

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 9 月 11 日～9 月 13 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. 職員への教育・研修を統括する体制の確立に関して、
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. 3. 1)

1. 病院の特色

貴院は開設以降、高度・専門・特殊医療や急性期医療の提供と併せ、臨床研究の推進や医療人の育成を担う病院としての使命を踏まえて心臓血管外科や呼吸器外科、小児外科、形成外科等の診療科を順次開設しつつ数々の高度先進医療の承認を受けられている。また、別館の建設や増床、病棟再編、マルチスライス CT や手術支援ロボットの整備などによる診療機能や施設・設備の強化・充実を図るとともに、救命救急センターや特定機能病院、エイズ治療拠点病院、災害拠点病院、総合周産期母子医療センター、脳死肺移植実施施設、治験拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、基幹型臨床研修病院の指定・承認を受けるなど中核病院としての役割を果たしてこられた。現在は、ハートセンターや脳卒中センター、腫瘍センターなど診療科の枠を超えた一体的なチーム医療体制により、時代を先取りした画像診断や病理診断、ロボット支援による手術、放射線治療、移植・再生医療などに取り組まれるなど、大学病院として先進医療の提供とともに臨床研究の推進や医療人の育成に努めるという使命の実践に邁進されつつ現在に至っている。

今回は更新受審であったが、「あたたかい医療」を目指す旨の基本理念の実践に向けて、医療の質の向上や医療安全の確保、良質な療養環境づくりなどに努力される職員の姿や取り組みを随所に拝見することができた。受審準備や訪問審査において気付かれたこと、以下に示す所見などを糧として、さらに良い病院創りと安心・安全な高度先進医療の提供に取り組みながら患者さんの信頼と満足度を高められ、併せて職員個々の成長を促しつつ、貴院がますます発展されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院組織の運営と管理者等のリーダーシップの領域では、「あたたかい医療」を目指す基本理念とともに、高度先進医療の提供などからなる基本方針が明文化され、ホームページや入院案内、職員携帯マニュアルへの掲載などにより院内・外への周知に努められている。病院長から、医療環境や地域ニーズ等を踏まえた病院の将来像や運営方針、諸課題への取り組み方向等が各種会議など様々な機会を捉えて示され、また、幹部職員は各部門の様々な課題の改善に取り組まれているなど、適切なリーダーシップが発揮されている。管理者をはじめ幹部職員の選任過程が明確にされて、病院運営の意思決定会議のほか必要な会議・委員会が設けられ、組織規程や運営実態に即した組織図、職務分掌の策定、情報伝達体制の整備などがおおむね適切に行われているが、年次事業計画の一層の具体化とともに、部門計画や明確な目標の設定、達成度評価への組織的な取り組みが望まれる。情報管理については、電子カルテシステム等が導入されて規程に則り診療情報等全般が一元管理され、医療の質や安全性の向上、効率化などに積極的に取り組まれている。文書管理では、大学の文書管理規程が準用されておおむね適切に管理されているが、さらに、病院特有の各種規程や通知、指針・マニュアル等の管理に係る仕組みの検討を望みたい。

人材確保の領域では、法令等による配置標準数等を満たし必要とされる人員体制が整えられ、計画的な体制充実に向けた取り組みもみられるが、貴院の診療機能や業務量等を勘案した一層の体制充実が望まれる。人事・労務管理では、必要とされる規則・規程が整備され、職員代表者との協定締結や届け出などが行われ、年間総労働時間の減少等の取り組み成果も認められる。職員の安全衛生管理では、衛生委員会の設置と開催、職員定期健康診断の実施、職業感染予防への対応などが適切に行われている。職場環境の整備については、職員団体との協議や職員満足度調査などにより職員の意見・要望等が把握され、就業支援制度の充実や勤務環境の改善、福利厚生の実施などに反映されている。職員の教育・研修では、医療安全をはじめ様々な教育・研修が行われており、教育・研修の年間計画を組織的に検討・企画し、統括管理する体制が整備されたところであり、今後の実績を確認する必要がある。職員の能力評価・能力開発では、人事考課や目標管理、クリニカル・ラダーによる能力評価・開発への取り組みもみられるが、医師の診療スキルに関する方針策定や支援の仕組みの確立が望まれる。

