているが、その定着が望まれる。倫理的課題への対応として臨床倫理委員会を設置しているが、現場で生じた事例の把握・検討と重大事案の対応期限を明確にすることが望まれる。バリアフリー環境の整備や院内の生活支援サービスの充実により、高齢者や障害者への配慮を行っている。療養環境では、利便性・清潔性・安全性の確保とプライバシーへの配慮を整えている。敷地内全面禁煙の方針を明確にし、禁煙外来を実施している。多角的・包括的な倫理判断支援のために、多職種によるカンファレンスの開催頻度を高めることが期待される。

４．医療の質

多職種で構成する業務改善委員会が組織横断的な改善活動の中心となり、「会議・委員会の再編・統廃合」や「完全紹介予約制の導入」、「紹介・逆紹介率の向上」に取り組み、成果を上げている。同委員会は、病院機能評価受審準備の役割も担い、病院全体で業務の質改善を進めている。毎月開催しているキャンサーボードには複数診療科の医師、看護師、検査技師に加え、地域医療機関の医師も参加している。医療の質指標（QI）を担当する組織を明確化し、日本医療機能評価機構の「医療の質可視化プロジェクト」等を活用して体制整備を進めることが望まれる。患者意見箱は、病棟掲示も含め、迅速な回収・対応・回答の仕組みを整備するとともに、掲示期間の延長や見やすい掲示方法を工夫し、回答内容をホームページに継

続的に公表することが望まれる。新規医療技術、未承認薬・適応外使用医薬品、臨床研究を、病院として検討・承認のうえ安全に実施している。ナースステーションの入口に関連職種の責任者名を掲示し、病棟責任者の役割や主治医不在時の対応を明示している。略語集の整備および退院サマリーの 2 週間以内作成の徹底が望まれる。多職種医療チームは、組織横断的に活動している。

５．医療安全

副院長が医療安全管理室長を兼務し、専従の医療安全管理者および多職種の専任者により、医療安全管理体制が確立されている。インシデント・アクシデントを収集・分析し、リスクマネジメント部会で詳細に分析して再発防止策を検討し、事故防止に活用している。医療事故発生時の対応手順や緊急連絡体制を整備し、職員に周知している。患者確認は姓名・生年月日の名乗りおよびバーコード認証により行い、手術や内視鏡治療ではタイムアウトを実施している。医師の指示出し・指示受け・実施は電子カルテを活用して確実に運用している。麻薬および向精神薬の鍵管理は、ストラップによる識別を行い、看護師長等が常時携帯する体制へ変更しているが、その定着が望まれる。入院患者全員に対して転倒・転落リスクアセスメントを実施し、危険度に応じた予防対策を講じ、患者・家族にも協力を得ている。医療機器は中央管理のもと、臨床工学技士の定期ラウンドと職員教育により、安全性な使用が担保している。院内緊急対応として「コードブルー」を 24 時間体制で運用している。全職種の BLS・AED 研修受講状況および各部署での急変時対応シミュレーション訓練を一元的把握・管理する体制が望まれる。

６．医療関連感染制御

病院長直轄の感染制御部を設置し、感染制御チーム（ICT）および抗菌薬適正使用チーム（AST）が活動している。職員は医療関連感染対策に関する院内マニュアルに基づき行動し、各部署で感染対策を実施している。感染対策委員会では、感染関連情報の分析と周知を行い、各種対策につなげている。院外の感染情報は、厚生労働省や新潟県の情報を活用し、地域連携病院とのカンファレンスで共有している。JANIS および J-SIPHE など外部事業への参加を通じてデータを分析し、感染対策の質向上に活用している。ICT の活動として手術部位感染（SSI）のサーベイランスを開始しているが、病棟でのデバイスサーベイランスの段階的な実施が望まれる。全職種が手指衛生を徹底・遵守できるよう、体制の強化が望まれる。AST は抗菌薬適正使用指針を策定し、週 1 回の巡視とミーティングで使用状況や検出菌を確認している。

７．地域への情報発信と連携

地域への情報発信として、ホームページ、広報誌「連携室だより」、病院案内、病院概要書、「からだのとしょかん通信」などを通じて積極的に情報提供している。「からだのとしょかん通信」は院内掲示し、広報委員会が患者・地域住民・医療従事者に応じた内容となるよう編集している。都道府県がん診療連携拠点病院と

