

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 6 月 5 日～6 月 6 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

貴院は、地域における公的な医療機関として、地域住民から求められている医療提供体制を考慮しつつ病院機能の整備が行われている。多科にわたる外来診療を始めとして一般病棟や地域包括ケア病床、また、回復期リハビリテーション病棟を整備し、さらには新興感染症における入院治療等にも尽力されている。オープンシステムによる地域開業医との診療連携や訪問診療による在宅療養への支援も行われ、検査受託においても貢献している。さらに地域との連携として、三春町との協力による地域住民の健康の維持増進に向けた活動が積極的に行われている。

病院幹部のリーダーシップと職員の高いモチベーションの下、地域から求められる医療提供体制を地域住民と共に発展させ、地域住民が安心した生活を維持できるための充実した医療を継続的に提供していくことが期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念・基本方針は明確であり、中長期計画において病院機能についてのビジョンが描かれ職員へ周知が図られている。管理者会議において病院の方向性や将来像等が議論され、各会議および委員会等で組織的な病院運営が実践されている。中長期計画に基づき事業計画が策定され、各部署での目標が設定され個々の職員の目標管理に繋げている。電子カルテを主に運用体制が規定されているが、院内情報システム全般における管理活用について検討を期待したい。文書管理規程に基づく院内文書の一元管理に取り組まれている。

必要な人材が確保され、採用計画を策定して採用活動が行われている。人事・労務に関する諸規程が整備され 36 協定等の必要な届出も適時行われている。衛生委

員会が毎月開催され、職場の安全衛生や職員の健康管理に関する検討が行われている。職員からの意見要望が詳細に把握され、職員の希望する雇用形態への検討等が適切に行われている。雇用形態の多様化を実現し、子育て支援を幅広く実践しており、職員への就業支援と就業意欲向上に向けた活発な取り組みが行われている。

教育委員会において全職員対象の院内研修会が企画され、順次実施されている。人事考課において客観的な能力評価が行われ、計画的な能力開発が実践されている。各職種の実習生を受け入れ、プログラムに沿って指導・評価を行っている。医療安全や感染防止等の院内ルール、個人情報保護等に関して周知している。

3. 患者中心の医療

患者の権利が適切な内容で明文化され、患者・家族への周知を図っている。説明と同意に関する方針は明確にされ、遵守されている。患者の医療参加への啓発が図られ、患者の診療における理解を深めるための支援もなされている。連携業務を兼ねた MSW が配置されて医療相談に対応し、虐待への対応方針を明確にしている。個人情報やプライバシーは個人情報保護方針に基づく院内規程により、患者・家族の包括的同意の下保護されており、院内掲示や入院案内において周知されている。

病院倫理規程により、臨床における主要な倫理的課題への対応方針が定められている。多職種参加による倫理カンファレンスや ACP プロジェクトチームの関与により、日常的に現場で遭遇する倫理的課題が共有・検討されている。

来院者の利便性に向けて、無料法人内巡回バスの運行やコミュニティバスが利用でき、タクシー呼び出しも容易にできる。院内はバリアフリーが確保され、オンライン面会や携帯電話の使用など、安全性・利便性・快適性に適切な配慮が払われている。診療・ケアに必要なスペースはゆとりをもって確保されており、廊下などには絵画が掲示されるなど癒される療養環境である。受動喫煙防止については、職員の禁煙推進に向けた積極的な取り組みが望まれる。

4. 医療の質

業務改善についてはサービス向上委員会等での検討や病院機能評価の受審により継続的に取り組んでいる。多職種によるカンファレンスなどで症例の検討が行われ、臨床指標に関するデータも収集されており、診療の質向上への取り組みは適切である。投書箱の設置や患者満足度調査により患者・家族の意見を収集し、適切に対処している。新たな診療・治療方法や技術は組織的に検討のうえ導入している。

