

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 4 月 21 日～4 月 22 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

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

1. 病院の特色

貴院は、開設より継続して病院機能の維持・拡充に取り組み、現在は地域の救急応需や急性期疾患の対応から、回復期リハビリテーション、慢性期医療から在宅復帰に至るまでの継続的な支援を行い、患者・利用者が安心して地域で暮らせるための医療や介護の提供に努力している。今回の受審においては、院長を中心として職員が一丸となり、継続的な改善活動が各部署で展開されていることを確認した。今後も地域のニーズに応じた医療を提供し、地域になくてはならないケアミックス病院として一層貢献・活躍されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明確に定め、定期的に検討・見直しがされ、病院の機能に準じた内容となっている。病院管理者は現状の課題を把握し解決に向けて取り組むなど、リーダーシップを適切に発揮されている。病院として年度ごとの方針と目標が定められ、そのもとで各部署の年度ごとの目標の設定と達成度の評価が行われ、効果的・計画的な組織運営を行っている。情報管理は、システムは一元管理され、規程に基づき各種対応がされている。文書管理も規程に基づき適切に管理されている。

必要な人材は確保され、就業規則や規程を整備して職員へ周知するとともに必要な届け出もなされている。安全衛生委員会が定期的に関われ、公務災害や職業感染への対応、職員の安全衛生に関する学習会などに取り組んでいる。面談でのヒアリングが行われ、職員の意見や要望を把握し対応しており、魅力ある職場づくりに努めている。

病院として教育の年間計画が策定され、必要な教育・研修が実施されている。また、参加できない職員へのフォローもシステム化され周知・徹底が図られている。職員の能力開発は、人事考課制度が継続的に実施されるほか、人材育成にも力を入れて積極的な支援が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を制定し、掲示や入院案内に掲載するほか、職員ハンドブックなどにも収載して患者・家族および職員に周知されている。説明と同意に関する方針・手順・対応については、システムの整備と明文化がされている。患者への情報提供や医療への参加促進では、様々な媒体を駆使しながら患者の療養に役立つ情報提供が適切に行われている。患者相談窓口として地域連携室が多様な相談に対応するとともに必要部署への振り分けをしている。個人情報保護に関する規程が整備され、USBメモリの取り扱いやパスワードの管理についても整備されている。主要な倫理的課題について規定され、倫理委員会を随時開催して検討されている。また、臨床現場における患者・家族の抱える倫理的課題については、日常的に看護カンファレンスにより把握され検討されている。

患者用駐車場が設置され、送迎バスの運行も頻繁にあり利便性に配慮されている。院内には売店やコインランドリーがあり、必要な衛生用品も揃えられ、生活延長上の設備とサービスが整備されている。適切な施設管理・運営がなされ、バリアフリーが確保され、必要な場所には手摺りなどが整備されている。病院敷地内禁煙が施行され、ポスターなどで禁煙の啓発活動が行われている。

4. 医療の質

患者・家族からの相談や苦情、要望等に対し、意見箱の設置や患者満足度調査・待ち時間調査が実施され、病院の質改善に繋げている。診療の質の向上に向けて、各種カンファレンスを開催するなど努力しているが、パスの適用の拡大や実績の評価分析を行うことを期待したい。業務の質改善は病院機能評価を継続的に受審し、業務改善委員会や病院機能評価委員会等で業務の質改善を図っている。臨床研究における審査手順を整備するなどしているが、新たな診療・治療方法等の導入については、組織的に導入する仕組みの強化を図られたい。

診療・ケアの管理・責任体制は明確で、主治医不在時の対応も明確となっている。診療記録は電子カルテを導入して随時必要事項を記載しているが、質的点検については医師も関与して組織的に行う仕組みの構築を期待したい。各種専門委員会が活発に介入しているほか、多職種によるカンファレンスを開催して、多職種協働による診療・ケアを実践している。

5. 医療安全

多職種で構成される医療安全対策委員会が定例開催され、医療安全対策委員は部署のリスクマネージャーとして、職員への教育研修、アクシデント・インシデントの情報収集と共有、再発防止に向けた検討等を担い、下部組織として看護部事故対策委員会が組織されている。院外情報は日本医療機能評価機構の安全情報を委員会や研修を通して周知している。なお、再発防止策の成果については、現場での活用や浸透の実際について継続的な評価を行い、PDCA サイクルを回す取り組みを期待したい。

