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「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2月12日～2月13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	精神科病院（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　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1950年に福井県立病院として開設され、2000年には福井県立精神病院との組織統合を経て現在に至っている。長年にわたり福井県の中核的医療機関として、政策医療および高度医療を担う基幹病院の役割を果たしている。地域医療支援病院や都道府県がん診療連携拠点病院、救急・災害・周産期など多様な指定を受け、幅広い分野で県民の生命と健康を支える体制を整備している。また、県立病院として行政との連携が密であり、地域住民や医療・福祉関係者を対象とした公開講座や研修会を継続的に実施するなど、地域全体で支える医療体制の構築にも積極的に取り組んでいる。理念に掲げる「県民に信頼され、心あたたまる病院」の実現に向け、病院の質と安全の向上を継続的に推進し、職員が一体となった活気ある病院運営が行われている。今後も医療技術の進歩や地域ニーズの変化に的確に対応し、持続可能で安心できる医療提供体制の整備を進めることで、県民からより一層信頼される病院づくりが期待される。

２．理念達成に向けた組織運営

基本理念と基本方針を策定し院内外へ発信するとともに、病院長をはじめとした幹部職員の選任過程を明確にしている。病院の運営方針は中期経営計画に基づき年度ごとに重点目標を設定し、病院の最高意思決定機関である院議での決定事項は連

絡会議や電子カルテ、一斉メールで全職員へ迅速に共有している。部門・部署ごとの目標管理はマネジメントシートで主要指標と進捗を把握している。情報システムについては国のガイドラインに沿い、電子カルテを中心としたシステム更新を計画的に進めている。文書管理は県の規程に基づき経営管理課が台帳で一元管理している。医療法等基づく必要人員を確保し、就業規則や給与規程等を整備して安全衛生管理体制を構築している。所属長面談や次世代ファースト座談会などを通じて職員の意見・要望を把握し、改善に反映するとともに、就業支援と福利厚生の充実を図っている。

教育研修委員会を中心に年間計画を策定し、全職員を対象に教育・研修を推進している。人事評価制度を活用して全職員に対し能力評価と業績評価を実施し、自己評価や面談、目標管理を通じて個々の能力を把握している。基幹型および協力型臨床研修病院として研修医を受け入れ、各専門職種についても新人研修プログラムに基づく初期研修を実施している。多職種の学生実習を受け入れ、各学校のカリキュラムに沿って実施・評価している。

３．患者中心の医療

患者の権利と責務を明文化し周知している。説明と同意に関する基準・手順を整備し、診療録管理委員会で承認を得た説明・同意書を用いている。入院案内等で患者誤認防止や転倒予防、感染対策などへの協力を求め、患者の医療参加を促している。また、患者用のクリニカル・パスを活用している。患者・家族の相談に対応する窓口を設け、医療メディエーターも配置して対話を重視した支援体制を整えている。個人情報保護方針や情報漏洩防止・セキュリティ確保に関する規程を整備・運用している。倫理指針に基づき倫理委員会と倫理コンサルテーションチームを設置し、主要な倫理的課題への指針や方針を明確にしている。患者・家族の倫理的課題は多職種でカンファレンスを行い、解決が困難な事例は倫理コンサルテーションチームが対応し、結果をフィードバックしている。看護部では独自の倫理指針や臨床倫理検討シートを用いて事例検討を行い、日常的な振り返りを通じて倫理的感受性を高めている。

最寄り駅からの利便性を高め、駐車場は病院入口に通じ、バリアフリー化を図っている。病棟には給茶機や自販機、ランドリー、通信環境を整え、病室に生活設備を配置している。院内コンビニも利用しやすい環境を整備している。院内の廊下は広く、各階のデイルームは眺望が良く、患者がくつろげる空間となっている。敷地内全面禁煙とし、患者・家族へ周知している。

４．医療の質

業務の質改善に向けて部門横断的な改善体制を整え、職員・患者満足度調査や患者経験調査を活用し、他院とのベンチマークで現状を把握している。接遇面で高評価を得ており、ISO 認証に基づくマネジメントシステムも機能している。診療の質向上に向け、各診療科での症例検討会やキャンサーボード、CPC を実施し、診療ガイドラインを一元管理している。クリニカルパス委員会はパス運用状況を検証し、

