

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 2 月 6 日～2 月 7 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、1930 年に開設された財団法人坂文種報徳會病院を前身にもち 1971 年に学校法人藤田学園へ経営移管した。開設の精神を引き継ぎ現地で 94 年の歴史を刻んできた。その間、施設・設備・医療機器等の充実を図ると共に、救急病院告示、地域医療支援病院、県アレルギー疾患医療拠点病院の指定を受け、地域医療連携体制や救急医療、先進的医療の整備に努めてきた。病院理念に「我ら、弱き人々への無限の同情心もて、片時も自己を驕ることなく医を行わん。」と掲げ 3 項目の基本方針に基づき患者本位の高度な医療提供と地域連携を明確に示し、救急機能の充実、大学病院・教育病院として、安全で高度な医療を提供し、地域住民から「ばんだねさん」と呼ばれ、長く親しまれ厚い信頼を寄せられている。今回の医療機能評価受審にあたり、病院長や幹部・職員が一丸となって準備をすすめ、病院の質向上に継続して取り組んだ成果が確認できた。審査の結果は、ほとんどの項目で適切な医療機能を維持しており、高く評価できる取り組みも見られた。引き続き各領域の評価内容を参考に、より高いレベルを目指し医療機能と質の向上に向けて一層努力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・基本方針を明文化し、見直しや院内外への周知は適切である。病院長や幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決に取り組んでいる。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、中長期計画や事業計画の策定、各部門の目標管理体制の整備等は適切である。電子カルテを導入し、情報システム管理・運営、安全確保への配慮等も適切である。文書を規程に基づき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ている。人事・労務管理体制を適切に整備している。職員面接による意見の聴取と職場環境への反映、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。院外教育や研修への参加体制を整備し、図書室機能や新人研修等も適切である。全職員を対象にした教育・研修は年度計画を策定して実践している。職員評価制度で職員の能力把握・評価を実施し、専門的能力向上や資格取得支援体制を整備している。医師や看護師・医療技術職全般の初期研修プログラムも整備している。学生実習を受け入れカリキュラムに沿って実習指導と評価を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は小児の権利も追加して、院内掲示や入院案内、ホームページ等で周知している。説明と同意に関する院内ルールを整備し、説明と同意が必要になる具体的な範囲と同意を得るための手順を明確にしている。患者への情報提供に向け多様なツールを活用し、医療への患者参加の協力を求めている。多職種で構成する相談窓口を設置し、内容によって専門部門と連携するワンストップ方式で対応している。個人情報に関する規程を定め、病院情報システム運用管理規程や電子カルテ閲覧制限規則等を整備している。倫理委員会では院内で共通する倫理的課題に対して検討し、現場での困難事例などについて検討する仕組みや実績がある。各病棟の特性に応じて、患者・家族の悩みなどに対応できるように多職種で検討する仕組みがあり実践している。

病院へのアクセスは良好で、バリアフリーなど高齢者・障害者へ配慮している。外国語には翻訳端末で対応している。総合案内やコンシェルジュが臨機応変に対応している。療養環境の整備に努め、安全確保・感染制御にも配慮している。敷地内禁煙の方針を各種案内で周知徹底している。

4. 医療の質

業務の質改善の取り組みは部署毎に行い、表彰制度もある。働き方改革推進委員会があり医師のタスクシフトを検討して実施している。診療の質の向上に向けた取り組みとして各種症例検討会があり、クリニカル・パスの適用率向上に取り組んでいる。臨床指標は部署毎に多数の項目を経年的にまとめている。患者相談窓口のほかにご意見箱の設置や患者アンケート調査等を行い、医療サービス向上に努めている。新しい診療技術の導入は高難度新規医療技術評価委員会で検討している。医薬品の適応外使用は臨床倫理委員会および薬事委員会で検討している。臨床研究は藤田医科大学医学研究倫理審査委員会で審査している。

診療責任者は明確であり、看護責任者は病棟ラウンドを通じ入院生活や療養環境の改善に努めている。診療記録は電子カルテを運用し、退院時サマリーの2週間以内の作成率は直近では100%を維持している。診療記録および看護記録の質的点検を行っている。多職種が情報を共有する仕組みや協働する体制を構築して、カンファレンスを通して患者中心の診療・ケアを提供している。

