

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 1 月 24 日～1 月 25 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 1	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、主に急性期医療を担う機関として、地域における自院の役割・機能を明確にして連携機能を高め、地域医療に継続的に貢献し信頼を得られている。特に病院の機能水準を高めるために、病院幹部はもとより職員自らが多くの委員会活動を展開し、理念達成に向けた取り組みが行われている。

このたびの病院機能評価は更新受審であるが、早期から改善に向けて取り組まれていることが伺えた。今回の結果を参考に、引き続き改善活動に取り組み、今後貴院がますます発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

早期から自院の目標を明確にし、理念、5 項目の基本方針には一貫して、患者中心の医療を目指す地域の基幹病院としての精神が堅持されている。掲げた理念・基本方針を実現するために「職員中心の組織構築」を目指し委員会活動を中心に実践されている。また、地域医療構想に沿った中長期計画を職員とともに検討している。地域に信頼される病院を目指し、優秀な人材の確保と育成に努めチーム医療の実践に努力されている。病院運営委員会が毎月開催され、年次の事業計画の進捗状況の検討や諸問題の解決に当たっている。検討された必要な情報は職員・組織全体に浸透している。「病院情報システム運用規定」を作成し、患者情報の適正な管理に努めデータの真正性・保存性・見続性を確保している。文書管理はマニュアル、規程、様式、申請書などがグループウェアで一元管理されている。

施設基準などの法定人員は充足されている。就業規則や諸規程が整備され、職員への周知は入職時の説明会や諸規則の閲覧などにより周知徹底が図られている。労

働安全衛生委員会は定期的開催され、会議録も整備されている。職員の定期健康診断も法に基づき定期的実施されている。職員の意見を収集するための検討は毎年職員意識調査と職員満足度調査で意見・要望を収集し、働きやすい職場を目指したWLBにも取り組み、多様な勤務形態が可能な体制が構築されている。

職員の教育・研修への取り組みは、「医療安全」、「感染管理」を中心に「患者の権利」「医療倫理」「個人情報保護」「接遇」などの課題について年間教育・研修計画が立てられ、実施後の検証も適切に行われている。年度ごとに人事考課が行われ、職員の個別の能力の把握について継続的に取り組み、結果についても面接時に個々に知らせている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」は、わかりやすい言葉でまとめられている。ホームページや病院案内、入院案内などにより患者・家族への周知が図られている。説明と同意に関する方針、基準、手順が定められ、患者に意思決定能力がないと判断した場合の代理同意と代理人の選定基準についても明文化されている。患者の要望を確認するための「ご意向書」を運用し、医療に対する意見・要望を把握している。医療者側から患者への情報提供は、写真やパンフレットを活用するなどの工夫がなされている。医療福祉相談や退院支援、医療安全に関する相談などに対応している他、がん相談など内容によっては他職種も相談に応じている。相談窓口についてはホームページや入院案内への掲載などで周知され、患者の病態に沿ったきめ細かい対応がなされている。個人情報保護規程はホームページに掲載され、個人情報の利用目的も記載されており適切である。倫理的課題については、倫理委員会に報告され検討する仕組みがある。倫理的課題が生じた場合は、本人および家族の意向を尊重し、多職種で検討している。

患者用駐車場が整備され、市による登録型巡回バスの運行もあり来院者に配慮されている。院内は売店が営業している他、コインランドリー、電子レンジなどが設置され利便性に配慮されている。玄関や廊下はバリアフリーで、院内の廊下や階段、浴室、トイレなどには手摺りが設置されている。療養環境の整備は、静寂性、採光、空調への配慮が行き届いている。早期から敷地内禁煙を実現されており、禁煙外来も継続的に行われている。

4. 医療の質

各病棟と外来に意見箱を設置して、患者・家族からの意見を収集している。毎週回収し患者サポート委員会などで検討し対応策が院内掲示され、並行して職員にも周知されている。「多職種によるカンファレンス運営マニュアル」に基づき、病棟では診療科ごとのカンファレンスを毎週行い、身体抑制カンファレンス、認知症カンファレンスも行っており適切である。業務の質改善の取り組みは、業務改善委員会が日常業務の検討を行い、医療の質向上委員会はQIデータの分析を行っている。新たな診療・治療方法や技術導入などについては、現場から稟議書を提出することになっている。臨床研究の倫理的審査は倫理委員会で行い、薬剤の保険適応外

使用については薬事委員会で審議している。

病棟責任医師、看護師長、薬剤師の氏名の表示など、診療・ケアの管理・責任体制は明確である。医師は「医師カルテ記載マニュアル」に沿った記載を行い、質的点検の実施や退院時サマリーの2週間以内の作成もおおむね適切である。多職種によるカンファレンスや会議が計画的に開催されている。排尿自立支援チーム、褥瘡対策チーム、栄養サポートチーム、糖尿病チーム、認知症ケアチーム等が活動しており、多職種が協働して患者の診療・ケアを適切に行っている。

