

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24日～3月25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

貴院は1972年に国立病院九州がんセンターとして発足し、50年にわたる歴史を刻んできた。基本理念に「私たちは『病む人の気持ちを』、そして『家族の気持ちを』尊重し、温かく、思いやりのある、最良のがん医療をめざします。」と掲げ、都道府県がん診療連携拠点病院をはじめ多くの指定を受けている。九州ブロックのがんに関する中心的施設として役割を果たしており、特に、進行性がんや難治性がんの診療を積極的に実施し、高度先駆的な医療の提供にも取り組んでいる。

今回の病院機能評価の更新審査では「患者さんにもご家族にもスタッフにも優しい日本をリードするがん専門病院」とのビジョンに基づく取り組みの成果を十分確認でき、多くの改善活動を通じて医療の質の向上に取り組んだ姿勢が具体的な結果として現れていた。審査結果を、一層の改善に向けた一助とされ、さらなる発展へと繋げられることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、見直しや院内外への周知を適切に行っている。病院管理者や幹部は担当分野の課題の把握と解決への取り組みなど、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や会議・委員会の運営、院内の情報伝達、事業計画の策定、各部門の目標管理体制の整備など、組織運営は適切である。電子カルテを導入し、情報システムの管理・運営、システム障害への重層的対応体制、安全確保への配慮なども適切である。事務的文書や診療情報、各種基準・手順類、診療関係マニュアルなどを一元的に管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理体制を整備しており、職員の安全衛生管理体制も適切である。面接による意見の聴取と職場環境への反映、福利厚生制度の充実などにより、魅力的な職場作りに努めている。院内の教育・研修の一元的な管理、院外の教育・研修への参加についての体制を整備している。全職員を対象に能力把握・評価を行い、職員の専門的能力の向上や資格取得支援の体制を整備している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、適切な内容と文言で患者・家族、職員への周知を図り、また、こども憲章をわかりやすい文章で策定している。説明と同意に関する方針は明確である。相談内容に応じてがん専門看護師や社会保険労務士が対応するなど、専門家や関係医療機関と連携できる体制を整備している。個人情報取り扱いに関する規程を定めプライバシーの確保に努めている。代表的な倫理的課題への対応として指針を定めており、現場で発生する倫理的事項を審議する仕組みがある。臨床現場で行う倫理カンファレンスでは多職種で検討・共有しており、現場での判断や対応が困難な事例は、臨床倫理サポートチームが臨床現場とも共有しながら誠実に対応しており、倫理的課題に対する取り組みは高く評価できる。

院内にコンビニエンスストア、カフェ、レストラン、無料 Wi-Fi を整備するなど利便性や快適性などに配慮している。廊下、階段、トイレなどに手摺りを設置し、院内のバリアフリーを確保している。明るい採光・快適な空調・幅の広い廊下など療養環境を整備しており、いやしの空間としての配慮も適切である。喫煙する入院患者について、入院前に禁煙指導を実施し、禁煙外来の受診を勧めるなど患者への禁煙指導を積極的に行っている。

4. 医療の質

毎年度実施している患者満足度調査の内容を分析するなど、医療サービスの質改善に努めている。放射線科や病理診断部門を巻き込んだ症例検討会をはじめ、組織横断的なカンファレンスは活発である。病院独自の QC 活動を行う組織横断的なグループを多く結成し、主に医療・業務の質改善を目的に活動している。コーチング法を取り入れて、目標を達成するための自発的な行動を促し、院内全体の医療の質の改善活動に結び付けている。病院が主体となった継続的な業務の質改善の取り組みが活発であり、高く評価したい。新たな診療・治療方法などの導入では委員会を経て承認する仕組みを整え、スタッフの研修を組織的に支援している。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、患者や家族にも明示している。電子カルテ上の診療記録は SOAP で適時記載しており、使用できる略語を統一している。多職種が協働する診療・ケアの実践では、多くの専門チームが組織横断的な活動を展開し、診療・ケアをサポートしている。積極的に開催しているカンファレンスを通して、栄養管理、退院支援、倫理的課題などへの対応が有効に機能している。各職種が専門的な役割を発揮し、心理的安全性の高い風土を基盤とした、多職種協働による質の高い診療・ケアは高く評価できる。

5. 医療安全

転倒・転落や患者誤認などの作業班、QC サークルなど、多くの積極的な活動があり、院内の医療に関する安全文化の醸成に向けて全職員が取り組んでいる。アクシデント・インシデント報告書は多職種が積極的に提出し、改善活動を展開している。安全確保に向けて多数、多岐に渡り医療安全に関する情報を収集・分析し、その精度は高く医療の質の向上を導いており秀でている。安全確保に向けた体制の確立、情報収集と検討は、ともに高く評価できる。

