

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3月25日～3月26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1973年に創設され、その後、病院名変更などを経て、現在に至る。福島市を中心とした「福島県北医療圏」に位置し、高齢化率の高い地区にあって近年では地域密着型機関として主に急性期治療後の患者が在宅復帰するための医療が切れ目なく提供されている。限られた診療科体制の中で多くの基礎疾患を有する高齢者など地域住民からの信頼を得られており高く評価できる。

この度の病院機能評価受審は初回の受審であるが、多くの改善や独自の取り組みが行われており、一定の水準に達していることが確認された。患者中心の医療が実践の場でどのように展開されているかにも視点を置き、評価した。一方では取り組みの強化や充実が望まれる事項も若干みられたことから、今後の益々の発展に向けて、取り組みに期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

早期から自院の目標を明確にしている。理念や基本方針には一貫して、患者中心の医療を目指す地域の慢性期医療を担う病院としての精神が堅持されている。医師をはじめ各スタッフ部門が理念・基本方針の実現に向けた取り組みを意識し、日々努力している状況は評価できる。掲げた理念・基本方針を実現するために必要な会議も適切に行われている。また、各職員に向けては年次ごとの病院の目標や課題を示しその実現に尽力されている。一方では、研究・研修を推進し専門性の向上に向けても指導力を発揮されている。「運営会議」のほか、質管理会議などを中心とした組織運営が行われ、必要な情報が職員・組織全体に浸透している。病院の将来に向けた課題を明確にして、人材の育成など次の世代を見据えた組織的な取り組みが

行われている。情報管理の重要性は認識され、データの真正性・保存性・見続性を確保している。文書管理は規程に基づいて適切に管理されている。

施設基準に基づいた人員配置は適切であるが、病院の役割・機能の観点から、病院の機能の強化・充実に向けて計画に基づいた継続的な人材確保の努力を期待したい。職員個々の年間総労働時間や有給休暇取得率などを明確に把握して、ワークライフバランスや労働安全衛生などへの取り組みの基礎とされたい。安全衛生委員会は定期的開催され、会議録も整備されている。職員の定期健康診断も法に基づき定期的に実施されている。職員の意見や要望は各部署長がきめ細かく対応している。子育て支援に特化して託児室が整備されている。

職員の教育・研修への取り組みは、「医療安全」、「感染管理」を中心に年間教育・研修計画が立てられ、「個人情報管理」「接遇」など必要な課題についても実施されている。実施後の検証も適切に行われている。院外への研修についても奨励されている。人事考課制度は現在休止しており早期の復活が期待される。

3. 患者中心の医療

患者の権利は患者の権利と患者家族の責務として制定されている。正面玄関掲示板、ホームページ、入院のしおりで確認することが出来る。説明と同意に関する方針があり、説明時には看護師またはMSWが同席し、説明内容は記録されている。セカンドオピニオンの対応手順や説明と同意が行われる範囲や同席者のルールなど明確にされたい。初期入院カンファレンスで患者・家族の情報共有し、理解を深めている。血管の模型や図、入院のしおり等を用いて患者・家族の理解度を上げる工夫をしている。患者支援体制は地域連携室として位置づけられ、地域連携機能と協働し患者の病態に沿って初期段階から相談等に応じている。患者の情報はよりの確な支援ができるよう「入院判定会議」や「患者カンファレンス」で情報共有が行われるなど進展している。個人情報保護規程の再整備や物理的な保護を明確にして実践されている。診察室や病棟（病室）におけるプライバシー保護も医療安全を考慮しながら行われており、適切である。2020年4月に医療倫理委員会が組織され、臨床研究や臨床倫理に関して討議された事例がある。

