

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 10 月 19 日～10 月 20 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「社会保険喜々津病院」として開院され、施設・設備や医療機器等の拡充を経ながら、現在地に移転し「健康保険諫早病院」となり、2014 年には新機構に移行して「諫早総合病院」となった。この間、災害拠点病院、救急告示病院、地域医療支援病院、臨床研修病院、県指定がん診療連携型推進病院等の指定を受けている。県央医療圏の急性期病院として多くの住民から厚い信頼を受けている。

今回の病院機能評価では、病院管理者や幹部・職員の協働による成果が十分に発揮された。審査の結果、多くの評価項目で適切な機能を維持していることが確認され、とりわけ、外来診療、ターミナルステージにおける対応は秀でている。今後とも、評価所見や総括に記載した内容を参考に、医療機能および質の向上に向けた一層の努力を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明文化し、院内外へ周知している。病院管理者や幹部は経営状況や将来像を示し、担当業務の課題を把握して解決に努め、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や委員会運営、中・長期計画と年度計画の策定、BCP の策定等、適切である。電子カルテを導入し、情報システムや情報管理体制、安全確保体制を適切に整備している。文書は規程に基づき体制を整備し、適切に管理している。

医療法等を満たす人員を配置し、職種別定数制のもと、確実な採用計画に基づき、人材確保を図っている。人事・労務管理体制を整備しており、就業規則等の整備や労働実態の把握も適切である。安全衛生委員会が開催され、健康診断や労働災

害の把握と対応などが適切になされている。職員から意見が聴取され、福利厚生の実施や設備・制度の見直しが図られている等、魅力ある職場作りに努めており、評価できる。医療安全管理・感染対策の研修会等の院内研修の管理体制が整備され、院外学会や研修への参加の予算も確保されている。職員対象の人事考課制度があり、看護部・診療協力部門等の専門職種についても能力把握や教育、資格取得支援の体制があり、適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利と義務を明文化し、院内外への周知と診療情報開示に努めている。説明と同意の方針・手順は明確で、文書同意を必要とする範囲や同席ルールを明示している。患者との面談・問診での情報を共有している他、入院案内や疾患用小冊子の作成、患者図書室の設置等により、医療への患者参加の促進を図っている。医療連携室に医療相談窓口を設置し、各種医療福祉相談に対応している。児童虐待などの虐待への対応指針・手順を整備し、運用している。個人情報保護体制を整備し、プライバシー確保への配慮等が適切に行われている。倫理委員会を設置し、主要な倫理的課題についての倫理指針を明示している。現場で発生する倫理的課題を「患者サポートカンファレンス」で検討し、電子カルテ上で情報を共有している。

患者・外来者等の利便性・快適性に十分に配慮しており、アクセスも良く、駐車場等も完備されている。また、院内サービスや売店も整備されている。高齢者・障害者が使いやすい施設・設備となっており、ゆとりある快適な療養環境が整備されている。敷地内禁煙の方針を掲げ、ホームページや院内掲示、入院案内等にて明示している。職員の喫煙率を把握し、患者や職員向けの禁煙啓発活動にもおおむね適切に取り組んでいる。

4. 医療の質

患者満足度調査や意見箱、窓口等を通して患者・家族の意見・苦情を収集し、具体的な改善を図っている。診療の質向上に向け、単科・多科の症例検討会や多職種カンファレンス、CPCなどを開催している。クリニカル・パスの活用やバリエーション分析等も行われている。業務の質改善に向けて、病院機能評価の継続的な受審や、5S活動等に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や手術の導入等を各種委員会などで検討する仕組みがあり、医薬品の適応外使用や新規技術を検討・承認している。

病棟の医師・看護師・薬剤師等の管理・責任体制を明示し、主治医不在時の対応体制、外来の診療・看護・診療支援に関する責任体制も明確になっている。基準に沿って診療記録を記載する仕組みがある。診療録の質的点検は多職種がチェックリストを用いて実施している。医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・社会福祉士などの多職種チーム（NST、ICT、AST、褥瘡対策、緩和ケア、摂食・嚥下、認知症サポートなど）が院内ラウンドを通して組織横断的に活動し、病棟では多職種カンファレンスを定期的実施する等、チーム医療を行う仕組みが整備されている。

5. 医療安全

医療安全管理室に医師、看護師を配置し、役割・権限は明確になっている。医療安全カンファレンス、医療安全管理委員会を開催し、各 WG（薬品管理、転倒・転落、5S）が活動している。また、医療安全管理マニュアルを必要時に改訂している。アクシデント・インシデント報告を医療安全管理者が収集し、警鐘事例は医療安全管理室で ImSAFER を用いて分析している。院内外の医療安全関連情報を収集し、安全新聞や院内 LAN を通して職員に周知している。

