

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 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	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

貴院の母体となる社会医療法人芳和会は、熊本保養院として 1951 年に地域の要請に応じて開設された。精神医療を中心に水俣病や二硫化炭素中毒などの公害病への取り組みを通して患者の立場に立った医療を貫いてきた歴史は、法人および貴院の礎となっている。1981 年に貴院は内科、外科、産婦人科を標榜して開設し、当法人における急性期医療の役割を担ってきた。2004 年に一般病床 100 床の新病院を建設し、その後も一貫して「地域に根差した病院」を掲げて地域医療に貢献している。また、病院理念の一つである「無差別・平等の医療と福祉の実現」を目指して地域の命と健康を守ることに留まらず、阪神淡路大震災や東日本大震災など全国災害地へ救護班を派遣するなど積極的な医療活動に取り組んでいる。

病院機能ではかかりつけ医機能を重視し、急性期一般病棟と地域包括ケア病棟で内科を中心に在宅復帰を目指した医療を提供している。特に熊本県で唯一の日本睡眠学会認定施設として「睡眠医療センター」を擁し、年間 PSG 入院 380 件、CPAP 管理 1,140 件の実績を誇っている。その他外来では糖尿専門外来、透析治療を提供し、救急告示病院として年間約 1,000 件の救急車搬入に対応している。さらに、病院理念に基づいていつでも安心して医療を受けられるよう、無料低額診療事業や在宅医療、地域連携にも力を注いでいる。

貴院は「地域の財産」となるような病院づくりを目標に取り組まれ、地域密着型多機能病院として信頼を得ており、法人関連医療・介護施設と役割を分担しながら地域の健康づくりに貢献していることは評価される。今回の病院訪問審査受審が貴院のさらなる質的向上の一助となり、地域の幅広い方々に寄り添う医療と安心の街づくりを通してさらに発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念・基本方針が示され、医療経営と職員の意識・行動に浸透している。病院運営の意思決定に関する議案は管理部会議にて決裁し、決定事項や経営状況などは部門責任者会議に報告され、ガバナンスが機能している。中・長期計画に沿って年次事業計画を策定し、進捗状況は管理部会議で毎月報告・検討を行っている。事業計画をもとに各部門目標を設定し、その進捗や達成状況を評価している。医療情報システムは医療情報技師を委員長とするシステム管理委員会が運用管理を行っている。文書管理規程が整備され、文書の作成、承認、保管、廃棄を規程に則って管理しているが、最新版の管理方法の検討が望まれる。

職員の処遇や労働環境等については定期的に職員と協議する仕組みがあり、看護補助者、医師事務作業補助者などの積極的な活用や院内保育園など労働環境の改善と向上を図っている。外部の臨床心理士による職員のための心の相談窓口を設置して精神的なサポート体制を整備し、さらに職員のやりがい度調査、ご意見箱などを通じて職場環境の改善とワークエンゲージメントの向上に努めている。全職員対象の研修は、教育学習・接遇委員会が所管し、医療安全や医療感染、個人情報保護などの必須研修は各委員会が中心となって実施しているが、参加率を高める取り組みが望まれる。職員個別の能力評価・開発は、法人規程の目標管理制度を活用して実施し、業務遂行意欲の向上と能力開発を図っている。看護部では法人共通の経験別教育プログラムを活用して人材育成に取り組んでいる。学生実習は、看護師、薬剤師などを受け入れ、学生実習開始時には病院の方針や医療安全、感染防止対策などのオリエンテーションを実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利章典として、人としての尊厳が守られる権利や自己決定権など7項目と患者の責務4項目を呈示している。説明と同意に関する方針は明文化され、医療現場では看護師が必要なケースには同席して丁寧なケアに努めている。また、「患者さんの責務」や「患者さんの権利」を明記し、診療・ケアにおける患者の主体性を促進している。患者の相談に対しては相談窓口を外来受付に設置し、地域医療部相談室と連携して患者・家族を支援し、個人情報保護はプライバシーマーク制度に準じた体制が整備されている。臨床における倫理的課題については病院としてのガイドラインを策定している。臨床現場での倫理的課題は、看護師、医師を主体とした多職種による倫理カンファレンスで検討され、方向性が決められている。部署で解決困難な場合は、倫理委員会で討議される仕組みとなっている。さらに、早急な判断が必要な場合には「りんりん110番」に依頼し、関係部署・職種で検討する仕組みがあり、検討実績もある。

