

# 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 9 月 11 日～9 月 12 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、地域の中核病院として尾張北部医療圏における医療提供体制の充実を図ってきた。愛知県より地域周産期母子医療センター・救命救急センター・地域中核災害医療センター・がん診療拠点病院・地域医療支援病院など様々な医療機能の認定を受けており、地域の救急医療の拠点となっている。循環器センターや血液細胞療法センターを中心に、専門性が高く高度な医療を展開している。また健康管理センターでは、健診活動を通して地域住民の健康増進に寄与している。災害発生時には発生直後から被災地へ派遣できる体制を整備しており、災害医療にも貢献している。さらに臨床研修病院として、臨床研修医の育成や、看護学生の実習を積極的に受け入れるなど、専門職種の養成にも尽力している。

今回、病院機能評価の更新受審であり、特に救急医療や地域への教育・啓発活動の項目で高い評価を得ている。今回の受審結果をもとに、貴院のさらなる発展を祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は、わかりやすい文章で明示されており、ホームページや入院案内等により周知されている。病院運営の意思決定は管理者会議にて行われ、病院幹部は職員と積極的にコミュニケーションをとり、現場の課題解決に向けて日々尽力している。院内で取り扱っている情報システム等を一元的に管理し、データの真正性、保存性の確保に努めている。病院における文書管理は、文書管理規程に基づき総務課にて管理している。

人材確保については、附属の看護学校をはじめ、学校訪問や SNS の活用、インタ

ーンシップ制度など積極的な活動を通じて人材の確保に努めている。人事労務管理については、諸規程の整備やシステムを活用した勤務時間管理、ハラスメント防止対策など適切に行われている。

職員への研修については、全職員対象の研修参加率の向上と、委託職員の参加の促進を期待したい。職員の能力開発は、職種ごとにキャリアラダーの整備に取り組み、必要な技術や知識を習得できるように初期研修を行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利やこどもの権利について明文化し、患者・職員に周知している。文書同意取得が必要な医療行為については抽象的な表記となっているため、基準の見直しと周知、説明・同意書の標準化の促進を期待したい。診療やケアに関して、入院診療計画書や各種説明書を用いて誤認防止や、転倒・転落リスクや対応策などを患者に説明して参加を促している。患者・家族からの相談は窓口を患者相談支援センターとしている。さらに、多様な相談に対して多職種でカンファレンスを行った結果は共有管理をしている。個人情報保護方針、個人情報利用目的など運用手順を定め、ホームページ等で周知している。臨床倫理マニュアルに、臨床における倫理的課題に関する方針・基準を定めており、臨床現場で発生した倫理的課題については、倫理コンサルテーションチームに相談して対応している。訪問看護ステーションでは在宅関係者との倫理カンファレンスも実施している。

院内はバリアフリーであり、施設・設備は安全性・利便性・快適性に配慮されている。また、病院敷地内全面禁煙であることを周知し、禁煙外来を設置して患者・職員への禁煙支援の取り組みを行っている。

### 4. 医療の質

医療の質管理部・管理室を中心として、部門横断・組織横断的に医療の質を話し合える環境が整備されている。医療の質管理部・管理室では、臨床指標の把握やQC活動でのファシリテートなどを担い、院内の改善活動に取り組んでいる。クリニカル・パスは適用率を上げることに加え、バリエーション分析を充実させることで診療の質の向上に取り組むことを期待したい。患者・家族からの意見を意見箱や満足度調査で収集し、改善につなげる仕組みがある。新たな診療・治療方法や技術の導入に向けた検討、未承認薬の使用、薬剤の適応外使用などは倫理委員会で審査している。新たな医療技術の導入や保険未承認薬剤の使用については、ルールを明文化し、関連部署と協議の上、倫理委員会で検討し、管理者会議で決定している。外来ならびに病棟の責任者、担当者を掲示して管理体制を明確にしている。診療記録は規定に基づいて適時に記載している。患者の状態に応じて栄養サポート、緩和ケア、認知症ケア等の医療チームが介入している。また、治療方針決定に関する検討等を複数診療科や多職種の合同カンファレンスで行っている。

