

るが、看護職やMSWについては増員が難しいため、退職理由の把握やその対応への積極的な取り組みが望まれる。就業規則をはじめとした各種の人事・労務管理規程が整備され、衛生委員会による職場の労働環境改善が実施されており、職員のメンタルヘルスについてもチャプレンが対応しサポートするなど、適切な職場環境が維持されている。

看護部門では年間の教育・研修計画が策定されており有効な研修が実施されているが、その他の部署においても教育研修効果を高めるための制度の整備が望まれる。また、看護部門において目標管理制度が導入されており、クリニカルラダーに基づく職員との合意評価が行われ適切な能力評価が行われ、その評価が能力開発へ活用されている。

3. 患者中心の医療

「みなさまの権利」を明文化し、ホームページや院内掲示などを利用して患者・家族や職員に向け、患者の権利についての周知努力が行われている。カルテ開示における診療情報の提供については、病院組織としての検討と意思決定をする体制の整備が望まれる。説明と同意に関する方針および説明にあたっての注意事項が明文化されており、説明直後に同意を得ることを避け、患者の意思を尊重するなどの適切な対応が行われている。患者からの情報収集および医療者からの情報提供が行われて診療情報が共有され、医療安全や感染防止に関する患者参加の取り組みも適切に行われている。総合受付に医療相談窓口の掲示がなされ医療福祉相談室の社会福祉士が対応しており、緩和ケア病棟には精神保健福祉士が相談担当者として専属で配置され、精神的サポートも含めた適切な患者支援体制が敷かれている。院内における主要な倫理的課題の方針が定められおり、看護部では倫理的課題に対する学習会やグループワークが開催されているが、病院全職員を対象とした倫理研修への取り組みも期待される。個別事例の発生に対しては、毎朝多職種が参加したカンファレンスで議論され、患者・家族の社会的背景も考慮した誠実な対応が行われている。

外来通院患者で希望者は、病院の送迎バスが無料で利用でき、通院における利便性が確保されている。入院生活へのサービスは売店での新聞取り次ぎやパンの移動販売などが行われ、売店の維持管理については病院からの支援も行われている。車椅子などの備品は必要数が確保され整備されているが、2階の浴室等における障害については運用面において十分な配慮が望まれる。病棟各フロアに談話室が設置されており、患者・家族がくつろげるスペースが確保されており全病床に無料テレビが設置されているが、病床スペースの改善や病棟における、いやしの環境づくりについては、積極的な取り組みと工夫が期待される。緩和ケア病棟の喫煙室を除いては建物内禁煙が徹底されており、職員の禁煙への支援も適切に行われている。

4. 医療の質

院内3か所に意見カード記入場所と投書箱が設置され、内容により関係部署責任者や

接遇サービス委員会等で検討・改善されて、院長名で対応内容が掲示されている。また毎年、患者満足度調査が行われ、患者からの意見を取り入れた質改善が適切に行われている。医局症例検討会や画像診断検討会およびホスピスの死亡症例検討会が開催され、多職種が参加し毎朝行われるカンファレンスも診療の質向上に役立っているが、クリニカル・パスの導入については、検討し臨床に反映されることが期待される。医療サービス推進は各部署の代表で構成する接遇サービス向上委員会が行っており、行政等による指摘についても早急に改善していて、医療サービスの質改善には継続的に取り組んでいる。

病棟や外来の管理・責任体制および責任者の業務分掌は明確で、責任者名は各部署に明示され、入院患者に対しては入院診療計画書およびベッドネームに主治医と担当看護師が明記されるなど、診療とケアの管理・責任体制は明確である。回診時の所見や検査所見など必要な情報が診療録に記載されており、入院カルテの質的監査も実施されているが、監査内容については検討が望まれる。また、略語の標準化が図られているが診療録中に英文の記載が多く、日本語表記の徹底が望まれる。患者に接するほぼすべての職種が参加する医師別のドクターカンファレンスが毎日開催され各職種が診療録に情報を記録し共有しており、さらにNSTや褥瘡委員会などの多職種によるチームの定期的な院内ラウンドが行われ、情報共有および協働が適切に行われている。

5. 医療安全

「医療安全管理基本指針」が策定されており、医療安全に関する組織体制として、医療安全管理部門をはじめとした各委員会およびワーキンググループが機能している。医療安全管理委員会では目標管理シートにより、安全確保に向けた取り組みとその評価を行うなどの適切な体制が整備されている。インシデント・アクシデント報告の他、医療安全管理委員会のメンバーが月1回院内ラウンドを実施し、安全確保に向けた情報収集を行っている。また、院外情報も自院の状況を確認後、各部署に伝達されており、安全確保に向けた院内外の情報収集と活用は適切である。

