

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 11 月 10 日～11 月 11 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、日本赤十字社が開設する病院であり、地域医療支援病院、災害拠点病院として、名実ともに地域医療の要の役割を果たしており、間断ない国内外での災害救護活動は、その象徴である。院内の各部署では、赤十字の使命を自覚し、どうすれば病院がもっと良くなるかとの意欲と実績が認められた。応需率 95%の断らない救急医療、輸血用血液製剤の徹底した品質管理などは、その好例であり、高く評価できる。

SBAR リレー、RRS、Team STEPPS などの活用は、活発なコミュニケーションとチーム医療の強化を目指す意欲的な取り組みであり、患者中心の医療と安全文化の醸成に結びついている。病院運営では、幹部会議を中心に計画的な組織運営を行うとともに、個人目標の設定、TQM 報告会の開催などの職員のモチベーションを高める運営や、院内保育所の開設、多くの職員が集える休憩室（コモンズ）の設置などの働きやすい環境づくりの努力も見られた。今回、いくつかの課題を指摘したが、貴院の組織運営力をもってすれば、遠からず課題は解決できるものと確信し、今後のますますの奮闘を期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針には、地域医療支援病院、災害拠点病院として高度で良質・安全な医療を提供する姿勢が明確に示されている。病院幹部は、毎年度、重点項目や運営方針を設定し、病院の方向性を職員に明示している。また、病院幹部が診療科責任者とヒアリングを行うなど、医師をはじめ職員が病院運営に積極的に参画する体制を構築している。中・長期計画では過去 5 年間の検証し、2025 年度までに病院

が担うべき役割など 17 項目の方針が策定されており、その事業計画に基づき各部署が目標の設定および達成状況の評価するなど、PDCA サイクルを確立している。医療情報は、規程に沿って適切に管理されている。

各種施設基準を満たす人員が配置され、職員からの多種多様な意見を聴取する工夫が見られる。医療の質向上委員会が担当し、医療安全、感染制御を中心に全職員対象の教育・研修を計画的に実施している。専門分野の資格取得や自己啓発を目的とした育成研修が実施され、職員の能力向上に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内外に周知されるとともに、診療記録の開示の実績も積み重ねられている。患者への説明と同意の取得は、マニュアルに沿って行われ、セカンドオピニオンの実績も見られる。患者とは、説明用紙やクリニカル・パスで診療情報を共有し、医療安全などへの患者参加も促進している。病棟に医療ソーシャルワーカーを配置し、入院時のスクリーニング等によって相談ニーズを把握し、的確な支援を行っている。患者の個人情報・プライバシーの保護が実践され、情報システムのセキュリティ確保も適切に行われている。主要な倫理的課題についての方針を明文化するとともに、臨床現場では患者・家族の倫理的課題を確実に把握し、多職種で検討している。

病院に隣接して患者用駐車場が整備され、院内では ATM やコンビニエンスストアが開設されている。障害者優先の駐車場を病院玄関近くに整備し、院内はバリアフリーである。外来・病棟とも患者用ラウンジが設置され、整理整頓も行き届き、療養環境は適切である。敷地内禁煙が徹底され、禁煙外来も開設されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・苦情の収集のために、病棟・外来に意見箱を設置し、入院および外来患者の満足度調査も毎年実施している。診療各科における症例検討会、画像診断や病理学的検討会、さらには医療安全、医療倫理面での検討を行う活動を通して診療の質向上を図っている。事務部門の「事務ルネッサンス」などの業務改善活動に取り組み、院内報告会や院長表彰制度も設けられている。新たな診療・治療方法や技術を導入する場合には、各担当部署で必要性、安全性などを十分に検討した後、倫理委員会の審議を経ている。

病棟・外来ともに診療や看護の責任者名を表示し、主治医不在時の補完体制も確立しており、診療・ケアの管理・責任体制は明確である。診療記録の記載は、ガイドラインに沿って行われ、医療情報管理課を中心に診療記録の点検も行われている。多職種カンファレンスや複数の診療科によるカンファレンス、多職種で構成された専門チームの活動など、多職種の協働による診療・ケアが実践されている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全推進室に、専従の医療安全管理者、専任の医薬品安全管理責任者・医療機器安全管理責任者を配置し、安全確保の体制を整備している。アクシデント・インシデントは報告システムを活用して収集し、医療安全推進室が再発防止策を策定するとともに、SBAR リレーなどの各部署からの情報による安全確保の取り組みを実践している。

