

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2月7日～2月8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、開設以来、長きにわたって地域医療の一翼を担ってこられた。その間、病院機能は変化と充実を繰り返し、現在では乳腺外科の手術や化学療法などのがん治療とともに、緩和ケアの機能を併せ持つ病院として地域に認知されている。また、「親切」、「信頼」、「専門」、「進歩」を追求する理念を掲げ、院内に浸透させている。さらに、早期から外部の第三者による評価に基づいた質の向上にも熱心に取り組んでおり、今回5回目の病院機能評価受審となった。

審査を通じて随所に優れた取り組みを確認することができたが、新たな課題も明らかとなったところである。今後も引き続き病院長をはじめとした幹部職員の優れたリーダーシップの下で質の向上に取り組み、貴院が地域にとってますます不可欠な病院として成長・発展されることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針はわかりやすい言葉でまとめられており、院内外に適切に周知されている。病院運営の意思決定会議は管理者会議であり、決定事項は院内ホームページ等で周知が図られている。中長期経営計画や年次事業計画を策定し、PDCAサイクルによる組織運営に取り組んでいる。電子カルテは安定稼働しており、各種情報が経営管理等に活用されている。業務文書は規程を定めて管理体制を明確化しており、マニュアル等を含めて改訂履歴等が把握されている。

人材確保では、継続的な求人活動により業務負担軽減や機能の充実を図っている。人事・労務管理では規程類は適正に届け出られており、著しい長時間労働や休暇取得率の職種間の偏りはない。職員の労働安全衛生については委員会を毎月開催

して取り組む体制であり、産業医および衛生管理者が適切に関与している。また、定期的な作業環境測定を実施して第1管理区分が維持されている。職員の要望は上長面接等で把握し、福利厚生や就業支援に積極的に取り組んでいる。

全職員対象の教育・研修は、必要性の高い課題を網羅して年間計画を立案して実施している。職員個別の能力や情意等の評価は人事考課制度を導入して行っている。専門性の高い人材育成にも積極的に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、ホームページなどを通じて院内外に広く周知し、診療記録開示請求は全件に対応している。説明と同意はおおむね適切になされているが、使用している書式の統一を期待したい。入院案内等を活用して医療への患者参加を促し、患者と診療情報を共有して診療・ケアにおける主体性を支援している。患者・家族からの相談には医療連携相談室が対応する体制であるが、内容に応じて専門性の高いスタッフに引き継がれる仕組みが構築されている。電子カルテへのアクセスパスワードは、個人情報保護の観点からさらにセキュリティが強固となるよう見直しを期待したい。病院としての倫理に関する方針は明文化して周知し、倫理課題を継続的に検討するための倫理委員会を設置しているが、今後の活動の充実を期待したい。臨床現場では患者・家族の倫理的課題等を把握して誠実に対応しており、カンファレンスを開催して解決を図っている。

通院は徒歩圏内に駅やバス停があるなどアクセスは良好であり、障害者用を含めた駐車場が整備されている。療養環境ではバリアフリーが確保され、快適で安らぎのある療養空間であり、全館にWi-Fi環境を整備するなど配慮がある。敷地内禁煙が徹底されており、職員喫煙率も適切である。

4. 医療の質

業務の質改善については業務改善委員会を設置し、課題について検討して組織横断的な改善活動を行っている。診療の質向上については「向上委員会」を活用しており、病院の理念実現のためのアイデアを出し合って実践につなげている。また、多職種カンファレンスを積極的に開催するとともに、診療ガイドラインやクリニカル・パスも効果的に活用している。質改善に患者・家族の意見や要望を反映させる仕組みとして、院内に意見箱を設置している。個別案件は対応部署等を定めて対応を検討し、決定内容は文書で院内掲示してフィードバックされている。医薬品の適応外使用については薬事会議で検討する仕組みがあり、新たな診療・治療法や技術が導入される際には管理者会議で審議されている。

診療・ケアの管理・責任体制について、病棟における責任医師および看護師長の氏名が掲示されている。診療記録は記載基準に沿って記載されており、業務委員会が質的な点検を行っている。多職種協働についてはICTや緩和ケア、褥瘡対策などの各種専門チームが編成され活動しているほか、カンファレンスを適宜開催して治療方針や問題を共有するとともに、対応方法について検討している。

