

# 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 4 月 25 日～4 月 27 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	認定
------	--------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は 1900 年に「至誠と愛」を理念として設立された東京女醫学校が運営する附属病院として、1908 年に開設された。「患者視点に立って、安全・安心な医療の実践と高度・先進的な医療を提供する」という基本理念に則り、日本のリーディングホスピタルとして発展してきた。そして、日本の医療を世界レベルに押し上げ、数多くの優れた医療者を輩出してきた歴史は、これまでも高い評価を受けてきた。社会環境が変化する中で様々な変革を迫られつつも、そのプライドの火は衰えることなく、確実に、そして力強く、医療を提供する現場だけでなく、働く職員の心の中に燃え続けていることを実感した。本邦でもトップクラスのロボット支援手術や移植医療の実績、脳腫瘍は腎がんをはじめとした日本有数の手術症例数、難病への取り組みなど、今でもその輝きは衰えることがない。日本を代表する高度に洗練された最新の医療を提供する医療機関として、今後も発展し続けることを期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明確となっており、病院運営の基本としている。病院の将来像については、より具体的な計画策定がされるとなると良い。病院執行部の選任、重要事項の審議体制など、病院運営を適切に行う体制が確保されているが、一部部署で業務の重複があり、一元化された管理体制が期待される。部門・部署毎の目標管理、運営上の課題解決に向けたかかわりなど、新たなステージに向けて計画的な組織運営を行っている。院内の情報の管理・活用では、方針を明確にし、電子カルテを中心とした部門システムを導入して統合的な管理している。病院として管理する

文書については本院文書管理マニュアルを整備し、病院文書管理簿により一元管理し、職員に周知している。

職員の採用については、計画に沿って必要人員の確保を行っているが、一部職種に関しては増員を考慮されたい。勤務時間等に関する就業規則や給与規程などを整備して職員に周知しており、就業規則や労働基準法などに則った適切な管理を行っている。職員の安全衛生管理、就労環境整備にも配慮している。

教育研修委員会が職員に対する継続的な教育・研修について、年間計画を作成し研修を実施している。職員の能力評価・能力開発は評価制度に基づくほか、各専門職種の能力を評価し、学会発表や研修会参加、資格取得等で能力開発をしている。専門職種の初期研修については、各専門職種の研修プログラムなどにより行っている。学生実習では、学生実習受け入れ手順に基づき、多くの教育機関、養成校から多数の実習生を積極的に受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

患者権利を明文化して患者・家族と職員に周知しており、日常診療においても患者権利を尊重する意識が定着している。説明と同意に関する方針、基準・手順書が整備され、患者の意思を尊重した説明と同意が実践されている。今後の意思決定支援へのさらなる取り組みに期待したい。医療に関する情報は、患者・家族と医療者が様々な診療・ケアの展開を通して共有され、患者の医療への参加についても具体的である。医療連携・入退院福祉部では、医療福祉相談、在宅療養相談、がん相談、脳卒中相談、栄養相談など各種の相談機能を有し、専門的な相談・支援体制を構築している。診療に関する個人情報保護規程を定め、個人情報への適切な管理に努めている。なお、監視カメラ等の運用に関して、説明と同意の必要性を検討するとなお良い。主要な倫理的課題について、臨床倫理委員会等で協議するしくみが構築され、協議の実績も十分ある。今後は倫理的課題についてのアプローチの方法を検討し、継続的な活動に期待したい。倫理的課題の収集と把握については多職種チームカンファレンスでの検討により、課題解決につなげることを期待したい。

来院時のアクセスも良く、様々な生活延長上の設備やサービスも完備している。一部の廊下で僅かな段差が認められたため、注意を促す掲示などの対応が期待される。デイルームや病室、廊下の広さ、清潔性、快適性に優れ、プライバシーも保護され、安全で衛生的な療養環境が保持されている。精神病床も含めて敷地内全面禁煙が厳守されている。また、患者への禁煙教育や職員への禁煙推進が行われている。

