

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7日～12月8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、鈴鹿・亀山地域の医療を担う中核的な急性期病院として、地域医療に貢献している。病院とクリニックに機能分離し、病院においては救急患者や紹介患者、予約患者を中心とし、地域医療支援病院や災害医療支援病院、がん診療連携病院の承認を受け、救急医療、がん診療、高齢者医療など幅広くチーム医療を展開している。また、脳卒中センター、脊椎・脊髄センター、てんかんセンターをはじめ、各種専門センターなど高度専門医療を提供している。

今回の病院機能評価は更新受審であり、様々な場面で改善がなされていた。今後も継続的な改善を図り、貴院の理念である「生命への奉仕」の精神を持ち、安心・安全な医療を提供し、地域で信頼され、必要とされる病院となることを期待するとともに、貴院が地域の基幹病院としてますます発展されることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針はわかりやすく明文化され、定期的に見直し周知されている。病院幹部は、中期計画に基づき、年度ごとに方針を示しリーダーシップを発揮している。病院組織が整備され、計画的に運営されている。中期計画、年度事業計画、部門・部署目標が設定、評価されている。医療情報システム運用管理規程を整備し、情報の管理・活用がなされている。文書管理規程に基づき、規定・規則などが院内ホームページにて一元管理されている。

人事・労務管理は、各規程が整備され、職員の労働管理が適切に行われている。労働安全衛生委員会が機能し、職場環境の整備・職業感染への対応・精神的サポートなどが適切に行われている。職員の満足度を高めて、やりがいのある職場環境を

整えることを目的に、業務改善委員会にて活動している。

全職員を対象とした教育・研修は、教育研修委員会が必要性の高い医療安全・感染制御・個人情報保護・接遇・ハラスメントなどの研修計画を策定し、実施している。人事考課制度を見直し、運用を開始している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内外へ周知している。診療記録の開示請求など権利擁護も適切に行われている。説明と同意は、病院としての方針や手順を定めている。ホームページや病院パンフレットなどを通じて多くの病院情報を提供している。相談は内容に応じて関係部署と連携し適切に対応している。個人情報保護規程が整備され周知されている。病棟・外来ともにプライバシーに配慮されている。輸血拒否など主要な倫理的課題への対応を定めている。臨床における倫理的課題は多職種カンファレンスで把握している。臨床倫理検討委員会では現場で判断しがたい倫理的課題に関することを審議・審査することとしているが、これらの機能を活用し、継続的な取り組みを期待したい。

来院時のアクセスは、バスの乗り入れがあり、駐車場も確保されている。生活延長上の設備やサービス、外国人への対応体制の整備など利用者への多様なサービスが行き届いている。院内のバリアフリー・手摺りが確保され、必要な備品を整備している。安全性も確保し、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。療養環境は、診療・ケアに必要なスペースを十分かつ清潔に保ち、快適性・安全性に配慮した環境を維持している。職員の喫煙率の定期的な把握と禁煙への啓発、禁煙希望者への支援のさらなる取り組みを期待したい。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望を収集し、患者・家族や職員へフィードバックする仕組みを整備している。診療の質の向上に向けた取り組みについては、各診療科や複数の診療科合同のカンファレンス、CPC など様々な検討会が開催されている。クリニカルパスについては、アウトカム指標の検討やバリエーション分析の実施などさらなる取り組みに期待したい。業務の質改善については、部門横断的な改善活動が行われ、改善実績もある。病院機能評価の更新に向けて組織的な業務改善に取り組み、各種立ち入り検査の指摘事項への対応も適切である。新たな診療・治療方法や技術の導入、医薬品の適応外使用に関する事項は、倫理委員会等で検討する仕組みを整備している。

病棟では主治医等を明示しており、主治医不在時の代理の医師が分かるよう情報共有している。診療記録は、診療録等記載マニュアルに沿って適時に記載されているが、診療記録の質的点検の充実と略語集の整備を期待したい。院内には多職種で構成された専門チームが多数活動しており、専門的な視点で診療・ケアにあたっている。

5. 医療安全

病院長直属の医療安全管理課を設置し、専従の医療安全管理者を配置している。医療安全管理者は、毎日のラウンドを行うほか、事故発生部署に出向いて適切な対応を行っている。アクシデント・インシデントレポートは、電子カルテから報告している。担当の委員会で分析し、内容により業務改善計画書を作成して改善につなげている。