患者自身の氏名名乗りを基本に、リストバンド確認やマーキング実施、チューブの誤認防止に努めている。医師の指示出し、看護師の指示受け・実施確認の仕組みがあり、口頭指示手順も明確になっている。また、画像診断・検査所見・病理診断の既読確認も確実に実施している。薬剤の安全な使用に向けた対策では、ハイリスク薬等の管理が適切に行われており、アレルギー等のリスク回避についてシステムが構築されている。転倒・転落防止については、入院時に全患者にリスク評価を実施し、看護計画を立案している。医療機器の安全な使用に向けた取り組みでは、人工呼吸器使用時は臨床工学技士が毎日点検している。各部署での新たな機器の導入時を含め、新採用者への臨床工学技士による研修会や、e-ラーニングによる講習会が実施されている。急変時対応では、院内緊急コードを設定し周知に努め、救急カートを院内で統一し、薬剤師、看護師が定期的に点検している。BLS・AED 訓練を定期的に実施し、全職員が受講している。

6. 医療関連感染制御

感染管理室を設置し、院内感染対策委員会を開催している。ICT は実働部隊として院内をラウンドしている。院内感染対策マニュアルを適宜改定し、地域の医療施設と情報共有会合や相互訪問を開催している。院内の感染発生状況は確実に報告され、薬剤耐性菌の発生件数が少ないことは評価できる。院外の情報を、委員会報告やリンクナースを介して周知している。アウトブレイクを定義しており、事例の公表手順を整備し、目的別サーベイランスとして BSI や SSI のデータ収集・分析を行っている。

ICT が定期的にラウンドを行い、現場での手指衛生、PPE の着用、感染経路別対策等の実施状況を確認し、実施率向上に取り組んでいる。感染性廃棄物の分別、保管、血液等の付着したリネン類の取り扱いも、適切である。

抗菌薬の採用・削除は薬事委員会で検討している。ICN が、院内の感染発生状況や培養結果をリアルタイムに把握し、抗菌薬の使用状況を AST の会議で分析して、感染発生状況とともに院内感染対策委員会に報告している。TDM の活用等を含めて抗菌薬の適正使用体制は適切である。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌を発行し、ホームページの情報も適時更新している。ホームページに診療実績・臨床指標、複数診療科の診療実績等を掲載し、必要な情報を発信している。地域医療支援病院であり、医療連携室に看護師、社会福祉士等を配置して、医療ニ

ーズの把握、地域の各施設・機関のデータ収集と連携を推進している。紹介元への受診報告、経過報告等も確実にを行っている。連携登録医等に向けた広報誌「連携室だより」を発行し、連携医や施設にアンケート調査を実施して、結果を病院体制整備に活かしている。

地域への健康増進に寄与する活動として、住民向け研修会を開催し、生活習慣病予防健診・人間ドック・定期健康診断の実施、各種の教室等の定期的な開催をしている。医療・介護関連従事者への教育活動では、認定看護師による研修会、医師向けの疾患検討会や疾患懇話会を開催し、その他、医療連携セミナーや健康講座も開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報をホームページに掲載し、各種の院内掲示を通して、患者への周知に努めている。外来診療では、情報収集を診療情報提供書や予診で行い、電子カルテで共有している。また、専門・認定看護師を中心とする看護外来を設置して、着実に実績を積み重ねて、在宅療養を継続できる環境づくりに貢献していることは特筆すべきである。外来診療体制は極めて充実しており、高く評価できる。診断的検査は医師が必要性を判断し、確実・安全に実施している。医師は患者の希望、重症度、生活環境などを考慮したうえで、病棟看護師長と相談して入院を決定している。医師が中心となって診断と治療に関する基本方針を作り、転倒・転落、褥瘡、栄養、認知症などのリスク評価とともに患者・家族の要望を把握したうえで入院診療計画書を作成している。患者からの相談には、患者相談窓口で対応している。患者が円滑に入院できるように、ホームページや入院案内等で、入院に必要な物品や書類等の情報、面会等について分かりやすく明示している。また、入院決定後にはオリエンテーションを実施している。

担当医は毎日回診を行い、回診やカンファレンスの場で病棟スタッフとの情報交換を行っている。看護管理に関する運営基準・勤務表作成基準・看護基準・手順を整備し、活用して病棟業務を実施している。投薬・注射の実施においてバーコードリーダーを用いた3点認証を誤認防止に活用している。輸血はガイドラインに沿って実施している。手術・麻酔の適応と方法については術前カンファレンスで検討し、必要な場合は麻酔科や循環器内科などへの対診がある。重症患者については入退室基準を整備し、重症度に応じて、HCUや病棟重症室、重症個室、個室で管理している。褥瘡の予防については、全入院患者を対象にリスク評価を行い、必要な患者には褥瘡に対する診療計画書を立案している。管理栄養士は病棟担当制で栄養管理を実施しており、入院時に医師・看護師と協働して情報を収集し、栄養アセスメントを行い、患者個々に応じた食事提供ができるよう対応している。患者の症状緩和はマニュアルに沿って運用している。主治医が病態に応じてリハビリテーションの必要性を判断し、適切な時期にリハビリテーション科に依頼している。主治医の処方のもと、療法士は患者や家族の希望を聞き、リスク評価を行い、リハビリテーション計画書を作成した後、多職種カンファレンスで共有し、リハビリテーション科専任医師による助言を適宜受けている。身体抑制に関する定義・基準・方法・手

