

# 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3月2日～3月4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

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
  1. 貴院で設定した臨床指標に関する指標を活用し、診療の質向上の活動と実績の積み上げに努めてください。（1.5.2）
  2. 新たに組織された業務改善 WG を継続的に開催し、病院として取り組むべき課題を明確にして改善活動の実績を積み上げてください。（1.5.3）
  3. リハビリテーションに関して、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（3.1.5）
  4. 教育・研修を組織的に行う体制を整備し、計画に基づいて教育・研修を実施してください。（4.3.1）
- ・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

貴院は1981年に佐賀医科大学医学部附属病院として開院し、その後2003年に佐賀大学と統合して佐賀大学医学部附属病院となり、国立大学法人法の施行に伴い国立大学法人佐賀大学医学部附属病院となって現在に至っている。また、佐賀県唯一の国立大学病院であり、高度急性期医療を担う最後の砦としての機能を有し、専門性の高い医療従事者の育成と輩出にこれまで努めてきた。2016年に就任した病院長が自院の置かれた地域特性を踏まえ、「総合内科系の役割」と「高度専門技術系（外科系等）の役割」の重要性を院内外で主張しながら、病院運営・病院経営の安定化に努めてきた実績は高く評価したい。一方、今回の病院機能評価では、過去のものとは異なる新たな評価手法によって、いくつかの課題も提示されることとなった。ただし、貴院の実力からすれば、いずれも改善可能なものばかりであると考え

られ、今後のさらなる医療の質向上に向けて利活用いただけることを期待する。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針は明文化され周知が図られている。また、病院長・副病院長・病院長特別補佐など執行部メンバーが一丸となり、意思決定の場である「病院企画室会議」などを機能させて病院運営面での成果をあげている。院内の基幹システムと部門システムは有効に機能しており、データウェアハウス内に蓄積された診療データ等も適宜利活用されている。文書類は各種規程に基づいて適切に管理されている。

法令や施設基準等に見合った人員は確保されているが、一部の職種にて増員の検討なども望みたい。安全衛生委員会はおおむね適切に機能しているが、総労働時間が長く有給休暇取得率の低い職種が一部あるので、労務管理面での工夫と検討が望まれる。なお、職員満足度調査は始まったばかりであるので、継続的な対応を期待したい。病院職員に必要な教育と研修は行われているが、内容等の妥当性を一元的に把握・評価・管理する仕組みが整備されたばかりであり、今後の活動と実績を期待したい。職員の能力評価は職種別に実施され、専門医資格等の定期的な把握や看護部でのクリニカルラダーの採用のほか、院内資格なども有効活用されている。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利と責務は明文化され患者・家族等への周知が図られているほか、職員向けにも様々な機会に意識啓発が行われている。説明と同意に関する方針・基準・手順等が定められ、院内で使用する説明・同意書の標準化なども行われている。患者・家族等への情報提供は適切に行われ、外来にあるブックラウンジなども有効活用されている。患者・家族等からの各種相談には、メディカルサポートセンターのスタッフが的確に対応している。虐待等への対応なども適切に行われている。個人情報保護に関する規程が整備され、物理的・技術的なセキュリティ対策も取られている。日常の倫理的課題を検討する場として「臨床倫理審査委員会」が設置され、「臨床倫理コンサルテーションチーム」も機能しているが、活動は始まって間もないので継続的な対応を期待する。

病院へのアクセスはホームページ等に掲載され、患者・家族の利便性や快適性などに配慮した設備が整備されている。また、施設内には診療やケア等に必要スペースが確保され、バリアフリー環境などへの配慮もある。院内の清掃等も行き届き、安全性への配慮等も適切になされている。さらに、大学キャンパス全体を敷地内禁煙とし、患者・家族等への禁煙ならびに受動喫煙防止に向けた周知を図っているほか、職員向けの禁煙推進にも努めている。

## 4. 医療の質

患者・家族等からの意見は投書箱「希望の声」や患者満足度調査などで収集されているが、質改善に向けた取り組みがやや消極的なので検討が望まれる。また、日常診療では各種カンファレンスの開催やガイドラインに準拠した対応がなされてい

