

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29日～9月30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、1990年12月に愛知県議会において「子ども病院建設請願」が採択され、1995年1月の「愛知県小児保健医療総合センター（仮称）基本計画」策定のもと、2001年11月に開設された。現在、愛知県内唯一の小児医療専門病院として、高度で先進的な医療を提供するとともに、三次救急や周産期などの高度急性期小児医療を提供し、大きく貢献している。また、新興感染症の中核病院としての機能も担っている。

このたびの訪問審査では、センター長を中心に職員が一丸となって質改善に取り組んでいる様子が確認できた。評価項目の多くは適切と評価され、患者・家族の倫理的課題等への対応や多職種の協働による質の高い診療・ケアの提供、集中治療機能や救急医療機能などは極めて高く評価される。引き続き病院機能の充実を図り、今後もますます活躍・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

あいち小児保健医療総合センター憲章や基本方針をわかりやすい表現で明文化し、病院内外に周知している。病院運営の意思決定会議は運営会議であり、その他、必要な会議・委員会が設置され機能している。病院事業中期計画に基づき年度ごとの取り組みや目標を設定・評価し、今後の対策を検討している。情報の管理・活用の方針は明確であり、院内の情報を適切に管理・活用している。文書管理規程や文書事務の手引きに基づき、院内の文書を管理している。院内規程やマニュアルの承認の仕組みは明確である。

職員の定数管理を厳格に行っている。人事・労務管理に必要な服務規程を整備

し、職員に周知している。時間外勤務状況や有給休暇取得状況を把握し、衛生委員会に報告するとともに、必要な対策を講じている。衛生委員会を毎月開催し、健康診断を確実に実施している。職員の意見・要望はスターティングヒアリングや職員満足度調査などで把握・対応している。

研究教育委員会が所管し、全職員を対象に必要な教育・研修を確実に実施している。全職員を対象に目標達成度評価と能力発揮度評価を行っている。専攻医については小児科専門医の取得に向けた支援を行っている。各職種において初期研修プログラムを策定し、初期研修を適切に実施・評価している。医学生や看護学生などの学生実習を積極的に受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は運営会議で内容を検討し、必要時に改訂している。診療記録の開示については診療録の開示規定に基づいて検討を行い、開示に応じている。説明と同意に関する方針や基準・手順を明文化しているほか、年齢によるインフォームドコンセント・インフォームドアセント取得基準を定めている。子どもが理解し納得した上で治療が受けられるように、多職種が協働して発達段階に合わせた取り組みを行っている。患者・家族からの様々な相談に対応する相談窓口を設置し、相談内容によって各専門職が適切に対応している。個人情報の保護に関する方針や個人情報保護に関する規程等を整備し、個人情報を適切に保護・管理している。臨床倫理認定士や上級臨床倫理認定士を含む医師、看護師などの多職種が参加する臨床倫理委員会を定期的開催している。継続的・長期間において倫理的視点での検討が必要な子ども・家族に対して、病院全体で支援体制を構築し、臨床現場で実践していることは高く評価できる。

来院時のアクセスはホームページや入院案内等でわかりやすく案内している。患者・家族の入院生活へのきめ細かな配慮がある。子どもの療養環境委員会が中心となり、子どもが安心・安全に療養できるように療養環境の改善に取り組んでいる。敷地内禁煙の方針が徹底され、親への啓発活動や職員への禁煙推進に取り組んでいる。

4. 医療の質

業務の質の向上に向けて医療の質向上委員会を立ち上げ、組織横断的・継続的に改善活動を行っている。診療の質の向上に向けて各診療科の症例検討会や関係する診療科によるカンファレンスなどを行い、治療方針などを検討している。意見箱、患者満足度調査、外来待ち時間調査などで患者・家族の意見・要望を収集し、医療サービスの質向上に活用している。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、病院として審議・承認する仕組みがある。

外来や病棟に各部門の責任者を掲示し、診療・ケアの管理・責任体制を明確にしている。医師は診療記録記載マニュアルや略語集に基づき、毎日、遅滞なく診療録の記載を行っている。診療記録の質的点検は多職種からなるチームで、すべての診療科の症例に対して適切に行っている。保育士、保健師、臨床心理士を含めた多職

