

# 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16日～2月17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1924年に開設された岩田医院を前身とする歴史ある病院である。1929年に国産第一号レントゲン装置「比叡号」を全国で最初に導入し、岩田レントゲン医院と改称している。その後、診療科の拡大など、幾多の変遷を経て総合病院へ発展させ、救急医療機能の充実も図られている。また、災害拠点病院、救急救命センターの三次救急医療施設、地域中核災害医療センターの指定を受けており、中核病院としての役割を担っている。

今回の病院機能評価の受審にあたり、職員が一体となって医療の質向上に取り組んできた成果が確認できた。今回の受審が地域住民の期待と信頼に応えるものとして結実し、地域において益々発展することを祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針を明文化して院内各所に掲示し、適宜見直しも図っている。病院の将来像について、理事長から病院の将来的方向性、院長からは具体的な戦略を全職員に向けて発信している。法人本部の方針をもとに、病院事業会議において病院の戦略を検討し、施設会議で戦術を策定する体制を整備している。法人の中・長期計画として、「シン大雄会創成プロジェクト」を進め、病院横断的に検討する場を設けている。「病院情報システム運用管理規程」定めて運用・管理し、医療情報の真正性や保存性を確保している。「文書管理規程」を定め、総務課が文書を管理している。

各部門・部署に必要とされる法定人員が確保されており、勤怠管理や勤務状況を把握する体制も整えている。労働安全衛生委員会を毎月開催し職場環境の改善に努

めている。職員満足度調査により職員の意見や要望を汲み上げて改善に努めており、職員用駐車場の整備などに取り組んでいる。地域医療支援病院研修委員会が教育・研修に関する年間計画を取り纏めており、実施状況も把握するなどの体制を整えている。役割等級制度を導入し、昇格基準を明確にするなど、職員の能力評価・能力開発を適切に行っている。

### 3. 患者中心の医療

5項目から構成される「患者さまの権利」を制定し、権利の擁護に努めており、説明と同意に関する方針や基準・手順も明文化している。パーソナルヘルスレコードの簡易版「カルテコ」を導入し、患者が自身の情報などを閲覧できるシステムを整えている。患者相談窓口が設置され、「個人情報に対する基本方針・運用手段」も整備している。「臨床倫理指針」などを定め、臨床倫理コンサルテーションチームを立ち上げ、倫理委員会でも検討する体制を整備している。患者・家族の倫理的課題を把握して各部署で開催される多くの倫理的カンファレンスは、倫理的課題に誠実に取り組む姿勢を表しており、これを支援する体制も整えているなど、倫理的な課題への取り組みは高く評価できる。

コロナ禍においてはオンライン面会を実施し、巡回バスも運行するなど、患者・来院者の利便性・快適性に配慮している。院内の構造はバリアフリーで、階段や廊下には手摺りを設置し、高齢者・障害者にも配慮している。診療・ケアに必要な療養環境を整備しており、導入したアメニティ・レンタルは患者が持ち込む荷物を減らし、患者サービスの向上に寄与している。敷地内を禁煙とし、事務員や保安員が敷地内の喫煙状況を確認している。

### 4. 医療の質

投書箱や入院案内にプリントされたQRコードから、患者・家族の意見を収集し、対応策をフィードバックしている。患者からの要望を受け、外来自動精算機や病棟Wi-Fiを導入するなど、具体的な改善に繋げている。キャンサーボードや臨床病理検討会を開催しており、法人として社会医療法人大雄会学会も毎年開催し、診療ガイドラインやクリニカルパスを診療に活用している。常に業務改善活動に取り組み、TQM発表会で活動を報告している。また、「SURVIVAL PROJECT 病院事業会議」を設置し、他職種が組織横断的に業務改善を進める姿勢は高く評価できる。学会への参加や認定看護師の育成など、新たな知識や技術の習得を支援しているが、今後は新規医療技術の導入を管理し、安全性等を審査する体制の整備が望まれる。

病棟など、各部署の責任者名や担当者名を掲示し、診療・ケアの管理・責任体制を明確にしている。電子カルテシステムが導入され、診療録使用基準に則り問題志向型カルテ記載方式で記載し、診療記録の質的点検も実施されているが、退院時サマリーの作成率の向上に向けた取り組みを期待したい。多職種から構成される感染制御や栄養サポート、呼吸ケアサポート、褥瘡対策、緩和ケアなどの専門チームが協働して患者の診療・ケアを行っている。

