

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18日～1月19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2002年10月に開院し、2006年には上尾中央医科グループに入り標榜診療科の追加を行い、地域の中核的・急性期病院として再出発されている。すべての診療科を担う総合病院的な位置づけではないが、整形外科の関節鏡手術や腹腔鏡手術などに特化した診療を中心としながら、二次救急病院として積極的に救急患者を受け入れている。また、地域災害拠点病院として大規模災害発生時には、傷病者の受け入れやDMATの派遣をできる体制が整えられている。

今回の病院機能評価の更新受審にあたっては、病院長はじめ幹部が中心となり、地域住民に信頼され、満足していただける病院づくりをしてきた状況を垣間見ることができた。医療体制や組織運営面において、グループ病院としての強みを活かし、各機能が適切に発揮されていることが確認できた。今後とも地域の中核的な病院として機能を充実させ、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・基本方針は明文化され、院内掲示、ホームページ、病院パンフレット、院内報等で患者・家族等への周知を図っている。職員に対しては、職員手帳・名札裏面への記載、各部署内への掲示、全体朝礼時の唱和等で周知に努めている。病院の中長期計画、年次計画は、全体朝礼や病院運営委員会で明示されている。病院幹部は、それぞれの立場で病院の課題を認識し、解決に向け取り組んでいる。病院運営の意思決定の会議が機能しており、効果的・計画的な組織運営が行われている。病院情報システム運用管理規定に情報管理の基本方針が明文化され、情報管理委員会および診療録管理委員会により、適切に管理され運用されている。文書管理については、文書管理規程に基づき、管理方法、作成責任者および承認過程等が明確化さ

れ、適切に一元管理できる仕組みが構築されており評価できる。

医療法および施設基準上必要な人員は確保されており、毎年採用計画が立てられ、積極的に募集活動が行われている。人事・労務に関する各種規則・規程は備われ、必要に応じた改定も適切に行われている。労働安全衛生委員会が毎月開催され、職員の健康診断、職業感染への対応、精神面でのサポート等、安全衛生管理は適切に行われている。職員意識調査アンケートの実施、夜間保育可能な保育所の運営、福利厚生充実など、職員が魅力を感じる体制整備が行われている。

人材育成委員会が窓口となり、教育・研修の年間計画が組み立てられ、適切に実施されている。各部門でキャリアラダー制度があり、職員の能力向上に運用されている。また、人事考課も人事考課表・目標管理シートに基づき行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、ホームページや院内掲示、入院案内などで周知が図られている。説明と同意に関するマニュアルが作成され、患者に対し十分な説明を行い、同意を得ている。診療情報を共有化に努めており、患者・家族に分かりやすい言葉で、図などを活用して説明している。また、看護師が同席し、理解を深めるための支援を行っている。

医療福祉相談係に社会福祉士3名、ケアマネージャー1名が配属され、患者・家族からの相談に対応する体制が整備されている。個人情報保護規定と個人情報保護方針を定め情報管理委員会のもとで個人情報保護に努めている。外来診察、採血時、病室でのプライバシー保護に努めている。倫理的課題について、病院の方針が定められており、おおむね適切に対応されている。

必要台数の駐車場、駐輪場が整備され、アクセス面での配慮があり、年中無休で運営される売店設置など、利便性等への配慮がされている。正面玄関前はロータリーとなっており、車椅子やストレッチャーの患者の乗降が可能なスペースがとられている。玄関から1階フロア、各病棟まではバリアフリーとなっている。病室内の療養スペースおよび食堂兼談話室は、十分なスペースがとられ、廊下および物品等の保管スペースは整理整頓がされている。病院敷地内全面禁煙が宣言され、院内掲示や病院パンフレット、入院案内等で案内されている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見収集のため、投書箱が設置され、回収された投書を4役会、患者サポートカンファレンスにて確認し、回答案を検討後、院内に掲示している。入院満足度アンケート、外来満足度アンケートが実施され、サービス向上委員会で集計・検討が行われているが、結果のフィードバックについては検討されたい。

継続的に病院機能評価を受審するだけでなく、毎年開催される上尾中央医科グループのワークアウト大会に参加して院内一体で医療の質と患者サービス向上に取り組んでいる。他方、診療部症例検討会、死亡例検討会、救急症例検討会、クリニカルパス委員会のパスの作成・見直し、AMG医療の質の評価・公表、病院指標の公表

