

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2月13日～2月14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1876年に山梨県病院として発足し、その後、幾多の改称・移転・新築・増改築を経て、現在に至っている。「信頼される質の高い医療を提供し、誰もがいきいきと暮らせる地域社会づくりに貢献する」という基本理念のもと、山梨県の中核的な医療を担う病院として発展を続け、地域医療支援病院、都道府県がん診療連携拠点病院、基幹災害拠点病院、救命救急センター、総合周産期母子医療センター、臨床研修病院等の施設認定を受けている。ゲノム医療、救急医療、周産期医療、地域医療連携、医療者育成等に努め、県民から厚い信頼を得ている。

今回の受審において、病院長をはじめとする幹部だけでなく、各部門部署が一体となって、質向上に向けて取り組んでこられた成果が確認できた。ほとんどの評価カテゴリーにおいて良好な結果となっている。今回の更新審査で顕在化された課題と共に、今後のさらなる病院機能の向上に向けた取り組みに期待するものである。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念・基本方針・標語はわかりやすい表現で明文化され、院内外に周知されている。院長をはじめ病院幹部は様々な場面で指導力を発揮され課題解決にも積極的に関わり、職員の労働意欲を高める組織的・制度的な仕組みが適切に運用されている。病院運営の意思決定機関は明確に位置付けされ、組織内への情報伝達も円滑に行われている。医療情報管理は、統合的な情報管理体制の仕組みがあり、情報システムは有効に活用されている。病院として管理すべき文書は各種規程に基づき管理され、マニュアルは一覧表により改訂履歴が把握されている。

必要な人材は確保されているが、さらなる努力が期待される。人事・労務管理では、一部の職種で有給休暇の取得率が低い状況が認められるため検討を期待したい。職員の安全衛生管理については、おおむね適切である。働きやすい職場環境では、充実した就業支援や福利厚生による支援がある。全職員を対象とした教育・研修は、必要性の高い課題の実施と、不参加者への確実なフォローの仕組みの構築が望まれる。なお、図書室は、適切に図書機能が発揮されている。職員の能力評価・能力開発は、人事評価制度の中で実践されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、各種媒体により院内外に周知されている。説明と同意に関する基本方針・基準は明文化されているが、各科ごとに定めている説明と同意が必要な診療行為の範囲を病院として整備することが望まれる。診療情報は患者・家族と共有され、患者の意思を尊重しながら患者・医療者間のパートナーシップが促進されている。患者の支援体制として、患者相談コーナーや相談室が設置され、児童虐待の対応では児童虐待対応チームが活発に活動されている。患者の個人情報保護は、個人情報保護方針の下で、施行規則や取扱要領等が定められ、診療・生活上のプライバシーにも配慮されている。臨床における主要な倫理的課題についての指針は明確であり、倫理委員会において、解決に向けた継続的取り組みがなされている。患者・家族の倫理的課題は、病棟カンファレンスや倫理問題検討委員会で検討されている。

療養環境の整備と利便性は、来院時のアクセスや患者本位の入院生活が配慮され、院内はバリアフリー構造で安心して利用できる環境で高齢者・障害者への配慮も行き届いた施設・設備となっている。屋上庭園が整備され、病棟は診療・ケアに必要なスペースが確保されている。整理整頓と清掃が行き届き、快適な療養環境が提供されている。受動喫煙の防止への取り組みは都道府県がん診療連携拠点病院として適切に対応されている。

4. 医療の質

意見・苦情は患者の声箱や患者満足度調査により収集され、意見はサービス改善委員会で検討し病院幹部に報告され、回答は院内掲示などにより周知されている。診療の質向上に向けた取り組みは、院内学術大会、CPC、M&M カンファレンスなど診療科横断、多職種参加の検討会が多数開催されている。ガイドラインに沿った診療が行われ、クリニカルパスが入院患者に適用され、パス委員会により分析されている。業務の質改善への継続的な取り組みでは、病院機能評価受審などを機に幹部会にTQMが設立され、病院全体で業務の質改善を図る適切な体制が構築されている。新たな診療・治療技術の導入は臨床研究・ゲノム研究倫理審査委員会が設置され、内視鏡手術やロボット手術など新たな医療技術が積極的に導入され、技術習得に対する病院からの支援が適切に行われている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確で、ベッドネームには主治医・受け持ち看護師が明示され、病棟主治医の不在時の連絡体制も整えられている。診療記録はマニュアルに基づいて適切な水準で記載され、日々の記載も確実に実行されているが、診療録の質的点検は、抽出対象の拡大が期待される。多職種が協働して患者の診療・ケアを行う活動は、様々な専門チームによる介入が積極的に行われている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制として、医療安全管理室が設置され、各部署のリスクマネージャーと連携した安全活動が行われている。医療安全委員会は毎月開催され、議論された事項は職員に周知されている。アクシデント・インシデント報告はレポートシステムから報告され、医療安全管理室で分類・整理され、注意すべき事例は部署毎にRCA分析され、再発防止策が立案・評価されている。

