

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 13 日～12 月 14 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、1938 年の東洋工業医務室開設を起源とする。結核患者増加に伴い付属病院となり、「病院建設は地域への恩返し」との思いで東洋工業付属病院を竣工、その後、病院リニューアル・入院病棟が完成した。この間、広島市南区・安芸区、安芸郡 4 町の基幹病院としての機能を発揮してきた。「温かい思いやりの心で最新・最良の医療を提供し、社会に貢献します」とした理念の実現にむけ、「医療の質向上」「経営の質向上」「地域連携の質向上」の 3 つの重点を掲げ、それぞれに対する中・長期的な具体案を策定し、高い向上心を持って日々努力している。今回、質向上に向けた取り組みの一つとして病院機能評価を受審した。院長をはじめとする病院執行部は、リーダーシップを発揮し、多くの職員を巻き込んで取り組んで来た結果を拝見した。多くの注目すべき取り組みがある。そのため、いくつかの今後の質向上に向けて、本審査が、今後の貴院の継続的な取り組みへ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

理念・基本方針は明確であり、職員への周知や院外への広報も適切に行っている。また、中期計画にもとづき、年度ごとに重点課題を具体化し、部門方針と合わせて推進状況を検証している。病院の将来像は 2017 年からの 3 か年中期計画で急性期機能・医療の質向上をめざしており、日常の組織運営は病院管理者・幹部のリーダーシップをよく発揮している。職員の就労意欲を高める工夫は、人事制度をよく活用している。情報管理・活用方針は整備され、適切に管理・運用している。診療データの院外バックアップ環境の構築もされている。文書管理規程はいずれも適切に整備され、業務マニュアルの運用・改定等も適切であるが、一部には古い文書

もあるため、工夫がなされると、なお良い。人材確保の取り組みと人事・労務管理、職員の安全衛生管理も適切であり、魅力ある職場づくりは社員意識調査にもとづく改善や、労使協議会を通して職員の意見をよく受け止めており評価できる。職員の教育・研修は年度計画を緻密に策定して実践しているが、職員必修課題の研修受講率の向上対策を望みたい。職員の能力評価と開発は人事制度をよく工夫して運用しており適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、ホームページや入院案内、院内掲示等で周知している。説明と同意に関する方針や手順を明文化し、自己決定支援に誠実に努力している。パートナーシップに関して入院案内等にし、積極的に治療に参加するためにお薬手帳や骨粗鬆症手帳等持参を呼びかけ、誤認防止等安全確保のために名前や治療部位を自ら伝えるルールを定め、共有している。臨床における倫理的課題に対する病院方針を定めているが、高度・高密度の治療が要求される中、高齢社会到来により身体抑制やDNAR等、日常遭遇する課題に多職種で取り組む風土構築が求められており、病院としてさらなる推進強化が必要である。病気や検査への理解を図るためのパンフレット設置は、待合室や各病棟ナースステーションに豊富に設置し、院内外で糖尿病教室等様々な健康教室を積極的に開催し、その取り組みは高く評価できる。患者や面会者への利便性や快適さの追及は、ATM・個室型の電話スペース、食堂・図書コーナー等設置している。また、外来棟と入院棟を区分し、わかりやすい表示、清潔な療養環境が保障されている。意見箱・アンケート等行い、患者や面会者に誠実に応えている。

4. 医療の質

継続的な質改善に向けた取り組みは、病院全体で適切に行っている。患者・家族の意見や苦情は、患者満足度調査や院内の意見箱等からくみ取り、病院幹部を中心に対応する仕組みであり、質改善につなげている。各診療領域での合同カンファレンス、多職種による各種カンファレンスや死亡症例検討などが開催されている。臨床指標は充実しており、診療の質向上に向けた取り組みを積極的に展開している。クリニカルパスは、高い適応率で医療の標準化に向けた取り組みが認められるが、今後パスの見直し等の実効的な運用が期待される。医療サービスの質改善については、多くの委員会、プロジェクトが機能しており、種々の見直しや改善に向けた努力は評価したい。ただし、QI推進研修会やパス大会等を開催しているが、研修会の参加率が低く、欠席者に対する対策もないことから、継続的かつ組織的な改善活動という点で、今後の検討が望まれる。新たな診療・治療においては、各診療科で検討がなされ、倫理委員会も適切に関与し、安全面への配慮がある。診療・ケアの責任体制は、病棟・外来ともに明確であり、患者・家族へも明示されている。診療記録は確実な記載がなされ、質的点検の組織的な実施が開始されている。患者の診療やケアについては、多職種によるカンファレンスが開催され、各専門チームも協働して質の高い診療・ケアを提供している。

5. 医療安全

安全確保に向けての体制は整備されているが、医療安全管理部門の各責任者の権限の明文化が望まれる。また、医療安全に関する指針やマニュアルの改訂を適宜行っているが、さらに研修会の参加率の向上と不参加者へのフォローについての工夫を望みたい。院内のインシデント・アクシデントは収集され、分析による再発防止にも努力している。情報収集および職員への周知を適切に図っている。患者・部位・検体などの誤認防止対策は、手術室をはじめ各部署において適切に実践している。

