

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院3」及び副機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および1月29日～1月31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）
機能種別	精神科病院（副）	条件付認定（6ヶ月）

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院3
 1. 患者の個人情報の取り扱いに関して、より厳格な情報取り出し方法に改善してください。（1.1.5）
 2. 担当部門により、実施後早期、入院中においても能動的なモニタリングを実施してください。（1.5.4）
 3. 複数の意味をもつ略語が診療記録に使用されない運用と質的点検を実施してください。（2.1.2）
 4. 全職員が確実に定期的なBLS訓練を受講してください。（2.1.8）
 5. 画像診断の読影率の向上を図ってください。（3.1.3）
- ・機能種別 精神科病院（副）

該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1976年の開院以来、日本最北端の大学病院としての役割を担ってきた。特定機能病院、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院等の指定も受け、救急医療や医師派遣など、貴院にリーダーシップが求められるエリアは北海道北部から東部を中心に広大な地域に及んでいる。今回の訪問においても、北の最後の砦として、広大な地域を支えるという誇りとプロフェッショナリズムが随所に感じられた。ER型の医療を展開し、広域から多数の患者を受け入れている救急部門、地域への玉突き型の医師派遣などは、地域医療への貢献という貴院の基本理念の具現化に他ならない。また、最先端医療の実践と研究の場として形成されつつある「脈管研究クラスター」等においても貴院は重要な役割を担っている。大学病院のミッションは、人材育成、研究とともに患者中心の最先端医療を安全に提供することにある。このミッションの実現は、経営上の問題などもあり、困難さを増している。し

かしながら、病院長のリーダーシップのもと、スタッフがプロフェッショナルリズムを発揮し、さらなる高みに向かって発展していくことを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

患者中心の医療等を謳った基本理念を具現化するために、わかりやすい言葉で5つの目標を掲げ広く周知している。病院長以下、病院執行部の選任は規程に則り行い、意思決定機関である病院運営委員会を中心とした組織運営を行っている。2024年4月からは大学病院改革プランに基づき、運営、教育・研究、診療、財務・経営の4領域で改革を進めている。病院内で発生する情報は、経営企画部が一元管理し、有効に利活用している。医療DX推進ワーキングのもと、先進的な取り組みも行っている。各種文書は手順に則り管理している。

人員確保に向けて積極的に取り組み、必要な人材はおおむね確保しているが調理師や薬剤師など一部の職種については、さらなる取り組みが期待される。労務管理、労働安全衛生管理は適切な状況であり、職員満足度調査や病院長面談から職員のニーズを把握し、働きやすい職場環境の整備に努めている。

必要な職員研修は中途採用者も含め確実にを行い、初期研修・キャリアアップへの支援も適切な状況である。学生実習は受け入れ手順を整備し、多職種の学生を受け入れている。外部の医療者の実習・研修も積極的に受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利、子どもの権利を明文化し、患者・家族、職員に周知しているが、職員に対する研修・教育については検討を期待したい。インフォームド・コンセント委員会が機能し、院内で標準化された説明書に基づき、適切なプロセスでインフォームド・コンセントを取得している。また、看護計画を協同作成する取り組みなど、患者の医療への参加を促している。医療支援課に相談窓口を設置し、多くの専門家が患者の相談、苦情等に対応している。また、患者総合サポートセンターでは、きめ細やかな支援を行っている。各種虐待には虐待対応チームが対応している。個人情報の扱いは規程に則り行われているが、カルテから患者情報抽出の承認プロセスは引き続き検討が望まれる。臨床現場では、多職種カンファレンスを定期的で開催し、患者・家族が抱える倫理的課題を速やかに把握・共有している。今後は、倫理コンサルテーションチームや病院倫理委員会など、病院としてのさらなる取り組みを期待したい。

施設・設備を整備し、安全性・利便性・快適性を確保している。清掃も行き届いている。病院として受動喫煙対策、禁煙を推進し、職員への啓発も積極的に行っている。

4. 医療の質

病院長補佐会議が中心となって、多くの業務改善に資する活動を行い、医療DX領域などに実績がある。診療の質向上に向けた取り組みとして、クリニカル・パスの利活用に加え、CPSカンファレンスやM&Mカンファレンス、キャンサーボード

