

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11日～7月12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、1949年に町立富士中央病院として開設され、幾重の変遷を重ね、地域の要請に応えながら現在に至っている。救急医療をはじめとして、周産期医療、近年では放射線治療やロボット手術などの先端機器を導入したがん治療に力を注いでいる。

病院機能評価を継続して受審しており、今回の受審においても病院全体で質向上に取り組む姿勢を確認することができた。引き続き医療機能と質向上に取り組み、今回の病院機能評価を機に益々貴院が発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

地域の基幹病院として、病院の基本精神である理念を端的な表現で掲げ、自院の役割や機能、進む方向性を明確に示した5項目の基本方針を定めている。病院運営の重要事項は、市議会において審議するが、病院の意思決定機関は幹部と各部門長が参加する管理会議であり、院長会議を毎日開催するなど、運営上の課題の把握、積極的に解決に取り組んでいる。5か年の中長期計画として「第三次中期経営計画」を基軸に年次事業計画を策定し、達成状況については、毎年外部評価を行い、次年度の取り組みに繋げている。電子カルテシステムを中心に、医療情報システムを計画的に整備している。医療情報の管理、活用方針、安全対策などは病院情報システム運用規程を策定している。また、病院として文書取り扱い規程を策定し、管理すべき文書やその管理責任者などを定め、一元的に管理している。

医療従事者標準数や施設基準等の維持に必要な人員は確保され、業務量や労働時間、新規業務の追加などを踏まえ、計画的に採用している。労働関係法規を遵守した各種規程を整備している。常勤職員については業務実績や業務遂行能力にを評価する人事評価制度を整備し、昇給や賞与にも反映している。衛生委員会を毎月開催し、職員の健康管理や職場の安全衛生について議論している。職員の意見や要望は、毎年実施される職員満足度調査や人事窓口を通じて収集・把握している。院長直轄の組織として人材育成センターを設置し、一元的に院内の教育研修に関する計画、運営を行っている。全職種を対象に、組織横断的に人材育成に取り組んでおり、高く評価できる。全職種で能力評価の仕組みがあり、レベルごとに到達目標を定めている。医師を含めた専門分野の資格取得や認定資格取得の支援に努め、病院として全職種の能力開発の仕組みが確立しており適切である。基幹型臨床研修病院として、医師の初期研修のほか職員の新人教育は「人材育成方針・人材育成計画」に定められており、計画に基づき、体系的な研修が行われている。学生実習は、各職種で受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は最善の治療を受けるための権利と義務として5項目制定し、ホームページ、入院案内、院内掲示を行っている。入院案内には、患者に対してネームバンドの装着や名前の確認、転倒・転落防止等の協力依頼について明文化しており、医療への患者・家族の参画を促している。患者・家族からの相談内容は多岐に渡りますが、医師を含め、多職種、他部門による相談連携が実施されている。個人情報保護は市の法律施行条例で運用され、院内の個人情報保護に関する審議は倫理委員会などに委ねられている。臨床における主要な倫理的課題についての方針は、宗教的理由による輸血拒否について明記している。解決できない問題や課題等に対して、倫理委員会の機能を発揮し対応することが望まれる。倫理的な課題は各病棟でカンファレンスを行い、記録に残している。多職種で構成された病棟委員会では、事例の振り返りやデスカンファレンスなどを共有している。

利用者の安全性・利便性・快適性に配慮しており、快適に過ごせる療養環境を整備している。病棟内は、患者・家族が共有できる面談スペースが確保されており、処置室や器材室、汚物処理室、スタッフステーションなどは整理整頓されている。また、寝具類は清潔に保管し、提供されている。敷地内禁煙としており、職員喫煙率は漸減傾向にある。

4. 医療の質

継続的に外部評価を受け、業務の質改善に組織横断的に取り組んでいる。各診療科カンファレンスをはじめ、合同カンファレンス、CPCなどを開催している。また、クリニカル・パス、地域連携パスを適切に運用している。患者・家族の意見は、院内各所に設置されたご意見箱にて収集し、院内で検討している。また、患者満足度調査を通して、継続的な医療サービスの質向上に取り組んでいる。新たな診療・治療方法の導入に関して、倫理委員会で検討し、導入しており、実際にロボッ

