

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12月12日～12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、大分県東部医療圏の別府市に位置する急性期医療を担う病院で、国家公務員共済組合連合会が運営する全国32医療機関の一つである。1955年に結核専門の職域病院として開院し、1980年には地域に開放された一般病院となった。2015年には病棟を新築し、がん治療と血管治療を中心に、順次診療機能を充実させてきた。「Science & Humanity」を理念とし、現在では一般病床と地域包括ケア病床を持ち、他医療機関とも連携して地域医療に貢献している。また、三次救急医療機関、災害拠点病院、地域医療支援病院として大分県北部の医療を支えている。一方、臨床研修病院として研修医を採用し、後進の育成にも力を注いでいる。

病院運営については、病院長を中心とした病院幹部の優れたリーダーシップのもと、全職員が一丸となって医療の質向上に積極的に取り組んでいる。病院機能評価も2003年以来継続して受審し、今回も、受審を契機として改めて医療の質・看護の質の向上のため、さまざまな改善取り組みを進めているところである。今回の受審では、一部の業務において課題も見られたが、今後も継続的な質改善に取り組まれない。以下にカテゴリごとの総括を、また、詳細を別表に報告する。今回の受審が、貴院の今後の発展に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および綱領、基本方針は、病院の役割を踏まえて策定し、院内外に周知している。組織図を定め、幹部・役職者の選任プロセスは明確である。病院の役割・機能を中期計画などに明文化し、職員が一丸となって取り組んでいる。病院長や幹部職員は課題を明確に把握し、課題解決に継続的に取り組んでいる。医療情報システムで院内の情報を統合し、医療の質、安全、効率化などに貢献している。国家公務

員共済組合連合会の文書取扱規程に基づき必要な文書を一元管理しているが、診療に関する規程・マニュアルの管理の充実を期待する。

医療法や施設基準に沿った人員を確保し、病院の機能に見合った人材採用に努めている。人事・労務管理に必要な就業規則等を整備し、法令に基づいた安全衛生管理体制を取っている。労働安全衛生委員会で職場巡視、時間外勤務や健康診断等の状況を確認し、ストレスやハラスメントへの対応の仕組みも構築している。職員の意見の収集を行い、福利厚生制度等により魅力的な職場作りに努めている。院内の教育研修については、学術・図書・教育委員会を中心に年間研修計画に基づき実施している。医師を含め勤務評価制度による能力評価を実施している。能力開発支援も行っている。初期研修は、医師、看護師はじめ各職種がプログラムに沿って実践している。実習生についても多くの職種を受け入れ、カリキュラムに沿った実習を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利および責務を明文化し、院内掲示などで周知している。開示請求には、院内規程に従い全て対応している。説明と同意の基準・手順を定め書式を統一しているが、医師の記録についてのルール周知と遵守を期待したい。入院案内で患者自身の情報提供を促し、適正な医療が受けられるよう協力を求め、アレルギー情報等を聞き取り多職種で共有している。地域医療支援センター内に入退院センター・地域医療連携室を設置し、多様な相談に対応しているが、相談情報の共有方法についての検討を期待したい。

個人情報保護規約を整備し、患者・職員に周知して個人情報保護に取り組んでいる。臨床倫理に関する方針を整備し、倫理委員会を開催している。倫理的課題の検討はカンファレンスで行っている。病院へのアクセスは容易で、玄関口からバリアフリーである。売店、レストラン、ATM、公衆電話等も設置し、Wi-Fi 環境も全館整備している。診察室・処置室などの診療・ケアに必要なスペースや患者・家族がくつろげるラウンジを確保し、面会、安静、食事、更衣などを安心して行える環境を整備している。病院の敷地内禁煙を院内掲示・入院案内等で周知しているが、職員・患者に対して、さらなる禁煙推進を期待したい。

4. 医療の質

業務の質改善に向けては各委員会・部署で対応しているが、病院全体として共有化された継続的に活動できる体制作りを期待したい。病院臨床指標および質的指標のデータ収集と分析を行っているが、PDCA サイクルに基づいた具体的改善活動の検討を期待したい。患者満足度調査を定期的実施し、意見箱により収集した患者の意見をサービス向上委員会で検討して改善活動に繋げている。臨床研究や新たな診療・技術の導入などに関しては、倫理委員会を検討している。診療・ケアの責任体制とその役割を明確化し、各職種は各々の役割を発揮している。電子カルテで診療記録を記載し、質的点検は、診療記録記載指針に基づき診療記録管理委員会により多職種で実施している。多職種チームは依頼に応じて速やかにカンファレンスや

