

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3月4日～3月5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、開設以来、診療科の新設や病床の増設などの機能強化を図りながら、地域医療の充実に努めてこられた。その後、移転新築に取り組み、1981年に新たな青森県立中央病院として診療を開始し、新たな診療科の開設や増床、救命救急センターや総合周産期母子医療センターの設置など、診療機能の強化・充実に努められている。また、地域医療支援病院や基幹型臨床研修病院、災害・へき地・県がん診療・エイズ治療の各拠点病院などに加え、各種学会の教育・研修・修練施設の指定・認定を受け、地域医療の確保と医療人材の育成の要請に応えながら現在に至っている。

今般は更新受審であったが、「県民の健康をささえ 安全で高度な医療を提供し患者さん中心の心あたたかな病院を目指します」と謳う病院理念の実践に向けて、診療や業務の質向上に取り組む職員の姿を随所に拝見することができた。今後も引き続き、より良い病院創りに取り組み、患者や地域住民の信頼と満足度を一層高め、併せて職員個々の成長を促しながら、貴院がさらに発展されることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念や基本方針を明文化し、院内外へ周知している。病院運営の意思決定会議は、病院長等幹部職員による管理会議で、職務分掌等の規則・規程を定め、役割・指揮命令・責任系統を明確にしている。中・長期計画である県立病院チャレンジプランに基づいて年次事業計画を策定し、進捗状況を把握し達成状況を評価している。電子カルテや各部門システムなど多様な情報システムを導入し、データの一元

的管理を行い二次利用等が行われている。文書管理規程に則り、文書の作成から保管・管理、電子化までの一連のプロセスが組織的に行われている。

人事・労務管理に必要な就業規則や給与規程等を定め、衛生委員会を設置して職場巡視や健康診断、作業環境測定などを行い、職員の意見・要望等を職場環境の改善や院内保育所等の整備、福利厚生の実施などに反映している。

総務課と医療の質総合管理センターにより、全職員対象の教育・研修年間計画を立案し、人事評価制度を導入して、評価基準に基づいた職員の能力評価・能力開発が行われている。基幹型・協力型臨床研修病院として医師卒後臨床研修を行い、各職種の初期研修がプログラムに基づいて行われている。また、看護学生等をはじめとする病院実習を受け入れ、実習は指定されたカリキュラムや評価に沿って進めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化して周知し、診療記録の開示やセカンドオピニオンに対応している。説明と同意取得に関する指針を定めて実践している。説明・同意書を要する範囲や書式管理についてさらなる検討を期待したい。検査データや薬歴情報を把握できる健康管理アプリケーションを活用して、医療への参加を促している。医療の質総合管理センターが中心となり、患者への説明・配布資料の適正化プロジェクトを進め、患者用図書室も設置している。患者・家族の多様な相談への対応は医療連携部が担い、相談内容に応じて患者・家族支援室や関連職種、部署と緊密に連携している。個人情報保護に関する規程等を定め、個人情報保護方針や利用目的等を公開している。臨床倫理指針・実施要項に、主な倫理的課題に関する対応方針を定めている。臨床場面で把握された倫理的な課題は、多職種カンファレンスで検討し、状況に応じて、臨床倫理・重症患者意思決定サポート委員会のサポートチームや看護部倫理委員会へ相談を行い、解決困難な事案は、臨床倫理委員会に上申している。

路線バスやタクシーの乗降場や駐車場を整備し、生活延長上のサービスの充実に努め、バリアフリーも確保している。診療・ケアに必要なスペースや患者・家族がくつろげるダイニングを設けている。病棟廊下や病室の静寂が保たれ、空調・採光・照明などにも配慮されている。敷地内全面禁煙の方針を明確にして周知している。

4. 医療の質

医療の質総合管理センターおよびTQM推進委員会により、組織横断的な業務改善活動が行われている。センターは病院長直轄に位置付け、病院長がセンター長と委員長を兼務することでTQM活動の拠点となっている。診療の質の向上に向け、CPCやがんセンターボード、画像診断検討会など診療科・職種を超えた検討会を開催し、病院医誌や各種診療ガイドラインも寄与している。患者・家族の意見・要望等は、意見箱や患者満足度調査、相談窓口への申し出などから収集し、関係部署等での検討を経て院内掲示等でフィードバックしている。倫理審査委員会は、臨床試験・研

