

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12月12日～12月13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1941年に運営されていた「長崎慈恵病院」を前身としており、1947年に「長崎市立市民病院」として新たに開設され、地域医療に貢献されてきた病院である。その後、2012年には長崎市から地方独立行政法人長崎市立病院機構へ運営形態を移行し、名称も「長崎みなとメディカルセンター」と変更され、地域の急性期医療を担う中核病院として運営されている。長崎医療圏域を中心として高度な医療を提供する救命救急センター、地域周産期母子医療センターとして地域に貢献されている。さらに、がん診療連携拠点病院（地域）としても活動されているほか、臨床研修病院、地域医療支援病院でもあり、質の高い医療人材の確保・育成に努められ地域医療構想のもとに地域との医療連携に積極的に取り組まれていることは高く評価できる。病院長は自院の置かれた地域特性などを踏まえながら、「救急医療」、「高度・急性期医療」、「小児・周産期医療」、「政策医療」を病院運営の柱として明確に示している。さらに、病院長をはじめ幹部職員によるリーダーシップが発揮され、各領域では職員の前向きな姿勢のもとに、効率的な手法も取り入れて医療の質向上に取り組まれている。今回の審査結果がさらなる医療の質向上に役立てられ、長崎市医療圏域における高度急性期医療を担う中核病院としてますます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

病院の理念および基本方針は明文化され、院内外への周知も図られている。病院長および病院幹部の選任過程は明確になっており、病院の意思決定の場である経営企画会議を有効に機能させて病院運営面での成果を上げている。中期計画に基づい

た年次事業計画を策定し、実績評価を行うなど計画的・効果的な組織運営を行っている。院内の基幹システムをはじめ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各種の診療データをもとに病院運営に有効に利活用されている。地方独立行政法人長崎市立病院機構が定める文書規定に基づき、文書管理が適切に行われている。

法令や施設基準に見合った人材は確保されている。人事・労務管理に必要な各種の規則・規程が整備されている。安全衛生委員会を適切に機能させ職員の安全衛生に配慮されている。各種のハラスメントへの対応体制は整備されている。職員の意見・要望の把握に努められ、各種の就労支援に取り組まれている。

年間の教育・研修計画を策定し、計画的な教育・研修が行われている。院外への教育・研修等への参加も推奨しており適切である。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。基幹型・協力型の臨床研修病院として医師の臨床研修や他の職種における初期研修もプログラムを定め適切に行われている。各職種の学生を受け入れており、必要な対応体制を整備して学生実習が適切に行われている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利と責務」は明文化され、職員への意識啓発も行われている。診療記録の開示は院内規程に則って組織的に対応されている。説明と同意に関する方針・基準・説明用紙などを活用し、医療への患者参加を促している。1階ロビーに「患者相談窓口」を設置し各種医療相談や苦情対応等にあたっているほか、「患者総合支援センター」との連携により患者支援体制も有効に機能している。虐待が危惧される患者等への対応なども適切に行っている。個人情報保護に関しては院内のマニュアルに則った対応を行い、セキュリティポリシーを整備している。また、電子カルテシステムへのセキュリティ対策を図りながら、診療情報等の外部持ち出しの際の取り決めも徹底されている。臨床倫理に関する課題を検討する仕組みが構築されている。

病院へのアクセスは良好であり、施設内の設備等も適切に整備され、患者・面会者等の利便性・快適性に配慮している。院内のバリアフリー環境も確保され、高齢者や障害者の利便性・安全性に配慮した建物環境となっている。外来にくつろげるカフェ、ラウンジにスタンドグラスを設置し、診察室や病室には適切なスペースを確保するなど、癒しの空間作りに配慮されている。病院内は敷地内全面禁煙であり、啓発活動に努められているほか、禁煙外来を設置して禁煙の推進、受動喫煙の防止に取り組まれている。

4. 医療の質

患者満足度向上委員会は、患者からの意見に踏まえて関係部署への働きかけを行い医療サービスの質の改善に寄与しているが、病院全体で業務の質の改善について統括・検証する組織の確立に期待したい。各診療科の病棟カンファレンスは多職種

によって定期的開催され、診療の質の維持に寄与している。クリニカル・パスが整備され、適切に運用されている。患者・家族からの意見等は各種の手段を用いて収集しており、必要に応じて患者満足度向上委員会等での議論につなげている。また、患者満足度調査を実施し、その結果を意見箱の内容とともに病院ウェブサイトで公開するなど、適切な対応がなされている。新たな診療・治療方法や技術を導入する際には外部委員を含む医療倫理委員会で検討され、導入後のモニタリングも行っている。なお、モニタリングの手順については、今後、個々の事例の個別性や侵襲度の高さなどに応じて柔軟な対応が取れば、さらに良い。

外来では診察担当医師の氏名を表示し、各病棟に診療責任者、看護責任者の役職名、薬剤師、社会福祉士など各担当の氏名を掲示している。主治医不在時の代行医師のルールは明確であり、確実に運用されている。診療記録は院内基準に則ってSOAP形式で電子カルテ上に記録されており、退院サマリーの2週間以内の記載率も高く推移している。患者の診療・ケアは多職種が介入し、適切に実施されている。NSTなど専門チームが回診・カンファレンスを行い、その内容が患者の診療・ケアに活用されている。

