

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」及び副機能種別「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および8月30日～8月31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
機能種別	緩和ケア病院（副）	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。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は病院創設以来、経済的に困難な課題を抱える患者でも差別なく受け入れる方針で差額室料を徴収せず、また、第二種社会福祉事業である無料低額診療制度の指定を受けている病院である。医療機能としては医療療養、障害者等施設病棟、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟に加え、在宅で療養する患者の拠り所としての存在感を発揮しており、地域住民からの信頼は厚い。また、法人内外の医療機関、介護・福祉施設と幅広い連携を進めてきた。さらに、WHOの健康増進活動拠点病院（HPH）として質・量ともに重層的な、地域に向けての医療・介護の教育・啓発活動を展開している。

今回の受審では、病院機能のさらなる向上を目指す職員の取り組みが印象的であった。本報告書が、日々奮闘する職員への励ましとなり、病院の一層の発展への材料となれば幸甚である。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針が明文化されている。病院機能の再編時に基本方針を見直してきており、院内外への周知も良好である。病院幹部は時間外労働・ストレスケア・職員の保全と確保を重要課題と認識し、その解決や達成にリーダーシップを発揮している。病院の最高意思決定会議が開催され議事録が残されている。病院の長期計画

は開設以来、寸断なくローリングされており、長期計画を法人長期計画とリンクさせ策定中である。コンピュータシステムは法人全体で管理・運用され、データの真正性・保存性も確保されている。

施設基準や必要な人員については、予算・定員を決めて人材確保活動を行っている。就業規則などの規程類が整備されており、職員は容易に閲覧できる。労災の手続きも問題なく、職員の安全衛生管理は適切である。職員の意見・要望は労働組合との定期協議、目標管理制度による個人面談や意向調査によって把握し、改善を図っている。教育・研修については委員会が年間計画を立て、必要性の高い研修を遂行している。職員の能力評価・能力開発には、法人全体で取り組んでおり、その手法は目標管理制度と人事評価制度である。法人の委員会にて評価基準の設定と見直しを行い、評価者の研修を行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化されており、院内外の周知や院内研修なども良好である。説明と同意に関する方針、基準・手順が定められ、医療への患者参加も促進されている。患者支援においては患者・家族の多様な相談に応じ、経済的・社会的な問題を抱えるケースはアセスメントののち、無料低額診療制度で負担軽減を図り、さらに生活保護などの公費制度につなげており良好である。患者の個人情報・プライバシーは適切に保護されている。臨床における倫理的課題については、委員会が設置され、臨床研究の審査、臓器提供への対応や ACP・DNAR ガイドラインおよび高齢者の虐待についてなどを議題としている。臨床の現場では、病棟カンファレンスで臨床倫理 4 分割法を用いて検討されている。

院内に売店が設置され、患者・家族がくつろげるスペースが病棟食堂以外にも確保されているなど、利便性への配慮がみられる。院内はバリアフリーであり、病棟内は空調や照度、静寂も適切に管理されている。入浴についてはストレッチャー機械浴、リフト付き座浴、一般浴など、病棟の特色により設置されており、快適な療養環境を整備している。受動喫煙防止では、敷地内禁煙が徹底されている。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見を把握するために意見箱を設置し、回収した意見については「院所運営協議会」で、健康友の会役員と病院職員が対応策を議論している。入院時の多職種カンファレンスや、死亡症例全例のデスカンファレンスも、確実に実施されている。診療ガイドラインは、Minds 診療ガイドラインなどが参考にされている。部門横断的な改善活動として TQM 大会、ISO9001 などを通じて質の向上に取り組んでいる。福岡介護福祉士会主催の介護フェスタに継続して参加し、優勝あるいは最優秀賞などに輝くなど、介護の質の向上にも注力されており高く評価できる。新しい診療・治療などを導入する場合は委員会で審査を受け、病院の意思決定会議で承認される仕組みである。

診療・ケアの管理・責任体制は明確である。医師の診療記録はマニュアルに基づき記載され、院長・副院長が診療録を抽出して点検を行い、各医師にフィードバック

クしている。多職種カンファレンスが多種行われており、退院前カンファレンスは院内多職種と患者・家族、外部のケアマネージャー、サービス事業所も交えて開催されている。また、各病棟の特色に合わせた多職種チームの積極的な活動がある。

