

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 12 月 12 日～12 月 13 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、高度急性期を担う病院として移転新築することとあわせて、地域の亜急性期・回復期を担う病院として 2023 年 4 月に開設された。病院は都市部中心より少し離れた場所に位置し中山間地もあり少子高齢化が進んでいる地域に位置しており「地域包括ケアシステムの中核を担う病院を目指す」ことを理念として掲げ、理念に沿った医療を提供し地域医療に貢献している。地域としては高度急性期・亜急性期・回復期・慢性期の医療また、介護・福祉施設が連携しながら地域完結型医療体制を構築している。

病院開設後、数か月しか経過していないが、開設にあたり病院機能評価の各評価項目を参考にして取り組み、開設準備をされたことは各部署でその成果が見受けられた。各種マニュアル・規定も作成されたところであり継続して業務プロセスを振り返り、PDCA を繰り返しながら更なる医療の質向上に取り組まれることを期待したい。今回の審査が今後の貴院の発展の一助になれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念並びに具体的な施策である基本理念を定めホームページや入院案内、院内掲示により患者や外部に向けて広く周知している。理念・基本方針に基づいて病院の中長期計画や年度ごとの事業計画を策定し、病院の意思決定会議である幹部会議や朝のカンファレンス、院内 LAN 等を通じて進捗状況などを全職員へ伝達している。計画の達成度評価も適切に実施されるシステムが整備されている。電子カルテのシステムトラブルに対しても、院外でのデータのバックアップなど適切な対応がなされている。文書類は整備がなされたところであり、今後、改訂履歴等を明確にされることを期待したい。

法令上、並びに施設基準上の人員を確保し、医師については近隣の高度急性期病院よりの支援も行われている。就業規則、給与規程など病院として必要な規程を定めて、職員に周知している。職員の衛生管理については産業医の職場巡視を通して職員の労働環境の整備やメンタルヘルス体制の整備が望まれる。院長ラウンドや幹部職員による個別面談により職員の意見や要望を聴取する機会を設けている。医療に携わる者にとって必要な研修を実施して効果の確認を行い、参加率も高い。人事考課の実施や活用は今後の成果が期待される。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、入院案内や院内掲示等で周知している。説明と同意の指針・基準・手順も整備されている。患者との診療情報の共有や医療への患者参加の働きかけは、多職種が協働して患者・家族の疾患への理解を深め医療に参加できるよう促している。患者支援体制は地域連携室を中心に適切に実施されており、必要に応じて適切に担当部署と協働している。患者の個人情報保護については適切に実施されている。臨床倫理に関しては、倫理委員会を組織化しており、臨床倫理指針も定められているが、検討すべき内容に研究倫理審査についても示すとともに、院内で起こりうる代表的な倫理課題についても対応方針等が定められることが望まれる。医師が4分割法を用いて患者の課題抽出やQOL向上への検討を行っている。

来院者は自家用車やバス等様々な手段を利用した来院が可能であり、必要数の駐車場整備、移動販売等がなされており、Wi-Fiも整備されている。障害者用駐車場が整備され、高齢者・障害者に考慮したバリアフリーの確保、廊下や階段には手すりの設置など転倒防止の安全性にも配慮された環境が整えられている。施設は開院にあたり大規模改修されており、患者にとって快適な環境が整備されている。受動喫煙防止の取り組みは、敷地内禁煙は実施されているが、さらに積極的な禁煙教育・啓発の実施と職員喫煙率の把握が望まれる。

4. 医療の質

病院開設にあたり、日本医療機能評価機構の病院機能評価の各項目を参考にして継続的に開設準備に取り組み、随所にその成果が見受けられる。診療の質向上に向けた取り組みは、毎朝各病棟で新規入院患者の症例カンファレンスを開催し、毎週緩和カンファレンスや退院カンファレンスを開催し、多職種で意見交換している。今後はクリニカル・パスの作成・運用が望まれる。患者・家族からの意見・要望・苦情は、退院アンケート・意見箱等から収集し積極的に質改善に活用している。新たな診療・治療方法や技術の導入は、臨床倫理委員会運用基準に新たな治療法や手技導入時、倫理的課題について検討することも盛り込むことが望まれる。

