

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 27 日～2 月 28 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、1941 年八日市陸軍飛行連隊病院として開設し、幾多の変遷を経て、2013 年 4 月より、東近江市の病院再編に伴い、現在の名称に改称した。地域の中核病院として、地域医療支援病院および滋賀県地域がん診療連携支援病院の指定を受けている。市民公開講座や医療者向けのがん診療セミナーなど多くの研修会を開催されている。また、基幹型臨床研修病院として「滋賀医科大学地域医療教育研究拠点」に位置付けられており、滋賀医科大学と連携し、地域医療に必要な人材を輩出している。さらに、二次救急を担い、「断らない救急医療」を実践されている。

今回の病院機能評価は更新受審であり、病院長はじめ幹部のリーダーシップのもと、職員が一丸となって改善に取り組まれた成果が確認できた。今後は、健全な病院運営に基づき、地域住民、東近江市および各行政機関ならびに滋賀医科大学からのさらなる信頼と期待に応え、継続して医療の質向上に努められ、貴院がますます発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は役割・方針を分かりやすく定め、ホームページ等で広く発信している。病院幹部は国立病院機構としての政策医療と地域がん診療連携拠点病院を目指すためのさらなる取り組みにリーダーシップを発揮している。効果的・計画的な組織運営については、医療の質向上、病院経営の健全化、働き続けられる職場づくり等の活動目標を掲げ、達成度評価を行っている。また、「病院リスク事象リスト」を抽出し、あらゆるリスクを想定し取り組んでおり高く評価できる。情報管理は、情報セキュリティ規程等に基づいた対応をしており、病院経営の効率化に役立

てている。文書管理規程については、文書改訂等の手順の整備を期待したい。

病院の機能に見合った人材を採用し、医療法や施設基準に必要な人員を確保している。人事・労務管理は、就業規則等に基づき適切に行われている。職員の安全衛生管理についても、適切に取り組んでいる。意見箱等を通して、職員の意見・要望を把握され、院内保育等の福利厚生の実施に取り組まれている。

全職員対象の教育・研修は教育研修委員会による一元的な管理の仕組みが構築されている。業績評価制度を採用し、職員へは「業績評価ポケットマニュアル」を配布して周知し、目標管理等が行われ、能力評価・能力開発につなげている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族、職員への周知が図られている。説明と同意に関する方針は明文化されている。同席を必要とする診療行為について病院として検討することが期待される。

医療への患者参加の促進については、入院診療計画書やクリニカルパスなどを活用し患者の理解を深めている。患者支援体制は、相談窓口を設け、相談内容に応じて多職種が連携しながら解決のための支援を行っている。個人情報保護方針・個人情報保護規程を周知している。電子カルテ端末は外部ネットワークと切り離しており、データを使用する場合は手順に沿って厳正に行っている。プライバシーへの配慮についても患者の意向に沿った取り組みがなされている。倫理的課題については、輸血拒否や終末期医療などの方針は明確であるが、病院として共有すべき課題の抽出と対応を検討する体制の強化が期待される。現場での倫理的課題は、日常的に多職種で検討し、真摯に取り組んでいる。

来院手段として、複数のアクセスが選択でき、入院生活に必要な設備やサービスが整っており、利便性・快適性に配慮している。院内はバリアフリーで、高齢者や障害者が安全に利用できる施設・設備となっている。清掃は行き届き、患者がくつろげる環境を提供しており、療養環境は整備されている。敷地内禁煙を周知し、「禁煙推進セミナー」を開催して喫煙率低下に取り組んでいる。

4. 医療の質

意見箱や退院時アンケート、患者満足度調査により意見や要望を収集し、改善に活かしている。回答の内容は、院内掲示で公表されている。診療の質向上に向けた活動については、日常診療の中で各種のカンファレンスが開催され、多職種で情報共有されている。また、クリニカルパスのバリエーション分析がなされ、必要に応じて見直しも行われている。さらに、臨床指標に関するデータの収集や分析も行われている。病院機能評価受審への取り組みや行政の立入検査への対応など、組織横断的な改善活動を通じて業務の質改善に向けて取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術、医薬品の適応外使用や臨床研究は、倫理委員会での審査のうえで導入されている。

