

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12月15日～12月16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1951年に上飯田第一病院を開設して以降、1991年に総合上飯田病院第一病院に改称し、71年の歴史を刻んできた。この間、施設・設備・医療機器等の拡大・充実を図りながら、臨床研修指定病院となり236床の病院に発展している。

病院の理念に「信頼され愛される病院」を掲げ、名古屋二次医療圏の中核病院として急性期医療を中心に回復期病床・地域包括ケア病床を備え、地域に根差した医療の展開で地域住民の厚い信頼を得ている。

今回は4回目の受審であり、病院長をはじめとする病院幹部職員はリーダーシップを発揮し、職員が一丸となって課題の克服や安全で良質な医療を目指す活動を確認できた。引き続き各領域の評価内容を参考に、医療機能と質の向上に向けて継続した取り組みに期待したい。貴院の理念達成に向けた取り組みの一助になることを願い、今後の発展を祈念する。

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。病院長をはじめ幹部は将来構想を職員に明示し、担当分野の課題の把握と解決に取り組む等、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、中期計画や事業継続計画の策定など、組織運営を適切に行っている。情報管理は、システム障害への対応体制、安全確保への配慮等がされている。事務的文書や各種マニュアル等の文書を一元的に管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保し、職員の安全衛生管理についても適切である。職員満足度調査やスタッフポスト、職員の声何でも聞かせてBOXなどによる

職員の意見収集を行い、職場環境への反映、福利厚生制度の充実等で魅力的な職場作りに努めている。

全職員を対象にした教育・研修は年間計画を定めて実施している。職員の能力把握・評価では、医師も含めたすべての職員が、専門能力チェックシートに基づいて自己評価を記載し、上位役職者に評価と面談を行うなど、専門職種に応じた能力評価は高く評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内掲示、ホームページ、入院案内、職員名札や講演会により内外に伝達している。診療録は手順に従い開示している。説明と同意に関する方針を定め、同席した看護師は患者・家族の反応を記録するなど適切である。セカンドオピニオンについては院内掲示と手順を定めている。医療参加への促進は「参加型パートナーシップ」を掲げ、疾患・症状の理解を支援するパンフレットを活用するなど双方の情報共有に意識的に取り組んでいる。病院として倫理的課題を検討する仕組みとして、倫理コンサルテーションチーム、倫理委員会が機能している。臨床現場での倫理課題を顕在化し、継続的に実践していることは高く評価できる。

療養環境面では、必要な台数の駐車場を確保し、公共交通機関によるアクセスも良好である。院内には喫茶店や売店、Wi-Fi 環境など生活延長線上の設備を整え、患者の利便性に配慮している。院内はバリアフリーであり、高齢者・障害者への配慮も適切である。敷地内禁煙を徹底し院内掲示や入院案内などで周知している。職員のさらなる喫煙率低下に向けた禁煙推進活動に期待したい。

4. 医療の質

患者・家族からの意見は、患者相談窓口や意見箱により把握し、質改善につなげている。カンファレンスでは個々の症例を丁寧に検討しており、診療ガイドライン、クリニカルパスを整備して、臨床指標を用いてPDCAサイクルによる診療の改善を行っている。医療従事者の業務負担軽減・改善を目的に部門横断的なQC活動を行っている。病院機能評価受審プロジェクト活動を通じて継続的に病院機能業務の評価を行っている。新たな治療・診療技術はその安全性、妥当性、倫理性について倫理委員会で検討しているが、導入後の事後検証が望まれる。

診療・ケアの責任体制は明確である。診療録はマニュアルに従って、遅滞なく作成している。認定看護師、特定看護師はそれぞれの専門性が発揮できる領域のチームに所属し、部門横断的な多職種連携の中心として役割を発揮しており、医療の質向上に向けた活動は適切である。

5. 医療安全

病院長直属の医療安全対策室を設置し、業務指針に沿って組織横断的に活動している。インシデント報告は医療安全管理者が速やかに確認し、医療安全対策室カンファレンスや医療安全委員会において多職種で検討している。

