

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3月9日～3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、2005年に豊橋東病院と統合して独立行政法人国立病院機構 豊橋医療センターとなり、総合診療型・急性期病院として今日に至っている。この間、災害拠点病院、基幹型臨床研修病院などの指定・認定を受け、急性期医療に加えて地域医療の確立を実現するために努力している。

貴院は、重点医療として「がん医療、循環器疾患、骨・運動器疾患、重度心身障害および緩和ケア」を掲げ、救急医療についても、循環器疾患を中心とした24時間体制を整備し、地域医療の確立を実現するために努力している。また、重症心身障害児（者）の専門医療を行い、在宅重症児を対象とした地域支援も行っている。さらに東三河地区で唯一の施設である緩和ケアも高く評価される。

病院機能評価を継続的に更新受審され、今回の受審においても継続的な改善活動として、病院全体で熱心に取り組んでおり、これまでの課題のいくつかについては、改善の成果が認められたところである。今回、更なる質的向上を目指すうえで、取り組むべき課題も見出されているので、本報告書が継続的改善活動に貢献し、地域からさらに信頼される病院であり続け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、基本方針を掲げ、院内外に周知している。基本方針は、毎年、幹部会議等で見直されている。院長および幹部は自院の役割・機能をよく認識し、諸会議等を通じて職員に明示し、現状の問題点やその解決に向けて主導的に関わっている。病院運営の意思決定会議は幹部会議であり、院長および幹部が協議をし、意思決定と情報共有を行っている。病院の実態にあった組織図があり、指揮命

令系統が明確で、諸規程に基づいて適切に組織運営を行っている。国立病院機構本部（以下本部という）の中期計画に沿った年次計画を策定し、部門ごとの目標設定と達成度の評価を行っている。また、院内の情報は適切かつ有効に活用している。院内で管理すべき文書は、本部の文書管理規程に基づき、事務部管理課が法人文書管理簿を作成して一元的に管理している。

法定人員および施設基準上の必要人員を確保している。本部の定款に基づき、人事・労務に関わる規程・規則を適正に整備し、就業規則等は改訂の都度、労働基準監督署に届け出ている。安全衛生委員会を定期的で開催し、院内巡視を行い、職場環境、職員の健康・労災・メンタルヘルス等への対応を適切に行っている。職員の意見・要望を良く把握し、就業支援、福利厚生活動を積極的に推進している。教育研修委員会が、全職員を対象とした教育研修計画を策定し、必要性の高い課題の教育研修を実施している。医療安全および感染制御の研修は年2回実施し、参加率も極めて高い。本部による業績評価制度を導入し、職員の能力を適切に評価して人事考課に結びつけている。また、看護部門をはじめ多くの職種では、キャリアアッププログラムを整備し、多くの資格認定取得者を輩出しており評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、年に1度、幹部会議で見直されている。院内掲示、病院ホームページ、入院案内などで周知に努めている。説明と同意に関する方針・基準・手順は明文化されている。診療・ケアに必要な情報は、院内掲示やホームページ、入院案内などで発信し患者の責務に医療スタッフや医師が治療に必要な情報の提供を求め患者参加を促している。患者支援体制は、地域医療連携室 医療相談係に専門職、看護師、社会福祉士を配置し、多種多様な相談に対応している。患者虐待対応は、被虐待者発生時のフローチャート（児童・高齢者・障害者・配偶者）を職員ポケットマニュアル等で周知している。個人情報保護方針および個人情報保護に関する規程により、個人情報保護を適切に行っている。外来や病棟においても患者の意向を尊重しながらプライバシーを適切に保護している。病院として臨床倫理指針を制定し、主要な倫理的課題である輸血拒否の対応方針等を定めている。委員会は、臨床倫理小委員会（院内迅速対応）と臨床倫理委員会に諮る仕組みがある。倫理的な問題は多職種を交えカンファレンスを行い検討している。看護部では段階的に倫理研修を組み込み感性の育成や患者の代弁者としての教育を重視している。

