

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 29 日～7 月 30 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、1953 年 5 月に総合病院健康保険滋賀病院として創設されたことに端を発し、幾度かの変遷を経て 2014 年 4 月に独立行政法人地域医療推進機構滋賀病院として新たなスタートを切っている。

県下で初めて人工透析室を開設されるとともに、二次救急医療機関として救急患者を受け入れて幅広い疾患に対応している。また、地域包括ケア病棟を擁し、在宅療養後方支援病院として在宅医療従事者と連携するとともに、介護老人保健施設および訪問看護ステーションを併設するなど、急性期医療から回復期、訪問看護、介護施設まで幅広く対応しており、多くの地域住民から厚い信頼を受けている。

病院運営においては、院長を中心に病院幹部のリーダーシップのもと、全職員が一丸となって医療の質向上に取り組んでいる。今回の受審にあたっては、職員が協働して組織的・継続的に準備に取り組まれており、ほとんどの項目で適切に取り組まれていることが確認できた。一部の業務において課題も見られたが、今後も継続的な質改善に取り組まれない。そして、貴院が目指されている質の高い医療・介護・予防の実践と、「つなぐ」という言葉をキーワードにした医療の提供に向け、一層の充実に取り組まれない。今回の受審が貴院の今後の発展に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は、わかりやすい表現で明文化しており、患者や職員に周知している。病院運営における決定事項は管理運営会議で決定して遅滞なく職員へ周知し、効率的な運営体制を構築している。15か年事業計画に基づき、5年ごとの中期計画を策定して毎年四半期ごとに進捗管理を行い、部門別や個人別の目標管理に努めている。電子カルテシステムを運用し、規程に基づき情報の適正な管理に努め、データの真正性・保存性を確保している。文書管理は規程に基づく一元的管理と改訂時の記録・履歴管理を行っている。

医療法等を満たす人員を確保し、法人本部と協議のうえ採用活動に取り組んでいる。人事・労務管理面では有給休暇取得率の向上に向けて取り組みを進めている。職員の安全衛生に関しては、所定の委員会や規程に基づいて適正に管理・運用している。職員満足度調査などを通して職員の意見を収集するとともに、充実した福利厚生制度を整えている。

職員への教育研修は、教育委員会が主体となって、計画・実施している。全職種を対象に業績評価・能力評価制度を整備し、昇給や昇格と連動する仕組みを構築している。基幹型臨床研修病院としての役割を発揮しており、看護職やその他の専門職の初期研修も充実している。学生実習は、マニュアルおよびカリキュラムに基づき、実習の受け入れ・評価を行っている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利と義務」として明文化し、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・手順を整備し、同意書を要する治療・検査の範囲を規定している。同意書等の標準化と管理部門の明確化が期待される。医療への患者参加は、「心臓に優しい生活について」のリーフレットを作成して生活習慣改善に向けての理解を促進するなどの取り組みがある。患者支援体制は相談窓口を設置し、看護師やMSWが窓口となり、院内各部門と連携して多様な相談に応じている。個人情報保護については、保護方針やSNSポリシーを定め、ダウンロードなどによる個人情報の物理的・技術的保護などは適切に運用している。臨床で直面することの多い倫理的課題を整理し、運用方針を示している。倫理委員会では外部有識者を含めたメンバーで検討を行っている。患者・家族が抱える日常的な倫理的課題は、各病棟の倫理カンファレンスで多職種により検討し、記録に残している。

駐車場は十分な台数を確保している。院内に売店を設置するなど患者の利便性を図っている。外国語が話せる職員を配置するなど、来院者の利便性・快適性に配慮している。院内は日常清掃が行き届き、快適な療養環境を整えている。病室ドアの開放はプライバシー保護の観点から見直しが望まれる。敷地内は電子タバコも含めて禁煙とし、禁煙外来を設置している。職員の喫煙率は減少傾向にある。

4. 医療の質

業務の質改善では、業務量調査を各部門で行っている。また CS・ES 向上委員会においても継続的な改善の取り組みを行っている。診療の質向上に向けて、毎朝「総合診療カンファレンス」を実施している。クリニカル・パスの適用率は 60% に達しており、臨床指標の収集・経時的な分析も行っている。患者・家族の意見や要望は、意見箱や退院時アンケート調査などを通して収集し、改善に向けて検討して院内掲示などでフィードバックしている。病院組織として、新たな診療・治療方法や技術の導入時に倫理・安全面の配慮を行うシステムを構築している。

