

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」・「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 2 月 25 日～2 月 27 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
機能種別	緩和ケア病院（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
 1. 説明と同意における同席基準の統一および手順と記録の徹底に対する取り組みを継続的に実践してください。（1. 1. 2）
 2. 急変する前の兆候を捉えて対応する仕組み（RRS）の確立に向けた取り組みを継続的に実践してください。（2. 1. 8）
- ・機能種別 精神科病院（副）
該当する項目はありません。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、開設以来 90 年の歴史を重ね、現在では特定機能病院・大学病院として高度で先進的な医療を推進し、災害拠点病院、高度救命救急センター、がん診療連携拠点病院（地域）、エイズ治療拠点病院、総合周産期母子医療センター等の役割を担っている。また、大学病院として緩和医療の実践にも努め、全人的な医療・ケアに注力されている。提供する医療の基盤となる病院の理念として「人と地球にやさしい、生命を慈しむ医療」を掲げ、患者中心の医療・共生の医療・高度で安全な医療・地球と共に歩む医療・優れた医療人の育成を基本方針とし、地域における基幹病院としての責任を果たしている。今回の病院機能評価の更新受審では、病院長をはじめとして病院長特別補佐、副院長等の執行部の高いリーダーシップが発揮され、改善への意識が病院全体に一層浸透しつつあることが認められた。これからも積極的な取り組みが継続され、貴院がますます発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針は明文化され、院内外に周知されている。病院長を筆頭とする執行部は毎週課題の把握と対策を検討し、病院内への周知に努め、種々の委員会や部門で責任者を果たすなど、適切にリーダーシップを発揮している。病院長の権限、執行部の役割と機能に関してさらに明確にし、職員に周知するような工夫を期待する。情報管理の方針は明確であり、医療情報センターに専門スタッフが配置され、運用管理規程に基づいて電子カルテをはじめとする情報システムが適切に管理されている。文書管理については管理規程が整備され、管理担当部署も明確であり、おおむね適切に運用されている。

特定機能病院として医療法や施設基準などを踏まえて必要な人材が適切に確保されている。人事・労務管理に必要な諸規程は整備され、職員に周知されている。就労管理はおおむね適切であるが、医師や薬剤師などの有給休暇の取得率の向上などは今後の課題である。職員の安全衛生については、衛生委員会が毎月開催され、院内巡視なども実施されており適切に機能している。働きやすい職場環境の整備に努めており、ハラスメントへの対応など相談できる体制を整備している。職員への教育・研修については、医療安全や感染などの主要な委員会で構成された「TQM 連絡会」を中心に必要な研修が企画・立案され、毎月多くの研修会や講習会が実施されている。参加率の向上や研修効果の確認にも取り組んでおり適切である。職員の能力評価、能力向上については、各部署において業務の評価、研修や外部への研修、クリニカルスキル・トレーニングセンターの活用、学会発表などで行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族、職員に周知されている。こどもの権利に関しては追補されているが、高齢者、認知症患者等に対する明文化が望まれる。患者への説明と同意では、同席基準の標準化と手順および記録の徹底に対する継続的な取り組みが必要である。患者の理解を深めるための情報共有と支援は、患者用クリニカル・パスの作成、手渡しによる説明や指導等、適切である。医療連携センターに患者相談窓口が設置され、必要な職種と人員配置のもとで相談業務が行われている。個人情報の保護については方針や規程が整備され、ホームページや院内掲示により適切に周知されている。電子カルテなどの情報管理や診療上のプライバシーへの配慮も適切である。臨床における倫理的課題は、病院として検討すべき事例を確実に把握するような工夫を期待したい。また、日常の倫理的問題に迅速に対応する倫理コンサルテーションチームが立ち上げられたが、運用が開始されたばかりであり、今後の活動に期待したい。

レストラン、コンビニエンスストア、テレビ、冷蔵庫、洗面台、浴室などの生活延長上の設備等が整備され、入院生活への配慮がなされており、テレビ、公衆電話など情報入手や通信手段も確保されている。院内はバリアフリーであり、廊下や階段、トイレ、浴室等には手摺りが整備され、車椅子など必要な備品が設置されている。敷地内禁煙の方針が明確であり、院内掲示や入院案内等により周知され、院内放送や禁煙パトロールにより、患者、職員への禁煙啓発に努めている。

