

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 10 月 17 日～10 月 18 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、2002 年に開設後、病院の移転新築を行い、京都市の南部に位置する宇治市において一般急性期および地域包括ケア病棟を有する地域の中核的な病院である。京都市を中心に多くの病院や介護・福祉施設を運営する武田病院グループの一員として、小児整形外科、放射線治療、透析医療など特色ある診療科や最新の設備・施設を備え、地域医療に貢献している。高度急性期病院、地域の診療所、介護・福祉施設と密接に連携し地域の多くの患者を受け入れている。

今回の病院機能評価の受審に際しては、業務改善委員会を立ち上げ、組織全体で取り組まれたことがうかがわれた。今後とも継続して委員会活動を展開し、さらに医療の質の向上に取り組み、貴院がますます地域で信頼され、発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念及び基本方針は明文化され院内外に向けて周知されている。2024 年度から 5 カ年の中・長期計画を策定し、運営目標や活動計画を具体化して取り組み年度や達成目標年度を明確にしている。病院幹部・役職者の選任プロセスは明確であり、病院の意思決定は幹部会で行われている。年次事業計画および各部署の目標・行動計画を策定し、看護部等、一部の部署では BSC も活用している。達成度評価は各部署所属長や病院幹部で行われ、定期的に職員に周知している。診療情報は DPC データを活用し、院外の QI プロジェクトに参加してベンチマーク等も実施している。文書の取り扱いについて「文書管理規程」に沿って、起案、決裁、承認、管理責任者、保管等を規定している。

法定ならびに施設基準などで定める必要人数を確保・配置している。地域の中核病院としての役割・機能を果たすためにさらなる人員の確保に努めている。就業に関する規程類を整備し、勤怠システムを導入している。安全衛生委員会を毎月開催し、有給休暇の取得や時間外労働の状況、定期健康診断結果など職員の安全衛生について検討し報告している。全職員を対象とする教育・研修を実施し、効果を確認して次の研修に反映している。全職員対して人事考課取扱規程に基づいて人事評価制度を導入し、能力評価を行っている。養成校から多くの学生実習を受け入れ、臨地実習契約書等を締結し、患者・家族へも院内掲示等で周知している。

3. 患者中心の医療

患者の権利およびこどもの権利を明文化し、周知している。説明と同意に関する方針・基準・手順を明文化し、患者の自己決定権を尊重している。患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進すべく、誤認防止や転倒・転落予防、感染防止への協力を促し、入院診療計画書・検査データ等を用いて患者・家族へ情報を提供している。患者支援体制は地域医療連携室が所管し、看護師やMSW等が患者・家族等からの各種相談に対応して、必要に応じ他職種と連携している。虐待等に対してもマニュアルを整備している。個人情報保護方針や個人情報保護規程などを整備し、院内掲示やホームページ、入院案内で案内している。患者データの二次利用における申請・承認手順を整備している。臨床における倫理的課題についての倫理方針・臨床倫理方針や規定を明文化している。倫理委員会は必要時に開催し、申請があった内容や倫理的課題などを検討している。

日常の診療・ケアの中で把握した患者・家族の倫理的課題は、医師や看護師、MSWを中心に検討し記録している。病院へのアクセスをホームページや病院案内等により案内し、送迎サービスも利用できる。院内にカフェや年中無休の売店を設置し、CSセットやランドリーなどの環境を整備し、Wi-Fiも利用可能であるなど患者・面会者の利便性・快適性へ配慮している。診療・ケアに必要なかつ十分なスペースを確保し、全館を通して清潔で、静寂が保たれている。病室は空調・照明・採光に配慮し、デイルームにはくつろげるスペースを確保している。敷地内全面禁煙であり、ポスター掲示等で禁煙啓発に努めている。

4. 医療の質

業務の質改善に向け、業務改善委員会や患者サービス向上委員会が機能している。医療の質向上に向け、診療科ごとの症例検討会を開催し、クリニカル・パスも活用している。外部のQIプロジェクトや医療の質可視化プロジェクトに参加し、その結果をもとに医療安全・褥瘡対策・認知症専門の各委員会において必要な検討を行っている。

患者・家族からの意見・要望は、意見箱や患者満足度調査、患者相談窓口や各種相談窓口などから収集し、組織的に検討して対応している。患者満足度調査の結果は年次変化も把握し、院内で共有・改善につなげるよう努めている。新たな診療・治療方法や技術の導入に向け、手順に沿って倫理委員会で審議している。診療・ケ