### 5. 医療安全

院長直轄に医療安全管理部を設置し、マニュアルの整備や多職種で院内巡視する

など安全確保に向けた体制は適切である。インシデント・アクシデント報告を収集し、分析・検討を行う医療安全対策部会には院長も出席して迅速に対応している。医療安全委員会には初期研修医も出席し、職員全員参加の医療安全活動を推進している。医療事故発生時の報告手順は全職員へ周知されている。

患者誤認防止は、名前・生年月日を名乗ってもらうことを徹底し、手術室・内視鏡室ではタイムアウトを実施している。指示出しから実施までの工程確認と、口頭指示受け手順・実施は確実に行われている。さらに、画像所見および病理所見の見落とし防止の対策がとられている。薬剤部以外での麻薬・向精神薬・ハイリスク薬管理は適切に行われており、重複投与回避やアレルギー警告などリスク回避手順も整備されている。転倒・転落防止は、入院時に全患者に対しリスクアセスメントを行い、注意事項などを記載した用紙を用いて患者・家族に説明している。医療機器の使用に関してはマニュアルを整備し、機器の新时期導入時だけでなく、定期的に研修会を実施して安全使用に努めている。患者急変時の対応としては院内緊急コードを設定し、緊急時の訓練は各部署で適切に行っている。

## 6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染管理部（室）に専従 ICN と微生物検査技師を配置し、兼任で ICD、ICN、感染制御認定薬剤師を配置している。ICT/AST 活動も活発で、感染対策向上加算 1 を算定しており、地域連携合同会議や相互ラウンドを通じて地域の感染情報を収集している。新型コロナウイルス感染症の拡大時には、県北部医療圏の拠点病院として指導的役割を発揮するなど、感染制御体制は高く評価できる。ICT は院内外からの情報収集を行い、常に感染アウトブレイクの発生状況を調査して問題点の分析と改善に努めている。

医療関連感染を制御するために、標準予防策や感染経路別予防策のマニュアルを整備しており、ICT は擦式アルコール消毒剤使用量をモニタリングし、遵守率向上に努めている。ICT/AST ラウンドで感染発生や培養結果を詳細に把握し、血液培養陽性や耐性菌検出例への指摘事項を医師に還元している。抗菌薬の届出制と許可性は形骸化しておらず、抗 MRSA 薬の血中濃度測定にも取り組まれており、抗菌剤適正使用は適切である。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の情報はホームページ、広報誌、SNS などで必要な情報を速やかに提供している。地域医療機関との連携は地域医療センターが中心となり、地域連携交流会、各種研修会を積極的に開催している。前方・後方連携促進のため、事前予約受付時間を延長するなどの取り組みを行っている。紹介状の返書に関して、初回報告書については適切に管理されているが、転科時や退院時、最終報告のタイミングにおいても確実な返書管理を行うなどの対応が期待される。地域住民への健康増進に寄与する活動は、がんサロン、公開医療福祉講座のほか、イベント時の健康相談、健康チェックなどを行っている。地域の医療介護従事者を対象として、画像読影会、がん診療連携研修会、緩和ケア研修会、在宅医療の勉強会、糖尿病患者教育担当者セ

ミナーなどを開催している。さらに、行政と共同で高齢者の骨折予防に関して医師、管理栄養士、理学療法士が参加する出前講座を行っており、ホームページでも動画配信を行うなど地域に向けた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

