

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8日～3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、「思いやりの心で 患者、地域、職員に愛される病院」を理念とし、急性期からポストアキュート、サブアキュート、政策医療に対応している。治す医療である地域医療と、支える医療である政策医療を両立する重要な役割をもっており、病院の主な機能は、熊本県難病診療分野別拠点病院、救急告示病院、地域医療支援病院等である。

病院の理念に職員の視点を掲げており、院長から職員に向けたメッセージを院長通信として発信すること、QC活動や院内学会等をもとに職員表彰するなど、就労意欲を高める取り組みを推進している。また、新型コロナウイルス感染症重点医療機関として専用病棟を設置し、入院の受け入れなど積極的に展開している。今回の病院機能評価の受審により、医療の質の向上とともに、貴院がより一層発展されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は、具体的で分かりやすい内容で策定している。病院の将来像として中長期計画が作成され、院長、看護部長、事務部長ともに適切なリーダーシップを発揮している。病院の意思決定は幹部会議で行われ、結果は職制を通じて職員に伝達されおり、組織的な運営が実践できている。

病院の役割・機能に見合った人材を確保しているものの、一部の職種においては運営実態に即した人材の確保について検討が期待される。人事・労務管理に関する諸規程が整備され、必要な届け出は協議のうえ適切に処理されている。職員の安全衛生管理では、安全衛生委員会の開催や産業医による職場巡視、健康診断の受診な

ど適切に取り組んでいるものの、非常勤職員の健康診断結果の把握を期待したい。職員への研修は、病院として必要な研修を計画し実施している。職員の能力評価や能力開発は組織的かつ計画的に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、「患者さんの権利」として6項目を定め、院内各所、病院案内、ホームページなどに掲載している。説明と同意の方針や基準・手順は、医療安全管理マニュアルに記載されている。診療・ケアに関する情報は、パンフレットや説明文書を用いて患者に共有している。地域医療連携室内に相談窓口が設置され、患者・家族からの多様な相談に対応している。個人情報保護に関する手順が整備され、職員への周知に努めている。患者のプライバシーについても配慮している。今後、情報システムに対する不適切なアクセスのチェック体制などについて検討を期待したい。病院として臨床倫理に関する指針を定め、倫理委員会が設置されている。臨床における倫理的課題の情報共有や解決の場として倫理委員会を活用し、継続的に取り組むことが期待される。患者・家族の倫理的課題について、各部署内のチームカンファレンスを中心に取り組んでいる。意思決定支援、退院困難事例の対応、ACPの相談・確認など多様な内容について検討している。

来院時のアクセスをはじめ患者・家族、面会者の利便性・快適性に配慮している。院内はバリアフリーが確保され、高齢者や障害者に配慮して手摺りが設置されるとともに、車椅子でも利用しやすい施設・設備となっている。外来や病棟の病室、関連する廊下など十分なスペースが確保されている。敷地内禁煙について、院内掲示やホームページ、入院案内などで周知されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望を積極的に収集し、フィードバックしている。診療ガイドラインは、図書室、Webを通じて職員がアクセスできる環境を整えている。クリニカルパスについては、クリティカルパス推進委員会によりバリエーション分析や見直しが行われている。今後、組織横断的な臨床指標の活用が期待される。多職種による医療サービス等向上推進委員会が組織横断的な質改善活動を行っており、QC活動報告会が毎年開催されている。新たな診療、治療方法・手術などの技術を導入する場合は、倫理委員会で検討し決定している。

病棟には、それぞれの責任医師と担当看護師長、管理栄養士、薬剤師、医療ソーシャルワーカーなどの氏名が掲示されており、管理体制は明確である。診療記録は、電子カルテを使用して適時に記載されている。また、質的点検も行われている。多職種による病棟カンファレンスで治療方針や問題点を検討し、診療・ケアを行っている。組織横断的な多職種による専門チームとして、褥瘡対策チームや感染防御チームなどが活動している。

5. 医療安全

安全確保に向けて、副院長を委員長とする医療安全管理委員会を設置し、毎月開催している。下部組織として、医療安全管理部会、看護部リンクナース会を設置し、医療安全に関する検討がなされている。医療安全情報報告システムにて、アクシデント・インシデント報告を収集し、分析を行っている。

