# *総括*

## ■　機能種別

主たる機能種別「一般病院２」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 13 日～11 月 14 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２　　認定

## ■　改善要望事項

・機能種別　一般病院２

該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は、1951 年に住之江の地に開設され、1962 年に医療法人に改組し、2014 年には 400 床を有する病院となり、歴史を刻んできた。この間理念に「地域からよろこばれ、信頼される病院をめざします。」と掲げ、4 項目にわたる基本方針に基づき、臨床レベルの向上に努めてきた。急性期医療・救急医療から回復期医療まで幅広い領域で質の高い医療を提供するため、施設やスタッフの充実を図ってきた。大阪府がん診療拠点病院、地域医療支援病院の認可をうけ、手術支援ロボットを導入するとともに、回復リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟を有し地域住民の要求に総合的に応えている。病院運営に関しては、中長期計画のもとに、院長を中心に幹部・職員が一体となり診療に取り組み、患者中心の療養環境の整備と診療機能の充実を図っている。

今回の審査では、院長をはじめとする病院執行部が、多くの職員を巻き込んで取り組んで来た結果を確認できた。引き続き病院機能の充実を図り、ますます発展されることを祈念する。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化しており、見直しや院内外への周知は適切である。院長や幹部職員は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決に取り組んでいる。意思決定会議等の会議や委員会の運営、情報伝達、中長期計画や事業計画の策定、各部門の目標管理体制の整備は適切である。電子カルテを導入し、情報システム管理・運営、安全確保への配慮も適切である。文書を規程に基づき管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理体制を整備し、労働安全衛生管理も適切である。職員満足度調査や意見箱で意見を聴取し職場環境に反映している。

院外教育や研修への参加体制を整備し、全職員を対象にした教育・研修は年度計画を策定して実践している。職員の能力把握・評価を実施し専門的能力向上や資格取得支援体制を適切に整備している。医師や看護師・医療技術職全般の初期研修プログラムも整備している。学生実習を受け入れカリキュラムに沿って実習指導と評価を行っているが、受け入れ時のオリエンテーションは、病院として統一した内容にすることが望まれる。

３．患者中心の医療

患者の権利に関する方針を定め明文化しているが、セカンドオピニオンについても明示が望まれる。説明と同意マニュアルに同意書名を必要とする診療行為、判断能力のない患者への対応を規定している。人生の最終段階における医療ケアの意思決定プログラム（ACP）に関する指針を記載しており、ACP 支援を実施している。
患者相談室や医療福祉相談室で、治療、療養に関する相談、入院前の診療などに関する相談に応じている。虐待防止・虐待対応マニュアルの見直しが望まれる。個人情報保護に関する規程を整備し、運用をしている。日常的に倫理的課題に取り組む体制を整え、多職種で倫理カンファレンスを実施している。臨床現場で患者・家族が抱える日常的な倫理的課題は、各部署で多職種による 4 分割法を用いた倫理カンファレンスを開催し、分析・検討に取り組んでいる。

駐輪場、駐車場など、来院者に配慮した設備が整っている。病室や病棟デイルームは、患者・家族がくつろげるスペースを確保している。全館禁煙、敷地内禁煙の方針について院内掲示、ホームページ、入院案内に掲載し、患者・家族に周知しているが、職員への禁煙指導について、より積極的な取り組みが望まれる。

４．医療の質

TQM 委員会が活発に活動して、病院目標に対する各部門の具体的な取り組みの管理を行って業務の質改善を図るとともに、病院機能評価を繰り返し受審している。DPC データを集約するとともに、QI プロジェクトや医療の質可視化プロジェクトなどにも参加している。意見・クレームの収集としてご意見箱、ご意見メール、退院時アンケートを活用している。手術支援ロボットの円滑な導入という実績がある。新規技術導入時の仕組みの整備が望まれる。

病棟、外来、各診療科における診療・ケアの責任体制を明確にし、各部署に責任者を掲示している。多職種によるカンファレンスの定期的な開催により、患者の問題点の把握や今後の方針を検討し、日々のケアに活かしている。

