総括

■　機能種別

主たる機能種別「精神科病院」及び副機能種別「一般病院１」を適用して審査を実施した。

■　認定の種別

書面審査および 11 月 12 日～11 月 13 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	精神科病院	認定
機能種別	一般病院１（副）	認定

■　改善要望事項

・機能種別　精神科病院

該当する項目はありません。

・機能種別　一般病院１（副）

該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は、1939 年函館市中島町に医院を開設し、1945 年には現在の地に精神科を含む診療所を開設している。開設以来、病院理念である「愛と智と美と」のもとで、精神科においても一般科診療を可能とする医療環境の充実に取り組んできた。現在は一般精神科を中心に多数の診療科目を標榜し、「心と体のトータル医療」を基本方針として、地域に根ざした医療の提供に努めている。また、関連施設として高齢者複合施設・認知症疾患医療センター・メンタルクリニック・精神障害者福祉施設等が整備されている。医療・福祉の役割の連携を視野に、社会医療法人と社会福祉法人を設立し、事業の多様化への対応が図られている。

継続して病院機能評価を受審しており、業務の改善に向けた努力の成果が随所に見受けられる。今後も改善活動に加え、医療の質と安全の確保に向けて真摯な取り組み、地域交流による一体感を堅持し、創設以来の誠意と使命感を携えて発展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・基本方針を明文化し、病院の運営方針等の院内外への周知が図られている。病院運営に際しては、病院の将来像を職員に明示し、中・長期計画に基づいた年次事業計画を整備している。また、運営上の課題を明確にして課題解決に向けた

取り組みが行われている。病院運営の意思決定会議および病院運営に必要な会議・委員会を開催し、病院の実態にあった組織図、職務分掌を定めている。院内で発生する情報を有効に活用する方針を明確にし、情報の統合的な管理が行われている。文書管理規程を整備し、院内文書の一元的管理がされている。

病院に期待される役割・機能を発揮するため、人材の確保と充実に努めており、各種規則・規程を整備して人事・労務管理を行っている。職員が安心して働けるように衛生委員会を設置して職場環境の整備に努めている。職員の意見・要望を把握し、就業支援に向けた取り組みが行われており、福利厚生にも配慮して充実に努めている。年間計画に基づき全職員を対象とする教育・研修が継続的に行われ、人事考課を実施し職員個別の能力を把握して、職員の能力開発を進めている。学生実習は実習受入計画を整備し、学生実習をカリキュラムに沿って行い、実習生および実習内容の評価を行っている。

３．患者中心の医療

患者の権利擁護に関する病院方針が明文化され、患者・家族・職員に周知されている。同席者・代諾者ルールを規定し、患者が理解できるような説明・同意を行っている。また、疾病教育を行い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。相談窓口、担当者が明確にされており、必要な経験や知識を有する看護師、MSW、PSW の配置により患者支援体制が確立している。個人情報保護関連マニュアルを整備し、個人情報保護の重要性について周知が図られている。臨床における倫理的課題について審議すべき内容を明示し、継続的に取り組んでいる。身体拘束や転倒リスクの高い患者への対応など、臨床のさまざまな場面で生じる個別具体的な倫理的課題について検討している。

来院時のアクセスは、ホームページ、病院案内などでわかりやすく紹介されている。施設・設備は安全性・利便性・快適性に配慮した整備がされている。院内は整理整頓されており、患者がくつろげる適度なスペースが確保されている。病室はプライバシーに配慮し、PICU の個室は清掃担当者任せにせず、毎朝看護師が消毒液を用いて清掃を行うなど清潔性に配慮している。敷地内禁煙を方針としており、職員の喫煙率も低減傾向である。

４．医療の質

業務の質改善に向けた継続的な取り組みについては、業務負担軽減委員会および患者サービス向上委員会が機能し、継続的に業務改善に取り組まれており、成果が共有されている。診療の質の向上に向けた活動は、医局、病棟、リハビリテーション部門で症例検討会が実施されている。臨床指標は、疾病動向・在院日数や残存率等が把握されている。患者・家族の意見や要望は、院内の要所に設置された意見箱と定期的な患者満足度調査により把握し、医療サービスの質向上へ活用している。倫理・安全面などに配慮しながらの新たな診療・治療方法や技術の導入については、基準・手順を明確にしている。抗精神病薬の適応外使用は、薬事審議委員会にて審議されている。

職員のネームプレートには職種が記載されており、患者・家族は関与する職員の職種がわかるようになっている。診療記録は電子カルテで記載がされている。退院時サマリーはおおむね2週間以内に作成されている。医師記録の質的点検は点検項目や指摘内容を検討して実施することを期待したい。多職種によるカンファレンス、委員会等が機能し、組織横断的に多職種が協働して患者の診療・ケアを行う実効的な体制が整えられている。

５．医療安全

安全確保に向けた体制として医療安全管理室を設置し、室長である医療安全管理者に加え、医療安全管理研修を受講済みの医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者を配置している。また、医療安全管理委員会の下部組織としてSCT（Safety Control Team）が設置されている。医療安全に係るインシデント、アクシデントレポートは、全て医療安全管理室に報告され、専従の医療安全管理者が内容を確認している。医療安全管理者は発生件数や周知が必要な内容をまとめ、医療安全管理委員会に報告している。医療事故については、原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組む体制が整備されている。