患者・面会者の利便性については、病院玄関付近に路線バスのバス停があり、コミュニティバスの利用も可能となっている。院内全体はバリアフリーを確保し、受付の記載台、病室の洗面設備は、車椅子での利用可能な高さになっており、高齢者や障害者に配慮した施設・設備になっている。診療・ケアに十分なスペースの確保やくつろぎスペースなど快適な療養環境を整備し、廊下・器材庫等の整理整頓が行き届いている。清潔な寝具の提供や、車椅子用トイレ、浴室の安全性も配慮している。受動喫煙については、敷地内禁煙となっており、職員の喫煙率は減少傾向である。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、意見箱・患者満足度調査・相談窓口などから収集している。意見箱については、「医療サービス向上委員会」で検討・改善に繋げており、結果を掲示でフィードバックしている。クリティカルパス推進委員会を隔月で開催し、新規パスの導入や更新、アウトカムの設定、バリエーション評価を行っている。臨床指標は、DPC 指標を病院ホームページ上で公開している。QC 推進委員会が組織され、活動を継続している。院内職員の意見を拾い上げる仕組みとして、職員意見箱が事務部管理課に設置され、また電子メールでも受け付けている。本部による内部監査を受審し、出退勤時間の管理について IC カードを使った管理に変更していくなどの改善事例もある。新たな診療・治療方法や技術の導入する場合は、臨床倫理委員会で評価・承認を得ることとしている。新知識や技術を習得するために研修会等へ参加する際には、病院が費用負担する仕組みもある。研究倫理審査に関して、臨床研究は医学倫理審査委員会が、治験は治験審査委員会が担当して審議し、承認を行っている。

病棟の掲示板に責任医師・看護師長名・担当薬剤師を掲示し、ベッドネームは主治医・担当看護師の名前を明示し日々の担当看護師は各勤務で患者に挨拶を行い、ケアを行っている。医師の診療記録に関しては院内の指針が定められ、看護師の診療記録には看護記録記載基準が定められている。診療記録の質的点検は医師を含む診療記録管理委員会のメンバーを中心に行っている。診療科を超えたカンファレンスや多職種カンファレンスで治療方針・退院やケアの方向性を決定している。専門チームは NST・褥瘡・緩和・口腔ケア・排尿・退院などのチームが組織横断的に活動している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室に専従の医療安全管理者を配置し、権限を付与しており、院内の報告・指示体制は明確である。アクシデント・インシデントレポートは電子入力システムにて医療安全管理室が収集し、多職種で構成した医療安全管理委員会とリスクマネジメント部会が連携し活動を推進している。

電子カルテで指示、指示受け、実施の手順は確立している。抗がん剤などのレジメンは化学療法レジメン委員会で審議し登録しており、ハイリスク薬も安全に使用され、保管・管理されている。転倒・転落防止対策活動として、共通のチェックリストを用いた転倒・転落防止ラウンドを月 1 回実施している。院内の医療機器は、ME 機器管理室で管理し、夜間・休日はオンコールによる 24 時間対応体制を整備している。患者急変時に対応は、院内各部署に緊急コードを周知し、救急カートは、全部門統一し、チェックリストを用い毎日点検し、薬剤師が関与し管理している。職員は急変時対応の訓練を年 1 回以上受講しており、院内の急変時の対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

医療安全管理室に感染管理者を置き、専従の ICN が権限を付与されて活動している。ICC、ICT、AST などは適切なメンバーで院内外の感染情報を把握し委員会活動を行っている。ICT、AST はラウンドを行い耐性菌感染者や、特定抗菌薬使用例などを検討し、指導を行い、新型コロナウイルス感染症クラスターやアウトブレイクに対応している。ICT は週 1 回ラウンドし、感染対策を評価している。

個人防護具、感染性廃棄物の取り扱い、保管状態や血液、体液の付着したリネン・寝具の取扱いは適切である。抗菌薬適正使用マニュアルを作成し、特定抗菌薬の使用を届出制として、AST や ICD が感染症相談に応じ、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

