

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」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 15 日～11 月 17 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） |
|------|--------|-------------|

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
 1. 臨床指標を用いた医療の質改善の PDCA サイクルを確立して下さい。（1. 5. 2）
 2. 新たに組織された医療の質向上対策委員会を継続的に開催し、病院として取り組むべき課題を明確にして改善活動の実績を積み上げて下さい。（1. 5. 3）
 3. 診療科間で重複している略語を整理し、病院として使用可能な略語集の明確化をさらに推進して下さい。（2. 1. 2）
 4. BLS 研修を全職員を対象として定期的の実施して下さい。（2. 1. 8）
 5. 画像診断の読影率の向上を図って下さい。（3. 1. 3）
 6. 教育・研修を組織的に行う体制を整備し、計画に基づいて教育・研修を実施して下さい。（4. 3. 1）

1. 病院の特色

設立当初から、質の高い医療と地域の保健医療の向上を理念に掲げ、診療重視の姿勢を打ち出している。これを受けて、多領域の診療機能に関わるセンター機能、拠点機能を有している他、大学病院としての教育・研究機能も併せ持っており、診療・教育・研究機能が発揮されている。

事業運営に関しては独立行政法人化され、中長期計画および年度計画に基づき着実に進められている。以前から、病院機能評価を受審し、病院の改善に取り組んでおり、今回が 4 回目の受審である。以下に評価結果の総括をカテゴリ一別にまとめたので、詳細な評価報告と併せて参考になれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が設定され、必要に応じた見直しがなされ、周知が図られている。病院への貢献や臨床業務など 5 つの側面による医師の評価を行い、適切な病院運営に向けたリーダーシップを発揮している。法人として中・長期計画、年度計画

を立て、必要な会議・委員会を実施して、病院を運営している。情報の管理・活用については、医療の質、安全性、効率性の改善に向けたシステム構築などに適切に取り組んでいる。文書管理に関する方針と組織的な管理の仕組みでは、一元的管理・運用に検討・工夫を期待したい。

人材確保では、役割・機能に見合った人員の確保に向けて、整備・検討を期待したい。人事・労務管理では、ICカードの導入も予定していることから、正確で詳細な勤務実態の把握・検討が期待される。職員の安全衛生管理では、精神的サポートも含め適切に行われている。職員の就労意欲向上につながる取り組みでは、職場環境等に対する要望や提案などが収集・検討され、子育て世代の支援などが適切に行われている。

職員への教育・研修では、各部門・部署・委員会にて数多くの研修が行われている。病院として必要な全職員対象の研修会については、実施されている。医師を含め全職員に対し職務能力評価を行っている。職員の個別能力開発は、看護師ではクリニカルラダーを活用し、薬剤師はキャリアパスを作成し、スキルアップに向けた研修会を行っているが、一部の職種においてキャリアパスが未整備であり、継続的な職員育成への取り組みを期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利、子どもの権利は患者・家族や職員には様々な手法を用いて周知されている。説明と同意に関する方針や手順が明記され、説明文書は標準化されて患者・家族に分かりやすい内容になっている。同席のルール等も明確にされている。診療情報の提供は説明書が丁寧に整備され、入院案内等も適切な内容で患者の理解を促進している。患者・家族からの相談窓口として「患者支援センター」を設置し、患者相談に関するワンストップ体制を構築している。患者相談窓口にて相談内容に応じた振り分けを行い、専門職種による適切な相談対応を行っている。患者の個人情報・プライバシーに係る対応は適切になされている。臨床倫理に関する病院の方針として、輸血拒否、脳死判定のガイドラインに加えてACPに関する指針が制定されている。倫理コンサルテーションチームは発足後2年間の活動実績からもさらなる発展が期待される。また、各部署では、倫理的課題についてカンファレンス等で適切に検討されている。

公共交通や待合、駐車場が整備され、来院時の配慮がされている。院内に生活利便性の設備のほか生活延長上に必要な設備が整っている。携帯電話はエリアを限定し、一部エリアに無料Wi-Fiを整備し、患者や家族など病院利用者の視点で利便性・快適性に配慮している。病院全体はバリアフリーを確保している。トイレ・廊下などの手摺りが整備され、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。療養環境は必要なスペースが確保され、廊下等に障害物がなく安全性や衛生面も適切に整備されている。禁煙ポスターの掲示、禁煙促進の院内放送、週4回の禁煙パトロールを行うなど、禁煙活動を行っている。禁煙支援として産業医・保健師との面談を行っている。