5. 医療安全

安全管理室は副院長が室長を務め、専従の看護師を配置して日々安全管理に努めている。レポート収集システムを活用し、組織的に分析している。再発防止策の周知および現場確認も適切に行っている。事故発生時の対応マニュアルを整備し、原因究明・再発防止、外部への報告機能を備えている。

手術室、内視鏡室でのタイムアウトやマーキングを適切に行い、患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している。パニック値やパニック画像は、主治医やオンコール医に直接連絡する運用である。重複投与や相互作用、アレルギーなどのリスク回避に処方鑑査が機能している。ハイリスク薬やハイアラート薬の規定や投与方法も定めており、併せて鍵管理体制の更なる整備を期待したい。入院時アセスメントで転倒・転落のリスク評価を実施し、必要な患者には転倒・転落防止対策を講じるとともにオレンジリストバンド装着して情報共有している。医療機器の使用状況は、臨床工学技士が医療機器管理システムとラウンドを通じ把握し、安全使用に対する教育・研修を計画的に実施している。急変に対してはコードレッドやコードブルーを設定して周知し、BLS 教育も実施している。

6. 医療関連感染制御

感染対策室を設置し、医師や看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員を配置している。感染対策委員会は、感染管理の方針作成および意思決定を行っている。感染対策チーム（ICT）の活動を支援し、感染対策に関する各種マニュアルの策定や改善、各部署への周知徹底に取り組んでいる。ICT ラウンドを毎週実施し情報収集に努めている。

院内感染サーベイランスに取り組み、JANIS や J-SIPHE への参加などを通じて、院内感染に関する情報の収集、解析および共有を行い、院内感染対策に活用している。全職員対象に速乾性消毒剤の適正使用量の調査を実施し、遵守状況の把握や指導のためのラウンドを行い、感染制御活動の意識向上に努めている。抗 MRSA 薬、カルバペネム等の抗菌薬は届出制とし、使用状況を定期的に確認する体制を敷いている。広域抗菌薬の使用事例には、頻回に抗菌薬適正使用チームが経過を確認し介入するよう努めている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の機能や役割について、広報誌やホームページ等にて地域にわかりやすく発信している。患者の受診の際に参考となる情報や各診療科の実績もホームページ等で公表している。また、地域医療支援病院として登録医療機関と連携し、地域の医療機関・施設等で構成される評議員会等を通して医療ニーズや状況を把握している。地域医療連携センター内に相談機能や前方・後方連携機能を一元的に整備し、紹介・逆紹介・返書の管理から、転院・退院支援、訪問活動などの機能も有している。地域連携ネットワークシステムを活かし、地域医療機関と診療情報を共有し診断機器の共同利用も行い地域医療に貢献している。地域に向けた教育・啓発活動と

しては、健康講座をシリーズ化した「ばんたね病院健康セミナー」や公開講座、疾病や治療方法を解説した病院広報誌の発行、町内会・患者会などを通して地域住民の健康維持に寄与している。地域医療機関に対しても、症例検討会や病診連携学術講演会などを通じ、地域医療水準の向上に寄与しており、教育・啓発活動は高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な最新の情報をホームページで周知し、効率よく受診できる体制を整えている。外来患者の情報は電子カルテにて共有し、認定看護師が専門性を生かし、療養生活上の指導や支援に関与している。侵襲性が高い診断的検査は、説明と同意のもと、安全に配慮して実施している。外来担当医は、医学的根拠に基づいて入院の必要性を判断し、必要に応じ上級医や他の医師と協議する仕組みも機能している。主治医が中心となって入院診療計画書を作成している。相談窓口は一元化し、適宜多職種と連携して対応している。

