

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 8 月 7 日～8 月 9 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

医学部の医局講座教授がそれぞれの専門領域において高い専門知識や技術を持ち、医局講座制の縦割り組織となりがちな医学部附属病院を改め、大学直轄の病院として、上述の専門知識・技術を活かしながら、診療科横断的な医療提供を目指す新しい考え方が導入された大学病院である。理念・基本方針に新たに「高度な医療安全管理」を加え、医療安全管理部門が「医療の質・安全管理部」となっており、病院における医療サービスの提供に係わる基本的な考え方が明確に打ち出されている。地域の医療機関と患者の診療情報を共有する ICT 医療情報ネットワークを構築し、地域における大学病院の役割・機能の発揮に努めている。

継続して病院機能評価を受審し、病院の改善に努力しており、今回の受審においても多くの改善が認められる。以下、評価結果の総括を記すが、評価項目ごとの所見と合わせて、今後の貴院のますますの質的向上に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化されており、ホームページやパンフレット等に掲載され周知が図られている。医学部附属病院を改め、大学病院とし、医局講座制度中心の運営の変革がなされていることは高く評価される。病院管理者の選考は、特定機能病院の新たな承認要件に適合した仕組みが整えられ、現管理者もこれに基づき選考されている。情報管理の仕組みは、病院長を統括責任者とし、システム管理責任者を定めた体制が整備されている。情報の利活用については、診療情報分析ツールを利用し、各種経営分析に利用するとともに、クリニカル・パスの診療分析等を利用し、効率的医療の推進に活用している。病院長を文書管理者とし、その下に文書取

扱責任者を位置付けた文書管理体制が構築されている。管理文書は管理簿により部門ごとに一覧化されている。

医師、薬剤師は法定人員を満たしており、看護師、医療技術員、事務職員などについても必要人員が満たされている。就業規則、給与規則など労務一般に関する諸規則が整備され職員に周知されている。「次世代育成支援パンフレット」を作成し、病院をあげて子育て世代の職員に対する支援体制を推進していることは、評価できる。安全衛生委員会が開催され、院内巡視体制や労災防止体制等を検討している。職員のメンタルヘルス対策の一環としてストレスチェックが実施されるとともに、精神的悩みをもった職員には、精神科医と臨床心理士で構成された「こころの健康相談」を設置している。病院長を中心として各部門のヒアリングを実施し、部門の要望を集約した上で解決に向けた取り組みを実施しており、直近で職員満足度調査も実施し、幅広い職員からの要望を傾聴する姿勢が窺われる。

教育・研修では委員会が、入職者に対する職員オリエンテーション、各部門で実施される初任者研修、その後の継続研修について所管している。病院として実施すべき研修会・講習会の内容および実施回数は一覧として作成されている。今後は職員参加率の向上を目指し研修会・講習会の年間開催スケジュールが作成されるよう期待したい。能力評価および能力開発について、各職種のキャリアパスが作成されている。医師については、教員個人活動評価を行っているが、新たに診療の能力評価が開始されたところであり、今後の取り組みに期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、入院案内、ホームページ、院内掲示で患者・家族に、また医療安全ポケットマニュアル、研修等で職員に、それぞれ周知されている。説明・同意書は各診療科で作成され、その後内容確認が行われて、電子カルテにアップされている。説明・同意書をオーソライズする仕組みを明確にしておくことが期待される。患者が自身の疾患を理解し積極的に医療へ参加できるよう、パンフレットや「私のカルテ」を活用している。患者相談室、地域医療連携センター、がん相談支援センター、難病相談室、「熊本県私のカルテがん診療センター」を設置し様々な相談に対応している他、専門職種の支援も行われており適切である。個人情報管理について、医療現場に即した取り扱いルールを定めている。個人情報に関する方針等は、対外的にはホームページや入院案内等で周知している。臨床の倫理的課題解決については「臨床倫理コンサルテーションチーム」を立ち上げ活動を開始したところであり、今後の実績が期待される。DNAR、リビングウィルの方針はまだ定まっていないが、アドバンスケアプランを用い、患者の生き方や希望に沿うようにしている。

来院時のアクセスに配慮され、入院生活延長上に必要な設備が整っている他、入院中の情報入手や通信手段も確保されており適切である。院内はバリアフリーに対応し、高齢者・障害者に配慮した施設・設備として整備されている。急変時対応としてトイレ、浴室の適切な位置にナースコールが設置されている。多目的トイレは、高齢者の排泄介助ができるような広さを確保している。入院病棟は、整理整頓

