

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 9 月 12 日～9 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 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

貴院は開院以来、大腸がんの撲滅、痔などの良性疾患、潰瘍性大腸炎やクローン病といった炎症性腸疾患、便秘や便失禁などの機能性疾患のほか、大腸肛門のあらゆる疾患に対応し、大腸肛門の専門病院として地域医療に貢献している。近年、病院移転に伴い、がん診療センター・大腸肛門機能診療センター・炎症性腸疾患センター・内視鏡センター・総合健診センターと緩和ケア病棟を新設し、診療体制の充実を図り、高度なチーム医療を実践している。また、総合健診センターの稼働により、専門領域の診療だけでなく、一般健診・人間ドック部門において地域住民の疾病予防、健康保持に努めている。医療の質を高める取り組みとして、医師をはじめ、様々な職種が日頃から学習や臨床研究に積極的に取り組み、科学的根拠に基づく医療を提供するために努力している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は積極的であり、疾病に関わる多数の講演会を長年にわたり継続的に開催していることは、評価される取り組みである。

病院機能評価受審は、初回から継続して受審しているなど、業務の質改善への取り組みは積極的である。病院長を中心に良質な地域医療の提供を継続されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念は明確であり、全職員の日常業務の基本姿勢としている。理念の実践状況の振り返りと意識付けの徹底を図るため、毎年全職員がチェック項目を基に自己評価を実施して次年度の取り組みに活用していることは、病院組織運営にとって有用であり、高く評価される。年次事業計画は、中長期計画に基づいて業務遂行計

画書として具体的に作成し、達成度が可視化できるよう数値を伴った内容になっている。診療情報については、電子カルテシステムを中心に多様な情報システムを構築し、確実・安全な受診を運用しているとともに医療の質・安全性・効率性に関わるデータの作成に活用している。

病院の機能上必要とする人員については、手術室の運用状況から麻酔科標榜医数の増員が望まれる。人事・労務管理については、医療法上の人員配置標準および施設基準上の必要人員は確保されている。全職員対象の教育・研修については、院内での疾患別勉強会、基礎勉強会の開催に加え、院外の学会・研修会の参加を奨励し、研究発表も医師に限らず各職種で積極的に取り組んでいる。学生実習の受け入れについては、医学生・看護師・薬剤師等多くの職種について実施し、カリキュラムに沿った実習と評価を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化し、患者・家族へホームページや入院案内に掲載して周知している。

患者への説明と同意が行われる範囲が定められ、病状説明や侵襲を伴う検査等の説明時には同席者が同席し、同意書への署名を実施している。患者と医療者間で相互に必要な情報共有時には、病棟責任者はじめ多職種が同席し、患者・家族が疾患の理解を深め医療に積極的に参加できるように促している。相談については、ホームページ・院内掲示で示すと共に入院案内に掲載し、多様な相談に対応している。院内に患者支援センターを設置して、自院に受診歴のない相談者にも対応していることは、評価される取り組みである。臨床倫理の基本方針を整備し、身体拘束や治療拒否、虐待およびDNARの判断など臨床倫理に関する基本的な方針を定めている。

来院者のアクセスについては、公共交通の各駅が至近であり、駐車場はおおむね必要台数を確保している。院内はバリアフリーであるなど障害者・高齢者に配慮した施設となっている。敷地内禁煙であり、院内に設置されているデジタルサイネージ・ホームページ・入院案内で禁煙を推奨している。職員の喫煙率は健康診断時に把握しており、低率である。

4. 医療の質

業務の質の改善は、病院機能評価受審に加え、各センターと泌尿器科を対象にした名実会議で取り上げ、関係部署や各種委員会などを交えて業務の質改善に向けて検討し、医療の質向上に病院全体で取り組んでいる。医局においては多職種が参加して、多くのカンファレンスを実施している。また、学会・研究会で多くの演題を発表し、医師だけではなく各職種が大腸肛門疾患を中心に発表し、病院全体で診療の質の向上に向けた取り組みを行っていることは、高く評価できる。新たな診療技術や治療方法、医療機器の導入は、倫理委員会で導入の可否を審議している。また、保険適応外の薬剤の使用については、薬事委員会の承認の下に使用している。