入院患者の注射・点滴、手術、輸血、内視鏡検査の際はリストバンドのバーコード認証を実施しており、誤認防止のため患者自身への協力を求める活動も実施している。病理や画像レポートの見落としを防ぐため電子カルテに既読管理システムを導入しており、重要レポートについてはカルテ記載と対応の有無を医療安全管理室が確認するなど、情報伝達エラー防止に努めている。ハイリスク薬は手順を定めて統一的に管理するなど、薬剤の安全な使用に配慮している。入院時、転倒・転落アセスメントとバランス機能評価を実施して、高リスクの場合は防止対策を立案して環境面を整備し、定期的に再評価と計画の修正を行っている。人工呼吸器、輸液・シリンジポンプなどの機器は操作手順書に基づき、使用前・使用中の作動確認を実施している。物品や薬品の種類と定数を統一した救急カートや、AED を院内各所に配置し、急変時の対応体制を整えている。

6. 医療関連感染制御

院長ならびに各部門の責任者などから構成される院内感染防止対策委員会（ICC）を開催し、病院全体の感染防止に必要な事項の審議を行っている。委員会の下には ICT や AST を組織し、感染制御に向けて定期的に活動している。また、院内感染防止対策マニュアルを整備するなど、感染制御体制は適切である。ICN は日々微生物サーベイランスなど、院内の感染発生状況をモニタリングしており ICT はミーティングとラウンドを行い、感染症の発生状況、薬剤耐性菌の検出状況を把握・監視している。院外の流行情報も積極的に収集しており、医療関連感染制御に向けた取り組みは適切である。

感染経路別予防策に基づき、医療関連感染を制御するための活動を展開している。速乾性手指消毒剤や個人防護用具を適切な場面で使用し、血液、体液の付着した汚染のリネンや感染性医療廃棄物も適切に取り扱っている。ガイドラインを整備し、抗菌薬を適切に使用している。特殊な抗菌薬は届出制としており、アンチバイオグラムを定期的に更新している。臨床検査室は 24 時間培養検査の受付を行い、血液培養陽性例に対しては直ちに担当医へ報告するなど、適切である。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスに関する広報を計画的に実施している他、地域の図書館に病院スタッフを派遣して定期的に講演会を実施し、がん予防や治療の正しい知識などをわかりやすく伝えるなど、地域に向けた情報発信は適切である。関連機関への訪問が制限される中、WEB システムを活用して開業医との意見交換や情報収集を行っている。

る。また、がん疾患にかかる地域連携クリティカルパスを積極的に活用し、病院が主体となって地域共通様式の共同診療計画書を整備している。継続的に地域のニーズを把握するよう努めており、地域の医療関連施設などとの連携にかかる取り組みは高く評価できる。

「がん患者のQOL推進事業講習会」や「緩和ケア勉強会」などWEB開催およびオンデマンド配信を活用して、地域に向けた教育・啓発活動を継続している他、地域のラジオ番組を通じて、病院スタッフががん治療に関する情報をわかりやすく発信している。また、新型コロナウイルス感染症に関わる自衛隊への先行ワクチン接種や地域住民向けのワクチン接種への協力を継続的に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付から会計までの対応は電子カルテにより円滑に行っている。外来伝票が患者とともに動くシステムを導入し、誤認防止に努めており、専門性を活かしたがん看護相談外来や薬剤師外来を行っている。侵襲的な検査については同意書を取得後の実施を徹底している。各診療科は外来カンファレンスを行い、関連する診療科との連携を図り入院を決定している。入院診療計画は多職種が共同で、個々の患者の病態などを反映し入院後速やかに作成している。患者・家族からの医療相談に対応する体制、入院決定時に円滑に受け入れる仕組みを整えている。

医師・看護師は病棟業務を適切に行っている。各病棟に薬剤師を配置し、薬歴管理、服薬指導などを行っている。輸血では医師が患者・家族に必要性和リスクを説明している。手術室看護師は麻酔科医と情報を共有し、麻酔導入時の対応や、合併症予防策などに関する周術期計画を立案している。医師が患者の重症度を判断し、重症度に応じた病床を確保しており、患者の急変や重症化を未然に防ぐ目的で、RRS チームを編成し運用を始めている。入院時全患者対象に褥瘡リスク評価を実施し、患者の状態の変化に合わせた評価と変更を適切に行っている。定期的な評価に基づき、栄養管理と食事指導を適切に行っている。症状などの緩和では、全人的な苦痛を把握し、必要時には緩和ケアチームの介入により専門的な対応を行っている。患者の身体的な苦痛と家族の心理的な苦痛に真摯に対応している取り組みは高く評価できる。

