

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」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 12 日～4 月 13 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

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 2
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 1951 年に開設されて以来、医療機能の強化を図ってこられ、現在は許可病床 309 床、29 診療科を有する地域の中核病院となっている。阪神南地域で急性期医療から回復期・慢性期医療、そして介護・在宅・生活支援サービスまで地域の人々の健康と生活をトータルでサポートする役割を果たしている。病院運営においては、理事長、病院長を中心に病院幹部のリーダーシップのもと、全職員が一丸となって医療の質向上に取り組んでいる。

今回の病院機能評価は 5 回目の受審となる。この度の審査では多くの項目で適切と判断された。今後も地域住民・医療機関のさらなる期待に応えながら、ますます発展を遂げられることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明文化し、院内外へ周知している。病院管理者や幹部は経営状況や将来像を示し、担当業務の課題を把握して解決に努め、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や委員会運営、中期計画と年次事業計画の策定、部署別年次事業計画作成と評価、BCP の策定等、適切である。電子カルテを導入し、情報システムや情報管理体制、安全確保体制を適切に整備している。文書管理規程に基づく文書管理体制を整備しており、診療情報管理規程類による診療関係文書管理も適

切である。

医療法等を満たす人員を配置し、職種別定数制のもと、確実な採用計画に基づき、人材確保を図っている。人事・労務管理体制を整備し、就業規則等の整備や労働実態把握は適切である。安全衛生委員会の開催、健診・労災等の職員の労働安全管理体制は適切である。職員意見の聴取と反映や福利厚生設備・制度・活動等、魅力ある職場作りに努めている。

全職員を対象にした院内研修会等が開催されている。院外学会や研修参加と予算確保、図書室機能を適切に整備している。職員対象の自己評価制度があり、看護部・診療協力部門等の専門職種にも能力把握や教育、資格取得支援の体制がある。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、4項目を明文化し、患者・家族、職員へ周知している。診療録は基本的に請求されたすべてを開示する方針である。説明と同意に関する方針・手順については「インフォームド・コンセントのガイドライン」があり、具体的な実施手順が定められている。患者との情報共有のため、患者用クリニカルパスや説明書などわかりやすく工夫している。相談窓口を設置し、患者・家族の多様な相談に対応している。個人情報保護体制を整備し、診療情報や相談記録管理体制、プライバシー確保への配慮等、適切である。倫理的な課題について「倫理担当者会」が定期的開催され、多職種で事例の共有をしている。現場で解決困難な事例に対しては、組織的な検討の場がある。

病院へのアクセスは良好で、院内は高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。

病院全体の清掃は行き届いており、採光、照明、空調調節など適切である。病院は敷地内禁煙であり、禁煙外来を設置しているなど患者・職員に禁煙を促進している。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、意見箱、患者満足度調査等を通して収集し、結果を質改善に役立てている。症例検討会は各科で開催され、内容に応じて多職種が参加している。診療ガイドラインを遵守し診療の標準化が図られている。クリニカルパスについてはバリエーション分析を行うなどして作成・見直しをするなど、診療の標準化・効率化に努めている。臨床指標は医事課を中心にまとめている。病院機能評価など積極的に第三者評価を受けることで質改善の取り組みを行っている。部門横断的な質改善は「医療安全推進会議」が中心となり取り組んでいる。新たな診療・治療方法、技術の導入は、「幹部会」で検討する仕組みであり、新たな知識・技術習得のための病院の支援体制がある。臨床研究は「倫理委員会」で審議されている。

病棟の掲示版に、病棟医師、看護師長、病棟担当薬剤師の氏名を明示している。電子カルテシステムを運用し、「診療録記載基本事項」に従って適時に記載されている。医師の診療録の質的点検を行い、結果をフィードバックしている。2週間以内の退院時サマリー作成率はほぼ100%である。認知症ケアチーム、感染制御チー

ム、褥瘡ケアチームなど、専門性のある多職種チームが活動している。

5. 医療安全

専従の医療安全管理者を配置し、任務および権限は明確である。医療安全委員会、医療安全推進会議で医療安全に関する検討や事例分析、改善活動の支援を行っている。レポートシステムにより、インシデント・アクシデント情報を収集し、報告内容を分析・検討している。