患者自身による、氏名・生年月日の名乗り、リストバンドの装着、タイムアウトの実施などにより、誤認防止を図っている。Team STEPPS を導入してコミュニケーション向上に努め、口頭指示などもマニュアルを遵守して確実な情報伝達を実践している。薬剤師が重複投与、相互作用などのチェックを含む処方鑑査を行い、薬剤管理システムを活用して薬剤投与のリスクを回避している。入院患者全員に転倒・転落のリスク評価を行い、危険度に応じた対応策を実施している。医療機器使用マニュアル等を整備し、臨床工学課と看護部が連携して職員研修を行い、医療機器の安全使用に努めている。RRS や緊急コードの活用、全職員への BLS 訓練の徹底など、患者の急変に備えている。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策室に専従の ICN、専任の ICD などを配置し、各種マニュアルを整備するなど、感染制御に向けた体制を整備している。院内での耐性菌感染や血流感染などの医療関連感染の発生状況は、感染防止対策室が常時収集・分析している。ICT は毎週環境ラウンドを実施し、手指消毒剤の使用量をモニターするなどして、感染防止対策を継続的に実践している。院内外より収集・分析した感染に関する情報を、感染対策ニュースとして院内イントラネットで職員に発信するなど、医療関連感染制御に向けた情報収集と検討の取り組みは適切である。

臨床現場では、標準予防策を確実に実施している。病室の入り口に速乾性手指消毒剤を配置し、看護師も各自で携帯している。個人防護用具を病室前および院内各所に配置し、スタッフ全員が感染制御活動を実践できるよう工夫している。抗菌薬使用の適正使用に向けて、マニュアルを整備し、AST が活発にラウンドしている。アンチバイオグラムは毎年分析・更新し、抗菌薬 AUD を毎月感染防止対策委員会に報告して使用状況をフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容、医療サービス等の情報は、病院案内、ホームページ、病院広報誌などによって発信されている。ホームページも適宜更新されており、診療実績はホームページの病院情報の公開ページに掲載するとともに、年報でも詳細に公表している。地域医療支援病院として積極的な紹介・逆紹介に取り組み、2019 年度の紹介率は 80.0%、逆紹介率は 92.9%に達している。紹介元への医師の返書は患者来院の翌日には作成し、連携医療機関への計画的な訪問活動も行っている。「病診・病病連携連絡協議会」によって交流を深めるとともに、院外からの検査依頼にも積極的に応じている。

患者・家族を対象とする「ミニ健康講座ーばりよか講座」や地域住民を対象とする「市民公開講座」を継続的に開催するとともに、地域からの要望に応じて、医師、看護師、リハビリ療法士など多くの職種を講師として派遣している。地域の医師とともに「地域カンファレンス」や、救急隊を対象とする「もっとクロス救急セミナー」など、医療関係者向けの研修も多く実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者情報を確実に収集し、安全に配慮しながら外来診療および診断的検査を実施している。入院は医学的判断に基づいて決定し、多職種の協働により診療計画を作成している。患者・家族の相談にはMSWをはじめ多職種が連携して対応し、薬剤管理システムの活用などにより、投薬・注射を確実・安全に実施している。輸血・血液製剤投与は、適正使用基準に沿って有害事象のチェック等も確実に実施している。手術は、リスクを含めた患者への説明と同意の取得を経て実施し、術後の管理も適切である。ICU、HCU等を整備し、患者の状態に応じて適切に活用している。

