

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 12 月 1 日～12 月 3 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
------	--------	----

■ 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。

1. 病院の特色

貴院は 1928 年に設立された昭和医学専門学校の附属医院として開院し、その後、1994 年に特定機能病院として認可され、これまで地域災害拠点病院、救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院、総合周産期母子医療センターなどの指定を受けて発展してきた。

病院の理念として「患者本位の医療」「高度医療の推進」「医療人の育成」を掲げ、数多くの領域で先進的な医療を追求しながら、常に「よりよい患者サービス」の提供を意識した日常診療を展開している。また、地域における救急医療では最後の砦という自覚のもと、「断らない」対応方針で、高い救急応需率を維持している。今回の新型コロナウイルス感染症患者の診療においてもその真価は発揮され、病院長をはじめとする全職員の献身的な対応は院外からも高く評価されている。さらに、医学部、歯学部、薬学部、保健医療学部を有する大学の教育医療機関としても位置づけられ、法人として学生時代からチーム医療を意識した教育に注力し、職種ごとに計画的な初期研修・専門研修に取り組んでいる姿は模範である。

今回の病院機能評価の受審においても、先進的な医療に向けていくつもの取り組みを確認でき、特定機能病院として継続的に成長していることが明らかになった。医療の質改善という視点で、さらなる高みを目指すための助言をさせていただいたが、全国を代表する大学病院として益々の発展を期待している。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針は明文化され関係者に周知が図られている。病院長はそれらを踏まえた長期目標と年度目標を定め、就任後の所信表明や年初の挨拶等で職員への説明を行っている。今回の新型コロナウイルス感染症対応では、病院長を含む幹部職員が、関係各所と連携を図りながらリーダーシップを発揮した経緯がある。病院長は医療法等に則り適正に選出され、意思決定会議としては病院運営委員会が適切に機能している。院内の情報システムは医療情報室で管理され、各種規程に則った対応がなされている。文書管理に関しても規程に沿った運用がなされている。

人員はおおむね確保されている。人事・労務管理にも適正に対応され、「医師のシフト勤務制度」を導入していることなどは評価したい。衛生委員会では必要とされる業務が確実に行われている。注射用抗がん剤の調製・混合に関わる被曝対策やホルムアルデヒド等を使用する職場環境調査なども適切に実施されている。全職員を対象にした職務満足度調査が行われ、就労支援に向けた様々な取り組みを通じて職員が働きやすい環境になっている。

全職員を対象とする教育・研修等を担う場として教育支援室が設置され、必要な業務対応がなされている。職員の能力評価・能力開発に関しても、職種ごとに定められた段階的支援が実施されている。法人として専門・認定看護師や認定看護管理者、特定行為研修修了看護師等の育成に熱心に取り組み、教育研修棟内の高機能なシミュレーター等を多職種向けに活用している点などは評価したい。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」とは別に「こどもの患者さんの権利」が明文化され、小児科病棟では丁寧なプレパレーションが実施されている。説明と同意に関する方針や基準・手順等が定められ、その成立要件や説明時に言及し記載すべき事項、看護師による同席基準などが明記されて適切に運用されている。診療関連情報の提供には病院ウェブサイトや各種冊子が活用されているが、食道外科患者向けの個別対応は特に評価したい。各種相談に対応できる部署として「総合サポートセンター・がん相談支援センター」が設置され、多岐にわたる相談対応にあたっている。その際、必要に応じて、薬剤師や管理栄養士等の協力も得られている。虐待に対しては、院内マニュアルに沿った対応が行われている。個人情報の保護に関しては院内規程に沿った対応がなされ、診察室や多床室等でのプライバシー保護への配慮なども適切にされている。臨床倫理的課題への対応として、院内各所での議論等のほか「臨床倫理検討委員会」や「臨床倫理コンサルテーションチーム」が機能しており、今後も積極的活動が期待される。

病院へのアクセスは良好であり、院内の施設・設備等の整備に問題はない。バリアフリー環境にも配慮をしているが、浴室等にある段差には継続的に配慮することを期待したい。病院内・敷地内禁煙の対応と、受動喫煙防止に向けた取り組み等も適切である。