5. 医療安全

医療安全センターを設置し、医療安全管理者などの医療安全責任者が配置されている。医療安全管理マニュアルも適宜見直しされており適切である。インシデント・アクシデント情報は電子カルテシステムを用いて収集し、医療安全センターで件数、提出者の職種、内容などの分析やヒューマンエラー分析を行い、事故防止対策に取り組んでいる。医療事故が発生した際の対応手順を定め、必要に応じて院内事故調査委員会を開催し、原因究明と再発防止に取り組むための体制が整備されている。

医療安全管理マニュアルに誤認防止対策を明記しており、患者確認は氏名と生年月日の名乗りを原則としている。誤認防止活動への患者の理解と協力を得るため、入院案内やホームページに記載している。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・実施を確実に行う仕組みがある。画像・病理診断の報告書の未読対策は整備されている。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。夜間の手術室における麻薬の保管・管理について運用の見直しを行い、より徹底できるよう取り組まれている。患者に転倒・転落アセスメントチェックシートを用いてリスク評価を行い、患者や家族に説明して適切に実施している。臨床工学部マニュアルに医療機器使用マニュアルを整備し、医療機器を安全に使用する体制を確保している。院内緊急コードを設定し、各部署には点検済みの救急カートが配備され患者等の急変時に適切に対応している。

6. 医療関連感染制御

感染制御の実務組織として院長直轄の感染制御センターを設置し、院内感染対策委員会および ICT・AST が組織されている。また、院内感染対策マニュアルはわかりやすく、適時に改訂も行っている。ICT は定期的に各部署をラウンドして院内感染対策の実務を担っている。感染制御センターは院内・院外の感染発生状況を的確に把握し、情報を分析・検討し、院内に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。

院内感染対策マニュアルを整備し、標準予防策、感染経路別予防策を実践している。手洗い、マスク着用などの協力依頼を入院案内やホームページに記載しているほか、病室には PPE を設置している。抗菌薬の適正使用を推進しており、使用指針が遵守されている。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ラウンドにて把握・検討し、主治医と協議して適正化を図っている。

7. 地域への情報発信と連携

診療機能に関わる情報提供として広報誌を発行し、患者・地域住民、連携協力機関等への配布やウェブサイト上での掲載対応を行っている。また、DPC データおよび「数字で見るとみなとメディカル」として臨床指標や診療実績等についてもウェブサイトで公表している。院内の医療サービス案内に関しては、病院案内や入院案内、院内掲示、ウェブサイトなどで関係者への情報提供を図っている。患者総合支援センターに地域医療連携担当者として看護師、社会福祉士、事務職員を配置し、院外の関係施設との連絡調整等を行い、関係構築を良好に図っており、必要時の応対や支援等に随時関わっている。また、各診療科医師も、他の医療機関との連携強化のために訪問活動を行っている。紹介患者に関わる返書対応等にも地域医療連携担当者が適切に行っている。地域住民向けの医療に関わる教育・開発活動として、市民公開講座や講演会を開催しているほか、地域の公民館に出向き実施する健康講座の開催や地域のイベント等に医師、看護師等のスタッフがチームを組み参加し健康相談会を実施している。地域の医療介護施設等の職員向け研修会などを定期的に行っている。

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を病院ウェブサイトや各種掲示物等で案内し、職員による院内への誘導案内も行っている。外来担当医と看護師は、患者に関する情報を収集し、検査や治療方針等を患者・家族に説明している。検査の判断および説明は主治医が行い同意を得て実施している。造影剤使用検査や内視鏡検査において、確実・安全に実施できる体制が確保されている。入院の決定は、医学的根拠に基づき、患者の希望も聞き、同意を得て行っている。診療計画は患者・家族の希望に配慮しながら多職種で速やかに作成されている。患者・家族からの相談には患者総合支援センターが窓口となり、相談内容により各専門職によって適切に対応されている。入

院当日は、病棟コンシェルジュが設備・浴室の使い方や日課などを説明し、入院生活に適応できるようオリエンテーションをしている。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。他職種との情報共有も適切である。看護基準・手順などを整備し、看護師長はラウンドを実施し、療養環境や患者・家族の状況やスタッフの業務状況を把握している。投薬や注射の際には医師が患者に説明したうえで実施し、投薬時の患者観察も適切に行われている。血液製剤の常備および確保は適切であり、危機的出血時への対応が関係者間で準備されている。血液製剤投与時の患者モニタリングも適切に行われている。手術事例の決定は診療科内のディスカッションで決定され、説明、同意のうえで実施されている。麻酔科は手術のみならず術前診察、術後診察を看護師と共に確実に行っており、安全な周術期対応に努めている。ICU、HCU、救命救急病棟を活用し、医師、師長ならびに病床管理師長が協議し、適切な病床の確保に努めている。