外来・病棟とも診療および看護の管理・責任体制を明示し、主治医不在時の対応については、体制整備と職員への周知、緊急時の対応も適切に実施している。診療録を毎日記載し、診療録・診療情報管理委員会において質的点検を実施し、退院時サマリーも確実に作成している。組織横断的に 13 の多職種専門チームが活動しており、医師の協働体制も整っている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部を設置し、医療安全推進担当者会を毎月開催するなど、医療安全活動を計画的に実施している。インシデント・アクシデントレポートを収集し、必要な事例は医療安全管理部が中心となり分析して対策立案および周知を行っている。医療事故発生時の対応手順、患者・家族への説明手順、訴訟時の対応体制を整備し、訴訟に備えた病院賠償責任保険にも加入している。

患者誤認防止はルールに基づき適切に実施している。検体等はバーコードシステムで運用している。情報伝達エラー防止対策としては、必要な情報を確実に医師から看護師等に伝達し、医師への情報伝達も確実に実施できている。麻薬を含めたハイリスク薬や抗がん剤等の薬剤の安全な保管や使用に向けた対策は適切に実践している。患者入院時、看護師は転倒リスクをアセスメントし、看護計画に反映し対応するとともに、継続的な職員教育を実施している。医療機器を安全に使用するよう、臨床工学技士は看護師に教育を行っている。人工呼吸器使用中は、臨床工学技士が毎日ラウンドしている。24 時間対応の患者急変時緊急時職員招集コードを設定している。救急カートの内容は院内で統一し、看護師が毎日点検している。

6. 医療関連感染制御

感染制御管理委員会と感染制御部を院長直下に組織して各種委員会（ICT/AST・感染リンクスタッフ会）を組織しており、各種委員会規程も作成し、感染対策マニュアル、感染対策指針等の改訂も毎年行って職員に周知しており、感染管理体制を確立している。院内での感染発生状況は ICT/AST で把握し、耐性菌に関しては週 1 回の ICT/AST で使用した抗菌剤をチェックして、必要時には主治医にフィードバックしている。各種細菌等の感染率や耐性菌発生率を把握し、感染対策を適切に行っている。感染対策マニュアルに基づいた標準予防策を実施している。ICT が週 1 回ラウンドを行い、環境整備の実施状況などを確認している。

感染性廃棄物の分別・管理や血液・体液等で汚染されたりネン類の取り扱いもマ

マニュアルに則って行っている。抗菌薬の採用・中止、感染症の起炎菌・感染部位の特定、院内における分離菌感受性パターン、広域抗菌薬使用状況把握等 ICT/AST が関与し行っている。ICD や ICT 薬剤師、ICT 検査技師が抗菌薬適正使用に関与し、抗菌薬の適正使用マニュアルも整備している。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌、病院案内、看護部 SNS など、患者や地域住民に病院の提供する医療サービスなどを発信している。地域医療・介護施設向けには、地域連携ニュースおよび ICN ニュースを医療機関などに送付し、ホームページに病院で定めた臨床指標や DPC データに基づく病院情報も掲載するなど、必要な情報を地域に向けて分かりやすく発信している。地域連絡協議会を定期的開催するとともに医療機関を訪問し、結果を管理運営会議に報告して院内にフィードバックしている。紹介患者の診察予約は手順に基づき行うとともに、返書の確認を確実にしている。地域の連携会議に参加して情報交換を行うとともに、医療情報ネットワークシステムに参画し、地域医療機関と円滑な診療情報の共有に努めている。地域に向けた教育・啓発活動は、「出張講座」として専門職を地元自治会などに派遣している。また、「糖尿病教室」や「じん教室」を定期的開催している。健康管理センターを設置して各種健診を行うとともに地域の要請に応じて健診車も派遣している。医師会などが主催するセミナーに医療従事者を講師として派遣している。学生のインターンシップも受け入れるなど、地域に向けた教育・啓発活動を積極的に行っている。

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などで周知し、円滑に診察を受けられる体制を整備している。医師、看護師、その他の医療職は外来診療を適切に行っている。診断的検査を適切に行っており、同意書の取得が必要な検査リスト、急変時の対応手順などを整備している。入院の必要性を医師が判断し、決定までの流れは適切に行っている。診断・評価を適切に行って診療計画を作成している。地域医療連携室に相談窓口を設置し、患者・家族からの相談に対応している。「PMF 体制フロー」を整備し、入院決定から各職種が関わり、円滑に入院できる体制を整えている。

