

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 17 日～1 月 18 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

■ 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 1947 年に診療所として開設以来、診療内容と体制を充実させ、地域住民にはなくてはならない病院として発展してこられた。現在、一般病棟のほか、地域包括ケア病棟、障害者病棟、回復期リハビリテーション病棟を有するケアミックス型の病院として、患者の権利を尊重し、全人的な医療と介護の提供を目指して、努力されている。

貴院は、地域における連携を強めてその役割を発揮しており、また、地域住民との交流を大事にした実践を進めていることは特筆される。今後、新病院建設が課題とされているが、築きあげてきた医療機能は、全体として豊かなものであり、新たな施設建設を質的に支えるものとして、さらなる発展・強化を図られることを期待する。

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、積極的に内外に周知されている。病院管理者は中長期計画の職員への提示、当面する課題への取り組みなど、運営上のリーダーシップを発揮している。また、運営組織を整備し、効果的・計画的な組織運営を行っている。情報活用と管理および文書管理、ならびに人事・労務管理もおおむね適切に行われている。

職員の安全衛生管理は、衛生委員会の役割発揮、職員健診受診、職業感染対策、メンタルヘルス対策など、適切な取り組みがされている。職員にとって魅力ある職場となる努力もされている。職員への教育・研修は、全職員を対象とした必要性の高い研修が、年間計画に沿って実施されており適切である。職員の能力評価と能力開発は、人事考課制度を中心に組み込まれている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、周知されている。説明と同意に関しては、方針・基準、説明の範囲、同席者のルールなども明確にされている。患者との情報共有を進める取り組みは、入院診療計画や検査の説明文書の活用などで適切に行われている。患者支援体制は地域医療連携部の社会福祉士・看護師が配置され、整備されている。患者の個人情報・プライバシー保護は、職員の研修実施、システムの技術的保護、その他の患者への配慮など、いずれも適切である。

臨床における倫理的課題への取り組みは、2018 年末に臨床上の課題について検討する仕組みとして倫理委員会の下部組織の倫理部会が組織されている。

患者の利便性・快適性の配慮、および高齢者・障害者に配慮した設備等の整備は、売店の設置、ランドリー設備の整備、院内のバリアフリーなど、いずれも適切である。療養環境の整備は、病院内は 5S 活動が実践され、整理整頓が行き届いている。浴室、食堂、トイレ等には、それぞれ適切な場所にナースコールが設置されており、安全に配慮されている。受動喫煙の防止は、敷地内禁煙の措置、禁煙外来の開設、職員禁煙促進の努力など、いずれも適切である。

4. 医療の質

症例検討会は隔週で行われ、問題のある症例・死亡症例、倫理的に課題を有する症例等の検討が行われ、診療の質向上に向けた活動が行われている。医療サービスの改善は、組織的に取り組んでおり適切である。新たな診療・治療方法の採用にあたっては、組織的に検討された上で採用される規定が整備されている。診療・ケアの責任体制は、病棟では、主治医・受け持ち看護師、担当リハビリスタッフがベッドネームに掲示されているなど、適切である。

診療記録は、記載基準が遵守されており、その質的点検も適切に行われている。多職種協働での診療・ケアは、病棟での定期的な多職種カンファレンスや多職種協働の褥瘡・NST チームの活動など、適切に行われている。

5. 医療安全

安全確保の体制は、院長直轄の医療安全管理室が設置され、権限を付与された医療安全管理者・医療機器管理者・医薬品安全管理者が、医療安全部会のメンバーとともに活動している。インシデント・アクシデントの原因分析を行い、現場へフィードバックしている。医療安全委員会とも連携し、医療安全に積極的に取り組んでいる。安全確保に向けた情報収集はされているが、医師からのインシデント報告については、対策と工夫が必要である。

