

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8月30日～8月31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、理念として「無差別・平等の医療、安全・安心で信頼される医療を実践します。」と掲げ、地域に根差した医療を展開してきた。総合診療を中心に、救急医療や慢性期医療、在宅療養支援等にも重きを置いており、専門性を活かした消化器系や大腸肛門病の治療のほか、化学療法にも取り組み、内視鏡による検査・治療においては地域で大きな役割を果たしている。

また、医師の臨床研修においては、高い教育的機能を発揮しており、指導体制に万全を期して育成に努めている。さらに、地域の診療所や介護保険施設等との連携を充実させ、地域において切れ目のない医療・介護が受けられるよう取り組んでいる。

今回の病院機能評価の結果も参考にされ、さらなる医療の質の向上へ向けて取り組まれるとともに、貴院における今後の継続的な発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念を明確にしており、経営基盤の安定化や少子高齢社会における診療提供体制の再構築等を課題として捉えている。管理委員会が病院の最高意思決定機関として機能しており、各委員会活動とも連携しているなど適切な体制である。事業目標を経営改善や少子高齢化対策等とし、病棟再編が年次目標として明示されている。医療情報管理規程を整備し、運用体制が規定されている。文書管理規定が策定され、院内文書の一元管理に取り組まれている。

職員配置数を検討して定数化し、人材が確保されている。人事労務に関する諸規定が整備され、労働組合の合意のもとで必要な届出を行って周知している。職員検

診の受診率は高く、要再検査・要受診の場合は受診勧奨が行われている。魅力ある職場を目指し、労働組合との毎月の労使協議会において職員からの意見・要望の把握が行われている。

各部門や委員会により院内研修会が提案されて順次実施されている。看護部門では、計画的な能力開発に努めている。医師初期研修では、臨床研修病院として多くの指導医を育成して積極的に取り組んでおり、看護部門でも目標が設定されて研修を実践している。学生実習を受け入れ、カリキュラムの調整や評価等は、現場の実習担当者が各学校と連携して実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、患者の尊厳を含む基本的な要素について明文化し、患者・家族や職員への周知に努めている。説明と同意に関する方針が明確にされ、文書で同意を必要とする診療行為の範囲を定めている。患者との診療情報の共有には入院診療計画書や患者用クリニカル・パスを活用しており、患者の医療への参加と協力を促している。相談連携室に看護師と社会福祉士を配属して医療相談に対応している。患者の個人情報規定に基づき保護されており、患者情報の利用範囲や利用条件等を院内に明示している。倫理委員会を設置し、外部委員も参加して病院としての対応方針を審議・決定している。患者・家族が抱える倫理的課題に関し、臨床倫理4分割法を活用している。

患者用の駐車場が整備され、無料巡回バスを運行して来院者の利便性を確保している。病院内は通路・階段・トイレ等に手摺りが設置され、高齢者・障害者に配慮した環境を整備している。院内は定期的な清掃が行われて療養環境の整備に努め、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。敷地内全面禁煙の方針を明示しているが、職員に向けた受動喫煙防止や禁煙への教育・支援については積極的な取り組みを期待したい。

4. 医療の質

すべての職場や委員会で目標を設定し、評価する取り組みを人事育成部と医療活動委員会を軸に行っている。症例検討会が各分野において多職種により組織横断的に実施され、剖検やCPCも積極的に行われているが、クリニカル・パスや臨床指標の検証、バリエーション分析については地域連携パスの運用も含めて取り組みが期待される。患者・家族の意見・要望については院内投書箱等により収集して対応し、院内掲示や広報誌等でフィードバックされて適切に対応している。新たに導入される技術などの実施については、フォローアップも含めて手続きを明文化することが期待される。

病院玄関フロアに病院責任者をはじめとした責任者名を明示し、各病棟でも病棟責任医師や看護師長等が明示され、責任体制が明確になっている。診療記録は、マニュアルに基づいて基準に沿った記載を心掛けており、退院サマリーの2週間以内作成もほぼ全例で行われている。多職種で構成する専門職チームを設置し、各チームは規程に沿って委員会やカンファレンスを行って情報共有しており、積極的な活

