

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9月25日～9月26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1952年に非現業共済組合連合会福岡「浜の町病院」として開設し、以後、施設・設備・医療機器等を徐々に拡充し、継続的に医療の質と機能の向上に努め、現在に至っている。この間、二次救急病院、基幹型の臨床研修病院、地域医療支援病院、福岡県がん診療拠点病院等の指定を受け、高度な診療体制の整備を進めきた。病院理念に「病める人の身になって心のこもった最良の医療を目指します」と掲げ、基本方針として5項目を明示して、福岡・糸島医療圏の急性期中核病院として、多くの住民から熱い信頼を受けている。

今回の病院機能評価は認定更新のための受審であるが、病院管理者や幹部・職員が協働して、組織的・継続的に準備に取り組み、訪問審査では十分に成果を発揮していることが確認できた。また、審査の結果、ほとんどの項目で水準を満たした適切な機能を維持し、高い評価を得ている。とりわけ、地域医療関係施設との連例、安全確保に向けた情報収集と検討、看護師の病棟業務、画像診断機能については秀でており、極めて高い評価を得ている。今後、各領域の評価所見や総括に記した内容を参考に、医療機能と質の向上に向けて、より一層の努力を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、院内外への周知に適切に努めている。病院管理者や幹部は、経営と運営状況の把握、将来像の確立、担当業務の課題を把握し解決に努め、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や委員会の運営、組織図の整備、中期計画と事業計画の策定、部門年度計画と評価等は適切である。電子カルテを導入し、情報システム管理や安全確保体制等を整備している。連合会文書管理規

程に基づく公文書等管理体制を整備し、診療情報管理規程により診療関係文書類を適切に管理している。

医療法等の法定人員を満たし、職種別定数制の他、随時採用の柔軟な採用体制もある。人事・労務管理体制を整備し、就業規則等の整備や労働実態把握も適切である。安全衛生委員会、環境整備等の安全衛生管理、健診実施等は適切である。職員意見の聴取・反映体制や福利厚生施設・制度等、職場環境は適切である。

院内研修の管理体制、医療安全管理・感染対策の研修会の参加率も高く、院外教育や研修参加、図書室機能を整備しており適切である。全職員共通の能力把握・評価の制度があり、看護部・診療支援部には専門的な能力把握や教育の仕組みがある。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内外への周知と情報開示に努めている。説明と同意の方針・手順は明確で、説明・同意が必要な診療行為の範囲と同席が必要なルールも明文化されている。受診時に患者情報を聴取して共有し、入院診療計画書やパス、入院案内の活用、名乗り確認啓発、資料コーナーの充実等で、医療参加促進に努めている。患者相談窓口、がん相談支援センターを設置し、各種相談、転退院支援、がん支援相談等に対応し、虐待対応指針・手順を整備する等、適切である。個人情報保護体制の確立、パスワードやUSB管理体制、相談記録、プライバシー確保等に適切に配慮されている。輸血拒否、DNAR などへの対応方針を明確にし、倫理委員会を設置し、倫理的課題に適切に対応している。倫理指針が明確であり、病棟等での倫理的課題は、現場のカンファレンス等で検討し、解決不可の場合は倫理委員会に諮り審議する仕組みが確立している。

貴院は2013年に新築・移転したところである。全ての施設・設備が、患者・外来者等の利便性・快適性に配慮し、高齢者・障害者が使いやすい施設・設備の整備となり、快適な療養環境の整備など、いずれも適切である。敷地内禁煙方針を掲げ、患者への禁煙啓発PR、職員の喫煙率把握など、おおむね適切である。

4. 医療の質

意見箱や相談窓口、患者満足度調査等を通して患者・家族の意見・苦情を収集し、手順に沿って検討・改善・公開している。症例検討会、多職種参加の各科合同症例検討会、CPCなどを開催し、臨床指標の充実、クリニカルパスの適用、バリエーション分析等も実施している。業務改善運営委員会を中心に組織横断的な改善活動を展開し、提案制度に基づく改善活動、適時調査や立ち入り検査の指摘事項への対応等、業務の質改善に適切に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や手術の導入については、組織的に検討する仕組みがある。承認後1年を経た新技術、治療法の施行症例は、臨床倫理審査委員会への報告を義務付け、評価するなど適切である。

病棟での診療・看護の責任者、薬剤師名等を掲示しており、外来の診療責任体制も明確である。各診療科長、看護師長は各自の責任を適切に果たしている。診療記録の記載基準に沿って診療記録を適正に記載し、診療記録の質的点検を適正に実施