患者の確認は、患者誤認防止マニュアルに沿って実施されている。電子カルテシステムを用いて確実な情報伝達が行われ、指示出し・指示受け・指示実施の確認の手順を定め、遵守している。画像診断の結果が未確認の場合は、依頼医師に伝達し確認漏れが生じないようにしている。薬剤の安全な使用に向けた各種対策を適切に実践している。入院時に全入院患者に転倒・転落アセスメントシートを用いて危険度を評価している。転倒・転落発生時は、マニュアルに沿って適切に対応している。輸液ポンプやシリンジポンプ、人工呼吸器使用中は、勤務帯ごとに作動状況やアラーム設定等を確認しているほか、臨床工学技士が毎日ラウンドを行い、点検している。「院内人工呼吸器認定看護師」を任命し、現場の看護師の指導や支援を行っている。院内緊急コードが設定され、発動時の評価も行っている。救急カートおよびAED、除細動器は、院内の必要箇所に配置し、定期的に点検している。BLS研修は、計画的に実施している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は毎月開催され、ICT、ASTが組織され活動している。感染制御に関するマニュアルを整備し、アウトブレイクへの対応なども規定している。医療関連感染に関する情報は検査部などを通じて収集している。感染対策の状況は、定期的なICTのラウンドやサーベイランス等により把握されている。抗菌薬の感受性については、アンチバイオグラムを年1回作成し、耐性菌の検出については月1回の頻度で分析し報告している。

感染対策マニュアルに沿って標準予防策を遵守し、感染性廃棄物や血液・体液等が付着したリネン類も適切に処理されている。手指消毒薬の使用量調査を行い、感染対策委員会で評価している。抗菌薬の使用指針を定め、ASTを中心に抗菌薬の適正使用に関する取り組みを実施している。特別な抗菌薬は届出制であり、届出率もほぼ100%である。

7. 地域への情報発信と連携

患者や地域に対して、病院の近況や診療体制の紹介など様々な情報を広報誌やホームページ等により分かりやすく発信している。地域の医療機関との連携は医療連携室が担当し、手順書に沿って紹介・逆紹介に関連した業務を円滑に行い、紹介元への迅速な返書や情報提供を行っている。連携施設への積極的な訪問や、症例検討会等の開催など、他施設の意見やニーズの把握に努めている。各種健診や人間ドックなど健康予防活動を積極的に実施している。また、患者や地域住民向け、地域の医療従事者向けの研修会の実施や講師派遣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

救急患者、紹介患者、予約患者を中心に外来診療が行われている。患者に関する情報は適切に収集され、多職種、他診療科との連携も図られている。診断的検査の必要性の判断、侵襲性のある検査の説明と同意の取得は適切に行われている。各診療科の医師は入院の可否を判断し、患者の希望なども考慮し入院を決定している。患者・家族からの様々な相談には、MSW と患者サポート看護師が対応している。予定入院の患者には入院案内パンフレットによる事前説明を実施し、入院後は看護師が入退院に関する意向や家族状況などを聞き取っている。また、薬剤師が持参薬・アレルギー等の聴取を行っている。

医師、看護師ともにそれぞれの役割を発揮し、病棟でのチーム医療を主導している。抗がん剤や抗菌薬の投与中、投与後の観察は、手順に沿って実施している。輸血・血液製剤投与は、ガイドラインに基づいた輸血療法マニュアルに従って実施している。周術期の対応では、麻酔科医による術前・術後訪問の実施率向上が期待される。重症患者の管理では、重症度に応じた病床を選定して症状に応じたケアを行うとともに、多職種が治療に参画している。全入院患者に自立度評価を行い、対象患者は褥瘡リスク評価を実施して対応している。管理栄養士が栄養管理計画書を作成し、必要な患者にはNST が介入している。緩和ケアチームの担当看護師や薬剤師、療法士が活動し、適時に緩和ケアチームが介入している。療法士は、主治医と回診やカンファレンスで情報共有し、病棟とも適宜連携を図り、リハビリテーションを施行している。全入院患者に退院支援スクリーニングを実施し、支援が必要な患者に早期から介入し、多職種と連携しながら情報共有・退院支援を図っている。退院後も継続して診療・ケアが必要な患者に対して、退院支援看護師やMSW、外来看護師が病棟と連携を図り、外来受診時の継続した診療・ケアにあたっている。ターミナルステージは、院内で定めた基準をもとに多職種の意見を参考に主治医が判断している。終末期患者へのケアは、看護基準・手順に沿って行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、医療チームにおける専門的立場としての役割を実践している。臨床検査部門は、外部委託を含め病院の機能に応じた検査を実施している。パニック値の報告についても迅速・確実に医師に伝わる仕組みを整備している。CT・MRI 検査はタイムリーに実施され、読影についても必要に応じて放射線科医によるダブルチェックが実施されている。栄養管理部門では、マニュアルに沿って安全面・衛生面に配慮しながら食事を提供し、行事食や選択メニュー、個別対応なども充実しており、「病院らしくない食事」を目指して様々な工夫をしている。病院の機能に応じて、幅広いリハビリテーションを実施している。診療情報を一元的に管理し、疾病統計の作成や診療記録の点検など適切に行われている。医療機器は、医療機器管理システムで一元管理し、使用後の点検および計画的な定期点検を実施している。洗浄・滅菌業務の流れはワンウェイで、業務環境の整理整頓も行き届いている。