診療・ケアの責任範囲は職務規程に明確に示し、医師不在時の対応体制も定めて

いる。電子カルテを運用し、医師は必要な情報を適時電子カルテに記載している。また、診療録記載基準を整備し、それらの基準に従って記載している。多職種によるカンファレンスを積極的に開催し、部署間が協調・協力して、チームで患者の診療・ケアの向上を図っている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理部門が機能し、医療安全管理の指針・規程を整備している。院外からの安全に関する情報は、日本医療機能評価機構からの安全情報を収集し委員会で検討後、職員へ周知している。院内のインシデント・アクシデントレポートは医療安全管理対策委員会で収集し、事故の概要、原因を集計して根本原因分析をしている。医療事故発生時の対応手順は、医療事故発生時のガイドラインに記載し、院内各部署に配付している。医療事故調査制度の対象となる事例については、規程を作成しており、院内への周知にも努めている。病院賠償責任保険に加入している。薬局における麻薬、毒薬・劇薬、向精神薬の管理は適切に行われている。病棟の麻薬保管庫には、処方された麻薬のみであり、麻薬が保管されている場合は、毎日、薬剤師が点検している。患者急変時の対応訓練は、新型コロナウイルス感染症禍の中で BLS 訓練や緊急招集訓練は実施していない。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として、院内感染対策委員会、感染制御チーム（ICT）を組織している。院内感染対策委員会は毎月開催し、院内感染防止マニュアルの整備、院内感染の発生の把握、集計などを行い、現場での医療関連感染制御に向けて活動している。医療関連感染菌は、毎月集約して院内感染対策委員会に報告し、検討している。電子カルテのサブシステムを導入し、電子カルテ内の特定のキーワードから SSI、CLABSI、CAUTI に関する情報を抽出し、それらに基づき ICT が感染サイト別の感染状況の判定を行い、感染制御に向けて活動していることは評価できる。JANIS に参加し、詳細に自院のデータの分析を行い、近隣の病院と感染症対策合同カンファレンスに参加して、自院の医療関連感染状況を評価している。

手指衛生のサーベイランスを実施し、実施状況を ICT、院内感染対策委員会、リンクナースと共有している。抗菌薬の適正使用に関しては、抗菌薬使用指針に従って使用している。感染の原因菌の確定のために積極的に培養検査を提出し、その原因菌の感受性に従って、抗菌薬を選択している。さらに、アンチバイオグラムを作成し、より有効な抗菌薬の選択を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌やホームページ等地域に向けた情報発信は企画広報室が担当しており、院内の情報・意見・要望等を汲み取り作成している。ホームページは、病院の使命・役割、診療サービス、診療機能、診療実績、臨床指標等をわかりやすく案内しており、地域住民・地域の医療関連施設が自院を選択する際の有用な情報源になっている。地域の医療関連施設との連携は医療連携課を中心に積極的な活動が見られる。

紹介先との連携強化は、病院長・副院長・医師・担当者が医療機関に直接訪問するなど、顔の見える連携づくりに取り組んでいる。地域の健康増進に寄与する活動として、総合健診センターを設置している。また、医療に関する講演会は新型コロナウイルス感染症禍においても、地域・地域住民向けに多数回開催し、動画配信サービスを通じて、疾患別の料理レシピ等の動画を発信している。その他、地域の医療機関・介護施設にストーマケア・緩和ケアカンファレンス等を実施するとともに地域施設の勉強会への講師派遣、へき地の施設にオンライン研修等を実施している。これら一連の様々な医療に関する啓発活動を積極的・継続的に行っていることは、高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示等で案内している。ホームページには受診案内や診察申し込み・問診票を掲載し、事前作成によりスムーズな受診につなげている。また、初めての受診者によくある質問をQ&A方式で掲載し、受診者の不安の軽減に役立てている。診療科の選択については、指さすだけで診療科を指定できるように工夫し、個室の問診室で看護師が必要な情報を得るようにしている事で、プライバシーの確保、個人情報の保護に努めていることは、評価できる。入院に際しての患者の希望は、医師や看護師が本人・家族それぞれに入院の希望を聴取し、可能な限り要望に応えている。

