

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 9 月 10 日～9 月 11 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 1	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は大腸肛門病に特化した病院として開院された。近年では、社会医療法人の認定を受け、現在地に移転新築し、「大腸肛門機能診療・がん診療・炎症性腸疾患（IBD）・内視鏡」の 4 つのセンター機能を備えた新病院で、安全で良質かつ高度な医療の提供を目指して、運営されている。審査では、幹部のリーダーシップのもと、患者第一の病院として、医学的・医療的に患者に満足してもらえるよう、日々取り組まれている姿を窺い知ることができた。今後、この総括や各評価項目の評価所見を参考に、専門領域のリーダー病院として、地域住民の健康増進と地域医療の確保に、更に貢献・活躍されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

高野会理念を掲げ、院内外に周知している。院長はじめ幹部職員が病院の運営面・経営面の現状の課題を認識され、その解決にリーダーシップを発揮している。中長期計画に基づき基本方針を立て、部門・部署ごとに年度運営方針が立てられており、業務遂行年間計画反省会で達成度が評価されている。自院に関する様々なリスクを評価し、包括的なリスクマネジメント計画を策定することが課題と認識されている。情報の管理・活用は、病院情報システム運用管理規定・個人情報保護規程に基づき適切に対応されている。文書は管理規程で、病院として管理すべき文書が明確に定められ、一元的に把握・管理されている。

医療法等に基づく人員は満たされている。病院の役割・機能、業務量からみて常勤の麻酔科医の確保や補助者の増員が課題と見受けられる。産業医・衛生管理者が選任され、労働基準監督署へ届出されており、職員の安全衛生管理を適切に行っている。職員の意見や要望の聞き入れ、福利厚生委員会や主任会で様々な行事の企画

運営を行っている。敷地内の 24 時間保育や、職員食堂と食事補助など就労支援対策、福利厚生への取り組みは適切に行われている。全職員対象の疾患別勉強会と基礎勉強会を定期的で開催しており、また、全体会で結果報告や計画が立てられている。院外研修も積極的に支援している。規則に基づき職員の能力評価を行っている。職員の自主的な目標設定と自己管理による実行を適正に評価し、職位への配置、異動、昇格、昇進、給与、教育訓練などにおいて運用している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は適切な内容で明文化され、周知されている。診療記録の開示も適切に行われている。説明と同意に関する方針、基準・手順書が整備されており、書式も統一され、説明時の患者・家族の反応や要望についての記録があり適切である。診療・ケアに必要な情報を提供するにあたり、パンフレットの活用やクリニカル・パスの活用を工夫し、患者の理解を深める支援が行われている。がん相談支援センター、医療・福祉相談室にて社会福祉相談、退院相談や退院後のケア、がん相談など様々な相談に対応されている。また、ハローワーク熊本の出張患者支援センターを設置し、専門の担当者が治療と仕事の両立を支援している。

個人情報保護管理規程を定め院内掲示にて周知しており、情報漏洩時の対応フローチャートなどの手順を定めている。日常的に「モヤモヤする」事項については、倫理的な課題として病棟カンファレンスで検討し、事例によっては多職種で検討されている。また、解決できない事項については委員会で検討する仕組みがある。

現在地へ新築移転して日が浅く、療養環境の整備、患者・家族の利便性・快適性について、随所で配慮されている。今後、運用面での一層の取り組みを進められるとよい。

4. 医療の質

委員会を中心に、投書箱の意見・要望や新患に対する満足度調査を行い、改善内容や対策などを院内に掲示し、周知している。多職種による各種症例検討会、クリニカル・パスの積極的な活用や、共同研究など、学会発表や論文投稿も多くの実績があり、診療レベルの維持・向上への努力は高く評価できる。業務の質改善においては、部門横断的な改善活動の体制を検討するとともに、体系的な機能評価についての継続的な活動が望まれる。新たな診療・治療方法や技術を積極的に導入しており倫理・安全面への配慮も適切である。臨床研究に関する倫理的な審査も、適切に行われている。

