

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10月19日～10月20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、1982年2月に福岡市西区石丸の地に開設された。その後、増床・再編を繰り返し、2011年社会医療法人財団、2012年地域医療支援病院、基幹型臨床研修病院など社会的責任を担っている。2021年4月、466床のケアミックス型の病院を2つに分院し、282床の急性期病院として新築移転した。病院の役割を高度専門医療、救急医療、在宅療養後方支援、健康なまちづくりを4本柱として医療を行っている。地域医療支援病院として多くの救急車を受け入れ、さらに紹介率・逆紹介率も高く、中期経営計画に沿った病院運営に取り組まれている。

病院機能評価は、今回で6回目の受審であり、病院管理者をはじめ病院幹部のリーダーシップのもと、病院の質向上に継続して取り組んできた成果が随所に確認できた。職員の前向きな姿勢のもと、より質の高い医療の提供を目指して病院機能の改善に取り組まれていることがうかがえる。今回の受審結果を活かし、貴院が示されている理念達成のために、地域に密着して、愛される病院として病院機能の充実を図り、ますます発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念および基本方針を定め、これを受けて中期経営計画を立てている。病院管理者会議で意思決定し、診療連絡協議会等やイントラネットで職員への周知を図っている。中期経営計画を受けて年次事業計画が立案され、BSCを用いて病院全体および部門・部署における目標管理を行っている。法人で独自開発した電子カルテシステムと大手ベンダーの医事会計システムをメインとする情報システムを構築している。情報の真正性・保存性が確保されている。文書管理規程、文書管理マニユ

アルが整備され、文書管理表により管理がなされている。

人材採用計画が立てられ、ホームページ等で、病院で働くことの魅力を発信するなど、人材確保に努めている。人事・労務管理に関する諸規程が整備され、全職種 of 客観的な勤怠管理がなされている。人事考課制度は秀逸である。労働安全衛生委員会は適法に実施され、職員の健康管理、職場の安全管理、職業感染への対応、メンタルヘルス対応、院内暴力対策等は適切に実施されている。職員満足度調査を毎年実施し、面談や意見箱で職員の意見・要望を聴取して職場環境の改善に努めている。職員研修はTQMセンターが統括している。ユマニチュードの職員への浸透に努力し、認知症患者への対応に活用されている。

薬剤部門、臨床検査技術部門、診療放射線部門などでは、初期研修後も業務遂行のための技術要素の教育・評価を行い、実施権限を与える仕組みがある。医師の臨床研修は基幹型・協力型として実施し、看護師は厚労省のガイドラインに沿った新人教育が実施されている。コメディカル部門においては、入職後の教育プログラムが作成されており、修了評価を経て当直業務が実施可能となっている。医師、看護師、薬剤師など多くの職種について学生実習を受け入れている。

3. 患者中心の医療

「医療を受ける人の権利と義務」を明文化し、院内外周知と診療情報開示は適切である。説明と同意の方針があり、診療行為の範囲が定められている。同意書には、同意する複数の項目があり、まとめて1枚の用紙で同意を得ている。診療・ケアに必要な情報を共有し、説明時に患者の理解を深める工夫をしている。患者確認などの安全確保や感染予防に協力を依頼している。患者相談窓口は、1階の医療情報プラザ内に設置され、患者・家族の様々な相談に対応している。個人情報管理規程が定められている。臨床における倫理的課題は、臨床倫理検討部会で毎月検討している。患者・家族の倫理的問題の把握に努め、毎月臨床倫理カンファレンスを開催している。解決困難時は臨床倫理検討部会に検討依頼するなど、誠実に対応している。

最寄地下鉄や公共バスは入院のご案内、ホームページに掲示し、来院時のアクセスは良好である。総合案内には担当職員を配置し、高齢者や障害者に対応する体制を整備している。診療・ケアに必要なスペースを確保し、トイレは清潔で病状に応じた浴室を提供するなど、快適な病棟・病室環境を整備している。敷地内禁煙を実施しており、院内掲示やホームページなどで患者・家族に周知している。

4. 医療の質

病院全体としての病院機能評価への継続的取り組みや、TQMセンター中心の改善活動、立ち入り検査指摘事項への対応など適切である。多科・多職種での横断的な診療の質向上活動は適切である。患者・家族からの意見や要望は、各病棟および外来に設置した意見箱を通じて収集し、意見に対応した事例もある。新たな診療、治療方法などの技術を導入する際には倫理委員会が中心的な役割を担っている。

