

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および12月15日～12月16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	慢性期病院	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

病院は1985年に開設し、病院を取り巻く環境の変化や求められる地域の医療ニーズに応じて、幾多の変遷を経てきた。病院の理念は「患者さま第一」であり、多数の救急車の受け入れ、発熱外来をはじめ新型コロナウイルス感染症患者の受け入れなど、病院の理念に基づき、地域に医療を提供している。

病院機能評価を継続して受審しており、今回が2回目の受審である。多職種が協働し、様々な取り組みを行っている状況を確認した。今回の病院機能評価の受審を機に、さらなる貴院の発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、院内外に向けて周知に努めている。また、幹部職員は病院の課題を認識し、解決に向けて取り組み、リーダーシップを発揮している。病院の最高意思決定会議の運営会議は定期的開催され、記録に残している。病院の組織図や委員会組織図は、実態と整合を図るよう見直しをすると良い。情報の管理・活用は、電子カルテや部門システムを導入し、効果的に運用されている。文書管理規程が策定され、状況に応じて適宜改訂している。

医療法など、法定上の必要な人員は確保しているが、継続的に医師をはじめとする人材の確保に取り組んでいる。人事・労務管理に関する各種規程・規則は、法人として統一されている。各部署に各種規則や規程を配置し、閲覧可能となっており、職員に周知している。勤怠届は指紋認証システムを採用し、総労働時間や有給休暇の取得率を把握している。衛生委員会は毎月開催され、議事録を整備している。常勤や非常勤の職員も含め、全職員が健康診断を受診している。職員からの意

見や要望は、職員満足度調査や所属長による面談などから収集している。年間研修計画を立案し、オンライン研修などを活用して必要性のある研修を全職員が受講している。職員の能力評価は定期的な人事考課により、職種ごとの処遇評価表を用いて行われている。

3. 患者中心の医療

「患者の権利」を見直し、新たにわかりやすい表現で示している。説明と同意に関する方針はマニュアルに定められているが、説明・同意書の見直しと、セカンドオピニオンのさらなる周知を期待したい。患者と診療情報の共有は図られているが、図示・図解などの使用やリーフレットやDVD等を活用するなど、患者の理解を深めるために工夫するとさらに良い。患者の支援体制として、地域連携室に社会福祉士や看護師を配置し、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規則を定め、個人情報を適切に取り扱っており、診察、処置等におけるプライバシーにも配慮している。倫理委員会を開催し、院長を含めた多職種参加により倫理的課題について検討している。各現場において把握した倫理的課題を倫理委員会に報告している。

病院の前にバス停が立地しているほか、来院者用の駐車場が整備されている。面会はコロナ禍により制限が設けられているが、オンライン面会、ガラス越し面会などが可能となっている。病院内はバリアフリーを確保しており、車椅子の点検・整備を行い、適切に管理されている。院内は整理整頓され、快適な療養環境が提供されている。受動喫煙防止の観点から、院内・敷地内は全面禁煙としている。患者・家族には入院前に禁煙について説明し、職員の喫煙率も毎年漸減している。

4. 医療の質

患者・家族からの意見は、意見箱や退院時の患者満足度調査より収集している。院内掲示にて意見箱に対する回答を行っている。多職種が参加する症例検討会が実施されている。業務改善委員会が活発に改善活動に取り組んでいる。新たな技術や治療などを導入する際は、倫理・安全面に配慮して検討されている。

診療・看護の責任者を明確にし、院内に掲示している。看護師長は病棟ラウンドや個人面談を行い、療養環境の調整や患者・家族のケアに取り組んでいる。電子カルテを運用し、略語の一覧表に基づき、適切な診療記録の記載に努めている。診療記録の質的点検の充実に向けて、体制の整備を期待したい。業務改善、医療安全、医療関連感染対策、褥瘡、倫理に関する委員会を定期的に行い、多職種が協働している。入院時カンファレンス、退院支援カンファレンスに多職種が参加し、協働して検討を行っている。

5. 医療安全

医療安全対策委員会と安全小委員会を定期的に行い、安全ラウンド等を実施し、院内の安全確保に努めている。インシデント・アクシデント情報が提出され、統計処理や再発防止策の検討などが行われている。