## 5. 医療安全

医療安全に関する委員会が開催されている他、セーフティーマネージャー会議が定例開催され、医療安全管理者、医療機器安全管理責任者、医薬品安全管理責任者が適切に配置され、責任者には必要な権限が付与されている。委員会ではインシデントレポートの分析報告と対策の検討、マニュアル整備がなされている。インシデントレポートは患者影響レベルにより報告の手順が定められており、SHEL 分析が行われ、委員会で検討されて各部署へフィードバックされ、現場で対策の評価および見直しなどが行われている。

誤認防止対策はマニュアルに整備され、本人確認はリストバンド、フルネーム呼称などで行われている。情報伝達エラー防止対策では、電子カルテにおける工夫がなされている。薬剤の安全な使用に向けた対策は適切に実践されており、重複投与や相互作用などについては、現場への注意喚起がなされている。転倒・転落のリスク評価は全例に行われ、再評価も行われている。危険度に合わせた対策手順があり、看護計画にも反映されている。医療機器は使用マニュアルが整備されており、使用する職員への教育・研修は業者や看護師により行われている。急変時対応では全職員を対象に緊急召集訓練、BLS、AED 訓練が実施されており適切である。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策に関する委員会が設置され、病院全体の感染対策に当たっており、委員会の下部組織の実働部隊として ICT が活動している。感染症情報は感染管理担当者に集約される体制となっており、感染症発生状況、院内分離菌情報、手指消毒使用量、抗菌薬使用状況などについて情報収集し、院内にも周知している。また、病院独自のアンチバイオグラムを作成しポケット手帳に記載している。

医療関連感染を制御するため手洗い研修が実施されており、直近の受講率は100%である。個人携帯用の手指消毒が使用され使用期限、使用量のモニタリングが行われており、PPE の着用についても適切である。抗菌薬の採用・削減は薬事委員会で審議され、適正使用の指針が整備されている。感染対策のラウンドの際に、抗菌薬使用患者に対する適正な抗菌薬投与かどうかについても調査を行っている。抗菌薬使用状況が集計され、感染対策に関する委員会や医局会で報告されており適切である。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報誌を定期的に発行し、外来患者・入院患者や各機関・施設、健康友の会会員に配布している。また「健康講座ニュース」も発行している。ホームページは適宜更新されており、診療実績にも掲載されている。法人内・グループ内だけでなく、広く地域の医療機関と連携する姿勢である。医師会の病院部会や在宅ネットワー

ク、緩和ネットワークと深く連携し展開しており、連携を通しての地域からの信頼は厚い。

あらゆる職種が多数回にわたり、地域での講演・予防活動を行い、重層的なテーマで教育・啓発活動を展開しており高く評価できる。特に、地域公民館での「健康カフェ」や「認知症カフェ」などには多くの住民の参加を得ている。また、近隣のスーパーにおいて健診を開催し、住民の健康相談に応じている。病院内の地域交流スペースにおいて健康講座を開催している他、開設以来開催している「健康まつり」には、常に多数の住民が参加している。これらの地域健康増進活動は、WHOのHPH（健康増進活動拠点病院）世界カンファレンスで報告している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院にあたっては、多職種での入院判定会議で可否を検討している。受け入れできない場合は理由を付して紹介元に返信している。入院となった場合は、速やかに入院診療計画書を作成して、それに基づいて多職種による計画書も作成し、患者・家族に説明して同意を得ている。

医師は原則として毎日回診し病態把握に努め、適時に記録や指示を行っており、患者の心身両面に対し、適切に診療が実施されている。看護・介護職の病棟業務も適切であり、介護職が専門職として役割を発揮できる位置づけとなっている。投薬・注射は確実・安全に実施されており、また、輸血は施行時に患者の状態観察を確実にし、安全に実施されている。褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導、症状緩和についても適切に行われている。アクティビティを高める取り組みを毎日行い、療養生活の活性化を図っている。身体抑制については行わないことを前提とした基本方針があり、抑制以外に方法がない場合は、必要性和リスク・方法等について説明し同意を得たうえで対応している。