する仕組みがあり、2週間以内の退院時サマリー作成率は96%前後を推移している。病棟ごとに多職種によるカンファレンスを定期的を開催し、ICT、NST、PCT、褥瘡チームなどの専門チームの介入や、診療特性に応じた多分野の認定看護師の協力が得られ、患者の状況に応じて、診療科の枠を超えた診療・ケアが適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全管理部に、専従の医療安全管理者（看護師）を配置している。医療安全管理委員会を毎月開催し、医療安全カンファレンスを毎週開催し、医療安全マニュアルを随時改訂するなど、適切である。インシデント・アクシデント報告を医療安全管理部で収集し、時系列的に分析している。「医療安全だより」を毎月発行し、患者・家族に「患者・家族のみなさんの安全対策10カ条」を提示し、医療安全推進週間に患者・家族用講座の開催、職員に安全標語募集などの活動を行うなど、高く評価できる。

フルネーム名乗りを基本にリストバンドで誤認を防止し、タイムアウト実施、チューブ誤認防止などを実施している。電子カルテ記載基準に基づき、指示出し、指示受け・実施、確認を行い、口頭指示手順を遵守して実施し、予期せぬ検査結果の主治医への確実な伝達を行っている。全病棟に担当薬剤師を配置して薬剤を管理し、麻薬・危険薬、抗がん剤レジメン登録などを管理している。転倒・転落アセスメントシートで評価し、危険度の高い患者への対応、発生時の対応など、転倒予防に努めている。人工呼吸器・輸液ポンプ類をMEが中央管理し、点検後払い出し、看護部とMEが連携して計画的に看護師への研修を実施している。院内緊急コールを設定し、救急カートを看護師が毎日、薬剤師が週1回点検している。全職員を対象としたBLS・AEDの訓練を実施している。

6. 医療関連感染制御

感染管理部を設置し、専従の看護師（ICN）を配置している。感染対策委員会を毎月開催し、下部にICTとASTを設けて毎週ラウンドし、病棟にリンクナース委員会がある。感染対策マニュアルを整備し、院内LANで閲覧できる。耐性菌発生に関して、毎日、評価している。感染管理部で院内外の感染関連情報を収集し、院内感染関連データを分析・検討している。JANISに参加し、CRIやSSIを実施し、分析結果を現場にフィードバックしている。アウトブレイク制圧マニュアルに基づいて、アウトブレイクを制圧した実績があり、感染制御研修会を定期的を開催しており、出席率も高い。

ICTが定期的に巡回し、手指消毒剤の使用やPPE着用、感染経路別対策の実施状況を把握して情報を共有し、対策を検討している。感染性廃棄物やリネン類の取り扱いもマニュアルに則って遵守している。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、疾患別に抗菌薬の選択と推奨期間を記載している。抗MRSA薬などの指定抗菌薬は届出制を採用し、届出率は95%前後で推移している。ASTが毎週ラウンドし、広域抗菌薬と抗MRSA薬を使用患者に介入し、主治医・担当医にも連絡している。周術期

予防的抗菌薬投与のガイドラインがあり、院内アンチバイオグラムを作成するなど、抗菌薬の使用は適切である。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会を設置し、広報を実施している。広報誌「はまかぜ（年4回、各4,000部発行）」やHP、病院案内などで貴院情報を地域や患者、家族に提供している。HPに、外来受診や入院時に必要な情報や各種診療データ・診療実績、臨床指標等を掲載している。院内掲示で、患者・家族へ感染予防対策等の情報を発信している。個人情報保護基本方針などの情報も公開している。

地域医療支援病院であり、地域医療連携課を設置している。連携登録医（680施設）情報をHP上に掲載し、毎月副院長と担当者が定期的に訪問し、前方連携強化に努めている。連携施設の満足度や病院への要望を調査する目的で、毎年アンケート調査を行い、意見・要望を確認して地域連携の改善に活用している。直近の紹介率は97.2%、逆紹介率は98.3%で、医療機関別の紹介状況を把握している。周産期地域医療連携システムを独自に活用し、地域連携パスも活用しており、地域の医療機関との連携体制は組み秀でており、高く評価できる。

地域住民向けの市民公開講座、公民館活動を開催している。ミニ講座や糖尿病教室を開催し、県開催の在宅ホスピスフェア、リレーフォーライフに参加し、健康増進活動に取り組んでいる。患者会のリボンの会や地域の医療機関の研修会、勉強会に職員を講師として派遣している。がん診療オープンセミナー、緩和ケア研修会、認定看護師による看護専門セミナー等を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床工学技士、管理栄養士、社会福祉士、診療情報管理士、看護補助者、事務職員等の多職種が協働して、チーム医療による適正な診療・ケアを実践している。

個々のケア項目では、来院患者の円滑な受診、外来診療の実施、診断的検査の確実・安全な実施、入院の適切な決定、診断・評価に基づく適切な診療計画作成、医療相談への適切な対応、円滑な入院受け入れが適切に行われている。

