

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8月4日～8月5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	条件付認定（6ヶ月）
------	-------	------------

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2
 1. 放射線科医の充足を図り、引き続き読影率の向上に努めてください。（3.1.3）

1. 病院の特色

貴院は1948年に海で働く人々の病院として開設され、現在は名古屋市南西部の基幹病院として、高度急性期医療を地域住民に提供している。病院の機能として、地域医療支援病院・災害拠点病院（地域）・愛知県がん診療拠点病院・救命救急センターの指定を取得し、先進的な医療機器と設備を備えて地域医療に貢献している。特に、東海地方において初めて開設した救命救急センターは、重症患者だけでなく初期救急患者にも十分対応するなど地域のニーズに合わせた救急医療を継続的に実践していることは、貴院の優れた特色の一つとなっている。

医療人の育成については、臨床研修病院として医師をはじめ、様々な医療関係職種の育成に携わり、医療・介護に関する教育・啓発活動などにも熱心に取り組んでいる。病院機能評価を継続的に更新受審し、医療の安全と質の向上を目指すとともにチーム医療を重視し、さらに患者・地域の医療機関との連携を大切にして、活気ある病院運営に努力されており、今後益々の発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針および職員の行動指針を明文化し、院内外へ周知している。院長・幹部職員は目標を示し、各部門の業務評価や課題を把握し、解決に向けてリーダーシップを発揮している。病院は、中期計画や事業計画に沿って運営され、各会議を通して運営状況が職員に適切に周知されている。リスクに対応する病院の機能存続計画は、必要に応じて改訂され実態に即した体制が維持されている。病院情報システムの導入により、診療情報が診療データの分析や地域連携・入退院支援・労働と看護の質向上のためのデータベース等に二次活用されていることは、評価され

る。文書管理規程に基づき作成、承認された規程・マニュアル・手順書等の文書は、文書管理システムによって一元的に管理されている。

法令や施設基準に必要な人材は確保されている一方、期待される高度医療の実践に向けて必要な人材の確保に一層の努力が期待される。人事・労務管理は各種規程・制度が整備され、健康管理や職場環境管理についても、衛生委員会の取り組みにより適切な状態が維持されている。職員の意見・要望を把握する仕組みがあり、就業支援制度や福利厚生などの諸制度が整備されているなど魅力ある職場が構築されている。

院内研修は教育委員会が一元管理し、研修の参加体制を工夫するほか、院外研修等への支援制度の整備や図書室機能も適切である。人事考課制度による全職員の能力評価や専門職種における技能向上と資格取得支援があるなど、優れた人材の育成に努力されている。

3. 患者中心の医療

患者中心の医療の実施に向けて、個々の病院スタッフが良く努力されている。患者の権利は明文化され、外来・病棟での掲示や入院案内、ホームページ等により周知されている。説明と同意に関する方針や同意書を求める診療行為の対象範囲は明確であり、書式は病院として承認の上使用されている。セカンドオピニオンについては、院内外に周知され実績もある。患者の医療への参加を促進するため、入院時には、患者・家族に誤認防止対策、感染予防対策や転倒・転落防止対策への協力を依頼し、外来・病棟には疾病や治療に関するパンフレットを設置し、ホームページには自由に閲覧できる「エキサイ健康教室」の動画を掲載している。個人情報保護方針をホームページや入院案内等により院内外に周知し、規程に則り患者情報の保護に努めている。臨床倫理の検討の場として臨床倫理委員会が設置され、定期的開催されている。臨床現場で倫理的課題が発生した場合には、臨床倫理委員会で検討される仕組みがあり、職員にも周知されている。

療養環境と利便性については、駐車場の確保が十分であるなど、来院時のアクセスは良好である。院内には、コンビニエンスストア・カフェテリア等が設置され、Wi-Fi も整備されている。高齢者・障害者への対応についてもバリアフリーであり、手摺りが必要な箇所に設置されているなど安全性に配慮されている。診療・ケアに必要なスペースは十分確保され、整理整頓が行き届き、清潔な環境が確保されている。敷地内禁煙が実施され、禁煙外来も開設されているなど、受動喫煙防止への対応も図られている。

4. 医療の質

患者、家族からの意見・苦情などは、意見箱・患者相談窓口・アンケート等により収集するとともに、日本医療機能評価機構による患者満足度調査を実施し、得られた結果から、課題を明確にして質改善に取り組んでいる。診療科横断的な症例検討会・CPC・M&M カンファレンスが開催されるなど診療の質の向上に向けた取り組みは活発であるが、クリニカル・パスのバリエーション分析・パスの見直しへの取り組み

みが望まれる。病院機能改善委員会が部門横断的な業務改善活動を行っており評価されるところであり、今後も全職種・全部署の視点に立った改善提案と活動の継続に期待したい。病院にとって新規の医療技術の導入については、高難度新規医療技術評価委員会が審議する規程があり、導入に際しては必要な医療職への研修支援も適切に実施されている。臨床研究に関しても研究倫理審査委員会が公的基準に基づいて適切に実施されている。

