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2月26日～2月27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	緩和ケア病院（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　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、「あらゆる人々に手をさしのべ寄り添う済生の心で信頼される医療を提供します」という理念のもと、1938年に済生会岡山診療所として開設されて以来、岡山県南東部医療圏の基幹病院として地域医療を支えてきた。2016年の新築移転後は、入院診療と救急医療を中心とする高度急性期病院としての機能を明確化し、質の高い医療体制を構築している。救急医療では、ER内にCTを配置し、同じフロアに画像診断センター、内視鏡センター等を整備するなど、多職種が連携して迅速に対応できる体制を確立している。専門医療においては、地域がん診療連携拠点病院として、がんゲノム医療やロボット支援手術、放射線治療などの先進的医療を推進するとともに、緩和ケア病棟での終末期医療にも注力している。また、肝臓病や腎臓病・糖尿病などの疾患別センター化を進め、専門性の高いスタッフによる横断的チーム医療を実践している。さらに、外来センター病院との機能分担により、回復期支援や健診、福祉・介護まで切れ目のない連携を実現している。

地域医療支援病院、災害拠点病院としての役割を果たしつつ、へき地医療支援にも取り組み、地域住民が安心して暮らせる医療体制の構築に寄与している。今後も岡山市のみならず、広域医療の砦として、さらなる飛躍と貢献が期待される。

２．理念達成に向けた組織運営

病院理念と基本方針を周知し、明確な選任プロセスに基づくガバナンスのもと、センター執行部会議で病院運営の意思決定を行っている。中期事業計画に基づき年度の事業計画を策定し、各部門は事業計画に沿って目標を設定して BSC で管理している。院内の情報システムは、運用管理規程に基づき情報管理課が統括管理し、文書管理規程も整備している。医療法や施設基準に沿って、必要な専門職を計画的に確保している。人事・労務管理に必要な各種規則・規程を整備し、働き方改革検討委員会を設置して業務負担を軽減するとともに、安全衛生委員会の活動と定期巡視により、職場環境の改善を継続している。職員の意見・要望を把握する仕組みを整え、バースデーカード、サンクスカード、ホスピタリティ賞、スマイルリレーなど、職員を称え合い励ます多様な取り組みを実施し、福利厚生の充実も図っている。全職員対象の研修は、教育委員会の年間計画に基づき実施し、人事考課制度や専門性活用委員会によるタスクシフト、研修支援、院内認定制度の拡大を通じて、専門性と意欲の向上を図る体制を整備しており、高く評価できる。さらに、初期研修医からコ・メディカルまで、部門ごとの研修プログラムやラダー、チェックリスト、ローテーションを用いて計画的に育成している。学生実習を受け入れ、カリキュラムに沿って指導・評価している。

３．患者中心の医療

患者の権利と責務を定め、子どもの権利についても明記している。説明と同意に関する指針を整備し、同席が必要な範囲や職種について明文化している。患者と診療情報を共有すべく、入院時に患者・家族の価値観や希望を把握するとともに、情報コーナーの設置などを通じて、医療に積極的に関われる環境を整えている。患者サポートセンターを設置し、医療メディエーター資格を持つ専従看護師を含む多職種が対応するワンストップ相談窓口として機能している。個人情報管理規程を整備して周知し、入職時教育や電子カルテ掲示板等で意識づけを行っている。臨床倫理に関する方針を整備するとともに、多職種と院外有識者で構成する臨床倫理委員会を設置し、緊急時は随時開催している。臨床現場の倫理的課題は、多職種の倫理カンファレンスでジョンセンの 4 分割法を用いて検討し、現場で解決困難な課題は臨床倫理委員会で対応している。

最寄り駅からのアクセス案内や駐車場・EV 充電設備の整備により、利便性と環境への配慮を両立し、院内には生活関連施設や Wi-Fi を備えている。また、バリアフリー環境の整備や車椅子・ストレッチャーの定期点検により、安全で快適な利用環境を確保している。診療・ケアに必要なスペースは十分に確保され、院内は整理整頓され清潔に保たれている。敷地内全面禁煙を実施し、患者・家族に対して受動喫煙防止の重要性を周知している。

４．医療の質

医療の質向上、医療サービスの質向上、患者満足度向上の各委員会等で業務の質および病院機能に関する課題を把握し、AI 問診や RPA の導入、ISO15189・JCEP 認

