

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 12 日～10 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、1968 年に 52 床で開設され、福岡医療団への名称変更や公益社団法人への移行、増床、リハビリ・療養部門などの機能分離・移転などを経て現在に至っている。救急外来を含めた救急医療や急性期医療を担うとともに、退院後の生活を見据えた診療を実践するため、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟を設置している。公正で患者の人権を尊重した医療を進めるために「無差別・平等の医療」を病院理念の一つに掲げ、2008 年には WHO が提唱する健康増進活動拠点病院に日本で初めて加盟し、地域や患者・職員の健康づくり活動を促進している。さらに、生活困窮者に対する無料低額診療事業や、差額ベッド料金など通常診療を超える負担を極力求めない方針によって、可能な限り患者が医療を受けられる権利を損なわないように努めている。

貴院は 2005 年の初回認定を含めて 3 回目の受審となり、2014 年には ISO9001 マネジメントシステムの認証を取得している。今回の受審にあたって、院長や病院幹部のリーダーシップのもとで職員が一丸となって継続的な質改善に向けて取り組んでこられた成果が随所で確認できた。病院理念である「安全・安心・信頼の医療」の実現に向けて、今後さらなる診療機能の充実を図り、地域医療に益々貢献していくことに期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針は、病院の使命や信念、地域での役割が分かりやすく表現され、院内外に周知している。院長は病院の将来像や方針、優先的に取り組む課題を病院活動方針として全職員へ明示し、リーダーシップを発揮して課題解決や病院

活動方針の達成に取り組んでいる。病院の最高意思決定機関である管理会を毎月開催し、様々な会議を介して組織全体に伝達され、病院運営に必要な委員会を開催目的や審議事項を定めて開催している。診療情報は医療指標の作成や他病院との比較、業務改善に資する提言の作成などで質向上に活用している。院内規程やマニュアルなどは、文書管理マニュアルに基づいて管理されている。

就業規則や給与規程などによって適正な人事・労務管理を維持し、TQM 大会や教育ポイント制などにより職員のモチベーション向上に努めている。安全衛生委員会では年間活動計画を定め、毎月の委員会で進捗状況を確認している。育児休業後の育児時間や時間短縮勤務の導入、24 時間体制の院内保育所整備など働きやすい職場環境となっている。

全職員を対象とした医療安全や感染対策、個人情報保護、医療倫理、患者の権利などの研修は年間計画をたて、各職種においてもキャリア別教育プログラムに基づき実施している。研修・勉強会は開催後に教育実施記録報告書を作成し、教育委員会が取りまとめて次年度計画や実施方法等に活用しており、教育体制は秀でている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を定め、院内外に周知している。また、文書同意を必要とする診療行為や、説明時に看護師の同席を必要とする項目を含めた方針を定めている。入院前から入院支援看護師が中心となり患者の情報収集を行い、各種パンフレット等を使用して患者の理解を深める工夫を行っている。患者支援体制は「地域連携・患者サポートセンター」が機能し、患者の病態に沿った多様な相談に対応しており、院内外の専門職種とも連携した取り組みも行っている。診療情報は電子カルテ端末の USB 接続制限や申請による複写許可などによって個人情報保護を徹底している。臨床における倫理的課題の方針を策定し、現場で解決できない倫理的課題は臨床倫理チームや倫理委員会で検討される仕組みがある。日常的に発生する倫理的課題は、Jonsen の「臨床倫理 4 分割法」などを用いて検討し、記録に残して共有している。

ホームページに交通アクセスを掲載し、病院と最寄り駅間のシャトルバスが運行されている。院内には売店や喫食コーナー、理容室、コインランドリー、ATM、郵便ポスト、電子レンジなど生活延長上の設備がある。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た施設・設備となっている。また、療養生活が快適に送れるようなスペースを確保している。敷地内禁煙となっており、HPH 推進委員会が中心となり禁煙の周知を図っている。

4. 医療の質

患者・家族の意見や要望は「ご意見箱」や「患者満足度調査」によって収集され、検討・改善が図られている。診療の質の向上に向けた活動は、症例検討会や診療ガイドラインの活用、クリニカル・パスの作成と見直し、臨床指標の収集と分析などが行われている。業務の質改善は、病院機能評価の認定と ISO9001 の認証の

他、「医療の質向上発表集会」を20年間連続で開催しており、システム確認、実践確認、他部門確認の視点で積極的・継続的な取り組みとして評価できる。新たな診療・治療方法や技術は、倫理委員会が核となり倫理・安全面などに配慮しながら導入する手順が明確となっている。

病棟や外来、各部門の責任者を患者が見やすい場所に明示し、担当医や受け持ち看護師も明確にしている。診療記録は、診療録記載基準に基づき遅滞なく作成されている。組織横断的チーム医療として、栄養サポートチームや呼吸ケアチーム、褥瘡対策チーム、せん妄対策チームなどが積極的に活動しており、2018年に立ち上げた心不全チームやオーラルフレイルチームは年々活動実績を増やして患者のニーズに応えている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室に医療安全管理者等を配置し、インシデント事例をタイムリーに検討している。院内のインシデント・アクシデントは報告システムを活用し、各部署で再発防止が検討され継続的に改善に取り組んでいる。

