

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8月29日～8月30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

貴院は岐阜県岐阜市において呼吸器内科・外科、循環器内科、小児科などの専門医療から緩和ケア、障害者病棟まで幅広く対応する地域の中核病院である。病床数は401床、診療科目は20を保有している。病院の理念は提供する医療サービスの変更を機に、職員と共に見直しし、現在は「その人らしく生きるを支える」になった。病院としては専門的医療の推進に、障害者医療を含めたセーフティネットを担う医療を目指している。近年の病院目標は地域完結型医療、患者に寄り添う医療、職員の満足度が高い病院である。今回の審査は、更新審査であったが今後も病院全体として継続した質改善活動に取り組み、さらに高いレベルでの地域医療を継続して提供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・基本方針は具体的かつ分かりやすく策定し、院内各所に掲示することで職員・患者へ周知している。また、理念の見直しに当たっては職員の意見を広く聞いたうえで変更するなど工夫されている。適切な病院運営を実施していくために、幹部職員の評価も行っている。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・周知している。国立病院機構の中期期計画に連動した病院目標が作成され、計画的な組織運営がなされている。また、病院幹部は病院の課題を適切に把握し対応策を講じている。情報管理は適切な体制で実施され、情報セキュリティ対策も講じている。文書管理は文書管理規程を整備し、規程およびマニュアル類は一元管理している。今後も病院の機能および医療の質を高めていくためにはさらなる必要人材の確保が望まれる。

人事・労務管理に関する諸規程は整備され、必要な届け出は協議の上、適切に処理されている。職員の安全衛生管理への取り組みとして健康診断、年次有給休暇取得など適切である。今後は職員にとって魅力ある職場になるよう、職員の声を拾い上げる取り組みを期待する。職員の教育研修は教育研修センターを設置し、病院全体の研修計画を取りまとめている。また、必要性の高い研修も適切に実施している。職員の能力評価や能力開発は組織的かつ計画的に行っており適切である。専門職種に応じた初期研修は専門職種単位で実施されている。学生実習は受け入れる各職種において、指定されたカリキュラムに沿った実習が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、適宜見直しを行い、患者・家族・職員に周知している。今後は、子どもの権利の追記が期待される。説明と同意に関する事項は明文化され、周知している。新規に作成した同意書は承認する仕組みがあり、セカンドオピニオンの対応も適切である。診療・ケアに必要な情報は共有し、安全な医療を提供するために患者に協力を促している。患者相談窓口を設置し、患者・家族に周知され、専門職種により適切な患者支援体制を整備している。個人情報保護に関する規程は国立病院機構の情報セキュリティ対策規程で明確に定められ運用されている。倫理的課題に取り組む組織的な体制が整えられており、7月より臨床倫理コンサルテーションチームが結成された。今後さらに積極的に倫理的課題に取り組むための活動を期待する。

院内はバリアフリーになっており、生活延長上に必要な設備やサービスも整備されている。障害者用を含め、広く駐車場を確保しており、正面玄関前には公営のバス停もあり利便性は良好である。医療安全や院内感染制御に配慮した療養環境を整備している。プライバシーの保護やくつろげるスペースを確保しており、適切に対応している。敷地内全面禁煙を実施し、患者・家族に禁煙の方針を周知している。

4. 医療の質

病院機能に関する問題点の把握は、患者サービス向上委員会と病院機能評価委員会で行い、検討内容と方針について幹部会議を通じて周知している。診療の質向上の取り組みとして、症例検討会を定期的に行っている。また、臨床評価指標はQM委員会が統括的に管理し、活用している。患者・家族からの意見・要望は、意見箱や患者満足度調査で収集し、患者サービス向上委員会において組織的に改善策の検討・実施を行っている。新規の診療・治療方法や技術の導入に関しては臨床倫理委員会での検討後に幹部会議で決定している。導入申請書の見直しおよび実施症例の報告体制と病院としての実施確認体制の整備が期待される。

病棟および外来における責任体制は明確になっている。ベッドネームに主治医・担当看護師が明記されているが、一部の部署で記載がなかったため、院内で定められている運用が遵守されることを期待する。電子カルテを運用し診療記録の記載指

針を整備している。診療記録の質的点検に関しては、診療情報管理士等の参加および適切な点検頻度・症例数の検討が期待される。患者の入院時に多職種が関与し、アセスメントを行い、計画書を作成している。専門的な医療チームが組織横断的に院内ラウンドを行っている。

