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 11 月 10 日～11 月 11 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

貴院は、1936 年に開設され、富山県厚生農業協同組合連合会が運営する病院として富山県西部地域に位置しており、これまでに診療科目の充実を図るとともに施設整備を繰り返し、富山県西部地区圏内人口約 45 万人の三次救急医療を担う病院としての機能を果たしながら、現在に至っている。

「患者さんと職員が信頼・安心・満足でき、幸せになれる病院を目指します」を理念に掲げ、救命救急センターや地域がん診療連携拠点病院、地域災害拠点病院、地域医療支援病院、へき地医療拠点病院などの指定を受け、富山県呉西 PET センターを病院内に誘致するなど地域の重要医療拠点として PET-CT、外科手術支援ロボットの活用をはじめ、がん温熱療法、ハイパーサーミア治療システムなど、高度で先進的な医療も積極的に取り込んでいる。一方、訪問看護事業所を併設、地域包括ケア病棟の設置、へき地診療など、急性期から福祉、介護、予防医学など幅広い、診療機能を確保し、地域医療の要としてさまざまな医療ニーズに対応できるように努めている。

現病院執行部は、急性期拠点機能のさらなる充実や医療の質の継続的な改善をはじめとする８つの目標を掲げて病院を盛り立てており、今回の病院機能評価受審にあたっては、院長はじめ幹部職員のリーダーシップのもと、全職員が医療の質の向上に向けて取り組んでいる状況が確認できた。今後も受審結果を十分に活用され、地域医療構想のもと、構築される新たな医療と介護・福祉の枠組みの中で、地域の先導役となる基幹病院として、貴院がさらに発展することを心より祈念する。

２．理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を明文化し、院内外に広く周知している。病院の運営の意思決定会機関として病院管理者会議を毎週開催し、決定事項などは各部署の責任者が出席する部課長会議での報告や院内 LAN で周知を図っている。3 カ年の中期計画に基づき年度の事業計画を策定している。事業計画は基本方針、事業方針および事業計画、経営管理方針を示し、経営管理の数値目標は毎月、病院管理者会議にて達成状況の報告・評価をしている。各部署では事業計画に沿った部署目標を設定している。情報セキュリティ対策として、データを安全に保管するため暗号化 NAS（記憶装置）を導入し、8 世代までのオフラインバックアップ環境を整備している。文書管理についてはグループウェアで管理をしているが、各規程・マニュアルなどが最新版の状態になっているのか把握するために、一元的な管理体制の充実が望まれる。

医療法や施設基準などで定める人員を確保している。人事・労務管理に必要な就業規則や給与規程を整備し、職員の出退勤は出退勤管理システムを導入し、IC カードによる打刻記録などで客観的な管理を行っている。安全衛生委員会を毎月開催している。職員の意見・要望について、毎年実施している職員満足度調査や人事考課面談などを通して収集している。院内全部署を対象として院長、看護部長、事務部長による院内ラウンドを実施し、職員からの意見を直接聴取し、職員とのコミュニケーションを図っている。

院内研修は必要度に応じて 3 段階に分類し、全職員を対象とする医療安全、感染制御、患者の権利、医療の倫理、個人情報保護、接遇、ハラスメントなどの研修を分類 1 と位置付け、毎年研修会を実施している。人事考課として、保有能力や発揮能力などを 5 段階評価している。初期臨床研修医において、長時間連続勤務を是正するためにナイトフロー制を取り入れている。各職種において研修プログラムなどによる計画的な育成を行っている。学生実習として多くの職種の学生を受け入れており、救命救急士の臨床実習も行っている。

３．患者中心の医療

患者の権利と責務、こどもの患者の権利と責務を定め、周知している。説明と同意についてはインフォームド・コンセントの指針を明文化し、説明すべき内容や同席者のルールを定めて運用し、分かりやすく説明している。診療・ケアに必要な情報を共有し、入院時の案内や院内掲示により患者の医療参加を促進している。患者サポート窓口は看護師、他職種が当番制で相談対応し、虐待マニュアルを整備して、職員へ周知している。個人情報保護の関係規程を整備し、周知している。外部へ診療情報の持ち出しは原則禁止としており、学会等での診療情報の持ち出しについては申請書に基づき、匿名化している。主要な倫理課題について方針を定め、臨床現場での解決困難な課題を共有・検討する場を明確にして継続的に取り組んでいる。臨床現場では倫理的課題等を把握して検討し、誠実に対応している。

