総括

■　機能種別

主たる機能種別「一般病院３」及び副機能種別「精神科病院」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24日～9月26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３	条件付認定（６ヶ月）
機能種別	精神科病院（副）	条件付認定（６ヶ月）

■　改善要望事項

・機能種別　一般病院３

１．新たに発足した委員会の活動を通して、研修の評価、参加者の把握・管理を行うなど、実績を積んでください。（4.3.1）

・機能種別　精神科病院（副）

該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は1972年に建学された愛知医科大学の医学部附属病院として、同年1月に名古屋市内に暫定病院の開設許可が出たことをもってその歴史を歩み始めた。1974年には現在の地に新病院の開設許可が出たことで本格的な発展を開始し、1979年にはまず救命救急センターを開設したことが、その後の貴院の機能強化の嚆矢となっている。すなわち、1996年高度救命救急センター認定、災害拠点病院指定、2002年全国4番目のドクターヘリ事業開始、2006年基幹災害拠点病院指定、2008年愛知DMAT指定医療機関を経て、2025年8月には県内初の重傷外傷センター指定に至る災害・救急医療への継続的な取り組みは、今も病院基本方針の一角を成す支柱となっている。

また、2005年の愛知医科大学病院への改称や2014年の新病院棟竣工などを挟みながら、各種拠点病院・公的医療センターへの指定も重ねてきた。2005年からは病院機能評価の受審・認定を継続している。現在では、全国1位の市民平均年齢の若さと高い自然増加率を誇り、継続的な医療需要が予見される長久手の地で、許可病床900床、職員数2,100余名を抱える特定機能病院として、病院長のもと、病院理念のとおりに医療を基盤とした社会貢献を目指して一層の発展を遂げつつある。

２．理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針を明文化し、各種媒体により院内外に周知している。これらに基づいた「理念達成に向けた課題」を５か年の病院中長期目標・計画としている。愛知医科大学病院長任用規程により任命された病院長が指名する副院長ら病院幹部からなる部長会での決定事項が、各連絡会などを通じて院内各部門に周知されている。中長期目標・計画と重点目標は全職員に周知され、各部署はそれに基づいて年次計画としての部署目標を立案している。個人情報保護方針を作成し、情報の収集・利用および外部提供や利用目的等についてホームページ等で幅広く周知している。文書の適正管理を目的とした愛知医科大学文書規程が定められている。

病院機能の維持に必要な各職種の人員が確保されており、就業規則、育児介護休業規則等必要な規則を制定している。労働時間の把握については、客観的な手段をもって行われている。労働安全衛生委員会が定期的に開催され、産業医、衛生管理者、衛生工学衛生管理者が参加している。職員満足度調査を毎年実施し、その結果を法人の常任理事会に提出して必要に応じて改善指示等が出される仕組みとなっている。教育・研修は、必要性の高いものが適切に実施されており、年間計画の企画などを統括する部署がある。医師には中心静脈ラインの院内認定資格などがあり、各部門では専門職としての能力開発プログラムが用意され、キャリアパスが設定されていることなど、職員の能力開発の仕組みも適切である。

３．患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族、職員への周知が図られている。病院として作成した子どもの権利と異なった掲示が残っているため、統一を望む。説明・同意に関する方針を明文化し、文書による同意取得の範囲を明示している。説明・同意の状況は責任者が把握しているが、モニタリングの結果に応じた適切な対応が望まれる。患者および家族に対し、多種多様な資料・支援活動を通じて診療情報を提供し、理解促進と積極的な医療参加を支援している。患者の相談に対して対応する窓口を設け、受付内容によって部署を振り分ける支援体制があるが、患者相談窓口と総合相談室の差異をわかりやすくすることが望まれる。個人情報保護のためのプライバシーポリシーを定め、患者向けに院内掲示やホームページで公開している。患者情報の二次利用は申請制としている。臨床における主要な倫理的課題について対応方針を策定しており、解決困難な課題に対し、臨床倫理委員会および臨床倫理コンサルテーションチームが各部署での倫理カンファレンスを支援する体制が整えられている。

建物は全館バリアフリーであり、敷地内にはバスロータリーを整備し、駐車場も十分な台数を確保している。患者用の無料 Wi-Fi やコンビニエンスストアも設置されている。院内にはくつろげる環境が整えられており、「5Sday」を設けて整理・清掃・清潔の活動を推進している。病室の観察用カメラは、プライバシーに十分配慮して運用・管理されている。病院は敷地内禁煙で、病院案内やホームページでもその旨を周知している。職員の喫煙者にも禁煙のサポート体制が整備されている。