診療科支援やパスの改訂・新規作成を進め活用につなげている。院内の重点指標を分析しPDCAに基づく改善を継続的している。患者・家族の意見を意見箱やホームページ、患者満足度調査、患者経験調査で収集し、患者さんの声委員会で検討を行い、フィードバックしている。新規診療・治療技術は倫理委員会、医薬品の適応外使用は薬事委員会、医療器材は診療材料委員会で承認を必須とし、高難度技術は外保連手術難易度を基準に倫理委員会で審査している。さらに、臨床研究や発表も倫理委員会で検討し、医療と研究の倫理性・安全性を確保している。病棟では責任医師や看護師長、担当多職種を掲示し、医師の診療録記載は電子カルテ記載規程を遵守するとともに、診療録管理委員会が診療録の質的点検を行っている。専門チームはICT、NST、緩和ケア、精神科リエゾン、身体的拘束最小化、RRT、CCOTなど多岐にわたり設置し、急性期から終末期まで幅広い診療・ケアを支えている。

５．医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、副院長を室長として専従看護師の医療安全管理者に加え、医薬品・医療機器・放射線の各安全管理責任者や医療メディエーターを配置している。医療安全管理室に医療安全グループを置き、各部署にリスクマネージャーを配置して多職種で構成する医療安全対策委員会と連携し、リスクマネージャー会議でグループごとに具体的な対策を検討している。医療安全対策マニュアル整備し体系的に運用している。インシデント・アクシデントは電子カルテを通じ収集し、オカレンス報告にも対応している。改善事例は業務改善計画書に基づき段階的に取り組み、医療安全管理者がラウンドで評価している。分析には4M分析を用い、院外情報も収集し職員へ周知している。地域の連携病院と相互ラウンドを行い、地域連携シートで評価している。医療事故発生時の対応フローを整備し、組織的に対応している。

患者確認は名乗りを徹底し、リストバンドや受付票等も活用している。医師の指示出しから実施まで電子カルテで確実に運用し、ハイリスク薬も定義に基づき安全に使用している。全入院患者に転倒・転落アセスメントを実施し、医療機器は研修と使用前ダブルチェックで安全を確保している。院内緊急コードを設定し、RRSを導入してRRTを運用している。さらにCCOTラウンドを通じて重症化の予防と早期の適切な治療介入に取り組んでいる。

６．医療関連感染制御

医療安全管理室に感染防止グループを設置し、副院長を統括責任者、専従ICNを感染管理者として配置している。感染防止グループはICTとASTで構成され、ICTが医療関連感染対策の中核として権限を持って活動し、院長直轄の感染防止対策委員会が承認・助言している。院内感染防止対策マニュアルを整備し、新興感染症発生時の対応と平時の感染対策強化を目的とした看護体制（SUBICN）を構築している。ASTは血液培養カンファレンスを通じて感染症の早期把握とコンサルテーションを行い、ICTは院内発生状況等に加え福井感染制御ネットワーク等からの情報を収集し、職員向け広報として発信している。SSI、BSI、UTI、VAPのターゲットサ

ーベイランスを実施し、JANIS および J-SIPHE へ提出してベンチマークに活用している。

手指衛生は手指消毒剤の払い出し量と直接観察法で評価し、結果をフィードバックしている。抗菌薬は薬事委員会で採用を検討し、適正使用指針に基づき運用している。血液培養カンファレンスで長期使用例等を検討し、必要時に AST が介入している。アンチバイオグラムを用いて De-escalation を推進し、カルバペネム系抗菌薬と抗 MRSA 薬は届出制としている。抗菌薬使用密度（AUD）やアクセス抗菌薬使用割合などの指標をフィードバックし、適正使用を促している。

７．地域への情報発信と連携

情報発信力強化委員会では、広報実績の分析やホームページ内容の検討を進め、「病院機能情報」では診療科の特色や医師情報を分かりやすく整理している。ホームページは複数言語に対応し、外国人患者への情報提供も強化している。また、新聞やテレビなどのメディアへ継続的に情報を提供し、地域への広報を積極的に展開している。診療実績については、ホームページで重点項目の実績と分析を示し、「病院機能情報」で診療科別の実績を公開しているほか、救命救急や周産期医療、陽子線治療、ロボット支援手術などの特徴的な取り組みも発信している。地域医療関連施設との連携に向け、病院長や診療科医師が積極的に訪問し、紹介・逆紹介の状況を分析して連絡会議等で共有している。紹介患者への返書も迅速に行い、信頼関係を強化している。さらに、予約システムの運用により紹介患者の利便性向上と待ち時間の短縮を図り、地域連携クリニカルパスや検討会を通じて、地域完結型医療の推進に中心的な役割を果たしている。患者・家族や地域住民への健康づくり支援として、がん市民公開講座や母親教室等を実施し、地域の医療従事者に向けには、開放型カンファレンスや症例検討会を開催している。専門・認定看護師による看護職向け研修会や出前講座も展開し、地域全体の医療・ケアの質向上に貢献している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