動を行っている。

5. 医療安全

病院長直轄の組織として医療安全感染管理部に医療安全管室が設置され、医療安全管理者が専従で勤務して組織横断的に活動している。各部署から選出されたリスクマネージャーとともに、医療安全に関する手順・マニュアルの作成・見直しなどを行い、医療安全に努めている。アクシデント・インシデントレポートはシステムで報告し、職員の入力により医療安全管理者が随時確認している。医療事故発生時対応マニュアルが整備され、重大事象は病院長に報告して指針に基づき患者・家族への対応や説明が行われる体制である。

患者確認は、原則として患者による氏名・生年月日の名乗りにより実施し、口頭指示は緊急時のみ手順に沿って実施している。パニック値や有所見画像などは、直接報告に加えて紙媒体でもフィードバックする仕組みがある。麻薬等は、法令に沿った保管・管理が行われ、ハイリスク薬は薬剤科から直接払い出す体制としている。入院時、全患者を対象に転倒・転落アセスメントが実施され、危険度評価を行って看護計画が立案されている。医療機器は臨床工学技士により一元管理され、マニュアルに沿って使用されている。患者等の急変時には、院内緊急コールの設定やRRSコードにより適切に対応されている。

6. 医療関連感染制御

感染制御に向けた体制としては、病院長の直轄の組織として医療安全感染管理部の中に感染対策部門を設置し、感染対策委員会と共に感染状況の把握や対策の周知・徹底を図っている。ICT ラウンドやAST ラウンドにより感染防止対策の質が高まり、手指衛生の徹底や抗菌薬の使用削減などの成果を上げている。感染制御に向けた情報収集と検討については、感染関連情報を収集した感染情報レポートを週1回定期発行し、重要なウイルスや耐性菌を早期に認識して主治医と感染対策を行っている。また、サーベイランスにも取り組み、分析を行っている。

医療関連感染を制御するための活動としては、感染対策マニュアルを整備し、手指消毒に関しては携帯用速乾式手指消毒剤のモニタリングが感染対策委員会により行われている。感染症患者の病室にはPPEが設置され、適切に使用されている。抗菌薬の適正使用については、抗菌薬使用に関する院内マニュアルが電子カルテ内に保管され、改訂・追記版の参照が可能となっている。指定抗菌薬は届出制であり、使用患者にはASTチームが適正使用について評価している。抗菌薬の使用状況、感染症の発症状況、検出菌の情報などは1か月ごとに集計され、感染対策委員会で共有の上、現場に発信されている。

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ほか、院内掲示等で行われている。ホームページでは、提供している医療サービスや受診手順等の発信が行われ、広報誌においては、病院機能や行事予定の紹介、健康管理や各種疾患等についての解説を

掲載している。地域の医療機能・医療ニーズの把握や他の医療関連施設等との連携に向けては、地域における役割を重視しており、連携担当職員により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、シームレスな患者連携が実践されている。急性腹症患者の受け入れや地域包括支援病棟への入院、内視鏡検査等の前方連携が行われ、療養型病院・介護保険施設や各種サービス事業等への適切な後方連携も行われている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動としては、法人が主催する患者友の会において、職員による健康チェックや医療に関する各種講座を実施するほか、街角健康チェックや医療相談等にも取り組まれている。また、地域の小・中学校に医師・看護師を派遣してBLS研修を行うことや婦人会でリハビリ教室を開催するなど、積極的に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に関する手続きや必要な情報は、院内掲示やホームページ等で周知を図っている。外来診療では各科独自の問診票により患者情報の収集が行われ、電子カルテに反映されている。検査予約時には、検査手技やリスク、同意書についての説明を行っている。入院治療の必要性は担当医師が判断し、入院診療計画書は各職種が関与して患者・家族の希望も反映して立案されている。相談内容の多くが退院先の調整であり、退院調整看護師・MSW等が多職種と連携して患者・家族のニーズに対応している。ベッド調整会議が外来担当看護師も参加して毎日行われ、病床の利用状況や空床等が把握されている。