究に関する倫理的な検討を所掌している。

病棟・外来の診療・ケアの管理・責任体制を明確にし、明示している。看護師長は、必要に応じカンファレンスを開催してスタッフと共有し、必要なケアを行っている。診療記録の記載基準を定め、質的点検は、多職種記録を多職種相互で実施している。医療の質総合管理センターで、多職種が連携・協働した医療提供を実践するための多職種連携に関する教育 IPE が行われ、その後、IPW（多職種協働部会）として職種の専門性を超えた協働の基盤作りが行われている。多職種カンファレンスや薬剤師外来、RRT によるラウンドなどがある。緩和ケアなど多職種の専門チームを組織し、職種横断的な活動も行われているなど、一連の取り組みは高く評価できる。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、専任医師と専従看護師の医療安全管理者、医薬品・医療機器・医療放射線の安全管理責任者等を配置している。各部門のリスクマネージャーは医療安全管理室と連携し、医療安全推進会議や医療安全推進委員会を開催している。インシデント・アクシデント事例は、報告システムを用いて速やかに報告し、医療安全管理者が確認している。必要に応じて診療記録の検証や現場に出向いて情報収集して指導し、遵守状況を医療安全ラウンドなどで確認している。院外からの情報は、厚生労働省や日本医療機能評価機構などから収集し、医療安全ニュースにより情報提供している。

医療安全管理の指針に事故発生時の対応を定めている。患者・部位・検体等の誤認防止対策は、患者自身による名乗りやリストバンド等による確認、手術部位のマーキング、タイムアウトなどを実践している。医師の指示出しから実施、実施確認などの一連の過程は、電子カルテを活用している。全ての病棟に薬剤師を配置し、麻薬や向精神薬の施錠管理、ハイリスク薬の注意喚起などが行われている。全入院患者に対して転倒・転落リスクを評価し、危険度に応じて看護計画を立案している。医療機器のマニュアルを臨床工学技士が作成し、マニュアルに沿った研修会を入職時や各部署からの要請に応じて開催している。患者等の急変時対応の院内緊急コードを設定し、RRS を整備して要請基準を周知している。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理室を設置し、専従・専任の感染管理認定看護師や専任の医師、薬剤師、臨床検査技師等を配置している。感染対策委員会は、院内各部署の責任者がメンバーとなり開催している。感染管理室では、病棟や臨床検査部から感染症発症患者の状況を把握し、必要に応じて迅速に対策を検討してアウトブレイクにも対応している。また、連携する地域の医療機関との合同カンファレンスも開催している。さらに、県の感染対策への協力も行い、感染対策コンサルテーションチームを派遣して情報共有し連携している。

感染対策マニュアルを整備し、標準予防策および感染経路別予防策を実践している。手指衛生の実施率向上に向けて、速乾性手指消毒剤の使用量をモニタリング

し、結果を各部署にフィードバックしている。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、院内分離菌のアンチバイオグラムを臨床検査部で作成してフィードバックしている。指定抗菌薬の使用は届出制とし、ASTでは、主治医からのコンサルテーションに加え、血液培養陽性や無菌検体からの陽性、耐性菌検出および指定抗菌薬の長期使用患者に対するASTカンファレンスを行い、抗菌薬の適正使用を支援している。

