

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 5 月 30 日～5 月 31 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

機能種別 リハビリテーション病院（副）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。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は設立当初からケアミックス病院として、地域に密着した医療を展開してきた。現在では、地域包括ケア病床と回復期リハビリテーション病床を有し、地域からは、回復期医療から在宅医療介護まで提供する、必要不可欠な施設と認識されている。

医療の質・サービスの向上に向けた取り組みの一環として、病院機能評価を継続して受審しており、今回審査でも、幹部職員が中心となり、業務の見直し等に取り組んできた成果がみられた。審査結果の概要は以下のとおりであるが、秀でている取り組みの内容や、検討が望ましい課題についての記載を参考に、現況を再確認のうえ、地域に貢献しつつさらに発展することが期待される。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念とクレド（信条）は明確で、内容はわかりやすく、患者・家族や職員にも周知されている。幹部職員は各種委員会へ積極的に参加して、その力を発揮している。病院運営の意思決定会議は定期的に行われているが、議事録の充実を期待する。法令に基づく委員会や病院運営に必要な会議・委員会を開催しているが、将来計画や年次事業計画については、明文化や職員への周知の面で検討の余地がある。

情報の管理・活用については、電子カルテと各部門システムが連動し、情報の真正性・保存性・見読性が担保されている。また、院内の文書については規程が策定され、一元的に管理されている。人事・労務管理はおおむね適切である。全職員への教育・研修については、内容を充実させ、計画的に研修を実施することが期待される。職員の能力評価や能力開発については、能力開発カードの活用により、自己評価から一次・二次評価が行える仕組みが機能している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化されており、クレド（信条）とともに各種手段を用いて患者・家族、地域や職員への周知に努めている。説明と同意についてはマニュアルが整備され、方針に基づいて行われているが、書式の整備等が期待される。疾患別患者会での勉強会や個別の自主トレーニングメニューの利用など、医療への患者参加は適切に行われている。相談窓口が整備され、多様な相談について解決が図られている。なお、虐待への対応については方針が定められているが、より詳細なマニュアルの整備を期待したい。

個人情報、方針を定め保護に努めているが、学会発表などで患者データを使用する際の規程や手順の整備について検討の余地がある。多職種による倫理委員会が定期的に開催されているが、延命治療以外の主要な倫理的課題に対する病院の方針などを含め、臨床における倫理的課題への対応については、充実を期待したい。患者・家族の利便性は、コンシェルジュの活躍により確保されている。病棟やトイレ、浴室などは利便性・安全性を考慮のうえ整備されている。バリアフリーが確保され、高齢者・障害者に配慮された施設・設備である。敷地内を禁煙としており、受動喫煙の防止に努めている。

### 4. 医療の質

患者・家族からの意見は、意見箱を設置して収集しているが、患者満足度調査の実施について検討が期待される。死亡症例検討会は適宜行われている。回復期リハビリテーション病棟では脳卒中・大腿骨頸部骨折の地域連携パスを活用しているが、代表的疾患のクリニカル・パスの作成等を期待したい。医療の質改善のための活動には適切に取り組まれている。

診療・ケアの管理・責任体制では、病棟に勤務する医師を含め職員名が掲示されており、主治医不在時の対応は適切に機能している。看護師長は病棟ラウンドでケアの実施状況を把握し、看護チームにフィードバックしている。診療記録の記載は、電子カルテを活用しマニュアルに沿って適切に行われている。多職種の協働では、各種カンファレンスを活発に行い、専門チームとしてNST 回診や皮膚科回診があり、食事形態やポジショニング、ベッド・マットの検討が行われている。多職種が協力して質の高い診療・ケアを行っており、適切である。

## 5. 医療安全

医療安全に関して、マニュアルが整備され、委員会も定期的開催されており、体制はおおむね確立している。ただし、カンファレンスや、安全管理部門の活動のさらなる活発化を含め、一層の充実を期待したい。安全確保に向けた情報収集については、インシデント・アクシデントの分析および再発防止に取り組んでいるが、医師からの報告が増えることが期待される。

