

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 12 月 11 日～12 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、1955 年 4 月に公立学校共済組合の職域病院（20 床）として設立し、3 年後には 201 床の病院を竣工した。その後、診療科の増設や増床、医療設備の拡充を図り、今日に至っている。断らない救急をスローガンに、地域の救急医療を支えており、各務原市唯一の中核病院としてハイケアユニット、急性期一般病棟を整備し急性期疾患患者を受け入れている。また、緩和ケア病棟を設置し、がん患者の終末期のケアを行っている。地域包括ケア病棟を設置し、地域の患者の状態に応じた医療提供体制を完備している。地域医療支援病院として地域の医療機関との連携を密に行い、紹介患者の受け入れや、講習会の開催など、地域医療を支えている。臨床研修病院として医師の初期研修を行い、看護師や薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、療法士などの各養成学校の学生実習を受け入れ、医療者の教育や育成にも力を入れている。2020 年より新型コロナウイルス感染症患者の受け入れやワクチン接種の対応を円滑に行うなど、地域のニーズに応えながら機能を発揮している。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明文化し、毎年経営会議で見直している。院内掲示、入院案内、ホームページ等で院内外に周知している。病院運営の意思決定会議は、病院長、副院長、看護部長、事務部長等で構成する経営会議であり、2 週間に 1 回開催している。病院長は年頭の挨拶時に病院の目指す方向性を職員に示し、月次に病院の計画と実績を会議やイントラネットで共有し経営参画意識の向上に努めている。

「医療情報システム運用に関する管理規程」を整備し、院内の医療情報システムの

管理体制を明確化している。

看護師の夜勤専従勤務を取り入れ、夜勤体制の工夫を行っている。安全衛生委員会を毎月開催し、職員健康診断、労災、時間外労働等について検討している。勤務環境改善委員会で職員からの意見を検討し、タスクシェアやタスクシフト等を進めている。

全職員対象に医療安全、感染防止、個人情報保護、情報セキュリティ、接遇、災害等の研修を企画・実施している。職種に応じた能力評価や資格取得推進を行い、能力開発を進めている。多くの学生実習を受け入れ、カリキュラムに沿って実施・評価を行っている。

3. 患者中心の医療

「基本方針」、「受診される皆様の権利」、「子どもの権利」を定め、ホームページ・院内掲示・入院案内等で院内外に周知している。説明と同意に関する方針を整備し、同意書等を必要とする医療行為を明確にしている。各種相談窓口は、ホームページや院内掲示等で周知している。メディカルサポートセンターでは各種相談や苦情等を受け、院内関係部署や院外の関係機関と協働して対応している。個人情報保護の関係規程を整備し、患者・家族には、個人情報保護方針を周知している。倫理コンサルテーションチームを設置し、臨床的課題を検討、共有する場として機能している。

コミュニティバスが正面玄関まで乗り入れる等、アクセスは良好である。駐車場は障害者用も含め充分確保している。病院内には、ATM、売店等を設置し、利便性に配慮している。院内は整理整頓され、患者の安全に配慮した療養環境となっている。敷地内禁煙であり、院内掲示、ホームページ等で周知している。職員の喫煙率を把握し、個別の禁煙指導を実施しており、喫煙率は低下傾向である。

4. 医療の質

病院機能評価を継続的に受審し、院内体制を整備するなど質改善に役立てている。質改善の一つとして患者サービス・ボランティア委員会が活動している。各種立ち入り検査での指摘事項への対応は適切である。症例検討会、多職種カンファレンスは活発で、診療ガイドラインの活用に努めている。患者・家族の意見は意見箱で収集し、幹部職員が内容を把握し適切な対応を指示している。回答は患者・家族への個別対応以外に待合ホールにも掲示している。新たな診療・治療方法等の導入・実施は経営会議で討議・承認している。臨床研究は倫理審査委員会で審議・承認している。

診療の責任体制においては、診療・看護だけでなく、薬剤師や社会福祉士等の氏名を責任者として表示している。主治医が不在時の体制が明確になっている。医師は基準に従って診療録を適時に記載しており、他の職種の記載も含め必要な記録が揃っている。診療に関するチームとして、緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、栄養管理チーム、摂食嚥下チーム等が組織横断的に機能している。認定看護師が部署を超えて活動している。

5. 医療安全

副院長を室長とする医療の質・安全管理室を設置し、安全で質の高い医療を提供するための組織体制を構築している。医療の質・安全管理室ではインシデント・アクシデント事例の収集と分析を行い、再発防止に取り組んでいる。医療事故発生時の手順等はマニュアルに明記し、職員には職員ポケットマニュアルやイントラネットで周知している。重大事例発生時は、緊急対策会議、院内事故調査委員会を開催し、原因究明や対応策を検討する仕組みがある。

患者確認は患者本人の名乗りやバーコード認証等を活用して、患者・部位・検体などの誤認防止対策を行っている。電子カルテ画面に患者のアレルギー歴を常時表示している。麻薬や院内で定めたハイリスク薬について研修会を定期的に行うなど、薬剤の安全な使用に向けた対策を講じている。入院患者の転倒・転落リスク評価を行い、予防策を実践するとともに、認知症ケアチームや医療の質・安全管理室と連携し、転倒・転落の低減に取り組んでいる。病棟使用の医療機器類に要点を記載した使用マニュアルのカードを添付し、看護師による点検を行い、安全な使用につなげている。患者の急変時に備えて、院内緊急コードの設定や全職員対象のBLS研修、部署での急変時対応訓練を実施している。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染管理室を設けており、専従の感染管理認定看護師を配置している。感染管理室には感染対策チーム、抗菌薬適正使用支援チームが設置されており、感染対策を行う体制が確立している。

