

## 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

貴院は開設以後、施設・設備・医療機器等を徐々に拡充し、医療機能の向上を図りつつ、現在に至っている。病院理念に「人々の豊かな生涯を支援する医療・介護」と掲げ、行動規範として、「病める人中心の医療・回護」「安全で高度な医療・介護の提供」「医療・介護機関との連携」「医療者・介護者としての研鑽」

「国際性のある医療・介護体制」など、5 項目を明示し、久留米保健医療圏の中核病院として、多くの住民から熱い信頼を受けている。

今回の病院機能評価の更新受審では、病院管理者や幹部・職員が協働して、組織的・継続的に準備に取り組み、訪問審査では十分にその成果を発揮している。今後も医療機能と質の向上に向けて、より一層の努力を期待したい。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・行動規範を明文化し、院内外への周知に適切に努めている。病院管理者や幹部は、経営状況を把握し将来像を示し、担当業務の課題を把握し解決に努め、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や委員会の運営、中・長期計画と事業計画の策定、部門年度計画作成と評価、BCP 策定等は適切である。電子カルテを導入し、情報システムや診療情報の適正管理、安全確保体制等を整備している。文書管理規程に基づく公文書等の管理、診療情報室管理規程による診療関係文書類の管理は適切である。

医療法等を満たす人員を配置し、職種別定数制と随時採用の柔軟な体制があり、緊急を要する職員不足は見られない。人事・労務管理体制の整備、就業規則等の整備や労働実態の把握は適切である。安全衛生委員会、健康診断・労働災害等の管理体制、環境整備等の安全衛生管理体制など、いずれも適切である。職員意見の聴

取・反映体制や福利厚生施設・制度等、職場環境は適切である。

医療安全・感染対策の研修会等の院内研修の管理体制、院外教育や研修参加、図書室機能を適切に整備している。全職員共通の能力把握・評価の仕組みがあり、看護部・診療を支援する各職種の部門には、専門的な能力把握や教育の仕組みがある。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利と責務を明文化し、院内外への周知と情報開示に努めている。説明と同意の方針・手順は明確であり、説明と同意書書式の整備、同意が必要な診療行為の範囲などおおむね適切である。患者用情報コーナーの設置、Wi-Fi 環境の整備、受診時の患者情報の聴取と共有、パスや入院案内の活用、入院診療計画書の見直し等で、医療参加促進に努めている。医療相談窓口を設置し、各種相談、転院・退院支援、がん支援相談等に対応し、虐待対応指針・手順を適切に整備している。個人情報保護体制を整備し、診療情報やUSB メモリの管理体制、相談記録、プライバシー確保への配慮など適切である。病院の倫理的指針を定め、倫理小委員会を設置し、現場での倫理的課題は、現場のカンファレンス等で検討し、解決不可の場合は倫理小委員会に諮り審議する仕組みがある。

2002 年に新築された病院であり、患者・外来者等の利便性・快適性に配慮し、高齢者・障害者が使いやすい施設・設備の整備、快適な療養環境の整備など、いずれも適切である。建物内禁煙方針を掲げているが、喫煙患者・職員に対する禁煙啓発活動の充実が今後の課題である。

### 4. 医療の質

患者満足度調査や意見箱、窓口等を通して患者・家族の意見・苦情を収集し、運営規程に沿って検討・改善している。診療の質向上に向けては、症例検討会や各科合同症例検討会の開催、全死亡症例の電子カルテ掲示による安全管理面からの情報共有、クリニカル・パスの運用など、おおむね適切である。所属長会議や部門ミーティングによる業務の質改善活動、職種横断的な 5S 活動の推進、病院機能評価受審への組織的活動、立入検査指摘事項への対応等、業務の質改善への取り組みは適切である。新たな診療・治療方法や手術の導入、医薬品等の適応外使用は、院長を管理者として各診療科や部署から倫理小委員会に諮る仕組みがあり、院内の教育・支援体制も整備されている。

病棟での診療・看護・薬剤等の責任体制を明確に提示し、外来の診療責任体制も明確である。診療記録記載ルールに沿って診療記録を記載する仕組みがある。診療記録の質的点検については、今後の体制の整備を期待したい。日常的に多職種間でカンファレンスを開催して情報共有を図っている。NST、褥瘡対策チーム、ICT、AST など多職種からなる専門チームがあり、患者中心の診療ケアを組織横断的に、適切に行っている。

## 5. 医療安全

医療安全管理室を設置し、専従看護師を配置している。医療安全管理委員会を設け、下部組織にリスクマネジメント部会を置き、毎週開催している。医療安全管理指針、リスクマネジメントマニュアルを整備し、毎年見直しを行い必要時に改訂している。インシデント・アクシデント報告は、専用システムで収集し、アクシデント事例を医療安全管理委員会、インシデント事例をリスクマネジメント部会で検討し、原因追究、対策立案し、実施状況をラウンド時に把握している。RCAで事例を分析し、具体的対応事例もある。

