

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 9 月 5 日～9 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	条件付認定（6 ヶ月）
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
 1. 患者と一体となったもので確実な患者確認が行われる仕組みを確立し、継続的に実践してください。（2. 1. 3）
- ・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、西三河南部西地域の医療における中核的な役割を担っている。救命救急センターを設置し、高度救急の提供が可能である。また、西三河地域で唯一の地域がん診療拠点病院であり、緩和ケア病棟も備えている。地域中核災害拠点病院の指定も受け、災害派遣医療チーム（DMAT）も組織され、災害医療の対応も充実している。現在は、高齢化に伴う患者数の増加、医療の高度化を見据え、救急医療、がん医療、周産期医療、災害医療の 4 つの機能を軸として発展している病院である。

病院機能評価の受審については、2019 年 6 月以来の 5 回目の受審である。受審にあたり、現状の課題に対し病院全体で改善に取り組んでいることを確認できた。総括および審査結果報告書を参照され、今まで以上に地域に信頼される病院として存続していただき、益々発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

「医療を通じて地域住民の健康と幸福に寄与します」をはじめとする 3 つの基本理念を定め、院内外に周知している。病院運営上必要な委員会や部会を設置し、それぞれの目的や役割は明確であり、病院機能に対応した体制を整えている。病院幹部は現状の課題として「人材確保と人材育成」であることを共通認識としている。

医療情報部が院内の医療情報システムを管理し、電子カルテ、オーダーリング、各検査等システムの一元管理を行っている。文書処理規程に則り、病院として必要な文書を定め、発信から廃棄までの仕組みを明文化している。

職員の採用は各種データを基に採用計画を立て、院内の管理者会議で審議し、本部へ申請を行う仕組みがある。働き方改革に基づき、時間外労働時間が基準より超過した職員については、産業医面接の勧奨や働き方改革委員会と協議し対応している。労働安全衛生委員会は毎月開催され、院内巡視や健康支援、労働災害状況の把握と対策、安全衛生教育の実施が行われている。労働条件や意見・要望、環境整備について労働組合と意見交換する労使協議会があり、人事考課の面接時においても、上席者・部門長に対し、職員からの意見や要望を述べる機会を設けている。

全職員を対象とした研修計画は教育研修・臨床研究支援センターが所管し、医療安全、感染制御、個人情報保護、ハラスメントの職員研修計画書を策定し実施している。全ての職種に対し、人材育成プログラムが適用され、教育研修・臨床研究支援センター管理の下、職員の自己啓発や資格取得の支援が積極的に行われている。卒後臨床研修評価機構（JCEP）認定病院および基幹型臨床研修病院であり、看護部はクリニカルラダーを基本とした看護教育体制を整備している。医学生、看護学生、その他様々な医療技術職の教育機関からの依頼に応じ、多くの実習生の受け入れを行っている。

3. 患者中心の医療

「患者の権利と責任」として、5つの権利と2つの責任を制定し、院内各所、病院ホームページ、各種案内などに掲載し、全職員配布ハンドブックに掲載し周知している。権利擁護委員会を設置し、課題に対する審議を行い対応している。説明と同意に関する事項や同席する医療行為を明確に定めており、患者の反応を確認して患者の理解や同意を得ている。外来や病棟において、患者との情報共有を図り、医療への患者参加を促進している。医療福祉相談室を窓口として、様々な相談に対し機能的に対応しており、虐待についてもマニュアル化し、職員に周知している。個人情報保護方針や保護規程を整備し、個人情報セキュリティの周知に努めている。具体的な倫理的課題の対応を定め、現場で対応困難な場合は「倫理コンサルテーション」に相談する仕組みがある。現場で解決不可能な倫理的課題が生じた際は、倫理コンサルテーションへの相談や関連する医療・ケアチームとカンファレンスを開催し、解決策を検討している。