患者誤認防止対策は、患者本人からのフルネームでの名乗りやネームバンドによる照合が行われている。手術時のサインイン・タイムアウト・サインアウトが行われているほか、内視鏡検査においても確実な誤認防止対策が実施されている。医師からの指示は電子カルテシステムを利用して行われ、状況により変動する指示なども具体的な記載を確認して実施している。薬剤の保管は適切に実施しているが、病棟配置の薬剤の種類、数量については見直しを期待したい。転倒・転落防止対策では、リスク評価に基づき看護計画が立案され、患者・家族へ説明し同意を得ている。医療機器は医療機器安全管理責任者等を中心に、おおむね適切に管理されている。院内緊急コードが設定されており、対応手順が定められている。院内各所の救急カートは標準化され、看護師・薬剤師が関与して適切に管理されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会および ICT を設置し、日常的に活発な活動を実践している。また、マニュアルを整備し随時改定もしている。感染症の発生状況、細菌検査の結果等は速やかに担当者に報告され、院内の感染状況を把握し随時対策を立てている。また、ICT ラウンドを定期的実施しており、指摘とともに改善状況の確認もしている。

医療関連感染制御については、標準予防策や手指衛生などの徹底に努めているが、感染性廃棄物の取り扱いについてはさらなる配慮を期待したい。抗菌薬の使用指針があり遵守されている。また、ICT の活動において抗菌薬の使用状況を把握し、必要に応じて指導を行っている。アンチバイオグラムも定期的に作成し、情報提供している。

7. 地域への情報発信と連携

医療・保健・福祉事業について、パンフレットや入院案内、院内掲示等で紹介している。また、患者・利用者向け広報誌を配布するなど、必要な情報の地域等への発信は適切である。地域との連携は、地域連携室に社会福祉士と事務を配置して入退院支援、患者相談、医療関連施設との連携が図られている。入退院支援業務と共に紹介・逆紹介のシステム、施設との連携を幅広く展開している。地域への教育・啓発の取り組みは、健康に関する講演会、各種健康教室などが行われているほか、高校生対象の「ふれあい体験」や中学生対象の「チャレンジ体験」などを実施している。他にも行政実施の多職種研修や合同研修などに主体的に関わっている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

新患、再来、紹介患者など円滑に診察が受けられるシステムが確立され、ホームページにも案内の掲載がある。地域連携室が窓口となり、地域の医療関連施設等からの円滑な受け入れが行われている。診断的検査は、必要性を検討した上で適切に実施されている。入院は必要な情報収集を行ったうえで決定し、必要時には上級医と相談の上で入院適応を判断している。医師が診療計画を立て、それに基づき各職種がそれぞれ必要な計画を立案している。

医師・看護師は病棟業務を適切に行っている。輸血・血液製剤投与はガイドラインに沿った使用を心がけ、同意取得も適切に行われている。手術症例はカンファレンスで手術適応を検討した上で実施している。全患者入院時に褥瘡危険因子評価が行われ、ハイリスクの場合は看護計画を立案している。栄養管理についてもスクリーニングを実施し、管理栄養士が評価のうえ栄養計画書を作成している。身体抑制は医師の指示にて実施し、実施後の観察や解除への取り組みも適切である。退院支援を必要とする患者への早期介入がなされ、多職種で退院支援カンファレンスを開催し、患者の身体的および心理状態や、患者・家族の社会的状況に応じた支援が検討されている。関係職種による退院指導の実践や、診療情報提供書や看護サマリーによる情報提供により継続した支援が行われている。

