

## 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4月18日～4月19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、伊東市を中心とした地域住民の健康と生命を守る中核病院として発展してきた。救急医療を中心とした急性期医療を進め、地域支援病院として地域の保健・医療・福祉、そして、介護との有機的な連携を進め、地域災害拠点病院として災害医療の充実に努めている。さらに、基幹型臨床研修病院として独立した臨床研修センターを備え、これからの地域医療を支える若い医師の育成に力を注いでいる。

地域の拠点病院として、より安心で安全な医療の提供を心がけ、地域住民に信頼される病院を目指して管理者・幹部を中心に全職員が日夜努力している。今回の審査結果が、貴院の診療機能や医療安全の一層の向上に寄与することを祈念し、今後とも継続的な活動を通じて貴院がますます発展することを期待したい。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念に沿って基本方針を明文化し、院内外に周知している。基本方針は毎年事業計画策定時に、病院管理会議で見直している。理念・基本方針と整合性のある中期計画を策定している。病院を運営する組織と管理体制は適切に整備され、計画的・効果的に運営されている。中期計画に基づいた年次事業計画を策定し、実績評価をしている。目標管理制度により部門・部署ごとの目標を設定している。職員は経営参画意識をもって活動し、幹部職員は運営上の課題の解決に向けて努力している。院内で発生する情報は、電子カルテを中心に病院全体の情報システムの活用を計画的に行い、医療の質や安全性・効率性を確保している。病院の文書管理は、規程に基づき、各部署に文書管理担当者を置き、各文書の文書管理台帳を整備して一

元的に管理している。

医療法による標準人員や届け出た施設基準の必要人員は満たしている。人事・労務管理については、就業規則・諸制度の規定を整備して職員に周知している。労働安全衛生委員会を設置し、毎月開催して議事録を整備している。健康診断は適正に行われ、職場環境の整備、職業感染、職員への精神的なサポートの対応は適切であり、院内暴力対策やハラスメントへの対応も方針・体制を整備している。福利厚生活動を積極的に行うなど魅力ある職場づくりに努めている。

職員への教育・研修および能力評価・能力開発は適切に行っている。また、専門職種の初期研修、学生の病院実習はともに適切に行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化し、病院エントランス、ホームページ、入院案内に明示している。説明と同意に関する方針は、入院案内・ホームページの病院基本方針に明記され、全職員に周知している。セカンドオピニオンはホームページ・入院案内で周知している。診療・ケアに必要な情報の患者との共有は、クリニカル・パス、パンフレット、タブレット端末を使用して患者・家族に説明している。患者相談窓口として医療福祉相談室を設置し、多様な相談に対応している。児童虐待や高齢者虐待等に対応するマニュアルも整備し、関係各所への連絡体制も確立している。規程を整備し、患者の個人情報・プライバシー保護に配慮している。倫理的課題についての方針は臨床倫理委員会規定に明示しているが、各部署での解決困難な倫理的課題を明確にし、より積極的に臨床倫理委員会で検討・検証することが期待される。病棟は、多職種カンファレンスと毎日の看護師カンファレンスで、患者の様々な倫理的課題も含めて話し合っている。

病院へのアクセスは容易で、バリアフリーの確保やその他設備なども高齢者・障害者に配慮した施設である。また、Wi-Fi 環境も全館整備されるなど利便性、快適性に配慮している。診療・ケアに必要なスペースを確保しており、病棟・病室・廊下は整理整頓が行き届いている。敷地内禁煙を実施しているが、患者・職員に対して積極的な禁煙推進の取り組みが期待される。

### 4. 医療の質

病院機能評価受審に際して機能評価委員会を立ち上げ、多くのマニュアル、業務フロー、院内掲示等の見直しを実施している。BSC 活動については、再開して有効に活用することを期待する。診療の質向上に向けた症例検討会の開催は活発である。全国自治体病院会の評価事業から得られた臨床指標のさらなる有効活用を期待したい。意見箱、患者相談窓口、市役所に寄せられたご意見、患者満足度調査結果等を患者サポートチームや市の担当者を交えたカンファレンスの場を定期的に設け、必要に応じ各部門や各種委員会で対策を検討し、具体的な改善に繋げている。新たな治療技術の導入および医薬品の適応外使用は研究審査委員会にて検討している。導入する際には院外から指導者を招聘し、安全に配慮しながら実施している。臨床研究に関する倫理審査は、必要に応じて弁護士等の外部委員を招聘し研究審査