生活延長上の利便性・快適性については院内で検討されており、入院に必要な物品の提供や理容サービスなど患者本位のサービス提供に努力されている。全館バリアフリーが行き届いている。トイレ、浴室などの施設・設備にも配慮されている。必要な場所には両側に手摺りが設置され、歩行に必要な器具なども用意されている。高齢者・障害者に配慮した施設・設備・備品などを整えている。院内は整理整頓され整然とした環境となっており、採光や空調にも配慮されている。可能な限り病室内外でくつろげる環境を工夫されるよう期待したい。敷地内禁煙を実現され、患者・訪問者への案内も周知、遵守されている。職員の喫煙率についても把握されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見はCS委員会が中心となり、継続的に「意見箱」や「患者アンケート調査」による意見・苦情を収集し、改善が図られている。また、寄せられた意見や苦情に対する改善結果についても適切な広報が行われる仕組みとなっている。死亡症例検討会、患者カンファレンス等が毎週多職種で行われ、患者情報が共有されている。組織横断的にCS活動が積極的に行われている。新規治療法の導入にあたって、院内新規治療検討会議で検討審議されており適切である。

医師4名によるチーム主治医制であり、患者に明示している。看護責任者は部下の業務遂行状況を把握し役割を果たしている。診療録は紙媒体であり、診療録記載マニュアルに則り適切に記載されている。診療録質的点検が行われ、点検内容が記載者にフィードバックされている。多職種によるカンファレンスが活発に行われている。必要に応じて診療科間の診療協力も行われており、適切である。

5. 医療安全

安全確保に関する体制は、医療安全委員会と下部組織にマネジメントチームがあり、体制は確立している。医療安全管理者、医薬品安全管理者の役割・権限含め明確にされたい。主要な医療行為についてはマニュアルを整備し、実践経験を踏まえ適宜改訂されることが望まれる。院内の医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた活動を行っている。ヒヤリ・ハット報告書を新たに作成し、報告数を増やす努力をしている。インシデント・アクシデントのレベル分けの表はあるが、医療事故に関係した基本用語の定義としてマニュアルに記載されると良い。

患者誤認防止では名乗ることを原則とし、顔写真での確認とダブルチェックしている。手術時はタイムアウトを実施している。ハイリスク薬の定義や表示、使用時の取扱いなど、院内で検討のうえ、適切に取り組まれている。転倒・転落のリスクはアセスメントシートを用いて全員に行っている。転倒・転落時是对応手順があり、医師への報告や必要な処置の実施、家族への連絡が行われている。病棟で使用されている医療機器は、看護師と臨床工学技士が使用時点検を行っており、使用マニュアルに基づき使用されている。

患者等の急変時対応については、緊急時のコードなどを定められ、マニュアルも整備して対応できるようにしている。BLS訓練については、全職員を対象に実施されている。なお、急変時の召集訓練については検証を含めた内容で実施されるよう望まれる。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が設置され毎月開催されており、委員会の構成員も適切である。感染制御チームは設置されていないものの、関連大学の感染症専門医による院内感染ラウンドが行われている。今後、院内の環境ラウンド等についてはより充実した体制による取り組みを期待したい。感染症サーベイランスの結果は集計され院内感染対策委員会に報告されている。アウトブレイク対応マニュアルは作成され周知されている。

医療関連感染を制御する活動としては、PPE を適所に配置のうえ、手洗いの実施状況を確認している。血液等で汚染されたりネンの扱い等も手順があり遵守されている。抗菌薬適正使用マニュアルが作成されており、遵守されている。抗菌薬使用履歴が整備され、初回使用時には処方日数も規定されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院案内、入院案内は随時検討が行われ、適宜改訂されている。広報誌の発行も定期的に行われている。地域の慢性期医療を担う機関として診療実績などの情報発信も必要と捉えた取り組みなど、ホームページの充実を期待したい。