病棟責任医師と看護師長、薬剤師などを明示している。診療科責任医師と看護師長は患者回診やラウンドを行い、提供されている医療やケアを把握している。主治医不在時の対応も明確である。診療記録はマニュアルに則り、電子カルテに適時に記載され、質的点検も行われている。医師を含む多職種で構成する緩和ケアチームや嚥下・口腔ケアチームなどの専門的なチームが活動している。診療科あるいは部門間で協力しながら、入院全般にわたり多職種が協働して診療・ケアを実施している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室を設置し、専従の医療安全管理者の配置、委員会の運営等は適切に行われている。マニュアルについては、計画的な点検や改訂の周知など管理体制の整備を期待したい。アクシデント・インシデントレポートは電子カルテシステムを利用して収集し、分析、改善策の立案、評価が行われている。レベル3b以上は、他施設との医療安全相互チェックおよび多職種によるカンファレンスで検討している。

患者・部位・検体などの誤認防止は、マニュアルを遵守し適切に対応している。情報伝達エラー防止については、「処方指示出し・指示受けに関する取り決め事項」に基づき、確実かつ安全に行われている。薬剤の安全使用の対策として、薬剤部での薬剤管理や、病棟、外来の定数配置など適切になされており、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いて看護計画を立案している。医療機器は使用マニュアルを整備し、使用中の作動確認を行い安全な使用に努めている。医療機器の取り扱いに関する教育・研修体制の整備に期待したい。急変時の対応は、院内緊急コールを設定し、新入職者への緊急時の訓練を実施しているが、全職員へのBLS・AED研修の体制を整備し、実施率向上を期待したい。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染防止対策加算1を届出、他施設との合同会を実施し、感染に関する情報交換を行っている。地域で外来感染対策向上加算を算定している23の診療所の研修、指導を行っている。ICTは、ICNを中心に医師、薬剤師、看護師などの多職種で活動を行っている。ICTによる院内ラウンドは、ICTラウンド実施表を用いて全病棟に毎週行われている。

医療関連感染を制御するための活動として、標準予防策を遵守し、感染性廃棄物や血液・体液等が付着したリネン類の取り扱いは適切に行われている。速乾式手指消毒剤の使用量調査を実施し、ICTで評価している。「抗菌薬適正使用マニュアル」が定められ、抗菌薬適正使用支援チームによるカンファレンスとラウンドが毎週行われ、検出菌のデータ分析や抗菌薬の使用状況の把握が行われている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌やホームページなどにより必要な情報を発信している。ホームページの内容は充実しているが、情報の更新と正しく機能しているか点検する体制の構築を期待したい。地域医療連携室を中心に地域の状況やニーズを把握し、地域の医療機関と連携を行っている。独自の返書管理シートを活用して必要な情報を適宜提供している。市民公開講座や健康フェアを開催して住民向けの健康増進に取り組んでいる。地域の医療関係者向けには「がん診療セミナー」や「ひがしおうみ栄養塾」を通して医療知識や技術に関する情報提供や支援活動を展開している。

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、院内掲示やホームページ、担当医を表示したディスプレイなどを用いて案内され、来院患者の案内・誘導の支援を行うなど、円滑に診察を受けられる体制を整備している。外来診療では、地域の患者やかかりつけ患者の病態に応じて、24 時間対応している。診断的検査は説明と同意のもと、患者状態の観察・記録を適切に行い確実・安全に実施されている。入院は医師が判断し、患者・家族に説明し迅速に入院を決定している。入院診療計画書は、医師および看護師によって迅速に作成されている。入院決定後は入院支援センターが介入し、円滑に入院できる体制を整えている。患者相談窓口を設置し、主に看護師と MSW が対応している。

医師や看護師は、病棟業務を適切に行っている。病棟薬剤師についても、服薬指導や服薬確認を適切に行っている。輸血・血液製剤の投与は、マニュアルに沿って説明と同意を得て確実・安全に実施している。周術期の対応は、麻酔科医の術前・術後診察や看護師の術前・術後訪問が適切に実施されている。重症患者は入室基準に則って HCU で治療され、24 時間診療を行う体制が整備されている。褥瘡の予防については、全入院患者に自立度評価を行い、対象患者は褥瘡リスク評価を実施している。栄養管理は、栄養評価を行い、食物アレルギーも確認したうえで適切に対応している。症状緩和については、緩和ケアマニュアルに沿って治療やケアを実施している。リハビリテーションは、リハビリテーション総合実施計画書のもと患者・家族の希望を取り入れ、リスク評価と説明を行い実施している。身体抑制は実施しないことを原則としており、実施する場合は多職種カンファレンスを実施し、早期解除に向けて検討している。患者・家族への退院支援では、入院前の面談によって患者が抱える問題を把握し、退院困難が予想される患者の抽出と多職種による介入を行っている。ターミナルステージへの対応は、主治医、看護師からの依頼を受けて緩和ケアチームが介入している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、「医薬品の安全使用のための業務手順書」に基づき、重複投与や薬剤の相互作用などに留意し、処方・調剤鑑査も確実に行っている。臨床検査機能、画像診断機能は、24 時間体制で実施し、安全・確実に実施している。栄養管理機能では、HACCP に基づき行われている。リハビリテーション機能は、施設・設

