総括

■　機能種別

主たる機能種別「一般病院２」及び副機能種別「緩和ケア病院」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 27 日～11 月 28 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
機能種別	緩和ケア病院（副）	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。

・機能種別　緩和ケア病院（副）
　該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は 1923 年 6 月に 5 か町村で設立した「西秋留村外四ケ町村病院組合」を前身とし、その後、1925 年 4 月に単独の伝染病院として開院してから 2026 年で 100 周年を迎える歴史ある病院である。開院の後の感染症治療の確立期、一般病院として診療機能の強化のための病院建設に着手した成長期、感染症への対策を縮小して総合病院としての整備を始めた発展期を経て現在の新病院での診療を開始し、救急医療をはじめ、地域包括ケアや回復期リハビリテーション、緩和ケア医療など幅広く地域医療に貢献している成熟期と、その時々の地域のニーズに対して公的病院としての病院機能の変革と強化に努めつつ着実に機能向上を図っている。また、地域災害拠点病院や臨床研修病院として災害時対応や教育病院の役割も務めている。

基本理念・基本方針に加え、病院長による 3 項目の方針に従って高齢者救急医療に関する検討など、新たな 100 年への歩みが始まっている。今後、病院の方向性や将来像についての地域住民を含む全病院的な議論によりあるべき姿を明確にし、地域から必要とされる診療体制を構築のうえ継続的に地域の医療に貢献されるよう期待したい。貴院の 100 周年に当たり、今般の受審が次の 100 年のよき門出になることを祈念する。

２．理念達成に向けた組織運営

基本理念に「医の心、良質の医療の実践、地域医療最適化」を掲げ、理念の達成に向けて具体的な方針も定めている。病院運営上の権限と責任を組織規程により明確にし、最高意思決定会議として執行部経営会議を開催し、運営会議における決定事項の具現化や院内への周知を図っている。中・長期計画として「経営強化プラン」を策定しており、進捗状況を執行部経営会議において検討している。院内で取り扱う情報は情報システム管理内規に基づいて管理しているが、文書管理においては各種印刷物やマニュアルの一元的な管理が期待される。

法令等で必要とされる人員数を配置のうえ計画的な採用活動により必要な人材を確保し、就業規則等に基づいて人事・労務管理を行っている。衛生委員会を毎月開催して職員の健康管理や労働環境の改善を図り、また、職員の要望等を把握してやりがいや魅力ある職場づくりに努めている。

全職員を対象とする教育・研修は総務課が総括し、職員研修委員会において研修内容や実施計画などを検討している。職員の能力評価・能力開発では、医師の医療技術向上に関する病院長の面談や各職種における計画的な人材育成を進めている。初期臨床研修医の研修とともに、各職種では新人教育プログラムを策定のうえローテーションによる専門技術の習得に努めている。

３．患者中心の医療

患者の権利および責任として６項目を定め、ホームページ等により周知している。説明と同意取得に関する方針・手順を定め、文書による同意取得が必要な診療行為の範囲や同席のルールを規定している。患者が主体的に医療に参加できるように各種計画書などを活用して診療情報を共有しており、入退院支援室では「わたしの思い手帳」を配布して医療やケアについて考える機会を提供している。患者・家族からの相談窓口を明確にして専門職種による医療相談や入院相談、退院支援、社会福祉相談等に対応している。個人情報の取り扱い規程を定め、個人情報の保護方針や個人情報の利用目的等を周知している。主要な倫理的課題に関する方針を明確にし、患者・家族が抱える倫理的課題を病棟等の倫理カンファレンスで検討しているが、医療の質倫理検討委員会における組織的な検討や結果のフィードバックが望まれる。

施設・設備の整備と利便性では、駐車場や駐輪場、路線バスやタクシーの乗降場、Wi-Fi 環境の整備などに配慮している。院内はバリアフリーで安全な施設環境を整え、必要なスペースを確保のうえ整理整頓に努めている。敷地内禁煙の方針を院内掲示等で周知し、職員の喫煙率の低下に向けたキャンペーン等の取り組みを行っている。

４．医療の質

業務の質改善に向けて病院機能評価の受審等を行っているが、業務改善委員会による TQM 活動などを継続するための仕組みの整備が望まれる。医療の質の向上に向けた活動としては、各診療科・病棟における定期的なカンファレンスや臨床病理検

討会の開催、診療ガイドラインの活用、クリニカル・パスの活用、臨床指標の収集・分析などを行っている。患者・家族の意見等を相談窓口や電話、ホームページ、意見箱、患者満足度調査等で収集して医療サービスの改善活動に取り組み、意見等への回答は院内掲示やホームページで公開している。新たな診療・治療方法、医薬品の適応外使用等に関しては、執行部経営会議や医療の質倫理検討委員会において審議する仕組みであるが、評価の原則の策定や必要な審議を確実に実施する体制の整備などが望まれる。

