

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」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 27 日～8 月 28 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 1	認定
------	--------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、愛知県豊田市を中心とする西三河北部医療圏における時間外救急医療や各種健診・検査の実施、看護師の養成を目的に設立された法人が運営主体となり、1980 年に公設民営病院（30 床）として開設された。地域住民のニーズに応えるための増築や増床を繰り返し、2008 年に回復期リハビリテーション病棟を開設、2016 年には地域包括ケア病床を導入して外来・入院診療の充実に取り組んできた。同時に訪問診療や訪問看護、訪問リハビリテーションにも注力し、自宅での生活をサポートする在宅医療支援の取り組みを多職種連携で進めてきた。2020 年の診療棟新築など、病院全体の一連の再整備事業は 2022 年に完了し、現在は「コミュニティ・ホスピタル」というコンセプトを掲げ、地域医療をシームレスにつなぎ、地域住民を支える病院づくりを目指している。今回の病院機能評価は、4 回目の受審であるが、数年前から様々な会議や委員会での検討がなされ、病院幹部のリーダーシップの下、職員一丸となって質の改善に向けて取り組んできたことが確認できた。また、連携する大学病院との強固な協力体制の下での総合診療専攻医の育成や、IT・ロボット技術などの先進技術を活用したリハビリテーションの提供など、優れた取り組みの実践も確認できた。今後も、地域医療の提供、地域医療人材の育成に取り組まれるとともに、貴院のますますの発展を祈念する。

### 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。3 か年の中期経営計画を策定し、目指すべき病院像や重点課題を明確にしている。多種多様な委員会を設置されているが、委員会とその下部組織は実態に合わせて整理することが望まれる。病

院幹部は人材の確保・育成や経営改善などを重要課題と認識し、課題解決に向けてリーダーシップを発揮している。情報システムは、情報セキュリティ基本要綱などの関連諸規定に基づいて適切に運用・管理されている。文書は文書管理要綱に基づき管理されているが、文書の発信や受付の仕組み、保管方法などを具体的に定めることが望まれる。

医療法や施設基準等で定める必要な人員を確保し、増員や退職者の補充など、必要な採用活動を行っている。職員の出退勤時刻や時間外労働時間は勤怠管理システムを導入して正確に管理している。衛生委員会は、健診受診率やストレスチェックの受検率、ワクチン接種、労働災害などを把握している。職員からの意見・要望は職員満足度調査や人事評価面談、職場代表者会議などで収集している。

全職員を対象とする研修会は、必要性の高い課題について計画的に開催できるよう体制の整備が望まれる。人事評価制度を導入し、階層ごとに設定された評価項目に従い職員の能力評価を実施している。学生実習は、様々な養成校から受け入れ、カリキュラムに沿った実習を行い、契約内容等は総務課で一元的に管理している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利とお願いを明文化し、入院案内、ホームページ、検査等の説明書で周知している。インフォームドコンセントの方針を明文化し、説明と同意の手順はマニュアルを策定して周知している。大型モニターの活用や説明書に絵図を書き加えての説明など、患者の理解を深めるための工夫をしている。患者相談窓口を設置し、社会福祉士が中心となり患者・家族からの相談に応じている。個人情報取り扱いについては、定期的に運用状況を確認し、法改正への対応や必要な職員教育を実施するよう、組織体制の強化が望まれる。倫理委員会を設置し、適宜、委員会を開催しているが、主要な倫理的課題についての方針の明文化が望まれる。日常の臨床現場で把握した患者・家族の抱えている倫理的課題については倫理コンサルテーションチームが解決に向けて介入・支援している。

病院の正面玄関前に路線バス停留所・タクシー乗降場所を設置し、患者用駐車場を必要数確保している。館内はバリアフリーが確保され、手摺りや点字ブロックの設置など、高齢者・障害者への配慮がなされている。診療・ケアに必要なスペースや患者がくつろげるスペースを十分に確保し、療養環境を適切に整備している。敷地内禁煙の方針を徹底し、禁煙外来を開設しており、職員の喫煙率を把握している。

### 4. 医療の質

TQM 活動を中心に業務の質改善に継続的に取り組んでおり、多くの職種が参加して実際の業務改善につなげている。多様な症例検討会や多職種カンファレンスが日常的に開催されている。クリニカル・パスについては、手術に関する一部の運用のみであり病院全体としての取り組みが望まれる。患者・家族からの意見・要望や苦情は、意見箱や患者満足度調査などで収集している。サービス向上委員会では接遇能力向上プロジェクトを立ち上げ、接遇に関する院内表彰制度を設置するなど、医

療サービスの質向上に積極的に取り組んでいる。標準的な診療・治療方法を新たに導入する際は診療実務委員会で、高難度新規医療技術の導入、医薬品の適応外使用は倫理委員会で審議し、病院運営会議で承認する体制としている。

