

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 26 日～8 月 27 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

貴病院は 1948 年（昭和 23 年）に大分県農民療養所として設立され、開設から 76 年の歴史を持つ。施設・設備・医療機器などの拡充を図り、「みんなのかかりつけ病院」として進化し社会貢献を行っている。基本方針として、全人的がん医療を追求すること、地域救急医療の発展に寄与すること、専門的な生活習慣病医療を提供すること、優秀な医療者を育成することを掲げている。「恕（おもいやり）」の理念のもと、医療を通じて、地域社会に寄り添いながら安心・安全で質の高い医療を提供し続けている。今回 5 回目の病院機能評価受審であり、病院長をはじめ病院幹部のリーダーシップのもと、職員一丸となって病院の質向上に継続して取り組み、より質の高い医療の提供を目指している。審査の結果、ほとんどの項目で水準を満たした適切な機能を維持し、高い評価を得ている。とりわけ、医療関連感染制御および療養環境の整備に関しては、秀でており、高く評価できる。今回の受審結果をもとに、課題として見受けられたものについては組織的な改善活動を継続し、貴病院がますます発展されることを祈念したい。

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院内外に周知しており、病院の将来像や運営方針を各種会議等により職員に明示している。病院の組織図、職務分掌を整備し、病院運営に必要な会議・委員会を設置している。中期計画に基づく年次事業計画および各部署の年次目標が策定され、達成度の評価が行われるなど、PDCA サイクルにより運用する仕組みがある。情報管理では、システムの管理やデータの二次利用など適切に取り組んでいる。病院として管理すべき文書が明確にされ、文書規定に基

づいて管理している。業務量に見合う適正人員や、病院機能や質向上を考慮した人材確保に努めている。就業規則をはじめ給与規程や法律に基づく制度等の各種規程が整備され、職員に周知されている。職員安全衛生への取り組みでは、衛生委員会の開催や健康診断の実施など適切に行っており、職場環境の整備も適切に実施している。職員の意見・要望は職員満足度調査で把握され、職員にとって魅力ある職場となるよう努めている。全職員を対象とした教育・研修の年間の研修計画が策定され、研修の受講状況などを一元的に管理している。人事評価制度が導入され、能力評価・能力開発に取り組んでいる。医師の初期臨床研修は臨床研修管理委員会のもとで実施され、医師以外の専門職種の初期研修についても、初期研修プログラムに沿って実施している。学生実習の受け入れは、医師・薬剤師・看護師など数多く受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族には院内掲示などで周知している。診療録の開示請求は規程に基づいて行っている。説明と同意に関する基準・手順および同席ルールも作成され、手順に沿って実施している。セカンドオピニオンへの対応も適切である。診療・ケアに必要な情報は、院内掲示や入院案内などで提供され、患者協力がスムーズに得られるように取り組んでいる。正面玄関入口に患者・家族からの相談窓口を設置しており、設置場所などはホームページなどで周知している。個人情報保護については、病院理念や患者の権利で基本方針を明記しており、院内規程も整備している。倫理コンサルテーションチームが日々の倫理的課題へ積極的に介入し、タイムリーな多職種カンファレンスを行っている。患者本人や家族の倫理的問題であると判断した場合、多職種で情報を共有している。Wi-Fiを完備しており、入院中にインターネットの利用が可能であり、廊下の両手摺りなど高齢者・障害者にも配慮されている。全館を通して清潔で静寂が保たれている。5S活動の継続で整理整頓が徹底され、安全で快適な療養環境が整備されており高く評価できる。敷地内全面禁煙の方針は、ホームページ、入院案内などによる注意喚起と禁煙ステッカーにより周知している。

4. 医療の質

病院全体で部署目標成果および改善活動発表会を実施している。病院機能評価受審は今回で5回目であり、日々の改善活動が行われていることが確認できる。医療法に基づく立ち入り検査の対応は適切である。他科横断的なカンファレンスなどを開催しており適切であるが、クリニカルパスの積極的な活用が望まれる。病院独自のテーマと目標値を定め、それらデータ収集や分析を行っている。サービス向上委員会を月次で開催し、患者・家族からの意見や要望、苦情などについて審議しており、案内表示を見えやすい場所に変更するなど対応実績もある。外部委員を含めた院内臨床倫理審議委員会を設置し、新たな診療・治療方法などを倫理面と安全面について審議・承認しているが、導入後もモニタリングすることが望まれる。病棟では、責任者氏名が明示されており、担当看護師はベッドサイドに表示している。主

