

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」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 24 日～10 月 26 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 3	条件付認定（6 ヶ月）
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 3
 1. 説明と同意に関して、貴院が補充的な審査で作成したテンプレートの利用状況の把握を含めた意思決定支援の状況についての評価を実施し実績を積み上げてください。（1. 1. 2）
 2. 内部通報窓口の匿名性の確保も含め、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（1. 3. 1）
 3. デバイスサーベイランスの対象となる機器を使用している全病棟を対象とした計画的・継続的なデバイスサーベイランスを実施してください。（1. 4. 2）
 4. 高難度新規医療技術実施後の担当部署からのモニタリングについて、さらなる体制の整備と確実な運用に努めてください。（1. 5. 4）
 5. 手術実施時の左右マーキングに対する体制整備について、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（2. 1. 3）
 6. 臨床検査におけるパニック値は、医師が不在の場合も含め検査・治療などが可能な医師に、確実に、かつ迅速に伝えられる手順を見直し確実に実行してください。（2. 1. 4）
 7. 急変の兆候を捉えて対応する仕組みについて、全身管理が可能な医師等が適切に対応できる体制を整備してください。また、BLS 研修について、職員の計画的な受講に努めてください。（2. 1. 8）
 8. 鎮静剤使用に際して手順書を整備し確実に運用してください。（2. 2. 3）
 9. 診療科購入機器も含めた医療機器管理体制の構築について、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（3. 1. 7）
 10. 非常勤医師の健康診断の受診状況の把握に関して、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（4. 2. 3）
- ・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、特定機能病院として、また奈良県全域の最終ディフェンスラインとして、その機能を余すところなく発揮してきた。災害拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、エイズ中核拠点病院、精神科救急医療施設、肝疾患診療連携拠点病院などの指定のほか、がんゲノム医療連携病院、奈良県難病診療連携拠点病院、奈良県アレルギー疾患医療拠点病院、災害拠点精神科病院など、地域の実情に合わせて新しい機能を順次整備し、現在に至っている。高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター、小児センターなど、診療科の垣根を越えた幅広い診療が可能な多くのセンターを設置しているほか、地域で必要とされる医療を確実に地域に提供している。日々訓練され、整備された救急機能は、年間 800 件を超えるドクターカーの出動やドクターヘリの活躍は、貴院の優れた高度医療提供体制を示す実績である。高い水準の放射線治療機器を揃え、今後は臨床研究中核病院の指定を目指して体制整備を進めるなど、将来に向け、着実に進化しつつあることが確認できた。今回の受審を、貴院の次のステップへの飛躍につなげ、さらなる活躍を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、「奈良県立医科大学の将来像」作成時に改訂され、院内外に周知されている。病院運営協議会が病院の意思決定会議として機能し、「中期目標」「中期計画」が策定され、具体的な行動目標が決められている。院内の情報の管理・活用の方針は明確であり、院内の情報システムを統合的に管理し、導入や更新の年間計画を策定している。文書管理については、規程に基づき、文書の発信、受付、保管、保存、廃棄の運用をしている。今後、文書の一元管理について検討を望みたい。

病院の機能に見合った人材、法令や施設基準の必要人員は確保している。就業規則や給与規程などを整備して職員に周知しており、医師、看護職員の負担軽減および処遇の改善を検討している。定期健康診断、肝炎ウイルス検査やワクチン接種などを実施しているが、非常勤医師の健康状態の確認についても体制の構築が期待される。職員の意見・要望については、職員アンケートなどにより把握し、改善を図っている。院内で開催された研修については、開催実績などを把握し、医療安全、感染制御の研修は受講率が 100% となるように努めている。部門・部署ごとに職員の専門能力を評価し、能力の向上を図るプログラムはあるが、職種によってはキャリアパスをより明確にして能力開発の仕組みを確立することが期待される。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内外に周知されている。説明と同意については適切な体制が整備されているものの、意思決定支援の状況を評価し実績の積み重ねが期待される。患者参加の促進、患者支援体制、個人情報・プライバシー保護はいずれも適切に行われている。臨床における倫理的課題に対しては、臨床倫理コンサルテーションチームが組織され、現場の相談に応じる仕組みがある。今後、臨床倫理委員会と臨床倫理コンサルテーションチームとの連携を強化し、より組織的で継続的