地域への情報発信は、広報誌を定期的に発行し、連携機関等に配布するほか、来院者の閲覧用として病院内に設置し、ホームページへ掲載している。診療に関する情報は年報に記載している。医療関連施設等との連携は、地域医療連携室の病診連携係と医療相談係が担当している。地域の医療機関との連携強化として、医師および連携担当者が訪問活動を行い、地域連携カンファレンスを開催し、「顔の見える関係」に取り組んでいる。施設間の紹介・逆紹介のシステムは適切に稼働しており、返書率が高くなっている運用実績は評価できる。地域の健康増進は、地域会館等へ出張講座として、講演会・健康相談・身体測定・栄養相談・薬剤相談・リハビリテーション相談・感染対策相談等を行っている。患者・介護者に対する療養生活の指導および相談として、専門・認定看護師による看護専門外来を実施している。地域への医療知識に関する研修会は、緩和ケア病棟の体験実習や開業医向けの学習会を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療案内・入院案内やホームページなどにより受診に必要な情報が案内され、受付手順に沿って適切に診療科へ案内される。医師は検査の必要性を判断し、患者・家族に必要性やリスクを説明し、同意を得ている。地域医療連携室の医療相談室には、看護師・医療ソーシャルワーカーが多種多様な相談に応じ、診療に関連する相談は電子カルテで共有している。外来では看護師や医事課職員が入院案内を行い、入院後は病棟看護師が病棟設備等の説明等を行っている。

医師は毎日回診し、患者への説明、スタッフの指導、書類作成など医師の病棟業務は適切に行われている。看護師は、病棟業務基準・手順を整備し、入院時、ニーズを把握してアセスメントしている。医師や薬剤師は薬剤治療を説明し適切に指導している。輸血の適応は院内の使用指針に従い、検査データを基に必要性を判断している。担当医師は患者・家族に対して手術と麻酔について説明し、同意を得て手術を実施している。重症患者ではその重症度に応じて病棟や ICU での病床を選択している。褥瘡対策委員会は、多職種で構成し、院内マニュアルを整備し、褥瘡回診を定期的実施し、褥瘡発生予防や治療に取り組んでいる。医師の指示・看護師の

SGA 評価から管理栄養士が栄養管理計画書を作成し介入している。疼痛の訴えは NRS で評価し、除痛コントロールを行っている。各科医師によるリハビリテーション処方、療法士のリスク評価と計画書の作成など入院早期からのリハビリテーションを実施している。身体抑制はフローチャートで判断し、医師が説明し同意書を取得している。地域医療連携室内の MSW と看護師が病棟看護師と連携し退院支援を行っている。転院や、医療処置が必要な状況での退院は、診療情報提供書・看護情報提供書・各部門サマリーを作成し関係機関に送付し在宅療養を支援している。緩和チームは、がん看護専門看護師を専従配置し、多職種でチーム活動を横断的に展開し、年間約 500 件のターミナルステージの患者の看取りを実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、薬剤師による処方鑑査、調剤鑑査、持参薬鑑別など一連の業務を適切に行っている。臨床検査機能では、夜間・休日には 1 名が当直し、必要な検査を迅速に実施している。パニック値を認めた際には、主治医、あるいは主治医が不在の際には主治医に代わって検査・治療などが可能な医師に、確実に、かつ迅速に伝えられるようマニュアルを見直し、確実に、迅速に診療録に記録され適切な対応がなされる仕組みも整備されている。画像診断機能では、画像検査には 24 時間対応しており、遠隔読影も活用している。栄養管理機能については、患者の特性に応じた食事の提供として、嚥下機能に応じた対応、緩和ケア病棟等における食欲不振患者への対応など工夫している。リハビリテーション科の療法士は脳血管・運動器・呼吸器のリハビリテーションに対応している。診療情報管理機能については、電子カルテを導入し、診療情報の一元的管理を行っている。量的点検は、全件点検を実施している。医療機器は一元管理され、定期点検を実施しており、医療機器管理機能は適切である。洗浄・滅菌機能では、使用済み器材の洗浄は中央化され、各種インディケータを適切に用い滅菌保証に努めている。