路線バスや患者用の駐車場を整備し、病院へのアクセスは良く、院内でのコンビニやレストランが整っている。また、建物はバリアフリーで高齢者や障害者への配慮もある。病室および処置室は、ケア・処置に必要なスペースが確保されている。患者がくつろげるスペースとしては、食堂ダイルームを完備しており、療養環境の利便性・清潔性・安全性を確保している。敷地内は禁煙であり、来院者や職員に対する受動喫煙防止の啓発に努めている。

4. 医療の質

医療の質向上委員会が定期的開催され、チェックシートを用いて複数の視点から評価・比較することで、改善活動の指標としている。各診療科のカンファレンスは把握されているだけでも68種類であり、この他に病棟の多職種カンファレンスが行われている。全職種参加可能なCPCやデスカンファレンスを実施している。クリニカル・パスの使用率は非常に高く、クリニカルパス委員会では毎月診療科を選び、パス評価、パス分析として検討し、見直しにつなげている。患者・家族の意見・要望は、相談窓口や意見箱、患者満足度調査などから収集し、院内で検討・集約・情報共有して、対策は院内掲示やホームページ等で公開している。新たな治療方法・技術の導入については、手順に基づき申請し、管理者会議で審議・決定されている。

診療・ケアの管理・責任体制は患者・家族に明確に示しており、主治医不在時の代行医師はスタッフステーション内で明確にしてある。診療記録の質的点検は22項目についてコメント欄も含めた形式で点検され、その結果を診療情報管理委員会に報告している。担当する医師数も増やし、数多くの点検ができる体制を整備している。専門チームが活動し、定期回診やコンサルテーションなどに対応している。集中治療室や入退院支援センターでの多職種協働活動は患者のアセスメントや早期離床・退院へつながっている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置して、副院長を責任者とし、専従の医療安全管理者を配置している。院内ラウンドを行い、マニュアルの周知状況や対策のモニタリングを行っている。インシデント・アクシデント事例は当事者が電子カルテの報告システムを用いて報告し、医療安全管理室で情報を集約している。医療事故発生時の対応手順は明確で、原因究明と再発防止に向けた検討や訴訟に対応する仕組みを整備している。

医療安全マニュアルに誤認防止対策が定められ、手術室や内視鏡室の侵襲的検査時にはタイムアウトを実施している。リストバンドは、患者と一体となったもので確実に確認するよう望まれる。口頭指示は原則禁止であるが、緊急時には、医師から看護師への専用の口頭指示用紙を用いて、薬剤名、単位を含めた使用量を聞き取り、正確に記載している。各病棟に薬剤師を配置し、重複投与や相互作用、アレルギー、基礎疾患による減量等の評価を行い、薬剤の安全性を確保している。転倒・転落防止対策は医療安全マニュアルに整備し、フローチャートを活用している。入院患者全員に転倒・転落スコアを用いてリスク評価を行い、看護計画の立案に反映している。使用する医師、看護師等への教育・研修は実技を重視し、計画的に行っている。院内緊急コードはERが対応するコードブルーとICUが対応するRRSを整備している。院内の緊急コード事案は、全症例の振り返りを行い、年2回「急変時学習会」を開催して医療安全の向上に努めている。

6. 医療関連感染制御

各部門の代表者から構成される感染対策委員会は毎月開催され、病院長の出席率

は100%で、各委員の出席も高率である。感染制御部は病院長直轄組織で感染制御のための指揮命令系統が明確である。感染対策マニュアルは標準予防策、疾患別感染対策、抗菌薬適正使用、洗浄、消毒、滅菌、手技、器具の取り扱い等に関する感染対策が見やすく工夫され、実用的に明示し、職員に周知している。ICTニュースを毎月発行し、医療感染制御に関する情報を職員に周知している。感染制御部はICTによる定期ラウンドの他、院内の感染発生に即時対応できるよう常時モニタリングし、感染発症時には早期察知可能な体制がある。

