

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5月16日～5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、地域がん診療連携拠点病院や地域医療支援病院、地域災害拠点病院等の指定を受け、福岡・糸島保健医療圏において高度急性期医療および急性期医療を担う病院として地域に多大なる貢献を果たしている。また、次世代の医師を育成する基幹型臨床研修病院として数多くの初期研修医を受け入れるなど、医師教育にも貢献している。高度急性期医療を提供する病院として、診療科や部門を超えた連携を図るために、心臓・脳・血管センター（HNVC）を設置し、TAVI や経皮的僧帽弁接合不全修復術等を実施している。さらに、ガンマナイフを整備し、脳神経外科の手術では困難であった脳深部の腫瘍などの治療に効果を発揮している。総合診療救急科では、地域の救急医療の要として「断らない医療」を実践している。医療搬送用ヘリコプターを病院に常駐させるほか、ドクターカーやラピッドレスポンスカーを配備し、24時間365日救急要請に備えている。

2004年に初回認定を受け、今回は5回目の受審であった。今回の病院機能評価の結果を参考に、継続的な取り組みにより、診療機能のさらなる充実が図られることを心より祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針3項目を分かりやすい表現で明文化し、院内外への周知に適切に努めている。院長および病院幹部は、適切に選任されている。病院運営の意思決定会議として病院運営会議を開催している。10か年の長期計画や5か年の中期計画に基づき、年次事業計画を定めている。年次事業計画については、毎年評価を行い、次年度へ繋げる仕組みとしている。電子カルテをはじめ院内の様々な

システムは、IT推進室が一元管理している。院内の文書は、文書取扱規程および文書整理保存規程に則って、作成日や作成部署、目的などを明確にすることがルール化されており、各部署のマニュアル等も含め一元的に管理している。医療法、施設基準などに必要な人員が確保され、業務量に見合う適正な人員配置や、病院機能を考慮した人材の確保に努めている。労働労働安全衛生委員会を毎月開催しており、委員会メンバーによる職場巡視を定期的に実施し、職場環境の改善に努めている。病院全体の教育・研修における年間スケジュールは、病院教育委員会が統括管理している。初期研修医の臨床研修は、研修医管理委員会で策定した研修計画に沿って実施している。看護師、薬剤師などの専門職種においては、初期研修計画・プログラムが策定され、到達目標を明確にした研修と評価を実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利と義務を明文化し、院内外へ適切に周知している。説明と同意に関しては、同意書を必須とする医療行為の範囲や職員が同席すること、また同席できなかった場合の対応を定めている。病院ホームページでは各診療科に関連する疾患や治療方法が動画などを用いて詳細に説明されており、患者自ら繰り返し知識を得る事ができるようになっている。患者・家族等の相談に応じるために、患者・家族相談支援センターを設置し、院内外の連携や情報交換が適切に行われている。個人情報保護規程等を整備し、法改正に合わせて適宜改訂されている。臨床における倫理的課題として輸血拒否やDNR、治療拒否、緊急対応やがんの告知など、主要な倫理的課題について病院としての方針を明文化している。臨床倫理委員会は、必要に応じて外部より医師や弁護士を招聘する体制が整っている。臨床場面での個別の倫理的課題については、多職種が参加するカンファレンスで検討し、判断が困難な場合は、意志決定を支援するチームに依頼する仕組みがある。院内はバリアフリー環境が確保され、階段・廊下の手摺り等が適切に整備されている。外来にはオストメイト対応トイレを設置している。病棟のデイルームは眺望が良く開放的なスペースが確保され、患者がくつろげる空間となっている。

4. 医療の質

質改善に向け継続的に取り組む部署として、スマイル委員会および診療業務委員会がある。各種立入検査の指摘事項や要望事項については、迅速に対応している。各科の症例検討会は活発に行われ、CPCを定期的に開催している。診療ガイドラインを参照できるシステムが導入されている。クリティカル・パス委員会を設置し、積極的にクリティカル・パスの導入を図っている。患者・家族の意見・要望は、患者満足度調査や各フロア等に設置された意見箱「病院への手紙」などにより収集している。新たな診療・治療方法や技術の導入については、病院倫理委員会で審議しており、導入後のモニタリングがなされている。治験や臨床研究は、その内容を病院ホームページ上で公表している。病棟では病棟医長や看護師長、管理栄養士、薬剤師、MSW、療法士などの担当者を明示している。診療録はSOAP形式で記載し、医師は、回診記録やIC内容、カンファレンス結果等を遅滞なく記載している。院内

略語集を作成し、退院時サマリーの2週間以内の作成率は100%である。NST委員会や褥瘡委員会・排泄ケア委員会・認知症ケア委員会など多職種からなる委員会は、生活支援チームとして組織横断的な関わりやコンサルトできる仕組みを構築している。