## 5. 医療安全

病院長直属の組織として医療安全対策室を設置し、専従の医療安全管理者を配置している。医療安全マニュアルを整備し、医療安全管理委員会や医療安全管理作業部会を月1回開催している。アクシデント・インシデントの報告体制を整え、収集した情報を医療安全管理作業部会や医療安全管理委員会で検討している。

患者誤認防止策が明文化され、手順に沿って実践している。電子カルテ上で、指示出しと指示受けを実践しており、口頭指示は原則禁止としている。また、画像診断結果の依頼医の確認状況をモニタリングするなど、情報伝達エラー防止対策を実践している。病棟の担当薬剤師が薬剤の管理に関わり、麻薬や向精神薬などは看護師と薬剤師が適切に管理・保管している。全入院患者に対して、転倒・転落のリスクを評価しており、転倒・転落発生時の対応も定めている。医療機器の取り扱いに関するマニュアルを整備し、医療機器を安全に使用している。院内緊急コード「コードブルー」を設定し、院内各所に掲示している。救急カートは必要な場所に配置され、薬剤や備品等の内容は院内で統一している。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策室を設置し、感染管理医師などの医師、専従の感染管理認定看護師、薬剤師などを配置している。院内感染対策委員会を設置し、下部に感染制御チームと抗菌薬適正使用支援チームを組織しており、定期的にラウンドを実践している。他の医療機関と感染防止対策地域連携施設会議を開催している。「院内感染対策マニュアル」を整備し、アウトブレイクを定義して発生時の対応フローチャートを作成している。

各部署において、院内感染対策マニュアルに従い、手指衛生の徹底や1処置1手袋、必要に応じて个人防护用具の着用などを遵守しており、医療廃棄物や血液・体液等で汚染されたリネンも適切に取り扱っている。広域抗菌薬などの使用時には、届け出ることを規定し、院内のガイドラインで使用する周術期予防的抗菌薬を取り決めており、抗菌薬の使用状況は抗菌薬適正使用支援チーム等が把握している。

## 7. 地域への情報発信と連携

法人広報課が広報誌を発行している。また、病院として、診療科情報や医師を紹介する広報誌を定期的に刊行し、「産科リーフレット」も随時発行している。一般市民に配布するとともに、各連携医療機関を訪問する際や主催する研修会でも配付するなどして、必要な情報を地域などへわかりやすく発信している。地域医療支援病院として連携活動を推進しており、地域医療ネットワークシステムの構築を進めている。また、院長、副院長をはじめ、病院幹部職員が積極的に訪問活動を行い、地域のニーズの把握に努め、紹介率や逆紹介率の維持と向上を図っている。医師・看護師・医療技術者などが講師を務め、市民公開講座や町内会単位で行われる教養講座を開催しており、地域住民の健康増進への取り組みに向けた教育・啓発活動を行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページなどで受診に必要な情報を提供し、外来では紹介患者を中心に診療している。医師が入院の必要性を判断して患者・家族の同意を得ており、患者の理解状況等を確認し、円滑に入院できるようにしている。入院患者からの相談は、内容に応じて担当者に振り分けている。

医師は、回診や多職種カンファレンスにより情報を収集して治療方針を決定しており、看護師は看護業務基準・手順などに従って看護を提供している。各病棟の担当薬剤師は、薬剤の管理や安全な投与に関わり、輸血療法マニュアルを整備し、輸血・血液製剤の確実・安全な投与を実施している。主治医が手術に関する説明を行い、文書で同意を取得しており、麻酔科医も関与している。患者の重症度に応じて集中治療室や高度治療室を活用している。褥瘡発生のリスクを評価して予防に取り組んでいる。管理栄養士は栄養評価や栄養指導などを実践している。「緩和ケアマニュアル」を整備し、麻薬等の薬剤に関しても使用基準を定めている。療法士はリハビリテーションが2日以上休止されないように工夫している。身体・行動抑制の手順を明文化し、マニュアルに沿って実施している。退院支援が必要となる可能性がある患者や退院後も診療やケアが必要となるケースでは、入院時から退院支援看護師が介入している。ターミナルステージへの対応は、指針を定めて適切に行っている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能に応じた薬剤師を配置し、各病棟には担当薬剤師を配置している。注射薬は1施用ごとに取り揃えて払い出し、全ての抗がん剤を薬剤師が調製している。検体検査の結果は通常60分、緊急検査では30分で報告している。内部精度管理は毎日実施されており、外部の精度管理にも参加している。検出されたパニック値は確実に医師へ伝達する体制を整備され、その後の対応も確認している。画像診断部門では、全てのモダリティにおいて常時検査できる適切な体制を整備している。調理業務は業務委託しており、クック・チル方式を採用して適温で食事を提供している。リハビリテーション部門では、急性期から緩和ケアまで、患者のニーズに応じたリハビリテーションを提供している。電子カルテシステムを活用し、1患者1IDにより診療情報を一元管理している。臨床工学技士が医療機器を管理しており、時間外・休日のトラブルに対しても、オンコールで24時間対応するなど、適切である。洗浄・滅菌部門の責任者は手術室看護師長が務め、滅菌技師資格を持つ委託業務従事者が看護師と協働して洗浄・滅菌業務を行っている。