各ターゲットサーベイランスは病棟別、診療科別等のカテゴリで発生状況进行管理している。アウトブレイクは院内規程を定め、耐性菌検出状況を把握できるシステムの構築や院外の流行状況を把握し、近隣病院7施設との相互チェック、合同カンファレンスを定期的に開催し、貴院他院の医療関連感染制御に努めている点は評価できる。また、病院全体での抗菌薬に関する適正使用への理解が浸透しており、その結果としてAccess 抗菌薬使用率はサーベイランス参加病院全体の上位3%を示している点も高く評価できる。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌、ホームページ、病院案内冊子、病院年報、SNSなどの媒体を通して行っており、診療内容や各部門の活動内容、医療サービスなど、様々な情報を地域に向けて発信している。ホームページでは、臨床指標、病院統計等を公表するなど広報活動を積極的に展開している。地域医療支援病院であり、連携登録医制度にて600以上の医療機関が登録している。来院者は院内モニターにて連携機関の閲覧・検索も可能である。紹介から入院に至る一連の作業は適切であり、「顔の見える連携」として、病院長や医師、看護師などが連携病院等へ定期訪問し、地域の医療情報の収集に努めている。地域との運営会議や交流会なども行い、情報共有の場も設けている。病院併設の予防医療センターでは、住民健診・職域健診、がん健診、各種の人間ドックなど積極的に健康増進事業に努めており、専門職種による様々な指導も行っている。また、医師や看護師、薬剤師、療法士、管理栄養士などにより、住民向けの講演派遣や市民公開講座、健康祭りへの参加など意欲的に取り組んでおり、地域の疾病予防や健康保持、医療啓発活動など積極的に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診断的検査の必要性は医師により判断し、必要に応じた説明・同意、検査中の安全確保が各種検査で行われている。予定入院、緊急入院の適応判断は医師が客観的な医学的根拠を持って決定している。クリニカル・パスの適用率が高く、患者用クリニカル・パスを入院診療計画書として運用している。医療福祉相談室では、在宅医療や受診支援、母体・療育、就労支援などの多様な相談に対応している。

病棟薬剤師を配置し、薬歴管理や基礎疾患の評価において、担当医師に対し、減量や変更等の提言ができる体制がある。輸血の適応はガイドラインに従い方針を決定している。患者・家族に必要性やリスクを十分説明し、文書同意を得て実施して

いる。手術の適応については、主治医の検討およびカンファレンスにおいて各診療科で報告・検討する仕組みである。入院患者全員に危険因子評価票を用いて褥瘡発生リスク評価を行っている。ハイリスク患者には褥瘡ハイリスクアセスメントを実施し、褥瘡予防治療計画書を作成して再評価と定期的な見直しを行っている。入院患者に対して栄養スクリーニングを実施し、高リスク患者は管理栄養士が再評価し、必要に応じNSTへ依頼している。診療部からリハビリテーション依頼については、リハビリテーション専任医師が速やかに診断・処方を行っている。身体拘束は患者への説明と同意を得て実施している。入院前からアセスメントが実施され、退院後の生活を見据えて医療継続や療養環境の整備、各種制度の利用など患者に必要な資源を調整している。患者状態に合わせ必要な診療やケアが継続して提供できるよう連携医療機関等と迅速に調整し対応している。ターミナルステージの判定は主治医・看護師の情報を共有して方針を決定している。多職種カンファレンスを通じて患者・家族の意向を尊重した診療・ケアを立案し、実践している。

＜副機能：緩和ケア病院＞

2002年に全室個室17床の緩和ケア病棟を開設した。地域の在宅医療機関と年1回地域医療交流会をオンラインで開催し、顔の見える関係づくりに努めている。患者・家族は緩和ケア病棟についての動画をホームページから見るができる。緩和ケア病棟の看護課長が窓口となり、週1回の緩和ケア外来の予約を調整している。入退院判定基準は明確であり、入院判定会議は初診外来後に多職種で随時開催し、適切な時期に入院できるよう判定している。初診時に病棟見学を行い、入院後の療養生活が容易に想像できるように看護師が説明を担当している。