4. 医療の質

意見箱に入った内容を医療サービス向上委員会にて検討し、改善提案がなされ病院長による内容確認、返答確認が行われている。毎年度患者満足度調査が行われ分析結果をもとに医療サービス向上委員会で検討し、対策を講じている。診療の質の向上に向けた活動の取り組みは、クリティカルパスを活用した医療の標準化や見直しが行われているが、臨床指標の活用から改善に向けた活動には、さらなる取り組みが必要である。病院機能評価受審への対応や ISO 受審など外部審査への対応は実践されている。業務の質改善に向けた組織横断的改善活動の体制として、医療の質向上対策委員会が整備されたので、今後の活動に期待したい。病院長を部門長とする新規医療技術等的決定部門が設置され、高難度新規医療技術や未承認新規医薬品に加えて、ハイリスク薬の適応外使用や禁忌薬、院内製剤等について検討を行う体制が整備されているが、説明・同意文書の記載や実施後の報告を確実に求める仕組みについては継続的な取り組みが求められる。医学系研究については、適切な審査と情報公開を行う体制が整備されている。

病棟・外来の診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、掲示して周知されている。医師の診療記事には略語が見られるため、病院として使用できる略語を定めておくことが望ましい。診療記録の質的点検は実施されている。多職種が連携した診療・ケアの実践や多職種による専門チーム活動など適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全推進部には専従医師、薬剤師、看護師をはじめとする適切な人員が配置され、収集されたインシデント、アクシデント情報等の分析と事故防止策の策定ならびにそれらの周知などが行われる体制が整備されている。特に、すべてのアクシデントと重要なインシデント事例については詳細な検討を行い、立案された対策の周知や実施状況についてはラウンドや巡回によって確認する取り組みについては高く評価される。

患者確認は本人によるフルネームでの名乗り、リストバンド、患者基本票で行っている。手術の部位確認はマーキングが行われている。検体検査のパニック報告は、主治医に確実に伝えられている。画像診断と病理レポートの未読防止の仕組みが確実に運用されている。口頭指示の薬剤量については、使用可能な単位が定められている。各部署の常備薬は最低限の品目に限定され、薬剤師による定期的な点検が行われている。転倒・転落のリスク評価を全患者に毎日行っている。ハイリスクの患者には転倒・転落予防策が立案されている。病棟で使用する輸液ポンプ等の医療機器は臨床工学センターで一元管理されている。心電図モニターのアラーム設定は患者毎に医師の指示により看護師により設定されている。院内緊急コードである「ドクターホワイトコール」と急変前の初期対応システムである「MET コール」を運用している。職員の急変時の対応訓練として入職時のみならず定期的な開催が望まれる。

6. 医療関連感染制御

中央部門として感染制御部が設置され、ICT が編成され感染制御に適切に取り組んでいる。マニュアルの改定は定期的に行われ、院内に周知されている。感染制御部には院内の感染に関する情報が集約され、これに基づいた改善活動を行って成果を上げている。SSI やデバイスサーベイランス等のターゲットサーベイランスが行われ、他施設とのベンチマークが行われている。病院全体として手指衛生に取り組んでおり、感染経路別予防策も徹底されている。感染性リネン類や感染性廃棄物の取り扱いについては施設した場所に収納されて適切に行われている。院内における抗菌薬の使用は、抗菌薬適正使用指針に則って適切に行われており、AST の介入もタイムリーに行われており、クリニカルパスにおける抗菌薬の選択についても AST が関与している。

7. 地域への情報発信と連携

病院広報誌を年 4 回発行し、医療機関向けに「病院だより」を定期的に配布しているほか、地元テレビ・ラジオ番組などで医療情報を発信している。病院のホームページに診療実績が掲載されている。地域連携部門において紹介・逆紹介、返書など連携に関する管理を行い、紹介元への返書など一元管理されている。市民公開講座をはじめ地域の医療関連施設や企業、学校など要請に応じた講演・研修会の開催・講師派遣を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者には、円滑な受診手続きが支援され、病態に応じた診療が安全に行われている。外来患者の情報収集やトリアージは確実に行われており、化学療法、内視鏡検査においても、開始前の体調管理、患者誤認防止、実施中・実施後の観察などが適切に行われている。診断的検査については、説明と同意から実施に至る各過程で確実・安全への配慮がなされている。入院の適応は診療科内のカンファレンスで決定され、患者への説明が行われている。弾力的な病床運営により、緊急入院を含めて円滑に患者を受け入れている。入院直後に多職種により入院診療計画書が作成されているが、その記載についてはより個別性を高め、診療方針が変更された場合には再作成することが望まれる。患者支援センターが患者相談窓口として一本化され、相談内容に応じて担当者につなぐ体制が整備されている。がん患者の就労支援などもがん専門看護師を中心に社会資源の活用などが適切に行われている。入院センターで入院時のオリエンテーションや持参薬の確認を看護師・薬剤師・事務により行っている。

