

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「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5月29日～5月30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	リハビリテーション病院	認定
機能種別	一般病院1（副）	認定

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 リハビリテーション病院  
該当する項目はありません。
- ・機能種別 一般病院1（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、急性期部門・回復期リハビリテーション部門・健診部門を中心として、地域に密着し、地域包括ケアシステムの中核的役割を担う病院として、地域に貢献されている。今回の訪問審査では、すべての職員が質の高い心のこもった医療を提供できるよう、日常診療と自己研鑽に励む姿勢がいたるところで確認できた。今回の結果を参考に引き続き病院機能の維持・向上に取り組み、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

理念を掲げ、ホームページ、院内掲示、病院案内で周知している。病院幹部は病院の課題を認識し、幹部間で共有したうえで、解決の道筋を職員に提示している。病院の意思決定会議が定例開催され、診療実績、人事、各部署報告などが議論され、議事録が残され活用されている。中期計画は3年単位でローリングプランとして策定されている。電子カルテを導入し、各部門システムが良好にマッチして運用されている。

医療法や施設基準上必要な人材は満たされ、就業規則などの規程類も整備されている。安全衛生委員会が設置され、産業医・衛生管理者が選任され、毎月開催している。職員アンケートを実施して要望実現に努力しており、魅力ある職場づくりに

努めている。全職員対象の研修は医療安全や感染対策などが実施され、職員の能力開発は目標面接に取り組んでおり、チャレンジシートによる客観的な記録として管理しており、評価者である上司の研修も実施されている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、院内各所の掲示等で周知され、新入職員への研修も行われている。説明と同意に関する方針・手順が明記され、同席者のルールがあり、医師による説明時は看護師等が同席し、患者・家族に十分な説明と同意が行われている。治療・ケアに必要な情報の共有として、入院診療計画書やリハビリテーション総合実施計画書等の説明を主治医が行い、治療内容・方針を具体的に示したものを提示し、治療への積極的参加を促している。患者支援体制は、相談室に専門職を配置し、退院支援を中心に対応している。個人情報やプライバシーの保護に配慮されている。現場で発生した倫理的課題については、多職種による合同カンファレンス等で協議されている。なお、病院としての倫理教育や組織的な対応についてはさらなる取り組みが期待される。

院内はバリアフリーで、手摺りの設置など高齢者・障害者への配慮が見られる。病室は診療・ケアに必要なスペースが確保され、食堂に患者がくつろげるスペースがあるなど療養環境を整備している。全館禁煙・敷地内禁煙の方針であり、ポスター等で周知している。

### 4. 医療の質

意見箱を設置して患者・家族の要望を把握し、患者サポート会議で対策を検討の上、個々にフィードバックしている。診療の質向上は、診療ガイドラインは整備され、常時閲覧が可能であり活用されている。クリニカル・パスが作成・活用されている。業務の質改善は、部門横断的な改善活動は他職種で構成されるCS委員会で行われ、改善が図られている。新たな医療機器の導入は現場からの提起を受け、倫理委員会での討議を経て組織的に決定される仕組みがある。

病棟の責任者表示と各勤務帯の看護師・看護補助者について表示され、外来においては担当医師や責任者名が表示されており、適切である。診療記録は診療録記載マニュアルに基づき記載され、署名・修正方法も定められている。質的点検も行われている。多職種によるカンファレンスを開催し、方針・退院時の目標や退院先、退院後のケア・サービスの検討を行っている。また、委員会や専門チームが活動し、多職種が協働して診療・ケアにあたっており適切である。

### 5. 医療安全

医師を委員長とする医療安全管理室会が週1回開催され、専従の医療安全管理者による毎日のラウンド結果の報告や医療安全課題の検討が行われている。また、下部組織のリスクマネージャー会議でアクシデント・インシデントの把握、対策の検討を行い、定期ラウンドも行っている。外部情報として日本医療機能評価機構などから収集して職員に提供し、類似事故防止の注意喚起を行っている。

