

# 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5月22日～5月24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

貴院の歴史は古く、文久元年の養生所に始まり、明治4年には長崎県病院・長崎医学校となり、以降150年以上の歴史の中で多くの実績を積み重ねて発展し現在に至っている。この間、世界を見据えた研究と高度先端医療を充実させて、長崎県の中心的な病院として活躍している。また、近年においても特定機能病院、災害拠点病院、高度救命救急センター、都道府県がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センターとしての使命を果たし、地域における信頼を得られていることは高く評価できる。

「新しい医療の創造と発展」と表現された基本理念を掲げて、各分野で活躍している状況が随所にみられる。特に、医師をはじめとする優れた医療人の育成、離島を含めたきめ細かい医療連携については特筆すべき点が多くみられた。また、組織運営においてもリーダーシップを発揮して、病院運営の健全化と医療の質向上を目指した取り組みがみられ高く評価できる。病院機能評価の受審を機会に、国立大学の基幹病院として、さらなる病院機能の向上を図り、地域医療に貢献していくことを期待する。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念および基本方針は貴院の方針、特色を上手く表現しており評価できる。また、病院管理者自ら「健康病院・健康経営」の言葉を明示して、組織の活性化に努めており適切である。病院の幹部職員は、各種の会議、委員会や将来計画等に関わり、病院全体の問題を的確に把握し、解決に向けたリーダーシップを発揮している。なかでも「運営戦略部会議」や「経営戦略部会議」を通して病院の課題を検討し、高度医療、臨床研究、教育の充実を掲げて実績を積み重ねる一方、経営改善に繋げている点は高く評価される。

組織運営では「病院運営会議」が機能し、「病院教授会」と「診療科長会議」と連携している。また、運営上の課題について具体策を検討する会議として「運営戦略会議」「経営戦略会議」が機能し、各職場長を構成員とする「診療実務者会議」を設置し各職場への周知が図られている。中期計画は第3期中期計画として策定され、それを踏まえた年度計画が立てられている。情報の管理・活用では、医療情報部を中心に統合的な管理体制を構築し、部門別、疾患別原価計算の分析に取り組んでおり評価される。文書管理規程はおおむね適切である。

人事管理は人事企画課において採用計画が立案され、必要な人材が確保されている。また、就業規則・各種規程等の労働管理に必要な各種規則が整備され、職員の就労管理が適切に行われている。職員の意見や要望を把握する手段では「HCAT サポートシステム」を利用しているが、職員満足度調査等の体系的な取り組みも期待したい。全職員を対象とした教育・研修については、医療教育開発センターが統括して計画的に実施されており適切である。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、職員、患者・家族等への周知も図られている。また「自己決定の権利」に関して、入院患者に対する「説明と同意」の場で看護師の立ち合いを積極的に進めるなど、権利の擁護に努めている。説明と同意に関する方針や手順書なども明文化されており、病院共通の様式と各科固有の説明書についても、医療情報部門によって把握・管理する仕組み確立している。診療およびケアに必要な情報の共有については、患者の理解が深まるよう支援している。メディカルサポートセンターでは、DVDを用いた説明、がん診療センター内では、文献検索や図書の情報コーナーを整備しており良好である。また、患者と共に考えることを目的として「患者参画型看護計画」を実践している点は高く評価できる。個人情報保護については、安全管理部と担当者により院内ラウンドを行って、注意喚起を促すなどの活動もあり評価される。

臨床倫理については、臨床研究倫理委員会、先進医療専門委員会、補助人工心臓適応委員会を設置し課題検討に取り組まれている。また、意思決定ができない患者や治療拒否、DNAR等の臨床現場での判断や対応に困難を生じた場合など、日常診療の現場で、看護師等が把握した倫理的課題を病院全体の課題として情報共有しチーム医療に繋げていく仕組みも確立している。

