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1月19日～1月20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、1915年に設立され、1923年から日本赤十字社北海道支部病院として、北海道道北地域の救急医療および高度医療を実践してきた。その後、増床・改築を行い、地域基幹病院として現在も重要な役割を担っている。旭川を含めた道北三次医療圏のセンター病院として、広範囲な医療圏をカバーし、救急医療、急性期病院の中心を担うとともに、情報通信技術（ICT）を用いた医療機関相互の広域医療ネットワークを形成し、医療連携を通じて地域患者の健康を維持する努力を行っている。急性期病院として「断らない救急医療」という方針の下に、ドクターヘリを稼働し、幅広い救急の受け入れを行っている。脳血管障害に対する救急体制において、患者搬送から速やかに血管内治療が行える体制を整備するなど、地域において必要不可欠な病院となっている。また、基幹病院として高度先進医療を担うとともに医師臨床研修病院として、教育・研修機能を持ち、教育的なカンファレンスを数多く行っており、多くの医師を養成している。

今回、病院機能評価更新審査の結果、多くの項目で適切な医療機能を発揮しているとの評価を受けている。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

病院運営の基本として、基本理念を掲げ、これに沿った７つの基本方針を設定している。院長並びに四役には、長期計画や人事などの病院運営に必要な権限が与えられている。年度計画は、課題やリスク、現場の要望を把握し、長期計画との整合性を踏まえて策定している。情報システム課とデジタル推進室では、業務の自動化

を行い、業務品質の向上を図っている。文書管理は、「日本赤十字社文書取扱規程」に基づいて実施している。

病院は医療法および診療報酬施設基準で定められた必要人員を確保している。人事・労務管理は職員課が担当し、就業規則や給与などの各種規程を整備している。衛生管理委員会では、職場環境、職員の健康管理について確認し検討している。職員の意見・要望は、多様な手法で聴取し、環境整備と福利厚生の充実を図っている。

職員の教育・研修は、教育研修センターが一元管理し、年間実施計画に基づいて運用している。職員の能力評価は勤務評定制度に基づき、職階ごとの役割を明確化した評価体系となっている。新人研修は、各職種で実習期間を定め、担当指導者が評価基準に基づき実施している。各職種で学生実習を受け入れ、依頼元のカリキュラムに沿った実習を行っている。

３．患者中心の医療

患者の権利は「患者さんの権利」として 6 項目に整理し、平易な言葉で明文化したうえで、院内掲示やホームページ、入院案内などを通じて周知している。診療録は全例開示を基本方針としている。説明と同意については方針・基準・手順を定め、説明時の看護師同席基準も明確にしている。説明・同意文書はリスクマネジメント委員会の承認を得て作成されている。疾患や治療に関するパンフレットを外来や相談支援面談室等に配置し、面談時には患者用クリニカルパスや入院のしおりを用いて、患者・家族に分かりやすい情報提供を行っている。患者支援体制として、看護師や社会福祉士等が速やかに相談に対応しているほか、虐待等への対応マニュアルを整備し、対応方針と手順を明確にしている。個人情報保護に関する運用規程を整え、法改正にも適宜対応している。診療情報の外部持ち出しに関しては、情報システム課が一元管理を行う運用である。倫理的課題については倫理委員会で方針を定め、倫理コンサルテーションチームが現場を支援している。

バリアフリーや案内体制の整備、売店やカフェの設置、病棟設備の充実などにより、患者の安全性と生活の利便性に配慮している。面会は感染対策上の制限はあるものの短時間で可能としており、敷地内禁煙の方針も明確に示し、入院案内や掲示等で周知している。

４．医療の質

部門横断的な質改善活動においては、総合品質管理（TQM）委員会が中心的な役割を担い、各種臨床指標の収集・分析を通じて継続的な医療の質向上に取り組んでいる。加えて、医療の質管理室が診断レポートの見逃し防止、検査異常値への対応状況の確認、肝炎ウイルス未治療者への治療勧奨などを行っており、病院全体の質改善に向けた実効性の高い取り組みが認められる。医療 DX の導入も積極的に進められている。これらの質改善に関する取り組みは秀逸であり、高く評価できる。各診療科では毎週、多職種が参加する症例検討会を開催し、診療上必要な各種ガイド