る。クリニカル・パスに関して、バリエーション機能を充実させ一元的な情報共有ができるよう電子パスへの統合作業が進んでおり、今後の展開に期待したい。臨床指標・質指標に関わる取り組みとして「診療科別 QI 項目」の集積と検証が実施されているが、改善が必要な項目について、改善策を立案し、診療の質改善に具体的に取り組む実績を積み上げることを望みたい。医療の質向上委員会では患者サービスの視点での対応がなされているが、院内各部門の業務課題を拾い上げ議論・検討する場である「業務改善 WG」の活動実績は十分でなく今後の継続的な活動と実績の積み上げを望みたい。高難度新規医療技術および未承認新規医薬品等への対応では、対象領域を分けた審議がおおむね適切に行われているが、中・長期的なモニタリング機能に関しても継続的な評価と確認が期待される。

病棟や外来の入口には担当医等の氏名が明示され、責任の所在を明らかにしている。診療記録は「診療録記載マニュアル」に則り記載され、質的点検も既定の評価項目を用いて網羅的に行われている。院内には多職種が参加する専門診療チーム（横断的診療班）が数多くあり、各専門領域で組織横断的な活動を展開している。

## 5. 医療安全

副病院長である医療安全管理責任者のもと、医療安全管理室が中心となって病院の医療安全関連業務が動いている。各種委員会報告の内容も適切であり、マニュアルの改訂や医療安全教育などにも医療安全管理室が積極的に関わっている。アクシデント・インシデントの収集と収集後の評価・分析・対策の検討も適切に行われている。死亡症例の報告に関して、新たに院内で構築された担当医からの直接入力（報告）システムの継続的かつ安定的な運用実績を期待したい。

患者誤認・部位誤認・検体誤認・チューブ誤認への対応策等は適切に行われている。日常診療での指示出し・指示受け・実施・確認の流れは、電子カルテシステム上で問題なく運用されている。口頭指示書の書式や病理診断報告書・画像読影所見の未読対策などにも工夫がある。検査部におけるパニック値の報告手順等に関しても適切な対応が取られている。医薬品の安全使用については、医薬品安全管理責任者が医療安全管理室などとも連携し適切な対応を行っている。注射用カリウム製剤の取り扱いなども適切に行われている。転倒・転落防止に関しては、入院直後のリスク評価から危険度に応じた対応策の検討・実施が適切に行われている。医療機器の整備や使用前後の点検業務には各部署に配置された臨床工学技士が関わっており、関係職員向けの教育や研修なども適時行われている。院内緊急コードとして「ハリーコール」が設定されているほか、急変の予兆を捉え対処する RRS も ICU 麻酔科チームによってシステム構築されている。

## 6. 医療関連感染制御

感染制御部には部長を含め ICD4 名が専従配置されているほか、看護師 2 名（うち 1 名が ICN）と薬剤師 1 名の専従者が所属している。また、感染制御部長は院内感染対策委員会（ICC）の長として病院内で組織横断的な感染対策業務を統括している。ICT と AST は ICC の下（ICT 連絡会）に位置づけられ、それぞれが院内で積

極的な活動を展開している。マニュアル類の整備や適時の改訂作業なども適切に行われている。院内の感染発生状況は様々なルートで情報収集・情報把握がなされ、必要に応じた対応策の検討や各種レジストリーへの登録が行われている。SSI サーベイランスに関しても対象診療科の拡大が図られており、今後の検証・実績等の活用に期待したい。

手指衛生の周知徹底や PPE の適正使用、感染性廃棄物の適切な分別・処理等への対応には問題がない。抗菌薬の適正使用に関しては、感染制御部が薬事委員会とも連携し積極的な活動を展開している。特に、AST 活動として、抗菌薬の届け出・許可制管理だけでなく、抗菌薬を使用している全患者をモニタリングし介入していることや、院内の抗菌薬投与状況を把握できる体制と仕組みを長年にわたり構築してきたこと、人材の育成と確保にも努めている姿勢などは高く評価したい。