病棟で担当医・看護師が明記され、患者・家族に分かりやすい場所に掲示されており適切である。主治医が、不在時に代行する医師を事前に患者に紹介しており、外来では予約患者への電話による連絡を行うなど、様々な工夫があり適切である。診療記録はおおむね適切に記載されているが、診療記録の質的点検の仕組みの整備が望まれる。病棟カンファレンスが多職種によって行われ、NST など複数の多職種からなる専門チームによる介入も行われており、適切である。

5. 医療安全

多職種から構成された医療安全対策の委員会が定期的開催されており、インシデント・アクシデントが収集・分析され、結果を基に業務改善した事例もあり、再発防止に取り組む工夫が見られる。また、指針や基準・マニュアルも整備し、必要な改訂が行われている。今後、委員会の組織的な位置づけと、統括責任者への権限委譲の明文化が望まれる。

誤認防止策はリストバンドやフルネーム確認などが全部署で統一されて行われている。また、名乗れない患者の場合は家族に協力を求めている。情報伝達エラー防止対策では、電子カルテ・オーダーリングシステム等により、指示出し・指示受け・実施や結果報告等が確実に行われている。薬剤の重複投与・アレルギー等は適切に回避されている。薬局内の麻薬等の保管・管理は適切であるが、病棟に常備されている麻薬については、運用面での再検討を期待したい。

入院時に転倒・転落アセスメントシートに基づいて評価を行い、リスクに合わせて看護計画が立案され、説明・実施される。医療機器を使用する職員への教育・研修は臨床工学技士によって日常的に行われており、使用中は、臨床工学技士がラウンドして作動中点検を行っている。救急コードが設定され、訓練を定期的実施し、BLS 訓練も全職種を対象に行われている。救急カートの点検や整備も定期的に行われており適切である。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策の委員会や ICT が組織され、適切な感染制御活動が行われているが、ICT の権限を明確にすることが望まれる。院内の感染発生状況は適切に把握されており、各種情報は定期的に把握・検討され、感染制御に活用されている。医療関連感染制御に関するマニュアル・指針があり、病棟における標準予防策が講じられている。

各部署における感染性廃棄物の取り扱いは適切である。また、血液・体液等で汚染されたりネン類も適切に処理されている。抗菌薬の採用・削除は薬事審議委員会で検討されている。抗菌薬は適正使用指針を遵守して使用されている。分離菌感受性パターンや使用状況も定期的に把握・検討され、医師にフィードバックされている。

7. 地域への情報発信と連携

医療機関・施設向け情報誌、IBD 患者向け情報誌、「緩和ケア病棟通信」などや各科パンフレットを発行し、情報発信を行っている。県提出の医療機能情報については、病棟・外来に冊子を配備し、診療実績等の発信も行っている。担当者を配置し、地域の医療機関や自治体との連携を適切に行っている。「紹介患者受け入れ方針」「他科受診、転院・転所に関する規定」を定め、紹介・逆紹介患者の集計・分析を行い、病院機能に活用されている。また、地域連携パスの計画策定病院・受け入れ病院として、大腸がんの患者を多数受け入れている。

各種検診・人間ドック・がん検診、予防接種、企業検診、産業医活動などを行い、地域の健康増進活動に積極的に寄与されており、評価できる。創業当時から患者・地域住民を対象に「がん予防・肛門疾患・排便障害・心身症」などの講演会や健康講話・健康セミナーなど多くの講演を長年にわたり開催しており、高く評価したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診・再来患者、紹介・救急患者について、マニュアルに沿って受診から会計まで円滑に対応される仕組みが確立している。また、病院ホームページに受診案内と診察申込書・問診票を掲載している。再来は予約制を導入し、新患も一部 WEB 予約を導入している。問診票を活用し、医師・看護師が外来診療を適切に行っている。自院の役割に合わせた地域の保健・医療・介護・福祉施設等から円滑に患者を受けている。診断的検査は十分な説明と同意のうえで確実・安全に実施されている。検査中・検査後の患者状態・反応の観察も手順に沿って行われ、記録も残されている。地域の医療・介護施設などの情報を提供し、患者・家族のニーズ・病態に対応可能な施設へ適切に紹介されている。

