

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 2 月 16 日～2 月 17 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、日本赤十字社福井県支部病院として発足し、1943 年には福井赤十字病院と改称し、歴史を刻んできた。施設・設備・医療機器等の充実を図ると共に、地域医療支援病院、地域災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センター、原子力災害拠点病院の指定を受け、地域医療連携体制、救急医療、先進的医療の整備に努めてきた。がんをはじめとした 5 疾病、小児医療、周産期医療、救急医療、災害医療を果たすべき役割として位置付けてきた。患者本位の高度な医療提供と地域連携を明確に示し、福井・坂井地域の二次救急を担う基幹病院、丹南二次医療圏におけるがん診療連携拠点病院、嶺北地方の地域医療支援病院、災害拠点病院として住民から厚い信頼を受けている。

今回の病院機能評価受審にあたり、院長をはじめとする病院執行部がリーダーシップを発揮し、多くの職員を巻き込み、取り組みを行っていた。審査の結果は、多くの項目で適切な医療機能を維持し、高く評価できる取り組みも見られた。引き続き各領域の評価内容を参考に、より高いレベルを目指されたい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化しており、見直しや院内外への周知が行われている。病院管理者や幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決への取り組み等、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、中期計画や事業計画の策定、各部門の目標管理体制の整備等がなされている。病院情報システム運用管理規程に基づき、医療情報課が電子カルテシステムと

診療情報、部門別管理システムを一元的に管理している。また、患者情報の適正な管理に努め、データの真正性、保存性、見読性を確保している。事務的文書や診療情報、各種基準・手順類、診療関係マニュアル等を文書管理システムで一元的に管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理体制を整備し、年間労働時間の短縮に取り組んでいる。職員満足度調査や職員面接による意見の聴取と職場環境への反映、福利厚生制度の充実等で魅力的な職場作りに努めている。

院外教育や研修への参加体制を整備し、図書室機能、新人研修等が整備されている。全職員を対象にした教育・研修は年度計画を策定して実践している。業務評価制度で職員の能力把握・評価を実施し専門的能力向上や資格取得支援体制を整備している。

3. 患者中心の医療

患者の権利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。インフォームドコンセント推進委員会で説明と同意に関する方針、基準、手順を明文化し、説明と同意文書の書式を統一している。入院案内に誤認防止、転倒・転落防止への協力をお願いを明記し、患者・家族の医療安全への参画を促し実践している。相談対応は、わかりやすい場所に相談窓口を設置し、内容に応じて関係部署と連携している。個人情報の取り扱いに関する規程を定めプライバシーの確保に努めている。倫理コンサルテーションチームによるサポート体制を構築し、検討した経過記録を蓄積して倫理的課題に継続的に取り組んでいる。病状・予後告知の課題、終末期患者の治療や治療中止、患者・家族の治療等に関する意見の相違など、現場でのカンファレンスの実績がある。

来院時のアクセスは、駐車場や駐輪場、タクシー待機場所を設置し利便性に配慮している。院内はバリアフリーであり、診療・ケアに十分なスペースを確保し、安全性に配慮している。敷地内は全面禁煙とし、禁煙外来を実施している。

4. 医療の質

意見・要望を収集する意見箱や、患者・家族から直接意見を収集し、関連部署の協議や会議等で報告し、患者・家族や職員へフィードバックする仕組みがある。合同カンファレンス、がんサージカルボードなど様々なカンファレンスを実施し、クリニカルパスは推進部会が中心となって分析や見直しを行っている。病院機能評価を継続的に受審し、全病院でQCサークル活動に取り組み、業務改善に向けての活動が病院の文化として根付いている。新規に導入する治療技術は倫理委員会で、薬剤の保険適応外使用は臨床倫理コンサルテーションチームで審議する体制がある。

病棟における医師・看護師の責任者とともに薬剤師、管理栄養士、療法士、社会福祉士などの担当者の氏名を明示している。診療記録は規定に則り記載しており、回診、手術記載、各種指導の記録を残している。診療記録の質的点検はフィードバ

ックを含め実施している。診療科や職種の枠を超えて構成された栄養サポートチーム、摂食嚥下支援チーム、緩和ケアチーム、SCU、早期離床・リハビリテーションチーム、RRT など 11 チームが定期的に活動し、活動内容を電子カルテに記載し、診療計画やケアに反映している。

5. 医療安全

専従の医療安全管理者を配置し、院長から権限と資源が付与されている。多職種による根本原因分析、院内ラウンド、研修企画運営を実施している。インシデント・アクシデントレポートや詳細な情報収集のため現場に赴き事実確認を行っている。分析結果から出された改善策の周知や評価も実施している。