医師による適切な病棟業務の実施、投薬・注射の確実・安全な実施、輸血・血液製剤の確実・安全な投与、周術期への適切な対応、重症患者の適切な管理、褥瘡の適切な予防と治療、適切な栄養管理と食事指導、適切な症状緩和ケアの実践、リハビリテーションの実施、安全確保のための適切な身体抑制、患者や家族への適切な退院支援、必要な患者への継続した診療とケアの実施、ターミナルステージへの適切な対応などの項目については、適正な体制のもと手順等を遵守して適切に実践されている。とりわけ、看護師による病棟業務体制と実践は秀でている。今後も、各領域所見に記載した内容を参考に、より質の高い診療・ケアの充実と質の向上を期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

貴院の機能に見合った責任と管理体制を整備し、良質な医療を構成する機能を発揮している。個々には、安全な検査実施と精度管理の臨床検査機能、栄養管理機能の調理環境整備と食事提供、電子カルテ管理や確実な量的点検の診療情報管理機能、医療機器管理機能では臨床工学技士による中央管理と教育体制、洗浄機能の中央化と衛生的な洗浄・滅菌機能等は適切である。とりわけ、画像診断機能では専門医による迅速な読影体制と安全な撮影体制は秀でており、高く評価できる。反面、薬剤管理機能では調剤・情報管理機能は適正であるが、薬剤保管体制の見直し、リハビリテーション機能では療法間士の適正な連携はあるが、機能を充足する体制整備が今後の課題である。

病理診断機能では、常勤病理医2名のもと、充実した診断・保管体制と安全な報告体制、常勤専門医2名を配置し、機能に相応しい治療提供と安全確保体制を整備した放射線治療機能、輸血・血液管理機能では、適正な保管体制と血液製剤の迅速な確保・供給体制、常勤麻酔医9名を配置し、清潔管理と安全面に配慮した手術・麻酔機能、集中治療機では、多職種が協働して病院の機能に見合った機能の発揮、救急医療機能では機能に見合った人員配置と断らない救急の実施など、適切である。各所見に記載した課題を見直し、一層の質向上を期待したい。

10. 組織・施設の管理

予算編成手順があり、連合会で定める基準に基づいて財務・経営管理を行い、各帳票類の整備、内部・外部会計監査等を実施し、毎月、目標管理委員会で予算と実績を対比・評価し、改善策を検討している。医事業務は窓口会計遂行、レセプト作成と医師の点検体制、査定・返戻対応、未収金管理、施設基準遵守体制など、適切である。業務委託は、管理体制、業者選定の手順、業務内容の確認と評価、委託業者社員教育の実施確認、事故発生時対応体制など、明確である。

用度施設課が施設・設備を管理し、委託業者が実質的な施設・設備の日常・定期点検や保守管理を担当している。清掃と清潔保持、医療ガス安全管理、感染性廃棄物等の廃棄物の保管等は適切である。診療材料・日常備品はSPDで対応し、医薬品・給食材料等の購入も各担当部署で管理している。各品目の管理・棚卸し、購入手順も明確である。

免震・耐震建築である。災害マニュアルやBCPの整備、訓練実施、災害時対応体制の整備、自家発電能力や燃料の確保、食料品・飲料水の備蓄体制など適切である。保安業務の責任・管理体制、院内巡視やモニター監視による日常・夜間管理、緊急時の応援体制等、適切に整備している。事故発生時の院内医療事故調査委員会の設置、発生時の対応体制、原因究明と再発防止に向けた組織的検討や対応手順、損害賠償保険加入等、適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型の臨床研修病院で、現在 27 名の初期研修医が在籍している。Minimum EPOC や科別評価表で、研修医を評価している。評価結果を研修管理委員会で検討し、研修医にフィードバックしている。ラボセンターで、シミュレーターを使用した研修を毎月実施している。教育部長が研修医に面談し、指導医の評価を行い、研修管理委員会がプログラムを改善している。看護部門ではキャリアラダーに基づいた新人教育の仕組みがあり、診療支援部門の各部でも、新人育成プログラムを整備し、到達状況の評価し、専門職種の初期研修は適切である。

学生実習施設として、医学部学生、薬剤師、看護師、臨床検査技師、診療放射線技師、リハビリ各療法士等を養成する大学や専門学校から、学生実習を受け入れている。各学校との契約等を総務課で一元管理し、院内規則の順守や医療安全、感染管理に関する研修の実施、個人情報保護に関する誓約書の提出を求めている。各部署の実習指導者が教員と協議し、実習評価表に沿って評価している。実習中の事故発生時には「実習生インシデント報告書」を提出させる等、明確な手順がある。

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	S
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	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	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	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	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	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	S
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	B
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	B
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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： 国家公務員共済組合連合会 浜の町病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 共済組合及びその連合会

I-1-4 所在地： 福岡県福岡市中央区長浜3-3-1

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	468	468	+0	83.6	8.6
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	468	468	+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)	4	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	20	+0
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	41	+0
人工透析	30	+0
小児入院医療管理料病床	14	+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		
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, 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： 15 人 2年目： 12 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

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移2