

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 22 日～8 月 23 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

貴院は、中部二次保健医療圏の地域医療支援病院として、大分サイバーナイフがん治療センターやマキシロフェイシャルユニットなどの高度医療・専門医療を提供し、献身的に地域の医療に貢献している。

今回の病院機能評価では、チーム医療による診療・ケアや良質な医療を提供する機能などの向上に継続的に取り組んでいる。本受審を機に、患者中心の医療や安全管理、感染制御、医療の質の向上などの取り組みが貴院の発展につながることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を明文化し、中長期計画に基づいて年次事業運営方針を策定するなど病院の将来像を明示している。定期的な諸会議や委員会を開催し、職員との双方向の組織運営に取り組み、職員に周知している。年次事業運営方針・計画や各部署の目標は、BSC を活用して設定し、評価する仕組みなどが定着している。診療情報の二次活用に関しては、具体的な医療の質向上、安全性、経営の効率化などに対する分析や対策に活用することが望まれる。各種委員会の新規・更新のマニュアルや書式について、承認の運用や文書管理規程の改訂が望まれる。

医療の倫理や患者の権利などに関する教育と研修は、全職員を対象に計画的かつ継続的な実施が望まれる。BSC を活用して職員個別の能力評価を行い、定期的な面接を通じて目標管理を実践している。医師の初期研修は、臨床研修管理委員会のもとで研修プログラムに沿って実施し、看護師や薬剤師、事務職員などでも初期研修プログラムに基づき修了している。学生実習は、医師、看護師、薬剤師等の養成課

程から多くの学生実習を受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内外に周知している。看護師等の医療専門職が事後に患者・家族の理解や受容の状況を確認し、記録に残すことを期待したい。医療への患者参加を促進するために、「からだ情報室」を整備して、病気や健康に関する情報を提供している。患者支援と相談体制については、「患者さん相談室」の窓口を設置し、地域・総合患者支援センターなどが各部門・職種と連携し、対応している。虐待が疑われる場合の対応もマニュアルを整備している。個人情報のダウンロードや外部持ち出し規程および申請書を策定し、適切に個人情報の取り扱いを徹底している。臨床における倫理的課題についての方針を定め、多職種の倫理カンファレンスで検討を行い、解決困難な課題については、臨床倫理部会による相談の仕組みがある。

バリアフリーの環境整備などを行い、高齢者、障害者に配慮している。療養環境が整備され、プライバシーも確保されているが、より安全性を高める環境の整備が望まれる。職員への禁煙教育の実施や禁煙啓発活動の具体化な取り組みが望まれる。

4. 医療の質

病院および各部署でBSC活動や病院機能評価受審を通じて、業務の質改善活動に継続的に取り組んでいる。クリニカル・パスの積極的な適用により、医療の標準化を図っているが、アウトカム指標やバリエーション分析の実施を期待したい。患者・家族の意見は、意見箱の設置や相談窓口によって把握しており、患者サポートカンファレンスで検討し、改善事例につなげている。新たな診療・治療方法や技術の導入、臨床研究の審議について、病院臨床倫理規定と整合を図ることを期待したい。

診療・ケアの責任・管理体制は明確であり、病棟責任医師や病棟師長は毎日の回診・ラウンドにより、患者・家族の状況を把握している。医師の診療記録は、診療録マニュアル従い行われおり、質的点検も実施し、改善に向けたフィードバックを行っている。診療・ケアに関しては、心血管など各種センターを設置し、診療科・職種の枠を超えたチーム医療を実践している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部を設け、専従看護師を配置して医療安全カンファレンスや医療安全管理委員会などの体制を整備している。医療安全管理者は、毎朝、報告事例と死亡事例を確認し、内容により現場訪問やラウンドなどを行い、確認している。重大事故が発生した場合は、院長の指示で医療安全対策委員会の開催および医療事故調査委員会を招集し、原因究明と再発防止に向けた検討を行っている。

患者確認の手順を定め、誤認防止のための啓発活動が継続的に行われている。個々の患者のアレルギー歴や同名の薬剤重複投与は電子カルテ上で確認が可能であり、同効薬重複投与の確認は薬剤部のシステム上で行っている。なお、ハイリスク