3. 患者中心の医療

患者の意思を尊重した医療の領域では、受療権や選択権等の患者の権利が明文化され、入院案内や院内掲示、職員携帯マニュアルなどにより周知されており、診療記録の開示実績も認められるなど患者の権利擁護に適切に努められている。また、説明と同意に関する基準や指針等が定められ、セカンドオピニオンにも対応されている。患者との診療情報の共有や参加促進では、病状や治療・手術などの説明への動画やパンフレットの活用、入退院センターや周術期センターによる説明などの工夫がなされている。患者支援体制の整備と対話の促進のために患者相談窓口が設け

られ、相談内容に応じて専門職種に振り分け対応する体制が整えられて多様な相談への対応に努められている。個人情報・プライバシーの保護については、個人情報保護規程が定められ、電子カルテシステム等の運用やデータの利用、診察室や病棟等におけるプライバシーの保護にも適切な配慮がなされている。臨床における倫理的課題については、輸血拒否への対応等の主要な倫理的課題への対応方針が示され、臨床上的倫理的課題の検討や臨床現場では解決困難な事案を医療倫理委員会において審議する仕組みもあるが、解決困難な事案の上申と臨床倫理委員会審議の一層の活発化が望まれる。

療養環境の整備と利便性の領域では、駐車場の整備や路線バスの構内乗り入れ、地下鉄駅と玄関の直結など、来院時のアクセスが適切に整えられ、院内にはコンビニエンスストアやカフェ、レストラン、美容室などが設けられ、生活延長上の設備やサービスなどへの適切な配慮がみられる。院内のバリアフリーが確保され、必要とされる個所の手摺りの設置や車椅子用トイレの整備など、高齢者や障害を持つ者などに配慮された施設・設備がおおむね適切に整えられている。また、診療・ケアに必要なスペースや患者がくつろげる場が確保されて整理整頓が行き届き、トイレや浴室等の清潔・安全管理などに適切に取り組まれている。受動喫煙の防止では、敷地内禁煙の旨がホームページや入院案内等により周知されて禁煙外来診療も行われ、機会を捉えた禁煙教育や啓発活動など受動喫煙防止に向けた取り組みが行われている。

4. 医療の質

継続的質改善のための取り組みの領域では、患者・家族の意見・要望等が院内各所に設置された意見箱により収集され、毎週回収されて関係部門で対応を検討のうえ改善策等が実施され、患者・家族に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、症例検討会やカンファレンスなどが多数開催されて、各種診療ガイドラインに準拠した標準的な診療・ケアが展開され、臨床指標の収集・分析・公開等にも取り組まれている。業務の質改善では、医療安全管理部等を中心とした組織横断的な活動が多数みられるほか、TQM 報告会や ISO15189 認証取得などの取り組みが行われている。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、承認申請や評価委員会の評価、実施状況の検証などが手順に則って行われ、申請すべき事例の申請の有無の検証も行われている。

診療・ケアにおける質と安全の確保の領域に関しては、病棟等における管理・責任体制が明確にされて責任者氏名等も掲示され、病棟看護責任者による患者や療養環境の状況把握・管理が適切に行われている。診療記録の記載では、診療部長会等においてカルテレビューが行われ、診療記録の自主点検等も行われているが、診療記録の質向上に向けた組織的な質的点検の充実が望まれる。多職種協働による診療・ケアでは、多くの診療科で内科・外科系を一体としたセンターとして運用され、意見交換や方針協議、多職種カンファレンス等の定期的開催、各種専門チームによるラウンドなどのほか、外来診療において「外来経過サマリー」が作成されて情報の集約・共有がなされ、効果的に活用されているなど高く評価できる。

5. 医療安全

患者の安全確保に向けた取り組みの領域では、医療安全管理部が副院長を医療安全管理責任者として設けられ、医薬品および医療機器安全管理責任者等が専任配置され、医療安全管理委員会等の設置と定期的な開催などの体制が構築されているが、看護師ゼネラルリスクマネージャーの体制充実が望まれる。また、安全確保に向けた情報収集体制が整備され、インシデントレポート等が収集されているが、さらに、多職種・多領域参加による合併症および死亡カンファレンスの実施やインシデント事例の現場スタッフとの分析・検討への取り組みなどが望まれる。