ラインは医局内で閲覧可能としている。さらに、提案箱の活用や入院患者アンケート、患者満足度調査を実施し、患者・家族の意見を多角的に収集して医療サービスの改善に反映している。新たな診療・治療方法の導入に際しては、より安全性を担保したが望まれる。

診療責任者は正面玄関や外来、ホームページ等で明示され、病棟においても多職種の責任者名を掲示している。電子カルテを用いた記録は適時に行われ、退院時サマリーは2週間以内完成率100%を維持している。栄養サポートチーム（NST）や緩和ケアチーム等、多様な医療チームが組織横断的に活動している。

５．医療安全

医療安全の確保に向けては、リスクマネジメント委員会と院長直属の医療安全推進室が中心となり、組織的な安全管理体制を構築している。インシデント・アクシデント報告は医療安全管理者が速やかに確認し、原因分析や再発防止策の検討・立案を行っている。医療事故発生時の対応については、「医療事故発生時対応マニュアル」および報告手順を整備し、平日昼間と夜間・休日で対応フローを分けて明示することで、迅速かつ適切な対応が可能な体制となっている。

患者誤認防止対策としては、二つ以上の識別情報による患者確認や手術部位のマーキングを実施している。指示の出し方・受け方についてはマニュアルに基づき、医師が電子カルテのオーダリングシステムを用いて指示を出し、各部門が確実に実施している。薬剤安全対策として、全職員を対象とした医療安全研修で「取り扱い注意薬剤」の周知に加え、オーダー入力時のアラート機能により投与時のリスク低減を図っている。転倒・転落防止については、入院時にリスク評価を行い、高リスク患者には個別計画を立案して対策を講じている。医療機器の安全使用に関しては、使用ルールや点検表に基づく確認を徹底するとともに、地域医療機関に対しても教育を行っており、医療機器の安全使用のための取り組みは高く評価できる。さらに、院内救急コードを設定し、全職員を対象としたBLS研修や部署別シミュレーションを定期的に実施している。

６．医療関連感染制御

組織横断的に活動する感染管理室が病院長直属の部門として設置され、感染管理室の権限は院内感染対策のための指針に明記されている。ICTラウンドによって、感染管理室が院内の感染発生状況および感染防止活動の実施状況を把握し、掲示板やICT通信で重要事項を職員に周知している。

感染制御活動は、手指衛生の徹底と遵守率向上を重視し、各部署は手指衛生遵守状況や手指消毒剤の使用量調査、ICNの監査結果のフィードバックを受けて感染予防を推進している。抗菌薬適正使用ガイドラインを整備し、ASTカンファレンスで使用抗菌薬について検討して臨床現場にフィードバックしている。

７．地域への情報発信と連携

広報誌を活用し、地域住民や近隣医療機関等へ情報提供を行っている。ホームペ

ージは定期的に更新し、DPC 情報や医療機能、各診療科の診療内容、担当医師の紹介に加え、日本病院会の医療の質指標（QI）プロジェクトのデータなども掲載している。他の医療関連施設との連携では、前方連携と後方連携に担当者を配置して情報共有を図りながら体制を整備している。地域の開業医を対象とした「医療連携の集い」を開催し、顔の見える連携に努めている。患者の診療情報を施設間で共有するシステムである「たいせつ安心ｉネット」や脳卒中の早期治療のための遠隔画像診断システムを積極的に活用している。MRI や CT などの高度医療機器の共同利用も活発に行われている。紹介・逆紹介患者の情報管理は一元化されており、紹介患者の返書や報告書は迅速に作成・送付されている。地域住民向けの医療に関する教育・啓発活動として、一般市民を対象とした「市民公開講座」を開催している。市民公開講座は、各診療科の医師が担当し、市民が関心を持つと考えられるテーマを選定して開催しており、定着した活動として評価される。また、「赤十字フェスティバル」を開催し、イベントや医療スタッフによる相談・体験コーナーなどにより医療に関する教育・啓発につなげている。さらに、医療・介護・福祉に関する研修会として、多種の出前講座を用意して、地域の住民や医療関連施設等への専門的な医療知識や技術等の教育・啓発を行っていることは当該医療圏における地域包括ケアシステムの構築・維持に不可欠な取り組みであり、高く評価できる。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