５．医療安全

院長直轄に多職種で構成する医療安全管理室を設置している。病院の方針を医療安全管理マニュアルにまとめ、各医療安全関連会議を通じて医療安全対策向上に取

り組んでいる。インシデント報告を収集し重大な事例には医療安全管理室が積極的に関与し現場での活動を支援している。医療事故発生時の対応手順は医療安全管理マニュアルに定め、医療事故対策委員会にて事故概要の報告、対応、原因調査、再発防止策を検討する体制がある。

患者確認ではフルネームでの名乗りを基本にし、リストバンドでの照合も併用している。手術ではマーキング、タイムアウトをルールに沿って実施している。指示出し、指示の変更・中止、指示受けが確実に行われ、口頭指示手順も周知・徹底されている。薬剤使用時の取り決めやハイリスク薬の管理、禁忌薬剤のオーダー防止などのリスク管理を徹底している。転倒のリスク評価を行い、結果を患者・家族に説明している。多職種で転倒・転落予防に関するチームを結成し、継続的な活動に取り組んでいる。計画的に医療機器研修を実施し、各医療機器のマニュアルをイントラネットに整備している。院内緊急コールを設定し、教育研修センターが中心となって BLS 研修、ICLS 研修を実施している。救急カートは管理方法の見直しが望まれる。

６．医療関連感染制御

感染制御室が院長直属組織として位置づけられ、専従の ICN を中心として活動している。多職種で構成された院内感染予防対策委員会では感染制御室が収集した感染情報を基に、院内感染防止対策・抗菌薬に関する事項などを討議している。感染制御室は ICT・AST のラウンドで病棟のリンクナースと協力して院内感染情報の拾い上げを行っている。SSI、CABSI、CAUTI のサーベイランス、薬剤耐性菌の発生に加え JANIS、J-SIPHE に参加して院内感染の発生状況の把握に努め、現場への周知を行っている。

手指消毒の実態調査を行い関連会議で報告する他、携帯型手指消毒液を導入するなど手指消毒の実施率向上のための活動を行っている。抗菌薬の採用と中止は感染制御室と薬剤部で協議し、薬事委員会で検討している。カルバペネム系薬剤と抗 MRSA 薬は届出制で、濫用や耐性菌発生の予防をしている。抗緑膿菌薬使用や、感染源・起炎菌の特定も AST が主治医を支援している。また、抗菌薬投与における相談用 PHS を薬剤師が携帯し、適切な抗菌薬使用を提案している。

７．地域への情報発信と連携

広報誌の発行、ホームページ、SNS を中心に地域住民・患者に対し、活動の周知を行っている。ホームページのトップページに「広報活動」のページがあり、広報誌の他、病院年報、医学雑誌、公開医療講座・患者会の案内などを掲載している。2025 年 4 月に地域医療支援病院の認定を受け、地域医療従事者の資質の向上を図るための研修会を行っている。地域における連携課題の把握や課題への解決策について、より積極的な活動を行うことが望まれる。地域住民に対し公開医療講座を開催している。糖尿病患者会「かがやき会」、乳がん患者サロン「輝く会」、減量患者会「すまいる会」の患者会の活動も行っている。がん教育講師派遣登録にて大阪府内の中学校に講師を派遣している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な病院案内やアクセス情報などをホームページ、院内掲示で案内をしている。外来診療は個人情報保護に留意しつつ、他診療科との連携も含め円滑に診療が進むように工夫している。多職種で患者の病状や全身状態を評価し、患者・家族の要望を盛り込んだ入院診療計画を作成して必要に応じて修正している。患者・家族の相談機能は日常的に機能している。患者の予定入院と緊急入院に対し、入院生活の注意事項などを詳細に説明している。

