

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8月8日～8月10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. 返書の組織的な管理について、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。（1.2.2）
 2. 安全確保に向けた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。（1.3.1）
 3. 貴院で設定した臨床指標に関する指標を活用し、診療の質向上の活動と実績の積み上げに努めてください。（1.5.2）
- ・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

貴院は福島県立女子医学専門学校附属医院を前身とし、1951年に福島県立医科大学附属病院として発足して以降、確実に福島県の医療を支え、様々な研究成果を内外に発信してきた。東日本大震災から10年が経過し、多くの新たな事業を展開し、次の10年という新しいフェーズに向けて、着実な一歩を進み始めている。総合内科、こども医療センター、脳疾患センター、移植医療部、心臓血管センター、小児・AYAがん長期支援センター、がんゲノム医療診療部、生殖医療センター、先端的低侵襲手術センター、呼吸器センターなど、時代に即した診療体制を順次整備し、診療機能の拡充に常に取り組んでいる。

「健康を支える医療・心温まる医療を目指して県民とともに歩む」という基本理念のもと、誰もが利用しやすい病院を目指し、様々な取り組みが実践されている。県民には高度な医療を提供する医療機関として、その位置づけが浸透し、ドクターヘリの運用を含めた救急医療、小児医療は、地域の中での最後と砦として、確実に求められる役割を果たしている。2020年10月に設置が認可された保健科学部から

は、今後は順次医療技術者が輩出され、より充実した診療体制の整備が期待される。良質な医療を提供すべく日々研鑽を積んでいる医療者は、誠実に患者対応を行い、倫理的課題にも向き合い、その真摯な姿勢は随所で確認することができた。今回の病院機能評価の受審を契機に、貴院がさらにその質を高め、信頼される大学病院として発展していくことを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

福島県立医科大学の理念に基づいて病院の理念を策定し、様々な手法、媒体を通じて広く関係者に周知している。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が、中・長期的な将来像の明示や、執行部の考えや決定事項が確実に現場で実践され、その状況がフィードバックされる体制の整備が期待される。組織運営は効果的・計画的に行われている。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ており、導入や更新の年間計画を適切に策定している。病院として管理すべき文書については、規程により病院管理課が把握、管理しており、院内ポータルサイトに掲載して職員に周知している。

病院の機能に見合った人材、法令や施設基準に準拠した必要人員を確保している。就業規則や給与規程などを整備し、労働時間も把握しているが、医師、看護師以外の職種も労働時間軽減に向けた検討もされると良い。全ての職員が定期健康診断を受診しており、ストレスチェックも実施している。職員の意見・要望などを汲みあげる仕組みがあり、改善策等を検討し、改善を図っている。院内で開催された研修について、開催実績などを把握しており、医療安全管理部、感染制御部が担当する研修の受講率は100%である。自己評価や個人目標の設定、評価者面談を通じて指導・育成を進める人事評価が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務は明文化され、「子どもの患者さんの権利」が別途作成されている。患者への説明と同意の取得は、規程に基づき適切に行われ、説明書・同意書の使用状況や同席率等を把握し、患者の意思決定支援に努めている。各種相談窓口として医療連携・相談室が入院案内等により周知され、社会福祉制度や転院先調整、がん相談などの内容に応じて専門職種による患者支援に取り組んでいる。個人情報保護方針を整備し、患者へはホームページや入院案内で、職員へは研修等で周知している。臨床倫理コンサルテーションチームが組織され、現場の倫理的課題に関する相談に応じる仕組みがあり、検討実績もある。また、解決不可能な事例は、臨床倫理委員会で検討する仕組みとなっている。

