

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」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11日～12月12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	慢性期病院	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1977年4月に40床で開設され、増床や病棟再編を行いながら、高齢者の医療・ケアやリハビリテーションを提供し、地域のニーズに応えてこられた。2018年5月に現在地に新築移転し、現在は医療療養病床90床で病院運営している。新築された建物は病院のほか、介護医療院や介護老人保健施設、通所リハビリテーションセンターなどを併設した総合施設であり、地域の医療・介護・福祉の充実に寄与するとともに、地域包括ケアシステムの要となっている。第三者評価に積極的に取り組み、病院機能評価のほか、日本病院総合診療医学会や日本慢性期医療協会などの認定施設となっている。

この度の病院機能評価は初回から数えて6回目の受審であり、26年間に渡り継続して病院機能評価を活用して質改善に取り組んでいる。理事長、院長を中心に職員が一丸となって患者・家族に寄り添った医療・ケアを提供している。評価項目の多くが適切と評価され、地域への情報発信や災害時の危機管理については極めて高く評価された。本報告書を活用して質改善に取り組み、地域包括ケアシステムの中心的役割を果たす病院として益々発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・目標をわかりやすい表現で明文化し、病院内外に周知している。病院運営の意思決定会議は管理会であり、適切に機能している。中期事業計画に基づいた年次計画を策定している。毎年、部門・部署ごとの目標を設定して活動し、院内連絡会で報告している。情報の管理・活用の方針は明確であり、情報管理委員会が院内で発生する情報の管理にあたっている。文書管理規程を整備し、文書の管理基準

および管理手順を明確にしている。

人材確保に向けて大学や養成校の就職説明会に参加するとともに、ハローワークやナースセンター、紹介会社等を活用している。就業規則や給与規程など、労務・人事管理に必要な各種規則・規程を整備し、周知している。安全衛生管理委員会を毎月開催し、職員の定期健康診断等を確実に実施している。会議・委員会での意見集約のほか、職員満足度調査や自己申告書で職員の意見・要望を把握している。

全職員の教育・研修については、年間計画を作成し確実に実施している。全職員を対象に人事考課制度を導入している。薬剤師や療法士の養成校から実習生を受け入れ、カリキュラムに沿って実習・評価を行っている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」として知る権利などの5項目を明文化し、入院案内や院内掲示、ホームページで周知している。説明・同意の範囲および指針、セカンドオピニオンに関する方針はドクターマニュアルに記載されている。患者・家族の理解を深めるために、パンフレットを活用しているほか、リハビリテーション状況などを撮影し、確認してもらうなど工夫している。地域連携室に相談窓口を設置し、患者・家族からの様々な相談に対応している。情報管理規程・個人情報規程を整備し、職員に周知している。倫理指針や臨床倫理・職業倫理については規約が制定され、必要時に倫理委員会を開催している。認知症のため意思疎通が困難な患者が多い中、日頃のケアの一環としての話し合いが行われ、カンファレンス記録に記載している。

院内はバリアフリーが確保され、廊下、病室、リハビリテーション室等の床は衝撃を吸収する二重床構造としている。診療・ケアに必要なスペースが確保され、リハビリテーション室は最上階に位置し、海に面して大きな窓があることでロケーションも良く、意欲的にリハビリテーションが行える空間になっている。敷地内禁煙の方針のもと、入院案内などで周知徹底を図っている。

4. 医療の質

病院機能評価を継続して受審するとともに、積極的に外部審査を受けている。医局会や医薬品安全管理委員会で随時研修を行っているほか、診療ガイドラインの検討や症例検討を行っている。必要時には専門医にコンサルトできる体制がある。患者・家族の意見・要望を収集するため、各病棟や主要箇所に意見箱を設置しているほか、退院時アンケートを実施し質改善に活用している。新規医療機器の導入時は導入時研修を実施している。臨床研究については倫理委員会を開催し、承認を経て実施する仕組みである。

入院時に主治医・看護師・介護職員・薬剤師・管理栄養士・療法士・MSW を記載した「担当スタッフの紹介」の文書を患者・家族へ提示している。医師はドクターマニュアルに沿って必要な情報を診療録に記載している。多職種参加のカンファレンスとして入院時カンファレンス、リハビリテーションカンファレンス、ケアカンファレンス、エンドオブライフケアカンファレンス、デスカンファレンスを開催し