患者確認はフルネームの名乗りとリストバンド等で誤認を防止し、タイムアウトを実施している。手術部位マーキングの手順などは、院内共通マニュアルの整備が望まれる。電子カルテ基準に基づき、指示出し、指示受け、実施、確認の手順を遵守している。画像診断読影結果を依頼医へ確実に伝達する仕組みの整備を期待する。全病棟に担当薬剤師を配置して薬剤を管理し、麻薬・危険薬の管理、抗がん剤のレジメン登録など、適切である。転倒・転落アセスメントシートで評価し、リスクのある患者対応、未然防止、発生時の対応など、転倒予防に努めている。人工呼吸器・輸液ポンプ類を臨床工学技士が中央管理し、看護部と臨床工学技士が連携して計画的に看護師への研修を実施している。院内緊急コードを設定し、救急カートを看護師、薬剤師が定期的に点検している。全職員を対象としたBLS・AEDの訓練を実施し、記録を看護部で管理している。

## 6. 医療関連感染制御

感染管理室を設置し、専従看護師を配置し、権限の委譲と即時対応体制を確立している。院内感染対策委員会を設置し、下部組織としてICTとAST、病棟に感染リンクスタッフ会議を置いている。院内感染対策マニュアルを策定し、適宜改訂している。耐性菌の各種感染情報、ターゲットサーベイランスで、SSI、BSIを把握している。ICTが院内外の情報を把握・管理し、早急に対応する体制がある。アウトブレイク対応体制は確立し、アウトブレイクを制圧した事例がある。院外の感染性疾患流行情報の収集、アンチバイオグラムの作成やJANISへの参加等適切である。

個人防護用具を各病室前に配備し、手指衛生徹底のために、速乾式手指消毒剤の使用状況を把握し、感染性廃棄物や汚染リネン類の取り扱いもマニュアルに即して遵守している。感染症患者情報をボードに一覧表示し、多職種で共有する仕組みがある。ASTを設置し、病棟、HCU等を含めて、抗菌薬適正使用ラウンドを行い、抗菌薬使用介入を徹底している。特定抗菌薬の使用状況は届け出制を遵守し、届け出率は100%である。分離菌感受性パターン調査データに基づき、届け出た抗菌薬使用は、ASTラウンドで検討し、問題があれば各医師へフィードバックしている。

## 7. 地域への情報発信と連携

患者・地域住民・関係機関向けの広報誌「こがねっと」を発行し、院内配布や関係機関に郵送している。ホームページを開設し、外来や入院の受診案内、厚生労働省が定めた病院指標や診療実績を公開し、各種活動案内、病院機能評価受審結果公表などを掲載し、随時更新している。年1回のオープンホスピタルで、病院見学、小・中高校生向けの医療職体験会を行っている。地域医療連携室を設置し、地域連携を担当している。ホームページに診療情報提供書、PET-CTや検査依頼書を掲載し、地域医療機関に開放している。「顔の見える連携」を目指し、院長、副院長、病院幹部が連携医療機関を訪問して、連携強化に取り組んでいる。診療・検査予約受付、紹介受付・診察状況を把握し、紹介元への返書・情報提供を確実にしている。地域の人口動態や高齢化率、医療ニーズ等を収集・分析している。地域の健康増進活動として、患者・地域住民向けの市民公開セミナー、乳がん市民セミナーを開催し、医師のテレビや新聞などメディアへの取材・コラム協力も行っている。介護予防普及啓発事業、介護予防サポーター養成、体力測定協力員、災害支援看護派遣（訓練）等へ療法士や看護師を派遣している。地域の医療関係者向けに、認定看護師や専門職種の講師派遣や施設訪問指導など、地域の医療・介護者を支援している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者の円滑な受診、外来診療は適切に行われている。診断的検査では侵襲性のある検査や特に配慮を要する検査など、患者・家族へ説明を行い、同意を得たうえで安全に実施している。入院においては病態や検査結果に基づいて適切に決定され、診断・評価に基づく診療計画が作成されており適切である。円滑な入院の受け入れを行い、社会的・経済的問題、患者・家族の要望など多岐にわたる医療相談に適切に対応している。医師と看護師により適切な病棟業務が実施され、病棟担当薬剤師により確実・安全な投薬・注射が実施されている。輸血・血液製剤は確実・安全な投与が行われている。手術については、カンファレンス等を通して判断し、必要に応じて他の診療科と協議して決定するなど周術期の適切な対応がなされ、重症患者はHCUや観察室が整備されており、疾病の重症度などの状況に応じて適切な管理がされている。褥瘡の予防・治療と栄養管理は、入院患者全員にスクリーニングを行い適切な予防、治療、食事指導などを行っている。疼痛評価を行い適切な症状緩和ケアが実践され、急性期リハビリテーションと身体抑制は安全に実施されている。多職種によるカンファレンスを行い、退院に向けて患者・家族に適切な退院支援を行っており、必要な患者への継続した診療とケアを実施している。ターミナルステージへの対応は、患者の病識や心情を確認し、意向や状態に応じた診療・ケアの計画が作成・実践されており適切である。今後とも、より質の高い診療・ケアの充実と質の向上を期待したい。

