

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9月11日～9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

貴院は開設以来、長きにわたり地域医療を担ってきた。現在、「『患者さん第一』心のかよう医療を」を病院理念として掲げ、施設・設備・医療機器の拡充により医療の質と機能の向上に努めている。地域医療支援病院の指定を受け、地域の中核病院としてNICUを設置するなど高度な診療体制の整備を進め、地域住民の信頼を得ている。また、地域における医療従事者の教育にも力を注ぎ、臨床研修病院として多くの臨床研修医、歯科研修医を育成するほか、多くの医療専門職の育成にも努めている。

病院機能評価の受審は、初回から数えて今回で6回目となる。今回の認定更新に際しても、全ての職員と協力して準備に取り組み、医療の質向上に継続して努めていることが確認できた。また、業務改善委員会をはじめとする委員会活動を通じて、組織横断的な業務改善にも取り組んでおり、優れた効果を発揮している。今回の受審が貴院のさらなる発展に資することとなり、病院機能と質の向上に向けた職員の努力が今後も継続していくことを期待したい。

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、院内外に周知している。理事長・病院長をはじめとした病院幹部は経営の課題を把握し、年次事業計画を策定して実績評価を確認している。病院経営会議で意思決定し、病院運営会議で組織横断的に検討するなど、指示命令系統と職務分掌は明確である。情報システム運用管理規程を整備し、情報の管理・活用の方針を定め、各種文書は規程・手順により処理し、一覧表を作成して管理している。

機能や業務量に応じて人員配置数を定めて必要な人材を確保するほか、業務負担の軽減化を図り、人材の定着に努めている。昇給・昇格・賞与は人事考課規程に則り、人事委員会で決定している。出退勤管理システムを導入し、労働時間を適切に把握している。職員の意見・要望を把握し、検討の上フィードバックしている。各種福利厚生制度や職場環境の整備、称賛カードの贈呈や職員表彰制度を導入して、職員の意欲向上にも努めている。衛生委員会を中心に、職員の安全衛生管理も適切に実施している。今後は、衛生管理者による職場巡視の取り組みの充実を期待したい。

全職員対象の教育・研修を研修委員会が統括して、教育訓練プログラムと人事考課制度が連動する能力開発システムを導入している。法令で定められた各種の研修会は、おおむね適切に実施している。資格取得を奨励し、各種複数の資格保有者を育成している。各職種の新人研修プログラムを整備し、達成度評価を行っている。学生実習を積極的に受け入れ、共通のオリエンテーション実施後にカリキュラムに沿った実習と評価を行っている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」や「患者さんの責務」について明文化し、職員にも周知を図っている。患者への説明と同意に関するガイドラインを策定し、医療者の同席についても具体的に定めている。セカンドオピニオンへの対応がわかりやすく案内され、対応実績もある。患者への情報提供として、クリニカル・パスやパンフレットなどを活用している。患者・家族が積極的に医療参加できる取り組みとして、医療安全や感染防止などへの協力を呼びかけている。相談窓口には多職種を配置し、患者が相談しやすい環境を整えている。臨床での倫理的課題に対する病院の方針を明確に示し、病院として検討する仕組みを整備しており、臨床研究に対する手順も適切である。様々な倫理的課題について組織的に検討し、終末期や高齢者の治療選択については継続的に検討している。

院内はバリアフリーであり、トイレや浴室の利便性・安全性・清潔性も確保している。整理整頓や清掃が行き届き、療養環境も快適性を追求している。受動喫煙対策として敷地内の禁煙方針を掲げ、喫煙患者・職員に対する禁煙啓発活動をおおむね適切に実施している。

4. 医療の質

業務改善委員会、5S活動委員会、接遇向上委員会などの活動により、組織横断的な業務改善に向けた優れた取り組みを行っている。JHQCクオリティクラスプロフィール認証を取得後、さらに上位のAクラス認証を取得している。症例検討会や、診療領域別の治療方針決定検討会を定期的で開催し、多職種で検討を行うことで診療の質の向上に努めている。クリニカルパス委員会は、バリエーションやアウトカム評価の集計分析を行い、パス適用率も十分に維持している。患者・家族からの意見の収集を積極的に行い、医療サービスの向上に活かしている。新たな診療・治療方法、手術などの技術を導入する場合は倫理委員会で検討し、新たな技術の導入に

病院として積極的に取り組んでいる。

診療記録は診療記録記載マニュアルに則り、必要不可欠な内容を記載している。質的点検は多職種で行われているが、今後は点検のさらなる実施を期待したい。病棟・外来の診療・ケアの管理・責任体制は明確で、病棟での掲示もおおむね適切である。多職種が協働した診療・ケアに向け、多数の専門チームを組織しており、チーム医療活動は適切である。