医療安全管理マニュアルに、患者誤認防止の原則、リストバンドの確認などについて明記されている。口頭指示は原則禁止としているが、やむを得ない場合は口頭指示内容を記録する定型のシートに記載し、ダブルチェック後に実施している。全入院患者に転倒転落アセスメントシートでリスク評価を行い、危険度の高い患者には認知・移乗を考慮した看護計画を立案している。医療機器は、使用目的や有効性を理解し、正しい取り扱い方法や注意事項などを習得したうえで使用している。院内緊急コードとして「ドクターコール 199」が設定されており、各部署の見やすい場所に掲示、周知されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として、院内感染防止対策委員会を設置し、専従 ICN が配置された感染対策チームが設置され、ICD の判断で必要に応じて対策が行われている。ICT・AST は、病棟訪問やミーティングを行っており、大学病院や近隣の病院などと感染防止対策地域連携に関する相互チェックも行われている。

感染対策マニュアルが整備されており、手指衛生、PPE 着用、廃棄物・リネン類の取り扱いなどの項目について、院内ラウンドにより評価を行っている。抗菌薬の適正使用に向けて、抗菌薬適正使用指針を作成して運用している。

7. 地域への情報発信と連携

自院の医療サービスや診療情報の地域への発信は、広報誌「再春」、病院年報、ホームページなどで行っている。また、各診療科の診療実績はまとめられており、ホームページや年報で公表されている。地域医療連携の担当者として、看護師、MSW が配置され、地域の医療状況やニーズを把握している。地域の連携登録医療機関について機能別にデータを収集し、紹介や逆紹介などの実績が毎月集計されている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動では、地域住民を対象とした「健康講座」、地域医療機関向けに「菊池救急医療研修会」や「熊本城北整形外科医会」を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者が受診するために必要な情報は、ホームページや院内掲示等で案内している。診断的検査は、医師が必要性とリスクについて説明して実施している。特に、侵襲的な検査では、詳細な説明書を用いて説明して書面で同意を得ている。入院時に医師が診療方針を決定し、多職種による患者の評価を行い、計画の方向性を示した入院診療計画書を作成して患者・家族に説明し同意を得ている。入院に関する情報や手続きに関して、ホームページや「入院のご案内」を活用している。

医師は毎日、患者の診察、回診を行い、看護師は看護実践基準・看護手順・検査手順に基づき看護を提供している。各病棟に専任の薬剤師が配置されており、医師や看護師と情報交換を行い、患者への服薬指導を行っている。輸血・血液製剤投与は「輸血療法マニュアル」を遵守して行っている。医師が説明を行い、同意を得たうえで実施している。手術・麻酔の適応と方法は、当該診療科や関連診療科で議論され、患者に説明し同意を得たうえで行っている。重症患者はスタッフステーションの前方に設置した重症個室で管理している。全入院患者に対して、SGAによる栄養状態や摂食嚥下機能を評価する栄養アセスメントを実施し、栄養管理計画書を作成している。管理栄養士は多職種によるNST回診やカンファレンス等にも参加している。症状緩和に対する方針や手順は「緩和ケアマニュアル」に明確にされており、多職種で患者の症状をアセスメントする体制が整備されている。リハビリテーションは、患者・家族の社会的背景や要望に配慮し、病態に応じたリハビリテーション総合実施計画書に沿って行われている。安全確保のための身体抑制は、「身体抑制マニュアル」に基づいて実施されており、マニュアルは適宜見直されている。やむを得ず実施する場合でも切迫性・非代替性・一時性を含む適応基準が定められている。医療的ケアを必要とする小児や成人の退院・転院に関しては、認定看護師やMSWが福祉用具の準備や訪問看護サービスなどへの指導・相談に積極的に関与している。多職種で作成している退院時サマリーは、退院後の外来受診や他施設の受診に活用されている。ターミナルステージの判断は、主治医と複数の医師が患者の予後、医学的状況、QOLを考慮しカンファレンスを通じて行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、薬剤の温・湿度管理が行われ、持参薬の鑑別は全て薬剤師が行っている。注射薬の1施用ごとの払い出し率の向上を期待したい。臨床検査機能では、検査結果は速やかに報告されており、パニック値、精度管理、検体の取り扱いも適切に行われている。画像診断機能は、診療科からの要望や病態に対して優先度を判断したうえで画像診断を行っている。オンコールを含めた体制で緊急検査に対応している。日々の美味しい食事を提供するために、365日献立サイクルや選択メニュー、行事食、郷土食、スペシャルランチなど創意工夫している。献立や食材の変更、病状変化に伴う治療食の変更提案も積極的に行っている。嗜好調査やQC活動を通じて食事の評価や改善にも積極的に取り組まれており、栄養管理機能は高く評価できる。リハビリテーション機能は、急性期の早期リハビリテーションへの介入に加えて、維持期のリハビリテーションにも対応している。診療記録は電子カルテにより一元管理され、診療情報は1患者1IDで運用されている臨床工学技士により医療機器を一元管理している。保守点検のほか、人工呼吸器の回路交換や心臓カテーテル検査の立ち会いなどの業務も実施している。中央材料室は、委託業務従事者5名で毎日の業務やミーティングを行っている。