5. 医療安全

病院長を中心とする医療安全対策委員会を毎月開催しており、関連するマニュアルを整備して適宜改訂している。今後は組織体制規程を定めるなど、担当者の権限や役割の明確化を期待したい。各職種からインシデント・アクシデントの情報収集が行われているが、分析・検討やその後の実施状況の評価について全病院的な取り組みとなるよう、さらなる充実を期待したい。医療事故が発生した場合に備えて対応手順を定め、医療安全管理マニュアルに記載して周知を図っている。事故調査委員会では原因究明と再発防止策を検討し、患者・家族へ誠実な対応を講じることが定められている。

患者等の誤認防止では、患者自らに名前等を名乗ってもらうことやリストバンドでのチェックを行っている。情報伝達エラー防止では、口頭指示受け用紙の書式を定めるなどの工夫を期待したい。薬剤部での薬剤管理や、病棟および外来等における定数配置薬剤の管理が整然となされている。転倒・転落防止は入院時アセスメントでリスク評価し、個別性のある対策が立案・実施されている。医療機器は看護部長が安全管理責任者であり、計画的な保守点検や取り扱いの研修会も適切に行われている。患者等の急変時に備えて院内緊急コールを周知し、BLS研修を全職員対象に計画的に実施している。

6. 医療関連感染制御

「院内感染対策マニュアル」は、ほぼ毎年改訂しており適切である。また、「院内感染対策委員会」を開催して検出菌データの分析などを行っており、近隣病院と合同カンファレンスを実施して情報交換を行っている。ICTは多職種で構成され、ラウンドの際は評価表を活用している。また、「アウトブレイク時の対応」が定められており、これに基づいてクラスター発生時などに対応している。

感染対策マニュアルを元に標準予防策やPPE着用を実施しており、各病室の入り口や個人携帯の速乾性手指消毒剤を適時に使用できるよう取り組んでいる。また、ICTやリンクナースのラウンドではマニュアルの順守状況を確認し、感染性廃棄物や汚染リネン類の取り扱いも適切である。「抗菌薬適正使用指針」を定めており、指定の抗菌薬については届け出制としている。抗菌薬の使用状況の把握・検討はICT委員会で行っており、アンチバイオグラムの作成やTDMの測定を行っている。また、周術期における抗菌薬は、指針を遵守した使用が徹底されている。

7. 地域への情報発信と連携

広報活動は広報・図書委員会が主体となり、広報誌とホームページを中心とした活動に取り組まれている。広報誌は、地域の医療機関等の連携先への郵送のほか、患者・家族が自由に手に取れるよう配慮されている。ホームページは見やすく充実が図られており、診療実績等が適時に情報発信されている。地域医療連携は地域連携室が担当し、看護師と事務職員を配置して前方および後方連携に取り組んでいる。地域の医療・介護の状況は「社会資源情報ブック」等を活用し、医療機関および介護施設等と顔の見える連携関係が構築されている。地域に向けた医療に関する

教育・啓発活動では、乳腺疾患と緩和ケアに関する「AYA WEEK」、「母の日」、「ピンクリボン」および「オレンジバルーン」のチームを編成し、全職員がいずれかのチームに所属してイベント等を開催するなど特に熱心に取り組んでいる。それぞれのイベントでは医師や認定看護師などの専門職が講師となり、乳がん検診等の受診を進める活動や、緩和ケア等の正しい知識を広めるためのセミナーや事例検討も実施している。各チームリーダーは毎年交代して人材育成にあたっているほか、活動報告会を開催して振り返りに努めているなど、病院長をはじめとした文字通り全職員一丸となった組織的な取り組みであり、高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は円滑になされており、検査の際の説明と同意は適切である。医療連携相談室は前方・後方支援を担当し、患者受け入れや相談の対応を行っている。入院の際には患者・家族の要望にも配慮し、迅速な入院決定を行っている。患者・家族からの相談は、内容に応じて各専門職が連携して対応している。