7. 地域への情報発信と連携

地域等への情報発信は広報委員会で検討し、ホームページの更新・管理をはじめ、患者・家族、地域住民向け広報誌や医療機関向けの医療連携部通信、ポスター掲示、SNS、新聞、テレビなど様々な媒体を活用して情報を発信している。ホームページには病院の理念や基本方針をはじめ、医療機能の紹介、外来受診や入院の手続き、臨床指標、医療の質の向上に向けた取り組みなどを掲載している。地域医療支援病院として、へき地医療を支援する体制を整え、県内の自治体病院を中心に医師を派遣している。医療連携部を設置し、地域の医療関連施設の訪問や実務者協議会、医療・介護ネットワーク会議への参加を通じて、情報交換や地域の医療ニーズの把握に努めている。また、患者・家族の希望に沿った療養先を検索するシステムを開発し、転院先の検討や後方支援に活用している。患者・家族や県民の健康増進に寄与する活動として、医師や看護師、健康運動指導士、管理栄養士で編成するチームで、運動や食事指導を行う健康運動教室や生活習慣病予防教室、糖尿病教室、集団運動指導、実技指導が行われている。さらに、生徒・学生の病院見学会を実施し、県民公開講座や地域の健康行事などでは、健康管理アプリケーションも活用している。医療関係者等を対象とした講演会の開催実績もある。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページに受診や診療予約の方法等を紹介し、総合受付に看護師とコンシェルジュを配置して病態・緊急性等に応じている。患者情報を問診票等により収集し、既往歴やアレルギー歴などを確認のうえ外来診察を行い、侵襲を伴う診断的検査では必要性やリスクを患者・家族に説明し、入院の必要性は医学的判断に基づき、患者・家族の意向等にも配慮して決定している。病態の診断・評価や各種アセスメントに基づいて入院診療計画を作成している。患者・家族からの多様な相談には社会福祉士等が対応している。

医師は、回診により患者の病態等を把握し、カンファレンスで治療方針を決定し指示などを行い、看護師は、各種アセスメントツールを活用し、ニーズを把握して個別性のある看護計画を立案している。投薬・注射の実施では、薬歴管理や持参薬鑑別、薬歴管理や服薬指導が行われている。また、抗がん剤や抗菌薬などの初回投与の際には、必要な観察が行われている。輸血実践マニュアルを整備し、手術・麻酔は、担当医と上級医との相談などを経て適応を判断している。身体拘束はやむを得ない場合のみ行い、早期の解除に向け検討している。重症患者の管理、褥瘡の予防と治療、栄養管理と食事指導、症状等の緩和、リハビリテーション、退院支援や

継続した診療・ケアの支援、ターミナルステージへの対応は、いずれも適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方鑑査や疑義照会、調剤、調剤鑑査、抗がん剤等の調製・混合などを行っている。臨床検査は、診療機能に応じた体制を整備し、パニック値検出時には直接医師に電話連絡し、診療記録と部署台帳に報告事実を記録している。画像読影は、放射線科診断医により原則として翌日までに行われ、至急の連絡を要する重要所見等については、読影医から直接担当医に電話で報告している。栄養管理では、クックサーブ方式による食事提供を行い、給食委員会で食事の質向上や業務上の課題等を検討している。リハビリテーションでは、計画に基づいた系統的で連続性のあるリハビリテーションの提供に努めている。診療情報は、電子カルテシステムにより1患者1ID番号で一元的に管理し、診療記録の量的点検は、チェックリストに基づいて全退院患者を対象に実施して結果をフィードバックしている。医療機器は中央管理し、機器管理システムにより機器の所在や使用状況などを管理している。洗浄・滅菌は中央化し、各種インディケータで滅菌の質を保証している。常勤病理専門医と細胞検査士、認定病理検査技師等を配置し、県がん診療連携拠点病院としての病理診断機能を発揮している。放射線治療や輸血・血液管理、手術・麻酔、集中治療、救急医療はいずれも適切に機能が発揮されている。

10. 組織・施設の管理

次年度予算は県病院事業庁の予算編成方針や事業計画、経営実績の分析、各部門ヒアリング等を踏まえて編成され、県議会において審議・承認されている。また、予算執行状況や収支分析などを行い、所定の財務諸表を作成し、県監査委員による会計監査が行われている。医事業務では一連の窓口業務をマニュアルに沿って行い、レセプトの点検には各診療科の医師も関与し、施設基準の遵守状況は定期的に検証されている。業務委託の導入・更新の是非や業務仕様等は、導入効果等を踏まえて担当部署からの稟議により検討し、選定は地方公営企業法や財務関係規程に基づき、競争入札やプロポーザル方式などの手続きを経て決定する仕組みである。委託業務の履行状況を確認し、質を評価している。