褥瘡発生のリスク評価を行い、褥瘡チームの介入も含めて予防・ケアが適切に行われている。入院時の栄養評価に基づき、栄養指導やNSTチームによる介入が行われている。緩和ケアマニュアル等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、解除に向けたカンファレンスを毎日行っている。入院直後から退院支援を行い、退院後の継続した診療・ケアも院内外の関係者と連携して実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理部門は、各種システムを導入して安全性に配慮した薬剤管理を行っている。臨床検査部門は24時間体制で対応し、日臨技の精度保証施設認証を受けている。画像診断部門は迅速に撮影・読影を実行している。栄養部門は、衛生と適温に配慮した食事を提供している。リハビリテーション部門は、早期リハビリテーションに積極的に取り組んでいる。診療情報管理部門は、量的点検を確実に実施し、がん登録も積極的に行っている。医療機器は、臨床工学課が一元管理し安全に使用できる体制を確立している。洗浄・滅菌業務は中央化され、滅菌の質保証も行われている。

病理診断部門は、組織診断、細胞診などほぼすべてを自院で行い、診断結果も確実に伝達している。放射線治療部門は、必要十分な品質管理を行いながら適切な治療を提供している。輸血管理部門は、適正使用の徹底などにより廃棄率0.1%未満を続けているなど、輸血・血液管理機能は秀でており、高く評価できる。手術室ではサインイン、タイムアウト、サインアウトが確実に行われている。集中治療室では、医療機器を整備し、直ちに必要な医療チームが関与する体制をとっている。救急部門には5名の専従医を配し、当直医師・オンコール医師の協力と関係部署との連携で断らない救急の実現に努めているなど、救急医療機能は秀でており、高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

公益法人会計基準および病院会計準則に沿って会計処理を行い、財務諸表を作成している。医事業務は、マニュアルに沿って確実に行われ、休日・夜間には救急事務室の勤務者が受付・会計業務にあたっている。委託業務は、一般競争入札を基本に委託先を選定している。

防災センターにおいて24時間体制で、施設・設備の稼働状況の監視、事故・トラブル発生時の対応を行っている。物品管理は、SPDシステムのもと、各部署への定数配置、バーコードシールによる使用分の払い出しが効率的に行われている。今後、ディスプレイ製品の取り扱いについて、病院としての管理を徹底されたい。

災害対策マニュアルを整備し、災害救護班を国内外に派遣している。防火・防災訓練や大規模災害を想定したトリアージ訓練等を計画的に実施し、自家発電装置の設置、非常時用の食糧・飲料水の備蓄などを実施している。警備員を24時間配置し、院内巡視等の保安業務を実施している。医療安全マニュアルに医療事故発生時の対応指針と手順を明確に定め、予期せぬ死亡事例や重大事故などについても適切に対応している。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、毎年研修医を受け入れている。研修医の評価は指導医とともに看護師も行い、研修進捗状況の管理はEPOCを用いて確実に行っている。看護部でも研修指導者を配置し、卒後1年間の新人教育をプログラムに沿って実施している。薬剤部は日赤の「病院勤務薬剤師における人材育成標準プログラム」に沿った初期研修を行い、他の部門でも独自のプログラムで初期研修を実施している。

医学部、薬学部、看護学校、PT・OT・ST養成課程等の学生実習を積極的に受け入れている。いずれも派遣元との協定のもと、カリキュラムに沿った実習を実施している。実習が各部門共通の基準で行われるよう病院としての実施要領を定め、内容には、医療安全や感染制御に関する教育とともに、患者・家族との関わり方、実習中の事故への対応も含まれている。

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	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	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	A
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	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	S
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 B

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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 福岡赤十字病院

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： 福岡県福岡市南区大楠3-1-1

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	509	503	-2	90.85	10.5
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	2	2	+0	3.3	7.3
総数	511	505	-2		

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	10	-2
集中治療管理室 (ICU)	8	-12
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	16	+8
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	10	+3
人工透析	52	+0
小児入院医療管理料病床	35	+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, 災害拠点病院 (地域), へき地拠点病院, DPC対象病院 (II 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： 13 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

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

①-2 年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	924.61	891.06	871.68	103.77	102.22
1日あたり外来初診患者数	72.05	76.36	75.19	94.36	101.56
新患率	7.79	8.57	8.63		
1日あたり入院患者数	459.96	453.47	456.95	101.43	99.24
1日あたり新入院患者数	42.64	39.98	37.78	106.65	105.82