などを実施するなど、医療の質向上に幅広く取り組んでいる。

診療・ケアの管理・責任体制としては、各部署の責任者は明確にされ、見やすい位置に表示されている。医師診療録、看護記録を含む診療記録は、診療録記載マニュアル、看護記録記載マニュアルなどに定められた基準に基づいて迅速、適切、簡潔に記録されている。看護記録は看護部記録部会で、医師診療録は多職種が診療録管理委員会で毎月定期的に質的監査を行い、結果を記載者にフィードバックしており、質的監査体制は構築されている。多職種での専門チームが必要に応じ、回診やラウンドを行うなど積極的に診療・ケアに介入している。多職種による症例カンファレンスも週1回定期的に行われている。

5. 医療安全

安全管理部が設置され、その中に医療安全管理課がある。医療安全管理者も専従で配置され組織での体制は確立している。院内で発生した事例は、速やかに上司、医療安全管理者に報告され、医療安全管理者を中心に医療安全対策委員会で分析・検討を行っている。

誤認防止対策としては、入院患者のリストバンドの活用、患者本人に氏名を名乗っていただくなどマニュアルに詳細に分かりやすく記載され、実践されている。院内各部署で情報伝達のエラー防止に努め、薬剤科は薬剤の安全使用に向けて取り組んでいる。

入院時、全患者に対し転倒・転落リスクを評価し、リスクの高い患者には計画を立案し実践されている。転倒・転落時の対応も明確に定めており適切である。

医療機器は、使用部署の看護師が、チェックリストに沿って点検を行っている。使用中は患者カルテの中にチェック表があり、それに沿って点検や確実な申し送りを行っている。患者の急変時の対応のために緊急コードが設定され、活用されている。急変時対応訓練も適切に実施されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の体制は確立されており、感染制御に向けた情報の収集と検討および対応も優れており、高く評価できる。

医療現場での標準予防策の実施、PPE着用、経路別予防策対応、廃棄物の取り扱いも適切である。今日、感染対策の喫緊の課題は薬剤耐性であり、これに取り組んでいる。感染認定看護師を中心に感染予防対策は実施されている。医療廃棄ボックスや汚染リネンは施設可能な場所で管理されている。「入院のご案内」の中にも感染対策について記載し、説明されており、感染を制御するための活動は適切に実践されている。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会が設置され、広報誌「春夏秋冬」が年4回作成され、診療内容や季節ごとの健康に関する情報を掲載し、院内外に向けて広報されている。診療指標およ

び診療実績は、ホームページにて発信している。地域医療連携係が地域の医療関連施設の情報収集を行い、地域との連携窓口として業務を行っている。透析施設との連携や、笛吹市病病連携連絡会の一員として、地域の医療機関との連携が図られている。他医療機関への紹介マニュアルや自院で実施できない検査や処置対応病院一覧を作成し、対応されている。

市社会福祉協議会の活動に協力して、健康講話や健康教室を開催している。市の「健康まつり」に参加し、健康測定や健康相談等を行っている。今後は、病院主催で地域住民に対して、医師を講師とした健康講座の開催等を検討されるとさらに良い。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者が、スムーズに外来診療を受けられるように、業務マニュアルに則って初再診受付、外来への誘導、会計業務が行われている。紹介来院に対し、地域医療連携係からの事前情報があり、来院時に担当者が外来まで誘導している。外来診療は適切で、診断的検査はマニュアルとルールに従い実施されている。紹介患者は、地域医療連携係が調整し受け入れており、診察後の返信は確実に行われている。また、患者・家族の希望を聞きながら、患者に必要な医療・ケアが受けられるように紹介している。入院の決定と多職種による入院時評価は適切である。入院決定時、各科外来で「入院のご案内」に沿ってオリエンテーションを行っている。医療福祉相談係を専従で配置し、相談に対応している。相談内容は、電子カルテに記載され多職種で共有されている。相談内容により、他職種との検討も行われている。

医師・看護師の病棟業務、投薬・注射の実施、輸血・血液製剤の実施は適切である。周術期対応では手術パスの充実が図られている。合併症予防対策は優れており、手術1時間前の予防的抗菌薬投与も適切である。病棟HCU、個室を適宜使用した重症患者対応も適切である。リハビリテーションは確実・安全に実施されている。

看護師は基準・手順に沿い患者のニーズを身体的・心理的・社会的に把握し対象個々にあった看護が実践され、記録している。また、多くの場面で多職種と協働されている。褥瘡対策として、入院時全患者にスクリーニングを行い、リスクがあれば計画を立案し、体位変換や適切なポジショニングなどを行っている。栄養管理面では、看護師と連携し、情報収集を行い、栄養状態を管理し、必要に応じ食事指導を行っている。

