

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7日～2月8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2023年に開院100周年を迎える歴史ある病院である。岐阜医療圏における基幹病院および地域医療支援病院として、急性期医療から在宅医療まで質の高い医療サービスを提供している。また、断らない救急医療を目指し、年間多くの救急患者を受け入れている。さらに、地域災害拠点病院として、救護班やDMATも編成するなど、大規模災害に対応するための設備や体制を整備し、国内外への派遣実績がある。その他、臨床研修指定病院や岐阜県唯一の第一種感染症指定機関であり、第二種感染症の指定機関でもあるなど、地域医療に多大な貢献をしている。

今回の病院機能評価では、病院長をはじめとする幹部職員のリーダーシップのもと、職員が一丸となって病院の質向上に取り組んでいる成果を確認した。今回の受審を機に、さらに医療の質向上に取り組み、貴院が益々発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は明文化され、院内外に適切に周知されている。病院幹部は中期計画や病院経営の状況、将来計画等を職員に発信し、課題解決に向けてリーダーシップを発揮している。意思決定会議や病院運営に必要な会議・委員会を適切に運営しているが、運営実態があるものの、組織図に記載されていない委員会・検討会等があるため、実態を反映した組織図となるよう見直しを期待したい。情報の管理・活用の方針は明確であり、情報システムの更新について計画を作成している。文書管理規程が整備されているが、病院として管理が必要な文書を把握し、一元的な管理を行うことを期待したい。

医療法や施設基準に必要な人員を確保している。人事・労務管理体制は整備されており、安全衛生委員会を毎月開催し、定期的に院内巡視を行うなど、職員の安全衛生管理体制は適切である。職員満足度調査を通して職員の希望や不満等を把握し、改善策を検討するなど、魅力ある職場作りに取り組んでいる。全職員を対象とする教育・研修は年間計画を立てて実施している。目標管理制度に則り、各部署にて職員の能力を評価している。看護部ではキャリア開発ラダーを用いて能力を把握し、専門性にも配慮した自己研鑽を支援している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内外に周知している。また、診療録の開示請求など、患者の権利の擁護に適切に対応している。説明と同意の方針や手順は整備されているが、医療者側の同席の具体的な役割等を定め、書式を適切に管理することを期待したい。患者の医療参加の促進として、様々な診療データの提供や各種パンフレットを用いて、患者の理解を深めるよう取り組んでいる。患者支援体制は、総合案内に患者相談受付を設置し、各種医療福祉相談に対応している。虐待への対応手順も整備されている。個人情報・プライバシーに関する規程を遵守し、情報の取り扱いには物理的、技術的な保護がなされている。病院の主要な倫理課題として、終末期医療と宗教的輸血拒否に関する方針を明文化している。臨床現場で解決困難な倫理的課題等は、臨床倫理検討部会で組織的に検討することを期待したい。また、臨床現場では倫理カンファレンスが行われ、患者・家族が抱える課題の解決に取り組んでいる。

路線バスの停留所、コミュニティバスの運行、駐車場が整備されているなど、患者・面会者の利便性・快適性に配慮されている。院内はバリアフリー環境が整備され、車椅子で移動が可能である。また、廊下、階段など必要な場所には手摺りが設置されており、高齢者・障害者に配慮した施設・設備である。病棟・外来は整理整頓され、診療・ケアに必要なスペースを確保している。敷地内禁煙であり、入院案内、ホームページ、院内掲示等によって周知を図っている。

4. 医療の質

患者・家族の意見や相談を受け入れる体制を整備し、意見に対する回答も掲示されている。医療の質向上に向けて、様々なカンファレンスが開催されているが、クリニカル・パスの積極的な活用を期待したい。多職種で構成される業務改善に関する組織を設置し、各部署の問題点を把握し、組織的に改善活動が行われている。新たな診療・治療方法の導入の際は、医療技術検討部会で評価され、倫理審査委員会で審査されている。技術習得のため、研修参加や指導医招聘が行われ、薬剤の適応外使用などについて組織的に審議する体制を整備している。

診療とケアの管理・責任体制は適切である。診療記録は診療記録記載マニュアルに基づき、遅滞なく記載されている。略語集を整備し、診療録の質的点検の頻度や対象数、点検体制について見直しを期待したい。多職種が協働し、患者を多方面から支援する体制が整備されている。ICT、AST、NST、緩和ケア、患者サポート、ウ

ロギネ、骨折予防、褥瘡対策など多職種から構成される医療チームを編成し、各チームは専門的視点でコンサルテーション、ラウンド、カンファレンス等に介入し、組織横断的に活動している。