5. 医療安全

院長直属の医療安全管理室を設置し、医療安全管理対策委員会を定期開催している。アクシデント・インシデント発生時は、電子カルテレポート報告システムを用いて報告している。医療安全管理者はすべての報告書を確認し、関係部署と分析・検討を行い、医療安全管理対策委員会等に報告している。また、対策確認のためのラウンドを実施している。患者の確認は、フルネームと生年月日の名乗りに加え、患者の状況に合わせてバーコード認証や診察券、リストバンド等の複数ツールを組み合わせた識別により徹底を図っている。手術室や内視鏡室ではルールに則ってタイムアウトを行っている。麻薬やハイリスク薬は、マニュアルに沿って保管・管理している。重複投与や併用禁忌については、電子カルテに警告が表示されリスクを回避している。副作用の発現に関しては薬剤部門で情報収集し、PMDAへ報告するとともに院内へ周知している。入院時、看護師が転倒・転落アセスメント・スコアシートで評価し、必要時、転倒・転落に関する説明書を用いて患者・家族に説明し、必要なケアを実施している。臨床工学技士は、新入職者を対象として、輸液ポンプ・シリンジポン等の安全使用の研修を実施している。また、中央管理機器に関する研修を医療安全管理室とともに計画的に実施している。患者の急変時に備え、院内緊急コードを設定している。RRS委員会を立ち上げ、RRS体制を整備している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会（ICC）は、院長、看護部長をはじめとする幹部からなり、毎月開催され、感染対策チーム（ICT）と感染対策マネージャー会議（ICM）を統括している。ICMを中心として院内での感染発生状況を把握し、収集したデータの分析と検討を行っている。アウトブレイクに関しては、院内で適切に定義している。COVID-19に対しては、重症例に対するECMOや人工呼吸管理による救命例などの治療実績がある。感染症に関する院外での流行情報については、大学病院を中心としたネットワークに参加し、他施設からも情報を得て院内に発信している。標準予防策として、石鹸と流水による手洗いと擦式アルコール手指消毒剤の使用を手指衛生の基本としている。遵守状況は直接観察法で把握するほか、擦式アルコール手指消毒剤の使用量を測定している。モニタリングの結果は現場にフィードバックしている。感染経路別予防策が必要な患者は、電子カルテで情報を共有している。抗菌薬の採用と削除については、院内感染対策委員会での検討を踏まえた上で、薬事委員会で決定している。抗菌薬の適正使用に関しては抗菌薬ガイドラインを策定し、抗菌薬の選択基準、使用方法と制限、予防的抗菌薬の使用の原則とデ・エスカレーション療法などについてマニュアルを整備している。

7. 地域への情報発信と連携

病院情報の提供方法や内容について検討する機関として広報委員会を設置している。地域への情報発信は、広報誌や病院ホームページ、病院案内などで行っている。病院ホームページには、臨床指標や患者が病院を選択する際に参考となる各診療科の診療実績などの最新情報を掲載している。医療連携室を設置し、紹介患者や地域の医療機関の情報などを管理している。紹介患者の受け入れ後の段階ごとの紹介先への報告はシステムを用いて一元管理している。福岡県および長崎県、佐賀県の地域ネットワークシステムに参加し、長崎県の離島から医療搬送用ヘリコプターによる患者受け入れの際には、事前に患者情報を取得するなど有効活用している。地域に向けた教育・啓発活動として、市民公開講座や健康フェスタ、地域住民などからの依頼で行う出前講座を行っている。地域の医療機関、介護・福祉施設で働く職員向けには、医師や認定看護師等による地域医療研修会を毎月開催している。さらに、緩和ケア研修会や各診療科によるセミナー等を、年間を通して積極的に実施するなど、医療に関する教育・啓発活動は高く評価したい。