医師は毎日回診して診療録の記載を行い、病棟業務を適切に行っている。看護師は、看護計画に基づいた実践と評価を行っている。投薬・注射を確実・安全に実施している。輸血・血液製剤投与の体制は安全・確実に実施するための工夫が見られ高く評価できる。周術期は多職種で安全な管理に努めている。重症患者は、重症度に応じて適切な病床で多職種が関与して管理している。褥瘡対策マニュアルを作成し、褥瘡のリスク評価を行っている。管理栄養士は、毎日の外科回診に同行して早い段階で介入・対応を行うなど、チーム活動に積極的に取り組んで治療に貢献する栄養管理・食事支援を行っており、極めて高く評価出来る。症状緩和には、緩和ケアサポートチームが介入している。リハビリテーションは主治医の指示のもと確実・安全に実施している。身体拘束は三原則に則り実施し、「身体拘束ラウンド」

で最小化に向けて適正に実施しているか確認している。入院後 72 時間以内に多職種カンファレンスを開催し、早期から計画的な退院支援を実施している。在宅医療関係者と書面やカンファレンスで情報共有し、継続したケアが受けられるよう支援している。ターミナルステージの診療・ケアは、患者・家族の思いに沿った計画を立案している。

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、注射薬の調製等を適切に行っている。臨床検査は迅速・的確な検査の実施、精度管理に努め、異常値の伝達方法を構築して確実に実施している。画像診断機能は緊急検査の迅速な対応や 24 時間の遠隔読影を導入し適切に発揮している。栄養管理部門は、衛生面に配慮し、患者の特性に応じた食事を提供している。リハビリテーション機能は、主治医や看護師等多職種と情報を共有し、適切に行っている。診療情報管理機能は、診療情報を一元的に管理するとともに、量的点検を行い、ICD-10 等のコーディングによる二次的利用も図っている。医療機器は中央管理しており、定期的な保守・点検を実施し、メーカー等の標準化も図っている。中央材料室は、一連の業務をワンウェイ化しており、適切に管理している。

病理検体の作成・保管・管理については手順に基づき実施している。また未読管理システムを構築し、迅速に結果報告している。輸血・血液管理機能は病院全体で在庫および廃棄率の減らす取り組みを行い、低い廃棄率を実現しており、高く評価できる。手術室では適切な麻酔管理と運営を行い、安全な周術期管理を実施している。救急医療機能は、様々な患者の受け入れ手順を定め、受け入れ体制を構築している。「総合診療カンファレンス」による診療能力の向上にも努めている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、収支見込みや現場の意見を基に予算を編成し、会計処理や財務諸表は適切である。毎月収支分析行って管理運営会議などに報告し、改善策を検討している。医事業務では受け付けから収納まで手順に沿って実施している。返戻・査定、未収金の督促管理、施設基準遵守のための取り組みは適切である。委託業務については、一般競争入札方式で委託業者を選定し、契約手続き、各部門での実施状況の把握、委託業務従事者に対する教育や事故発生時の対応など、適切に行われている。

施設・設備管理は、点検・整備および老朽化した設備の更新を計画的に実施している。購買管理は、医薬品・診療材料については、採用・購入・在庫数の見直し等を適切に実施している。医療機器についても採算性等を十分検討して購入している。

BCP マニュアルなどを整備し、緊急時の連絡体制は明確であり、非常時の食料・医薬品・飲料水を患者・職員用として必要量備蓄している。保安業務は常時警備員を配置して緊急時の連絡体制を整備している。院内巡回や防犯カメラの監視も行い、日常・夜間の管理体制を整備している。

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	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	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	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	S
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	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	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	S
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	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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 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： 独立行政法人地域医療機能推進機構 滋賀病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人地域医療機能推進機構

I-1-4 所在地： 滋賀県大津市富士見台16-1

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	288	203	-50	87.8	16.7
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	37	10	+0	23.9	22
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	325	213	-50		

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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	54	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	60	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

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： 2 人 2年目： 2 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

[illegible]

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	468.36	484.68	480.55	96.63	100.86
	1日あたり外来初診患者数	29.65	27.99	27.57	105.93	101.52
	新患率	6.33	5.77	5.74		
	1日あたり入院患者数	171.69	177.30	170.77	96.84	103.82
	1日あたり新入院患者数	9.90	10.62	10.26	93.22	103.51