

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23日～12月24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 条件付認定（6ヶ月）

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2
 1. 患者の個人情報の取り扱いに関して、より厳格な運用となるよう改善してください。（1.1.5）

1. 病院の特色

貴院は、開院後30年を超えており、5市町村22万人を背景に、主としてその中の10万人程度を対象とする地域医療支援病院である。医療における人的サービスを重視している印象があり、病床数の3倍を超える職員が配置されているが、さらに機能向上にむけた採用を計画している。病院に求められる機能をよく捉えており、現状の課題を外部・内部要因に分けてしっかり分析し、対応策を検討している。

5年ごとに外部評価である病院機能評価を受審し、指摘事項の改善を継続して病院の機能向上に努めている。今回の審査結果の総括を以下に述べるが、詳細な報告書と合わせて、貴院の今後の発展に少しでも役立てば幸甚である。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は定められ、必要な見直しが行われ、院内・外に発信されている。病院の意思決定会議は明確で、決定事項は委員会および院内LANで周知する仕組みがある。病院の年次目標はBSCで作成され、これを受けた部門・部署目標は標準様式で作成されている。電子カルテ端末で稼働する病院独自の情報共有システムを院内開発し、機能の補完を図っている。文書管理規程があり、担当部署が定められ、管理簿で文書が適切に管理されている。

病床数の3倍を超える職員が配置されているが、さらに機能向上を目指して採用計画が立てられている。出退勤は全職種が職員カードによる電子的な打刻を行っている。評価シートを用いた職員の評価を行っている。安全衛生委員会は適法に実施され、メンタルサポート体制がある。基本方針に「働きやすい環境の整備」を追加

して職員に魅力ある職場を目指している。

全職員を対象とした教育研修の内容を明確に定め、参加率を向上させる努力の継続を期待したい。ほぼ全職種について、上司や所属長による評価が行われている。臨床権限について病院としての方針があるとさらに良い。多くの職種で入職後の初期研修・教育のプログラムが用意されている。多くの職種で学生実習を受け入れているが、事務的な受け入れ窓口を一本化するとさらに良い。

3. 患者中心の医療

現在6項目の患者の権利、患者さんへのお願い4項目を定めている。権利の内容は患者が求める医療の受療権や自己決定権、個人情報保護などを含んでいる。患者の権利に人間としての尊厳が守られる権利を明確に記すこと、また、こどもの権利を制定することを期待したい。説明と同意については、説明書に写真や絵を用いて多職種による補足説明を行うなど患者・家族に理解できるような配慮がある。患者総合支援センターを中心に、入院前から入院中、退院後の外来、地域医療との連携が行われている。患者相談は患者総合支援センターが一元化して対応し、センターの各専門職が連携して支援に取り組んでいる。個人情報保護やプライバシーの配慮について規程を定め、職員や委託職員等に対して徹底している。個人情報が含まれる情報を利用する場合は、診療録管理委員会に申請し、承認を受ける運用としているが、院内各部署にUSBを使用可能な端末が配置され、電子カルテの情報がダウンロード可能な状況となっている。病院として審査・承認し、データを払い出す仕組みとなるよう、改善が望まれる。倫理課題に取り組むために臨床倫理委員会の主要メンバーが臨床倫理チームとして活動している。多職種で構成された臨床倫理チームを中心に、継続的な介入が必要な事例を検討し、情報共有が行われている。

療養環境の整備と利便性では、立体駐車場の整備や病室は全室個室で備品を用意するなど充実している。療養環境は感染対策を講じて、患者が安全で快適に利用しやすい工夫がされている。患者のプライバシーへの配慮もある。受動喫煙防止では、敷地内全面禁煙と明示している。職員の禁煙希望者を支援し、年々喫煙率が低下している。

4. 医療の質

病院機能評価を継続的に受審し、業務の質改善に継続的かつ積極的に取り組んでいる。業務改善に関する院内研究発表会を長く継続しており、優秀者の表彰がある。多科多職種合同の症例検討会を開催し、クリニカル・パスを積極的に活用してバリエーションやアウトカム分析が行われ、毎年パス大会を開催している。全日病のQIプロジェクトに参加している。患者サポート委員会があり、患者・家族の意見や苦情は意見箱など様々な方法により情報収集を行い、病院運営に反映させる体制を整備し活動している。診療ガイドラインに沿った治療を目指して情報収集をしている。新規医療技術導入時には、担当科からの定期的報告および担当部門によるカルテ等のモニタリングを期待したい。