委員会にて検討し、研究審査を行っている。

外来・病棟の管理責任体制は、業務基準に明記している。診療記録は、マニュアルに則って SOAP 形式で記載しているが、退院時サマリーの 2 週間以内の作成率の向上が期待される。多職種協働ケアは、定期的なカンファレンスの実施と専門チームによる組織的な取り組みがある。栄養サポートチーム、感染対策チーム、緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、入退院支援チームラウンド等で組織的に取り組んでいる。

## 5. 医療安全

管理者直轄の医療安全管理室を設置して、副院長を責任者とし、専従の医療安全管理担当者（看護師）を配置している。医療安全管理担当者の権限の明文化と会議への出席率の向上を期待する。インシデント・アクシデント事例は、当事者が電子カルテの報告システムを用いて報告し、医療安全管理室で情報を集約している。医療事故発生時の対応手順は定められ、各種委員会で原因究明と再発防止策を行う仕組みが確立している。

リスクマネジメントマニュアルに誤認防止対策を定め、リストバンドが装着できない場合の対応も整備している。薬剤処方や指示出しに関して院内の手順を定め、オーダリングシステムで運用している。薬剤の安全な使用に向けた対策を実践し、麻薬も安全に保管・管理している。転倒・転落防止対策はリスクマネジメントマニュアルに沿って対応している。医療機器は使用マニュアルを整備し、人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ等の使用方法や安全確認方法を記載している。人工呼吸器の管理は臨床工学技士が行い、使用中の機器は臨床工学技士と看護師で確認を実施している。院内急変時コード・緊急通報を整備し、院内掲示等を通して職員へ周知している。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制については、感染対策室を設置し、専任医師（ICD）、専任看護師（ICN）、薬剤師、臨床検査技師を配置し、専任医師が管理者を務め、実務は専任看護師が行っている。また、実際の感染制御活動に見合った委員会組織図の作成および感染管理者への適切な権限の付与が期待される。感染防止対策加算Ⅰを取得しており、感染対策室は院内感染に関する情報を収集・分析し、感染防止の取り組みを行っている。地域での VRE 発生に対しても地域の保健所と適切に対応し、地域の医療機関との相互モニタリングやカンファレンスを定期的に実施している。

医療関連感染制御に関するマニュアルを整備し、標準予防策を実施している。ICT は毎週ラウンドを行い、感染に関する情報収集などの活動を行っている。AST は院内の感染症発生と抗菌薬使用状況を把握し、de-escalation の推奨、長期投与の是正などを主治医にフィードバックしている。抗菌薬使用指針の策定、アンチバイオグラムの作成など抗菌薬の使用は適正である。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域住民に向けて、医療サービスや病院情報を広報誌、ホームページ等で定期的に発信している。病院ブログを通じた病院の取り組みや医療指標および医療の質評価も公表している。地域連携室を中心に、組織的に地域の医療関連施設・福祉施設との医療連携に取り組み、定期的に地域で開催される各種会議や懇談会、市の委員会を通じて地域の状況やニーズの把握に努めている。地域医療支援病院として紹介・逆紹介を推進し、登録医から依頼された画像検査も積極的に受け入れている。紹介状は一元管理され、迅速な返答・情報提供を行っている。地域住民の健康増進を目的に、健康講座を定期的で開催している。様々なテーマを取り上げWebでも公開することで、いつでも閲覧できる工夫をしている。地域の医療関連施設に対しては医療従事者研修や症例検討会を開催している。また、介護従事者等を対象とした講演会、相談会なども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

受診の流れや受診に必要な情報は、院内掲示やホームページで案内し、受診受付から会計までをわかりやすく表示している。外来担当医は医学的判断に基づいて入院決定を行い、患者・家族にその必要性和治療方針について説明し、同意を得ている。合併症などリスクのある患者では他科と連携して対応している。