定取得、電子請求書サービスの導入などにより、業務効率化などを着実に進めている。診療の質向上に向け、診療科別や合同の症例検討会、CPC、キャンサーボード、必要時の M&M カンファレンスを実施している。診療ガイドラインを活用し、医療の質評価指標にも取り組み、クリニカル・パスの活用・分析やクリニカル・パス大会の開催を通じて改善を進めている。患者や家族からの意見・要望等は意見箱で収集し、患者満足度向上委員会が回収・分析して病院幹部へ共有するとともに、対応は各部署で検討したうえで委員会が一元管理している。臨床研究や院内製剤の使用などは倫理審査委員会で審査し、最終決定は管理会議で行う体制としている。新規の診療・治療方法の導入は院長が責任者となり、ガイドラインに基づき各診療部門で検討して進めており、関連規程や研修支援体制も整備している。

病棟に診療・看護の責任者や担当多職種を明示し、病棟責任者は患者ラウンドを行い、診療・ケアの状況を把握している。診療記録の記載指針を整備し、回診記録は SOAP 形式で記載している。緩和ケアや呼吸サポート、感染制御、退院支援、褥瘡対策、認知症・せん妄ケアなどの各チームが組織横断的に活動している。

５．医療安全

医療安全管理体制は、医療安全管理責任者である副院長を室長とする医療安全推進室に、専従の医療安全管理者を配置している。医療安全管理委員会の下に医療安全作業部会を設置し、医療安全管理指針を定め、医療安全管理マニュアルを整備している。インシデント・アクシデント報告は、発生後速やかにインシデント管理システムへ入力され、重大事象は医療安全推進室長から院長へ速やかに報告される。内容に応じて医療安全管理者が現場確認と情報収集を行い、事例分析は RCA やインシデント KYT で検討している。安全対策の評価は、多職種による定期的なラウンドで確認している。医療事故発生時の対応手順を定めている。

患者確認は名乗りを基本とし、ネームバンドも活用している。医師の指示出しから受領・実施については電子カルテ機能を活用し、ハイリスク薬の管理・投与方法についてはマニュアルを整備している。転倒・転落防止はマニュアルに基づき対応フローを整備し、全入院患者のリスクを評価したうえで、必要な対策を講じている。輸液ポンプやシリンジポンプは、臨床工学科で点検済みの機器を使用し、点検用紙で作動確認を行っている。院内緊急コードを整備し、BLS 研修を開催するとともに、部署ごとに受講者数を把握している。

６．医療関連感染制御

院長を委員長とする感染対策委員会を開催し、専任 ICD や専従 ICN を含む多職種で構成された ICT・AST が連携して感染制御に取り組んでいる。感染防止マニュアルは、図や写真を用いてわかりやすく整備している。ICT と AST が院内外の感染状況を把握し、院内感染は支援システムでリアルタイムに把握して迅速に対応している。CLABSI・CAUTI・VAE は全病棟、SSI は特定の手術を対象に JANIS でサーベイランスを行い、感染症対策地域連絡会でも情報共有している。ICT が中心となり、質の高い情報収集・分析と迅速な対応が可能な体制が構築されており、評価できる。

標準予防策の徹底に向けてPPEを設置し、必要時に使用できる体制を整えている。経路別感染対策は感染対策室が発信し、病棟外の職員や委託業者にもわかるようイラストカードで掲示している。ICTラウンドでは、手指衛生の直接観察や速乾式消毒剤の使用量のモニタリングを行い、結果を掲示して意識向上を図っている。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、特定抗菌薬の届出制を導入している。J-SIPHEを活用して耐性菌発生率や広域抗菌薬使用量をベンチマーク分析し、成果を得ており、アンチバイオグラムも作成・周知している。抗菌薬選択はICDが随時コンサルテーションに対応し、広域抗菌薬の投与期間に応じてASTが主治医へフィードバックしている。

７．地域への情報発信と連携

広報誌や地域医療機関向けの刊行物を通じて、医療サービスや診療実績、研究成果を広く発信している。広報企画課と広報戦略委員会のもとで、ブランディング・リクルート・地域連携強化を担う専門チームを組織し、SNSを活用した多面的な広報活動を展開している。情報発信にあたっては、各種ガイドラインを遵守し、臨床指標や医療講演、各種イベント情報などをわかりやすく提供している。地域医療支援病院として、地域医療連携室を中心に地域の医療機関を継続的に訪問し、顔の見える連携づくりを進め、意見や要望はCRMツールで一元管理して改善につなげている。症例検討会や研修会、地域医療支援委員会などを通じて情報交換を行い、地域医療の質向上に取り組んでいる。また、紹介元の利便性向上に向けてWeb予約システムを導入し、連携業務の効率化を図っている。

