

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10月2日～10月3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、福島県の県中医療圏に位置する、急性期・回復期を担う病院である。1925年に創設した医院を嚆矢として、1952年に病院となり2012年には現在の病院名へと改称した。2011年の東日本大震災で被災したが、2013年に現病院に新築移転した。順次診療機能を充実させ、現在では急性期の一般病棟のほか、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟、精神科病床を有している。また、地域医療支援病院の指定を受けている。心臓病、乳がんなど急性期疾患を中心に、法人内の施設や地域の病院・診療所とも連携して、地域医療を担っている。病院運営については、病院長を中心とした病院幹部の優れたリーダーシップのもと、全職員が一丸となって、医療の質向上に積極的に取り組んでいる。2000年から病院機能評価を継続して受審し、さまざまなマニュアルや業務手順の見直し、改善の取り組みを進めている。

今回の受審では、一部の業務において課題も見られたが、今後も継続的な質改善に取り組まれない。以下にカテゴリーごとの総括や詳細を報告する。今回の受審が貴院の今後の発展に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は、病院の役割を踏まえて策定し、院内外に周知している。また、職員倫理を定めている。組織図を定め、幹部・役職者の選任プロセスは明確である。病院の役割・機能を明確にし、職員が一丸となって運営に取り組んでいる。病院長・幹部職員は課題を明確に把握し、課題解決に継続的に取り組んでいる。医療情報システムで院内の情報を統合し、医療の質、安全、効率化などに貢献

している。文書管理規程に基づき必要な文書を一元管理している。

医療法や施設基準に沿った人員を確保し、病院の機能に見合った人材採用に努めている。人事・労務管理に必要な就業規則等を整備し、法令に基づいた安全衛生管理体制を取っている。職員の意見の収集を行い、福利厚生制度等により魅力的な職場作りに努めている。

院内の教育研修については、教育研修センターを中心に年間研修計画に基づき実施している。職員能力開発システム HODAS に基づき研修を行い、人事考課を実施している。初期研修は、医師、看護師をはじめ各職種がプログラムに沿って実践している。実習生についても多くの職種を受け入れ、カリキュラムに沿った実習を行っている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利と義務」を明文化しており、患者・家族や職員への周知に努めている。診療記録の開示請求についても、適切なプロセスを経て開示している。説明と同意に関する方針を明確にし、同意書の書式を定め、一元管理している。入院時には、患者が診療・ケアの内容が理解できるようクリニカル・パスやリハビリテーション計画書、看護計画などを手交し、説明を行っている。患者サポート相談窓口を設置し、多職種を配置している。虐待対応マニュアルを策定し、児童虐待・高齢者虐待などに対応している。個人情報保護方針や個人情報の利用目的を公表し、個人情報に関する研修会を行っているが、情報外部持ち出しの管理を構築することが望まれる。臨床倫理コンサルテーションチームを設置し、倫理的課題の検討を行っている。患者・家族の倫理的課題に対して臨床倫理コンサルテーションチームが介入し、対応方法について検討して主治医・看護師等と連携している。

来院時のアクセスに配慮し、駐車場には誘導員を配置している。院内はバリアフリーで、車椅子やベビーカー、手摺り等を設置している。院内は整理整頓が行き届き、診療・ケアに必要なスペースを確保している。病棟には患者・家族が待機できるラウンジがあり、指導や説明に活用している。ホームページ、入院の案内や掲示で敷地内禁煙を周知し、禁煙外来や禁煙相談にも対応している。職員の喫煙状況も把握している。

4. 医療の質

業務の質改善のため、業務改善委員会を中心に 5S ラウンドを実施したり各種プロジェクトに取り組んだりしている。各診療科の定期的なカンファレンスの他、多職種・多診療科が参加するカンファレンスを開催している。ガイドラインやクリニカル・パス、臨床指標についても有効活用している。意見箱を設置して患者・家族の意見を収集し、カンファレンスで検討のうえ、回答を掲示している。外来・入院患者の満足度調査を行い、結果をホームページ等で公表している。臨床研究や新たな診療・治療方法・技術の導入については、申請に基づいて検討した上で許可する仕組みがあり、開始後の報告体制も確実である。

病棟では、診療・看護の責任者に加え、薬剤師・管理栄養士・療法士を明示して

いる。診療記録は、指針に基づいて適時に記録・記載しているが、略語使用や質的点検の仕組みについては今後のさらなる充実を期待したい。多職種で構成された医療チームが活動している。医療チームは病棟をラウンドし、現状の把握を行い、主治医・病棟看護師と協働している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室に医療安全管理者を配置し、各種マニュアルなどを整備している。医療安全に関する事項は、医療安全推進委員会などで検討している。インシデント・アクシデント情報を収集し、セーフティマネジメント部会などで分析・検討を行い、医療安全対策を講じているが、医師のレポート作成のさらなる充実を期待したい。医療事故報告の体制、重大事故発生時の対応、医療事故調査制度への報告、外部公表の基準などを医療安全管理指針で定めている。病院賠償責任保険にも加入している。