入院患者全員に日常生活自立度評価を実施し、評価に応じて看護計画を立案し褥瘡の予防や改善に努めている。入院時に病棟看護師が栄養評価を行い、管理栄養士は栄養管理計画表を作成し、患者の状態にあった食事を提供している。食物アレルギーへの対応も適切に行われている。緩和ケアマニュアルが整備され、緩和ケアチームや専門・認定看護師が適切に介入し患者ケアが行われている。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。身体抑制はマニュアルで定めた適応基準に基づき、患者・家族に説明し同意を得て抑制を実施している。入院前から退院支援看護師が介入し、早期から相談に対応し、患者・家族の意向に沿った支援を行っている。訪問診療や訪問看護が必要な患者は関係機関と調整するなど、適切に対応している。ターミナルケアに関するマニュアルが整備され、患者・家族の意向を確認しながらケアを提供し、看取りの時期への配慮もなされている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では、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。臨床検査部門では、夜間・休日も含めて必要な検査を迅速に実施しており、パニック値の出現時にも医師に確実に伝達する体制が確保されている。パニック値の見直しや評価については今後の課題である。画像診断部門では診断医による読影体制が整備され、必要な検査をタイムリーに実施し、夜間・休日の緊急撮影依頼にも対応している。栄養管理機能では厨房内環境は整備され、在院患者の栄養管理・栄養指導等については管理栄養士が関与している。また、調理業務等に関しては委託業者により大量調理施設衛生管理マニュアルに準じて適切に行っている。リハビリテーション部では、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。多職種が意見交換・情報共有を行っており、休日にも必要な患者には訓練を実施している。診療情報の管理業務は医療情報センターが一元的に管理しており、診療記録の量的点検も確実に行っている。病院として診療情報の二次利用規程が定められ、システムダウン時の対応手順なども整備している。医療機器には管理番号を設定し、医療機器管理システムを活用して整備点検や貸出・返却状況の管理を適切に実施している。洗浄・滅菌業務

は中央化され中央材料室師長を配置し、委託業務従事者との連携のもとに洗浄・滅菌業務が適切に行われている。

病理検査は、術中迅速を含めた病理診断を限られた人員で効率的に実施できている。放射線治療は治療計画、誤認防止対策、安全対策も確実で、地域のがん診療に貢献している。血液型検査、不規則抗体検査を24時間体制で実施できしており、輸血製剤の廃棄率も低く、血液製剤の保存も安全に実施できている。麻酔科医による麻酔管理、手術部長と手術室師長による手術枠の決定および手術室の機能別の使い分けは適切に行われており、手術・麻酔機能を発揮できている。ICU、HCU、救命救急病棟を患者の重症度によって使い分け、ICUおよびHCUでは集中治療専門医が併診で全身管理を行い、治療の質の向上に努めている。地域の最後の砦として、長崎大学と連携して重症患者をはじめとした救急症例の応需に努めており、救急医療機能を発揮できている。

10. 組織・施設の管理

予算の管理は経営管理課が主管しており、院内および法人が定める手順に沿って予算を審議・決定している。会計処理は独立行政法人会計基準に則り行い、財務諸表等も適正に作成している。会計監査および内部監査も確実に実施している。受付対応や窓口収納業務、診療報酬請求業務などの医事業務は、医事課管理の下で職員および委託業者によって行っている。レセプト点検には担当医と事務職員が確実に関与し、保険診療審査委員会においてレセプト審査状況の把握や返戻・査定事例の検討などを行っている。未収金への対応なども適切に実施している。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・評価なども適切に実施されている。

病院の施設・設備はPFI事業者によって整備され、保守管理も担っている。感染性廃棄物の保管・管理・運搬は適切に行われている。物品管理業務は主に経営管理課が主管しており、購入物品等の選定には薬事審議委員会と診療材料検討委員会などが関与している。医療材料と医薬品の調達管理にはSPDを導入し、委託業者のスタッフが当該部署への納品や供給等にあたっている。病院全体で、年2回の棚卸を行い、適正な定数在庫数量の見直し等を検討している。

災害拠点病院として災害対策マニュアルや消防計画、BCPの整備、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・医薬品等の備蓄も適切に確保されている。保安業務は24時間体制のもと病院職員と業務委託従事者によって行われている。院内巡視等も行われ、夜間の出入り口を制限するなど保安体制を整備している。

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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	A
1.5.3	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	B
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	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	栄養管理と食事支援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	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化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	B

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	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	B
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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	B
4.1.4	院内で発生する情報を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	B
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	B
-------	-----------------	---

4.5.2	購買管理を適切に行っている	A
-------	---------------	---

4.6 病院の危機管理

4.6.1	災害時等の危機管理へ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
-------	---------------	---

年間データ取得期間： 2022年 4月 1日 ～ 2023年 3月 31日
 時点データ取得日： 2023年 4月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 長崎みなとメディカルセンター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 長崎県長崎市新地町6-39

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	494	435	-59	56.59	11.53
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	13	13	+0	49.32	17.54
感染症病床	6	6	+0	22.83	34.55
総数	513	454	-59		

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	20	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+8
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	8	-10
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+3
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	2	+0
人工透析	35	+0
小児入院医療管理料病床	20	-15
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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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), 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(DPC標準病院群), 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： 9人 2年目： 17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

