

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」及び副機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 12 月 16 日～12 月 18 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 3	条件付認定（6 ヶ月）
機能種別	精神科病院（副）	認定

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
  1. 患者のプライバシー保護に関して、  
貴院が補充的な審査で提示した改善策を確実に実践してください。  
(1. 1. 5)
- ・機能種別 精神科病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は学校法人産業医科大学の附属病院として 1979 年に診療を開始した北九州地区唯一の大学病院であり、多くの優秀な医師をはじめとする医療人の育成に携わってこられた。また、特定機能病院として幅広い質の高い医療を提供するとともに、地域の基幹病院として地域医療にも貢献を続けてこられている。高度な医療を提供するために、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、総合周産期母子総合医療センター等、多くの指定を受けるなど、積極的な取り組みを進めてこられた。特に、大学建学の精神に沿った治療と就業の両立支援に向け設置された、支援センター・両立支援科は特筆に値する取り組みであり、今後の継続的な活動と更なる発展を期待するものである。一方で、病院の運営には様々な課題があることを病院幹部は把握しており、理念達成に向けた中・長期目標が策定され継続的な努力がなされている。

今回の訪問審査では多くの高く評価すべき活動が確認された。しかしながら、いくつかの改善すべき点も見受けられ、報告書の中で指摘させていただいた。これを参考としていただき、今後の更なる病院機能の発展に向かわれることを祈念したい。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は明文化され、折に触れて職員への周知を図っている。基本方針については必要に応じた見直しの検討を期待したい。職員の労働意欲を高めるため、それぞれの部門のアクティビティに応じたインセンティブを設け、職員の配置やポジションについて検討がなされている。中長期計画は策定されており、それに基づいた事業計画が策定されているが、各部門の目標が設定されておらず、その評価を含めて今後の課題である。

法令等による職員の配置標準数は満たされているが、規模や機能を勘案すると、薬剤師・療法士・管理栄養士・診療情報管理士・臨床工学技士などの増員について、今後もさらなる努力を期待したい。安全衛生委員会が毎月開催されており、職員の精神的なサポート体制も整備されている。職員向け研修については、担当部署で把握されているが、今後、一元的に統括することも検討されているので、研修の評価、企画、年間計画による実施に期待したい。専門職種としての個別の能力評価や能力開発については、看護師や検査技師などでは実施されているものの、薬剤師をはじめとしたその他の職種については、計画的な取り組みまでは行われておらず、今後の課題である。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族等に対しては院内掲示のほか、小児・妊婦も含めた各種入院案内やホームページなどで示されている。精神疾患患者に対しては「精神福祉保険法に基づく治療」についても記載されている。インフォームド・コンセントの実施に係る責任者は、医療安全管理部長が任命されており、実施状況を確認している。児童虐待については、マニュアルの整備や対応事例なども確認できたが、成人の虐待についてはマニュアルが整備されたばかりであり、方針の周知・徹底や関係機関との連携などは今後の課題である。

臨床現場で発生した倫理的課題は、各部署において多職種でカンファレンスを開催している。困難事例については、医療支援課が窓口となり、医学概論教授、病院副院長、看護部長、医療安全管理者などから構成される臨床倫理コンサルテーションチームに依頼され、審議されており適切である。療養環境の整備と利便性についても適切である。

## 4. 医療の質

患者満足度調査は毎年実施され、改善につなげる取り組みが行われ、結果はホームページにも掲載されており適切である。クリニカル・パスについては「推進チーム」を立ち上げて継続的な取り組みを行っているが、バリエーション分析は2018年度に初めて行われたものであり、今後結果を医療の質向上につなげる取り組みが期待される。文部科学省に採択された「医療連携アドバイザー要請プログラム」をさらに発展させ、2014年以降「医療連携推進チーム」として「働きたい病院No.1」を目標に掲げ継続的な活動を行っている。

診療情報部長を診療録管理責任者と定めて、診療録管理が行われている。診療録は電子カルテで記録され、紙運用となっている同意書等以外は、多職種が閲覧できる体制が整えられている。診療録監査については、多職種が参加した委員会が担当しており、50 を超えるチェック項目によって詳細な質的監査が行われており、その結果を作成者だけでなく「委員会だより」として病院全体で共有するシステムを動かしている。説明の場面に医師事務作業補助者が同席し、説明内容を記録して、患者の疑問と医師の返答の部分まで詳細に記載されていることは評価に値する。