外来・病棟の管理・責任体制が定められ、診療とケアの管理責任者が患者・家族に明示されている。診療記録はマニュアルに沿って記載されているが、質的点検における医師を含めた検討体制の整備が望まれる。合同カンファレンスの開催や褥瘡対策チームの活動、退院前カンファレンスなどにより多職種協働による診療・ケアが適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全推進委員会、医療安全管理室会議およびセーフティマネジメント部会がそれぞれ定期的開催され、医療安全確保に関する状況の把握や安全管理者による院内ラウンドが実施されている。また、ヒヤリハット報告事例の再発防止に向けた検討なども行われ、安全確保に向けた体制が確立している。院外からの安全に関する情報が収集され、院内メール等により職員への周知が行われている。重大事故発生時には事故対策委員会が病院長により招集され対応することとし、原因究明や再発防止に向けた検討や取り組みの体制がある。

患者の確認は患者自身に姓名を名乗ってもらうことや生年月日・ID 番号の確認等で行われ、種々の誤認防止対策が実践されている。医師の指示出しや看護師の指示受け・実施、医師による確認は電子カルテ上で確実に行われている。麻薬・毒薬・向精神薬・劇薬はそれぞれ適切に保管・管理されており、ハイリスク薬も適切に明示されている。重複投与・相互作用・アレルギーなどのリスクについては、電子カルテ上の警告画面や薬剤師のチェックにより確実に回避されている。入院時に全患者を対象に転倒・転落リスク評価を実施し、危険度ごとに看護計画の立案および評価・見直しを行っている。医療機器の安全な使用に向け、臨床工学技士による計画的な教育・研修や、機器の作動チェックや点検が行われている。院内緊急コードが設定され、全館放送による該当場所への応援体制が定められている。全職員を対象とする BLS 研修や召集訓練も行われ患者急変時に備えている。

6. 医療関連感染制御

病院感染対策委員会や ICT が組織されており、ICT の院内ラウンドが毎週行われている。感染防止に関するマニュアルや指針が整備され適宜改訂されており、医療関連感染制御の体制は確立している。院内の感染発生状況は定期的に把握されており、部門別サーベイランスが行われアウトブレイクへの対応手順も整備されている。

標準予防策に基づき感染経路別予防策が手順に従って実践されている。また、手指消毒に関して速乾式消毒剤の使用状況のモニタリングが行われ、個人防護用具も適切に使用されている。感染性廃棄物や汚染リネンは手順に従って適切に処理されている。抗菌薬は使用指針に沿って適正に使用され、使用状況は定期的に把握・検討され医師にフィードバックされている。AUD を算出し他施設を交えた合同カンファレンスで定期的に使用状況を検討する等、抗菌薬は適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報活動はホームページや広報誌の発行等で行われており、提供している診療体制や医療サービス、受診手順等に関する情報が発信されている。紹介患者受け入れのための前方連携と転院・退院のための後方連携業務が行われ、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病床が地域において有効活用されており、適切な連携体制が確立している。地域住民に向けた健康教室が頻回に開催され、医師を始めとした各専門職による健康管理や健康増進に向けた勉強会が開催されている。

ハートサポートプロジェクト活動や ACP 普及のための役割を務める等、地域への教育・啓発活動が活発に行われている。また、認知症への対応や小学校への食育教育等、医療に関する秀でた啓発活動が実践されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者は円滑に診察を受けることができ、重症者や感染防止への対応も適切に行われている。問診表等により収集された患者情報をもとに外来診療が適切に行われており、地域の医療機関や介護福祉施設等からの紹介患者も円滑に受け入れている。診断的検査は説明と同意のうえで確実・安全に実施されている。入院の決定は医学的な判断に基づいて行われており、患者に関する各種情報は適切に収集され多職種が関与した診療計画が迅速に作成されている。患者・家族からの医療相談については総合相談課と入退院支援室の担当者により適切に対応している。

医師は患者の病態を的確に把握して病棟業務を適切に行っており、看護師は業務手順に基づき病棟業務を適切に実施している。投薬・注射は必要性とリスクを説明し手順に沿って実施され、輸血・血液製剤もガイドラインを遵守して確実・安全に投与されている。栄養管理や食事支援、褥瘡の予防と管理も適切に行われている。病院の機能に応じたリハビリテーションが適切に実施されている。身体抑制を行う場合は患者・家族の同意のもと医師の指示にて実施し早期解除に努めており、抑制中の観察も手順に沿って行われている。症状緩和は患者の訴えを的確に把握し、手順に基づき適切に行われている。