備も兼ね備え、ベッドサイドでのリハビリテーションにも対応しており、連続性を維持している。診療情報管理機能は、マニュアルに則って厳格に運用しており、量的点検を全件実施している。医療機器管理機能は、臨床工学技士が医療機器を一元管理し、病棟やHCU、手術室等の医療機器管理業務を担っている。中央材料室では洗浄・滅菌から供給までの一連の業務を適切に行っているが、特定化学物質障害予防規則に基づいた作業管理と教育の体制を整備することが期待される。

病理診断機能では、テレパソロジーを利用した術中迅速病理診断を含め、病理学的検査に迅速に対応している。放射線治療機能は、治療計画を作成し、計画線量の確認が行われている。輸血・血液管理機能は、認定輸血検査技師を中心に発注から廃棄に至るまで、一元的に管理している。手術・麻酔機能では、全身麻酔はすべて麻酔科医が担当し、入室から術中および覚醒時の管理や退室まで安全に実施している。集中治療機能は、多職種がそれぞれの専門性を活かして、チーム医療が実践されている。救急医療機能は、二次救急機能を担い、「断らない救急」の方針に基づき、応需率は90%以上を維持し、不応需理由も明確にしているなど、適切に対応している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、国立病院機構会計規程に則り適正な会計処理を行い、透明度の高い監査体制を整備している。収支の推移を共有し経営改善に取り組んでいる。医事業務では、各診療科の医師がレセプトの点検に協力し、返戻・査定への対応、未収金への対応など、適正に処理されている。業務委託の必要性や委託先の選定は規程に基づき厳正に行っており、委託業務の質を日常的に点検している。緊急時の連絡体制も明確になっている。

物品管理は、SPDによる定数管理システムを導入して効果的な管理を行っている。システム上に登録されたJANコードの追跡によって使用期限や在庫状況を把握している。

災害時の対応は、BCPに基づき、アクションカードによって迅速な初期対応が行えるよう各種訓練も実施している。自家発電容量が確保され、食料品・飲料水ともに備蓄し、医薬品、衛星携帯電話も準備している。保安業務は、職員が交代で行っており、防犯カメラを設置し、暗証キーによる立ち入り規制によって保安体制を補完している。医療事故発生時の対応手順、訴訟時の対応体制を整備しており、訴訟に備えた病院賠償責任保険に加入されている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として毎年研修医を受け入れている。「スキルスラボ」を設置し、充実した環境で研修を行うとともに、多職種による評価にも取り組んでいる。その他の専門職種でもラダーに基づく初期研修プログラムを作成している。

医学生、看護師や薬剤師等の実習生を毎年受け入れており、カリキュラムや評価方法について養成校と打ち合わせたうえで実習を行っている。実習生が患者に関わる際は、指導者が事前に関わり方を説明し同意を得ている。

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	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	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	B
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	B
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	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	B

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	B
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	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	S
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	B
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	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 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人国立病院機構 東近江総合医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 滋賀県東近江市五智町255

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	304	304	+0	59.4	13.5
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	16	16	+0	44.4	85
感染症病床					
総数	320	320	+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)	6	+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		
小児入院医療管理料病床	20	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	55	+0
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床		
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(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： 5 人 2年目： 3 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

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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	432.27	423.63	505.11	102.04	83.87
1日あたり外来初診患者数	39.18	37.21	48.47	105.29	76.77
新患率	9.06	8.78			
1日あたり入院患者数	187.54	197.52	231.65	94.95	85.27
1日あたり新入院患者数	13.46	12.25	14.53	109.88	84.31