地域の健康増進に寄与する活動として、多職種が連携し、糖尿病・腎臓病教室、がん患者サロンなどを開催している。さらに、市民公開講座や市民健康セミナー、公民館や学校での出張健康セミナーを通じて、健康情報を届けている。地域社会と一体となった済生会フェアでは、医療体験や健康チェックを行い、子ども向けの体験型学習を通じて将来の医療人材育成にも取り組んでいる。参加者の意見を次回に反映する仕組みを整え、継続的で積極的な教育・啓発活動に取り組んでおり、高く評価できる。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、院内掲示やホームページに掲載している。病院は入院診療と救急診療を主軸とし、医師は診断的検査と入院の必要性を医学的根拠に基づき判断している。入院診療計画書は患者・家族の要望も踏まえて多職種で作成し、患者サポートセンターが医療相談に応じるとともに、入院手続きや入院生活について説明している。

医師は患者の病態を把握し、看護師はアセスメント結果から看護計画を立て、病棟薬剤師が薬剤管理指導と薬歴確認を行っている。輸血実施時には、看護師が投与中・投与後の観察および記録を行っている。麻酔科医は麻酔に関する説明と同意取得を行い、術前・術後訪問を実施している。ICU・HCUの入退室基準を定め、基準に沿って運用している。褥瘡対策マニュアルを整備して全入院患者のリスク評価を

実施し、管理栄養士はGLIM基準に基づき栄養管理計画書を作成している。症状緩和はがん緩和ケアガイドブックに基づき実施し、早期からリハビリテーション介入を行い、ADLの低下防止と早期離床を促進している。身体拘束は原則として実施しない方針であり、入院時に退院支援スクリーニングを実施し、患者・家族の意向や退院後の生活課題を早期に把握している。退院後に医療処置が必要な場合は、訪問看護やケアマネジャーと連携している。ターミナルステージでは、患者・家族の意向を基本として治療方針やケア計画を立案している。

＜副機能：緩和ケア病院＞

来院前の情報は、案内動画も含めて公開している。緩和ケア外来は予約制で、入院受け入れ方針や入退棟基準を周知し、入院判定会議を行っている。入院診療計画書で入院目的や治療方針を明示し、ケア計画を作成している。緩和ケア相談室で多様な相談に対応している。緩和ケア専任医師と看護師が多職種と連携して、ガイドラインに基づく症状緩和や面談・カンファレンスなどを行い、薬剤師も必要時に服薬説明を実施し、心身両面から患者を支える体制を整えている。

入院時には、褥瘡リスクアセスメントや栄養スクリーニング、摂食嚥下機能評価を行っている。扱いやすい食器や緩和ケア食、行事食、デザート企画など多彩な工夫で喫食率を高め、日々の生活に彩りを添えており、食事支援に向けた取り組みは高く評価できる。作業療法士はADLおよび生活機能の維持・向上に取り組んでいる。ペット面会やボランティア活動、瞑想室や入浴設備などの工夫で環境を整え、患者の生活リズム維持とQOL向上に貢献しており、療養生活を支える取り組みは高く評価できる。身体拘束は行わない方針のもと、退院後の緊急対応体制を整え、臨死期の症状やケアに適切に対応している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師は、各病棟の薬剤管理を適切に行っている。臨床検査部門はISO15189を取得し、多くの有資格者を擁している。検体自動読み取り装置の活用や精度管理、パニック値等の迅速な連絡など、臨床検査機能は評価できる。画像診断医と診療放射線技師が連携し、迅速な検査と読影、重要所見の確実な共有、被ばく低減の取り組みを進めるなど、質の高い画像診断体制を整えており、高く評価できる。管理栄養士は、安全管理や病棟との連携、個別対応、多様な行事食や特別食の提供などを通じて、食事を治療の一環として位置づけ、心身のケアに貢献しており評価できる。急性期病院として幅広いリハビリテーションニーズに対応している。診療情報を一元管理し、診療記録の量的点検を行い、結果をフィードバックしている。医療機器を一元的に管理し、臨床工学技士の常駐体制やバイタル情報の自動連携など、安全な使用体制が整備されており評価できる。洗浄・滅菌は中央化し、各種インディケーターで滅菌の質を保証している。

