

# 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 7 月 17 日～7 月 18 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、1994 年に国立九州医療センターとして発足以来、九州エリアの様々な医療ニーズに応えてきた。2004 年に独立行政法人国立病院機構として再編された後も、時々刻々と変化する医療情勢の先端を担う医療機関のひとつとして位置付けられている。病院理念に「病む人に寄り添い、安全かつ最適な医療を提供します。」と掲げ、福岡・糸島二次医療圏における中核病院として急性期医療を中心に展開するほか、他県からのドクターヘリの受け入れや被災地への医療・救護チームの派遣など、広範囲にわたる医療活動でも貢献している。多数の診療科を整備し、他の医療機関や開業医等と有機的な連携体制を構築して地域医療支援病院の役割を最大限に発揮するとともに、近年では国および福岡県からの要請を受け、脳卒中や循環器系疾患に対応する専門のセンターを相次いで開設するなど、高度医療機能の向上が図られている。長年にわたり、理念達成のための活動を計画的かつ組織的に継続しており、今回の病院機能評価でも多くの評価項目において水準を上回る状況であることが確認できた。今後も改善活動の PDCA サイクルから見出される新たな課題に積極的に取り組み、より充実した病院機能が発揮されるよう期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針をわかりやすい表現で明文化し、広く周知している。意思決定会

議を幹部会議と定め、病院規模や機能に相応しい組織体系を構築している。中期計画および年度計画によって計画的に病院運営を行っている。電子カルテシステムをはじめ、様々なシステムを統合して管理を行っている。各種データを厳格に管理し、二次活用に積極的に取り組んでいる。文書管理規程に基づき、組織的に文書管理を行っている。新版と旧版の差し替えも確実に実行している。採用計画に基づき必要な人材確保に努め、医療専門職の負担軽減にも取り組んでいる。各種規程類を整備し、労務管理を行っている。ワーク・ライフ・バランスを啓発し、時間外勤務の縮減に努めている。安全衛生委員会を中心に職場環境の向上に努めている。職員のメンタルケアやハラスメント防止にも取り組んでいる。職員の意見や要望を収集し、職場環境や処遇の改善に活かしている。子育て支援や就労支援にも力を入れている。必要度の高い研修を計画的に実施し、院外研修への参加支援などスキルアップのための施策を展開している。業績評価制度により、公平な能力評価を行い、面接によって透明性にも配慮している。部門ごとの能力開発プログラムを運用し、習熟度に応じた役割を設定している。毎年多数の研修医を受け入れ、その他の専門職でも職種の専門性や部署の特性に応じた初期研修体制を整備している。様々な専門職を目指す実習生を積極的に受け入れており、患者への配慮も適切である。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族および職員に周知している。子どもの権利を制定している。説明と同意に関する方針、基準や同席のルールはマニュアルに明記されている。患者・家族の反応は看護記録に記載され、セカンドオピニオンへの対応もできている。「MC センター」（メディカルコーディネートセンター）で多職種により入院前面談で文書やパンフレット、患者用クリニカルパスを用いて患者、家族へわかりやすい情報提供を行っている。患者相談窓口には看護師を配置して、患者や家族からの相談に対応している。患者相談・支援体制カンファレンスで相談事例の評価や改善策の検討を行っている。個人情報や病院情報システムの運用に関する規程を整備し、物理的および技術的な手段を駆使して個人情報を保護している。倫理的課題を各部署で検討し、解決困難な場合は臨床倫理コンサルテーションチームに相談することができる。病棟では、日常のカンファレンス等で患者・家族の倫理的課題に配慮し、必要に応じて多職種が介入し誠実に対応している。駐車場、駐輪場の確保、敷地内バス停留所、タクシー待機所の設置、院内には食堂、喫茶、ATM、コンビニ、理美容室、患者図書室があり、来院者や入院患者の利便性を図っている。病棟は清潔に保たれ、デイルームの利便性も整えられている。療養環境は安全面、感染面に配慮し適切に整備されている。敷地内禁煙方針を掲げ、院内掲示、入院案内等で明示している。職員の喫煙率を調査し、喫煙職員の禁煙啓発を推進している。その結果、喫煙者数は減少傾向にある。

