

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2月9日～2月10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、1947年に協立焼津病院として設立し、1954年に市立焼津病院として発足された。「より良い医療の提供を行うとともに、市民の健康増進に貢献することで、市民の信頼に応えます。」という病院の理念を掲げ、地域周産期母子医療センター、静岡県地域がん診療連携病院、地域医療支援病院、災害拠点病院など各機能を備え、二次救急医療機関であり、24時間365日断らない方針によって、救急医療含め地域の中核的役割を果たしている。周産期・小児医療や脳卒中などの分野を強みとする一方、地域の医療機関をはじめ介護事業所、福祉機関との連携を強化し、患者本位の医療を目指して取り組んでいる。基幹型臨床研修指定病院として、多くの医師を養成していることは評価できる。今回の病院機能評価受審を通して、医療安全や感染制御、医療サービスなどの精度や質を高められ、病院の今後の発展に繋がることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針は明文化されており、周知含め適切である。病院長や看護部長、事務部長など病院管理者は病院の運営上の課題を明確にし、特に新病院建設計画の課題は中期経営計画づくりの中で、収益増とともに働きやすい病院を目指している。病院の意思決定会議として経営会議を定期的で開催している。公立病院経営強化ガイドラインに沿って、新病院建設計画を盛り込んだ形で、2023年度中に中期経営計画を策定する計画を進めている。年次計画、各部門、部署の目標が立てられており達成度を確認している。情報管理は規程を遵守し管理している。

病院は法定人員ならびに病院の定員を確保しており、採用計画や人員確保など適

切である。人事・労務管理は、就業規則などの規程の整備、周知等が行われている。衛生委員会は毎月開催し、時間外労働、各予防接種、健康診断など把握・共有している。職員の意見や要望の把握は、職員意向調査や職員提案制度にて意見や要望を把握している。また、福利厚生が充実している。

病院として必要な全職員対象の研修会は、計画に基づき実施している。職員の能力評価・能力開発は焼津市人事評価制度により行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利としてわかりやすい表現を用いて明文化されている。患者・家族には院内掲示、入院案内、ホームページ等を通じて、職員には入職時研修や名札に収納できるシートの配布等により周知している。説明と同意は、方針・基準マニュアルを明文化しており、説明と同意が必要となる診療行為の範囲は明確になっている。患者の権利と責務を定めており、患者と情報共有している。患者の権利と責務をホームページや入院案内に記載し、患者の医療参加を促している。患者支援センターに社会福祉士等を配置し多様な相談に応じており、子ども、高齢者、障害者、DV被害者別の対応マニュアルが整備されている。個人情報保護規程と運用手順を整備し周知・遵守している。救急での自己判断不能者の診療方針決定や輸血拒否、DNAR等の倫理的課題は予め病院として検討し対応方針を明確にしている。また、日常診療にて発生し得る倫理的課題についてもカンファレンスにて検討している。

病院施設は患者等の利便性や病院内の快適性に配慮している。また、車椅子などの配置および整備、安全に配慮したトイレや浴室など含め、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。受動喫煙防止対策は確実に実行されている。

4. 医療の質

院内各所に設置した意見箱と患者満足度調査、メールなどにより患者・家族からの意見等を把握し、検討・改善に向けて取り組んでいる。CPCなど複数診療科による症例検討会が定期的で開催されている。各部署・部門が年度のアクションプランを定めて達成に向け取り組んでいる。職員から募集した改善提案を事務部が関係部署と検討し、経営会議に報告して取り扱いを決定している。新たな診療・治療方法や技術の導入に際し倫理・安全面の検討は、倫理委員会や医療機器購入選定委員会にて審査されている。また、臨床研究については、倫理委員会および臨床研究倫理委員会にて審議されている。

病棟における診療・ケアの責任体制は表示含めおおむね適切である。多職種で構成された栄養サポート、緩和ケア、褥瘡対策、排尿ケア、認知症ケア等の各専門チームが組織横断的に活動しており評価できる。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制では、医療安全管理室を設置し、医療安全管理室は医師の室長、専従看護師の医療安全管理者、事務職員等から構成され、組織横断的かつ機動的に活動できるよう権限が付与されている。医療安全管理対策委員会とリスクマネージャー委員会を設置・開催し、課題を共有・検討している。また、医療安全カンファレンスは事例の事象確認や対策立案を実施している。インシデント・アクシデント報告の収集・分析、改善策の検討、安全管理情報の発信など、医療安全の活動が行われている。