福島県北医療圏と位置づけ、各機関との効率的な連携に努めている。特に地域の急性期機関、福祉機関を中心とした連携が行われている。さらに障害者の社会的入院についても早期から適切に行われている。いずれも患者個々の病態に沿ったきめ細かい連携がなされており、病院の方針を支える基幹となっていることは評価できる。感染症専門講師を招き、勉強会が定期的開催され、近隣の医療施設、介護施設、地域住民なども参加している。慢性期機関として「誤嚥対策」をテーマとしての学術活動も行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療に際しては問診票、予診票、診療情報提供書等により患者情報を得ている。検査、入院等は医師の説明により同意を得ている。貴院で行っていない検査は近隣の医療機関に紹介されている。入院判定は多職種による入院判定会議で行われている。入院時診療計画書は入院初日に発行され、入院時検査等が判明した時点再交付されている。診療計画に基づき各種ケア計画が作成され、患者・家族への説明が行われている。

医療相談員は多岐にわたる相談に適切な職種に振り分けるなどして対応している。院内外の関係者との調整・連携も適切に行われている。入院生活の案内としての入院のしおりを2020年2月に新たに作成し、患者・家族に内容を説明している。緊急入院時の対応も行われている。主治医の回診が行われ、適切に回診結果が記録されている。カンファレンスにより患者情報が共有されている。ケアの提供体制は、チームナーシング・機能別看護で行われている。看護業務基準や看護手順が整備され、看護・介護職のそれぞれの役割分担や日々の責任体制は明確である。

患者の病状を回診時に把握、食事摂取量・体重の変化等を把握し、必要時に検体検査を実施している。与薬時には5Rを確認して安全な実施に努めている。なお、今後は薬剤師による服薬指導を検討されると良い。輸血は「血液製剤使用指針」に従って行われ、輸血観察シートに観察記録が残されており、適切に実施されている。重症患者はナースステーションに近い病室で観察、治療、ケアがなされている。患者の褥瘡リスク評価を行い、褥瘡ラウンドを実施して褥瘡の状況やケア内容を多職種で共有し検討している。栄養評価は全患者に行われ、栄養不良や食事調整が必要な患者はミールラウンドで情報共有を図り、栄養状況の検討が行われている。患者の苦痛の訴えについて、スケールを用いて把握するほか、日常の様子や会

話、体動、表情などから判断して対応している。疼痛緩和に関するマニュアルが整備されると良い。

主治医の依頼により、ベッドサイドリハビリテーションが積極的に行われている。日々の排泄や着替えなどできる動作をできるだけ自立できるように排泄器具や環境を調整している。今後も、生活リズムの確立に向けた日常生活動作支援や療養生活の活性化に取り組まれると良い。身体抑制については行わないことを前提とし、適応基準や手順が整備されている。入院時、全患者に身体抑制の必要性やリスクについて説明と同意が行われている。解除に向けた努力がされている。入院前面談を行い、退院の意向を把握している。入院初期カンファレンスで多職種と情報共有し患者・家族の意向に沿えるよう目標を設定し支援している。家屋調査や必要時に看護師やリハビリ職員から具体的な支援が実践されている。施設に退院する方では訪問診療治療方針を明確にしており、在宅に退院する場合は家族に処置などの退院指導が行われている。自院の訪問診療、訪問看護があり継続的な医療やケアマネージャーと連携した対応が行われている。ターミナルステージの判定は、複数の医師で検討し判断している。死去後は家族との時間、湯灌を行うなどグリーフケアが行われている。在宅での看取りも対応している。臓器提供の意思を確認し対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、注射薬剤業務手順や処方鑑査・調剤鑑査の業務フローなどを作成し、薬剤師による処方鑑査・調剤鑑査、薬剤師の関与のもと1施用ごとの取り組みが行われる仕組みを整備しているため、今後の取り組みにも期待したい。緊急検体検査は貴院の検査室で行っているが、今後、院内精度管理の充実が望まれる。画像診断機能は一般撮影とCT検査である。造影検査は内シャント造影、嚥下造影検査であり、医師が実施している。2021年度にはグループ病院で遠隔診断を予定されているので画像診断精度の向上が期待される。栄養管理は早期から全患者に栄養アセスメントが実施され患者の特性や嗜好調査が行われ、栄養管理計画書に連動し評価見直しが適切に行われている。摂食機能については嚥下評価を行い患者個々の機能が把握され、嚥下調整食に積極的に取り組まれている。栄養課職員も患者喫食時は病室に出向き患者個々の喫食状況を把握するなど努力している。また頻回な行事食への取り組みや新たなメニューへ検討なども努力されている。リハビリテーション機能は、ベッドサイドでのリハビリテーションが積極的に行われている。リハビリテーション訓練記録は診療録に綴られている。関係医療職は閲覧可能である。診療情報管理機能は現在紙媒体であり、一元管理が実現されている。1IDによる誤認防止や貸出管理も適切である。活用を前提としたコーディングなど医療の質向上に向けた取り組みも始まっており、今後のIT化が期待される。医療機器安全管理責任者は、放射線技師長が務めており、臨床工学技士により医療機器台帳、機器の定期点検計画、使用前中後点検、修理などの対応がなされている。現場で一次洗浄は行わず中央滅菌材料室で洗浄後、滅菌を行っている。滅菌の質保証が行われている。リコール規定があり適切である。

