

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12月18日～12月19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、京都市を含む京都・乙訓医療圏に位置する地域の基幹病院である。開設以来、徐々に医療機能を拡充して現在に至っている。理念に「市民のいのちと健康を守ります」、「患者中心の最適な医療を提供します」、「地域と一体となって健康長寿のまちづくりに貢献します」を掲げ、5項目の憲章を基本方針として急性期医療、小児・周産期医療、感染症医療、災害医療を提供している。現在は、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センター、災害拠点病院、臨床研修指定病院の指定を受けており、地域の住民から厚い信頼を得ている。救急医療では二次救急医療施設として、年間約5,800件の救急車を受け入れている。災害医療では2024年の能登半島地震にDMATを派遣するなど、災害救護・災害医療活動を積極的に行っている。病院運営においては、院長を中心に病院幹部がリーダーシップを発揮して医療の質向上に取り組むとともに、職員の自発的な改善活動を積極的に推進している。

病院機能評価は5回目の受審となる。このたびの受審に向けて、全病院的に業務の評価を行い、多職種が連携して積極的に取り組んだ改善活動の成果を随所に確認できた。医療機能を適切に発揮している領域がある一方、課題と思われる領域がいくつか見受けられた。今後も病院機能の向上に努められ、貴院のさらなる発展と地域医療への貢献の一助となれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と憲章は具体的な内容で明文化し、病院運営の基本として院内外に発信している。意思決定機関である病院運営会議の決議事項は、病院管理者会議等を通して

周知している。中期計画を策定し、年度計画にも反映している。理事長ヒアリングを毎年実施し、病院方針の浸透とボトムアップ型の自発的な改善活動を促しているなど、計画的・効果的な組織運営がなされ高く評価できる。病院の文書管理は総務課が担当し、電子カルテシステムの機能を利用して保管している。

人事・労務管理では労働法規を遵守し、メンタルヘルスおよびハラスメントの相談窓口を設置している。衛生管理者による職場巡視では記録の整備を期待したい。職員の意見・要望は職員満足度調査や所属長との面談を通して把握している。職場の改善活動では優秀な取り組みに対する表彰制度を設けている。

医療安全や感染管理、個人情報保護など重要な課題については全職員を対象とした研修を実施している。職員の能力評価として人事評価を行い、職務遂行能力や勤務実績等を評価している。初期臨床研修は臨床研修プログラムに基づいて実施し、新人看護師には教育担当看護師が丁寧に指導している。学生実習は医学生や看護学生、薬学生など多くの実習生を受け入れている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」と「患者さんへのお願い」、「子ども患者さんの権利」を策定している。4年ごとに内容を検討し、倫理委員会で承認している。説明と同意に関する方針は倫理方針に定め、医師の仕事マニュアル・看護マニュアルに基づいて意思決定支援を行っている。説明と同意の書式は、院内で統一した書式の検討などを期待したい。患者の医療への参加促進については、診療情報や入院案内等を用いて理解と参加を促している。患者支援センター内の地域連携室、入退院支援室、相談支援室とがん相談支援センターが連携し、患者支援を行っている。個人情報保護方針を定め、患者・家族にはホームページや院内掲示で案内している。診療情報のダウンロードは要領や手順に基づいて実施している。倫理的課題は臨床倫理委員会で審議・決定し、治療拒否、輸血拒否、DNARの方針などがある。日常的に発生する倫理的課題は、各部署内で多職種によるカンファレンスを行い、解決方法を検討している。

無料送迎バスおよび患者駐車場を整備し、手話通訳、医療通訳も配置している。病室および処置室などは診療・ケアに必要なスペースを確保し、利便性・清潔性・安全性を保障している。全館禁煙、敷地内禁煙の方針を明確にしており、職員の喫煙率も低値である。

4. 医療の質

多職種で構成する医療の質推進委員会が中心となり PFC 作成、文書管理を行っている。診療のプロセスは各種委員会と経営部門が支援して監視・測定管理部門が管理する体制を構築し、品質保証体系図として院内に周知しており高く評価できる。多職種が参加する各種カンファレンスを開催し、クリニカル・パスではアウトカム指標の設定とバリエーション分析を実施している。各種 QI 事業への参加や病院独自の臨床指標の分析を通して質改善に取り組んでいる。患者・家族の意見・要望は意見箱、ホームページ、PX 調査で把握している。倫理委員会、臨床研究倫理審査委員