療養環境の利便性、安全性は適切である。患者相談窓口が設置され、社会福祉士

や看護師等の多職種による患者支援体制が整備され、多様な相談ニーズに対応しており適切である。利便性・快適性については、利用者の視点を踏まえて良好に整備されている。院内はバリアフリーが確保され、段差の解消、手摺りの設置、車椅子等の備品が使いやすいように配備されている。受動喫煙防止では、正面玄関に「禁煙実践病院」の大きな掲示版が設置され、敷地内全面禁煙という病院の姿勢を明確にして周知するとともに、禁煙教育・啓発活動に積極的に取り組んでいる。

#### 4. 医療の質

患者・家族から寄せられる意見は、投書箱以外にも患者満足度調査やサンキューカードなどの方法も活用して質の改善活動に繋げている。各診療科において症例検討会等が数多く行われ、治療方針等の議論が行われている。また、各病棟では、リハビリテーションカンファレンスや退院支援カンファレンスなど、多職種が参加する検討会等の場が設けられている。診療現場では各種ガイドラインやクリニカルパス等が有効活用され、臨床指標の公開にも努めている。

業務の質改善では、医療安全管理部門や感染対策部門などが組織横断的な改善活動に努めているほか、第三者的な外部評価として、病院機能評価のほか、卒後臨床研修評価、日本国際病院認証、ISO15189 認定などを受けている。特に、前回の病院機能評価から5年間、病院長が院内の組織改編に大きく努力した経緯は評価できる。

臨床研究、未承認新規医薬品、医薬品の適応外使用並びに高難度新規医療を取り扱う部門が整備され、部門間の連携による申請漏れ防止の仕組みが構築されている。また、臨床研究センターでは多数の臨床研究に関する情報公開も行っている。なお、高難度新規医療評価部門は開設からの期間が短いため、審査にまで至った事例はないが、今後の活動が期待される。

診療記録の記載では、多職種で情報共有しやすいように外国語記載や略語の使用に関して、一層の検討を期待したい。様々な専門職チームが連携して診療・ケアを行っている。特に、嚥下評価訪問診療チームは、摂食・嚥下リハビリテーションセンターと連携しながら評価に基づいて、かかりつけ歯科医師や看護師を通じて、摂食嚥下訓練・食形態指導を行っている。周術期口腔管理センターは、がん・心臓・臓器移植手術、頭頸部がん放射線治療、ICUにおける人工呼吸器装着患者に全例介入し、感染性合併症のリスク軽減や在院日数の短縮に貢献していることは評価できる。

#### 5. 医療安全

安全管理部が設置され「医療安全コア会議」において、課題の検討や分析などが行われている。医療安全に関わる課題は、病院長を委員長とする「医療安全管理委員会」において検討され、その結果は「リスクマネージャー会議」を通じて職員へ周知されている。重大事例発生時の速やかな病院長への報告や医療事故防止対策マニュアルの見直しなども適切に行われており、医療の安全確保の体制は整備されている。

インシデント・アクシデントレポートは、独自開発のシステムを用いて年間3,600件が報告され、医師からの報告も9%を超えている。報告事例はシステム上で全職員に対して公開され、レポート閲覧による職員の学習を推進するとともに、各部門のリスクマネージャーが分担して1か月間の報告の確認と問題事例を抽出するなど、評価できる。

誤認防止策については、外来、病棟での患者確認や部位確認の方法、手術室でのタイムアウトが実施されている。情報伝達エラー防止対策については、おおむね適切であるが、画像診断報告書の確認不足が生じないように、病院としての組織的な対策が必要と思われる。転倒・転落防止対策では、リスク評価と対策や患者・家族への協力要請などを実践しており適切である。病棟で使用される医療機器については、使用中の点検なども確実行われているが、モニター等の管理についても臨床工学技士の関与が望ましい。

医療事故発生時の対応については、マニュアルに明記され、外部への公表を含めて適切に対応されるとともに、再発防止に向けた組織的な取り組みも行われている。また、医療メデイエーションに関する院内研修を行うなど、患者・家族との関係性構築にも努めており適切である。