な活動を期待する。

無線 LAN の設置を始めとした患者・家族の利便性への配慮がなされ、手摺りの設置や車椅子利用を考慮した高齢者・障害者に配慮した施設・設備が整備されている。また、患者がくつろげるような椅子や展示物の配備を含めた療養環境が整備されている。敷地内における喫煙防止を呼びかける禁煙パトロールを実施し、職員には禁煙の推進を図るための取り組みがなされている。がん診療連携拠点病院として敷地内禁煙を掲げているが、精神科を含めて全館・敷地内禁煙の徹底が望まれる。

4. 医療の質

患者意見箱や患者満足度調査等から収集された意見を検討し、必要な意見については改善策が講じられ、改善策の評価も行われている。臨床指標については、前年度の課題を踏まえて計画を立案し院内の質改善に取り組み、改善の取り組みについて評価を実施し活動成果に関連する診療科にフィードバックしており、病院として改善活動に繋げる体制が確立されている。業務の質改善について、TQM 大会や QI 活動が積極的に行われている。高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に関しては、責任部署による実施後の定期的なモニタリングの実施が必要である。

病棟や外来における診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、診療録の記載についても必要な項目が適時記載されている。診療録の質的点検や院内で使用する略語については適切な体制が整えられ運用されている。患者の診療・ケアについては、NST や ICT、褥瘡対策チーム、緩和ケアチームなどの多くの専門チームが活動しているほか、小児センター、総合周産期母子センターや中央手術部では、関連する専門チームや臨床工学技士、臨床心理士等が関わっており、チーム医療が積極的に展開されている。

5. 医療安全

医療安全推進室に多職種の専従者を配置し、委員会活動、インシデントレポートの収集・分析、全死亡事例の把握等が行われており、マニュアルは職員がいつでも閲覧できる環境が整備されている。内部通報窓口に関しては、匿名性の担保や職員に対する周知徹底を望みたい。

小児を含め患者誤認防止のためにリストバンドが導入されており、誤薬防止のための対策も整備されている。左右誤認防止のためのマーキング方法の統一については、改訂した手順の運用と定着が望まれる。指示出し・指示受け・実施・確認の一連の流れは適切であり、口頭指示についても適切に運用されている。検体検査部門からのパニック値の報告については確実に医師に伝わる仕組みの構築が必要である。病棟における管理薬の運用、薬剤部門から払い出される薬剤に対するバーコードを活用した取り違えの防止など適切に取り組んでいる。転倒・転落防止対策は適切に実施されている。医療安全管理部門に臨床工学技士を配置し、機器の安全使用を実施しており、機器の教育・指導、機器使用のチェック体制、メンテナンス体制も適切である。患者急変時の対応については、RRS が整備されたが、全身管理可能

な医師が適切に対応できる体制の整備が必要である。BLS・AED 使用訓練については引き続き計画的に全職員に実施する体制の構築が必要である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、中央部門として病院長直属の感染管理室があり、室長には ICD が就任しており、室長は感染症センター教授を兼務している。感染管理室には ICN、専従の薬剤師、感染制御認定臨床微生物検査技師が配置され体制が整備されている。毎週感染症ラウンドが行われており適切に運営されている。また、地域の病院のサイトビジットを行い、感染症対策についての地域連携カンファレンスを 3 か月に 1 度開催して地域医療に貢献している。一方、デバイス関連サーベイランスについては、引き続きデバイスサーベイランスの対象となる機器を使用している全病棟を対象とした計画的・継続的なサーベイランスの実施が必要である。

抗菌薬の採用・中止の検討については AST が関与している。感染対策の活動状況については、定期的なアンチバイオグラムを集積し院内へ周知している。抗菌薬の適正使用について、届け出抗菌薬については全症例について使用目的や用法・用量について介入している。