治医不在の時は診療科で代行医を含めた対応体制がある。入院診療計画書を多職種で作成し、説明と同意を詳細に記載している。日々の回診記録は SOAP を用いて記載しており、質的点検も適切に行われている。入院時のアセスメントで、緩和ケアチーム等の多職種が連携して患者の診療・ケアに当たる環境が整っている。

5. 医療安全

医療安全管理室に専従の看護師を配置し、医療安全管理委員会や医療安全推進委員会と連携して活動しており、マニュアルは定期的に見直しを行っている。報告事例を収集・整理し、警鐘的事例について改善策を検討している。改善策や安全情報を発信し、再発防止に努めているが、報告数のさらなる増加が望まれる。医療安全マニュアルには連絡体制、説明体制、警察や行政への届出、マスコミや訴訟対応などの手順を網羅的に定めている。誤認防止マニュアルを整備し、氏名の名乗りを基本として、生年月日など複数の方法で本人確認を行い、手術時や内視鏡室ではタイムアウトを実施しており適切である。医師の指示は外来および病棟において、口頭指示を含め正確に情報を把握して伝達できるよう配慮している。薬剤師が、重複投与や相互作用をはじめ、適正な投与量の提案等やアレルギーや副作用の発現等を把握し管理している。転倒・転落の危険度評価を行い、リスクの程度に応じて看護計画を立案し防止対策を実践している。転倒・転落防止部会はラウンドを行い、療養環境の安全点検を行っている。医療機器を使用する職員の研修は臨床工学士と看護部が連携して計画的に実施している。臨床工学技士が日常点検や貸出業務を行っており、院内緊急コードを設定して適切に対応している。RRS を導入し職員の参集手順も整備され、救急カートは院内で統一して常に使用できる状態になっている。

6. 医療関連感染制御

感染対策室は医療安全室の配下で、感染管理認定看護師が専従となり、感染管理医師や薬剤師、臨床検査技師のもと組織し、ICT や AST、感染リンクスタッフらと協働して院内全てにおいて感染対策のリーダーシップを発揮し機能している。ICT を中心に、感染制御にかかる院内・外の情報を正確に把握・管理する体制を構築している。また、この活動は院内にとどまらず地域の医師会や保健所とも連携しており、他の病院の模範となる活動をしており高く評価できる。感染対策マニュアルに基づき手指衛生の徹底、個人防護具の着用、感染性廃棄物の分別など、感染を制御する活動は適切に実施している。感染対策室に抗菌薬適正使用支援チームを組織し、血液培養や各種培養検査実施後に広域抗菌薬の投与開始と、早期に狭域抗菌薬へ移行するために必要な培養結果を報告し、抗菌薬の適正投与の提案に努めている。

7. 地域への情報発信と連携

生活習慣病など身近なテーマを掲載した広報誌を毎月発行している。病院年報を作成しており、病院の組織と活動実績、各診療科の診療実績などを公表している。ホームページでは病院年報を閲覧できるほか、各診療科の案内や特色、症例件数な

ども公開しており、地域の患者や医療機関などが貴院を選択する際の参考になるような情報を発信している。病院の持つ機能を発揮するため、地域医療連携センターを改組して地域医療連携室を設置し、地域連携、入退院支援、検査・外来予約、相談などの機能を集約している。地域の医療関連施設との前方連携や後方連携は地域医療連携室の看護師が対応しており、回復期病床などを必要とする患者も地域医療連携室を通じて地域の保健・医療・介護・福祉施設に紹介している。患者や地域住民に向けた疾病教育として市民公開講座を開催しており、テーマもホームページからアンケートで募集するなど地域住民のニーズを積極的に取り入れている。地域の医療従事者に向けた専門的な医療知識等に関する支援として、リアル会場とオンラインによる地域連携セミナーを開催しており、救急医療や感染対策など専門的知識の向上を支援している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