## 7. 地域への情報発信と連携

患者・家族や医療関連施設等への情報発信は、メディカルサポートセンター内の企画広報部門が事務局となり対応している。具体的には、患者および医療機関を対象とした広報誌「佐賀大学病院ニュース」や「病院統計」、「業績年報」などを発刊しているほか、ホームページでは「国立大学附属病院機能指標」や「病院指標」などを公開している。地域の医療ニーズの把握や関連施設との連携はメディカルサポートセンター内の地域医療連携部門が担っており、連携病院長会議や佐賀県がん診療連携協議会のほか「佐賀県地域連携実務者懇話会」などを主管している。さらに、ICT を活用した医療連携システムの構築にも積極的に関わっている。患者の紹介・逆紹介の対応手順なども明確に定めて対応している。地域住民向けには、これまで健康増進に資する啓発活動として県民公開講座などを定期的で開催してきたが、現在は Web 開催での対応となっている。そのほかにも、さまざまな分野での市民啓発活動や出前講義などに参画している。医療介護福祉従事者を対象とした教育活動等にも積極的に取り組んでいる。

## 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等に掲載されている。待ち時間調査なども実施され、インターネット予約を含む待ち時間短縮への試みがなされている。電子カルテには全診療科の記録が記載され、指導内容等を含む各種情報が多職種間で共有されている。患者・家族への説明と同意取得は随時行われ、侵襲を伴う検査や処置等では文書による同意書が取得されている。侵襲的検査を実施する際は、誤認防止策のほか必要とされるモニタリングが実施されている。入院にあたっては、担当医および診療科内での共有・判断のもと、患者・家族等への説明と同意取得がなされている。また、メディカルサポートセンターのスタッフは、救急入院を除き全ての入院予定患者に対して入院前支援を行っており、薬剤師の常駐での対応等を含め、患者の円滑な入院に向けたプロセスは高く評価できる。入院診療計画書には主治医（担当医）のほか看護師を含む多職種の意見が反映され、患者・家族等の要望にも配慮されている。

医師と看護師は病棟内で期待される日々の業務を役割分担のもと行っている。病棟に配置された薬剤師は、持参薬の対応を含む薬歴管理業務を担い、入院中および退院時の服薬指導等にあたっている。注射用抗がん剤の調製・混合は薬剤部にて無菌的に実施されており、輸血の適応は指針等に基づいて適切に判断・対応されている。手術の適応判断も担当診療科内のカンファレンスで事前に検討され、全身麻酔に関する説明等は麻酔科により行われている。手術室内では誤認防止策が適切に実施され、安全かつ確実な手術の実施につながられている。集中治療機能を担う病床として ICU・EICU・NICU・救急専用病床などが確保され、患者の病態に応じた病床選択が随時なされている。褥瘡予防に関しては、各部署に褥瘡コアメンバーが配置され、患者の病態や状態に応じたスキンケアを行っているほか、MDRPU に対しても様々な除圧・対応を試みるなど、褥瘡の予防・治療への対応は高く評価できる。入院患者の栄養管理には管理栄養士が適切に関わっており、必要に応じて、NST のコアチームとも連携した専門的な介入を行っている。症状緩和・疼痛緩和にも積極的に取り組んでおり、必要時には緩和ケアチームによる評価と介入が行われている。リハビリテーションの実施にあたっては、院内手順に則った対応のもと実施計画書が作成されているが、「患者の社会的背景や患者・家族の要望等」の記述を必須としない書式であることから、必要事項等の記載が乏しい状況となっているので検証を期待したい。身体抑制については原則最小限にすることを基本方針として定め、院内で策定した「行動制限に関する基準」に則った対応がなされているが、身体抑制開始時の検討内容や患者・家族への説明、家族の反応などの記載が乏しいので再確認を期待したい。退院支援等の対応には、病棟の担当看護師とメディカルサポートセンターのスタッフが適切に関わっている。退院後の診療・ケア等の継続性に関しても、関係者への情報提供等が定型書式を用いて行われている。ターミナルステージの判断は医師・看護師等が患者の全身状態も踏まえ総合的に行っており、患者・家族の意向にも配慮したケア計画の立案と実践が試みられている。