「誤認防止マニュアル」が策定され、患者確認は入院患者のリストバンド装着や患者本人からの名前確認など、複数の識別方法で確認することを基本としており、誤認防止対策のマニュアル遵守状況については月1回の医療安全パトロールで確認されている。医師の指示出しと看護師による指示受け・実施確認や検査異常値および口頭指示等における情報伝達エラー防止対策は、適切に行われている。麻薬・向精神薬は薬局内において鍵管理されており、ハイリスク薬は色別で注意喚起され適切に保管されている。また、注射薬は1施用ごとの取り揃えが行われ、さらに薬剤師による調製・混合が行われるなど、薬剤取り違い防止の取り組みには薬剤師が積極的に関わっており適切である。全入院患者に転倒・転落のリスク評価が行われ、評価に基づく予防対策が適切に実践されている。医療機器使用マニュアルが整備されており、機器の使用前には動作確認が行われ、教育研修についても医療機器安全管理責任者が計画的に開催しており、安全使用

に向けた体制が整備されている。患者急変時等の院内緊急コードが設定され訓練が行われ、全職員を対象にしたAEDおよびBLSの講習も実施されており、患者急変時への対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

「医療関連感染制御マニュアル」が整備され、感染対策委員会に病院幹部をはじめとした主要メンバーが参加し、感染管理者を中心に感染制御における検討と対応が行われている。しかし、ICTの院内ラウンドについては、院内の感染状況の把握や抗菌薬の適正使用および職員の感染防止対策等の把握・検討を行うための活発な活動が望まれる。院内の分離菌培養や菌種別の薬剤感受性検査を部署および病棟別に行っており、感染情報として院内に周知しているが、部門別サーベランスは現状よりも拡大していくことが期待される。

「感染防止マニュアル」に基づいて標準予防策が実行され、職員は各自手指消毒用の速乾性アルコールを携帯し感染制御に取り組んでいる。廃棄物は感染性廃棄物と非感染性廃棄物の2種類に分別廃棄されているが、バイオハザードマークについての院内における認識の再確認と職員への周知が望まれる。抗菌薬使用に関するマニュアルが整備され、広域抗菌薬の使用も届出制とされており、適正な抗菌薬使用に向けた取り組みが行われている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の診療内容や健康福祉に関する情報を病院広報誌で、緩和ケアに関する情報や当院における緩和ケア病棟の紹介を「ホスピス便り」で、患者・家族および地域住民等へ広報している。また、診療実績等を含む1年間の事業報告と次年度の事業計画がまとめられており、関係施設等へ適切に発信されている。地域において医療福祉関係における情報交換会が頻繁に行われ、地域の医療機能や医療ニーズが適切に把握されている。また、ホスピス運営会議が地元住民参加のもと開催されており、地域の医療ニーズや意見要望が病院運営に適切に反映されている。法人主催による「オープンハウス」が病院で開催されており、地域住民参加のもと医療相談や健康相談などが行われ、また、住民に向けた健康セミナーも開催されるなど、地域への健康増進活動は適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合受付において診療科の選択や緊急性・感染性のある患者に対するトリアージ対応が適切に行われており、小児科待合室には幼児が利用できる遊具施設が整備されるなどの配慮がなされている。医師は外来診療において患者の病状や治療に関する説明内容と同意の状況を診療録に記載し、必要に応じて他科医師と相談するなど、かかりつけ医としての機能を適切に発揮している。地域医療福祉連携室での紹介元への返信では、確実にされる体制の整備について検討されたい。侵襲的検査は患者に説明のうえ同意書を得ており、リスクの高い検査は検査中・検査後の患者の状態や反応の観察が行われ診療

録に記載されている。高度医療や専門外の医療および継続療養を必要とする医療関連施設への転院に際しては地域医療福祉連携室が介入し、患者・家族のニーズを把握して円滑な紹介が行われている。入院の決定は外来担当医師が行い、患者に対する説明内容と入院への同意が診療記録で確認でき、入院診療計画書も入院翌日までに作成されているが、クリニカル・パスの運用については積極的な取り組みが望まれる。各病棟は主治医制で診療が行われており、科内や各科間において不在時や専門外診療等における協力体制も確保されている。病棟の看護業務は看護部理念に基づく全人的ケアの視点でニーズを把握し、看護計画が立案・実施・評価されており、適切に実践されている。薬剤師による持参薬の管理や病棟注射薬の1施用ごとの取り揃えが行われ、観察が必要な薬剤投与におけるバイタルサインチェックも行われるなど、投薬・注射は確実・安全に実施されている。全入院患者に対して褥瘡リスク評価が実施されており、褥瘡発生時は褥瘡委員会に発生届が提出され褥瘡認定医師による回診と治療が適切に行われている。また、栄養リスク評価も行われ必要に応じて言語聴覚士や栄養サポートチームが介入し摂食・嚥下機能などを評価し適切な食事提供を行っている。症状緩和は緩和ケア認定看護師を中心に客観的な評価のもと実施され、効果を評価しつつ適切に行われている。医師の処方に応じて目標の設定と訓練内容を決めリハビリテーション総合計画書が作成され、リハビリテーションが適切に実施されている。入院早期より多職種が参加する定期的なカンファレンスで退院支援に向けた検討が行われ、退院後も在宅において継続した診療ケアが適切に実施されている。ターミナルステージでは多職種カンファレンスで診療ケアの計画が立案され、患者・家族への心理過程に寄り添い、療養環境やQOLに配慮したケアが適切に実践されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬局において持参薬の鑑別管理が行われ、注射薬の1施用ごとの取り揃えも行われている。しかし、採用医薬品数および廃棄薬剤金額については検討の余地があり、新規医薬品の採用基準の検討や品目数削減についての取り組みおよび院内医薬品集の整備等が望まれる。検体検査における異常値やパニック値は主治医に直接連絡のうえ確認が行われており、採血業務は外来病棟とともに臨床検査技師が行うなど、臨床検査機能は適切に発揮されている。CT画像は医師によるダブルチェックが行われ、読影困難な症例は高次病院に紹介するなど、画像診断機能は適切に発揮されている。管理栄養士が全入院患者の入院時に面談を行い、嗜好や嚥下機能を確認し積極的な個別対応を行っており、言語聴覚士と協働して献立別の嚥下機能を考慮した食形態の提供にも適切に取り組んでいる。また、緩和ケア病棟担当管理栄養士により個々の患者の嗜好にあった患者の口に合う食事が提供され、少しでも食べていただくという観点からの給食が適切に行われている。リハビリテーションは急性期から終末期に至るまで対応し、毎朝多職種で行われるカンファレンスに参加して主治医との連携や病棟との情報共有を図り、適切な機能を発揮している。診療情報管理士により入院診療録の量的監査が適切に実施され、退院時サ