## 9. 良質な医療を構成する機能

良質な医療を構成する機能は、貴院の機能に見合った責任と管理体制を整備し、適正人員を配置して機能を発揮している。薬剤管理機能は持参薬の鑑別を適正に実施し、麻薬等の保管・管理も適切に実施している。臨床検査機能は迅速な検査実施と精度管理が行われ、画像診断機能では迅速な読影体制と安全な撮影体制となっており適切である。また、栄養管理機能では調理環境の衛生的管理がなされ多様な治療食や食形態へのニーズに対応するなど、患者中心の食事提供がなされている。リハビリテーション機能では、急性期対応体制と病棟・外来リハビリテーションと連携するなどチーム協働体制となっており、診療情報管理機能は、電子カルテ管理や量的点検が確実に実施されている。医療機器管理機能では臨床工学技士による中央管理・保管体制となっており、洗浄機能は中央化され衛生的に管理されており、全ての機能を適切に発揮している。

病理診断機能では、病理医が不在であるが、機能に応じた診断体制と結果の連絡体制となっており、放射線治療機能では病院機能に相応しい治療提供と安全確保体制を整備している。輸血・血液管理機能では、適正な保管体制と血液製剤の廃棄率低減に向けた努力がなされており、手術・麻酔機能は清潔管理と安全面に配慮した手順が整備されている。また、集中治療機能では、多職種協働による病院の機能に見合った機能発揮がされている。救急医療機能については、適正な人員配置や非応需事例の検討と虐待への対応体制などが整備され、良質な医療を提供する適切な機能となっている。今後も、一層の質向上に向けた努力を期待したい。

## 10. 組織・施設の管理

法人の予算編成手順があり、医療法人会計基準に基づいて財務・経営管理を行い、各帳票類の整備、外部会計監査等を実施し、毎月、院長会議や院長副院長会議で予算と実績を対比・評価し、改善策を検討している。医事業務は医事課が担当し、窓口会計遂行、レセプト作成と医師の点検体制、査定・返戻対応、未収金管理、施設基準遵守体制など、適切に行っている。業務委託は、管理体制、業者選定の手順、業務内容の確認と評価、委託業者社員教育の実施、事故発生時対応体制など、明確である。

施設・管理課が施設・設備を管理し、委託業者が一部の施設・設備の日常・定期点検や保守管理を担当している。清掃と清潔保持、医療ガス安全管理、感染性廃棄物等の廃棄物の保管等は適切である。診療材料・医療機器・医薬品等の購入は稟議書で実施している。診療材料はSPDで対応し、医薬品・給食材料等の購入手順も明確である。

新耐震基準建築であり、災害マニュアルやBCPの整備、訓練実施、災害時対応体制の整備、自家発電能力や燃料の確保、食料品・飲料水の備蓄など適切である。保安業務の責任・管理体制、院内巡視やモニター監視による日常・夜間管理体制は整備されているが、夜間の来訪者への対応強化を望みたい。事故発生時の院内「緊急対策会議」の設置や発生時の対応体制、原因究明と再発防止に向けた組織的検討や対応手順、事故調査委員会設置手順等は適切である。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

医科の協力型臨床研修病院の指定を受けている。法人本部の初期臨床研修委員会が管理している。看護部ではキャリアラダー制を導入し、新人教育プログラムに基づいて新人教育を行っている。その他の医療専門職種においても、新人教育計画を作成しプログラムに則った OJT を中心とした研修を行っている。年間を通じて、医学部学生、看護師、薬剤師、臨床検査技師、管理栄養士、リハビリテーション療法士、社会福祉士、診療情報管理士、医療事務、医療クラーク等の多職種の実習学生を多数受け入れ、職種ごとのカリキュラムに則って計画的に実習している。養成学校と実習契約書を締結し、実習受入規程を整備し、院内規則遵守、個人情報保護の確約とワクチン接種状況等を把握している。実習中の事故対応を定め、全職種共通で医療安全、感染対策、院内遵守事項などのオリエンテーションを行い、各実習生を一元的に管理して、期間を通して安全に実習を行う体制を整備している。

# 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	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	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	B
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	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	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	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： 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： 社会医療法人 天神会 古賀病院21

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： 福岡県久留米市宮ノ陣3-3-8

### 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	217	217	+0	98	17.6
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	217	217	+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)	8	+0
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	45	+0
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床	43	+4
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	14	+0
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(Ⅲ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： 0 人 2年目： 0 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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	464.93	446.64	417.84	104.10	106.89
1日あたり外来初診患者数	35.12	34.50	34.37	101.80	100.38
新患率	7.55	7.72	8.22		
1日あたり入院患者数	212.66	211.84	209.56	100.39	101.09
1日あたり新入院患者数	12.07	12.82	11.96	94.15	107.19