5. 医療安全

医療安全管理部門として医療安全管理課を設置している。多職種で構成された医療安全対策委員会が毎月開催され、医療安全の実働組織である医療安全推進者会の薬剤・検査チームや転倒転落・KY活動チームが活発に活動している。院内のインシデント・アクシデント事例が全職種から報告され、m-SHELL分析で課題を抽出し、改善計画による対策実施、院内ラウンドで再評価している。院外の医療安全情報は、毎月の医療安全対策委員会で各部署へ配布されている。

マニュアルを整備し、患者・部位・検体などの誤認防止対策は確実に行われている。医師の指示出し、看護師による指示受け・実施は適切に行われている。必要な場合の口頭指示の手順も整備している。薬剤科での薬剤管理や病棟、外来などでの定数配置での薬剤管理は適切に行われ、劇薬やハイリスク薬の表示も明確である。転倒・転落防止対策は、入院時のリスク評価に基づき、危険度に応じた看護計画を実施している。臨床工学科が全ての医療機器を一元管理している。「緊急時の対応に関する方針と手順」を定め、院内緊急コードを設定し、緊急召集訓練により実効性が確認されている。

6. 医療関連感染制御

「院内感染対策マニュアル」は、最近の感染情報などに基づき毎年改訂されている。院内感染対策委員会が毎月開催され、検出菌のデータ分析などがされている。ICTは、ICD、感染症看護専門看護師を中心に多職種で活動を行っている。ICTによる院内ラウンドは、チェックリストを用いて月1回行われるほか、耐性菌などの出現状況に応じて毎週病棟ラウンドを行っている。

マニュアルに沿った標準予防策および感染経路別予防策が講じられ、手指衛生の遵守率維持と向上に取り組んでいる。抗菌薬適正使用支援チームによるカンファレンスが毎週行われ、抗菌薬の使用状況の把握・検討などが行われている。耐性菌を生じやすい指定抗菌薬については届け出制とし、投与期間にも関与しており、抗菌薬を適正に使用する体制が整っている。

7. 地域への情報発信と連携

病院案内に病院の概要や院内各部門の紹介が掲載され、ホームページには各診療科の診療内容や医師の紹介、外来診療予定表、病院施設などが掲載され、病院指標や診療実績も掲載されている。広報誌を定期的に発行し、近隣の医療機関や介護関

連事業所への送付、入院患者への配布に加えてホームページにも掲載されている。医療連携は、地域包括ケア課地域医療連携係において、医療圏内の医療機関および福祉施設等との紹介・逆紹介の対応などが行われている。地域の医療機関との研修会や地域医療連携会議などに参加して、地域のニーズなどを情報収集している。

地域の健康増進に寄与する活動として、特定検診や地域住民を対象とした健康祭りを定期的に開催するほか、認知症予防活動にも積極的に参画し「認知症キャランメイト」の役割を担い、地域の「認知症サポーター」の育成にも尽力され、医師を始め多くのスタッフによって継続的に取り組んでいることは評価できる。

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ホームページなどでわかりやすく案内され、外来ではコンシェルジュが機能して円滑な受け入れが行われている。外来では、初診来院から診察、検査、処方など円滑な流れで診療を行い、患者誤認防止にも努めている。紹介入院はマニュアルに基づき、ベッドコントロール委員会で判定している。緊急性の高い紹介入院は外来で即時対応し、夜間・休日の対応についても定めている。診断的検査は、患者・家族への説明が十分行われ、検査中の観察記録も確実に実施されている。地域包括ケア課が医療関連施設情報を収集しリスト化している。退院支援看護師が患者の要望を把握し、地域包括ケア課が退院支援計画に基づき退院後の紹介先を調整している。医師は入院の必要性について患者・家族に説明を行い、患者の希望にも配慮し迅速な入院決定を行っている。入院診療計画書は多職種が関与して作成し、説明もなされている。患者・家族の多様な相談には、地域包括ケア課の社会福祉士と看護師が対応している。

医師の病棟業務は、回診が毎日行われ、適切である。看護師は、看護管理業務基準、看護基準、看護手順等に基づいて病棟業務を適切に行っている。投薬・注射は薬剤師が関与しながら確実・安全に実施している。輸血は、輸血の必要性、合併症などの説明が行われ、同意書を得るようにしている。術後患者や外来からの救急重症患者、急変した入院患者は入室基準に基づき HCU に入室している。必要に応じた血圧管理や心電図モニター装着なども行われ、適切である。「褥瘡対策マニュアル」を整備し、多職種協働による褥瘡の予防・治療が行われている。看護師が入院時に患者の栄養アセスメントを実施し、管理栄養士は栄養管理の必要な患者に栄養管理計画書を作成している。多職種カンファレンスで治療方針を確認し、緩和ケアマニュアルに基づいて症状緩和が行われている。