医師の病棟業務では、診療における責任体制は明確であり、多職種との情報共有や連携を十分にとりながら業務を行っている。看護師は多様な場面を捉えて情報収集を行い、患者に個別性のある看護計画を立案し実施している。各部署における注射薬および内服薬の準備と実施は、ダブルチェックによる電子カルテの指示内容との照合が院内で統一された手順により適切に行われている。輸血は説明と同意のも

とで行われ、払い出しと実施時の患者・血液型確認、投与中の観察、副作用への対応などが適切に行われている。周術期の対応は、担当診療科医、関連診療科医、および麻酔科医の連携とともに多職種が関与し、手術の適応・リスク評価の検討から合併症予防まで、適切な周術期管理が行われている。重症患者の管理では、集中治療部門で患者の状況に応じて専門的な病床が選択されて管理が行われており、病棟における重症患者の管理も安全性に配慮して行われている。褥瘡リスク評価を全患者に行い、必要時看護計画を立案し定期的に褥瘡予防カンファレンスを実施している。褥瘡患者に対しては褥瘡対策チームの介入がある。入院患者の栄養管理は多職種が連携し、NST など必要なケア支援につなげている。「生活のしやすさに関する質問票」による苦痛のスクリーニングが実施され、がん患者の苦痛に早期から介入し、緩和ケアチームの介入も適宜なされている。リハビリテーション科の医師と療法士が協働して、個別性の高い計画を作成し、開始後は毎日の回診を通じて進捗を密に確認しながら必要に応じて計画を見直している。これらの活動は極めて高く評価できる。身体抑制は、説明と同意の取得から実施における安全の確保や倫理的配慮など適切に行われている。退院支援は、入院前に患者支援センターで情報収集や評価により早期に介入する体制が整備されている。退院後の診療・ケアの継続には、転院先等に診療情報提供書などで情報提供をして適切に支援している。ターミナルステージの判定は多職種によるカンファレンスで検討される。患者や家族の意向も取り入れながらターミナルステージの患者への対応がなされている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤機能は処方鑑査を含めた調剤、薬剤師による注射薬調製が適切に行われ、特に注射薬調剤は1 施用毎の払出しを徹底しており、安全に薬剤を供給する体制が整備されている。臨床検査機能は ISO15189 認定取得を維持しており、病院の機能に見合う検査が行われている。放射線診断医による読影率がやや低いため、重要所見の見逃し防止に向けて、専門医による読影の推進・拡大が望まれる。温冷配膳車、保温食器導入など、快適で美味しい食事が提供されている。より衛生面に配慮した食事ができるように IH 化を図り職場環境も改善している。主治医や病棟看護師と密に連携しながら、重症患者を含む幅広い患者に質の高いリハビリテーションを提供している。さまざまな先進的な取り組みを発信することで、日本のリハビリテーションをリードする存在となっている。診療情報管理機能は、量的点検項目に不足が認められ運用方法に検討の余地がある。臨床工学センターにて医療機器を一元的に管理する体制が整備されている。研究備品についても患者に使用する医療機器は保有や保守管理の状況等について継続的に速やかに把握・管理する仕組みの確立が望まれる。洗浄・滅菌業務は業者への全面委託のもと行われているが、中央滅菌部の責任者として看護部副看護部長が適切に管理している。

病理診断機能は、検体交差の防止に種々の方法を取り入れて多くの検査を行うとともに、精度管理への取り組みも適切である。放射線治療医と専門技師が連携して治療計画の作成とその検証を行っており、看護師は患者の不安軽減に努めている。照射時の患者・部位・照射量の確認、機器のメンテナンスは適切に行われている。

輸血部には適切な人員が配置され、アルブミンを含む輸血の管理と FFP の融解を含む輸血業務を行う体制が整備されている。手術・麻酔機能では、病院の機能に見合う人員が確保され、多くの高度な手術が行われているとともに、超緊急手術にも対応できる体制を確保するなど、多職種による機能が適切に発揮されている。集中治療機能では、高度な医療機器が整備された治療室で、集中治療部門の医師と専門性の高い多職種によるチーム医療が実践されている。救急医療機能は、一次から三次までの救急に関わり、ドクターヘリの運用で地域における救急医療の最後の砦として貢献しているほか、医師初期臨床研修で質の高い研修が実践されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、会計処理が適正に行われ、月次の経営状況の資料が適宜に作成され、主要会議などで適切に議論されている。医事業務では、窓口業務、会計処理およびレセプト作成を適切に実施されている。業務委託では、業者の選定の手続きなどについては適切に行われているが、委託業務従事者の教育・研修については、運用方法について検討を望みたい。