正面玄関に総合案内および相談窓口を設置し、患者情報を問診票や診療情報提供書等より収集している。医師が診断的検査の必要性や入院の適応を判断し、入院診療計画書を多職種で作成するとともにクリニカル・パスも活用している。患者・家族からの相談には専任の看護師や MSW、PSW が対応し、入退院支援センターで入院前支援を行い、病棟看護師は病棟オリエンテーションを実施している。医師は病棟回診を行い、看護師は患者のニーズを反映した看護計画を立案し、病棟薬剤師は薬歴管理と服薬指導を実施している。

輸血はマニュアルに基づき、主治医が説明と同意取得のうえ実施している。手術・麻酔適応は診療科主治医と麻酔医を中心に術前検討し、ICU 専任医師は重症度を評価のうえ、入室基準に基づいて入室を決定している。褥瘡回診には医師が関与し、NST 回診では適切な栄養投与量・投与方法などを主治医に提言している。緩和ケアチームはラウンドを行い症状緩和に努め、リハビリテーションは早期に開始

し、身体拘束原則禁止を明示している。入院前に退院困難スクリーニングを行い、院内外の多職種と退院前カンファレンスを実施し、切れ目のない在宅医療が実施されるよう努めている。ACP ガイドラインを整備し、ターミナル期にはがん化学療法認定看護師を「緩和ジェネラルマネジャー」として配置し患者支援を行っている。

＜副機能：精神科病院＞

外来では精神保健福祉士が診察に必要な情報を案内している。救急・重症患者や身体疾患併存患者を受け入れ、精神科専門看護師と精神科、一般科が協働した外来診療は高く評価できる。任意入院、医療保護入院、措置入院は精神保健福祉法に基づき適切に運用し、入院診療計画書は多職種で作成されている。精神保健福祉士や精神科専門看護師が患者・家族の相談に対応している。

入院中の処遇も入院形態に応じて適正に実施され、医師は一般科と連携して診察を行い、看護師は患者のニーズと病態変化を把握している。処方最適化カンファレンスで薬剤の適正使用に努め、輸血適応は一般科と検討し、mECT は適応基準に基づき実施している。全入院患者に褥瘡リスク評価と栄養スクリーニングを行い、症状緩和と早期リハビリテーションに取り組み、隔離・身体拘束の早期解除に努めている。精神科リエゾンチームを中心に多職種が協働して包括的支援を行い、退院後も継続した診療・ケアを提供しており、高く評価できる。ターミナル期には QOL 向上を重視したケアを実施している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師は処方鑑査や調剤鑑査等を適切に行い、臨床検査のパニック値は速やかに報告している。画像診断では放射線診断医が迅速に読影し、リアルタイムに所見を配信しており高く評価できる。また、重要所見は注意喚起と直接連絡により確実な既読を図っており高く評価できる。管理栄養士は嗜好調査に基づく献立改善や嚥下調整食、透析患者向け特別食の工夫、家族への配慮ある提供体制、危険回避のための温度管理など、安全に配慮した取り組みは高く評価できる。リハビリテーションの連続性の確保に努めている。診療情報は 1 患者 1ID で一元的に管理し、量的点検では独自のシステムを活用して結果を迅速にフィードバックしている。医療機器は臨床工学技術室が一元管理し、洗浄・滅菌は中央化している。

病理診断体制を整え迅速診断も実施し結果の既読を管理している。放射線治療は専従の専門職を中心に連携し、各種治療と緩和目的の緊急照射にも常時対応しており高く評価できる。また、認定看護師は治療と病棟を横断してケアと情報共有に貢献しており高く評価できる。輸血・血液管理では T&S を導入して適正利用を図り、手術・麻酔では緊急手術に対応できる体制を整備している。集中治療では多職種が介入し、質の高い管理体制が機能している。救命救急センターは多職種が連携して重症例や精神科救急にも積極的に対応し、地域救急の要として質の高い医療を提供しており、高く評価できる。

１０．組織・施設の管理

財務・経営管理では中期経営計画に基づき、計画的な投資や月次の収支分析、ベンチマーク分析を組織的に実践している。会計処理は病院事業財務規則に基づき、県病院事業会計として処理し、会計監査は県監査委員により実施されている。医事業務では診療医事委員会で査定・返戻分析や診療報酬改定への対応を検討し、施設基準の管理、未収金の対策に努めている。業務委託は入札により業者を選定し、モニタリング会議等による業務の質の監視や評価を実施している。

施設・設備管理では、計画的な日常点検と年次保守を実施し、点検結果を日報・月報等で確認したうえで、必要に応じて修繕や更新を行っている。購買管理では、薬事委員会、診療材料委員会、機械備品委員会が各部会と連携し、収益性や緊急度に応じた購買を計画的に行っている。SPD を導入し在庫の適正化を推進している。また、医薬品・診療材料の共同購入システムを活用し、購入価格の抑制に努めている。基幹災害拠点病院として災害時に必要な対応体制を整備し、消防計画や各種 BCP を策定し周知している。また、DMAT 要員を確保し、災害医療チームや関係機関との連携を強化するとともに、必要な備蓄を確保している。保安業務を整備し、365 日 24 時間体制で警備・監視・夜間事務を実施している。施錠管理と院内巡視を行い、緊急時の連絡・対応体制も明確にし、招集訓練を実施している。

