

# 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7月8日～7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

貴院は開設以来、佐賀県南西部の中核病院としての機能拡充を行い、現在は399床を有する地域医療支援病院である。地域における将来を見据え、ヘリポートや緩和ケア病棟などを備えた新病院として2019年に移転し、運営がなされている。

今回の受審は更新審査であり、新病院移転や新型コロナウイルス感染症の入院患者受け入れなどの取り組みと並行して、前回の審査で指摘された点のみならず、院内の様々な運用の見直しを行ったことが見受けられた。また、病院長をはじめとした病院幹部のリーダーシップのもと職員が一体となって医療の質向上とチーム医療の推進に積極的に取り組み、成果を出していることが確認できた。今回の受審結果を受けて、地域住民からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

2021年に「命と心をつなぐ医療」という新しい病院の理念が明示され、職員はその理念に基づき医療を実践している。病院幹部は運営上の課題として、医療安全の確保、新型コロナウイルス感染症対策、働き方改革、経営基盤の安定などを挙げ、課題解決に向けて任務を分担し、指導力を発揮している。病院運営に関する重要事項の意思決定は統括責任者会議で行われ、決定した内容は毎月開催の管理診療会議や統括診療部部長会議等で組織内へ伝達している。情報の管理・活用の方針を明確にし、主要な事項は病院情報システム委員会で検討し、医療情報管理室が統合的に管理している。管理すべき文書の種類、発信、收受、保存、廃棄などの取り扱いの仕組みを規程に基づき構築している。

医師、看護師、薬剤師など、医療法上の人員や届け出た施設基準の必要人員を満たしている。各部署で必要とされる人員に関しては、現場からの要望や業務量に基づいて検討し、機構本部と連携をして人員確保に努めている。就業規則や給与規程をはじめ、人事・労務管理に必要な各種規則・規程は法人主体で整備されている。安全衛生委員会が設置され、健康診断やストレスチェック、感染防止策や院内巡視、長時間労働者の把握など、職場環境の整備に関する検討がされている。育児短時間勤務や院内保育所の設置をはじめ、休憩室や職員食堂、職員宿舎など就業支援環境の整備に向けた取り組みがなされている。

全職員対象の教育・研修については教育研修部が取りまとめ、内容については教育研修委員会等で検討をしている。法人共通の評価制度を導入し、求められる能力を明確化するとともに、年に2度の面接によって職員本人へのフィードバックがなされている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族へはホームページや入院案内、職員には名札や新人研修で周知している。説明と同意の指針・手順があるが、今後は同意書が必要となる行為の見直しや、代諾の運用についての周知・徹底が期待される。全予約入院患者に入退院支援窓口で必要な情報を事前に聴取し、入院生活の説明を行っている。相談の窓口には看護師や社会福祉士、事務職員が配置され、患者・家族の様々な相談に応じている。個人情報保護に関する規程を整備し、物理的・技術的な保護を実践するとともに、外来での呼び出し機の活用などプライバシー保護にも取り組んでいる。主要な倫理課題についての方針を定めており、現場では緩和ケアチーム、看護部が主催する「倫 Café」が中心となって、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。

交通アクセスは整備され、食堂やカフェ等が設置されており入院生活への配慮がされている。障害者優先駐車場の整備や車椅子の設置などを行っており、高齢者・障害者へ配慮した施設・設備となっている。診療・ケアに必要なスペースは広く確保され、整理整頓も行き届いている。敷地内禁煙が周知徹底され、職員の喫煙率も低い。

### 4. 医療の質

院内各所に設置された意見箱や患者満足度調査等で患者の声を集め、関係部署や委員会での議論を通じて改善に努めている。CPC、合同カンファレンス、クリニカルパスなど、医療の質向上へ向けた取り組みが組織横断的に行われている。臨床指標については機構本部のプロジェクトに委ねており、自院の課題を抽出して医療の質改善につなげるべく、病院独自の組織的・継続的な検討体制を期待したい。業務の質改善に関するQC活動については、TQM委員会で企画・立案を行い、目標を策定して発表会を行うなど多職種参加で取り組んでいる。日常的な業務の質改善に係る取り組みは医療サービス向上委員会で組織的・計画的に検討している。外部委員が参加する倫理委員会があり、臨床研究や薬剤適応外使用の妥当性について倫理・

安全面から検討する仕組みがある。

診療責任者や看護責任者は毎朝のカンファレンスや病棟巡回を通して患者把握に努めている。診療録の質的点検の仕組みは整備されているが、病院規模や医師数を考慮すると、より多くの診療録を網羅、点検するような体制の整備が期待される。褥瘡対策チーム、NST、MET、DMAT、緩和ケアチーム、DST、ICTなどを設置し、多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている。