医師は毎日チームで入院患者のラウンドを行い、患者の状態を把握して、その内容を診療録に記載している。看護業務は固定チームナーシングの看護方式に基づいて実践している。投薬・注射は医師がその必要性和リスクについて説明し、実施時には安全確認が行われている。院内輸血マニュアルを整備し、輸血に際しては電子カルテシステムの認証機能を使用して取り違い防止対策を実施している。手術・麻酔の適応と方法は、各診療科での術前カンファレンスで検討している。入院患者全員に、危険因子評価票を用いて褥瘡発生リスク評価を行っている。栄養室は、スクリーニングと栄養アセスメントを行い、直接患者へ訪問してSGA（主観的包括的栄養評価）を用いた個別的な対応を模索し、栄養計画を立案している。症状緩和に関する方針や手順は、がん疼痛コントロールマニュアルに明記している。

リハビリテーションが必要な患者に対して、主治医の指示のもと多職種カンファレンスを行い、総合実施計画書を立案して途切れのない訓練を実施している。身体抑制については、リスク因子のある患者に対して、事前に主治医が説明して身体抑制の同意を得る運用としている。入院時に退院スクリーニングを行い、スムーズな退院ができるように支援している。継続した診療・ケアは、転院・自宅退院も含めてサマリーを提出・記録している。ターミナルステージの判定は診療科カンファレンスなどで検討し、最終的には主治医が以後の治療方針を判断している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、調剤監査システムを併用し、正確な薬剤の払い出しを行っている。注射薬は監査システムを導入し、患者ごとに1施用単位で取り揃えて病棟ごとに一括して払い出している。臨床検査におけるパニック値は院内で定義さ

れ、手順に従い確実に医師に報告する体制である。放射線室は24時間365日緊急にも対応しており、放射線診断専門医によるCT、MRIの読影率も高い。食事の提供は、業務を外部委託により実施している。衛生管理はHACCPに基づき適切に実施している。リハビリテーションは、主治医と連携して急性期から回復期のリハビリテーションを365日実施している。診療記録は、点検シートを用いて全患者の診療記録の量的点検を実施している。医療機器管理機能は、医療機器や点検・修理状況の一元管理を行い、配置状況を把握している。洗浄・滅菌は滅菌工程では、物理的・科学的・生物学的インディケーターを毎回使用して、精度保証を行っている。

病理診断機能および輸血・血液管理機能は適切に発揮されている。手術・麻酔機能は、全身麻酔、脊髄麻酔、硬膜外麻酔のすべてを麻酔科医の管理下で安全に配慮しながら行っている。救急医療機能は、二次救急指定病院であるが一次から三次までの救急患者を受け入れている。三次救急医療機関が存在しない隣接する医療圏の救急医療をカバーし、地域の救急医療に大きく貢献していることは高く評価できる。

#### 10. 組織・施設の管理

予算は本部の編成プロセスに沿って各部署の要望、事業計画等を反映して策定し、執行している。会計処理は、病院会計準則に則り適正に処理して監査法人による監査を実施している。受付業務から会計までは手順に則り行われている。レセプトの作成・点検および返戻・査定に対しては医師、多職種および委員会にて組織的に対応をしている。未収金は手順を定め、適切に実施されている。委託業者の導入、選定、契約更新は病院管理会議で承認を得る仕組みとなっている。業務の履行状況は主管部署や委員会などで確認している。委託先職員は、病院職員と同様に研修に参加させ業務の質向上を図っている。

役割・機能に応じた施設・設備を整備して、適切に管理している。感染性廃棄物等の管理や処理過程も適切である。各種購入物品の選定、採用については各種委員会にて審議を行い決定している。棚卸は年2回実施し、適正な管理に努めている。

緊急時の責任体制、火災発生時や停電時の対応については万全の対応体制を整備している。保安業務は適切に行っている。

# 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	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	患者の個人情報を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	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	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	B
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	B
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	B

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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	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	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	B
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	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	S

## 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	B
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	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	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	B
-------	------------------------	---

---

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： 公益社団法人地域医療振興協会 伊東市民病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 静岡県伊東市岡196-1

### 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	250	180	-70	72.1	17.6
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	250	180	-70		

### 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)	12	+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	42	+0
地域包括ケア病床		
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), 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 (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： 6 人 2年目： 8 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	423.33	436.26	446.28	97.04	97.75
1日あたり外来初診患者数	46.95	42.93	41.40	109.36	103.70
新患率	11.09	9.84	9.28		
1日あたり入院患者数	180.27	169.66	170.66	106.25	99.41
1日あたり新入院患者数	10.27	10.22	10.79	100.49	94.72