

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 8 月 29 日～8 月 30 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

貴院は開設以来、施設・設備の拡充と増床を図りながら、心疾患や脳疾患の分野で強みを発揮して地域医療に貢献している。病院の位置する地域は大学病院が極めて近い場所に位置し、近隣には大規模な病院も含め多くの病院があるが、急性心筋梗塞や脳卒中の分野において二次救急病院として多くの患者を受け入れており、地域からの信頼を得ている。また、法人全体では介護老人保健施設、介護付き有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅などの施設を展開し、急性期医療から亜急性期、回復期、慢性期、介護・福祉の分野で切れ目のないサービスを提供している。

病院機能評価を継続して受審しており、院長をはじめとして病院全体で熱心に取り組んでいる姿を窺うことができた。病院の移転新築が計画されており、施設の拡充にともなう診療機能の充実に向けて、医師をはじめとする人材の確保が大きな課題と思われる。今後、貴院がますますこの地域で発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化されており、内容の検討についても適切に行われている。将来構想や今後のあるべき姿について職員向けに説明会を開催し、病院の将来像を職員に示している。幹部職員はそれぞれの立場で新病院建設やそれに伴う人材確保および職場環境づくりなどの課題を明確にし、その解決に積極的に取り組んでいる。年次事業計画にて取り組むべき課題や目標が文書で示されているが、組織運営のさらなる効率化が望まれる。情報管理および文書管理は適切に行われている。

人事・労務管理は医師、看護師をはじめとする医療スタッフの確保、職員の安全衛生管理および福利厚生など、働きやすい職場の整備が行われており適切である。

職員の教育研修は、年間計画に沿って実施されている。医療安全管理や感染制御の研修については同じ内容で複数回開催し、不参加者にはレポート提出を義務付けるなど、適切である。職員の人事考課は行われているが、より客観的な考課の実施を期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、「患者憲章」として明示している。説明と同意取得について院内の方針は整備されており、手順に沿って分かりやすく説明し、同意を得ている。医療への患者参加は説明時に動画の使用やリハビリテーションの自主トレーニングメニューの作成などが行われている。患者支援体制は、広域医療連携室の総合相談窓口看護師・社会福祉士などが配置されている。

患者のプライバシーに対する配慮では、個人情報保護規程が定められ情報保護や利用目的などについて入院案内、院内掲示等で患者・家族・職員に周知されている。電子カルテ内の情報やデータの保護については、さらなる組織的な仕組みを確立されると良い。臨床倫理的課題は、倫理委員会が組織化されているが、主要な倫理的課題に対する方針については検討し始めたばかりであり、今後の充実に期待したい。現場での患者・家族の倫理的課題の把握や解決困難事例における多職種カンファレンスは行われており適切である。

患者に対する利便性は、施設の経年劣化はあるが、施設・設備は整備され、売店の設置により入院必要物品の調達などの利便が図られている。療養環境については病院の新築が予定されているが、現状で対応できる部分については継続した取り組みを期待したい。受動喫煙防止対策については、禁煙外来の実施や経年的な職員喫煙率の把握も行われており、患者および職員に対する教育・啓発活動は適切である。

4. 医療の質

患者・家族の意見の聴取は、患者意見箱の設置や患者満足度調査で実施されている。診療の質向上に向けた取り組みについては、貴院の特徴ある診療に関する臨床指標を収集し、内容を分析したデータを公表する取り組みを期待したい。業務改善に向けた取り組みとして、委員会等で部門横断的な取り組みを行っており、各部門において業務の質改善の具体例も認められるなど、適切である。

診療・ケアの管理責任体制は担当職員が明確である。診療録は電子カルテが導入され、適切に管理されている。医師の診療記録の質的点検および2週間以内のサマリー作成率の把握とその向上については、今後の課題である。多職種協働では、情報共有やケアの検討のためのカンファレンスや褥瘡チーム、ICT、NST等多職種協働の診療・ケアが行われている。

5. 医療安全

医療安全確保に向けた体制は確保され、委員会や下部組織の活動が活発に行われている。全職種からアクシデント・インシデント情報が収集され、分析して再発防止策を立案し、職員に周知されている。今後は、再発防止策の成果の確認や見直しが確実に行われることを期待したい。