4. 医療の質

患者・家族等からの意見や要望は意見箱や患者満足度調査、患者相談窓口への電話などから収集が図られ、関係部門や患者サービス向上委員会等での対応検討のもとフィードバックがなされている。院内では診療科ごとの症例検討会や多職種カンファレンスが数多く開催され、日常診療では各種ガイドラインが有効活用されている。診療実績や臨床指標・質指標に関して病院ウェブサイトへの掲載はなされているが、自施設の立ち位置を踏まえた指標等の有効活用を期待したい。クオリティマネジメント室が主導している部門横断的な活動や、院内で行われている学内機能評価などの活用があり評価できる。日々の業務の中で見えてくる諸課題を随時取り上げ議論する場を持つ工夫を期待したい。高難度新規医療技術・未承認新規医薬品等・適応外禁忌等使用医薬品の適否を判断するプロセスは適正に機能しており、担当部門からの確実な情報収集も含めて中・長期的な経過を確実にフォローできる仕組みを確立している。臨床研究に関しては、適切な対応がなされている。

病棟の入口には部門責任者の氏名等を記載して責任者の所在を明らかにするとともに、診療科責任医師と看護師長は病棟内ラウンドを毎日行い、診療・ケア等の実施状況の把握に努めている。診療記録の管理業務には診療録管理室が当たっており、診療記録の質的点検には5名の医師からなる診療録監査チームと多職種のケアプロセスチームが関わっている。院内には多職種からなる専門診療チームが数多く存在し、それぞれの領域で積極的な活動を展開している。新型コロナウイルス感染症重症患者への対応等では質の高い診療とケアが実践されている。

5. 医療安全

医療安全管理部門がクオリティマネジメント室内に位置づけられ、各部署のセーフティマネージャーとも協働し諸活動を展開している。インシデント・アクシデント事例は同部門内で検討され、職員への周知につなげられている。医療事故防止対策マニュアルは随時改訂され、その骨子はポケット版として職員向けに配布されている。

患者確認では2点確認が遵守され、サイトマーキングは診療科ごとに定められ関係職種で共有された方法が取られている。手術室ではサインイン・タイムアウト・サインアウトが実施されている。注射処方等の指示はオーダリングシステムで行われ、指示出し・指示受け・実施確認が電子カルテ上で確認できる仕組みになっている。口頭指示は原則受けない対応方針のもと、必要時には院内共通書式を用いて実施することがルール化されている。画像検査・病理検査の結果報告には既読確認システムが導入され、診断医が重要な所見を確認した際には別途担当医に通知するという仕組みもある。臨床検査結果のパニック値への対応も、医師に必ず伝達する手順が遵守されている。医薬品安全管理責任者は医薬品の安全使用に向けた各種取り組みを実践している。高濃度注射用カリウム製剤はプレフィルドタイプに統一され、手術室以外では定数配置せず、薬剤部から使用の都度払い出されている。バーコード認証システムを用いた医薬品の取り揃え対応等も徹底されており、薬剤師による院内業務への関わりは高く評価したい。転倒・転落防止対策に関しても適切な

対応が取られている。各種医療機器は臨床工学室で一元的に管理され、モニター類の作動確認はチェックリストを用いて看護師により行われている。医療機器の使用手順や点検方法等はマニュアル化され、職員向けの研修会なども適時開催されている。患者急変時の対応としてコードブルーシステムと RRS が用意され、RRS に関しては、主治医を介さず集中治療科医師が重症患者をクリティカル部門に入室させる仕組みと、RRT による急変が予兆される患者への初期対応を担うプロセスが良好に機能しており評価できる。