情報伝達では、指示出し・指示受け・実施・実施確認などが口頭指示も含め手順に沿って行っている。薬剤の安全使用について、携帯端末を用いた薬剤の調剤システムの展開、麻薬や向精神薬、ハイリスク薬の保管・管理など適切である。抗がん剤はアイソレーターを使用し薬剤師による調製・混合を適切に行っている。薬剤の安全使用にむけた取り組みは高く評価できる。転倒・転落防止対策は、入院時に全患者に対してリスク評価を行い、必要な患者には対策計画を立案し、中間評価や対策の見直し、ワーキンググループの介入などにより再発防止策が講じている。医療安全管理室では転倒数などを把握し、応策の有効性の検証を行っているなど適切である。

医療機器は、臨床工学技士および看護師により安全使用や使用中の作動確認も適切に行っている。また、全職員に対しての教育・研修も計画的に実施されている。患者等の急変時対応では、全職員を対象のBLS研修とAED研修を入職時と2年ごとに開催しているが、未受講者への対応が望まれる。また、救急想定訓練の実績がないことから、さらなる充実した教育体制に向けて、貴院全体としての組織的な急変想定訓練を実施されると、なお良い。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会、院内感染対策チーム（ICT）、院内感染対策小委員会が設置され、専従の感染対策看護師（ICN）と薬剤師を配置し、院内感染対策チーム（ICT）と抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を設置し感染対策に取り組んでいる。院内感染対策マニュアルを定め、その中では図や写真を用いて日常場面で応用が可能となるような工夫を盛り込んでいる。また、アウトブレイクへの対応も整備し、基準に従ってアウトブレイクと判断されると直ちにICDが対応することとなっている。感染制御には、手指衛生と耐性菌出現の早期発見が主な目標と定められ、感染症週報で耐性菌や抗酸菌の検出状況、手指衛生への取り組み状況などを部署別に報告している。血液培養検査の2セット化や職員のワクチン接種抗体価測定カードの整備などを実施し、感染制御への具体的取り組みを展開している。また、抗菌薬の使用状況とアンチバイオグラムは院内感染対策委員会を通じて各医師に報告している。ICTとASTの合同チームによって抗菌薬の入れ替え・採用中止、抗菌薬選択のアドバイスなども行っている。医療感染制御にむけた取り組みは評価できる。

7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスはホームページ、病院案内、広報季刊誌、入院案内など多様な媒体で広報している。診療実績やQI指標、DPCデータを活用した診療実績、病院機能評価結果などをホームページで公表している。地域連携室を設置し、医療連携連絡協議会や連携医療機関認定制度を創設し、院長等医師、看護師、MSWが認定医療機関を訪問して地域ニーズを把握している。また、診療・検査依頼に対して専門診療や高度医療機器での検査を実施している。在宅復帰に向けて自院の地域包括ケア病棟や地域連携パス、福祉施設等との連携、HMネットへの参加など地域連携の取り組みは適切である。「病院から出かけて情報を地域に届ける」方針のもと、地域住民に対して公民館等へ出向いて公開医療講座を、院内では各種健康教室を開催している。地域医療関係者に対して救急症例検討会やフォーラム、福祉施設職員対象研修会などを継続的に開催している。講師として医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等、テーマに合わせて院内各部門が積極的に取り組んでいる。人間ドックや一般健康診断、がん検診、被爆者健診など健康増進活動に取り組むなど、地域に向けた積極的かつ継続した取り組みは高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

紹介状を持参した患者の初診・再来患者の手続きを含め、受付から外来診療へと円滑に行っている。検査の必要性は医学的に判断し、侵襲性の高い検査では患者への説明と同意のもと安全対策に配慮して行っている。検査結果から入院の必要性が合理的に判断され、患者・家族への説明と同意を経て、主治医の希望する病棟に入院できる体制が整えている。入院診療計画書は各種リスク評価の結果を踏まえ、迅速に作成されている。医師は毎日回診し、その診察結果を速やかに電子カルテに記入している。また、医師は他職種とのカンファレンスに参加し、チーム医療の中心的役割を果たしている。看護師は既往歴や社会的背景などの情報を収集し、転倒・転落や褥瘡のリスク評価を行い、看護計画を立案し、必要なケアにつなげている。各病棟には担当薬剤師が常駐し、持参薬管理や服薬指導、内服薬の準備など行っている。また、理学療法士も病棟に常駐し、2日以内の早期リハビリテーションの実施に努めている。栄養管理や食事指導、症状緩和、身体抑制などの取り組みはいずれも適切に行っている。薬剤師が抗がん剤の調製・混合を行い、注射薬の供給は1施用ごとに病棟に供給している。輸血療法は、医師が医学的基準に従って必要性を判断し、安全に行われている。手術に際しては、麻酔科医を含めた術前訪問が行われ、患者・家族への説明と同意を得て安全と誤認防止に配慮して行われている。なお、ターミナルステージへの対応に際して、統一した判断基準の整備とDNARなど患者・家族の意向や同意が容易に確認できる書式の整備が期待される。