4. 医療の質

意見箱、患者満足度調査等から患者・家族の意見が収集され、サービス改善委員会での検討を経て、改善策、感謝等が院内掲示されている。症例検討会、病理検討会は積極的に開催されている。臨床評価指標は、医療の質改善に資するような指標の収集、分析をさらに深めて活用につなげられたい。業務の質の向上については、部門横断的な改善活動のさらなる推進が望まれる。新たな診療・治療方法の導入について、高難度新規技術、未承認新規医薬品等の申請がされない事例を、病院として確実に把握し、審査していく仕組みを確立するために実績を積みさらなる検討が望まれる。

各部署における診療・ケアの責任体制は掲示されているが、表示する文字の大きさについては、さらに工夫を期待したい。診療録の記録では、各職種の記載の充実に向けた取り組みを期待する。多職種で構成されている医療チームによる回診やカンファレンスが積極的に行われており、組織横断的な活動は適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全管理体制は強化され、医療安全管理部を中心に、専従の医療安全管理責任者（副院長）が統括し、専門性の高い多職種が配置され、充実した体制である。マニュアルは詳細に定められ、組織横断的に連携・周知徹底が機能している。患者の確認は、フルネームで名乗ることの促進活動が行われている。部位、検体などの誤認防止は、表示方法が工夫され、タイムアウトが適切に実施されている。画像・病理診断報告書の見落とし防止対策は、医療安全管理部で患者説明・カルテ記載済みの実施状況が全例確認され、未確認事例には病棟医長による確認報告がなされている。また、異常値・パニック値は確実に医師に伝達される仕組みである。抗がん剤化学療法を行う際には、レジメンに基づき多職種で安全に実施できる体制である。

転倒・転落防止対策への取り組みは、ワーキンググループの活動により、睡眠剤の種類や使用法の見直しなどで成果をあげており、高く評価できる。医療機器の安全使用については、ME 機器部門システムにより、使用状況や点検の状況が把握されている。医療機器に関する研修会については、医療機器管理責任者を中心に積極的に実施されており適切である。急変する前の兆候をとらえるシステム（RRS）については、運用が開始されたところであり、確実に定着することが求められる。また、急変時の訓練では、事務職員を含めた全職員の受講率が高まるよう、継続的に取り組まれない。

6. 医療関連感染制御

感染制御部が院内で中心的な役割を果たし、院内の隅々まで監視と指示が行き届く体制ができている。優先順位をつけて院内サーベイランスを行い、末梢静脈カテーテルの感染や MRSA・緑膿菌について成果を上げている。地域において中心的な役割を担うだけでなく、地域の枠を超えて他施設からの問合せに応えている等、優れた組織体制が構築されている。AST はエビデンスに基づいた介入を実施してお

り、2015年から2018年に至るまでに、経口抗菌薬の使用を4割減少させた実績を得ており評価できる。院内での研修は各部署の要望に応えるように行っており、ほぼ職員全員の参加が実現されており、優れた取り組みと考えられる。アウトブレイクに対しては対応表があり、「アウトブレイク認識・行政相談・行政届出・閉鎖を含む隔離の強化・公表」とそのレベルによって対応が決められている。

ICTとリンクナースの連携により環境ラウンドを行い、マニュアルの遵守状況を評価し、指導・監視を実施している。手指衛生の徹底については、各職種間の手洗いの評価を含めた効果的な情報発信を検討されたい。抗菌薬の使用では、適正使用を促すため積極的なサーベイランスを行った結果、抗菌薬の使用量が低減されており適切である。

7. 地域への情報発信と連携

病院からの情報は、広報誌やニュースレター、ホームページ等を活用して発信がされており、診療実績は病院指標や部門別の指標が公表されている。医師会との懇談会を定期的で開催して、医療機関等の状況を把握しているほか、連携関連病院や訪問医療機関から意見等を収集して、医療関連施設との連携が図られている。がん、糖尿病に関する市民公開講座等や、肝疾患に関する専門的なセミナー等を定期的で開催して、医師、看護師等が講演者となり、積極的に実施されている。