各病棟には医師・看護師の責任者名や他の職種の担当者名が掲示され、ベッドネームには主治医、受け持ち看護師名が明示され、それぞれが診療・ケアとその管理の責任を遂行している。医師は診療記録をマニュアルの記載基準に沿って記載し、診療記録の質的点検も適切に実施されている。褥瘡、緩和ケア等の多職種による専門チームが積極的に活動し、カンファレンス記録も適切に残されている。

5. 医療安全

院長直属の医療安全管理部内に医療安全対策室を置き、担当副院長・医療安全管理者の副看護部長等を配置し、活動の権限も明確である。医療安全対策室会議・医療安全管理委員会を中心に活動し、医療安全対策マニュアルは随時見直し改訂されている。報告されたインシデント・アクシデントのうち、重大事例はRCAを用いて分析している。

医師の指示出し、看護師の指示受け・確認、口頭指示手順は、明確で適切である。重複投与・相互作用・アレルギー等のリスク回避、麻薬・ハイリスク薬の管理・保管、抗がん剤のレジメン管理や薬剤師による調製・混合を実施しており適切である。名乗りによる患者確認、バーコード認証、部位確認においてはマーキング・チューブの識別等により誤認防止対策を講じている。手術室での安全確認対策も適切に実施している。入院時に全患者に転倒・転落アセスメントシートにてリスク評価を行い、転倒・転落の防止対策をしている。医療機器は中央管理され、使用機器の点検・確認や職員教育を実施している。院内救急コードを各部署に明示し、救急救命センターと連携している。患者等の急変時対応として、薬剤・物品が統一された救急カートが必要数配置され、薬剤師・看護師により定期点検が実施されている。また、全職員対象のBLS研修やAHA・ACLSコースも実施されている。医療事故発生時の対応手順は明確であり、組織的な対応が図られている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御体制は、副院長が室長を務める感染対策室に専従のICNと薬剤師を配置して感染対策を統括している。医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師で構成されたICTおよびASTが活動しており、ICT・ASTはそれぞれ毎週ラウンドを行い、感染対策や抗菌薬の適正使用などの指導・助言を適切に行っている。院内感染対策委員会を毎月開催して院内感染対策を審議し、感染対策マニュアルを適宜改訂している。職員向けの研修会が開催され、欠席者への受講対応も行っている。感染発生状況の把握は、感染対策室が検査室と連携して行い、特定微生物の検出状況・薬剤感受性も把握している。サーベイランスはBSI・CRI・VAPが実施されている。

地域のネットワークへの参加や JANIS への登録などにより外部の情報収集にも努めている。アウトブレイクへの対処フローを整備し、新型コロナウイルス感染症患者を早期より受け入れ、日々変わるガイドラインにも適切に対応している。

医療関連感染制御活動では、手指衛生・個人防護用具の着用を徹底し、感染経路別予防策の実施状況を確認している。感染性廃棄物の取り扱いや、汚染リネンの交換、搬送などを院内感染対策マニュアルに従い適切に実施している。AST からアンチバイオグラム結果や抗菌薬使用状況などを勘案したアドバイスを受けて、抗菌薬の採用・削除は薬事委員会で決定している。分離菌の感受性パターンは感染対策室が把握し、感染対策委員会に報告している。特定抗菌薬は届け出制であり、その他の抗菌薬も抗菌薬適正使用マニュアルに沿って適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携については、積極的な対応が図られている。診療内容・診療実績・医療サービス等は、ホームページ・広報誌・年報等を通じて、地域に分かりやすく発信されている。

地域の医療関連施設等との連携は、地域医療支援センター内の医療連携室を中心として業務が遂行され、紹介・逆紹介の推進に努めるとともに返信漏れがないよう確実なチェックが実施されている。また、病院幹部職員と担当者が同行して直接医療関連施設を訪問するなど、顔の見える医療連携に努めており、評価される。

地域の健康増進に寄与する活動は、地域住民への健診・予防接種等が実施され、医療に関する教育・啓発活動については、エキサイ健康教室を年2回開催し、そのほか、健康維持・予防医学についての講演会も実施している。また、地域の医療・介護施設等に向けた支援として、放射線の読影会・ACP 講演会・障害者支援センター職員との合同勉強会・ケアマネージャー交流会・在宅緩和ケア奨励会等、積極的な活動が実施されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

全体を通してチーム医療による診療・ケアは円滑に実践されている。患者・家族には必要な情報が提供され、病棟・外来などあらゆる場面で、担当医師と看護師だけでなく他診療科の医師や他の職種を交えたカンファレンスが積極的に行われ、良質な医療が展開されている。診断的検査や入院は医学的判断により決定され、必要に応じて上級医師・他診療科の医師と相談する体制が整っている。入院診療計画書は、患者・家族の要望を聞き、医師・看護師に加え多職種協働で迅速に作成し、患者への説明も適切に実施されている。医師は、チーム医療のリーダーシップを発揮して病棟業務にあたり、看護師も基準・手順を活用して看護業務を実施している。そのほか、病棟においては、NST・緩和ケアチーム・褥瘡対策チーム・認知症ケアチーム・排尿ケアチーム等、多職種による様々な専門医療職チームが機能して、組織横断的な活動が適切に展開されているなど、きめ細やかなケアが実践されている。

