

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3月3日～3月5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. 説明書の標準化を完了させてください (1.1.2)
2. 職員研修の受講率の向上に努めてください (4.3.1)

1. 病院の特色

貴院は1946年に宮城第一病院として開設され、1982年に現在地へ移転して東北厚生年金病院となった。2013年に東北薬科大学病院、2016年には東北医科薬科大学附属病院となり、2019年には新大学病院棟が完成して診療機能が大きく向上し、現在に至っている。大学病院として10年目を迎えるにあたり、現在は特定機能病院指定に向けた準備を進めているところである。若い大学病院としての力と、前身である厚生年金病院から脈々と受け継がれてきた伝統を併せ持つ、魅力ある病院である。

今回の訪問審査においても、随所に伝統と若い力を感じることができた。特に、院は「忠恕」を体現するスタッフの温かさは印象的であった。また、大学病院としての使命を果たすべく、地域に寄り添いながら高度な先進医療を安全・安心に提供するために、病院長のリーダーシップのもと組織全体で取り組んでいることも確認できた。少子高齢化や厳しい経営環境など、大学病院を取り巻く状況は一層厳しさを増している。しかし、若い貴院には大きな伸びしろがあり、卒業生の輩出と相まって、今後さらに発展していくことを確信している。

2. 理念達成に向けた組織運営

院は「忠恕」のもと、基本方針を定め、職員、患者・家族、地域に対して広く周知している。病院長以下、病院執行部の選任は規定に則り行われ、意思決定機関である管理者会議を中心に適切な組織運営がなされている。中長期計画に基づき病院としての行動目標を設定し、ヒアリングや達成度評価を通じて、各部署と病院幹部が双方向の関係を築いている。病院内で発生する情報は医療情報グループにより一

元管理され、有効に利活用されている。各種文書も定められた手順に則り適切に管理されている。

人員確保については積極的に取り組み、必要な人材はおおむね確保されているが、一部の職種についてはさらなる対応が期待される。労働安全衛生管理の状況はおおむね良好であるものの、産業医や衛生管理者による職場巡視の継続が求められる。職員宿舎の借り上げ、保育園の整備など、働きやすい職場環境の整備にも努めている。必要な研修については全職員が確実に受講することが求められる。能力評価は看護職に限らず全職種に対して実施することが期待される。初期研修やキャリアアップへの支援は適切に行われている。学生実習は受け入れ要項を整備し、多職種の学生を多数受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利、小児患者の権利を明文化し、患者・家族、職員に周知している。カルテ開示には手順に則って対応している。説明と同意の方針を明確とし、遵守状況を監査している。説明書は標準化を進めているが、引き続きすべての説明書の標準化が求められる。また、同席者の役割等についてもさらなる整備が望まれる。各種パンフレットや病院公式 YouTube 等も活用し、患者の医療への参加を促している。相談支援センターを設置し、多くの専門家が患者の相談、苦情等に対応している。各種虐待に対してもマニュアルを整備し、円滑な対応を行っている。個人情報の扱いは規定に則り行われおり、カルテから患者情報を抽出する際の手順も今回の審査を機に再整備がなされた。臨床現場で遭遇する倫理的な課題に対しては各部署で、多職種も参加し、カンファレンスを行っている。現場では解決困難な事例は、医療倫理サポートチーム、さらに、臨床委員会に諮る手順を整備し、実績もある。

施設・設備を整備し、利便性を高めつつ、バリアフリーを確保している。清掃は行き届き、療養環境も整えている。病院として受動喫煙対策、禁煙を推進し、職員の喫煙率は年々低下している。

4. 医療の質

多職種からなる病院機能改善検討委員会が、組織横断的な業務改善活動を担い、病院機能評価受審準備だけにとどまらず多くの成果を出している。診療の質の向上に向けた取り組みとして、複数の部署・職種によるカンファレンスに加え、クリニカルパスのバリアンス分析等も行われている。QI については、結果の分析や活用が不十分な状況であったが、今回の指摘を受けて、医療の質可視化プロジェクトのデータを活用し、ベンチマーク結果を周知して実際の改善活動に繋げている事例も確認できた。意見箱や退院時アンケート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んでいる。臨床研究は手順に則り適正に実施しており、高難度新規医療技術および未承認新規医薬品等の導入に際しても手順を整備し、倫理面・安全部面に配慮している。本審査で指摘された実施後のモニタリングの在り方についても改善が確認された。

