

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1日～2月2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1952年に双三中央病院組合により開設され、地域住民の健康保持と健康増進に貢献し、地域の医療需要に応じて診療機能の拡充と整備をすすめてきた。1994年に現在地に新築移転後、2005年に市立三次中央病院に名称を変更している。断らない救急を実践し、「備北メディカルネットワーク」の設立など、備北医療圏の中核病院として機能を発揮している。移転から約30年が経過し現在地での建て替え計画を、「市立三次中央病院建替基本構想検討委員会」にて検討中である。病院機能評価は2009年12月に受審後、改めて取り組まれた。院内の各種規程やマニュアル等については、今回の受審を機に積極的に見直している。各領域の評価所見や総括を参考に、医療機能の一層の充実に向け、医療安全や質向上に継続して取り組み、地域の中核病院として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・基本方針を明文化し、院内外へ周知している。年次事業計画を策定し、病院管理者や幹部は担当分野の課題の把握と解決に取り組んでいる。幹部の選任についても基準を定めて適切に行っている。各種規程を整備し、意思決定会議や会議・委員会に各幹部は積極的出席して、役割に応じて病院の運営に寄与している。情報システムの管理・運営および文書管理について、体制を整備し取り組んでいる。医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理体制を整備し職員の安全衛生管理に努め、職員の意見・要望を把握して、魅力的な職場づくりに取り組んでいる。なお、全職員を対象にした教育・研修については、教育委員会の機能を活かした取り組みを期待したい。職員の能力把握・評価については、専門

的な能力向上や資格取得支援に向けた体制を整備している。基幹型臨床研修病院であり、医師の初期研修を適切に実施している。看護師やコ・メディカルの専門職種
の初期研修については、初期研修プログラムを作成して研修と評価を適切に実施している。学生実習についても必要なオリエンテーションを実施して対応している。

3. 患者中心の医療

「患者さまの権利と責務」および「子ども患者の権利と責務」を制定し、周知している。説明と同意に関する方針を明文化し、セカンドオピニオンについては、希望する患者に対応できる体制を整備し、ホームページや患者支援センターに掲示して患者・家族に周知している。患者との情報共有や患者の医療への参加は、患者支援センターにおいて積極的に情報提供し、入院案内にインフォームド・コンセントについて考え方を明示して患者自身からの情報提供を促すことで、適切な医療が受けられるよう協力を求めている。患者相談窓口を院内掲示や入院案内等で周知し、関連部署と連携して適切に対応している。個人情報保護方針や個人情報保護規程を整備し、法令改正に応じて見直している。臨床現場で発生する倫理的な課題と方針を明文化し、意思決定支援や人生の最終段階における医療・ケアの意思決定プロセスを検討している。各現場で発生する倫理的課題については、多職種によるカンファレンスで検討し、解決困難な事例は、倫理委員会で検討する仕組みがある。患者・面会者の安全性、利便性、快適性に配慮し、療養環境についても適切である。敷地内禁煙を徹底し受動喫煙防止に取り組んでいる。

4. 医療の質

現場での改善活動を推進する仕組みがあり、TQMを進めている。各部署および組織横断的なカンファレンスを開催している。クリニカル・パスも活用している。臨床指標を収集・作成されており、ベンチマーク分析や経年的な推移検討など継続した取り組みを期待したい。ご意見箱や患者満足度調査により患者・家族の意見・要望を把握して、業務の改善に取り組んでいる。新たな医療機器を購入する際には、院長ヒアリングや診療材料等購入検討委員会でプレゼンテーションを実施し、許可を受けることを取り決めている。病棟・外来における診療・看護の責任体制は確立している。診療記録は診療録等記載マニュアルに沿って記載し、質的点検も適切に実施している。患者の診療・ケアに際しては、ICT、NST、褥瘡、緩和ケア、認知症ケア、心臓病サポート、院内ストローク等の多職種で構成する専門チームを編成し、組織横断的に患者を支援している。各チームは定期的にラウンドやカンファレンスを行い、連携を取りながら協働してチーム医療を実践している。

5. 医療安全

医療安全管理室を設置して医療安全活動を計画的に実施し、インシデント・アクシデントの情報収集や分析を適切に実施している。医療事故への対応手順は明確であり、再発防止を図る検討体制を整備している。誤認防止に向け手順を明確にし、周知に向け取り組んでいる。画像診断や迅速病理診断の伝達や口頭指示を適切に実