主治医や病棟担当医により、回診や必要な指示出しが常時行われている。看護方式は固定チームナースングと機能別看護を用いている。投薬注射の指示出し・指示受けのルールは明確である。輸血および周術期の対応は、説明と同意のもとで適切に行われ、重症患者の管理や患者急変時も手順により適切に対応されている。入院時にすべての患者に褥瘡の危険因子の評価と栄養アセスメントを行い、褥瘡への対応や栄養状態の管理を多職種で行っている。疼痛のある患者には緩和ケアチームが回診を行い、カンファレンスで疼痛を評価して症状の緩和に努めている。

リハビリテーションは個別の目標設定を行って実施計画書を作成している。身体抑制マニュアルを整備しており、抑制は原則行わない方針である。入院時にスクリーニングシートを用いて早期介入し、退院調整カンファレンスにより退院支援を実施している。退院後も在宅においてケアが必要な患者に対しては、相談連携室の退院調整看護師とMSWが早期介入を行っている。ターミナルステージの対応では、患者・家族に説明と意思確認を行って反応や受け止め方を確認し、患者・家族に寄り添った診療・ケアを行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は1施用ごとの払い出しや抗がん剤等の調整、院内の薬剤における管理業務等において適切に機能を発揮している。臨床検査機能ではパニック値を確実に報告し、画像診断機能ではすべての検査依頼に適時に対応するなど適切に機能を発揮している。栄養管理機能においては、治療食における味の向上を目指して手

作り調理を優先するなど、喫食率向上に向けて積極的な取り組みを行っている。リハビリテーション機能では、入院当初から多職種が身体機能を確認し、早期のリハビリテーションが実施されている。診療情報管理機能は、診療情報管理士により電子カルテシステムによる診療情報管理の一元化が実践されている。診療記録の量的点検は点検項目を明確にして実施し、点検記録を残すことを期待したい。医療機器管理機能は、院内の医療機器が一元管理され、安全に使用されている。洗浄・滅菌機能は、器材に応じた洗浄が行われ、各種インディケーターを用いて滅菌の質保証を適切に行っている。

病理診断機能では、内視鏡生検等の病理検査を行い、悪性所見が得られた症例はすべて臨床側とのカンファレンスが行われている。輸血・血液管理機能は、血液製剤は検査科で適切に保管され、使用時に看護師が手順により適切に使用している。手術・麻酔機能は、タイムアウトの実施や抜管基準・手術室退室基準の整備により安全に実施されている。救急医療機能は、急患は「まず診る」の方針によりできる限り受け入れており、空床状況の確認や医師による応需判断により、円滑な受診・入院判断につなげている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、基準に基づいた会計処理や財務諸表の作成を行い、公認会計士等による会計監査が行われている。医事業務は、窓口や会計収納等の業務がマニュアルに基づき適切に実施され、保険請求業務においても全件で医師の確認が行われている。業務委託にあたっては、専門性の発揮や業務の質の維持向上に向けた管理・監督が行われている。

施設・設備は、年間計画に基づいて専門の担当者により適切に管理されており、緊急時の対処方法や担当者のオンコール体制、緊急連絡先も明確になっている。医薬品・医療消耗品については、担当する委員会で選定等が行われており、大型医療機器の購入も事業計画や年度予算に基づいて検討を行い、実行されている。

災害時等の危機管理では、防災マニュアルや消防計画と共にBCPが策定・整備されている。発動時には災害対策本部を設置し、出退勤困難者情報の収集や診療体制の確保等が図られている。保安業務では、時間外・夜間に施錠と院内巡視が行われており、緊急時連絡網が策定され、病院幹部への連絡体制も明確になっている。

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	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	B
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	B
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	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	B
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	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	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	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	B
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	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
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	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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 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： 社会医療法人健生会 土庫病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 奈良県大和高田市日之出町12-3

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	199	199	+0	68.86	15.59
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	199	199	+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		
地域包括ケア病床	48	+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

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： 5 人 2年目： 6 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	305.45	276.47	257.14	110.48	107.52
1日あたり外来初診患者数	20.27	17.32	9.63	117.03	179.85
新患率	6.64	6.26	3.74		
1日あたり入院患者数	137.00	139.92	158.56	97.91	88.24
1日あたり新入院患者数	8.83	9.01	8.18	98.00	110.15