診療とケアに関する管理・責任体制は明確で、病棟の責任医師、看護師長、多職種の責任者を掲示している。主治医不在時の対応も適切である。医師は、患者の所見や回診時の記録、検査の必要性や結果、患者・家族との面談の記録、投薬、カンファレンスなどの記録を適時に日本語で記録し、診療記録の質的点検も実施されフィードバックも適切に行われている。診療科を超えた連携体制がとられており、多

職種で構成する専門チームは、組織横断的に活動して診療・ケアを支援している。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は院長直轄の医療安全部門が機能し、医療安全に向けた体制を整備している。医療安全管理者も目標を掲げ安全活動に取り組んでおり、インシデント・アクシデントは報告システムにより報告・集計し再発防止策を検討し各部署へフィードバックしている。医療事故発生時の対応は、明確な手順が作成され、組織的な対応を図る仕組みが確立している。

患者・部位の誤認防止対策は適切に実施されている。指示出し、指示受け、実施、確認を電子カルテ上で確実に実施している。ハイリスク薬および劇薬の表示は分かりやすく工夫しており、麻薬やハイリスク薬の教育・研修も実施している。転倒・転落はリスク評価、計画立案、実施結果の評価・見直しなど適切に実施されている。医療機器の安全使用および患者急変時の対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、院長直轄の感染管理部門を設置し、専任の ICN を配置している。多職種構成の ICT を組織し、感染制御の中心的役割を担っている。感染対策マニュアルは整備されているが、アウトブレイクについて明確な定義を期待したい。また、中心静脈カテーテルや尿路カテーテルの留置症例は多くないが、今後 CLABSI や CAUTI のサーベイランスへの着手も期待する。

医療関連感染を制御するための活動は、標準予防策を遵守し、感染性廃棄物の処理も適切に行われている。抗菌薬の使用指針は、疾患ごと、起炎菌ごとに詳細で分かりやすい記述になっている。抗 MRSA 薬やカルバペネム系抗菌薬は使用時届け出制となっており使用状況を把握し、14 日を超える使用はほとんどない。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、病院案内、ホームページ、地域連携だよりなどを活用し、必要な情報を発信している。高度急性期病院の後方支援病院としての機能を発揮するため地域との連携は地域連携室が担当し、紹介・逆紹介・依頼検査など連携機能を発揮している。また、院長自ら病院や連携先などを訪問して顔の見える関係づくりに努めている。返書管理も適切に実施され、紹介元へ速やかな返書により適時情報が提供されている。地域住民に向けた教育・啓発活動は、毎月「よろず相談室」を院内で開設し 1 回あたり 10 名について医師が直接疾病等について相談に応じている。地域住民の健康サポート目的で毎月、太極拳健康教室を開催し毎回数十名の参加がある。また、院長自ら地域の公民館、大学、寺院、市内のホテル等、市内の様々な場所で地域住民、一般市民、学生、民生・児童委員などを対象に病院の特性や利用の仕方など、頻回に講演会を開催している。病院の機能や役割についての情報発信や地域完結型医療で中心的な役割を果たすことで地域に貢献していく姿勢・活動は高く評価したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

ケアプロセス全般において病院全体でチーム医療に真摯に取り組み記録も適切に記載されていることが確認された。受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示等で案内し、スムーズな診療受診を支援している。外来診療はかかりつけ機能もあり、急性期病院と在宅医療・介護・地域の生活をつなぐことを理念とし、機能分化した高度急性期病院からの転院や地域の医療機関や施設からの紹介入院を受け入れている。診断的検査は、その必要性が医学的に判断され、手順を遵守して実施している。多職種での症例カンファレンスで意見交換を行い、診療計画を作成している。患者・家族からの医療相談は地域連携室で適切に対応されている。