が行き届いており清潔感がある。車椅子、ストレッチャーの保管場所が確保されているため、廊下には何も置かれていない。廃棄物の排出ルートは食事搬送と区分けされている。敷地内禁煙の方針が徹底され、禁煙外来も実施されている。職員の喫煙率も把握し、禁煙推進のための講習会を開催するなど適切である。今後は職種別の喫煙率についても経時的に記録し、禁煙推進に活用されると良い。

4. 医療の質

患者・家族の意見等は、患者相談室に寄せられるものの他、意見箱や患者満足度調査によって収集し、対策案を立て改善結果の評価も行うなど、質改善に活用しており適切である。病理検討会は積極的に開催されている。クリニカル・パスは、推進委員会での検討が行われ、利用促進に努められている。臨床評価指標は測定・公表されているが、医療の質改善に資するさらなる活用が望まれる。医療の質・安全管理部を中心に、多職種で業務改善を検討し、画像所見、病理所見の未確認事例の対応、嚥下障害診療センター設置などの取り組みを進めている。高難度新規医療技術、未承認薬の使用を審査する体制は整備されている。

病棟入口に責任者氏名が明示されている。ベッドネームにも担当医師や看護師が明示されている。担当医師不在時は、ステーション内に掲示し患者にも伝えている。診療記録についてはマニュアルに記載基準が規定され、全職種共通の電子カルテに必要な事項が適時・的確に記載されており、質的点検も各科担当者を決めて実施している。多職種で構成されている各種専門チームが、診療スタッフを支援し、患者の利益に結びついた活動を行っている。診療科の組織横断的な協力体制があり、チーム医療は適切に遂行されている。

5. 医療安全

副病院長である医療安全管理責任者の管理のもと、医療の質・安全管理部が、医療安全推進に向けた組織横断的な活動を行っている。報告された事例については適切に要因分析・対策立案・周知を行っているが、アクシデント・インシデント報告の件数がやや少なく、報告する文化の熟成が期待される。

誤認防止対策では、点滴・注射や輸血・検体等は確実なダブルチェックが実施されている。手術部においてもサインイン・タイムアウト・サインアウトが実施されている。チューブ誤認などの対策も徹底されている。各種指示出し・指示受けなど情報伝達は電子カルテ上で確実に行われており、臨時の指示は看護師が携帯するタブレット端末にも通知される。画像・病理診断レポートの未読対策も徹底しており、情報伝達エラー防止対策に積極的に取り組んでいる。薬剤の安全な使用に向けた対策では、救急カートへの搭載薬品に関して、向精神薬の必要性を検討することが望まれる。転倒・転落防止対策、および医療機器の管理は適切である。患者の急変時対応は、院内緊急コードを設定し、職員が一斉に参集できる仕組みが整えられている。RRSについては全部署で運用を開始したところであり、今後のシステム継続に期待する。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の組織として、感染制御部が編成されており、ICDを含む医師の他、ICN・薬剤師・事務職員からなるICTコアメンバーを中心に、積極的な活動が行われている。コアメンバーの多くは抗菌薬適正使用支援チームも兼任し、それぞれラウンドとミーティングを行って院内の状況把握と指導を行っており、リンクナースおよび各部署に配置されたICTメンバーとの連携体制を構築している。感染対策マニュアルは製本化されるとともに、電子カルテ内でも閲覧可能であり、適宜改訂がなされている。院内外での感染発生状況や流行情報の把握、データの分析と検討、アウトブレイクへの対応、地域連携などは適切に行われているが、各種デバイス関連サーベイランスは現時点で特定の部署に限定して実施している。

医療関連感染制御に係る取り組みは適切であるが、ICTメンバーの活用を促進することなどにより、さらなる充実が期待される。感染制御の活動では、手指衛生やPPE着用が徹底されており、感染性廃棄物や汚染リネン等の処理も適切に行われている。抗菌薬の使用では、ICTコアメンバーを中心にASTが活発に活動しており適切である。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会および広報誌専門委員会を設置し、広報誌の発行、アニュアルレポートの他、病院ホームページで、診療実績等を含めて必要な情報を地域の医療関連施設へ、適切に発信している。看護学生、高校生等に対して、病院見学会を開催しており、地域との関わりを積極的に進めていることは評価できる。地域医療支援センターを設置して、地域の医療機関等との連携を重視した取り組みを推進している。特に、「くまもとメディカルネットワーク」を構築して地域の医療機関、介護施設等と情報を共有し、医療連携を推進していることは高く評価できる。

