

## 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6月29日～6月30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

聖隷の理念「隣人愛」を背景に、「私たちは利用してくださる方ひとりひとりのために最善を尽くすことに誇りをもつ」を病院の理念として、その体現に日々努力している病院である。法人は医師ではない創立者が、献身と看病のところで開設しており、その精神は開院時から規模が拡大した現在の病院においても忘れ去られていない。医療のあるべき姿の確立に向けてさまざまなニーズを先取りし、積極的な取り組みを多数展開されていることは敬意を表したい。

病院機能評価は、今回が6回目の更新受審であり、日頃より課題の改善に継続的に取り組んでおり、多くの成果が見受けられた。一方、今回の審査で気付いたいくつかの点を報告書として提出したい。以下はその総括であるが、詳細な報告書を参照して改善を図り、さらに優れた病院として地域への貢献を続けていただきたい。所見が少しでも貴院に役立てば幸いである。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念および常に信頼される病院であり続けるための運営方針を明確に定め、院内外に周知している。BSC（バランススコアカード）を用いた目標管理を院内に浸透させている。各部門長によるヒアリングや執行部へ直接メールできる仕組みがあり、職員の意見や要望を把握し、必要な対応を図っている。中期事業計画、年次事業計画が立てられ、必要な会議や委員会を開催し、イントラネットで重要事項の周知を図っている。病院情報システムは定期的に更新され、医療安全等に係わる新たな機能は適宜追加されている。情報の真正性、保存性確保への対応もなされている。文書管理規程に則り、文書保管期間、部署、保管場所、機密レベルなど台帳に

登録して管理されている。

病院の機能発揮のために必要な人材は確保されている。人事考課の仕組みがあり、昇格・昇給等において参考としている。衛生委員会は適法に開催され、健康診断の受診状況の管理、ホルマリン、キシレン等の環境確認、メンタルサポート等適切に実施している。職務満足度調査や病院執行部への直接メールの仕組みなど、職員の意見を把握し、反映させる仕組みがある。

医療安全、感染制御を始め、全職員を対象とする教育・研修が実施され、いずれも参加率は高い。医師を含む病院職員の臨床権限を明確にする方針が徹底されており、イントラネットで全医師の臨床権限が参照できるようになっている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、分かりやすい言葉で明文化し、病院玄関、外来、入院案内、ホームページ等に掲載している。職員にはポケットマニュアルなどで周知している。診療における患者自らの意思決定を尊重し、分かりやすい説明を行うと共に、理解の促進等の支援が行われている。検査や治療の理解促進のために、患者用クリニカルパスやDVD・プレパレーションなどの工夫がなされている。また、診療に伴う患者情報の大切さも伝えている。患者からの相談は患者支援センターで対応し、他職種連携により多様なニーズに対応している。個人情報保護方針、利用目的は明示されており、機密保持を図りつつ、有効に活用する仕組みがある。個人情報への不適切なアクセス防止を徹底するための通知、教育・研修、モニタリングがなされている。倫理委員会の下に下部組織を設け、倫理的意思決定が困難な場合に検討できる体制が整えられている。病院として方針を示すための会議も継続して開催されている。患者・家族の倫理的課題については、日常的に多職種で検討する風土があり、困難事例に対しては助言チームや検討委員会を活用して対応している。

病院へのアクセスは良く、充実した設備が整備され、患者や面会者の利便性・快適性に配慮している。障害者専用の駐車場の確保、手摺りの設置、機械浴対応など、高齢者・障害者に配慮された施設・設備となっている。病院内は整理整頓がなされ、清潔で安全な環境となっている。禁煙外来を設置し、職員喫煙率調査を行っている。また、患者・職員に対して禁煙の推奨や禁煙啓発・教育を推進している。

### 4. 医療の質

利用者満足度向上委員会を設置し、投書箱や満足度調査により患者・利用者の意見を把握し、医療サービス向上に努めている。また、多くの複数科カンファレンスが行われている。診療上必要なガイドラインはイントラネットで24時間閲覧可能である。クリニカルパスの病院としての承認、バリエーション分析、見直しが行われている。CQI室を中心に多くの質改善活動が行われている。病院機能評価などの第三者評価による改善活動や部門別にCQIサークル活動も行われ、ボトムアップ型の質改善の取り組みがある。新たな診療、治療方法、手術などの技術を導入する場合には高難度新規技術評価委員会が中心的な役割を果たしており、手順書、申請書、承諾書は適切に運用され、倫理的な配慮も行われている。

