

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 7 月 24 日～7 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	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 3
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 1981 年に大学の医学部附属病院として開院し、「患者本位の最良の医療」を基本理念として運営してきた。2003 年に近隣の 2 つの大学が併合される際に、現在の病院名となり、2008 年に設置された救命救急センターが 2013 年に高度救命救急センターに指定されて以降、「最後の砦」としての機能を存分に発揮してきた。福岡県、佐賀県、宮崎県と接する中、県内の主要医療機関とも機能分担しながら地域医療を支え、県内の多くの医療機関に常勤医師を派遣するのみでなく、市民公開講座や医療従事者向け研修会、専門看護師や認定看護師の派遣などを通じ、県内の看護体制の質向上にも尽くしてきていることは高く評価される。地域としては少子高齢化が急速に進み、110 万人と言う県内人口もすでに減少フェーズに入っている中、大学人としてのプライドを忘れることなく、質の高い安全な医療の提供や持続可能な地域医療体制の構築は勿論、「からだに負担の少ない医療」「人工知能や高画質技術を駆使した低侵襲医療機器・医療システムの開発」「がんゲノム診断や希少遺伝病の診断及び治療法の確立のための基礎研究」など、県内の先端医療の核となる医療技術の開発と専門性の高い医療人材の育成を中期計画に据え、様々な施策を実行している。

今回の病院機能評価を足掛かりとして、未来に向けて、居住されている方々のために、さらなるステップアップが成し遂げられることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

「患者本位の最良の医療」を基本理念とし、5つの基本方針に基づいて組織的な運営がなされ、病院長のもと6名の副病院長のほか、職責に基づいた3名の副病院長と2名の病院長補佐が加わって病院を運営している。中長期計画に基づいた計画的・効果的な組織運営が行われている。情報の管理・活用の方針は明確であり、患者情報を反映したRRTのためのRRSベッドマップや転倒・転落予防のためのベッドマップなどを活用している。病院として管理すべき文書は明確にされ、一元的に管理している。

特定機能病院として必要な人材を検討し、採用計画を策定している。人事・労務管理に必要な就業規則等を整備し、職員に周知している。職員の労働時間等は勤怠管理システムを導入し、客観的に把握している。

全職員を対象とした教育・研修の内容は、病院執行部会議で審議・決定し、年間計画を作成している。教員、看護部職員、技術系職員、事務系職員の評価実施細則を定め、能力や職務に対する取り組み姿勢等を評価している。基幹型臨床研修病院として卒後臨床研修センターを設置し、医科と歯科の初期研修を行っている。職種ごとに初期研修の基本方針を明確にし、計画的研修と評価を行っている。本学の医学生をはじめ、多くの職種の学生実習を受け入れている。さらに、診療看護師、特定行為看護師、認定・専門理学療法士などの育成にも積極的に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者さんの権利を定め、ホームページや院内掲示で周知している。説明と同意に関する方針、基準・手順を整備しており、全ての説明・同意書を統一された内容・書式として運用している。ACPを支える意思決定支援についても適切に実施されている。患者・家族からの相談は、医療有資格者等による患者相談窓口に一元化し、支援体制を構築している。個人情報とは定められた規程に則って病院長が保護管理者となり、医療情報部長を保護管理責任者として対応し、さらに診療科等の長を保有個人情報等の管理責任者として、当該診療科等の職員の保有個人情報等の取り扱いを監督する仕組みがある。病院として臨床倫理課題を検討する場として、臨床倫理委員会を設置し、主要な倫理的課題に対して対応方針を示している。

療養環境は安全や感染に配慮し、廊下や食堂は十分なスペースを確保しており、快適でプライバシーが保護されている。院内はバリアフリーで、病室、廊下、患者食堂は広く整備され、適所に手摺りが設置されている。「敷地内全面禁煙」である病院の方針を明示し、禁煙ならびに受動喫煙防止に向けた患者への啓発活動を実施している。これらの成果が結実し、喫煙率は年々減少し、県内唯一の特定機能病院として見本となる取り組みを継続している。現場での倫理的課題について解決困難な場合は、臨床倫理コンサルテーションチームが介入している。