病院玄関にはタクシー待機所および送迎バス乗降場を設置し、駐車場を完備している。院内は整理整頓され、バリアフリー環境を整備し、患者の安全性、利便性、

快適性に配慮した快適な療養環境となっている。敷地内禁煙については、掲示やホームページ、入院案内にて周知し、職員を対象とした禁煙講習会、保健指導を通じて禁煙を推進している。

４．医療の質

新たに設置した医療の質管理改善委員会が責任部署として、部門横断・組織横断的に業務の質改善に向けた継続的な取り組みを行っている。患者・家族からの意見を収集し、毎週情報共有し、解決策を検討して医療安全推進部会へ報告している。意見箱の持ち出し防止対策やフィードバック方法含めた運用整備が望まれる。新たな診療技術としての病院の定義を定め、組織として確実に把握している。新たな技術等の導入後は、病院として組織的に経時的モニタリングや検討を行う体制を整えることが望まれる。

外来・病棟の医師、看護師の責任・管理体制を明示し、主治医不在時の対応体制や診療・ケアの責任体制は明確である。診療記録は入力基準や記載要綱に基づいて記載している。多くの専門チームが活動し、多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている。

５．医療安全

医療安全管理部は院長直下の組織として専従看護師を中心に各安全管理責任者を配置し、多職種で安全対策に取り組んでいる。医療安全推進部会では各部署リスクマネジャーと協働し、情報共有や課題検討を行い、リンクスタッフ委員会は内服管理や転倒・転落などの現場活動に対する改善活動を行っている。インシデント・アクシデントは報告システムを用いて遅滞なく報告を行っている。医療安全管理部は週１回事例検討を行い、RCA（根本原因分析）等で分析し、事故防止対策をニュースや医療安全推進部会を通じて職員へ周知している。医療事故発生時は、医療安全推進マニュアルに基づき報告、状況把握、説明等を実施し、医療安全管理委員会を開催し、原因・分析と再発防止策を検討している。

患者誤認防止対策は、患者の氏名確認やリストバンドでの確認など、院内マニュアルに則り実施している。手術室、内視鏡でのタイムアウトの実施、手術部位のマーキングなど徹底している。口頭指示は医師不在時で、緊急時のみに認めており、専用の指示受け用紙を使用し、確実な状況報告とチェックバックによる確認を行う運用としている。ハイリスク薬は「薬剤管理指導業務手順書」に規定され、院内共通の表記としている。投与上の注意点やモニタリングの必要性等により薬剤を分類・整理し、「ハイリスク薬の安全使用のための手順書」などに沿って安全使用に努めている。入院時に転倒・転落リスクアセスメントを実施し、危険度に応じて看護計画の立案を行い、定期的に評価を行っている。転倒・転落発生時には、フローチャートに基づいて適切に対応している。医療機器は一元管理体制を整え、定期点検を行うとともに、臨床工学技士が主体となり医療機器を使用する看護師や研修医に対して計画的な研修を行っている。院内急変時は緊急コードで院内迅速対応チームを招集し、統一配置された救急カートは看護師および薬剤師が定期点検してい

る。さらに全職員を対象とするBLS訓練を定期的に実施し、急変時対応能力の維持・向上に努めている。

６．医療関連感染制御

院長直属の医療の質・安全対策室内に医療関連感染管理部を設置し、院内感染防止対策委員会、院内感染対策部会、院内感染対策リンクスタッフ委員会を毎月開催している。ICD2名を含む多職種で構成するICT、ASTを組織し、毎週カンファレンスや部署のラウンドを行っている。院内で薬剤耐性菌が検出された時は細菌検査室からすぐに医療関連感染管理部に情報共有され、現場での管理体制の確認と助言を行っている。近隣地域の施設と連携し、合同カンファレンスや施設ラウンドの実施している。その他、研修会の開催や手指消毒剤使用サーベイランス、感染管理に関するコンサルテーションを受け、地域の感染管理に関する基幹病院としての役割を果たしている。