患者参加の誤認防止対策を実践し、注射実施時の3点認証の実施や検体の誤認防止対策等、適切に実施されている。情報のエラー防止対策については、電子カルテによるオーダーリングシステムが導入され、指示出し・指示受け・実施・確認の一連の流れは適切である。また、口頭指示や検査結果が異常値の場合の対応も適切である。薬剤の安全な使用は、麻薬や向精神薬の保管・管理は適切に行われており、薬剤の取違い防止のために講習会を開催していることは高く評価できる。

転倒・転落防止活動は身体抑制廃止チームの活動実績もある。医療機器使用にかかる安全対策は、医療機器安全管理者が関与し、職員の入職時や医療機器の新規導入時の操作研修が行われ、機器使用時の作動確認や職員間の伝達も適切に行われている。急変時の対応は院内緊急コードの設定、全職員を対象としたBLSやAEDの研修が開催されている。救急カートについては、必要部署に配置するとともに看護師や薬剤師による点検が実施されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、院長参加の院内感染対策委員会が開催され、実働部隊としてICTが組織されている。ICTラウンドが実施され、感染制御に向けた院内パトロールやマニュアルの遵守状況などの確認を行っている。院内・院外の感染情報収集に努め、アウトブレイクの定義も明確であり、対応マニュアルも整備されている。

現場での感染制御の活動は、標準予防策・感染経路別予防策をマニュアルに沿って確実に実施し、手指衛生、個人防護用具の使用などは適切に行われているが、汚染リネンの取り扱いについては、保管方法について検討を望みたい。抗菌薬の使用状況は、薬剤毎に使用病棟と使用数量が報告されており適切である。特別な抗菌薬は届出制であり、2週間以上の投与の場合は薬剤師から主治医に知らせている。

7. 地域への情報発信と連携

地域に対して必要な情報は、ホームページ、病院案内、広報誌などで発信されている。広報誌「出会い」は定期的に発刊され、地域の医療機関や患者・家族に情報発信されている。地域連携機能は、広域医療連携室に看護師および社会福祉士が配置され、紹介患者の受け入れおよび退院支援などの業務が行われている。紹介元や紹介先のデータの取りまとめも実施されているが、外来紹介患者と入院紹介患者の窓口やデータの一元化については検討を望みたい。

地域住民や患者・家族への教育や啓発活動は、行政が主催する「みんなの健康教室」が頻回に開催されているほか、町内会の催しでは健康講演が開催されているなど、地域に向けての医療に関する教育・啓発活動は適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者が円滑に診療を受けられる体制は、予約制の導入、看護師によるトリアージなどで適切に運営されている。紹介患者の円滑な受け入れは、入院は広域医療連携室、外来患者は外来クラークが担当している。外来診療や各種検査は、患者・家族への十分な説明と同意のもとに実施されている。季節により発熱外来を設置し、待機場所や診察室を別に確保していることは評価できる。

地域の医療・保健・介護福祉施設からの入院患者の受け入れは、広域医療連携室を通じて対応している。患者の同意を必要とする検査は一覧表にまとめてあり、定められた手順に従い説明を行い、同意を得ている。自院の診療機能の範囲を越える場合は、患者・家族の意向に沿った他院に紹介し、紹介先への具体的な情報提供が行われている。入院の決定は担当医師が、病状に応じた説明と同意のもとに患者・家族の希望に沿うよう実施されている。入院診療計画書は医師、看護師以外の職種による記載について検討を望みたい。患者・家族からの医療相談や円滑な入院受け入れに関する対応は、いずれも適切に行われている。

医師の病棟業務は回診が毎日行われ、診療録への記載も適切である。看護師は診療補助のほか、様々なリスク評価、患者・家族のニーズ把握を行い、多職種と情報共有を適切に行っている。投薬・注射は3点認証にて確実・安全に実施されており、注射薬の調製時の注意事項については、講習会を開催しており高く評価できる。輸血・血液製剤の実施については、マニュアルに沿って適切に実施されている。重症患者の管理は適切であり、褥瘡の予防・治療に関しては、入院時にリスク評価が行われ、評価結果に基づいた対応・対策が図られている。