患者誤認防止対策として、患者本人による名乗りと受付表やリストバンドで照合している。手術部位の誤認防止対策として、マーキングやタイムアウトを実施している。医師による指示出し、看護師による指示受けは電子カルテで運用し、やむを得ず口頭指示を行う場合は口頭指示確認書を用いて確実に運用している。未確認の画像と病理の報告書は、医療安全管理室が依頼医師に報告している。麻薬・劇薬・ハイリスク薬は注意喚起ラベルと共に保管し、併用禁忌薬と薬剤アレルギーは電子カルテで警告を表示して処方できない仕組みである。入院当日に転倒・転落リスク評価を行い、危険度に応じて予防策を実施し、多職種で情報を共有している。医療機器を中央管理し、臨床工学技士が管理している。看護師は臨床工学技士から研修を受け、医療機器管理マニュアルに基づいて使用している。院内緊急コードを設定し、急変に対応している。RRSを導入し、専用用紙で看護師がアセスメントすることで、急変の早期発見につなげている。

6. 医療関連感染制御

感染対策室は、医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・事務職員で構成し、病院感染対策委員会を毎月開催している。アウトブレイク時は随時チームが活動できる体制を整えている。ICTは毎週院内を巡回している。感染情報は感染対策リンクスタッフ会を通じて院内各部署に周知している。感染対策マニュアルを適宜更新している。ICTは週1回院内ラウンドを行って感染状況を把握し、医療関連感染と微生物サーベイランスを常時モニタリングしている。院外の感染症状況も収集し、感染情報を院内に周知している。

感染対策マニュアルに基づいて、手指衛生、個人防護具の着用、感染経路別の予防策を実践している。手指衛生の遵守状況については、手洗い場面の直接観察や速乾性手指消毒剤の使用量をサーベイランスしている。感染性廃棄物の分別と血液・体液が付着した寝具・リネンの扱いはマニュアルに沿って対応している。抗菌薬適正使用は抗菌薬の適正使用マニュアルに定め、抗菌薬適正使用支援チームが週1回抗菌薬使用状況を確認している。抗菌薬使用量は抗菌薬使用密度を用いて把握して

いる。周術期の予防的抗菌薬投与は、病院のルールとして定めている。起炎菌同定のための培養検査は、24時間実施できる体制を整えている。アンチバイオグラムを毎年作成している。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページに最新情報を掲載するほか、ソーシャルメディアを活用したイベントの案内や業務紹介動画の公開も行っている。広報誌として、医療サービスや健康イベントの案内、乳腺外科ニュース、栄養科だよりを発行している。ホームページには、臨床指標や患者満足度調査・外来待ち時間調査の結果を掲載している。地域の医療・介護・福祉関係者との連携の会や地域の医療連携担当者との会議を行い、入退院支援センターが入院時点から退院困難な要因を評価して退院支援につなげている。患者・家族や地域住民を対象とした教育・啓発活動として、希望するテーマに応じて医師や他の専門職を派遣する健康教室、健康体操や健康講座、市民公開講座などを開催している。また、地域の医療機関等に向けた研修や技術支援として、救命救急や疾患ごとのテーマに応じて講師の派遣や特別講演、演題発表などを開催している。地域に向けた教育・啓発活動は病院全体で取り組んでおり、高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は原則予約制とし、待ち時間対策として診察の電話呼び出し等のサービスを行っている。外来担当医は患者に関する情報を収集し、患者への説明には看護師が同席して理解度を確認している。医師は根拠に基づいて患者に対するリスクを評価した上で診断的検査を実施している。入院は医学的根拠に基づいて決定し、治療方針はカンファレンス等を通じて決定している。医師は収集した医学的情報に基づいて診断し治療方針を立てているが、多職種による患者・家族が理解しやすい計画の記載が望まれる。患者サポート相談窓口には社会福祉士等を配置し、退院後の療養先や生活に対する不安への対応を行っている。入退院支援センターで入院に必要な情報を収集し、入院後に病棟オリエンテーションを実施している。

医師は診療方針を決定し、多職種や患者・家族と情報を共有している。看護師は身体的・心理的・社会的ニーズを把握し、看護計画を立案・実践している。医師は投薬・注射の必要性とリスクを説明し、同意を得て確実・安全に行っているが、抗菌薬投与時の観察ルールの整備が望まれる。輸血の手順や観察の実施・記録は確実であり、緊急輸血のルールも定めている。手術適応や適切な術式・麻酔の選択を事前に検討し、患者・家族に説明して同意を得ている。合併症対策も確実であるが、麻酔の同意取得については書面での同意取得に向けて、早期に実運用へ移行することが望まれる。重症患者はその病状に応じて適切に管理しており、多職種が協働して関与する体制がある。入院患者に褥瘡リスクアセスメントを行い、看護計画を立案・実施している。入院患者に栄養スクリーニングを行い、病棟担当管理栄養士が患者の栄養状態を把握している。入院時に緩和ケア初期アセスメントシートを記入