5. 医療安全

医療安全管理の組織体制は病院長直轄の医療安全推進室を設置し、副院長が統括責任者を務め、専従の医療安全管理者、兼任の医薬品安全管理者および医療機器安全管理者、事務員を配置している。また、多職種で構成された医療安全管理委員会および下部組織の医療安全推進担当者会議、看護部医療安全推進検討会を設置し、毎月開催されている。インシデント・アクシデントレポートを収集し、データを集計している。医療安全ラウンドを月1回実施するなど、安全確保に向けた情報収集と検討を行っている。

患者確認、部位、検体などの誤認防止対策について定められている。情報伝達エラー防止対策として、指示出し、指示受け、指示の実施、確認は手順を遵守して実施している。パニック値の報告は、医師に確実かつ迅速に情報を伝達する体制を整備したところであるため、今後も継続的な運用を望みたい。薬剤の安全な使用については、病棟、薬剤部では適切に麻薬や向精神薬を管理しているが、夜間における手術室の麻薬保管庫の鍵管理については、より安全な管理体制となるよう検討を期待したい。転倒・転落防止対策はアセスメントシート評価に基づいて看護計画を立案しており、適切である。人工呼吸器、輸液ポンプやシリンジポンプ等は、医療機器マニュアルに基づいて安全に使用されている。患者等の急変時の対応として、院内緊急コードを設定し、職員に周知している。救急カートは毎日整備され、全職員対象の心肺蘇生訓練（BLS・AED）を、年1回実施しており適切である。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の組織として感染管理室を設置し、多職種で構成された感染対策委員会、ICT、抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が実効性のある活動を行っている。定期的な院内ラウンドを実施し、結果がフィードバックされている。院内の耐性菌の状況を把握し、SSIやCLABSIのサーベイランスが行われている。アンチバイオグラムを毎年更新しており、手術部位感染（SSI）やカテーテル関連血流感染（CLABSI）などの各種サーベイランスが実施されている。アウトブレイクが発生した場合には、ラウンドを実施し、感染拡大防止対策を検討している。

地域医療機関と連携し、院外での流行状況を確認している。標準予防策を徹底し、手指衛生については、速乾式手指消毒剤の使用状況をモニタリングしている。抗菌薬の使用については、毎日のASTのミーティングで、血液培養陽性例や広域抗菌薬投与例について検討されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の理念と基本方針、患者の権利と義務、診療体制や病院機能をホームページに掲載している。連携医療機関向けの広報誌を年に3回発行し、地域医療機関や施設に配布するとともにホームページでも公開している。地域医療連携センターを中心に多職種にて地域医療機関との連携の強化に努めており、紹介患者の受け入れ手順が整備され、情報を一元管理し、受診時や退院時に紹介元に適切に報告している。地域連携担当職員および病院長が連携登録医療機関を訪問し、地域医療機関との情報交換が行われている。また、定期的に地域医療支援病院委員会が開催され、地域医療ネットワークに参加するなど地域との連携強化を図っている。地域住民を対象とした市民公開講座を開催し、人間ドック等の健康診断も実施している。さらに、地域や各機関へ講師を派遣するなど、地域に向けて様々な医療に関する教育と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

受診方法をホームページでわかりやすく案内している。看護師やコンシェルジュによる受診案内が行われ、受付から会計まで円滑な受診体制を整備している。紹介状のない患者については外来看護師が症状、既往歴、アレルギー、ワクチン歴を確認して問診表に記載している。基本的には内科初診担当医が診察し、必要があれば適切な外来へと紹介している。内視鏡など侵襲的検査を実施する場合は十分に説明し、同意を得ている。入院の決定は、診療結果や患者情報を参考に、カンファレンスで検討されている。入院診療計画書は多職種が関与して作成し、患者・家族に説明し、同意を得ている。医療相談は相談窓口の看護師・コンシェルジュが初期対応を行い、様々な相談に対応している。入院決定時には、外来看護師が初期の聞き取りと入院の概略説明を行い、入院支援看護師が詳細な聞き取りを行い、支援している。