患者用駐車場やタクシー乗降場等の整備とともに、院内にはコンビニエンスストアや喫茶、レストラン、理・美容室が設置されるなど、生活延長上の設備やサービスへの適切な配慮がなされているほか、バリアフリーが徹底され、手摺りや車椅子用トイレの設置、玄関等への車椅子の準備など高齢者等に配慮した施設・設備が整えられている。敷地内全面禁煙が周知され、禁煙外来診療や喫煙患者への受診推奨などの啓発、職員の喫煙習慣の把握や禁煙啓発への取り組みが行われている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見等が投書箱や退院時アンケート、患者満足度調査などにより収集され、委員会等での検討を経て対応内容が院内掲示等によりフィードバックされている。クリニカル・パスを含めた部門横断的な検討会は数多く開催され、臨床指標についても医療の質向上委員会が主体的に関与し、活動が開始されているところである。引き続き改善活動を継続し、臨床指標を診療の質改善に活用して実績を積み上げることが求められる。業務の質改善については、各部門が中心となってQC活動が行われ、「KAIZEN アワード」という全職員が能動的に参加する活動が行われている。今後は組織的・継続的改善活動に繋げる仕組みを期待したい。高難度新規医療技術、未承認新規医薬品、医薬品適用外使用とも、申請から承認、説明と同意の方法、モニタリングに対する体制が整備されている。

医師は診療録を適切な内容で作成しているが、退院時サマリーについては迅速な承認の徹底など手順を工夫して常に作成率 100%の達成・維持を望みたい。多職種による診療・ケアの実践では、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。病棟・外来では医師、看護師、理学療法士、管理栄養士等の多職種が参加し、患者情報を共有しながら個別の診療・ケアにつなげているなど、チーム医療を積極的に展開している。

5. 医療安全

医療安全管理体制は整備されているが、体系的に整理された医療安全対策マニュアルを作成中であり、引き続き完成に向けた作業を進め、今後の適切な運用が期待される。報告されたインシデント・アクシデントの分析と対策立案を速やかに行う体制が構築され、死亡患者の随時の把握と検証の体制が確立している。

患者確認は2つ以上の識別子を用いて確認しており、医療行為前にタイムアウトを徹底している。誤接続・誤注入防止対策にも努めている。手術部位マーキングについては診療科毎に方法が決められ、チェック体制も整備されている。指示出し・指示受けなどの手順は規則通り正しく行われており、検体検査結果のうち緊急対応が必要なものは検査部から医師に直接連絡する手順を規定している。麻薬、向精神薬、毒薬、ハイリスク薬剤の安全な使用や保管・管理は適切に行われ、抗がん剤は適切にレジメンが管理・登録されている。高濃度カリウム製剤投与時の院内手順についても周知されている。転倒・転落防止対策は患者リスクに応じた適切な予防対策を行っており、多職種で転倒・転落ラウンドを行いリスク意識の向上へつなげている。日常的に使用する医療機器は、臨床工学技士のサポートのもと、教育を受けた職員が安全に使用する体制がある。24 時間 365 日運用の RRS を含め、院内の急変対応の体制は整備されている。

6. 医療関連感染制御

感染制御部は ICT および AST を組織して院内の感染に関する業務を適切に実行している。院内感染対策委員会と感染対策担当者会議が機能して院内各部署に適切な情報提供を行っている。感染制御部は細菌検査室からの分離菌情報を迅速に収集

し、院内の感染状況を適切にまとめている。また地域や専門組織から院外の感染情報を常時入手するだけでなく、地域の中核施設としての感染対策活動も積極的に行っている。現場には ICT が関与し、院内の手指衛生、標準予防策の徹底を図っている。また、感染性の廃棄物やリネンの処理も適切に行っている。院内抗菌薬マニュアルを整備し、感染制御部門で使用状況を監視しつつ AST が毎日モニタリングしており適切である。起炎菌・感染部位の特定、院内における分離菌感受性パターンの把握を適切に実施している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携については、患者向けや連携医療機関向けの広報誌、病院案内、入院案内の発行、ホームページなどによって、理念・基本方針をはじめ、外来受診や入退院の案内、各部門や施設・設備の案内、病院指標などを発信している。地域の医療機関等との連携については、医療連携・相談室により地域の医療関連施設等の機能やニーズの把握、医療連携ネットワークの運営、紹介患者の受け入れ、紹介元医療機関への受診報告などが行われている。医師の診療方針等の中間報告などに関しても病院の方針や取り扱いルールが定められ運用を開始したところであり、着実な実績の積み重ねが期待される。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動に関しては、地域住民の健康増進への寄与などを目的とする市民公開講座の開催のほか、高校生に向けた広報誌の発行による教育・啓発活動、地域の医療関連施設の職員に向けたセミナーや技術講習会の開催、WEB による研修会開催などの努力や工夫が行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者受診時に必要な情報はホームページに掲載し、外来は完全予約制を導入し、看護師・薬剤師による外来での指導も適切に行われている。造影剤の使用や侵襲的検査は患者・家族等に検査の必要性和リスクなどが的確に説明され同意が得られ、タイムアウトによる誤認防止のほか、患者の状態のモニタリングが確実になされている。入院の決定は適切に行われ、看護師、薬剤師、管理栄養士らも適切な計画を立案しており、患者の理解を助けるため患者用クリニカル・パスを利用した計画説明を行っている。入院を予定している患者は、患者サポートセンターの入退院支援担当者が入院治療に関する不安や、退院困難な要因を確認し必要なサービスへつなげている。