患者誤認防止マニュアルに沿って患者確認が行われているが、検体の取り違え防止や注射薬の調製時の誤認防止など、必要な場面の手順を整備し、明文化することを期待したい。電子カルテを運用し、確実な指示出しと指示受けを行っている。麻薬、毒薬、劇薬、ハイリスク薬がすぐに判別できるよう工夫して運用しており、薬剤の安全な使用に取り組んでいる。転倒・転落アセスメントシートにより転棟リスクを評価し、看護計画を立案している。転倒発生時は、分析を行い、再発予防策を検討している。転倒発生時の手順を整備し、適切に対応している。医療機器は、病棟においては輸液ポンプとモニターを使用し、使用マニュアルに基づき設定条件等を確認し、安全に使用している。院内緊急コードを設定し、全職員対象の招集訓練とBLS研修を行っている。救急カートは、毎日看護師と薬剤師が点検を行っている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に対する組織体制が確立されている。院内感染対策委員会を中心に、感染制御に向けて活動しており、院内ラウンド等を行っている。感染に関するマニュアルや指針が整備されているが、定期的な見直しを期待したい。院内における感染症発生状況や抗菌薬の使用状況を確実に把握している。院内ラウンドを実施し、臨床現場における感染対策の状況を定期的に把握し、委員会で検討されている。院外の感染状況も定期的に院内に情報発信している。

必要な場所に個人用防護用具や速乾式消毒剤、嘔吐物処理用を整備し、毎月消毒剤の使用状況を確認している。感染性廃棄物や汚染したリネン寝具の取り扱いも、マニュアルを遵守しており適切である。抗菌薬の採用・採用中止については医薬品安全使用委員会などで検討して対応している。抗菌薬の適正使用の観点から、起炎菌、感染部位を特定せずに、漫然と抗菌薬を投与しないよう手順などを見直し、培養検査の実施などについて検討を期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

外部への広報はホームページを主体としており、外来診療や入院などについて案内している。また、佐賀県の医療機能情報提供サービスにも、病院の機能などが掲載されている。診療実績はホームページに、平均在院日数、入院述べ患者数などの実績の推移が掲載されている。地域の人口動態・高齢化率などの情報を収集し、把握に努めている。地域との連携として、唐津市の退院支援ルール調整会議や、市内の病院と定期面談を行っている。紹介先・紹介元の連携実績は集計され、連携のための業務マニュアルを整備している。在宅復帰に向けた取り組みとして、地域包括ケア病床を有しており、積極的に対応している。地域の健康増進や介護予防に寄与する活動として、理学療法士が福祉施設や在宅復帰後に、移乗の講習などを実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページに外来診療、入院案内を掲載している。外来診療では、看護師が必要に応じてトリアージや感染隔離などを行い、医師は患者を診察し、必要な説明を行い、同意を得たうえで検査や治療などを行っている。原則として入院は断らない方針のもと、判定会議を行い、入院を決定している。入院診療計画書は入院時に作成され、患者・家族に説明し同意を得ている。入院診療計画書には具体的な治療、症状を記載することを期待したい。患者・家族の要望を尊重して多職種が参加する入院時カンファレンスを行い、診療計画に沿って各ケア計画を作成している。患者・家族からの医療相談は、社会福祉士と総師長が担当し、院内関係者や院外の福祉機関および、行政とも連携して課題の解決に努めている。