アの責任体制を明確にし、診療・看護の責任者はラウンド・回診等を通して情報収集を行うとともに、多職種間で必要な情報を共有している。診療録管理規程および電子カルテ運用規程に則って、全職種が適時に記載している。診療録の質的点検は「診療記録監査要項」に沿って行われ、結果は記載者にフィードバックされている。病棟では多職種によるカンファレンスを開催し、多職種にて構成される専門チームが介入している。

5. 医療安全

副院長を中心とする医療安全管理委員会があり、院長直轄の医療安全対策室を設置し専従の医療安全管理者を配置している。インシデント・アクシデント報告を収集し、医療安全管理委員会にて内容を精査し、看護部ではクイック SAFER を用いて発生要因を分析し、改善策を検討し実施して評価している。評価・改善策や注意点、院外からの安全管理情報などは院内に周知している。医療安全管理マニュアルに医療事故発生時の対応手順を整備している。

患者、部位、検体などの誤認防止手順を整備し実践している。オーダーリングシステムを利用して指示出し・指示受け・実施は確実に行われ、記録されている。画像診断と病理診断の2つの領域では、医師に確実に結果が届く手順を整備している。重複投与や相互作用はオーダー画面で確認し、アレルギー歴は問診で情報収集後、AI 機能を利用して電子カルテに転送され、注意喚起されている。転倒・転落防止対策マニュアルに沿って、入院時に全患者に対してアセスメントチャートを用いてリスクを評価している。入院時オリエンテーションでも転倒・転落について説明している。病棟では主要な医療機器の使用マニュアルに基づいた確認を行い、安全な使用に努めている。看護師と医療機器安全管理責任者は連携して、看護師向け研修会を頻回に開催している。患者等の急変時に備え、院内緊急コールを周知し、BLS 研修や AED の取り扱いなどの訓練を全職員対象に実施している。救急カートの仕様および装備品を院内で統一し、看護師と薬剤師で点検している。

6. 医療関連感染制御

ICD を責任者とし、院長から権限が委譲された専従の感染管理認定看護師 (ICN) が実務の担当者となり、感染制御に取り組んでいる。院内感染防止対策委員会を毎月開催し、ICT ならびに AST のラウンド結果を報告して職員に周知している。院内感染防止対策マニュアルは必要に応じて適時・適切に改訂を行っている。アンチバイオグラムを定期的に作成し、ICT ニュースにより院内に周知している。JANIS に参加して院内のサーベイランスデータの報告をするとともに全国規模の院外情報を取得して参考にしている。アウトブレイクは定義され対応指針は明文化されている。外部の医療機関との連携では、ICT 合同カンファレンスや地域連携相互ラウンドにより、他施設の取り組みを参考にしている。

手指衛生や PPE について院内感染防止対策マニュアルに明記し、院内感染防止対策委員会が現場の遵守状況や感染経路別対策などの実施状況を確認している。抗菌薬の採用と中止は薬事委員会にて協議している。抗菌薬を適正に使用する指針を整

備し、クリニカル・パスには予防的抗菌薬の薬剤名を明記して適正使用に努めている。抗 MRSA 薬など特定の抗菌薬使用は届け出制としている。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けて、法人の機関誌や自院の機関誌およびホームページ等により情報発信している。地域医療連携室が前方・後方支援を担当し、地域連携機能を発揮している。地域連携便りを発行し、連携先に持参して自院に対する要望の聴取や情報提供を行っている。連携強化の取り組みとして、地域の医療・介護・福祉関連施設が参加する連携セミナーや連携の会、および介護・福祉施設が参加する連携支援会議などで情報交換や要望を聴取し、連携強化に努めている。地域の健康増進・啓発を図る活動として、健診センターで人間ドックや企業健診を行っている。患者・家族や地域住民を対象に糖尿病教室や糖尿病青空教室を開催している。また、健康相談や中学生の職場体験、高校生の看護体験を受け入れている。

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、ホームページや院内掲示等で案内し、スムーズな受診を支援している。患者情報の収集は、AI を利用した問診・診療情報提供書・看護師予診・医師問診などで行われている。医師は検査・治療の必要性やリスクについて説明を行い、同意を得て患者・家族の反応を含めて内容を記録している。診断的検査の必要性について検討し、患者にリスクと共に説明してカルテに記載している。医師が診断と治療に関する基本方針を決定し、多職種で病態に応じたリスク評価等を行い、患者の個別性を考慮した入院診療計画書を作成している。病院機能を鑑み、クリニカル・パスのさらなる活用を期待したい。地域医療連携室が多様な相談に対応し、院内外の関連職種と密接に連携して丁寧に対応している。