主治医および担当医は、毎日回診を行い患者の病態把握に努め、診療科長は、定期的な回診と診療科内カンファレンスにて診療内容等の確認・把握に努め、必要に応じて指導を行っている。看護師は、看護基準・手順に基づき日常の病棟業務を実施している。薬剤投与時の 6R 実施、投与中、投与後の患者の状態・反応の観察は適切に行われている。注射薬が薬剤部から病棟に払い出された後の運用・手順についても、チェック体制を含め、適切に実施されている。輸血・血液製剤は医療安全マニュアルの輸血に関する項を参照しながら安全で適正な投与に努めている。手術適応および術式が適切に検討され周術期の対応は適切に実施されている。重症患者

の管理は適切であり、一般病床では定められた規準により重症度に応じてナースステーション近くの重症個室病室に入室させるなど配慮している。褥瘡の予防・治療については、専従の管理者を配置するなど、さらなる組織的な取り組みが期待される。リハビリテーションはリスクを十分説明したうえで迅速な介入が行われている。栄養管理、緩和ケア、身体抑制、退院支援、ターミナルステージへの対応などは、いずれも適切に行われている。

＜副機能：精神科病院＞

主に精神科急性期治療および身体合併症治療に特化した 49 床の精神科閉鎖（個別開放処遇）病棟であり、措置入院患者、精神科急性期患者や身体合併症例の積極的な受け入れ、地域からの修正型電気けいれん療法の対応などを行っている。施設基準に基づいて適切な職員が配置され、入院時よりゴールを「退院」と設定してチーム医療の推進が図られている。外来は診療予約制となっており、精神保健福祉法を遵守した任意入院、医療保護入院、措置入院の患者管理が適切に実施されている。病棟専従の精神保健福祉士が患者・家族からの医療相談に積極的に対応し、投薬については定期的に精神科薬剤の単剤化率や CP 換算の医療チームへの定時報告など、患者の視点に立った対応は評価できる。食物アレルギーは「聞き取りフローチャート」を用いて適切な食物を選定できるよう関与しており、適切な食事提供に対する科学的な検証を行っている。精神科作業療法は主治医指示のもと、病棟専従作業療法士により個々の患者の計画に則って実行され、早期退院に向けて対応している。隔離や身体拘束については精神保健福祉法を遵守したチーム医療により適切に実施し、隔離室は説明と同意のもと 24 時間モニターで管理している。病院内にある精神科デイケアやショートケアが機能し、地域の社会資源と連携を行い、優れた体制が構築されている。

9. 良質な医療を構成する機能

注射薬は夜間・休日を含めすべて 1 施用単位で取り揃えて病棟に払い出され、すべての抗がん剤と TPN を薬剤部で調製・混合するなど、薬剤管理機能は適切である。臨床検査機能では、検体検査は全自動化による検体交差の起こらないシステムが導入されている。検査結果のパニック値は、依頼医に直接電話連絡をするルールになっており、連絡がつかない場合には担当チームの他の医師に連絡している。画像診断機能では、安全で質の高い画像検査施行のために専門職が適切に関与している。放射線診断専門医は十分な人数が勤務し、夜間・休日を除いて常に迅速な検査結果読影を行っている。また、非専門医の読影所見を専門医が確認するだけでなく、専門医同士のダブルチェックも行う適切な体制である。栄養管理機能では、患者満足度の向上を目指した積極的な取り組みが行われている。リハビリテーション機能では、医師と療法士の迅速な介入により診療・治療が提供され、地域包括ケアシステムの中で県立中核施設としての役割を的確に果たしている。診療情報管理機能については、電子カルテ、紙カルテや原本書類を 1 患者 1ID 番号で管理し、診療録の量的点検も適切に実施している。医療機器管理機能では、医療機器は一元的に

