

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 3 月 8 日～3 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 2	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

今回の審査では、病院の理念である「済生の精神をもって心のこもった医療を実践する」を、現場において日々実現しようとする貴院の姿勢と努力を確認することができた。全室個室の病棟、患者ごとに異なるニーズに対応する食事の提供と栄養管理はその好例である。断らないことを基本とする救急患者の受け入れ、麻酔科医による手術前の丁寧な説明、24 時間体制のもと 100% 貴院で実施する画像診断、無料低額診療の取り組みなどを含む多くの患者本位の診療・ケアの実践も確認できる。

地域医療支援病院・災害拠点病院として、院内外での健康講座や院外の参加者を含む M&M カンファレンスの開催、救急救命士の気管挿管実習など、貴院の人的資源を地域と共有する多様な取り組みもなされている。また、安全で働きやすい職場環境を整える努力もみられる。病院運営では、職員の参画度を高める工夫も行われている。

審査においては、検討が望ましいいくつかの課題も指摘したが、遠からず解決されることを確信し、今後とも貴院が奮闘されることを期待する。

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ている。病院の将来像を明示し、年度末に「キックオフ集会」を開催するなど、病院管理者・幹部はリーダーシップを発揮している。電子カルテシステムを中心に多様な情報システムを活用し、部門・部署ごとの目標も設定するなど、効果的・計画的な組織運営が行われている。

インターンシップなどの人材確保の努力を続け、就業規則類も適正に整備されている。職員の健康診断受診率は 100% であり、有害危険物質の環境測定も適正な結

果で推移しており、安全な職場環境が整備されている。職員の意見・要望は、所属長との面接や職員組合との話し合い等によって把握し、院内託児所や職員用宿舎も設置するなど、魅力ある職場とする努力が適切に行われている。

医療安全および感染制御を中心に、人権、個人情報保護などの全職員を対象とする研修が計画的に実施されている。医師を含む全職員を対象に人事考課が行われ、外部研修への派遣や資格取得への援助を行うなど、職員の能力評価・能力開発に積極的に取り組まれている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、診療記録の開示実績も見られる。患者への説明と同意取得に関しては、基本方針の整備等が期待される。患者・家族との情報共有では、入院診療計画書や患者用クリニカル・パスを活用し、説明時に図や模型を用いるなどの工夫も行っている。相談窓口が明示され、がん相談も含めて多様な相談に応じている。病室は全室個室とし、電子カルテへのアクセスはICカードとID・パスワードによる2段階認証を採用するなど、患者の個人情報・プライバシーの保護に努めている。倫理委員会で院内の臨床倫理的課題を検討するとともに、臨床現場での倫理的な問題は、まず多職種参加のカンファレンスで検討し、解決困難な事例は臨床倫理相談室で対応している。

院内にはATM、コンビニエンスストア等が設置され、病院建物は旧ハートビル法による認定を受けている。診療・ケアにとって必要かつ十分なスペースが確保され、病室ごとにシャワーおよびトイレを設置するなど、快適な療養環境が整備されている。敷地内禁煙が、院内掲示、入院案内などによって周知され、適宜の巡回によって徹底されている。

4. 医療の質

医療の質の向上に向けて、意見箱、患者満足度調査、退院時アンケート等を通じて患者・家族の意見を収集し、確実に対応している。各診療科の症例検討会、複数の診療科および多職種が参加する検討会等を開催し、臨床指標も活用して診療の質の向上に努めつつ、新たな分野の診療・治療にも、十分な検討と研修を経て取り組んでいる。職員からの意見を募集して、業務改善や満足度向上に活かしている。改善事例を病院全体で共有できる発表会等も検討されるとよい。

外来担当医師および診療責任者は玄関フロアに氏名を掲示し、入院患者のベッドネームには主治医・受け持ち看護師の氏名を明記するなど、診療・ケアの管理・責任体制を明確にしている。電子カルテシステムを導入して、マニュアルに沿って診療記録を記載し、退院時サマリーの2週間以内作成率は100%近い。なお、医師の診療記録質的監査の充実が望まれる。栄養サポート、褥瘡対策、感染制御等の多職種参加による専門チームが活動し、多職種によるチーム医療を実践している。