診療・ケアの管理責任体制は明確であり、診療録・診療記録の多職種による点検

も実施している。略語の扱いも適切な状況である。術後疼痛管理チームなどの呼名される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。

5. 医療安全

医療安全管理部は副院長である医療安全管理責任者が統括している。医療安全監査委員会についても、開催実績が確認できた。マニュアルの整備・改訂は、適時に行っている。インシデントレポートは適切に利活用しており、死亡事例についても、確実に把握・検証している。医療事故発生時の対応も整備している。患者・部位やチューブ類の誤認防止対策は、いずれも手順に則って行っている。術前の部位マーキングは一部の診療科において未実施であったが、今回の指摘を受けて確実に実施するようになった。指示出し・指示受けの手順、画像診断や病理診断報告書の未読防止はシステムとして整備している。医薬品安全管理責任者を中心に医薬品の安全使用に取り組んでいる。病棟在庫薬は今回の指摘を受けて大幅な見直しを行い適正な状況となった。

転倒・転落防止対策は、ワーキンググループを中心に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。院内迅速対応システム（RRS）が稼働し、患者の急変や事前の変化に対応している。BLS 研修については、受講率が低い状況であったが、今回の指摘を受けて、100%の受講率となった。

6. 医療関連感染制御

病院長直属の感染制御部を設置し、部長である専任の医師（ICD）1名と専従の看護師（ICN）2名の他、専任の薬剤師（抗菌化学療法認定薬剤師）、臨床検査技師（感染制御認定微生物検査技師）、ほか多職種を配置している。感染対策委員会、ICT、ASTなど、関連する委員会、チームは適切に機能している。マニュアルの改訂も適時に行っている。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、SSI に係るサーベイランスとともに適切に実施している。他大学や感染対策地域連携病院などからも情報収集し、院内の感染防止対策に活用している。

現場においては、感染マニュアルに基づき、感染防止対策の基本事項を周知・実践している。リンクナースも精力的に活動している。抗菌剤の適正使用については、AST を中心に積極的に取り組んでいる。AST は必要事例には TDM を実施し、多くの症例に積極的に介入し、提案の受託率が 90%を超えるなど質の高い活動を展開している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信には、ホームページ、広報誌、テレビ出演や病院ライン登録などを活用している。地域住民や患者向けの広報誌「かがやき」を年4回、登録医ニュース「メタセコイア」を年3回発行し、院内配布や登録医療機関等に送付している。ホームページでは、外来受診や入院の案内、診療科療科や部門、病院の取り組

みなどの様々な情報を積極的に公表している。

地域の医療機関等との連携は、患者支援・医療連携センターに医療連携室を設置し担当者を配置して、患者紹介、内視鏡や放射線検査等の予約を受けるなどの前方連携に取り組んでいる。紹介元への医師からの返書は、今回の指摘を受けて、定められた期間内に初回返書および退院・転院時返書ともに確実に作成されるようになった。地域に向けた教育・啓発活動として、市民公開講座や医療関係者向けのセミナー・研修会等を多数開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に必要な情報等はホームページ、外来診療案内や院内掲示により案内し、円滑な受診を可能としている。外来では多職種で患者情報の収集・共有を行っている。診断的検査においては、鎮静に関する統一した手順を定めることが望まれる。入院の決定は医学的判断に基づいて行われるが、関連診療科等の助言も得やすい環境にある。医療相談は窓口を相談支援センターに置き、多種多様な相談を必要に応じて、各専門職に繋げている。入院支援室では、多職種が関わり、情報収集とオリエンテーションを行い、円滑な入院に繋げている。