各病棟では掲示板を活用して責任者を表示している。診療科でチーム体制があ

り、多職種間で患者情報は共有され、診療・ケアが実践されている。電子カルテには、医師のみならず多職種のケア・指導・介入などの記録を時系列に記載している。今後病院の略語集を整備することを期待したい。NST、摂食嚥下、緩和ケア、褥瘡ケア、排尿ケア、認知症ケアチームなど各委員会内のメンバーから構成されるチームが組織横断的に活動している。

5. 医療安全

医療安全管理マニュアルを作成して適宜内容を見直し、改訂履歴、改定内容が一目でわかるように整備している。医療事故への対応は、マニュアルを整備して、医療安全管理室を主担当とした対応フローを定めて実施している。

患者誤認防止対策は、医療安全管理マニュアルの中に必要項目を明記しており、リストバンドは必ず本人の身体につけている。情報伝達は適切で、指示中止や変更時の手順も明確である。緊急性のある検査値や画像・病理所見は直接医師へ伝えている。医薬品安全管理責任者の主導のもと、リスクの高い薬剤については動画等を用いて職員への教育・研修を確実に実施している。患者入院時に全例、転倒・転落アセスメントを実施してリスクレベルを判定し、看護計画を立案して対策を講じている。医療機器使用に関する職員教育・研修は臨床工学技士が実施し、研修内容、参加者は実績として記録・保管している。急変時の院内緊急コールがあり、24時間対応できる体制である。発作を未然に防ぐことを目的としたRRS体制を構築している。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄部門として感染対策管理室を設置している。感染対策委員会は毎月開催され、院内における感染症の発生状況や課題の検討、対策の実施など具体的な審議を行っている。ICTとASTによる週1回のラウンドに加えて、リンクナースとともに感染防止活動を推進している。感染対策管理室は検査室からの報告と電子カルテ上のシステムから情報を収集し、院内の感染発症のモニタリングを常時行っている。加えてICT・ASTラウンドや抗菌薬使用状況等により情報収集を行い、分析と早期の改善策の立案を行っている。アウトブレイクに関する対応マニュアルを整備している。

院内感染対策マニュアルを整備して、マニュアルに沿って感染対策を実践している。防護具、手指消毒剤、手洗い場の環境は整備できている。清潔リネンと汚染リネンは保管場所を区分けしている。手指衛生のサーベイランスについても、今後継続拡大して行くことを期待したい。抗菌薬適正使用マニュアルを適宜更新している。特殊抗菌薬は全例届け出制としており、細菌培養提出のモニタリングも行っている。術前1時間以内予防的抗菌薬投与の実施率は向上している。アンチバイオグラムを年1回作成している。ICT・ASTチームが抗菌薬使用に積極的に介入している。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けた情報発信については、広報誌・ホームページ・SNS を用いて広報活動を行っている。広報誌は年4回発行し、地域の医療機関等に配布している。ホームページは、毎日内容をチェックして、最新の情報を発信している。WEBサイトのアクセス状況の解析を行い、わかりやすく工夫した多様な広報活動は高く評価される。地域の医療機能・医療ニーズは、地域医療連携室が中心になって把握し、多職種で連携して地域医療連携懇談会や挨拶回りを行い、顔の見える関係作りに取り組んでいる。また、地域医療連携ネットワークシステムの有効活用に積極的に取り組んでいる。今後は、円滑な連携のため医師からの早期の返書管理が実現されるとさらに良い。地域に向けての教育・啓発活動では、市民公開講座や出前講座等の市民向けの健康啓発活動を積極的に行っている。また、地域の医療従事者や消防隊向けには、症例検討会や研修会等を複数回開催して、各職種の専門性を活かした技術支援活動に取り組んでいる。こどもを対象としたイベントや高校生の体験実習等、医療の普及と育成活動を積極的に実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者が受診するために必要な情報は、ホームページやパンフレット、連携機関への診療案内等で案内している。外来の待ち時間が2~3時間と長いため、待ち時間の対策として番号表示などの工夫を行うとさらに良い。患者情報が収集され、外来診療を安全に行っている。主治医が診断的検査の必要性を適切に判断して実施している。医学的根拠に基づいて入院の必要性を判断している。医師は外来等にて収集された病歴や各種検査結果等の診断的評価に基づき、入院診療計画書を速やかに作成している。看護師は患者の心理状態、社会的背景、栄養、褥瘡、転倒・転落リスク評価等の結果を考慮した上で看護計画を策定している。患者サポート相談窓口や患者総合支援センターを設置している。入院前から多職種、部署間での入院患者における情報共有を行っている。

