

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 12 月 12 日～12 月 13 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 1994 年に旧厚生省から国立久留米病院の経営委譲を受け、久留米大学医学部附属医療センターとして開設されて以来、「心が通い、信頼される医療」という基本理念のもと、回復期リハビリテーション病棟、関節外科センター、先進漢方治療センター、メディカルイノベーションセンターを開設するなど整形外科領域を中心に、良質な医療を提供してきた。

また、大学の付属病院として、医師・看護師をはじめ多職種の学生実習を受け入れており、大学と連携して臨床研修医・専攻医の教育を行うなど医療者育成にも積極的に取り組んでいる。さらに、地域の医療機関や介護事業所と連携して、二次医療圏における地域医療提供体制の一翼を担っている。

この度の病院機能評価は 4 回目の更新審査となるが、特に栄養給食部門などで高い評価を得ている。今回の受審が貴院の今後の発展に少しでも役立つことができれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念をわかりやすく明文化し、基本方針と併せてホームページや院内掲示などにより周知している。病院運営における意思決定機関は診療科長会で、決定事項は随時各部署へ速やかに周知している。大学の中長期計画に基づき、病院の年次事業計画を策定し、適切に実績評価を行っている。院内の情報システムは大学の管理部門と連携して一元的に管理している。病院における文書管理は、文書管理規程に基づき管理課にて管理しており、いつでも職員が閲覧できる環境を整備している。

人材確保については大学の人事課が中心で行っているが、病院と協働して更なる専門職の確保を期待したい。就業規則等の整備、健康診断の実施、ハラスメント窓口の設置、など労務管理を適切に行っている。また、職員満足度調査の実施や意見箱を設置するなど職員の要望や意見を把握し、積極的に改善対策に取り組んでいる。職員を対象とする研修については、多職種で構成された教育研修委員会を設置するなど、継続的且つ定期的に開催する仕組みの構築が望まれる。専門職種の初期研修および学生実習については、大学の能力開発プログラムに則って適切に実施されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利および責務が明文化されており、患者・家族に周知している。説明と同意について、医療安全マニュアルのインフォームド・コンセント（説明と同意）に方針・ルールを明文化している。患者の理解促進を目的として、フリーWi-Fiの環境整備や情報コーナーを設置するなど、患者の理解促進に向けた多様な取り組みを行っている。相談窓口には社会福祉士および看護師等を配置し、多様な相談に応じる体制を整備している。個人情報保護方針を定め、診療情報などを外部に持ち出す場合の運用もルールに基づき行っている。倫理的課題の把握や検討については、多職種で構成された臨床倫理部会にて、対応・方針を明確にしている。日常的な倫理的課題は、日々のケアやオレンジサーフェィラウンド等において患者・家族の精神的負担などを把握している。

玄関ホールに車椅子や荷物運搬用カートを配備し、院内バリアフリーの確保など高齢者や障害者に配慮している。病棟や廊下幅を十分に確保しており、清掃や整理・整頓が行き届いている。病室は静寂性を保ち、各病室の窓は開閉制限を行うなど、安全面を配慮している。敷地内禁煙方針を明確にしており、職員への禁煙推進に向け継続した組織的取り組みが期待される。

4. 医療の質

業務の質向上について、質の向上委員会が中心となり、継続的に業務の見直しに取り組んでいる。医療の質改善については、質の向上委員会にてクリニカル・パスの作成や見直しを行っている。臨床指標の活用については、自院データの経年変化を指標に医療の質向上を図るなど、さらなる取り組みが望まれる。相談窓口において、職員の配置や意見箱の設置、患者満足度調査が行っており、利用者の要望や調査結果に基づき改善に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入は、臨床倫理委員会で倫理面や安全性、導入の妥当性について審議し、承認を経て導入している。

病棟・各外来では責任者を明示し、主治医が不在の場合における連絡体制を整備し対応している。病棟責任者は業務基準に沿って毎日ラウンドを行い、患者の診療・ケアの状況や課題を把握の上、改善に取り組んでいる。診療記録については、電子カルテシステムを用いて必要な記録が適時記載されている。診療記録の質的点検について、全診療科を網羅し実施している。専門チームの活動として、褥瘡チー