慢性期のリハビリテーションでは、患者の個別性を把握して、摂食・嚥下、認知機能、身体機能などについて向上・維持のための訓練を実施しており、看護・介護スタッフも協働している。患者・家族への退院支援、必要な患者への継続した診療・ケア、ターミナルステージへの対応はいずれも適切である。

### <副機能：緩和ケア病院>

穏やかな療養生活を送ることのできる環境が整備され、外来・入院において、多職種チームの力が適切に発揮されている。入院診療計画と的確に連動したケア計画が、入院後速やかに、看護師・リハビリテーション療法士・管理栄養士により策定されている。

緩和ケアにおけるリハビリテーション専門職の関わりが、リンパ浮腫対策というがん治療と並行する時期の施術から臨死期に至るまで実施されていることは、高く評価できる。今後は、入院外来において薬剤師の関与、特に、患者に対する緩和的薬物療法の有効かつ安全な実施がなされると、さらにチームの力が増大するものと思われる。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では薬剤に応じた温度・湿度管理が実施されている。また、麻薬・劇薬・毒薬・向精神薬・ハイリスク薬などが安全に管理され、持参薬はすべて確認されている。臨床検査機能では、検体検査にあつて必要な項目を院内で定め、院内緊急検査として対応している。画像診断機能も一般撮影、骨密度検査、VF 検査、CT に対応している。栄養管理機能においては患者個別の嗜好に応じプラスメニュー食を提供しており、常時 30～40 食を数える。リハビリテーション機能では維持期のリハビリテーション提供の他、リンパ浮腫の施術、パーキンソン病のリハビリテーションの国際ライセンスの取得、臨死期の個の尊厳を尊重したリハビリテーション提供、職員の腰痛対策など、秀でた活動がある。

医療機器は標準化が図られており、マニュアルが整備され、計画に沿って日常点検、使用後点検がなされている。診療情報管理機能ではコーディングがなされ、診療記録の量的点検もなされている。輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却などは手順に沿って確実に実施されており適切である。

## 10. 組織・施設の管理

毎月の予算管理は法人任せにせず「病院独立会計」の立場で、病院幹部が主体となって分析・評価を行っている。さらに、部門別損益管理を取り入れており、各部門の損益も把握できる。部門別損益管理は予算作成の際にも活かされ、部門ごとの収益予算、裏付けとなる医療活動方針など職場の生きた意見が反映された、積み上げ式の予算編成が行われており、財務・経営管理の取り組みは高く評価できる。医事業務については、各病棟では医事課職員を講師にした施設基準学習会を開催している。未収金回収は手順に基づき運用されており、社会的・経済的な困難がある場合には無料低額診療適応の可否について検討している。

施設・設備は日常点検・定期点検が行われている。火災発生に備えた日中および夜間想定の実施している。緊急時の連絡網は整備され、大規模災害発生に備えたマニュアルも成文化されており、日常の保安業務も適切である。医療事故発生時の基本方針や報告体制などは明確であり、緊急時の連絡先も明示されている。

## 11. 臨床研修、学生実習

看護部、リハビリテーション科、医療社会科にて学生実習を受け入れている。規程に基づき、各部門で受け入れマニュアルを整備している。医療安全や感染制御および個人情報保護の指導も行い、実習内容や評価手法などについては養成校と確認のうえ対応している。

# 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	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	S
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	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	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	S
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
1.4	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	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	S
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	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	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	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	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	栄養管理と食事指導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	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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	S
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	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、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	S
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	物品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
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

## 機能種別：緩和ケア病院（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア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	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
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	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・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	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	臨死期への対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 年 5 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公益社団法人福岡医療団 たたらリハビリテーション病院

I-1-2 機能種別： 慢性期病院、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 福岡県福岡市東区八田1-4-66

### 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	69	69	+0	96.1	59.8
療養病床	130	130	-14	96.9	80.5
医療保険適用	130	130	-14	96.9	80.5
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	199	199	-14		

### 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	0	-48
地域包括ケア病床	48	+48
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	21	+0
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)	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	71.79	68.90	69.33	104.19	99.38
1日あたり外来初診患者数	2.39	2.84	2.67	84.15	106.37
新患率	3.33	4.12	3.86		
1日あたり入院患者数	194.58	194.97	198.79	99.80	98.08
1日あたり新入院患者数	2.67	2.46	2.10	108.54	117.14