入院診療にはクリニカル・パスを活用し、主治医は毎日の回診を行い、診療基準に基づき患者の状態に応じた指示を行っている。看護師は患者の身体的・精神的・社会的ニーズを把握し、多職種との情報共有やカンファレンスにより看護を実践している。内服薬は、確実・安全な投薬に向けたさらなる工夫を期待したい。輸血はマニュアルに基づき安全・確実に実施されている。周術期では麻酔科医と手術担当看護師による術前訪問が実施されており、術後は患者の重症度に応じて病室が選定され、多職種による管理がなされている。褥瘡については全患者のリスク評価を実施し、また、栄養管理では全患者を対象に栄養スクリーニングを行っており、評価に基づいた個別性のある対応が図られている。症状緩和は、がん性疼痛やそれ以外の症状コントロールの対応を行っている。

リハビリテーションは、リスク評価に基づく説明を確実に実施し、患者の要望を取り入れた内容で行っている。身体拘束事例は少ないが、実施の際は最小化チームが活動している。退院支援は医療連携相談室看護師と病棟看護師が情報を共有して取り組んでおり、患者・家族のニーズの把握を行い、看護師や多職種が協力して継続療養を支援している。ターミナルステージの対応は、非がん患者を含めて、患者・家族の意向を尊重しケアを実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では院内処方の疑義照会を適宜行い、重複投与や薬剤相互作用など処方・調剤鑑査も確実にやっている。臨床検査科では、末梢血液検査や生理機能検査等を行っている。異常値やパニック値の設定、再検基準も明確である。放射線科はCT検査やマンモグラフィなどを実施し、患者確認も確実にやっている。厨房内は衛生管理が徹底し、季節に応じた行事食など豊富なメニューで趣向を凝らしている。また、食欲の低下を伴う場合にも、懇切丁寧な個別対応が図られている。リハビリテーションは、病棟において術後リハビリテーションや集団体操、リハビリレクチャーを行っている。

診療情報管理では、医師記録と看護記録の量的点検は診療録管理委員会が全例に行っている。医療機器は管理リストを作成し、日々の点検や定期点検等をメーカーと協働して行っている。洗浄・滅菌機能は質保証が確実であり、リコールへの対応手順も整備している。病理診断は、手術材料やリンパ節生検など、全て外部委託で行っている。輸血の担当部署は薬剤部であり、輸血療法委員会を開催して輸血件数や廃棄率などを把握している。手術室では多くの乳腺手術を全身麻酔下に行っており、手術室運営委員会を開催して課題解決に取り組んでいる。

10. 組織・施設の管理

経営管理では中長期経営計画に連動した年次事業計画が策定され、月次損益をチェックして進捗状況を評価している。医事業務はマニュアルを遵守して日々執行されており、レセプト作成にあたっての医師の関与は適切である。業務委託は積極的に採用されており、委託開始後は業務仕様書に示された内容の実践状況を把握して、適正な評価に取り組まれている。

また、主要なライフライン設備は、日常点検に加えて専門業者による定期的な保守点検計画が策定されており、報告書を受領して確実な実施を把握し、指摘があれば速やかな対応が図られている。医薬品の購入は薬剤部が担当し、診療材料や医療消耗品についてはSPDが導入されており、内部牽制機能に配慮されている。さらに、実地棚卸が実施されており、適正な在庫管理に努めている。

消防計画を立案して防火訓練を実施しているほか、地震や高潮等を想定した事業継続計画（BCP）が策定されている。時間外の保安業務は夜勤等の看護師業務であり、警備会社への通報システムを備えている。今後は外部委託等も検討を期待したい。

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	B
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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	B
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	B
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	B
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	A
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	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	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	B
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
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	B
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
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	栄養管理と食事支援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	B
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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	B
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	NA

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	A
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	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	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	B

年間データ取得期間： 2023年 4月 1日 ~ 2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024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 : 医療法人にゅうわ会 及川病院
- 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 : 福岡県福岡市中央区平尾2-21-16

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	36	36	+0	71.5	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	36	36	+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		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床	15	+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 :

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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