誤認防止対策が定められ、患者氏名の名乗りやバーコード認証、手術部位のマーキングなどが適切に行われている。また、情報伝達エラー防止対策については、指示出しから指示受け、実施確認、処方箋や指示箋の記載等も適切である。薬剤の安全な使用に関しては、アレルギー等のリスク回避対策やハイリスク薬の管理・運用、抗がん剤のレジメン管理などが適切に行われている。転倒・転落防止対策に関しては、全入院患者に転倒・転落アセスメントが行われ、リスク評価に応じた転倒予防対策が講じられている。医療機器の安全な使用については、臨床工学技士による一元管理が行われ、定期巡回による設定条件の確認や関係職員の教育・研修が行われているなど適切である。患者急変時の対応では、院内緊急コードが設定されて救急カートの整備と定期的な点検等が行われている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた取り組みの領域では、感染制御部の設置とともに感染対策委員会や感染制御チーム、抗菌薬適正使用支援チームが設置され、委員会の毎月開催や定期的なラウンド、抗菌薬適正使用に関する提案などが適切に行われている。医療感染制御に向けた情報収集と検討では、院内外の感染関連情報が把握されて報告されるとともに、アウトブレイクの基準策定や対応、微生物や主要な医療関連感染サーベイランスなどが適切に行われている。

医療関連感染制御の指針やマニュアルが整備され、感染経路別予防策や個人防護具の着用、汚染リネンの回収、感染性廃棄物の分別廃棄の徹底などが適切に行われている。抗菌薬の適正使用に関しては、抗菌薬適正使用支援チームによる状況把握や介入、助言等の積極的な活動が展開されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携の領域では、広報誌の定期発行やホームページの適宜更新などによって、病院紹介や外来診療・入院治療に必要な情報、診療実績、病院評価指標などの情報がおおむね適切に発信されているが、医療機関としての適時・適切な情報発信の企画等のためにも担当委員会等の設置が望まれる。地域の医療機関等との連携については、地域医療連携センターが設けられて地域の医療機関・施設の機能等の把握と連携、紹介患者の受け入れなどが行われ、患者紹介元医療機関への受診報告も適切に行われている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動に関しては、地域の健康増進への取り組みとして市民公開講座や「福大健康セミナー」

等が積極的に開催され、地域の医療関連施設等に向けた出張がんセミナーやがん公開講座などをはじめとする専門的な知識や技術に関する研修会・研究会の開催、講師派遣などが積極的に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者の受診申し込み窓口等が分かりやすく配置され、病態等に応じた対応などの配慮がなされている。外来診療では、医師等により患者情報が収集されたうえで診療が行われ、診療分野ごとに病棟と外来が一体的・円滑に運用されており、

「外来経過サマリー」による患者情報の集約や共有、円滑な情報伝達への取り組みなどは機能発揮の優れた工夫として高く評価したい。診断的検査の必要性やリスクが患者・家族に説明され、侵襲的検査では同意が取得された後に安全に配慮しつつ行われている。入院の決定は医学的判断に基づき、また、必要に応じて関連診療科とのカンファレンスや協議等のもとに行われ、患者・家族に説明されて同意が得られている。外来で医師・看護師等により作成された外来経過サマリー等に基づき、多職種で入院診療計画書や看護計画が作成されている。がん相談専門員による患者の意思決定支援や社会福祉制度、退院先調整などに関する相談への対応、入院に際しての入院生活に関する説明なども適切に行われている。

医師の病棟業務では主治医等による回診が行われ、患者の病態把握や治療方針の決定等を行うカンファレンスの開催、多職種との情報共有や指示、患者・家族との面談などが適切に行われている。看護師の病棟業務では、ペア・ナーシング・システムが採用され、日常生活の援助や様々なニーズの把握、病棟管理業務などが適切に行われている。投薬・注射の実施に関しては、薬物療法の必要性とリスクが説明され、服薬指導や内服薬・注射薬の準備、安全の5原則確認後の投与、投与中・後の状態確認等が適切に行われている。輸血・血液製剤投与の安全・確実な実施をはじめ、手術に関する説明と同意の取得や術前・術後の訪問、術後退室などの周術期の対応、褥瘡の予防と治療への多職種による取り組み、栄養管理と食事指導、症状などの客観的評価と緩和への対応、リハビリテーションの確実・安全な実施、安全のための身体抑制、患者・家族への退院支援などはいずれも適切に行われている。なお、重症患者の管理については、機能種別に様々な集中治療部門が設置され適切に機能している。また、ターミナルステージへの対応では、複数による判断や患者・家族の意向等に配慮した支援などが適切に行われているが、臓器提供意思の積極的な確認、人生の最終段階における医療のプロセスに関するガイドライン(ACP)の院内研修等による啓発・周知徹底を期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、医療安全管理部門との連携のもとに業務が遂行されており、副作用情報の一元管理や医薬品情報の共有、持参薬の鑑別、注射薬の1施用ごと取り揃え、抗がん剤の調製・混合、処方鑑査と疑義照会などの業務が適切に行われている。臨床検査機能では、24時間対応体制を採り ISO15189 の認証を受けるなど、診療機能に応じた検査が実施されて迅速に報告されている。画像診断機能で