6. 医療関連感染制御

感染症内科科長が責任者を担う感染管理部門が設置され、専任または専従の医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師等が中心になって院内外の感染状況等の把握や対応策等の検討に当たっている。また、感染管理部門の下部組織である感染リンクドクター会と感染リンクナース会も良好に機能している。医療関連感染制御に関わるマニュアル類が整備され、内容等の改訂も適時行われている。院内の感染発生状況等は感染管理部門で把握・検討され、過去には MRSA 発生率を半減させたという実績もある。さらに、専従薬剤師を配置した AST による諸活動も積極的に展開されており、必要に応じて処方医への介入対応が随時なされている。広域抗菌薬投与前の培養検査提出率や血液培養採取 2 セット率なども極めて高く、アンチバイオグラムの作成と更新は 6 か月ごとに行われている。なお、抗菌薬の適正使用マニュアルについては、診療科ごとに内容精査されると良い。ターゲットサーベイランスに関しては、CLABSI と CAUTI が全病棟で行われているほか、SSI も全診療科で実施されており高く評価したい。

標準予防策の対応等は、感染管理部門が指導・支援して実践され、ICT ラウンドを通じた遵守状況の確認や部署ごとの手指消毒剤の使用量確認なども定期的に行われている。病棟や外来における感染性廃棄物等の取り扱いなどにも問題はない。

7. 地域への情報発信と連携

広報関連の業務は管理課企画庶務担当が主管しており、各部門からの意見等も参考にして対外的な情報発信を行っている。病院ウェブサイトの定期的な更新や広報誌等の配信なども適切に行われている。地域医療連携担当部門には専従職員が配置され、地域の医療関連施設等の状況把握や紹介患者の診療予約、逆紹介対応などに当たっている。紹介患者への返書管理なども適切に行われ、医療機関等への訪問対応にも積極的に努めている。

患者および地域住民向けに、病院として健康増進への寄与等を目的とした公開講座を定期的で開催しており、地域の小中学生を対象とした各種セミナーなども企画・開催している。2020 年度以降は、コロナ禍で集合研修がほとんど行えない状況にあったが、オンラインでの市民公開講座や医療従事者向け研修会を行うなど工夫している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は病院ウェブサイトや院内掲示等で案内がなされ、正面玄関ホールには総合受付が設置されている。紹介患者には地域医療連携担当部門の職員がスムーズな受診対応に努めている。院外からの紹介状や画像データ等は速やかに電子カルテに取り込まれ、入院予定患者の薬剤情報は看護師と薬剤師により確認されている。患者・家族への説明と同意は院内手順に則り行われ、侵襲的処置等を行う際には同意書が取得されている。内視鏡検査で鎮静剤を使用する際の対応手順なども定められ、安全性に配慮した対応がなされている。外来・処置室には34名ほどの看護師が配置され、13種類の看護専門外来も設置されている。入院の必要性は担当医により判断され、患者・家族等に説明と同意を得ている。入院前の総合サポートセンターにおける対応を含め、患者の円滑な入院に向けた取り組みは評価できる。なお、入院病床の決定には、ベッドコントロール担当者による柔軟な運用がなされている。入院患者には担当医および関係職による診断と評価が行われ、入院診療計画等の立案につなげられている。患者・家族等からの医療相談には「総合サポートセンター・がん相談支援センター」が対応している。

