

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1月23日～1月24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、1970年に開院以降、滋賀県の中核病院として設立当初から予防医療である検診事業に取り組み、幾多の変遷を経て現在の滋賀県立総合病院として地域に医療を提供している。病院理念として、「心のふれあいを大切にして安全で質の高い医療福祉を創生し提供する。」を掲げ、高度医療および全県型医療を各分野で実践されている。

今回の病院機能評価では、質の高い医療を提供していることを確認できた。一方で、今後も引き続き改善に取り組むべき課題も見受けられたため、今回の受審を機に継続的に病院機能の向上に取り組むことで、貴院のさらなる発展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

基本方針として理念と指針を定め、院内外に周知している。病院管理者・幹部は運営上の課題を明確にしており、各種会議や委員会を通じて病院の方針を周知し、組織運営を行っている。滋賀県立病院中期計画が策定され、年度の収支計画を立案し、各部門・部署も含め、ロジックモデル（目標管理指標）による目標管理と達成度の評価を実施している。組織運営に必要な各種規程が整備されているが、病院組織図については、実態を反映した表記となるよう見直しを期待したい。

人材の確保では、各学校訪問や病院説明会の開催、病院ホームページやYouTubeチャンネルを活用した採用活動、会計年度任用職員の採用など工夫している。就業規則、給与規程、服務等に関する規程など、人事・労務に関する各種規程が整備されている。職員への教育・研修は、研修実施計画に基づき実施されているが、倫理

の研修の受講率向上に努め、個人情報保護、虐待など全職員向けに必要なと思われる研修について企画・実施を期待したい。また、職員個別の能力評価や能力開発は部門・部署ごとにおおむね適切に行われているが、侵襲的医療行為を行う職員の実践能力に応じた権限や役割については、医師についても独自の認定基準などを定められるとなお良い。

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」を明文化し、院内外に明示しているが、小児科を有する中核病院として、小児の権利擁護を策定するとさらに良い。患者への説明と同意では、説明書・同意書のフォーマットはあるが、一部署名欄のない書式があるため、改善するとともに、同席できない場合の具体的な手順を定め明文化し、統一した運用を行うことを期待したい。患者への診療情報の共有は、各種パンフレットやDVD、必要な手技などを、図示・図解を用いて患者の理解を促すよう支援している。医療福祉相談室やがん相談支援センターを設置し、患者、家族等からの様々な相談に対応している。患者の個人情報・プライバシーは「プライバシーポリシー」に則って保護されているが、学会・研究目的等で診療情報のデータ提供を行う場合には、患者の個人情報の匿名化を行うとともに、個人所有のUSBメモリでもデータ取得が可能な状態にあるため、USBメモリのアリバイ管理、データ提供後の利用状況も確認するなど、患者個人情報の安全な取り扱いの徹底が期待される。

来院時のアクセス、生活延長上のサービス、入院生活への配慮があり、高齢者・障害者に配慮した施設・設備が整備されている。受動喫煙防止として、敷地内禁煙の方針が徹底されているが、都道府県がん診療連携拠点病院としての役割や病院機能を鑑みて、さらなる禁煙推進に向けた取り組みに期待したい。

4. 医療の質

患者・家族等の意見は、院内各所に投書箱を設置しているほか、医療福祉相談室でも収集されている。対応策は、院内決裁を経て投書者へ回答するとともに、院内に掲示している。外来および入院患者に対する満足度調査の結果は、過去データ含め、病院ホームページで閲覧が可能となっている。各診療科では、診療ガイドラインに沿った診療を行い、診療の質向上に向けて活動している。クリニカル・パスは、アウトカム指標の設定があるが、今後、バリエーション分析の実施を期待する。業務の質改善では、病院機能評価受審に向けて、病院機能改善委員会、病院機能改善推進チームを設置するなど活発な取り組みがある。新たな診療・治療方法・技術については、がんゲノム医療連携病院の指定、ロボット手術など、倫理委員会の審査を行い、研修や実地指導を経て、倫理・安全面に配慮しながら導入されている。薬剤の適応外使用は、倫理委員会で検討し、臨床研究に関しても倫理委員会で協議されている。

各外来・病棟では、責任者・担当者を明示し、主治医不在時の対応体制を整備している。診療記録は電子カルテの運用で管理している。診療記録は電子カルテで管理され、診療録管理要綱に従い、医師、看護師は SOAP 形式で遅滞なく記載している。

5. 医療安全

病院長直轄の組織に医療安全管理室が設置され、院内ラウンドや安全情報誌を月 1 回発行するなど安全文化の醸成に取り組んでいる。インシデント・アクシデントのデータを収集し、事例の分析や対策立案に活用しているが、さらに医師からの報告が増えるとなお良い。医療安全に関する地域連携として、複数病院と情報交換および対策の検討、共有などが行われている。