感染対策は院内感染対策マニュアルに基づき実施し、手指衛生は部署ごとにアルコール消毒剤の年間使用回数の目標を設定し、改善に取り組んでいる。抗菌薬の適正使用に関して、抗菌薬適正使用マニュアルを整備している。ASTを組織し、毎週実施しているラウンド後にカンファレンスを行い、電子カルテ上にAST医師から診療科医師に向けたコメントを記載するなど、抗菌薬の適正使用に努めている。

７．地域への情報発信と連携

広報活動として、患者・地域住民向け広報誌を発行しているほか、医療機関向け広報誌も発行し、病院の取り組みや診療体制、医師の紹介などの情報提供を行っている。入院案内、病院案内を作成し、ホームページの更新など情報の更新管理を随時行っている。患者支援部門として、地域連携室に地域連携センターと退院支援センターを配置し、入院センター、医療相談室などと共に機能別に対応する体制がある。地域医療支援病院であり、地域の中核医療機関としての機能を担っている。医療連携ネットワーク「れんけいネット」を市内の基幹病院と共同運用を行い、診療録の参照や受診予約等が可能としている。開放病床10床を有し、高額医療機器の共同利用や後方連携も推進している。地域住民に向けた健康増進活動として、がん市民公開講座など地域住民向け講座を開催している。病院内でも毎月、心臓病教室・糖尿病教室・介護教室・母親学級・がんサロンなどを開催している。2025年度の地域医療従事者向け研修として、医療機関向け研修会や講演会を計画し、ホームページに開催案内を掲載している。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を提供し、待ち時間短縮に努め、患者に配慮した対応を行っている。

医師は診療情報提供書、薬手帳などから患者の情報を収集しており、地域の「れんけいネット」も活用している。診断的検査を確実かつ安全に実施できる手順と体制を整備している。医師は医学的な判断に基づいて入院の必要性を判断し、文書を

用いて患者・家族に説明し、同意を得て入院の決定を行っている。患者の病態に応じて医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、療法士が連携して診療計画を立案している。患者・家族からの多様な医療相談に多職種協働で対応している。適切な情報提供とともに円滑に入院できる体制を整備している。

医師は担当患者の回診を毎日行い、病状の把握を行い病棟スタッフ等と情報を共有し、電子カルテに記録を行っている。看護業務は看護基準・看護手順に基づき実施している。病棟薬剤師はすべての患者の薬歴を作成し、服薬の管理を行っている。抗がん剤やハイリスク薬では病棟薬剤師が必要性とリスクについて説明している。主治医は血液検査の結果などから輸血の適応を検討したうえで必要性やリスクを患者に説明し、同意を得てから輸血を実施している。WHO 手術安全チェックリストを参考にした手順書に則ってサインイン、タイムアウト、サインアウトを確実に実施している。重症患者の管理は、患者の病状・重症度に応じて ECU・HCU と各病棟の重症個室で行っている。

全入院患者に褥瘡リスク評価を行い、褥瘡の予防・改善に取り組んでいる。褥瘡保有患者には褥瘡評価ツールを用いた評価を行い、褥瘡チームが介入している。全入院患者の栄養評価を実施し、状態に応じた栄養管理を行っている。症状緩和については、マニュアルを整備し、適切に対応している。