診療・ケアの管理・責任体制が明確であり、患者・家族が質問・相談しやすい環

境を提供している。診療記録や看護記録は SOAP 形式で記載されており、質的点検も適切に行なわれている。多職種が協働し、患者の状況に応じたカンファレンスを開催している。NST、RST など現場の要望に応じて組織横断的に活動している。

5. 医療安全

医療安全管理委員会の下部組織に 7 部会を設置し、院内の医療安全の課題やインシデント分析からの改善策などに取り組んでいる。3b 以上のインシデントについては全症例分析を行い検討している。医療事故発生時の対応マニュアルを整備し、必要に応じて医療事故調査委員会を開催するなどの仕組みを構築している。

患者誤認防止は、患者の名乗りを基本に複数以上の確認を実施している。医師の指示や結果等の情報が、迅速かつ正確に伝達されているが、薬剤の取り違い防止、安全使用に向けた対策はなされている。ベッドサイド情報端末表示を用いて、患者個別に安静度、移動時の注意喚起を実施している。転倒事例について原因分析を行っている。入院時に転倒の危険に関する DVD の視聴を徹底している。高度医療機器を使用する職員への教育・研修を適切に実施している。医療機器の点検チェックリストを作成し、整備を行っている。手術室や透析室は担当者を配置し、整備点検を実施している。院内の緊急コードは「ハリーコール」であり、固定電話は短縮ボタンを使用するなど工夫されている。BLS の定期訓練を開催し、全職員の参加状況をシステムで管理している。

6. 医療関連感染制御

院長直下に病院感染対策委員会、その下部組織に ICT を備え委員会等も機能しており医療関連感染制御に関する組織体制は確立されている。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も行われ、院内感染防止活動も継続的なされており、アウトブレイクへの対応も適切に行われている。

手指衛生の遵守率は上昇傾向である。感染性廃棄物の取り扱いは適切であり、血液・体液などが付着したリネン類はビニール袋に入れ、汚染の明記し、適切に取り扱っている。抗菌薬の採用・採用中止方法や適正使用に関する指針の整備がなされている。起炎菌・感染部位の特定や院内における分離菌感受性パターンの把握がなされ、抗菌薬の使用状況の医師への定期的なフィードバックも適切である。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページや広報誌を発行し、多くの情報をタイムリーに発信している。診療実績は、病院指標・年報をホームページにて報告するなど必要な情報を発信している。地域医療連携窓口を中心に、地域の医療ニーズを把握し、院内外との連携に努めている。病院で開催する研修会に地域医療従事者を招くなど、地域に向けて様々な教育・啓発活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診や紹介、再診、会計などの窓口を明確にし、受診手続きは適切である。患者

に関する多くの情報を収集し、病態に応じた外来診療が安全に行われている。診断的検査の確実・安全な実施、入院の決定、診断・評価に基づく診療計画作成等は、適正な説明と同意を得て確実に行われている。医学的に入院の必要性が判断され、患者に十分な説明と同意が行われている。診療計画は医学的診断・評価に基づき行われ、必要に応じて他の職種と協議している。また、患者・家族の希望も反映され、必要に応じた診療計画の見直しも行われている。患者相談窓口で患者・家族からの医療相談に適切に対応している。予定入院患者は患者支援センターで情報収集とオリエンテーションを行っている。入院後は病棟看護師が入院生活に関するオリエンテーションを行い、患者が円滑に入院できるよう努めている。