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、病院ホームページや院内掲示等で案内している。入院治療の必要性については、患者の症状や検査所見に応じて医学的に判断している。必要に応じて他科への紹介や相談を行っており、入院前から複数診療科で情報を共有している。入院診療計画書は、患者・家族にわかりやすく、個別性を重視した表現が用いられている。入院の手続きは入院受付に入院支援看護師を配置し、入院案内を用いて入院手続きの支援や入院生活について説明している。医師はチーム医療のリーダーとして病棟業務を適切に行っている。看護師は患者のニーズを踏まえて看護計画を策定し、必要なケアを提供している。内服薬・注射薬の投与は薬剤師の関与の下、確実・安全に実施されている。輸血・血液製剤投与は、ガイドラインに基づいたマニュアルが整備され、輸血委員会で適正使用、副作用などが検証され実施されている。手術は、手術適応・術式やリスクをカンファレンスで検討し、患者への説明と同意の取得のもと行っている。ICU・HCUの入室基準・退室基準を整備し、機能的な運営管理を行っている。褥瘡の予防・治療については、OHスケールを用いて褥瘡危険因子評価を実施し、必要な患者には褥瘡対策チームが関与する仕組みがある。管理栄養士は病棟担当制とし、栄養指導やNSTによる介入が適切に行われている。緩和ケアマニュアルに沿って疼痛などの症状緩和を行っている。リハビリテーションは、患者の個別性、患者・家族の要望等に配慮して確実・安全に実施している。身体抑制は、患者・家族の同意を得て実施し、早期解除に向けてカンファレンスで検討している。入院早期から患者・家族の意向に沿った退院支援を実施しており、地域連携パスを積極的に活用している。ターミナル時は、患者・家族の希望にも配慮しながら診療・ケアを実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は処方鑑査を行い、必要時、疑義照会や処方提案を行っている。臨床検査は、日当直体制により臨床検査技師が24時間365日、検査依頼に対応している。画像診断では、放射線科専門医が検査の安全管理や患者急変時の対応を行うとともに、CTやMRI、核医学検査等をすべて読影している。栄養管理においては、宗教上の禁忌に可能な限り対応し、治療や病状による食事摂取量低下や食思不振の場合には、患者の状態に合わせた個別対応を行っている。心大血管疾患および脳血管疾患等、運動器、呼吸器リハビリテーションを実施し、休日もリハビリテーションを継続する体制である。診療情報は、診療情報管理士によって入院の診断名、手術名等をコード化し、データベース化している。医療機器は、システムを用いて保守・点検歴を一元管理し、機器の標準化は関連施設とともに検討している。洗浄・滅菌では、使用済み器材の回収、洗浄、組立、滅菌などの一連の業務をワンウェイ化し、物理的・化学的・生物学的インディケータを使用して、滅菌の質を担保している。病理診断には常勤病理専門医を配置し、術中迅速組織診および迅速細胞診に対応している。ホルマリン等の有機化学物質は適切に施設管理している。放射線治療は、リニアックとガンマナイフを擁し、それぞれ放射線治療専門医、脳神経外科医師が担当している。輸血・血液管理にはT&Sを導入し、血液製剤の廃棄率軽減に努めている。手術・麻酔では、麻酔科部長と手術室看護師長で手術スケジュールを調整し、効率的な手術室の運用に努めている。覚醒時や退室時は、抜管基準や帰室基準を遵守し、安全な抜管・麻酔覚醒や帰室に努めている。ICU、HCUを整備し、入・退室基準を遵守しながら効率的に運用している。「断らない医療」という方針のもと、24時間365日体制で救急医療を提供している。また、医療搬送用ヘリコプターやドクターカー、ラピッドレスポンスカーを配備し、救急要請に対応している。

10. 組織・施設の管理

予算の作成にあたっては、各部門・部署とヒアリングを行い、経理課担当のもと予算案を策定し、理事会で承認を得ている。会計処理については病院会計準則に準拠している。会計監査に関しては、公認会計士による監査が実施されている。医事課の管理のもと、受付から窓口収納業務まで一連の医事業務をマニュアルに則って行っている。収納業務では自動精算機を導入し、患者の便宜と窓口収納業務の合理化を図っている。業務委託は、仕様書に基づいて複数社から見積もりを取得のうえ、病院運営会議で審議し決定している。日々の業務は、日報および担当部署の責任者と委託先責任者とのミーティングなどにより把握し、業務の改善に繋げている。施設・設備の日常点検については、保守計画に基づき行っている。空調設備やエレベーター、自家発電設備、受変電設備等の重要設備は、定期点検および保守を専門業者に委託している。医薬品の選定は薬事委員会で審議し、その他の医療材料等については医療材料・医療機器審査委員会にて審議しており、物品に関する品質や価格の比較検討を行っている。医療材料の採用、発注から納品に至る過程は適切に管理され、内部牽制も機能している。病院建物は全館耐震構造である。地域災害拠点病院として、BCPの考え方にに基づき防災マニュアルおよび災害対策マニュアル

を整備している。DMAT 指定医療機関として、数多くの災害に職員を派遣している。保安業務は、事務職員を中心に行っている。院内の要所に防犯カメラを設置し、保安体制を強化している。

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	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
1.3.3	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	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	B

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	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	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	B
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	B
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	S

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	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	B
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	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	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
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	B

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	A
-------	------------------------	---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
-------	---------------	---

年間データ取得期間： 2022年 4月 1日～2023年 3月 31日
 時点データ取得日： 2023年 12月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人財団池友会 福岡和白病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 福岡県福岡市東区和白丘2-2-75

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	369	369	+0	90.5	12.8
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	369	369	+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	0	
集中治療管理室 (ICU)	18	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	16	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	0	
人工透析	49	+0
小児入院医療管理料病床	0	
回復期リハビリテーション病床	26	+0
地域包括ケア病床	0	
特殊疾患入院医療管理料病床	0	
障害者施設等入院基本料算定病床	0	
緩和ケア病床	0	
精神科隔離室	0	
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	0	
認知症治療病床	0	

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(DPC特定病院群)

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： 6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