### 4. 医療の質

「QM 委員会」を中心に継続的な質改善活動を実施している。各部署における個別的な課題についての改善活動も活発である。臨床研究審査委員会の認定など外部

評価を積極的に取り入れている。臨床指標の分析を基に診療の質改善を行っている。診療はガイドラインに沿って行い、電子カルテや個人のスマートフォンから「今日の臨床サポート」を参照できる。患者・家族からの要望は、意見箱や患者満足度調査などを通じて収集し、改善策を検討している。その結果は院内掲示などでフィードバックしている。新たな診療技術の導入については、「高難度・新規医療技術等審査委員会」で、倫理・安全面・妥当性等について審議するとともに、導入後の進捗状況や実績も検証している。各部署には部署の責任者として医師、看護師、薬剤師の氏名が、患者・家族へ向けて分かりやすく掲示されている。診療記録は、適時判りやすく SOAP 方式で記載し、修正履歴も確認できる。記載内容の質的点検は、「診療記録委員会」のメンバーが実施している。多職種カンファレンスが活発に実施され、専門職に相談できる体制もある。多職種が協働して患者の診療やケアを行っている。

## 5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部を設置し、各担当者の権限および役割は明確である。毎年数値目標を掲げ院内全体で達成に取り組んでいる。アクシデント・インシデントレポートは、電子カルテの専用システムから報告している。警鐘事例については、毎朝の引継ぎ報告会の場で医療安全管理部長が報告し、再発防止を呼びかけている。医療事故発生時の対応手順、患者・家族への説明手順、訴訟時の対応体制を整備している。万が一の事態に備え、病院賠償責任保険に加入している。誤認防止マニュアルを定め、患者・家族に対し院内掲示や入院案内等で協力を要請している。医療安全管理部を中心に、検査部、放射線部ほか病院全体で情報伝達エラー防止対策を実践している。病棟、外来において薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している。入院時に全患者に対して転倒・転落リスク評価を行い、危険度別の予防対策を立案し多職種で情報共有している。転倒・転落発生時は、手順およびフローチャートに沿って迅速な対応を図っている。病棟で使用する医療機器は中央管理となっており、回収や点検・整備は手順に基づき実施している。医療機器に関する研修会は、研修メニューを作成し、各部署で研修内容を選択して開催している。緊急コールの設定および RRS を整備し、起動基準に沿って対応している。救急カートは院内で統一し、定期的に点検を行っている。BLS 訓練を毎年実施し、ほぼ 100% の受講率である。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた多職種による体制が確立している。感染制御部を中心に、医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を多職種で行っている。全病棟で SSI、CAUTI、VAP、CLABSI 等のサーベイランスを行っている。医療関連感染の発生状況はすべての菌種で把握し、病院全体で共有している。感染防止対策マニュアルに感染経路別予防策に基づいた対応や感染性廃棄物の分別廃棄、管理等について明記し、委託清掃業者を含めたすべての職員に周知している。手指消毒徹底の文化醸成を目指し、個人ごとの速乾式消毒剤の使用量と遵守率調査を行っている、ICT が