会、臨床倫理委員会、医療プロセス管理委員会等の役割は明確である。臨床研究、治験はホームページに情報公開している。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、診療・看護・各職種の責任者を掲示している。診療記録は各職種が電子カルテに速やかに記載している。退院2週間以内のサマリー記載率、研修医の診療録記載に対する承認やコメント記載の実施率は向上を期待したい。多職種で構成した多くの専門チームが定期的に回診し、組織横断的に活動している。患者支援センターでは多職種が協働して入退院支援を行っている。

5. 医療安全

医療安全に関する課題を毎年定め、特に重要なポイントはスタッフハンドブックとしてまとめている。インシデント・アクシデント報告の事例分析結果や外部からの安全情報を院内に周知し、対策の実施状況を確認・評価している。医療事故発生時の対応手順は医療安全マニュアルに定めている。

患者確認は患者自身の名乗りとリストバンドやPDAを利用した2識別子以上で確認している。情報伝達エラー防止対策として、電子カルテを用いて指示出し・実施確認、指示受け・実施の一連の流れを確実にやっている。口頭指示については、エラー防止対策の再検討を期待したい。麻薬など法令で規制している薬剤の保管・管理、ハイリスク薬の注意喚起、重複投与などのリスク回避を確実にやっている。全患者の転倒・転落リスクは総合的に評価し、患者のADLをピクトグラムで見える化して対応している。医療機器の取扱説明書はシステム上で確認でき、チェックシートを使って動作確認を実施している。全職員を対象としたBLS研修を実施し、院内緊急コールシステムを整備している。RRSの活動を強化後、心停止症例数が減少しており評価できる。

6. 医療関連感染制御

院長から感染対策に関する権限を委譲された感染管理センターを設置し、専従の薬剤師をはじめ感染制御の専門性を有するメディカルスタッフを多く配置している。多職種によるICTとASTがICDと協働し、組織横断的に活動している。感染管理センターでは、主要な医療関連感染のサーベイランスを病棟ごとに毎週行っている。院内分離菌、感受性、各種耐性菌の出現頻度などを把握し、アンチバイオグラムを年2回作成している。

ピクトグラムやアイコンを使って患者の感染情報を院内で共有し対応している。研修、ポスター、実践調査などICTを中心に手指衛生の向上に向けた多様なアプローチを実践している。抗菌薬適正使用指針を策定し、ASTは週2回以上診療支援ラウンドを実施して主治医へ指導・アドバイス等を行っている。腎機能に応じた抗菌薬使用量確認ツールを作成し、その活用度も評価するなど、抗菌薬の適正使用に関する多くの取り組みは高く評価できる。

7. 地域への情報発信と連携

広報活動として病院パンフレット、ホームページ、広報誌を発行している。ホームページは閲覧者が見やすいよう作成されており、病院の魅力などをわかりやすく掲載している。広報誌には、病気に関する記事や無料送迎バスの案内などを掲載している。公式 SNS を開設し、情報を発信している。地域連携室は前方連携を担っており、返書も確実に実行している。入退院支援室では入院前の説明を行い、相談支援室やがん相談支援センターと連携して後方支援を行っている。患者や地域住民を対象とした取り組みとして、院内では健康教室、院外ではミニ市民公開講座や市民公開講座を開催しており、病院の公式動画チャンネルで後日視聴できる。京都府と協力して小学校・中学校・高校にがんの予防を目的とした医療講演「生命のがん教育」を行っている。地域がん診療連携拠点病院として地域の医療介護の関係機関向けに緩和ケア研修会、ゲノム医療の研修会なども行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内に看護師、事務職を配置し、手話通訳、医療通訳も配置している。外来診療は患者情報の収集、上級医師や他科へのコンサルテーション、侵襲的検査の説明と同意、検査実施前後の観察などを確実に実施している。診断的検査では説明と同意を実施し、安全な鎮静時対応や緊急時対応を行っている。入院は担当医の医学的判断に基づき、患者・家族の希望にも配慮しながら説明と同意のもとに決定する。入院診療計画書は患者個別性を考慮した内容の検討、侵襲的検査や手術などの説明と同意についてはカルテ上で確認できるような運用の検討を期待したい。予約・緊急入院においても患者・家族が安心できる体制を整備している。