公共交通機関や駐車場など来院者の利便性は高く、バリアフリーや車椅子など高齢者・障害者への対応も行き届いている。外来・病棟・病室は、診療・ケアに必要なスペースを可能な限り確保し、清潔・安全面に配慮した療養環境が整備され、敷地内禁煙による受動喫煙防止も徹底されている。

4. 医療の質

2005年に日本医療機能評価機構の病院機能評価を受審し、今回が4回目の受審であり、プロジェクトとして対応している。毎週多職種の治療医カンファレンスとして症例検討会を実施し、退院支援カンファレンスも週2回多職種で開催している。患者・家族からの意見や要望はご意見箱や相談室などから収集し、さらに日本医療機能評価機構の患者満足度調査を実施して質の向上を図っている。新しい治療医薬品（適応外使用を含む）・診療機器の導入に当たっては、薬事審議会、倫理委員会、管理部会議などで検討している。

玄関ホールに院長、副院長、看護部長、事務部長等を掲示し、病棟では、診療責任者および看護責任者、病棟担当薬剤師の氏名を表示している。医師は電子カルテに外来・入院時所見や回診の記録、検査の必要性や結果、患者・家族との面談の記録、投薬、手術、カンファレンスなどの記録を適時に日本語で記載している。診療録の質的点検は、質の評価に資する仕組みの構築を期待するとともに、略語集の作成が望まれる。褥瘡対策チーム、緩和ケアチーム、NST、ICTなどが積極的に活動し、専門チームのカンファレンスでケアの方針を検討するとともに、速やかに介入できる体制を整備している。

5. 医療安全

院長を医療安全管理責任者とする医療安全管理室を設置し、専任の医療安全管理者を配置している。また、医薬品や医療機器、医療放射線安全管理責任者に加えて、兼任のリスクマネジャーを選任し、医療安全管理委員会を毎月開催している。2024年度の医師からのインシデントおよびアクシデント報告は、院長の働きかけとレポートを簡便に記載できるように改善したことで、報告数が増加している。引き続き報告文化の醸成に向けた取り組みを期待したい。医療事故が発生した場合や医療事故の可能性がある場合、臨時の管理部会議と外部の専門医も参加する事故調査委員会にて対応する仕組みになっている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策を遵守し、指示出し、指示受け、実施、実施確認を電子カルテ上で適切に行っている。口頭指示は原則として禁止である。個々の患者のアレルギー歴、重複投与は電子カルテ上で確認でき、同効薬重複使用も薬局の調剤支援システムで確認している。入院患者は、転倒転落予防のためのアセスメントシートでリスク評価し、リスクの高い患者は、転倒・転落防止対策を実践している。医療機器の安全使用に向け、臨床工学技士の専門性を活かした管理や教育を実施している。救急医療チームを中心に全職員対象のBLS研修や緊急時のシミュレーション訓練も定期的の実施しているが、受講実績を把握することを望みたい。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会を毎月1回開催し、ICTメンバーのみならず、病院長や総看護師長、事務長など各部門長も委員として参加している。委員会議事録を各部署に回覧し、閲覧時に署名を確認することにより周知している。ICTは週1回の環境ラ

ウンドおよび抗菌薬ラウンドにより、また ICT 専任の臨床検査技師が委託先検査機関からの血液培養陽性の検出情報を主治医と ICT に速やかに伝達することにより、院内の感染情報を的確に把握している。