糖尿病フォーラムをはじめとして、様々な疾患に関する市民公開講座を年間数多く開催している他、テレビ等への出講や専門医療に関わる新聞等への掲載なども多い。がん化学療法セミナー、肝疾患コーディネーター研修会等の開催も多く、がん診療連携、肝疾患診療連等の拠点病院の役割としての医療支援活動にも積極的に取り組んでいる。地域の医師、看護師、メディカルスタッフ等を対象とした、生涯教育・研修医セミナーを行っている他、災害医療に関わる人材育成や地域医療機関、地域住民等に対する啓発活動への取り組みは高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

病院機能分化を踏まえ、外来診療は原則として完全予約制を採用している。英語・中国語・韓国語等の多言語をカバーする仕組みが出来ている。待ち時間についても定期的に把握されている。外来患者の情報は診療情報提供書や問診票で把握され、禁忌薬・アレルギー情報は電子カルテで共有される。診断的検査の必要性は主治医が判断して説明しており、侵襲的検査の場合には、看護師も補足説明し同意を得ている。外来でのプライバシーへの配慮や処置室での対応なども適切になされている。入院診療計画書は書式が見直され、医師の他、看護師や各職種による記載や

署名がさらに充実しており適切である。相談窓口は一本化され、相談内容により適切な部署へ振り分けている。

医師による回診、カルテ記載は適切に行われ、主治医不在時の代理医も明確になっており継続的な診療が行われている。カンファレンス等で治療方針の検討が行われ決定されている。看護師は、役割と責任に応じた病棟業務を適切に行い、PNS およびプライマリーナーシングによりケアの管理と継続性を保っている。看護基準・手順も定期的に改訂し、適切である。全病棟で統一した確認方法により、確実・安全に薬剤が準備・投与されるように努めている。輸血は所定の指針・ガイドラインに則り、適応の判断、同意書の取得から実施中の観察と記録・結果の評価に至るまで、確実に実施されている。

術前カンファレンスで手術の適応、術式について検討を行っており、患者・家族への説明も行われている。麻酔科医、手術室看護師の術前診察・訪問もあり、合併症予防も適切に実施されている。ICU、HCU、各病棟の重症室は、入室・退室基準が決められており、主治医、看護担当者での合議・検討のうえ、重症度に応じて運用されている。全入院患者に対し褥瘡リスク評価を行っている。皮膚科医師、皮膚・排泄ケア認定看護師、管理栄養士で構成される褥瘡対策チームが回診し、評価・治療・予防ケアを指導しており、褥瘡の予防・治療は適切に行われている。管理栄養士は、食事前にアレルギー等の把握をしており、適切な食事を提供している。栄養に問題があれば、NST が介入し問題解決を図っている。症状緩和は、医師・看護師による日々の観察と報告、診療録への記載により情報共有し、迅速で適切になされている。リハビリテーションは、主治医の依頼により専門医の診察・評価のもと、リスクや患者・家族の要望も踏まえて、療法士が確実・安全に実施している。身体抑制では、評価表を用いて多職種で継続の必要性の検討が行われ、医師の指示が明確になされるように運用されている。

患者のイメージする退院後目標に沿った退院支援を行っている。患者が抱える諸問題に適切に対応し、地域で生活できるよう支援している。退院後に患者自身が、自分の健康と継続治療管理ができるよう開発された「私のカルテ」は、継続的な診療・ケアを支える優れた仕組みである。医療依存度の高い患者に対しても支援活動を行っている。ターミナルステージの判定は、緩和ケアセンターのマニュアルに基づき、医師・看護師および多職種カンファレンスで評価し実施されている。また、入院時より緩和ケアが必要と判断された患者には、緩和ケアチームが早期に介入し、患者・家族の意思決定支援に努めている。AYA 世代のターミナル事例や高齢者在宅緩和ケア・小児在宅看取り事例に対し、患者・家族の意向を確認して、適切な介入がなされている。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査はサポートシートを活用し、各種必要な情報を確認しながら行われる体制が整備されている。検体検査は、RFID 対応検体ラベルの導入、部門システムなど充実した設備により誤認防止、迅速な検査運用が行われている。異常値、パニック値の基準も明確で、担当医への報告も適切である。生理検査もプライバシーに配