## 5. 医療安全

医療安全管理部に専従の医師（1 名）と看護師（2 名）、ならびに薬剤師と理学療法士各 1 名が専従で配置され、兼任を含めて総勢 10 名以上の体制で、週 1 回の定例会議が開催されている。院内の発生事例に関しては、インシデントレポート等を活用した情報収集が積極的に行われている。収集された事例のうち、警鐘的なものに関しては、事例分析が適切に行われている。

放射線画像診断報告書および病理診断報告書などで主治医が予期していなかったパニックデータが出たときに、医師事務作業補助者が、ほぼこの業務を専従として担当し、オーダー医師に連絡が取れるまで繰り返し連絡を取っている体制が構築されており、最終的には医療安全部が確認を行っている点については高く評価できる。

麻薬・向精神薬・毒薬は法令に沿って保管・管理されている。医療事故や紛争となっている事例については、事務部内では情報共有がなされているが、病院長をはじめとした病院幹部も含めての情報共有については、より濃厚な組織的対応が望ましい。

## 6. 医療関連感染制御

病院長をはじめとした多職種が参加する感染防止委員会が定期的に行われ、院内感染制御に関する活動が適切に行われている。感染制御部の体制であるが、専従職員は ICN が 1 名と臨床検査技師が 1 名だけで、医師を含めて他のスタッフはすべて専任となっている。専従の薬剤師および事務職員の採用等の早急な検討が望まれる。

電子カルテの病棟マップの中に感染症マップとして表示が必要な感染症患者、耐性菌保有者を表示するシステムを構築しており、電子カルテ上でそれらの情報を周知することが出来ており、有効に機能している。2015 年から JANIS サーベイランスに参加しているが、現状では SSI のサーベイランスは胃癌と乳癌の 2 疾患に限られている。特定機能病院として、さらに多くの診療科および疾患についてサーベイランスが行われることが望まれる。また、デバイス・サーベイランスについては ICU に限定してデータが取られているのが現状であり、病院全体の状況を把握するためにより多くの病棟にサーベイランスを広められると良い。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院ホームページ、広報誌、病院年報、診療案内などを通して、地域に向けた広報や情報発信が行われている。ホームページの情報更新や広報誌の編集などは広報企画課を中心に行われている。広報誌や年報などは関係医療機関や行政機関、市民センターなどに定期的に配布されている。診療実績などは、患者数や手術・検査などの基本情報やDPCデータなどを中心に、がんの登録データなどが公開されている。地域への必要な情報の発信はおおむね適切であるが、各診療科のホームページは各科任せになっているので、全体的に管理できる体制の構築については今後の課題であろう。

患者サポートセンターの地域連携・退院支援室を中心に、地域の医療ニーズや医療関連施設との連携に取り組んでいる。特に関係の深い関連病院とはコアネットワーク連絡会議を定期的に行い、病院訪問やシャトルバスの運行などの連携が形成されている。返書の管理をはじめとして、紹介を受けた後の連絡や状況報告を地域連携室にて一元的に管理する体制が整備されたばかりであり、今後の継続的な活動に期待したい。がん診療連携拠点病院として、患者・家族向けのサロンや就労相談、公開講座などが開催されており適切である。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に必要な診察日、受付時間、診療の流れなどの情報は、ホームページや診療案内などで案内されている。外来患者の待ち時間については調査を実施し、調査結果を踏まえて、サービス向上対策委員会で改善策を検討している。会計待ち時間短縮の改善策として「あと払いサービス」の運用開始に向けて、現在準備中とのことであり、サービス運用開始後の効果を期待したい。

入院時診療計画について、作成時には必要な多職種が関与しており、適時適切に運用されているが、作成にあたっては、治療方針に関する記載内容が画一的な部分が多々見られるので、より実質的な記載内容とすると、さらに良い。看護計画・ケアの記載は、身体面については充実しているものの、心理面・社会面について実際に関わっている事実の記載が充実すると、さらに良い。疼痛管理に対しては、がん患者だけでなく、あらゆる疾患における症状緩和に関する対応マニュアルとなっており、おおむね適切である。

今回、副機能として精神科病院も受審されているが、外来から入院、その後の対応等も総じて適切に行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

医薬品安全管理責任者が医療安全管理部門に専従として配置され、関連部門と連携し事故防止対策を行っている。未承認および適応外の医薬品について、関連部門と連携して院内全体の使用状況がモニタリングされ、使用時の適切性の評価ならびに使用後の有効性・安全性の追跡調査がなされており適切である。救急を含めて全てのCT画像について放射線科医による読影を速やかに受けており、適切な体制がとられている。診療録の管理は、電子カルテのほか紙媒体も含めて一元的な管理が