患者誤認防止はリストバンドの装着、バーコード認証、患者本人の氏名申告等により行われている。部位誤認防止は、患者への不具合部分の確認で行われている。情報伝達エラー防止対策では、医師の指示出しから実施までの経過は電子カルテで適切に行われているが、口頭指示におけるマニュアルなどの整備が期待される。薬剤の安全な使用に向けた対策として、麻薬やハイリスク薬の保管・管理は適正に行われ、処方時のリスク回避はオーダーリングシステムと調剤システムを併用して行われている。

転倒・転落防止対策では、入院患者全員にリスクアセスメントを行い、リスクに応じた予防策を立案している。医療機器の安全使用に向け、新卒・中途入職者ともに適切に教育・研修が行われている。患者の急変時対応は訓練の実施や救急カートの整備、緊急対応コールの設定など、適切である。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた活動は、対策委員会を定期的開催している他、医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師による ICT を構成し、環境ラウンドを適切に行っている。感染対策マニュアルの改訂に関しては周知徹底を期待する。感染防止対策加算 1 の病院との合同カンファレンスに参加し、情報収集などを行っている。

手指消毒剤の使用状況モニタリングや、手指消毒の研修が適切に行われている。感染性廃棄物の取り扱いもおおむね適切である。院内における分離菌感受性パターンを集計し、診療現場での抗菌薬選択の材料としている。代表的疾患に対する抗菌薬使用の指針を作成しており、適切である。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信については、ホームページや法人広報誌を活用しており、病院の役割や機能の広報を行っている。地域の医療機関や福祉施設との連携では、担当部署に看護師と社会福祉士を配置し、地域連携を積極的に推進して、病病連携や病診連携を適切に行っている。地域からの紹介患者を多数受け入れているが、返答確認における工夫など、さらなる充実を期待したい点がある。

地域への健康増進活動では、地域住民を対象に、図書館分館を活用して「健康フェア」を開催し、多数の参加者に有意義な情報を提供している。また、院長が地元ラジオ放送に出演して健康講話を実施しており、地域住民にとって有益な情報提供となっている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が、円滑に診察を受けられる手順が確立している。転入院相談は、手順が明確となっているが、紹介患者に関するリスト化など、記録類の整備が期待される。診断的検査として、内視鏡検査や嚥下造影検査は安全に行われている。多職種が入院判定シートに記入し、院長の判断で入院を決定している。入院診療計画書は入院当日に発行しているが、入院時の看護計画に、社会的ニーズや心理的ニーズを反映させることが期待される。医療相談の対応はおおむね適切である。入院当日は外来で診察を受け、診療計画書に同意して病棟に案内され、患者は円滑に入院できる。

医師は病棟業務を適切に行い、チーム医療におけるリーダーシップを発揮している。看護師の病棟業務は、看護基準・手順や業務規程が整備されており適切であるが、介護福祉士のための基準や規程の整備等も期待したい。薬歴管理、投薬・注射は薬剤師の適切な関与により確実・安全に行われている。褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導は適切に行われている。疼痛はフェイススケールで評価しており、音楽療法への参加など、薬剤のみに頼らないケアにより症状緩和をしている。今後は、がん患者以外の不快な症状緩和の基準・手順を整備されるとよい。

リハビリテーション開始時には医師がオーダーし、療法士が速やかにリハビリテーション総合実施計画書を作成しているが、医師も含めた多職種によって早期に作成することが望ましい。身体抑制の開始・観察と評価はおおむね適切である。入院患者の退院支援および在宅療養への支援、継続した診療・ケアは適切である。また、ターミナルステージの対応も適切に行われている。

### <副機能：リハビリテーション病院>

回復期リハビリテーション病棟の入院患者は、院外急性期病棟からの転入院がほとんどである。統一的な入院判定基準の整備と、多職種合議形式による入院判定の検討を期待したい。入院後速やかにリハビリテーション総合実施計画書が作成されている。

医師は日々回診して多職種との情報交換を行い、治療のリーダーシップを発揮しているが、今後は装具診への直接の参加・関与が期待される。看護・介護の基準・手順は整備されているが、実践に活かせるよう工夫されるとよい。褥瘡の予防と治療では、入院時リスク評価が行われ、治療計画が作成されている。疼痛患者に対して、療法士も関与し多職種でポジショニングの統一などの対策を図っている。

