総括

貴院は、1988年に消化器・乳腺の専門病院として開設された。2000年には県内初の緩和ケア病棟を併設し、以後、地域の医療ニーズに応えるべく診療科の拡大や診断機器の充実、さらには病院改築など療養環境の整備を図りながら、2009年の増床を経て、現在の急性期病床40床、緩和ケア病床27床に至っている。特に、がんの診断・治療・終末期のケアにおいては一貫して行う体制を構築し、地域医療機関との連携も積極的に推進され、緩和ケアの先駆的存在として位置付けられている。また、健康推進に向けた啓発活動も定着し地域住民から厚い信頼が寄せられている。2001年11月には日本医療機能評価機構の認定病院となられ、2006年8月には更新認定されているが、いずれも理念に基づく真摯な取り組みと地域に根ざした診療活動が評価されている。最近では職員個々の専門性を活かした各種認定資格取得も奨励し、多職種によるチーム医療を推進されている。今回の病院機能評価受審は認定更新であるが、病院長を先頭に職員が一丸となった取り組みとその成果が、随所で確認された。引き続き医療機能の向上に向け継続的な取り組みを期待したい。

「１．病院組織の運営と地域における役割」

理念・基本方針には、病院運営上の目標とともに機能・役割が明文化され、病院案内、ホームページ、広報誌等を通じて周知されており適切である。病院管理者・幹部は、リーダーシップを発揮し労働意欲につなげており適切である。組織運営の計画的実施については、中・長期計画のなかで病院の将来像や方向性などを示し、達成度の評価もなされており適切である。病院運営に必要な会議は定期的に開催され、組織図や組織運営に必要な規程も整備されておりおおむね適切である。情報管理と活用については、診療実績や各種統計などを統合的に取りまとめ医療の質向上に活用されたい。職員の教育・研修については、研修内容の評価に加え参加率向上へのさらなる工夫を期待したい。地域の保健・医療・福祉施設などとの連携については、一元管理を推進し体制の充実を図られたい。地域への情報発信については、広報紙やホームページ等を利用した診療実績の広報についても期待したい。地域の健康増進活動への取り組みについては、地域と一体になった支援活動が継続的かつ計画的に実施されており評価できる。禁煙については、敷地内禁煙が実施され継続的な啓発活動により、職員の喫煙率も極めて低い状況である。地球環境への配慮については、エネルギー消費の削減目標をより具体化し組織的かつ継続的な取り組みを期待したい。継続的な医療サービスの質改善への取り組みについては、課題を明確にし、ＱＣ活動など組織全体での取り組みを期待したい。

「２．患者の権利と医療の質および安全の確保」

患者の権利については、セカンドオピニオンの保障についても各種媒体を通じた周知

を期待したい。臨床倫理の方針については、職員への周知を図るとともに継続的に検討を重ねられたい。患者の知る権利の保障と診療情報の共有については、おおむね適切である。診療への患者参加を促進する仕組みについては、理解を深めるための支援が組織的に実施されている。さらに患者に求める事柄についても明確化し周知に向け取り組まれたい。安全確保のための組織体制については、必要な安全管理者が任命され体制は整備されている。なお、収集した報告の分析については、標準的な手法による改善策の立案を望みたい。医療事故発生時の対応体制については、対応手順が明確で、患者・家族への説明手順も定められており適切である。医療関連感染管理については、多職種から構成される感染対策委員会が定期的に開催されている。各種情報の共有化を図るべく全職員対象の教育・研修の充実を望みたい。患者中心の医療の実施については、診療に関わる記録の一元化を図るとともに、多職種によるチーム医療のさらなる推進を期待したい。診療の質の向上に向けた活動については、各種症例検討会の一層の充実を期待したい。