### 4. 医療の質

TQM 委員会において、指標に基づいた組織横断・継続的な改善活動が行われている。また、病院機能評価受審が改善活動や人材育成に活用されており、高く評価できる。カンファレンスやクリニカル・パスなど診療の質を向上させる活動は活発に行われている。患者・家族等からの意見・要望は、「ご意見箱」のほか、患者相談窓口にて対応している。意見・要望への回答は、院内掲示や病院ホームページへ掲

載している。臨床研究は特定臨床研究も含め、手順に則り適正に行われている。高難度新規医療技術、未承認等の医薬品の導入も適切なプロセスで行われている。特に医薬品の適応外使用については、厳格な基準に基づき、多数の検討事例がある。実施後のモニタリングについては、より能動的に実施していくとなお良い。

病棟・外来などの責任体制は明確で、医師と看護師が協働し、日々患者のニーズや課題を把握し、問題解決を図っている。診療記録に関して、略語集が整備され、入院担当医は適切な内容の入院診療録を作成しており、多職種による医療記録の質的点検を実施してフィードバックしている。診療科の枠を超えた多くの症例検討会が開催され、中でもハイリスク症例検討会が多職種により活発に行われていることは評価できる。病院として多職種協働での取り組み意識は高い。

## 5. 医療安全

医療安全推進部には医師 1 名、看護師 3 名等が専従配置され、病院長の指示のもと、医療安全管理責任者は専従に近い取り組みで医療安全を統括している。関連する委員会、会議等も有効に機能している。薬剤師が専任配置となっている点については今後検討されるとなお良い。医療安全に係る情報は、適切に利活用され、多くの改善実績がある。また、CVC の技術認定に係る制度は高く評価できる。さらに、週 2 回開催されるハイリスク検討会は、10 年近い実績を有し、患者安全の推進、医療の質の向上に大きく寄与している秀でた取り組みである。医療事故・重大インシデント発生時の対応手順は明文化され、休日・時間外であっても迅速な対応が可能となっている。また、事後の検証、再発防止策の立案等にも多くの実績があり、医療事故等への対応は適切である。

患者確認や部位確認、検体容器の交差防止について手順が定められ実施されている。各医療行為においてタイムアウトに相当するブリーフィング・デブリーフィングが確実に実施されている。医療安全ポケットマニュアルにある処方箋・注射オーダーなどの手順を臨床現場で的確に実行している。口頭指示の扱いや病棟看護師の他部署への申し送りなどは、適切な情報伝達を実施している。薬剤の安全な使用については、医薬品安全管理責任者が医療安全管理部門と連携し、医薬品の安全な使用に向けた対策を実施している。転倒・転落防止については、入院前からのアセスメントと予防対策がなされており、入院中も多職種による情報共有が図られている。医療機器の管理や使用前後の点検・整備には臨床工学技士の介入があり、使用者対象の教育も実施されている。特に、人工呼吸器関連だけで年間 15 回以上の実地研修を 300 名近い看護師に行うなど、安全な機器の取り扱いのための取り組みは高く評価できる。院内緊急コードとして、「緊急コール」の仕組みが機能しており、急変兆候を捉える RRT については、平日は ICU 担当医師が、夜間休日は CCU 担当医師が対応する体制を整備し、小児症例に対する RRT も機能しており、患者等の急変時対応は適切である。

## 6. 医療関連感染制御

総合感染症・感染制御部はインфекションコントロールドクターと同ナース、臨床検査技師らのメンバーで院内の感染対策を専門的視点から適切に統制している。総合感染症・感染制御部の部長は、院内感染対策委員会を病院長出席のもと毎月開催し、担当者の活動記録を含む感染制御関係の月次報告を行っている。総合感染症・感染制御部では臨床現場から感染症に関する情報を随時的確に収集・分析して対策に当たっている。手術部位感染や医療器材関連感染の情報収集手順も適切である。