し、介入が必要な場合は緩和ケアチームへ依頼している。リハビリテーションの必要性を評価して確実・安全に実施している。身体拘束等最小化チームが発足し、定期的にラウンドを行い、身体拘束の実施状況の確認や解除に向けた支援を行なっている。入院時に入退院支援スクリーニングシートを用いて退院支援の必要性を評価している。退院調整部門が週3回病棟へ出向き、退院調整を行っている。退院調整システムを活用して退院先との情報共有・連携を図っている。ターミナルステージの診療・ケア計画は、患者・家族の意向を尊重して多職種で検討している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査、疑義照会、持参薬の鑑別、薬剤情報収集周知等を実施している。臨床検査機能は、院内で迅速に検査を実施できる体制を整えており、救急診療に必要な検査も常時提供可能である。パニック値検出時の報告手順も確実である。画像診断機能は、画像診断をタイムリーに実施し、読影を速やかに報告している。画像診断技術向上を目指し、STAT 報告を行っている。栄養管理機能は、食欲不振者の食事に個別に対応し、衛生面に配慮して食事を提供している。毎月イベントメニューを企画し、栄養科だよりも発行している。リハビリテーション機能は、急性期と回復期を対象に、医師や療法士等が情報を共有しながら計画を立案して実施している。診療情報管理機能は、電子カルテで一元管理している。診療記録の量的点検を実施し、システムダウンを想定した対策を行っている。医療機器管理機能は、臨床工学科が一元管理し、貸出・返却履歴を把握して保守点検を計画的に実施している。洗浄・滅菌機能は、業務を中央化し、各種インディケータを用いて滅菌の質評価を行っている。

病理診断機能は、医師と細胞検査士の資格を持つ臨床検査技師が担当し、術中迅速凍結切片病理検査も適切に実施している。輸血・血液管理機能は、輸血科における輸血用血液製剤の発注から検収・保管・使用までの業務を確実に行い、製剤は専用保冷庫・冷凍庫で適切に保管・管理している。輸血患者の症例検討も実施している。手術・麻酔機能は、医師と手術室看護師が調整して手術スケジュールを管理し、手術終了後の帰室の判断も確実である。集中治療機能は、ICU/CCU および HCU を多職種で連携し、入退室基準を遵守しながら緊急入院患者や術後患者を積極的に受け入れている。救急医療機能は、救急科では多診療科の医師および看護師が協力し、24 時間診療可能な体制を整備している。虐待への対応の仕組みも整備し、児童相談所介入事例を児童虐待対応委員会で報告している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、財務諸表の作成、予算編成を行い、外部監査・内部監査を実施している。診療科別の実績や月次の収支状況を毎月運営会議で報告している。医事業務は、返戻・査定について保険診療適正化委員会で対応策を検討している。施設基準は、施設基準管理委員会で検討している。未収金の管理手順を定め、未収金管理ツールも使用して督促・回収している。委託業務は、マニュアルで担当部署、損害賠償責任保険の加入の確認、必要な研修の受講、事故発生時の報告を定めてい

る。業務の実施状況は評価シートや調査票を使用して評価し、定例会議を開催している。

施設・設備については、保守管理・点検等を実施し、急性期病院としての機能を整備している。医薬品は薬事審議会で、医療材料は医材料等審議会で選定している。高額な医療機器は診療部長会の意見を聞いて決裁を受けて購入している。医薬品、医療材料の棚卸、固定資産の現物照合を行っている。

災害時のマニュアルや大規模災害時のBCPを策定している。緊急時連絡体制を整備し、職員へ周知している。定期的な訓練の実施、自家発電装置の設置、備蓄等を行っている。保安業務は、入退館管理、院内巡視、防犯カメラの設置、警備報告書の記録などを行っている。

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	患者の個人情報適切に取り扱っている	B
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	S
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	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	A
<hr/>		
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	B
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	B
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	B
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	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	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	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	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： 2024年 4月 1日 ~ 2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025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 星総合病院
 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： 福島県郡山市向河原159-1

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	415	373	-65	71.4	13.1
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	15	15	+15	93.3	5
結核病床					
感染症病床					
総数	430	388	-50		

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	2	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+1
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	8	+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	25	-11
回復期リハビリテーション病床	45	+45
地域包括ケア病床		
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	16	+0
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： 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