誤認防止対策は医療安全マニュアルに定められている。部位確認やマーキング方法は、診療科ごとに異なり、一部の診療科では、部位確認が行われていない状況にあったため、周知するなどの対応を期待したい。検体検査や画像検査、病理検査の結果など、医師へ直接伝える仕組みがあり、情報伝達エラー防止対策を実践している。薬剤の安全使用に向けて様々な対策が取られているが、ハイリスク薬を含む病棟配置薬は、日々の定数確認を行うことを期待したい。また、病棟の麻薬は、薬剤師の確認頻度を増やすなど、確実な管理を期待する。転倒・転落アセスメントスコアシートを用いて全入院患者を評価している。外来ではフロアごとに配置されたラウンドナースが患者の状態把握に努めている。医療機器は、研修を行うとともに、臨床工学技士が毎日ラウンドを実施して使用中の人工呼吸器の動作確認しながら安全に使用している。院内緊急コードの設定があるほか、緊急時は現場から直接全館放送を行っている。心肺蘇生訓練は、新規採用者向けの PUSH コースの開催や全部署対象に ICLS 研修を実施しており評価できる。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理室が組織され、感染制御活動が行われている。多職種で構成される ICT がラウンドを行い、感染状況の把握と感染防止対策の実施状況の指導などを行っている。院内の各種耐性菌を含む分離菌と薬剤感受性を院内に周知し、適切な抗菌薬の使用に取り組んでいる。医療関連感染は、SSI、CRI、VAP を把握している。

感染症患者の病室内や MRI の患者待合室に、バイオハザードマーク付きの感染性廃棄物容器が置かれていたため、運用について検討を期待したい。抗菌薬の使用に関するマニュアルを適宜改訂し、適正な抗菌薬の使用に努めている。AST ラウンドで、抗 MRSA・カルバペネム系等の届け出制抗菌薬について使用状況を把握し、de-escalation の指導など監視を行っている。手術時の予防的抗菌薬の投与は、使用する抗菌薬について院内で統一されたルールが定められており、適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、年報、広報誌、病院ホームページなどを活用して必要な情報を積極的に発信している。また、県民に向けて「病気と治療の検索サイト」を公開し、医療に関する書籍を発刊している。地域との連携は、登録医制度による開放病床を活用し、MRI・CT等の共同利用も積極的に行っている。紹介元への返書は、受診、中間、退院、転科など診療経過に応じた迅速な情報提供に努めている。連携登録は290施設あり、医師の参加を得ながら積極的に登録医や連携先を訪問して顔の見える関係づくりに努めている。また、市民病院等と連携協定を結び、医師および看護師の派遣や、「びわ湖あさがおネット」の参加など、地域医療支援病院、都道府県がん診療拠点病院としての役割を果たすべく、積極的な医療機関等との連携は高く評価できる。

地域住民に向けた医療に関する教育・啓発活動では、がん教室、がん出張相談、小学生・中学生・高校生向けの出前授業を開催している。地域の医療従事者に向けて、がん医療フォーラム、がん診療セミナー、緩和ケアミニ講座、がん看護研修などWEB形式で開催している。今後再開予定としている健康教室などについても期待したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者の受付から診察、会計までの案内等は受診科相談カウンターに看護師を配置するなど、サポート体制が確立している。外来診療では、問診票や症状確認票を用いて、外来の各ブロックに配置された看護師（トリアージナース）が情報収集を行い、的確な患者対応をしている。

医師は、患者病態を判断し、各診療科カンファレンスでの評価・検討を経て、多職種とともに作成した入院診療計画書を患者・家族に説明し、同意を得ている。看護師はアセスメントを行い、患者の看護計画を立案してケアを提供している。持参薬管理、薬歴管理は、病棟薬剤師が行い、抗がん剤などのハイリスク薬の使用時は、薬剤師が検査結果などを監査して投薬・注射を確実・安全に実施している。輸血は、厚労省のガイドラインに沿って作成された輸血業務マニュアルに則って実施している。周術期の対応では、麻酔科医による術前診察のほか、手術室看護師の術前・術後訪問が行われている。全入院患者の褥瘡のリスクを評価し、ハイリスク患者には、皮膚・排泄ケア認定看護師や褥瘡対策チームが定期的に介入している。また、入院時には栄養評価が行われ、栄養サポートチームが介入し、病状に応じた食形態の工夫や栄養補助食品等の検討が行われているが、管理栄養士による栄養状態の評価やアレルギー情報の確認、栄養管理計画書の作成や見直しが積極的に行われるとさらに良い。主治医の依頼に応じて、リハビリテーション科医が全患者の病態を把握し、頻度の高い病態についてはクリニカル・パスを作成し、患者背景にも留意した個別のリハビリテーションを実施している。また、県内の医療機関で困難なリハビリテーションにも連携して対応しているなど、高く評価できる。身体抑制は、実施の必要性、早期の解除に向けたカンファレンスを毎日行い、安全確保のための必要最小限の身体抑制となるよう努めている。ターミナルステージの対応は、