複数媒体での患者確認や手術・検査時のサインイン・タイムアウト・サインアウト

トを実施し、手術部位のマーキングは院内で統一した方法で確実にを行っている。電子カルテに医師の指示を速やかに指示受けできるシステムや画像所見見落とし防止のシステムがあり、情報伝達エラー防止対策を実施している。重複投与、併用禁忌、薬剤アレルギーなどのリスク回避、取り違い防止は適切である。入院時全患者に転倒・転落リスク評価を行い、危険度の高い患者は個別の看護計画を立案し対策を行っている。発生時の対応はマニュアルに則って適切に行っている。輸液ポンプ・人工呼吸器等の医療機器は、臨床工学室で中央管理し、使用中はマニュアルに沿って看護師と臨床工学技士のラウンドで作動確認を行っている。院内救急コードを設定し、全職員対象のBLS 訓練や部署シミュレーションも実施している。

6. 医療関連感染制御

感染対策室にICD、ICN、感染制御薬剤師を配置して、感染制御体制を確立している。感染対策室が細菌検査の結果や抗菌薬の使用状況から院内の感染症発生状況把握している。ICTは院内ラウンドで感染管理上の問題点を把握し、改善活動を行っている。

手指衛生回数のモニタリングやアウトブレイクに対する積極的な介入など、感染防止対策の立案、実施を適切に行っている。感染対策マニュアルに基づき、感染経路別予防策、個人防護具、感染性廃棄物、血液、体液の付着したリネンの取り扱いなどを適切に行っている。ASTは院内の感染症発生と抗菌薬使用状況を把握し、de-escalationの推奨、長期投与の是正などを主治医にフィードバックし、抗菌薬の適正使用に努めている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への必要な情報はホームページや広報誌、入院のご案内等により発信している。患者・地域住民に向けて季刊誌を年4回発行し、医療関連施設等には診療科の特徴や診療実績をまとめた「紀要」を毎年配布している。地域包括サポートセンター内に予約センターおよび入退院調整室を設置し、前方連携・後方連携を担っている。コロナ禍以前は、病院主催の市民公開講座や健康増進に向けた各種イベントを開催していたが、コロナ禍により開催できなくなったため、栄養や運動についてのユーチューブ配信や専門職によるWEBセミナーなど工夫して実施している。また、地域の医療関連施設や医療従事者に対して、認定看護師やケアマネージャーによる認知症や緩和ケア、コロナ感染症について出張講演を実施するなど、地域に向けた医療教育・啓発活動に積極的に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者の円滑な受診に配慮している。外来担当医師は適切に診断、必要時には上級医や他科に相談できる体制がある。診断的検査は手順を遵守し、患者・家族にその必要性とリスクについて説明している。入院の決定は外来担当医が行い、看護師の病床の一元管理により効率的な病床運用を行っている。診療計画書は患者・家族の要望を踏まえて作成している。患者・家族の相談は適切に専門職に繋げ