主治医および担当医は入院患者の回診を毎日行い、看護師もプロフィールデータ等に基づく看護計画の立案と実施・評価に努めている。病棟薬剤師は入院患者の薬歴管理を確実にし、抗がん剤やハイアラート薬の使用患者に対し服薬指導を徹底しているほか、病棟看護師による投薬・注射などを安全に実施するための支援を随所で実施している。輸血や血液製剤の投与は院内手順に則り行われている。手術・麻酔の適応と方法はカンファレンス等で検討がなされ、患者・家族等に説明して同意のもとで決定されている。また、術前外来では手術室看護師によるオリエンテーションが実施され、薬剤師や歯科衛生士等による介入も適時行われている。手術室への入室前後の対応や周術期の合併症予防対策なども適切に行われている。院内には数多くの集中治療部門が設置され、離れた部屋にいる患者観察を遠隔集中治療プログラム（eICU）で対応するなど工夫しているほか、RRSによる患者急変時の緊急入室にも柔軟に対応している。入院時の褥瘡対策は院内手順に則り行われ、褥瘡ケアチームも良好に機能している。栄養管理への対応も適切になされ、管理栄養士やNSTによる介入も随時行われている。症状緩和は「緩和ケアマニュアル」に沿って実践され、必要時には緩和ケアチームやリエゾンチームによる個別対応もなされている。リハビリテーションはリハビリテーション専門医と療法士による評価・計画書作成のもと実施され、関係職種間での情報共有も的確になされている。身体抑制に関しては「最小限にする」ことを基本方針として定め、院内の適応基準に則った対応が適切になされている。退院支援ならびに退院後の診療・ケア等の継続性に向けた対応は適切である。小児医療センターでは、病棟と小児科外来の看護単位を一元化し対応するなど工夫している。ターミナルステージの判断はカンファレンスで話し合いのもとで決定され、必要に応じて緩和ケアチームによる介入等がなされている。逝去時の対応や環境配慮なども適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

入院患者の持参薬の鑑別は薬剤師により全症例で実施され、医薬品集の改訂や各種情報提供は薬剤部門によって適時行われている。注射薬の1施用ごとの取り揃えや注射用抗がん剤の薬剤師による調製・混合などを含め、院内の薬剤管理機能は適切に発揮されている。臨床病理検査室では一部の業務を外部委託しつつ、緊急検査には迅速かつ高い精度で対応している。異常値やパニック値への対応なども適切である。放射線診断部門では各種画像診断ニーズに24時間応えており、画像診断におけるダブルチェックが全例で行われているほか、担当医による既読・未読への確認対応もシステム化されている。院内の栄養管理業務には栄養科が関わり、完全業務委託化された給食管理業務のもと、嗜好調査や各種委員会からの意見等を踏まえた工夫や配慮がなされている。リハビリテーションセンターでは各種リハビリテーションに対応し、連続性に関しても48時間以上リハビリテーションが中断されないように配慮している。診療情報は電子カルテシステムと部門システムの統合によって一元的に管理され、入院・外来ともに1患者1IDでの運用対応のもと、診療情報の検索システムなども適切に機能している。また、システムダウン時の対応用紙や復旧後の記録管理手順なども整備され、量的点検も診療情報管理士を増員し適切に実施している。医療機器の管理業務は臨床工学室が担っており、職員向けの教育・研修にも適切に関わっている。洗浄・滅菌業務は委託化されているが、現場での運用状況や実施環境などは適切である。

病理検査室において、検体処理業務の一部を外部委託しているが、検体交差が起これにくい配慮のもとで対応しており、病理専門医による診断報告をダブルチェックし、担当医による既読・未読への対応もシステム化されている。放射線治療センターでは、高精度放射線治療や小線源照射を含む放射線治療が安全・確実な環境のもと実施されている。輸血・血液管理業務に関しては、輸血センターが中心となり適切に対応している。14室ある手術室で年間5,800件以上の手術が行われ、手術中の患者管理等も安全かつ適正に行われている。集中治療機能は集中治療科医師により管理され、院内のICUを遠隔集中患者治療プログラムで効率よく運用させており、急変時対応としてRRSを積極的に機能させ、新型コロナウイルス感染症重症患者に積極的に対応するなど、評価したい。院内には三次救急対応の救命救急センターと一次・二次救急対応の救急医療センターがあり、「断らない」という対応方針のもと救急応需率が97.5%と高い状況下、関係職種の教育・研修等にも積極的に関わっており、救急医療機能は高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

院内で作成された予算案は理事会および評議員会を経て決定されている。会計処理は学校法人会計基準に基づき行われ、財務諸表等も定型的に作成されている。会計監査は内部監査室・外部監査法人により行われている。外来の収納業務は自動精算機と窓口対応で行われ、診療報酬請求業務では担当事務職員と担当医によるレセプトチェックが実施されている。また、レセプトの返戻・査定事案には、保険指導部会・保険委員会において検討がなされている。施設基準の点検には入院管理係が