身体抑制は、医師が必要と判断した場合に、説明書・同意書を提示し、患者・家族の同意を得たうえで行うことが徹底されている。入院時に全患者に「退院支援アセスメント」を実施し、退院支援計画書を作成している。退院支援看護師と地域包括ケア課が退院支援計画に基づき退院後の療養生活支援に必要なサービスを調整し、継続した診療・ケアの実施に努めている。ターミナルステージの判断基準が示され、患者および家族の意向を尊重した終末期の診療・ケア計画を多職種で検討している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、院内処方疑義照会を適宜行うほか、重複投与や薬剤相互作用など、処方・調剤鑑査も確実にを行っている。臨床検査は、マニュアルに基づき検体検査、生理機能検査等を行っている。異常値、パニック値の設定、再検基準も明確である。画像診断は患者確認を確実に安全に行い、24 時間体制を整備している。栄養管理は、衛生管理は適切に行われ、温冷配膳車による食事が速やかに提供されている。さらに食事の評価と改善にも取り組んでいる。リハビリテーションは、スタッフや器具、設備は充実しており、必要なリハビリを 365 日提供しており、適切である。診療情報管理は、業務マニュアルに沿って臨床指標・統計データの作成などが行われ、診療録の量的点検も実施している。医療機器管理は、臨床工学科が機器を一元管理し、日常点検と定期点検の実績が把握されている。洗浄・滅菌は、滅菌の質保証やリコール規程の整備など適切である。

病理診断は全て外部委託であり、検体の提出や検査結果報告書およびホルマリンの管理など適切である。輸血・血液管理は、輸血療法委員会が定期開催され、輸血件数や廃棄率などが把握されており適切である。手術・麻酔については、年に 1 回環境モニタリングを行い、清浄度などを測定している。麻酔覚醒時の安全確保のため退室時確認事項に沿って退室時状態を確認している。救急医療は、救急患者をできるだけ受け入れる方針がある。診療部業務マニュアルで「特殊症例の受け入れ」の方針を定め、対処している。

10. 組織・施設の管理

年度事業計画に基づいて予算が策定され、予算に対しての進捗状況が毎月把握されている。病院会計準則で会計処理が行われ、損益計算書や貸借対照表、試算表、決算書などの財務諸表が作成されており、本部の内部監査と監査法人の監査が実施されている。医事課業務マニュアルに基づいて医事業務が遂行されており、会計処理も適切に行われている。医師によるレセプト点検が実施され、必要に応じて医師への照会が行われている。業務委託は契約更新時等に業務内容の見直しが行われている。委託業者は入札などを実施して選定され、業務の実施状況は、業務報告書の確認や委託業者との打ち合わせなどにより把握している。病院が開催する研修にも出席している。

施設・設備の管理は総務課担当者によって日常点検が行われ、主要設備年次保守計画一覧表に沿って定期点検が実施されており、業務日誌や報告書が提出されている。医療材料は物品管理委員会において協議し選定している。発注・研修は総務課が行っているが、物品管理は SPD を用いている。医薬品は薬事委員会で協議、選定している。

地域災害拠点病院の指定を受けており、防災マニュアルに緊急時の責任体制、役割分担、連絡網が明示され、大規模災害時の対応手順も網羅されており、院内各部署に配布して周知している。保安室が設置され、24 時間体制で病院職員が警備日誌スケジュール表に沿って、定期巡視や施錠管理、暴力行為などへの対応を行っている。紛争の恐れがある事案、訴訟が発生した場合のいずれについても、速やかに

状況を掌握して対応でき、並行して原因究明や再発防止に向けた取り組みが行われる仕組みがある。

1 1. 臨床研修、学生実習

看護師、薬剤師、療法士、栄養士、医事課の学生実習を受け入れている。受け入れに当たっては医療安全、感染制御、個人情報保護に関する取り決めを含めた協定が学校間で決められている。

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	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	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	A

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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	NA
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	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 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：医療法人社団協友会 笛吹中央病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：山梨県笛吹市石和町四日市場47-1

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	150	150	+0	85.6	22.8
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神病床			+0		
結核病床			+0		
感染症病床			+0		
総数	150	150	+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
集中治療管理室 (ICU)		+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		+0
ハイケアユニット (HCU)		+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		+0
新生児集中治療管理室 (NICU)		+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		+0
放射線病室		+0
無菌病室		+0
人工透析	20	+2
小児入院医療管理料病床		+0
回復期リハビリテーション病床		+0
地域包括ケア病床		+0
特殊疾患入院医療管理料病床		+0
特殊疾患病床		+0
緩和ケア病床		+0
精神科隔離室		+0
精神科救急入院病床		+0
精神科急性期治療病床		+0
精神療養病床		+0
認知症治療病床		+0

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： 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

I-2-2 年度推移2