5. 医療安全

医療安全管理委員会やリスクマネジメント部会を設置し、医療安全管理室では情報共有や検討を実施している。医療安全管理指針やマニュアルを整備し活用しているが権限の明文化が期待される。インシデント・アクシデントを収集し、医療安全管理室で把握し、分析や改善策立案などを検討している。医療事故発生時の対応手順を整備し、有害事象発生時は臨時の医療事故調査委員会にて調査・検証を行い、原因究明や再発防止策を検討する仕組みが整っている。

患者確認の手順、手術部位の確認や侵襲性の高い検査ではタイムアウトを実施し、患者誤認防止対策は適切に実施している。今後はベッドネームへのバーコード表示の検討やネームバンドでの認証の徹底が期待される。指示出し指示受けは電子カルテのシステムにより確実に実行されている。口頭指示は、口頭指示受けメモを用い、ルールに沿って実施されている。病棟の麻薬、向精神薬を常時施錠管理している。抗がん剤はレジメン登録制で管理している。入院患者全員に転倒・転落アセスメントを実施し、評価に応じて看護計画を立案し、患者・家族に協力を得て対応策を実施している。医療機器は使用する職員への教育、使用中の設定条件と動作確認を実施し、モニターアラームは標準値を設定し管理している。救急カートも病院として標準化している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は毎月開催し、ICTは毎週院内ラウンドを行い、医療関連感染制御に努めている。今後は感染管理者の権限の明文化が望まれる。感染制御部門が院内の医療関連感染に関する情報を収集している。微生物サーベイランスおよびSSIサーベイランスを行い、出現頻度を把握している。今後はさらなる感染症サーベイランスを期待する。感染経路別対策の実施や個人防護具の使用徹底、感染性廃棄物の分別など感染防止対策は適切である。ASTは抗菌薬の適正使用に関して情報提供している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への必要な情報の発信は、地域医療連携室および広報誌編集委員会が中心となり、企画している。今後は受診にあたり医療機関を選択する際の参考となる診療実績などの情報をホームページに掲載することが期待される。地域の医療機関との連携は地域医療連携室が中心となっている。地域のニーズを把握するために病院長や医師、事務部長、看護師、MSWが医療機関や介護施設を訪問し、把握している。地域に向けた啓発活動は、公開講座推進委員会を中心に企画立案をしている。市民公開講座「どう生（逝）きるかい（会）」は年3回開催している。

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は、ホームページ・病院案内・院内の掲示板で案内をしている。総合案内には看護師および委託職員を配置し、円滑に受診できるよう配慮している。循環器外来では6か国語の問診票を準備し、幅広く対応できる体制を整備している。医師は、診断的検査の必要性を医学的な根拠をもって判断し安全に配慮して実施している。入院は外来担当医が患者・家族へ説明し同意を得て決定している。当該科主病棟に入院できない場合はベッドコントロールにおいて弾力的な病棟運用をしている。入院診療計画書は多職種が協力して作成している。看護師は転倒・転落、嚥下、褥瘡、栄養などのリスクを評価し、電子カルテで情報共有している。患者・家族からの医療相談は、プライバシーを保護した上で様々な内容に対応し、必要に応じて関係職種で情報共有を行っている。入院が決定されると決められた部署が対応し、説明やオリエンテーションが行われ、円滑に入院することができている。