退院後の患者の継続支援については、入退院支援室看護師が窓口となり、患者・家族、ケアマネージャーや訪問看護師からの相談や連絡を受け在宅療養に関する調整が積極的に行われている。また、入退院支援室に、がん化学療法・心不全看護認定看護師を配置し在宅療養に関する相談に応じるとともに、心不全に関しては、重症化予防の取り組みとしてケアマネージャー・訪問看護師を対象に勉強会を複数回開催するなど、在宅療養患者の支援として病院の専門職が地域の介護、福祉の質向上に寄与する活動は優れた取り組みとして、高く評価される。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門については、おおむね適切な管理機能が発揮されているが、注射薬の病棟への1施用ごとの払い出しについては実施率の向上が期待される。臨床検査部門において、パニック値が出現した際は医師に直接連絡するとともに、その後の対応について診療録でチェックを実施していることは、患者への報告漏れ防止につながり、評価される。画像診断においては、放射線科医の読影率向上が望まれる。調理室は、IH調理機器の導入により適温に保たれ、大量調理施設衛生管理マニュアルの周知・徹底により衛生的に管理されている。リハビリテーションは、適切な実施計画に基づき早期からの訓練が行われ、主治医との連携が図られ、病棟での多職種カンファレンスを通じてスタッフとの情報共有も適切である。

病理診断結果報告は迅速であり、診断のダブルチェックも行われ、誤認防止対策も手順に沿って実施されている。放射線治療は、治療医と主治医との情報共有のもと、安全な治療が実施されているが、治療医を増員しIMRTの運用開始が期待される。輸血部門については、血液内科医師が専任医師として自院の機能に応じた輸血業務全般を監督し、輸血オーダー内容にも介入する権限を有し、適切に機能を発揮している。手術終了後の覚醒判断と気管挿管・抜管の基準については、マニュアルに明示されたい。救急医療機能においては、名古屋市南西地区のニーズに合う優れた救急医療を継続的に実践しており、高く評価される。99%以上の救急車の要請を受け入れており、断らざるを得なかったケースもすべて救急委員会で振り返りを行っている。また、救急科の権限に対する他診療科の協力体制も優れており、病院全体で自院の救急医療を支える姿勢が構築されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、会計処理・会計監査・経営状況の把握などおおむね適切に実施されている。レセプトの作成・点検ならびに返戻・査定は、各診療科医師が関与するとともに組織的な関与があり、未収金もマニュアルに沿って回収の努力がなされている。業務委託の方針は明確であり組織的に管理され、委託業者への教育や事故発生時の体制も整備されている。施設・設備は、日常点検・保守管理が確実に実施され、院内の清掃や廃棄物の処理についても適切な対応がなされている。物品管理についてはSPDが導入され、円滑な管理が行われている。

緊急時や災害発生時の対応は明確であり職員への周知も十分されている。災害訓練は確実に実施され、飲料水・食料品・医薬品等についても患者・職員用として十分な備蓄を用意するなど、地域災害拠点病院として積極的に災害時の対応に努力している。保安業務は24時間体制で実施されているが、面会者の管理については検討が望まれる。

1 1. 臨床研修、学生実習

研修医については、臨床研修センター内に初期研修管理室が設置され、きめ細やかな臨床研修が実施されている。看護師を含めた専門職種は、新人研修プログラムに則り研修が実施され、研修医とともに院内教育シミュレーションセンターが活用されている。評価者は明確であり双方向性評価が実施され、研修指導者の育成にも努力している。

学生実習の受け入れは、人事課が窓口になり、受け入れ学生の情報を一元的に集約している。職種ごとに実習前のオリエンテーションが実施され、院内ルールの周知を徹底している。新人研修管理委員会が機能し、各職種実習指導者はカリキュラムに沿った実習と評価を行っている。委託実習生取り扱い規程により、入院中の患者・家族へ周知され、実習中の事故等への対応も明確である。

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	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	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	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	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	S
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	C
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	A
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	B
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	S

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	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	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	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	B
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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 12 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：名古屋掖済会病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：公益法人

I-1-4 所在地：愛知県名古屋市中川区松年町4-66

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	602	598	+0	83.8	11.5
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	602	598	+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	46	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
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	3	+0
人工透析	22	+0
小児入院医療管理料病床	31	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	47	+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	19	+0
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, 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： 17 人 2年目： 18 人 歯科： 2 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

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数		1,366.78	1,363.56	1,374.63	100.24	99.19
1日あたり外来初診患者数		248.67	252.35	253.07	98.54	99.72
新患率		18.19	18.51	18.41		
1日あたり入院患者数		502.79	476.89	476.59	105.43	100.06
1日あたり新入院患者数		43.58	41.04	37.95	106.19	108.14