４．医療の質

業務改善推進委員会を設置し、病院全体で業務改善に努めており、実績もあるが、一般職員にも活動が広く共有され、浸透する工夫が望まれる。クリニカル・パス適用率は向上し、新設された医療の質向上委員会が臨床指標・質指標を用いた質改善活動に取り組んでいる。患者・家族からの意見・要望は、ご意見箱「みなさまの声」や患者満足度調査を通して収集しており、収集した意見は病院幹部および医療サービス向上委員会で報告・検討している。新たな診療・治療方法や技術の導入において、体制はおおむね適切に整備されているが、申請漏れの防止、患者への必要な説明の確実な実施が求められる。

病棟・外来の診療やケアの管理・責任体制は明確にされている。診療録の記載に関する手順書に則って、質の高い診療録が記載されているが、診療記録の質的点検を多職種が関与して行っている。10 種類以上の専門診療チームがあり、各チームにリソースナースが配置され、多職種協働で組織横断的な活動を展開している。

５．医療安全

医療安全管理部門の設置と専従担当者の配置、委員会などの体制を整備し、病院長と連携して活動するなど、安全確保に向けた体制が確立している。院内のアクシデントや合併症・偶発症、院外の医療安全に関する情報を収集・分析・検討し、事故防止に向けた改善活動を継続的に行っている。医療事故の発生時、患者・家族に誠実に対応するとともに、院内医療事故調査委員会などで検証を行い、再発防止に向けて組織的に取り組んでいる。

入院患者だけでなく救急外来患者にもリストバンドを装着するなど、患者誤認防止に努めており、治療部位・検査検体・チューブ誤認への対応策なども丁寧に実施されている。指示出し、指示受け、実施確認等の業務は電子カルテシステムにより正確に実施されている。画像・病理診断レポートの未読対策を、各科責任者指名などにより確実に行っている。ハイリスク薬や麻薬等の管理体制は整備されている。転倒・転落防止に関しては、医療安全管理室を中心に病院として様々な取り組みを行った結果、外傷を伴う転倒・転落率を削減している。各部署の医療機器の整備や使用前後の点検業務には臨床工学技士が関わっており、関係職員向けの教育や研修なども積極的に行っている。急変予兆対処としての RRS 活動は病院全体へと拡大し、「予期せぬ死亡や心停止」などを徐々に減少させている。

６．医療関連感染制御

感染制御に関しては確実な院内体制が整備され、実績を積み重ねている。日本をリードする医療機関として、執行部のより一層の関与が期待される。医療関連感染に関するデバイスサーベイランスを含め、感染制御に関する情報を収集する体制は秀でている。人的資源の充足により、さらなる分析と現場へのフィードバックが期待される。

病院として、個人用防護具の適正使用、手指衛生の徹底、感染性廃棄物の適切な分別・処理・回収などの対応が行われている。抗菌薬の選定から使用・評価に至る

まで、感染管理部門を中心に多職種が連携し、AST による継続的な診療支援や委員会報告、抗菌薬定数管理の合理化など、安全かつ適正な運用体制を構築している。薬剤部との連携も円滑で、実務面の支援体制も整備されている。

７．地域への情報発信と連携

病院の情報は、広報誌「たちばな」やホームページなどを通してわかりやすく発信している。広報誌は病院の広報誌部会で作成し、ホームページは学校法人広報課が管理して地域へわかりやすい情報発信を実施している。地域の医療機関と連携協定を締結し、今年度からは地域医療機関への訪問も開始した。地域の医師会との懇話会の開催などにより、情報交換を積極的に行っている。返書管理も一元的に把握し、施設間の紹介・逆紹介を推進している。

患者や地域住民を対象とした公開講座を、毎年 9 月に 3 週連続で開催している。さらに、近隣自治体との連携事業の公開講座や、名古屋市教育委員会との共催で市民大学講演会を開催するなど、地域に向けた教育・啓発活動を積極的に行っている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

受診方法をホームページや各案内に掲載し、外来待ち時間短縮のため個別呼び出し端末 NAVIT を導入している。受診患者が適切に治療を受けることができる体制を整備し、多くの看護外来など、看護師による指導も充実している。診断的検査は、説明のうえ同意をとり、確実かつ安全に実施している。検査時の鎮静剤使用に対する文書による説明・同意が望まれる。入院の決定は医学的検討に基づいて行われ、入退院支援センターを中心に患者の希望への配慮や病床管理を行っている。多職種による診断・評価が確実に診療計画に反映されている。

