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２月５日～２月６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、1906 年、診療所を開設したことに始まり、法人の理念として『慈仁（いつくしみの心で、すべての命に平等に向きあう）』を掲げ、人への思いやりを大切にし、すべての患者さんを分け隔てなく受け入れ、その人らしさを尊重する姿勢で地域住民とともに百年を超える歩みを続けられ、2025 年には隣地に回復期リハビリテーション病棟を有する病院を開設し、急性期から在宅まで一体となった切れ目のない効率的な医療を提供している。「地域を支え、地域に支えられる」病院として、京都南部の医療を支える中核医療機関としての役割を果たし、24 時間 365 日体制の救急医療をはじめ、がん・循環器・脳神経・整形外科など幅広い領域で専門的治療を提供し、地域のかかりつけ医や介護福祉施設、行政との連携を通じて、患者さん一人ひとりの生活背景に寄り添った医療・介護体制の構築を進めている。

今回の受審にあたり、院長を中心にそれぞれの部署の職員が現状の課題を十分に認識され、その解決に真剣に向き合っておられた。患者・家族に向けて「もっとも信頼される医療機関」として努め、院内においても部門部署間が連携・協働してチーム医療を実践されていた。今後も病院の役割・機能をさらに発揮され、地域社会と共に歩む医療機関として信頼され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

理念や基本方針、病院憲章を定め、職員および利用者へ周知している。病院運営に関する意思決定の審議は毎月開催の幹部会議で行い、運営企画会議で審議事項の最終決定を行っている。中期計画で将来構想を策定し計画に沿った年度事業計画を作成計画の実行評価は戦略企画部で月次評価を行っている。文書処理規程に則り、

病院として必要な文書を定義し、発信から廃棄までの仕組みを明文化している。
職員の採用は人事部が各部門のヒアリングを行い、業務量分析や各種データを基に採用計画を立て、幹部会議、法人事業部調整会議を経て人員募集を行う仕組みである。昇任・昇格、賞与支給については、各部署において半期ごとに評価を行い人事委員会の承認を以て実施している。労働安全衛生委員会を毎月開催し職場巡視や健康支援、労働災害状況の把握と対策、安全衛生教育の管理が行われている。職員からの意見や要望については、人事評価の定期面接および職員満足度調査により病院幹部が把握している。
スキルアップセンターを新設し、医療職が安全に技術を習得できる仕組みがあり、さらに在宅療養を支える家族に対しての介助技術支援にも開放されている点は高く評価できる。基幹型臨床研修病院および卒後臨床研修評価機構（JCEP）認定病院であり、臨床研修医が在籍している。

３．患者中心の医療
患者さんの権利と義務が明文化され、病院憲章を職員の行動規範としている。カルテ開示、セカンドオピニオンへの対応を行い患者の権利擁護に努めている。患者への説明と同意の取得に関する方針、基準・手順は実施要項に定められており、電子カルテから出力して説明し同意を得ている。患者が主体的に医療に参画するように「患者さんの責務」を明示し、患者参加による安全確保の確認が行われている。患者相談室を新設しており、患者・家族の多様な相談に対応し専門職と連携した支援体制を整備している。個人情報保護体制が整備されており適切に管理されている。宗教的輸血拒否、終末期医療等、臨床における主要な倫理的課題に対する病院の方針をガイドラインに明文化している。現場での解決困難な事例は委員会で継続して審議され、現場にフィードバックし患者の意思決定支援に向けて継続的に取り組んでいる。患者・家族の抱えている倫理的課題は、日常的な診療・ケアで把握されている。
来院時は介護車両なども玄関昇降できるように配慮されており、療養環境についても安全性・利便性・快適性を確保している。病室は、診療・ケアに必要なスペースが確保され、病棟の通路、器材庫、リネン庫など整理・整頓され、プライシーへの配慮も図られている。

４．医療の質
業務改善活動に病院として院長がリーダシップを取り方針を示している。法令に基づく立入検査にも適切に対応している。外部評価も受審し、業務・環境改善委員会と共に医療 DX 事業を用いて労務環境の改善に努めている。全死亡症例スクリーニングと全職種が参加する M&M カンファレンスが開催されている。CPC（臨床病理検討会）、診療科合同カンファレンスを実施している。「みなさまの声」や患者相談室などから意見や要望を収集して、患者サポートカンファレンスなどで課題対策の検討をするなど、継続的な改善活動に取り組んでいる。新たな治療方法や技術導入時の安全性と倫理的課題の検討に際して、新規医療技術導入評価委員会を設置し

