

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3日～9月4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、1979年に熊本県の南阿蘇地域において開設し、その後、施設や機能の充実を図っている。現在では病院のほかにクリニック、特別養護老人ホーム、居宅介護事業所などをグループ内で運営し医療・介護・福祉の総合的なサービスを展開し、地域医療を支えている。2016年の熊本地震においては、災害に直面し、約1年数か月にわたり、閉院を余儀なくされたが、その間、病院関係者の並々ならぬ努力と地域住民の熱い要望により、病院を復興・再開し地域医療に貢献していることは、敬意を表したい。

病院機能評価の受審は今回で5回目であるが、組織全体で業務の見直しに取り組み、医療の質向上を図っていることが確認できた。今回の評価結果を参考に、地域になくはない病院として、今後も地域住民に愛され親しまれる病院としてのさらなる発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、内容の見直しや院内外への周知は適切である。病院の意思決定機関は経営会議であり、決定事項は院内LANや毎朝のミーティング等を通じて周知が図られている。今後取り組むべき重要な目標・計画が事業計画の中で示され、各部署の目標・行動計画も数値目標も含めて策定されている。院内の情報管理は、直近に電子カルテの更新が予定されている。文書管理については規程の再整備が望まれる。

役割・機能に見合った人材はおおむね適切に確保している。人事・労務管理体制は整備されており、就業規則等の周知や労働実態把握は適切である。職員の安全衛生管理はおおむね適切に実施されているが、院内暴力対策のマニュアル策定が望まれる。目標管理制度での要望聴取などが実施されている。全職員対象の教育・研修は、参加率の向上や研修効果の確認が課題である。職員の能力評価・開発については、目標管理制度や面談等により実施され、人材育成に活用されている。学生実習は、リハビリ療法士などの職種の養成校から受け入れており、医療安全管理、院内感染制御、個人情報保護などのオリエンテーションも実施されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内外に周知し、診療記録の開示は適切に行われている。説明と同意の方針や手順は整備されており、患者・家族の理解度の確認・記録も実施されている。患者・家族の理解を深めるよう医療への参加を支援している。患者支援体制は、地域連携課に相談窓口が設置され、各種医療福祉相談に対応している。個人情報保護方針や個人情報保護規定が整備され周知しているが、個人情報の二次利用に関する規程の整備や運用のさらなる検討が望まれる。主要な倫理的課題として、終末期患者の治療、宗教などの信仰上の理由による輸血拒否、ACPなど病院としての方針を定めている。現場で解決困難な問題が生じた場合は、倫理委員会で検討する仕組みがある。

駐車場を必要台数整備のうえ来院者の利便を確保し、障害者用駐車場等も整備されている。院内はバリアフリー環境が整備され、高齢者・障害者に配慮した施設・設備である。院内は整理整頓され、診療・ケアに必要なスペースを確保しており療養環境は適切である。敷地内禁煙を実施しているが、さらに積極的な禁煙推進に向けた教育・啓発が望まれる。

4. 医療の質

業務の質改善は、業務改善委員会とACE会議を中心に取り組んでいる。診療の質向上については、クリニカルパスの策定・活用が課題である。臨床指標については自院の特性を踏まえた指標設定やベンチマーキングを通じた継続的な質改善が望まれる。患者・家族からの意見は、意見箱や各所窓口等から収集し、改善に向けて検討され、改善した事例もある。新たな診療・治療方法や技術の導入については、導入技術の倫理的検討や導入後のモニタリング、有害事象報告体制の整備が望まれる。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、主治医不在時の連絡体制も適切である。診療記録は、記載基準に沿って適切に記載し、質的点検も実施されているが、2週間以内の退院時サマリーの作成率向上に向けた取り組みが望まれる。多職種協働については、各種カンファレンスや専門チームが有効に機能し、診療・ケアをサポートしている。

5. 医療安全

医療安全管理の組織体制は、院長直轄の医療安全管理部門を設置し、医療安全管理者と医療安全管理委員会が機能的に活動し、事故の発生原因や再発防止策を検討している。インシデント・アクシデントの分析と対策、安全情報の周知、医療安全ラウンド等が適切に行われている。医療事故発生時の対応は、明確な手順が作成され、組織的な対応を図る仕組みが整備されている。

誤認防止対策は、患者確認、治療部位の確認など、院内ルールが周知され適切に行われている。情報伝達エラー防止対策については口頭指示に関する仕組みの検討が望まれる。薬剤の安全使用については、薬剤の保管・管理が適切に行われ、安全に使用されている。転倒・転落防止対策は、転倒・転落アセスメントシートによる評価に基づいて看護計画を立案し適切に実施されている。医療機器については、臨床工学技士と看護師が連携して安全に使用されている。急変時の対応は、院内緊急コードを設定し周知されている。一方、救急カートについては、速やかに使用できる体制の検討が望まれる。