院内での感染症についてサーベイランスを適切に行っている。抗菌薬の使用ガイドラインに基づいて感染対策に努めている。また、院外の医療機関や介護施設等と年4回の合同カンファレンスを開催して情報収集と検討を行っている。感染対策チームが、手指衛生の遵守状況の目視評価と手指衛生消毒剤の使用量モニタリングを行い、指導にあたっている。院内で抗菌薬使用マニュアルを作成しており、抗菌薬の適正使用を推奨している。特定抗菌薬は届出制となっており、長期の使用の場合は抗菌薬適正使用支援チームが de-escalation を主治医に提案している。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌を共済組合員や一般患者に配布している。さらに、患者向け・地域医療機関向け広報誌等を発行している。ホームページでは、理念・基本方針・患者の権利等を掲載し充実した内容で更新も適切に行っている。年報を毎年刊行し、実績等を情報発信している。地域医療支援病院であり、地域医療支援研修委員会、医師会との情報交換会、訪問活動等により情報やニーズの把握に努めている。Webによる診療予約、施設の共同利用、地域連携パスを運用している。各務原市と連携した健康福祉講座、地域へ出向く出前講座を積極的に開催している。地域の医療関連施設等に向け、緩和ケア勉強会、薬剤師勉強会等の教育研修を実施しており、評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

医師を中心に、看護師、薬剤師、療法士、社会福祉士等が参加する多職種カンファレンスを定期的に行っている。看護師はニーズの把握やリスクアセスメント評価により看護計画を立案・実施し、看護業務を適切に実践している。薬剤師は、全病棟の入院患者の薬剤投与、持参薬管理を行っている。麻酔科医師、手術室看護師は術前訪問している。執刀直前のタイムアウト、術中合併症予防、閉創前のガーゼや器械カウントを徹底している。一般病棟で対応が困難な重症患者をハイケアユニットで管理し、各病棟では重症者等療養環境特別加算の病床で対応している。褥瘡予防・治療はリスク評価に基づくケアを立案し、必要に応じて褥瘡対策チームが介入している。管理栄養士は全入院患者の栄養アセスメントを行い、多職種とともに栄養管理や食事支援を実施している。症状緩和マニュアルを整備し、疼痛・苦痛症状の緩和に取り組んでいる。入院時に退院困難要因を有する患者を抽出し、患者・家族の意向を確認しながら多職種が関与して退院支援を行っている。退院後の生活で継続したケアが提供できるよう、外部の医療・福祉機関と情報共有している。

9. 良質な医療を構成する機能

臨床検査科では、検体検査全般、生理機能検査、輸血検査、細菌検査等必要な検査を確実に実施している。全ての診療放射線技師が夜間・休日でもCT撮影、MRI撮影が実施可能な体制となっている。画像診断は放射線科医が読影するほか、遠隔読影を活用し、迅速な画像診断を行っている。HACCPに沿った衛生管理や職員の衛生管理指導・教育研修を適切に行っている。リハビリテーションが必要な患者に対して、入院早期から介入している。病名はICD-10、手術名はKコードでコーディングを行い、各種統計、学会資料等へのデータ提供を行っている。医療機器については機器管理システムを用いて臨床工学技士が一元管理を行い、使用後の点検・整備を実施している。器材の洗浄・滅菌業務は、器材の搬入から保管までの工程と洗浄・滅菌の質保証を適切に実施している。

病理診断科では、生検・手術検体の組織診および細胞診、病理解剖を適切に実施している。臨床検査科に輸血部門を設置し、輸血療法委員会で輸血療法の適切な推進を図っている。二次救急病院として、「救急患者を断らない」方針のもと治療可能な救急患者を積極的に受け入れている。虐待を疑う症例への対応は手順を整備している。

10. 組織・施設の管理

予算は、各部門とヒアリングを行い、経営会議の承認を経て、法人本部で決定している。公立学校共済組合会計事務処理基準による会計処理を行い、財務諸表を作成している。監査は、定期的に内部監査と監事監査を行っている。毎月、収支管理と分析、改善点についての協議検討を行い、職員に周知している。医事業務は、業務マニュアルに従って行い、返戻・査定については診療報酬委員会で対策について協議している。未収金対策として督促や法律事務所への委託等を行い、生活困窮者

には生活保護申請等に対応している。業務委託の必要性は、事務局を中心に検討し経営会議を経て予算に反映している。委託の実施状況は日誌等で把握し、随時の会議で課題を協議している。

日常点検も含めて、職員と委託業者で施設・設備の各種点検を行い、庶務課長が統括管理している。診療材料や消耗品の発注・納品・定数管理等はSPD方式で行っている。薬剤、医療機器、医療材料は各委員会で審議し、採用を決定している。

地震を想定した災害対策マニュアルを整備している。さらに、危機管理委員会で自院のリスクを評価し、地震を想定したBCPを策定している。

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	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	B
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	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	B
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	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	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	
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	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	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 7 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公立学校共済組合 東海中央病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 共済組合及びその連合会

I-1-4 所在地： 岐阜県各務原市蘇原東島町4-6-2

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	332	332	+0	62.8	15
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	332	332	+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)	12	+0
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	20	+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	49	+0
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	30	+15
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, DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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： 7 人 2年目： 8 人 歯科： 1 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	633.61	604.63	558.89	104.79	108.18
1日あたり外来初診患者数	92.46	85.43	79.73	108.23	107.15
新患率	14.59	14.13	14.27		
1日あたり入院患者数	252.26	252.72	259.88	99.82	97.24
1日あたり新入院患者数	16.70	16.99	17.17	98.29	98.95