

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8月21日～8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

開設法人の理念に沿って基本方針を定め、病診連携・病病連携の強化を目指している。とりわけ、救急体制の強化と災害拠点病院として災害時医療体制の充実に取り組み、院長中心に、幹部・職員が一丸となって日夜努力している姿に深く敬意を表したい。

病院機能評価はこれまで5回受審されたが、継続的な改善活動として、病院全体で熱心に取り組んでおり、これまでの課題のいくつかについては、改善の成果が認められたところである。しかし、取り組むべき課題も見出されているので、本報告書を更なる質向上に活用され、地域からより信頼される病院であり続けることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化して、病院運営の基本としている。基本方針は、見直しを定期的に行っている。意思決定会議は経営会議であり、決定事項は、院内LANおよび経営者・部署長会議等により周知されている。組織運営は、中長期計画に基づいた年次計画が策定され、部門・部署ごとの目標と達成度の評価を行うなど適切に行っている。院内で発生する情報は、診療情報管理室・情報システム課により適切に管理し有効に活用している。文書管理についても一元的管理を適切に行っている。

病院の法定人員や施設基準の必要人員は確保している。人事・労務管理は、週総労働時間の見直しの取り組みを期待したい。安全衛生管理は適切に行っている。院長ヒアリング等により職員の意見・要望を把握し職員にとって魅力ある職場となる

よう努めている。

職員への教育・研修および研修医の初期研修や看護職員の臨床研修は、計画的かつ継続的に実施しており、評価できる。職員の能力評価・能力開発についても適切に行っており、各部門とも目標を定めて、人材育成を計画的に行っている。学生実習等についても、総務課が必要事項を網羅した契約書を取り交わし適切に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化して、患者・家族に周知している。患者への説明と同意の取得に関する方針や基準・手順を定めている。看護師等の同席の基準が定められ、同席者の署名も行っている。セカンドオピニオンについては、院内掲示等で案内している。患者が主体的に医療に参画するように「患者さんの義務」として自分の健康に関する情報を正確に伝えるよう明示し、入院案内等で周知している。患者自ら氏名等を名乗ることで、患者参加による安全確保の確認を行っている。医療相談室は、正面玄関入口横に設置され、MSW、看護師、医療対話推進者を配置している。患者の個人情報、個人情報保護規程を策定し、院内 LAN、ホームページ、入院案内に明示され、職員や患者・家族に適切に周知している。主要な倫理的課題の方針は明文化され、臨床上の倫理的課題は、医師・看護師・社会福祉士・療法士等の多職種によるカンファレンスを行っている。

院内はフリーWi-Fi や手摺りの設置など、多様な設備が設置され、利便性に配慮し、高齢者や障害者に対する配慮も適切である。病室は、診療・ケアに必要なスペースが確保され、整理・整頓されている。トイレ・浴室も利便性・清潔性・安全性が確保されている。病院敷地内は、全面禁煙となっており、入院案内への掲載および院内に掲示するとともに、職員が定期的にラウンドを行い、喫煙防止に努めている。

4. 医療の質

業務の質改善は、BSC を導入し、作業の効率化による時間外労働の削減や「もったいない運動」による無駄の削減等を行っている。診療の質の向上に向けては、多職種による臨床症例検討会を定期的に行い、各種ガイドラインに基づいた治療戦略で、適切な治療を行っている。患者・家族からの要望は、入院および外来患者アンケートや患者満足度調査を通して収集し、改善に向けた活動を行っている。新たな医療機器・技術の導入に際しては、各種ガイドラインで推奨された診療基準等に基づいている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、責任者名が掲示され、主治医不在時の対応も明確にして周知している。診療記録は、診療録記載マニュアルに基づき、わかりやすく記載しており、院内略語集も整備している。医師記録の質的点検は、多職種で点検する仕組みの構築を期待する。多職種が協働については、医師・看護師・療法士・薬剤師・管理栄養士・社会福祉士などの多職種によるカンファレンスが、積極的に開催され、検討された内容は記録され、情報共有を行っている。