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、ホームページや病院案内で周知され、病院正面入口には総合案内が設置され、看護師がサポートしている。外来診療ではプライバシーへの配慮がされている。診断的検査は、おおむね適切に実施されている。入院の決定については、各科でカンファレンス等を通して共有されている。入院診療計画書は多職種で記載がなされており、クリニカル・パスも活用されている。患者・家族からの相談は、相談内容に応じて、社会資源との連携・調整も図りながら対応を行っており適切である。病床管理は担当者が明確であり、柔軟に対応している。入退院患者支援センターでは、多職種で対応しており、今後の適用患者の拡充が期待される。

医師の病棟業務、看護師の病棟業務は適切に行われている。抗がん剤などをはじめとしたハイリスク薬剤では、看護師が投与開始より経時的に観察を行うことで安全な薬物療法を行っている。病棟での輸血については、マニュアルに従って適切に実施されている。リハビリテーションは運動器・中枢神経系・心臓・救急・癌患者を対象に実施し、急変時には迅速に対応できる体制がとられている。周術期の対応では、麻酔科医の術前診察、手術室看護師の術前訪問もあり、合併症予防も適切に実践されている。ICU、HCU、各病棟の重症室は、入室、退室基準が決められており、重症度に応じて運用されている。褥瘡予には、多職種からなるチーム活動が褥瘡の予防から治療まで継続的に行われており、看護部リンクナースの育成にも取り組んでいる。栄養サポートチームは全診療科に対応しており、管理栄養士は病棟担当制としている。また、より専門性の高いNST専門療法士の育成に尽力し、栄養管理の質向上に努めており評価できる。多職種から構成された緩和ケアチームの活動

によりコンサルテーションが行われ、患者、家族への支援が行われている。身体抑制を回避することを目的として、せん妄予防のための睡眠剤の適正使用に向けての取り組みを行い、睡眠剤の使用量減少と転倒転落件数の減少に成果をあげている。入退院支援センターを設置し、患者の入院が決定した時点から患者情報を聴取し、病棟看護師に情報提供を行っている。退院後の医療機関等と連携する際は、情報提供にて適切に対応している。ターミナルステージの判定プロセスは、一定の基準に基づき評価することを期待したい。

<副機能：精神科病院>

初診時には他施設からの紹介状を医療連携センターが受けて精神科領域の患者である旨を判断して、外来受診につなげている。患者の状態や緊急性への配慮が適切に対応し、上級医に相談する仕組みが構築されている。診断的検査は必要に応じて安全な体制のもとに実施されている。入院形態に応じて手続き、説明と同意は適切に行われている。医師、看護師、その他の職種は人権を尊重し、患者に寄り添う治療が実践されている。ECTの実施においては、日本総合病院精神医学会 ECT 研修施設として質の高い実践が行われており、高く評価できる。

クリニカル・パスは ECT で使用されているが、他の精神疾患にも活用されたい。また、服薬指導をさらに推進することも期待する。

<副機能：緩和ケア病院>

大学病院における緩和ケア病棟という様々な専門職種が効率的に診療にあたっており、多職種のチーム医療が適切に機能を発揮している。入院の受け入れ、入院後の症状緩和と QOL 向上の取り組み、退院支援などは、標準的な方法で適切に実施されている。また、臨死期の対応も適切である。緩和ケア病棟の専従医については、今後の継続性の観点から強化を期待したい。質の向上に向けて、デスカンファレンス、遺族調査、および自施設評価プログラム等が積極的に推進されていることは、評価できる取り組みであり、今後も継続されたい。疼痛をはじめとする症状の変化が記録されにくい状況があり、将来の電子カルテの更新時に向けて検討を期待する

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤師による鑑査に加えシステムでも行い、確実に行う体制が構築されている。臨床検査機能は ISO15189 を取得し、病院機能に見合う高い機能が発揮されている。画像診断機能は造影検査においても安全な体制が整備され、多くの画像検査が行われている。食事はニュークックチル方式で適時・適温提供に配慮がなされ、選択メニュー、行事食も実施され、衛生面にも配慮がなされている。リハビリテーション機能では、休日における対応をさらに検討されたい。放射線治療は、病院の機能と役割に応じて高度な治療が多数実施されている。診療情報については、診療情報管理室を中心に電子カルテによる一元的な管理が実施されている。医療機器の管理では、医療機器・医療材料の選定・購入を審査検討する委員会に、医療機器安全管理責任者が関与して、安全面を推進できる仕組みを整備された