症状緩和は、患者に寄り添い、思いを傾聴している。麻薬など鎮痛剤は医師の指示を受け適切に使用できている。体位の工夫や背中をさするなど症状緩和に努めている。安易な身体抑制は行わず、必要性を十分検討し十分に説明を行い、承諾を得て行っている。

入院時より患者・家族に十分な説明を行い、要望を十分聞きながら退院支援を行っている。在宅で継続した診療・ケアが受けられるよう多職種、必要時は他施設の職員を交えカンファレンスを行っている。患者・家族の思いを十分尊重し希望を聞

きながら対応を行っている。在宅での看取りを希望される場合は往診、訪問看護が受けられるよう調整されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤科は薬剤師の専門性を十分発揮し、抗菌薬の適正使用に向けて活動していることは高く評価できる。検査科は精度管理を重視した検体検査、生理検査、輸血、微生物検査を実施している。微生物検査データの収集と分析は院内感染防御上、極めて重要な機能である。放射線技術科は患者の安全を確保し質の高い画像をタイムリーに提供する努力をし、画像撮影者と確定者による検像作業に力を入れている。

食事は業務委託されているが、食材の搬入・検収・調理・配膳の流れは、清潔・不潔の区分けが明確で、清掃等適切に行われ、保温・保冷配膳車を利用し、適温で適時な食事提供がされている。リハビリテーション技術科は、急性期リハビリテーションに加えて癌とスポーツリハビリテーションにも力を入れ退院後を見据えたりハビリテーションを提供している。

診療情報は、診療情報管理課が中心となり適切に管理されている。医療機器の管理は、臨床工学技士により管理されているが、医療機器の一元管理と点検記録については、点検管理方法とともに再検討を期待したい。洗浄・滅菌機能は、中央管理されており、滅菌の質管理も各種インディケータを活用して確実に行われている。

病理診断機能は、外部委託にて適切に行われている。輸血・血液管理は適切である。手術・麻酔機能は、適切な周術期対応により円滑・安全に提供されている。救急医療の地域への貢献度は極めて高い。現時点では急性心筋梗塞や急性脳血管障害への対応は困難だが、今後CPAにも積極的に対応したいとの方針は、市民の安心と病院への信頼を増すものであるため、実現が強く望まれる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算作成・予算進捗管理などが事務部門で適切に行われている。グループ病院として財務本部および会計事務所による監査が実施され、さらにグループ病院内の他施設とのベンチマークが実施され、多角的な視点での経営分析が行われている。医事業務は、マニュアルに基づき、受付・会計処理が行われている。業務委託については、委託業務管理規程にて委託する内容が明確化され、委託の是非の検討は、病院運営委員会にて行われている。委託業務従事者には、病院理念・基本方針・接遇のオリエンテーションを行い、医療安全・感染対策に関する研修会への参加を促している。

施設・設備の管理は総務課にて行われ、施設担当者により日常点検が実施され、定期の保守点検および検査は、年次保守計画表に基づき委託業者に依頼されている。物品管理は、SPD定数管理システムが導入され、総務課にて適切に管理されている。棚卸は年2回、実施棚卸が行われ、その際に期限切れおよび不良在庫の確認が行われている。

災害時の対応としては、災害時対応マニュアルが作成され、定期的な訓練が実施されている。地域災害拠点病院の指定を受けており、山梨県の広域医療対応訓練にも毎年参加している。

保安業務は院内に4台の監視カメラが設置され、正面玄関、待合ホール等の監視が行われ、夜間、時間外は、事務当直者により保安業務（施錠管理・院内巡視等）が行われている。医療事故発生時は、医療安全管理課に報告され、医療事故調査委員会の開催、調査・対策検討、調査結果報告書の作成と対応できる体制となっている。

11. 臨床研修、学生実習

看護学生を中心にリハビリテーション・栄養・薬剤・医事の学生実習を受け入れている。誓約書・実習生基本台帳兼受入申請書・臨地実習同意書の提出で、個人情報保護、守秘義務について理解し、実習に臨んでもらっている。学生実習受入れ時説明事項（理念・基本方針・医療事故防止・緊急対応等）がまとめられ、実習前にオリエンテーションが行われている。

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病院の方針を決定している	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	地域活動に積極的に参加している	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	S
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	S
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	B
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	医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	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	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	S
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	B
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	かかりつけ医機能としての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	S
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	B
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	文書を一元的に管理する仕組みがある	S
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： 2016年 4月 1日～2017年 3月 31日
 時点データ取得日： 2017年 4月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人康麗会 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	86	24.6
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	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		
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	18	+0
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		
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：

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