は、常時対応可能な体制が整えられ、読影や迅速な報告、重要所見の見落とし防止の仕組みなどもあり、適切に機能が発揮されている。栄養管理機能に関しては、適時・適温配膳や厨房内の清潔管理、温・湿度管理、食事の評価・改善などが適切に行われている。リハビリテーション機能では、運動器や脳血管などのグループが診療科などと連携し専門的な機能が発揮されている。

診療情報管理機能では、電子カルテにより診療情報が一元管理され、診療記録の量的点検や病名・手術名のコーディングと二次利用などが適切に行われている。また、医療機器管理や洗浄・滅菌、病理診断、放射線治療、輸血・血液管理、手術・麻酔機能は何れも適切に機能発揮されている。なお、集中治療機能については一層の機能の整備・拡充を望みたい。救急医療機能については救命救急センターと ER に高度で厚い設備・機器や人員体制が整えられ、原則として断らない方針のもとに年間約 5,000 件の救急車搬入患者を受け入れ、さらに 2018 年からはドクターカー (FMRC) を救急現場に派遣してトリアージ対応等が行われており、一連の取り組みは高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

経営管理の領域では、運営状況や収支見込み等を踏まえて毎年度の事業予算が編成され、執行・運営状況が経営会議等に報告されて分析や対策が検討されている。また、学校法人会計基準に基づき会計処理され、所定の決算関係財務諸表の作成などが行われて監査法人による会計監査が行われている。医事業務は、マニュアルに則って窓口受付や料金収納業務等が行われ、レセプトの作成や点検、返戻・査定の分析と再請求、未収金管理などが適切に処理されている。業務委託に関しては、コスト削減や業務効率化等を踏まえて検討され、業務報告書の確認や業者との定期打ち合わせなどで業務実施状況が確認されている。

施設・設備管理の領域では、施設・設備の日常点検や管理、保守管理等が行われ、医療ガスの安全管理、院内の清掃、産業廃棄物や感染性廃棄物の処理などもおおむね適切に行われているが、老朽化が進行する本館設備の維持・修繕対応等を望みたい。物品管理では、診療材料等の選定が医療材料委員会等で行われ、院内物流管理システムが導入されて院内への供給や在庫管理などが行われている。

病院の危機管理の領域においては、災害対策マニュアル等が整備され、計画に基づいた火災消防訓練や機能存続計画を踏まえた総合訓練などが行われている。保安業務は、委託警備員により院内巡視や施錠管理、入退館者の監視、緊急時の連絡や対応などが適切に行われている。万一の重大事故発生時の対応については、救命措置や報告、患者・家族への対応、公表の基準、原因究明や再発防止策の検討を行う事故調査委員会の設置などの対応体制が適切に整えられている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として研修プログラムに則った研修医の指導・評価が行われ、研修医からの指導医評価や看護部門からの研修医評価も行われているが、教育・研修内容の一層の充実等が望まれる。また、看護師や薬剤師などの専門職種の初期研修は、各部門において様々な方法・プログラムにより行われ評価されている。医学生や看護学生、薬学生など多職種の多様な学生実習が受け入れられ、養成機関のカリキュラムに沿った実習や評価が行われている。実習に当たっては医療安全や院内規定などに関するオリエンテーションが行われ、実習中の事故への対応も明確になっているなど適切な実習受け入れが行われている。

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	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	B
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	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	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	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
1.4	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	A

