

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 9 月 29 日～9 月 30 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 2	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、地域住民や復興事業従事者の安心を医療面から支え、双葉地域の復興に貢献することに加え、住民の健康を守る医療・信頼される医療を地域住民とともに目指すことを目的に設立され、それらを理念として掲げている。提供している医療は、一次救急・高度医療や専門医療を必要としない二次救急、夜間・休日など地域の医療機関が開院していない時の急病者対応、かかりつけ医からの紹介等であり、24 時間 365 日の対応を実践している。外来受診に際しては、すべて断らない体制であり、自院で治療ができない症例についても初期評価・初期診療を行った後、速やかに近隣の医療機関に紹介し、症状によっては多目的医療用ヘリコプター等も利用して転送している。そのことは、近隣地域の二次・三次救急医療機関の負担軽減にもつながり評価できるものである。

救急医療体制に貢献している一方、在宅診療・訪問看護の提供に尽力するとともに、在宅復帰・地域包括ケア・健康増進等の推進に積極的な医療支援を行っている。開設 5 年目であるが、病院機能評価を受審するなど病院長を筆頭に職員全体の医療の安全と質向上への意欲は高く、地域からも信頼されており今後のさらなる発展が期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は、分かりやすい表現で明文化され、患者・家族や地域の医療関係者に周知され、見直しも定期的に検討されている。病院長をはじめとする幹部職員は、諸会議を通じて病院の現状、今後の方向性、課題について議論している。また、毎日実施されている「朝の多職種カンファレンス」は、院内で発生する

様々な課題・提案を検討できる場として有用であり、病院長や幹部職員の強いリーダーシップのもと、開院以来継続して実施していることは高く評価できる。病院の意思決定会議は運営会議であり、検討事項は各部署の職員に適切に周知されている。年次事業計画は中長期計画に沿って作成され、部門・部署ごとの目標設定・達成度評価が適切に行われている。院内の文書は、文書取り扱い規程が整備され、作成・承認・保管・保存・廃棄の手順は明確である。

人材については、診療情報管理担当者の確保が望まれ、労務管理として有給休暇取得率の向上や偏りの解消について一層の取り組みが期待される。全職員を対象とした教育・研修は、教育・研修・図書研修委員会が担当し、年間計画を作成するとともに未受講者への対策も適切に実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内掲示やホームページ等により周知され、職員へは病院長の講話の際など様々な機会に周知を図っている。説明と同意については、説明と同意に関するマニュアルに方針や同意の必要な診療行為と実施手順を具体的に定めている。患者の支援体制として、地域連携室に看護師と事務職員を配置し、退院先・経済的・福祉制度に係る様々な相談に対応している。内容に応じて専門職への振り分けも行われている。個人情報保護方針は明確であり、職員には研修会を通じて周知されている。また、患者・家族、地域住民には、ホームページや広報誌、院内掲示を通じて周知されている。臨床における倫理的課題については、毎朝の多職種カンファレンスで検討されている。

入院患者の支援体制として、週1回コンビニエンスストアの移動販売車が巡回しているが、患者が利用しやすい病院側の支援が期待される。院内の環境は高齢者・障害者に配慮しており、整理整頓も行き届いている。敷地内禁煙とし、受動喫煙の防止および禁煙の推進が図られている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望、苦情は、院内各階に設置されている意見箱や退院アンケート調査、年1回実施している患者満足度調査により収集し、回答・結果は院内掲示を利用している。診療の質の向上に向けた活動として、毎朝の多職種カンファレンスで入院患者の情報・治療方針を共有するとともに、チーム医療を推進している。また、各学会等が作成している診療ガイドラインや主たる疾患の診療手順を電子カルテに掲載し、標準的な治療の維持・向上に努めている。開設して早期に病院機能評価を新規に受審するなど病院の質・安全の向上に積極的に取り組む姿勢は評価できる。また、部門横断的な業務改善を担当する場として、「患者の権利を守る委員会」を発足し病院全体で業務の質改善に取り組みはじめたところである。薬剤の適応外使用に関して、承認された薬剤について使用規程を作成して運用されることが期待される。

