

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 17 日～6 月 19 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. 少なくとも初回および退院時の返書状況を把握し、確実に返書を行ってください。（1. 2. 2）

1. 病院の特色

貴院は、1958 年（昭和 33 年）に国家公務員共済組合連合会により開設され、国家公務員以外の多くの方々にも利用される開かれた病院として歴史を刻み現在に至っている。開設以降、高度専門医療の実践に努め多くの実績を重ねてきた経緯があり、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、地域災害拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院等の指定を受け、急性期医療を担う日本を代表する病院として機能発揮に努めている。また、都会の中心地域にありながら地域の中心的な医療機関としての機能と特徴を活かして都内の医療機関との連携を強化し今日に至っている。近年では、集学的がん治療の推進や救急医療の充実を図るなど、積極的な医療活動が随所に見られる病院である。組織運営では、幹部そして中堅職員の活躍が顕著であり、各部門・部署が良好に連携して病院経営の効率化を目指している点は高く評価される。今回の病院機能評価の受審を機に更なる医療の質と病院機能の向上に努め、日本の医療に貢献されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念に初代院長の言葉を掲げ、基本方針では、患者の権利や公正な診療機会の提供など 9 項目の具体的な内容を示している。病院運営における意思決定機関の運営会議が機能し課題解決に努めている。また、事業計画を踏まえた各部門・部署の年度目標を定め、アクションプランに繋げて目標管理の基礎資料としている。幹部職員は積極的に委員会に参加し課題解決に向けてリーダーシップを発揮している。情報を有効に活用し、医療の質や安全性、効率性の改善に向けたシステム構築などに役立てている。人材確保では、確保・増員に努めているものの、一部の職種

に不足が認められるので、今後の人員体制の整備・検討を期待したい。人事・労務管理では、必要な規則・規程を整備し、就労管理を適切に行っている。

職員の安全衛生管理では、安全衛生委員会の開催、ハラスメント対策や院内暴力対策、職員への精神的サポートを適切に行っている。職員への教育・研修では、年間計画に基づいて必要な研修を継続的に行っている。職員の能力評価・開発においては、医師に関する評価制度を設け、その他の職種についても職種別にキャリアラダーを整備して上司との定期面談を行っている。専門職種の初期研修については、評価基準に基づき必要期間の研修を適切に行っている。学生実習については多職種の受け入れを積極的に行い、実習生の受け入れやカリキュラムに沿った研修体制などを適切に整備している。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」を適切な内容で明文化し、子どもの権利についても明示して臨床の各場面で様々な権利擁護の取り組みを実践している。説明と同意については、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し、患者の医療への参加についても具体的に取り組み、成果を上げている。相談機能は医療社会福祉相談室に一元化し、院内掲示等で患者に周知している。療養生活に関わる相談全般等を担当し、職員は相談等に速やかに対応して、関係機関との相談・調整や訪問活動も積極的に行っており高く評価できる。個人情報に関する規程や保護に関する基本方針等を定め、個人情報の取り扱い、個人情報の利用目的等をホームページや入院案内に掲載し患者等へ案内している。

主要な倫理的課題についてのアプローチの方法を定め、臨床倫理審査委員会や臨床倫理コンサルテーションチームで協議する仕組みを構築している。病棟等の診療の現場では、多職種チームカンファレンス等の場を活用した協議が期待される。交通アクセスをホームページ等により案内し、駐車場、タクシー乗場等を整備して通院患者などの利便性を図っている。デイルームや病室、廊下の空間は清潔性、快適性に優れ、プライバシーも保護して安全で衛生的な療養環境を整えている。受動喫煙の防止では、敷地内全面禁煙の方針を示し、ホームページや入院案内、院内掲示などにより周知している。

4. 医療の質

業務の質改善に向けた取り組みは、体系的な外部評価に加えて業務改善委員会やQI委員会が主体となり業務改善活動を行っており、発表会などで院内での共有を図っている。診療の質の向上に向けた取り組みでは、クリニカル・パスの運用により診療・ケアの標準化に寄与している。また、臨床指標・質指標の活用では極めて充実した活動を実践するなど、診療の質向上に向けた活動は高く評価できる。高難度新規医療技術や未承認新規医薬品等の導入に関する審査、承認、導入後のモニタリング体制を構築しているが、説明・同意書の見直しが期待される。治験、特定臨床研究、非特定臨床研究は何れもルールに従って実施している。