患者誤認防止に向けたバーコード認証や患者に名乗ってもらうことを徹底し、2021年からは注射の3点認証や、意思表示が難しい患者に対する看護師によるダブルチェックにも取り組んでいる。医師の指示出しや指示受けなどは、口頭指示の場合を含めて手順に基づき行われ、検査結果のパニック値は速やかに医師へ報告している。ハイリスク薬は安全な使用となるよう周知され、アレルギー歴などは電子カルテに登録して処方時にアラート表示される仕組みがある。入院時には全患者の転倒・転落リスク評価を行い、2018年からリハビリスタッフが積極的に介入して転倒・転落発生の低減に取り組んでいる。臨床工学技士は毎日病棟をラウンドして人工呼吸器の作動状況を確認し、アラーム設定についても確認している。使用中の医療機器は共通のチェックリスト表で看護師などが確認し、使用機器の点検・確認や職員教育も実施している。患者急変時の対応では院内緊急コードが明確にされ、救急カートは院内で統一している。全職員を対象としたBLS・AED訓練が定期的の実施され、RRSを導入して急変時シミュレーションも各病棟で実践している。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の院内感染対策部門が設置され、院内感染対策委員会を毎月開催して収集した感染情報を元に審議のうえ対策を協議している。アウトブレイクの基準が定められ、細菌検査室から報告される情報をもとに早期察知や対策立案に活用している。微生物サーベランスでは耐性菌の検出を行い、ICTとASTが協働して抗菌薬の適正使用へ向けた活動を行っている。院内外の情報は院内でフィードバックされており、周辺医療機関との連携や情報共有も行っている。

ICTの環境ラウンドで手指衛生の徹底やPPEの着用等の実施状況を確認し、実施率向上に取り組んでおり、汚染されたりネン類の取り扱いもマニュアルに則って適切に実施している。抗菌薬の採用・中止は薬事委員会で決定され、抗菌薬使用に関するガイドラインを整備して活用している。年1回アンチバイオグラムを作成して

院内の感受性状況の把握を行い、医師にフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報はホームページや病院案内、広報誌を活用して発信している。診療実績についてもよく検討しており、ホームページや病院年報で公表している。医療連携機能は「安心して住み続けられるまちづくりへの参加」を理念に、地域連携・患者サポートセンターで連携手順に沿って連携施設との紹介・逆紹介や転院などに対応している。連携機能の検証は「まちづくり・共同組織委員会」で毎月検討され、連携強化など次につながる取り組みともなっている。日本で初めて HPH（健康増進活動拠点病院）に指定され、「患者、地域、職員の健康づくりをすすめます」を理念に地域の医療機関、介護施設、行政とともに「千代地区ネットワーク」に参加し、健康増進活動を積極的に行っているなど地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

病院は救急外来に特化しており、病院の役割や診療情報はホームページや病院パンフレットで案内している。診断的検査は検査実施中の手順を作成して安全に実施している。入院は医学的基準に基づき医師が判断のうえ決定し、患者の要望を検討してベッド調整会議で入院調整を行っている。入院診療計画書は多職種が協働して作成し、クリニカル・パスはバリエーション分析が行われ適宜見直している。病棟ごとに社会福祉士を配置し、病棟退院支援看護師とともに退院調整や医療・介護の相談に対応している。

医師は毎日回診を行って患者の病態や検査所見を記載し、多職種カンファレンスを開催している。病棟看護師は各種のリスク評価をもとに看護計画を立案し、実施後に評価している。薬剤師は薬剤の必要性やリスクについて説明し、病棟担当薬剤師が持参薬管理やアレルギー歴、禁忌薬などを確認している。輸血・血液製剤は適応を検討して製剤や投与方法を決定し、投与中や投与後は適正に観察を行っている。周術期の対応は術前訪問や患者搬送、術後ケア、申し送りなど適切に実施しており、重症患者は多職種と連携しながら適正に管理している。入院患者全員に栄養スクリーニングを行い、摂食・嚥下機能や食物アレルギー、嗜好などに応じた個別メニューの設定、患者の状態に応じた食事形態の工夫など栄養管理は高く評価できる。多職種でリハビリテーションの必要性を評価して入院早期から開始しており、中止基準も定めて安全に実施している。退院支援チェックシートの記載内容を活用して早期から退院計画を検討し、院内の多職種と院外の関係者でカンファレンスを行い、生活状況に合った支援について検討している。心不全手帳を活用したセルフケアへの支援や、院内デイサービスの利用による患者の自主性を高める取り組みなど高く評価できる。ターミナルステージでは多職種が院外の訪問看護師やケアマネージャーとも連携し、患者・家族の意向に寄り添った診療・ケアに努めており、患者・家族の意思決定を支援する取り組みは高く評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