5. 医療安全

医療安全管理委員会やリスクマネージャーが活動し、院内ラウンド等に取り組んでいるが、医療安全管理部門の権限の明確化等を望みたい。アクシデント・インシデントレポートを収集・分析のうえ再発防止策の検討につなげているが、さらに、事例分析の量的・質的充実を期待する。

各種の誤認防止に向けて、患者による氏名の申告、バーコード認証などを行い、手術時にはタイムアウトなどに取り組んでいる。全ての情報伝達を電子カルテ上で行い、異常値の連絡も現場から主治医へ速やかに連絡しているが、医師の口頭指示に関して、マニュアルの周知・遵守の徹底が望まれる。

注射薬の1施用ごとの払い出し、ハイリスク薬のキット製剤の導入などの薬剤の安全な使用に向けた対策を取り、転倒・転落防止に向けて入院時のリスク評価に沿って対策を実践している。医療機器の使用マニュアルを現場に備え、臨床工学技士が安全使用に関する教育・研修を、全部署を対象に実施している。緊急コードを設定し、救急カートを配置して患者の急変時に備えているが、BLS・AED研修のさらなる充実が望まれる。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会および ICT が組織され、院内ラウンドを実施し、各部署の感染対策の実施状況をチェックして、必要なフィードバックを行っている。感染制御に関するマニュアルが整備され、全職員対象の院内感染研修会の参加率はほぼ 100%である。院外の感染情報を把握し迅速に対応するとともに、JANIS の SSI 部門にも参加している。

臨床現場での感染制御の活動については、標準予防策や感染経路別の予防策が適正に実施され、ICT およびリンクナースにより実施状況がモニタリングされているが、感染性廃棄物の分別投棄に関するマニュアルの遵守徹底を望みたい。

抗菌薬の使用については、適正使用に関する指針が作成され、感染対策委員会では抗菌薬を投与された患者ごとに、TDM ガイドラインに沿って抗菌薬の使用状況、使用理由、適切性を評価しているが、医師へのフィードバックの充実等が望まれる。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容、医療サービス等の情報は病院案内、ホームページ、病院広報誌などによって発信され、診療実績もホームページに掲載されており、地域等への情報の発信は適切に行われている。

地域医療支援病院の認定を受け、病床や医療機器の共同利用が促進されている。地域医療支援病院運営委員会、市内の医療機関との意見交換会、職種ごとの連絡会などの情報共有や貴院への意見を聞く機会を設け、顔の見える連携に努めており、医療関連施設等との連携は、適切に行われている。

院内や公民館での健康講座が開催され、多様な職種が講師となっており評価でき

る。院内の医療安全・感染研修会を地域の医療従事者にも案内し、参加を得るなど、地域に向けての医療に関する教育・啓発活動は、適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来から入院へのプロセスでは、紹介状、問診票等を活用して多面的な患者情報を収集し、患者への説明は、平易な言葉や資料を用いて行っている。診断的検査では、医師の立ち会い、麻酔剤使用後の覚醒評価などが適正に行われている。個別性のある入院診療計画書を速やかに作成し、医療ソーシャルワーカーを中心に、患者の入院から退院までの相談ニーズに対応している。

薬剤師が薬剤管理指導を行い、看護師は配薬カート、バーコード認証等を活用するとともに、輸血中・輸血後の患者の状態・反応等を確実に観察・記録している。手術前に麻酔科医および看護師が診察・訪問を実施し、術中には複数回のタイムアウト、術後にガーゼカウント・器械カウントなどを行っている。HCU および重症病室を活用して重症患者の管理に当たり、Ⅱ度以上の褥瘡の新規発生率は低い。