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て日々患者のニーズや課題を把握し、課題解決を図っている。診療記録の記載は、ルールに則って行っており、診療記録の質的点検、退院時サマリーの2週間以内作成率は適切である。情報伝達エラー防止対策として電子カルテ上での指示変更や中止時の手順を定めている。口頭指示は専用の用紙を用い、使用できる単位を定めている。重大な画像所見などは医師に直接伝えている。診療科の枠を超えた多くの症例検討会を開催しており、中でも多職種による専門的なチームの介入やカンサーボード、各診療科を超えた合同カンファレンスなどの活発な活動は評価できる。

5. 医療安全

医療安全管理者の副院長のもと、医療安全部に専従医師、専従看護師、薬剤師等を配置し、患者安全に関するマニュアルを適切に整備している。また、多数のインシデント事例が報告され、警鐘となる事例や組織として対策が必要な事例を検証のうえ再発防止策を立案している。これらの再発防止策は医療安全推進委員会にフィードバックしてリスクマネージャー会議等で院内に周知し、院内ラウンドで実効性を確認している。入院患者の全死亡事例を医療安全管部に報告してスクリーニングの後、病院長に報告している。

患者・部位・検体などの誤認防止対策を職員に周知し、手順の遵守を徹底している。また、アレルギー等の禁忌薬剤を電子カルテに登録し、投与量や重複投与等とともにチェックする仕組みがある。各部署の常備薬は最低限の品目に限定し、薬剤師による定期的な点検を行っている。転倒・転落防止対策を職員に周知しており、ハイリスクな患者は黄色のリストバンドやストラップによって誰もが容易にリスクを認識することができ、職員全員で見守る体制を構築しており評価できる。院内の医療機器は臨床工学部が一元的に管理・点検して安全に使用している。緊急時の対応では、緊急コードの設定とともに院内緊急対応システムを構築しており、オーバートリアージを許容する独自の発動基準によって迅速な発動を容易にしており優れている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として病院長直轄の感染制御部に感染対策室を設け、専従の感染管理認定看護師の他に感染管理医師、薬剤師、事務職員などを配置している。感染管理医師や感染管理認定看護師、感染制御認定臨床検査技師、感染制御専門薬剤師が所属する感染制御チームや抗菌薬適正使用支援チームを組織して、院内ラウンドやカルテラウンドを行い、結果を各部署にフィードバックしている。院内感染対策マニュアルを作成し、グループウェアから常時閲覧できる体制を構築している。医療関連感染制御に向けた情報収集では、各種薬剤耐性菌サーベイランスを行い、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等に参加している。全部署・全術式でカテーテル関連尿路感染症や手術部位感染などの発生状況を把握している。アウトブレイクの定義や発生時の対応手順を定め、地域の他の医療機関と情報共有している。医療関連感染を制御するための活動は、院内感染対策マニユ

ルに則って行われている。直接観察法での手指衛生遵守率をベンチマークのうえ各部署にフィードバックし、リンクナースと協働して改善活動を行っているが、更なる順守率の向上が期待される。抗菌薬は、院内で定めた抗菌薬使用ガイドラインに則って使用し、抗菌薬適正使用支援チームによる使用状況の把握と介入を適切に行っている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の医療サービスなどの情報発信は広報企画室が担当し、広報誌部会や動画 Web 部会等と連携して多様な内容を広報している。広報誌「T-MAGAZINE」を年3回発行し、来院患者や地域の医療機関などに配布して診療機能等の情報を発信している。また、ホームページでは、来院患者への案内、診療科や部門の紹介、病院の特徴、病院指標や臨床研究の内容、採用情報などの様々な情報を掲載し、積極的に公表している。地域の医療機関等との連携は医療連携室が担当し、紹介受診、紹介検査の予約などの前方連携に取り組んでいる。また、各診療部長等が連携機関を訪問し、顔の見える連携に努めている点は評価されるが、紹介元医療機関への治療状況等の報告の確実な実践に努められたい。地域住民に向けた教育・啓発活動として、市民公開講座やがんセミナー、肝臓病教室等を定期的に開催し、病院の特徴に掲げている。また、がん診療、肝疾患を中心としたセミナー、研修会等を積極的に開催していることは高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示により提供している。外来担当医は必要に応じて容易に他科にコンサルトできる体制である。診断的な検査については説明のうえ同意を得て適切に実施している。入院は、必要時にはカンファレンス等を行い決定している。医療相談は、入退院支援センターの看護師や社会福祉士を中心に丁寧に行っている。医師の病棟業務については、多職種による医療チームの中でリーダーシップを適切に発揮している。入院期間の長さや看護上の問題の複雑さに応じて独自の看護提供方式をとっており、患者ニーズに応じた質の高い看護を提供している。