総合相談室では多職種が連携して多様な相談に対応している。入退院支援センターでは予約入院患者に対して他職種が関与し、安心して入院できる環境を整備している。医師は回診により患者の病態を把握し、適切に診断・治療を行っている。看護師は多職種協働で役割分担のもと日々の病棟業務を行い、適切なケア実践につなげている。薬剤師と看護師の連携により、安全な薬剤管理体制を構築している。輸血製剤使用時には、製剤種類と使用量を確実に説明したうえで同意を取得している。患者・部位誤認防止の手順を遵守して安全かつ適切に手術を行っている。ICU 等のみならず一般病棟でも、重症・術後患者のために個室を使用し、重症度に応じて運用している。各部署の多職種協働による丁寧な褥瘡予防と治療の取り組みがある。管理栄養士が入院後速やかに栄養スクリーニングから介入までを開始し、NST が活動している。

症状緩和に積極的に取り組み、緩和ケアチームによる評価と介入がある。リハビリテーション科医師の診察に基づいて、安全に配慮した効果的なリハビリテーションを展開している。身体拘束最小化チームによる取り組みで、適切な指針のもと患者・家族への説明や拘束中の記録を実践している。病棟看護師と入退院支援センターで入院前からの退院支援を行っており、訪問医療担当者との円滑な連携・調整に

よりシームレスな医療の提供を実現している。ターミナルステージは医師・看護師等が総合的に判断し、配慮あるケア計画の立案と実践が行われている。

＜副機能：精神科病院＞

精神神経科では、てんかんや認知症等の専門外来を開設し、修正型電気けいれん療法や反復経頭蓋磁気刺激療法等も実施しており、専門性の高い精神科診療を提供している。身体疾患の患者の精神的問題には、こころのケアセンターで心理士が中心に評価・支援している。リエゾン・救急、周産期、緩和ケア等、院内の医療チームにも参画している。病棟は任意入院と医療保護入院に応需しており、精神保健福祉法に則った診療、法的に必要な書類の作成・取得・告知等が行われている。

隔離や身体拘束、開放処遇の制限等の患者の処遇も法に則り適切に行っている。身体併存症に対しては、他診療科の診察や院内のチームの介入により必要な治療を行っている。治療方針や退院支援は、医師・看護師・精神保健福祉士・薬剤師・作業療法士等の多職種で情報共有して検討し、縦断的に見直している。退院後、自院外来に通院継続する患者には継続看護を導入し、支援方針の連続性を確保している。精神科リハビリテーションとして、2025 年 3 月から専従の作業療法士を配置し、病棟と外来で集団および個人作業療法を開始して入院早期から検討・導入している。必要に応じ、身体併存症に対する理学療法も行っている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理は概ね適切に運用されているが、中心静脈栄養の 100％薬剤師調製を実現している。臨床検査部門は、24 時間検査ニーズに対応する体制を確立し、パニック値も直接医師に伝えている。多くの画像診断機器を用いた高いレベルの画像診断機能を、安全に配慮して確実に実践している。栄養部は清潔に管理されており、職員の体調管理も適正である。選択メニューや行事食、特別メニューを提供している。「医学的知識と技術的に習熟した専門スタッフが行う積極的リハビリテーション医療（PRO Reha）」を展開しており、高く評価できる。診療情報は 1 患者 1ID で一元的に管理し、全退院診療記録の量的点検を 13 項目について実施している。医療機器は中央一元管理され、定期点検により機器が正しく動作するよう管理している。洗浄・消毒・滅菌プロセスはガイドラインに準拠しており、洗浄・滅菌の質保証は高く評価できる。

病理部門は、検体交差が起こりにくい仕組みを運用しており、診断困難例への対応も確立している。複数の診療科や多職種が参画し、高いレベルの放射線治療を展開している。輸血・血液製剤を適切に管理し、確実かつ安全な輸血療法を行っている。手術室では誤認防止を徹底して、安全かつ確実な手術・麻酔を実施しており、術後の覚醒や搬送も安全に行われている。ICU・NICU などでの集中治療機能は確実かつ安全に発揮され、RRT が一般病床の急変予兆のある患者の治療にも貢献している。高度救命救急センターは地域の救急の要として三次救急の全てを受けており、ドクターヘリにより県中央～東部全域をカバーしている。