施設・清掃・設備における日常点検が施設管理者に報告されている。設備管理は中央監視制御設備により整えられ、24 時間常駐体制で緊急時の対応、連絡方法が徹底されていて施設・設備が適切に管理されている。医療材料、備品購入は委員会にて安全性や有用性、経済効果を比較し採否を決定している。物品管理は預託在庫方式（SPD）にて行い、棚卸、定数在庫の見直し、発注者と検収業務を区別し内部牽制機能を確保している。物品購入から品質管理、在庫管理が適切に行われている。

災害対策マニュアル、事業継続計画書（BCP）を整備し、これに基づいた総合訓練を実施している。リスクに対応する BCP は、大規模地震災害を想定した内容に止まっていて、新型コロナやサイバー攻撃などリスクを想定した事業継続計画書を策定することを期待したい。保安・警備は 24 時間体制で管理し、業務実施状況は保安日誌にて日々管理者に報告されている。事故発生時は、時間内・時間外とも通報・連絡体制を整え、病院規模や機能に応じた保安業務が整備されている。医療事故が発生した場合などの対応手順や原因の究明と再発防止策の立案を行う仕組みが構築されている。

11. 臨床研修、学生実習

医師の初期臨床研修プログラムをはじめ、歯科、薬剤師、看護師などラダーを利用した専門職種としてのキャリアパスを意識した初期研修が行われ、いずれも適切に行われている。医学生や看護学生、薬学生など多職種の多様な学生実習を受け入れ、特定機能病院として積極的に学生教育に取り組んでいる。学生実習については、カリキュラムに沿った実習が適切に行われている。

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 | 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 | 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 | 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 | B |
| 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 |
| 1.4 | 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 | C |

| | | |
|-------|---|---|
| 1.5.3 | 業務の質改善に継続的に取り組んでいる | C |
| 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 | 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 | C |
| 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 | 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 | 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 | 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 | S |
| 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 | C |
| 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | C |
| 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 | B |

| | | |
|-------|-----------------|---|
| 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 |