9. 良質な医療を構成する機能

良質な医療を構成する機能は、全体として適切な水準にある。薬剤管理機能は、処方・調剤監査や薬品管理は適正である。臨床検査機能は、緊急検査と定時検査が迅速に運用され、パニック値の報告体制、内外の精度管理も適切である。画像診断

機能では、1名の画像診断医により読影され、おおむね適切であるが、読影報告書閲覧の有無を表記できるシステムが追加されると、なお良い。栄養管理機能では、管理・責任体制は確立しており、患者の特性・嗜好に応じた食事の提供もあり、適時・適温にも配慮されている。リハビリテーション機能では、各病棟に理学療法士が配置され、多職種カンファレンスも定期開催され、スタッフの積極的な介入が見られ、継続的な質の高いリハビリテーションが行われており、極めて高く評価できる。診療情報管理機能では、診療情報は一元管理され、診療録の量的点検・委員会報告もされている。医療機器は中央管理され、医療機器の教育体制も適切である。洗浄・滅菌機能では、滅菌の質保証、トレーサビリティなどは適切であるが、未滅菌物と既滅菌物の確実な分別保管について、工夫が望まれる。病理診断機能は非常勤病理医の診断であるが、大学と協力し、診断能向上に向けた努力がみられ、術中迅速診断も可能な体制となっている。輸血・血液管理機能については、発注・保管・供給・返却・廃棄の手順は明確で、遵守されている。手術・麻酔機能では、常勤麻酔科医がすべての全身麻酔を管理し、安全配慮、清潔管理もおおむね適切である。集中治療機能では、HCUを有し、多職種も適切に関与して、重症患者の管理を行っている。救急医療機能では、専従医のもと、全診療科・病院全部門の協力体制が確立し、夜間・休日も含めて救急患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

予算管理のもと経営状況を分析・把握している。病院会計準則に準じた会計処理を行い、必要な財務諸表の作成や監査法人監査も実施している。医事業務では医師が関与しレセプト作成を行い、診療情報管理士による点検が確実に行われており、返戻・査定や未収金への対応も適切である。

清掃、医事業務、物品管理、設備管理などは業務委託し、業者選定、契約を確実に行い、契約更新時には委託業務成績評価要領に基づく品質評価や見直しを行っている。施設・設備は管理部署も明確で、医療ガスおよび設備も含めて日常点検や保守管理を適切に行っている。院内の清掃は行き届き、廃棄物の処理も適切である。購入物品は診療材料委員会や薬事委員会などで検討した上で決定している。物品管理はSPDによって在庫や使用期限は管理され、物品購入の過程も適切である。

災害時の対応では災害マニュアルや消防計画は作成され、緊急時の責任体制や緊急連絡体制も明確である。自家発電装置により電源を確保し、食料、水、医薬材料が備蓄されている。JMATや災害支援ナースも積極的に活動している。保安業務では電子錠、監視カメラ、院内巡回など適切に警備を実施している。医療事故発生時の対応手順は明確で、原因究明と再発防止に向けた検討や訴訟に対応する仕組みも適切である。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院であり、院内に臨床教育センターを設置し、プログラムに沿って初期臨床研修を実施、CPCへ参加し、EPOCを用いた研修医、指導医の相互評価やプログラムの評価を行っている。看護部では年間計画のもとOJTや自己学習支援

の仕組みを活用して新人教育研修を実施している。医療技術職においては部署ごとに技術取得項目を設定し、OJTにおいて指導者が段階毎に評価し業務につなげている。

学生実習は総務担当が受け入れ窓口となり学校等と協定を締結して、医学生、看護師、薬剤師など多くの部門で受け入れている。受け入れについては、医療安全や感染防止等の事前教育や、予防接種や抗体確認、事故等への対応、実習カリキュラムや評価等の取り決めがなされるなど、学生実習等を適切に行っている。

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	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	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	S
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	B
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	S
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	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	S
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	B
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	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	B

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	S
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	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	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	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： マツダ株式会社 マツダ病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 会社

I-1-4 所在地： 広島県安芸郡府中町青崎南2-15

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	270	270	+0	80	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	270	270	+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)	7	+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		
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	54	+0
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		
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(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： 3 人 2年目： 4 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

[illegible]

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	年度(西暦)			2017	2016
1日あたり外来患者数	664.79	660.14	697.23	100.70	94.68
1日あたり外来初診患者数	68.71	69.46	69.23	98.92	100.33
新患率	10.34	10.52	9.93		
1日あたり入院患者数	231.79	230.91	231.70	100.38	99.66
1日あたり新入院患者数	16.60	16.04	16.34	103.49	98.16