病棟における医師、看護師の業務は適切である。病棟担当薬剤師と看護師が協働して、投薬・注射を確実・安全に実施している。輸血は手順に従って観察と記録を行い安全に実施している。周術期の対応は手術合併症の予防に配慮し、麻酔科医と手術室看護師による術前診療・術前訪問を実施している。重症患者はICUで病状に応じた診療とケアを多職種で行っている。入院患者に褥瘡発生リスクの評価、栄養アセスメントおよび口腔内アセスメントを実施し、必要な対応に取り組んでいる。症状緩和については看護基準・手順や麻薬使用基準を整備している。確実・安全なリハビリテーションに向けカンファレンスを行い、病態や患者・家族の個別的背景を配慮した実施計画を立案し実施している。身体拘束の最小化に向け、人権に配慮した基準・手順を整備している。療養の継続性について検討し、多職種による退院療養計画書を作成している。継続した診療・ケアが必要な患者には、入院時より患者、家族の意向を確認し、医師や看護師、多職種が支援している。患者家族の意向に沿った終末期医療を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方鑑査や疑義照会、調剤鑑査、入院患者の薬歴管理、持参薬管理を適切に実施している。臨床検査技師は精度管理に取り組み、必要な検査を迅速・確実に実施し報告している。診療放射線技師は休日・夜間の撮像ニーズにも対応し、CT、MRIの読影率はほぼ100%である。管理栄養士の管理のもとHACCPに沿った衛生管理を実施し、選択メニューを増やすなど患者の嗜好に配慮している。リハビリテーションは、手術前や摂食嚥下リハビリを推進し、病棟看護師と協働した転倒予防対策の立案など、専門性をチーム医療の一員として発揮しており、高く評価できる。診療情報管理士は量的点検を実施し、各種の登録業務を行い、診療情報の二次活用に取り組んでいる。医療機器はシステムソフトにより定期点検や貸し出し状況などを一元的に管理している。臨床工学技士が手術室、透析室、心カテ室などに配置され、医療機器を適切に管理している。滅菌業務は委託され、委託業者の責任者

とともに手術室看護長が管理している。使用済器材の中央化、清潔・不潔エリアの区分、滅菌の質保証を適切に行っている。

病理診断機能はQRコードを導入して検体交差を防ぎ、検査結果を確実に医師に伝達できる体制がある。輸血・血液管理機能は廃棄率低減に取り組み、確実・安全な輸血療法を実施している。手術・麻酔機能は麻酔科医管理のもと安全に実施している。集中治療は入退出基準を整備し多職種が積極的に関与し、RRTも導入されている。救急医療は、断らない方針で応需率は高く、各種虐待についての対応マニュアルも整備している。

10. 組織・施設の管理

年度予算は各部門のヒアリング、中長期計画に基づいた年次計画、月次分析結果等より作成している。進捗を運用管理し、適切な決算処理と外部監査体制を有している。受付業務は医事課が管理し、医事請求には医師も関与し適切な請求を行っている。自動精算機やクレジットカード払いなど合理的な窓口収納を行うとともに、未収金管理は医事課が効率的に行う仕組みがある。委託業務は、総務課が管理し、契約は毎年見直している。業務報告を定期的に行い、委託業務の質を管理し、病院が開催する医療安全や感染防止対策等の研修会に参加を推奨している。

病院の役割・機能に応じた施設・設備を整備し、日常点検・保守管理は計画的に実施している。診療材料や消耗品等は調達課が管理し、内部牽制が機能している。医薬品の採用は、薬事委員会で一増一減を基本に、後発医薬品も含め選考されている。防災訓練を実施し、災害時の対応強化を図っている。事業継続計画を策定し、診療継続の行動計画を定め、必要な備蓄を確保している。病院は耐震構造で、自家発電装置を整備している。保安業務は、定期巡視や防犯カメラによる監視等を実施し、緊急時の連絡や応援体制を明確にしている。

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	A
1.1.5	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	S
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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	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	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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	S
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	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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	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	購買管理を適切に行っている	A
4.6	病院の危機管理	
4.6.1	災害時等の危機管理へ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

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 11 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 藤田医科大学ばんだね病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 愛知県名古屋市中川区尾頭橋3-6-10

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	370	370	+0	93.1	9.1
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	370	370	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	21	+18
小児入院医療管理料病床	10	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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： 7 人 2年目： 7 人 歯科： 0 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

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	677.18	688.16	658.85	98.40	104.45
1日あたり外来初診患者数	55.34	53.12	47.85	104.18	111.01
新患率	8.17	7.72	7.26		
1日あたり入院患者数	344.39	329.93	301.58	104.38	109.40
1日あたり新入院患者数	34.08	33.62	30.29	101.37	110.99