１０．組織・施設の管理

会計処理は学校法人会計基準に則り、適切に管理されている。予算実績管理や経営指標などの分析を病院経営企画室ミーティングで検討し、病院長をはじめとする幹部に報告している。保険請求は、医師と医事担当職員と協働で行い、返戻・査定は保険審査専門部会で分析して組織的に対応している。業務内容により委託化を実施しており、導入は部長会で決定している。委託職員への教育も、病院職員と同様の研修が受講できる体制である。

病院の施設は院内ラウンドや 5S 活動などにより整理・整頓が行き届き、中長期計画に修繕計画が盛り込まれている。物品の購買は原則として経済性を重視して購入を決定しており、高額医療機器は本体価格に保守料等を加えた総額を検討するなどの検討を行ったうえで、適切に管理・購入している。大規模災害を想定した年 1 回の総合防災訓練に加えて、病棟別に年 30 回に及ぶ訓練を実施している。非常災害マニュアルの整備も適切である。防災センターに必要な警備員が配置され、不審者対策として面会者管理の手順を構築している。

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	B
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	B
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	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	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	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・治療方法や技術を開発・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	B
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	B
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	B
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	S
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	B
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	B
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	S
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	S
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	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	B
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	
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	C
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	B
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	B

機能種別：精神科病院（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	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務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	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	A
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A

2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.22	隔離を適切に行っている	A
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.26	ターミナルステージ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 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 ： 学校法人愛知医科大学 愛知医科大学病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院3、精神科病院(副機能)

I-1-3 開設者 ： 学校法人

I-1-4 所在地 ： 愛知県長久手市岩作雁又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	853	838	+53	91.6	9.8
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	47	47	+0	43.2	38.3
結核病床					
感染症病床					
総数	900	885	+53		

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	32	+0
集中治療管理室 (ICU)	22	+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)	6	+6
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	15	+0
人工透析	23	+0
小児入院医療管理料病床	35	+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	3	+0
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 ：

特定機能病院,災害拠点病院(基幹),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(大学病院本院群),
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： 29 人 2年目： 33 人 歯科： 6 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	180	2.57	900.86	34.37	344.47	42.68	4.16	12.52	4.93	1.89
皮膚科	16	0.56	92.59	3.53	10.98	1.36	6.35	10.86	5.59	0.66
小児科	26	0.81	90.58	3.46	26.22	3.25	11.74	6.64	3.38	0.98
精神科	13	0.31	70.26	2.68	19.38	2.40	2.30	36.08	5.28	1.46
外科	49	1.21	183.81	7.01	118.59	14.69	4.33	13.45	3.66	2.36
泌尿器科	12	0	94.40	3.60	35.88	4.44	4.28	9.60	7.87	2.99
脳神経外科	11	0.26	66.93	2.55	52.21	6.47	8.29	17.86	5.94	4.64
整形外科	22	0.26	84.57	3.23	52.30	6.48	9.79	16.90	3.80	2.35
形成外科	15	0.5	38.91	1.48	10.96	1.36	10.33	9.57	2.51	0.71
眼科	26	0.77	147.57	5.63	26.30	3.26	8.24	4.02	5.51	0.98
耳鼻咽喉科	19	0.32	100.89	3.85	35.61	4.41	8.07	11.74	5.22	1.84
産婦人科	14	0.71	79.25	3.02	44.72	5.54	4.44	11.14	5.39	3.04
リハビリテーション科	4	0.11	392.87	14.99	0.00	0.00	0.04	0.00	95.59	0.00
放射線科	26	0.33	79.59	3.04	0.72	0.09	4.75	3.76	3.02	0.03
麻酔科	22	2	11.72	0.45	1.01	0.13	1.41	184.50	0.49	0.04
病理診断科	12	0	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	20	0.2	22.97	0.88	12.95	1.60	63.49	3.75	1.14	0.64
歯科口腔外科	13	0	116.67	4.45	13.95	1.73	14.79	3.12	8.97	1.07
緩和ケア科	1	0.09	2.43	0.09	0.00	0.00	0.32	0.00	2.22	0.00
疼痛緩和外科	5	0.6	44.48	1.70	0.93	0.12	3.61	5.84	7.94	0.17
研修医	68	0								
全体	576	11.61	2,621.34	100.00	807.17	100.00	5.60	10.82	4.46	1.37

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	2,621.34	2,601.43	2,627.41	100.77	99.01
1日あたり外来初診患者数	146.86	165.07	162.84	88.97	101.37
新患率	5.60	6.35	6.20		
1日あたり入院患者数	807.17	740.15	702.12	109.05	105.42
1日あたり新入院患者数	74.79	68.98	65.34	108.42	105.57