医療安全マニュアルに患者誤認防止の原則やリストバンドの内容確認、装着時規定等について明記されている。手術は全例タイムアウトを実践しており、マーキングも実施している。情報伝達エラー防止では、指示出し・受け・実施・実施確認の流れは、口頭指示含めおおむね適切に行われている。薬剤の安全使用に向けた取り組みでは、麻薬、向精神薬、ハイリスク薬の保管は適切であり、抗がん剤はレジメン管理を行い安全キャビネットにて薬剤師による調製・混合を行っている。転倒・転落防止対策は、入院時のアセスメントスコアシートにより評価し、結果に認知・移乗を考慮した看護計画を立案している。医療機器の使用目的や有効性を理解し、使用中の観察や管理方法について、看護手順に沿って実施している。臨床工学技士は医師、看護師、コメディカル、委託業者を対象に、計画的に研修を行い記録している。急変時の対応については、院内緊急コードを設定し対応している。BLS研修は全職員対象に開催しているなど急変時の対応が行われている。

6. 医療関連感染制御

感染管理室を設置し、専従の ICN、専任の ICD、薬剤師、事務職員を配置している。ICT、AST を組織し活動している。分離菌データ等や院内の感染症情報を感染管理室にて把握・集約し、院内感染対策委員会等にて報告している。また、院外の感染関連情報の収集を行い院内に広報するとともに、地域の連携病院間で定期的なカンファレンスを行い、情報の共有を図っている。

現場において ICT ラウンドにより、手指衛生、PPE 着用、感染性廃棄物、リネン類の取り扱いなどを確認している。抗菌薬使用については、感染症別抗菌薬使用ガイドラインおよび周術期予防的抗菌薬投与方法を明記し実践しており、広域抗菌薬と抗 MRSA 薬は許可制・届け出制により管理している。管理抗菌薬使用者と血液培養陽性者について AST ラウンドを行い、必要に応じて診療科へのフィードバックを行っている。アンチバイオグラムや抗菌薬使用状況などのモニタリング結果は委員会等で報告するとともに、電子カルテにも掲示し共有している。現場での抗菌薬使用時の de-escalation を徹底しているなど、抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

情報発信は、病院広報誌や地域医療連携室だより、病院年報、ホームページにより行っている。ホームページには、外来受診の方法や入院時の手続き、診療科紹介、診療統計や臨床指標などを掲載している。地域医療連携室を設置し、病診連携

事業ガイドに則り、地域医療支援病院として機能の充実に資する姿勢を明確にし、連携施設との紹介・逆紹介や画像検査の受託などに対応している。地域医療支援委員会や医師会との連携連絡会を開催し、地域のニーズを把握するとともに、医師、事務職員が定期的に連携医療機関を訪問し、診療内容なども含め意見・要望等を把握している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、糖尿病教室やマタニティ教室を開催し、地域や教育機関からの依頼で開催する出前講座などに看護師等を講師として派遣している。地域の医療関連施設等の職員に向けては、緩和ケア研修会や内科症例検討会、小児科症例検討会、NSTセミナー、臨床病理検討会、他施設看護職員受入研修等を開催しているなど、地域に向けた医療に関する教育・啓発活動が行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診や再来患者、紹介状を持参した患者の手続き含め、スムーズに診察を受けられる仕組みである。患者情報は問診票や診療情報提供書などにより収集している。診断的検査は検査の必要性の判断のもと、説明・同意を得て実施している。入院の決定は診察・検査結果等に基づき入院の適応を判断し、患者に説明し同意を得て決定している。入院診療計画書は多職種が関与して作成され、クリニカルパスを活用している。患者・家族からの相談は、医療相談室、よろず相談室、認知症ケア支援室を設け、各関連部門・職種との連携により多岐にわたる相談に応じている。