患者誤認防止は、患者に名乗ってもらうことを基本としている。入院患者はリストバンドを装着し、リストバンド、ベッドネーム、名乗りと合わせて患者確認を行っている。口頭指示を含め、確実な伝達および記録の手順を整備し、情報伝達エラー防止対策を実践している。使用禁忌・アレルギーなどは処方時に電子カルテのアラートシステムで明示されるなど、薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している。転倒・転落に対しては医療安全対策チームで院内ラウンドを行い、転倒防止に努めている。緊急時への対応として緊急コールを設定し、患者等の急変時に対応している。

６．医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制については、感染制御室に感染管理認定看護師がICNとして選任され、情報収集と対応を担っている。多職種での院内感染対策委員会が定期的に開催され、感染制御チーム（ICT）が整備されており、各病棟・部署のリンクスタッフとの連携体制も整備されている。院内での感染症の発生および地域の状況は感染制御室にて把握され、院内感染対策委員会にて共有化され対応が検討されている。地域の拠点病院との感染対策向上加算に基づく連携体制のもと、合同カンファレンスや相互訪問を実施している。ターゲットサーベイランスは手術部位感染のみであり、尿路カテーテル関連感染、中心ライン関連血流感染、人工呼吸器関連肺炎などのサーベイランスへの取り組みを期待したい。

手指衛生の徹底など医療関連感染を制御するための活動を実践しているが、確実に標準予防策を実施するために、必要とされる場所にあらかじめ準備しておくことが期待される。抗菌薬の使用に際しては、抗菌薬使用指針を整備しており、特別な抗菌薬は届け出制としている。抗菌薬の使用状況は、院内感染対策委員会に報告されている。

７．地域への情報発信と連携

地域への必要な情報の発信は、医療サービスに関する情報について随時の更新を行い、ホームページや広報誌による発信がされている。地域の医療の状況や医療ニーズを把握するため、地域の医療機関や介護施設への訪問を行うとともに、函館地域連携実務者協議会への参加を通じて、医療関連機関の状況を把握し、円滑な連携に向け取り組んでいる。患者総合サポートセンター部において、紹介・逆紹介への対応を一元管理している。患者の他医療機関での受診や転院、検査依頼等は、道南地域医療連携システムを活用し、情報共有を行っている。

地域の健康増進に寄与する活動として、地域の健康をテーマとした地域や関係機関へ向けての教育・啓発活動が、地域交流／サービス向上委員会のもと、計画的に実施されている。市民フォーラムにおいて医師や多職種による講演会等を実施し、教育・啓発に努めている。病院を地域住民への感染症ワクチンの接種会場とするなど、地域の健康増進に努めている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

患者の視点に立って円滑な受診に向けた体制が整えられている。任意入院・医療保護入院・措置入院については、手順に則り実施されている。診療計画については説明と同意が確実に行われている。通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限には規定に則り対応している。

医師は病状に応じて回診し、患者の状態や治療内容を判断している。看護業務は、チームナーシング担当看護師制で行っている。看護の責任者は、他職種との連携がスムーズに行くようマネージメントをしている。投薬・注射については誤認防止策が順守され、抗精神病薬処方の状況は薬剤師が把握し、医局会に報告している。輸血・血液製剤投与や電気けいれん療法は確実・安全に実施している。褥瘡の予防・治療は、皮膚科医師である病院長に加え多職種で構成されている褥瘡対策委員会が褥瘡対策チームと協力しながら院内をラウンドし、身体拘束による褥瘡発生を制御している。栄養管理は摂食状態、嚥下状態等を把握している。急性期・慢性期のリハビリテーションは評価に基づき行われている。隔離、身体拘束は行動制限最小化委員会で適切性を検討し、精神保健福祉法を遵守して行っている。患者・家族への退院支援・継続した診療・ケアは、患者・地域サポートセンターを中心として行われている。ターミナルステージへの対応は、対応基準に則って丁重になされている。

＜副機能：一般病院 1＞

初診患者には、説明と同意の場面を含め看護師の同席によるサポートが行われている。診断的検査は必要性とリスクを説明し、同意を得て確実・安全に実施している。入院は医師の医学的判断で決定され、看護師と共に患者・家族に説明を行い、同意を得ている。診断・評価を行い、診療計画の作成をしている。周術期の対応は患者・家族に説明し、同意を得て行われている。重症患者は、ナースステーションに隣接した病室等にて管理されている。栄養管理と食事支援については、管理栄養