て、各診療科からの審議内容を検討している。
主治医不在時や看護管理者不在時の対応も明確にして、職員に周知している。診療録は診療録記載の指針の準じて必要な情報を記載している。診療録の質的点検は、点検冊数と点検項目内容、フィードバックが適切に実施されている。医師、看護師、療法士、薬剤師、管理栄養士、社会福祉士などの多職種によるカンファレンスが積極的に開催されている。カンファレンスで検討された内容は、適宜記録され情報共有し、専門性の高いケアの維持向上に成果を上げている。

５．医療安全
医療安全管理室は院長のもとにあり、医療安全管理責任者らを配置し権限や役割を明確にしている。委員会等を定期的に開催しインシデントや再発予防策を共有する体制がある。全死亡症例を検証しカンファレンスを行っている。医療事故発生時は、院長が臨時の院内事故調査会議を設置し原因分析や再発防止策を検討するなど、適切に対処している。
病棟に加え外来化学療法室でも、リストバンドを用いて照合している。医師の指示出しおよび看護師の指示受けと実施状況の確認は電子カルテ上で行われている。口頭指示はマニュアルに定められた手順で実施しており、速やかにカルテ記載されている。病棟に配置薬剤はなく、病棟在庫異常時 BOX を用いて、毎朝、薬剤師が病棟に配置している。全患者に転倒転落リスク評価を行い、複数の職種で予防につとめている。患者にリスクと予防方法を説明し理解と協力を得ている。転倒転落が発生した場合の対応手順を定めている。医療機器の使用について繰り返し学習できるよう整備している。臨床工学技士は ICU に常駐し、一般病棟で人工呼吸器を装着している患者を巡回している。認定看護師が RRT（院内迅速対応チーム）コールに対応し、早期警告スコア（NEWS）を用いて高リスクの患者を抽出、巡回し重篤化を防いでいる。

６．医療関連感染制御
院長直轄で感染対策管理室を設置し、専従 ICN（感染管理認定看護師）と感染症専門医を含む担当が感染対策を推進している。ICC は月 1 回、ICT は週 1 回ラウンドを行い、リンクチームが報告書を作成し、感染防止対策委員会に報告している。感染症発生時の情報伝達は ICT だよりや院内掲示板システムで周知されている。アウトブレイクの対応はマニュアルの対応フローに整備されている。近隣施設と感染連携カンファレンスを行い、情報共有と対策が検討され、地域連携相互ラウンドを行っている。
ICT は各部署や検査室と連携し耐性菌の把握や問題点の分析を行い、アウトブレイク対応やアンチバイオグラム作成、近隣施設との情報共有をしている。ICT メンバーは、各部署をラウンドし適切な手洗いを指導している。また ICT では、感染経路別予防策を徹底するため、個人防護具を速やかに使用できるよう廊下に設置し、ピクトグラムを使い職員の誰もが認識できる工夫をしている。抗菌薬は薬事審議会で採用・中止を決定し、実践的抗菌薬適正使用マニュアルに基づき投与状況や血中

濃度を把握、AST（感染制御チーム）ラウンドで全館確認し医師に助言・変更を行う体制が整っている。

７．地域への情報発信と連携

理念や基本方針、医療機能、診療実績、各診療科の特徴や診療体制を、ホームページや年報等を通じて公表している。病院広報誌「Step Up」を発行するほか、「地域連携だより」など複数の広報媒体を活用し、地域住民や医療関係者に対して分かりやすい情報提供を行っている。年報については、診療科ごとに診療内容、診療疾患、研究内容等を整理し毎年配信している。地域医療連携では、入退院センターと連携し、地域医療連携室を前方連携、患者支援課を後方連携の窓口として、紹介患者の診療予約や逆紹介など施設間連携を実施している。2025 年 4 月に関連施設として開院した「くみやま岡本病院」は、回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病床を有しており、急性期から在宅復帰まで切れ目のない医療提供体制を可能としている。地域医療関連施設に対しては定期的な渉外活動を行い、医療ニーズの把握に努めている。緊急性の高い患者について、救急部門と連動した救急救命士による迅速な搬送体制を整備している。さらに、病診連携登録医制度や症例検討会、勉強会等を通じて、顔の見える連携体制を構築し、地域医療の質向上に取り組んでいる。患者や地域住民、医療機関向けて医療に関する教育・啓発活動を積極的に展開している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