患者確認は、ネームバンドや認証システムでの確認が行われているが、手術時のマーキング方法、チューブの誤認対策について検討が望まれる。情報伝達は、指示出し、受け、実施記録と確認の手順、指示受け漏れを防止するプロセスの実施、口頭指示の手順、緊急・重要な検査結果の報告も適切に実行されている。薬剤の安全な使用は、麻薬・ハイリスク薬の安全な使用と保管・管理、重複投与、相互作用や副作用等の把握など適切に運用されている。転倒・転落防止は、リスク評価が行われており、転落事故発生時には、手順に沿って速やかに対処し情報共有されている。医療機器は、看護師や臨床工学技士の確認により安全に使用され、職員の教育も行われている。緊急時対応は、院内緊急コードの設定、BLS研修会の実施、救急カートの院内統一と定期的な点検・記録が確実に実施されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染対策室や付置組織であるICTが設置され、感染管理委員会やICT会議が行われている。マニュアルは随時、改訂が行われ、電子媒体やリンクスタッフを通じて周知が図られ、地域の医療機関との合同カンファレンス・相互評価ラウンドが定期的に行われ、近隣の医療機関からのコンサルトにも随時応じている。感染対策室により院内外の感染関連情報が一元的に集約・分析されており、結果は様々な媒体により周知されている。部門別サーベイランスも行われるほか、JANISへも参加され、院外の感染症流行情報は各所より収集されている。アウトブレイクの定義・対応策はマニュアル化され、インフルエンザなどのアウトブレイク発生時にも適切に対応されている。

医療関連感染を制御するための活動は、全職員を対象とした感染対策関連の研修会が開催され、PPEはマニュアルに沿って使用され、耐性菌検出報告をもとにICTラウンドが行われて現場での指導により拡大防止に努めている。抗菌薬の適正使用では、抗菌薬投与前の培養検査が適時行われ、アンチバイオグラムが活用されている。ASTラウンドで抗菌薬の使用状況が把握・評価され、主治医へのフィードバックが行われるほか、治療困難な感染症に関する院内外への相談体制も確立されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページや広報誌および病院パンフレットなどにより、受診の流れや各診療科の紹介がわかりやすく掲載され、情報提供が行われている。診療実績は、病院概要やホームページの病院指標により発信され、地元新聞には医療記事の「やまなし医療最前線」に医師による治療法等の解説が掲載されている。地域医療連携促進のために患者支援センター内に医療連携・福祉支援科が設置され、中北・峡東・峡南医療圏を中心に紹介患者を受け入れ、入退院時や受診時のチェックと紹介元への返答が行われている。かかりつけ医検索システム導入により、逆紹介の推進が図られ、地域ニーズは連携登録医への訪問で意見・要望の収集と顔の見える関係づくりが構築されている。

地域の健康増進に寄与する取り組みとして、市民公開講座やがんセミナー、エイズ講演会、糖尿病教室、腎臓病教室の開催や、県内の高校生・中学生・小学校5・6年生を対象としたセミナーが開催され、多くの市民が参加されている。地域の医療関係者に対しては、緩和ケア勉強会や糖尿病療養指導セミナー等、様々な講演会・研修会が行われている。

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各種媒体にて発信され、紹介患者の受け入れや緊急性や待ち時間へも配慮されている。外来診療は、必要な情報が収集されて多職種による指導体制も整備され、侵襲を伴う診断的検査は、説明と同意のもと安全に実施されている。入院適応は関連する診療科間での協議のうえ決定され、患者・家族の希望が配慮された病床運用が行われている。患者の病態に応じた診断・評価をもとに、入院診療計画などが作成され、クリニカルパスも活用されている。入退院センターでのオリエンテーションにより円滑な入院が確保され、患者・家族からの多岐にわたる相談にも適切に対応されている。

医師業務は適切に行われており、関連する多職種との連携も図られている。看護業務は、患者ニーズに合わせ各種基準・手順に沿って行われ、師長により看護の提供状況や療養環境が把握されている。投薬・注射では服薬指導・薬歴管理、抗がん剤調整、観察、服薬確認などが安全に実施されている。輸血・血液製剤は、輸血業務マニュアルが遵守されて確実・安全に投与されている。手術と麻酔の適応は十分に検討され、管理手順が確実に実行されている。重症患者の管理は規程が遵守され、適切な体制が運用されている。褥瘡の予防治療対策、栄養管理と食事指導、症状などの緩和では多職種による専門チームが適切に関与されている。リハビリテーションは多職種により総合実施計画書が作成され確実・安全に行われている。身体抑制は行動制限の説明・同意書へのリスクに関する表記とミトンを用いた行動制限中の観察記録の徹底が望まれる。