医師と病棟スタッフは毎日の情報交換に加え、週に1回多職種が参加する病棟カンファレンスを行っている。各種アセスメントを活用し、患者状態やニーズに応じたケアを実践している。看護基準、看護手順を整備し、師長による管理等病棟業務を適切に実施している。病棟薬剤師は、すべての入院患者の薬歴管理、服薬指導をしている。看護師は薬剤投与時に、患者名、薬剤名、用量、方法、時間、目的を確認している。血液製剤は使用指針に基づいて輸血の適応を判断し、安全に配慮した輸血を行っている。手術適応はカンファレンスを通じて判断し、必要に応じて他の診療科との協議を行い決定している。ICUとHCUは整備されていないため、一般病棟において、重症患者室または回復室を整備し、機能的な運営管理を行っている。今後は入退室基準の整備が期待される。褥瘡ケアマニュアルに基づいた評価や褥瘡対策計画の作成、褥瘡チーム回診等適切に実施している。患者の栄養評価を行い、対応している。症状緩和や痛みに関する対応は明確であり、麻薬の取り扱いもガイドラインに沿って行われている。リハビリテーション総合実施計画書には病名、目標、訓練内容などを記載している。長期休日の際には3日以上の実施がないように連続性を確保している。身体拘束の説明と同意は適切に行われており、拘束中は観察を行い、回避・軽減・解除に向けてのカンファレンスが行われている。入院後1週間以内にすべての患者に退院カンファレンスを行い、早期に退院支援を行っている。退院後、必要な診療・ケアが実施されるよう連携し、必要な情報の提供を行い継続した診療・ケアが実施されている。ターミナルステージの判断や患者・家族の意向を尊重した診療・ケア、臓器提供や剖検実施の手順整備等適切に実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、すべての抗がん剤の調製を安全キャビネットで行っている。さらに、すべての TPN の調製および混合については、クリーンベンチで行っている。注射薬は 1 施用単位で取り揃え、病棟に払い出している。臨床検査は 24 時間体制で必要とされる各種検査を適切に実施している。パニック値は対応可能な医師へ確実に報告している。緊急性の高い画像検査には夜間休日も含め 24 時間 365 日体制で対応している。栄養管理機能は、各種マニュアルに準じて適切に管理されている。嗜好調査を年 2 回行い、献立は 365 日サイクルメニューで提供するなど、患者の様々な要望を献立改善に反映させている。循環器内科患者専用の心臓リハビリテーション室を確保し、退院時には写真やイラストやパンフレットを使って自宅でのリハビリテーションを指導している。診療録管理として、全退院患者の量的点検を実施している。

医療機器の一元的な管理、定期点検、機器の標準化を適切に実施している。今後は使用済機器との区別をより明確にするために、使用可能機器本体への表示を期待したい。一次洗浄を中央化し、各種インディケータを用い、滅菌効果を確認している。複数の病理医によるダブルチェックの実施や院外の病理医に相談する体制を整備している。今後は悪性または悪性が否定できない病理所見の場合の患者への対応の有無を確認する体制の整備が期待される。放射線治療は放射線治療医が放射線治療の適応と照射方法を決定している。輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却業務は 24 時間 365 日体制で臨床検査技師が対応している。安全な麻酔および手術を実施するために、統括診療部長と手術室看護師長に必要な権限が付与されている。ICU および CCU は設置されておらず、該当する患者は集中治療を行っている医療機関に紹介している。救急患者の受け入れ方針と手順を整備し、近隣の医療機関と連携した救急医療を提供している。

10. 組織・施設の管理

内部統制として、毎年、国立病院機構本部による書面監査、3 年に一度の内部監査を実施している。監査法人による外部監査も毎年実施している。企画課の医事担当者が、管理のもと、会計業務の一連の流れ、返戻・査定への対応、施設基準を順守する体制がある。未収金は発生防止に努力するとともに、回収が困難な事例に関しては法律事務所による債権委託を導入し、回収率の向上に努めている。

委託業者選定は契約審査委員会で費用対効果を協議し、実施状況の把握と質の検討は、日報の提出および委託業者と定例の会議で把握している。施設・設備の保守や点検が計画的に実施され、緊急時の対応も整備している。物品管理は SPD 管理で、医薬品および医療材料の変更や新規採用は薬事委員会で安全性・利便性・経済性などを検討し、一増一減の基準に則って管理している。マニュアル・消防訓練などを実施し、災害時等の危機管理への対応を整備している。病院の病床数、機能からすると保安体制は強化に向け再考することを期待する。

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	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	B
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	B
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	B
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	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	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	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	B
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	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	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	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	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	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	
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	B
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	A
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	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	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	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 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 B

4.6.2 保安業務を適切に行っている B

年間データ取得期間： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 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： 独立行政法人国立病院機構 長良医療センター

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： 岐阜県岐阜市長良1300-7

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	383	310	-24	83.9	40.8
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	18	18	-12	27	57.9
感染症病床	0	0	+0		
総数	401	328	-36		

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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	51	+29
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	180	+0
緩和ケア病床	18	+18
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(準備病院)

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： 3 人 2年目： 3 人 歯科： 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 2023	2年前 2022	3年前 2021	昨年度 2023	2年前 2022
1日あたり外来患者数	155.12	147.94	148.35	104.85	99.72
1日あたり外来初診患者数	12.28	14.94	12.36	82.20	120.87
新患率	7.92	10.10	8.33		
1日あたり入院患者数	270.74	271.02	270.00	99.90	100.38
1日あたり新入院患者数	6.55	7.43	8.10	88.16	91.73