

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 6 月 12 日～6 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 1	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、開設して以降、「生命の尊厳」、「患者様の権利の遵守」、「人間愛、奉仕そして感謝」の理念のもと、人に病院にやさしい医療をめざして「病気の治療」から「健康な人のさらなる健康」を目指して地域と密着した医療活動に取り組まれている。地域に信頼され、患者にとって安全・安心の医療を提供すべく、全職員が一丸となって取り組んでいる。

これらの活動の成果を確認するべく、日本医療機能評価機構の病院機能評価において認定を取得され、今回 5 回目の審査を受けられた。今後、各項目の評価内容や評価所見を参考に、地域住民の健康増進と地域医療の確保に向けてさらに貢献され、ますます活躍されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は、「理念」、「品質方針」として明文化し、院内掲示・入院のご案内やホームページ等で院内外に周知されている。病院運営の意思決定会議として運営会議を毎月開催し、病院の経営状況、課題の共有、対策が協議されている。病院の移転や立て替えなど病院運営の中・長期計画を検討しており、毎年、年度計画・重点目標・部門目標が策定され、年 2 回、達成状況と課題抽出が行われている。情報システム管理部門に医療情報技師を配置し、企画情報部、病院情報システム委員会を中心に「病院情報システム管理運営規程」に基づき適切に管理されている。文書を管理する部署は庶務課で、責任・担当者は事務長である。文書管理は、「文書管理規程」に基づき、受付、回覧、保管、保存、廃棄のサイクルで運用している。

医療法等に基づく標準人員や届け出た施設基準の必要人員は満たしている。現状に即した就業規則・賃金規定を整備し、労働基準法第36条に基づいた協定を毎年締結し、労働基準監督署へ届け出をしている。産業医・衛生管理者を選任しており、安全衛生委員会が毎月開催され議事録も整備されている。作業環境測定を年2回実施している。職員の意見・要望を収集し、魅力ある職場づくりに努めている。

年間の教育・研修は、各委員会や部署計画に基づき、年間計画を立て実施している。必要性の高い課題について、病院として全職員を対象とした研修計画に基づく研修の実施を期待したい。職員の人事考課制度として、法人重点目標から部署目標に対し、個人ごとの目標管理シートを立て、半期ごとに部署長面談を通して評価、フィードバックを実施している。受け入れ実習生として、医師、リハビリテーション療法士、管理栄養士、医療事務の学生実習を受け入れており、評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利については患者憲章として権利や責任を明文化しており、患者の権利擁護に努めている。患者・家族には院内掲示、ホームページ等で周知に努めている。説明と同意が行われる診療行為の範囲は定められ、患者への病状説明や侵襲性の高い検査・外科的処置等の説明時には同席者が同席し、同意書へ署名する手順が定められている。患者との共有手段として、入院診療計画書や患者用クリニカル・パスの使用、検査結果の説明や薬剤情報の説明等を行っている。相談体制として、相談室を院内に設置し、地域医療連携室の社会福祉士が対応にあたり、医療・福祉相談や退院相談・退院後のケアなど患者・家族の様々な相談に対応している。相談内容の集計・分析や事例検討などの評価を期待したい。患者の個人情報保護は、マニュアルを定めて委員会を中心に活動を行い、「個人情報保護方針」や「個人情報の利用目的」など具体的な内容を明記して院内掲示やホームページで周知されているが、入院案内での周知も期待したい。日常診療の場で遭遇する、患者の個別事例は病棟カンファレンスや多職種カンファレンスで検討され、解決困難な事例等は医師を含むコンサルテーションチームで検討され記録されている。日常的に臨床の場で生じている患者・家族が抱えている倫理的課題を把握し、病棟カンファレンスや多職種カンファレンスで検討し対応されている。

患者用駐車場・駐輪場を確保し、タクシー待機場、各種公共交通機関の時刻表の掲示など来院時のアクセスへの配慮を行っている。生活延長上の設備やサービス、入院中の情報入手や入院中の規則など入院患者の視点から利便性に配慮されている。患者がくつろげる場が確保され、提供される寝具は清潔に管理されている。浴室の利便性や安全性などを含め、患者にやさしい療養環境が整備されている。病院敷地内全域を禁煙とし、禁煙ポスターの院内掲示や入院案内などで明示し、周知されている。職員の喫煙者には禁煙パンフレットの配布などで、禁煙の推進が図られている。

4. 医療の質

方針管理室が各部署の目標管理を行っており、年度開始前に次年度の目標設定を

各部署と共に行い、半期ごとにレビューし、OODA ループ運用により質改善に繋がるよう活動している。クリニカル・パスを登録し、診療の標準化に取り組んでいる。臨床指標については、ホームページや年報に掲載しており、近隣の病院と比較検討している。外来・各病棟など院内に意見箱を設置するほか、入院患者満足度調査、相談窓口、現場からの意見などを収集して協議・検討し、対応されている。新たな診断技術や治療方法を導入する際には、外部委員が参加する倫理委員会で審査を行っている。また、院内スタッフに事前研修・教育を行い、安全に新しい技術・治療方法を導入できるよう必要な研修に対して病院として支援している。