各部署における注射薬および内服薬の準備と実施では、指示内容との照合と服薬確認を院内で定めた手順により適切に行っている。重症患者の病態に応じた病床を整備して、多職種によるチーム医療を適切に行っている。症状緩和はマニュアルに則って適切に行っている。身体症状や精神・心理面に関しては、多職種から成るがんサポートチームによるコンサルテーションを行い、スタッフとの綿密な連携により患者・家族への支援を確実に行っている。入退院支援センターの看護師と社会福祉士、病棟看護師、関係職種が協働し、患者の状態に応じた退院支援を丁寧に実践している。ターミナルステージの判断を、アドバンス・ケア・プランニングに関するマニュアルに則り適切に行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では処方鑑査を含め、調剤や注射薬の調製・混合等を適切に行っている。臨床検査機能では水準の高い検査機能を発揮している。画像診断機能は緊急検査も可能であり、レポートの既読管理も適切に行っている。栄養管理機能では、食材の搬入から調理、配膳・下膳、食器洗浄に至る一連の業務を衛生的に行っている。リハビリテーションは主に急性期のリハビリテーションを実施しており、多職種カンファレンスで患者の情報共有を行っている。診療情報管理では、診療記録の量的点検やがん登録、NCD 症例登録なども適切に実施している。洗浄・滅菌業務は業務委託しており、業務管理を適切に行っている。

病理診断機能では専門性が高い診断を数多く行い、院内の多くの場面で医学的診断機能の向上に貢献している。放射線治療機能は、放射線治療専門医が主科と連携して実施している。輸血・細胞治療部は、適切に温度管理された血液製剤を 24 時間体制で適切に供給している。造血細胞移植や間葉系幹細胞を用いた治療件数は国内最多であり、輸血製剤の供給並びに造血細胞移植や細胞治療関連業務は秀でており高く評価できる。手術・麻酔機能では、高度・先進的な治療を含む多くの手術において、安全な実施に向けた運営が確立している。集中治療機能では多職種によるチーム医療の推進とともに、早期回復への充実した取り組みや利用率の向上に向けた活動が秀でており高く評価できる。救急医療機能は、集中治療部門や各専門診療科と協働しながら極めて多くの救急患者を受け入れており、地域医療に大きく貢献している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は共済組合連合会の中期計画方針に基づいて行い、次年度の目標を設定し予算計画を策定している。予算執行状況は予算と実績の比較により確認し、数値目標に対する月次比較分析も実施している。医事業務における窓口収納業務や診療報酬請求業務を適切に行い、外来および入院レセプトは医師が関与して点検している。未収金対策のマニュアルを整備して回収に努めている。委託業務の実施状況は、日々の日誌などにより確認し、問題発生時は速やかに改善している。購買管理では、医薬品は薬事委員会で新規採用薬を含めて採用の可否を検討し、診療材料や医療消耗品等については医療材料管理運営委員会で審議し決定している。

施設・設備の管理については、年次保守計画表に基づいて適切に管理している。災害時等の危機管理については、東京都災害拠点病院として事業継続計画を作成するとともに、大規模災害対応マニュアル、防火・防災・停電時対応マニュアルなどを整備し、定期的な訓練を実施している。また、DMAT の編成、食料や飲料水の備蓄を行っている。保安業務については、業務委託により 24 時間体制の監視を行い、緊急時の連絡・応援体制についても適切に行っている。

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	S
1.1.5	患者の個人情報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	C
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	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	S
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	A
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	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	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	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	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	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	A
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	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	S
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	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	A
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 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： 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 共済組合及びその連合会

I-1-4 所在地： 東京都港区虎ノ門2-2-2

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	817	817	+0	69.7	8.8
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	2	2	+0	50.5	29.5
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	819	819	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	20	+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)	8	+8
脳卒中ケアユニット (SCU)	9	-8
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	48	+0
人工透析	34	+0
小児入院医療管理料病床	44	+22
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	0	+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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), がん診療連携拠点病院 (地域), 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院 (DPC特定病院群)

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： 20 人 2年目： 22 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