ト支援下手術導入に向けて検討し、記録に残している。

病棟には、医師と看護師の責任者、担当の薬剤師の氏名をスタッフステーション前に明示している。外来や院内各部門や部署には責任者の明示することを期待したい。医師、看護師は診療録記載指針に則り、日々の回診記録、病状説明の内容、手術記録、看護記録などの必要な情報を適時に電子カルテ上に記載している。多職種で構成された医療チームは、栄養サポートチーム、褥瘡対策チーム、摂食・嚥下・口腔チームなどが組織横断的に活動し、病棟からの相談や依頼を受けて、適切に介入し、回診などを行っている。

5. 医療安全

専従医療安全管理者、医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者、各部署には兼任リスクマネージャーを配置している。毎月の医療安全管理委員会および週回のカンファレンスの開催等体制は確立している。院内のアクシデント・インシデント報告は全職種から報告されている。医療安全管理者は日々報告内容を確認し、関連部署を訪問して状況を確認のうえ、速やかに対応している。ImSAFER分析による再発防止策の検討、院内ラウンドなどを行い、安全対策の実施状況を確認し、継続的に改善活動を行っている。

患者誤認防止対策として、患者からの名乗り、バーコード認証を行い、患者確認を行っている。また、手術時・侵襲的検査時のタイムアウトなどを適切に実施している。処方・指示などは電子カルテで行い、指示変更や中止時の手順を定めている。やむを得ず口頭指示を行う場合は専用用紙に記載し、適切に対応している。パニック値、緊急を要する画像所見、迅速病理診断などの結果は速やかに医師に伝達している。病棟の麻薬・向精神薬は施錠して保管し、鍵は責任者が管理している。マニュアルに基づき、転倒・転落リスク評価および防止策を実施している。医療機器の使用については、臨床工学技士が職員に教育を行い、機器マニュアルに基づき、使用中の点検などを行い、安全に使用している。院内緊急コードを設定し、救急カートを整備している。また、全職員を対象に心肺蘇生の訓練を実施するなど、患者急変時に対応する体制は適切である。

6. 医療関連感染制御

感染管理部門は院長直轄であり、専従の感染管理認定看護師、感染管理実践看護師、ICD、臨床検査技師、薬剤師などを配置している。感染管理責任者は感染対策室長であり、必要な権限が付与されている。感染対策チーム（ICT）、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を組織し、定期的に院内を巡回し、各部署に結果をフィードバックしている。各種薬剤耐性菌サーベイランスを行い、JANISに参加している。アウトブレイクの定義を定め、対応をマニュアルに記載しており、パンデミック時のフェーズに応じた対応を定めている。地域の医療機関と情報共有を行い、コンサルテーション体制を整備している。

感染防止マニュアルに基づき、標準予防策および感染経路別予防策を実践している。个人防护用具は各病室入り口や必要な場所に配置し、適正に着用し、手指衛生の徹底、个人防护用具の着用、感染性廃棄物の分別など、感染を制御するよう適切に対応している。抗菌薬の採用は ICT で検討した後、薬剤委員会に申請し、承認を得ている。また、抗菌薬使用マニュアルを整備し、職員は電子カルテ上で参照可能である。抗菌薬を長期使用している場合は患者の経過や培養結果などを確認し、de-escalation の提案をするなど、医師に適宜フィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の機能や役割については、ホームページや入院案内に掲載し、患者や地域の医療機関に周知している。医療機関を対象とする広報誌などを発行している。また、患者を対象とする広報誌は、WEB 配信も併用している。地域の登録連携医療機関数は約 230 施設であり、地域医療連携室が積極的に連携活動に取り組んでいる。地域住民を対象に、市民公開講座、腎臓病教室、富士シンポジウムを開催しており、高校生や中学生には体験型の催しを開催しているなど、地域において多くの教育・啓発活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

救急患者や外国人患者を含め、外来患者を円滑に受け入れている。検査の必要性は医師が判断し、患者・家族当に説明し、同意を得て実施している。外来担当医が医学的必要性を判断して入院を決定しており、患者・家族等に説明し、同意を得ている。多職種で入院診療計画書を作成し、カンファレンスなどで適宜診療計画を見直している。患者・家族からの相談は、外来にある総合相談室で対応している。