入院の決定、診療計画の作成、患者・家族からの医療相談、患者の円滑な入院が適切に行われている。医師・看護師は病棟業務を適切に行っている。投薬・注射を確実・安全に実施しており、輸血・血液製剤投与もおおむね適切である。周術期の対応、重症患者の管理、褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導、症状などの緩和を、適切に行っている。リハビリテーションを確実・安全に実施している。

安全確保のための身体抑制、患者・家族への退院支援、退院後の継続した診療・ケア、ターミナルへの対応をいずれも適切に行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能はおおむね適切に発揮されているが、高カロリーと抗がん剤以外の注射薬の調製・混合時の看護師への注意事項等の提供方法については、検討が望まれる。また、病棟・外来等の薬剤のチェックについては、記録を確実に残すよう期待したい。臨床検査機能、画像診断機能を適切に発揮している。給食業務はほとんどを直営で実施し、栄養管理機能を適切に発揮している。病院の役割・機能に基づいたリハビリテーションを適切に発揮している。電子カルテ・オーダーリングシステムを運用し、診療情報管理機能を適切に発揮している。医療機器管理機能は、臨床工学技士を中心に適切に発揮されている。洗浄・滅菌機能は中央材料室にて適切に発揮されている。

病理診断は、すべて外部委託であるが、手順に沿って適切に行われている。輸血・血液管理機能も適切に発揮されている。手術・麻酔は基準・手順に沿って安全に実施されている。救急医療機能は、病院の機能に見合った救急患者を適切に受け入れている。今後、救急医療について検討する場を明確にすること、また、各種虐待への対応マニュアルを現場に配備しておくことを期待したい。

10. 組織・施設の管理

予算は診療部門ごとの収入予想と各部署からの費用予想を合算し、会議体で修正後、理事会、社員総会にて決定されている。毎月の業績と分析データや予算の進捗報告は、四半期ごとに理事会・経営会議で検証されている。会計監査も適切に実施されている。窓口収納業務はPOSレジを使用し、外来患者の流れ、会計業務基準・マニュアルに沿って適切に行っている。診療報酬請求、返戻・査定への対応は医師も関与し、適切に行われている。

委託業者はガイドラインに基づき選定している。委託業務に関連して事故が発生した場合の対応は、規程で定められている。施設・設備では、日常点検や消防設備・衛生設備等を専門業者に委託し、保守・管理を実施している。廃棄物の保管・管理も適切である。専門性の高い医療機器に関しては、臨床工学技士や担当部署の意見を聴取し、決定される仕組みが確立している。在庫管理について、各部署で定数や使用期限や滅菌期限を定期的にチェックしている。

災害発生時、停電時、大規模災害発生時の対応体制では「災害マニュアル」を作成し、全職場に配布して周知している。また、非常用備蓄も医薬品や、患者用・職員用に食品・飲料水が確保されている。24時間セキュリティシステムによる院内エリアへの入室管理や防犯ビデオシステムにより、外来者の立ち入りを管理している。医療事故が発生した場合は規程等に従い、院内・院外当事者、関係者へ真摯に対応している。

11. 臨床研修、学生実習

看護師・薬剤師・リハビリ専門職・栄養士・社会福祉士・診療情報管理士の学生実習を積極的に多数受け入れており、評価できる。実習指導者の養成や、実習受け入れマニュアル・カリキュラムに沿った実習・指導・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	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
1.4	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	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	S

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B
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	B
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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	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	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	B

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	B
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	B
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	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	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人社団高野会 大腸肛門病センター高野病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 熊本県熊本市中央区大江3-2-55

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	166	166	+0	76.1	13.4
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	166	166	+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)		
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		
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	46	+28
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	20	+20
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： 人 2年目： 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	2年前	3年前	昨年度	2年前
1日あたり外来患者数	205.70	194.17	209.62	105.94	92.63
1日あたり外来初診患者数	48.71	46.61	48.04	104.51	97.02
新患率	23.68	24.01	22.92		
1日あたり入院患者数	119.64	100.00	117.13	119.64	85.38
1日あたり新入院患者数	11.96	11.19	12.79	106.88	87.49