医師および看護師の病棟業務は適切に実施されている。投薬・注射の必要性は医師により説明され、同意を得て診療録に記載されている。薬剤師は全入院患者に対する薬歴管理を実施し、必要に応じて服薬指導を行っている。輸血・血液製剤投与、周術期の対応、褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事支援、症状緩和は評価をもとに適切に実施している。必要に応じて療法士、薬剤師、管理栄養士などの多職種も関与している。リハビリテーションは、主治医の依頼にもとづき担当療法士が患者の病態やリスク、目標、患者や家族の希望などを含めたプログラム案を作成し、医師が承認している。必要に応じて退院前に家屋評価のための自宅訪問を行っている。「身体抑制基本マニュアル」として身体抑制に対する方針や手順が示されている。患者・家族への退院支援、必要な患者に継続した診療・ケアについては適切に実施している。ターミナルステージへは、主治医や多職種を含めたカンファレンスで検討し、診療ケア計画を立案し、実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方疑義照会をシステムで収集、整理し、フィードバックを行い改善に努めている。病院機能に必要なすべての検査の実施が可能である。パニック値を設定し、該当すれば即時に医師に電話で報告している。パニック値発現時のフローチャートを作成し、利用している。常勤専従の放射線診断専門医により主要な画像診断を実施している。すべての読影結果を診療放射線技師がチェックし、異常所見がある場合には診療放射線技師が直接主治医に電話連絡する体制である。栄養管理機能は、セントラルキッチン方式で衛生管理を徹底し、ニュークックチル方式を採用し適時・適温の食事提供や個別対応を行っている。リハビリテーションでは、多職種が参加するカンファレンスを定期的実施し、患者情報を共有している。診療情報の管理に関する規程を整備し、電子カルテで一元的に管理している。各種の文書等はスキャニングし、タイムスタンプ認証により電子化して保存している。医療機器は点検および貸し出しの履歴をMEシステムで一元管理している。定期点検のほか、使用場所なども把握している。洗浄・滅菌から供給までの一連の業務をワンウェイ化することで、業務環境を適正に維持し、各種インディケーターで滅菌の質を保証している。

病理診断報告書を消化器内視鏡担当医が確認して押印する体制がある。放射線治療の体制および設備を整備している。輸血・血液の発注・保管・供給・廃棄は臨床検査技師が一元的に管理している。手術スケジュールは麻酔科医師と手術室師長が作成して電子カルテのオーダーシステムで管理している。救急告示病院であり、医師、看護師、診療放射線技師、各1名が当直し、輪番日には医師・看護師とも2名の増員と臨床検査技師も当直して救急車搬送による二次救急患者を受け入れている。年間約1,000人の救急車搬送による二次救急患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に基づき行われ、監査は公認会計士によって行われている。必要な財務諸表を作成し、予算の策定は各部門の要望を聴取して幹部会での検討を経てグループ本部で承認・決定されている。予算の執行状況や経営状況を毎月把握している。医事業務は窓口業務、レセプト、未収金対応など適切に行われている。委託業務については、委託の是非の検討や業者の選定及び業務の遂行状況の把握など適切に行われている。

施設・設備は、病院担当部署や委託業者により実施され、緊急時の対応体制も適切である。建物は清掃も含め、維持・管理が行き届いている。物品管理は、SPDが導入され適切に行われている。防災マニュアル・BCPの整備、停電時の対応や水・食料品の備蓄も行われ、大規模災害を想定した訓練を実施し災害発生への対応は適切である。保安業務は、夜間は委託の警備員により安全が確保されている。緊急時の連絡・応援体制も明確にされている。

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	患者の個人情報を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	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	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	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	S
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	A
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	B
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	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	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	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	B
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	B
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 6 月 10 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：宇治武田病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：個人

I-1-4 所在地：京都府宇治市宇治里尻36-26

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	177	177	+0	78	12.1
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	177	177	+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	4	+0
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	50	+0
小児入院医療管理料病床	134	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	43	+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： 1 人 2年目： 0 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

①-② 年度推移	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	634.22	653.56	638.02	97.04	102.44
1日あたり外来初診患者数	60.46	59.74	53.72	101.21	111.21
新患率	9.53	9.14	8.42		
1日あたり入院患者数	138.03	137.77	152.50	100.19	90.34
1日あたり新入院患者数	9.98	8.82	8.95	113.15	98.55