診療科医師からの依頼をもとに、リハビリテーション専従医師と療法士が協働し、患者の病態の個別性を踏まえて総合実施計画書を立案している。身体拘束は最小化に向けた体制を整備し、説明と同意に基づき実施している。患者・家族の意向を確認し、計画的に退院支援を行っている。患者の病状に応じた継続した診療・ケアや在宅療養支援を実践している。ターミナルケアでは、主治医が基準と予後予測指標（PPI）に基づいてターミナル期を判断し、治療方針は人生会議のプロセスで合意形成し文書管理している。苦痛緩和などのケアは基準に沿って実施し、必要時緩和ケアチームが介入している。臓器提供は院内移植コーディネーターが担当し、臓器提供委員会で報告、協議している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能として、処方鑑査では初期鑑査と最終鑑査に分けて行い、調剤認証システムを活用している。疑義照会では、分析した内容は薬事委員会等を通して院内職員に情報共有を行っている。臨床検査機能として、院内で必要な検査を実施・報告できる体制を整え、24 時間の臨床検査に応じている。画像診断機能では、必要な画像診断をタイムリーに実施している。栄養管理機能として、衛生管理を徹底し、嗜好調査にて献立の改善、副菜の選択、食欲不振患者への個別対応を行い、保存食も適切に保存している。リハビリテーション機能として、療法士は複数担当制とし、担当チームで患者の状態を共有している。分かりやすい写真入りのパネルを用いて患者に説明し、FIM を用いて効果判定し、プログラムを進めている。診療情報管理機能として、病名・術式をコード化しており、各種病院統計・臨床指標等のデータの二次的利用を行っている。診療記録の量的点検は、病院として取り決めた項目を実施要領に基づき量的点検チェック表を用いて点検を実施し、その結果は、

診療録管理委員会などで報告を行っている。医療機器管理機能として、臨床工学部では医療機器管理システムを導入し、機器ごとの基本情報、点検・修理、購入、廃棄などの履歴をデータベース化し、管理している。洗浄滅菌機能として、院内で使用した器材の洗浄・滅菌は、中央滅菌材料室で実施している。滅菌の質保証と効果確認のために、洗浄機やオートクレーブの始業点検の実施と、各種インディケーターを適切に用いている。

病理診断機能として、検体交差が起こらない病理検査処理と診断結果の迅速かつ確実な報告手順を整備している。放射線治療機能として、県西部地域で唯一のIMRT を実施し、高気圧酸素治療や温熱療法と腫瘍内科と連携した化学療法を組み合わせた併用治療の実施については、国内でも特異な治療機能を有する施設となっている。輸血・血液管理機能として、時間外・緊急時を含め、輸血・血液製剤の発注から保管、供給、返却、廃棄に至る一連のプロセスは規程に沿って実施している。手術・麻酔管理機能として、手術室運営委員会を開催し、円滑・安全な手術・麻酔が実施されるよう手術室の業務を管理監督している。集中治療機能として、HCU・ECU は入退室基準に基づき効率的かつ適切な集中治療機能を発揮している。救急医療機能として、救急患者を断らない方針で県西部地域の三次救急医療を担っている。

１０．組織・施設の管理

病院会計準則に基づき、会計処理を行っており、院内外の監査を行っている。予算編成は担当部署とヒアリングを行い、実績を踏まえ作成し、病院管理者会議で承認後、県厚生農業協同組合連合会の本所に提出している。予算と実績データ等により経営課題を分析し、改善に努めている。医事業務は一部を委託し、医事業務マニュアルに則り実行している。返戻・査定対策や施設基準の確認を適宜行い、効率的運営に努めている。委託業務契約は県厚生農業協同組合連合会の本所にて選定・決定を行っている。委託職員向け教育研修を開催している。

施設・設備の維持管理は管理課が担当し、業務委託派遣社員とともに 24 時間体制で管理している。医療ガス安全委員会を毎年開催し、年 4 回の定期点検やスタッフへの教育研修も行っている。診療材料の購入は SPD 方式にて定数管理、バーコードシールによる発注・検収・補充を行っている。医薬品選定は薬事委員会、高額医療機器購入は上限金額に応じて、病院または県厚生農業協同組合連合会にて検討・承認している。

地震・水害・雪害・停電・原子力被害・サイバー攻撃など大規模災害に対応したマニュアルおよび BCP を整備し、年 2 回の避難訓練を実施している。備蓄として患者および職員の 3 日分程度の医薬品、飲料水、食料品の確保のほか、災害時における飲料水・食品の供給に関して給食会社や飲料水メーカーと協定を交わしている。保安業務は委託により警備員が 24 時間体制で管理している。また、院内における恐喝や暴力に対しては、警察 OB 職員の配置を行うとともに、院内緊急コールを設定するなど、応援体制の仕組みがある。

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	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	B
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	B
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	B
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	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	B
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	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	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	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	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

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 7 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 富山県厚生農業協同組合連合会 高岡病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

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 ： 富山県高岡市永楽町5-10

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	482	482	-35	84	10.1
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	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	482	482	-35		

