

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」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2月26日～2月27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	慢性期病院	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 慢性期病院
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1977年に高齢者の理想郷を目指し、現在地に開設された。その後、高齢者のためのリハビリテーションの充実、療養環境の充実を推進してこられた。また、病院機能評価を継続的に受審するなど、第三者評価にも積極的に取り組まれている。今般、病院の建て替えを行い、同一敷地内に特別養護老人ホームを含む構成となり、理念達成に向けた医療・福祉・在宅の環境整備を整えつつ、地域への貢献が益々期待されている。今後も、引き続き質の改善に向けた活動を継続され、理想郷の実現に向け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

一貫した理念のもと、理念達成に向けた目標（基本方針）を掲げて、運営に取り組まれている。理念・目標は各種媒体を通して周知に努めており、必要に応じた見直しの体制も適切である。病院運営上の課題も明確に捉えられ、その解決に向けリーダーシップを発揮している。電子カルテの運用が開始され、情報管理の体制は整備されたため、今後も継続して推進されたい。

さらなる人材の確保については、継続的に行われると良い。規則・規程の整備、労働基準監督署への届け出などは適切に行われている。職員の安全衛生管理はおおむね適切である。職員の意見把握・実行の取り組みも適切である。教育研修委員会を中心とした職員研修、資格取得支援の取り組みも適切であり、介護福祉士増加に

結びついている。人事考課制度の中で、職員の能力評価・開発も適切に取り組まれている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は適切な内容で明文化されており、研修や周知も適切に行われている。説明と同意の方針、対応は適切である。患者・家族の理解を深める支援はリハビリテーション総合実施計画書のFIM評価を色分けで見える化などの工夫がされている。医療福祉相談室のMSWがあらゆる相談に対応し、患者との対話促進に機能している。職員ポケットマニュアルへの高齢者虐待チェックリストの掲載は評価できる。個人情報保護・プライバシー確保の取り組みは適切である。臨床および患者・家族の倫理的課題は認識され、倫理委員会、ケアカンファレンスの場で採り上げられ適切に対応されている。

病院の立地は鳴門海峡を臨む風光明媚な環境であり、交通アクセスの配慮、生活延長上のサービスへの配慮も行われている。病院は新築されたばかりであり、バリアフリーなど高齢者・障害者に配慮されている。また、院内は整理整頓され、トイレの利便性・安全性、患者の特性に合わせて利用できる各種浴槽の設置など適切である。禁煙への取り組みも職員喫煙率の減少など成果を上げている。

4. 医療の質

意見箱や満足度調査、退院アンケートなどにより患者・家族の意見を聞く体制があり、検討・フィードバックの体制も適切である。死亡全症例についての医学的な振り返り、長年の各種臨床指標の公開、収集したデータに基づくマニュアル改訂や医療・ケアへの活用は高く評価できる。排泄ラウンド、回復期リハビリテーション病棟の機能向上など、多職種でプロジェクトを作り業務の質向上を図っていること、病院機能評価、慢性期医療協会の認定審査など、第三者評価による質向上に努めていることは評価できる。新たな診療や機器は、倫理委員会に諮り、専門医の指導や研修を経て導入している。

外来・病棟の管理・責任体制は明確であり、入院時に担当スタッフの紹介が用紙配布を含め行われている。診療記録は電子カルテの運用が始まり適切に記載されている。病状や治療方針の説明時の患者・家族の反応などについても、さらなる記載の充実を期待したい。多職種の診療協力体制は確立しており、各種の専門チームが編成されている。全職種の職員からなる5チームを編成し、理念・目標から文書類・基準・手順などあらゆる見直しを図るプロジェクトを発足させ、協働して取り組む土壌を醸成している。

5. 医療安全

患者の安全確保に向けては、必要な委員会が組織され機能している。インシデント・アクシデント報告に基づく情報の分析、対策の検討、実施効果の検証は適切に取り組まれている。職員はマニュアル化した規程を掲載したポケットマニュアルを携行している。院外情報の収集、周知も適切に行われている。誤認防止の取り組み

は名乗り、職員のダブル確認、侵襲的検査時のタイムアウト、チューブ毎へのテープ表示、ID 確認等が行われており、おおむね適切である。指示出し・確認・実施は電子カルテ上で適切に行われている。