外来・病棟の管理・責任体制を定め、診療や看護の管理責任者を患者・家族に明示している。診療記録の質的点検については、点検内容を充実し、より良い診療録

の作成に向けた取り組みが期待される。毎朝の多職種カンファレンスは、外部医師を含む全職種が参加して患者の問題を検討する場であり、多職種が連携して診療・ケアにあたっている。

5. 医療安全

医療安全確保のための方針は明確であり、外来師長が兼任の医療安全管理者として必要な権限を付与されている。多職種で構成する医療安全管理委員会と下部組織であるセーフティマネージメント委員会が月 1 回開催され具体的な課題を検討している。アクシデント・インシデント報告は電子システムに入力され、集計、分析し、具体的な再発予防策を検討しマニュアルの改訂につなげている。また、改善策や医療安全に関する院内外の情報を周知している。

誤認防止対策として、患者確認は本人がフルネームと生年月日を名乗ることを原則とするなど、各場面において手順が定められているが、手順の遵守が期待される。医師の指示出し、看護師による指示受け、実施に至るプロセスは電子カルテ上で確実に遅滞なく行われ、臨床検査のパニック値、病理や放射線画像などの報告書は確実に医師に情報が伝達される体制である。麻薬、向精神薬、ハイリスク薬等の使用と保管・管理は適切である。患者等の急変時対応については、看護師の ICLS 受講率や院内の職員の BLS 受講率はいずれも高く、救急病院としての意識は高い。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けて、院内感染対策委員会を設置し、毎月感染対策に関する事項の報告・決定を行う体制が整備されている。院内感染対策マニュアルは、実情に応じた改定の実施と周知が適切に行われている。下部組織として院内感染対策チーム（ICT）を設置し、院内感染対策の実践や、抗菌薬の使用状況を把握し適正な使用を促している。感染症発生情報や耐性菌などの検出結果が的確に主治医や病棟等に伝達され、ICT も共有し活動している。また、手指消毒推進の活動を行い、サーベイランスにも参加している。さらに、院外の感染症発生状況を収集して院内に周知している。

医療関連感染制御に向けた活動については、週 1 回の ICT ラウンドを行い、ブラックライトによる洗い残しをチェックするなど、手洗い状況を確認している。感染性廃棄物の分別は明確で、管理も適切である。抗菌薬の使用に際しては、適正使用に向けたマニュアルを整備し ICT は抗菌薬の使用状況を検討し主治医に助言している。特殊な抗菌薬については届け出制であり、TDM についても薬剤師が適切に関与している。

7. 地域への情報発信と連携

地域住民への情報提供の充実に向けて、地域に分かりやすい情報発信に努めている。ホームページには、自院の診療サービスや病院広報誌を掲載するとともに、年報を掲載して診療実績・部門報告・地域貢献・学術研究・行事等の活動実績を発信している。地域の医療関連施設との連携は、病院全体で活動されている。地域の医

療関連施設等との連携を深めるため、看護部長と地域連携担当看護師が医療関連施設等に訪問して自院の診療サービスを説明することに加え、地域ケア会議に参加するなど積極的に活動されている。返書管理は、未返書の発生は皆無であるなど確実な管理が実施されている。地域の健康増進に寄与する活動として、医師・看護師・薬剤師・療法士・管理栄養士等による出前講座を年数十件以上開催していることは評価できる。さらに、地域のイベントに参加し、参加者への健康相談も実施している。地域の医療関連施設等に向けた教育への支援として、認知症初期集中支援チーム会議において専門医の派遣を実施するとともに、地域の介護施設で病院長が感染予防等の講演を実施しているなど、積極的に活動している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示等で案内している。診断的検査は、医学的根拠に基づき検査の必要性を判断しており、侵襲性の高い検査では同意書を取得し確実・安全に実施している。入院診療計画書は、医師・看護師を含めた多職種により迅速に作成され、患者・家族に説明し手渡されている。また、患者の希望に配慮して再評価を実施し、診療・看護計画に反映しているなど適切な対応が図られている。