等、多部署が参加するカンファレンスを定期的で開催している。臨床指標・質指標については、活用が進むとさらに良い。意見箱や患者満足度調査等から得られた情報をもとに、医療サービスの向上にも取り組み、具体的な成果をあげている。臨床研究は手順に則り適正に実施している。高難度新規医療技術および未承認新規医薬品等の提供の可否は高難度医療監視センターが担当部門として判断している。能動的モニタリングを半年後、1年後に行うほか、転院時の追跡体制や緊急時・有害事項発生時の対応手順を明確にし、運用が開始されたが、実施後早期と入院中におけるモニタリングは行われていないため、引き続き改善が望まれる。

診療・ケアの管理責任体制は明確であり、NST、褥瘡対策、緩和ケア、せん妄対策、呼吸ケア等の専門チームのみならず、多くの職種が関わり、質の高いチーム医療を積極的に展開している。診療記録の質的点検については手順の整備が確認できたが、診療記録に使用する略語のあり方についても整備と運用実績が望まれる。

5. 医療安全

副院長で医療安全管理責任者も兼ねる医療安全管理部長のもと、医療安全に係る体制を整備している。医療安全管理委員会等、関連する組織・委員会も機能している。インシデントレポートや院外の医療安全情報を適切に活用している。死亡事例についても、確実に把握・検証している。また、組織として行う M&M カンファレンスは医療安全に係る大きな役割を果たしている。医療事故発生時の対応手順も整備している。

患者認証として、患者の身体と一体になったもののみを用いる手順が徹底されている。侵襲を伴う処置時のタイムアウトやチューブ類の確認は手順に則り確実にやっている。代行入力後等の医師による承認については迅速に行われている。ハイリスク薬剤に係る取り扱い手順等は整備されている。向精神薬は、必要な病棟に病棟常備薬として施錠管理されている。転倒・転落防止対策は、多職種が協働して患者参加を促進するなど、積極的に取り組んでいる。主たる医療機器は臨床工学部が一元管理し、必要な研修は適時に実施している。スタッツコール、RRS ともに機能しているが、BLS 研修についてはさらなる充実が望まれる。

6. 医療関連感染制御

感染に係る意思決定は病院長直轄の院内感染対策委員会で行われている。感染制御部は ICD1 名を含む兼任医師 3 名、専従看護師 (ICN) 2 名、兼任薬剤師、臨床検査技師各 1 名を擁し、ICT および AST としての活動を通して、感染制御活動の中心的役割を担っている。感染制御部には専従薬剤師の配置を期待したい。感染制御に係る情報については、各種ターゲットサーベイランスに加え、SSI に係るサーベイランスも全診療科に拡大し、実施している。耐性菌の発生状況やアンチバイオグラムは、医療情報端末から常時閲覧が可能となっている。

現場では、標準予防策の徹底や感染性廃棄物の適正な取り扱いを感染制御部が主導し、ICT ラウンド等で確認している。「院内感染対策マニュアル」を整備し、抗 MRSA 薬、カルバペネム系を届出制と定めて、抗菌薬の適正使用を推進している。

ASTによる提案の受諾率の向上など適正使用に係るさらなる啓発を期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信として、各種情報の病院ホームページでの公開に加え、患者向け広報誌、外来診療の案内や入院のしおりなどの各種冊子を発行し、患者・家族や連携機関等に情報を提供している。患者総合サポートセンター内に地域連携部門を設置し、外来紹介・逆紹介、返書など連携に関する業務を行っている。地域医療情報ネットワークシステムや地域連携パス協議会にも参加している。また、返書管理についても、啓発活動やシステムの導入により、初回返書、中間・退院時返書ともに適切な状況となっている。医療に関する教育・啓発活動として、市民公開講座や医療者を対象とした研修会等の開催に加えて、出張・出前での講義・研修も行い、地域全体に貢献している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来は、受診に必要な情報をホームページ等で提供し、円滑な受診を可能としている。システムの導入等により、待ち時間の短縮に努め、外国語対応にも尽力している。患者総合サポートセンターを中心に種々の情報を共有し、質の高い外来診療から円滑な入院に繋げている。一部の診断的検査については、マニュアルが浸透されるとさらに良い。医療相談は医療相談窓口で一元的に対応し、各専門職に振り分けている。

