

# 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 9 日～7 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 1949 年に 40 床の半田市民病院として開設され、1982 年には現地に移転し、現在 499 床を有する病院として 75 年の歴史を刻んできた。常に施設・設備・医療機器などの拡充を図ると共に、診療のレベルアップと質の向上に努め、現在に至っている。災害拠点病院の指定、救命救急センターや地域周産期母子医療センターの開設、地域医療支援病院の承認、地域がん診療拠点病院の認定を受け、地域医療連携体制や救急医療、先進的医療の整備に努めてきた。病院の理念に「私たちは、良質な医療の提供を通じて、地域社会に貢献します」と掲げ、5 項目の基本方針と共に患者本位の高度な医療提供と地域連携を明確に示し、知多半島医療圏での三次救急医療機関として住民から厚い信頼を受けている。2025 年には近隣の市民病院との経営統合機能再編により新築移転を準備している。

今回の病院機能評価受審は 5 回目にあたり、院長や幹部・職員が一丸となって準備に取り組み、訪問審査においても成果を十分に発揮している。審査の結果、ほとんどの項目で適切な医療機能を維持している。引き続き各領域の評価所見や総括に記した内容を参考にし、より高いレベルを目指し、医療機能と質向上に向け一層の発展を祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化しており、見直しや院内外への周知は適切である。院長や幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決への取り組みなど、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、中期計画や事業計画の策定、各部門の目標管理体制の整備などは適切である。電子

カルテを導入し、情報システム管理・運営、システム障害への重層的対応体制、安全確保への配慮も適切である。公的文書や人事・経営情報、規程は一元的に管理している。

医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理については、有給休暇取得状況や時間外労働の現況を把握し、安全衛生委員会にて時間外の縮減や休暇取得の促進に取り組んでいる。職員の安全衛生管理体制は適切である。職員からの意見の聴取と職場環境への反映、福利厚生制度の充実等で魅力的な職場作りに努めている。院外教育や研修への参加体制を整備し、図書機能、新人研修なども適切である。

全職員を対象にした教育・研修は年度計画を策定して実践している。人事評価制度で職員の能力把握・評価を実施し、専門的能力向上や資格取得支援体制を適切に整備している。医師や看護師・医療技術職全般の初期研修プログラムも整備している。学生実習を受け入れ、カリキュラムに沿って実習指導と評価を行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を制定し、患者・家族だけでなく職員にも広く周知している。診療現場での権利擁護状況も適切である。インフォームドコンセントの指針に、説明と同意に関する方針や説明と同意が必要な具体的な診療行為、実施手順を定めている。患者用クリニカル・パスなどを活用し、患者との診療情報を共有し、患者の診療計画への理解を促している。病院正面玄関に相談窓口を設置し、患者との対話を促進している。個人情報保護規程は、市の条例に準じて運用を定め、院内掲示・ホームページにより患者などに周知している。倫理委員会では、輸血拒否患者の手術対応や身寄りのない患者の治療方針について、継続的に審議している。臨床場面で遭遇した倫理的課題は、多職職種で4分割法を活用したカンファレンスを行い、対応方針を決定している。

患者用駐車場は必要台数分を確保している。院内に売店、食堂などの必要設備を設置し、院内は手摺りを設置するなどバリアフリー化し、安全性・利便性・快適性に配慮している。浴室やトイレのナースコールには紐を付けて、転倒時でもコールできる工夫をしている。全館禁煙、敷地内全面禁煙の方針を徹底して、院内各所にポスターを掲示するほか、ホームページ、入院案内にて周知している。

### 4. 医療の質

現場発の業務の質改善提案を病院全体で共有して実践する仕組みがある。他者評価を利用した業務改善事例も見られた。診療科・職種横断の臨床カンファレンスやクリニカル・パスの適用率などに見られる診療の質は適切である。質指標を比較する外部グループに参加し、貴院の推移やベンチマークを行っている。患者・家族からの意見などを収集するために、意見箱を各病棟・外来等に設置して、ホームページからも投稿できる体制を構築している。新規医療技術や薬剤の適応外使用に対しては、関連委員会などが審議したうえで実施を承認している。