種が連携し、子ども一人ひとりのニーズに応じた包括的支援を行っていることは高く評価できる。

5. 医療安全

センター長直属に医療安全管理室を設置し、医療安全管理責任者、医療安全管理者、医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者を含む多職種で医療安全管理室会議を開催し、情報共有と検討を行っている。インシデントは報告システムで収集し、リスクマネジメント部会で分析・検討し、対応策はリスクマネジャーを通じて各部門・部署へ周知し実施している。医療安全管理マニュアルに事故発生時の対応手順を明記し、重大事故発生時の初期対応や医療事故公表基準等が規定されている。

医療安全管理マニュアルに規定した誤認防止策に従って各部門で患者の確認を行い、入院中は患者・家族からの氏名と生年月日の名乗りとリストバンドを照合し確認している。医師の指示出し・実施確認、看護師の指示受け・実施は電子カルテを運用し、確実に行われている。重複投与や相互作用、アレルギー情報は調剤システムでアラートが表示され、薬剤師がアラートを確認しないと調剤できない仕組みになっている。全入院患者に転倒・転落リスク評価を行い、危険度Ⅱ・Ⅲでは看護計画を立案し、患者の状況に応じた個別の対応を行っている。人工呼吸器など機器の作動中は看護師と臨床工学技士がチェックリストを用い、作動状況や設定条件を確認している。院内緊急コードは#99、Emergency Call、RRSの3種類を規定し、時間帯や状況に合わせて使い分けている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の実行組織としてICD、ICN、薬剤師、臨床検査技師、事務職員で構成されたICTとASPチームが活動している。感染対策マニュアルを整備し、毎年改訂している。PICUにおいてCLABSI、CAUTI、VAPのターゲットサーベイランスを行い、他施設との比較分析を行っている。

感染対策マニュアルに従って標準予防策や感染経路別予防策などの徹底を図っている。感染性廃棄物の分別・保管や血液等の付着したリネン等の取り扱いは適切に行われている。ICTやASPチームが毎週の会議で抗菌薬使用状況と耐性菌発生状況を把握するとともに、抗菌薬の種類、投与量、投与期間についてコンサルテーションを行っている。耐性菌の発生件数、特にカルバペネム耐性菌の発生件数はJACHRIの中でも最低レベルであるなど、ICTやASPチームの積極的な取り組みは高く評価できる。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会と医療連携委員会が中心となり広報活動を行っている。患者・家族に向けた医療サービスの内容や受診・入院加療等に関する情報などは、ホームページ、病院案内、入院案内、機関誌等でわかりやすく発信している。ホームページは定期的に更新し、最新の情報を提供している。ホームページに各診療科の診療実績

や臨床指標を公表している。医療連携室の職員と医師が開業医等を訪問し、地域の医療の状況やニーズを把握するとともに、顔の見える関係づくりに努めている。独自の医療連携システムを構築し、地域医療機関や行政機関等との連携を強化している。紹介元への返書の進捗管理を行い、確実に返書している。県民を対象に公開講座を開催している。患者・家族を対象に「あいち子ども健康フォーラム」をNPO法人と共同開催しているほか、各種交流会、サマーキャンプ、きょうだい支援の会等を開催している。地域医療関連施設や医師会を対象に、「あいち小児医療懇話会」や「大府・東浦顔の見える会」を開催し、交流を図っている。医療機関の従事者や愛知県内の市町村・保健所の担当者等を対象に、児童虐待予防、小児在宅療養支援、予防接種等に関する研修会を開催するなど、地域に向けた教育・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ホームページなどで案内し、初診患者の情報は診療情報提供書や電子問診票で収集している。医師は診断的検査の必要性を医学的に判断し、侵襲的検査は必要性和リスクを説明し、同意を得て確実・安全に実施している。外来担当医が病状の評価を行い、医学的な判断に基づき入院の適応を検討している。入院時には医師や看護師などが共同して入院診療計画書を作成している。患者・家族からの相談窓口を設置し、院内外の専門職が多様な相談に対応している。