適正に関わっている。業務委託の是非と委託業者の選定にあたっては管理会議での検討が行われ、日々の業務遂行状況は関係部署の担当者により日報・定例報告会などで確認されている。

病院施設の規模や機能等に応じた施設と設備が整備され、日常の管理・点検・運用などは年次点検計画表に基づき行われている。専門業者との保守契約等も確実に行われ、緊急・障害時のオンコール体制も問題はない。医療ガス安全・管理委員会も適正に開催され、産業廃棄物や感染性廃棄物などの処理工程なども適切である。医薬品や医療材料等の購入プロセスは適切であり、SPD による日々の医療材料等の供給や半年ごとの在庫確認等も確実に行われている。病院中央棟は耐震構造であり、地域災害拠点病院としての要件を満たしている。

各種リスクを想定した病院の機能存続計画（BCP マニュアル）も策定され、年 2 回実施される防災訓練には地域の医師会や住民などが参加している。院内の保安業務は適正に遂行され、委託警備員による院内外巡視のほか、院内各所の施設管理や防犯カメラによる監視、緊急時の対応等が適切に行われている。医療事故発生時の対応手順や連絡体制などは明文化され、必要時には調査委員会が適宜開催される仕組みである。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、医科 74 名・歯科 2 名の初期臨床研修医が在籍している。臨床研修医の評価は医科が EPOC2 で、歯科は評価シート等で行われ、指導医からの評価と他職種による評価が実施されている。また、病院として 2012 年以降、JCEP の受審と認定を継続的に受けている。看護師については、看護部で構築した屋根瓦体制の新人教育プログラムが使用され、その後にクリニカルラダーに基づくキャリアパスが展開される流れにある。薬剤師の養成に関しても、臨床研修薬剤師向けのレジデントプログラムが動いており評価したい。その他の専門職種においても、部署や職種ごとに定められた初期研修レベルの人材育成計画が定められている。法人として、職種ごとに計画的な初期研修を実践している点は高く評価したい。また、医療従事者の育成に関わる大学病院として、医学生だけでなく、医療系技術職や事務職などの養成校から数多くの実習生を受け入れているが、実習前後の手続きや各種対応等は適切になされている。医学部・歯学部・薬学部・保険医療学部の学生が入職前にチーム医療を体験できる学部連携教育カリキュラムなども動いており評価したい。

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	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
1.4	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	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	B

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	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	S
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	S
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	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	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	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	S

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	S
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	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	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	B
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	S
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	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	S
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	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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 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： 昭和大学病院

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： 東京都品川区旗の台1-5-8

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	815	805	+4	75.6	10.2
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	815	805	+4		