誤認防止の取り組みは、患者に名乗ってもらうことを基本とし、リストバンドの使用、名乗れない患者に対しては、医療者間のダブルチェックを行うなど、適切に実施されている。情報伝達エラー防止策は、各種指示とその処理などは、口頭指示の扱いと合わせ、適切になされている。薬剤の安全使用対策は、外来・入院ともに持参薬鑑別が薬剤師より確実に行われ、さらには薬剤問診票を患者・家族に記載してもらい、薬剤アレルギー等の確認も適切に行っている。

転倒・転落防止対策は、全患者にリスク評価を実施しており適切である。医療機器の使用に関しては、臨床工学技士による教育の実施、機器使用中の看護師および、臨床工学技士のチェックなど、機器の安全使用は適切である。患者の急変時対応は手順が明確にされ、また、必要部署への救急カートの配置とその点検体制なども適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の体制は、院内感染対策委員会とその下部組織として院内感染対策部会、感染対策チームが組織され、院内の体制は確立されている。医療関連感染制御に関する各種マニュアルも整備され、必要に応じて改訂されており、適切である。感染制御に向けた情報収集では、院内の微生物サーベイランス、目的別サーベイランスが確実に行われ、アンチバイオグラムも作成され、情報が共有されている。アウトブレイクに対して緊急対応マニュアルを作成されている。

感染制御の活動は、手指衛生の徹底や PPE の着用、および感染経路別予防策などがマニュアルに沿って実施されている。手指消毒剤もモニタリングされている。また、感染性廃棄物や血液・体液に付着したリネン・寝具等も適切に取り扱われている。

抗菌薬の使用に関しては、特殊な抗菌薬は届出制で、使用 1 週間経過した時点で、担当薬剤師は臨床経過より抗菌薬の継続使用の有用性を主治医に確認しているなど、抗菌薬は適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報の地域への発信は、ホームページの他、地域交流誌として位置付けている広報紙が、優れた内容で年 4 回発行されているなど、評価できる。

地域の医療機能の把握とそれに基づく連携の活動は、地域医療連携部で諸資料が整備されており、地域連携に関する各種の連絡会や協議会に積極的に参加し、また、連携先訪問を定期に実施するなど、他の医療関連施設との連携は適切に進められている。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動が重視されており、地域交流推進室がその企画・推進の役割を發揮している。毎月実施の土曜健康サロン、年間 30～40 回におよぶ出前健康講座の開催等々、その企画・推進体制の確立の点でも実際の取り組みの頻度と内容の点でも、優れたものとなっており高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来にはフロア担当看護師が配置され、患者の円滑な受診に大きな役割を果たしている。外来診療および地域の保健・医療・介護施設等からの紹介受け入れも適切かつ円滑に行われている。診断的検査は、患者・家族に説明し、同意を得て実施されており、検査中・検査後の観察・記録等も適切に行われている。外部連携先への紹介および入院の決定も適切である。診療計画は、必要な医療情報を踏まえて作成されている。医療相談への対応は、地域医療連携部が窓口となって多様な相談に対

応している。主治医は毎日回診し、患者の病態を把握し診療録に適切に記録されている。また、医師全員による回診が隔週に多職種参加で行われるなど、医師の病棟業務は適切である。看護師の病棟業務は、チームナーシングとプライマリーナーシングで、看護基準・手順に沿って日々のケアが実践されており適切である。

病棟薬剤師が配置され、注射薬が1施用ごとに準備されている。投薬・注射は6Rに沿って確実・安全に実施されている。輸血・血液製剤の安全使用は、輸血にあたっては適正使用指針・輸血マニュアルが遵守され、輸血中の観察記録も整備されているなど、適切である。重症患者はスタッフステーションに近い病室が選択され、患者観察・ケアがなされており、重症患者の管理は適切である。