なされているが、量的監査の監査項目については今後の検討が望まれる。医療機器は中央管理されており、管理システムを用いて行っているが、病棟や各診療科に残存している医療機器で管理が及んでいないものが残存している。人員による限界はあるが、今後関与できる範囲を広げていくことが望ましい。

病理診断部門では常勤専従医 9 名のうち 5 名が専門医であり、ほぼ全員が病理診断室に常駐し診断を担当する。病理診断を全て院内で実施している。病理診断の結果については電子カルテ上で閲覧可能であるが、未読の状況を一元的に管理できるシステムは今後導入を予定されている段階であり、今後に期待したい。

## 10. 組織・施設の管理

学校法人会計準則による会計処理が行われ、損益計算書、貸借対照表などの必要な財務諸表のほか、事業計画に沿った予算書、決算報告書が作成されており、税理士による監査が実施されているとともに、公認会計士との相談ができる体制が構築されている。また、診療科別での実績状況が確認され、具体的な経営改善に取り組まれている。診療報酬請求に際しては、請求内容についての医事課職員による点検と診療担当医師による点検が全件行われて請求されている。施設基準の遵守については、管理課管理系の担当者による定期的な検証と、必要な手続きが行われており、新規の施設基準取得に向けた検討も行われている。委託業務の有効性や経済的効果の把握や評価については、定期的に検討されており、委託業務のより良い品質を求めた対応がされている。

災害拠点病院として、災害派遣チームを整備し、自家発電装置や停電時の対応体制の整備、食料や水、医薬品の備蓄など必要な体制の確立に努めている。BCP も策定され、机上訓練が実施されている。今後は、トリアージ訓練や行政と連携した訓練など、本格的な訓練の実施を期待したい。

## 11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修については、基幹型臨床研修病院として医科・歯科両プログラムが整備され、医科 1 年目 10 名、2 年目 6 名、歯科 2 名が病院ならびに県内協力病院 10、協力施設 16 で初期研修を行っている。研修医の評価には EPOC が使用されている。新病棟にはシミュレーションも含めた研修室が準備されている。新人看護師については、新卒 1 年目のラダーとして、OJT と併用して計画的に教育が実施されている。検査部門では新人トレーニングスケジュールが用意され、病理部門では採用時研修プログラムがある。薬剤師については、おおむね 6 か月を目途とする初期研修が計画的に実施されている。放射線技師やリハビリ療法士についてもラダー形式の新人研修プログラムが用意されている。臨床研修管理委員会は年 4 回程度の不定期開催であるが、研修医の参加を含めた委員会の設置は今後の課題である。

医学生のほか、看護師、薬剤師など多くの職種の学生実習を受け入れている。管理課庶務係を窓口として、実習依頼元との契約書や取り決め等が交わされており、ワクチン接種等の必要事項が確認され、医療安全、感染制御などの教育が実施されている。学生実習は適切に行われている。

# 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	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	C
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	B
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	B
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	B

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・治療方法や技術を開発・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	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	B
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	B
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	B

### 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	B
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	B
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	B

## 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	B
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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
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	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	B
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	B

## 機能種別：精神科病院（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	A
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A

2. 2. 20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	B
2. 2. 21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2. 2. 22	隔離を適切に行っている	A
2. 2. 23	身体拘束を適切に行っている	A
2. 2. 24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2. 2. 25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2. 2. 26	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	NA

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 8 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名：産業医科大学病院

I-1-2 機能種別：一般病院3、精神科病院(副機能)

I-1-3 開設者：学校法人

I-1-4 所在地：福岡県北九州市八幡西区医生ヶ丘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	638	638	+0	89.4	11.4
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	40	40	+0	77.4	29.1
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	678	678	+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	9	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+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)	15	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	13	+0
人工透析	12	+0
小児入院医療管理料病床	27	+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	0	+0
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	2	+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

特定機能病院, 災害拠点病院(地域), がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (I群), 総合周産期母子医療センター

### 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： 10 人 2年目： 6 人 歯科： 2 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

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	1,292.53	1,272.36	1,309.78	101.59	97.14
1日あたり外来初診患者数	93.23	93.14	92.68	100.10	100.50
新患率	7.21	7.32	7.08		
1日あたり入院患者数	601.22	576.63	578.28	104.26	99.71
1日あたり新入院患者数	47.02	43.96	43.00	106.96	102.23