入口に総合案内があり、患者を円滑に案内している。外来診療室では各診療科および職種間で情報共有を行い、がん化学療法看護認定看護師が同席し、患者・家族支援を行っている。診断的検査は医師が必要性とリスクを患者に説明し同意を得て安全に行っている。入院の適応や治療方針は、医学的な判断をもとに決定している。入院診療計画は、多職種が関与し、立案できる体制が確立している。患者相談窓口ではメディエーター教育を受けた看護師等が相談に対応する仕組みがある。入院時に「患者サポートセンター」で患者が円滑に入院できるような仕組みを構築している。医師は、主治医担当医制で病棟診療を担当している。看護基準・手順に基づいて、診療の補助や生活の援助などの看護業務を行っている。投薬・注射は、バーコード認証で確実に安全に実施している。輸血療法は輸血マニュアルに沿って行っており適切である。手術適応や術式は主治医が患者に説明して同意書を取得している。ICUでは診療科主治医と当直医が24時間診療を行う体制を構築している。褥瘡発生のリスク評価を行い、褥瘡対策チームを中心に治療やケアにあたっている。全ての入院患者の栄養状態を把握し個々の患者に応じた対応を行っている。看護師は症状や疼痛を問診し患者の状態に合わせて症状の緩和に努めている。リハビリテーションは、主治医の判断をもとに実施する体制が確立している。身体拘束の方針や実施手順などが明示され、回避、解除に向けたカンファレンスを行っている。入院時に全患者に対し退院支援のアセスメントを行っており、多職種で退院前カンファレンスを開催し退院支援を行っている。患者・家族の意向やQOLに配慮しながら患者に継続した診療・ケアを実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、持参薬の鑑別・管理や処方・調剤鑑査、疑義照会を実施している。臨床検査科では患者のニーズに応えられる検体検査を実施し、パニック値報告や精度管理も適切に行っている。画像診断機能は、タイムリーな実施と迅速な読影を行っている。栄養管理機能では食材の搬入、下処理、調理、配膳、下膳、洗浄などを規定どおり適切に実施している。各診療科医師と密に連絡を取り院内でシームレスな

リハビリテーションを提供している。入院診療計画や手術内容などを対象として36項目の量的点検を適切に実施し、診療情報の一元的管理を適切に行っている。医療機器は中央管理され、臨床工学技士により日常点検や定期的点検を計画的に実施している。洗浄・滅菌の質保証は各種インディケータを用いて評価・管理している。病理診断部門は悪性所見がある場合には医師に直接報告し、未読防止に努めている。医師と診療放射線技師が協働して放射線治療機能を適切に発揮している。輸血部門は血液製剤の使用状況や副作用発生の報告や廃血率低減を行うなど適切である。手術室はルールに則って手術スケジュールが立てられており、緊急手術にも対応している。集中治療機能では診療科主治医とICU当直医が連携しながら治療にあたり、24時間の診療体制を整えている。二次救急病院群輪番制病院として、必要な人員を配置し救急医療に貢献している。

10. 組織・施設の管理

病院運営幹部会議を毎週開催して経営状態や課題に対して迅速に対応しており、月次開催している病院運営委員会では予算差異の分析結果などを共有している。医事課は、電子カルテによる情報共有化およびポスレジや再来受付機、自動精算機の設置によって患者の利便性向上と会計待ち時間の短縮化に取り組んでいる。毎年1回、委託業者の業務品質や経済性、業務遂行能力などを5段階で評価している。業務委託先を見直す際は入札方式でプレゼンテーションを実施している。施設・設備は、防災センターにおいて24時間365日の運用管理を行っており、日常の管理・運用や保守点検、年間計画に基づいた法定・定期点検を確実に実施している。医薬品の採用は薬事審議委員会、医療機器や備品の選定は病院運営委員会、医療材料や医療消耗品の選定は診療材料検討委員会で採否や条件などを審議している。大規模地震等を想定した病院の機能存続計画（BCP）や消防計画、災害対策マニュアルを整備し、緊急時の責任体制など、災害に対する体制を構築している。保安業務については24時間の保安体制を構築し、毎日定時の院内巡視や施錠管理などを行っている。

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	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	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	B
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	S
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	S
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	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	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	A
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	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	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	B
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	A
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	B
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	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	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 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： 大分県厚生連鶴見病院
I-1-2 機能種別： 一般病院2
I-1-3 開設者： 厚生連（厚生農業協同組合連合会）
I-1-4 所在地： 大分県別府市緑丘町12番1号

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	226	226	+0	80.7	12.1
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	4	4	+0		
総数	230	230	+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）	4	+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	4	+0
人工透析	34	+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

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： 3 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

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

2. 年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	472.66	459.92	477.21	102.77	96.38
1日あたり外来初診患者数	41.91	38.66	41.03	108.41	94.22
新患率	8.87	8.41	8.61		
1日あたり入院患者数	201.37	192.86	201.79	104.41	95.57
1日あたり新入院患者数	15.47	14.20	14.90	108.94	95.30