医師は回診、記録、指示を適切に行い、チーム医療のリーダーとしての役割を果たしている。病棟看護師は、患者の各種リスク評価結果を基に他職種と連絡・相談を行い、多職種協働を実践している。投薬・注射は医師による必要性やリスクの説明、安全な薬剤の準備、6原則の確認のもとに行っている。輸血・血液製剤投与は説明と同意に基づき安全に実施している。同意書には使用する可能性のある血液製剤の種類と予定使用量を提示して同意を得るよう期待したい。手術は説明と同意の取得後に麻酔科医、看護師が収集した情報を共有して安全に管理している。重症患者は重症度に応じて適切な部署で管理している。褥瘡予防は褥瘡対策予防マニュアルに沿って褥瘡対策チームと連携し、多職種で取り組んでいる。

終末期患者や誤嚥リスクがある患者の食べたい思いを尊重し、個別対応した実績がある。ICUの早期栄養管理や外来化学療法センターでの栄養指導など、栄養管理と食事支援は高く評価できる。症状緩和は緩和ケアマニュアルに則り実施している。リハビリテーションは早期から開始し、安全性を確保している。身体抑制は行わないことを原則に、最小化に向けて基準・手順を整備している。退院支援は入院早期から多職種が関与し、退院後の診療・ケアについても診療情報提供書などで必要な情報を引き継いでいる。ターミナルステージへの対応は、判断基準や手順を整備し、患者状況に応じた丁寧な対応を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は持参薬の鑑別・管理、処方鑑査、調剤鑑査等を確実に実施している。臨床検査技師は専門性を活かして活動している。パニック値の対応では、医師に確実に報告する体制である。日勤帯のCT・MRI検査では放射線科医が検査室に常駐し、診療放射線技師と連携して質の高い画像診断を行っている。管理栄養士を各病棟に配置し、病態や嚥下機能に応じた食事を提供している。急性期リハビリテーションを中心に提供し、情報共有のうえプログラム評価などを高いレベルで実践している。診療情報管理業務はマニュアルに基づいて実施している。医療機器は臨床工学技士が24時間体制で管理している。洗浄・滅菌機器は計画的にメンテナンスし、単回使用医療機器の取り扱いについてはルールを遵守している。

病理診断では検体交差防止対策を徹底し、専門医と細胞検査士が全例ダブルチェックを行っている。未読の場合には依頼医・上長に必ず連絡している。放射線治療では治療計画策定、シミュレーション実施、照射線量確認など専門性の高い治療を行うとともに、積極的に課題改善に取り組む姿勢は高く評価できる。血液製剤は臨床検査部門が24時間体制で管理し、廃棄率は0.02%である。手術は術者、麻酔科医、看護師と多職種が連携し、安全に管理している。複数の重症病床を有し、多職種が介入して安全に対処している。救急医療では「初期診療マニュアル」動画や「高齢者帰宅支援プロトコル」を作成し、「虐待SCANチーム」も活動している。治療困難症例や新型コロナウイルス感染症患者（小児、妊婦、透析患者）を受け入れ、市立病院として患者を保護する姿勢は高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

予算は地方独立行政法人法に基づき、中期計画や各部署からの意見を踏まえて作成している。公認会計士による監査も行っている。医事業務は保険請求の確認、施設基準の管理、未収金の管理などを行っている。業務委託は、長期で包括的な事業契約を締結しており、事故発生時の連絡体制も整備している。

施設・設備は24時間体制で対応しており、中・長期の更新計画を策定して保全管理を行っている。購買管理では、物品管理を委託しており、バーコードシールを用いた物品請求や適正在庫の検討を行っている。

災害対応マニュアルなどを整備し、災害発生時に備えて食料や日用品、燃料確保に向けて取引業者と災害協定を締結している。保安業務は警備員を配置して巡回警備を行い、緊急時には職員等が現場に急行する体制である。

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	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	B
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
1.3.3	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	S

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	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	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	S
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	B
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	B
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	S
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	A
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	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	S
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	S

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	S
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	A
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	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： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024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： 地方独立行政法人京都市立病院機構 京都市立病院

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： 京都府京都市中京区壬生東高田町1-2

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	528	483	+20	67.1	9.3
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	12	12	+0	28.9	15.9
感染症病床	8	8	+0	31.2	9.1
総数	548	503	+20		

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	19	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
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	11	+0
人工透析	20	+0
小児入院医療管理料病床	36	-2
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	14	+0
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), がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(DPC特定病院群), 地域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： 13人 2年目： 13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