診療・ケアの管理・責任体制を明確にして各病棟の責任医師や看護師長等を患者・家族に明示し、看護師長は病棟ラウンドを行って療養環境や患者の要望を把握している。診療記録を記載マニュアルに従って記載し、退院時サマリーの所定期間内の作成や診療記録の質的点検を行っている。多職種が協働する呼吸ケア等の専門チームが組織横断的に活動し、定期的なラウンド等により専門性を活かした診療・ケアを行っている。

５．医療安全

医療安全管理室を設置して専従の医療安全管理者を配置し、多職種で構成された委員会活動を行うとともに、インシデント・アクシデント報告を速やかに収集して医療安全管理委員会等により分析し再発防止策を検討している。また、再発防止策を委員会報告や一斉メール、医療安全管理室便りにより全職員へ通知し、対策の実践状況をラウンドにより確認している。医療事故等の発生時の対応を医療安全管理マニュアルに定め、初期対応や連絡体制、患者・家族への対応などの手順を職員へ周知している。

患者・部位・検体等の誤認防止手順を医療安全管理マニュアルに明示し、リストバンドやバーコード認証、タイムアウトなどを用いて誤認防止に努めている。電子カルテを用いて指示出し・指示受け・実施・実施確認の一連の業務を行い、必要に応じて声掛けを行うことで情報伝達エラーを防いでいる。薬剤の安全な使用に向けてハイリスク薬への注意喚起表示や抗がん剤の投与速度の確認、薬剤アレルギーのリスク回避などを行っている。全患者に転倒・転落のリスク評価を実施し、危険度に応じて看護計画を立案して転倒・転落防止策を実践している。医療機器は一元管理のうえ臨床工学技士が点検・整備し、特に人工呼吸器の使用中は臨床工学技士が毎日ラウンドして確認している。患者等の急変時対応の院内緊急コードを設定し、AED や除細動器、救急カートを設置している。

６．医療関連感染制御

感染管理室を設置し、感染管理医師や感染管理認定看護師を配置して必要な権限を付与し、院内感染防止対策委員会を開催して収集した情報の検討と対応策の周知を行っている。また、感染制御チームを組織して院内ラウンドを実施し、手指消毒や環境衛生などの状況確認や分析を行っている。院内の感染発生状況に関する情報を院内感染防止対策委員会に報告して改善策を検討するとともに、微生物や各種耐性菌、手術部位等に関するサーベイランスを実施し、厚生労働省院内感染対策サー

ベイランス事業に参加して情報の収集・分析を行い、院内の改善活動に活用している。

医療関連感染を制御するための活動では、院内感染防止対策マニュアルに沿って標準予防策を中心とした手洗いや手指消毒、個人防護具の着用などの研修を行っている。また、速乾性手指消毒剤の使用状況の把握などの感染管理、感染性廃棄物の分別廃棄、汚染寝具類の取り扱いをマニュアルに沿って行っている。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、多職種による抗菌薬適正使用支援チームの回診を実施して必要に応じた医師への助言を行っている。また、手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与は、学会のガイドラインに準じて術式別に規定して実施している。

７．地域への情報発信と連携

地域への病院に関する情報発信は、ホームページや病院案内、入院案内、広報誌などで発信している。医療・介護機関向けに「地域連携センターニュース」を発行して診療内容や各診療科の活動を発信し、地域住民向けには「阿伎留通信」を発行して病気や健康に関する情報、診療内容などを紹介している。また、地元新聞社と連携して開院 100 周年記念事業の案内や最新医療機器導入の紹介を掲載するなど、地域における病院の役割を広く発信している。ホームページには、病院情報や受診の流れ、診療科の紹介、診療実績等を掲載している。地域の医療・介護機関との連携は地域連携課が担い、医療機関との連携研究会や西多摩医師会の ICT 医療ネットワークなどを通じてニーズ把握や連携強化に努めるとともに、紹介患者の受け入れや紹介元医療機関への報告の管理、在宅復帰支援などを行っている。地域に向けた医療に関する教育・啓発では、地域の健康啓発活動として「健康出前講座」を開催するとともに、医師会主催の「市民健康講座」や市主催の「健康のつどい」に医師をはじめとする職員を派遣するなどして地域の健康増進に寄与している。また、医療従事者向けの教育・啓発活動として、介護施設向けに認定看護師による感染症研修を開催して技術指導などを行っている。

