

# 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 10 月 28 日～10 月 29 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。福井県域を中心とした政策医療・高度医療の基幹病院として、地域医療支援病院・都道府県がん診療連携拠点病院・総合周産期母子医療センター・救急救命センター・へき地拠点病院・エイズ治療拠点病院・難病医療拠点病院・基幹災害拠点病院・原子力災害拠点病院等の多くの指定を得ており、理念である「県民に信頼され、心あたたまる病院」を具現化している。

県立病院として行政との連携は密接であり、地域住民・医療機関・福祉施設を対象とした公開講座や研修会・勉強会の積極的な実施に加え、今回の病院機能評価も更新受審であるなど、病院の質・安全の向上に向けた取り組み意欲は高く、病院長はじめ職員が一体となって、活気ある病院運営に努力されており、良好な状況である。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念・基本方針は明文化され、定期的な基本方針の見直し、院内外への周知も適切に図られている。病院長・看護部長・事務局長は、病院の運営上の課題・問題を把握し、中期計画に基づいた年度毎の運営重点目標を作成し、各部署に掲示するなどリーダーシップを適切に発揮している。意思決定会議である院議が定期に開

催されており、運営に必要な会議、委員会も開催されている。情報管理に関しては、厚生労働省のガイドラインに沿った運用がされており、真正性・見読性・保存性が担保されている。県の文書管理規程に基づき病院内の規程が作成され、文書受付においてもルールが遵守されている。

人事・労務管理では、医療法や施設基準で必要な人材は確保されているものの、今後、年間総労働時間の短縮や有給休暇取得率の向上に向けて、さらなる取り組みの強化が望まれる。労働安全・衛生委員会は毎月開催され、職業感染防止に対する予防接種など積極的な取り組みがされているなど、おおむね適切である。福利厚生は充実しており、職員就労のモチベーションを高めることを目的に設置された「次世代ファースト座談会」は工夫された取り組みとして評価できる。

職員の教育・研修では、教育研修委員会が中心となり年間計画が策定され、インターネット研修や動画の配信、e-ラーニングによる取り組みがされている。能力評価・能力開発では、各職種において個々の能力評価が行われ、教育プログラムに基づいた指導が行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、権利の擁護についてもおおむね適切である。説明と同意に関する指針と手順は明文化されている。患者との診療情報の共有や医療への患者参画の促進は、クリニカル・パスや疾患に関するパンフレットの配備など、様々な取り組みや工夫が行われている。患者支援体制は、「なんでも相談」コーナーで多様な相談に対応し院内外との連携を図りながら適切に行われている。個人情報保護およびプライバシーの保護は、規程が整備され現場での対応も適切である。臨床における倫理的課題についての方針は明確であり、現場での倫理的課題については検討・対応されている。倫理委員会での患者を主体とした倫理的課題の検討の活発化は、今後の課題である。

療養環境の整備と利便性については、院内に売店・ATM・図書室などが設置され、全館バリアフリー構造であり、高齢者・障害者に配慮した環境となっている。また、診療・ケアに必要なスペースや患者・家族がくつろげるスペースが確保されるなど、快適な環境が提供されている。敷地内禁煙であり、受動喫煙防止に向けて積極的に取り組んでいる。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見・要望等は、意見箱や患者満足度調査等により収集され、関係部門や患者サービス等改善委員会の検討を経て、対応内容は院内掲示やホームページに掲載してフィードバックされている。診療の質向上に向けた活動では、複数科の横断的診療カンファレンスやキャンサーボード、臨床病理検討会などが多数開催されている。クリニカル・パスは積極的に活用され、バリエーション分析を行ってパス大会も開催されている。臨床指標の収集・分析が行われている。業務の質改善では、各部署がチームで質改善活動を行い、医療の質・機能評価向上会議で集約・分析する仕組みであり、組織的な活動が行われている。倫理・安全面などに配慮した

新たな診療・治療方法等の導入では、ロボット支援手術の導入や適応外・未承認薬使用等が倫理委員会で審査されており、医療者の能力評価・支援、監視体制、フォローアップ等の取り組みがある。