医師は病棟回診を行い、多職種とカンファレンスを行い、情報共有を行っている。また、必要に応じて患者・家族と面談を行っている。看護基準・手順を整備し、看護・介護職は役割分担を明確にして病棟業務を行っている。離床促進を図るため、リハビリテーション診療部と連携してケアを提供している。代謝障害については、定期的に血液検査等を実施し、必要な治療を行っている。患者名、薬剤名、投与量、投与法、投与時間などを確認し、安全な投薬が実施されている。輸血時の患者の状態観察については、輸血ガイドラインに従って実施し、記録している。患者の重症度に応じて病棟や病室を選択し、重症患者の管理を行っている。褥瘡の予防・治療については、0H スケールで評価を行い、マットレスの選択、体位や体位変換を計画している。入院時に全患者の栄養評価を行い、嚥下機能や喫食状況、嗜好を考慮して、栄養補給できるよう食形態や食事内容を工夫している。疼痛緩和マニュアルや症状別看護を整備し、症状の緩和に取り組んでいる。医師の指示のもと、必要なリハビリテーションが実施されている。身体抑制を行わないことを原則とし、やむを得ない場合には説明し、同意を得て行っている。入院早期から在宅療養の要望を確認し、多職種が協働して退院支援を行っている。在宅療養支援として、レスパイト入院を受け入れており、法人内の居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーションを提供する体制がある。終末期の判断基準が定められ、家族の意向を確認し、患者・家族の要望を尊重してケアを提供している。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査、疑義照会に対応し、注射薬の1施用ごとの取り揃えは、全入院患者に実施されている。臨床検査は外注検査を基本としているが、至急の検査は外来看護師が担当して実施しており、休日・夜間は病棟看護師が検査を担当している。放射線専門医は、主にCT検査の読影にあたり、指示医師とダブルチェックをしている。検査をタイムリーに実施しており、CT検査時に被ばく線量を測定し、記録している。患者への食事の提供では、アレルギーや食材、がん末期患者などの個別性に配慮して対応している。リハビリテーションは土曜日や祝日も交替制で実施されている。リハビリテーションのプログラムは、各療法士が患者の状態に応じて適宜変更などの対応をしている。電子カルテを運用し、1患者1ID番号により診療記録

を一元的に管理している。診療記録の量的点検を全件で実施されている。人工呼吸器を適切に管理し、保守点検も行っている。

検査件数は少ないものの、上部消化管内視鏡検査が実施されており、生検があると病理検査を実施している。クロスマッチなどは医師会医療センターに外注し、緊急輸血には対応しない方針としており、予定輸血のみを実施している。血液製剤の廃棄はない。救急車は原則、受け入れを断らない方針であり、夜間・休日も対応し、緊急入院も受け入れている。

10. 組織・施設の管理

法人本部が年間予算を作成し、月次決算が行われている。医事業務は医事課マニュアルに定められ、窓口の収納業務、レセプトの作成などに適切に対応している。委託業務は法人本部が管理責任部署となっており、委託の是非について検討している。

施設・設備は年間の保守管理計画に基づき、定期的に各種設備機器の日常点検を行っている。物品の購入の仕組みは明確であり、医薬品、食事材料などは、各使用場所にて発注しているが、内部牽制の仕組みが機能している。火災発生時のマニュアルが整備され、総合避難訓練も定期的実施するなど、体制が整備されている。災害への対策として、職員用の食品・飲料水の備蓄を確保するよう検討を期待したい。保安業務の担当責任者が定められ、特定の時間帯は施錠管理するなど、安全な保安体制に努めている。「医療事故発生時の対応に関する基本方針および医療事故発生時の対応マニュアル」が定められ、医療事故に対応する体制を構築している。安全管理対策委員会が設置され、必要に応じて医療安全小委員会が開催されることになっている。訴訟に対応するマニュアル等があり、顧問弁護士と契約している。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習等を行われていない。

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	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	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	A

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	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	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	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	B
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	B
2.2.6	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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	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	B
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	NA
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	NA
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	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	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	学生実習等を適切に行っている	NA
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 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団芳香会 唐津第一病院

I-1-2 機能種別：慢性期病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：佐賀県唐津市朝日町1071-4

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					
療養病床	104	104	+3	100	31.95
医療保険適用	104	104	+3	100	31.95
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	104	104	+3		

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	12	+12
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

在宅療養支援病院

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： 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-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

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	18.89	17.87	21.67	105.71	82.46
1日あたり外来初診患者数	3.73	3.25	3.42	114.77	95.03
新患率	19.74	18.21	15.77		
1日あたり入院患者数	104.98	101.04	102.64	103.90	98.44
1日あたり新入院患者数	1.72	1.47	1.55	117.01	94.84