病棟のスタッフステーションに診療責任者、看護責任者、担当薬剤師、担当社会福祉士を掲示している。診療録等記載マニュアルに準じて、医師・看護師はじめ関連職種が適切な診療記録を記載している。退院時サマリー完成率も適切である。多職種から構成される専門チームやカンファレンスで、患者情報の共有と診療・ケアの方針を検討している。

## 5. 医療安全

医療安全管理室を設置し、医療安全管理委員会・専門部会・安全委員会を定期開催している。アクシデント・インシデント発生時は報告を受け、医療安全管理者は全ての報告書を確認し、専門部会で分析・検討を行っている。また、ラウンドやニュース発行を実施している。医療事故発生時の対応手順は明確になっている。

患者の確認は、患者の状況に合わせて複数ツールを組み合わせた識別により徹底を図っている。臨床検査におけるパニック値、病理、画像検査の異常所見については、担当者から迅速に主治医に情報伝達するシステムが構築されている。薬剤の重複、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を確実にしている。入院時、看護師が転倒・転落アセスメント・スコアシートで評価し、リスクの高い患者に必要なケア

を実施している。臨床工学技士は、新入職者を対象として輸液ポンプ・シリンジポンなどの安全使用の研修を実施している。患者の急変時に備え、院内緊急コードを設定している。RRS 体制を整備している。

## 6. 医療関連感染制御

ICN は臨床検査技術科、看護局、多職種と密接に連携し、ICT とともに病院内の感染状況の把握に努めている。病院の特徴として感染症の発生が少ないが、部位別、原因別の感染状況、抗菌薬の使用状況を把握し、アンチバイオグラムに活かしている。多くのデータを毎月研修医も参加する感染対策委員会で周知している。血液培養陽性の検知を主治医だけではなく ICT メンバーに通知し、早期対応を可能にしている。

標準予防策として、石鹸と流水による手洗いと擦式アルコール手指消毒薬の使用を手指衛生の基本としている。擦式アルコール手指消毒剤の使用量を測定し、結果を現場にフィードバックしている。感染経路別予防策はピクトグラムを使用し、多職種と共有している。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院が提供する医療サービス等の情報発信は、患者サポートセンターが担当し、多職種による広報部会により内容を検討している。広報誌を定期的に発行し、ホームページにも掲載している。ホームページにおいて、各種診療実績を適宜更新し、最新の情報を提供している。患者サポートセンターの地域医療連携担当に看護師、

社会福祉士、事務職員を配置し、紹介元・紹介先施設や医療連携協力機関との適切な連携に取り組んでいる。地域医療連携システムを構築し、ホームページにも掲載して紹介・逆紹介の登録医の利便性の向上や開放型病床の利用促進に努めている。いきいき健康講座、出張がん相談、市民公開講座、出前講座等を定期的に開催し、教育・啓発活動を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

受診に必要な情報は、院内掲示、ホームページ、入院案内により紹介している。外来の検査や化学療法治療においても誤認防止を確実にしている。医師は検査の必要性を適切に判断し、安全な体制下で検査を実施している。入院決定のプロセスは適切であり、説明と同意を行っている。多職種が関与し入院診療計画書を作成している。スムーズに患者・家族の相談に応じられる体制を整えている。入院支援センターでは、緊急入院時も入院支援を行い、家族の不安に対する支援を行っている。

医師や看護師の病棟業務は適切である。病棟薬剤師は薬歴管理を適切に行っている。輸血製剤の選択や安全な準備、投与中の的確な観察などの手順はいずれも適切である。多くの職員と協働で安全な周術期対応を行っている。術後・急性期疾患などによる重症患者には救命救急病棟・SCU・一般病棟の専用病室などで医師・看護師と多職種の協働による適切な管理・治療を行っている。褥瘡危険因子評価を実施し、褥瘡発生患者には褥瘡対策チームが関与する仕組みがある。入院患者にはSGAによる栄養評価を実施し、栄養管理の必要性がある場合は、栄養計画の立案やNSTの介入を行い、栄養状態の改善を図っている。苦痛のスクリーニングを行い、ハイスコアの患者には緩和ケアチームが介入し、症状緩和を図っている。リハビリテーションカンファレンスにて多職種で情報を共有している。身体抑制中の患者に対しては、多職種でのカンファレンスを毎日行い、早期解除に向けたケアの検討をしている。入院前に入院支援センター看護師が退院支援のスクリーニングを行い、患者・家族の意向を考慮した在宅支援や転院先を検討している。病棟と外来看護師の一元化により、入院中の治療・ケアがスムーズに外来に移行できる体制となっている。ターミナル時は、患者・家族の希望にも配慮しながら診療・ケアを実施している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