順を整備し運用している。身体抑制が必要と判断された場合は、医師・看護師等で協議し、患者・家族に対して説明し同意を得て実施している。

患者・家族への退院支援については、マニュアルを整備し運用している。入院早期より、患者・家族の意向を確認し、多職種によるカンファレンスを開催して評価・計画立案を行い、関連機関と積極的に調整し支援している。ターミナルステージの判定は、緩和ケアマニュアルを基に行われ、医師・看護師および多職種カンファレンスで評価し実施している。入院直後より緩和ケア認定看護師や臨床心理士を中心に緩和ケアチームが介入し、院外の訪問看護師・担当ケアマネージャー等の多職種と連携を図り、患者に寄り添った診療・ケアに努めており、その取り組みは秀でており高く評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では持参薬管理、処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査などを適正に行っている。臨床検査機能では、検体検査の結果報告が迅速になされており、異常値・パニック値は直ちに電話で医師に報告している。画像診断は24時間・時間外オンコール体制で診療ニーズに対応しており、夜間・休日は光回線を用いた自宅読影システムにより、急変時でも速やかに報告できる。食事は委託によって提供されており、マニュアルに準じて業務が行われている。患者個別の栄養アセスメントを行い、アレルギー以外の嗜好品についても管理栄養士が直接患者と面談して、対応している。リハビリテーションは急性期の他、がんや外来心臓リハビリテーションのニーズに対応している。診療情報は規程に基づき電子カルテシステムによって一元的に管理しており、量的点検も確実に実施されている。医療機器は、管理システムが導入されており、貸し出し可能な機器の状況、貸し出し部署、点検記録がどの部署でも院内LANで確認できる仕組みを整備している。洗浄・滅菌機能では滅菌機器の始業点検・滅菌テスト・化学的検知を行い、生物学的検知も毎日行うなど、確実な滅菌の質保証に努めている。

病理診断機能は臨床検査部門にあり、病理診断の精度確保のために、診断のダブルチェック、大学などへのコンサルテーションの他、日本病理精度保証機構外部精度評価に参加している。放射線治療機能では、治療医による計画書の作成、患者への説明と同意に加え、認定看護師が同席して治療の情報提供や心理的ケアを行っており、看護外来において治療後のフォローや支援に繋げている点は評価できる。輸血・血液管理はマニュアルを遵守して適切に行っている。手術のスケジュール管理が行われ、緊急手術は麻酔科と看護師長が対応している。集中治療は、必要な機器の点検が行われている他、多職種の関与があり適切に機能を発揮している。救急医療機能は、多くの救急患者を受け入れており、受け入れ不能についても病院で要因分析している。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に基づく財務・経営管理を行っている。財務諸表類が整備され、外部会計監査も適切に行われている。医事業務はマニュアルに則って行われており、レセプト作成と医師の点検や査定・返戻対応、未収金管理が適切に実施されている。業務委託について検討する仕組みがあり、選定の手順が定められている。事故発生時の対応や、業務内容の確認と評価についても整備されている。

計画的に施設・設備を日常点検している。また、委託業者が大型施設・設備の定期保守管理を行い、記録している。物品管理は実地棚卸などを含め、適切に行われている。

建物は耐震構造となっている。災害対策マニュアル等が整備され、消防訓練も実施されている。保安業務の管理・責任体制は明確になっており、夜間の管理体制も整備されている。医療事故発生時の対応フローチャートを整備し、事故発生時の院内調査委員会の開催と原因究明を定めている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型臨床研修指定病院であり、厚生労働省の定めた初期研修プログラムに準じた研修を行っている。看護部門ではキャリアラダーを使った新人教育研修制度等の計画に従って実施している。その他の薬剤師、理学・作業療法士、臨床検査技師、診療放射線技師では、独自の新人研修計画や JCHO の初任時研修プログラムに基づいて、OJT を基本とした研修を行っている。

学生実習は医師や看護師、薬剤師、その他の職種の専門資格職種の履修学生、事務職系学生などを受け入れている。「入院のご案内」で、実習に際して実習生が患者に係わることを患者・家族にお願いすると共に、対面時に口頭での同意を得ている。実習生のオリエンテーション時に、個人情報保護、医療安全と感染管理に関する教育を実施している。

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	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	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	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	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	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	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	S
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	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	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	S

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	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	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	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 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： 独立行政法人地域医療機能推進機構 諫早総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人地域医療機能推進機構

I-1-4 所在地： 長崎県諫早市永昌東町24-1

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	315	315	+0	79.5	11
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神病床			+0		
結核病床	8	8	+0	24.7	102.9
感染症病床			+0		
総数	323	323	+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)	8	+8
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	2	+0
人工透析	44	+0
小児入院医療管理料病床	20	+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

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： 3 人 2年目： 6 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

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	587.04	635.40	634.05	92.39	100.21
1日あたり外来初診患者数	55.66	82.52	76.95	67.45	107.24
新患率	9.48	12.99	12.14		
1日あたり入院患者数	252.34	270.82	271.82	93.18	99.63
1日あたり新入院患者数	22.72	25.32	26.31	89.73	96.24