5. 医療安全

医療安全管理委員会、医療安全対策委員会、医療安全カンファレンスを開催して、医療安全を推進している。さらに、ワーキンググループ活動やラウンドを通して、多職種で院内の安全確保に取り組んでいる。電子カルテの報告システムを用い、インシデント・アクシデントを収集しているが、医師のインシデント報告を増加するための取り組みを期待したい。インシデント・アクシデントを分析し、再発防止に取り組んでいる。事故発生時の報告経路も明文化している。緊急対策会議等、事故発生時の原因を究明する体制も整備している。

誤認防止対策を規定に従って実施し、おおむね適切である。術前のマーキングは、具体的で統一した手順の整備に期待したい。医師による処方箋の発行、指示のオーダー、看護師による指示受け・実施は確実に行われている。薬剤の重複投与・相互作用の確認、ハイリスク薬の周知など、薬剤師と看護師が協力して安全な薬剤の使用に努めているが、病棟での注射薬の取り違い防止の工夫を期待したい。転倒・転落防止対策は、ワーキンググループが活動し、入院時に転倒・転落のリスクを評価するほか、定期的に再評価している。医療機器の安全使用にも努めているが、使用前後の各部署による点検手順を明確にすることを期待したい。患者等の急変に対応するための緊急コードを定め、適切に運用している。職員のBLS講習はおおむね適切に実施している。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染対策室を設置し、病院長を室長とし専従の感染管理認定看護師を配置して実務を担っている。さらに ICT・AST を組織し、ICT は定期的に各部署をラウンドして院内感染対策を推進している。また、AST 活動として、適切な抗菌剤の使用を推進している。院内感染対策委員会を開催し、毎月必要な事項を検討・審議している。マニュアルはわかりやすく、適時に改訂を行っている。院内・院外の感染発生状況を的確に把握し、情報を分析・検討して院内に周知することで情報共有に努めている。さらに、アウトブレイクについても、マニュアルに対応手順などを規定して対応している。感染対策に必要なサーベイランス活動もおおむね適切に実施している。

また、ICT や病棟リンクナースが中心となり、標準予防策・感染経路別予防策・个人防护具の取り扱い・感染性廃棄物および血液や体液が付着したリネン類の取り扱いについて周知している。速乾式消毒剤の使用状況を把握し、使用の促進に努めている。抗菌薬の適正使用を推進しており、マニュアルの遵守に努めている。院内

における分離菌の薬剤感受性パターンを把握し、アンチバイオグラムを作成して、各部門に情報発信している。入院患者の抗菌薬使用状況をASTが把握・検討し、主治医と協議して適正化を図っている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の最新の情報をホームページに掲載するほか、患者・地域住民向けや医療関連施設向けの広報誌を発行して周知を図っている。また、SNSを積極的に活用して、病院の取り組みを配信している。情報媒体の運用・管理は、経営・システム企画室で適切に行っている。地域医療連携室は、院内においては紹介・逆紹介等の窓口の対応、院外においては登録医療機関を中心とした医療施設との連携を図っている。登録医療機関には医師も訪問を実施し、県中地域の地域連携パス協議会に参加するなど、情報交換により回復期病院との連携強化や在宅復帰に向けた対応を図っている。CT・MRI等の共同利用も実施しており、地域医療支援病院および開放型病院としての役割を果たしている。患者・地域住民向けの健康教室を開催し、さらに、地域の医療関連施設や救急隊などを対象に「公開医学講座」、「症例懇話会」、「地域医療支援病院研修会」、「忘年懇話会」を開催するなど積極的に活動している。看護の日や救急の日などには、医師・看護師・薬剤師・理学療法士・社会福祉士による健康相談の機会を設け、地域の健康増進に寄与する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

医師・看護師・その他多くの医療職・事務職員が協力して、チーム医療を適切に実施し、患者のケアにあたっている。外来受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示で案内している。外来担当医と看護師は、患者に関する情報を的確に収集し、検査や治療方針等を患者・家族に説明し、理解を確認した上で実施している。入院の決定は医学的根拠に基づき、必要性を説明している。医療相談の窓口として、「なんでも相談窓口」を設置し、多様な相談に対応している。相談内容に応じて専門職に引き継いでいる。入退院サポートセンターでは、入院の手続きや説明を行い、円滑に入院できるよう配慮している。病床管理の仕組みも適切である。診療計画は患者・家族の希望に配慮しながら多職種で速やかに作成している。