病棟のスタッフステーションには、責任者が明示されている。診療・ケアの責任者は、カンファレンス等を通して、患者の状態把握から、安全で質の高い医療の提供のために部下の指導を行っている。医師の記録は「診療記録記載指針」に則り、テンプレートを使用して情報を共有しやすい工夫をしている。カルテは毎日記載され、必要な記録は適時記載されている。カルテの質的点検も適切に行われている。診療・ケアの質向上のために、多くの専門職チームを立ち上げ、組織横断的に活動している。各チーム活動は、カンファレンスや記録を通して情報共有し、効果的な介入がなされている。

## 5. 医療安全

安全管理室の体制は副院長を室長とし、副室長、専従職員3名が配置され、安全推進活動を推進している。医薬品、医療機器、医療放射線の各安全管理責任者を任命し、役割や責任を明確にしている。委員会活動は安全管理委員会の下部に10部会を設置し、安全管理上の課題に目標値を設定して取り組んでいる。I/Aレポートは安全管理室で日々確認されるほか、各部署の職場責任者が対策等のコメント入力を行っている。また、医療安全ラウンドを行い、現場から直接情報を得るだけでなく、改善策の実効性等も確認している。再発防止に向けた取り組みは、部会やプロジェクト、安全管理推進者により多職種で検討し、周知している。

誤認防止対策は、患者確認、検体、手術部位、チューブ誤認防止対策など、手順を遵守した確認行為を実施している。検査結果の未読防止も含めて情報伝達エラー防止の取り組みがなされている。ハイリスク薬、ハイアラート薬が定められ、表示を区別して安全対策を行っている。アレルギー情報が薬剤部で一括管理され、患者にアレルギーカードを渡す運用は評価できる。転倒・転落防止対策は、全入院患者に転倒転落/せん妄アセスメントを実施し、リスクに応じ、看護計画を立案している。立案した計画は患者・家族に説明し、事故防止への協力を依頼している。使用する医療機器は、臨床工学技士により確実な点検がされ、現場での使用中・使用後の管理も適切である。院内緊急コードとしてコードブルー、RRSを設定し、24時間対応できる仕組みとなっている。救急カートは整備され、全職員対象のBLS研修も2年毎に更新している。

## 6. 医療関連感染制御

感染管理室は、病院長直下に組織され、ICD、ICN2名、専従薬剤師、事務員の構成で体制は確立されている。院内外の感染情報は随時把握されている。ターゲットサーベイランスは実施されているが、SSIは対象を拡大したい。

院内の各部署は、「院内感染対策マニュアル」に基づき、適切な感染防止対策が実践されている。手指衛生ではBSCで実施率の目標値を設定し、取り組んでいる。感染制御認定薬剤師がAST専従配属され、培養検査陽性患者は毎日把握され、適時に医師に抗菌薬狭域化の処方提案が行われている。広域抗菌薬・抗MRSA薬は届け出制で、一部許可制としておりICDしか処方できない運用がある。アンチバイオグラムは年1回更新されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院情報、医療サービスの発信は、広報誌やホームページ、SNS、入院案内等に行っている。地域に向けたイベントを多数開催し、積極的に地域と関わっていることは評価できる。市の医師会および近隣の医師会との連携に力を入れており、開業医専用窓口の設置、開放型・共同診療会議の開催、地域連携連絡会の開催など、積極的な前方連携活動は高く評価できる。市民公開講座、地域の医療従事者を対象としたセミナー、学習会、勉強会等はWEB開催を行っている。コロナ禍においては、開催方法を工夫し、地域に向けた医療に関する教育、啓発活動を行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診の手続きや必要な情報はホームページ等で提供されている。待ち時間の系統的な把握を行い、必要な短縮対策や待ち時間の苦痛を軽減する対策を強化したい。誤認防止の取り組みや診療情報の集約、外来と入院の連続性の担保など、外来診療は適切に実施されている。診断的検査は、医師が必要性とリスクについて説明して実施している。侵襲的検査では、病歴や検査データからその可否を判断する仕組みや鎮静剤使用後の安全管理も適切に行われている。入院の決定は適切であり、入退院センターで情報収集と患者指導がなされ、弾力的な病床運用がなされている。入院時評価と計画策定が多職種で適切に行われている。患者サポートセンターに相談窓口を設け、各種の医療相談に対応している。院内外の多職種と協働し、難しい事例にも対応している。入院治療が必要と判断された予定患者は全て「入退院支援センター」で入院前説明が行われている。わかりやすい「入院のご案内」のしおりを用いて、患者目線で説明がなされている。