手指衛生の遵守状況や標準予防策の実施状況を直接観察法などでモニタリングし、感染性廃棄物の分別・処理を適切に行っている。外来抗菌薬の使用量削減や積極的な AST 活動など、全体として抗菌薬は適正に使用されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信として、病院案内や「地域連携だより」を発行し、院内や連携登録医等へ配布して最新情報の提供に努めている。各診療科ホームページの診療実績には、古い情報が見られ掲載の統一性にも欠けるため、最新の診療実績の掲載が期待される。地域連携室が前方連携窓口となり、紹介患者の診療予約や返書管理などを行っている。返書管理については、地域との医療連携をさらに深めるためにも、返書率向上に向けたより一層の取り組みがあるとなお良い。地域住民に向けた医療に関する教育・啓発活動として、各種の公開講座や公開シンポジウムを開催、また、地域の医療関連施設等へ教育・啓発活動を積極的に実践している。特に、診療科別セミナーでは、2023 年度、延べ約 15,000 名の参加があるなど、大学病院に期待される高い診療機能を活かした教育・啓発活動は、高く評価したい。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が正面玄関前の総合案内や受診相談窓口で円滑に受診できるよう、サポート体制がある。外来担当医は患者情報を的確に収集して診療録を完成し、適切な診療を行っている。侵襲的な検査は、説明と同意、患者・部位確認、実施中の観察、鎮静などが、規程を遵守して実施されている。医療相談では、がん・非がん支援、福祉支援、在宅支援等へ丁寧に対応されている。入退院支援センターでは、入院予約患者に対して入院前面談を行い、患者のニーズや要望の聴取もなされており、患者が円滑に入院できる仕組みとなっている。

医師は多職種と協働しながら、毎日の業務を適切に行っている。看護師は、入院前から患者の全人的なニーズを把握し、多職種と協働して看護業務を行っている。注射用抗菌薬および注射用抗がん剤の実施にあたっては、投与時の観察や記録が適正に行われている。医療安全ポケットマニュアルに輸血時の手順を規定しているが、緊急輸血時の手順も明記されるとなお良い。多職種が協働して質の高い周術期管理を行っているが、手術看護師の術後訪問の対象については拡大を期待したい。集中治療機能に関しては、7つのユニットと重症個室を、それぞれの機能を明確にしながら、多職種参加のもと適切に運用している。褥瘡予防については、全入院患

者に対してリスク評価を行い、予防策を行うとともに、ハイリスク患者への介入も行われている。医師・看護師・管理栄養士が関わって、患者の状態に応じた食事の提供や言語聴覚士も加わった摂食嚥下支援も丁寧に実践している。症状緩和については、症状スクリーニングとアセスメントシートで評価し、必要時には緩和ケアチームによる専門的介入が行われている。リハビリテーションの対象となる患者を広く拾い上げ、急性期病院として適切なリハビリテーションを行っている。リハビリテーションに伴うリスクを説明し同意を取得する手順の改善が期待される。身体拘束最小化をめざしているが、拘束解除に関しての協議には、さらなる多職種参加が期待される。退院支援は、退院支援看護師と病棟看護師、関係職種が協働し、患者の状態に応じて丁寧に実践されている。ターミナルステージの評価・判定は、医師の判断後、予後予測スケールに沿って多職種で議論し対応され、患者・家族の意向と QOL を考慮したケアが実践されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

注射薬調剤体制の充実などを含め、限られた人員の中で適切な薬剤管理機能を提供している。質の高い検査機能を 24 時間体制で提供しており、特にパニック値報告を迅速・確実に医師に伝達していることは高く評価できる。中央放射線部診断部門では多くの専門医と診療放射線技師が協働して急性期病院に適した画像診断体制を構築しており、診断精度も非常に優れている。適時・適温・衛生面に配慮した食事の提供を行っており、食物アレルギー対応食のリーフレットを作成し、アレルギー食と一般食の区別から食器の色を変えて提供している。リハビリテーション部では急性期病院に必要な疾患別リハビリテーションを行うだけでなく、慢性疾患の患者に対して生活リハビリテーションまでを考える適切な施療を行っている。診療情報管理機能は医療記録管理室が担当し、電子カルテで一元的に管理し、迅速な検索、提供ができるようにしている。診療録の量的点検は、全退院患者で実施している。臨床工学技士が 24 時間対応可能な体制が整備され、各部門で高度な専門性を発揮している。多くの医療機器は一元管理されているが、超音波検査機器についてはさらなる関与が期待される。洗浄・消毒・滅菌は、洗浄・滅菌の質保証のもと適正な滅菌管理を行っている。