患者・部位・検体などの確認は医療安全管理マニュアルの手順に則って実施している。指示出し、指示受けについては電子カルテ上で確実、迅速に実施している。パニック値や画像診断において緊急性が認められた際は速やかに連絡している。ハイリスク薬、抗がん剤の投与は薬剤師が関与するなど、薬剤の安全な使用に配慮している。転倒・転落リスクアセスメントで評価し、必要な場合には対策を講じている。転倒リスクがわかるように危険度別注意マークを作成し活用している。院内ポンプ取扱認定をするシステムがあり、輸液ポンプやシリンジポンプを安全に使用できる体制である。緊急コードを設定して、各部署で作成したシナリオに沿って MSM 急変時対応シミュレーション訓練を積極的に実施している。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染管理室は、専従 ICN、専任 ICD を含む多職種で構成されている。週 1 回のラウンドにより院内感染の状況と各部署の環境を把握し、院内への周知と感染制御に向けた対策や指導を行っている。各部門長が所属する院内感染対策委員会が毎月開催され諮問機関として機能している。感染管理室が院内外の感染の発生状況を収集・分析し、院内ウェブ等を用いて周知している。地域の医療機関とは定期的に合同カンファレンスを行い積極的に情報交換している。

各種サーベイランスを継続的に実施している。ICT は月 1 回環境ラウンドを実施している。問題点がある場合は指導し、改善策は報告書に記載し提出を求めている。抗菌薬使用のルールは感染管理マニュアルに明記されており、AST と ICT が連携して遵守状況の把握や指導を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

患者や地域へ広報誌やホームページ、パネル展示等により病院の近況や診療体制の紹介など様々な最新情報をわかりやすく発信している。地域医療連携は、地域医療連携課が担当し、手順書に沿って紹介・逆紹介に関連した業務を円滑に行い、紹介元に迅速に返書や情報提供を行っている。連携施設への積極的な訪問や満足度調査、勉強会等を開催し、他施設の意見やニーズの把握に努めている。多職種が地域

連携強化の方針を共有・連携し紹介・逆紹介業務を行うなど、地域医療連携活動は高く評価できる。患者や地域住民向けと、地域医療従事者向け双方の研修会の実施や講師派遣を積極的に行っており、地域に向けた活発な健康増進・啓発を図る活動が充実している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付から会計までの対応は、電子カルテ等を活用し円滑に行っている。外来診療に先立って患者情報を遅延なく収集している。侵襲を伴う診断的検査は患者の同意を得て安全に配慮して実施している。入院時には各種リスク評価を行い、多職種が関わり入院診療計画書を作成している。社会資源の調整が必要な場合は社会福祉士が相談や連携を行い対応している。入院時に、患者さんの常用薬や病歴、不安や疑問などの聞き取りをしている。

主治医は毎日、患者の診察を行い、SOAPを用いたカルテ記載により看護師やコメディカルとの情報共有を行っている。専門看護師、認定看護師が、実践リーダー看護師育成に尽力しており高く評価できる。病棟薬剤師は入院患者の服薬指導や薬歴管理を行うとともに看護師とリスク情報を共有している。輸血・血液製剤の投与は、医師が必要性及び適応を検討し、説明と同意の上で、輸血実施時の確認、輸血中・輸血後の観察を確実にしている。手術適応はカンファレンスで判断し、必要に応じて他の診療科と協議している。入退室基準を明確に定め、ICU、SCUで管理している。早期から多職種が介入して離床に向けての取り組みを行っている。褥瘡発生リスク評価を行い、必要な患者に褥瘡診療計画書を作成し、褥瘡対策チームがラウンドを実施している。入退院支援センターに管理栄養士を配置し、入院前に食物アレルギー情報や栄養評価を行っている。患者の疼痛管理に関しては、緩和ケアマニュアルなどを整備し麻薬の使用基準などを定めて、マニュアルに沿って症状などの緩和を実施している。療法士は医師や病棟スタッフと定期的なカンファレンスにより情報共有し、療法士が対応できない休日は病棟看護師が切れ目なく対応している。身体抑制は医師の指示の下で行い、抑制率も減少している。多職種参加によるカンファレンスや関係部署、関係機関との連絡を図り、患者・家族の意向・状況に対応し支援している。地域での医療連携を推進するため急性期から回復期、在宅までの福井県統一の4疾病の地域連携クリニカルパスを使用し、円滑な医療提供体制を整備している。ターミナルステージは複数の専門家がカンファレンスを行い判断している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤の保管・温度管理に薬剤師が関与している。持参薬の鑑別や臨床検査値を活用した処方鑑査が行われ、疑義照会およびその後の確認も確実に実施している。検査結果は可及的速やかに報告している。パニック値は医師に確実に連絡する体制である。画像診断は、安全・確実な検査の実施や速やかな読影結果の報告に配慮し、時間外においても画像閲覧システムを用いて専門医が読影を行っている。栄養管理は、マニュアルに沿って一連の業務を行い、行事食や選択メニュー、個別対応を行