医師は毎日回診するとともに、毎朝の多職種カンファレンスで情報を共有して診療にあたり、看護師は、基準・手順等を整備し日常業務を円滑に実施している。安全確保のための身体抑制については、実施した身体抑制の必要性を評価し、診療録への記録の徹底を期待したい。患者・家族への退院支援については、入院時に作成された退院支援スクリーニングシートをもとに介入し、必要があれば多職種によるカンファレンスで検討している。在宅支援の必要性については、病棟看護師が情報を収集し、適切な対応に努めている。24時間体制で医療依存度の高い患者に継続した診療・ケアを提供されていることは評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では内服薬・注射薬ともに処方鑑査・調剤鑑査を実施し、注射薬は1施用ごとに取り揃え、医薬品についても適切に管理している。臨床検査機能においては、パニック値などの異常値が発生した際は速やかに主治医・担当医へ直接連絡する体制であり、外部精度管理にも参加し、検査精度の維持に努めている。画像診断部門は、放射線科専門医による読影率は上昇傾向であるが、さらなる読影率の向上が期待される。食事は温冷配膳車の使用により適時・適温であり、安心・安全に加え症状に応じた美味しい食事の提供に取り組まれている。リハビリテーション機能は、各部署の協力により訓練が継続できるよう工夫している。診療情報は一元的に管理され1患者・1IDである。診療記録の量的点検については全退院患者への実施の継続を期待したい。救急部門は、地域唯一の二次医療機関として、原則すべての診療依頼を受ける方針で診療している。自院で対応が難しい疾患については多目的医療用ヘリコプター等を利用して転送している。毎朝の多職種カンファレンスで受け入れた患者の診療状況を共有するなど、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、中長期計画に基づいて策定された年次事業計画に則り作成され、予算の進捗状況は運営会議で報告されている。レセプトの作成・点検は病院長が全件確認し、返戻・査定については、多職種が参加するレセプトミーティングが開催されるなど組織的な対応が図られている。未収金もマニュアルに沿って回収に努めている。業務委託については、次年度の事業計画の際に委託する業務内容の検討を行い、必要時には見直しを図り、その際の業者選定は入札にて決定している。

施設・設備は、委託業者を加えた日常点検と計画的な保守管理が実施されている。また、感染性廃棄物の取り扱いは適正であり、最終保管場所も清潔に保たれている。診療材料は、購入に際しての内部牽制が適切に機能しており、ディスプレイ製品の再利用はされていない。

災害対策マニュアルを策定し、緊急時の責任・連絡体制は明確であり、改定も適宜実施されている。DMATを有しており、災害が発生した際はただちに被災地に赴いてトリアージや応急処置などの医療活動を行う体制を整備している。医療事故発生時の対応手順は医療安全管理マニュアルに記載され、周知されており、全職員を対象とした包括保険に加入している。

11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は看護職員については、新入看護師を対象にクリニカルラダーに沿って年間教育プログラムが作成され、適切に実施されている。指導者・評価者も明確に定められ研修指導者の育成にも努めている。一方、医療技術職の初期研修については、系統的な教育計画が整備されていないため、自院の業務内容を考慮した到達目標が明確に示された研修プログラムの作成について検討を期待したい。

実習の受け入れについては、訪問看護の実習や災害看護の一環として施設見学や看護部長による講話等が行われている。実習委託契約書を事前に交わすとともにオリエンテーションを実施し、病院としての方針・患者の個人情報等の遵守事項に加え医療安全や医療関連感染制御等のルールも周知・徹底されている。実習指導者は、カリキュラムに沿った実習と評価を行っており、実習生の受け入れは入院中の患者・家族に周知され、実習中の事故等への対応も明確である。

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・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	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
1.4	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	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	B
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	B
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	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	B
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	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	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	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	S
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	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	A
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	B
4.3.4	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	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

年間データ取得期間： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 福島県ふたば医療センター附属病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 都道府県
 I-1-4 所在地： 福島県双葉郡富岡町本岡字王塚817-1

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	30	30	+0	23.4	7.1
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	30	30	+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		
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

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(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	11.93	12.01	11.89	99.33	101.01
1日あたり外来初診患者数	5.07	5.47	5.95	92.69	91.93
新患率	42.50	45.59	50.00		
1日あたり入院患者数	7.01	5.98	4.30	117.22	139.07
1日あたり新入院患者数	0.87	0.81	0.67	107.41	120.90