医師の業務手順が定められ、医師ごとに実施可能な手技が定められており、医師の病棟業務は適切である。病棟別の職場業務基準やナースングスキルを活用し、患者に適切な看護ケアを提供している。抑制や転倒・転落、褥瘡等はナースングインディケーターを経年で測定し、ケアの評価と見直しにつなげている。病棟薬剤師が配置され、処方鑑査、持参薬鑑査、服薬指導、調剤・調合・取り揃えが行われている。払い出しから投与までの薬剤の取り違えのリスクは再確認すると良い。輸血・血液製剤投与は「輸血マニュアル」を整備し、医師が説明を用い、同意後に実施している。緊急輸血は24時間対応可能であり、投与时、投与中、投与後の安全確認も適切に行われている。手術・麻酔に関しては、適応と方法が議論され、十分な患者説明の上で行っている。手術時・手術後の安全確認も適切に行われ、術後の合併症予防対策も適切である。重症患者のうち、集中管理を必要とする症例は12床のICUで管理され、一般病棟ではスタッフステーション近くの重症個室で管理している。重症度に応じてモニター管理がなされ、安全に配慮している。褥瘡ケアマニュアルを整備し、褥瘡の観察や評価、ケア介入等について基準化している。褥瘡対策チームや委員会も機能している。入院時には、管理栄養士による面談から栄養評価がなされ、栄養管理が必要と判断された場合は、栄養管理計画書を作成し、介入が開始されている。栄養状態改善が難しい場合はNSTの介入がある。すべての患者に対して疼痛のスクリーニングを行い、NRS評価3以下を目標としている。疼痛以外

の症状も「症状緩和ガイド」に基づき、症状緩和がなされている。多くの部署と連携してリハビリテーションが実施されているが、リスク評価と説明の徹底を期待したい。看護スタッフは、常に「抑制をせずにケアができないか？」を考え、計画を立て介入している。予定入院の患者は、入退院センターにて、退院支援が必要か否かのスクリーニングを行っている。早期から退院支援が必要な患者には、患者・家族の意向を確認し、計画を基に介入している。自院でフォローをする場合は、サマリーを基に診療、ケアの継続がなされている。退院後に多くの支援が必要な場合は、退院前カンファレンスを開催して役割分担を行い、診療・ケアが継続されるよう整えている。ターミナルステージへの対応は、緩和ケアチームの介入や多職種によるカンファレンスで方針を決定している。ACP プロジェクトの立上げや「適切な意思決定支援に関する指針」の作成等、積極的な取り組みを行っている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤情報に関する情報収集・情報提供が活発に行われている。持参薬は病棟薬剤師が鑑別し、医師と情報共有している。臨床検査機能は、24 時間対応可能であり、結果は速やかに報告されている。精度管理も適切である。専従医師が常駐しており、パニック値への担当医師の対応をカルテで確認し、フィードバックを行っている。さらにパニック値の対応について、半期に 1 度集計を行い質改善につなげている活動は高く評価できる。画像検査はおおむね翌営業日までに読影されており、未読や目的外所見への対策も整備されている。栄養管理機能は SDGs に対応した食品ロス削減の取り組み、祝い膳の工夫など、高く評価できる。多くの部署と連携しながら連続性のあるリハビリテーションが実施されている。診療情報の迅速な検索・データ提供、量的点検など、診療情報管理機能は適切である。臨床工学技士は、病棟、手術センター等、多くの部署の医療機器を管理している。特に手術センターでは、タスクシフトを行い、手術の直接・間接介助、麻酔科医師の補助業務等、安全な手術の提供に貢献している。中央材料室は、第 1 種滅菌技師の資格をもつ感染管理認定看護師が常駐して管理し、委託で運営されている。