い。洗浄・滅菌機能は、洗浄から滅菌まで各種インディケーターにて評価が確実に行われ、適切に運営されている。

病理診断は検体交差・誤認防止が図られ、診断精度を高める工夫がされており適切であるが、手術検体の管理をさらに徹底されたい。輸血・血液管理機能は、輸血部門から手術室への血液製剤の払い出し・保管・返却のプロセスについて見直しが行われたところであり、確実な運用につながるよう、継続的な取り組みが望まれる。手術・麻酔機能は、充実した体制であり、適切に運営されている。ICU、HCU等の集中治療室の設備、人員等の体制は確保されており、入退室基準も遵守されている。高度救命救急センターは、救急専門医、フライトドクターの充実した体制でドクターカー、ドクターヘリを運用している。周囲の三次救急、二次救急施設との連携のもと広域をカバーし、高い応需率を保っている。救急専門医の養成にも実績を上げているなど、救急医療機能は秀でており、高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、会計基準に基づいた処理が行われ、必要な予算や財務諸表が作成されている。病院経営室を中心に経営状況の的確な把握と対応策の検討が行われている。医事業務では、窓口収納からレセプトの管理、施設基準の順守や未収金の管理などが効率的に実施されている。用度課の管轄の下で効率的な業務委託の管理が行われている。

病院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、適切に点検・保守管理が実施されている。また、緊急連絡先も整備されている。診療材料は、委員会で購入物品等の検討と選定が行われ、購入では発注担当と検収担当が区分されており、使用期限の管理も含めた在庫管理が行われている。

消防計画の策定、緊急時連絡体制の明確、消防訓練の実施などの対応がされており、自家発電機の整備、災害時に必要な備品の整備など、緊急時の対応体制は明確である。警備員の24時間常駐による保安体制が整えられ、定期的な巡回が実施されており、日誌で担当課に報告、確認がされ、緊急時の連絡網も作成されている。重大医療事故発生時には、直ちに医療安全管理部、医療安全管理責任者、病院長へ報告がなされ、原因究明と再発防止に向けて取り組んでいる。重大事故事例の場合、迅速に外部委員を招請して事故調査委員会を開催し、検証している。

11. 臨床研修、学生実習

医師・歯科医師の初期臨床研修は、医科は臨床研修管理センター、歯科は歯科口腔外科医療センターに専任の医師・歯科医師、事務職員が配置され、管理・支援が行われている。研修プログラムは臨床研修委員会で管理され、研修医の評価、研修医からの指導医の評価も適切に行われている。研修医への指導にはメンター制度が取り入れられ、心理面でのサポートにも適切に対応している。看護師、薬剤師等の専門職種の初期研修にもメンター制度を導入し、各部署において実効的なプログラムを作成して必要期間の研修を行い、研修実施後の評価にて専門職種の職員を育成している。職種によりプログラムや研修期間等が異なるので、病院として全体の研

修内容を把握し、各職種のプログラム内容の充実などに関与するとより適切である。

医学部の学生のほかに、看護師、薬剤師、救急救命士、歯科衛生士、臨床検査技師、診療放射線技師、視能訓練士、理学療法士、作業療法士、管理栄養士など多くの医療関係職種の学生実習を引き受けている。実習に当たっては各部署でカリキュラムに沿った実習や評価が実施され、学生からのアンケートなどにより実習指導の振り返りや評価なども適切に行われている。大学病院として地域の医療人の育成に積極的に関わっており、評価できる学生実習が行われている。

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	B
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	C
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	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	B
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	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	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	A
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	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	C
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	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	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	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	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	B
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	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	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	A
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
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	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

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	S
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	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	NA

機能種別：緩和ケア病院（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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	B
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 久留米大学病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3、精神科病院(副機能)、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 福岡県久留米市旭町67

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	965	924	-48	84.4	14.3
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	53	53	+0	77.6	73.4
結核病床					
感染症病床					
総数	1018	977	-48		