病院の規模や診療機能に応じた施設・設備を整備し、日常点検や保守管理などが行われている。医薬品や診療材料、備品・医療機器等の選定は、関係委員会の審議や稟議・承認を経て行い、医薬品や診療材料はSPDにより各部署へ供給し、在庫定数や使用期限を管理している。

地震・津波・洪水・土砂災害による被害リスクを想定した病院業務継続計画を策定し、緊急時の連絡網や参集職員数の想定、責任・対応体制などを定めている。災害等の備えとして必要な備蓄を確保し、食料・飲料水については供給協定を締結している。保安業務は、保安業務手順に沿って委託警備員による院内巡視や施錠管理等が行われている。

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 | B |
| 1.1.5 | 患者の個人情報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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | S |
| 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 | 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 | 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 | 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 | |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | B |
|-------|-----------------|---|

| | | |
|-------|---------------|---|
| 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： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024年 10月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 青森県立中央病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 都道府県
 I-1-4 所在地： 青森県青森市東造道2-1-1

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 | 579 | 567 | -112 | 69.28 | 11.9 |
| 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 | 5 | 5 | +0 | 2.35 | 28.7 |
| 総数 | 584 | 572 | -112 | | |

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 | 6 | +0 |
| 集中治療管理室 (ICU) | 6 | +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) | 0 | -6 |
| 脳卒中ケアユニット (SCU) | 0 | +0 |
| 新生児集中治療管理室 (NICU) | 15 | +0 |
| 周産期集中治療管理室 (MFICU) | 0 | -9 |
| 放射線病室 | 0 | +0 |
| 無菌病室 | 41 | +1 |
| 人工透析 | 8 | +0 |
| 小児入院医療管理料病床 | 17 | -7 |
| 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 | 0 | +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 (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： 16人 2年目： 16人 歯科： 2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 | 6 | 0 | 47.53 | 3.92 | 34.13 | 7.07 | 41.07 | 17.75 | 7.92 | 5.69 |
| 呼吸器内科 | 6 | 0 | 63.01 | 5.20 | 42.77 | 8.86 | 6.79 | 12.59 | 10.50 | 7.13 |
| 循環器内科 | 8 | 0 | 54.04 | 4.46 | 33.60 | 6.96 | 7.29 | 10.14 | 6.76 | 4.20 |
| 消化器内科 (胃腸内科) | 9 | 0.8 | 140.42 | 11.58 | 54.95 | 11.39 | 3.97 | 8.86 | 14.33 | 5.61 |
| 神経内科 | 6.5 | 0.8 | 53.02 | 4.37 | 25.08 | 5.20 | 4.66 | 20.80 | 7.26 | 3.44 |
| 糖尿病内科 (代謝内科) | 6 | 0 | 84.07 | 6.93 | 8.32 | 1.72 | 0.91 | 17.02 | 14.01 | 1.39 |
| 血液内科 | 5 | 0 | 61.95 | 5.11 | 48.66 | 10.08 | 2.19 | 24.75 | 12.39 | 9.73 |
| 皮膚科 | 4 | 0 | 65.02 | 5.36 | 11.23 | 2.33 | 4.43 | 23.30 | 16.25 | 2.81 |
| リウマチ科 | 2 | 0 | 64.98 | 5.36 | 3.66 | 0.76 | 1.27 | 29.02 | 32.49 | 1.83 |