医師は毎日チームで回診して情報共有を行い、看護師は患者の入院時に患者のリスクを評価したうえで看護計画を適切に立案している。輸血・血液製剤を投与する際は、血液製剤の使用指針に基づいて安全に実施されており、周術期においては主治医が手術の適応について検討し、患者・家族に説明し、同意を得ている。重症患者の管理は、病態に応じて必要な診療とケアを適切に行っている。褥瘡の予防と治療、栄養管理と食事指導、症状緩和、リハビリテーションについては、多職種で情報共有しながら適切に対応している。原則として身体抑制を実施しない方針を掲げている。緊急時など、やむを得ない場合に身体抑制を実施する場合には、観察項目に沿って抑制直後や検温・ラウンド時などの際に観察している。全入院患者の退院スクリーニングを行い、退院の方向性を検討している。また、診療情報提供書や看護サマリーなどを地域の医療機関や施設に提供し、診療・ケアの継続を図っている。ターミナルステージは多職種カンファレンスで判定し、医師が家族に説明し、同意を得ている。患者・家族の希望や意向を尊重した診療計画を立案し、治療を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査、疑義照会、温湿度管理等が適切に行われている。臨床検査機能は、緊急検査の対応、精度管理、検体交差防止等を適切に行っている。画像診断機能については、全診療放射線技師が全ての医療機器に対応可能である。栄養課に管理栄養士と調理員などを配置し、大量調理施設衛生管理マニュアルに準じて適切に栄養管理機能を発揮している。リハビリテーション科基本方針に対象患者や適用基準が定められており、理学療法士、作業療法士により適切にリハビリテーションが実施されている。診療情報管理機能については、診療記録を電子カルテによって一元的に管理しているが、量的点検のチェック体制の構築が望まれる。医療機器は、臨床工学技士が一元的に管理し、適切に日常点検や定期点検を実施している。洗浄・滅菌業務は中央化しており、中央滅菌材料室では清潔区域と不潔区域を明確に区分し、ワンウェイで運用している。

病理診断機能は術中組織診断、組織診、細胞診に対応し、ダブルチェックおよびコンサルテーションを活用し、診断の精度を高めている。輸血・血液管理機能は、医師の指示後、輸血用血液製剤の発注、保管、供給、返却などはマニュアルに基づいて行われ、夜間・休日担当の臨床検査技師も安全かつ確実に実施している。また、血液製剤の廃棄率の減少に向けて取り組んでいる。麻酔科、看護部、診療科医師および関連職種で手術関連情報を共有し、業務上の課題を検討している。手順に従い、誤認防止対策やタイムアウトを確実に実施している。麻酔覚醒時の判断基準や帰室基準が定められ、安全性に配慮している。集中管理機能は、入退室基準を遵守して患者の管理を行い、多職種による協働体制も構築している。救急医療機能については、24時間365日救急患者を受け入れており、不応需事例を検討しており適切である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、各部署から意見を聴取し、運営中期計画に基づき年次予算計画を策定している。月次の進捗状況を把握しており、損益計算書等の財務諸表を作成し、会計監査を受けている。医事課が医事業務を管理しており、受付から窓口収納までマニュアルに則って、適切に業務を行っている。業務委託は、品質の向上や費用の削減等の観点より、管財課、関係部署および幹部会議において業務委託の導入について審議している。

病院の機能に応じた施設・設備を整備し、計画的に日常点検と保守点検を行い、緊急時を含めて24時間体制で対応している。施設・設備の点検結果は報告書にて確認されており、緊急時の対応マニュアルや連絡体制が整備されている。医療機器や診療材料、その他物品の購入を適切に管理し、薬品や診療材料等については組織的に必要性、安全性、価格について審議し、物品管理を行っている。

災害対応マニュアルを整備し、災害時に迅速に対応できる体制を整備している。大規模災害に対する備蓄を確保している。保安業務は、緊急時の連絡体制など院内の保安体制を整備しており、日々の保安状況を把握している。医療事故発生時対応規程が整備されており、発生時の対応を明確にしている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型および協力型の臨床研修指定病院であり、研修医が在籍し、研修プログラムを整備している。レポートの提出や指導医等による評価、到達目標達成度による評価を行っている。看護部門ではキャリア開発ラダーに基づいた教育研修制度があり、年間計画に基づいて教育している。その他の薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、療法士、臨床工学技士等の各部門では、部署ごとに作成した新人研修計画や研修プログラムに基づいて、OJTを基本にした研修を行っている。院内の各種研修は教育研修推進室が所管し、運営基準に基づき管理されている。

医師や看護師、薬剤師などの学生実習を受け入れている。実習生が患者に関わる機会について、入院案内やホームページで周知されており、患者の同意を得ている。実習にあたり、個人情報保護、医療安全と感染管理に関する研修を職種ごとに実施しており、指定された実習要項に従い、定められたスケジュールに基づき、実習を進めている。

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	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	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	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	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	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	B
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	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	B
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 9月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 岐阜赤十字病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 日赤
 I-1-4 所在地： 岐阜県岐阜市岩倉町3-36

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	300	260	+0	67.9	11.5
療養病床			+0	0	0
医療保険適用			+0	0	0
介護保険適用			+0	0	0
精神病床	3	0	+0	0	0
結核病床			+0	0	0
感染症病床	8	8	+0	0	0
総数	311	268	+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)	10	+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)	0	+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	6	+0
人工透析	15	+0
小児入院医療管理料病床	0	+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
特殊疾患病床	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), 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： 4人 2年目： 4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