手指衛生の手順や個人防護用具（PPE）の使用方法は、感染対策に関するマニュアルに明記し、病室入口に手指消毒剤と個人防護具を設置している。感染性廃棄物は適正な容器に分別投棄し、最終保管場所へ搬送する際も安全性に配慮している。抗 MRSA 薬や特殊な広域抗菌薬は届け出制をとっており、アンチバイオグラムも半年に一度更新し、ICT が抗菌薬変更やデエスカレーションの指導を行っている。抗菌薬マニュアルは、疾患ごとに詳細に記述しており、周術期の予防的抗菌薬使用も清潔手術、準清潔手術、準汚染手術別に推奨抗菌薬を定めている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は広報委員会が担当し、ホームページは病院情報や診療に必要な情報を適時・適切に更新している。また、YouTube や SNS などの媒体も活用して最新の情報を提供している。患者向けの広報誌「くわみず病院だより」やくまもと健康友の会が発行する「友の会だより」で患者に有益な病院情報を発信している。地域医療部は入退院支援、相談室の機能を兼ね備え、法人関連施設のほか地域の医療介護関連施設などと連携して情報を収集・共有している。さらに、熊本大学によるメディカルネットワークに参加し、診療情報共有に取り組んでいる。

地域に向けた医療支援は病院および法人全体で取り組んでおり、熊本城ホールにて市民公開講座「睡眠・快眠額フォーラム」を開催している。地域福祉協議会主催のいきいきサロンや熊本健康友の会の保険講座へ参加、また、HPH 加盟の健康増進活動拠点病院としてヘルスプロモーション活動に取り組んでいる。理念・基本方針に基づいて、地域とともに取り組んでいる「健康なまちづくり活動」は高く評価される。

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院内掲示やホームページ等で提示し、受付はわかりやすくお待たせしない受入体制を整備している。外来診療では睡眠医療に注力し、日本睡眠学会専門医療機関 A に熊本県で唯一認定されている活動は高く評価できる。医療・福祉施設から受診・入院依頼に対して患者の情報を的確に把握して円滑に受け入れている。転院先は、医師の医学的判断と看護師や社会福祉士により患者・家族の同意を得て決定している。入院は医師が必要性を医学的に判断し、患者の病態に応じ適切に治療計画を立てている。入院が決定した段階で、外来看護師や事務職員が入院生活に関する概要や治療上必要な事項、事務手続きなどの説明を行い、病院方針の「無料低額診療」の相談も積極的に行われている。

医師は毎日の回診による病棟スタッフとの情報交換など、診療上の指導力を発揮し、患者の病態を診療録に記載している。入院時には三側面から把握した患者ニーズを看護計画に反映して必要なケアを行っている。薬剤師は注射薬のみならず、内服薬も 1 施用ごとに薬局で準備している。輸血は主治医が厚労省の使用指針に沿っ

て輸血の適用と血液製剤の種類を検討し、説明・同意を得て実施している。手術・麻酔の適応と方法については主治医多職種カンファレンスで検討し、全身麻酔を前提とする「手術同意書」に同意の署名を得ているが、「麻酔同意書」を作成して説明して同意を得ること望みたい。褥瘡治療におけるハイリスク患者には、褥瘡対策チームや皮膚科医が介入し、定期的に褥瘡回診を行っている。栄養アセスメントは入院時に全患者へ実施し、栄養指導、食事指導を行っている。緩和ケアでは緩和ケアチームが患者の人生観や価値観、希望に沿った医療およびケアを実践している。リハビリテーションはその必要性とリスクについて説明し、リハビリテーション実施計画書作成して同意を得ているが、リスクの記載の充実が望まれる。身体抑制は実施しないことを原則とし、身体抑制の早期解除に向けた取り組みも行われているが、その記録の充実が望まれる。ユマニチュード推進チームを編成している。入退院支援部門では、紹介先病院や施設の特徴を把握し、患者の状態や患者・家族の希望に沿って退院支援を行っている。通院が困難な場合や住み慣れた自宅で最期を迎えたい患者には訪問診療を行っており、在宅看取りの実績もある。