診療・看護の責任者や担当者は明示され、主治医不在時の対応、看護師長のラウンドによる診療・ケアの状況把握やスタッフ教育などが適切に行われている。診療記録は、必要な情報が規程に基づいて適時に記載され、診療記録の質的点検が診療記録管理委員会の監査マニュアルに従って主治医全員に対して行われている。多職種協働による診療・ケアでは、専門チームや多くの専門・認定看護師が診療計画を作成し、組織横断的に活動されており適切である。

## 5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、副院長を室長とした体制は確立している。インシデント報告は電子カルテ端末から入力したものを、医療安全管理室で集計と事実確認を行っている。オカレンス報告として、死亡・死産事例とコードブルー事例を全例報告している。インシデント分析と対策は、医療安全対策委員会や医療安全班会議、リスクマネージャー会議等で検討しており、委員会は適切に機能している。

患者誤認防止は、患者自身による氏名の名乗りを基本とし、あらゆる場面で実施している。ダブルチェックや部位誤認防止のマーキング手順が作成され、サインイン・タイムアウトについても、手術室・放射線部・内視鏡室で適切に実施している。院内規定に沿って、医師の指示出し、看護師の指示受け、実施確認は適切に行われている。病理・画像所見が未確認の際への対応は、放射線部門から直接担当医に連絡し確認を促すなど、情報伝達エラー防止に努めている。麻薬等、ハイリスク薬剤の保管・管理は適切である。

転倒・転落については、患者・家族もリスク評価に参加し、転倒・転落予防への認識を高めてアクシデントの低減につなげている。院内で使用する医療機器は、臨床工学部で適切に点検・管理・保管し、機器の安全な使用に努めている。院内緊急コードとして「コードブルー」を整備している。BLS 研修は全職員を対象として毎年実施しており、救急カートについても適切に整備・管理している。

## 6. 医療関連感染制御

病院長直轄の医療安全管理室に感染防止班を設置し、多職種が月 1 回会議を開催している。ICT が週 1 回ラウンドを行い、年間計画に基づいて院内の必要な全部署を点検している。毎朝、血液培養陽性者カンファレンスを開催し、組織横断的に情報収集・検討・主治医へ抗菌薬の変更等の提案を行っている。院内感染防止対策マニュアルはほぼ毎年改訂し、地域の関連医療施設間で定期的に会議を開催している。新型コロナウイルス感染症に対してはコロナ専用病棟を稼働させ、県全体の 4 分の 1 近くの入院患者を受け入れるなど地域に貢献している。アウトブレイクの定義は明確で対応した事例もあり、主要な医療関連感染の発生状況は全て把握している。JANIS に参加して院外での流行情報の収集に努めている。

手指衛生のモニタリングとして手指消毒剤の消費量を調査しており、前年度から改善している。耐性菌の取り扱い手順や隔離解除基準を作成し、感染経路別の予防策を実践している。抗菌薬の採用は1増1減を条件とし、抗菌薬適正使用マニュアルに則って抗菌薬の種類と用法を具体的に定め、適正使用を促している。周術期の抗菌薬の予防的投与はクリニカル・パスを利用して標準化している。全体を通して適切な医療関連感染制御への取り組みがなされている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の広報は、情報発信力強化委員会が担い、活発な広報活動が展開されている。広報誌「コンパス」を年3回県民対象に発行し、地域医療連携医向けとして「病院機能情報」を記載した冊子を毎年発行している。ホームページには、診療案内・診療機能・臨床指標等の患者・医療関連施設等に必要な情報が適切に掲載されている。特に、100例を超える患者用クリニカル・パスを掲載していることは、患者にとり有用な情報であり評価できる。

地域医療連携推進室を設置して、地域の医療関連施設等の状況把握と連携に努め、具体的な取り組みとして、病院長を筆頭に幹部職員と担当課により、直接連携医療機関を訪問するなど顔の見える連携の強化にも努めている。また、Web会議システムを利用し開放型病床カンファレンスの開催や「ふくい医療情報連携システム」の運用も促進している。返書管理はチェック機能が発揮され、ほぼ100%の返書率を保持している。

がんや陽子線治療に関する公開講座の開催や医療安全週間の行事には、医師や専門職がパネル展示・ミニ講座等を開催するなど、地域住民に対して医療に関する教育・啓発を行っている。地域の医療機関や職員向けとしては、開放型病床カンファレンスの開催やナイトカフェと称した循環器内科症例検討会の開催に加え、がん性疼痛看護・感染管理・救急看護・手術看護等の認定看護師による研修会が実施されているなど、活発に医療知識や技術に関する研修・支援が実施されている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