して、患者サポートセンターを中心に医療・介護施設を訪問し、地域ニーズの把握や紹介・逆紹介の促進、検査機器の共同利用を推進している。医師の初診・退院時の返書については、基準の明確化と進捗管理の徹底により迅速な対応が望まれる。地域住民への教育・啓発活動として市民公開講座を開催し、院内では「いのちをめぐる連続講演会」、「患者サロン～いやしの会」、「小児がん～がんの子供を守る会」などを実施している。医療従事者向けには、緩和ケア研修会や地域医療連携講演会、専門・認定看護師による出前講座などを行っている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

外来では、1 階正面フロアに「総合案内」を設け看護師などを配置し、円滑な受診案内を行っている。診療時には患者確認を徹底し、多職種が協働して安全な外来診療を提供している。必要に応じて診断的検査を実施し、侵襲的検査は説明と同意の上で行っている。患者・家族には診断内容、診療計画、入院の必要性を説明し、同意を得て入院を決定している。医師の診断と多職種によるリスク評価をもとに入院診療計画を作成しており、関係職種が共同で作成できる統一書式への見直しが望まれる。病棟では看護師がアセスメントを実施し、看護計画に基づくケアを提供している。全入院患者に褥瘡リスクアセスメントを行い、褥瘡対策チームが治療・ケアに関与している。身体的拘束管理チームを中心に拘束の回避と軽減に努めている。在宅療養移行支援では多職種カンファレンスで検討し、患者の意向を尊重した支援を行い、ターミナルステージにおいても複数の医師、看護師で判断し、患者の意向を尊重した支援を行っている。DNAR の運用基準を明文化し、患者・家族に対して十分な説明と意思確認を行う体制の整備が望まれる。

【副機能：緩和ケア病院】

緩和ケアセンターは 2015 年 4 月開設され、緩和ケア病棟は 2019 年 2 月に開棟し全室個室の 21 床で運用している。外来診療に必要な情報はホームページなどで明示している。院内紹介に限定した緩和ケア外来は毎日実施しており、病棟兼務の看護師や緩和ケアセンター看護師が外来時から関与し、予後予測シートに基づく意思決定支援につなげている。入棟判定は多職種で行い、待機患者に対しても緩和ケアチームが継続的に介入し、状況に応じて入棟優先度を再考している。夜間・休日の緊急入院受け入れ体制や体験入院パスの整備など、入院支援における取り組みは高く評価できる。入院後は医師・看護師を中心に患者の意向に沿った診療・ケア計画を作成し、多職種カンファレンスで患者・家族の意向を共有・検討している。症状緩和は、マニュアルに基づいて実施し、身体的・精神的苦痛やスピリチュアルペインに対応している。主治医と多職種で協働し、臨死期を迎えた患者・家族の希望に沿った看取りを支援している。デスカンファレンスや遺族支援も実施しており、包括的で質の高い緩和ケアを提供している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、調剤監査システムを導入し、薬剤取違えの予防や DI 情報の確認がシステム化している。病棟配置の注射薬（抗菌薬）は、1 施用単位での払い出しも

含め、安全性の観点から検討が望まれる。パニック値は、医師へ直接連絡し、介入を確認している。画像診断は外部委託を含め全例が放射線診断専門医により実施している。栄養管理はHACCPに準拠したマニュアルに基づき、衛生管理を実施している。療法士が協働して包括的ながんリハビリテーションを提供している。診療録の量的点検は全件を対象とし、整備状況や不備の分析結果を組織的に共有し対策につなげる体制の確立が望まれる。臨床工学技士はオンコール体制で緊急時に迅速に対応している。病理医と細胞検査士が協働し病理診断の精度を確保している。放射線治療計画と精度管理は、医師と診療放射線技師が連携して実施している。輸血部は専門技師を中心に緊急輸血・危機的出血に対応している。手術・麻酔機能は安全な術中管理を実施し、誤認防止や遺残防止を徹底している。救急医療は、かかりつけ患者に加えて救急輪番にも参加するなど、がんセンターとして必要十分な機能を発揮している。