病理検査は迅速な報告体制を整え、院外コンサルテーション体制も備えている。放射線治療医を中心に有資格者が連携し、治療方針の検討から計画、照射時の確認

まで一貫した体制で対応している。認定輸血検査技師が輸血・血液管理の実務を担い、手術・麻酔の管理体制を整備し、ICU と HCU ではチーム医療を実践している。二次救急医療機関輪番制に参加し、救急患者の受け入れ方針と手順を整備している。

１０．組織・施設の管理

予算は中期計画に基づき策定し、管理会議等で承認・報告されている。会計は外部・内部監査を受け、収支はベンチマークを用いて多角的に分析し、経営状況を把握している。収納業務は自動精算機と窓口で常時対応し、各種カード決済により利便性を高め、レセプト点検には医師も関与している。査定・返戻は医事保険診療対策委員会で原因分析と改善に取り組み、施設基準も事務部門が各部署と連携して確認している。委託業務は一般競争入札で公平性とコストの適正化を図り、明確な契約条件のもとで締結している。日報や協議で進捗管理を行い、品質や遵守状況を審議・報告する体制が整っている。

施設・設備は、管財課が常時監視と計画的な保守点検を行い、夜間・休日も迅速に対応できる体制を整えている。医薬品や医療材料は関連する委員会で医学的・経済的観点から検討し、高額機器は必要性や採算性を踏まえて選定している。在庫は SPD で一元管理して適正化を図っている。BCP を含め、災害時の医療体制や連絡網を明確化し、電力・物資・通信の備え、DMAT 体制など多面的な危機管理を整え、災害拠点病院として機能を維持できる包括的な体制を構築している。保安業務はマニュアルに基づき巡回や入退館管理を徹底し、日誌で状況を把握している。緊急時は職員が迅速に参集・応援する体制を構築している。

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	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	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	S
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	B
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	B
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	B
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	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	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	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	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	S
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	S
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	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	S
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	B
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：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	S
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	S

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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 年 11 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 岡山済生会総合病院

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 ： 済生会

I-1-4 所在地 ： 岡山県岡山市北区国体町2-25

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	473	473	+0	71.15	11.7
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	473	473	+0		

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)	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)	16	+0
脳卒中ケアユニット(SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+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	0	+0
人工透析	12	+0
小児入院医療管理料病床	13	+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	25	+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),へき地拠点病院,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標準病院群)

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： 11 人 2年目： 12 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	49	1.98	50.70	45.53	178.24	48.80	23.64	12.13	0.99	3.50
皮膚科	3	0.6	0.26	0.23	4.95	1.35	36.00	13.48	0.07	1.37
小児科	4	0	3.34	3.00	2.84	0.78	33.67	1.82	0.84	0.71
精神科	2	0	0.02	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00
外科	19	0.19	19.77	17.76	60.19	16.48	4.94	11.00	1.03	3.14
泌尿器科	2	0.08	0.66	0.59	5.85	1.60	2.59	5.53	0.32	2.81
脳神経外科	2	0	0.29	0.26	8.08	2.21	54.65	17.20	0.15	4.04
整形外科	11	0.39	7.89	7.09	58.01	15.88	53.92	15.71	0.69	5.09
形成外科	3	0	1.59	1.42	5.90	1.62	27.04	8.45	0.53	1.97
眼科	4	0	0.30	0.27	14.25	3.90	2.30	4.52	0.07	3.56
耳鼻咽喉科	4	0	0.31	0.28	3.20	0.88	2.20	7.18	0.08	0.80
産婦人科	3	0.23	5.92	5.32	8.26	2.26	1.03	5.72	1.83	2.56
リハビリテーション科	1	0	0.57	0.52	0.00	0.00	1.18	0.00	0.57	0.00
放射線科	6	0	14.26	12.81	0.00	0.00	21.23	0.00	2.38	0.00
麻酔科	8	2.91	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	3	0.17	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	1	0.55	5.17	4.64	0.01	0.00	59.84	1.00	3.33	0.01
歯科口腔外科	1	0.4	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
緩和ケア科	2	0	0.31	0.28	15.47	4.24	31.52	55.65	0.16	7.74
研修医	23									
全体	152	7.5	111.36	100.00	365.25	100.00	22.76	10.95	0.70	2.29

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	111.36	110.24	119.90	101.02	91.94
1日あたり外来初診患者数	25.34	26.88	29.84	94.27	90.08
新患率	22.76	24.38	24.88		
1日あたり入院患者数	365.25	373.36	369.57	97.83	101.03
1日あたり新入院患者数	33.41	32.63	31.57	102.39	103.36