「３．療養環境と患者サービス」

案内機能については、丁寧な接遇に心がけるとともに、掲示物も所定の場所で最新の情報が提供されており適切である。外来待ち時間については、定期的に状況を把握・検討しながら、課題を明確にして短縮に向けた取り組みが継続的になされており適切と評価できる。相談機能については、担当者が多様な相談を受け、対応内容は記録され病院の内外スタッフとの連携も図られており適切である。患者・家族の意見や苦情については、意見箱や満足度調査結果を活用して組織的に検討を重ね、継続的に改善に取り組まれており適切である。患者や面会者の利便性については、生活延長上の各種サービスの提供に努め、入院案内でもわかりやすく紹介されている。なお、施設整備においては、手摺りの必要な箇所への設置などについて、検討を望みたい。プライバシーの確保と療養環境については、構造・設備・運用面での様々な工夫とともに、きめ細かな環境的配慮がなされており適切である。浴室は、必要な機能の整備とともに安全性なども確保されている。なお、トイレについては設備面のさらなる充実を期待したい。

「４．医療提供の組織と運営」

診療部門については、病院機能や役割に見合った医師確保に継続して取り組まれたい。看護部門については、人事考課を効果的に活用し専門性の高い看護師の育成や質改善に取り組まれており適切である。薬剤部門については、調剤環境の整備とともに、注射薬の調製・混合への関与を強化されるよう期待したい。臨床検査および病理診断については、臨床検査機能は適切に発揮されている。質改善については今後の推進を期待している。病理診断機能は、病理医は非常勤対応であるが、病理診断結果の迅速な提供、病理室の設備などについて検討が望まれる。画像診断については、明確な責任体制のもと業務マニュアルが作成され、精度の高い画像診断業務が安全に実施されておりおおむね適切である。放射線治療については、連携先が確保され紹介による対応が実施されて

おりおおむね適切である。輸血・血液管理については、設備・機器の整備とともに質改善に向けた継続的取り組みを期待したい。手術・麻酔については管理責任体制を明確化し、洗浄・滅菌業務については、手順の充実が望まれる。栄養管理については、管理栄養士の専門性を活かすべくＮＳＴ活動への継続的な支援体制を期待したい。診療記録の管理については、診療情報管理士の専門的関与による管理体制の充実に取り組まれたい。在宅療養支援については、計画的な人材確保と育成に向けた取り組みを望みたい。外来診療・看護の体制と機能については、質改善に向けた多職種による継続的な取り組みを推進されたい。医療機器の管理については、日々の点検や定期点検記録は整備されておりおおむね適切である。

「５．医療の質と安全のためのケアプロセス」

病棟における診療・看護の基本方針や目標には、医師の関与が望まれる。医師・看護師の役割と責任体制については、おおむね適切である。臨床における倫理的問題への対応については、患者個々の多種多様な事例を合同カンファレンス等で検討されており適切である。入院目的の明確化および診療計画の適切な作成については、多職種によるカンファレンス等で検討を重ねられておりおおむね適切である。指示出し・指示受け・実施については、手順が作成され遵守されており適切である。基本的な病棟業務の実施については、医師の回診は計画的になされ、多職種の参加により情報交換がなされておりおおむね適切である。入院生活の支援については、身体的・心理的・社会的ケアがなされており適切である。診断的検査については、確実・安全に実施されているが、検査結果についての評価所見の確実な記載を期待したい。投薬・注射の確実・安全な実施については、病棟での注射薬の調製・混合に薬剤師の関与を強化されたい。輸血・血液製剤の投与については、手順に基づく記録の徹底、周術期の対応については、説明と同意の記録の充実、術前処置の手順について見直されたい。栄養管理と食事指導については、患者の栄養スクリーニングならびに栄養計画の立案に、ＮＳＴによる支援体制と合わせ充実を期待したい。不快な症状や疼痛などの症状緩和については、基準・手順に沿って多職種とともに実施されており適切である。リハビリテーションについては、機能回復に向けた訓練が理学療法士を中心に展開されることを期待したい。身体抑制については、おおむね適切に実施されている。退院支援、ターミナルステージの患者への対応については、患者・家族の意向を尊重した診療・ケアが提供されており適切である。感染対策については、継続して標準予防策や感染経路別予防策の遵守を徹底されたい。診療・看護の記録については、質的監査の充実を図られたい。病棟における薬剤・機器はおおむね適切に管理されている。ベッド・マットについては、安全性・清潔性が保たれており適切である。