医師・看護師は病棟業務を適切に行い、入院計画の立案やアセスメントも迅速に行っている。投薬・注射は全病棟に専任の薬剤師を配置し、調製から投与後の観察に至るまで、手順に則り実施している。輸血も適切な手順で実施している。周術期・重症患者の管理も適切に行っている。褥瘡対策は多職種が関わり質の高い取り組みを院内のみならず地域で展開している。症状緩和は非がん患者に対しても積極的に取り組んでいる。栄養管理、リハビリテーション、退院支援、診療・ケアの継続性の確保、ターミナルステージへの対応も適切になされている。身体拘束については、「身体拘束最小化のため指針」を新たに整備し、適切に観察・記録等が行われている。

<副機能：精神科病院>

外来診療は原則予約制であり、精神神経科独自のホームページを作成し、患者・家族にわかりやすく、情報提供を行っている。実働医師数が少ないため、新患の患者の受け入れを制限している状況であり、人員の充実を期待したい。睡眠時無呼吸検査、腰椎穿刺や造影剤を用いた検査などの診断的検査は、手順に則り行われている。医療相談は精神保健福祉士を中心として、多職種で多様な相談に対応している。患者は円滑に入院することが可能であり、処遇も適切である。入院形態に関しては、患者の状態を多職種で把握・評価し、医療保護入院、任意入院ともに適切に対応している。

医師、看護師ともに病棟業務を適切に行い、薬剤については病棟薬剤師を配置

し、安全な投薬・注射を実施している。電気けいれん療法の症例数は少ないが、手術室で麻酔科医の管理のもとに実施している。栄養、褥瘡対策、リハビリテーション、症状緩和等それぞれ、専門職が関わり適切な対応がなされている。隔離・身体拘束ともに対応マニュアルを整備し、精神保健指定医の指示のもと、適正に対応している。観察記録等も整備されている。入院から外来診療へのケアの継続も多職種が連携し、円滑になされている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は手順の整備やシステムを導入し、適切な状況である。TPNは全例薬剤部で無菌調製する体制を整えている。臨床検査は24時間応需し、パニック値への対応も適切である。画像診断は撮像については24時間応需し、読影依頼に対しても専門医が確実に対応し、レポート未読対策もなされている。今後は読影件数・読影率の向上が望まれる。リハビリテーション部門は多くの専門職を擁し、質の高いサービスを提供しているが、連続性の担保については検討を期待したい。栄養管理、診療情報管理、医療機器管理、洗浄・滅菌の各部門はいずれも適切な機能を発揮している。

病理診断は質の高い診断がなされ、精度管理・未読対策も確実になされている。放射線治療部門は高い専門性を発揮している。輸血部門も高い専門性を発揮しているが、手術室における血液製剤の管理については検討を期待したい。手術・麻酔部門は麻酔科医が広範囲に関わり、質の高い機能を発揮している。集中治療機能はICU、HCU、NICUを中心に多くの職種が関わり高い専門性を発揮している。救急部門は、広大な地域の最後の砦としての機能を担い、秀でた活動を展開しており高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

会計処理は国立大学法人会計基準に基づいて行い、外部監査も実施している。予算は予算編成方針に基づき年度計画を作成し、管理している。医事請求は、AI機器の導入や医師の協力により、適切に行われている。未収金対策も確実に行われている。委託業者は、一般競争入で選定し、委託後の評価も適時に行っている。委託業務職員への安全・感染等の研修も確実に実施している。