患者が受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示を通じて分かりやすく周知され、来院時の誘導体制も整備されている。連携医療機関からの紹介患者についても円滑な受け入れに努めている。患者情報は電子カルテで一元管理され、外来診療時の本人確認は氏名と生年月日による二つ以上の識別子を用いて行っている。診断的検査については、医師が必要性やリスクを十分に説明したうえで実施し、検査中および検査後の観察も適切に行い、診療記録に反映している。外来担当医師は身体所見や検査結果に基づいて入院の必要性を判断し、患者・家族に目的や内容を説明して同意を得ている。患者の病態や希望に配慮した入院診療計画書を作成し、内容を説明したうえで同意を取得している。相談窓口は院内掲示やホームページ、入院のしおり等で案内され、地域医療連携室では福祉制度、在宅療養、医療費、転院調整など幅広い相談に対応している。予定入院患者は全例、入院支援センターが関与し、入院のしおりや患者用クリニカルパスを用いて、入院生活を具体的にイメージできるオリエンテーションを行っている。

医師は治療方針に基づき各種指示を出し、チーム医療の中心として多職種カンファレンスや患者・家族面談、書類作成などの病棟業務を適切に実施している。看護師はアセスメントツールを活用し、リスクやニーズに応じた看護計画を立案・実施している。薬剤投与にあたっては、医師が必要性とリスクを説明し同意を得て実施し、薬剤師が全患者の薬歴管理を行い、電子カルテを通じて情報共有している。輸血・血液製剤の使用は指針に基づき、説明と同意取得後、ダブルチェックを行い、投与中・投与後の観察も適切である。手術・麻酔は関連診療科で検討し、主治医が説明と同意を得て実施している。麻酔科医師や手術室看護師は術前から関与し、合

併症予防に努めている。重症患者は適切な病床で生体モニター管理を行い、急変時には常駐医師または当直医師が対応している。入院時には褥瘡、栄養、身体拘束などのスクリーニングを全患者に実施し、早期から対策を講じている。緩和ケアやリハビリテーションも入院早期から適切に導入し、退院支援については患者・家族の意向を日々確認し、カンファレンスで共有している。終末期医療はガイドラインに沿って判断し、全死亡症例について事故性の有無を確認している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤部は 24 時間体制で薬剤業務を行っており、注射薬は 1 施用単位で取り揃えている。臨床検査部門では、診療に必要な検査項目に対応可能で、結果は迅速に報告されている。パニック値の対応、精度管理、検体の取り扱いも適切に行われている。画像診断センターは夜間・休日を含めて緊急検査に対応できる体制を整えており、日本診療放射線技師会の医療被ばく低減施設に認定されている。栄養管理は管理栄養士と委託業者が連携し、衛生管理のもと運営されている。嗜好調査や献立の工夫、行事食の提供などにより患者満足度向上に努め、NST 活動も積極的に実施している。リハビリテーションは主に入院患者を対象に急性期から実施し、クリニカルパスを用いた継続的なプログラムを整備している。診療記録は電子カルテで一元管理され、サマリー作成やコーディングの課題は診療録管理委員会で検討する体制がある。医療機器は中央管理体制のもとで保守・点検が行われ、臨床工学技士が 24 時間常駐してトラブルに対応している。在宅使用機器の持ち込み対応も行っており、高く評価できる。洗浄・滅菌業務は中央材料室で実施し、滅菌精度を確保している。

病理・細胞診検査は検体管理や結果報告の過程、薬品管理も適切である。輸血業務はマニュアルに基づき、緊急時を含め 24 時間対応している。手術室や集中治療室（ICU）は、明確な運用基準のもと、多職種連携による質の高い安全な医療提供が行われている。救急部門においては広範囲な道北三次医療圏の中心的役割を担っており、ドクターヘリの運用や救急体制・教育など高く評価できる。

１０．組織・施設の管理

予算編成や財務諸表の作成は適切に行われ、外部監査および内部監査も確実に実施されている。予算管理から執行状況の把握・分析に至るまで、経営全般は適切に運営されており、経営戦略会議や病院管理会議において定期的に経営状況が報告され、課題や改善策が検討されている。医事課職員と委託業者は役割分担のもと、レセプト管理や未収金対応を行い、返戻・査定への対応については、医事課を中心に診療報酬適正化委員会等で協議されている。委託業務は定期的な評価や意見交換を通じて適切に管理され、契約内容や事故対応の明確化により、安全性と効率性が確保されている。