9. 良質な医療を構成する機能

薬局は調剤支援システムを使用し、重複薬剤のみならず同効薬のチェックも行っている。検査科では検体・生理・輸血・グラム染色検査を行い、細菌培養や病理検査を外部委託している。CT装置は80列1台あり、100%読影結果を報告し、このうち2割程度は遠隔画像診断にも応じている。また胸部X線画像診断支援AIも導入している。栄養管理部門は自主運営で厨房は清潔に維持されており、月4回の行事食と手作りおやつを提供し満足度が高い。リハビリテーション療法士は各学会の認定を受け、心大血管疾患リハビリテーションや呼吸リハビリテーション、摂食機能療法にも取り組んでいる。診療情報管理室では診療録の量的点検を手順書に基づいて退院患者全員に対して点検し、また、DPCコーディングやがん登録、民医連のQI指標など診療情報の活用にも積極的に関与している。医療機器管理においては、安全・安心できる医療機器の提供に努め、標準化を図り看護師等への操作講習も開催している。使用済み医療器材は中材で洗浄・乾燥・組立まで行い、院外に滅菌業務を委託している。

病理診断機能は委託しているが、手術室で使用するホルマリン液については在庫および鍵の管理体制の整備が望まれる。手術室は1室を整備し、術中術後の安全管理に努めている。輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却は薬局薬剤師が担当し、輸血業務は輸血マニュアルを遵守して実施している。救急告示病院であり、周辺の救命救急センターや関連施設と連携し、職員一丸となって地域で求められる救急医療に取り組んでいる。

10. 組織・施設の管理

病院の財務・経営管理は、法人予算編成方針を基本に策定した年度計画に基づいて、病院および部門別収支分析による経営課題の解決や改善に向けた取り組みが行われている。医事業務は医療サービス課が受け付け業務から入外の診療報酬請求お

よび会計業務に対応し、DPC 分析データなど月次の診療情報分析は病院運営に活用されている。委託業者の選定や契約等の管理は委託業者選定基準に基づいて業者選定・管理を行っている。

施設・設備の管理は総務課が管轄し、定期的な保守点検は計画的に専門業者に委託のうえ、結果報告や情報共有などの協議を定例で行っている。感染性廃棄物を含め、分別、処理・運搬、マニフェスト及び最終処分施設の視察など適切に処理している。医薬品の購買管理は法人の薬事委員会で一増一減を基本に決定し、医療機器関連や消耗品は購買管理委員会の管理下で決裁規定や購買管理フローに則って発注する仕組みである。診療材料等は SPD で発注・払い出しを行い、使用場所の在庫のみで運用している。消防計画を整備し、日常の防火活動が評価されて「2024 年熊本県消防関係知事表彰」を受けている。BCP 計画を整備し、昨年台風 10 号上陸に際して BCP の発動を行った実績がある。保安業務は、委託警備員 1 名が常駐して施錠と巡回警備を行ってる。院内暴力などへの対応については暴力対応マニュアルと緊急コールが各部署に周知されている。

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	A
1.1.5	患者の個人情報を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	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
1.3.3	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	B
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	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	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	S
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	B
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	B
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	B
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
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	B
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	B
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	B
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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 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： 社会医療法人芳和会 くわみず病院

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： 熊本県熊本市中央区神水1-14-41

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	100	100	+0	77.2	21
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	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)	0	-8
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	4	+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	48	+0
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 (DPC標準病院群), 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： 0 人 2年目： 1 人 歯科： 0 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
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	188.28	195.08	215.41	96.51	90.56
1日あたり外来初診患者数	11.09	11.32	10.72	97.97	105.60
新患率	5.89	5.80	4.98		
1日あたり入院患者数	77.38	74.51	71.55	103.85	104.14
1日あたり新入院患者数	3.68	3.46	3.61	106.36	95.84