マリー作成率についても本受審を契機に改善されている。使用済み器材の一次洗浄は汚染の拡散防止や防護に配慮し各部署で行われ、滅菌の質保証については、中央材料室において各インディケータで確認されている。手術室における術中管理は手順に沿って行われ、麻酔覚醒時の安全性を確認し退出基準に基づき帰室するなど、手術・麻酔機能は適切に発揮されているが、予定手術における術中迅速病理診断については体制の整備が望まれる。

救急の受け入れ方針は近隣地域住民の二次救急病院としての役割を担い、必要な場合は三次救急医療施設へ紹介することとしており、同じ医療圏内の救急病院との連携のもとに相応の救急医療機能を適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

月単位の損益予算が策定され、月次の診療実績とともに損益実績が法人運営会議において検討されており、経営状況の把握と分析が適時適切に行われている。医事課業務マニュアルに基づき受付収納業務等が行われており、返戻査定についてもレセプト委員会において再審査請求等の検討が適切に行われている。しかし、未収金回収における管理業務については責任者による確認等の積極的な関与が望まれる。業務委託における業者の選定は委託業務検討委員会で議論され、委託した業務の質の確保についても、業者との定例ミーティングおよび各委員会で適時確認されている。

施設・設備の定期点検は委託業者において実施され記録・報告されているが、簡単な設備の日常点検については院内における取り組みが期待される。新規物品購入については手術室業務連絡会等で検討されたものが稟議決裁されており、棚卸による過剰在庫や使用期限切れ等のチェックも適切に行われている。

防災対応マニュアルが策定されており、停電や地震および大規模災害時も含めた対応体制が適切に整備されている。また、BCPマニュアルが整備されたところであり、今後の詳細な取り組みが期待される。夜間の保安体制は男性職員により宿直マニュアルに沿って施錠巡視等が行われ、民間セキュリティ会社との契約により、異常時は即時適切な対応が行われることとなっている。

医療事故発生時の対応手順が整備され、再発防止に向けた検討取り組みも医療安全管理委員会で適切に検討・対応されている。また、実際に発生した事故に対する具体的対応については、医療事故対策委員会が院長の権限で召集され状況の把握や患者・家族への説明等の検討と対応が行われることとなっている。

11. 臨床研修、学生実習

現在、リハビリテーションと看護における学生実習を受け入れており、カリキュラムに基づく実習が医療安全や感染防止に配慮し適切に行われている。

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	B
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	B
1.1.6	臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している	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	地域活動に積極的に参加している	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	B
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	医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	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	B
1.6.3	療養環境を整備している	B
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	B
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	かかりつけ医機能としての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	B
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	B
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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制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	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	B
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

□ 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

□□□ 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	□
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	□
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	□
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	□
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	A

□□□ 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	□
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	□
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	□
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	□

□□□ 教育・研修

4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	□
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	□
4.3.3	学生実習等を適切に行っている	□

□□□ 経営管理

4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	□
4.4.2	医事業務を適切に行っている	□
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	□

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： 2014年 4月 1日 ～ 2015年 3月 31日
 時点データ取得日： 2015年 7月 31日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 医療法人財団愛泉会 愛知国際病院

I-1-2 機能種別： 一般病院 1

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 愛知県日進市米野木町南山987-31

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	72	72	0	79.6	17.4
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	72	72	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	増減数(3年前から)
救急専用病床	1	0
集中治療管理室(ICU)		
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		
人工透析		
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床		
亜急性期入院医療管理料病床	0	-10
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	20	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：

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： 人 2年目： 人 歯科： 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