計画に基づく系統的なリハビリテーションを 365 日実施しており、療法士が早出・遅出を行い、朝夕の患者ケアに関与している。作業療法では院内のドライブレシミュレーターを活用し、必要時は自動車学校の実車評価に作業療法士が同乗するなど、運転再開への積極的な取り組みがあり、高く評価できる。身体抑制における取り組みは、おおむね適切である。退院後の生活期支援者との連携は適切である。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では、持参薬の鑑定や処方監査を適切に行っている。調剤後の監査に関して、運用面での検討を期待する。検体検査は基本的に外注とし、緊急性のある項目を中心に一部の検体検査を院内検査としている。院内検査の検体を、再検査の必要性も考慮して一定期間保存することについて、検討を期待する。放射線部門では、CT の読影は専門医により行われ、画像診断の質が確保されている。

栄養管理では管理栄養士を配置し、調理業務は直営で行っている。設備・器具や業務マニュアルを整備し、清潔・不潔区域も明確であり、環境面も含め適切である。リハビリテーションは、主治医と療法士が連携を取り実施しており、リハビリの連続性は保たれている。診療記録は電子カルテが活用され適切に管理されている。今後は、量的点検のチェックシートの活用やデータのコーティングの作成が期待される。医療機器は使用部署で保管され、医療機器管理責任者が台帳で一元管理している。洗浄・滅菌では、使用済み器材の一次洗浄は使用部署で実施し、滅菌は高圧蒸気滅菌器を使用している。

病理診断機能では、外来看護師が外注の病理検査の窓口となり、内視鏡の生検標本を提出している。悪性所見が報告される場合の手順は適切である。

## 10. 組織・施設の管理

予算書については事業計画や各部門の意見、政策事案などを考慮して立案し、会議に上申している。経営状況の分析については、損益計画書を作成して検討されている。医事業務は、受付から会計までの手順が定められ適切に運営されている。レセプトの点検・返戻・査定では担当医師と積極的に検討を行っている。施設基準の遵守についても委員会で適正に対応している。外部委託の是非や委託業者については、立案のうえ業者選定・見積もりが行われ、質を重視して会議で検討のうえ決定されている。物品管理も適切である。

施設・設備の管理では、計画に基づき保守点検が行われており、院内は清潔に管理され、清掃業務も適切である。災害時対応では防火訓練が開催され、緊急連絡網の整備なども適切である。夜間の保安体制も整えられており、医療事故発生時の対応体制も適切である。

## 11. 臨床研修、学生実習

看護師・リハビリテーション療法士の学生を受け入れている。各学校からのカリキュラムに沿った実習を行い、評価を行っている。実習学生に関する理解と協力を患者・家族に求め、同意を得て実習を行っており適切である。

# 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	B
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	B
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	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	B
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	B
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	B
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	B
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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	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	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	B
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	B
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	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	B
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	NA
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	B
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	B
2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
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	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	B
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	B
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	NA
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	NA
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	NA

## 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	B
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	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	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	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	B

## 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	B
-------	---------------	---

---

## 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
-------	-----------------	---

---

## 機能種別：リハビリテーション病院（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	B
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	B
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	B
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	S
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A

年間データ取得期間： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 年 1 月 31 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団 石橋内科 広畑センチュリー病院

I-1-2 機能種別：一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：兵庫県姫路市広畑区正門通4-2-1

## 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					
療養病床	60	60	+0	98.4	54.9
医療保険適用	60	60	+0	98.4	54.9
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	60	60	+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		
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	29	+0
地域包括ケア病床	31	+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		
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

## 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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	49.00	35.24	36.74	139.05	95.92
1日あたり外来初診患者数	4.04	3.91	4.31	103.32	90.72
新患率	8.24	11.09	11.73		
1日あたり入院患者数	58.52	57.42	58.75	101.92	97.74
1日あたり新入院患者数	1.21	1.35	1.30	89.63	103.85