

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 7 月 11 日～7 月 12 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 1970 年に川浪病院として開設され、2008 年に現在の福西会病院に病院名を変更され、内科・外科・整形外科など 16 診療科で一般病床 198 床の病院として、救急は断らない方針で地域医療に貢献されている。情報活用の方針は明確で、2010 年にオーダリングシステムを導入され、2011 年に電子カルテの運用を開始されている。組織形態としては 2019 年に国税庁より特定医療法人の認可を受けられ、2020 年には福岡県知事から社会医療法人を認定され、より公益性の高い医療機関として認められている。

病院機能評価については、2001 年に初回認定を受けられ、今回が 4 度目の更新認定受審である。全般的に前回受審時の内容を良く把握し、病院機能向上に取り組んでこられたことが見受けられた。今後も継続的に機能向上に努められることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が定められ、病院案内・入院案内や院内掲示等で院内外に周知されている。病院管理者・幹部は計画的・効果的に組織運営を行って、病院運営に指導力を発揮している。情報管理の方針は明確で、システムの有効活用が図られている。文書管理の方針も明確であるが、診療記録関係の文書を網羅した文書管理規程の整備を期待したい。

病院機能・役割を発揮するための人材は確保されており、人事・労務管理も適切に行われている。また、職員の安全衛生管理も良好になされている。職員の意見・要望を聴取する仕組みは整備されており、働きやすい職場づくりに努めている。

職員への教育・研修では、必要性の高い課題に関するものは確実に行われており適切である。職員の能力評価は実施されており、能力開発の仕組みも整備されている。院内では認定看護師や認定薬剤師・臨床工学技士などが現場でその能力を発揮し、資格取得のための支援も行われており適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は義務とともに明文化され、患者・家族に各種手段で周知し、職員にも研修会を通じて教育している。説明・同意の方針と範囲は明確にされており、同席者が必要な医療行為の範囲も明確になっている。患者と医療者の情報共有を図る仕組みがあり、患者支援体制も整備されているが、児童や障害者に対する虐待疑い例への対応方針も明確に示されたい。個人情報保護の仕組みはほぼ整備され、プライバシーも適切に保護されている。倫理委員会が設置され、職業倫理と研究倫理については病院方針があるが、輸血拒否以外の臨床倫理についても方針を明確にすることが期待される。

患者・面会者の利便性・快適性には配慮されており、院内はバリアフリーが確保され、高齢者・障害者にも配慮した施設・設備となっている。また、療養環境も良く整備されており、敷地内禁煙が徹底され、禁煙教育も患者・職員対象に実施されており適切である。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は投書箱を設置して収集している。意見に対応して改善した事例もあり適切である。診療の質向上に向けた活動も実施されており、臨床指標を設定して公表し、質評価事業にも参加していることは評価できる。業務の質改善には組織横断的に取り組まれており、業務改善委員会が機能している。新たな診療・治療方法や技術の導入については、学会発表時の倫理的審査を今後行う予定であることから、倫理委員会の有効活用を期待したい。

診療・ケアの管理・責任体制は明確になっており、診療記録も必要事項は的確に記載されているので、診療記録の質的点検内容を充実されたい。チーム医療は推進されており、各種カンファレンスに多職種が参加し、感染制御や医療安全・NST・褥瘡対策の専門チームが活動して患者支援を実施しており適切である。

5. 医療安全

専従の医療安全管理者が配置され、医薬品・医療機器の安全管理責任者も配置されている。医療安全管理委員会も適切な人員構成で定期的開催され、安全確保に向けた情報収集は、多職種から組織横断的に収集されている。院内の事例は医療安全管理室のメンバーが開催するカンファレンスおよび医療安全管理委員会で対策が検討され、各部署にフィードバックされている。

誤認防止対策が実践されており、情報伝達エラーも発生しないような仕組みが整備されている。薬剤の安全使用に向けた対策もおおむね適切に実践されている。転倒・転落防止対策はハイリスク患者を把握し、防止策を講じた計画を立案してい

る。医療機器は作動確認や設定条件が確認され、臨床工学技士が関与して安全に使用されている。患者の急変時対応については、院内緊急コードが設定され、救急カートも設置されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は院長をはじめ看護部長・事務長や、各部署長が参加して毎月開催されており、ICD と ICN を含めた ICT が大きな権限を付与されて活動している。また、感染対策マニュアルも必要に応じて改訂されており、感染制御に向けた体制は確立している。感染発生状況や分離菌の情報は収集・報告されており、院外の流行情報なども適切に収集されて院内に周知されている。部門別サーベイランスも手術部位感染やカテーテル関連尿路感染で行われているが、中心静脈ライン血流感染や人工呼吸器関連による肺炎の件数も把握することが望まれる。

手指衛生の徹底や PPE の着用および感染経路別予防策などはマニュアルに沿って実践されている。抗菌薬は適正使用マニュアルが整備され、長期投与例などは薬剤師から医師に注意喚起する仕組みがあり適切である。