医師は、日々の回診、記録、看護師や医師同士での情報共有・交換など適切に業務を行っている。看護師は、看護基準、手順を整備し業務を行っており、患者の心理的・社会的ニーズ等を把握し、多職種で支援を行っている。投薬・注射は薬剤準備時に6Rを確認して確実・安全に投与している。輸血・血液製剤投与および重症患者の管理は適切である。褥瘡の予防・治療および栄養管理は適切に行われている。症状緩和や病状コントロールへの対応を適切に行っている。入院後早期からのリハビリテーションが実施されている。必要性和リスクに関しての説明と同意も得られているが、計画書にリスクの記載が望まれる。身体拘束は基準に則り、開始から解除までの観察・検討が適切に行われている。患者・家族への退院支援、必要な患者に継続した診療・ケアについては適切に実施している。ターミナルステージへの対応は、緩和ケア認定看護師をメンバーとする緩和ケアチームが患者・家族の意向を最大限尊重して適切に対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、温・湿度管理、持参薬の鑑別・管理、処方鑑査、疑義照会など適切に実施しているが、注射薬の1施用ごとの取り揃えが望まれる。臨床検査機能は、パニック値の報告手順なども含め適切に機能を発揮している。画像診断機能は専門医による読影率のさらなる向上に期待したい。栄養管理機能は、衛生管理を徹底し、適時・適温の食事提供や個別対応を行っており適切である。リハビリテーション機能は、疾患別あるいは病態別のプログラムの充実が望まれる。診療情報管理機能において量的点検は退院時全件確実に実施され、紙書類の管理も適切で迅速な検索、提供ができる体制がある。医療機器は使用場所での管理としており、医療機器安全管理責任者が定期的にラウンドし、病棟看護師と連携し適切に管理している。洗浄・滅菌機能は機能分化した高度急性期病院に委託しており、管理責任体制は明確で滅菌の質保証も適切に行われている。

輸血・血液管理機能は病院機能に合った機能を適切に発揮している。救急医療機能は近隣の高度急性期病院や夜間急病センターと緊密に連携し病院の機能に即した機能を発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算の作成から承認までの手順は明確であり、財務諸表は、会計基準に則り作成し、法人監事の監査を受けている。計画と実績を比較し把握・分析するなど、経営管理を適切に行っている。医事業務は、窓口収納、過収金や未収金の手続きおよび管理、レセプトの作成から点検時の医師の関与や請求、施設基準の遵守体制など適切に処理している。病院開設準備委員会で業務委託の検討や業者の選定、業務仕様・業務内容の確認、事故発生時の対応方法などが検討され明確にされている。施設・設備の管理については、防災センターで24時間体制により管理し、日常の点検を行っている。院内の清掃、医療ガスの安全管理等も適切に管理している。物品管理は、診療材料について業務委託によるSPDとしており、発注から納品・検収までの手続きは明確である。

災害時の対策マニュアルを作成し、対応体制は整備されている。各種訓練の実施も今後予定している。停電時やシステムダウン時の対応体制も適切に整備されている。保安業務については、警備員による院内巡視や防犯カメラのモニター監視などにより管理し、緊急時の連絡体制や警察への通報体制も明確である。

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	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	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	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	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	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	B

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	NA
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	栄養管理と食事支援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	B
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化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	B
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	B
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	NA
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	NA
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	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 ～ 2023 年 9 月 30 日
 時点データ取得日： 2023 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： 安佐医師会病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 広島県広島市安佐北区可部南2-1-1

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	102	102	+0	45.8	29
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	102	102	+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)		
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		
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	102	
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		
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

在宅療養支援病院

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 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

2. 年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2023			2023	
1日あたり外来患者数	4.00				
1日あたり外来初診患者数	1.49				
新患率	37.30				
1日あたり入院患者数	23.44				
1日あたり新入院患者数	0.90				