主治医・看護師・療法士が患者の個別性に応じた総合実施計画書を立案しており、リハビリテーションを確実・安全に実施している。身体抑制は原則実施しない方針であるが、夜間・緊急時に現場の判断により実施する場合でも、実施後に医師による説明を行い患者・家族の同意を得ている。全病棟に配置した退院支援専従看護師と、がん相談支援センターのMSWなどの協働に加え、地域の様々な関係職種との調整など、退院支援における充実した取り組みは高く評価できる。必要な患者への継続した診療・ケアを、看護師の電話訪問を含め、院内外の専門職種と連携しながら実施している。ターミナルステージの基準は明確であり、患者の思いを早期から聴取し、多職種で連携を図りながらケアを展開している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では持参薬の鑑別と管理、処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会などを適切に行っている。臨床検査機能は ISO15189 を取得し、精度の高い迅速な業務運営を行っている。画像診断機能ではタイムリーな検査の実施、診断結果の迅速な報告に取り組み、質の高い画像検査・画像診断に努めている。栄養管理機能では日々の喫食調査や定期的な嗜好調査を実施し、献立改善に努めて、食欲不振のがん患者への個別食を1日70食提供している。リハビリテーションは、がん専門病院としてのニーズに応え、主治医や病棟と連携を取りながら機能を適切に発揮している。診療情報管理機能では診療記録の量的点検を確実に実施し、院内のがん症例の情報を的確に把握している。医療機器管理機能では機器点検をマニュアルに沿って実施し、その結果を貸し出し履歴と共に機器管理システムに記録している。洗浄・滅菌機能では、各種滅菌の質保証を確実に実施している。

病理診断機能は病理組織診、細胞診、術中迅速凍結切片病理検査および術中迅速細胞診検査などを担っている。放射線治療機能では、2020年度は700名を超える新規患者に対し、強度変調放射線治療、定位放射線治療、小線源治療などを実施した。多数の患者に精度の高い放射線治療を、安全に、かつ患者の気持ちに寄り添って提供しており、高く評価できる。輸血・血液管理機能は適正に業務を進めており、赤血球製剤の廃棄率の減少に向けた継続的な努力が認められる。手術・麻酔機能では麻酔科医が看護師、薬剤師、臨床工学技士などと協力して多くの手術に従事し、安全な開始、術中および退室時の管理を遂行している。集中治療機能ではHCUに、主として手術後の患者、人工呼吸器管理などの患者を収容しており、臨床工学技士など多職種のスタッフがケアに係わっている。救急医療機能は処置室で、時間外・救急患者の診療に対応している。

10. 組織・施設の管理

月次決算評価会にて経営状況の評価と経営改善にかかる検討を行い、年度決算は、国立病院機構本部の内部監査や外部の会計監査法人による監査を受けており、財務・経営管理を適切に行っている。経済的困難者への早期介入促進チームを立ち上げるなど、未収金発生防止に努めており、医事業務は適切である。委託業務の導入時および更新時には委員会にて業務委託の是非、業務の質、費用対効果などを検討しており、業務の実施状況や質の把握を行っている。

院内の施設・設備の管理は防災センターで行っており、設備の稼働状況の確認、日常点検、法定点検を計画的に実施している。物品管理では、診療材料はSPD業者により品目ごとのバーコードが記載されたカードで使用分の払い出しを行っており、現場の配置数を定期的に見直している。法令で定められた防災訓練および防火訓練に加えて、部署単位の消防訓練を実施している。時間外・休日における病院への入退館は時間外出入口に限定しており、保安業務を適切に行っている。医療事故発生時の対応手順や原因究明および再発防止に向けた取り組みも明確であり適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

各専門職種において教育プログラムを策定し、計画に沿って段階的な教育を実施している。シミュレーター機器を整備し、侵襲的な処置の実習が可能となっている他、反復して学習が行えるようにe-ラーニング教材を活用しており、院内の専門職種にかかる初期研修を適切に行っている。

医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床心理士などを目指す学生の病院実習を積極的に受け入れており、各養成機関のカリキュラムや実施要項に沿った実習を行っている。医療安全、感染対策、院内ルールの遵守などに関するオリエンテーションを行い、実習中の事故の対応については事前に取り決めているなど、学生実習を適切に行っている。

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	A
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	S
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	S
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	S
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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	S
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	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	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	A
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	S
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	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	S
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	S
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	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	S
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	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	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
-------	-----------------	---

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 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： 独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 福岡県福岡市南区野多目3-1-1

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	411	411	+0	81.3	14.4
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	411	411	+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)	6	+0
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		
小児入院医療管理料病床		
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

がん診療連携拠点病院(都道府県), 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： 人 2年目： 人 歯科： 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

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	458.05	449.91	420.51	101.81	106.99
1日あたり外来初診患者数	16.31	18.08	17.86	90.21	101.23
新患率	3.56	4.02	4.25		
1日あたり入院患者数	334.01	370.04	363.66	90.26	101.75
1日あたり新入院患者数	23.89	25.20	24.18	94.80	104.22