「６．病院運営管理の合理性」

人事・労務管理については、病院の機能・役割に見合った必要な人材確保に引き続き取り組まれたい。人事考課については、考課結果は本人にフィードバックされ、人材の

育成や処遇等に反映されており適切と評価できる。労働環境の整備では、病理室の環境整備を見直されたい。財務・経営管理については、病院会計準則に基づき会計処理が適切に行われている。ただし、会計監査については第三者による監査も検討されたい。予算管理は、各部門の意見を反映した予算書が策定され執行状況も毎月把握されており適切である。なお、経営管理については、経営改善に向けた取り組みを期待したい。医事業務は、手順が整備され窓口業務、収納業務などおおむね適切に行われているが、未収金の損金処理基準についても策定に向け取り組まれたい。病床管理については、病床利用率の向上を期待したい。施設・設備管理では、保守管理も計画的に実施されており適切である。院内の廃棄物処理については、安全かつ適正な分別の対応が図られたところであり、今後、継続して管理されたい。物品管理については、発注・検収に相互牽制機能を活かされたい。業務委託への対応・管理については、適宜検討され教育・研修の実施状況も把握されており適切である。病院の危機管理への対応については、必要な箇所への非常用コンセントの整備も期待したい。保安体制については、設備面などの整備が図られている。また、医事紛争にも対応体制が整備されており適切である。

１.病院組織の運営と地域における役割

評価判定結果

1.1　病院の理念と基本方針

1.1.1	理念および基本方針が確立されている	４

1.2　病院管理者・幹部のリーダーシップと計画的な運営

1.2.1	病院管理者・幹部は病院運営に対してリーダーシップを発揮している	４
1.2.2	組織運営が計画的になされている	４

1.3　病院組織の運営

1.3.1	病院は組織規程に基づいて運営されている	４
1.3.2	病院の組織が効果的に運営されている	３

1.4　情報管理機能

1.4.1	情報管理の体制が確立している	３
1.4.2	診療に関わる情報が適切に活用されている	３

1.5　職員の教育・研修

1.5.1	職員を対象とした教育・研修が実施されている	３

1.6　地域における役割と連携

1.6.1	地域の保健・医療・福祉施設などとの連携が適切に図られている	３
1.6.2	地域への情報発信が適切に行われている	３

1.7　健康増進と環境

1.7.1	地域の健康増進活動に取り組んでいる	４
1.7.2	禁煙が徹底されている	４

1.7.3	地球環境に配慮している	3

1.8　継続的な質改善の取り組み

1.8.1	継続的な医療サービスの質改善への取り組みがなされている	3

２.患者の権利と医療の質および安全の確保

評価判定結果

2.1　患者の権利と医療者の倫理

2.1.1	患者の権利が明確である	３
2.1.2	臨床における倫理に関する方針が明確である	３

2.2　患者－医療者のパートナーシップ

2.2.1	患者の知る権利を保障し、診療情報が患者と共有されている	３
2.2.2	診療への患者参加を促進する仕組みがある	３

2.3　患者の安全確保

2.3.1	安全確保のための組織体制が確立している	４
2.3.2	安全確保の手順が定められている	３
2.3.3	安全確保のための活動が適切に行われている	３

2.4　医療事故への対応

2.4.1	医療事故発生時の対応体制が確立している	４

2.5　医療関連感染管理

2.5.1	医療関連感染管理のための体制が確立している	３
2.5.2	医療関連感染管理の手順が整備されている	３
2.5.3	医療関連感染に対応し組織的に活動している	３