各病棟には管理責任者の氏名を掲示して診療・ケアの管理・責任体制を明確にしている。診療記録は診療録記載要綱に従い適切に記載されているが、研修医の記載に対する指導医のカウンターサインがないケースが見受けられるため、運用上の工夫が望まれる。カンファレンスを日常的に開催して多職種で患者情報を共有し、委員会や認定看護師、歯科医師が参加する専門チームが組織横断的に活動して患者の診療・ケアを行っている。

## 5. 医療安全

医療安全を所管する多職種で構成された組織体制が確立しており、患者の安全確保に関するマニュアルは必要に応じて、適宜改訂されている。院内外のアクシデント・インシデントの収集を行い、収集したデータの分析と再発防止策が検討され、安全対策の成果確認や必要に応じた見直しも行われている。医療安全指針の中に医療事故発生時の対応手順を定め、職員ハンドブックに医療事故の報告基準、レベル別の報告経路を掲載して職員に周知している。

誤認防止対策は、患者の本人確認や検査・治療部位、検体などの確認を手順に基づいて行い、手術時には左右誤認防止対策を実施している。医師の指示出しから看護師の指示受け・実施はオーダリング機能とバーコードリーダーを用いた三点認証により確実に行われている。麻薬は、使用の都度、薬剤部から払い出している。ハイリスク薬への注意喚起表示や抗がん剤のレジメン管理なども適切に行われている。アセスメントスコアシートを用いて入院患者の転倒・転落のリスクを評価し、評価に応じて看護計画を作成し患者・家族へ説明している。医療機器は、使用する職員への研修を計画的に実施し、安全に使用している。院内緊急コードを設定し、救急カートが整備されている。BLS・AEDの訓練は、患者のケアに関わる全職員を対象に定期的に行うことが望まれる。

## 6. 医療関連感染制御

医療安全推進室に感染管理者や医療安全推進アドバイザーを配置している。感染対策防止チームとリンクスタッフ、リンクナースが参加する ICT 委員会が、連携医療機関の ICN のアドバイスを受けながら、必要な対策を実施している。院内感染対策委員会を毎月開催し、院内の感染対策を協議している。院内の感染発生状況は臨床検査科から医療安全推進室に報告され、アウトブレイク発生時には院内感染発生時の対応マニュアルに従い、迅速に対応している。

手指衛生や個人防護具の着用などの標準予防策を徹底し、ICT ラウンドで定期的に遵守率をチェックしている。感染性廃棄物や血液・体液の付着したリネン・寝具類はルールに基づいて適切に取り扱われ、医療関連感染を制御するための活動が実践されている。抗菌薬は抗菌薬適正使用マニュアルに則り使用され、特定抗菌薬の使用は許可制としている。感染対策防止チームは、カンファレンスで抗菌薬の使用

状況を確認し、必要に応じて ICD が担当医師にアドバイスを行い、適正使用を促進している。

## 7. 地域への情報発信と連携

医療サービスや診療情報は、広報誌やホームページ、SNS などを活用して地域に発信している。広報誌の掲載内容やホームページ上のコンテンツの内容は、広報委員会で検討している。地域の医療機能・医療ニーズの収集・把握や施設間の紹介・逆紹介の窓口業務は、地域医療連携室が担当している。多くの連携施設を訪問して直接、情報を収集するほか、連携施設との交流会などを開催して連携を深めている。近隣医療機関からの検査の依頼にも積極的に応じており、様々な疾患で地域連携クリニカル・パスが活用されている。地域住民を対象に市民公開講座や健康教室などを定期的に開催し、健診センターでは、健康診断や人間ドック、学校健診や事業場健診などを積極的に実施している。連携する大学病院の総合診療プログラムの協力施設として、毎年、多くの総合診療専攻医を受け入れており、専攻医の育成に向けて病院全体で環境の整備に努めている。また、地域医療人材センターを設置して訪問看護師や訪問療法士の育成にも注力しており、これらの地域医療人材の育成に向けた取り組みは高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページや院内掲示でわかりやすく案内している。外来診療は、多職種が関わり、情報を収集・共有して診察や検査を行っている。紹介患者は地域医療連携室が窓口となり受け入れている。診断的検査を行う際は、患者・家族に必要性やリスクを説明し、同意を得ている。自院で行えない検査や治療は、高度医療機関などを紹介している。入院の決定は、入院の必要性を主治医が判断し、同意を得た上で入院している。