１０．組織・施設の管理

経営改善として病棟に大型モニターを導入し、病床稼働を可視化して向上を図っている。がん医療の均てん化・集約化や病院リニューアルを見据え、全職員の参画と経営幹部のリーダーシップによる経営改善の推進が望まれる。返戻や査定は医師へ報告後、医事委員会で検討し再審査請求を行っている。委託業務従事者への医療安全・感染管理研修を実施している。未収金回収プロセスを見直し、事務管理組織が日常的に共有し、管理体制を強化し、未収金の削減と回収率の向上を図ることが望まれる。病院機能に応じた施設・設備の更新・修繕を行い、自家発電機を更新している。医薬品・医療材料の購買管理にはSPDの導入や共同購入を活用し、適正価格に努めている。高額医療機器は予算に基づき購入している。火災・大規模災害総合訓練を実施し、地震などの大規模災害に対応する事業継続計画（BCP）に加え、新興感染症やサイバー攻撃を想定したBCPを整備・訓練をしている。保安警備業務は、24時間365日体制で実施している。

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	S
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	B
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	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	B
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	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	B
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	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	A
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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	
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	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	A
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	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	B
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：緩和ケア病院（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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査・処置を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	S
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	症状などの緩和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	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理 と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期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 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 新潟県立がんセンター新潟病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者 ： 都道府県

I-1-4 所在地 ： 新潟県新潟市中央区川岸町2-15-3

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	367	367	-37	73.9	11.1
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	367	367	-37		

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		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)		
ハイケアユニット(HCU)	4	+0
脳卒中ケアユニット(SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室	4	+0
無菌病室	9	+0
人工透析		
小児入院医療管理料病床	20	+0
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	21	+0
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 ：

がん診療連携拠点病院(都道府県),DPC対象病院(DPC標準病院群)

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： 2 人 2年目： 3 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	19	1.5	187.53	21.31	98.21	32.90	6.05	11.62	9.15	4.79
神経内科	0	0.2	2.65	0.30	0.00	0.00	8.09	0.00	13.23	0.00
皮膚科	4	0	54.47	6.19	7.13	2.39	13.98	8.74	13.62	1.78
小児科	4	0.3	7.04	0.80	11.84	3.96	2.92	32.73	1.64	2.75
精神科	0	0.1	1.56	0.18	0.00	0.00	5.56	0.00	15.56	0.00
呼吸器外科	3	0	17.21	1.96	7.13	2.39	7.03	8.50	5.74	2.38
乳腺外科	5	0	73.44	8.35	11.55	3.87	0.39	9.80	14.69	2.31
消化器外科(胃腸外科)	15	0	80.29	9.12	57.13	19.14	3.97	10.53	5.35	3.81
泌尿器科	5	0.2	88.81	10.09	24.85	8.32	4.15	8.58	17.08	4.78
脳神経外科	2	0.1	23.65	2.69	3.66	1.23	3.41	24.50	11.26	1.74
整形外科	3	0	74.98	8.52	10.85	3.64	6.34	12.57	24.99	3.62
形成外科	1	0	5.32	0.60	0.82	0.27	6.11	10.28	5.32	0.82
眼科	1	0.3	24.13	2.74	1.54	0.52	3.53	3.52	18.56	1.19
耳鼻咽喉科	4	0	28.99	3.29	21.30	7.13	8.70	14.92	7.25	5.32
婦人科	5	0.3	53.46	6.08	22.87	7.66	3.85	6.79	10.09	4.32
放射線科	10	0.3	82.83	9.41	0.58	0.20	6.62	4.58	8.04	0.06
麻酔科	7	0	4.01	0.46	0.00	0.00	36.45	0.00	0.57	0.00
病理診断科	4	0.3								
臨床検査科	1	0								
歯科口腔外科	0	1	37.27	4.24	0.00	0.00	8.25	0.00	37.27	0.00
緩和ケア科	3	0.2	32.34	3.67	19.09	6.40	5.18	52.40	10.11	5.97
研修医	5									
全体	101	4.8	879.96	100.00	298.53	100.00	5.78	11.15	8.32	2.82

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	879.96	896.64	903.10	98.14	99.28
1日あたり外来初診患者数	50.86	51.37	54.58	99.01	94.12
新患率	5.78	5.73	6.04		
1日あたり入院患者数	298.53	295.38	289.71	101.07	101.96
1日あたり新入院患者数	26.75	25.62	24.33	104.41	105.30