病理診断機能では、病理医による術中迅速診断への対応や診断精度の向上への取り組みなど適切に行われている。輸血・血液管理機能では、血液製剤の発注・保

管・供給・返却などを確実に実施し、使用状況や副作用などは輸血療法委員会が把握している。手術・麻酔機能においては、全身麻酔への麻酔科医のさらなる関与が期待される。SCUを有し、入退室基準を遵守して急性期脳卒中患者の管理を行い、多職種による協働体制を構築して集中治療機能を適切に発揮している。救急医療は、脳卒中ホットラインを運用して地域のニーズに沿った機能を適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院会計準則に基づいた会計処理を行い、適正な財務諸表を作成している。会計監査は公認会計士による監査を年2回実施している。窓口収納業務や診療報酬請求業務、未収金督促への取り組み、施設基準の遵守など、医事業務はおおむね適切に行っている。業務委託は、管理体制、業者選定・契約、業務内容の把握・確認、損害賠償対応、事故時の対応体制を整備している。

施設・設備の管理は、計画に沿って日常・定期点検や保守管理を行っている。院内の清掃は行き届き、廃棄物の保管、処理も適切に行われている。物品管理は、診療材料をSPD方式で一元的に管理し、医薬品・診療材料の選定など各委員会で担当している。定数管理・棚卸による在庫の適正化など適切である。

三重県災害支援病院の指定を受け、災害時の対応マニュアルの作成や定期的な訓練を実施している。緊急時の責任体制や避難体制を整備し、自家発電装置や備蓄の確保、BCP策定なども行われている。保安業務では、定期的に院内巡視を行っており、日々の業務実施状況は日誌にて把握している。緊急時および夜間・休日の連絡・応援体制を整備している。医療安全管理マニュアルが整備され、医療事故に対する検証、原因究明と再発防止に組織的に取り組んでいる。

11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修は、基幹型臨床研修病院としてプログラムを整備し、教育・研修を進めている。研修医の評価は、指導医と他職種からの評価を行っている。さらに、指導医に対する評価なども行い、より良い研修環境の整備や質の向上に努めている。その他の職種では、各職種の状況に応じた教育プログラムを作成し、目標管理やOJT研修を行っている。

学生実習では、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師など多くの職種を積極的に受け入れている。実習に際しては、患者への事前説明と同意を得ており、実習生と明示した名札を着用して実施している。

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	B
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	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	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	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
1.4	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	B

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	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	B
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	A
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	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	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	B
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	A
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	B
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	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 9 月 29 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人峰和会 鈴鹿回生病院

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： 三重県鈴鹿市国府町112-1

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	379	379	+0	56.2	13
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	379	379	+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	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)	6	+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	21	+0
人工透析	25	+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	56	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	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

地域医療支援病院, 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： 7 人 2年目： 7 人 歯科： 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
		2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数		176.38	157.28	158.73	112.14	99.09
1日あたり外来初診患者数		23.26	16.95	15.79	137.23	107.35
新患率		13.19	10.77	9.95		
1日あたり入院患者数		212.84	235.12	259.70	90.52	90.54
1日あたり新入院患者数		16.34	16.34	17.00	100.00	96.12