施設・設備は病院機能に見合った整備がなされ、建物の長寿命化計画にも取り組んでいる。医療ガスや廃棄物の取り扱いも適正である。購買管理では、医療材料、医薬品、高額医療機器等について関連委員会が機能し、採否の決定を行っている、物品管理はSPDにて行い、ディスプレイ製品の再利用は禁止している。

災害時への対応として、BCPや対応マニュアルを整備し、災害拠点病院としての機能を担っている。地域の医療機関と連携した総合避難訓練を行うなど、災害医療の提供に向けた取り組みは積極的になされている。保安業務は、夜間・休日の出入りを集約するなど適切に行われている。院内暴力や迷惑行為への対応手順も整備している。

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	B
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	C
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	B
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	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	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	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	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	C
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	C
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	B
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	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	C
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	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	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	A
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	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	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	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	C
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	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	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	B
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	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	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：精神科病院（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	B
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	S
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	NA
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

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 9月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 旭川医科大学病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院3、精神科病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 国立大学法人
 I-1-4 所在地： 北海道旭川市緑が丘東2-1-1

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	571	571	-5	74.3	10.2
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	31	31	+0	17.2	38.6
結核病床					
感染症病床					
総数	602	602	-5		

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	16	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	12	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室	2	+0
無菌病室	4	+0
人工透析	6	+0
小児入院医療管理料病床	44	+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		
精神科隔離室	1	+0
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(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(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： 27人 2年目： 36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)
内科	34	48.6	522.57	35.71	125.11	26.84	1.74	11.19	6.33	1.51
皮膚科	9	4.6	124.42	8.50	16.83	3.61	2.29	8.04	9.15	1.24
小児科	9	10.8	58.10	3.97	41.47	8.90	3.34	14.17	2.93	2.09
精神科	4	0.8	25.23	1.72	3.62	0.78	0.38	37.71	5.26	0.75
外科	25	14.8	121.95	8.33	92.36	19.81	2.56	14.59	3.06	2.32
泌尿器科	8	1.6	56.36	3.85	20.66	4.43	2.59	8.59	5.87	2.15
脳神経外科	9	1.8	24.70	1.69	23.98	5.14	3.93	16.93	2.29	2.22
整形外科	11	6.6	78.81	5.39	41.31	8.86	6.25	14.26	4.48	2.35
形成外科	3	1.6	11.79	0.81	8.55	1.83	8.41	9.94	2.56	1.86
眼科	9	5.2	110.00	7.52	21.51	4.61	5.72	6.21	7.75	1.51
耳鼻咽喉科	9	3.2	72.44	4.95	23.47	5.03	4.56	14.33	5.94	1.92
産婦人科	7	2	75.64	5.17	28.28	6.07	3.14	7.38	8.40	3.14
リハビリテーション科	4	0.8	34.65	2.37	0.00	0.00	0.24	0.00	7.22	0.00
放射線科	9	3.2	67.77	4.63	2.98	0.64	2.48	13.27	5.56	0.24
麻酔科	11	8.8	21.97	1.50	0.00	0.00	0.26	0.00	1.11	0.00
救急科	8	7.2	9.36	0.64	10.24	2.20	29.01	8.25	0.62	0.67
歯科口腔外科	5	4.8	47.64	3.26	5.84	1.25	15.97	6.48	4.86	0.60
臨床検査・輸血部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
手術部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理部	3	1.6	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
集中治療部	4	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
総合診療部	1	0.8	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
周産母子センター	6	4.8	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
腫瘍センター	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
透析センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
緩和ケア診療部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療安全管理部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
感染制御部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
遺伝子診療カウンセリング室	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医		65								
全体	201	198.6	1,463.42	100.00	466.20	100.00	3.39	11.23	3.66	1.17

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
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	1,463.42	1,517.08	1,517.07	96.46	100.00
1日あたり外来初診患者数	49.58	54.33	50.82	91.26	106.91
新患率	3.39	3.58	3.35		
1日あたり入院患者数	466.20	457.94	465.73	101.80	98.33
1日あたり新入院患者数	41.44	38.59	37.34	107.39	103.35