医師は病棟業務を適切かつ効率的に実施している。看護師は患者・家族のニーズを把握し、ケアの計画・実践・評価を行っている。薬剤の使用に関しては主治医からの説明に加えて、必要に応じ薬剤師が薬剤管理指導を行っている。抗菌薬投与時の評価項目と記録の充実を図るとさらに良い。輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している。周術期の安全な対応を適切に行っている。患者の重症度に応じて、ICU、HCU を活用している。患者には褥瘡リスク評価を実施し、医師および認定看護師チームが褥瘡治療に介入している。NST や摂食嚥下チームの介入により、栄養状態の改善につなげている。緩和ケアチームが疼痛や疼痛以外の症状緩和への介入を行っている。リハビリテーションの必要性を主治医・看護師・療法士が判断して、専従リハビリテーション医が決定して処方箋を発行している。中止基準を定め、安全性に配慮している。身体抑制適正化に向けた指針があり、抑制の最小化に向けた取り組みが行われている。入退院支援室を中心に病棟、外来間の情報を双方向に繋げている。退院後の連携先施設や在宅療養との連携を行っている。ターミナルステージの判断は、患者・家族の意向を反映し検討している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理業務においては、鑑別管理や処方鑑査・調剤鑑査などを実施している。抗がん剤やTPN製剤については、薬剤部で安全・無菌下に調製されている。採用薬品目数の削減への取り組みと疑義照会の分析を行い、活用するとさらに良い。臨床検査科は検体検査、生理・細菌・輸血・病理検査に適切に対応している。CT・MRI・RIは専門医が全て読影を行っている。STAT画像報告に取り組んでいる。栄養管理では衛生面に配慮して、患者の状態や嗜好に合わせた対応を行っている。リハビリテーションでは、早期リハビリテーションや勉強会・市民講座に積極的に取り組んでいる。診療情報管理士を配置して、診療情報を一元的に管理し、全退院患者の診療記録点検を行っている。臨床工学技士が医療機器管理システムで医療機器を一元管理し、機器の点検・記録を行っている。中央材料室は手術室看護師長が管理し、洗浄品質や滅菌品質がインディケータを用いて管理されている。

常勤病理医が配置されており、迅速診断にも対応して診断のダブルチェックにより精度を確保している。輸血用血液製剤における適正使用の検証が行われており、輸血・血液管理機能は適切である。麻酔科医が麻酔器やモニター、手術システムを用いて術中患者管理を行っている。集中治療管理機能はオープンICUとして適切に発揮されている。職員全員でバックアップして近隣の救急病院とも連携し、救急医療機能を適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

医療法人会計基準に基づいた財務・経営管理を行っている。予算編成の手順は明確であり、予算の執行状況は定例で会議に報告し、収支の課題を検討している。医事業務は、窓口収納や診療報酬請求業務、未収金の回収についてマニュアルを定めて対応している。施設基準の担当を配置して適正な管理に努めている。業務委託について、委託の是非や委託業務の範囲、業者の選択、委託後の質の評価を行っている。委託業務における事故が発生した場合の対応を定め、不測の事態に備えている。

施設課が施設設備の日常点検・保守を計画的に実施している。大規模修繕委員会が設置され活動している。医療ガスの安全管理委員会や医療廃棄物の処理は、適法に実施されている。各種物品の購買管理は各部門で発注・検品・払い出し等の日常業務を実施している。選定は各委員会で検討する等フローが明確であり、内部牽制が機能している。

災害およびサイバーセキュリティに関する事業継続計画（BCP）が策定されている。平常時の7割の電力を供給できる自家発電機が設備され、水・食料の備蓄もなされている。夜間の出入口は1箇所限定され、各所に監視カメラが設置され、画像が保存されている。警察OBの職員が採用され、院内暴力や警備に対応している。

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	B
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	患者の個人情報適切に取り扱っている	C
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	S
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	B
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	B
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	A
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	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	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	S
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	B
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	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	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	B
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	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	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	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
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	B
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	B
-------	---------------	---

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 : 社会医療法人かりゆし会 ハートライフ病院
- 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 : 沖縄県中頭郡中城村字伊集208

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	308	308	+0	80.7	10.7
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	308	308	+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)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	12	+0
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	57	+0
小児入院医療管理料病床	10	+0
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, 災害拠点病院(地域), 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 : 9人 2年目 : 7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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