## 5. 医療安全

副院長を室長とする医療安全管理室を設置し、医療安全管理者である専従看護師を配置して医療安全に関する取り組みを行っている。アクシデント・インシデントレポートは院内報告システムにより収集され、事例の分析は各部署と連携して行い、再発防止策を立案している。医療安全管理者は部署ラウンドにより職員への周知や安全対策の認識向上に努めている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は手順が遵守され、口頭指示への対応も適切である。医師による処方箋の発行、指示のオーダー、看護師による指示受け・実施は確実である。パニック値の報告体制や、読影レポートの既読管理の仕組みも整備している。薬剤師は薬剤の重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を適切に行っている。ハイリスク薬を病院で規定し、薬剤師および看護師が安全に管理・使用している。抗がん剤はすべて薬剤部で調製・混合している。転倒・転落防止対策は全患者へ危険度の評価を行い、必要に応じて看護計画を立案している。危険度評価は、ピクトグラムをベッドサイドに掲示して患者に関わる職員へ周知を行っている。医療機器は臨床工学技士が一元管理し、使用後は臨床工学技士により点検、整備が行われる体制を整えている。人工呼吸器や新規導入機器、輸液ポンプ等についての安全使用研修は随時行われている。患者急変時の対応は院内緊急コードが設定され、適切に周知、実働している。院内の救急カートは標準化され、看護師や薬剤師が整備を行っている。BLS研修はRRS委員会で全職員を対象に企画され、各部署で受講状況の管理がされている。JNPを中心としたチームで構成されたCCOTは病棟ラウンドを行い、臨床症状の異常を早期に察知しRRS/METコールに繋がっている。患者急変時の救命率向上を目指す積極的な取り組みは高く評価される。

## 6. 医療関連感染制御

感染制御の実務組織として病院長直轄の感染対策室を設置している。院内感染対策委員会およびICT委員会が組織され、感染対策リンクスタッフ委員会と連携して活動している。院内感染対策マニュアルは分かりやすくまとめられており、適時に改訂を行っている。ICTの部署ラウンドの仕組みは評価できる。近隣医療機関とミーティングや相互訪問も実施している。院内外の感染発生状況をタイムリーに把握し、ICT委員会はこれらの情報を分析・検討し、必要な情報やデータをまとめ、周知することにより情報共有に努めている。さらに、アウトブレイクについても、マニュアルに対応手順などを整備している。医療関連感染発生状況の収集・把握については今後の課題である。

院内感染の制御活動は、ICT ラウンドや感染経路別対策などが適切に実施され、各部署では標準予防策を遵守し、手指衛生実施状況が把握されている。感染性廃棄物や汚染リネンの取り扱いや、感染性廃棄物の分別、梱包、保管も適切に実施されている。AST が中心となって抗菌薬の適正使用を推進しており、マニュアルが遵守されている。院内における分離菌の薬剤感受性パターンを把握し、アンチバイオグラムを作成して、各部門に情報発信している。入院患者の抗菌薬使用状況を定期的なラウンドで把握・検討し、問題がある患者には、主治医に助言を行っている。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報誌を年 4 回、各 900 部発行し、近隣の医療機関や隣接する長崎県の各医療機関へも定期発送されている。ホームページは診療担当表、休診案内などの情報や診療実績等が随時更新されている。地域医療連携室が設置され、地域医療支援病院として紹介患者の受入、逆紹介に取り組まれている。患者の入院から退院までのフローも整備されており、他医療機関等との連携が図られている。地域の医療機関への定期的な医師・看護師の訪問も実施されている。地域の健康増進活動については公開講座や小児健診への職員派遣などに積極的に取り組み、地域の医療従事者を対象にしたクリニカルセミナー、がんセミナーなどの活動も活発に行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に必要な情報が案内され、外来担当医は患者に関する情報を収集し、病名・病態とその治療方針等を患者・家族に説明している。医師は侵襲的検査などの実施時には必要性和リスクについて同意書を用いて説明し、安全に実施している。入院の決定は患者の希望も踏まえて、同意を得て行っている。ベッドコントロールのルールも確実であり、病床を効率的かつ弾力的に活用している。入院診療計画書は患者・家族の希望に配慮しながら速やかに作成しているが、多職種の関与については今後の検討を望みたい。医療相談窓口、がん相談支援センターを設置し、社会資源を活用して働く人の療養生活の相談にも対応している。患者が安心して入院できるように入院案内などに分かりやすい説明を記載するほか、患者の不安や希望を聴取して情報共有している。