4. 医療の質

クオリティマネジメント室の一部門として、多職種で構成される医療業務の質改

善部門を設置し、部門横断的な活動を推進している。第3者評価として、臨床検査部門や病理診断部門ではISOを取得しており、輸血部門はI&Aの認定も受けている。各診療科でのカンファレンスや臓器別カンファレンスで症例を検討しており、CPCやM&Mの開催の実績もある。Mindsガイドラインライブラリへアクセスできる環境が整備され、臨床指標の活用も推進し、診療の質向上に努めている。患者・家族からの意見や要望等は、組織的に収集する仕組みがある。サービス改善専門部会では、様々な機会から収集した意見・要望などは具体的な改善につなげている。

病棟のナースステーション前には、医師、看護師長、薬剤師、入退院支援者名を表示して患者・家族に部門責任担当者を明示している。医師・看護師を含む多職種が、診療録記載マニュアルに沿って、診療記録を適時に漏れなく記載している。多職種で構成された専門チームが組織横断的活動を行っている。

5. 医療安全

担当副院長が統括する医療安全管理部には必要な職員が配置され、院内全死亡例やインシデント・アクシデント報告を検証している。医療安全管理部運営会議等で対策・再発予防が立案され、リスクマネージャーを通して職員に周知している。重大事例発生時は、医療安全管理部・病院長に報告され、速やかに誠実に対応している。紛争事案は顧問弁護士の指導のもと適切に対応している。オプトアウトや同意が得られていない診療以外の目的で保管されている生体検体についても、確実な管理とオプトアウトが実施される体制となり、倫理教育も実施されている。

誤認防止対策は院内統一のルールで確実に実施している。電子カルテシステムを使用し、指示出し、指示受け・実施確認を確実にやっている。院内におけるハイリスク薬、K製剤の管理が徹底されている。アレルギー情報は医師または薬剤師が確実に入力する体制となっている。転倒・転落予防対策は、医療安全管理部が中心となり、患者参画型予防行動が入院前から退院までを徹底し、取り組みの成果も出ている。職員の意識は非常に高く、転倒・転落予防への取り組みは秀でている。医療機器は臨床工学室の一元的な管理により、適切に使用されている。日常の点検ポイントを明確にし、使用者に周知している。急変への対応では「ハリーコール、RRT」があり、急変に対応する体制整備が稼働している。BLS研修については、医療安全部主導のもと、全職員が受講している。

6. 医療関連感染制御

感染制御部は、専従のICDとICN、専任の検査技師・薬剤師・事務職員が協働で活動している。感染予防対策委員会は、感染に関する情報をもとに適切に審議している。感染予防対策マニュアルに、医療関連感染制御に関する内容を網羅的かつ実践的に整備し、改訂も適宜行っている。感染制御部と関連部門が連携して、院内外の医療関連感染に関する情報を収集し、適切に分析・活用している。SSIや医療器具関連感染などのターゲットサーベイランスを実施し、ベンチマークしながら分析と検討を行っている。医療感染を制御するための活動としては、ICTと各部署リンクナースICTが連携して活動し、部署の課題に対して積極的な改善活動を実施し

ている。また、個人防護具の使用や医療廃棄物の管理など、日常の感染管理対策も適切に実施している。AST が組織され、広域抗菌薬使用開始から 5 日目に介入する仕組みが創られている。手術時の予防的抗菌薬の術前 60 分投与はほぼ全例で行われている。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスの提供については、ホームページと広報誌を主として発信している。病院ホームページの運用は「運用指針」に沿って、定期的な更新作業を行っている。患者および医療機関を対象とした広報誌を発行し、院内、関係機関等に配布するとともにホームページにも掲載している。「支えたい。あなたの健康と笑顔」のタグラインを空港に掲出するなどのブランディングにも努めている。地域の医療機関等との連携、地域への情報発信や情報収集、ICT を利用した医療連携の推進などの業務は、総合患者支援センターの「地域連携推進部門」が担っている。病院長のビジョンとして地域医療の推進を掲げ、県内の医師の地域偏在・診療科偏在の解消などに取り組んでいる。地域住民向けの公開講座や医療従事者向けの研修会・講演会等を積極的に行っている。これらは病院ホームページや院内掲示などで患者や医療従事者などに周知している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診時に必要な情報は、「外来診療のご案内」やホームページで提供している。診療では患者情報を系統的に収集して診療に活用するとともに、患者への説明と同意や侵襲的検査・処置の安全な実施に配慮しながら行っている。診療科カンファレンスや関連診療科の意見を踏まえた医学的判断に基づき、適切に入院適応を判断している。患者の病態やリスクを評価し、患者・家族の要望を踏まえた診療計画を、速やかに作成している。治療方針変更時も、適切に患者・家族に説明している。玄関近くに相談窓口を設けて一本化しており、対応は専従の看護師が行い、相談内容によって適切な職種や部署に繋げている。入院前に総合患者支援センターで入院準備から退院までをイメージ化できるように説明し、患者支援を実施している。