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	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	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	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	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	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	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	S
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	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	S
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	B
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：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	S
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	A
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	S
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 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 福井県立病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2、精神科病院(副機能)

I-1-3 開設者 ： 都道府県

I-1-4 所在地 ： 福井県福井市四ツ井2-8-1

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	541	517	-19	76.1	10.47
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	186	186	-12	75.6	71.2
結核病床	6	6	+0	33.6	15.66
感染症病床	4	4	+0	27.3	3.7
総数	737	713	-31		

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	16	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)	0	+0
ハイケアユニット(HCU)	8	+0
脳卒中ケアユニット(SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	11	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室	3	+2
無菌病室	6	+0
人工透析	34	+0
小児入院医療管理料病床	38	+0
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	20	+0
精神科隔離室	22	+0
精神科救急入院病床	57	+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(基幹),へき地拠点病院,救命救急センター,がん診療連携拠点病院(都道府県),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： 15 人 2年目： 10 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	3	0	23.62	2.02	0.20	0.04	46.95	0.93	7.87	0.07
呼吸器内科	8	0.21	47.23	4.03	44.83	8.03	11.31	12.94	5.75	5.46
循環器内科	8	0	49.61	4.23	22.25	3.99	10.59	8.11	6.20	2.78
消化器内科（胃腸内科）	12	0.05	92.51	7.89	53.02	9.50	8.83	9.81	7.68	4.40
腎臓内科	4	0	78.57	6.70	24.61	4.41	2.29	20.81	19.64	6.15
神経内科	3	0	23.89	2.04	15.56	2.79	15.36	18.90	7.96	5.19
糖尿病内科（代謝内科）	2	0	91.07	7.77	11.62	2.08	1.71	13.05	45.53	5.81
血液内科	4	0.2	34.51	2.94	37.95	6.80	4.76	16.06	8.22	9.04
皮膚科	2	0	42.90	3.66	4.61	0.82	7.03	14.68	21.45	2.30
感染症内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児科	11	0	46.22	3.94	22.00	3.94	19.31	8.46	4.20	2.00
精神科	18	0.79	82.71	7.06	137.19	24.57	1.50	72.89	4.40	7.30
外科	20	0	100.00	8.53	47.05	8.43	6.94	9.68	5.00	2.35
循環器外科(心臓･血管外科)	3	0	14.09	1.20	9.52	1.71	5.94	12.13	4.70	3.17
泌尿器科	4	0	52.36	4.47	9.62	1.72	6.54	5.53	13.09	2.40
脳神経外科	5	0	20.60	1.76	25.45	4.56	24.47	18.02	4.12	5.09
整形外科	6	0	50.11	4.28	36.12	6.47	19.00	14.85	8.35	6.02
形成外科	2	0	19.37	1.65	4.87	0.87	16.31	14.40	9.68	2.44
眼科	2	0	33.18	2.83	1.70	0.30	6.38	1.44	16.59	0.85
耳鼻咽喉科	4	0	34.44	2.94	13.18	2.36	16.65	8.60	8.61	3.30
産婦人科	11	0.09	50.72	4.33	29.84	5.34	6.19	9.95	4.57	2.69
リハビリテーション科	2	0	0.09	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.05	0.00
放射線科	7	0.32	28.07	2.39	0.39	0.07	19.15	3.12	3.83	0.05
麻酔科	6	1	0.33	0.03	0.00	0.00	1.23	0.00	0.05	0.00
病理診断科	2	0.18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	11	1.83	76.00	6.49	5.88	1.05	0.00	0.00	5.92	0.46
歯科口腔外科	1	0	25.80	2.20	0.87	0.16	28.30	2.11	25.80	0.87
緩和ケア科	2	0	0.29	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.14	0.00
陽子線がん治療センター	4	1.2	21.96	1.87	0.00	0.00	2.30	0.00	4.22	0.00
検体検査	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
健診センター	0	0.2	31.59	2.70	0.00	0.00	0.23	0.00	157.96	0.00
研修医	25	0								
全体	193	6.07	1,171.84	100.00	558.32	100.00	8.95	14.06	5.89	2.80

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	1,171.84	1,089.03	1,133.12	107.60	96.11
1日あたり外来初診患者数	104.89	106.80	110.10	98.21	97.00
新患率	8.95	9.81	9.72		
1日あたり入院患者数	558.32	531.24	545.83	105.10	97.33
1日あたり新入院患者数	39.82	38.94	37.72	102.26	103.23