ている。専門チームとして NST、ICT、RCT などが組織横断的に活動している。

5. 医療安全

多職種で構成する PSM 委員会が月 1 回開催され、下部組織の骨折防止対策小委員会が不定期で開催されている。多くのインシデント・アクシデントの報告実績があり、医療安全への意識が高いことが窺える。患者影響レベル 3b 以上の報告は該当部署で SHELL 分析を行い、対策を立案している。院外からの情報は PMDA や日本医療機能評価機構から収集している。医療安全管理対策規程や医療事故発生時の対応マニュアルを整備し、医療事故発生時の対応手順を明確にしている。

患者の確認は氏名称および患者本人の名乗りを基本としている。侵襲性が高い検査・処置ではチェックリストを使用し、患者名・部位の呼称および職員同士でタイムアウトを行っている。医師はドクターマニュアルに沿って適切に指示を出している。麻薬、毒薬、劇薬は管理簿や鍵の管理を含め、適切に保管・管理している。薬剤名は 3 文字以上で入力して検索するシステムであり、アレルギー登録された薬剤は処方できないようになっている。入院時等に転倒・転落アセスメント票にてリスク評価し、高リスクの患者はワッペンや車椅子にシールを付けて多職種で情報共有している。人工呼吸器使用中は 3 時間ごとおよび設定変更時にチェック表を用いて設定条件を確認している。院内緊急コードを定め、AED を用いた BLS 訓練を含む召集訓練を全職員対象に実施している。

6. 医療関連感染制御

ICD である院長を委員長とし、各部署の責任者からなる感染防止委員会を設置している。感染防止対策マニュアルを整備し活用している。ICT は各部署を毎週ラウンドしている。医療感染に関する微生物サーベイランスとして分離菌の把握、各種耐性菌や菌種別の薬剤感受性の把握に努めている。ターゲットサーベイランスは全病棟を対象に CLABSI、CAUTI を各病棟の師長がカウントしている。デバイス関連感染症、抗菌薬使用状況、手指消毒用アルコール使用量などのデータを毎月集計し報告している。

必要な場所に PPE を設置し、適切に使用している。血液や体液の付着したリネン等は一次洗浄することなく、ビニール袋に密封し、リネン汚染かごに入れている。ベットネームやナースコール患者掲示板に感染経路別の院内感染防止対応シールを貼付し、多職種に注意喚起している。抗菌薬使用指針が作成され、ガイドラインに基づく肺炎の診断・治療や尿路感染の適正治療に努めている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスはホームページ、病院案内、入院案内、広報誌などで情報発信している。病院診療統計やクリニカルインディケーターを取りまとめ、ホームページで公表するなど、積極的な取り組みは高く評価できる。地域連携室が地域の人口統計・高齢化率・疾病構造など医療ニーズを示すデータを収集し、院内で分析している。地区の相談連携実務者会の定期ミーティングに MSW が参加してい

るほか、定期的に開催される脳卒中パス研修会に MSW や療法士が参加し、地域医療関連施設等との連携強化を図っている。地域の健康増進に寄与するため、一般健康診断や特定健診、新型コロナウイルスワクチン、インフルエンザワクチン、肺炎球菌ワクチンなどの予防接種に対応している。地域住民対象の出前講座や患者家族の会に療法士等を講師として派遣しているほか、市の自立支援ケア会議に理学療法士を派遣し、地域の高齢者の自立を支援している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診マニュアルの流れに従い、外来診療を行っている。診断的検査の必要性は医師が判断し、説明・同意の上で確実・安全に実施している。入院依頼があれば関係者で入院検討会議を開催して入院の可否を決定している。入院時には多職種で各種リスク評価を行い、診療計画を作成している。看護師は入院後初期計画を立案するほか、介護職員と共同してケアプランを作成している。患者が円滑に入院できるように MSW と理学療法士が紹介元の病院へ患者訪問し、状態確認や入院説明を行っている。

