

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6日～12月7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

貴院は開院当初は医療療養病床と介護療養病床であったが、2018年4月に全床を医療療養病床に移行している。人命の尊重と人間愛を基にした理念と、基本方針が病院運営の基本となっている。貴院の特徴的な取り組みでは、院内資格認定制度、身体抑制廃止の取り組み、ワーク・ライフ・バランスの推進、わかば出前講座などが挙げられる。また、病院機能評価は開院以降から継続して受審している。今回の更新審査では、一定の水準にあると評価された項目も多いが、ごく一部に課題も示されている。今後、課題の解決に確実に取り組み、より質の高い医療サービスの提供を目指すことを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念ならびに基本方針は明文化されている。理念の達成については中・長期計画に示され、取り組んでいる。意思決定会議である管理者会議は定期的開催され、各部門の責任者には運営委員会を通じて伝達されている。職員の就労意欲を高める活動にも、積極的に取り組んでいる。文書管理規程は作成から数度の改訂を加え、関連の台帳やリスト類を含め充実している。

医療法の標準人員や施設基準上の必要人員は満たされている。就業規則や各種規則・規程などは整備され、各種届出も適切に対応している。健康診断は非常勤医師を含め確実に実施されている。また、ハラスメントに対しては、院内外に相談窓口を設置し対応している。職員からの意見や要望は年2回、職員本人と上司などによる面談を行い収集している。職員の研修計画は看護部が責任部署となり、職員研修委員会が立案している。必要性の高い研修の参加率は、おおむね高いものとなって

いる。能力開発では、看護師はクリニカルラダーをベースに目標管理制度を導入し、その他の職員は人事考課を活用している。管理職の「4画面思考」を取り入れた研修も特徴的である。学生実習等は、現在、看護・介護部、リハビリテーション部、医師（慢性期医療）の実習生を受け入れておりカリキュラムに沿って適切に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内掲示や病院案内、ホームページなどに記載されている。インフォームド・コンセントについては、病院側の同席者ルールが明文化されている。説明後の反応が看護記録もしくは医療相談記録に記載されている。多職種によるケアプラン会議を実施し、カンファレンスには、患者・家族が参加できる仕組みもある。患者・家族からの相談窓口として地域連携室が設置され、ホームページ等を通じて周知されている。個人情報保護規程や取り扱いの基本方針は明文化されており、職員には研修が実施されている。倫理委員会規程には、臨床研究倫理についての規約が制定されている。一方、各部署で解決が難しい事例などは倫理委員会で検討する仕組みを確立することが望まれる。各病棟にて認知症患者の対応や終末期看護について、多職種が参加するカンファレンスにて話し合いが行われ、臨床倫理4分割法を用いて記録されている。

病院は最寄り駅から徒歩圏内で駐車場も整備されている。病棟は診療・ケアに必要なスペースは確保され、患者・家族が快適に過ごせる空間になっている。院内および敷地内は禁煙となっており、入院案内や院内掲示でも周知されている。

4. 医療の質

業務改善委員会が中心となって質改善に向けての活動をしている。職員の業務負担軽減のため委員会構成の見直しも行っている。各種立入検査の指摘事項には適宜対応できる体制にある。多職種参加のカンファレンスで情報共有がなされ、クリニカル・パスも数種類が適用されている。臨床指標は尿路カテーテル抜去率、肺炎新規発生率などに対する取り組みなどの実績がありホームページに掲載している。患者・家族からの意見や要望、苦情については地域連携室が窓口となり、意見箱および、患者満足度調査から得ている。結果はホームページや広報誌および、各フロアに掲載している。新たな診療・治療法の導入には積極的に取り組んでいる。臨床研究の数は少ないが臨床研究に関する倫理規程に則り倫理委員会で審査されている。

外来・病棟の主治医や診療部門の責任者および、病棟の看護責任者は明確であり掲示されている。病棟では当日の担当者を掲示し、患者・家族に分かりやすいようにしている。また、主治医が不在時の対応代行医も決められており適切である。診療録は紙カルテだが適時に適切に記載されている。今後、質的点検の体制整備が望まれる。多職種参加のカンファレンスが各種、多数開催されている。専門チームは褥瘡、感染、NST、排尿ケアチームが活動し、口腔ケアにも取り組んでいる。