#### <副機能：精神科病院>

精神科では新患・再来ともに完全予約制であり、来院後の待ち時間は短くなっている。精神科病棟はすべて閉鎖病棟であるが、任意入院・医療保護入院・措置入院への対応は法令等に準拠して適切に行われている。医療観察法入院はない。投薬・注射については、クロルプロマジン換算が実施され担当医への報告も適時なされている。なお、電気けいれん療法は行われてない。精神科病棟での隔離は、精神保健指定医による判断のもと、院内マニュアルに則った対応が適切に行われている。

### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では医薬品の適正管理および薬剤の安全使用に向けた対応に関わっており、調剤行為全般のシステム強化を図ることで、注射薬自動払出装置や PDA 端末などを用いた調剤過誤防止の精度向上に努めている。検査部では検体検査・生理検査・微生物検査などを取り扱っており、バーコード認証を活用することで検体交差が起きにくいシステムを機能させている。また、検査部として ISO15189 の認証

を受けている。放射線科・放射線部では 24 時間体制での画像診断ニーズに応えており、CT・MRI 検査の放射線科医による翌日までの読影率を 95%以上に保ち、検査目的外の部位に重大所見を見つけた際には、担当医へ直接電話連絡するなど配慮している。調理室内は清潔・不潔の区分が明確にされ、食材の検収から調理、配膳、下膳、食器の洗浄・保管までの動線がワンウェイで確保されている。入院患者への給食の提供はニュークックチルシステムで行われ、献立の立案には栄養治療部運営委員会での議論と検討が行われている。リハビリテーション部門では急性期のリハビリテーションが随時行われ関係者間の情報共有も適切になされているが、現状として、年末年始等の長期休暇の際には療法士による継続的なリハビリテーションが行われておらず、必要な急性期リハビリテーションの早期の開始、および継続性の確保に向け、積極的な対応を求めたい。診療記録センターでは各種診療情報を一元的に管理しており、診療記録の量的点検も全ての退院患者に対してマニュアルに則った対応が行われている。ME センターでは、医療機器安全管理責任者が中心となり医療機器管理マニュアルに沿った対応がなされている。洗浄・滅菌業務は材料部が主管して、使用済み器材の洗浄と消毒・滅菌、供給等の対応を中央管理で行っている。洗浄・消毒・滅菌プロセスはワンウェイ工程のもとシステム化され、滅菌の質保証管理も適正に行われており高く評価できる。

病理部では、検体の到着からプレパラート標本作製までの過程において、検体交差が起これにくい仕組みが確保されている。また、手術室に隣接した検体処理室を病理部内に設置して、術中迅速診断における担当医との応対等でも有効活用している。放射線治療機能は放射線科・放射線部が担っており、放射線治療専門医が診療科からの依頼に応じて入院・外来での放射線治療にあたっている。なお、放射線治療の開始にあたっては、実測線量を測定し計画線量の確認が確実にされている。輸血・血液管理機能は輸血部が担っており、専任配置された医師・看護師・臨床検査技師が輸血業務全般に関わっている。輸血部として ISO15189 の認証も受けている。手術室では、適正な設備環境のもと、安全・確実な手術の実施と遂行に努めており、サインイン・タイムアウト・サインアウトやサイトマーキング等による誤認防止策のほか、覚醒基準・退室基準なども遵守されている。集中治療機能を担う病床として ICU・EICU・NICU・救急専用病床などが確保され、多職種による役割分担のもと、日常業務の中で入院患者の病態把握や治療・ケア等の対応にあたっている。なお、ICU は院内で機能している RRS の支援担当部署となっている。高度救命救急センターとして位置づけられ、三次救急と二次救急に日々対応している。同センターの救急科医師のうち 8 名は救急科専門医であるほか、各シフトに必ず 1 名の専門医を配置する配慮などもあり高く評価したい。