多職種カンファレンスを行い、患者・家族の意向を踏まえたケア計画を立案しているほか、必要に応じて、緩和ケアチームや緩和ケア認定看護師が介入し、適切に対応されている。

9. 良質な医療を構成する機能

注射薬の病棟への払い出しは、1 施用ごとに取り揃え、抗がん剤は安全キャビネットを使用し、中心栄養静脈剤はクリーンベンチで薬剤師が調製している。臨床検査機能は、検体検査、生理検査に 24 時間対応し、パニック値は、医師に確実に連絡する体制を整備している。画像診断は、24 時間体制で緊急撮影にもタイムリーに対応し、読影結果も速やかに報告されている。読影報告書は、未読・既読の確認システムで管理され、見逃しを防止する仕組みがある。栄養管理機能は、食材の検収から調理・配膳・下膳・食器の洗浄・保管に至るまで、衛生的に管理されている。リハビリテーションは、シフト制により 365 日切れ目のない訓練を実施し、連続性を確保している。診療情報を活用して、院内がん登録や臨床指標（クオリティ・インディケーター）の測定・分析なども行われており、診療情報の管理や活用は適切に行われている。医療機器管理は、臨床工学技士により保守点検を含め一元管理されているが、点検済みの医療機器は、一目でわかるよう工夫するとなお良い。病理診断における悪性の組織診断結果は、電子カルテ上にアラート表示され、オーダー医が確実に確認できるよう運用されている。放射線治療では、充実した職員体制のもと、IMRT や小線源放射線治療など高精度の放射線治療を行い、緊急照射にも対応している。近隣医療機関からの紹介患者も積極的に受け入れ、自科の病床を保有し入院治療にあたるなど、放射線治療機能は模範的であり高く評価できる。輸血・血液管理では、手術時の血液準備量の適正化に努め、廃棄率の低減に取り組んでいる。ICU、HCU を有し、集中ケア認定看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、呼吸ケアチームなどの多職種が関与し、集中治療機能を発揮している。救急告示病院として、輪番日を含め救急患者の受け入れ体制を整備している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、地方公営企業法に基づき、財務諸表・決算報告書等の財務資料を作成している。年度予算は、各部門・部署の要望や設備投資計画を踏まえ作成され、収益・費用の数値目標、施設・設備予算等が策定されている。医事業務は、窓口収納業務、診療報酬請求業務など手順に沿って適切に行われている。委託業務管理は、業務委託別に担当窓口を定め日報、業務報告書等で業務履行状況を確認している。また、各業者と定例会議を行い、問題点の共有と質改善に向けて検討している。

施設・設備の管理は、日常点検および定期的な保守点検が実施され、緊急時の連絡網も整備されている。診療材料、医薬品における物品管理は、SPD 管理を導入し、定数の見直しや在庫管理を行っている。災害時対策マニュアルにより緊急時の責任体制を明確にし、各種訓練を定期的実施している。保安業務は、業務委託のもと 24 時間体制の保安体制が構築され、主要箇所を設置している防犯カメラや院

内巡視より保安体制を確保している。医療事故発生時の対応手順は、医療事故対応マニュアルが整備されている。訴訟への備えとして、紛争化の恐れのある事案や訴訟発生時に対応できる体制が確立されている。

1 1．臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、合同臨床研修管理委員会のもと研修プログラムに沿って実施している。初期臨床研修医への評価に看護師長等も関わり EPOC2 に基づき研修内容の評価を行い、初期臨床研修医による指導医・プログラム評価も実施されている。医師以外の専門職種の初期研修については、各部署で初期研修プログラムを整備し、計画に沿って実施しているものの、全職種における初期研修プログラムを組織的に把握し、管理することを期待したい。

学生実習は、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等の養成校から多くの実習生を受け入れている。オリエンテーションでは、実習の心得や個人情報保護、感染対策や医療安全に関する注意事項等、院内の取り決めに周知している。実習中の事故等の対応は、学校との契約などで対応手順を明確にしている。患者・家族の同意と協力を得て、学生実習が行われている。

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・プライバシーを適切に保護している	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	B
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	S
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
1.4	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	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	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	B
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	B
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	B
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	栄養管理と食事指導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	S
2.2.18	安全確保のための身体抑制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	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	A

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	B
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、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	B
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	物品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
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

年間データ取得期間： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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： 滋賀県立総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 滋賀県守山市守山5-4-30

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	535	479	-56	68.7	12.8
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	535	479	-56		

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)	4	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	16	+0
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	8	+0
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	0	-40
地域包括ケア病床	0	-52
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	20	+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, がん診療連携拠点病院 (都道府県), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院 (Ⅲ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： 11 人 2年目： 8 人 歯科： 1 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	940.21	860.02	1,015.46	109.32	84.69
1日あたり外来初診患者数	72.09	57.08	70.36	126.30	81.13
新患率	7.67	6.64	6.93		
1日あたり入院患者数	368.75	380.30	431.75	96.96	88.08
1日あたり新入院患者数	25.92	23.58	27.36	109.92	86.18