ラウンドを行い、専門的な視点による介入や助言、課題解決を行っている。

5. 医療安全

医療安全管理部のゼネラルリスクマネージャーである副院長の下、医療安全管理室を設置している。専従の担当者は、権限付与のもと医療安全に関する活動を行っている。院内のインシデント・アクシデントを収集・分析し、評価・改善している。医療安全情報を収集し周知している。医療事故発生時の対応手順を定め、事故調査委員会で原因究明と再発防止策を行う仕組みが確立している。紛争事案等の対応は联合会本部・顧問弁護士等と連携して対応している。

患者確認の方法は、氏名と生年月日の名乗りを基本としているが、チューブ誤認防止のルール策定を期待したい。指示出し・指示受け・実施確認は、電子カルテシステムによる院内統一の運用手順で実施している。口頭指示は、口頭指示受けマニュアルに基づき実施している。ハイリスク薬には病院統一の目印を付け、院内全部署で認識できるようになっており、麻薬は常時施錠管理している。入院時に転倒・転落アセスメントを行い、ハイリスク患者への防止策を講じている。転倒・転落発生時の対応手順があり、発生件数をデータ化し防止策を周知している。輸液ポンプ・シリンジポンプなどの医療機器は中央管理している。使用手順に基づいて使用し、作動確認を実施している。年1回全職員を対象にBLS訓練を実施している。救急カートやDC装置を整備し、毎日点検・整備している。ハリーコールを設定し、急変対応している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は病院長を委員長として毎月開催している。病院長直轄の感染対策管理室を設置し、専従の感染管理認定看護師を配置している。院内感染対策委員会の下部組織としてICT委員会があり、各部署の感染管理者で構成している。ICT委員会メンバーで感染制御チームとASTを構成している。院内の耐性菌発生状況や感染症発生状況は、感染管理認定看護師が電子カルテ内のシステムでリアルタイムに確認している。毎週感染制御チーム会議を開催し、抗菌薬使用状況についても検討し、問題等があればASTとして介入している。感染対策マニュアルを整備し、標準予防策の研修や実施評価を行っている。手指消毒に関する調査や手洗いの直接観察評価を実施している。感染経路別対応としてピクトグラムを確認し、PPEを着用している。来院者への手指消毒や発熱者への注意喚起を行っている。医療廃棄物の取り扱いについては、マニュアルに則って対応している。院内における分離菌の感受性パターンは感染対策管理室で把握し、抗菌薬の使用に当たっては、抗菌薬適正使用マニュアルに沿って使用している。週1回のAST活動で抗菌薬使用患者をチェックし、主治医に適正使用を促している。

7. 地域への情報発信と連携

地域住民に向けて、広報・年報委員会、地域医療連携室を中心に、医療サービスや病院情報を広報誌、ホームページ等で定期的にわかりやすく発信している。診療実績・QI 指標も公開している。地域医療支援病院登録医向けの広報誌も定期的に発行し、診療科毎の役割や情報を積極的に発信している。地域医療連携室を設置し、地域の医療関連施設を把握して医療連携に取り組んでいる。地域医療支援委員会や地域連携セミナー等を通じて地域の状況や医療ニーズの把握に努めている。紹介・逆紹介を推進し、紹介状管理はルールを定め早急に返書できる体制を構築し、進捗も一元管理している。健康医学センターを設置し、人間ドック・各種検診を実施している。地域住民の健康増進を目的に、自治会や介護施設の要望に応じた出前講座を定期的に開催している。糖尿病教室、転倒予防教室も実施している。地域の医療関連施設に対しては定期的に地域連携セミナーを開催しており、地域の医療に関する教育・啓発に積極的に取り組んでいる。

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で案内し、初診、再診、紹介受診、会計等の窓口もわかりやすく表示し、案内係が様々なサポートに対応している。初診患者に関する情報収集は、問診、検査結果などを電子カルテでチェックし、安全に外来診療を行っている。診断的検査は説明の上、同意を得て安全に実施している。入院の決定は、医師が判断し、説明と同意を行った上で適切に行っている。入院診療計画書は、診察結果や画像診断、検査結果に基づき速やかに作成している。患者・家族からの相談は入退院センターにある患者窓口で対応している。入院決定後は入退院センターの看護師がオリエンテーションを行っている。