2.6　チーム医療の推進と診療の質の向上

2.6.1	組織的に患者中心の医療を実施している	３
2.6.2	診療の質の向上に向けた活動が適切に行われている	３

３.療養環境と患者サービス

評価判定結果

3.1　案内機能と待ち時間

3.1.1	案内機能が適切である	４
3.1.2	外来待ち時間に配慮されている	４

3.2　相談機能および患者・家族の意見の尊重

3.2.1	患者・家族の相談に応じている	４
3.2.2	患者・家族の意見または苦情に適切に対応している	４

3.3　施設・設備の整備と利便性

3.3.1	患者や面会者の利便性に配慮されている	４
3.3.2	高齢者や障害者に対する施設的な配慮がなされている	３

3.4　プライバシーの確保

3.4.1	患者のプライバシーが確保されている	４

3.5　快適な療養環境

3.5.1	適切な療養環境が保たれている	４
3.5.2	トイレおよび浴室についての施設的な配慮がなされている	４

４．医療提供の組織と運営

評価判定結果

4.1　診療部門

4.1.1	診療部門の体制が確立している	３
4.1.2	診療業務の質改善に取り組んでいる	３

4.2　看護部門

4.2.1	看護部門の体制が確立している	４
4.2.2	看護部門が適切に運営されている	４
4.2.3	看護業務にかかわる看護職員の能力開発に努めている	４
4.2.4	看護サービスの質改善に取り組んでいる	３

4.3　薬剤部門

4.3.1	薬剤部門の体制が確立している	３
4.3.2	院内における薬剤が適切に保管・管理されている	３
4.3.3	調剤が適切に行われている	３
4.3.4	薬剤情報が把握され、適切に提供されている	４
4.3.5	薬剤業務の質改善に取り組んでいる	３

4.4　臨床検査機能

4.4.1	臨床検査の体制が確立している	３
4.4.2	臨床検査機能が適切に発揮されている	４
4.4.3	臨床検査機能の質改善に取り組んでいる	３

4.5　病理診断機能

4.5.1	病理診断の体制が確立している	3
4.5.2	病理診断機能が適切に発揮されている	3
4.5.3	病理診断機能の質改善に取り組んでいる	3

4.6　画像診断機能

4.6.1	画像診断の体制が確立している	3
4.6.2	画像診断機能が適切に発揮されている	4
4.6.3	画像診断機能の質改善に取り組んでいる	3

4.7　放射線治療機能

4.7.1	放射線治療の体制が確立している	3
4.7.2	放射線治療機能が適切に発揮されている	3
4.7.3	放射線治療の質改善に取り組んでいる	NA

4.8　輸血・血液管理機能

4.8.1	輸血・血液管理の体制が確立している	3
4.8.2	輸血・血液管理機能が適切に発揮されている	3
4.8.3	輸血・血液管理機能の質改善に取り組んでいる	3

4.9　手術･麻酔機能

4.9.1	手術・麻酔の体制が確立している	3
4.9.2	手術・麻酔機能が適切に発揮されている	3
4.9.3	手術・麻酔機能の質改善に取り組んでいる	3

4.10 洗浄・滅菌業務

4.10.1	洗浄・滅菌業務の体制が確立している	3
4.10.2	洗浄・滅菌業務が適切に実施されている	4
4.10.3	洗浄・滅菌業務の質改善に取り組んでいる	3

4.11 集中治療機能

4.11.1	集中治療の体制が確立している	NA
4.11.2	集中治療機能が適切に発揮されている	NA
4.11.3	集中治療機能の質改善に取り組んでいる	NA

4.12 救急医療機能

4.12.1	救急医療の体制が確立している	3
4.12.2	救急医療機能が適切に発揮されている	3
4.12.3	救急医療機能の質改善に取り組んでいる	3
4.12.4	臓器提供への対応が適切である	4

4.13 栄養管理機能

4.13.1	栄養管理の体制が確立している	3
4.13.2	栄養管理機能が適切に発揮されている	3
4.13.3	栄養管理機能の質改善に取り組んでいる	3

4.14 リハビリテーション機能

4.14.1	リハビリテーションの体制が確立している	3
4.14.2	リハビリテーション機能が適切に発揮されている	3
4.14.3	リハビリテーション機能の質改善に取り組んでいる	3

4.15 診療記録の管理

4.15.1	診療記録を管理する体制が確立している	3
4.15.2	診療記録が適切に管理されている	3
4.15.3	診療記録管理の質改善に取り組んでいる	3

4.16 情報システム管理機能

4.16.1	情報システム管理の体制が確立している	NA
4.16.2	情報システム機能が適切に発揮されている	NA
4.16.3	情報システム機能の質改善に取り組んでいる	NA