慮して行われ、待ち時間への工夫などにも取り組まれている。画像診断部門には多くの診断医が常駐し、全ての読影に関わる他、偶発所見の確認や必要時には主治医に直接電話連絡するなど、未読対策にも積極的に取り組んでいる。多職種が安全な検査の実施に関わっており画像診断機能は優れている。調理場および作業区域は清潔・不潔が区画され、職員の健康状態の把握を含めて衛生管理が適切に行われている。また、患者の特性や嗜好を考慮した対応や食事の評価・改善にも取り組まれているなど、安全で美味しい食事の提供に努めており適切である。リハビリテーションについては、がんリハビリテーションのニーズが高い他、各種リハビリテーションに対応しているが、長期休暇等におけるリハビリテーションの継続性の確保に向けた対策が望まれる。各種医療機器はほぼ一元管理され、安全使用に向けての研修も適切に行われている。医局で購入管理されている機器の取り扱いについて、今後検討が期待される。外来・病棟・手術室の使用済み器材の洗浄は全て中央化し、器材の返却・洗浄・組立・滅菌・保管までの一連の業務はワンウェイ化している。各種インディケーターの使用やコンテナの履歴管理もなされ、リコール対策も適切である。

病理診断機能は、強化・拡充が図られ、病理部で手術検体等の24時間処理が可能な設備が整えられている。また、検体登録、標本作製に至るまで認証システムや自動化により誤認防止が図られている。組織診断も迅速に行われており、病理専門医複数で検討し診断の精度を確保している。ホルマリンなどの薬剤の保管、使用環境も整備されている。放射線治療機能については多くの専門医と専門職種が関与し、品質管理も含め適切に発揮されている。輸血用製剤の発注・保管・供給・返却は確実に行われている。緊急輸血にも速やかに対応すべくシミュレーションも行っている。手術・麻酔機能では患者、手術部位の確認、サインイン、タイムアウト、サインアウトが確実に行われている。麻酔覚醒時、退室、病室への移送も適切に行われている。集中治療機能ではICU、HCU、CCU、SCU、NICU等の集中治療室の設備、人員等の体制が確保されており、入退室基準も明確にされ遵守されている。救急部門は、教育機関としての機能を発揮するため強化・拡充が行われている。救急車の受け入れも増加し、実績を上げ始めている。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、病院の中・長期マスタープランを加味した上で、病院長、副病院長、看護部長、事務部長等が参加する会議において計画を立案し、その後、内容の検討がなされている。各種経営指標に関するKPIを設定し、経営状況を評価している。未収金督促の手順は明確であり、その結果未収金の減少が続いている。院内業務を外部委託するかについては方針を明文化している。委託業者の選定では、業務に必要な資格、社内研修実施状況等を確認した上で一般競争入札としている。

施設・設備管理は24時間体制で、緊急時にも適切に対応できる体制を確保している。日常点検や保守管理は主に外部委託によって計画的に実施しており、担当部署への報告も徹底している。廃棄物の処理、経年劣化等にも適切に対応している。医療材料、薬剤の選定は、それぞれ医療材料審議委員会および薬事委員会で安全性

や有用性、経済効果の比較などを検討し採否を決定している。品質管理、在庫管理、棚卸、発注業務など内部牽制機能も明確であり、適切に管理している。

緊急災害対策マニュアルおよび病院の機能存続計画（BCP）を整備し、責任体制も明確になっており、これに基づいた災害訓練も実施している。災害派遣医療チームを保有し、外部の受け入れ体制も整備している。なお、職員用の水の備蓄3日分を計画的に整備しているところであり、今後の取り組みに期待したい。保安・警備は外部委託によって、院内監視・施錠管理の手順を定め、緊急時の通報・連絡体制・緊急時の対応など保安業務はおおむね適切に実行されている。医療事故発生時の対応手順は整備されており、対応手順は職員に周知されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師・歯科医師の卒後臨床研修については、総合臨床研修センターを設置して、プログラムに則って計画的に行っている。看護師や薬剤師をはじめ、コ・メディカル、事務職についてもプログラムを策定し、適切に初期研修を行っている。また、医師・歯科医師、看護師等では指導者の育成も計画的に行っている。

実習生の受け入れについては、依頼元学校からの申請に基づき、院内審査を経て、病院からの許可証を発行する仕組みとなっている。実習の内容については各受け入れ部門において、カリキュラムや実習方針、評価方法等が検討されている。なお、理念や基本方針、医療安全、感染管理等について、病院としての実習受け入れ方針を作成するなど、今後のさらなる充実が望まれる。

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	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	S
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	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	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	A
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	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	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	B
2.2.18	安全確保のための身体抑制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	S
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	S
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	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	S
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	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	B
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	B
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： 熊本大学病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 国立大学法人

I-1-4 所在地： 熊本県熊本市中央区本荘1-1-1

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	798	798	+3	88.07	13
療養病床	0	0			
医療保険適用	0	0			
介護保険適用	0	0			
精神病床	50	50	+0	56.1	53.9
結核病床	0	0			
感染症病床	0	0			
総数	848	848	+3		