5. 医療安全

医療安全管理委員会は多職種で構成され、医療安全の方針は医療安全管理指針の規程に明文化されている。院内資格認定制度があり、医療安全認定看護師が在籍している。医療安全管理委員会では、各職種から提出されているインシデント・アクシデント報告が行われている。医療事故発生時の対応手順として「医療事故調査制度運用マニュアル」が作成されている。

患者の誤認防止は、フルネーム呼称および患者本人が名乗ることを基本としている。入院患者は全員リストバンドを装着し、誤認防止対策が講じられている。医師の指示出し、看護師の指示受け・実施などは適切に実施されている。麻薬やハイリスク薬は安全に保管・管理されている。重複投与・相互作用および、アレルギー情報には対策が講じられている。なお、向精神薬の適切な保管・管理について検討が望まれる。入院時に転倒・転落アセスメントリスク評価を行い、その後も患者の状態変化時や転倒・転落時に、再評価が行われている。医療機器の使用マニュアルを各部署に配布し、使用前に毎日看護師により点検が行われている。救急カートを病棟や外来に配置し、BLS や院内緊急コードの召集訓練も実施されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染制御は院内感染防止対策委員会が中心となり活動している。ICD、ICN はいないが院内独自の資格認定を行い、認定された看護師が感染制御活動を行い、感染対策マニュアルも整備され定期的な改訂もされている。また、職員向けのポケット版も作成され周知を図っている。院内サーベイランスは薬剤部が中心となって行われている。感染状況は感染情報レポートが毎週各部署に配布されている。院外の感染対策情報は医療機関・介護施設の連携、あるいはケアマネージャーからの情報などで収集している。

汚染物の洗浄時はエプロン、フェイスシールドなどを使用して防護している。必要な場所にPPEが整備され、速乾式手指消毒剤は、院内感染対策委員会でモニタリングされている。院内抗菌薬使用指針が定められ、これに則り使用されている。抗菌薬の採用・中止は薬事委員会で検討されている。院内サーベイランスで起因菌が特定され、適切に抗菌剤が投与されている。抗菌薬の使用状況は院内LANにおいて毎月掲示されている。

7. 地域への情報発信と連携

広報については広報委員会が担当し、定期的な情報としてはホームページで発信されている。診療実績や臨床指標は、ホームページにグラフなども活用し詳細な実績が数年分示されている。地域連携は地域連携室が担当している。地域の医療機関には定期的に訪問し、主に紹介患者や当院の医療機能などの情報交換を行っている。在宅復帰に向けては、入院時に病状回復後の確認や在宅復帰の支援のために、患者・家族を含めた退院前カンファレンスの実施、療法士による住宅改修のための訪問活動が行われている。コロナ禍で中止していた、地域住民の健康増進、疾病予防、介護予防の普及や啓発を目的とした健康教室「わかば出前講座」が再開に向け

て活動を開始している。地元の厚生センターや介護福祉士会主催の研修および、准看護師養成の学校へ講師の派遣を行っている。また、地域リハビリテーション広域支援センター事業へ、研修会の運営委員として参画している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者数は少なく、入院の受け入れが主体である。外来診療は再診の患者が主であり、患者情報は事前に整理されている。侵襲的検査は少ないが病院として整理されており、医師が説明し同意を得ている。入院は地域連携室が関連部署に情報提供し、入院審査委員会を経て受け入れている。入院時より医師が関与し各部門のアセスメント後、入院診療計画書を作成している。入院診療計画書に基づき多職種協働でケア計画書を作成している。社会福祉士は入院や退院調整、医療相談、生活保護、経済的なことなどの相談に応じている。入院担当の看護師が入院生活全般の説明をし、患者・家族の要望も聞き取っている。