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	13	+0
集中治療管理室 (ICU)	14	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	14	+4
ハイケアユニット (HCU)	16	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	15	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	9	+0
放射線病室		
無菌病室	12	+5
人工透析	13	+0
小児入院医療管理料病床	50	+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		
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： 36 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)
呼吸器内科	22	8.8	87.01	6.50	48.13	7.90	6.08	14.16	2.83	1.56
循環器内科	31	6.4	98.60	7.36	50.85	8.35	5.17	9.85	2.64	1.36
消化器内科 (胃腸内科)	27	9.6	127.34	9.51	63.69	10.46	7.64	10.03	3.48	1.74
腎臓内科	14	4.2	41.87	3.13	25.73	4.22	2.73	15.94	2.30	1.41
糖尿病内科 (代謝内科)	13	2.4	70.98	5.30	8.24	1.35	2.18	12.45	4.61	0.53
血液内科	10	2.4	40.01	2.99	42.31	6.95	3.22	26.60	3.23	3.41
皮膚科	32	5.6	106.65	7.96	7.71	1.27	5.72	10.14	2.84	0.20
感染症内科	3	0.6	8.44	0.63	0.00	0.00	40.25	0.00	2.34	0.00
小児科	32	6.4	65.55	4.89	35.14	5.77	13.56	6.00	1.71	0.92
精神科	1	0	0.05	0.00	0.00	0.00	33.33	0.00	0.05	0.00
呼吸器外科	6	1.4	10.25	0.77	8.30	1.36	6.13	9.68	1.39	1.12
循環器外科 (心臓・血管外科)	6	1.8	5.34	0.40	11.17	1.83	4.54	28.52	0.68	1.43
乳腺外科	12	2.8	69.60	5.20	13.06	2.15	5.02	9.03	4.70	0.88
消化器外科 (胃腸外科)	20	6.2	25.80	1.93	36.55	6.00	8.00	15.10	0.98	1.39
泌尿器科	15	2.8	65.82	4.91	22.43	3.68	4.72	10.82	3.70	1.26
脳神経外科	21	1	24.11	1.80	25.13	4.13	13.10	12.24	1.10	1.14
整形外科	24	10.4	20.06	1.50	29.29	4.81	8.27	22.62	0.58	0.85
形成外科	6	1.4	18.32	1.37	4.92	0.81	9.16	13.91	2.48	0.66
眼科	1	0.2	0.08	0.01	0.11	0.02	34.78	3.57	0.07	0.09
耳鼻咽喉科	16	7.6	60.30	4.50	11.02	1.81	12.57	6.94	2.55	0.47
小児外科	6	2.4	12.92	0.96	3.77	0.62	12.49	6.29	1.54	0.45
産婦人科	50	6.6	124.15	9.27	52.36	8.60	7.46	7.88	2.19	0.93
リハビリテーション科	3	1.4	1.61	0.12	0.00	0.00	1.90	0.00	0.37	0.00
放射線科	14	3	3.07	0.23	0.00	0.00	74.30	0.00	0.18	0.00
麻酔科	24	9.6	10.84	0.81	0.00	0.00	3.40	0.00	0.32	0.00
病理診断科	9	3.5	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	1	0.2	24.01	1.79	8.40	1.38	70.91	3.85	20.01	7.00
歯科	2	0	44.34	3.31	0.00	0.00	27.92	0.00	22.17	0.00
食道外科	5	0	14.56	1.09	20.05	3.29	3.54	17.57	2.91	4.01
小児循環器内科	8	0	9.78	0.73	9.41	1.55	6.94	15.40	1.22	1.18
小児循環器外科	5	0.2	0.12	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.00
脳神経内科	3	0.2	2.47	0.18	5.39	0.88	29.52	7.57	0.77	1.68
救命救急科	17	2.4	3.22	0.24	2.54	0.42	93.75	1.89	0.17	0.13
リウマチ膠原病内科	1	0.2	13.87	1.04	1.41	0.23	2.56	10.84	11.56	1.18
腫瘍内科	8	1.2	34.23	2.56	27.48	4.51	1.28	15.24	3.72	2.99
東洋医学科	1	0	2.92	0.22	0.00	0.00	1.52	0.00	2.92	0.00
脊椎外科	7	0.2	10.72	0.80	15.20	2.50	7.71	25.92	1.49	2.11
頭頸部腫瘍センター	6	0.8	19.24	1.44	16.96	2.79	2.98	21.53	2.83	2.49
放射線治療科	11	0	51.40	3.84	0.00	0.00	0.23	0.00	4.67	0.00
集中治療科	10	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
緩和医療科	4	0.2	2.45	0.18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.58	0.00
腎移植センター	2	0	7.31	0.55	2.21	0.36	3.18	12.61	3.65	1.11
		</								

I-2-2 年度推移

	実績値					対 前年比%	
	昨年度			2年前		昨年度	2年前
	2020	2019	2018	2020	2019		
1日あたり外来患者数	1,339.41	1,266.56	1,629.23	105.75	77.74		
1日あたり外来初診患者数	116.63	121.12	137.04	96.29	88.38		
新患率	8.71	9.56	8.41				
1日あたり入院患者数	608.96	695.71	667.75	87.53	104.19		
1日あたり新入院患者数	54.68	59.96	56.83	91.19	105.51		