外来・病棟における責任医師、看護科長、担当薬剤師名は明示され、入院患者のベッドネームには主治医名が記載され患者・家族に周知されている。診療記録は診療録記載マニュアルに沿って患者の状態や検査結果などを適時・適切に記載している。看護記録の質的点検は看護記録委員会で行っているが、医師の診療記録の質的点検について実施を期待したい。多職種によるカンファレンスが積極的に開催され、部署間が協調・協力してチームで患者の診療・ケアの向上が図られている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理部門が機能している。医師を含む多職種で構成された医療安全管理推進委員会のほか、リスクマネージャー部会、医療推進委員会メンバー報告会、医療安全ラウンド等が行われている。院外の安全に関する情報は、日本医療機能評価機構からの安全情報を収集し、院内のインシデント・アクシデントレポートは医療安全管理推進委員会で収集し、事故の概要や原因が集計され SELL 分析されている。報告事例の中から重要事例や頻回に発生している事例を抽出し、分析後の具体的な対策・実施・評価・改訂等、再発防止策を検討・立案して院内への周知を期待したい。医療事故発生時の対応手順や原因究明・再発防止に向けた調査・検討は、「医療事故調査規定・ガイドライン」に規定されている。

患者自身による名乗りやリストバンドでの確認など、誤認防止対策は適切に実践されている。指示出し・指示受け・実施・確認は電子カルテのシステムを活用して行われている。緊急性のある検査結果については指示医に直接連絡を行うなど、確実な情報伝達の仕組みを確立している。薬剤の重複投与や相互作用のチェックは患者からの情報や処方箋で行い、アレルギーのチェックは診療録やお薬手帳等で確認し、電子カルテに記載している。麻薬・向精神薬は保管庫で施錠管理し、看護師と薬剤師が毎日確認し、管理記録に記載している。入院時全患者を対象に、「転倒・転落アセスメントシート」を使用したリスク評価を行っている。患者に合わせた個別性のある防止対策が多職種で立案・実施されている。医療機器取り扱いマニュアルを整備し、機器を使用する職員への教育・研修が臨床工学技士により実施されている。院内緊急コードが設定され、各部署に文章を掲示して周知されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会（ICC）を設置し、医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師、その他の職種で構成する感染対策チーム（ICT）とリンクナースが実働として

感染制御を担っている。ICTは毎週院内ラウンドを行い、結果を報告書で各部署にフィードバックしている。院内での感染症発生状況を継続的に把握して微生物サーベイランスを行っており、収集データの分析や検討を行っている。主要な医療関連感染は、尿道留置カテーテル関連尿路感染（CAUTI）の把握を開始したところであり、手術部位感染（SSI）など他の項目の把握に努めることを期待したい。

スタッフは手指消毒剤を携帯し、病室入口には速乾性手指消毒剤が設置され、1行為1手袋を遵守している。院内感染防止対策委員会が速乾性手指消毒剤の使用状況についてモニタリングを実施し、多職種カンファレンスやICTラウンド・院内感染防止対策委員会で情報共有している。抗菌薬の適正使用を推進するために感染症別抗生物質使用指針を整備している。使用指針に従って抗菌薬使用しており、必要な時期に培養検査を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

広報に関しては、広報企画委員会、図書委員会による広報誌を年2回発行している。ホームページ、公式SNS、セミナーなどで、病院の機能や医療サービスの内容等を地域に情報発信を行っている。地域医療連携室に常勤専従者を配置しており、「福島県北医療連携ネットワーク」に所属して定期的な勉強会・研修会に参加し、医療連携に努めている。紹介・逆紹介への対応は、地域医療連携室手順書を作成し、紹介・逆紹介管理システムにより一元管理されている。地域への健康増進活動として、健康管理プラザを中心に、各種健診・特定検診・各種がん検診・予防接種・人間ドックや企業・職場検診、産業医活動など地域の健康増進活動を積極的に行っており、評価できる。また、健康フォーラム、市民健康講座、心不全療養指導チームによるセミナーや健康相談の開催など、地域の健康増進活動に積極的に携わるなど評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

「医事課業務手順書」に各業務の手順が定められ、初診・再来の外来患者、入院患者、救急患者、紹介患者等が円滑に受診できる仕組みが確立されている。初診患者には、紹介医からの診療情報提供書や問診票、本人からの聴き取りなどで情報を収集した後、看護師がトリアージを行っている。地域医療連携室が設置され、専従の看護師・社会福祉士・事務員が配置され、断らない病院をモットーに地域の医療関連施設から紹介患者を受け入れている。医師は診断的検査の必要性を適切に判断している。造影CTや血管撮影、内視鏡など侵襲を伴う検査では、必要性和リスクについて説明し、同意書を取得して実施している。入院時より自院の診療範囲や内容について説明がなされている。高度医療や専門外の医療が必要な場合には、他の医療機関での受診が必要なことを患者・家族に説明し、同意を得て紹介している。患者の症状・検査所見に応じて、合併症などの全身的な評価を行い、十分に検討したうえで入院の決定を行っている。患者の病状に応じた診断および評価を行い、医師が病状評価と治療に関する基本方針を決定し診療計画を作成している。総合案内が設置され、相談内容に応じて院外の社会資源の活用や院内スタッフとの調整・連