医師は適時に診察・評価を行った上で、その内容を診療録に記載している。他職種との情報共有も適切である。看護師は入院時に、全患者に対してリスクアセスメントを実施し、状態に応じた予防と治療を多職種チームで適切に行っている。薬剤師は服薬指導を実施し、管理栄養士は栄養状態や摂食・嚥下機能、喫食状態の把握などを行い、栄養食事指導も行っている。手術・麻酔の適応と方法は、術前に十分検討され、主治医は患者・家族に手術の適応、方法、合併症および輸血の必要性等を説明している。手術室看護師による術前・術後訪問も実施している。

リハビリテーションは処方に基づき実施し、状況を電子カルテで共有している。身体拘束（身体抑制）の最小化に努めているが、観察記録とカンファレンスの開催についてさらなる検討を期待したい。ターミナルステージの判断は多職種で評価

し、症状などの緩和は評価から実践まで多職種により検討して適切に対応している。退院支援の取り組みは、関連職種や関連施設等との連携のもと積極的な退院支援が行われ、患者・家族の意向に寄り添った支援を行っている。さらに、継続した診療・ケアについても、院内・院外の関係機関との支援体制を整備しており適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理部門は、内服薬・注射薬の処方鑑査、調剤鑑査を適切に実施するほか、各病棟に病棟薬剤師を配置し、持参薬の鑑別や薬剤指導を適切に実施している。医薬品の採用や医薬品集の更新、薬剤の管理も適切である。臨床検査部門は検体検査の迅速な実施と報告、的確な精度管理を実現している。画像診断部門は、安全に配慮し、必要な検査をタイムリーに実施している。夜間・休日の緊急撮影依頼にも対応し、診断専門医による読影も確実に実施している。食事は適時、適温で提供し、厨房内の衛生管理、スタッフの健康状態の把握についても適切である。診療録の管理を適切に実施している。リハビリテーション部門は、各療法士が積極的に計画を立案し、訓練に取り組んでいる。多職種が意見交換・情報共有を行っており、休日にも訓練を実施して、切れ目のない療法を実施している。回復期のリハビリテーション施設とも連携して、療法の向上に常に努めており、これらの活動は高く評価できる。臨床工学科では、医療機器を適切に点検・管理し、責任体制は明確である。医療機器選定委員会は、機器の標準化に向けて検討している。中央材料室において器材の洗浄・滅菌を中央化している。有資格者を配置し、点検・滅菌の精度管理、リコールの備えも適切である。

病理部門は、迅速かつ正確な病理診断を目指し、外部施設との連携を強化して診断精度を確保している。放射線治療は治療計画に基づいて施行し、誤認防止対策、安全対策も確実で、地域のがん診療に貢献している。輸血部門では、輸血用血液製剤全般の管理を適切に行っている。輸血療法委員会では血液製剤の適正使用について検討しており、凍結血漿の廃棄率が大幅に減少している。常勤麻酔科医の増員により、手術中の麻酔管理を適切に行っている。手術中のタイムアウトの実施など安全確認は適切である。救急部門には専門・専従医はいないが、輪番日には当直医を多く配置して、地域の救急医療に貢献している。

10. 組織・施設の管理

財務管理では、予算編成の手順を明確にし、収支分析による課題、改善を病院運営会議で検討している。医事業務などの各業務はマニュアルに基づいて行い、診療報酬は医事課で一括管理している。業務の委託に関しては、委託先を適切に選定し、各委託業者と定期的に意見交換をする場を設けている。

施設・設備を24時間365日体制で管理し、保守計画を作成し定期点検を実施している。院内は清掃が行き届き、感染性廃棄物を法令に則り管理・処理している。医薬品、医療用消耗品、医療機器等の購入過程はそれぞれ明確で、SPDを導入しており、発注から検収まで内部牽制が機能している。

消防法を遵守し、消防計画の策定、消防訓練を実施している。災害対策マニュアルを整備し、訓練を実施している。非常用発電機を整備し停電に備えている。防災センターに保安要員を配置し、施錠管理、来訪者確認、巡視を行っている。防犯カメラおよび緊急通報ブザーを設置して保安体制を強化している。

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	B
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	S

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	A
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	B
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	B
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	B
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	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	B
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	S
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	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	
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	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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： 2023年 4月 1日 ~ 2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024年 6月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公益財団法人湯浅報恩会 寿泉堂綜合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 福島県郡山市駅前1-1-17

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	305	305	+0	61.1	9.8
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	305	305	+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	8	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+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	0	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	30	+4
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, エイズ治療拠点病院, 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： 6人 2年目： 6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