管理され、保守点検・修繕業務が適切に行われている。洗浄・滅菌機能では、洗浄・滅菌が中央化されており、質保証は日常管理を中心に実施し、手術用 RMD に二次元バーコードを活用してトレーサビリティを確保している。

病理診断機能では、すべての工程でバーコード認証を用いた検体交差防止システムが確立しており、1 検体ごとに着実に作業を実施する体制が整備されている。放射線治療機能では、都道府県がん診療連携拠点病院の機能を満たし、安全な治療が提供されている。輸血・血液管理機能については、輸血・移植免疫部外にも血液製剤専用の保管庫が設置され、確実な品質管理が実施される体制である。手術・麻酔機能では、常勤専従麻酔科医 17 名の体制で予定手術は手術部で調整され、緊急手術へも適切に対応し、麻酔の覚醒基準や退室基準なども整備して遵守している。ICU では専従の集中治療医が支援する体制がとられ、集中治療機能を的確に発揮している。救急医療機能では、常時必要な職種が配置され、時間外の支援体制も確保されており、虐待が疑われる患者への対応等もマニュアルに基づき適切に行われている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、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。医事業務では、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。業務委託は、委託業者の選定は競争入札を基本としており、委託業務の実施状況を確認して、契約更新に際しては、業務の質が担保できることを確認している。施設・設備管理は法定・定期点検の年間計画に基づいた保守点検等が行われ、経年劣化に伴う設備・機器の予防保全や機能の維持管理、院内の清掃や医療ガスの安全管理、感染性廃棄物の処理などが適切に行われている。物品管理では、委員会審議による購入物品の選定等が行われ、院内物流管理システムが導入されて各部署への供給や在庫管理、使用期限管理などが適切に行われている。

災害時の対応については、消防計画や災害対応マニュアル、病院の機能存続計画が整備され、自衛消防訓練やヘリポート消防訓練等が実施されている。今後は、災害時に備えた自家発電能力の増強や職員用の食糧・飲料水の備蓄の検討が望まれる。保安業務は、警備業務実施要領に基づき、緊急時の対応などが適切に行われている。医療事故の報告から組織的な検討までの流れは確立しており、外部委員を含む評価委員会も適切に実施されている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、所定の医師卒後臨床研修プログラムに則った研修医の指導・教育、相互評価等が行われ、侵襲を伴う医療行為の試技基準も明確化されている。その他の専門職種の初期研修では、一定期間の指導プログラムにおいて習得内容や到達目標等が定められ段階的な教育・育成活動が適切に行われている。学生実習については、多くの職種を受け入れ、カリキュラムに沿った実習が行われ、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	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・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	C
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	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	B
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	B
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	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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	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	B
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	B
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	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	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	B
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	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

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	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	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	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 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： 公立大学法人福島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： 福島県福島市光が丘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	713	713	+2	78.9	13.39
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神病床	49	49	+0	42.3	35.57
結核病床	14	14	+0	24	19.14
感染症病床	2	2	+0	31.5	9.39
総数	778	778	+2		