1 診療科目別 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	25	0	118.25	4.63	0.00	0.00	9.89	0.00	4.73	0.00
呼吸器内科	12	1.46	134.29	5.26	41.39	6.61	2.55	10.29	9.98	3.08
循環器内科	11	0.95	105.04	4.12	29.78	4.75	2.86	8.50	8.79	2.49
消化器内科 (胃腸内科)	20	0.48	188.97	7.41	43.04	6.87	4.07	8.02	9.23	2.10
腎臓内科	6	0.5	116.14	4.55	20.67	3.30	1.27	10.89	17.87	3.18
神経内科	5	0.15	32.00	1.25	13.12	2.09	4.91	16.06	6.21	2.55
糖尿病内科 (代謝内科)	11	1.57	189.60	7.43	11.12	1.78	1.86	8.82	15.08	0.88
血液内科	9	0.33	101.43	3.97	120.25	19.20	2.37	35.25	10.87	12.89
皮膚科	7	0.84	132.41	5.19	4.71	0.75	7.98	5.28	16.89	0.60
リウマチ科	0	0	29.86	1.17	0.00	0.00	2.05	0.00	0.00	0.00
感染症内科	6	0.65	11.63	0.46	8.87	1.42	15.12	11.58	1.75	1.33
小児科	6	0.55	32.18	1.26	5.36	0.86	17.53	7.06	4.91	0.82
精神科	4	1.01	54.72	2.14	4.84	0.77	2.38	28.05	10.92	0.97
外科	20	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
呼吸器外科	5	0.1	21.71	0.85	9.85	1.57	3.45	8.84	4.26	1.93
循環器外科(心臓・血管外科)	4	0.47	13.79	0.54	15.13	2.42	6.53	15.05	3.09	3.38
乳腺外科	5	0.3	72.39	2.84	9.89	1.58	5.16	7.00	13.66	1.87
消化器外科(胃腸外科)	16	0.51	158.18	6.20	93.85	14.98	3.08	10.50	9.58	5.68
泌尿器科	9	0.18	90.22	3.54	17.99	2.87	4.86	6.08	9.83	1.96
脳神経外科	13	0.2	79.93	3.13	42.13	6.73	5.83	13.12	6.06	3.19
整形外科	12	0.05	104.98	4.11	41.54	6.63	6.49	15.88	8.71	3.45
形成外科	3	0.05	19.14	0.75	3.67	0.59	6.15	7.31	6.28	1.20
眼科	6	0.1	86.89	3.41	6.47	1.03	4.33	2.87	14.24	1.06
耳鼻咽喉科	5	0.28	56.78	2.23	5.88	0.94	7.33	6.56	10.75	1.11
産婦人科	8	0.85	89.69	3.51	0.00	0.00	5.79	0.00	10.13	0.00
産科	0	0	0.00	0.00	3.87	0.62	0.00	8.26	0.00	0.00
婦人科	0	0	0.00	0.00	9.91	1.58	0.00	5.71	0.00	0.00
リハビリテーション科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	2	0.21	0.45	0.02	0.00	0.00	42.20	0.00	0.20	0.00
麻酔科	21	2.94	18.93	0.74	0.00	0.00	30.14	0.00	0.79	0.00
病理診断科	10	2.22								
臨床検査科	0	0.24								
救急科	16	0	42.23	1.66	3.59	0.57	53.78	5.41	2.64	0.22
歯科	5	3.52	142.15	5.57	0.00	0.00	8.39	0.00	16.68	0.00
緩和ケア科	1	0	0.86	0.03	0.00	0.00	10.58	0.00	0.86	0.00
肝臓内科	3	0.68	171.94	6.74	23.44	3.74	1.69	8.02	46.72	6.37
放射線治療科	4	0	55.54	2.18	0.00	0.00	1.69	0.00	13.88	0.00
腫瘍内科	5	0.2	59.30	2.32	31.14	4.97	1.67	13.79	11.40	5.99
腎臓外科	2	0.1	20.20	0.79	4.88	0.78	2.10	13.60	9.62	2.32
放射線診断科	11	1.25								
臨床工学部	1	0								
医療安全部	1	0								
遺伝診療センター	0	0.1								

I-2-2 年度推移

2022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		2,551.80	2,455.93	2,270.45	103.90	108.17
1日あたり外来初診患者数		140.98	119.17	108.46	118.30	109.87
新患率		5.52	4.85	4.78		
1日あたり入院患者数		626.38	615.35	587.78	101.79	104.69
1日あたり新入院患者数		56.13	54.29	48.12	103.39	112.82