医師は疾病や患者の状態に応じて、必要な回診や面談を行い、チーム医療における診療上の指導力も発揮しており、病棟スタッフとの情報交換も行い適切に病棟業務を行なっている。看護ケアにはクリニカル・パスに加えて、患者の転倒・転落評価、せん妄リスクなどに応じて標準看護計画で看護が展開されている。薬剤の必要性とリスクについての説明と同意を行い、服薬指導・薬歴管理も行い、患者の特性に応じて投薬・注射が確実・安全に実施されている。輸血療法は説明と同意を得て確実・安全に実施している。麻酔科医が全身麻酔の術前診察を全て行い、手術室看護師が全ての対象患者を術前訪問し、合併症予防の看護計画を立案している。重症患者は専門の医療チームによって治療とケアが行なわれ、多職種チームも積極的に関与している。褥瘡保有者に褥瘡回診を行っている。患者のADLの変化に応じてベッド・マットを選択している。患者の状態に応じた栄養管理と食事指導、摂食・嚥下障害に対する支援を実践している。症状緩和に対する方針や手順があり、患者の苦痛や疼痛の訴えを把握し、症状緩和に努めている。病態に応じた目標・実施計画の設定・立案を行い、早期リハビリテーションを導入し、必要なリハビリテーションが実施されている。身体抑制マニュアルがあり、患者・家族に説明し同意を得て身体抑制を行っている。入院前から退院に向けた情報収集を行い、患者・家族の身体的・社会的状況に応じた退院支援を行っている。退院後も継続的な支援が必要な患者に対して、入院中の診療・ケアに関する情報を提供している。ターミナル期は、看取りのパンフレット等を作成し、患者・家族の精神面にも配慮したケアを行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査と疑義照会、調剤後の確認、注射薬の調製・混合への関与は適切に行われている。持参薬の鑑別と管理、薬剤に関する情報収集および関連部署への周知、新規医薬品の採用の適否と採用医薬品の品目削減に向けた検討、院内医薬品集の整備、薬剤の保管・管理も適切に行われている。臨床検査は、必要な検査を24時間体制で実施している。重要な診療情報であるパニック値は確実に依頼医師への報告体制を築いている。画像診断は必要な検査ができる体制が整っている。報告書は放射線科専門医により即日作成され、ダブルチェックの体制もあり、画像診断の質も確保され、求めに応じた検査読影を行っている。温冷配膳車および専用エレベーターを用いて、適時・適温かつ衛生面に配慮した食事を提供している。早期離床

をミッションとして、早期リハビリテーションを病棟スタッフや主治医に働きかけて開始しており、365 日継続的な施行を心がけている。リハビリテーションのクリニカル・パスを疾患別に多種類整備し、見直しを行いながら多職種と協力し、患者のニーズに寄り添った的確なリハビリテーションを行っており大変優れている。診療情報管理機能は、1 患者 1ID による一元的な管理や、コーディング業務、がん登録、NCD 登録などを行っている。医療機器は臨床工学室が一元管理されている。臨床工学技士はメンテナンス講習会を受講し医療機器整備の精度を高め、それぞれが専門性を持った認定士資格を保有しており、極めて高く評価できる。搬入・洗浄・滅菌・搬出の流れはワンウェイである。滅菌物はバーコード管理されており、リコーの仕組みも整っている。

病理診断科では、術中迅速病理診断を含め、全ての病理学的検査に迅速に正確に対応し、未読レポートへの対応も行っている。放射線治療機能はなく、必要な患者は適切な病院へ紹介されている。輸血部門では、発注から廃棄に至る手順を定め、輸血血液製剤を一元的に管理している。手術室では、全身麻酔は全て麻酔科医が担当し、入室から術中および覚醒時の管理や退室など安全に実施している。集中治療機能は、関係する多職種がそれぞれの専門性を活かして患者に関与し、チーム医療が実践されている。年間救急患者 5,000 人以上の患者を受け入れ、24 時間・365 日体制で対応している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は中期経営計画に基づき、病院 BSC・部署 BSC をもとに策定し、理事会の承認を経て確定している。医事業務は、業務手順に沿って実施し、医師によるレセプト点検など、診療報酬請求業務等は適切に行われている。委託業者の選定、実施状況の把握、委託先の見直し、事故発生時の対応等、適切に行われている。

施設・設備の保守点検は計画的に実施されている。感染性廃棄物の分別、廃棄処理は適切である。購買管理は、物品管理会議等で、性能や価格を考慮して、選定から在庫管理まで一連の手順は適切に行われている。

災害対応の BCP が作成され、自家発電機の整備、非常用水・食料の備蓄がなされている。夜間の警備は委託で、各所に監視カメラを設置し、館内巡回を行うなど保安に努めている。

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	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	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	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	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	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	B
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	B
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	B

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	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	S
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	B
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
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	B
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	B
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	S
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	S
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	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	
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	B
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	S
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	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 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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 6 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人財団白十字会 白十字病院

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： 福岡県福岡市西区石丸4-3-1

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	282	282	-129	79.5	10.9
療養病床	0	0	-55		
医療保険適用	0	0	-55		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	282	282	-184		

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)	12	+12
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	0	-12
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+6
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	27	-2
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	0	-111
地域包括ケア病床	45	-9
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, DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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： 3 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 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

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	323.91	306.07	287.51	105.83	106.46
1日あたり外来初診患者数	36.04	33.77	29.54	106.72	114.32
新患率	11.13	11.03	10.28		
1日あたり入院患者数	224.27	231.19	390.32	97.01	59.23
1日あたり新入院患者数	17.92	17.32	16.66	103.46	103.96