医師、看護師、薬剤師、療法士、管理栄養士、臨床心理士などの多職種が日々のケアに関わり、患者・家族を全人的に捉えている。カンファレンスで患者・家族の状態を多面的に把握して診療・ケアを実施している。在宅療養が可能な事例では、退院前カンファレンスで在宅側スタッフとの情報交換を行い、必要な在宅サービスと連携している。病状悪化時には24時間いつでも再入院できるようベッドを1床確保している。遺族ケアとして、退院当日のお別れ会、弔電や担当看護師からの手紙を送付し、遺族会を年1回開催している。

9. 良質な医療を構成する機能

外来も含め、ほぼ院内で調剤・処方する体制である。患者の検体検査に関してはバーコードを使用し、検体交差を予防している。検査の緊急性を評価し、タイムリーに実施する体制が構築している。食事は患者個々の特性や好みに合わせて工夫し、「地産地消の日」などによる食材保証など、確実・安心な提供に努めており評価できる。リハビリテーションは急性期以外に、がん、心臓、廃用症候群等にも対応している。診療録は規程を整備し、電子カルテによる一元的な管理が行われている。輸液ポンプ・シリンジポンプ・人工呼吸器などの生命維持管理装置を始め、麻酔器など約3,800種類の医療機器を医療機器管理専用のソフトを用いて一元管理し

ている。管理責任者を手術室看護課長が兼務し、滅菌の資格を持つ委託業者が洗浄・滅菌業務を遂行している。新規機種と共に専門医、医学物理士を配置し、患者情報を電子カルテで共有し、治療立案をしている。血液輸血センターは I&A 認定施設となっている。特定生物由来製剤全ての管理を血液輸血センターで行い、供給記録して輸血の適正使用についてもカルテチェックを行うなど、取り組みは秀でている。院内に多種多様のユニット病床を揃え、それぞれ医師、薬剤師、臨床検査技士などを配置し、早期リハビリテーション、呼吸、栄養などのサポートチームも介入している。救命救急センター指定を受け、年間 9,000 台以上の救急車受け入れを継続し、不応例を減らすための努力を継続し、救急対応能力の向上を図っている。救急患者全員の受け入れを常に目指す姿勢は高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

年度予算は、年次計画や人員計画、前年実績等を踏まえ立案し、承認を得ている。財務諸表や経営資料を分析して PDCA サイクルで経営状況を管理し、決算書は病院会計準則に沿った適切な監査を受けている。医事課では、窓口業務や入金処理、レセプト作成での請求漏れ防止に努め、保険診療委員会や各医師が減点・査定に対応している。未収入金は、回収確認・記録など督促履歴を残し、速やかな回収に努めている。業務委託の必要性は管理者会議等で検討し、労働組合の意見も聴取し、一般競争入札や相見積り等にて確実に委託契約書を締結している。委託先の評価は毎年行い、日々業務状況を把握し、定期的に意見や要望、情報の共有に努めている。

施設管理は施設課が管理し、施設・設備の日常点検、保守管理は保守計画に基づき実施している。24 時間の監視体制を整備している。診療材料と医薬品は SPD 管理であり、購買は適切に管理している。「1 増 1 減」を原則とし、棚卸しや不動在庫をチェックし使用期限に配慮している。

地域中核災害拠点病院および愛知 DMAT 指定医療機関である。DMAT は 3 隊有し、能登半島地震、熊本地震、東日本大震災への派遣実績が多数ある。警察 OB の保安管理者を配備し、院内暴力対応や院内巡視、防犯相談等を実施している。不審者や院内暴力を覚知した職員は「コード B」を発動し、保安管理者や防災センター要員が発生場所に急行し、迅速に対応できる体制が整備されている。

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	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	S

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	S
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	A
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	C
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	S
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	B
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	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	B
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	S
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	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	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	B
-------	---------------	---

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	A

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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 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：愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院

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：厚生連（厚生農業協同組合連合会）

I-1-4 所在地：愛知県安城市安城町東広畔28

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	771	771	+22	90.1	10.7
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	771	771	+22		

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	0	+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)	12	+4
ハイケアユニット (HCU)	26	+8
脳卒中ケアユニット (SCU)		+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	18	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	31	+18
人工透析	21	+0
小児入院医療管理料病床	45	-1
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	17	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