患者・家族への退院支援は、早期から介入され、診療・ケアの継続性についても必要な支援が実施されている。ターミナルステージや逝去時には、患者・家族のQOLに配慮された対応が行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、温湿度管理、持参薬の管理、薬剤情報の関連部署への周知、注射薬の取り揃えや調整など適切に実施されている。臨床検査機能は、高度医療ニーズと整合した検査項目が24時間365日実施され、適切な精度管理のもと迅速に報告されている。画像診断機能は、CT、MRI、核医学検査の読影が確実に行われ、緊急検査の場合も迅速な画像提供が行われている。栄養管理機能は、HACCPに基づいた管理が行われ、患者の特性・嗜好に応じた食事が適時・適温で提供されている。リハビリテーション機能は、適切な実施計画が立案されているが、連休中のリハビリ体制について連続性の確保が望まれる。診療情報管理機能は、診療情報の管理、量的点検、活用を前提としたコーディングが実施されている。医療機器管理は、輸液ポンプ・シリンジポンプについて返却時に臨床工学技士による流量チェック等の点検が望まれる。洗浄・組立・滅菌業務は中央化され、手術室師長管理のもと機能は委託業者により適切に発揮されている。

病理診断機能は、外来・入院や術中の病理診断が正確かつ迅速に行われている。放射線治療機能は、外照射治療等が行われ、治療計画の作成、設定線量の確認、放射線治療機器の品質管理が行われている。輸血・血液管理機能は、確実に安全な輸血療法が実施され廃棄率逡減について努力されている。手術・麻酔機能は、手術スケジュール管理や時間外手術の運用も有効に実施され、材料搬送、換気管理、高度清潔エリア管理等も適切に行われている。集中治療機能は、集中治療室や、新生児集中治療室などで適切な集中治療が行われ、入室患者の診療責任、入退室基準は明確に規定されている。救急医療機能は、救命救急センターとして設備・人員とも整備され、不応需ほぼゼロという優れた体制が運用されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、規則に基づいた会計処理・財務諸表の作成・会計監査・経営状況の把握など、いずれも適切に実施されている。医事業務は、窓口の収納業務、レセプト点検などは実施されているが、返戻・査定の内容チェック等について組織的に行うことが望まれる。委託業者の選定は、規定に基づき、一般競争入札、プロポーザル方式による入札制度等により、実施されているが、業務内容と委託業務の是非や見直しおよび業務の質に関する検討が十分でないため、病院全体で取り組む仕組みの構築が望まれる。

施設・設備は、日常点検・保守管理が実施され、院内の清掃や廃棄物の処理についても適切な対応がされている。物品管理は、管理代行型のSPDが採用され、診療材料、医薬品や検査試薬の選定、購入プロセス、在庫管理とも適切に行われている。

災害時の対応は、基幹災害拠点病院として災害対策マニュアルや事業継続計画が整備されており、訓練を実施するほか、DMATが編成されている。自家発電装置を設置し、水・食料・医薬品等の備蓄が行われている。保安業務は、警備員による定期巡視や施錠管理などが実施され、監視カメラの設置や警察OBによる保安体制が整備されている。医療事故等への対応は、マニュアルにより医療事故発生時の具体

的対応が明確となっており、医療事故調査委員会が結成される仕組みがあり、重大医療事故発生時の対応フローが整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、基幹型・協力型臨床研修病院として、山梨県立病院総合研修プログラムに沿って研修が実施され、シミュレーターも活用されている。研修内容はコアメンバー会議や臨床研修委員会にて、検討・見直しが行われ、評価は指導医や看護局による評価とフィードバックが実施されている。看護局、薬剤部、放射線部、検査部等の各職種においても段階的な初期研修プログラムが構築され、プログラムに則した研修評価が行われている。

学生実習は、各職種において多くの学生の受け入れが行われ、臨地実習のガイドラインが作成され、各受入部署で実習指導者によりカリキュラムに沿った実習や、評価が行われている。実習に関わる守秘義務等の必要事項は、実習校と契約書が交され、医療安全、感染防止等は職員と同じ研修への参加が実施されている。

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	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	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	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	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	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	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	A
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	B
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	B
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	A
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	A
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	B
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	B
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
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	B
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	B

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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 地方独立行政法人山梨県立病院機構 山梨県立中央病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 地方独立行政法人

I-1-4 所在地： 山梨県甲府市富士見1-1-1

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	622	577	-3	86.3	12.9
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	16	16	-4	29.5	53.9
感染症病床	2	2	+0	16.2	3.8
総数	640	595	-7		

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	16	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	9	+8
人工透析	30	+0
小児入院医療管理料病床	39	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	15	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (基幹), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (都道府県), DPC対象病院 (II 群), 総合周産期母子医療センター

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： 16 人 2年目： 20 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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	1,149.57	1,144.72	1,117.05	100.42	102.48
1日あたり外来初診患者数	104.67	107.01	109.28	97.81	97.92
新患率	9.11	9.35	9.78		
1日あたり入院患者数	497.84	493.82	484.38	100.81	101.95
1日あたり新入院患者数	38.45	38.66	37.42	99.46	103.31