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。注射用抗菌薬投与時の観察手順は今回の指摘により再整備が行われた。輸血の同意書についての指摘も改善が確認できた。周術期・重症患者の管理は適切に行っている。褥瘡対策、栄養管理、症状緩和、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、切迫性や非代替性に関する説明の不足や観察記録の頻度について指摘があったが、再検討が行われ適切な状況となった。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤は医薬品安全管理責任者を中心に適切に管理されている。臨床検査は24時間応需し、パニック値への対応は専従医師がトレイスするなど秀でた機能を発揮している。画像診断も、24時間対応で読影が可能であり、未読対策もなされている。栄養管理はミールラウンドや行事食の提供等を通して、安全で楽しい食事を実践している。リハビリテーション部門は療法士に多職種が関わり、個別性の高い訓練を実施している。診療情報は、規定に基づき適切に一元管理されている。医療機器はすべて一元管理がなされ、各所に配属された臨床工学技士は高い専門性を発揮している。洗浄、滅菌部門は適切な機能を発揮している。

病理診断は質の高い診療がなされ、未読対策も確実になされている。放射線治療は看護師も関わり質の高い医療を展開している。輸血・血液管理機能においては、輸血部以外に設置された血液製剤専用保冷庫の管理についての検討が望まれる。手術・麻酔機能は、常勤麻酔科医のもと、時間外の緊急手術にも応需可能な体制となっている。集中治療機能、救急医療機能ともに多職種が関わり、質の高い医療を展開しているが、救急患者の応需率についてはさらなる向上が望まれる。

10. 組織・施設の管理

病院改革プランに基づき、予算編成・執行を行っている。予算編成は、経営企画グループが策定し、管理者会議、病院運営会議の承認を得て法人理事会で決定される。病院会計準則に沿った会計処理がなされ、法人監事による内部監査と監査法人による外部監査を受けている。医事業務は、レセプト点検に医師が関わり、返戻・査定への対応、施設基準の管理等も適切に行っている。業務委託の選定はプロポーザルなどの方法で決定し、委託業務職員への安全・感染等の研修は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、管理・清掃等も適切に行われている。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、医薬品や診療材料等の購入を委員会で審議し決定している。高額医療機器については固定資産等調達検討分科会で器機選定を計画的に審議し、管理者会議での決定を経て購入している。災害対策・BCP 委員会で自院に関する様々なリスクを特定・評価し、事業継続計画を策定している。各種マニュアルを整備し、医薬品・飲料水・食料品を備蓄している。保安業務は総務グループが主管し、外部委託している。警察OB 職員1名を配置するなど適切な状況である。

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	C
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	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	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	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	B
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 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・安全部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	B
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	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	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	B
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	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	S
3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している	B
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	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	B

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	C
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

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 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 : 東北医科薬科大学病院

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 : 宮城県仙台市宮城野区福室1-12-1

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	554	515	+0	77.7	13.1
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	46	46	+0	65.3	65.7
結核病床					
感染症病床					
総数	600	561	+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		
集中治療管理室 (ICU)	14	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
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		
無菌病室	4	+0
人工透析	27	-14
小児入院医療管理料病床	10	+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 :

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), DPC対象病院(大学病院本院群)

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

医科	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 基幹型	<input checked="" type="checkbox"/> 2) 協力型	<input type="checkbox"/> 3) 協力施設	<input type="checkbox"/> 4) 非該当
歯科	<input type="checkbox"/> 1) 単独型	<input type="checkbox"/> 2) 管理型	<input type="checkbox"/> 3) 協力型	<input type="checkbox"/> 4) 連携型
	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当			<input type="checkbox"/> 5) 研修協力施設