主治医不在時の代診を確保し、定期的な総回診などで情報共有と若手医師の指導を行っている。各種リスクの評価を実施し結果に基づいて実践している。専門看護師や認定看護師が横断的に活動し実践ケアの質向上につなげている。投薬・注射に関する説明・同意は医師を通して適切に行っている。抗菌薬初回投与時の観察記録の徹底を望みたい。輸血・血液製剤の投与は、マニュアルに基づく適応の判断や観察を確実に実施している。周術期の対応として術前術後の訪問の他、術後の疼痛対策にも力を入れている。HCU と各病棟の重傷者用病室を利用して重症者の管理を行っている。全患者に褥瘡のリスク評価を行い、褥瘡発生患者には褥瘡対策チームによる回診を毎週実施している。全入院患者に対し、管理栄養士が栄養スクリーニングを実施し、総合的に評価に基づき、栄養管理計画書を作成している。NRS による疼痛・呼吸困難の把握と評価を実施している。医療安全管理マニュアルに身体拘束最小化の指針を規定し、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束をしないように対応している。退院支援チームや訪問看護師、ケアマネジャーが参加して、入院直後から退院前カンファレンスを実施している。退院後の継続療養に関して患者・家族の意向を踏まえ、在宅療養、施設入所、転院に対し、各担当者と情報共有している。ターミナルステージの方針については患者自身の希望を基本とし、多職種で話し合って検討している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤は病棟、薬剤部にて適切に管理され、後発医薬品の使用にも積極的である。広範囲の検査を高い精度で実施しており、緊急対応が必要な結果は確実に医師に伝える仕組みもある。24 時間体制で画像撮影に対応しており、読影結果の未読対策もとっている。選択メニュー、行事食の実施、嗜好調査も実施している。365 日体制でのリハビリテーションを行っており、療法士は各種カンファレンス参加を通じて患者情報の収集を行い、病棟スタッフとの円滑な連携を図っている。診療情報管理士業務指針に基づき、診療録管理やコーディング業務、がん登録業務を実施している。臨床工学科で院内の医療機器を一元管理し、計画的に保守・点検を実施している。中央材料室では各種インディケーターを使用し結果確認をしてから払い出しを行っている。

常勤の病理医がおり、診断結果の確実な伝達にも取り組んでいる。輸血業務は臨床検査科が担当し、輸血療法委員会活動の実績もあって廃棄率の低減を図っている。すべての全身麻酔、腰椎麻酔を麻酔科管理で行っており、緊急手術に対応している。HCU があり、主治医と麻酔科医が協力して術後の管理や心不全、呼吸不全な

どの重症患者の管理を行っている。診療科の関係で対応できない疾患もあるが、積極的に救急患者を受け入れている。

１０．組織・施設の管理

予算編成は毎年の収支状況を勘案して作成をしている。病院経営に関する各種データの分析結果のより積極的な活用が望まれる。返戻・査定は医事課内の外来および入院担当により情報共有を行っており、施設基準は、施設基準管理士が管理している。各業務委託は日報などを通して報告され、業務委託業務の確認を行っている。

病院の役割・機能に応じた施設・設備を整備しており、日常点検・保守管理は計画的に実施している。病院の物品管理について、医薬品は薬事委員会、医療消耗品は医療材料評価検討委員会、高額医療機器は経営改善委員会で審議している。物品の在庫管理はSPD業務委託により受発注や在庫管理をしている。

災害時の対応は、災害対策マニュアルや事業継続計画を整備し、防火訓練や事業継続計画にもとづく訓練を実施している。また、災害時を想定した食料・水の備蓄も行っており災害発生の対応は適切である。保安業務は、定期巡視や防犯カメラによる監視などを実施しており、緊急時の連絡、応援体制を明確にしている。

# 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 | 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | B |

# 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | A |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | 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 | B |
| 4.4 | 経営管理 | |
| 4.4.1 | 財務・経営管理を適切に行っている | B |
| 4.4.2 | 医事業務を適切に行っている | B |
| 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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 年 7 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 社会医療法人景岳会 南大阪病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 大阪府大阪市住之江区東加賀屋1-18-18

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 | 400 | 400 | +0 | 67.6 | 17 |
| 療養病床 | | | | | |
| 医療保険適用 | | | | | |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 400 | 400 | +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 | 4 | +4 |
| 集中治療管理室 (ICU) | | |
| 冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU) | | |
| ハイケアユニット(HCU) | 8 | +0 |
| 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 | | |
| 人工透析 | 38 | +0 |
| 小児入院医療管理料病床 | | |
| 回復期リハビリテーション病床 | 42 | +0 |
| 地域包括ケア病床 | 48 | +0 |
| 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 ：

地域医療支援病院,DPC対象病院(DPC標準病院群)