患者の入院時には、管理栄養士が個々のニーズを聞き取り、看護師や言語聴覚士も関与して個別性の高い栄養管理が行われており、高く評価できる。早期のリハビリテーションが必要とされた患者には、速やかに実施計画書等を作成し、入院1週間以内の実施率は9割を超えている。退院支援と、継続した診療・ケアは、連続したプロセスとして取り組まれている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部は注射薬を1施用ごとに払い出し、全ての抗がん剤を調製・混合している。臨床検査部門は24時間対応体制を取り、外部精度管理でも良好な結果を得ている。画像診断部門には常勤医師が配置され、貴院での読影率は100%である。

衛生的な環境で食事が提供され、患者の嗜好や摂食・嚥下機能にふさわしい個別対応がなされている。リハビリテーションは365日提供されている。診療情報は1患者1IDによって一元的に管理され、がん登録も取り組まれている。医療機器管理では、臨床工学技士が輸液・シリンジポンプ等を一元管理し、使用現場での教育も実施している。洗浄・滅菌業務は中央化されており、各種インディケーターを用いて滅菌効果が確認されている。

病理部門では、依頼医の結果見落としを防ぐ仕組みも構築されている。輸血・血液製剤の保管・管理、使用はマニュアルに沿って実施されている。手術のスケジュール管理、清潔管理、術中の患者管理なども適切に実施している。重症患者のためにHCUを整備し、責任医師、主治医、集中ケア認定看護師、臨床工学技士などの多職種によるチーム医療を実践している。断らないことを基本に、年間約4,000人の救急患者を受け入れ、救急委員会では、受け入れ不応需例の集計・検討も行っている。

10. 組織・施設の管理

予算は、院長・事務部長と各部署長との面談を経て作成し、経営状況を把握して職員にも公表している。医事業務は、マニュアルに沿って確実に行われ、施設基準についても医事課に担当者を置き、遵守状況が把握されている。委託業務については、定期的に契約を見直し、業務の実施状況も、委託先からの業務報告等によって把握している。施設・設備の稼働状況は24時間監視され、日常点検や保守管理も計画的に実施されている。物品の購入は、2社以上からの見積もり合わせ等を経て決定し、SPDも活用して効果的な物品管理を行っている。

災害拠点病院（地域）として、ヘリポートの設置、DMATの編成等に取り組み、消防訓練および災害時対応訓練を実施している。訴訟への対応や弁護士との相談体制も整備されており、医療事故等への対応は適切に行われている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院で、指導医のもとに、プライマリケアを主体とした幅広い臨床能力の習得と、各専門領域での初期経験が達成可能である。臨床研修教育センターが設置され、臨床研修管理委員会で、研修医・指導医の相互評価、研修プログラム、研修医の要望、課題などが議論されており、医師の臨床研修は適切に行われている。

医学生、看護学生、薬学生、管理栄養士・臨床検査技師・臨床工学技士の養成課程の学生を対象に、多様な学生実習が実施されている。いずれの実習も、派遣元との協議のうえ、プログラムやカリキュラムに沿って実施され、医療安全や感染制御、個人情報の扱い、患者・家族への接し方などの教育も行われており、学生実習等の取り組みは、適切に行われている。

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	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病院の方針を決定している	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	B
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	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	A

1.5.3	医療サービス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	S
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	A
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	B
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	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	S
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	急性期の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	S
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	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	NA
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	A
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	文書を一元的に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	A
4.3.3	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	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

年間データ取得期間： 2016 年 4 月 1 日 ～ 2017 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2017 年 12 月 19 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会福祉法人恩賜財団済生会支部 済生会長崎病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 長崎県長崎市片淵2-5-1

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	205	205	+0	78.5	11.9
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	205	205	+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		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	12	-6
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	14	+0
小児入院医療管理料病床	10	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	41	+41
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), DPC対象病院 (Ⅲ群)

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： 4 人 2年目： 4 人 歯科： 0 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

[illegible]

I-2-2 年度推移

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2016	2015	2014	2016	2015
1日あたり外来患者数		228.66	251.23	261.68	91.02	96.01
1日あたり外来初診患者数		41.66	46.95	49.16	88.73	95.50
新患率		18.22	18.69	18.79		
1日あたり入院患者数		160.93	173.01	173.52	93.02	99.71
1日あたり新入院患者数		14.29	14.04	13.85	101.78	101.37