7. 地域への情報発信と連携

病院が提供する医療サービスの内容はホームページに詳細に広報しており、広報誌でも記載して患者や医療機関等に案内している。地域医療連携室が機能しており、地域の医療機能やニーズが良く把握され、紹介元への返信管理も行っている。市のがん検診や各種予防接種などのほかに、例年は地域の公民館で医師や専門職による公開講座を実施している。

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ホームページや広報誌等で案内している。受付コーナーを設置してトリアージを行い、円滑な外来受診につなげている。自院の機能に見合った患者を受け入れ、患者・家族の希望に沿った連携が行われている。外来受診から診断的検査を経て入院まで、患者への説明・同意を得て円滑に入院できる仕組みになっている。患者相談窓口が設置され、患者からの多様な相談に対応している。

医師は患者の情報を多職種に共有し、指導力を発揮している。看護師は看護基準・手順に沿って日々のケアを実践している。投薬・注射や輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施されており適切である。周術期対応では麻酔科医および手術室看護師が術前訪問を行い、誤認防止を図りながら安全に配慮して患者管理を行っている。また、重症者の管理も臨床工学技士が関与して適切に行われている。褥瘡の予防・治療には皮膚・排泄ケア認定看護師の介入があり、栄養管理と食事指導にも NST が関与して適切に実施されている。症状緩和にも多職種が連携し、緩和ケア認定看護師も適切に関与している。リハビリテーションは、医師・看護師が情報共有して 365 日の継続したリハビリテーションを実施していることは評価できる。身体抑制は患者の安全確保のために限定されており、やむを得ず実施した際には常に解除を検討している。退院支援については入院時から必要性を把握し、患者・家族の

要望にも配慮して取り組み、必要な患者には自院から訪問診療も実施しており適切である。ターミナルステージは患者・家族の心情にも配慮して適切に対応されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部には12名の薬剤師が配置され、持参薬の鑑別や処方鑑査、疑義照会を行っている。注射薬・内服薬ともに1施用ごとに取り揃えて病棟に供給していることは評価できる。臨床検査は精度が適切に管理され、迅速に結果報告を行っている。画像診断機能もおおむね適切に発揮されているが、専門医の読影率の向上に向けた取り組みが望まれる。栄養管理機能は週3回選択メニューを実施し、月1回の行事食やスペシャルメニューなどで食事に対する満足度向上に努めている。リハビリテーションも適切にその機能が発揮されている。診療情報管理は1患者1IDで一元管理されており、コーディングや記録の量的点検も行われている。医療機器についても臨床工学技士が中央管理し、安全に機器が使用できるように適切に点検・保管している。洗浄・滅菌機能も滅菌の質が保証され、滅菌の動線はワンウェイ化され、病棟の既滅菌物の管理も中央材料室が行っていることは評価できる。

病理診断は外注であるが、検査科で管理されており、悪性所見は主治医に直接報告されている。輸血・血液管理も検査科が担当し、適切に機能が発揮されている。手術は安全に実施されており、救急医療についても断らない方針の下で救急患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は法人本部が行っており、予算の執行状況や経営状況が毎月把握されている。また、会計処理や監査も適切に行われている。医事業務についても全レセプトに医師が関与していることは評価できる。未収金の督促手順が整備され、損金算入基準も明確になっている。業務委託については、委託業務の実施状況や質が管理され、自院の研修会への参加を義務化して従事者教育を実施していることは評価できる。

施設・設備は日常点検と保守点検が実施され、感染性廃棄物の取り扱いも適切に行われている。物品管理については、医療材料はSPD方式で、薬剤その他の物品も実地棚卸を年2回実施して適正在庫と期限切れ防止に努めている。

災害時対応では緊急時の対応体制および責任体制が確立しており、大規模災害についても応援体制を整備している。保安業務は、警備員の配置と監視カメラで病院の安全管理に努めている。医療事故等への対応は定められており、保険にも加入している。

11. 臨床研修、学生実習

看護・リハビリテーション・栄養・薬剤部で実習生を受け入れており、いずれも受け入れ時のオリエンテーションで医療安全・感染制御に関する教育を行い、個人情報保護に関する誓約書を取得している。患者・家族と接する場合にはその了解の

もとに、カリキュラムに沿った実習を行い、実習生および実習内容の評価を養成校側に返しており適切である。

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	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	B
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	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	B
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	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	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	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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	A
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	栄養管理と食事指導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	A
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	安全確保のための身体抑制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	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	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	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	NA
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	B
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	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	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	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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	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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 2 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人福西会 福西会病院

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： 福岡県福岡市早良区野芥1-2-36

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	198	198	+0	89.6	15.2
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	198	198	+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	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	50	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	50	+28
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院(Ⅲ群), 在宅療養支援病院

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

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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	270.65	306.74	318.98	88.23	96.16
1日あたり外来初診患者数	31.74	42.36	44.24	74.93	95.75
新患率	11.73	13.81	13.87		
1日あたり入院患者数	170.97	182.50	185.59	93.68	98.34
1日あたり新入院患者数	10.43	11.43	11.58	91.25	98.70