患者の確認は、氏名を名乗ってもらうことを基本とし、入院患者には、ネームバンドを発行している。パニック値報告は医師に報告し、病理レポート、画像レポートについても重大所見に対し伝達エラーを起こさないよう工夫している。全入院患者に転倒・転落リスク評価を行い、リスクがある患者には看護計画を立案、多職種間でも情報を共有し、転倒・転落防止に努めている。病棟で使用する医療機器は使用前、使用後の点検は看護師が行い、故障や修理が必要な場合は、臨床工学技士に連絡している。院内緊急コードを設定し、各部署に表示して全職員に周知している。救急カートは院内で統一し、除細動器・AEDを必要な場所に配置している。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策委員会、感染管理室、ICT、AST などにより医療関連感染制御に向けた体制が確立している。医療関連感染に関わるターゲットサーベイランスは病院として取り組むことを期待する。

感染対策マニュアルを整備し、感染経路別の予防策に基づいた対応を明記し実践している。標準予防策を遵守し、PPEの着脱訓練を定期的に行っている。抗菌薬適正使用に対し院内ガイドラインを作成し、ICT、ASTの適切な関与のもと抗菌薬を選択、使用している。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌、ホームページ、病院案内、入院案内などで、患者や地域住民に病院の提供する医療サービスを発信している。ホームページはスマートフォンにも対応可能とし、わかりやすい構成となっている。年報やDPCデータに基づく病院指標など必要な情報を地域等へわかりやすく発信している。地域医療室職員が医師と医療機関を訪問し、ニーズや要望を把握するとともに、医療機関のリーフレットを作成して逆紹介に役立てている。紹介患者の診察予約は、手順に基づき速やかに行うとともに、返書の確認を確実にしている。医療圏内の連携会議に参加するとともに、地域連携パスを運用するなど、地域医療関連施設等と適切に連携している。地域住民向けに、診療科や診療支援部門が診療に関する情報を、ホームページに毎月掲載している。感染管理認定看護師を地域の医療機関等に派遣するとともに、地域の薬局とオンラインで勉強会を開催するなど、地域に向けた教育・啓発活動に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に必要な情報はホームページや院内掲示等で案内している。外来診療は患者情報収集手順、療養指導体制など適切である。検査の必要性は医師により判断され、侵襲的検査の際の説明と同意書の取得は適切である。入院の決定に対し、必要性の判断と患者・家族に対する説明、病床管理など適切である。医療相談窓口では内容に応じて、社会福祉士や看護師が対応している。

医師は病棟業務を適切に行っている。看護師は院内共通の看護基準・手順に基づき、診療の補助や看護を提供している。輸血の実施にあたっては、院内統一の書式を用いて説明し同意が得られるとともに、輸血中の患者の状態の観察・記録を確実にしている。手術に関する説明・同意書の取得は確実で、麻酔科医による術前診察・術後訪問、看護師による術前訪問は全身麻酔症例全例に対し行っている。重症患者はHCUで管理するほか、一般病棟で注意が必要な患者はナースステーション近くの病室で治療している。

褥瘡発生リスクがある患者には看護計画を立案して介入している。入院予約時に栄養状態のスクリーニングがされ、栄養管理計画書を作成している。疼痛は客観的・経時的に評価している。原則的に身体抑制をしない方針であり、必要の際には医師より説明と同意が取られている。入退院支援部門では退院後の診療・ケアの継続と安全な療養環境の確保に努めており、退院サマリーや看護サマリーで入院経過や継続事項を伝達している。終末期患者へのケアは、患者・家族の意向や希望をもとに、適切に行っている。

<副機能：尼崎中央病院> 回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟への入院相談は適切に行われている。急性期病院からの入院依頼や院内一般病棟からの転棟依頼など、多職種参加の判定会議で入院決定が適切に行われている。医師をはじめとした多職種の詳細な評価を基に診療計画やリハビリテーション総合実施計画書が作成され、説明・同意を得ている。患者・家族からの医療相談は療養・生活上の必要な援助を行っている。医師のチーム医療におけるリーダーシップは適切である。看護職の病棟業務は適切であるが、介護福祉士の位置づけと業務の明確化が期待される。注射は確実・安全に実施されている。褥瘡の予防・治療は適切である。栄養管理と食事指導は積極的に実施されている。症状緩和への対応は、リハビリテーション特有の疼痛などに取り組まれている。理学療法、作業療法、および言語聴覚療法では療法士、看護師と協働したケアが適切に実施されている。生活機能の維持・向上を目指した看護師、療法士の協働の取り組みはおおむね適切である。身体抑制はゼロにしており、秀でている。在宅復帰に向けては、家庭訪問を基に在宅生活を想定した訓練や退院後の指導が多職種と協働して行われている。退院後の診療・ケアの継続的な取り組みは、退院後訪問も行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