医師は毎日回診を行い患者の状況を把握し、病状説明や検査結果などを患者・家族に説明し、詳細にカルテ記載している。看護師は、患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握し、看護ケアを実施している。注射薬調製時にはダブルチェックし6Rを確認しているが、病棟薬剤業務の体制構築を期待したい。輸血は、主治医が説明の上同意を得て実施している。周術期においては、手術の適応、術式はカンファレンスなどで検討し、リスク管理を徹底している。集中治療室の役割を明確にし、各診療科による共同診療体制を確立している。褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事支援は適切に行っている。症状などの緩和は標準看護計画で対応しているが、麻薬の使用基準の作成を期待する。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を作成し、必要性和リスクに関する説明を行い、患者・家族の要望に配慮し同意を得て実施している。身体拘束は、方針・手順・基準を整備し、人権に配慮しながら対応している。入院前から退院支援スクリーニングを行い、退院支援の必要性を評価している。地域医療連携室が中心となり、患者の継続療養に関する介入を行っている。ターミナルステージは、多職種が協働し対応しているが、ターミナルステージ判断基準の作成を期待する。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、夜間・休日も含め 24 時間体制で、処方鑑査や調剤鑑査、持参薬の鑑別、注射薬の 1 施用ごとの取り揃えを実施している。抗がん剤はすべてレジメン管理され、薬剤科の安全キャビネットで薬剤師が調製・混合している。臨床検査機能は、24 時間体制で、誤認防止の仕組みを構築し、検査項目の見直しも適宜行っている。画像診断機能についても、24 時間体制で、読影レポートは放射線科医師により読影後迅速に作成し、未読チェックシステムで確認・連絡している。栄養管理機能は、マニュアルに則って食材の発注・検収から下処理、調理、配膳、下膳等の一連の業務を委託会社と協働して実施している。リハビリテーション機能は、心血管疾患、脳血管疾患、呼吸器、運動器リハビリテーションを実施している。

診療情報管理機能は、診療情報管理士を配置し、電子カルテにより 1 患者 1ID 番号で一元管理し、量的点検を実施している。医療機器管理機能は、院内の医療機器を一元管理し、トラブル時は臨床工学技士が対応している。洗浄・滅菌機能は中央化され、滅菌の精度保証を確実に実施している。病理診断機能は、病理診断医が関与し、レポートの未読防止も行っている。輸血・血液管理機能は、臨床検査科が担当し、廃棄率も低く維持している。手術・麻酔機能は、緊急手術を含めて組織的にスケジュール管理し、安全・円滑に実施している、集中治療機能は、ICU の入退出基準を定め、早期離床、退室に向けて多職種が関与している。救急医療機能は、大分県東部医療圏の中心となる救命救急センターとして、地域救急医療の中核的な役割を果たしている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、各部署からの購買要望、収益見込み等を反映して予算を策定している。会計処理は国家公務員共済組合連合会の会計基準に準じて行い、院内監査や監事監査を実施している。医事業務は、受付業務から会計まで手順に則り行っている。レセプトの作成および点検・確認の仕組みが確立している。未収金は、担当や手順を定めて督促業務を行っている。業務委託は多岐に亘り採用しており、委託業者の選定および契約更新は入札により決定している。業務の実施状況は、主管部署で業務日誌や定期的な打ち合わせで確認している。

施設・設備管理については、修繕保守・日常点検等を実施し、院内の清掃や最終保管場所の一般産業廃棄物と感染性廃棄物の区分管理も行っている。購買管理については、各種購入物品の選定・採用を各委員会で審議している。棚卸も定期的に実施し、適正な購買管理に努めている。災害・危機管理については、災害時のマニュアルや大規模災害時の BCP を策定している。緊急時連絡体制を整備し職員へ周知している。定期的な訓練の実施、自家発電装置の設置、備蓄等を行っている。保安業務は、職員と委託により実施している。病院出入口の夜間施錠、院内巡視、防犯カメラの設置、日誌の記録などを行っている。

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	B
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	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	B

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
<hr/>		
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	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	B
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	診断的検査を確実・安全に実施している	A
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	B
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	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
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	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	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	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	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	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	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： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024年 7月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 国家公務員共済組合連合会 新別府病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 共済組合及びその連合会

I-1-4 所在地： 大分県別府市大字鶴見3898

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	269	255	-8	72.9	13.8
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	269	255	-8		

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	-8
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	48	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等：

地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域), へき地拠点病院, 救命救急センター,
 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： 1人 2年目： 4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

