

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7月10日～7月11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1961年に町立国民健康保険病院として設立され、その後、幾多の変遷を重ねて、現在は病床数300床、21診療科を有する地域の中核病院として、機能を発揮している。「市民に信頼され、選ばれる病院」という基本理念のもと、市立病院としての役割を果たすべく、小児診療や産科診療にも対応する救急告示医療機関として機能しているほか、感染症診療協力医療機関や周産期連携病院、災害拠点病院などの指定を受け、日々の医療にあたっている。近年では地域医療支援病院としての承認を受け、地域医療の充実に寄与している。また、基幹型臨床研修病院として研修医を積極的に受け入れるとともに、医学生をはじめとするさまざまな医療系学生の実習を受け入れ、医療者の育成にも注力している。

今回の病院機能評価の更新審査においては、医療の質の向上を目指し、病院の幹部・職員が一体となって継続して取り組まれており、多くの評価項目で適切な水準を満たしていることが確認できた。今後も、地域医療のさらなる充実と発展が図られることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念および運営方針は、掲示やホームページ等にて周知している。院長を中心とした幹部体制を整備し、管理会議で意思決定を行い、理念・運営方針と中・長期計画との整合性を確認している。病院全体の目標に沿って各部署の目標と行動計画を作成し、年次事業計画に反映している。病院情報システムを一元管理し、診療・DPCデータを基に病院運営指標を作成して臨床指標の改善や経営支援に活用している。院内文書は文書管理規則等に基づき適正に管理している。

人材確保に向け、部署の意見と勤務実績を踏まえ、人員計画を作成している。勤務規程等を整備し、労働安全衛生体制の強化に向けて、産業医や衛生管理者、衛生工学衛生管理者を配置している。職員の意見・要望は、院長目安箱やヒアリング等で把握し、福利厚生の実質や負担軽減と処遇改善に努めている。

職員の教育・研修は、院内全体で共通する重要課題について実施し、学会や院外研修への参加も支援している。職員の能力評価・能力開発は、市立病院人材育成・職員評価要領に基づき実施している。初期臨床研修は基幹型臨床研修病院として実施し、看護部は新人教育プログラム、コ・メディカルは職能に応じ当直対応を見据えたローテーションやOJTなどを実施している。学生実習は総務課が窓口となり、各部門でプログラムに沿った指導・評価を実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務は、院内掲示や入院案内等にわかりやすく明文化されている。市の条例に則ったパートナーシップ制度の運用を市立病院として実践している。説明と同意に関する方針や基準・手順などを整備し、同席の基準や同意書が必要な診療行為を明確にしている。患者と診療情報を共有すべく、クリニカル・パスを活用し、治療・検査の説明時には画像や写真、絵図を用いている。患者相談窓口を設置し、看護師・社会福祉士が多様な相談に応じ、関係部署と連携している。患者の個人情報、個人情報取扱要領等に準拠し、職員に向けた周知と研修を実施している。臨床倫理指針を明示し、日常の診療・ケアの中で把握した具体的な倫理的課題は、臨床倫理カンファレンス運用手順に則って、倫理カンファレンスシートを使用して4分割法で分析・検討している。解決困難な倫理的課題は臨床倫理部会で解決を図っている。

敷地内に患者用駐車場、駐輪場を確保し、生活延長上の設備を整備している。診療・ケアに必要なスペースや患者がくつろげるスペースを確保している。病室は眺望に配慮し、院内は整理整頓が行き届き、癒しの環境に配慮している。敷地内全面禁煙であり、ホームページや入退院のご案内、院内掲示等で周知している。

4. 医療の質

病院機能改善委員会では、説明文書と同意取得手順の様式統一、ACPの院内啓発、倫理的課題への対応、身体拘束最小化の検討体制などを課題として取り上げている。診療の質の向上に向け、各診療科でカンファレンスを行い、外科では他科や看護師も交えた合同症例検討会を開催している。CPCも開催されているほか、最新の診療ガイドラインは、院内Web等から確認できるよう整備されている。クリニカル・パスは、使用状況の推移やバリエーション評価を行っている。患者・家族からの意見や要望は、意見箱や患者満足度調査、相談窓口などにより収集し、検討・改善に努めている。未承認薬使用や倫理的・安全面に課題のある技術の導入時は、事前に倫理委員会で審議する仕組みである。