病理診断は外注検査で実施、細胞診のみである。重要所見を確認した場合には、依頼医への報告手順は確立している。また、輸血管理体制は適切に機能している。手術は限定された症例の手術を行っており、手術実施までの手順や術中管理は適切に行われている。全身麻酔が必要な場合は、麻酔科専門医に依頼し実施している。救急告示病院ではないものの、かかりつけの患者、関係施設の入所者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

各部門とのヒアリングに基づく予算の作成と執行が適切に行われている。会計処理は病院会計準則に基づいて実施され、財務諸表も作成されている。会計監査の仕組みもあり、運営会議において月次の達成度を評価する仕組みもある。医事業務は、受付、会計、収納業務など適切に行われている。レセプトの点検、返戻、査定への対応は、各科医師と一体となって、実践的に取り組まれている。また、施設基準を遵守するためのチェックの仕組みも適切である。委託業者選定については価格、質の面から評価され、決定される仕組みがある。現場の意見を収集する体制があり、定期的な業務の監査が行われている。委託業者との定期的な会議や業務日誌にて、業務の実施状況が把握されている。業務委託は適切に行われている。

施設・設備は日常の保守・点検、緊急時の対応も適切に整備されている。感染性廃棄物の処理については最終保管場所の状況なども適切な状況となっている。物品管理は、物品の多くが現場管理（看護部門）となっており、物品庫には一部医薬品も保管されていることから、今後の見直しが望まれる。

災害発生時の対応は災害対策マニュアルが整備され、緊急時の責任体制も夜間・休日を含めて明確である。防災訓練も適切に行われている。大規模災害を想定した食糧・飲料水などの備蓄は3日分が確保されている。停電時の対応については自家発電機を含めた対応がなされる仕組みである。保安体制は整備され、業務日誌を日々作成しており、おおむね適切である。紛争の恐れがある事案、訴訟が発生した場合のいずれについても、速やかに状況が掌握・対応でき、並行して原因究明や再発防止に向けた取り組みも速やかに行われる仕組みがある。

11. 臨床研修、学生実習

現在、学生実習の受け入れは行われていないため、評価対象外とした。

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	B
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・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	B
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	B
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	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	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	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	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	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	B
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	B
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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
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	B
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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
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	NA
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	物品管理を適切に行っている	B
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	B
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 11 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人五光会 福島寿光会病院

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：福島県福島市北町1-40

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	62	60	+0	97.3	67.9
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	62	60	+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	9	+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		
特殊疾患病床		
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

年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	47.47	39.30	45.14	120.79	87.06
1日あたり外来初診患者数	0.53	0.38	0.31	139.47	122.58
新患率	1.12	0.96	0.69		
1日あたり入院患者数	57.55	58.15	59.36	98.97	97.96
1日あたり新入院患者数	0.85	0.67	0.85	126.87	78.82