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： 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 | 3 | 0.5 | 89.20 | 19.08 | 46.18 | 17.02 | 8.95 | 16.67 | 25.49 | 13.20 |
| 呼吸器内科 | 1 | 0.1 | | | 3.02 | 1.11 | | 8.54 | | 2.74 |
| 循環器内科 | 6 | 0.3 | 44.03 | 9.42 | 15.13 | 5.58 | 2.71 | 12.61 | 6.99 | 2.40 |
| 消化器内科（胃腸内科） | 9 | 0.2 | 76.08 | 16.27 | 25.44 | 9.38 | 15.47 | 7.78 | 8.27 | 2.77 |
| 腎臓内科 | 0 | 0.1 | | | | | | | | |
| 神経内科 | 0 | 0.2 | | | | | | | | |
| 糖尿病内科（代謝内科） | 6 | 0.3 | | | | | | | | |
| 皮膚科 | 1 | 0.4 | 20.67 | 4.42 | 0.04 | 0.02 | 9.83 | 10.00 | 14.76 | 0.03 |
| リウマチ科 | 0 | 0.2 | | | | | | | | |
| 心療内科 | 0 | 0.1 | | | | | | | | |
| 外科 | 9 | 0.2 | 38.18 | 8.17 | 39.82 | 14.68 | 6.35 | 14.07 | 4.15 | 4.33 |
| 呼吸器外科 | 1 | 0.5 | 4.97 | 1.06 | 6.42 | 2.37 | 5.49 | 18.46 | 3.32 | 4.28 |
| 循環器外科(心臓・血管外科) | 0 | 0.1 | | | | | | | | |
| 乳腺外科 | 2 | 0.4 | 16.18 | 3.46 | 3.11 | 1.15 | 9.87 | 9.46 | 6.74 | 1.30 |
| 泌尿器科 | 4 | 0.2 | 33.77 | 7.22 | 10.49 | 3.87 | 6.82 | 8.36 | 8.04 | 2.50 |
| 整形外科 | 5 | 0.5 | 53.75 | 11.50 | 37.99 | 14.00 | 14.21 | 27.08 | 9.77 | 6.91 |
| 形成外科 | 2 | 0 | 16.05 | 3.43 | 7.91 | 2.92 | 8.06 | 18.81 | 8.03 | 3.95 |
| 眼科 | 1 | 0.8 | 26.63 | 5.70 | 0.78 | 0.29 | 4.28 | 0.93 | 14.80 | 0.43 |
| 耳鼻咽喉科 | 1 | 0.3 | 15.95 | 3.41 | 0.61 | 0.23 | 13.36 | 5.15 | 12.27 | 0.47 |
| リハビリテーション科 | 0 | 0.6 | 0.45 | 0.10 | | | 0.00 | | 0.76 | |
| 放射線科 | 2 | 0.3 | | | | | | | | |
| 麻酔科 | 4 | 0.9 | | | | | | | | |
| 病理診断科 | 1 | 0.2 | | | | | | | | |
| 臨床検査科 | 1 | 0 | | | | | | | | |
| 地域包括ケア病棟 | 2 | 0 | 0.00 | 0.00 | 37.21 | 13.72 | 0.00 | 64.83 | 0.00 | 18.60 |
| 回復期リハビリテーション病棟 | 2 | 0 | 0.00 | 0.00 | 37.11 | 13.68 | 0.00 | 134.12 | 0.00 | 18.56 |
| 総合内科 | 0 | 0.3 | 1.93 | 0.41 | 0.00 | 0.00 | 38.23 | 0.00 | 6.43 | 0.00 |
| 人工透析内科 | 0 | 0 | 29.68 | 6.35 | | | 0.00 | | 0.00 | |
| 研修医 | | | | | | | | | | |
| 全体 | 63 | 7.7 | 467.52 | 100.00 | 271.28 | 100.00 | 9.09 | 16.96 | 6.61 | 3.84 |

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) | 2024 | 2023 | 2022 | 2024 | 2023 |
| 1日あたり外来患者数 | 467.52 | 487.10 | 505.38 | 95.98 | 96.38 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 42.51 | 43.44 | 47.67 | 97.86 | 91.13 |
| 新患率 | 9.09 | 8.92 | 9.43 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 271.28 | 272.98 | 276.52 | 99.38 | 98.72 |
| 1日あたり新入院患者数 | 16.03 | 16.19 | 15.99 | 99.01 | 101.25 |