常勤病理医等により病理診断をダブルチェックできる体制を整備し、迅速病理診断は30分程度で診断し、病理医から術者に診断や情報を直接伝達している。放射線治療医と診療放射線技師がシミュレーションを行い、放射線治療終了後は主治医・担当医と情報を共有している。輸血療法における指針およびガイドラインを整備し、これに準じて病院の輸血療法マニュアルを整備している。手術室運営委員会において、各科が利用できる全身麻酔の枠を設定してスケジュールを調整している。手術安全チェックリストに従い、サインイン・タイムアウト・サインアウトな

どを実践している。救急救命入院料を算定する集中治療室等を設置し、手術後の患者を中心に受け入れている。救急患者を基本的に断らない方針のもと、一次救急から三次救急までの救急患者を受け入れている。虐待に関するチェックリストや対応フローも整備している。

#### 10. 組織・施設の管理

予算は財務課が主管し、前年度実績を参考に立案されており、病院会計準則に従い会計を処理し、外部監査法人による会計監査も受けている。診療報酬請求業務は医事業務マニュアルに沿って実施し、DPC コーディングは医事課所属の診療録管理士が確認している。未収金の督促手順を定めている。委託業者の選定は法人本部会議が行い、病院独自の委託は施設会議で検討しており、契約の中で感染症の発生や事故発生時等の対応や報告手順を定めている。

法人本部総務課の施設管理グループが施設・設備の日常点検と保守点検を担い、中央監視室において24時間管理している。また、法人本部総務課の購買グループが物品を管理し、ディスプレイ製品の再使用を禁じるなど、物品管理を適切に行っている。災害対策マニュアルおよびリスクに対応する病院の機能存続計画が整備されており、防災委員会を定期的開催し、災害時の緊急連絡網も作成している。災害拠点病院として災害医療支援チームの体制を整備している。警備員を24時間365日配置し、保安業務を適切に行っている。

#### 11. 臨床研修、学生実習

基幹型の臨床研修病院として、初期研修医が在籍し、指導医のもとで研修が行われ、卒後臨床研修評価機構の認定も受けている。臨床研修センターに専従事務職員を配置しており、EPOC（臨床研修評価システム）を活用して研修医や指導医を評価している。看護職は日本看護協会のクリニカルラダーを採用し、新人看護師を対象に1年～3年間の教育計画を実施している。薬剤師や臨床検査技師、療法士、臨床工学技士などの初期研修の教育プログラムがあり、評価をフィードバックする仕組みを整備している。学生実習の窓口は能力開発室が担当し、医師や看護師、臨床検査技師、診療放射線技師、薬剤師、療法士、歯科衛生士、管理栄養士、社会福祉士など多くの職種の学生実習等を受け入れている。各教育機関と実習に関する契約書を締結し、実習前には医療安全・感染防止、個人情報保護に関するオリエンテーションを実施している。また、予防接種や実習中の事故対応も契約書に明記され、実習生が患者と関わる時は、事前に患者・家族の同意を得ている。

# 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	S
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	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	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	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	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	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	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	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	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	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 9月 1日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 社会医療法人大雄会 総合大雄会病院  
 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： 愛知県一宮市桜1-9-9

## 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	379	371	+0	68.1	11.1
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	379	371	+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	16	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+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		
小児入院医療管理料病床	20	+0
回復期リハビリテーション病床	50	+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

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： 7人 2年目： 6人 歯科： 1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