施設・設備の点検や保守は委託業者と連携し、年間保守管理計画に基づいて実施している。医療材料は SPD 方式により購入から在庫管理まで一元管理され、各部署には必要最小限の在庫を配置し、バーコード管理による使用実績の把握と適正在庫

の評価、不正発注の防止を図っている。

さらに、地域災害拠点病院として災害やサイバー攻撃を想定した事業継続計画（BCP）を策定・見直しし、各部署へ周知している。保安・警備業務は委託により24時間体制を整え、来訪者管理もシステム化されている。

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	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	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	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	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	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	S
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	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	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	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	S
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	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	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	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	B
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 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 ： 旭川赤十字病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 日赤

I-1-4 所在地 ： 北海道旭川市曙一条1-1-1

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	480	450	-30	81	10.8
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	40	0	+0		
結核病床					
感染症病床					
総数	520	450	-30		

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	44	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+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		
人工透析	34	+4
小児入院医療管理料病床	20	+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		
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),救命救急センター,エイズ治療拠点病院,
DPC対象病院(DPC特定病院群),地域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： 12 人 2年目： 11 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	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
呼吸器内科	4	0	31.76	3.93	22.27	6.11	8.82	11.03	7.94	5.57
循環器内科	6	0	45.60	5.64	18.33	5.03	7.64	7.61	7.60	3.05
腎臓内科	6	0	23.93	2.96	12.99	3.56	6.20	7.09	3.99	2.16
皮膚科	2	0	31.69	3.92	2.61	0.72	8.16	7.78	15.85	1.31
小児科	3	0	15.50	1.92	0.92	0.25	18.04	1.76	5.17	0.31
精神科	0	0	1.10	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外科	9	0	27.21	3.37	25.18	6.90	8.19	9.96	3.02	2.80
呼吸器外科	2	0	3.49	0.43	4.35	1.19	15.62	10.34	1.75	2.17
泌尿器科	4	0	34.59	4.28	13.77	3.78	7.61	5.78	8.65	3.44
脳神経外科	10	0	51.99	6.43	58.42	16.02	8.73	18.55	5.20	5.84
整形外科	7	0	48.45	5.99	53.14	14.57	8.56	17.32	6.92	7.59
形成外科	3	0.8	22.25	2.75	3.65	1.00	13.80	4.37	5.86	0.96
眼科	3	0	33.16	4.10	1.84	0.51	4.74	2.37	11.05	0.61
耳鼻咽喉科	4	0	36.07	4.46	8.39	2.30	12.38	5.00	9.02	2.10
産婦人科	1	0.8	8.40	1.04	0.00	0.00	13.58	0.00	4.66	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	3	0	1.94	0.24	0.00	0.00	90.64	0.00	0.65	0.00
麻酔科	11	0	5.43	0.67	1.97	0.54	56.44	3.13	0.49	0.18
病理診断科	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科口腔外科	4	0.4	44.40	5.49	4.65	1.28	26.70	4.83	10.09	1.06
糖尿病・内分泌内科	5	0.52	99.09	12.26	15.96	4.38	2.10	16.84	17.95	2.89
消化器内科	12	0	87.87	10.87	52.52	14.40	7.61	7.98	7.32	4.38
透析外来	0	0	63.09	7.80	0.00	0.00	0.31	0.00	0.00	0.00
心臓血管外科	3	0	14.39	1.78	7.95	2.18	6.86	10.51	4.80	2.65
脳神経内科	4	0	46.20	5.71	28.99	7.95	11.05	16.98	11.55	7.25
血液・腫瘍内科	3	0	23.46	2.90	26.74	7.33	6.02	15.60	7.82	8.91
地域連携科	1	0.8	1.36	0.17	0.00	0.00	58.79	0.00	0.76	0.00
総合診療科	1	0	6.07	0.75	0.00	0.00	6.33	0.00	6.07	0.00
輸血・検査部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
健診部	1	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	23									
全体	143	3.52	808.50	100.00	364.64	100.00	8.88	10.32	5.52	2.49

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	808.50	822.74	852.48	98.27	96.51
1日あたり外来初診患者数	71.83	71.34	79.09	100.69	90.20
新患率	8.88	8.67	9.28		
1日あたり入院患者数	364.64	349.23	363.48	104.41	96.08
1日あたり新入院患者数	35.34	33.24	34.29	106.32	96.94