医師は回診や病棟業務、カンファレンスの際に、看護師やその他のスタッフと情報の共有を行い、診療上の指導力を発揮している。看護システムは固定チームナーシング、受け持ち制を採用し、役割に応じた業務分担を行っている。継続療養については医療福祉課の看護師・社会福祉士・MSWが役割を担い、関連施設や後方支援施設との連携と調整を図っている。診療情報提供書や看護サマリー等で情報の共有を行っており、在宅療養支援病院として、継続した診療・ケアの実施を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理については、注射薬は1患者1施用ごとに取り揃えており、抗がん剤は薬剤師が安全キャビネットで調製・混合を行っている。臨床検査においてパニック値は明確に定めており、発生時には医師に直接報告している。画像診断における読影体制は、放射線診断医が非常勤で読影しており、それ以外は遠隔診断により迅速に読影結果が返され、主治医とのダブルチェックを行っている。食事の提供は、大量調理施設衛生管理マニュアルに準拠して調理している。全体を通して、安全な食事の提供に加え、レシピ動画の配信、ビュッフェや料理教室の実施等患者の疾患に応じた、美味しい食事の提供努力していることは、高く評価される。診療情報については一元的に管理し、診療記録は作成後、その場でスキャナーを使用して情報を取り込み、電子保存している。医療機器は臨床工学技士が中央管理し、医療機器は

機種ごとに標準化している。洗浄・滅菌機能は、使用現場での一次洗浄を避けて中央化し、滅菌の質の保証、保管・管理を確実にを行っている。手術のスケジュール管理は、電子カルテに手術の予約を入れ、各科部長と手術室師長で最終的に手術を確定させている。

10. 組織・施設の管理

予算は、院内各部門から予算要求をとりまとめて作成し、会計処理は、病院会計準則に則り処理している。レセプトの作成および点検は、医師による確認を実施し、返戻・査定に対しては、医師に確認するとともに医局会では対応・対策を検討しているなど組織的対応が図られている。委託業務の選定に際しては、業務内容・費用・品質等を考慮している。委託業務の実施状況については、日報・週報に加え担当部署、委託業者、関連する部署・委員会からの参加にて実施状況や課題を確認し、委託業務内容の質向上を図っている。感染性廃棄物の最終保管場所は施設をしており、一般廃棄物と感染性廃棄物は明確に区分して、マニフェストも規程に則り保管している。医薬品採用の検討は、薬事審議委員会で実施し、医療消耗品の購入については、現場の意見を反映して品目の選定業務をしている。医薬品・消耗品の購入に際しては、内部牽制が図られている。

リスクに対する病院の機能存続計画を作成し、防災マニュアルとともに各部署に配付している。緊急時の責任体制・連絡体制は休日・夜間を含めて明確である。水・医薬品・食料は職員用含めて3日程度の備蓄を備えている。

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	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	S
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	B
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	S
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	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	B
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	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	B
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
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	B

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	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	B
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	S
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	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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人社団高野会 大腸肛門病センター高野病院

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大江3-2-55

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	166	166	+0	64.5	13.5
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	166	166	+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	46	+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	20	+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 (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： 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	206.94	212.45	206.93	97.41	102.67
1日あたり外来初診患者数	46.31	48.20	48.06	96.08	100.29
新患率	22.38	22.69	23.23		
1日あたり入院患者数	107.08	106.43	100.33	100.61	106.08
1日あたり新入院患者数	10.03	10.45	9.20	95.98	113.59