携を図っている。入院案内や入院生活の動画が作成され、入院後病棟では病棟の特殊性を踏まえたオリエンテーションが行われており、受付から外来、病棟の連携によりスムーズに入院できる仕組みが整えられている。

医師、看護師は病棟業務を適切に行っている。投薬・注射、輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している。周術期の対応、重症患者の管理、褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事支援、症状などの緩和を適切に行っている。主治医が必要なリハビリテーションを依頼し、療法士が主治医と相談のうえでリハビリテーション実施計画書を作成している。身体拘束（身体抑制）の最小化、患者・家族への退院支援を適切に行っている。在宅療養に向けて退院前訪問、家屋状態の確認等を行っている。また、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーションのほか、担当ケアマネジャーも参加して担当者会議や退院支援カンファレンスを行っている。ターミナルステージの患者の治療方針・ケア計画・DNARについて多職種とのカンファレンスで情報を共有している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は調剤業務や病棟薬剤業務を行っている。処方鑑査と疑義照会、注射薬の1施用ごとの取り揃えに取り組み、看護師に対して薬剤に関する必要な情報を提供している。新規薬品の採用・削減は1増1減の原則であり、注射薬の調製・混合への関与など機能を適切に発揮している。臨床検査部門は検体検査や生理検査、細菌検査など必要な検査を適切に実施されている。画像診断部門はCT・MRI・血管撮影を含めて多くの画像診断に適切に対応している。栄養管理機能は、給食業のほとんどを委託で行っている。「業務実施マニュアル」を作成し、美味しい食事を確実・安全に提供するように努めている。リハビリテーション部門は心大血管、脳血管、運動器、呼吸器リハビリテーションを提供している。診療録管理部門は、電子カルテ・オーダーリングシステムで運用されている。「診療録管理規程」にシステムダウンなどを想定した対応を定めている。主な医療機器は臨床工学技士により中央管理され、除細動器やモニターなど病棟管理されている。洗浄・滅菌機能では、一次洗浄は中央化しており、高圧蒸気滅菌器の始業時のボウイー・ディックテスト、物理的・生物学的インディケーターは確実に実施されている。病理診断機能、輸血・血液管理機能、手術・麻酔機能、救急医療機能を適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は法人本部にて、各部門からの設備整備等の意見を幹部会でヒアリングを実施し、計画的に執行している。医療法人会計基準に則り会計処理が行われ、財務諸表などが作成されている。窓口収納業務は、「医事課業務手順書」に沿って窓口業務・収納業務を適切に行っている。保険請求

業務は、診療報酬請求、返戻・査定への対応に医師も直接関与し適切に行われている。未収金への対応も、未収状況共有フォルダで管理し、担当者による督促等を実施している。委託業務・業者の選定は、委託業務選定手順ルールに基づき選定されている。また、契約更新時の検討記録が残されている。

施設・設備の管理は、施設管理部署が担当し、業務手順を基に年間計画を立て実施されている。新規薬剤、診療材料の購入選定は、毎月開催の薬事・診療材料検討委員会で検討が行われている。医療消耗品は、院外 SPD 方式で運用されている。一定額以上の医療機器、高額医療機器等は、購買手順書に従い業務執行されている。

消防計画、防災マニュアル、緊急時の責任体制・連絡網が整備され、職員に周知されている。年2回消防訓練も実施している。事業継続計画書（BCP）として、「地震、水害、火災、感染、NBC（特殊災害）」など自院に関する様々なリスクへの対策マニュアルが策定されている。保安業務として、日勤帯は各担当部署で対応し、休日・夜間帯は事務管理当直者が対応している。夜間・休日対応の「災害対策マニュアル」を策定されている。

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	B
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	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	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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	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	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
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	必要な患者に在宅などで継続した診療・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	A
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	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	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	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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 12 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人福島厚生会 福島第一病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 福島県福島市北沢又字成出16-2

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	196	120	+15	81.2	15.4
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	196	120	+15		

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	3	+0
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	27	+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(準備病院)

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

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	207.58	204.88	192.41	101.32	106.48
1日あたり外来初診患者数	22.97	27.81	25.45	82.60	109.27
新患率	11.07	13.57	13.23		
1日あたり入院患者数	101.65	99.46	90.64	102.20	109.73
1日あたり新入院患者数	5.29	5.10	4.67	103.73	109.21