病理診断は迅速な実施、精度管理、標本の保管、作業環境の確認、剖検・CPC による診断の振り返り等適切に実施されている。放射線治療の質管理、各部署との連携、患者教育、誤認防止の取り組みなど、適切である。輸血部門の責任者・担当者は明確で、発注から廃棄までの過程は「輸血マニュアル」に沿って、適切に行われている。緊急輸血にも 24 時間対応し、ID、ロット番号の記録はデータベースに適切に保存されている。手術のスケジュール管理は麻酔科科長が担当している。手術室の清潔管理、術中患者管理、安全性の確保はマニュアルに則り適切に行われている。集中治療部門として、ICU があり、専従医師、看護師、薬剤師、CE が配置されている。職種間の情報共有は毎日行われ医療機器の管理も適切である。入退室基準も明確に定められている。救急部門には専従医が配置され、多くの救急疾患に対応している。夜間・休日にも積極的な救急対応を行い、100%近い応需率を達成している。児童や高齢者、家庭内等の虐待症例にも適切に対応している。

## 10. 組織・施設の管理

社会福祉法人会計基準に基づいた会計管理が行われ、会計監査や経営状況の把握も適切に行われている。請求担当者と医師協同によるレセプト点検が行われ、再審査請求、査定対策が積極的に行われている。施設基準の遵守状況や未収金管理についても適切に行われている。委託の是非は、多角的に審議・検討し、管理会議で決定している。また、委託職員は医療安全や感染制御に関する研修に出席できる体制を整備している。

年間保守計画に基づき、施設・設備を管理している。経年劣化状況の把握や対応も適切に行われている。物流システムを使用し、定数や在庫等の徹底した管理を行い、在庫量の適正化に努めている。医療材料や医薬品、消耗品等の棚卸も定期的の実施している。

県の災害拠点病院であり、DMATを有している。消防計画・防災マニュアルを整備し、定期的な防災訓練、災害訓練を実施している。保安業務は、警察OBの雇用や150台の防犯カメラ設置など、不審者や院内暴力等に対応できる体制を整備している。医療における重大事故または有害事象発生時の対応は、フローチャートにまとめられ、原因究明・再発防止を検討する仕組みも整えられている。

## 11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院であり、研修医の初期研修は人材育成センターが管理している。看護部をはじめ、医療技術部は人材育成基本方針に則った初期教育プログラムを作成し、各専門職の初期研修を行っている。学生実習は、医学生・看護学生をはじめ、多くの医療職種 of 学生を受け入れており、医療安全や感染制御、個人情報保護等の事前教育も行われ、学生実習は適切に運用されている。

# 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	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・プライバシーを適切に保護している	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	S
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	S
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
1.4	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	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	A
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	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	B
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	栄養管理と食事指導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	B
2.2.18	安全確保のための身体抑制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	B
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	S
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	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	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、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	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	物品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
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

年間データ取得期間： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 1 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地： 静岡県浜松市中区住吉2-12-12

### 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	750	750	+0	88.1	10.8
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	750	750	+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	18	+0
集中治療管理室（ICU）	12	+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）	21	+0
周産期集中治療管理室（MFICU）	15	+0
放射線病室		
無菌病室		
人工透析		
小児入院医療管理料病床	55	-1
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		
特殊疾患病床		
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, がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院(Ⅱ群), 総合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： 15 人 2年目： 16 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