医師は毎日病棟回診を行い、面談した内容などを電子カルテに記載して多職種で情報共有している。看護基準・手順を整備し、看護計画に沿って日常生活の援助や診療の補助業務を適切に実施している。病棟薬剤師は持参薬の鑑別・服薬指導などを行っている。輸血を実施する場合は医師が判断し、輸血の必要性やリスクなどは文書で説明し、同意を得ている。ICU、NICU、病棟の観察室の入退室基準を定め、重症患者の管理を行っている。褥瘡発生リスク評価を行い、褥瘡の予防・治療を実施している。入院時に全入院患者を対象に栄養評価を行い、多職種で栄養管理計画を共有している。緩和ケアマニュアルを整備し、疼痛については NRS を用いて評価し、継続的なケアを行っている。多職種でリハビリテーション実施計画書を作成し、早期からリハビリテーションを行っている。身体拘束基準マニュアルを定め、原則として身体拘束を行わないこととしている。患者の安全管理上、やむを得ず身体拘束を行う場合は医師の指示に基づき実施している。病棟看護師が中心となり、多職種で退院支援カンファレンスを実施している。また、在宅療養が必要な患者には、入院後、早期に多職種で退院調整カンファレンスを行い、連携先に患者の診療情報を提供し、継続して診療・ケアに繋げている。医師がターミナルステージの判断を行い、患者・家族の意向を尊重し、患者の苦痛の緩和、個室への移動など、療養環境や QOL に配慮して対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

抗がん薬は全て薬剤部で調製・混合するなど、適切に管理している。検体検査は結果を円滑に報告し、精度管理は毎日行っている。画像診断は緊急検査も可能であり、緊急性を要する所見を認めた場合の対応手順を定めている。管理栄養士を中心に、患者の栄養管理に取り組んでおり、毎日栄養指導を実施し、行事食、嗜好調査、残食調査などを行うなど、様々な取り組みを行っている。主に急性期のリハビリテーションを実施しており、多職種カンファレンスで患者の情報共有をしている。医療機器は一元管理され、定期的に点検を行っている。使用済み器材の一次洗浄・消毒は中央化しており、適切に洗浄・滅菌が行われている。

病理検査室に病理医師、細胞検査士を配置し、年間多くの細胞診、組織診、免疫染色を行っている。生検の結果を迅速に報告し、未読を防止するため、日々既読状況を確認するなど、病理診断機能は適切である。放射線治療医が在籍し、主科と連携して放射線治療を行っている。また、輸血・血液管理は24時間体制で対応しており、手順に基づき、血液の発注・保管・供給・廃棄、使用製剤のロット番号保管等を行っている。麻酔科医師、外科医師、手術室師長が手術スケジュール管理を行い、緊急手術にも対応している。定期的にHEPAフィルターの流量測定を行い、手術室の清浄度などを測定しており、手術・麻酔機能は適切である。ICU、NICUを整備し、ICU専任の循環器医師と各科の主治医が集中治療室の主治医となり、入退室基準に則り、運営している。24時間体制で救急患者を受け入れており、救急入院の際は、日中は看護部、夜間は当直師長がベッドコントロールを行い、円滑に対応している。虐待に関するマニュアルを整備し、必要な場合は児童相談所などの関係部署に連絡しているなど、救急医療機能は適切である。

10. 組織・施設の管理

富士市病院事業会計規則に基づき、財務諸表の作成や会計処理が行われている。窓口収納業務、診療報酬請求業務、未収金回収業務など医事業務は適切に行われている。業務委託は、入札方式とプロポーザブル方式を取り入れ、業務の質を重視した選定基準としている。

病院の役割・機能に応じた施設・設備を整備し、主要な設備は業者が24時間体制で監視や日常点検を行っている。また、年間計画に基づき定期的な保守点検を実施し、適切に報告されている。購入品の選定は現場の要望を参考に決定しており、SPDシステムを導入し、物品の管理を行っている。災害対応マニュアルを整備し、非常食を備蓄し、医薬品の優先供給の協定を締結している。24時間体制で院内巡視などを行っており、入館管理、防犯カメラの設置、時間施錠など安全性を確保し、保安体制が構築されている。

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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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
1.3.3	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	B
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	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	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	S
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	S
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	S
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
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	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	
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	S
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： 2023年 4月 28日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 富士市立中央病院
 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： 静岡県富士市高島町50

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	504	417	-75	64.9	11.4
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	10	10	+0	0	0
感染症病床	6	6	+0	13.2	9.2
総数	520	433	-75		

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)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	10	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	2	+0
人工透析	6	+0
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		
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), がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院,
 DPC対象病院(DPC特定病院群)(DPC標準病院群), 地域周産期母子医療センター

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： 人 2年目： 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