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	8	+0
集中治療管理室（ICU）	0	-12
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)	12	+12
脳卒中ケアユニット(SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室（NICU）	3	+0
周産期集中治療管理室（MFICU）	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	2	+0
人工透析	40	+0
小児入院医療管理料病床	23	+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	49	+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	14	-2
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),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(地域),DPC対象病院(DPC特定病院群),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： 10 人 2年目： 11 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

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	56.11	5.85	0.28	0.07	11.43	6.50	18.70	0.09
呼吸器内科	4	0	39.67	4.14	28.02	6.92	7.24	12.27	9.92	7.00
循環器内科	5	0.02	48.33	5.04	25.56	6.31	8.64	8.45	9.63	5.09
消化器内科（胃腸内科）	8	0.61	86.73	9.05	53.79	13.28	9.80	8.00	10.07	6.25
腎臓内科	4	0	35.62	3.72	30.68	7.57	3.92	19.36	8.90	7.67
神経内科	2	0.23	9.94	1.04	10.00	2.47	13.68	19.22	4.46	4.49
糖尿病内科（代謝内科）	2	0.11	46.76	4.88	5.93	1.46	2.46	12.89	22.16	2.81
血液内科	2	0.11	35.37	3.69	24.55	6.06	1.88	19.33	16.76	11.64
皮膚科	2	0	32.44	3.38	0.95	0.23	3.86	10.81	16.22	0.47
感染症内科	5	0	5.43	0.57	19.78	4.88	29.05	15.17	1.09	3.96
小児科	8	0.44	40.84	4.26	11.13	2.75	16.37	6.63	4.84	1.32
精神科	1	0.22	9.88	1.03	0.00	0.00	2.97	0.00	8.10	0.00
外科	8	0.1	60.39	6.30	30.71	7.58	3.65	11.38	7.46	3.79
循環器外科(心臓・血管外科)	4	0.05	16.51	1.72	11.48	2.83	3.35	13.20	4.08	2.84
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)	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
泌尿器科	3	0.2	54.53	5.69	11.54	2.85	5.18	6.52	17.04	3.61
脳神経外科	3	0.32	12.82	1.34	17.13	4.23	15.93	21.02	3.86	5.16
整形外科	6	0.05	63.14	6.59	55.05	13.59	10.22	24.25	10.44	9.10
形成外科	4	0.07	28.61	2.98	6.74	1.66	10.18	11.09	7.03	1.66
眼科	3	0.29	46.93	4.90	5.71	1.41	5.75	2.91	14.26	1.74
耳鼻咽喉科	3	0	27.10	2.83	5.59	1.38	9.38	7.04	9.03	1.86
産婦人科	5	0.62	52.40	5.47	17.01	4.20	5.83	8.60	9.32	3.03
リハビリテーション科	1	0	26.49	2.76	0.00	0.00	0.08	0.00	26.49	0.00
放射線科	8	0.5	10.15	1.06	0.00	0.00	68.40	0.00	1.19	0.00
麻酔科	6	0.69	9.82	1.02	0.00	0.00	0.17	0.00	1.47	0.00
病理診断科	2	0.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	6	0.75	9.01	0.94	10.54	2.60	64.91	14.86	1.33	1.56
歯科口腔外科	3	0.02	44.15	4.61	2.65	0.65	12.05	4.09	14.62	0.88
緩和ケア外科	2	0	0.61	0.06	0.01	0.00	0.00	10.00	0.31	0.01
腫瘍内科	2	0.14	27.73	2.89	20.18	4.98	0.25	18.00	12.96	9.43
放射線治療科	2	0	21.00	2.19	0.00	0.00	0.33	0.00	10.50	0.00
研修医	19									
全体	139	6.21	958.51	100.00	405.04	100.00	8.34	11.50	6.60	2.79

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	958.51	972.44	988.63	98.57	98.36
1日あたり外来初診患者数	79.91	79.86	74.59	100.06	107.07
新患率	8.34	8.21	7.54		
1日あたり入院患者数	405.04	403.53	386.89	100.37	104.30
1日あたり新入院患者数	35.27	35.04	34.16	100.66	102.58