診療・ケアの管理・責任体制を明確にすべく、ナースステーション入口に、病棟責任医師・看護師長をはじめとする多職種の担当者名を掲示している。電子カルテ

システムを運用し、診療録記載マニュアルの規定に沿って、診療録の記載が適時に行われている。診療録の質的点検は、手順書に基づき多職種で実施している。多職種からなる専門チームとして、ICT や NST、認知症チームなど複数のチームが活動し、各病棟では、多職種カンファレンスを開催している。

5. 医療安全

医療安全管理室を設置し、専任の医療安全管理部長（医師）と専従の医療安全管理者（看護師）を配置している。医療安全管理マニュアルには、院長を統括医療安全管理者とし、医薬品・医療機器、医療放射線の各安全管理責任者の役割を記載している。医療安全管理室では、インシデント報告やカンファレンス、セーフティマネジメント部会、医療安全ラウンドから医療安全に関する情報を収集している。収集した医療安全情報を分析し、医療安全ニュースを発行してフィードバックしている。併せて、日本医療機能評価機構による医療安全情報についても院内発信を行い、周知している。医療事故発生時の対応手順は明確で、組織的な検討体制がある。

患者確認は名乗りにて行い、診察券やリストバンドも活用している。医師の指示は、電子カルテを通じて確実に伝達・実施・確認されているが、口頭指示運用のさらなる整備を望みたい。麻薬、ハイリスク薬、向精神薬などは法令に従って保管管理している。全入院患者対象に転倒・転落のリスク評価を行い、リスクが高い患者には看護計画を立案して対策を実施している。医療機器は ME センターで一元管理し、各部署は手順に従い借用・返却を行っている。院内救急コードを設定しているほか、BLS 委員会は全職員向けに定期的な BLS 研修を行い、修了者を対象に ICLS 研修を開催している。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染制御室を設置し、室長の ICD や専従の ICN、専任の認定薬剤師、臨床検査技師などで構成する ICT および AST を実働部隊として構成している。医療関連感染対策に関する方針などは、院内感染対策委員会にて具体的に検討のうえ決定している。各病棟にはリンクドクターやリンクナースを配置し、院内の感染状況の把握、感染対策の周知を行っている。院内感染対策マニュアルも定期的に見直し改訂を行っている。ICT および AST が院内の感染発生状況をモニタリングし、適時対策を立て実行している。ターゲットサーベイランスでは SSI・CLABSI・VAP の発生状況を収集・分析しており、JANIS では好成績を残し、診療科横断の協力体制で取り組んでいる。地域医療機関との連携を通じて得た情報を院内感染対策に活用し、ICN による他院への訪問・指導も高く評価できる。

ICT は、院内ラウンドによって標準予防策や手指衛生の徹底、感染廃棄物の取り扱いなどを現場確認し、感染対策を推進している。抗菌薬適正使用指針を作成し、特定抗菌薬は届出制で運用している。アンチバイオグラムを作成し、特定抗菌薬の使用量はモニターするとともに、必要に応じて医師にフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報活動として、広報誌や診療案内、年報を発行し、連携機関等へ配布している。広報誌は、来院者の閲覧用として院内にも設置し、ホームページにも掲載している。市の広報誌にコラムを掲載し、診療案内には、各診療科紹介や病床利用率、紹介・逆紹介率などの診療実績を掲載している。地域の医療機能・医療ニーズの把握、医療関連施設等との連携は患者総合支援室が担当し、前方支援業務と後方支援業務を分担している。地域医療支援病院として、市の担当部署や地域の医療機関、医師会などと密に連携を図り、円滑な受け入れ体制を構築している。地域の訪問看護ステーションからの在宅患者訪問看護依頼を受けて、皮膚・排泄ケア認定看護師が同行訪問を行っている。地域の医療機関との連携強化として、医師および連携担当で訪問活動を行い、「顔の見える関係」づくりに取り組んでいる。地域の健康増進として、人間ドック・脳ドック・市の委託健診・企業健診・一般健康診断・各種予防接種などを実施し、健康管理をサポートしている。地域住民への医療教育・啓発活動として、市民公開講座を開催し、がん患者の会での講演会も実施している。地域への医療知識に関する研修会を、地域連携勉強会や訪問看護ステーション協議会を通じて継続して開催している。