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, DPC対象病院(DPC特定病院群), 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： 20 人 2年目： 18 人 歯科： 38 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	0	0	92.09	4.72	4.32	0.62	26.39	2.08	0.00	0.00
呼吸器内科	9	0	77.68	3.98	52.13	7.48	4.63	14.83	8.63	5.79
循環器内科	18	0	113.65	5.82	41.66	5.98	5.42	8.83	6.31	2.31
消化器内科(胃腸内科)	13	0.05	139.70	7.15	71.31	10.23	5.67	15.02	10.70	5.46
腎臓内科	7	0.17	58.41	2.99	25.41	3.65	2.88	20.92	8.15	3.54
神経内科	8	0.47	76.49	3.92	40.47	5.81	5.75	22.06	9.03	4.78
糖尿病内科(代謝内科)	9	0.38	98.77	5.06	14.68	2.11	3.25	16.51	10.53	1.50
血液内科	7	1.07	79.02	4.05	59.23	8.50	3.55	12.29	9.79	7.30
皮膚科	6	0	93.40	4.78	4.80	0.69	8.53	11.38	15.57	0.80
リウマチ科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
感染症内科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児科	14	0.47	146.04	7.48	73.21	10.51	16.45	8.28	10.09	5.06
精神科	1	0	6.67	0.34	0.00	0.00	0.56	0.00	6.67	0.00
外科	14	1	106.52	5.45	60.70	8.71	4.34	13.05	7.10	4.05
呼吸器外科	3	0.2	7.94	0.41	6.93	0.99	3.16	10.00	2.48	2.17
循環器外科(心臓・血管外科)	6	0	12.83	0.66	12.33	1.77	1.25	22.73	2.14	2.05
乳腺外科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
消化器外科(胃腸外科)	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
泌尿器科	6	0	120.55	6.17	29.26	4.20	5.14	7.94	20.09	4.88
脳神経外科	8	0.28	51.68	2.65	32.45	4.66	8.91	20.44	6.24	3.92
整形外科	11	1.19	158.24	8.10	67.28	9.65	10.50	21.13	12.98	5.52
形成外科	1	0.27	7.43	0.38	0.66	0.09	10.85	5.02	5.85	0.52
眼科	5	0.09	94.88	4.86	6.24	0.90	4.18	3.88	18.64	1.23
耳鼻咽喉科	5	0.08	73.52	3.76	13.91	2.00	10.31	8.54	14.47	2.74
小児外科	1	0.22	5.09	0.26	1.82	0.26	10.11	4.59	4.17	1.49
産婦人科	14	2.54	169.55	8.68	59.14	8.49	3.61	8.79	10.25	3.58
リハビリテーション科	1	0	39.71	2.03	0.00	0.00	0.01	0.00	39.71	0.00
放射線科	6	4.15	59.88	3.07	0.00	0.00	21.56	0.00	5.90	0.00
麻酔科	13	0.19	0.90	0.05	0.00	0.00	1.83	0.00	0.07	0.00
病理診断科	2	0.4	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	4	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科口腔外科	3	0.32	34.36	1.76	2.99	0.43	25.88	2.58	10.35	0.90
緩和ケア科	2	0.86	0.79	0.04	13.29	1.91	15.18	32.56	0.27	4.65
腫瘍内科	2	0.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
女性医療センター	0	0.19	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
新生児科	5	0.47	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
予防医療センター	2	0.84	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
膠原病内科	2	0.1	27.32	1.40	2.68	0.39	3.80	23.90	13.01	1.28
介護老人保健施設	2	0.38	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

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
		2023	2022	2021	2023	2022
年度(西暦)	1日あたり外来患者数	1,953.08	1,913.20	1,908.38	102.08	100.25
	1日あたり外来初診患者数	160.54	176.76	167.12	90.82	105.77
	新患率	8.22	9.24	8.76		
	1日あたり入院患者数	696.91	652.41	664.23	106.82	98.22
	1日あたり新入院患者数	59.58	55.38	55.75	107.58	99.34