医薬品安全管理責任者は、関連部門と連携して薬の安全使用の推進を行っている。臨床検査技術科は急性期病院の機能に見合った検体検査・生理検査などを適切に実施している。画像診断は読影を含めて24時間対応が可能となっている。嗜好調査を実施し、個別に食事摂取量の少ない患者については病棟看護師と連携し、可能な限り患者の嗜好に合わせて喫食率の向上に努めている。休診日もリハビリテーション訓練を行わない日が続かないように努めている。電子カルテシステムを使用し、診療情報は一元的に管理している。医療機器管理機能は、保守・点検歴を一元管理している。洗浄・滅菌機能は、使用済み器材の回収、洗浄、組立、滅菌などの

一連の業務をワンウェイ化し、滅菌の質を担保している。

病理診断部門では検体取り違いや診断過誤を確実に防止する手順を実施している。ホルマリンなど有害薬品の管理も適切である。治療計画を作成し、計画線量の確認を含めたシミュレーションを行い、安全に放射線治療を実施している。輸血部門ではT&Sなどの採用により、血液製剤準備量と廃棄量の低減を実現している。中央手術室では麻酔科医・外科系担当医・手術室看護師の協働で手術を行っている。術前・術中・術後の安全管理も適切である。集中治療室では診療科医師と救急科・循環器内科医師、さらに看護師・薬剤師・療法士・臨床工学技士らが協働で術後・重症疾患患者の適切な治療とケアを行っている。地区唯一の救命救急センターに指定されており、救急科医師と専門・認定看護師らを中心に多くの救急車を受け入れ、緊急入院患者に対応している。

## 10. 組織・施設の管理

予算編成は、各部門が実績等に基づき予算見積書を作成し、適切に予算編成を行っている。予算執行状況は幹部会議に報告し、財務諸表は会計準則に則して適正な会計処理を行い、損益計算書などの財務諸表を適切に作成している。医事業務は、業務マニュアルにより適切に行っている。医師を含めた保険医療検討委員会を毎月開催し、返戻・査定等の対策を講じている。業務委託の是非は管理課が担当し、費用対効果を検討したうえで、委託業者の選定・契約を適切に締結している。委託業務の履行確認を日次・月次報告書の確認や定例的に開催する会議により履行確認を行っており適切である。

施設・設備管理は、計画に沿って日常・定期点検や保守管理を行っており適切である。院内の清掃は行き届いている。医薬品購入、医療用消耗品購入、新規採用医療材料購入、高額医療機器などの購入、給食材料の購入は適切に行っている。薬剤科を含む各部門で毎月棚卸を行い、在庫の適正化に努めている。

病院の危機管理については、災害時対応マニュアル作成と定期的な訓練を実施しており、災害時対応は適切である。保安業務は、緊急時および夜間・休日の連絡・応援体制等を整備しており適切である。

# 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	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
1.3.3	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	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	B
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	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	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	B
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	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	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	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	
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	B
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 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： 2024 年 2 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 半田市立半田病院

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： 愛知県半田市東洋町2-29

### 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	499	499	+0	74.3	11.3
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	499	499	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	22	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	12	+0
小児入院医療管理料病床	52	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

### 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), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域),  
 DPC対象病院 (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： 8 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	831.89	818.36	796.62	101.65	102.73
1日あたり外来初診患者数	71.81	66.95	61.84	107.26	108.26
新患率	8.63	8.18	7.76		
1日あたり入院患者数	340.94	329.73	335.27	103.40	98.35
1日あたり新入院患者数	30.16	28.94	29.26	104.22	98.91