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を分かりやすく案内のうえ、医療 DX を活用して効率的に患者情報を収集のうえ外来診療を行い、診断的検査は説明のうえ同意を得て実施している。外来診療で得た情報をもとに入院を決定し、医学的見地から患者の病態に応じて入院診療計画書や看護計画等を作成している。相談窓口を設置して看護師や社会福祉士が患者・家族からの多様な相談に対応するとともに、入院中から退院後を見据えた支援を行っている。医師は日々回診を行って患者の病態の多職種との情報共有を図り、看護師は患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握して患者の個別性に応じた看護サービスを提供している。

投薬・注射では、指示の確認等で安全な投与に努めている。輸血・血液製剤の指針に則った投与、周術期の手術適応等の検討や説明と同意取得、重症患者の管理、褥瘡の予防・治療、栄養管理、症状等の緩和、リハビリテーションは手順等に基づいて行っている。身体拘束最小化の指針を定め、身体拘束検討会において予防的ケ

アや代替ケア、実施状況の評価と課題について検討し、丁寧な取り組みによって成果をあげるなど、身体拘束の最小化に向けた取り組みが組織風土として定着しており高く評価できる。退院支援は、看護師およびMSWが患者・家族とコミュニケーションをとり、退院後どのような場で生活するかについて患者・家族の意思を確認し、その思いを尊重できるよう調整している。退院後訪問も積極的に実施しており、在宅療養支援の充実が図られている。

＜副機能：緩和ケア病院＞

緩和ケア病棟では多職種が工夫・協働して医療・ケアを提供している。特に、患者の療養生活の質、生活や人生の質（QOL）を高める取り組みは多岐に渡っており高く評価できる。入院相談の面談では、独自の「情報シート」を活用して患者・家族の思いや身体症状などを聞き取り、多職種で情報共有のうえ入院診療計画書等に反映している。医師は日々の回診や治療方針の決定、患者・家族との面談、緩和ケアチームとしての活動等を行い、看護師はプライマリーナーシング制により緩和ケアマニュアルを活用してケアを提供している。また、終末期・緩和ケア看護師の指導者養成研修を主催しており地域での役割を果たしている。社会福祉士や療法士、管理栄養士を緩和ケア病棟担当としており専門性を発揮している。症状緩和では、独自の緩和ケアマニュアルを作成のうえ改訂を継続して多職種での実践の指針とし、疼痛などの症状評価にはフェイススケールを使用している。臨死期への対応では、「グリーフレター」や「グリーフノート」を活用して遺族ケアを提供している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、処方鑑査や疑義照会、持参薬の鑑別等を行い、内服薬の一包化調剤に画像鑑査システムを併用して確実性と管理業務の効率化を図っている。臨床検査ではブランチラボ形式によりバーコード管理をしながら検体検査業務を行っている。画像診断は当直体制により依頼医のニーズに対応し、質の高い診断を実施している。栄養管理では、衛生的な業務プロセスで調理等を行い、適時・適温配膳により食事を提供している。疾患別の標準的プログラムを整備し、脳血管や運動器、呼吸器、廃用症候群のリハビリテーションを実施している。診療記録は電子カルテシステムを運用して一元的に管理し、診断名等のコード化や診療記録の量的点検などを行っている。医療機器は臨床工学室で一元管理し、貸出・返却管理や定期点検、保守点検を実施している。使用済み器材の洗浄・滅菌業務を中央化し、洗浄から滅菌、保管までの一連の工程を手順に基づいて実施している。

病理検査は特殊な検査を除いて院内で行い、病理解剖も実施している。放射線治療計画を多職種が連携して作成し、質の高い高精度放射線治療を実施している。輸血・血液管理を24時間対応で行い、手術・麻酔管理では手術室の器材の準備から使用後の片付けまでワンウェイの動線を実現している。救急患者を極力断らない方針のもと、対応体制を整えて救急車搬送の受け入れ件数の増加に応えている。

１０．組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算を事業計画や経営実績、各部門とのヒアリングを踏まえて編成のうえ執行部経営会議を経て議会の議決により決定し、予算執行状況の評価・分析や経営改善に向けた活動等を行っている。医事業務では受付から会計までの窓口業務や収納業務、返戻・査定への対応、未収金の管理、施設基準の遵守確認等をマニュアルに沿って実施している。業務委託における委託業者の選定に係る能力・資格・業務水準等の審査基準を定めており、業務の履行状況をラウンドや業務日誌、定例会議等を通して検証のうえ業務の質や効率性の評価・改善に努めている。