## 6. 医療関連感染制御

病院長を委員長とする「院内感染対策委員会」が機能的に運営されている。また、感染制御教育センターのICD、ICN、薬剤師、検査技師などで構成される「ICTコア会議」が中心となり、感染防止に向けて活発に活動している。さらには、感染症内科、呼吸器内科（感染症グループ）、ICTが各々の専門性を発揮するとともに、病院全体における対策から治療に十分に連携して活動している点は優れている。

医療関連感染制御に向けた情報収集と検討では、感染制御教育センターが、院内で検出される微生物や抗菌薬の使用状況を毎日確認している。様々なデータを分析して院内に発信するとともに、コンサルティングおよび介入が図られている。アウトブレイクへの対応では、遺伝子的タイピング検査を行って迅速に対応している。地域における感染管理においては中心的な役割を務め、感染管理従事者の教育にも貢献している。

ASTの活動では、カルバペネム系抗菌薬や抗真菌薬、ゾシン等に対して毎日のモニタリングが行われており、漫然とした長期使用を防止するため必要に応じて主治医にアドバイスがなされている。さらに週1回のカンファレンスでは、血液培養が適切に行われているかの確認が行われ、注意喚起されるなど、常に主治医と連携しているなど、秀でた活動として高く評価できる。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報戦略室が設置され、積極的な広報活動に取り組んでいる。広報戦略室では、ホームページの内容刷新や休刊中の広報誌の再開等、当面の具体的な活動テーマが認識されており、今後の実践と広報活動の成果を期待したい。

地域の医療状況やニーズの把握、他の医療機関等との連携については、総合患者支援部・地域医療連携センターを中心に意欲的に取り組んでいる。また、医療情報部等が積極的に参画して進めている「あじさいネット」は、既に多くの実績と成果をあげている。ネットワーク参加施設との情報共有を通じて、転院促進や退院後の医療の継続に効果的に活用しており評価される。

大学病院として、また、県内における中核病院として、離島、へき地等への対応など、幅広く医療活動に取り組むなかで、地域に向けた教育・啓発活動も多方面で展開されている。また、医療関係者への教育活動にも積極的に取り組んでおり評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

病院の正面玄関に総合案内を設置し、常時職員を配置している。また、患者相談窓口を設置して、看護師等による支援を行っている。患者相談窓口では、患者・家族からの相談を一括して受け付け、専門チームと連携する仕組みが機能している。入院前オリエンテーションは、メディカルサポートセンターで多職種により一括して行っている。

主治医および担当医による回診は日々行われ、診療録への記載も確実に行われている。医師は病棟スタッフと協働ならびに情報共有のもと、患者・家族との面談でも主導的な役割を担っている。輸血・血液製剤の投与は、マニュアルに沿って確実に実施されている。手術・麻酔の適応や方法等に関しては各科のカンファレンスで検討され、担当医からの事前説明が患者・家族に行われている。麻酔科医による術前診察だけでなく、手術室看護師による術前訪問も積極的に行われている。手術室への患者入室時には担当医による立ち合いを確実に実施するほか、手術室内でのサイトマーキング確認やサインイン、タイムアウト、サインアウトなどの実施が定型的になされている。

重症患者の病床選択に関しては「重症度」に応じて対応され、クローズド ICU とオープン ICU が上手く使い分けられている。担当医と ICU スタッフによる話し合いは頻回に行われ、専門多職種によるケア介入も積極的に行われている。褥瘡の予防では、褥瘡対策チームを中心に積極的に活動している。リハビリテーションの実施では、早期開始に努めており、切れ目のない訓練を実施しており適切である。患者の療養生活の支援や診療補助業務は、多職種で連携して適切に行われている。退院支援については、地域連携室の看護師、MSW が関わり適切な支援が行われている。ターミナルステージの対応については、主治医と患者・家族の話し合いやチームでの情報共有などが適切に行われている。