薬の表示方法を統一することを期待したい。入院時に、全患者を対象に転倒・転落のリスク評価を行い、危険度に応じた予防策を立案し、多職種で防止策を実施している。医療機器は中央管理し、毎日定期ラウンドを行うことにより、安全性を担保している。全職員に院内緊急コードやRSS機能を周知し、急変に備えたBLSなどの研修も実施し、患者等の急変時に対応する体制を整備している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の活動体制として、院長直轄の感染管理部は、医師、専従ICN、兼任の薬剤師、臨床検査技師で構成され、ICT、ASTの権限や実務内容を明確にしている。感染対策委員会で方針が決定され、感染対策マニュアルも更新している。ICTは院内各部署のラウンドを計画的に実施し、地域医療機関との情報共有、助言や指導も行っている。感染対策室、ICT、ASTが院内の感染対策と抗菌薬使用状況を把握し、感染症支援に取り組んでいる。血液培養の実施、ASTによる抗菌薬変更やデエスカレーションの指導、院内への感染関連情報の提供を行っている。SSIの対象の拡大や、CLABSI、CAUTIの再開、VAPのサーベイランスの着手を期待したい。

感染対策マニュアルの整備や標準予防策の徹底、感染経路別の予防策等に取り組んでいる。感染性廃棄物の処理は、より飛散のリスクが少ない運用となるよう検討を期待したい。特定抗菌薬は届け出制であり、血液培養陽性を確認している。また、ASTは分離菌検出状況や感受性パターンも把握し、ASTラウンドで抗菌薬の適正使用に介入し、助言している。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けて、広報誌、ホームページなどで病院の情報を発信している。ホームページは適時に更新し、診療内容や医師・専門職種の紹介、病院の利用案内、病院指標、事業報告書などを発信・公表している。中部二次保健医療圏の地域医療支援病院として、登録医療機関を広げ、地域・総合患者支援センターなどが紹介・逆紹介や検査機器の共同などを推進している。登録医療機関への満足度調査や訪問を行い、地域の状況やニーズを直接把握している。また、地域・総合患者支援センターを中心に、入院前から退院後までの入退院支援機能を強化している。地域住民の健康増進に寄与する活動として、団地新聞やFMラジオを通じて健康情報を発信し、院内では糖尿病教室などを開催している。地域の医療関連施設等に向けて、地域医療連携勉強会や足病変患者発生予防の出前講座などを開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来において、重複検査や重複投薬は電子カルテ上で確認が可能なシステムである。必要に応じて上級医、他科医に相談できる体制を整備している。緊急性の高い患者は外来看護師がトリアージを行い、患者の急変時や感染症が疑われる患者への対応体制も整備している。入院診療計画書は、医学的判断に基づき作成し、回診などの結果を診療録に記載している。入院のご案内を使用して、病院の方針、入院生