施している。麻薬保管庫の施錠管理やハイリスク薬の管理は適切である。抗がん剤はレジメン管理登録し、薬剤の安全な使用のための研修を実施している。転倒・転落防止は、医療安全管理室とリスクマネジメント部会の転倒・転落チームが中心となり活動している。転倒・転落防止対策として、危険度のアセスメント基準や転倒・転落事故発生時の対応手順も整備している。医療機器はMEセンターにてシステム管理し、貸し出しから返却後の点検まで一貫して行っている。医療機器の使用マニュアルや日常点検項目を整備し、端末からも閲覧できる。患者等の急変時対応については、院内緊急コードを設定している。また、脳疾患を対象に脳外科医師にコールする「院内ストローク」がある。救急カートの内容は統一し、必要な点検を実施している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として、ICT（感染制御チーム）、AST（抗菌薬適正使用支援チーム）を組織して院内感染防止委員会は有効に機能している。感染制御に関するマニュアルを整備し、職員の感染研修を適切に行っている。後方病院および開業医との合同カンファレンスを実施するなど積極的な活動を行っている。日常のサーベイランスで MRSA その他の主要な多剤耐性菌などについて把握し、集計し評価している。中心ライン関連血流感染、尿路カテーテル関連感染、手術部位感染のサーベイランスが施行されており、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。その結果はニュースレターや院内 Web により周知している。ICT ラウンドやリンクナースラウンドで、標準予防策の遵守状況の確認や指導を行っている。リンクナースは、手指消毒剤の使用状況をモニタリングし、現場にフィードバックしている。抗菌薬の使用指針を整備し、抗菌薬の使用を適正に管理している。AST が機能しており de-escalation を実践して、院内の薬剤耐性菌の発生を制御している。耐性菌の検出時には、対応を迅速に講じ、院内 Web などを利用して情報共有している。

7. 地域への情報発信と連携

広報は広報委員会が担当し、広報誌等を作成している。広報誌やホームページには診療内容や医療機能などを含め医療サービスを分かりやすく掲載し、発信している。広報誌および患者支援センター便りを発行し、ホームページは随時更新している。診療実績については年報を発刊している。地域連携活動に関しては、地域医療連携推進法人備北メディカルネットワーク等にて地域医療ニーズの状況を把握している。電子カルテ閲覧システムで開業医に iPad を配布し、患者診療情報を共有している。地域の医療機関と連携して、地域医療を支援する機能の質向上を図っている。地域医療支援病院として、地域の医療従事者を対象に定期的な研修やセミナー活動を対面・Web にて実施し、知識の共有と連携強化を図っている。健診センターを設置して健診事業にも取り組むなど、地域の健康増進に寄与する活動も行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページや院内掲示で必要な情報を詳細に分かりやすく掲載し、患者の円滑な受診に配慮している。外来診療は患者に関する情報を収集し、患者・家族へ説明し同意を得ている。侵襲的な検査もその必要性やリスクなどにつき説明書を用いて説明し同意を得ている。医学的な判断に基づき入院を決定している。診断・評価を行い、入院診療計画書を作成している。患者支援センターでは、総合相談窓口を設置して患者・家族の様々な相談に適切に対応し、担当看護師と薬剤師で患者の円滑な入院を支援している。医師は毎日病棟回診を行い、スタッフと情報交換して病棟業務を適切に行っている。看護師は病棟業務に必要な各種基準・手順に則り、標準化したケアを提供している。投薬と注射を確実かつ安全に実施し、抗がん剤治療への取り組みも適切である。輸血の適応と血液製剤の種類の見直しは、「血液製剤の使用指針」に則って実施している。輸血支援システムを導入し、患者情報管理や血液製剤管理を一元化している。手術・麻酔の適応と方法は、診療科内および麻酔科医師が個別に判断し、患者に説明の上、同意を得ている。重症患者にはICU、救急