医師は毎日回診するとともに、病棟スタッフより担当患者の病状について報告を受けている。看護・介護職は、看護管理基準マニュアルや看護基準・手順に基づき業務を行っている。代謝性障害、栄養障害に課題がある患者は、血液検査などを行い病状把握に努めている。薬剤の準備、患者確認、与薬確認など一連の業務は安全・確実に遂行されている。輸血は稀だが輸血業務基準に則り、薬剤部が発注・保管など適切に行っている。重症患者には医師を中心として多職種が関わり、情報共有し対応している。褥瘡対策チームが委員会の開催や回診を行い、体圧分散マットの使用も含めて取り組んでいる。管理栄養士が全患者の栄養管理計画書を作成し、低・中・高リスク評価を行っている。症状緩和の方針や手順は定められ、表情評価スケールにより苦痛の程度が把握されている。リハビリテーションではコミュニケーションや摂食・嚥下機能の維持向上などに努めている。対面での面会再開や笑いヨガの取り組み、七夕・敬老会・新年会などの行事も予定されている。身体抑制はしない方針である。抑制中の観察は毎日行い、年3回の身体抑制パトロールもされている。退院前のカンファレンスを開催し、院外機関の関係者も参加し情報共有を行っている。退院先の医療機関や施設には、適切な内容のサマリーが提供され在宅療養が支援されている。ターミナルステージ判定基準に基づき、主治医が時期を判断している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、処方鑑査、疑義照会は適切に行われ、注射薬は1施用ごとに取り揃えられている。持参薬は鑑別され自院の採用薬への変更が迅速になされる体制にある。臨床検査機能では、検査の異常値やパニック値は委託業者からFAXで入り、事務部が担当医に持参または電話で迅速に伝える体制にある。画像診断機能では、画像診断機器が整備され、自院で求められる機能に十分対応できる体制にある。今後、専門医の読影が必要な時に依頼できる体制も検討を期待したい。栄養管理機能では、貴院の常勤管理栄養士と、委託業務会社の職員で適切に運営されている。食事の評価と改善の取り組みは栄養委員会で行われており、改善の事例もあ

る。リハビリテーション機能では、主治医との連携のもと、適切なリハビリテーションが提供されている。また、患者情報の共有はミニカンファレンスなどで行われている。診療情報機能では、紙カルテが用いられているが、迅速なカルテの提供や違い防止対策および、診療記録の貸し出しなどが適切に行われている。診療記録の形式的な点検は100%実施されている。医療機器管理機能では、医療機器の点検は看護師により毎日実施され、定期点検計画書を基に年1回業者による定期点検も実施されている。洗浄は中央化されており、滅菌の質保証は、使用ごとに記録され、リコール規程が作成されている。輸血・血液管理機能では、年に1単位か2単位程度の実施であるが、輸血業務基準に則り業務が遂行されている。

10. 組織・施設の管理

中・長期計画のうち、当該年度の事業計画を数値的に具体化したものが予算となっている。会計処理は病院会計準則に準じており、会計監査は法人の監事により行われている。未収金については回収の手順はあるが発生はほとんどない。委託業務、委託先などの適否を検討する場合は管理者会議である。医療関連サービスマーク取得なども契約の参考とし、価格・品質などを含めて決めている。施設・設備の保守管理は事務部総務係が担当し、日常点検の実施と年間計画が作成されている。感染性廃棄物は処理規程に沿って処理され、保管場所も適切に管理されている。医薬品のコスト低減への取り組みとして、後発医薬品への切り替えがほぼ100%近くになっている。

病院の機能存続計画（BCP）は策定され、緊急時の連絡などもBCPにまとめられている。火災発生時の対応マニュアルが整備されており、夜間・休日を想定した総合避難訓練を含む消防訓練も年2回実施されている。休日・夜間帯の対応はシルバー人材センターからの派遣で対応している。面会の手順として、セキュリティの観点から面会者カードに記入後、許可証を発行している。

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	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	B
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	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	B
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	A
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	B
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	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	A
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	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	NA
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	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	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	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 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団良俊会 ふくの若葉病院

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：富山県南砺市苗島367

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	100	100	+0	82.3	297.6
医療保険適用	100	100	+0	82.3	297.6
介護保険適用	0				
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	100	100	+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

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%	
	年度(西暦)			年度(西暦)		年度(西暦)	
	2022	2021	2020	2022	2021	2020	2022
1日あたり外来患者数	2.55	3.90	2.63	65.38	148.29		
1日あたり外来初診患者数	0.45	0.30	0.35	150.00	85.71		
新患率	17.53	7.66	13.48				
1日あたり入院患者数	88.28	95.56	91.87	92.38	104.02		
1日あたり新入院患者数	0.24	0.19	0.22	126.32	86.36		