7. 地域への情報発信と連携

病院案内、入院案内、病院ニュース、学報、年報および地域連携室だよりなどが定期的に発行されている。ホームページは総務広報課が管理し、適時情報の更新が行われている。奈良県唯一の特定機能病院としてその役割・機能を明確にしておき、連携する地域の医療・介護・福祉施設等に関する情報は収集・整理され、連携に活用されている。地域の病院との連携協定制度がある。紹介患者については地域医療連携室が関与し、円滑に診療を受けられるように配慮されている。地域医療連携推進委員会、地域医療連携懇話会、担当者レベルの「だいぶつの会」を開催するなど地域連携の促進に努力している。コロナ禍の環境下で、延期・中止もあるが、Web 配信やハイブリッド形式による県民公開講座や講演会等などを工夫して開催されている。近隣の医師会や連携医療機関等との「連携登録医のつどい」や「地域医療連携談話会」を開催している。また、がん診療連携拠点病院として地域の医療従事者向けへの技術的な講習会開催など、地域の健康増進、医療施設・従事者の支援活動は、部門・部署ごとに多種・多様に実施されており適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は適切に行われており、患者が受診するのに必要な情報は、ホームページに掲載するほか、総合案内を設置し受診案内などをするなど、円滑に受診ができるように努めている。鎮静剤を使用する検査等については、さらなる手順書の整備が期待される。入院に際しては病態に応じた診断・評価を行い、患者の個人の要望に沿って対応をしている。なお、診療計画書作成時には病棟担当薬剤師や管理栄養士など多職種の参加が望まれる。患者・家族からの医療相談に対応する体制が整備

され、多岐にわたる相談に応じており、入退院支援センターでの入院前支援、アレルギーチェックを含めた必要な情報の共有も適切である。

患者状態適応型パスシステムに基づき看護計画を立案し、定期的に評価を行い、状態に応じた看護実践を行っている。看護師の特定行為研修修了者が多く在籍し、質の高い看護実践が行われている。輸血療法、褥瘡発生予防、栄養管理など、いずれも適切に実施している。患者の苦痛や疼痛については、共通の評価スケールを用いて評価を行い、必要時には緩和ケアセンターやペインクリニックに受診を依頼する体制を整えている。身体抑制は適切に行われ、抑制率の低減が継続的な課題となっている。退院後の患者ケアについては、病棟と外来を統合した看護体制を構築し、継続性を高めている。終末期ケアマニュアルに「予後予測スケール」を掲載し、終末期や臨死期の判断基準を設け、多職種で診療・ケア計画を検討し実践している。

<副機能：精神科病院>

精神科医療においては、積極的な精神科急性期治療および身体合併症治療に特化した病床を整備し、措置入院患者の受け入れや地域の精神科単科病院からの修正型電気けいれん療法の依頼に対応するなど地域に貢献している。施設基準に基づいて適切に職員を配置し、外来は診療予約制で来院した患者がスムーズに診察され、任意入院、医療保護入院、措置入院の患者管理については、精神保健指定医の関与により適切に実施されている。精神科作業療法は、主治医指示のもと、病棟専従の作業療法士により個々の患者の計画が作成され、該当患者に対して精神科作業療法を適切に実施している。隔離の実施や身体拘束についても対応手順に則り適切に実施している。精神科ケアに関しては、患者状態適応型パスシステムが構築され、診療計画を確実に実施している。ショートケア・デイケアなどの退院後の治療環境も整備されている。m-ECT 治療については、より綿密な観察経過などが必要と考えられるため、クリニカル・パスの導入について検討を期待したい。今後とも各領域所見を参考にした質の高い精神科病棟における診療・ケアの充実と質の向上、地域における貢献などの継続を期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、医薬品安全管理責任者を中心とした管理体制が構築され、随所でバーコードを活用した薬品の安全性に配慮した調剤を実施している。画像診断機能では、遠隔診断ネットワークシステムを用いた読影を実施し、夜間・休日にも放射線医が勤務して緊急検査にも対応している。画像診断医が不足している地域の病院との間に ICT を利用した遠隔カンファレンスシステムを稼働させ、遠隔読影体制を稼働していることは地域医療への貢献として模範的であり、特定機能病院としての画像診断機能を十分に発揮している。栄養管理機能では、調理室内は衛生的な環境や作業動線が確保され、がん治療による味覚異常などにも NST の介入のもとに適切に対応しており、選択メニューの実施については早期の再開に期待したい。リハビリテーション機能では、2021 年にリハビリテーション医学講座が開設されり