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	A
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	B
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	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	B
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	S
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	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	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	B

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	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	A
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	B
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	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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	B
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	B
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	B
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 福岡大学病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 福岡県福岡市城南区七隈7-45-1

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	855	781	-36	93.2	11.9
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	60	60	+0	65.9	57.1
結核病床					
感染症病床					
総数	915	841	-36		

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	34	+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)	6	+0
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	15	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室		
無菌病室	2	+0
人工透析	25	+0
小児入院医療管理料病床	63	+0
回復期リハビリテーション病床		
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		
精神科隔離室	18	+0
精神科救急入院病床		
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

特定機能病院, 災害拠点病院(地域), 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(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： 34 人 2年目： 38 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)
内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
呼吸器内科	12	0	45.37	3.67	35.98	4.85	3.47	13.43	3.78	3.00
循環器内科	35	0.3	70.04	5.66	41.03	5.53	3.55	10.19	1.98	1.16
消化器内科 (胃腸内科)	26	0.18	63.84	5.16	41.64	5.61	3.96	11.33	2.44	1.59
腎臓内科	15	0.4	50.38	4.07	17.90	2.41	1.81	21.78	3.27	1.16
神経内科	16	0.28	55.08	4.45	30.36	4.09	4.80	19.51	3.38	1.87
糖尿病内科 (代謝内科)	11	0	69.65	5.63	13.10	1.77	1.50	11.73	6.33	1.19
血液内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
皮膚科	12	0.28	67.46	5.45	10.10	1.36	5.51	13.52	5.49	0.82
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	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
感染症内科	13	0.2	28.64	2.32	20.28	2.73	3.35	21.24	2.17	1.54
小児科	19	0.88	70.53	5.70	73.08	9.85	5.02	13.79	3.55	3.68
精神科	17	0.1	63.62	5.14	39.52	5.33	1.54	57.58	3.72	2.31
心療内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
呼吸器外科	12	0	36.34	2.94	25.91	3.49	5.42	12.30	3.03	2.16
循環器外科 (心臓・血管外科)	10	0	10.08	0.81	21.44	2.89	4.84	24.88	1.01	2.14
乳腺外科	4	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
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)	26	0.1	49.40	3.99	79.44	10.71	2.64	15.81	1.89	3.04
泌尿器科	11	0	39.30	3.18	16.75	2.26	3.83	9.91	3.57	1.52
肛門外科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
脳神経外科	16	0	22.11	1.79	34.52	4.65	5.33	15.82	1.38	2.16
整形外科	32	0	90.67	7.33	74.82	10.08	8.02	16.75	2.83	2.34
形成外科	14	0.58	34.69	2.80	19.41	2.62	9.47	9.39	2.38	1.33
美容外科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
眼科	15	0.3	104.24	8.43	24.49	3.30	4.10	7.03	6.81	1.60
耳鼻咽喉科	11	0.6	48.42	3.91	20.96	2.83	9.40	13.93	4.17	1.88
小児外科	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
産婦人科	18	0	57.82	4.68	41.97	5.66	4.75	10.68	3.21	2.33
産科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
婦人科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
リハビリテーション科	3	0	32.13	2.60	4.25	0.57	0.01	68.89	10.71	1.42
放射線科	20	0.98	18.74	1.51	5.64	0.76	1.38	23.94	0.89	0.27
麻酔科	39	0.06	30.88	2.50	1.24	0.17	2.50	25.94	0.79	0.03
病理診断科	10	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	5	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	21	0.48	0.00	0.00	29.93	4.03	0.00	16.06	0.00	1.39
歯科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
矯正歯科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児歯科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科口腔外科	10	0	43.87	3.55	6.40	0.86	19.86	6.77	4.39	0.64
総合診療部	13	0	33.36	2.70	11.74	1.58	18.80	7.82	2.57	0.90
臨床研究支援センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
卒後臨床研修センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
予防・抗加齢・再生医療センター	3	0	0.13	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	1,236.76	1,251.37	1,270.26	98.83	98.51
1日あたり外来初診患者数	64.97	62.89	64.64	103.31	97.29
新患率	5.25	5.03	5.09		
1日あたり入院患者数	741.90	751.57	644.01	98.71	116.70
1日あたり新入院患者数	53.58	54.25	51.54	98.76	105.26