栄養管理と食事指導では、栄養状態がアセスメントされ、患者に見合った栄養管理が行われ、必要に応じてNSTも介入している。疼痛緩和については、患者個々の症状に応じて適切に実施されている。リハビリテーションについては、患者・家族の要望も取り入れ、確実・安全に実施されている。BLS講習を受講済みの療法士が在籍しており、リハビリテーション実施中のリスク対応は高く評価できる。安全確保のための身体抑制については、開始後の観察や解除の検討は適切に行われているが、必要性の評価等について見直されたい。患者・家族への退院指導、必要な患者への継続した診療・ケアへの支援は適切に実施されている。ターミナルステージへの配慮や対応では、患者・家族の意向に沿って対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤業務は処方監査、調剤監査、疑義照会、持参薬鑑別などおおむね適切に行われている。薬剤部内の麻薬と向精神薬の鍵管理については見直しが望まれる。また、麻薬の在庫量の毎日の確認も望みたい。臨床検査機能は、検体検査・生理検査などを行っており精度管理、パニック値の報告も適切である。日本臨床検査技師会の精度管理の結果も良好であり、評価したい。画像診断機能は、緊急心臓カテーテル検査も20分以内に開始可能である。

栄養管理機能はマニュアルが整備され、衛生管理は行き届いており、調理室内の温湿度も適切に保たれている。また、行事食も毎月実施している。リハビリテーシ

ョン機能は、回復期リハビリテーション病棟は毎日実施し、その他の病棟は、日曜日以外は毎日実施し、連続性の確保に努めている。ドライブシミュレーターを導入し、退院後運転希望者へのトレーニングを行っていることは評価したい。

診療情報管理機能は、量的点検項目の明確化や監査記録の整備が課題と思われる。また、個人ファイルの製本や保管などについても、診療情報管理室の関与を望みたい。医療機器管理は、使用部署による始業前点検や医療機器管理責任者や臨床工学技士が主として定期のメンテナンスを実施し、使用状況が管理されているほか、緊急時の対応手順が整備されている。洗浄・滅菌機能は、リコール規程の整備やインディケータの適正な使用を望みたい。

病理診断は、外部委託により適切に実施されている。輸血・血液管理機能および集中治療機能は適切である。救急医療機能については、夜間・休日でも内科・循環器科・脳神経内科の患者には、全て専門医が対応可能となっており、評価できる。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に基づき行われており、監査は法人監事によって行われている。必要な財務諸表は作成されている。予算の策定プロセスも各部門の要望を聴取しており、最高幹部会議に予算の執行状況・月別収支、診療実績、病棟別収益などの医事統計や詳細な経営資料が提出されている。医事業務は窓口業務、レセプト、未収金の管理対応など適切に行われている。業務委託されている業務は少ないが、適切に対応されている。

施設・設備の管理は、専門スタッフが配置され、清掃も行き届いており、医療ガス等も含めて適切に行われている。物品管理において、診療材料については院外SPDを導入し、各部署では定数管理が実施されている。

災害時の対応についてはおおむね適切であるが、大規模災害を想定した訓練の実施を望みたい。保安業務は、事務職員の当直体制により夜間常駐し、緊急時の連絡・応援体制も明確にされており適切である。医療事故への対応は手順が整備され、原因究明や再発防止策を組織的に検討する委員会規程も整備されている。弁護士との顧問契約や病院賠償責任保険の加入など適切である。

11. 臨床研修、学生実習

学生は看護師、リハビリテーション療法士、管理栄養士等の医療関連職の実習生を受け入れている。受け入れにあたっては、指導担当者を明確にして養成校との契約に基づき、医療安全管理・感染制御・個人情報保護などに配慮しながら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	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	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	B
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	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	B
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	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	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	B

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	NA
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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
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	B
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	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	NA
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	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	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	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	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	B
-------	-----------------	---

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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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：医療法人杉村会 杉村病院

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：熊本県熊本市中央区本荘3-7-18

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	56	56	+0	80.6	16.5
療養病床	121	121	+0	93.4	170.9
医療保険適用	95	95	+0	92.2	137
介護保険適用	26	26	+0	97.8	1160
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	177	177	+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		
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	39	+0
地域包括ケア病床	10	+0
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		
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

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

[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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	80.83	84.41	88.90	95.76	94.95
1日あたり外来初診患者数	16.75	17.29	19.09	96.88	90.57
新患率	20.72	20.48	21.47		
1日あたり入院患者数	158.21	166.76	159.93	94.87	104.27
1日あたり新入院患者数	3.40	3.45	3.54	98.55	97.46