受診に必要な情報はわかりやすく案内され、コンシェルジュを配置して円滑に診療が受けられるよう配慮されている。入退院支援センターを設置し、入院から退院までのサポート体制が整備されている。入院決定時に患者からの情報聴取や各種スクリーニングを行い、多職種が介入して円滑な入院に向けて支援している。患者・家族からの各種相談には、患者相談支援センターが相談内容に応じて適切な職種や部門に繋いで対処している。看護提供方式は固定チームナーシングで、看護基準・看護手順を整備し、標準的な看護技術・看護業務が行えるようにしている。重症患者の管理は、患者の病状・重症度に応じて生体情報モニターなどを用いて適切に行われている。褥瘡発生リスクは、日常生活自立度と危険因子で総合的に評価し予防に努めている。緩和ケアチームは、がん患者以外の症状緩和にも介入している。疾患別リハビリテーションやがんリハビリテーションに対応し、早期介入と廃用症候群予防に努めている。身体拘束に関する指針を整備し、実施にあたっては患者・家族に必要性や方法を説明している。退院後も継続した診療・ケアが必要な患者には、病棟看護師や患者支援室の担当者が連携して介入している。在宅で介入する関係機関との連絡調整や、併設する訪問看護ステーション看護師の介入、院内外の関係者による退院支援カンファレンスの実施等、在宅療養を支援する取り組みは評価できる。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、抗がん剤の24時間混注や各種疑義照会、抗菌薬の血中濃度測定/使用監視によるアウトブレイク対策等は評価できる。臨床検査部門は、迅速かつ安全に実施・報告し、夜間・休日にも検査が可能である。画像診断機能は、医療被ばく低減施設の認定を受けており、画像設備はおおむね適切である。栄養管理室の厨房内は衛生的に管理されている。また、食事に関しては栄養アセスメントを実施し、行事食、食育の取り組みも行われている。リハビリテーション部門は、心大血管、脳血管疾患等、運動器、呼吸器、がんの急性期のリハビリテーションに加え、高齢者化に伴う対策として摂食機能療法のニーズ拡大にも対応している。診療情報管理部門、医療機器管理部門、洗浄・滅菌部門、病理診断部門、放射線治療部門は適切に機能を発揮している。

血液製剤は発注から保管・供給・返却・廃棄までの業務を輸血療法マニュアルに基づいて安全に運用している。手術スケジュールは、各診療科と手術室スタッフが連携し、柔軟に調整している。オープンICUの体制で、集中治療科医師は各診療科担当医師と共同して患者管理を行っている。救命救急センターとして、24時間365日の診療体制で、救急車の応需率はほぼ100%を維持している。ドクターカーを配備し、年間約200件の出動要請に対応するなど救急部門の機能は高く評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

本部の収支計画のもと予算を作成し、本部の承認を経て決定している。執行状況は毎月の管理者会議で行い、本部の経営改善ヒアリングが実施されている。保険請求業務は、医事課で点検後に医師が確認を行い、返戻・査定に関して診療部門会議で共有している。施設基準は法人本部から提示される一覧を基に確認を行っている。業務委託の是非に関しては、管理者会議で審議され毎年見直されている。業務内容はチェックシートで確認し、委託業者と担当部門が毎月ミーティングを行っている。

施設・設備は保守管理計画を施設課が策定し、日常点検を実施している。廃棄物は感染・非感染で分別され、排出状況の電子マニフェスト管理を行っている。購買管理は院内委員会で選定し、共同購入を行っている。在庫管理は電子カルテに連動する物品管理システムを利用し、払い出し分を自動発注する仕組みである。

地域中核災害拠点病院として、地域関係機関との広域災害訓練、火災訓練を実施している。災害発生時には、人員・食料・診療材料・燃料等について同一法人内の病院と協力体制を構築しており、その取り組みは高く評価できる。保安業務は24時間体制で入館、保安管理を行い、緊急時の連絡体制も確立されている。

# 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	B
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	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	B
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	S
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	B
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	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	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	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	
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	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	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	S
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： 愛知県厚生農業協同組合連合会 江南厚生病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 厚生連（厚生農業協同組合連合会）

I-1-4 所在地： 愛知県江南市高屋町大松原137

### 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	630	630	-54	81.7	11.7
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神病床			+0		
結核病床			+0		
感染症病床			+0		
総数	630	630	-54		

### 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	24	+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）		+0
ハイケアユニット（HCU）		+0
脳卒中ケアユニット（SCU）		+0
新生児集中治療管理室（NICU）	6	+0
周産期集中治療管理室（MFICU）		+0
放射線病室		+0
無菌病室	17	+0
人工透析	50	+0
小児入院医療管理料病床	51	+0
回復期リハビリテーション病床		+0
地域包括ケア病床	0	-54
特殊疾患入院医療管理料病床		+0
障害者施設等入院基本料算定病床		+0
緩和ケア病床	20	+0
精神科隔離室		+0
精神科救急入院病床		+0
精神科急性期治療病床		+0
精神療養病床		+0
認知症治療病床		+0

### 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(DPC特定病院群),  
 地域周産期母子医療センター

### 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： 14 人 2年目： 12 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