ハイリスク薬はシールで区別し保管されている。高齢者の薬物療法ガイドラインを参照し、薬物使用をコントロールしている点は評価できる。転倒・転落のリスク評価、高リスクの患者には肩ロウッペンや車椅子シールを活用し、スタッフ全員で注意喚起が行える体制がある。また、医療機器の日常点検なども、適切に行われている。患者急変時の対応は、救急カートの整備、緊急コードの設定、招集訓練の実施、AED を含む BLS 訓練の実施など、いずれも適切である。

6. 医療関連感染制御

医療感染制御に向けては、各部門を代表する委員で構成された感染防止委員会の設置、4 チームからなる ICT の組成、感染防止規約の定期的な改訂などの体制が確立している。分離菌の培養感受性情報による定期的なアンチバイオグラムの作成・活用、過去のアウトブレイク時のラインリスト、ヒストグラム、病棟マップを活用した感染抑制の取り組み実績と終息後の最終要約の作成、ノンタッチディスペンサー設置による手指消毒の徹底、感染経路による予防策をラベル化して病室で分かりやすくするなど、これらの感染防止の取り組みは高く評価できる。また、必要な PPE の整備、速乾式消毒剤のモニタリング、感染性廃棄物・汚染リネンの取り扱いも適切である。抗菌薬の使用については、適正使用に関する指針に則って、適切な使用に取り組んでいる。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、主にホームページや広報誌で行われ、また鳴門市の広報誌やタウン誌の活用も行われている。広報誌は医療・福祉関連施設、学校、窓口を通じた地域住民へと広く配布されている。ホームページにおける診療実績および臨床指標の公開への取り組みは、10 年以上の実績を多項目で発信しており、その取り組みは高く評価できる。

地域の医療関連施設との連携は、医療福祉相談室兼務の地域連携部門が中心となり、医療機能の把握、各種会合への参加、地域ニーズの把握に努め患者紹介元への対応など適切に取り組んでいる。地域に向けての啓発活動は毎月の出前講座を開催し、100 回以上となることは評価できる。講師派遣やリハビリテーション専門医による研修会も行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合受付が設けられ、来院患者への分かりやすい応対、病態などによる外来看護師との連携も適切に行われている。玄関横に感染対策室（隔離室）があり、受け付け時点でトリアージできる体制がある。侵襲を伴う検査は限られているが、いずれも十分な説明のうえで同意を得ており、安全配慮もなされている。入院判定基準が定められており、入院判定会議で判定されている。入院診療計画は CGA などのツー

ルも使用し、多職種で作成している。見直し、家族への説明も適切である。診療計画に基づき多職種協働でケア計画書を作成し、説明・同意を得ている。同時にリハビリテーション計画や栄養計画も作成されている。医療相談は社会福祉士が対応しており、院内外との調整・連携も図られている。入院時は担当看護師が入院生活全般の説明を行い、患者・家族の要望に対応してスムーズな入院に繋げている。

医師は病棟でリーダーシップを発揮し、不在時の代行体制も適切である。看護・介護の役割分担も業務手順で明確になっており、介護福祉士はソワニエとして位置づけられている。入院時に検査を行うとともに CGA など各種ツールにより、全身状態を心身両面から把握しケアに結びつけていることは評価できる。投薬・注射は手順に則って確実・安全に行われている。抗菌薬投与時の観察なども適切である。輸血はパスに則り安全・確実に実施されている。重症患者は定義、マニュアルに沿った対応がなされている。

褥瘡は皮膚科医の相談体制、NST の介入があり治癒率は高く、院内で新規発生がないことは高く評価できる。管理栄養士の患者訪問による栄養状態の確認、ST を中心とした摂食・嚥下機能評価など適切である。症状緩和への取り組みも適切である。慢性期のリハビリテーションを生活期のリハビリテーションと位置づけ、病棟担当制とし患者への理解度を高め、モーニングリハビリテーションとして移乗、洗面などに関わっていることは評価できる。自立支援への取り組みは、病棟での日々の活性化に結びつけるプログラムの充実を今後も望みたい。行わないことを前提とした身体抑制への取り組み、退院に向けての多職種や院外機関との連携、退院先への必要なサマリーの提供、在宅療養の支援体制などいずれも適切に行われている。ターミナルステージにおいては判定基準に基づいた診断、患者・家族の意思確認、逝去時の振り返りなど適切に取り組まれている。