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	0	
集中治療管理室 (ICU)	11	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	4	+0
ハイケアユニット (HCU)	12	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	3	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	15	+3
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室	2	+0
無菌病室	12	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	26	+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	5	+0
精神科隔離室	2	+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, 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： 32 人 2年目： 33 人 歯科： 10 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

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	5	0	4.18	0.27	0.00	0.00	13.82	0.00	0.84	0.00
呼吸器内科	8	12.6	63.84	4.19	41.02	5.61	2.68	15.68	3.10	1.99
循環器内科	13	16	68.22	4.48	36.30	4.97	6.46	9.29	2.35	1.25
消化器内科（胃腸内科）	9	18.9	84.68	5.56	41.90	5.73	4.11	10.99	3.04	1.50
腎臓内科	6	6.6	30.26	1.99	15.43	2.11	2.55	15.18	2.40	1.22
神経内科	14	4.1	48.10	3.16	27.41	3.75	5.90	16.02	2.66	1.51
糖尿病内科（代謝内科）	12	8.1	77.05	5.06	14.51	1.99	1.58	11.72	3.83	0.72
血液内科	7	11.2	37.33	2.45	40.98	5.61	2.48	22.51	2.05	2.25
皮膚科	12	12.4	64.07	4.21	33.63	4.60	7.12	14.24	2.63	1.38
リウマチ科	1	0	29.49	1.94	5.78	0.79	2.43	20.28	29.49	5.78
小児科	20	5.9	65.31	4.29	50.95	6.97	7.09	24.41	2.52	1.97
精神科	9	13.4	55.55	3.65	28.08	3.84	2.99	54.66	2.48	1.25
呼吸器外科	6	2.4	13.44	0.88	12.95	1.77	3.66	12.50	1.60	1.54
循環器外科(心臓・血管外科)	5	1.6	5.25	0.34	18.36	2.51	12.42	22.00	0.79	2.78
乳腺外科	5	2.4	43.72	2.87	11.12	1.52	3.95	9.72	5.91	1.50
消化器外科(胃腸外科)	14	15.8	51.89	3.41	78.45	10.73	3.52	16.87	1.74	2.63
泌尿器科	7	6.6	38.28	2.52	23.12	3.16	3.25	12.32	2.81	1.70
脳神経外科	11	5.2	31.38	2.06	32.89	4.50	5.72	20.28	1.94	2.03
整形外科	12	11.9	53.08	3.49	41.59	5.69	9.03	16.41	2.22	1.74
形成外科	0	0	5.61	0.37	4.72	0.65	5.77	16.33	0.00	0.00
眼科	11	9.8	110.04	7.23	32.99	4.51	6.99	7.16	5.29	1.59
耳鼻咽喉科	9	9.4	67.11	4.41	38.98	5.33	6.44	21.25	3.65	2.12
小児外科	3	4.3	11.08	0.73	6.32	0.86	5.40	7.86	1.52	0.87
産科	10	11.5	20.92	1.37	24.31	3.33	13.57	15.37	0.97	1.13
婦人科	6	0	74.91	4.92	30.76	4.21	3.14	9.50	12.48	5.13
リハビリテーション科	2	0.8	173.13	11.38	0.00	0.00	0.00	0.00	61.83	0.00
麻酔科	20	16.8	12.41	0.82	0.43	0.06	1.52	21.07	0.34	0.01
病理診断科	6	1.6	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	7	0.8	8.68	0.57	0.56	0.08	33.05	5.97	1.11	0.07
歯科口腔外科	7	16.5	82.47	5.42	23.08	3.16	16.53	15.38	3.51	0.98
移植外科	3	0	7.86	0.52	7.99	1.09	3.75	16.47	2.62	2.66
放射線治療科	7	2.4	68.41	4.50	0.68	0.09	0.13	21.65	7.28	0.07
画像診断・治療科	11	11.2	14.17	0.93	5.56	0.76	8.10	4.99	0.64	0.25
がんセンター	4	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療の質・安全管理部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
医療情報経営企画部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
感染免疫診療部	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
血液浄化療法部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
災害医療教育研究センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
集中治療部	3	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
総合臨床研究部	5	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
総合臨床研修センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
地域医療支援センター	5	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
附属臨床医学教育研究センター	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
輸血・細胞治療部	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
中央検査部	3	0.8	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	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
	年度(西暦)		2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	1,521.90	1,497.89	1,487.15	101.60	100.72		
1日あたり外来初診患者数	76.39	79.43	79.72	96.17	99.64		
新患率	5.02	5.30	5.36				
1日あたり入院患者数	730.84	746.66	752.62	97.88	99.21		
1日あたり新入院患者数	50.59	50.22	47.42	100.74	105.90		