ムや NST が定期的にラウンドやカンファレンスを実施しており、各診療科のコンサルトも積極的に行われている。

5. 医療安全

医療安全・感染対策室に専従の医療安全管理者を配置し、多職種でカンファレンスを行い、報告事例の分析・再発防止策を検討している。インシデント・アクシデントは電子情報システムで収集し、分析ツールを用いて原因分析の上、対策を講じている。病院全体で改善が必要な事項は、業務改善計画書を各部署に配布し医療安全室が改善活動を支援している。医療事故対策委員会には外部の専門家や第三者の参加を依頼しており、医療事故への対応は適切である。

患者誤認防止対策に関するマニュアルを整備し、患者・部位・検体などの誤認防止を図っている。臨床検査におけるパニック値、病理検査、画像検査の異常所見については担当者により迅速に主治医へ情報伝達を行っている。転倒・転落件数のデータを活用し二次転倒防止に注力するなど、病院全体で多職種が連携の上、防止対策に取り組んでいる。患者参加型の予防対策の実施や転倒直後の多職種による確認、患者も交えた予防策立案などの取り組みは優れている。医療機器の研修は、医師・看護師対象に入職時に加え定期的を開催し、各部門主催の研修もオープンにしている。使用中の作動確認は医療安全管理マニュアルに基づき実施し、アラーム設定を常時適切に設定している。院内救急コードを設定し、毎年救急コール対応訓練を実施している。救急カートは院内にて標準化し、RRS の要請基準も明確にしている。

6. 医療関連感染制御

多職種で構成される感染対策委員会を毎月開催し、感染制御を管理している。医療安全・感染対策室は病院長直轄組織として位置付け、権限を明確にし、アウトブレイク時等に病床運営に介入している。ICN は検査室、看護部、院内スタッフと密接に連携し、病院内の感染状況の把握に努めている。部位別、原因別の感染状況、抗菌薬の使用状況を把握し、アンチバイオグラムに活かしている。感染対策委員会において、多量のデータを取り扱うことから、資料を事前に配布するなど、委員会運営の効率化を図っている。院外地域活動として、地域の高齢者施設に新型コロナウイルス感染が多発した際には、保健所と連携し委員として指導を行ったほか、出張 PCR 検査にも協力するなど積極的な活動がなされている。

院内感染対策マニュアルに基づき標準予防策、感染性廃棄物の分別等を実施している。ICN および多職種 ICT による週 1 回のラウンドにより、感染対策実施状況を確認し、随時指導している。手指衛生回数目標値を徐々に高め、感染対策の徹底に努めている。抗菌薬の長期症例や耐性菌が検出された症例には、抗菌薬適正使用チームが介入することで、不適正使用の回避にも積極的に取り組んでいる。

7. 地域への情報発信と連携

地域住民や地域医療機関に向けた広報として、ホームページを始め広報誌や年報の発行等、広報活動を積極的に行っている。ホームページの充実に向け、各診療科の診療実績や院内での取り組みを掲載するなど、組織的に検討を行うとなお良い。医療連携推進室が他医療機関との連携窓口を担っており、医師同行によるクリニック訪問を積極的に実施し、紹介・逆紹介推進に繋げている。また、地域医療機関に病院に対する意見や要望に関するアンケートを実施し、地域の医療ニーズの把握に努めている。さらに、紹介元への返書も管理しており、地域の医療関連施設との連携は適切である。

地域住民に向け医療や健康増進に関する活動として、コロナ禍で中止となっていた市民公開講座や健康講座を再開し、定期的実施している。また、リソースナース活動と称して、専門看護師による看護塾を実施し、認知症やがん医療に関する講師派遣を行うなど、地域に向けた教育・啓発活動を適切に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内に職員を配置し、適切に受診の案内を行っている。外来診療や検査時において、医師が適切に患者への説明と同意取得を行っている。入院決定後、速やかに多職種で入院診療計画書を策定し、看護師がオリエンテーションを行っている。また、感染防止、転倒・転落、褥瘡、認知機能など入院時のアセスメントに必要な情報を収集している。