医師は病棟業務を適切に行っており、看護師は PNS 方式で患者ケアを行い、臨床実践能力に応じた業務分担により患者ケアを展開している。医薬品の準備・投薬のシーンでは PDA を用い、2 人連続型ダブルチェックが徹底されている。輸血は院内のルールに則って安全に実施し、輸血同意書には使用が見込まれる血液製剤と予想輸血量を明記している。高度救急救命センターや ICU では多職種で重症者を管理し、重症の小児患者や低出生体重児を管理する NICU や GCU も整備している。褥瘡予防対策は、危険因子評価により必要時、診療計画書を作成し、マニュアルに基づき適切に実施している。全ての入院患者に栄養評価と摂食・嚥下評価を行い、特別な栄養管理が必要な患者には栄養管理計画書を作成している。症状緩和については NRS など客観的に評価し、マニュアルに基づきケアを実施している。リハビリテーションは入院早期から患者の状態に応じ、個別性に配慮した目標設定とリスク管

理のもとで、安全に実施している。身体拘束については、医療安全マニュアルに基準や具体的な方法を示している。最小化に向けてチームが結成されている。退院支援のスクリーニングを行い、必要な患者は入院早期から支援を開始している。入院中は、在宅部門との情報交換を行い、在宅療養の支援に繋げている。ターミナルステージについては複数の職種で判断し、患者の心の変化を捉え意向を尊重した治療、ケアが行われている。

<副機能：精神科病院>

精神科は開放病棟 15 床、閉鎖病棟 15 床、隔離病室 1 床、観察室 1 床で運営している。対象とする疾患は統合失調症、うつ病、双極性障害、認知症、摂食障害、発達障害など多岐にわたっている。精神保健指定医 5 名、精神科専門医 5 名、精神科指導医 4 名の医師で運営している。外来は 1 年間約 2 万名の患者が受診し、初診は 1 日平均 1.5 名ほどで様々な精神疾患に対応している。原則外来は完全予約制であるが、通院患者で緊急であれば 24 時間、365 日対応できる体制を整えている。さらに、大学病院全体の入院患者の精神的不調に対応するためにリエゾン体制を整え、1 年間で 345 名の患者に対応した。特に治療抵抗性の統合失調症、うつ病などに対するクロザピン治療、修正型電気けいれん療法、さらに非薬物療法として認知行動療法、マインドフルネス、実存的アプローチなどを実施し、実績を上げている。加えて 5 年前より職場復帰を目的にリワークプログラムを実践し、90%以上の復職の実績を上げており高く評価できる。入院では任意入院、医療保護入院が適切に管理運営されている。この 3 年間措置入院の実績はないが、必要であれば対応する体制は整えられている。入院後は多職種カンファレンス、教授回診、行動制限最小化委員会、リエゾンカンファレンス、認知症ケアカンファレンス、緩和ケアカンファレンスなど多職種により様々な検討する場を設けており、入院時より患者に寄り添った形での退院支援を行う体制が整えられている。