定期的に部署ラウンドを行い、感染対策の徹底を図っている。AST を中心に能動的な働きかけにより抗菌薬を適正に使用している。医療関連感染制御に対する体制や取り組みは、全般にわたり優れている。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報委員会並びに管理課庶務係により積極的な広報活動が行われている。患者向けの広報誌「九州医療センターたより」を発行し、それ以外に医療機関向け広報誌「KMC ニュース」、「臨床研究センター便り」、「地域医療連携たより」を定期的に発行している。また、ホームページを活用して、職員、患者、地域住民、医療介護関連施設に向けて、病院が提供する医療サービスや診療実績、臨床評価指標などを発信している。地域の医療機関に対してアンケート調査を行い、自院への要望や評価を把握し、その結果を連携業務の向上に積極的に活用している。SNS を利用した紹介患者の診療予約、画像検査予約を導入し、登録医の負担軽減を図っている。また、近隣の医療機関とオンラインで空床情報を共有し、転院・転送を速やかに行える環境を整えている。市内の小中学校の生徒向けに出前授業「いのちのホームルーム」を実施し、生徒たちの健康に関する知識や理解を深めている。地域の医療従事者に対し、生涯研修セミナーや能力開発講座、病診連携・在宅介護医療連携勉強会を実施している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を発信し、初診、再診、紹介患者をスムーズに受け入れている。多職種で連携し、外来診療を適切に行っている。医師が検査の必要性やリスクを説明し同意を得ている。「MC センター」を中心に入院の決定を適切に行っている。診断・評価を適切に行い、診療計画を作成しているが、患者に応じた記載を期待したい。各種相談は医療相談窓口で看護師が対応し、相談内容により専門の担当者へ引き継いでいる。安全に治療に臨めるよう「MC センター」で入院前支援が実施され、円滑な入院に配慮している。医師はリーダーシップを発揮し病棟業務を適切に行っている。看護師は入院時に収集した情報やリスク評価を基に、看護計画を立案、実践している。キャリアラダーの評価レベルに応じて、輸血や抗がん剤投与を実施する看護師を限定してケアの質保証を行っている。医薬品安全管理責任者を中心に投薬・注射を確実・安全に実施している。医師が輸血の必要性やリスクを説明し同意を得ている。手術予定患者は、「MC センター」で必要な事項の説明を受けている。重症患者はICU や一般病棟個室に入室している。入院時全患者に、褥瘡危険因子評価表を用いて褥瘡発生のリスク評価を行い、必要なケアを実践している。褥瘡対策マニュアルを整備し、適切なケアについて具体的に示している。入院時にSGA 評価を実施し、主食や副食形態の工夫など、患者の状況に合わせて個別対応を行っている。症状緩和に関する方針や手順は緩和ケアマニュアルとして整備し、実施している。様々な疾患に対するリハビリテーションを確実・安全に実施している。身体拘束（身体抑制）は、マニュアルに沿って説明と同意のもとに実施している。退院支援スクリーニングに沿ってアセスメントを行い、退院を支援してい

る。病状や生活状況に沿って地域のスタッフと情報共有し、継続したケアの実践に配慮している。ターミナルステージは、院内で定めた基準をもとに複数の医師や看護師、多職種で判断している。終末期患者のケアは、緩和ケアマニュアル、看護基準・手順に沿って行っている。

#### ＜副機能：精神科病院＞

精神科救急患者や精神・身体合併症患者を受け入れ、幅広い精神科医療を提供している。外来診療や診断的検査を実施する際の観察を適切に行い、精神保健福祉法に則り、入院形態ごとの対応・管理体制を整備している。医師は総合病院の精神科として求められる精神科医療・合併症治療・リエゾン医療・高齢者サポートの役割を担い、看護師は専門チームや認定看護師らのサポートを受け、多職種と連携しながら看護業務を行っている。投薬・注射は処方指示箋により実施され、抗精神病薬の評価も行われている。急性期から慢性期までのリハビリテーションは身体サポートを基軸とした計画に基づいて実施されている。隔離や身体拘束は、委員会やカンファレンスで解除に向けた検討を行い、最少化に努めている。患者の個別性に配慮した退院支援計画を多職種で作成し、患者個々の状態に応じて必要な支援を行っている。ターミナルステージへの対応では、患者・家族の意思を尊重し、十分な説明と同意を行い、療養環境に配慮した対応が行われている。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