<副機能：リハビリテーション病院>

入院決定は、転院の申し込みを社会福祉士が受け付け、必要事項を確認した上で医師、看護師、理学療法士に報告し入院の可否を決めている。医師は入院時に診察を行い、入院診療計画書を作成して説明し、療法士の評価、訓練の状況などの情報入手も適切に行っている。医師は毎日回診を行い、病棟看護師、療法士と情報共有や治療方針の検討などを行い、看護・介護職は早期に看護計画を立案し、療法士と協働してADLの状況を確認するなど病棟での生活を安全に行えるよう支援している。褥瘡の予防・治療は、褥瘡リスクのある患者には、車椅子クッションや体交時のクッションを活用するなど適切に実施している。管理栄養士を配置し、リハビリテーションの進捗を確認しながら必要栄養量を決めており、適切な栄養摂取ができるように努力している。理学・作業・言語の各療法は、専門性に基づいた評価を行い、治療計画を立案している。リハビリテーションの視点から院内のケアの向上に努めており、療法士と看護師が安全の範囲で患者の訓練に繋がる介助レベルの設定を行い、申し送りなどで担当者が共有出来る工夫をしている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、処方鑑査・疑義照会・1施用ごとの取り揃え・薬剤保管などが適切に実施され、機能を発揮している。臨床検査は診療内容に見合った検査の実施を可能とし、検査後の検体は一定期間保管しており、追加検査にも応じている。画像診断は、技師の当直体制を取り時間外でも検査は可能であり、造影剤実施時の安全性にも配慮されている。栄養管理は、検収、保管、配膳、下膳、洗浄の作業はスムーズに実施され、適時適温にも配慮され適切に食事提供が行われている。リハビリテ

ーションは、脳血管、運動器、呼吸器の疾患別リハビリテーションが可能な体制で、主治医の処方に基づき、療法士が実施計画を立案し訓練を実施している。診療情報管理は、診療情報の一元管理、取り違え防止、診療録の閲覧・貸出のシステムが適切に行われている。医療機器管理は、管理台帳により部署ごとの配置状況や保守点検計画・実施状況が記録され一元的に把握されている。洗浄・滅菌は、使用済み器材の洗浄は中央化され、洗浄・滅菌室には必要な PPE を設置して着用している。滅菌の質保証も適切である。

病理診断は、全て外注で検査部が管理し、複数検体がある場合の検体の区別に留意した運用を行っている。輸血・血液管理は、輸血療法委員会が必要事項を検討しており、廃棄もごくわずかである。手術・麻酔は、全身麻酔は麻酔科医が実施し、HEPA フィルターの必要時の交換など適切に機能を発揮している。救急医療は三次救急病院からの依頼にも対応し、緊急検査、画像診断も可能としている。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に準じて規程が定められ、予算作成は病院として各部門の要望を取り入れたうえで確定している。また、月次決算は院長が幹部会で病院全体の経営状況を各部門に説明している等、財務・経営管理はおおむね適切である。医事業務は、受付・収納業務はマニュアルに基づき実施され、レセプト点検や査定・返戻などは医師の関与も位置付けられ適切に対応している。業務委託は、病院組織として業務内容と継続の判断、導入後の評価などが行われ、業務報告や社内研修の実施に関して確認をしている。

主要な施設・設備の日常点検や保守管理は適切に行われ、緊急時の体制も整備されている。物品管理は、在庫管理や出入りの管理、発注者と検品者の区別などが適正に実施され、物品購入の過程、使用期限の管理や棚卸などのシステムも構築されている。災害時の対応は、火災・避難訓練が行われ、緊急時の責任体制も整備されている。また、災害用物品と食料品・飲料水の備蓄、非常用発電機の点検作動も適切に実施している。日中・夜間・休日ともに担当職員で保安が行われ、玄関等の施錠時間や管理、面会時間も決められている。医療事故等への対応は、会議の招集や原因究明と再発防止に向けた組織的な検討が行われる体制が整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習は、薬剤師、看護師、療法士、臨床検査技師の部門で継続的に受け入れが行われている。独自のカリキュラムや実習依頼元のカリキュラムに基づき行われ、評価も含め適切である。医療安全や感染管理に関する研修のほか、実習中の事故等への対応なども適切に実施されている。

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	B
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継続的に取り組んでいる	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	B
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	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	B

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	B
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	B
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	B
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	B
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	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	B

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	B
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	B

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	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	B
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	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	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：リハビリテーション病院（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	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	B
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	A
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	A
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

年間データ取得期間： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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：医療法人社団育生会 京都久野病院
 I-1-2 機能種別：一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)
 I-1-3 開設者：医療法人
 I-1-4 所在地：京都府京都市東山区本町22-500

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	120	120	+0	84.2	43
療養病床	115	115	+0	88.7	59
医療保険適用	115	115	+0	88.7	59
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	235	235	+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	60	+0
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

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

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
1日あたり外来患者数	109.52	118.69	154.06	92.27	77.04
1日あたり外来初診患者数	3.73	5.57	8.16	66.97	68.26
新患率	3.40	4.69	5.30		
1日あたり入院患者数	202.99	206.25	216.72	98.42	95.17
1日あたり新入院患者数	2.54	2.51	3.14	101.20	79.94