9. 良質な医療を構成する機能

院内における医薬品の管理は薬剤部が中心となって適切に実施している。臨床検査部門では ISO の認証を受け、業務遂行、人材育成などを適切に実施している。画像診断部門では、必要な画像診断を夜間・休日の緊急検査依頼も含めて迅速に実施している。緊急性を疑う所見や悪性腫瘍の所見に対する対応を適切に行っている。臨床栄養管理室は、食器洗浄を委託し、献立・調理業務は管理栄養士と調理師の連携のもと食事を提供している。全室員は、病状に応じた食事を通じて、食事の楽しさを提供するように日々取り組んでいる。リハビリテーションは、標準プログラムをもとに、患者の個別性に配慮した計画を立案し、訓練している。病棟や主治医と連携し、安全に配慮したリハビリテーションを実施している。電子カルテを導入し、診療情報を 1 患者 1ID で一元的に管理し、診療記録の量的点検も確実に実施している。院内全ての医療機器にはバーコードが貼付され、一元管理されている。機器関連のインシデントは積極的に収集され、医療安全管理部と連携して再発防止が検討されており、医療機器管理機能は模範的である。洗浄・滅菌では洗浄評価、滅菌の

質評価とも適切に実施している。耳鼻科等の内視鏡プローブについても適切に処理している。

病理診断部門では細胞診の診断には医師が全例関与しており、病理診断報告書は2名の病理医によって作成している。院内使用のホルマリンについては、手術室、内視鏡室、病理部、薬剤部にのみ払い出される体制が構築され、外来や病棟には薬剤部から払い出し、全ての部署で出納管理を行う体制が整備されている。放射線治療部門では、放射線治療医が医学物理士・放射線治療品質管理士を含む診療放射線技師、がん看護専門看護師と協働で、必要な放射線治療を適切に行っている。製剤使用の管理・確認や輸血後の副作用確認も含めて輸血業務は専従技師により、きめ細かく管理されている。手術中の患者管理、安全確認、手術予定の管理、清掃の状況などいずれも適切に手術・麻酔機能を発揮している。集中治療部や高度救命救急センターでは、それぞれ入退室基準を定め、基準に準じた運用に努め、集中治療機能を適切に発揮している。県における最後の砦としての役割を全うすべく、一次救急から三次救急まで対応している。ドクターカーやドクターヘリを円滑に活用する体制も整え、高度救命救急センターで重症者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

「国立大学法人会計基準」および「国立大学法人会計基準注解」に基づき、会計処理を進め、会計監査法人による会計監査を受け、決算時には財務諸表を作成し一般に公表している。病院経営指標による目標管理として、重点項目を定め、経営改善に努めている。医事業務は、主に外来計算業務を外部に委託し、入院業務は職員が担当している。未収金の督促手順においては、流れを明確化し対応するなど、医事業務は組織的な対応がなされている。業務委託の導入に当たっては、経営管理課が主管し、病院経営企画・評価委員会で業務委託の是非を検討し、病院運営会議で報告している。規程に基づき、競争入札で業者を決定している。

特定機能病院や基幹災害拠点病院としての役割・機能に応じた施設・設備を整備している。日常点検や保守年間計画に基づく定期点検を確実に実施している。病院で使用される各種物品は、各関連委員会で審議し、透明性を確保し、医学的合理性や経済性などを確保し、在庫管理を行う仕組みがある。

基幹災害拠点病院として災害マネジメント総合支援センターを組織している。BCP、防災マニュアル、災害マニュアルを整備し、多数傷病者受け入れおよび火災総合訓練等を実施している。保安業務は24時間体制で業務委託されている。業務手順書で業務内容を明確にし、施設管理や院内巡視等を確実に実施している。

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	B
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	B
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	B
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	A
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	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	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	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	B
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	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	S
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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	S
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	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	B
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	B
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	NA
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	NA
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	S
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	NA

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 3 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 大分大学医学部附属病院
 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： 国立大学法人
 I-1-4 所在地： 大分県由布市挾間町医大ケ丘1-1

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	588	563	-25	78.1	12.7
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	30	30	+0	64	45.7
結核病床					
感染症病床					
総数	618	593	-25		

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	24	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
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)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	6	+0
人工透析	15	+0
小児入院医療管理料病床	33	+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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室	15	+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(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(大学病院本院群),
 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： 5 人 2年目： 33 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

[illegible]

I-2-2 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	1,047.13	1,054.46	1,043.61	99.30	101.04
1日あたり外来初診患者数	50.37	49.21	45.08	102.36	109.16
新患率	4.81	4.67	4.32		
1日あたり入院患者数	478.86	479.76	492.08	99.81	97.50
1日あたり新入院患者数	33.94	33.10	31.95	102.54	103.60