病理部門では検体交差防止や悪性所見の確実な伝達などが適切に行われている。放射線治療室では専門医、専門技師らに加えて、認定看護師が、がん患者を囲む総合的な治療体制を構築しており非常に優れた活動を実践している。輸血・細胞プロセッシング部では I&A 制度認定のもと、日常業務は手順に則り確実に行われ、血漿分画製剤の管理もすべて行っている。先端医療にも対応しており、輸血・血液管理はきわめて高く評価できる。各科が協力して安全で弾力的な手術室運営を行っており、特に手術が難航した際などに全員が手を止めて協議する仕組みは高く評価できる。集中治療については、各科の協力のもとで、多職種も参加して安全で弾力的な ICU 運営を行っており適切である。救命救急センターとして 3 次救急患者を受け入れており、また各科の協力で 2 次救急外来を別に運用して多くの救急患者を円滑に受け入れている。

## 10. 組織・施設の管理

予算管理は、予算作成から承認のプロセス、会計処理も適切に行っている。首都圏7大学とのベンチマーク等で課題を把握して経営改善に向けた活動を実践している。医事業務は、窓口収納業務や診療報酬請求業務、施設基準管理、未収金への対応も含めていずれも適切に処理し、医事データを分析して診療科へ提案や助言を行うなど、病院経営に資するデータ活用を行っている。業務委託は、ガイドラインを定め業務管理の基準に沿って委託の是非や仕様の見直しなどを行っている。業務委託の履行確認は品質管理項目に沿って評価を行い、事故発生時の緊急連絡体制も整備している。

病院の規模や診療機能等に応じた施設・設備を整備し、日常点検及び年間保守点検を計画に基づいて行っている。診療材料・医療消耗品等は、SPDによる一元的な管理が導入され、定数管理や使用期限のチェック、不動在庫の確認も行っている。また、医薬品、医療材料等のベンチマークシステムを導入し、購入品目の選定や価格交渉による経費削減などに繋げている。

災害時等の危機管理への対応では、全職員が災害時に確実に行動できるように大小26回の訓練実施、食糧配布訓練、病院災害対策ホームページでの情報発信など高く評価できる。保安業務は、業務委託により平日日中および夜間休日に必要な保安要員を配置し、24時間常駐の体制としている。

# 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	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	S
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	S
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	S

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	B
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	S
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	A
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	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	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	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	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	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	B
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	S
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	S
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	S
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	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	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	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	A
-------	---------------	---

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2023 年 5 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 東京女子医科大学病院  
 I-1-2 機能種別： 一般病院3  
 I-1-3 開設者： 学校法人  
 I-1-4 所在地： 東京都新宿区河田町8-1

#### 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	1144	667	-254	72.3	11
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	46	26	-13	60.8	47.3
結核病床					
感染症病床					
総数	1190	693	-267		

#### 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	12	+0
集中治療管理室 (ICU)	18	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	12	-2
ハイケアユニット (HCU)	0	-14
脳卒中ケアユニット (SCU)	9	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	-6
周産期集中治療管理室 (MFICU)	9	+0
放射線病室	1	+1
無菌病室	1	+0
人工透析	45	-7
小児入院医療管理料病床	36	+8
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

災害拠点病院(地域), 救命救急センター, エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(大学病院本院群), 総合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： 28 人 2年目： 14 人 歯科： 5 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