NST、ICT、褥瘡対策委員会チーム、循環器チームなどのラウンドの実施結果は、現場にフィードバックされ、専門性の高いケアの維持向上に成果を上げている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室が設置され、医療安全管理者は指導的役割を果たしている。アクシデント・インシデントは、電子カルテで報告する体制が整っている。医療事故等の発生時における対応手順を整備している。患者・家族へ説明する場合の医療対話推進者は、研修を受けた職員が担当している。

患者確認の方法は、患者本人が名前、生年月日を名乗るルールを医療安全マニュアルに明記し、入院案内や院内表示により患者・家族への患者誤認防止への協力を得ている。指示受け・実施入力に電子カルテ上で全て行えるよう整備され、指示出しを受ける側が認知しやすい仕組みがある。口頭指示は原則受けないルールを制定し、代行ルールを明確にしている。薬剤を取り扱う職員を対象とした研修が実施され、麻薬・向精神薬等の管理、副反応への対応を適切に行っている。薬剤師が24時間体制で介入し投薬に関するエラー防止に努めている。転倒・転落防止対策は、マニュアルを策定し、転倒・転落改善対策委員会を設置し、転倒転落防止に向け、病院が丸となり積極的な取り組みがなされ適切である。人工呼吸器やシリンジポンプなどの職員教育は、新人や中途採用者および看護師ラダー教育で行っている。人工呼吸器使用中の患者は、臨床工学技士が巡回し、設定や作動状況を確認している。院内の緊急コードは、ハリーコールを設定し、各部署に明示している。救急カートは定期的に点検されている。また、AEDやBLSの訓練も行われている。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染対策室を設置し、専従のICNを配置している。院内感染対策委員会やリンクナース委員会の設置と共に、多職種で構成されるICTが組織されるなど体制を適切に整備している。院内感染やSSI・VAP等の医療関連感染の発生状況は、日常のサーベイランスで把握され、院内への周知とともに分析に基づいた対策を策定している。近隣の医療機関で発生している感染症の情報を収集し、院内感染対策に役立てている。

感染対策室を中心にICTラウンドを実施し、標準予防策の徹底への工夫を行っている。感染性廃棄物は分別が明確であり、看護補助者が回収している。感染性廃棄物を取り扱う業者への教育指導を実施している。抗菌薬の採用・採用中止は薬事委員会で検討され、抗菌薬適正使用マニュアルを整備している。広域抗菌薬は届出制とし、使用状況を常時監視するなど、抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、病院パンフレット、診療科紹介、年報、広報誌のほか、SNSを用いて発信している。近隣の医療機関への情報発信は、地域医療連携室と連携して迅速な情報発信をしている。地域医療連携室が定期的に地域連携交流会を開催して、交流を深め、適切な地域ニーズの把握に努めている。地域住民への教育・

啓蒙活動は、医師やコメディカルが主体となり、市民向けの公開講座や出前講座を定期的実施している。地域医療連携会では、多くの近隣のクリニックが参加し、情報交換を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療案内および入院案内やホームページにより受診に必要な情報が案内され、院内各所の掲示板などに表示や掲示を行っている。各種検査は医師が必要性を判断し、特に侵襲的な検査では、同意書を得てからの実施を徹底し説明している。医師の判断に基づいて入院決定がなされ、入院計画書を作成し、患者・家族へ説明し同意を得ている。患者支援センターに地域医療連携室、医療相談室、入退院支援室を設置し、相談窓口は医療相談室が対応し、相談内容により多職種と連携し多種多様な相談に対応している。病棟看護師は、療養上の注意や施設の案内などの入院オリエンテーションを実施し、円滑に入院できる仕組みを整えている。