入院診療計画書は多職種が関わり作成しているが、計画に変更があった場合は再作成が望まれる。医療相談には地域医療連携室が窓口となり、院内スタッフや院外の社会資源等と連携して対応している。医師および看護師は病棟業務を適切に行っている。投薬・注射を実施する際は、6R による確認を行っている。輸血はマニュアルに従い、十分な説明と同意のもとで安全に実施している。手術・麻酔の適応や方法などは、主治医および外科系チームが検討し、術前・術中・術後の管理には多職種が関与している。入院時に褥瘡リスクや栄養状態・嚥下機能などの評価を行い、必要な計画を立案してケアを実践している。患者の疼痛は FRS を用いて客観的に把握している。リハビリテーションは、カンファレンス等で情報を収集し、必要性とリスクを説明してから実施している。身体拘束を最小化する方針を明確にし、拘束中の患者の状態観察や回避・軽減・解除に向けた取り組みを、医師を含めた多職種で行っている。入院時に退院支援スクリーニングを実施し、様々な関係者が参加して情報共有・必要な検討を行い、退院支援に取り組んでいる。在宅医療支援センターを設置して訪問診療・往診や訪問看護、訪問リハビリテーションを積極的に実施し、24 時間 365 日の緊急対応体制は評価できる。ターミナルステージの対応

は、患者・家族の意向に沿って計画を立案し、診療・ケアを実践している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方監査・調剤監査・服薬指導等を通して薬剤の安全な使用に努めているが、注射薬は1施用ごとの取り揃えが望まれる。臨床検査科では、検体検査、生理検査と一部の細菌検査に対応し、迅速に結果を報告し、精度管理を確実にしている。画像診断部門では、撮影時の患者誤認防止や読影結果レポートの未読防止、画像診断の質の向上に取り組んでいる。食事は保温・保冷配膳車を用いて適温で提供され、調理室内の作業区域は清潔・不潔が完全に区分され、衛生的な管理が行われている。リハビリテーション部門は、退院後の環境を再現した屋上庭園などを使用してリハビリテーションを実施している。IT・ロボット技術など先進技術を活用している点は高く評価できる。診療情報は、1患者1IDにより一元的に管理しているが、量的点検においては、点検体制の充実が望まれる。医療機器は一元的に管理され、休日・夜間の対応や保守点検の体制が確立している。

洗浄・滅菌業務は中央化し、滅菌の精度保証を確実にしている。病理診断部門は、常勤医を配置し、細胞診検査、組織診検査を行っている。病理診断は大学病院と連携し、支援を受けられる体制がある。輸血・血液の保管・管理は適切である。手術室では、スケジュール管理、術中管理、退出管理など適切に行っている。救急医療は、全例受け入れる方針を明確にし、地域の救急隊員や近隣医療機関との救急症例カンファレンスを開催し、救急診療の質向上・救急連携の強化に努めている。

## 10. 組織・施設の管理

日々の会計処理や財務諸表の作成は公益法人会計基準に則って適正に行われ、法人監事による会計監査が定期的に実施されている。法人経営会議を毎月開催し、月次収支が詳細に報告され、予算実績差異の分析を行っている。診療費の計算や金銭収納などの窓口業務は24時間体制で行っている。保険請求業務や返戻・査定への対応は業務手順に則って医師の関与のもとで実施している。様々な業務を外部へ委託しており、日々の業務の遂行状況は作業日誌や日報・月報などで各委託業務の所管部署が確認している。

契約期間終了時には自動更新とせず、再度、プロポーザル方式で契約を締結している。施設・設備の保守点検は月次作業一覧表に基づき計画的に実施され、感染性廃棄物は専用の保管庫で常時施錠管理して保管されている。医薬品や医療消耗品の採用可否は薬事材料委員会で決定している。医療消耗品などはSPDシステムにより在庫管理が行われ、物品購入の際の決裁権者は金額ごとに明確に定められている。

病院施設はすべて免震構造および耐震構造になっている。患者用・職員用の食品や飲料水を備蓄し、非常用の自家発電装置や燃料を確保して災害へ備えている。夜間は正面玄関以外をすべて施錠しており、館内は常時、エリアごとに電子錠で施錠管理して保安維持に努めている。

# 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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	B
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	B
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	B
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	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	B
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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B



2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	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	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	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	必要な患者に在宅などで継続した診療・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	B
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	B
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	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	
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	B
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	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	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	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	B
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	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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2024 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： 豊田地域医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 愛知県豊田市西山町3-30-1

## 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	190	190	+50	83	21.4
療養病床	0	0	-20		
医療保険適用	0	0	-20		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	190	190	+30		

## 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)	0	+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	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	40	+0
地域包括ケア病床	100	+50
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

在宅療養支援病院

## 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： 2 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

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
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	346.52	314.00	264.88	110.36	118.54
1日あたり外来初診患者数	140.32	130.50	94.24	107.52	138.48
新患率	40.49	41.56	35.58		
1日あたり入院患者数	136.36	125.58	131.59	108.58	95.43
1日あたり新入院患者数	5.91	4.95	5.40	119.39	91.67