病理診断機能では、すべての病理所見を病理医がダブルチェックしている。放射線治療機能では、非常勤の放射線治療医が放射線治療の診察、治療線量、治療計画を決定し、品質管理士が放射線治療機器の品質を管理して、放射線治療を適切に実施している。輸血・血液管理機能では、常勤専任医師を責任者とし、専任検査技師を中心に血液製剤の発注から廃棄まで一元管理を行っている。手術・麻酔機能では、手術枠は手術室運営委員会で検討し、実際のスケジュールは毎週 1 回開催される関係者によるカンファレンスで決定している。集中治療機能では、ICU は 4 床を運用しており、入退室基準は ICU 運営マニュアルに規定されており、ICU 運営委員会にて ICU 運用の適正について検討している。救急医療機能では、地域の中核病院として二次救急医療を担っており、年間約 7,100 名の時間外救急患者、約 2,700 名の救急車を受け入れている。不応需の事例は ER 運営委員会で検討している。各種の虐待が疑われた事例があった場合には適切に対応している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、本部の会計規程に基づき、予算実施計画・収支計画および財務諸表を作成している。予算実施計画は、各部門へのヒアリングを参考に経営企画室で作成し、経営会議を経て幹部会議で承認している。会計監査は、本部による監査、監査法人による監査が行われ、適切な経営管理に努めている。医事業務は、窓口収納業務からレセプト請求に至る一連の業務は適切に行っており、レセプトの査定・減点については、毎月開催のレセプト審査委員会で検討している。未収金は、マニュアル等に則り適切に対応している。委託業者の選定は、本部会計規程（契約）に基づき、競争入札を実施し、透明性および効率性の向上を図り、不正行為防止措置を講じている。施設・設備の管理は、日常点検を実施し、保守管理も行っている。設備は、中央監視室にて監視されており、緊急対応では迅速な連絡体制を整備している。物品購入の選定は、高額な医療機器等は購買委員会、医薬品は薬事委員会、診療材料等は医療材料小委員会で検討している。

災害時の対応は、BCP、災害活動マニュアルを策定し、各部署の役割や責任体制を明確にして、緊急連絡網も作成している。備蓄については、国立病院機構のグループを通じてコンビニエンスストアとの優先された販売連携協定を締結している。保安全管理については、院内暴力の対応は、当直 PHS への連絡および緊急コールを整備しており、緊急時の連絡は、緊急連絡網を整備している。医療事故発生時の対応手順と原因究明と再発防止を検討する仕組みがある。訴訟が発生した場合には、専門職を担当者にして対応する体制がある。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修施設として、初期臨床研修マニュアルに沿って、EPOC2 を使用した評価および管理を行っている。毎月臨床研修委員会を開催し、研修状況の確認、研修プログラムの適宜見直し、指導医へフィードバックを行っている。外部委員が参加する臨床研修管理委員会は年1回開催しており、初期臨床研修プログラムは適切である。医師以外の初期研修プログラムは、看護部・薬剤部・放射線科・臨床検査科・リハビリテーション科・栄養管理室・事務について整備され、臨床研修管理委員会および臨床研修委員会で管理されている。学生実習は、医師・看護師・薬剤師・診療放射線技師・理学療法士・作業療法士・栄養士など、多くの職種で受け入れている。実習の受け入れ窓口は各部署が担当し、事務部門において、実習依頼を把握している。実習前には医療安全、感染防止対策についてオリエンテーションを実施しており、学生実習等は、おおむね適切に行われている。

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・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	A
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	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	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	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	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	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	B
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	B
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	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	B
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	B
-------	---------------	---

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 10月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人国立病院機構 豊橋医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 愛知県豊橋市飯村町字浜道上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	388	298	-90	77.7	19.3
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	388	298	-90		

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)	4	+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)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	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		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	48	+0
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：

災害拠点病院(地域), 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： 2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