病棟看護師は看護実践基準・手順に基づき、固定チームメンバーと情報を共有しながら患者の看護を行っている。投薬・注射、輸血については、確実・安全に実施している。周術期の対応については、診療科カンファレンスで手術の適応や術式、方法の検討を行い、術後は麻酔科医師による覚醒確認の上、安全に配慮した搬送を行っている。褥瘡予防対策マニュアルに沿って、全入院患者のリスク評価を行い、適切な治療・予防対策の実施を支援している。管理栄養士が全入院患者に栄養スクリーニングを行い、患者・家族の食事に関する相談に応じている。疼痛や疼痛以外の症状緩和について、NRSを用いてマニュアルに基づき症状緩和を実施している。身体拘束の最小化を目指し、拘束期間の短縮に取り組んでおり、解除に向けたカンファレンスも継続的に実施している。

退院支援が必要な患者は、多職種が参加する退院支援カンファレンスを行い、必要に応じて早期に退院支援を行っている。退院後も継続的に診療・ケアが必要な場合、診療情報提供書や看護サマリー等により、外来看護師や地域の連携機関のケアマネージャー等と情報を共有している。医療安全マニュアルの「AD・DNARの指示の基本方針」に基づき、終末期の判断プロセスは複数の医師および多職種で検討している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、注射薬の管理、処方鑑査、調剤鑑査など適切に行われている。臨床検査機能は、検体誤認防止として病院独自のシステムを実装しており、高く評価できる。画像診断は読影を含め 24 時間体制で対応し、地域の医療機関からの依頼に対しても当日中に読影結果を報告している。食事摂取率の低い患者への栄養状態改善への取り組みや食事内容の改善が図っており、食事満足度が非常に高く栄養管理機能は秀でている。リハビリテーション専門医が各病棟の医療スタッフと緊密に連携し、質の高いリハビリテーションを提供している。診療情報を医事課診療情報係で一元的に管理しており、診療記録の量的点検、退院時要約の作成等適切に対応している。臨床工学技士により、主要な医療機器の一元管理、安全点検、手術室業務を担い、大学病院とも連携し応援体制を構築している。滅菌材料室は手術室師長の管理下で、サービスマークを取得した委託業者が洗浄・滅菌業務を行っている。

病理検体機能、輸血管理・血液管理機能、手術・麻酔機能はいずれも適切に機能を発揮している。救急医療機能については、日中・時間外において対応しており、自院で受け入れられない場合は、市内の救命救急センターへ紹介している。

10. 組織・施設の管理

予算書や財務諸表等の作成および会計監査は適切に行われている。経営状況の把握・分析は執行部会議、経営総合委員会、診療科長会等で検討・報告されており、経営管理は適切に実施されている。医事業務については、レセプトの作成・点検、返戻・査定において対応策を講じることで査定率低減に努めている。施設基準遵守管理は関連部門間で連携し対応しているほか、未収金管理についてもマニュアルに基づき対応しており、医事業務を適切に行っている。業務委託の是非や業者選定について、関連部門と業務内容を検討の上で業者の選定を行っている。委託職員に対する教育研修は、必要に応じて院内教育にも参加できる体制を整えており、適切な業務委託を行っている。

役割や機能に応じた施設・設備を整備し、施設課が保守管理や経年劣化の把握等を行っている。委託業者と共同し 24 時間体制で設備の稼働状況を監視している。購買管理として、診療材料や消耗備品については SPD 管理方式を導入し、期限チェックや在庫管理等も適切に行っている。災害時における対応マニュアルを策定し、緊急時や火災発生時の連絡体制も整備している。院内における暴言・暴力発生時に対する対応としてルール定め、職員や警備員による応援体制を整備するなど、保安業務を適切に行っている。

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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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
1.3.3	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	A
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	A
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	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	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化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	S
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	S
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	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	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	
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	A
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	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	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	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 A

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 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： 久留米大学医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 福岡県久留米市国分町155-1

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	250	230	+0	76.5	20.1
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	250	230	+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)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
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		
人工透析		
小児入院医療管理料病床	12	+0
回復期リハビリテーション病床	50	+0
地域包括ケア病床	40	+0
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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

DPC対象病院(準備病院)

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： 1 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

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
1日あたり外来患者数	351.49	378.11	339.06	92.96	111.52
1日あたり外来初診患者数	16.76	17.90	17.62	93.63	101.59
新患率	4.77	4.73	5.20		
1日あたり入院患者数	175.99	189.77	179.01	92.74	106.01
1日あたり新入院患者数	5.58	5.66	5.28	98.59	107.20