ハビリテーションの早期介入、主治医との連携、多職種連携を積極的に実践している。診療情報管理は電子カルテによる1患者1IDで一元管理し、診療録の量的点検も適切に実施している。院内で使用する医療機器は医療技術センターで一元管理しており、診療科等で独自に購入した医療機器等の一元管理も開始される予定であり、実績の積み重ねが期待される。洗浄・滅菌機能では、洗浄評価や滅菌の質評価・管理を適切に行っている。

放射線治療部は、奈良県がん診療拠点病院として、十分な設備と人員を備えており、高度な治療としてIMRTにも対応しており、根治治療から緩和治療まで行っている。輸血管理では、輸血用血液製剤の発注や供給等に関するシステムを構築し、必要時に製剤がタイムリーに使用できる体制が構築されている。高度救命救急センターはドクターカーおよびドクターヘリを擁し、多数の患者を受け入れている。病院前診療実績も多く、奈良県下および周辺近畿地方の救急医療の核として、今後も重要な役割を担うことが期待される。

10. 組織・施設の管理

会計基準に基づく会計処理が行われ、監査法人等による監査を受けており、経営状況の向上について、積極的に取り組んでいる。窓口での収納、診療報酬請求、返戻や査定の再請求等を行っており、未収金の回収に努めている。未収金額が高額であることを踏まえて、発生させない工夫をするとより良い。委託業者の選定は一般競争入札を基本としており、業務の質の担保を図っている。施設・設備の維持管理の担当部署を明確にして、計画的な施設・設備の管理を行っている。購入物品の選定は組織的に検討され、内部牽制機能も確保されている。医療材料はSPD方式を導入し、在庫管理も適切に行われている。

基幹災害拠点病院として、職員の安否確認システムを導入するなど、災害時の対応体制は整備されている。患者・家族および職員の安全に関わる保安体制は整備されている。医療事故発生時の連絡体制や対応手順が明示され、タイムリーに委員会等で検討する仕組みが構築され、再発防止に向けて組織的に取り組んでいる。

11. 臨床研修、学生実習

臨床研修センターを設置し、医科と歯科において垣根のない環境で初期臨床研修が行われている。医科・歯科ともに研修プログラムが整備されており、研修の進捗状況の評価はEPOC2を活用し、双方向性による評価と多職種による360度評価も行っている。医科の臨床研修ではそれぞれの研修医の希望にマッチするように工夫されている。看護師は、「厚生労働省新人看護職員研修ガイドライン」を活用して1年間の初期研修を行っている。薬剤師はプリセプター制度により3年間の初期研修プログラムにより実施している。臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等の職種も研修プログラムを策定して、計画的な初期研修を適切に行っている。また、多くの職種の学生実習を受け入れて、カリキュラムに沿った実習が行われ、適切に評価を行っている。

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	C
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	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	C
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	C
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・治療方法や技術を開発・導入している	C
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	B

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	C
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	C
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	B
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	C
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	C
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	B
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	A
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	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	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	C
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	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	C
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	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	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	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	任意入院の管理を適切に行っている	B
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	B
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	B
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	B

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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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： 奈良県立医科大学附属病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院3、精神科病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 都道府県
 I-1-4 所在地： 奈良県橿原市四条町840

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	875	817	+0	63.9	10.13
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	108	104	+0	66.66	61.01
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	9	9	+0	24.63	9.26
総数	992	930	+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	40	+0
集中治療管理室 (ICU)	14	+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	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	21	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	22	+0
人工透析	11	+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
特殊疾患病床	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	52	+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

特定機能病院, 災害拠点病院(基幹), 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, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院(Ⅰ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： 53 人 2年目： 49 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