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周知している。外来では患者確認を確実に実施し、安全な診療を提供している。医師は各種検査や入院、手術の必要性を判断し、適宜多職種での検討を行い、患者・家族に必要性和リスクを説明して同意を得たうえで実施している。患者相談窓口では多様な相談に対応している。医師は毎日病棟を回診し、カンファレンスを通じて情報共有を行い、看護師は患者・家族のニーズを把握して意思決定を支援している。

全ての病棟に病棟薬剤師を配置し、入院患者の薬歴管理、持参薬鑑別、併用禁忌薬の鑑別、服薬指導などを行っている。血液製剤の払い出しから病棟での輸血実施に至るまで、定められた手順に従い、ダブルチェックも行い確実な輸血管理を実施している。手術の適応・術式はカンファレンスにて検討し、重症患者は多職種で管理している。

全入院患者に褥瘡リスク評価を実施している。また、特別な栄養管理が必要な患者に対して栄養管理計画書を作成し援助をしている。症状緩和対応マニュアルを整備し、患者の症状に応じて緩和ケアチームが介入している。リハビリテーションの連続性を確保しているほか、身体拘束の最小化にも努めている。多職種で退院支援を行い、地域関連施設と連携して継続した診療・ケアを実践している。臨床倫理指針に基づいてターミナルステージの判断を行うとともに、患者・家族の意向を尊重した診療・ケアを行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は注射薬剤の払い出し、調剤、処方鑑査などの各種薬剤管理業務を行っている。抗がん剤のレジメン管理は薬剤師が行い、調製も薬剤師が安全キャビネッ

トを使用して実施している。臨床検査は24時間体制で実施し、緊急・通常いずれの検査も迅速な結果報告に努めている。日々の内部精度管理に加え、外部の精度管理調査にも参加している。パニック値は項目を設定して適宜見直している。CT、MRIの読影体制を整備し、異常所見は医師に連絡する仕組みがあり、電子カルテ上の既読管理システムが機能している。嗜好調査やミールラウンドを行い、行事食は年間を通じて提供し、選択メニューも実施している。また、地元産の野菜や果物を使用した食事も取り入れている。リハビリテーションの必要性やリスクの評価を行い、患者の要望にも配慮し、個別かつ系統的な支援を実施している。診療情報は一元的に管理し、量的点検は、手順に基づき全退院症例についてチェックしている。医療機器はMEセンターで中央管理し、洗浄・滅菌は各種インディケータで滅菌の質を保證している。

診療科の要請に応じて術中迅速検査を実施できる体制を構築している。輸血・血液の管理体制を整備し、緊急手術時は麻酔科医、看護師間で手術室を随時調整しながら柔軟に対応している。救急医療に向け、専従の救急医を配置し、地域の救急患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、公営企業法に準じて会計処理を行い、財務諸表を作成している。医事業務は、窓口会計やレセプト作成・点検、審査対応、施設基準管理、未収金管理等を確実にやっている。委託業者の選定は競争入札やプロポーザル方式により決定し、業務内容は各部署責任者が業務日誌や報告書などで確認のうえ、定期的に委託業者と面談の機会を設けている。

各種設備は年間点検計画に基づき整備して保守管理し、異常時の対応体制も確保している。医療ガス管理や感染性廃棄物の処理も基準に即してやっている。また、守衛室兼防災センターが24時間体制で監視を行い、施設の安全性を維持している。医薬品は薬事委員会、診療材料および消耗品は医療材料委員会、高額医療機器は医療機器選定委員会で物品購入を検討し、在庫の適正化に努めている。

建物は免震構造であり、無停電装置や自家発電、備蓄などを整備し、行動マニュアルやBCPも策定している。災害訓練を通じて全職員への周知と対応能力の維持を図っている。24時間体制で警備員を配置し、施錠管理や来訪者対応、巡回などの業務を手順に基づいて実施している。業務内容は警備日誌に記録し報告している。

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	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
1.3.3	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	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	S
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	B
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	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	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	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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	
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	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	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	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	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： 2024年 1月 1日 ~ 2024年 12月 31日
 時点データ取得日： 2025年 3月 31日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 日野市立病院
 I-1-2 機能種別 : 一般病院2
 I-1-3 開設者 : 市町村
 I-1-4 所在地 : 東京都日野市多摩平4-3-1

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	300	300	+0	65.3	11.1
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	300	300	+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	12	+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		
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 :

地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域), DPC対象病院(DPC標準病院群)

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 : 4人 2年目 : 3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