### <副機能：精神科病院>

予約制が基本であるが、緊急時の対応も柔軟に行われ、円滑な受診が可能である。外来診療については、専門外来や認知症疾患医療センターとしての機能も有し、大学病院の精神科外来としての役割を果たしている。また、外来に精神保健福祉士が配置されており、迅速な相談体制も整備されている。診断的検査については

説明・同意取得や観察・結果評価は確実に行われている。

任意入院・医療保護入院・措置入院については、法的に必要な手続きや処遇は適切である。診療計画については、入院後速やかに入院診療計画書が個別性のある内容で多職種により作成されている。診療計画について入院後は主治医により説明され、診療録も分かりやすく記載され、他職種にも理解しやすくなっている。看護計画については、患者参画型看護計画書により分かりやすく提示・説明されており、その後の退院支援カンファレンスでの検討を経て修正され、改めて説明されており適切である。入院中の処遇については精神保健福祉法が遵守され、マニュアルも整備されている。

医師・看護師による病棟業務は適切に行われている。注射・投薬については誤認防止策が遵守され、必要に応じて服薬指導も行われている。病棟では多剤・大量処方稀であるが、そのような患者がいる場合は薬剤師を含む多職種カンファレンスで個別に検討されており適切である。輸血・修正型 ECT については、十分な説明と同意を得たうえ確実に行われており、観察記録もマニュアルを踏まえて記載されている。褥瘡管理についてはマニュアルが遵守され、発生時には褥瘡チームの介入もあり適切である。栄養管理については、入院時評価をもとに問題のある場合は定期的評価を行い、NST チームによる介入もあり適切である。症状緩和については、疼痛スケール・麻薬使用基準があり、抗精神病薬の副作用の観察手順もある。

リハビリテーションについては病棟配置の作業療法士がおり、急性期が中心であるが精神科作業療法が積極的に導入されている。隔離・拘束についてはマニュアルが整備され、精神保健指定医により必ず判断され、看護師による観察も適切である。早期の解除に向けた取り組みも多職種で行われている。退院支援については「退院支援カンファレンス」により早期から退院に向けた方向性・目標を定め、患者・家族に説明している。また病棟担当の精神保健福祉士により社会資源・福祉サービス等の利用について取り組まれており、退院支援を強化するとともに退院後の診療・ケアの充実に努めている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

持参薬の管理が薬剤師によって行われ、医師の承認を得て使用している。薬事委員会では新規採用薬の審議ほか、緊急で採用した薬剤の使用状況までが報告されるなど、安全に薬剤が使用される体制が整備されている。プラアボイド報告は他の病院と比較しても非常に多い件数であり、PMDA に報告した副作用報告件数も多く安全に薬剤を使用する面からも優れた活動が認められる。

臨床検査部門は、緊急性のある各種検査ニーズに応え、精度管理にも積極的に対応している。また、検査異常値の伝達にも確実に対応しており評価できる。画像診断機能では、貴院の機能と役割に見合った医師、診療放射線技師等が配置され、質の高い検査が実施されている。放射線治療機能では、計画から実施、検証、および機器の管理まで適切に行われている。栄養管理では衛生面への徹底した配慮がみられ評価できる。

リハビリテーションでは、依頼から計画の作成、訓練の評価に至るまで適切に行われている。また、主要疾患のプログラムは、訓練の標準化をベースに、患者の個別性を考慮した効果的なリハビリテーションを目標に作成されている。診療情報管理では、電子カルテの記録内容の量的点検が実施されるとともに、診療情報管理室長のもと、記録の質的点検にも関与しており評価される。

病棟で使用される医療機器は、ME 機器センターにおいて管理されているが、病棟で日常的に使用されている生体モニターなどの医療機器の多くが病棟師長の管理下に置かれ、定期的な点検や不具合発生時の連絡先も様々である。より確実・安全な医療機器の使用に向けて体制の見直しが期待される。洗浄・滅菌機能では、使用済み器材の洗浄は中央化され、作業環境の整備や滅菌の質保証、既滅菌物の保管・管理なども適切に行われている。