6. 医療関連感染制御

感染制御部門は院長直属の院内感染防止対策委員会及び実働部隊として ICT が組織され、週 1 回の巡回や委員会で実践的な対策を実施している。感染情報は多職種間で共有され、包括的なサーベイランス体制が構築されている。アウトブレイク対応や外部情報の共有も的確に行われている。医療関連感染を制御するための活動としては、院内感染対策マニュアルを整備し、感染経路別予防策、個人防護具、感染性廃棄物、血液・体液の付着したリネンの取り扱いなど適切に行われている。速乾性手指消毒剤の使用状況をモニタリングしている。抗菌薬の使用指針を定め、適正使用の参考としている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、病院案内、ホームページ、広報誌などを活用し発信している。広報誌は診療内容の紹介や病院におけるお知らせおよび取り組みなどが掲載され、患者・家族、地域の医療機関等に配布している。ホームページは、適時に更新し、最新の情報を発信されている。地域の医療機能や医療需要の把握、地域の医療関連施設との連携は地域連携課が担当し、紹介・逆紹介など連携機能を担っている。地域の医療機関などを対象に症例検討会を開催し連携強化に努めている。また、地域の健康増進・啓発を図る活動として、病院スタッフが講師を務め、地域の公民館等で出張健康教室の開催などが行われている。

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、スムーズな診療受診を支援している。外来診療および入院の決定は適切に行われている。診断的検査はその必要性が医学的に判断され、内容や効果、リスクを患者・家族に説明して希望に配慮しながら同意を得て実施している。入院後は速やかに患者基本情報が収集さ

れ、各種アセスメントと結果を踏まえ、必要な治療方針が計画され実施されている。地域医療連携課が中心となり、地域からの患者の受け入れ、医療相談、入退院支援を実践している。医師および看護師の病棟業務は適切に実施されている。投薬・注射の必要性とリスクは医師が説明している。輸血・血液製剤投与および周術期の対応は適切である。重症患者の対応はスタッフステーションの近くの病室で患者の治療と看護を実施している。褥瘡予防、ケアおよび栄養管理は適切である。緩和ケアマニュアルが整備され、痛み以外の症状緩和にも取り組んでいる。

リハビリテーション治療は、必要性とリスクの説明に加えて、患者・家族の社会的背景や要望についても配慮している。身体拘束最小化に関する指針を整備し、人権に配慮しながら対応している。療養の継続性に関する検討は、多職種カンファレンスで検討され、患者の状況や生活状況に対応した支援が実践されている。ターミナルステージの判断は「人生の最終段階の医療・ケアにおける意志決定プロセスのための指針」に沿って複数の医療者によって判定しており、患者・家族の希望にも配慮しながら適切に対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査、持参薬の鑑別などが適切に行われている。臨床検査機能では、パニック値については迅速かつ確実に医師に伝達されている。画像診断機能について、画像撮影にはオンコールで休日も含めて24時間対応可能な体制を構築している。栄養管理機能は、ニュークックチル方式を導入し、衛生管理が行き届き、適時・適温で提供し、行事食の実施や個別対応など適切に実施している。リハビリテーション機能は、必要なリハビリテーションを業務マニュアルに沿って安全に実施している。診療情報管理機能では、全退院患者の診療録の量的点検を実施し、診療記録の完成度を高めている。同意書等の紙媒体は患者ごとに一元管理されている。医療機器管理は、臨床工学技士が一元管理し、日常点検、定期点検がなされており適切に機能を発揮している。洗浄滅菌業務は中央化し滅菌の精度保証も担保され、適切な洗浄、滅菌機能が発揮されている。病理診断部門は、外部委託にて適切に実施されている。輸血・血液管理機能は、業務マニュアルに沿って確実・安全に行われている。救急医療は、受け入れ不応需についても検討している。

10. 組織・施設の管理

医療計画や法人の運営方針、実績対比を基に、病院各部門とのヒアリングを踏まえて予算・事業計画を作成している。月次収支や診療実績等の資料を各種会議で報告し、議論・検討して経営改善に努めている。医事業務では、レセプト作成への医師の関与や返戻・査定対応、施設基準の遵守管理や未収金対策も組織的に対応している。業務委託管理は、業者の選定・契約、業務内容の把握・確認、事故発生時の対応体制の整備等、適切である。

施設・設備管理は、年間の保守計画に基づく定期点検、日常点検を実施しており、管理責任体制は明確である。清掃と清潔保持、医療ガス安全管理、感染性廃棄物等の廃棄物の保管等も適切である。物品の管理はSPD方式で一元的に管理し、医薬品・診療材料の選定など、部署や検討の場が明確で機能している。また購入手順を明確にして、定数管理による在庫の適正化を図っている。災害発生時における役割分担を定めたマニュアルを作成し、責任と連絡体制を確立している。大規模な災害を想定した対応マニュアルと事業継続計画（BCP）を整備して、毎年院内で大規模災害を想定した訓練を実施している。保安に関する規定・手順を整備して、緊急時および夜間・休日の連絡・呼び出し等に対応する仕組みを構築している。

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 | B |
| 1.1.5 | 患者の個人情報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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |

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 | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | |
| 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 | B |
| 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 | B |

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 4月 1日 ~ 2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025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 : 医療法人社団順幸会 阿蘇立野病院
- 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 : 熊本県阿蘇郡南阿蘇村立野185-1

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 | 56 | 52 | +2 | 94.9 | 34 |
| 療養病床 | 32 | 0 | +0 | | |
| 医療保険適用 | 32 | 0 | +0 | | |
| 介護保険適用 | 0 | 0 | +0 | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 88 | 52 | +2 | | |

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 | 17 | +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 | | |
| 地域包括ケア病床 | 52 | +2 |
| 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 | | +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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