褥瘡の予防・治療は、全患者に褥瘡発生リスクの評価が行われ、評価に応じて褥瘡対策委員会が介入しているなど、適切である。栄養管理は、全入院患者に栄養アセスメントが行われ、摂食・嚥下機能を栄養士・言語聴覚士や看護師等と評価し食形態を検討するなど、適切である。苦痛の緩和についても、適正に取り組まれている。

リハビリテーションは、リハビリテーション総合実施計画書が患者に交付されており、リスクの説明や、患者・家族の要望の聴取なども、適切に行われている。身体抑制では、説明と同意、書式、抑制中の観察等が適切に行われている。退院支援は、スクリーニングを基礎に、退院支援に取り組んでいる。退院後、在宅医療を希望する患者等には、地域のクリニックを紹介し、入院が必要になった場合などはバックベッドの役割を果たしている。ターミナルステージに関しては、多職種で評価し、患者・家族へ丁寧に説明を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査や調剤鑑査、疑義照会などが適切に行われている。また、病棟での注射薬の調製・混合への関与および持参薬の鑑別なども適切である。臨床検査機能は、必要な検査が実施され、院内精度管理も適切に実施されている。異常値、パニック値の出現時、医師への報告方法も確立しており適切である。画像診断部門は、時間外はオンコール体制が確立している。CTの画像診断は、近隣の放射線読影専門医に依頼し、ダブルチェックが確立している。栄養管理機能は、食事提供過程は衛生的に管理されており、また、患者の特性に応じた食事の提供も適切である。

リハビリテーション機能、診療情報機能、医療機器管理機能については、いずれも適切に発揮されている。輸血・血液製剤の発注から返却までの業務は適切に行われており、廃棄率の0%は評価できる。救急外来は、かかりつけ患者、関連施設の入所者の急変時の対応を主に行っている。虐待・DV等のマニュアルは整備されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算の編成過程および予算比での経営状況把握などの予算管理とともに適切である。経営状況の把握と分析も組織的に行われている。医事業務は、窓口収納において現金過不足を発生させておらず、また、レセプト作成への医師の関与、査定への組織的な取り組みなど、いずれも適切である。施設基準を遵守するための管理体制も適切である。委託業務の管理も適切に行われている。

施設・設備の管理は、営繕課が担当し、日常点検と計画的保守管理がされている。感染性廃棄物の処理も適切である。医療材料等の採用・選定は委員会で組織的に検討され、物品管理はSPD方式であり、定数配置がとられているなど、適切である。

災害時対応は、各種マニュアルの整備、実際の訓練、食品等の備蓄などいずれも適切である。夜間・休日の保安業務は職員によって、マニュアルにより行われている。医療事故等に対する対応は、発生時の事故調査委員会による原因究明などの役割、訴訟対応におけるマニュアルの整備など、おおむね適切である。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習受け入れは、受託実習生受け入れ規程があり、各カリキュラムに沿って実習が行われている。また、医療安全や感染管理などの必要なガイダンスも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	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
1.4	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	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	A
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	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	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	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	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	NA
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	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	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	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 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：医療法人清和会 水前寺とうや病院

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水前寺5-2-22

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	94	94	+0	91.7	71.8
療養病床	48	48	+0	92.5	57.1
医療保険適用	48	48	+0	92.5	57.1
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	142	142	+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	0	
集中治療管理室 (ICU)	0	
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	0	
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	0	
人工透析	0	
小児入院医療管理料病床	0	
回復期リハビリテーション病床	48	+0
地域包括ケア病床	31	+5
特殊疾患入院医療管理料病床	0	
特殊疾患病床	0	
緩和ケア病床	0	
精神科隔離室	0	
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	0	
認知症治療病床	0	

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

[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	67.31	67.15	61.10	100.24	109.90
1日あたり外来初診患者数	4.30	4.70	4.02	91.49	116.92
新患率	6.39	6.99	6.57		
1日あたり入院患者数	131.26	129.62	129.40	101.27	100.17
1日あたり新入院患者数	2.18	2.50	2.57	87.20	97.28