病理診断は年間2万件を超える検査に対応しているほか、術中迅速診断の結果は、担当医に直接連絡するなどして、正確な情報伝達に努めている。輸血・血液管理については、手術室と集中治療部に設置された血液保管庫への移動を含めて細胞治療部の管理下で確実に行われている。手術の術中管理は麻酔科医により実施され、各種誤認防止や異物遺残防止を含む安全対策への配慮や検討などが適切に行われている。集中治療室については、麻酔科医が専従対応するクローズド ICU と診療科・担当医対応によるオープン ICU が上手く利用されており、専任の薬剤師や臨床工学技士、理学療法士等の専門的な介入も適宜行われている。

「高度救命救急センター」の指定を受け、離島を含む県内の「最後の砦」的な役割を担っている。三次救急に関しては「断らない」という受け入れ方針のもと対応し、繁忙時には適正なマンパワーが確保される体制が取られており適切である。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、損益計算書、月次決算処理などの財務諸表が適切に作成され、「病院運営会議」などに毎月の医業収入や収支状況を報告している。会計は外部法人による監査が実施され、予算管理は事業計画に沿った立案、実行が行われている。未収金業務は発生理由が把握され、督促・回収を含め適切に行われている。委託業者の選定は単年度契約を原則として一般競争入札を実施している。

施設・設備の管理は監視カメラや点検ラウンド等により常時院内の監視がされ、記録も残されている。各種設備の点検、保守管理も実施されており適切である。物品管理は、SPD が導入され、活用を図りながら購入や品質管理、在庫管理等が適切に行われている。ディスプレイ製品の再利用については、禁止の方針が明確であり周知徹底されている。

災害時の対策では、自院の火災発生時想定訓練や緊急時連絡対処の体制を整備し、自家発電・無停電対応の設備、備蓄等含めておおむね適切である。ただし、基幹災害拠点病院として、災害時の事業継続計画（BCP）が策定されておらず、現状は準備作業中の段階である。したがって、これに基づく総合訓練も実施されていないので、早急な計画の作成と計画に基づいた訓練の実施を実現されたい。保安体制では、守衛コールが整備され、警備員の配置による保安体制が整っている。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

臨床研修病院として医科・歯科の初期臨床研修の内容は充実している。「医療教育開発センター」を活動の中心に幅広い活動がみられる。また、柔軟なプログラム構成やメンター制度等による学ぶ環境の醸成に意を尽くし、募集定員は、ほぼフルマッチに近い成績を残し、名実ともに長崎県における臨床研修医の育成病院としての役割を果たしている。医師、歯科医師を始めとする初期研修の取り組みとその成果は秀でており極めて高く評価できる。看護師、薬剤師含めた医療技術職の初期研修についても、各部門で作成された研修プログラム、研修計画と指導が充実しており、良好な内容と評価できる。

学生実習については、大学医学部や県内の各種学校の実習を受け入れている。

「医療教育開発センター」や「新・鳴滝塾」が中心となり医学生のキャリアデザインを積極的に支援している。薬剤、看護等の学生実習については、受入細則が策定され、個人情報や事故に関する同意書・協定書を締結している。実習受け入れから評価まで適切に実行されている。



# 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	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	B
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
1.4	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	S
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	A

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	A
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	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	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	B
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	S
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	B
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	B
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	B
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	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	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	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	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	B
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	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	B

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	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

年間データ取得期間： 2017年 1月 1日 ～ 2017年 12月 31日  
 時点データ取得日： 2018年 1月 1日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 長崎大学病院  
 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 : 長崎県長崎市坂本1-7-1

## 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	812	812	+0	81.22	13.37
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神科病床	42	42	+0	68.22	50.64
結核病床	6	6	+0	38.35	10.56
感染症病床	2	2	+0	0	0
総数	862	862	+0		

## 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	19	+0
集中治療管理室 (ICU)	20	+4
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	2	+0
無菌病室	50	+0
人工透析	13	+0
小児入院医療管理料病床	40	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	2	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+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、DPC対象病院(I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 : 62人 2年目 : 49人 歯科 : 16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