外来は一般外来、救急外来、外来治療センター等で診療を行っている。侵襲のある検査では、鎮静剤や造影剤の使用リスクについて説明し同意が得られている。患者が安心して入院・治療ができるように設置された入退院センター、地域連携室・がん相談支援センター等では、多種多様な相談に対応している。

各診療科が多職種で種々の病棟カンファレンスを行い、電子カルテ上で情報共有が行われている。定期的に目的別の多職種カンファレンスを行い情報共有やケアの検討をしている。病棟薬剤師が配置され、薬歴管理と服薬指導を実施し、服薬の変更・中止指示に基づき薬剤師が確認している。血液製剤投与はマニュアルに則り、説明と同意を得て投与手順を順守して安全に投与している。手術適応の判断について術前カンファレンスで検討し、外科医と麻酔科医による説明と同意の取得が行われている。ICU、HCU では患者の重症度に応じて重症患者管理が行われている。心臓血管外科術後、心・大血管カテーテル手術後、循環器科重症患者では各専門医と集中治療医で周術期管理を適切に行っている。全患者に栄養スクリーニングを行い、評価に応じて栄養管理計画書を立案している。各科主治医の指示により、リハビリテーション科医が全例で病態に応じた処方を行い急性期より介入している。身体的拘束最小化マニュアルが作成され、身体的拘束基準と実施手順・方法が明文化されている。ACP の手順があり支援をしている。終末期ガイドラインに終末期の判断基準を明記し多職種で評価している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師を各病棟へ配置し当直体制を整備している。処方・調剤鑑査や疑義照会を実施・記録している。臨床検査機能は24時間体制であり、パニック値は医師へ確実に報告する仕組みがある。放射線科は体制を確立し、画像診断を行い、当直体制で対応し、異常所見は直ちに医師に連絡する体制を構築している。栄養管理科は患者満足度向上と安全な食事提供に努めている。リハビリテーションは療法士体制を確立し、急性期から回復期まで対応している。診療情報管理室は、診療録のID管理や点検・コーディングなどを中心に情報管理を行っている。臨床工学技士は当直者を置き24時間常に対応が可能である。常勤の病理専門医と細胞検査士が配置され、部門システムを導入して検体取り違えを防ぎ、組織診、細胞診、剖検等を実施している。放射線治療センターは常勤放射線治療医、診療放射線技師、がん放射線療認定看護師を配置し、治療計画から放射線治療実施までの体制を確立している。常勤輸血業務管理医師を配置して、輸血用血液製剤担当責任者のもとで、24時間体制の交差試験、輸血払い出しの対応を行っている。麻酔科常勤医を配置し、定時手術のスケジュール管理を適切に行い、手術室入室時確認など周術期の患者安全管理に配慮している。ICUおよびHCUでは患者重症度に応じた医療・看護が24時間体制で提供されている。救急科専従医2名、救急認定看護師、救急救命士を配置して、地域の救急患者を365日24時間受入れる充実した体制を構築し、緊急入院への対応および救急応需率の99%以上維持に貢献している。

１０．組織・施設の管理

病院幹部が主体となり、事業計画の作成から収支分析や進捗管理まで関与し、外部監査も活用するなど、財務経営管理を適切に行っている。医事課は窓口収納や診療報酬請求、返戻・再審査・査定対応を行い、施設基準点検や未収金回収にも適切に対応している。総務部庶務課が、契約管理や教育研修、定例確認、事故対応体制の整備を行い、効果的かつ安全な業務委託の運営を徹底している。

施設・設備の管理は、24時間監視体制の防災センターを設置、法人事業部の総務部が所管し保守計画に基づき日常点検と保守管理を行っている。医薬品や診療材料は委員会で採用の可否を検討し、SPDによる発注・在庫管理を行っている。高額医療機器は事業計画と優先度評価に基づき、医療機器システム選定委員会が購入を決定している。

京都府災害拠点病院であり、事業継続計画を整備し、災害訓練を年1回実施している。耐震構造、自家発電装置の整備、災害時の患者および職員用飲水・食料備蓄等、ヘリポート設置など、災害拠点病院の要件を十分に満たしている。警察OBである保安係を雇用し、24時間体制の警備体制を整備している。院内での暴言・暴力等が発生した場合は「ホワイトコール」を発信し、保安係が現場に急行対応する体制を整備している。

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	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	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	A
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	B
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	B
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	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	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	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	B
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	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	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	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	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	S
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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 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 ： 社会医療法人岡本病院（財団） 京都岡本記念病院