1 診療科目別 医師数および患者数・平均住院日数										
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	9	0	23.40	1.53	30.08	4.55	18.46	20.54	2.60	3.34
呼吸器内科	10	0.02	47.93	3.14	39.33	5.95	5.61	13.49	4.78	3.92
循環器内科	12	0	74.59	4.89	47.30	7.16	4.85	11.72	6.22	3.94
消化器内科 (胃腸内科)	20	0.29	106.30	6.97	59.18	8.96	6.89	10.86	5.24	2.92
腎臓内科	5	0.16	20.46	1.34	13.05	1.98	2.49	16.87	3.97	2.53
神経内科	7	0.05	34.96	2.29	22.64	3.43	6.06	19.26	4.96	3.21
糖尿病内科 (代謝内科)	6	0	65.84	4.31	6.99	1.06	2.40	13.06	10.97	1.11
血液内科	3	0.04	14.97	0.98	18.03	2.73	1.86	19.70	4.92	5.93
皮膚科	2	0	34.76	2.28	0.00	0.00	5.15	0.00	17.38	0.00
リウマチ科	4	0	38.18	2.50	7.53	1.14	2.79	22.80	9.54	1.88
小児科	8	0.49	55.74	3.65	12.16	1.84	12.38	6.44	6.57	1.43
精神科	0	2	30.62	2.01	0.00	0.00	0.48	0.00	15.31	0.00
呼吸器外科	3	0	6.04	0.40	4.04	0.61	1.75	8.17	2.01	1.35
循環器外科(心臓・血管外科)	6	0.57	21.10	1.38	22.24	3.37	3.43	21.36	3.21	3.39
乳腺外科	4	1	44.42	2.91	5.58	0.84	4.01	6.89	8.88	1.12
消化器外科(胃腸外科)	4	0	13.55	0.89	8.35	1.26	3.66	7.52	3.39	2.09
泌尿器科	7	0.38	45.88	3.01	12.17	1.84	4.15	6.90	6.22	1.65
肛門外科	4	0.02	25.86	1.69	28.01	4.24	2.16	14.96	6.43	6.97
脳神経外科	7	0.54	18.91	1.24	13.37	2.02	6.46	15.56	2.51	1.77
整形外科	19	2.41	95.18	6.24	83.83	12.69	8.17	16.35	4.45	3.92
形成外科	4	0.23	14.49	0.95	6.24	0.94	7.18	12.76	3.42	1.47
眼科	7	0.13	68.30	4.48	7.11	1.08	7.70	4.30	9.58	1.00
耳鼻咽喉科	7	0	45.30	2.97	19.96	3.02	9.57	8.19	6.47	2.85
小児外科	3	0	10.55	0.69	2.41	0.36	13.66	2.96	3.52	0.80
産婦人科	16	0.86	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
産科	0	0	72.60	4.76	25.22	3.82	6.70	6.93	0.00	0.00
婦人科	0	0	59.33	3.89	22.41	3.39	6.07	7.36	0.00	0.00
リハビリテーション科	3	0.8	121.15	7.94	0.00	0.00	0.45	0.00	31.88	0.00
放射線科	4	0.56	16.08	1.05	0.00	0.00	83.50	0.00	3.53	0.00
麻酔科	14	2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	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	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	12	1	32.79	2.15	15.46	2.34	42.01	18.96	2.52	1.19
歯科	3	0	21.90	1.44	0.00	0.00	15.10	0.00	7.30	0.00
歯科口腔外科	3	0	16.89	1.11	1.44	0.22	21.61	4.13	5.63	0.48
透析科	0	0	45.98	3.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
新生児科	12	0	0.00	0.00	35.44	5.36	0.00	21.00	0.00	2.95
緩和医療科	3	0.08	1.29	0.08	0.00	0.00	0.26	0.00	0.42	0.00
てんかん科	3	0	13.71	0.90	3.19	0.48	10.82	9.37	4.57	1.06
眼形成眼窩外科	4	0.32	23.82	1.56	6.99	1.06	9.94	4.10	5.51	1.62
周産期科	0	0	0.00	0.00	16.50	2.50	0.00	11.47	0.00	0.00
生殖・機能医学科	0	0	26.06	1.71	2.34	0.35	5.65	4.94	0.00	0.00
小児神経科	1	0	8.72	0.57	1.12	0.17	2.69	6.83	8.72	1.12
小児循環器科	4	0	13.55	0.89	3.38	0.51	7.81	6.06	3.39	0.84
手外科	3	0	24.13	1.58	3.36	0.51	8.47	10.14	8.04	1.12
脳卒中科	1	0	29.99	1.97	43.05	6.52	5.19	16.19	29.99	43.05
化学療法科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
腫瘍放射線科	2	0.23	33.98	2.23	0.00	0.00	0.36	0.00	15.24	0.00
肝・胆・膵外科	4	0	6.59	0.43	11.29	1.71	1.39	11.11	1.65	2.82
支持療法科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	</									

## I-2-2 年度推移

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	1,525.86	1,542.74	1,561.98	98.91	98.77
1日あたり外来初診患者数	112.57	124.93	125.68	90.11	99.40
新患率	7.38	8.10	8.05		
1日あたり入院患者数	660.78	684.55	671.88	96.53	101.89
1日あたり新入院患者数	56.24	57.92	57.33	97.10	101.03