持参薬は薬剤師が鑑別した後医師に確認のうえ電子カルテに記録しており、注射薬は1施用ごとに取り揃えて払い出している。臨床検査機能は、結果報告や異常値の取り扱い、精度管理など適切であるが、腹部超音波検査において専門医が関与する手順となることに期待したい。放射線科は休日・夜間のCT・MRI、緊急カテーテル検査にも対応しており、医療被曝提言施設認定を取得して医療放射線被曝の低減に取り組んでいる。調理師は日々病棟訪問や喫食状況を確認して食欲不振患者への個別対応を行い、検査や嗜好調査結果等をもとに献立の見直しなどを行って食事の改善に努めている。急性期からリハビリテーションを開始しており、退院前の家族調査や独居高齢者の在宅復帰支援にも積極的に取り組むことで、入院から退院、在宅支援までシームレスなサービスの提供を行っている。診療情報管理では、業務マニュアルに沿って診療情報の登録やDPCデータの作成、量的点検、がん登録などを行っている。医療機器は中央管理され、常に使用可能な状態に準備しており、各部署管理の医療機器は臨床工学技士がラウンドして点検・整備している。手術で使用する医療器材の洗浄・滅菌では、各種インディケーターを使用して適切に管理している。

病理診断は全ての病理検査結果報告書がダブルチェックされている。内視鏡検査における悪性診断結果がある症例については、主治医による確認漏れを防ぐため、診断終了後に院内メールで該当医師に注意喚起している。輸血・血液管理は血液製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄をシステムで一元管理している。手術・麻酔機能は麻酔医による術中患者管理や基準に基づく安全な麻酔覚醒が行われている。集中治療機能は入退室基準に基づいて適正に管理され、責任医師が主治医や多職種と連携して治療にあたっている。救急医療機能は、受け入れ方針や手順のもとで多職種が連携して対応し、定期的な救急隊との会議によって地域での受け入れ体制を高めている。

10. 組織・施設の管理

年次の事業計画や部署からの要求についてヒアリングし、診療運営会議で検討した予算案を法人本部と協議して予算書を作成している。予算は収入支出予算執行計画書をもとに進捗状況を管理し、管理会や職責者会議で収支状況の報告を行っている。マニュアルに沿って医事業務が行われ、時間外・休日の急患患者の会計も行っている。医師やレセプトチェックソフトによりレセプト点検が行われ、査定・返戻への対応は減点委員会で検討のうえ再審査請求も実施している。委託の業務内容と是非の検討、業者選定は、法人財務部の「購買マニュアル」に基づいて行っている。

総務部・施設課職員と委託職員によって24時間体制で電気、空調、防火設備などの日常点検と保守管理を行っており、専門的な点検は維持管理に係る法定点検計画書に沿って実施している。物品は法人統一の「購買マニュアル」に基づき発注・納品管理を行っている。診療材料等はSPDを導入しているが、病棟にユニットで払い出された段階で検収となる仕組みとなっており、四半期ごとに棚卸を行っている。

る。

災害対応マニュアルや消防計画が整備され、緊急時の責任や速報体制、初動対応などを確立している。職員にはマニュアルを部署に配置して周知しており、災害対策委員会を開催して年2回の消防訓練や災害訓練を行っている。保安業務は、時間外・休日は警備室に業務委託の守衛（警備員）を配置し、仕様書に沿って院内および敷地内の定期巡視、施錠管理、入館者などへの対応を行っている。医療事故発生時マニュアルで対応手順を定めて職員に周知しており、全ての死亡症例を院長や医療安全担当の副院長が確認している。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として初期研修医10名が研修中であり、総務課と臨床研修委員会で研修の進捗状況等を管理している。研修医の評価は指導医によってEPOC2で行い、看護師やコ・メディカルによる評価も行っている。看護部やコ・メディカル部門では、新人職員に対して各部門で策定した新人教育プログラムに沿って研修を行い、評価チェック表などで評価を行っている。医学生や薬学生、看護学生、リハビリテーション学生、臨床検査技師、MSW、臨床工学技士などの学生実習を受け入れている。感染症の抗体検査結果やワクチン接種状況の確認を行い、実習中は指導者を配置している。学校側と打ち合わせを行い、カリキュラムに沿った実習が行われ、学校の評価方法に沿って評価を行っている。

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	S
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	S
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	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	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	NA
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	B
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	S
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	S
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	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	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	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	S
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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： 公益社団法人福岡医療団 千鳥橋病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 福岡県福岡市博多区千代5-18-1

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	350	350	+0	89.1	20.6
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	350	350	+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)	5	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	12	+0
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	45	+0
小児入院医療管理料病床	8	+0
回復期リハビリテーション病床	60	+0
地域包括ケア病床	58	+0
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

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： 4 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

[illegible]

	実績値					対 前年比%	
	年度(西暦)			昨年度	2年前		
	2021	2020	2019	2021	2020		
1日あたり外来患者数	94.20	96.31	96.52	97.81	99.78		
1日あたり外来初診患者数	22.23	20.14	21.31	110.38	94.51		
新患率	23.60	20.91	22.08				
1日あたり入院患者数	283.05	304.65	313.24	92.91	97.26		
1日あたり新入院患者数	13.08	14.22	15.63	91.98	90.98		