活や転倒・転落に関すること、入院費に関することや医療相談室等について、患者・家族に説明し、円滑な入院につなげている。

医師はおおむね毎日回診を行い、患者の病態を把握し、結果を診療録に記載している。看護師の病棟業務はセル看護方式を導入し、看護基準・手順に基づき行っている。薬剤師は入院患者の薬歴や持参薬を管理しており、服薬指導やリスクについて説明し、記録している。輸血の必要性和リスクについて、十分に説明し、同意書を取得している。常に複数の職員で血液製剤を確認し、投与時にはバーコードおよび患者自身に本人確認を行っている。術前に麻酔科医がリスク評価を行い、麻酔同意書の署名を得ている。重症患者は主に ICU で管理を行い、入退室基準を定めて運用している。ICU では ICU 常勤医および循環器外科医師が常駐し、迅速に対応ができる体制である。全入院患者を対象に、褥瘡対策マニュアルに基づき、日常生活自立度と褥瘡発生危険因子のリスク評価（OH スケール）を用いて、対象に合わせたベットマットを選択し、体圧管理を行っている。各病棟には管理栄養士が常駐しており、入院時に患者訪問し、栄養管理計画書を策定している。がん、心大血管、人工関節置換術等の手術患者には、術前の栄養指導を行うなど、栄養管理と食事支援の取り組みは高く評価できる。入院前と入院時に、退院支援スクリーニングシートを用いて退院困難要因を抽出している。病棟には専任の退院支援看護師と MSW が配置されており、多職種が情報共有して退院支援に取り組んでいる。退院後の継続的な診療・ケアとして、特に、退院後の移行期ケアにおいては、病院の看護師が訪問して直接ケアを実施している。ターミナルステージへの対応として、診療およびケア計画について患者・家族に説明し、意向や理解状況を確認しながら同意を得るよう取り組んでいる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方鑑査、調剤鑑査を確実にやっている。各病棟に薬剤師が常駐し、持参薬の鑑別や服薬指導を行っている。臨床現場で必要とされる検査項目の大部分は院内で実施しており、免疫検査などの一部を外注している。パニック値と判明すると直ちに主治医もしくは同科責任医師に直接連絡している。画像診断の読影結果は、翌日には報告している。一般撮影、CT、MRI、核医学の検査を安全に施行する体制を整備している。リハビリテーションの体制は、入退院支援カンファレンスに療法士等が積極的に参加し、処方前から患者情報を収集し、処方後適応があれば手術前から介入するなど、早期リハビリテーションに積極的に取り組んでいる。常に 365 日リハビリテーションを提供し、継続性を確保している。リハビリテーション機能の質を高めており、取り組みは優れており、高く評価したい。診療情報は電子カルテシステムにより、1 患者 1ID で管理している。同姓同名患者や患者 ID 不明時における診療記録の検索ルールが定められ、患者二重登録を防止する仕組みがある。使用済み医療器材の一次洗浄は中央化し、器材の洗浄、乾燥、組立、滅菌の工程は、担当業務と作業エリアを明確に分けるなど、清潔と不潔が交差しない体制である。

常勤の病理医が速やかに診断結果を報告し、悪性所見が見られる場合には、速やかに担当医もしくは同科責任医師に直接連絡している。県内唯一のサイバーナイフがん治療センターとして、県内外から紹介を受け、年間多くの放射線治療を行っている。治療医は、サイバーナイフの適応や照射量を判断し、治療計画を立て、多職種カンファレンスで情報を共有している。医学物理士が機器品質管理を行い、治療計画を検証するなど、放射線治療機能は高く評価できる。二次救急指定病院として、24 時間体制をとっている。救急隊からのホットラインを配備し、年間多くの救急車の受け入れを行っている。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則などに基づいて会計処理を行い、公認会計士などによる外部監査を実施している。病院運営会議において、経営のデータは提供されているが、中長期的な経営改善の戦略の策定・具体化や取り組みについて検討を期待したい。未収金管理や施設基準の管理、医師によるレセプト点検、再審査請求など医事業務を行っている。受付や窓口収納業務、診療報酬請求は、マニュアルや手順に基づき対応している。査定等による自己負担額の返還が発生した場合は返金処理手順に基づいて処理している。業務委託は、次年度予算編成前に更新の有無や業務範囲、内容、価格などについて見直しを行っている。委託費用や業務内容、品質の比較などを行い、複数の業者の中から選定している。

危機管理対策委員会を定期的開催し、火災、水害、地震、停電時などの災害対策マニュアル、BCP、部署ごとのアクションカードを整備している。年 2 回の防火訓練や水害・地震の大規模災害総合訓練を実施しており、トリアージ訓練も行っている。保安業務は、施設管理課などの職員が担当し、夜間・休日には業務委託し、24 時間 365 日体制で対応している。

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	B
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	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	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	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	B
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	B
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	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	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	B
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	診断的検査を確実・安全に実施している	B
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	B
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	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	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	S
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	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	S
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	B
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	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	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	B
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： 社会医療法人敬和会 大分岡病院

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： 大分県大分市西鶴崎3-7-11

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	203	203	-21	64	11.9
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	203	203	-21		

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	30	+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		
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

地域医療支援病院, 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： 5 人 2年目： 5 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

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	208.70	218.20	221.01	95.65	98.73
1日あたり外来初診患者数	47.90	46.06	44.23	103.99	104.14
新患率	22.95	21.11	20.01		
1日あたり入院患者数	145.90	148.35	163.37	98.35	90.81
1日あたり新入院患者数	12.02	11.81	13.39	101.78	88.20