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1月21日～1月22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1968年に20床の病院として開設され、以来57年の長きに渡って地域医療の一翼を担ってこられた。その間病院機能は変化と充実を繰り返し、現在では地域包括医療病床を含む一般病棟を有し、地域における高齢者救急にも対応し得る急性期機能を持つ病院として地域に認知されている。また、開放型病院として地域の診療所や近郊の大規模中核病院と連携を深めて対応し、幅広い疾患のサポートを行うべく奮闘している。さらに、2011年からは緩和ケア病棟を開設し、遠方の拠点病院と連携して継続性のあるがん診療に取り組むなど充実が図られている。

一方で、早期から外部の第三者による評価に基づいた質の向上にも熱心に取り組んでおり、今回5回目の病院機能評価受審となった。審査を通じて随所に前回からの充実した取り組みを確認することができたが、併せて見直しや改善を求められる新たな課題も明らかとなったところである。今後も引き続き病院長をはじめとした幹部職員の優れたリーダーシップの下で質の向上に取り組み、貴院が地域にとってますます不可欠な病院として成長・発展さ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、基本方針は明確であり、中長期経営計画を策定して将来像として職員へ明示している。病院運営の意思決定会議は運営会議であり、その他の会議や委員会などに幹部職員が参加して課題解決にリーダーシップを発揮している。年次事業計画は、目標を数値化して達成度を評価しており、病院幹部は経営課題を共有して解決のために取り組んでいる。基幹システムの電子カルテをはじめ、セキュリティーは堅固であり、診療実績などを経営管理に活用する仕組みが整備されている。文書管

理はおおむね適切であるが、業務マニュアルを含めた一元管理の実現が望まれる。

法令などに照らして人員に不足はなく、人材の確保と定着に組織的に取り組まれている。就業規則の説明や改訂時の周知などは確実に行われており、タイムカードによる労働時間の把握など労務管理は適切である。職員の安全衛生管理はおおむね適切であるが、衛生管理者の職場巡視は法令巡視の観点から充実が望まれる。職員用の意見箱を設置するなど要望の把握に努めており、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。

全職員を対象とした教育・研修は計画的に行われているが、さらなる受講率の向上が望まれる。職員の能力評価・能力開発には、人事考課制度とプリセプター方式の技術レベルチェック方式が採用されており、熱心に取り組まれている。学生実習は療法士や管理栄養士、事務部門で受け入れており、指導者を育成しカリキュラムを遵守して行われている。

３．患者中心の医療

患者の権利は明文化して患者・家族および職員へ周知し、診療記録は全件について開示されている。説明と同意については医療安全管理マニュアルに明文化されており、適切に運用されている。患者の意向を確認することや説明内容に、絵図・写真・表などを用いてわかりやすく説明するなど、患者自らが医療へ参加しやすい工夫がなされている。患者・家族からの相談には地域連携室が窓口機能を有しており、専門スタッフがきめ細やかな対応を図っている。個人情報の適正な保護のため、病院としての方針や利用目的を明文化し、全職員に周知されている。病院としての臨床倫理指針が策定され、臨床倫理コンサルテーションチームの介入により、倫理的課題について多職種で継続的に取り組む仕組みが構築されている。臨床現場では、患者・家族・医療従事者が抱える倫理的課題について多職種で検討し、倫理的感性を高めている。

病院への交通アクセスは利便性が高く、売店はないが入院生活に必要な備品類は病院から購入できるなど配慮されている。デイルームは、患者・家族が自由にくつろげるように配慮しており、廊下・トイレ・浴室は転倒予防に手摺りを設置して安全確保に努めている。敷地内禁煙がなされており、患者へは禁煙外来を実施している登録医を紹介する仕組みがあり、職員の喫煙率も把握して禁煙啓発に努めている。

４．医療の質

患者からの声に基づき、また、部署ごとでの課題に対して、業務改善委員会をはじめとした各委員会活動や品質管理（QC）活動を通じて継続的に改善活動に取り組まれている。臨床倫理やデスカンファレンスなども多数行われているが、クリニカル・パスや臨床指標、質指標に関しては今後の充実が望まれる。意見箱や患者満足度調査を通じて積極的に要望などの把握に努めており、Wi-Fi 環境の整備・充実などの成果が得られている。新たな診療・治療方法や技術の導入について病院として検討し、教育・研修を行った上で導入を図っており、臨床研究に関する審査体制も