士は喫食状況を確認し、問題があれば食事内容を検討している。栄養指導や栄養サポートチームの活動もある。疼痛はVASスケールで評価され、精神的不安がある場合は、精神神経科にコンサルトされている。身体抑制は、一般科における安全確保のための身体抑制マニュアルを整備し、やむを得ず抑制を行う場合は主治医と看護師で決定し、患者・家族に説明と同意のうえで医師の指示により実施されている。毎日、抑制解除について検討している。退院支援については多職種カンファレンスで検討し、患者・家族への退院支援を行うとともに継続した診療・ケアの実施につなげている。ターミナルステージへの対応は、意思決定支援に関する指針等に則り行われている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤部門においては、業務マニュアルに則って、調剤・薬剤管理を実施している。内服薬は一包化にて、注射薬は１施用ごとに取り揃えて払い出している。臨床検査機能は診療機能に見合った検体検査および生理検査体制を整備し、緊急検査にも対応している。画像診断の体制・手順が整備され、確実な対応が行われている。栄養管理機能は、食事の評価に基づき、継続的に質向上に向けた取り組みが行われ、食事が確実・安全に提供されている。リハビリテーション部門は、病棟担当療法士が病棟カンファレンスなどで、医師や他職種と連携して業務・プログラムの作成等に機能を発揮している。診療情報管理機能については、電子カルテシステムの導入により情報を一元的に管理しており、診断名や手術名のコーディング、診療記録の量的監査を実施している。院内の医療機器は一元管理されている。洗浄・滅菌機能については、滅菌物は、物理的、化学的、生物学的インディケーターを用いて滅菌精度を確認している。シングルユースの再利用は行っていない。

病理診断は外注しており、重大な所見がある場合は、医師に直接連絡がされている。輸血・血液管理機能は責任医師を配置し、確実に対応している。手術に際しては、入室時の患者確認、罹患部位の確認、術後の覚醒スコアを活用しての退室判断が手順に従って実施されている。精神科救急輪番・一般科救急輪番に参画し、地域救急に貢献している。自院で受け入れ不能な場合を含め救急対応手順が整備されている。

１０．組織・施設の管理

財務・経営管理については、収支分析に基づく課題を明確にして行われている。経営状況は毎週の経営会議で課題の把握と対策が議論され、毎月開催の理事会に報告されている。会計監査は外部公認会計士により実施されている。医事業務は、窓口の収納業務、レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応を行っている。施設基準を遵守するための体制、未収金への対応体制も整えている。業務委託は、業務内容と委託の是非の検討を経て委託業者を選定し、履行確認と質の評価を行い、委託後の業務管理をしている。

施設・設備の管理は、日常点検と年間計画に基づく定期保守点検計画を作成して実施しており、緊急時の対応体制も確立している。購買管理は購入物品の選定のルールがあり、物品購入の過程を明確にし、発注・検収・納品に至る一連の過程は内部牽制が徹底されている。火災発生時や停電時の対応などの緊急時の責任体制が明確にされている。BCP（機能存続計画）を策定して大規模災害時の対応体制も整備している。保安業務については、業務内容を明確にして実施しており、日々の業務実施状況は業務日誌に記載され、事務部長へ報告されている。緊急時の連絡、応援体制は、マニュアルで明確にしている。

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	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	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	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	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	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	A
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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA

2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務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	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	A
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.22	隔離を適切に行っている	A
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.26	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	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	NA
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	NA
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	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	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	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	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：一般病院１（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	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	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	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	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	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

H15369

年間データ取得期間： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2024 年 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 社会医療法人 函館博栄会 函館渡辺病院

I-1-2 機能種別 ： 精神科病院、一般病院1(副機能)

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 北海道函館市湯川町1-31-1

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	120	120	+0	79.9	20.9
療養病床	0	0			
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	395	395	-21	93.5	158
結核病床	0	0			
感染症病床	0	0			
総数	515	515	-21		

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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)	0	+0
ハイケアユニット(HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット(SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
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
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	55	+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 ：

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： 人 歯科： 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	2	0	22.37	11.44	15.01	3.14	7.27	23.67	11.18	7.51
循環器内科	4	0	24.74	12.65	16.40	3.43	8.40	28.03	6.19	4.10
消化器内科（胃腸内科）	2	0	31.27	15.99	11.46	2.40	8.66	17.58	15.63	5.73
皮膚科	2	0	51.24	26.20	12.94	2.71	26.37	13.56	25.62	6.47
精神科	11	0.34	1.92	0.98	373.95	78.23	8.39	147.64	0.17	32.98
外科	3	0.22	12.49	6.39	10.07	2.11	7.37	15.94	3.88	3.13
整形外科	3	0.39	40.78	20.85	38.19	7.99	12.56	25.26	12.03	11.27
麻酔科	0	1.57	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
在宅診療科	0	0	5.76	2.94	0.00	0.00	0.46	0.00	0.00	0.00
認知症疾患医療センター	0	0	5.02	2.56	0.00	0.00	14.89	0.00	0.00	0.00
研修医		2.5								
全体	27	5.02	195.58	100.00	478.02	100.00	13.75	63.71	6.11	14.93

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)	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	195.58	198.53	205.77	98.51	96.48
1日あたり外来初診患者数	26.90	24.79	24.16	108.51	102.61
新患率	13.75	12.49	11.74		
1日あたり入院患者数	478.02	472.82	496.08	101.10	95.31
1日あたり新入院患者数	7.53	6.90	8.35	109.13	82.63