医師および看護師は、情報共有を語り病棟業務を適切に行っている。投薬・注射による治療に関する説明は、担当医が行い、薬剤師は薬歴確認や服薬指導を実施している。輸血・血液製剤投与は、輸血療法マニュアルに即して、医師が血液製剤の種類、型を決定している。手術・麻酔の適応と方法は、カンファレンスや上級医との相談の上で判断している。重症度に応じた病床の選択がなされている。褥瘡の発生リスクは、全入院患者を評価し、ポジショニング回診を多職種で行い、褥瘡発生予防に努めている。各病棟に専任管理栄養士を配置し、入院時に全入院患者を訪問し、患者の栄養状態や食事の摂取状況、食物アレルギーの有無等の評価を行っている。がん性疼痛は、緩和ケアマニュアルに基づいた疼痛コントロールや精神的サポートを行っている。リハビリテーションの必要性については、多職種カンファレンスでの情報などをもとに医師が判断し、365 日リハビリテーションが提供されている。身体抑制は、基本方針と実施手順に沿って実施している。退院支援は、入院後早期に退院支援カンファレンスが行われ、患者・家族の意向に沿った退院支援計画書を作成している。退院後も継続的に診療・ケアが必要な場合は、情報共有シートや看護サマリーなどで情報を提供している。ターミナルステージは、複数の医師で判断し情報共有している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤師による薬剤管理や投薬の準備等が積極的に行われ、患者への安全・適切な薬剤提供に努力している。臨床検査機能は、一般検査、血液検査、生化学検査、生理検査、輸血検査、採血業務などに対応している。異常値・パニック値は依頼医に直接電話連絡し、担当医不在時には他の医師へ連絡している。画像診断機能は、至急検査を含む検査依頼に積極的に対応し、放射線科医師によるタイムリーな読影が全例に対して行われ、報告書の未読対応も行われており評価したい。食事は適温配膳車を使用して盛り付けから 30 分以内に配膳がなされ、適切に栄養機能を発揮している。リハビリテーション機能は、急性期・維持期における必要なリハビリテーションを提供している。診療情報管理機能は、診療情報管理士

により一元管理されている。診療録の量的点検も行われており、適切に機能を発揮している。医療機器管理機能は、中央管理としバーコード管理している。洗浄滅菌業務についても中央化され、滅菌の精度保証を確実に実施している。

病理診断機能は、病理組織診、細胞診、術中迅速凍結切片病理検査など適切に行われている。輸血・血液管理機能は、廃棄率減少の取り組みが行われている。手術・麻酔機能は、スケジュール管理・緊急手術対応など適切である。集中治療機能は、入退室基準が明確であり、術後や入院中の重症患者、心疾患患者等を収容している。臨床工学技士をはじめ多職種が関与し、チーム医療を実践している。救急医療機能は、「24 時間断らない医療」を基本方針とし、24 時間 365 日対応可能な体制を整備している。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に則り、財務諸表を適正に作成している。また、公認会計士による監査を受け、顧問税理士による決算報告書を作成している。窓口収納において、自動精算機を導入し、待ち時間なく対応が可能である。未収金は、独自に開発したシステムを用いて、電子カルテと連動して管理され、請求や督促の記録など、適切な管理を行っている。委託業者に対する質の評価は、総務課で管理し、研修会で個別に教育を行っている。

施設・設備管理は、施設課と委託された夜間警備の職員と連携して、24 時間体制で実施しており、保守管理も行われ、記録も適切に保管している。院内の清掃管理および感染性廃棄物等の処理・保管も適切である。医薬品など各種物品の購入、品質管理および在庫管理（SPD 導入）を適切に行っている。

リスクに対応する BCP の策定を行い、緊急時の責任体制、火災発生時や停電時・風水害等大規模災害発生時の対応体制も確立している。保安体制はおおむね適切に整備されている。

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	A
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	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	B
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	S
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	B
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	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	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	
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	B
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 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 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人水光会 宗像水光会総合病院

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： 福岡県福津市日蔭野5-7-1

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	300	300	+0	80.3	13.6
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	300	300	+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)	6	+0
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	50	+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	49	+0
地域包括ケア病床	39	-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		
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

災害拠点病院(地域), DPC対象病院(DPC標準病院群)

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： 3 人 2年目： 2 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

[illegible]

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	408.85	394.55	371.44	103.62	106.22
1日あたり外来初診患者数	64.37	54.62	48.34	117.85	112.99
新患率	15.74	13.84	13.01		
1日あたり入院患者数	241.05	251.91	256.41	95.69	98.24
1日あたり新入院患者数	14.79	14.68	13.50	100.75	108.74