施設・設備の管理では 24 時間体制で各種設備などを監視し、故障時等の対応体制を整備するとともに、作業予定表に沿って法定点検や保守点検等を実施している。医薬品や医療材料、医療機器の購入は関係委員会で審議・承認する仕組みとし、診療材料等の発注・納品・払い出し・在庫管理には院内物流管理システムを活用している。

地域災害拠点病院として大規模災害時における対応計画を策定のうえ訓練を実施し、傷病者の受け入れや DMAT の編成、地元住民への支援等の体制を整えている。保安業務では、24 時間体制で院内巡視や施錠管理、不審者や暴言・暴力等への対応などを行い、警備日誌に記録している。

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	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	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	B
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	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	B

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	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	A
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	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	S
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	B
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	NA
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	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	B
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

機能種別：緩和ケア病院（副）
2　良質な医療の実践１

評価判定結果

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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査・処置を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理 と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	S

2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2024 年 7 月 1 日 ～ 2025 年 6 月 30 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 ： 公立阿伎留医療センター

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者 ： 市町村

I-1-4 所在地 ： 東京都あきる野市引田78-1

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	305	262	-43	71.9	16.3
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	305	262	-43		

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)		
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	17	+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	40	+0
地域包括ケア病床	43	+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	16	+0
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 ：

災害拠点病院(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： 3 人 2年目： 3 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	5	1.2	64.63	8.85	31.87	17.11	11.09	21.72	10.42	5.14
呼吸器内科	1	0.2	13.95	1.91	9.45	5.07	6.52	19.82	11.63	7.87
循環器内科	4	1.7	186.89	25.58	10.56	5.67	1.44	14.94	32.79	1.85
消化器内科（胃腸内科）	4	1.7	62.21	8.52	14.98	8.04	9.64	7.91	10.91	2.63
腎臓内科	2	0.2	23.19	3.17	5.11	2.74	1.19	21.19	10.54	2.32
神経内科	0	0.2	3.90	0.53	0.00	0.00	4.96	0.00	19.51	0.00
糖尿病内科（代謝内科）	0	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
血液内科	2	0.3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
皮膚科	2	1.6	47.59	6.51	1.32	0.71	16.15	14.00	13.22	0.37
リウマチ科	2	0.2	14.42	1.97	7.54	4.05	2.80	18.47	6.56	3.43
小児科	2	1.1	15.74	2.15	0.77	0.41	38.04	5.58	5.08	0.25
外科	5	0	21.21	2.90	14.61	7.84	4.21	11.62	4.24	2.92
呼吸器外科	1	0	3.98	0.54	3.44	1.85	7.76	8.28	3.98	3.44
乳腺外科	2	1	11.65	1.59	0.89	0.48	11.90	7.24	3.88	0.30
泌尿器科	2	0.6	44.18	6.05	7.57	4.06	5.52	9.08	16.99	2.91
脳神経外科	2.5	0.2	29.33	4.02	8.87	4.76	13.61	19.87	10.86	3.29
整形外科	4	1.1	68.80	9.42	28.10	15.08	11.59	25.96	13.49	5.51
形成外科	0	0.5	4.95	0.68	0.00	0.00	8.64	0.00	9.91	0.00
眼科	1	0.8	13.74	1.88	4.01	2.15	13.21	2.99	7.63	2.23
耳鼻咽喉科	0	1	23.77	3.25	0.00	0.00	23.39	0.00	23.77	0.00
産婦人科	2	0.8	21.03	2.88	3.16	1.69	9.27	5.95	7.51	1.13
リハビリテーション科	0.5	0	7.04	0.96	22.21	11.92	3.45	77.57	14.08	44.42
放射線科	1	0.4	4.19	0.57	0.00	0.00	79.47	0.00	2.99	0.00
麻酔科	4	0.4	5.93	0.81	0.00	0.00	3.19	0.00	1.35	0.00
臨床検査科	0	0.8	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	1.5	1	21.72	2.97	2.21	1.19	64.68	2.92	8.69	0.88
歯科口腔外科	2	0	16.28	2.23	0.01	0.01	19.43	4.00	8.14	0.01
緩和ケア科	2	0.4	0.17	0.02	9.64	5.17	100.00	41.13	0.07	4.01
総合診療科	0.5	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	6	0								
全体	61	18.4	730.48	100.00	186.33	100.00	10.84	14.63	9.20	2.35

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	730.48	589.81	579.18	123.85	101.84
1日あたり外来初診患者数	79.20	74.72	79.73	106.00	93.72
新患率	10.84	12.67	13.77		
1日あたり入院患者数	186.33	161.43	157.65	115.42	102.40
1日あたり新入院患者数	12.78	12.53	12.68	102.00	98.82