医薬品安全管理者を中心に病院全体の薬剤管理機能を適切に発揮している。臨床検査部は迅速かつ精度の高い業務を提供し、生理検査も安全に実施している。医師、診療放射線技師が協力し画像診断機能を適切に発揮している。調理業務は、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいた衛生管理の下で、ホテルのシェフ監修による行事食の導入など工夫した食事の提供を行っている。様々な疾患に対するリハビリテーション機能を適切に発揮している。診療情報管理士を全病棟に配置し、入院中の患者を対象とした診療記録の質的・量的点検、DPC コーディング、入院期間の適正管理に加え、ゲノム情報登録や解析結果データの管理など広範囲の業務に従事し、先駆的な取り組みをしていることは高く評価できる。医療機器は、専用システムで部署への貸出や返却、定期点検、メーカーによる保守点検スケジュール等を一元管理している。夜間・休日はオンコール体制で対応している。中央材料室は手術室師長を責任者とし、委託業者が業務を遂行している。各種のインディケーターを使用して滅菌精度を保証し、リコールへの対応も明確にしている。病理検査は病理専門医と細胞検査士が協力して質の高い診断を実践している。放射線治療機能を多職種で協力し適切に発揮している。輸血・血液管理部門は血液内科責任医師のもと、専任技師が業務を進めている。手術・麻酔部門では麻酔科医師が多職種スタッフと協力して手術に対応している。ICU では、基準に則って入・退出を決定しており、多職種がケアに係わっている。救命救急センターの救急外来は、一次から三次までの救急患者を受け入れている。

## 10. 組織・施設の管理

現場からの要求をもとに予算を編成し、会計処理や財務諸表の作成が適切に行われている。毎月、収支分析を行い、その結果を月次決算評価会議で報告・検討している。医事業務では、受付から収納までの手順を順守し、自動精算機を導入するなど合理化を図っている。また、返戻・査定、未収金の督促管理、施設基準遵守のための取り組みも適切に行っている。委託業務の履行状況は各担当部署が確認している。委託業者との定期報告を通じて情報共有や問題点等の改善に努めている。委託業務従事者に対する教育や事故発生時の対応なども、適切に行っている。24 時間体制で施設・設備の管理を行っている。諸設備の老朽化に対し、予算を計上して計画的に対応している。購買管理は、企画課契約係が担当し、国立病院機構の年度計画に基づき、採用品を決定している。医療機器等は外部コンサルタントの助言も得て決定している。棚卸や使用期限管理を含む在庫管理、内部牽制が適切に機能している。災害拠点病院として、災害発生時の中心的役割を発揮するための体制を整備している。リスク評価の見直しを BCP に反映させている。24 時間体制で保安業務を行っている。専門職として「医療安全警護員」を配置するなど保安体制の強化を図っている。

# 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	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	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	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	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	S

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	S
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	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	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	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	S
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	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	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	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：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	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	NA
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事支援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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2024 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： 独立行政法人国立病院機構 九州医療センター

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： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 福岡県福岡市中央区地行浜1-8-1