確立している。

病棟の見やすい場所や入院患者のベッドネームには責任者の氏名を明記して、主治医不在時の対応も明確に定めて周知している。診療記録は電子カルテであり、必要な情報が記載基準を遵守して適時に記載されている。医師による質的点検を行っているが、実施頻度や内容については、今後の充実が望まれる。診療科の枠を越えた感染制御チーム（ICT）や栄養管理サポートチーム（NST）、化学療法、褥瘡対策、入退院調整、リハビリテーション・院内デイケア、心不全などの各医療チームが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が毎月開催されており、医療安全管理責任者には権限が委譲され、組織横断的に医療安全活動を行っている。また、職員向けに「安全ポケットマニュアル」を作成して周知している。院内のインシデント・アクシデント情報は積極的に収集し、医療安全管理部門会議で要因分析して再発防止に努めている。医療事故が発生した場合の対応手順を明確化して職員に周知徹底し、必要に応じて外部の専門家も参画するなど、原因究明と再発防止に適切に対応している。

患者・部位・検体などの誤認防止では、本人による二要素の名乗りと、手術患者へのマーキング、手術室および内視鏡室でのタイムアウトが実践されている。指示出しはオーダリングシステムを活用し、指示受けや実施の記録を確実に行っている。転倒・転落について、入院時に患者・家族へ注意喚起し、全患者を対象にリスクアセスメントを実施している。また、危険度を評価して予防策を立案し、看護計画へ反映させている。医療機器の安全使用については、日常点検および定期的な保守点検を計画的に実施しており、看護師全員を対象に研修会を適宜行っている。急変時に適切な対応ができるように緊急招集システムを整備し、各部署には救急カートや自動体外式除細動器（AED）を設置している。また、職員全員を対象に一次救命処置（BLS）研修を行っている。

６．医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会を毎月開催し、院内感染防止対策部門チームではラウンドを行っている。また、福岡市内の病院と連携して感染対策の充実に努めており、マニュアルを適宜改定して周知している。感染情報の収集は院内感染防止対策委員会で行っており、具対策を検討して周知している。その後は定期的なラウンドを行っており、手指消毒の徹底や個人防護具（PPE）の着脱チェックなどにも取り組んでいる。院内の感染状況については、部署ごとに菌種別の感染状況を把握しているほか、経路別感染情報も収集している。さらに、アウトブレイクを定義して対応しているほか、院外情報も積極的に収集して院内で活用している。

病棟など院内各所にPPEや速乾式消毒剤を設置しており、手洗い方法は手指消毒ポスターを貼付して職員への啓発を行っている。滅菌ガーゼは、清潔面からディスポーザブル製品に切り替えている。今後も継続されることが望まれる。抗菌薬の適正指針は遵守されており、アンチバイオグラムや抗菌薬の使用状況を把握して医師

にフィードバックし、手術時の抗菌薬予防投与も実施している。

７．地域への情報発信と連携

病院の取り組みや診療実績は、広報誌やホームページで適切に行われている。また、地域の医療機関や高齢者介護施設の最新情報が適時に把握されており、紹介・逆紹介は地域連携室が中心となって顔の見える関係づくりを構築して積極的に取り組まれている。地域向けの教育・啓発活動では、療法士や管理栄養士などの専門職種が講師となり、患者や地域住民向けに身近なテーマを設定した研修会を開催して取り組んでいる。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

外来では担当者を配置して患者の診療を支援しており、患者情報を多職種間で共有して円滑な診療がなされている。地域の病院などと定期的に地域会議を行い、地域連携室が窓口となって入院患者を円滑に受け入れており、必要に応じた他院支援に取り組まれている。侵襲的な検査の際は、説明の上で同意を取得して実施し、入院決定は医師の医学的判断に基づいて決定し、外来看護師などが丁寧に入院説明を行っている。入院後は患者・家族の要望などを踏まえて診療計画を立案し、医療相談窓口を設置してきめ細やかに対応している。

多くの医師が毎日のカンファレンスに出席し、各職種との情報共有がなされている。病棟の看護師は日々の受け持ち患者の意向を確認し、治療や症状に対する看護を提供している。投薬・注射の際は、事故防止に徹底して取り組んでおり、輸血はマニュアルを遵守して行っている。一部手術の説明・同意について、登録医との協議により患者が十分な理解のもとで麻酔に同意したことが記録として残る仕組みが整備された。今後も継続されることが望まれる。術後などの重症患者入室基準を設定し、病状にあわせた多職種による対応が図られている。褥瘡対策委員会を設置して予防や治療・ケアを実践し、入院患者全員に栄養アセスメントを実施して栄養管理に取り組んでいる。症状緩和に関する方針・手順を定めて実践している。身体拘束最小化チームを設置しており、解除に向けて多職種との検討を毎日行っている。退院支援にはパスを活用し、多職種で支援内容を検討している。継続した診療・ケアの実践では、訪問診療や訪問リハビリテーションを実施している。ターミナルステージでは、ガイドラインを定めており、デスカンファレンスでの振り返りを大切にしたケアを実践している。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤科では、持参薬の管理や処方・調剤鑑査が徹底されている。注射薬は１施用ごとに取り揃えて払い出し、薬事委員会で医薬品の採用などを検討している。検査科では検体処理の検体交差が起こらないよう工夫し、精度管理も適切に行っている。パニック値は、迅速かつ確実に医師に報告される運用となり、今後も継続され