全体を通してチーム医療による診療・ケアは円滑に実践され、良質な医療が展開されている。

入院の決定は医学的判断に基づき、患者の病態の個別性にも考慮して多職種により迅速に入院診療計画を作成し、患者・家族に対して説明し同意を得ている。患者・家族からの相談は「なんでも相談」コーナーの看護師が初期対応を行い、相談内容に応じて、関連部門と連携を取りながら多様な相談に対応している。

医師は、診療科内で定期的にカンファレンスを開催して診療方針を検討している。また、多職種カンファレンス等を通してチーム医療におけるリーダーシップを発揮している。病棟の看護業務については病棟業務基準や看護基準を定めて業務を遂行するとともに、看護部の教育マニュアルやラダー制度を通して、新人看護師、中途採用者や異動者の教育も行っている。投薬・輸血については、必要性和リスクについて患者・家族に説明し同意を得ている。周術期の対応として、手術の適応や

術式選択などをカンファレンスで検討し、必要時に関連診療科と協議している。麻酔科医と手術室看護師は術前・術後の訪問を行い、手術時の安全確認は手順書に則って励行している。リハビリテーションについては、主治医がリハビリテーションの必要性を判断のうえオーダーし、療法士がオーダーを受けて患者の社会的背景や要望を考慮しながら対応している。退院支援として、入院早期から退院支援計画書を作成し支援を開始している。また、退院に向けて多職種により退院前カンファレンスを行い、退院後の方針やサポートの計画を立案し、患者・家族へ退院に必要な指導を行っている。

#### ＜副機能：精神科病院＞

精神科救急の県内での基幹病院としての機能や、身体合併症を有する精神疾患患者を積極的に受け入れ、クロザピン、修正型 ECT への取り組みなど、地域に密着した総合病院精神科としての役割を果たしている。特にリエゾン医療や精神科専門看護師による他科スタッフへのサポートなど高く評価できる。入院に際しては、精神保健福祉法が遵守され、各種の検査・処置についても説明・同意取得は確実に行われている。医療相談については、病棟に精神保健福祉士が配置されており、迅速な相談体制も整備されている。ECT については麻酔科医の関与により行われており、ECT カンファレンスで導入時の検討やその後の検証も行われているなど適切である。隔離・拘束については適切に行われている。退院後の診療・ケアについては、自院でのデイケアや訪問看護が行われており、自院で有していない機能については、積極的に院外の社会資源との連携が行われており適切である。

### 9. 良質な医療を構成する機能

良質な医療を構成する機能は、多くの部署で適切に稼働しており、高い機能を発揮している。

薬剤部門については、処方鑑査・調剤鑑査、疑義照会への対応など、おおむね適切な管理機能が発揮されている。臨床検査については、一般検体検査や微生物検査、生理機能検査、病理検査、輸血・血液管理など、24 時間対応の体制を整備している。画像診断については、オーダーから検査実施、読影所見報告に至る手順を定め標準化している。緊急を要する症例には即日対応し、CT と MRI の放射線科医による当日中の読影率も高く、診断困難症例は毎朝放射線科医が全員参加するカンファレンスで最終診断を決定している。画像診断の既読システムを導入し、未読が認められる症例には主治医に電話で通知して未読の防止を徹底している。さらに、既読率を診療科ごとに出し医局会で報告して改善を促す仕組みもある。これらの画像診断機能は適切であり高く評価できる。食事の提供については、患者の要望を常に把握して行事食の導入や選択メニューの毎食実施等患者中心の食事の提供に配慮するとともに、ノロウイルス対策の取り組みとして、再加熱カートの加熱温度・加熱時間の最適化を実現するなど、常に患者への安全で美味しい食事の提供に努力するなど秀でた取り組みが実践されている。リハビリテーションについては、リハビリ訓練を年間 365 日実施して連続性の確保に努めている。診療情報は 1 患者・1ID