| 感染症内科 | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.12 | 0.03 | 0.00 | 30.00 | 0.00 | 0.00 |
| 小児科 | 7 | 0 | 49.74 | 4.10 | 12.26 | 2.54 | 17.41 | 4.74 | 7.11 | 1.75 |
| 精神科 | 1 | 0 | 26.75 | 2.21 | 0.00 | 0.00 | 0.03 | 0.00 | 26.75 | 0.00 |
| 外科 | 9 | 0 | 77.28 | 6.37 | 40.53 | 8.40 | 2.57 | 14.88 | 8.59 | 4.50 |
| 呼吸器外科 | 3 | 0 | 15.72 | 1.30 | 7.46 | 1.55 | 3.35 | 9.15 | 5.24 | 2.49 |
| 循環器外科 (心臓・血管外科) | 7 | 0 | 13.01 | 1.07 | 20.36 | 4.22 | 6.14 | 25.14 | 1.86 | 2.91 |
| 泌尿器科 | 5 | 0 | 43.86 | 3.62 | 11.70 | 2.42 | 4.08 | 9.72 | 8.77 | 2.34 |
| 脳神経外科 | 3 | 0 | 9.17 | 0.76 | 12.70 | 2.63 | 10.59 | 15.64 | 3.06 | 4.23 |
| 整形外科 | 5.5 | 0 | 58.02 | 4.78 | 45.27 | 9.38 | 9.09 | 17.29 | 10.55 | 8.23 |
| 形成外科 | 1 | 0 | 1.88 | 0.16 | 0.01 | 0.00 | 3.72 | 2.00 | 1.88 | 0.01 |
| 眼科 | 4 | 1 | 57.02 | 4.70 | 8.56 | 1.77 | 5.09 | 4.15 | 11.40 | 1.71 |
| 耳鼻咽喉科 | 4 | 0 | 42.91 | 3.54 | 17.12 | 3.55 | 6.90 | 12.97 | 10.73 | 4.28 |
| 産婦人科 | 2 | 0 | 61.67 | 5.09 | 14.24 | 2.95 | 3.88 | 9.41 | 30.84 | 7.12 |
| 産科 | 4 | 0 | 0.00 | 0.00 | 16.59 | 3.44 | 0.00 | 14.40 | 0.00 | 4.15 |
| リハビリテーション科 | 2 | 0 | 6.73 | 0.55 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 3.36 | 0.00 |
| 放射線科 | 4 | 0 | 2.45 | 0.20 | 0.00 | 0.00 | 23.87 | 0.00 | 0.61 | 0.00 |
| 麻酔科 | 6 | 0.8 | 4.65 | 0.38 | 0.00 | 0.00 | 0.35 | 0.00 | 0.68 | 0.00 |
| 病理診断科 | 1 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 臨床検査科 | 0 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 救急科 | 8 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 歯科口腔外科 | 4 | 0 | 70.80 | 5.84 | 2.90 | 0.60 | 13.95 | 6.78 | 17.70 | 0.72 |
| 緩和ケア科 | 1 | 0 | 1.15 | 0.10 | 0.00 | 0.00 | 0.36 | 0.00 | 1.15 | 0.00 |
| 新生児科 | 8 | 0 | 12.18 | 1.00 | 10.31 | 2.14 | 5.00 | 38.58 | 1.52 | 1.29 |
| 成育科 | 2 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 臨床遺伝科 | 1 | 0 | 1.42 | 0.12 | 0.00 | 0.00 | 6.36 | 0.00 | 1.42 | 0.00 |
| 腫瘍放射線科 | 3 | 0.8 | 22.25 | 1.83 | 0.00 | 0.00 | 0.06 | 0.00 | 5.85 | 0.00 |
| 研修医 | 34 | | | | | | | | | |
| 全体 | 182 | 4.2 | 1,212.71 | 100.00 | 482.53 | 100.00 | 6.69 | 12.89 | 6.51 | 2.59 |

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 |
| | 2023 | 2022 | 2021 | 2023 | 2022 |
| 1日あたり外来患者数 | 1,212.71 | 1,211.10 | 1,200.21 | 100.13 | 100.91 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 81.14 | 86.44 | 97.75 | 93.87 | 88.43 |
| 新患率 | 6.69 | 7.14 | 8.14 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 482.53 | 490.42 | 491.30 | 98.39 | 99.82 |
| 1日あたり新入院患者数 | 37.39 | 37.55 | 38.24 | 99.57 | 98.20 |