医師は適時に診察・評価を行った上で、その内容を診療録に記載している。看護師は看護業務基準、看護手順に準拠して基本的なケアを実施している。薬剤師は薬歴・持参薬管理、処方管理を適切に行っている。また、服薬指導を医師の指示に基づいて行い、年間約 6,700 件に達している。注射薬の調製・混合への薬剤師の関与や投薬時の患者観察も確実である。輸血はマニュアルに沿って安全に実施している。輸血後感染症検査について、3 か月後に輸血担当技師より医師に電子カルテ上で勧告する手順が整備されている点は評価できる。安全な手術に向けて術前カンファレンスで検討し、術前訪問、説明と同意など適切に実施している。重症度に応じて ICU、救急専用病床、病棟重症室を適宜選択し、多職種の専門性を活かしたチーム医療を実践している。褥瘡管理、栄養管理や食事指導、症状緩和は多職種が協働して安全に実施している。リハビリテーションの依頼から実施の流れは確実である

が、実施計画書へのリスク等の記載については検討を望みたい。抑制が必要な場合は家族に説明、同意書を取得し、解除に向けた取り組みも積極的である。

退院支援スクリーニングを行い、退院前カンファレンスを通じて、訪問看護師等と連携を図り、支援している。ターミナルステージの判定と対応は、緩和ケアマニュアルに準拠し適切に行われている。ACPによる意思決定支援も早期から介入されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤科では処方鑑査、調剤鑑査を適切に実施している。持参薬の鑑別、医薬品の採用や医薬品集の更新、薬剤の温度管理も確実である。必要な検査は院内で実施する体制が整備されており、異常値の取り扱いや精度管理は適切に実施されている。画像診断部門では必要な検査をタイムリーに実施し、緊急撮影依頼にも対応している。診断医による読影体制も適切に整備している。調理施設は衛生管理が行き届き、適時・適温で食事が提供されている。リハビリテーション科では各療法士が積極的に計画を立案し、訓練に取り組んでいる。他職種との意見交換・情報共有も適切である。休日にも必要な患者はリハビリテーションを行うことによって連続性を確保している。診療録は一元管理され、量的点検も適切に実施されている。独自に開発した医療機器管理システムにより24時間対応の医療機器一元管理が行われ、トラブル発生時の対応も適切である。洗浄・滅菌業務は責任者を明確にし、一次洗浄から滅菌、払い出しまでの一連の作業をワンウェイで実施しており、滅菌の質保証も適切である。

病理診断はダブルチェック体制を整備し、すべての依頼に迅速に対応している。標本、報告書、劇薬、作業環境測定などの管理体制も適切である。放射治療部門における治療が開始されるまでの過程は適切であり、治療時の誤認防止対策、安全対策も確実である。輸血・血液管理は手順に沿って適切に実施されており、廃棄率の低減化が図られている。手術室は効率的かつ機能的なスケジュール管理のもと、緊急手術にも柔軟に対応出来る体制を構築している。ICUには専従医と集中ケア認定看護師を配置しており、多職種も積極的に関与しながら高度集中医療を提供している。救命救急センターを有する病院であり、救急搬送応需率が95.9%と高く、ドクターヘリも含めて各診療科および看護師が連携して救急患者の受け入れに努力しており、高く評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

事業予算計画は現場からの要望を踏まえ、統括責任者会議で審議し、機構本部の承認を得る流れとなっている。監査法人による会計監査も適切に行われている。医事・受付業務は手順等が整備され、未収金管理も適切に行われている。業務委託は規程に則って委託業者を決定し、教育研修や事故発生時の手順も明確である。

電気・水・空調・ガスなどを24時間365日中央監視し、日々の点検や定期点検を行っており、感染性廃棄物の回収から最終保管場所への運搬管理手順も適切である。物品は企画課が窓口となり、各委員会での審議を経て購入されている。SPDを

導入し、在庫管理や期限切れの管理を適切に実施している。ディスプレイ製品の管理に対するさらなる取り組みが期待される。

災害拠点病院としての整備を行い、災害医療派遣チーム（DMAT）の派遣実績は豊富である。保安業務は24時間365日、業務委託により実施され、施設管理や緊急時の連絡・応援体制は適切である。医療事故発生時の方針を明確にし、連絡体制や対応のフローをマニュアルに定め、職員に周知している。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院としてプログラムに基づいた研修を実施しており、臨床研修委員会において進捗状況の確認や評価を行っている。看護師や他の専門職種についても、法人共通の業績評価制度における初年度の目標や教育計画に基づいて初期研修を実施し、指導者を育成する仕組みも構築されている。実習生受入に関する手順が整備され、医学生、看護学生、臨床検査技師、診療放射線技師、管理栄養士等の実習を行い、カリキュラムに則った評価が実施されている。実習時に確認が必要とされている事項も明確に定めており、オリエンテーションが実施されている。

# 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	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	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	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	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	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	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	S
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	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	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	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	B
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	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	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	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
-------	-----------------	---

---

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2020 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 嬉野医療センター

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： 佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿甲4279-3

### 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	395	395	-25	80.1	13
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	4	4	+0	12.5	0.5
総数	399	399	-25		

### 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	12	+2
集中治療管理室 (ICU)	8	+4
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	-4
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)		
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	19	+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	21	+21
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), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (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： 6 人 2年目： 5 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