退院支援については早期介入に努め、多職種によるカンファレンスで検討のうえ適切な支援が行われ、必要な患者への在宅療養支援も実施されている。医師による判断のもとにターミナルステージであることが多職種で共有され、診療・ケア計画の立案が患者・家族の意向を尊重して行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査・疑義照会・調剤鑑査・持参薬の鑑別および管理・薬剤情報の収集等が適切に行われている。注射薬の調製・混合も適切に行われ1施用ごとに取り揃えられている。臨床検査は必要な検査が業務手順に沿って確実・安全に行われ、画像診断についても各種撮影が手順に沿って安全に行われ、機能を適切に発揮されている。栄養管理機能は衛生的な作業環境が確保され、食材の搬入・下処理・調理・盛り付けまで適切に行われている。患者の喫食率向上や食事摂取の意欲向上、栄養状態の向上のために多くの取り組みを積極的に行っていることは高く評価される。リハビリテーションは業務マニュアルに沿って適切に実施され、プログラムの定期的な評価や改善も行われている。診療情報管理機能は電子カルテシステムにより診療情報が一元管理されており、量的点検も適切に実施されている。医療機器管理機能は適切に発揮され、洗浄・滅菌機能も滅菌の質保証や既滅菌物の保管・管理など適切に実施されている。

病理診断機能は外部への委託であり、検体提出手順は明確になっており、結果報告書の管理も適切である。輸血・血液管理機能は、血液製剤の発注・保管・廃棄等は業務マニュアルに沿って適切に行われ、使用状況等の把握・検討もされている。救急医療機能も役割に応じた体制を整備している。

10. 組織・施設の管理

財務処理は公益法人会計に基づき行われ、財務諸表が作成されている。事業計画に基づいて年間予算が策定され、月次での損益計算書や各種診療統計と共に経営状況について検討が行われている。医事課では窓口業務等がマニュアルに基づき実施され、保険請求業務や未収金における回収手順についても明確になっている。委託している各業務については定例会や巡視、業務報告等により業務の質の維持改善を図っているが、委託の是非と業者選定については客観的な評価基準の整備が望まれる。

施設・設備の管理は保守点検等が年間保守管理表に明記され、実施報告に基づき実施状況を確認し、緊急時対応や連絡体制もマニュアルで明確にしている。医療材料等の購入物品は法人の審議会で検討し選定されており、発注払い出しはSPDシステムを導入して在庫物品の適正量や使用期限等を管理している。

消防計画や防災マニュアルが策定され、自衛消防隊の役割や地震等の大規模災害への対応、停電時の体制等が明確になっている。休日や時間外を含めた災害発生時の緊急連絡網が整備され、職員が病院へ参集できる体制が整備されている。日中の保安体制は院内緊急コールにより職員が招集され対応しており、時間外や夜間は院内保安マニュアルに基づき警備員の巡視や防犯カメラでの監視により対応している。非常時の緊急連絡体制も明確になっており、適切な保安体制が整備されている。

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	A
1.6.3	受動喫煙を防止している	B

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	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	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	A
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	NA
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	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	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	S
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	
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	A
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	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	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	S
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	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 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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 3 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：三春町立三春病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：市町村

I-1-4 所在地：福島県田村郡三春町字六升蒔50

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	86	86	+0	67.1	29
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	86	86	+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	40	+0
地域包括ケア病床	10	+10
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

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

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数		127.82	108.32	126.14	118.00	85.87
1日あたり外来初診患者数		8.16	7.96	8.04	102.51	99.00
新患率		6.38	7.35	6.37		
1日あたり入院患者数		57.30	58.87	63.66	97.33	92.48
1日あたり新入院患者数		1.97	1.88	2.08	104.79	90.38