持参薬管理、処方鑑査・調剤鑑査、抗がん剤調製・混合など薬剤管理機能は適切である。臨床検査機能は日当直制で休日時間外のニーズにも対応し、検査結果の報告は迅速である。CT、MRI は 100%を放射線科医師が読影し、近隣医療機関とも適宜連携している。栄養部門は、衛生面に配慮し、患者の特性に応じた食事を提供している。急性期・回復期・維持期のリハビリテーションを多職種間で情報を共有しつつその連続性を担保し、標準化されたプログラムに則り行っている。診療情報管理部門は、電子カルテにより診療記録を一元管理し、紙媒体もタイムスタンプにより電子保存するなどペーパーレスを実現している。洗浄・滅菌機能は滅菌精度の質保証に努めている。

病理診断室では検体、報告書の保存・管理は的確になされ、標本作成の際の誤認防止対策も行うなど病理診断機能は適切である。輸血・血液管理機能は、検査部門が担っており、輸血の発注・保管・供給は夜間・時間外を含め必要時に迅速な業務が行われている。手術室のスケジュール管理は麻酔科医師、手術室看護師で調整し効率的な手術室運営に努めている。HCU では主科による担当医制となっており、入室基準、退出基準とも整備されている。救急患者は原則として全例受け入れる方針である。応需不能例は救急業務委員会で検討している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、予算管理・会計処理・会計監査・経営状況の把握と分析など、適切に実施されている。受付から収納まで一連の医事業務を手順に則って行い、返戻・査定、未収金の督促管理、施設基準遵守のための取り組みも適切である。業務委託は、契約手続き、各部門での実施状況の把握、委託業務従事者に対する教育や事故発生時の対応など、適切に行われている。施設設備管理は、病院職員が直接担当して、年間計画に基づく施設・設備の点検・整備を実施し、緊急時の対応と連絡体制も明確になっている。物品管理については、採用・購入・定数の見直し・使用期限の確認等適切に実施している。単回使用製品の再利用はない。

防災マニュアルを整備し、緊急時の連絡体制・責任体制は明確であり、非常時の薬品・水・食料も患者および職員用として必要量が備蓄されている。保安業務は 24 時間体制で防災センターに警備員を配置し、日々の業務は日報によって報告を受け、実施状況を確認している。また、警察 0B を 24 時間配置するなど、不審者や院内暴力等に対応できる体制を整備している。医療事故発生時の対応フローチャートを整備し、事故発生時の院内調査委員会の開催と原因究明、再発防止に向けた検討、対外対応手順整備、損害賠償責任保険加入等、適切である。

11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修については、医師の臨床研修は、協力型臨床研修病院となっている。看護部門では、新人看護師をクリニカルラダーの I に位置付け、プリセプターを配置し年間計画に基づく初期研修を実施している。その他の部門においても、業務ごとの到達目標を設定した新人教育計画を策定し、指導者を配置して

評価するなど、専門職種に応じた初期研修を適切に行っている。

学生実習は、様々な職種の学生を受け入れている。実習受け入れ窓口は人事労務課であり、一元的に管理している。個人情報保護、感染対策などの共通事項の研修は病院共通のオリエンテーション手順に基づき実施している。直接患者に接する機会がある場合は患者の同意を取得している。事故発生時の対応を定めるとともに、実習生のワクチン接種状況についても把握している。

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	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	B
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	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	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	B
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	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	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	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	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	リハビリテーションを確実・安全に実施している	B
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
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	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	A
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	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	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	NA
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	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	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	B

2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	S
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 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 社会医療法人中央会 尼崎中央病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2、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： 兵庫県尼崎市潮江1-12-1

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	189	189	+0	80.5	15.9
療養病床	120	120	+0	93.1	63.6
医療保険適用	120	120	+0	93.1	63.6
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	309	309	+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	4	+0
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)	6	+0
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	12	+0
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	45	+0
地域包括ケア病床	27	+0
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

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

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	412.40	392.63	444.17	105.04	88.40
1日あたり外来初診患者数	61.73	56.53	69.17	109.20	81.73
新患率	14.97	14.40	15.57		
1日あたり入院患者数	272.96	262.77	280.64	103.88	93.63
1日あたり新入院患者数	11.71	11.40	12.02	102.72	94.84