ることが望まれる。放射線科では日中や時間外もタイムリーに撮像し、リスクチェックは安全マニュアルに沿って実施している。厨房は衛生管理が徹底されており、毎月の行事食やきめ細かい個別対応で満足度向上に努めている。リハビリテーション科では、患者の状態をチェックしながら、継続性に配慮して提供している。診療情報管理は専従者が配置され、量的点検やがん登録のほか、診療統計などに適切に取り組まれている。医療機器は各部署で管理し、医療機器安全管理責任者を配置して計画的な保守点検や職員教育体制を整備している。中央材料室では、洗浄は中央化され各種インディケーターを用いて滅菌精度を確認している。単回使用医療機器については、再使用せず単回使用を徹底している。今後も継続されることが望まれる。

病理診断は誤認防止対策を徹底し、説明漏れのないよう工夫して取り組まれている。輸血の際は、必要な製剤が直ちに確保され施行している。手術室では全身麻酔手術は麻酔科医が担当し、誤認防止を含めて安全管理の徹底を図っている。救急告示病院であり、かかりつけ患者は原則受け入れる方針であり、断らない医療を目指して努力している。

１０．組織・施設の管理

財務経営管理は、月次の財務指標を作成して運営会議などに報告し、目標管理の進捗評価に取り組んでいる。医事業務はマニュアルを遵守して適切に行われており、レセプト作成への医師の関与も的確である。業務委託は積極的に採用されており、業務仕様書の履行状況を定期的に評価して質を管理している。

施設・設備管理は、営繕係による日常管理と専門業者による定期的な保守点検によって常時整備が行き届いている。購買管理は合理的になされており、受発注管理の内部牽制機能や、棚卸による適正在庫の確保などに取り組まれている。

災害時の対応では、防火訓練や大規模災害マニュアルの整備・周知に加えて、備蓄品は患者用のみならず職員用も必要量が整備されている。時間外の保安業務は外部委託されており、定時の巡視や要所の施錠のほか、鍵管理も確実に実施されている。

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	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	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	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	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	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	B
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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	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	B
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	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	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： 2024 年 9 月 1 日 ～ 2025 年 8 月 31 日
時点データ取得日： 2025 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 医療法人誠心会 井上病院

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 ： 福岡県糸島市波多江699-1

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	73	73	+0	95.5	19
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	73	73	+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		
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	31	+10
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	16	+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 ：

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

診療科名	医師数（常勤）	医師数（非常勤）	1日あたり外来患者数（人）	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数（人）	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数（日）	医師1人1日あたり外来患者数（人）	医師1人1日あたり入院患者数（人）
内科	0.89	0.78	25.54	17.53	7.37	10.17	16.90	24.69	15.29	4.41
呼吸器内科	0	0.16	2.09	1.44	0.58	0.80	2.79	32.62	13.08	3.63
循環器内科	1.5	0.73	31.78	21.82	16.29	22.47	2.63	29.59	14.25	7.31
消化器内科（胃腸内科）	1.11	0.12	3.54	2.43	3.85	5.31	15.74	13.98	2.87	3.13
糖尿病内科（代謝内科）	1	0	12.80	8.79	1.62	2.24	0.70	25.78	12.80	1.62
外科	3.23	1.46	32.36	22.22	25.38	35.00	31.68	19.97	6.90	5.41
乳腺外科	0.24	0.03	1.86	1.27	0.00	0.00	39.07	0.00	6.87	0.00
肛門外科	0.03	0	0.12	0.08	0.00	0.00	72.22	0.00	4.12	0.00
整形外科	2	0.28	19.13	13.13	17.33	23.90	12.30	29.42	8.39	7.60
リハビリテーション科	0	0.61	13.35	9.17	0.08	0.12	0.03	31.00	21.89	0.14
麻酔科	0	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
健診・予防	0	0.5	3.09	2.12	0.00	0.00	53.67	0.00	6.17	0.00
研修医										
全体	10	4.87	145.67	100.00	72.52	100.00	14.37	23.63	9.80	4.88

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
年度(西暦)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	145.67	150.25	152.03	96.95	98.83
1日あたり外来初診患者数	20.94	22.26	21.68	94.07	102.68
新患率	14.37	14.82	14.26		
1日あたり入院患者数	72.52	70.81	64.77	102.41	109.33
1日あたり新入院患者数	3.07	3.07	2.80	100.00	109.64