医師は毎日回診し、得られた情報は診療録に記載している。病棟カンファレンスに参加し、治療やリハビリテーション、退院支援等について情報交換や状況共有を行うなど、診療チームにおいてのリーダーシップを発揮している。看護業務は看護部運営業務基準に沿って、看護業務基準・手順を整備し、固定チーム・ナーシング方式で看護ケアを実践している。全病棟に薬剤師を配置し、全ての患者の持参薬管理、薬歴管理、服薬指導等を行っている。抗がん剤は全て薬剤師が安全な環境の下、調製・混合を行っている。輸血は院内輸血マニュアルが緊急輸血の手順を含め整備されており、確実・安全に実施している。手術・麻酔の適応を医学的根拠に基づき判断し、主治医が手術および麻酔に関する説明と同意の取得を行っている。術後、緊急入院、状態急変などの重症患者は、HCUにて入退室基準に沿って受け入れているほか一般病棟の重症室も使用している。褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導、症状緩和、身体抑制の取り組みはいずれも患者の視点で取り組まれている。リハビリテーションはリスクや家族の要望を加味した総合実施計画書を作成し、実施している。退院支援は入院前から必要な患者には社会福祉士が介入し、退院支援計画書の作成、同意を得て多職種にて支援を行っている。退院後の生活を見据え外来看護やケアマネージャーなど関係者との必要な調整を行い、訪問診療や訪問看護、介護事業所等とのカンファレンスを行いながら退院支援を円滑に進めている。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を取り入れ対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、持参薬鑑別、内服薬・注射剤ともに処方・調剤鑑査、疑義照会を実施し、注射薬は1施用ごとに取り揃えている。臨床検査機能は24時間体制を確立し、夜間・休日も平日と同様の検査項目で対応している。パニック値についてのマニュアルを改定し、職員に周知され、パニック値は確実・迅速に医師に報告されている。放射線科医師、診療放射線技師が緊急および夜間・休日の検査に対応している。栄養管理機能では体制の確立、厨房内の衛生管理と適時適温の食事提供、行事食などを実施し、嗜好調査等をもとに献立の見直しなどを行って食事の改善に努めている。PT、OT、STが入院患者の脳血管・運動器・呼吸器・がん・廃用症候群のリハビリテーションに対応し、早期リハビリテーションに積極的に取り組んでいる。診療情報業務マニュアルに則って、入院診療録全件の量的点検、がん登録、退院時サマリーの点検、診療情報の登録など多岐にわたる業務を担っている。医療機器管理機能では、主な医療機器について一元管理している。洗浄・滅菌機能については、滅菌の質保証の確保を含め適切に機能が発揮されている。

病理診断機能は、常勤病理医と細胞検査士等が配置され、多数の組織診、細胞診、術中迅速診断を行っている。放射線治療機能は体制含め適切に実施されている。輸血・血液管理機能は輸血機能評価認定を受けており、廃棄率低減に向けた取り組みが行われている。手術・麻酔機能は体制含め確実・安全に機能を発揮している。集中治療機能はHCU、NICUが設置され、重症患者に常時対応できる体制がある。救急医療機能は24時間365日救急患者の受け入れ体制を整備している。断らないことを方針に掲げ、応需率は95%以上となっていることは評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理について、病院事業会計規程に基づき会計処理が行われ、監査事務局による監査が実施されている。医事業務は窓口業務、レセプト業務、査定・返戻、未収金など確実に処理している。業務委託で委託業務の是非の検討、日常業務の実施状況の把握、協議などが行われている。

施設・設備管理は24時間体制がとられており、災害時や設備故障時の対応、廃棄物処理を確実に実施している。物品管理では、医薬品や医療材料の購入の仕組みや、内部牽制機能、在庫管理が行われており、ディスプレイ製品は再利用しないルールとなっている。

災害時の対応については、総合消防訓練の他に部署単位で災害対応も含めた個別訓練を頻回に実施しており、DMATでは地域の災害拠点病院との相互訓練を行っている。防災センターに業務委託の警備員を24時間体制で配置している。仕様書に則って院内および敷地内の定期巡視、施錠や鍵の貸出管理、入館者の管理などを行っている。事故発生時の対応手順や組織的な体制、必要と判断した際の医療事故調査委員会の設置、訴訟対応の整備など、医療事故対応は適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として初期臨床研修プログラムを整備し、多くの初期臨床研修医の育成に取り組んでいる。総合研修指導室と臨床研修委員会にて研修の進捗状況等を管理している。研修医の評価はEPOC2と独自の書式を使用し、他職種による評価を行っている。看護部やコメディカル部門では、各部門で策定した新人研修計画に則って研修を行っている。研修計画の評価、内容の見直しを行っている。また、アンケート等を通じて研修者の意見を反映している。

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	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・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	B
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	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	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	B
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	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	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	B
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	A
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	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 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： 焼津市立総合病院
 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： 静岡県焼津市道原1000

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	471	471	+0	70.3	11.6
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	471	471	+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)	23	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	8	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	35	+0
小児入院医療管理料病床	28	+0
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		
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

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, DPC対象病院(Ⅲ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： 10人 2年目： 12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