(2階)病棟またはスタッフステーションに近い病室を用いている。褥瘡対策は各部署のリンクナースと皮膚創傷の特定行為看護師を中心に活動を行い、NSTや褥瘡対策チームを含む多職種で構成される専門チームで連携を図っている。多職種で構成された緩和ケアチームが定期的なラウンドを行い、カンファレンスで情報を共有し症状緩和に努めている。評価と計画立案に基づき安全に適切なリハビリテーションを行っている。身体拘束は、身体拘束の必要性と方法を判断して実施し最小化に努めている。退院支援は患者支援センターの看護師が病棟と連携して適切に行い、療養の継続に必要な情報の伝達と退院後のサービス調整を行っている。ACPカンファレンスや緩和ケアチームカンファレンスなどを行い、患者・家族に寄り添ったターミナルケアを実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門については、処方鑑査、疑義照会、調剤後の確認を適切に実施している。なお、注射薬の1施用ごとの取り揃えについては、更なる推進を期待したい。臨床検査部門は、臨床検査情報システムを用いた進捗管理を行い、検体処理と報告の遅延防止に努めている。画像診断機能では、患者受け付けと確認、撮影をマニュアルに従って確実に実施し、CT・MRIは放射線科専門医が迅速に読影している。栄養管理機能は、適時・適温で食事を提供し、定期的な嗜好調査を行い患者の意見を取り入れた献立に努めている。必要なリハビリテーションを適切に実施している。医療機器の定期点検・保守点検は年間スケジュールに基づいて行い、点検記録も含め医療機器管理システムに保存している。夜間・休日の対応やトラブル発生時の体制も整備している。洗浄・滅菌機能は、使用済み器材は中央材料室で洗浄から滅菌・保管・払い出しまでワンウェイ化しており、滅菌の質保証も実施している。病理診断機能は、常勤医師と非常勤医師体制で病理診断を行い、必要な報告は検体提出医に直接院内メールで確認を促すともに、既読状況も確認している。広島県備北圏域唯一の放射線治療施設として適切に放射線治療を提供している。輸血管理機能

は輸血支援システムを導入して、製剤の管理・輸血検査の自動化・輸血後の副反応等の管理を一括して行っている。手術のスケジュール管理は、麻酔科医師が行い、手術室退室時の管理体制も確立している。集中管理機能は、各診療科医師とともに、サポート医師としての立ち位置で救急科医師あるいは麻酔科医師が必要に応じて診療に加わっている。看護師の配置や連携体制も整備している。救急医療機能は断らない救急を実践し、医療圏域の救急要請の応需率も高い。また、近隣医療圏からの救急要請にも対応するなど高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院会計準則に則って行い財務諸表を作成している。予算管理、会計監査、毎月の経営状況の把握などいずれも適切に実施している。医事業務は、窓口の収納業務、レセプトの作成、返戻・査定への対応、施設基準を遵守する体制の整備、未収金対応など適切に実施している。委託業者と定期的に会議を開催し、意見や改善事項を伝え改善に努めている。委託会社の選定にあたっては、委託費の高騰抑止や院内でのコスト削減を検討し対応している。病院が開催する研修会について、委託会社の職員に対しても病院職員と同様の参加を求めている。施設・設備の管理は、日常点検や保守管理等を実施し、緊急時の連絡体制も整備している。院内各所の清掃は行き届き感染性廃棄物の処理も適正に行っている。購買管理については、SPDシステムを導入し棚卸を適切に実施している。医薬品や医療消耗品の購入は該当する委員会で審議し購入している。医療機器や高額医療機器については、市が定める決裁手順に則り購入している。地域災害拠点病院としてDMATを編成し、災害支援を行っている。BCP（事業継続計画）の作成や情報セキュリティ対策、システムダウン時対策のマニュアルを整備している。保安業務は平日夜間、休日に委託の警備員を配置し、定期的な院内巡視により安全を確保している。夜間・休日の出入りの規制や緊急時の連絡網、施錠管理も適切に行っている。暴言・暴力などの行為については、対応マニュアルを定めて、平日は病院職員、夜間・休日は業務委託の警備員が対応する体制を整備している。

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	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
1.3.3	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	B
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
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	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	B
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	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	B
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	B
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	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	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	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	S

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	B
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	B
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	B
-------	-----------------	---

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	B
-------	------------------------	---

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： 2022年 4月 1日～2023年 3月 31日
 時点データ取得日： 2023年 9月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 市立三次中央病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 市町村
 I-1-4 所在地： 広島県三次市東酒屋町10531

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	350	297	-53	57.3	12.2
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	350	297	-53		

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	12	+0
集中治療管理室 (ICU)	4	+0
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	4	+4
人工透析	25	+0
小児入院医療管理料病床	15	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	0	-53
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), へき地拠点病院, 小児救急医療拠点病院, がん診療連携拠点病院 (地域), DPC対象病院 (DPC標準病院群), 地域周産期母子医療センター

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： 0人 2年目： 6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