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：和歌山県立医科大学附属病院

I-1-2 機能種別：一般病院3

I-1-3 開設者：都道府県

I-1-4 所在地：和歌山県和歌山市紀三井寺811-1

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 | 760 | 760 | +0 | 79.2 | 11.8 |
| 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 | 40 | 40 | +0 | 59.5 | 63.1 |
| 結核病床 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 感染症病床 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 総数 | 800 | 800 | +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 | 0 | +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) | 5 | +0 |
| ハイケアユニット (HCU) | 15 | +0 |
| 脳卒中ケアユニット (SCU) | 0 | +0 |
| 新生児集中治療管理室 (NICU) | 9 | +0 |
| 周産期集中治療管理室 (MFICU) | 3 | +0 |
| 放射線病室 | 0 | +0 |
| 無菌病室 | 14 | +0 |
| 人工透析 | 35 | +19 |
| 小児入院医療管理料病床 | 40 | +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 | 5 | +0 |
| 精神科隔離室 | 3 | +0 |
| 精神科救急入院病床 | 0 | +0 |
| 精神科急性期治療病床 | 40 | +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： 59 人 2年目： 59 人 歯科： 3 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) |
|-------------------|-------------|--------------|---------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|-------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 循環器内科 | 26 | 0.2 | 54.44 | 3.46 | 37.92 | 6.06 | 5.21 | 10.06 | 2.08 | 1.45 |
| 消化器内科 (胃腸内科) | 29 | 0.1 | 143.17 | 9.11 | 46.37 | 7.41 | 3.95 | 7.77 | 4.92 | 1.59 |
| 腎臓内科 | 15 | 0.05 | 45.14 | 2.87 | 16.33 | 2.61 | 1.84 | 13.91 | 3.00 | 1.08 |
| 神経内科 | 17 | 0.05 | 52.21 | 3.32 | 14.38 | 2.30 | 4.51 | 17.70 | 3.06 | 0.84 |
| 血液内科 | 13 | 0.2 | 39.05 | 2.48 | 27.07 | 4.33 | 2.72 | 23.44 | 2.96 | 2.05 |
| 皮膚科 | 16 | 0.45 | 58.00 | 3.69 | 13.79 | 2.20 | 7.48 | 10.44 | 3.53 | 0.84 |
| 小児科 | 17 | 0.85 | 52.09 | 3.31 | 31.84 | 5.09 | 5.84 | 14.24 | 2.92 | 1.78 |
| 泌尿器科 | 13 | 0.1 | 96.69 | 6.15 | 27.75 | 4.43 | 2.77 | 8.55 | 7.38 | 2.12 |
| 脳神経外科 | 18 | 0 | 52.07 | 3.31 | 46.43 | 7.42 | 4.43 | 20.50 | 2.89 | 2.58 |
| 整形外科 | 23 | 0.35 | 75.24 | 4.79 | 36.84 | 5.89 | 6.52 | 16.50 | 3.22 | 1.58 |
| 形成外科 | 11 | 0.3 | 20.08 | 1.28 | 9.34 | 1.49 | 7.86 | 8.68 | 1.78 | 0.83 |
| 眼科 | 15 | 0.35 | 68.35 | 4.35 | 18.29 | 2.92 | 10.96 | 6.59 | 4.45 | 1.19 |
| 耳鼻咽喉科 | 20 | 0.05 | 71.19 | 4.53 | 27.08 | 4.33 | 5.69 | 13.27 | 3.55 | 1.35 |
| リハビリテーション科 | 14 | 0.3 | 17.44 | 1.11 | 7.16 | 1.14 | 0.83 | 16.38 | 1.22 | 0.50 |
| 放射線科 | 15 | 1.3 | 39.08 | 2.49 | 0.49 | 0.08 | 0.20 | 4.86 | 2.40 | 0.03 |
| 麻酔科 | 21 | 0.45 | 9.63 | 0.61 | 0.05 | 0.01 | 1.97 | 2.11 | 0.45 | 0.00 |
| 病理診断科 | 7 | 0.21 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 臨床検査科 | 2 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 救急科 | 20 | 0.1 | 18.20 | 1.16 | 50.94 | 8.14 | 57.80 | 12.18 | 0.91 | 2.53 |
| 歯科口腔外科 | 11 | 0.25 | 95.34 | 6.07 | 6.21 | 0.99 | 22.67 | 7.60 | 8.47 | 0.55 |
| 呼吸器内科・腫瘍内科 | 17 | 0.1 | 74.59 | 4.74 | 31.20 | 4.99 | 2.76 | 9.85 | 4.36 | 1.82 |
| 糖尿病・内分泌・代謝内科 | 17 | 0.1 | 99.55 | 6.33 | 13.08 | 2.09 | 1.85 | 10.97 | 5.82 | 0.76 |
| リウマチ・膠原病科 | 6 | 0.05 | 60.93 | 3.88 | 9.39 | 1.50 | 2.71 | 31.88 | 10.07 | 1.55 |
| 心臓血管外科・呼吸器外科・乳腺外科 | 19 | 0.2 | 75.68 | 4.81 | 34.72 | 5.55 | 3.05 | 14.43 | 3.94 | 1.81 |
| 消化器・内分泌・小児外科 | 17 | 0.05 | 92.64 | 5.89 | 62.67 | 10.01 | 2.85 | 13.71 | 5.43 | 3.68 |
| 産科・婦人科 | 11 | 0.1 | 94.27 | 6.00 | 31.02 | 4.96 | 4.60 | 8.76 | 8.49 | 2.80 |
| 神経精神科 | 14 | 0.4 | 65.59 | 4.17 | 23.27 | 3.72 | 3.18 | 63.14 | 4.55 | 1.62 |
| 中央手術部 | 6 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 中央放射線部 | 4 | 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 | 8 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 腫瘍センター | 3 | 0.05 | 1.32 | 0.08 | 2.18 | 0.35 | 0.94 | 20.92 | 0.43 | 0.71 |
| 中央内視鏡部 | 6 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 病態栄養治療部 | 1 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 輸血部 | 1 | 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 | 2 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 医療安全推進部 | 2 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 感染制御部 | 1 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 研修医 | 116 | 0 | | | | | | | | |
| 全体 | 574 | 6.71 | 1,571.96 | 100.00 | 625.79 | 100.00 | 5.89 | 12.21 | 2.71 | 1.08 |

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 | 1,571.96 | 1,482.67 | 1,533.52 | 106.02 | 96.68 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 92.60 | 85.84 | 98.19 | 107.88 | 87.42 |
| 新患率 | 5.89 | 5.79 | 6.40 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 625.79 | 633.57 | 661.84 | 98.77 | 95.73 |
| 1日あたり新入院患者数 | 51.30 | 50.18 | 50.82 | 102.23 | 98.74 |