<副機能：リハビリテーション病院>

回復期リハビリテーション病棟では日本リハビリテーション医学会専門医が配置され優れたリーダーシップを発揮しており、認定理学療法士、身体障害福祉法第15条指定医の配属もある。日本理学療法士協会生涯学習制度の認定施設に指定されており、質の高いリハビリテーションの提供が伺える。審査項目については総じて高い評価であり、日々の努力の成果が伺えた。

入院の決定は、紹介元まで出向き、患者・家族と面接する形も取られており積極的である。理学療法、作業療法とも早出による ADL 場面への介入を行うとともに、評価・計画・治療の一連の流れと多職種連携の業務が確立している。言語聴覚療法は嚥下障害に力を入れており、MASA 日本語版スコアシートの評価や、ジェントルスティームによる治療など積極的な取り組みがあり評価できる。

退院支援や継続した診療・ケアの取り組みは、入院後早期の家屋調査をはじめ、退院前の家屋調査、地域の事業所も交えた退院前カンファレンスと充実した取り組みが行われている。退院後調査も療法士により行われ、退院後生活の評価や支援体制も適切である。回復期リハビリテーション病棟の課題は、病床稼働率の向上、療法士の充実による患者1人あたりのリハビリテーション単位数増、レクリエーショ

ン等の病棟生活の活性化があげられる。これらの課題解消による好循環で、地域包括ケアシステムにおける貴院の存在意義が高まり、さらなる地域貢献に寄与されることを期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬局の執務環境は適切であり、一連の薬剤業務は確実に行われている。最新の諸情報も確認している。検査は外部委託との併用で、規模に応じた陣容であるが、異常値の対応・精度管理など適切に行われている。放射線科は安全に配慮し、誤認防止対応は徹底している。

栄養管理は適時適温の配食、厨房の衛生管理、嗜好など患者への個別対応、ソフト食の導入など適切である。団体認定の NST 稼働施設、臨床栄養士研修施設になっている。リハビリテーションは生活機能訓練、コミュニケーション、摂食・嚥下機能、社会との接点などを目標に取り組んでおり、認定理学療法士が在籍している。診療情報管理、医療機器管理、洗浄・滅菌は適切に行われている。

病理診断は年に数件の内視鏡健診であり外部委託で適切に行われている。輸血は発注・供給などは検査科、一時保管は薬剤科で行われ、速やかな実施であり廃棄はないため、適切である。輸血療法委員会が機能しており適切である。

10. 組織・施設の管理

経営状況の把握は管理会で行われているが、具体的な事業計画に沿った予算書の策定・管理を期待したい。レセプトの点検体制など医事業務は適切に行われている。業務委託も見直しの体制など適切である。施設・設備は業者の保証期間中であるが、次年度に向け保守・点検計画表は準備中である。物品管理は経理課を経由して適切に行われている。

災害時の対応は、東南海・南海トラフ地震を想定した対応がされており、マニュアルの整備、訓練の実施、インフラ設備の確保、必要物品の備蓄体制など高く評価できる。

保安業務は休日・夜間の業務委託、施錠管理、ナンバーロックシステム・空間センサーの設置、防犯カメラなど適切に行われている。医療事故に備えては患者の救命優先を謳った規程・マニュアルの整備、手厚い賠償責任保険の加入、必要時の弁護士参入のシステムなど適切に取り組まれている。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習の受け入れは薬剤師、リハビリテーション療法士、管理栄養士の受け入れがある。いずれも学校とのカリキュラム調整、医療安全などの初期研修、事故時の対応、患者・家族の承諾など適切に行われている。実習の成果が人材確保に寄与することを今後も期待したい。

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	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	S
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	S
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	S

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	B
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	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	S
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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

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	NA
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	NA

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	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	B
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	B
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	S
-------	-----------------	---

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	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	A
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	S
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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：医療法人久仁会 鳴門山上病院
 I-1-2 機能種別：慢性期病院、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：徳島県鳴門市鳴門町土佐泊浦字高砂205-29

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					
療養病床	118	118	-82	72	119
医療保険適用	118	118	-22	72	119
介護保険適用	0	0	-60		
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	118	118	-82		

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	30	+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： 0 人 2年目： 0 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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	17.58	18.90	19.71	93.02	95.89
1日あたり外来初診患者数	1.40	1.37	1.35	102.19	101.48
新患率	7.98	7.25	6.85		
1日あたり入院患者数	124.80	142.26	148.33	87.73	95.91
1日あたり新入院患者数	0.58	0.62	0.67	93.55	92.54