## 10. 組織・施設の管理

予算書は大学法人本部が作成した収入支出予算を基本に作成され、前年度の実績と次年度の見込みを踏まえて対応している。会計処理は国立大学法人会計基準に則った対応が行われ、大学本部による内部監査と監査法人による外部監査が実施されている。外来窓口での収納業務は医事課が担っており、窓口対応だけでなく自動精

算機やクレジットカード等での支払いを可能にするなど工夫している。レセプト作成においては、担当医と事務職員の連携を密にして、過誤請求や請求漏れの防止等に努めており、返戻・査定事案については必要に応じて再審査請求等につなげている。施設基準の遵守状況は施設基準管理システムにより毎月確認している。未収金に関しても院内での対応手順を定めて対処している。業務委託に関しては、委託の是非の判断や委託業者の選定等が適正なプロセスのもと行われ、その実施状況や内容等の把握・評価なども定期的実施されている。

施設・設備等の保守管理業務は委託業者により行われている。医療ガス安全管理委員会も定期的開催されており、感染性廃棄物の保管・搬送・マニフェストによる運用なども適切に行われている。購入物品の選定に関して、物品の種類と金額により審議等がなされる委員会は異なるが、適正なプロセスのもと行われている。

病院として県の基幹災害拠点病院に位置づけられ、災害対策マニュアルや消防計画、事業継続計画（BCP）等の策定と整備、見直し検討が適宜行われている。緊急時の責任体制や連絡手順なども整備され、非常用の発電設備や水・食料・医薬品等の確保もなされている。保安業務は24時間体制のもと警察OBの職員とともに院内の巡回対応等にあたっている。院内暴力や迷惑行為等への対応手順・緊急コードなども整備され、職員等への周知が図られている。医療事故対応に関しては、必要に応じて外部調査委員会が設置される仕組みがあり、これまでも医療事故調査制度に則った報告があるなど適切な院内プロセスが機能している。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

医師と歯科医師に対する初期臨床研修が行われており、専任の医師を含む専従職員が配置された「卒後臨床研修センター」が管理業務にあたっている（歯科医師については、歯科口腔外科と連携している）。臨床研修医の評価はEPOC2で行われ、看護師長等からの評価も実施されている。また、歯科研修医も定型的な評価が行われている。そのほか、卒後臨床研修センターとして、医師会主導の指導医講習会の開催などにも協力している。看護部には新人教育担当者が配置され、プリセプター制度に合わせて、初期実践能力の獲得に向けた教育・支援が行われている。薬剤師や診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、リハビリテーション療法士などに関しても、入職から一定期間後に当直や病棟業務などが可能になるような教育プログラムが用意され、定期的な評価とフィードバックが実施されている。

医師・看護師のほか多職種にわたる学生の臨床実習・実地実習を受け入れており、担当窓口は経営管理課が一元的に担っている。学生の受け入れに関する規程を明確に定め、大学・短大や専門学校などが定めるカリキュラムに沿った実習・対応がなされるとともに、実習部署の指導者が学生の評価を確実にしている。また、実習生等を受け入れるにあたり、患者・家族との関わり方や医療安全・感染制御に向けた対応等の説明とともに、ワクチン接種状況の把握なども行われており、個人情報保護に関わる守秘義務の誓約文書なども交わしている。

# 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	B
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	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	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	B
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	B
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	C



1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	C
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	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	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	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	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	S

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	S
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	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	C
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	S
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	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	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	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	B
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	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	C
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	B
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	NA
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	NA
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： 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：佐賀大学医学部附属病院  
 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：佐賀県佐賀市鍋島5-1-1

### 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	580	580	+0	75.3	11.6
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	24	24	+0	69.8	44
結核病床					
感染症病床					
総数	604	604	+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	30	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	8	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	31	+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		
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

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, 肝疾患診療連携拠点病院, 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： 24 人 2年目： 20 人 歯科： 1 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