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	43	+0
集中治療管理室 (ICU)	18	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	12	-4
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	9	+0
放射線病室		
無菌病室	41	+0
人工透析	38	+0
小児入院医療管理料病床	56	+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	16	+0
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	53	+0
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, 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： 28 人 2年目： 23 人 歯科： 8 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	37	0	314.39	17.99	0.00	0.00	5.47	0.00	8.50	0.00
呼吸器内科	0	0	0.05	0.00	50.84	6.21	15.38	12.09	0.00	0.00
循環器内科	32	0.23	0.01	0.00	47.39	5.79	50.00	12.53	0.00	1.47
消化器内科（胃腸内科）	31	0	0.01	0.00	41.58	5.08	33.33	12.06	0.00	1.34
腎臓内科	18	0	0.01	0.00	29.55	3.61	0.00	17.02	0.00	1.64
糖尿病内科（代謝内科）	18	0	0.01	0.00	16.79	2.05	0.00	17.49	0.00	0.93
血液内科	7	0	0.00	0.00	33.01	4.03	100.00	26.89	0.00	4.72
皮膚科	15	0	87.03	4.98	17.50	2.14	9.50	17.80	5.80	1.17
小児科	46	0	114.62	6.56	61.24	7.48	5.66	14.90	2.49	1.33
精神科	26	0	160.98	9.21	39.43	4.82	1.85	33.01	6.19	1.52
外科	68	0	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00
呼吸器外科	0	0	0.00	0.00	8.06	0.98	0.00	13.07	0.00	0.00
循環器外科（心臓・血管外科）	0	0	0.02	0.00	35.19	4.30	33.33	28.20	0.00	0.00
乳腺外科	0	0	30.24	1.73	3.40	0.42	4.65	8.83	0.00	0.00
気管食道外科	0	0	0.00	0.00	18.30	2.23	100.00	40.98	0.00	0.00
消化器外科（胃腸外科）	0	0	0.01	0.00	24.83	3.03	0.00	19.00	0.00	0.00
泌尿器科	18	0	66.80	3.82	37.09	4.53	6.15	13.49	3.71	2.06
脳神経外科	16	0	45.45	2.60	36.51	4.46	6.67	22.70	2.84	2.28
整形外科	23	0	79.24	4.53	50.71	6.19	9.39	19.75	3.45	2.20
形成外科	13	0	28.61	1.64	12.56	1.53	10.43	11.27	2.20	0.97
眼科	19	0	152.58	8.73	32.91	4.02	5.46	8.15	8.03	1.73
耳鼻咽喉科	18	0	75.46	4.32	45.38	5.54	10.31	15.76	4.19	2.52
小児外科	11	0.19	9.82	0.56	10.07	1.23	9.55	9.42	0.88	0.90
産科	11	0.17	31.79	1.82	29.20	3.57	8.30	13.49	2.85	2.61
婦人科	18	0	81.52	4.66	24.76	3.02	4.50	8.63	4.53	1.38
リハビリテーション科	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
放射線科	27	0	0.04	0.00	9.68	1.18	11.11	12.80	0.00	0.36
麻酔科	25	0	19.91	1.14	0.63	0.08	9.55	9.24	0.80	0.03
病理診断科	5	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	29	0	1.51	0.09	33.86	4.13	28.07	15.63	0.05	1.17
歯科	8	0	81.99	4.69	18.92	2.31	14.94	20.10	10.25	2.37
緩和ケアセンター	1	0	2.31	0.13	13.73	1.68	19.04	56.01	2.31	13.73
総合健診センター	1	0	1.74	0.10	1.76	0.21	28.91	2.15	1.74	1.76
感染制御科	4	0	10.88	0.62	0.13	0.02	36.85	9.80	2.72	0.03
消化器病センター	1	0	165.29	9.46	0.00	0.00	5.87	0.00	165.29	0.00
循環器病センター	5	0	88.47	5.06	0.00	0.00	11.80	0.00	17.69	0.00
呼吸器病センター	0	0	80.75	4.62	0.00	0.00	7.45	0.00	0.00	0.00
がん集学治療センター	5	0	16.02	0.92	12.40	1.51	3.65	15.56	3.20	2.48
肝・胆・膵外科	0	0	0.02	0.00	21.48	2.62	0.00	20.94	0.00	0.00

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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	1,747.60	1,761.47	1,816.45	99.21	96.97
1日あたり外来初診患者数	123.56	118.94	131.62	103.88	90.37
新患率	7.07	6.75	7.25		
1日あたり入院患者数	818.90	774.64	833.85	105.71	92.90
1日あたり新入院患者数	53.56	51.13	50.55	104.75	101.15