### 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	650	650	+0	77.6	12.3
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	50	50	+0	64.5	50.5
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	2	2	+0	59.4	10.2
総数	702	702	+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	20	+0
集中治療管理室 (ICU)	4	+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)	12	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+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)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	13	+0
人工透析	15	+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	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), 救命救急センター, 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特定病院群), 地域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： 28 人 2年目： 31 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	6	1.8	52.00	5.72	39.82	6.97	7.17	10.90	6.67	5.10
循環器内科	12	3.6	43.76	4.81	36.50	6.39	12.89	10.11	2.80	2.34
消化器内科（胃腸内科）	12	5.92	76.66	8.43	37.17	6.51	10.25	8.93	4.28	2.07
腎臓内科	3	2.7	23.25	2.56	16.85	2.95	6.00	16.88	4.08	2.96
糖尿病内科（代謝内科）	4	2.7	36.99	4.07	12.32	2.16	9.01	11.34	5.52	1.84
血液内科	7	0	43.38	4.77	49.17	8.61	9.75	18.83	6.20	7.02
皮膚科	2	1.8	65.12	7.16	2.99	0.52	10.07	14.36	17.14	0.79
アレルギー科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
リウマチ科	0	0	17.12	1.88	6.55	1.15	1.66	25.56	0.00	0.00
感染症内科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児科	7	1.11	16.95	1.87	13.61	2.38	21.31	7.90	2.09	1.68
精神科	3	3.6	8.65	0.95	34.65	6.07	24.45	58.02	1.31	5.25
呼吸器外科	4	0	13.43	1.48	10.14	1.78	4.53	9.96	3.36	2.53
循環器外科（心臓・血管外科）	6	0	23.43	2.58	22.53	3.94	6.92	19.26	3.90	3.76
乳腺外科	4	0	27.37	3.01	5.83	1.02	4.42	5.90	6.84	1.46
気管食道外科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
消化器外科（胃腸外科）	1	0	31.63	3.48	33.12	5.80	3.96	15.10	31.63	33.12
泌尿器科	5	1.8	33.44	3.68	16.30	2.85	13.76	6.96	4.92	2.40
脳神経外科	5	0	7.23	0.79	12.56	2.20	13.67	12.81	1.45	2.51
整形外科	8	3.6	51.53	5.67	55.69	9.75	9.88	24.30	4.44	4.80
形成外科	2	0	9.75	1.07	3.58	0.63	13.21	21.05	4.87	1.79
眼科	2	1.8	30.69	3.38	4.23	0.74	13.07	4.54	8.08	1.11
耳鼻咽喉科	4	2.7	25.36	2.79	14.78	2.59	20.09	11.65	3.78	2.21
小児外科	2	0	5.09	0.56	0.83	0.15	18.50	4.59	2.55	0.42
産科	5	2.07	14.21	1.56	16.63	2.91	9.44	10.10	2.01	2.35
婦人科	4	2.07	34.70	3.82	15.67	2.74	10.57	5.63	5.72	2.58
リハビリテーション科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	8	1.8	16.25	1.79	0.10	0.02	6.76	23.33	1.66	0.01
麻酔科	11	0.9	0.02	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	2	0.9	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	3	0	13.35	1.47	17.13	3.00	54.56	9.97	4.45	5.71
歯科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科口腔外科	2	6.3	35.76	3.93	6.93	1.21	25.39	10.78	4.31	0.83
緩和ケア科	0	0	1.37	0.15	0.00	0.00	1.80	0.00	0.00	0.00
高血圧内科	1	0	18.25	2.01	0.26	0.05	2.86	3.96	18.25	0.26
腫瘍内科	3	0.9	14.00	1.54	9.67	1.69	2.23	10.83	3.59	2.48
脳血管神経内科	8	1.8	18.28	2.01	30.79	5.39	17.35	13.44	1.87	3.14
脳血管内治療科	4	0.9	5.91	0.65	7.18	1.26	7.52	8.94	1.21	1.46
膠原病内科	4	1.8	56.48	6.21	17.53	3.07	3.97	11.30	9.74	3.02
免疫感染症内科	3	0.9	14.05	1.55	1.66	0.29	1.96	9.87	3.60	0.43
肝胆膵外科	5	0	15.12	1.66	12.25	2.15	6.43	9.95	3.02	2.45
消化管外科	6	0.62	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
総合診療科	2	1.8	8.42	0.93	6.19	1.08	46.41	17.78	2.22	1.63
集中治療科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

I-2-2 年度推移

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	908.98	886.11	835.97	102.58	106.00
1日あたり外来初診患者数	99.82	84.61	75.71	117.98	111.76
新患率	10.98	9.55	9.06		
1日あたり入院患者数	571.19	553.33	540.93	103.23	102.29
1日あたり新入院患者数	46.55	44.41	41.81	104.82	106.22