医師の病棟業務はドクターマニュアルに記載され、患者・家族への IC や回診などを適切に行っている。看護師や介護職員がそれぞれの能力を発揮した病棟業務は高く評価できる。医師や看護師による医療区分・ADL 区分の評価以外に、療法士が FIM で評価して患者の診療・ケアに活かしている。薬剤師は薬剤科業務マニュアルに基づき、医師や看護師、患者・家族へ医薬品情報を提供している。輸血が必要になった場合は患者・家族に必要性和リスクを説明し、同意を得てマニュアルに沿って実施している。重症患者の管理にあたっては専門医への相談体制があり、重症者の転院治療基準も定めている。全患者を対象に褥瘡発生のリスクを評価し、必要に応じて NST 回診を行っている。管理栄養士が全患者に対して栄養管理計画書を作成し、ミールランドで栄養状態を把握している。主治医からのリハビリテーション処方をもとに、療法士が看護師の意見や患者・家族の意向を取り入れてリハビリテーション総合実施計画書を作成し実施している。身体拘束は行わない事を前提とした方針であり、実施する場合は医師の指示のもと患者・家族に説明し同意を得た上、病院管理者の許可を得て実施している。入院時や入院中に退院先や退院後の療養も含めた患者・家族の意向を確認し、退院前には多職種で退院時カンファレンスを開催している。ターミナルステージの判定基準を定め、医師 2 名にて判断している。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査、注射薬調剤等は薬剤科業務マニュアルに定め、手順に従い確実に行っている。注射薬は 1 患者 1 トレー 1 施用ごとで払い出している。検査科では標準作業書や業務手順書を作成し、パニック値は臨床検査技師が直接担当医に報告している。放射線科に一般撮影装置、X 線テレビ装置、ポータブル撮影装置、4 列 MD-CT を設置し、必要十分な検査が適時に実施されている。栄養科では行事食や選択メニューを導入しているほか、嗜好や嚥下機能を評価し、個別対応を行っている。地域のリハビリテーション中核施設として外来・入院・通所・在

宅の各場面で必要な時期のリハビリテーションの実践に努めている。診療情報は電子カルテを導入し、1患者1ID番号で一元的に管理している。電子カルテ導入のもと、必要な診療記録が迅速かつ容易に検索・閲覧できる環境である。医療機器安全管理責任者として病棟師長を選任している。人工呼吸器等の医療機器は、使用場所で管理し、定期点検計画書をもとに業者が保守点検している。中央材料室で器材の洗浄・消毒を中央化し、滅菌までを確実に行之、滅菌の質も確認している。

病理検査は内視鏡の生検検体や泌尿器の検体などであり、検査科が窓口となり外部委託し、結果報告までの手順が確立している。輸血責任医師は院長であり、輸血療法委員会を開催して適応の確認、手順や書式の検討・改訂を行うほか、医師や看護師に対する各種情報提供や啓発を行っている。

10. 組織・施設の管理

予算編成は管理部長が担当し、医療機器の更新や建築設備管理などの中期計画を踏まえ、前年度の実績や各部門とのヒアリングを行い、予算案を作成している。レセプトは医事課職員が作成・点検した後、担当医および院長が請求内容を確認している。委託の是非は管理会で検討している。委託先の選定にあたっては医療関連サービス振興会の認定事業者を基準に複数社から見積りを取り、管理会で検討した上で理事長の決裁で委託業者を選定している。

貴院の役割・機能に見合った施設・設備を整備している。電気・空調・水道・ガス等の点検・保守は業務委託し、年間計画に基づき確実に実施・記録している。医薬品や医療消耗品などの購入や在庫管理を適切に行っている。

防火管理委員会を月1回開催し、防火・防災に関する事項等の検討を行うとともに、消防計画に加え、南海トラフ地震等に備えたBCPや台風や積雪等による緊急事態対応マニュアルを策定し、訓練や備蓄を行うなど災害時等への対応は高く評価できる。保安業務は総務課が所管し、夜間・休日は業務委託している。日当直業務チェック表に基づき施錠管理、院内外の巡視、鍵の貸出し等を確実に実施している。

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	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	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	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	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	A
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	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	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	B
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	B
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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	B
2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
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	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	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	NA

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	B
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	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	S
-------	------------------------	---

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 8 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人久仁会 鳴門山上病院
I-1-2 機能種別：慢性期病院
I-1-3 開設者：医療法人
I-1-4 所在地：徳島県鳴門市鳴門町土佐泊浦字高砂205-29

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					
療養病床	90	90	+0	67.6	138.2
医療保険適用	90	90	+0	67.6	138.2
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	90	90	+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)		
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		
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

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

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
1日あたり外来患者数	17.99	19.78	19.37	90.95	102.12
1日あたり外来初診患者数	1.17	1.32	1.22	88.64	108.20
新患率	6.49	6.66	6.31		
1日あたり入院患者数	60.15	57.14	56.87	105.27	100.47
1日あたり新入院患者数	0.44	0.37	0.50	118.92	74.00