病理診断機能では、診断結果の報告は迅速であり、標本の保存・管理、危険性の高い薬品の保管・管理が適切に行われている。輸血部門の責任者、担当者は明確で、発注から廃棄までの管理は輸血療法マニュアルに沿って適切に行われている。

手術部門では、手術のスケジュール管理を麻酔科部長、手術部看護師が担当している。手術室の清潔管理、術中の患者管理は適切に行われている。救急部門は、各診療科の医師が持ち回りで担当して対応している。自院で受け入れ困難な場合は、医師間の連携で迅速に他施設へ紹介している。

10. 組織・施設の管理

予算管理や財務諸表の作成は、国立病院機構会計規程に基づき適切に行われている。会計監査は内部監査に加え、外部監査も行われている。医事業務は、窓口の収納業務をはじめ、レセプトの作成・点検、返戻・査定への対応が適切に行われている。未収金の金額と発生理由を把握し、催促や回収を手順に沿って行っている。業務委託の是非の検討や業者の選定、契約は適切に行われている。

施設・設備の管理は管理課が主管部署となり、病院職員と委託業者が日常点検と保守管理を実施している。院内各所の清掃は行き届いており、廃棄物の処理も適切に行われている。購入物品の選定や物品購入の過程は適切であり、医療用の消耗品や日用品はSPDで管理されている。

災害時対策マニュアルが整備され、年2回の火災・避難訓練が実施されている。日中の保安業務は事務職員が行い、時間外・休日は委託業者と事務管理当直者の2名の体制で、院内巡視や施錠管理が行われている。防犯カメラや警備会社の防犯システムを導入し、緊急時の連絡や応援体制を整備し周知している。医療事故発生時の対応手順を医療安全管理マニュアルに定め、職員へ周知している。

11. 臨床研修、学生実習

新規採用者には、初期研修の方針や計画を立案し、多職種合同で実施している。職種単位で国立病院機構および病院独自の初期研修プログラムが整備されている。

学生実習は多くの職種で受け入れている。学生に対して、オリエンテーション時に患者・家族との関わり方や医療安全、感染制御に関する教育を行い、実習中も指導が行われている。

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	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	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	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	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	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	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	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	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	S
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	NA
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	NA
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	B
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	B
-------	-----------------	---

年間データ取得期間： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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 熊本再春医療センター

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： 熊本県合志市須屋2659

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	446	420	-41	83.5	32.2
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	446	420	-41		

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)		
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	48	+18
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	46	+46
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

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： 0 人 2年目： 0 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

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	235.91	234.51	256.43	100.60	91.45
1日あたり外来初診患者数	29.94	29.19	33.74	102.57	86.51
新患率	12.69	12.45	13.16		
1日あたり入院患者数	350.66	347.61	362.54	100.88	95.88
1日あたり新入院患者数	10.90	10.40	12.27	104.81	84.76