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	21	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		+0
ハイケアユニット (HCU)		+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		+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	9	+0
無菌病室	24	+0
人工透析	5	+0
小児入院医療管理料病床	53	+0
回復期リハビリテーション病床		+0
地域包括ケア病床		+0
特殊疾患入院医療管理料病床		+0
特殊疾患病床		+0
緩和ケア病床		+0
精神科隔離室	4	+0
精神科救急入院病床		+0
精神科急性期治療病床		+0
精神療養病床		+0
認知症治療病床		+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： 9 人 2年目： 13 人 歯科： 1 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	12	4.07	55.34	3.56	26.76	4.56	2.37	22.00	3.44	1.67
循環器内科	20	8.72	79.37	5.10	29.09	4.95	3.68	8.95	2.76	1.01
消化器内科（胃腸内科）	16	7.17	105.52	6.78	32.62	5.55	3.04	8.30	4.55	1.41
腎臓内科	10	3.92	41.64	2.68	12.80	2.18	2.04	17.24	2.99	0.92
神経内科	7	5.1	34.90	2.24	15.43	2.63	3.11	21.13	2.88	1.27
糖尿病内科（代謝内科）	10	0.77	50.25	3.23	6.18	1.05	0.96	10.62	4.67	0.57
血液内科	10	3.1	30.21	1.94	27.46	4.67	2.86	25.47	2.31	2.11
皮膚科	8	6.11	63.63	4.09	13.09	2.23	4.17	14.31	4.51	0.93
リウマチ科	7	1.75	43.47	2.80	8.97	1.53	1.89	22.05	4.97	1.03
小児科	28	10.92	74.44	4.79	63.53	10.81	9.58	20.43	1.91	1.63
精神科	11	8.07	75.49	4.85	20.72	3.53	1.18	35.60	3.96	1.09
外科	45	11.48	156.92	10.09	79.55	13.54	2.92	14.55	2.78	1.41
循環器外科（心臓・血管外科）	10	0.77	19.39	1.25	15.35	2.61	2.51	27.07	1.80	1.43
泌尿器科	10	4.1	78.13	5.02	32.10	5.46	3.22	11.40	5.54	2.28
脳神経外科	9	2.32	22.65	1.46	19.98	3.40	6.35	19.14	2.00	1.76
整形外科	19	3.08	102.76	6.61	50.38	8.57	4.60	18.20	4.65	2.28
形成外科	6	3.15	18.69	1.20	7.10	1.21	9.71	9.14	2.04	0.78
眼科	12	6.86	146.40	9.41	26.36	4.49	5.61	6.91	7.76	1.40
耳鼻咽喉科	9	6.39	42.76	2.75	16.08	2.74	7.17	15.45	2.78	1.04
産婦人科	18	2.42	143.62	9.23	58.70	9.99	3.93	11.22	7.03	2.87
リハビリテーション科	4	0.77	20.90	1.34	0.00	0.00	0.44	0.00	4.38	0.00
放射線科	13	8.04	44.53	2.86	0.04	0.01	1.11	2.00	2.12	0.00
麻酔科	18	14.71	32.43	2.09	1.00	0.17	0.51	0.00	0.99	0.03
救急科	13	0.55	9.05	0.58	13.21	2.25	70.31	7.47	0.67	0.97
歯科口腔外科	4	3.74	35.47	2.28	7.08	1.20	17.39	14.68	4.58	0.91
腫瘍内科	4	0	4.93	0.32	0.23	0.04	0.59	24.29	1.23	0.06
総合内科	5	3.1	3.26	0.21	1.15	0.20	14.43	12.76	0.40	0.14
甲状腺・内分泌内科	3	0	9.28	0.60	0.00	0.00	2.27	0.00	3.09	0.00
漢方内科	0	0.07	6.27	0.40	0.00	0.00	1.19	0.00	89.61	0.00
核医学科	3	0	3.49	0.22	2.54	0.43	55.57	6.48	1.16	0.85
病理診断科	8	3.07	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
検査部	3	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	10	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
輸血・移植免疫部	4	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
地域・家庭医療部	5	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
内視鏡診療部	6	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床腫瘍センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
甲状腺内分泌診療センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
脳疾患センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
生殖医療センター	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
性差医療センター	2	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療安全管理部	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
感染制御部	3	0.77	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
その他	11	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

I-2-2 年度推移

①-② 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	1,555.16	1,429.16	1,531.48	108.82	93.32
1日あたり外来初診患者数	70.71	58.15	68.47	121.60	84.93
新患率	4.55	4.07	4.47		
1日あたり入院患者数	587.50	559.05	629.55	105.09	88.80
1日あたり新入院患者数	42.81	42.81	46.73	100.00	91.61