患者誤認防止のマニュアルに沿ってフルネーム呼称や名乗り、生年月日、リストバンドとの確認などを行い、誤認防止に努めている。情報伝達エラー防止は、医師の指示は電子カルテにシグナルが表示され、看護師は速やかに指示簿で内容を確認できる。重複投与・併用禁忌は電子カルテに警告表示され、アレルギー歴・副作用などは薬剤師がチェックしている。入院時、全患者に対して転倒・転落防止アセスメントシートに基づいたリスク評価を行い、リスクに応じて対策が実施されている。医療機器は使用場所で管理され、使用中の点検は使用部署が毎日行い、定期点検を臨床工学技士が月1回行っている。院内救急コードを設定し、BLS訓練とコード・ブルー訓練は全職員に対し実施されており、医師・看護師に対してはACLS研修を実施している。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が月1回開催され、ICD・ICNも配置され感染防止が図られている。また、各部署から選出されたメンバーによる感染対策チームが院内ラウンドを行い、改善指導など現場へフィードバックしている。院内の感染症等を収集する仕組みがあり、分析や職員への周知が行われている。

標準予防策・感染経路別予防策については、全職員を対象とした研修の遵守状況をICTが月1回のラウンドで確認・指導している。PPEは必要箇所に設置され、感染性廃棄物の表示・設置・取り扱いは適切に行われている。抗菌薬の採用・採用中止は薬事委員会で検討されている。抗菌薬の使用マニュアルが整備され、使用前の細菌培養の検査が行われ起炎菌の同定とともに速やかに適切な抗菌薬へ移行している。

## 7. 地域への情報発信と連携

必要な情報の地域等への発信は、広報誌を発行し、連携医療機関・施設に地域連携情報誌として活用している。ホームページは時折のトピックが更新され、病院機能と各部署の紹介が分かりやすく掲載されている。地域連携では、積極的に地域病院との顔の見える連携を心がけており、人口動態やニーズを分析し、自院の役割やポジショニングを明確にしており、退院後の連携先とも対面での情報交換に留意しており適切である。地域への教育・啓発活動は、各職種が地域での健康講座に講師として参加する他、地域住民の健康増進の視点から、健康診断の実施に注力するなど適切である。

## 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の分かりやすい位置に掲示され、ホームページでも案内されている。医師の診察にて検査の必要性は決定され、必要性とリスクの説明が行われている。地域連携福祉相談室が窓口となり、情報提供書と受け入れ基準に基づいて担当医が入院の可否を判断し、病床運営会議にて受け入れが決定されている。入院日に医師は遅滞なく診断・評価を行い、診療計画書を作成し、多職種による合同評価も行われている。療法士は評価を行い、医師の指示のもとに作成したリハビリ

リテーション実施計画書に沿ってリハビリテーションを開始している。

医師・看護師の病棟業務は適切で、薬剤師は入院時に持参薬管理を行い、アレルギー・副作用歴と併せて主治医へ報告するとともにカルテへ記載している。入院時、全患者に対し褥瘡の危険因子評価を使用し、結果に応じた看護計画が立案されている。理学・作業・言語の各療法は評価に基づき個別的な訓練を行い、理学療法ではモーニングリハ・イブニングリハにて実際の生活場面での起居・移乗・移動などの訓練を行い、作業療法では退院後の生活を見据えた家事動作などの訓練を、シミュレーションルームを活用して積極的に行っている。また、言語聴覚療法は、意思疎通の方法や摂食形態など病棟・栄養科と密に連携して日常生活の改善を目指している。退院支援は、退院後の医療・リハビリテーション・社会資源の利活用を支援し、地域の社会資源提供者には退院時サマリー・家屋調査報告書等で情報提供を行っている。

#### <副機能：一般病院1>

スムーズな診療手続きや外来診療が行われている。保健・介護・福祉施設からの受け入れは、地域連携福祉相談室が窓口を担っている。医師は入院当日に入院診療計画書を作成し、看護師のリスク評価ならびに看護計画の作成、その他多職種によるチームアプローチが行われている。医師の回診は毎日実施され、看護師も看護ケアを日々行い、投薬・注射や輸血等も安全に実施され適宜記録もされている。手術は担当医から説明を行い、同意を得た上で安全に実施され、重症患者の診療・ケアも必要な機器の整備や多職種の関与のもと適切に行っている。入院時より多職種カンファレンス、退院前カンファレンスを行い退院後の継続的サービスの必要性を検討している。ターミナルステージの対応も適切に行われている。

### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、注射薬の調製・混合は薬剤師が行い、個人別1施用毎の取り揃えは全例としている。処方鑑査・調剤鑑査も良好に行い、処方の疑義照会は記録も含めて行われている。臨床検査機能は、パニック値報告は主治医へ電話や紙面で直接連絡され、精度管理は院内では毎日実施している。画像診断機能は、CT・MRIは全て放射線科医が読影し、主治医による見落としを防ぐため閲覧確認のフローが作成されている。栄養管理機能は、リハビリに必要なエネルギー量、嗜好、食形態、アレルギーへの配慮など個別対応に努力している。リハビリテーション機能は365日個別リハビリが提供され、早出・遅出の取り組みもある。診療情報管理機能は、診療録は電子カルテであり、自動発番のIDが付与され、1患者1IDで管理されている。医療機器管理機能は、マニュアルに沿った定期的点検と一元管理を臨床工学技士が行っている。洗浄・滅菌機能は、滅菌の質保証やリコール手順の整備など適切である。

病理診断機能は、細胞検査士で細胞診が行われ、全ての症例でダブルチェックしている。異常がある場合は速やかに主治医へ連絡している。輸血・血液管理機能は、輸血療法委員会を開催し、発注・保管・供給・返却などの業務は臨床検査科技

師長の責任下で実施している。手術・麻酔機能は、術中管理や確実な覚醒の確認など適切である。救急医療機能は、入院の受け入れ可能な病床数は共有され、スムーズな受け入れ体制を構築している。

#### 10. 組織・施設の管理

予算は各部署のヒアリングを経て、目標と数値目標の裏付けのある予算数値を設定している。損益計算書と貸借対照表が月次で作成され、運営会議において分析と対応策が検討されている。医事業務は、受付から会計までの流れは正確であり、レセプトを主治医が必ず点検し、必要に応じ再審査請求を行っている。また、未収金マニュアルに沿った対策もなされている。委託業者の選定は品質、サービス、安全性、価格について複数以上の業者と比較し決定する仕組みがある。

施設・設備は日常点検や必要な修繕を適時行っており適切に管理されている。医療材料はSPDを導入しており、ラベルチェックにて管理しており、かつ業者とともに棚卸を行っている。災害時の対応は、消防計画が策定されており、消防訓練に取り組んでいる。大規模災害マニュアルが整備され、各部署の行動計画が具体化されている。自家発電設備は長期間の使用を可能としており、食材・飲料の備蓄は3日分が確保されている。委託警備員が配置され、保安警備業務にあたり、防犯カメラによる監視体制も整っている。事故発生時の基本方針や報告体制が整備され、初動体制が整備されている。

#### 11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、看護師については導入期研修1年、初期研修を3年として研修プログラムが計画されている。療法士については初期研修を1年とし、研修プログラムも整備している。学生実習は、看護師と療法士養成校の実習を受け入れ、各養成校のカリキュラムに沿って実習が履行され、臨地実習指導者と事前相談がなされている。事故に備えた学校との取り決めも確実である。

# 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	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	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	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	B
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	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	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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	B
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A
2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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	B
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	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	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	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	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

## 機能種別：一般病院 1（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	A
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

年間データ取得期間： 2022年 1月 1日 ~ 2022年 12月 31日  
 時点データ取得日： 2022年 11月 1日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 医療法人桂名会 大須病院  
 I-1-2 機能種別 : リハビリテーション病院、一般病院1(副機能)  
 I-1-3 開設者 : 会社  
 I-1-4 所在地 : 愛知県名古屋市中区松原2丁目17番5号

## 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	80.4	25.1
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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	120	+76
地域包括ケア病床	0	-51
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## 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