っている。リハビリテーションは、必要な訓練を早期から安全に開始している。診療情報を一元的に管理し、疾病統計の作成や診療記録の点検などを実施している。医療機器の登録・貸出し・返却・点検・修理は一元管理を行っており、当直体制で夜間・休日のトラブル対応も行っている。不潔エリアと清潔エリアがワンウェイ化されており、動線は交差していない。滅菌の質管理を行っている。

常勤病理医と非常勤医で診断の精度を担保し、診断困難時は外部機関に依頼している。放射線治療部門では、治療の精度管理、安全への配慮、多職種や関係診療科との情報共有に努めている。血液製剤の保管、払い出し、返却、廃棄や緊急輸血は厳格なルールを定め、廃棄率低減に取り組んでいる。手術のスケジュール管理が行われ、タイムアウトを含め術中・術後の患者管理は確実に実施されている。ICU、SCUを各ユニットの医師が運営し、多職種による円滑なチーム医療が実践されている。2次救急病院として24時間体制で救急車、ドクターヘリを受け入れ、救急担当医が他診療科と連携して運営している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院会計準則に基づいた会計処理を行い、予算策定や各帳票類の整備を確実に実施している。予算の執行管理や経営改善策の検討は、管理会議や幹部ヒアリング等で行っている。窓口収納業務や診療報酬請求業務、未収金督促への取り組み、施設基準遵守、返戻・査定対策など、医事業務を確実に行っている。業務委託管理は、管理体制、業者選定・契約、業務内容の把握・確認、損害賠償対応、事故時対応体制を整備している。

施設・設備管理は、計画に沿って日常・定期点検や保守管理を行っている。院内の清掃は行き届き、産業廃棄物、感染性廃棄物、放射性廃棄物の回収、保管、処理の管理が行われている。物品管理は、SPD方式で一元的に管理し、医薬品・診療材料の選定などは各委員会が担当している。定数管理・棚卸による在庫の適正化や経費削減対策を強化している。

病院の危機管理については、災害時対応マニュアルの作成と定期的な訓練を実施している。保安業務は、手順に沿って業務を行い、緊急時および夜間・休日の連絡・応援体制を整備している。医療事故発生時の対応手順や原因究明および再発防止に向けた取り組みは明確である。

11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修は基幹型臨床研修病院としてプログラムが整備され、教育研修を行っている。臨床研修評価システムEPOC2を導入し、評価を行う仕組みがあり、より良い研修環境の向上に努めている。その他の職種では新人教育プログラムを設定し、ラダー教育やOJT研修を行うなど、各職種の初期研修を行っている。学生実習では、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、医療事務など多くの職種を積極的に受け入れている。カリキュラムに沿って実習を履行し、成果を評価している。患者への事前同意や実習中の緊急時対応を行っている。学生の予防接種の実施状況や健康状態の把握、実習中の事故対応を確実にしている。

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	S
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	B
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	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	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	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	S
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	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	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	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	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： 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： 福井赤十字病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 日赤

I-1-4 所在地： 福井県福井市月見2-4-1

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	520	520	+0	79.3	11.9
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	10	10	+0	91.1	9.1
感染症病床	4	4	+0	71.8	4.6
総数	534	534	+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	4	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
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)	12	+3
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	18	+0
人工透析	35	+0
小児入院医療管理料病床	25	+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	20	+0
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), がん診療連携拠点病院 (地域), DPC対象病院 (II 群),
 地域周産期母子医療センター

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： 11 人 2年目： 8 人 歯科： 1 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	1,248.88	1,141.20	1,265.32	109.44	90.19
1日あたり外来初診患者数	85.30	78.29	99.85	108.95	78.41
新患率	6.83	6.86	7.89		
1日あたり入院患者数	425.19	388.98	453.12	109.31	85.84
1日あたり新入院患者数	36.22	32.19	37.38	112.52	86.12