ている。入院決定後は外来でオリエンテーションを実施し円滑な入院に努めている。

医師はカンファレンスで治療方針を検討し、スタッフ間で情報共有している。看護基準や看護手順に則り適切に看護サービスを提供している。病棟薬剤師は服薬指導および薬歴管理を患者の状況に応じて看護師と協同して行っている。輸血・血液製剤の投与を確実・安全に実施している。手術および麻酔は術前訪問や術前・術後の申し送り、術後の患者搬送を適切に行っている。患者の状態に応じた重症患者管理を適切に行っている。入院時に褥瘡発生リスク評価を行い、褥瘡対策を行っている。栄養計画を立案し、NST 等多職種協同による栄養管理、患者の個別の栄養相談を行っている。がん患者に限らず症状緩和に向けて緩和ケアチームが介入するなど、病棟や主治医と医療チームが連携する体制を確立している。必要なリハビリテーションを実施できる体制がある。安全確保のための身体抑制は運用基準と実施手順を遵守している。退院支援は課題解決にむけ多職種の連携および役割分担している。退院後も継続的に診療・ケアが必要な場合には、連携する介護事業所と共同で実施している。ターミナルステージの判断を明文化し遵守している。全死亡症例の振り返りの会を毎月実施するなど、患者・家族の意向、QOL に配慮した診療・ケアを積極的に行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、持参薬を鑑別ソフトを用いて管理している。院内薬品集、ハイリスク薬リストを整備している。全ての抗がん剤は薬剤師が安全キャビネットで作製している。臨床検査部門では採血業務、一般検査、検体検査、生理検査を行っている。放射線部には放射線技師を配置し、24 時間 365 日緊急にも対応している。画像診断機能は休日、夜間の頭部画像診断には遠隔画像診断システムを導入し、脳疾患の診断に脳外科医が適切に関与している。画像診断結果は必要に応じてダブルチェックを行い、緊急異常時には放射線技師が主治医に連絡している。栄養管理機能では適切な衛生管理と食事提供に努め、患者の嗜好に合わせた個別対応を行っている。リハビリテーション機能では常勤医師は不在であるが担当医が関わり、連続性を確保したりリハビリテーションの実施と効果の検証を行っている。診療録管理機能は、診療情報の二次的活用、診療録の量的点検など適切に行っている。医療機器管理機能は臨床工学技士による医療機器の一元的な中央管理体制の下で、保守・点検を行っている。洗浄・滅菌業務は中央材料室で実施し、各種インディケーターで滅菌精度を保証している。

病理診断機能は非常勤の病理医と 1 名の細胞検査士が病理診断部門を担当している。病理診断が困難な場合は近隣の大学病院等の各領域の相談医と協議している。血液製剤は自記温度計付きの専用保冷库、冷凍庫で保管管理されている。手術・麻酔機能については、麻酔科医を配置し適切な手術室運用を行っている。2 次救急施設であり、救急搬送された患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

予算書は幹部会で確認後、本部予算会議で承認する仕組みであり、会計監査、毎月の経営状況の把握などしている。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整備、未収金対応など実施している。委託業務の質や内容については、委託業者と病院担当職場で定期的に検討している。

電気・空調・医療ガスなどの主要設備の点検は、年間保守計画の下に実施し、設備の日常点検・保守管理の記録を整備している。物品管理は診療材料、医薬品の選定、購入プロセス、在庫管理とも適切に行っている。ディスプレイ製品は単回使用を院内ルールとして決め、遵守している。

災害時対応マニュアルを整備し、非常時の備蓄も患者用・職員用ともに確保している。保安業務は緊急時の連絡体制など院内保安体制を整備し、日々の状況把握を適切に行っている。医療事故への対応手順は明確であり、院内医療事故対策委員会で原因を究明し再発防止策を立案する体制を整えている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として指導体制を整備している。研修医が単独で行ってよい診療行為の明確化やメンターによるフォロー、多職種による評価など、研修医育成に向けて組織的に取り組んでいる。看護部はじめ医療技術部門は、職種ごとに独自の新人研修プログラムを策定し、技術レベルのチェックリストや到達目標が明確な達成度評価を活用している。学生実習は医師をはじめ看護学生、各医療技術部門において受け入れており、育成支援の体制も整備している。実習生受け入れ時には、各実習元のカリキュラムに沿った実習と指導・評価を行い、その結果を次回の実習にも活かしている。実習中の事故や感染等があった場合には、対応方針が決められており、学生実習を適切に行っている。

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	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	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	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	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	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	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	S
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	B
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	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	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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
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	B
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	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	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	S
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

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 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： 社会医療法人愛生会 総合上飯田第一病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 愛知県名古屋市中区上飯田北町2-70

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	236	236	+0	78.7	13.23
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	236	236	+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	10	+0
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	40	+40
地域包括ケア病床	48	-40
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： 3 人 2年目： 2 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
	2021	2022	2019	2021	2022
1日あたり外来患者数	475.79	454.09	510.70	104.78	88.92
1日あたり外来初診患者数	50.15	42.78	49.03	117.23	87.25
新患率	10.54	9.42	9.60		
1日あたり入院患者数	185.47	203.34	219.15	91.21	92.79
1日あたり新入院患者数	14.26	13.90	13.94	102.59	99.71