4.17 在宅療養支援機能

4.17.1	在宅療養支援の体制が確立している	3
4.17.2	在宅療養支援機能が適切に発揮されている	3
4.17.3	在宅療養支援機能の質改善に取り組んでいる	3

4.18 外来診療機能

4.18.1	外来診療・看護の体制が確立している	4
4.18.2	外来機能が適切に発揮されている	3
4.18.3	外来診療機能の質改善に取り組んでいる	3

4.19 医療機器管理

4.19.1	医療機器の管理体制が確立している	3
4.19.2	医療機器管理機能が適切に発揮されている	4
4.19.3	医療機器管理機能の質改善に取り組んでいる	3

4.20 臨床研修機能

4.20.1	臨床研修体制が確立している	NA
4.20.2	臨床研修機能が適切に発揮されている	NA
4.20.3	臨床研修機能の質改善に取り組んでいる	NA

5．医療の質と安全のためのケアプロセス

評価判定結果

5.1　病棟における医療の方針と責任体制		A	B
5.1.1	病棟における診療・看護の基本方針や目標が明確である	3	4
5.1.2	病棟における医師・看護師の役割と責任体制が明確である	3	3
5.1.3	臨床における倫理的問題について対応している	4	4

5.2　入院診療の計画的対応		A	B
5.2.1	入院の目的が明確である	4	3
5.2.2	診療計画が適切に作成されている	3	4
5.2.3	医師の指示が確実に実施されている	4	4

5.3　適切なケアサービスの実施		A	B
5.3.1	基本的な病棟業務が実施されている	3	3
5.3.2	入院生活が適切に支援されている	4	4

5.4　ケアの実施（各論の流れ）		A	B
5.4.1	診断的検査が確実・安全に実施されている	3	3
5.4.2	投薬・注射が確実・安全に実施されている	3	3
5.4.3	輸血・血液製剤投与が確実・安全に実施されている	4	3
5.4.4	周術期の対応が適切である	3	NA
5.4.5	栄養管理と食事指導が適切に実施されている	3	3
5.4.6	患者にとって苦痛で不快な症状や疼痛などの症状緩和に努めている	4	4
5.4.7	リハビリテーションが確実・安全に実施されている	3	3

5.4.8	安全確保のための身体抑制が適切に行われている	３	３
5.4.9	患者への退院支援が適切に行われている	４	４
5.4.10	ターミナルステージの患者に適切に対応している	４	４

5.5　ケアプロセスにおける感染対策

		A	B
5.5.1	医療関連感染のリスクを低減させる具体的な感染対策を実施している	３	３

5.6　診療・看護の記録

		A	B
5.6.1	診療・看護の記録が適切である	３	３

5.7　病棟での薬剤・機器の管理

		A	B
5.7.1	病棟における薬剤・機器が管理されている	３	３
5.7.2	ベッド・マットに配慮されている	４	４

6．病院運営管理の合理性

評価判定結果

6.1　人事・労務管理

6.1.1	人事・労務管理が適切に行われている	3
6.1.2	職員の人事考課が適切に行われている	4
6.1.3	職員が安心して働ける労働環境が整備されている	3

6.2　財務・経営管理

6.2.1	財務会計が適切に行われている	3
6.2.2	予算管理が適切に行われている	4
6.2.3	経営管理が適切に行われている	3
6.2.4	医事業務が適切に行われている	3
6.2.5	病床管理の仕組みが適切である	3

6.3　施設・設備管理

6.3.1	施設・設備の管理体制が確立している	4
6.3.2	院内の清潔管理・廃棄物の処理が適切に行われている	3

6.4　物品管理

6.4.1	物品購入が適切に行われている	3
6.4.2	物品の在庫管理が適切に行われている	4

6.5　業務委託

6.5.1	業務委託が適切に行われている	4

6.6　病院の危機管理への適切な対応

6.6.1	災害発生時の対応体制が整備されている	３
6.6.2	病院の保安体制が適切である	４
6.6.3	医事紛争に組織的に対応している	４