とし、一元的に管理している。臨床工学技士が医療機器管理の一元管理システムを使用して中央管理している。滅菌・洗浄機能についても適切に発揮している。

病理部門については、おおむね適切に機能を発揮している。放射線治療機能については、リニアックを用いた通常の放射線治療・高精度な VMAT-IMRT・陽子線治療・放射性ヨード治療を行い、これらの実施状況は公益財団法人医用原子力技術研究振興財団の第三者評価を定期的に受けて治療の品質維持に努めている。これらを踏まえて、福井県のみならず北陸地方の放射線治療機能の拠点の一つとして地域に多大な貢献をしていることは高く評価できる。救急医療機能は、年間約 16,000 名の救急患者を受け入れ、救急搬送は約 3,500 件であり、応需率は約 99%であるなど、地域の救急医療の中心的な役割を担っている。すべての領域の救急医療に対応し、初療室では、救命のための開胸・開腹手術、PCPS などの緊急手術や高度な処置を実施している。基幹型災害拠点病院として、2021 年度からドクターヘリが稼働し、既に 4 か月で 130 回出動するなど、救急医療機能は高く評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

予算編成は、年次事業計画に沿って各診療科および各部門の意見・要望ならびに経営状況も踏まえて検討されている。財務諸表は、規程に則り適正に作成され、会計処理・監査も適切である。医事業務については、受付から会計までの窓口業務や収納業務の業務手順が整備され、レセプトの作成および点検は、各診療科医師による点検を実施し、適正な保険請求に努めている。返戻・査定に対しては、診療医事委員会に対応・対策を検討する仕組みがある。未収金は、マニュアルに従い回収向上に努力している。委託業務における業者選定については、一般入札であり質・効率等の検討を経た後に所定の手続きに則り決定されている。必要時には業者選定の見直しが行われている。

施設・設備は、委託業者を加えた日常点検と計画的な保守管理が実施されている。診療材料の購入は診療材料委員会で検討され、薬剤については薬事委員会の審議を経て購入する仕組みとなっている。SPD システムが導入され円滑な供給体制が整備され、在庫管理・使用期限等も合わせて管理されている。

基幹災害拠点病院として災害時の対応は適切である。休日・夜間の連絡体制など、緊急時の対応体制は明確であり、災害訓練や消防訓練を適正に実施している。保安業務については、24 時間体制で実施され、緊急時の対応手順と緊急連絡方法は明確であり周知されている。医療事故発生時の対応手順は医療安全マニュアルに定められ、全職員に周知が図られている。

## 11. 臨床研修、学生実習

臨床研修病院として、初期研修の方針と計画は明確である。研修医については臨床研修委員会・臨床研修管理委員会が担当し、研修医は各科カンファレンス・CPC・キャンサーボードに積極的に参加し、EPOC2 による研修医評価、研修医と指導医での相互評価も実施されている。看護師を含めた各専門職種は新人研修プログラムに則り研修が実施され、研修医とともにシミュレーターも活用している。指導

者は明確であり、評価も形成的評価が導入され、指導者の育成にも努力している。

看護師・助産師・薬剤師・精神保健福祉士・管理栄養士・診療放射線技師・臨床検査技師等、多くの学生を受け入れ、経営管理課が窓口になり学生の情報を一元的に集約している。職種ごとに実習前に統一した内容のオリエンテーションが実施されている。各職種の実習指導者はカリキュラムに沿った実習と評価を行っている。入院中の患者・家族への周知もされ、実習中の事故等への対応も明確である。

# 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・プライバシーを適切に保護している	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	B
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
1.4	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	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	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	A
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	B
2.2.18	安全確保のための身体抑制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	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	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	B
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	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、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	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 物品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

---

4.6.3 医療事故等に適切に対応している 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	栄養管理と食事指導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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2021 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： 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	601	535	-120	62	11.3
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	198	198	+0	68.7	110.3
結核病床	6	6	+0	42.8	16.9
感染症病床	4	4	+0	19.4	6.6
総数	809	743	-120		

## 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)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	4	+0
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
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	1	+0
無菌病室	6	+0
人工透析	34	+3
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	-50
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	20	+0
精神科隔離室	26	+0
精神科救急入院病床	57	+0
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

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(Ⅲ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： 18 人 2年目： 7 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

## 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

[illegible]

## I-2-2 年度推移

2020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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	1,055.05	1,185.33	1,164.15	89.01	101.82
1日あたり外来初診患者数	50.80	116.30	120.36	43.68	96.63
新患率	4.81	9.81	10.34		
1日あたり入院患者数	505.61	611.32	614.60	82.71	99.47
1日あたり新入院患者数	33.58	40.62	40.11	82.67	101.27