I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無 1) いる 医科 1年目 : 10 人 2年目 : 15 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	<input checked="" type="radio"/> 1) あり	<input type="radio"/> 2) なし	院内LAN	<input checked="" type="radio"/> 1) あり	<input type="radio"/> 2) なし
オーダリングシステム	<input checked="" type="radio"/> 1) あり	<input type="radio"/> 2) なし	PACS	<input checked="" type="radio"/> 1) あり	<input type="radio"/> 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	10	0.37	10.05	1.04	14.93	3.56	18.48	24.83	0.97	1.44
呼吸器内科	10	0.4	28.13	2.91	18.84	4.49	6.19	17.26	2.70	1.81
循環器内科	14	0.36	40.36	4.17	25.87	6.16	12.55	10.60	2.81	1.80
消化器内科（胃腸内科）	23	0.39	92.33	9.55	35.79	8.52	9.60	7.68	3.95	1.53
腎臓内科	22	0.49	53.87	5.57	34.50	8.22	5.81	14.53	2.40	1.53
神経内科	11	0.01	31.03	3.21	20.78	4.95	9.79	21.92	2.82	1.89
糖尿病内科（代謝内科）	9	0	61.76	6.39	7.64	1.82	2.48	16.64	6.86	0.85
皮膚科	4	0.15	40.37	4.17	4.95	1.18	5.39	17.38	9.73	1.19
感染症内科	4	0	14.80	1.53	3.09	0.74	17.99	8.68	3.70	0.77
小児科	7	0.29	32.60	3.37	5.19	1.24	11.02	3.74	4.47	0.71
精神科	7	0	53.38	5.52	30.14	7.18	2.98	79.72	7.63	4.31
呼吸器外科	7	0	22.91	2.37	20.33	4.84	5.96	11.60	3.27	2.90
循環器外科（心臓・血管外科）	9	0.07	10.16	1.05	11.33	2.70	7.25	18.89	1.12	1.25
乳腺外科	2	0	15.37	1.59	3.56	0.85	7.20	10.66	7.69	1.78
消化器外科（胃腸外科）	12	0.03	20.07	2.08	18.68	4.45	5.45	13.11	1.67	1.55
泌尿器科	7	0.2	37.26	3.85	14.11	3.36	5.42	8.32	5.17	1.96
脳神経外科	4	0.09	8.68	0.90	13.65	3.25	14.12	21.02	2.12	3.34
整形外科	9	0	38.81	4.01	38.67	9.21	6.14	26.02	4.31	4.30
形成外科	3	0	12.89	1.33	4.94	1.18	13.31	14.26	4.30	1.65
眼科	7	0.13	64.45	6.66	7.72	1.84	11.74	1.46	9.04	1.08
耳鼻咽喉科	8	0.83	54.55	5.64	12.69	3.02	11.63	6.65	6.18	1.44
産婦人科	6	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
産科	0	0	8.17	0.84	4.82	1.15	8.77	7.71	0.00	0.00
婦人科	0	0	21.44	2.22	4.34	1.03	7.03	6.13	0.00	0.00
リハビリテーション科	2	0.09	3.78	0.39	3.26	0.78	1.63	27.67	1.81	1.56
放射線科	10	1.05	30.93	3.20	0.00	0.00	7.90	0.00	2.80	0.00
麻酔科	6	0.8	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	4	0.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	2	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	7	0.09	18.93	1.96	9.89	2.36	63.51	11.65	2.67	1.39
歯科口腔外科	3	0.46	41.42	4.28	0.00	0.00	33.96	0.00	11.97	0.00
緩和ケア科	4	0	5.74	0.59	5.28	1.26	2.08	21.07	1.44	1.32
腫瘍内科	3	0	19.74	2.04	8.93	2.13	1.04	10.70	6.58	2.98
肝胆脾外科	7	0	6.69	0.69	8.10	1.93	5.10	12.02	0.96	1.16
血液・リウマチ科	11	1.09	66.44	6.87	27.84	6.63	1.51	19.26	5.50	2.30
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
医療情報部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	25									
全体	281	7.76	967.13	100.00	419.90	100.00	9.65	11.67	3.35	1.45

I-2-2 年度推移

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度 2023	2年前 2022	3年前 2021	昨年度 2023	2年前 2022
1日あたり外来患者数	967.13	1,005.44	1,030.38	96.19	97.58
1日あたり外来初診患者数	93.29	95.97	101.10	97.21	94.93
新患率	9.65	9.55	9.81		
1日あたり入院患者数	419.90	423.53	425.33	99.14	99.58
1日あたり新入院患者数	35.98	34.94	35.24	102.98	99.15