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)
呼吸器内科	11	20.4	163.16	7.23	44.98	6.97	1.51	21.99	5.20	1.43
循環器内科	7	21.2	133.94	5.93	30.55	4.73	3.46	10.43	4.75	1.08
消化器内科（胃腸内科）	12	17.01	155.57	6.89	39.90	6.18	2.86	9.05	5.36	1.38
腎臓内科	3	15.8	73.55	3.26	17.50	2.71	2.27	16.49	3.91	0.93
神経内科	7	10.42	70.21	3.11	26.51	4.11	4.22	18.59	4.03	1.52
糖尿病内科（代謝内科）	4	9.2	86.59	3.84	2.41	0.37	1.46	11.89	6.56	0.18
皮膚科	7	20.98	86.02	3.81	6.69	1.04	4.28	15.46	3.07	0.20
感染症内科	4	5	20.94	0.93	10.03	1.55	15.71	18.82	2.33	1.10
小児科	10	12.54	75.12	3.33	48.62	7.53	5.72	17.08	3.33	2.16
精神科	16	19.76	266.02	11.78	70.62	10.94	2.42	69.95	7.44	1.97
呼吸器外科	2	0	15.14	0.67	6.29	0.97	2.78	10.88	7.57	3.15
循環器外科（心臓・血管外科）	7	3.1	14.19	0.63	23.48	3.64	5.56	36.78	1.41	2.32
消化器外科（胃腸外科）	13	19.8	143.18	6.34	46.88	7.26	2.72	11.69	4.37	1.43
泌尿器科	8	5.11	103.23	4.57	21.93	3.40	3.42	7.98	7.87	1.67
脳神経外科	11	8.76	79.69	3.53	46.19	7.15	3.90	17.87	4.03	2.34
整形外科	12	23	106.69	4.73	37.06	5.74	6.82	15.44	3.05	1.06
形成外科	2	6.93	18.64	0.83	5.67	0.88	5.23	17.54	2.09	0.64
眼科	9	12.6	91.36	4.05	12.69	1.97	6.34	3.76	4.23	0.59
耳鼻咽喉科	8	12.11	96.20	4.26	21.53	3.34	6.39	12.57	4.78	1.07
産婦人科	9	14.17	123.65	5.48	48.40	7.50	5.17	8.98	5.34	2.09
リハビリテーション科	4	4.4	0.04	0.00	0.00	0.00	10.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	14	20.6	21.50	0.95	11.42	1.77	4.73	9.19	0.62	0.33
麻酔科	9	14	54.48	2.41	1.42	0.22	1.71	5.19	2.37	0.06
病理診断科	3	8.7	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	9	13.91	6.52	0.29	35.36	5.48	73.84	15.20	0.28	1.54
歯科口腔外科	8	15.8	105.76	4.69	13.40	2.08	14.99	22.49	4.44	0.56
放射線治療科	3	2.2	55.08	2.44	2.12	0.33	0.35	32.89	10.59	0.41
総合診療科	7	15.62	48.12	2.13	13.91	2.16	10.58	22.42	2.13	0.62
腫瘍内科	4	3	6.74	0.30	0.00	0.00	1.41	0.00	0.96	0.00
中央臨床検査部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
輸血部	2	3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
中央手術部	6	1.46	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
集中治療部	5	2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
中央放射線部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
中央内視鏡部	4	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
透析部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療情報部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
総合周産期母子医療センター	12	8.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
栄養管理部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床研修センター	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療安全推進室	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床研究センター	3	1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
脳卒中センター	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
健康管理センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
リウマチ外来	0	0	35.95	1.59	0.00	0.00	0.78	0.00	0.00	0.00
その他	1	1.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	2,257.28	2,110.49	2,366.61	106.96	89.18
1日あたり外来初診患者数	101.74	88.49	111.69	114.97	79.23
新患率	4.51	4.19	4.72		
1日あたり入院患者数	645.58	653.88	844.93	98.73	77.39
1日あたり新入院患者数	45.92	43.21	54.10	106.27	79.87