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 ： 京都府久世郡久御山町佐山西ノ口100

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	419	419	+0	92.2	13.7
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	419	419	+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	12	+0
集中治療管理室（ICU）	8	+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)	9	+3
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	30	+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	28	-31
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 ：

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(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： 15 人 2年目： 7 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

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	1	0.03	19.15	3.36	0.39	0.09	52.49	4.21	18.60	0.38
呼吸器内科	2	0.52	16.57	2.90	0.01	0.00	6.80	0.00	6.57	0.00
循環器内科	6	0.29	43.65	7.65	53.88	12.91	5.33	12.97	6.94	8.57
消化器内科（胃腸内科）	7	1.34	42.68	7.48	36.63	8.78	10.70	10.09	5.12	4.39
腎臓内科	4	0	60.90	10.67	12.33	2.96	1.29	12.44	15.23	3.08
神経内科	6	0.3	23.71	4.16	34.56	8.28	10.83	18.72	3.76	5.49
糖尿病内科（代謝内科）	4	0.18	21.87	3.83	12.40	2.97	3.09	16.46	5.23	2.97
血液内科	0	0.43	4.65	0.81	0.00	0.00	2.64	0.00	10.81	0.00
皮膚科	0	0.71	19.71	3.45	0.00	0.00	9.63	0.00	27.76	0.00
リウマチ科			3.92	0.69	0.00	0.00	5.05	0.00		
感染症内科	1	0	0.13	0.02	0.00	0.00	20.51	0.00	0.13	0.00
小児科	3	0	4.40	0.77	0.10	0.02	12.26	3.89	1.47	0.03
精神科	2	0.79	4.74	0.83	0.00	0.00	3.60	0.00	1.70	0.00
外科	5	2.62	10.13	1.78	0.23	0.06	71.77	3.95	1.33	0.03
呼吸器外科	3	0.1	10.60	1.86	14.27	3.42	3.93	12.11	3.42	4.60
循環器外科(心臓・血管外科)	4	0	7.44	1.30	11.67	2.80	4.68	21.25	1.86	2.92
乳腺外科	3	0	16.89	2.96	1.89	0.45	5.38	6.91	5.63	0.63
消化器外科(胃腸外科)	6	0.06	22.14	3.88	33.39	8.00	3.59	12.96	3.65	5.51
泌尿器科	3	0.21	26.17	4.59	20.51	4.92	5.88	11.33	8.15	6.39
脳神経外科	8	0.23	21.14	3.70	55.31	13.26	5.07	25.02	2.57	6.72
整形外科	6	0.44	35.45	6.21	40.27	9.65	10.36	20.07	5.51	6.25
形成外科	0	0.36	4.37	0.77	0.01	0.00	9.06	4.00	12.14	0.02
眼科	4	0.1	28.88	5.06	7.93	1.90	6.62	4.41	7.04	1.93
耳鼻咽喉科	2	0.35	17.28	3.03	4.82	1.16	14.68	6.42	7.35	2.05
産婦人科	4	2.28	19.59	3.43	4.31	1.03	9.71	6.04	3.12	0.69
リハビリテーション科	3	1.93	30.56	5.36	47.87	11.47	0.44	130.39	6.20	9.71
放射線科	3	0.54	6.84	1.20	0.00	0.00	68.83	0.00	1.93	0.00
麻酔科	8	0.62	4.79	0.84	0.00	0.00	2.78	0.00	0.56	0.00
病理診断科	2	0.37	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	1	0								
救急科										
歯科口腔外科	2	0.14	26.98	4.73	0.93	0.22	8.31	2.93	12.61	0.44
緩和ケア科	1	0.09	0.68	0.12	0.28	0.07	2.51	33.67	0.62	0.25
総合診療科	4	0.51	10.14	1.78	23.25	5.57	22.64	18.45	2.25	5.16
放射線治療科	1	0.21	4.37	0.77	0.00	0.00	4.45	0.00	3.61	0.00
特定集中治療室	2	0								
研修医	22	0								
全体	133	15.75	570.51	100.00	417.24	100.00	10.09	15.24	3.84	2.81

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	570.51	568.07	575.02	100.43	98.79
1日あたり外来初診患者数	57.55	53.70	68.35	107.17	78.57
新患率	10.09	9.45	11.89		
1日あたり入院患者数	417.24	385.34	362.27	108.28	106.37
1日あたり新入院患者数	27.36	27.14	25.40	100.81	106.85