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	16	0.2	103.70	3.70	8.31	1.31	11.15	7.02	6.40	0.51
呼吸器内科	10	2	57.83	2.06	13.91	2.19	6.39	15.06	4.82	1.16
循環器内科	45	1.6	170.89	6.10	71.43	11.26	6.99	13.00	3.67	1.53
消化器内科（胃腸内科）	30	2.3	165.84	5.92	38.41	6.06	9.34	8.55	5.13	1.19
腎臓内科	9	0.7	57.94	2.69	14.99	2.36	4.78	12.89	7.77	1.54
神経内科	17	3.2	88.14	3.15	22.62	3.57	8.12	20.56	4.36	1.12
糖尿病内科（代謝内科）	24	5.7	221.55	7.91	13.98	2.20	1.92	13.92	7.46	0.4
血液内科	19	0.7	57.94	2.07	29.00	4.57	5.31	22.45	2.94	1.47
皮膚科	21	1.1	87.56	3.13	6.69	1.05	7.64	11.57	3.96	0.30
リウマチ科	22	2.9	141.68	5.06	12.38	1.95	3.40	19.30	5.69	0.50
小児科	24	0.9	45.59	1.63	9.35	1.47	17.69	6.10	1.83	0.38
精神科	25	1.5	99.17	3.54	22.24	3.51	4.35	45.23	3.74	0.84
呼吸器外科	6	0.3	25.94	0.93	12.82	2.02	5.77	11.11	4.12	2.03
循環器外科(心臓・血管外科)	21	0.5	23.19	0.83	35.24	5.56	14.63	21.89	1.08	1.64
乳腺外科	3	1.8	35.10	1.25	6.32	1.00	15.31	9.28	7.31	1.32
消化器外科(胃腸外科)	20	1.7	92.40	3.30	47.11	7.43	7.08	11.96	4.26	2.17
泌尿器科	19	1.4	146.73	5.24	33.51	5.28	5.83	7.82	7.19	1.64
脳神経外科	29	0.8	96.50	3.44	52.84	8.33	11.71	19.53	3.24	1.77
整形外科	21	1.9	111.33	3.97	38.80	6.12	7.23	17.15	4.86	1.69
形成外科	10	0.7	43.12	1.54	10.67	1.68	12.74	11.48	4.03	1.00
眼科	28	2.7	132.97	4.75	6.30	0.99	9.36	3.10	4.33	0.21
耳鼻咽喉科	14	0.3	62.10	2.22	8.93	1.41	10.91	8.71	4.34	0.62
小児外科	3	0.2	8.78	0.31	3.59	0.57	26.32	5.00	2.74	1.12
産科	12	0.4	29.39	1.05	42.15	6.65	12.96	14.94	2.37	3.40
婦人科	17	1.5	69.11	2.47	12.54	1.98	7.28	5.79	3.74	0.68
リハビリテーション科	3	0.2	202.84	7.24	0.00	0.00	4.65	0.00	63.39	0.00
放射線科	6	0	60.13	2.15	0.00	0.00	3.43	0.00	10.02	0.00
麻酔科	34	6.1	18.40	0.66	0.00	0.00	94.37	0.00	0.46	0.00
病理診断科	6	1.1	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	8	1.8	15.27	0.55	15.27	2.41	60.44	13.46	1.56	1.56
歯科口腔外科	18	1.2	81.01	2.89	6.93	1.09	17.69	6.20	4.22	0.36
緩和ケア科	3	0.2	13.54	0.48	5.28	0.83	13.25	9.73	4.23	1.65
画像診断・核医学科	23	1.8	1.68	0.06	0.00	0.00	133.55	0.00	0.07	0.00
腎臓小児科	8	0.5	15.64	0.56	5.80	0.92	9.25	13.36	1.84	0.68
血液浄化療法科	3	0.5	62.47	2.23	0.00	0.00	2.25	0.00	17.85	0.00
循環器小児科	12	0	43.02	1.54	17.42	2.75	3.89	13.78	3.58	1.45
総合診療科	4	1.8	29.51	1.05	2.99	0.47	40.83	4.73	5.09	0.52
睡眠科	3	0.3	22.75	0.81	1.33	0.21	4.95	2.00	6.89	0.40
内分泌外科	6	0	20.23	0.72	5.01	0.79	28.51	8.54	3.37	0.83
ゲノム診療科	3	1.2	9.25	0.33	0.00	0.00	16.29	0.00	2.20	0.00
母子総合医療センター（新生児）	6	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
女性科	0	1.4	13.49	0.48	0.00	0.00	5.48	0.00	9.64	0.00
医療安全科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
予防医学科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
感染症科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
感染制御科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
輸血・細胞プロセッシング科	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
集中治療科	3	0.8	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
移植管理科	6	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	2,801.14	2,999.91	2,925.25	93.37	102.55
1日あたり外来初診患者数	247.41	282.26	227.85	87.65	123.88
新患率	8.83	9.41	7.79		
1日あたり入院患者数	634.11	735.64	778.90	86.20	94.45
1日あたり新入院患者数	52.45	56.46	55.24	92.90	102.21