医師の病棟業務では複数医師を有する診療科はチーム制とし、毎朝のカンファレンスと1日2回の回診を行っている。看護師は入院時の情報収集と各種リスク評価に基づくアセスメントにより身体的・心理的・社会的ニーズを把握し、個別性のある看護計画を立案・実施している。全病棟に薬剤師を配置し、薬歴確認と服薬指導を行っている。輸血療法はマニュアルに従って実施し、投与時の患者の観察などを診療録に記載している。手術・麻酔の適応と方法は診療科のカンファレンスで検討している。術前に麻酔科医や手術室看護師が訪問し、手術時の安全を確保している。重症患者や術後の重症患者は集中治療専門医を責任者とする集中治療室で管理している。全入院患者に褥瘡発生リスク評価を行い、褥瘡アセスメントフローチャートに沿って対応している。栄養状態が不良な患者には管理栄養士が患者・家族と面接を行い、個々に応じた栄養指導を行っている。症状緩和に関する方針・指針・手順は疼痛緩和マニュアルに整備し、症状緩和に努めている。リハビリテーション科では医師との連携のもと、リスクの評価や患者・家族の要望を踏まえてリハビリテーション実施計画書を作成している。身体拘束に関する方針・手順・基準を身体抑制マニュアルに整備し対応している。退院後も医療的ケアの継続が予測される患者に対しては、退院調整看護師が早期から在宅移行への支援を行っている。ターミナルステージへの対応は患者・家族の意向を尊重して多職種で検討し、十分な説明と意思確認を行いながら進めている。一連のターミナルケアは質の高いケアに支えられた優れたプロセスであり、高く評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では処方鑑査や疑義照会、調剤鑑査を確実に実施している。注射薬は1施用ごとに取り揃え、払い出している。臨床検査室では24時間体制でタイムリーに必要な検査を実施し、迅速かつ正確に報告している。パニック値は依頼医に直接報告している。放射線検査室では夜間・休日も含め、必要な検査が迅速に行われる体制である。食事は適時・適温に配慮し、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づき确实・安全に提供している。リハビリテーション科では小児専門病院特有の疾患に対する専門性の高いリハビリテーションを行っている。診療情報は電子カルテ導入のもと、1患者1ID番号で一元的に管理し、診療記録の量的点検を確実に実施している。臨床工学技士が輸液ポンプ・人工呼吸器などの医療機器を中央管理し、24時間365日体制でトラブルに対応している。使用済み器材の洗浄・滅菌は中央化し、インディケーターによる滅菌の質保証を確実に実施し、バーコードシステムでトレーサビリティを可能にしている。

病理診断は外部委託であるが、検体の採取と保存処理から業者への引き渡し、結果報告を依頼医に届けるまでの手順は確立されている。輸血・血液製剤は専任医師の監督下で適切に保管・管理されている。手術室では年間2,500件以上の全身麻酔手術を行い、24時間体制で緊急手術にも対応している。PICU14床とNICU10床を有し、入退室基準を遵守して重症の救急患者や術後重症患者などに対し、集中治療専門医を中心とした多職種が協働して高度なチーム医療を行っている。小児救命救急センターでは年間1,300台を超える救急車やドクターヘリ搬送、9,000名超のウォークイン患者を受け入れている。救急車の応需率は約98%を維持し、高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

年度計画方針が明確に示され、前年度実績や年間経営方針に基づき、各部門の要求に対するヒアリングも実施した上で予算編成を行っている。病院会計準則に基づいた会計処理を行い、内部監査や外部監査を受けている。窓口業務や収納業務、レセプトの作成・点検などの医事業務は手順に沿って行われている。レセプトは医師も請求内容を確認している。返戻・査定は診療報酬委員会で報告・検討し、再審査請求にも対応している。委託の是非は委託業務適正化委員会で検討・決定している。委託業者の選定は一般競争入札を基本とし、必要に応じて多様な手法により決定している。

自院の役割・機能に応じた施設・設備を整備し、会計グループが管理責任部署となっている。電気・空調・水道等設備の管理は24時間体制で業務委託し、日常点検・保守点検は確実に実施されている。医薬品は薬事委員会、診療材料は診療材料委員会、医療機器は運営会議で審議し、購入を決定している。物品の発注・納品にあたっては発注者と検収者を区別するなどの内部牽制機能がある。

防災委員会が自院に関するリスクを特定・評価し、BCPを策定している。消防計画や防災要綱で緊急時の責任体制を明確にし、必要な訓練や備蓄を行っている。保

安業務は会計グループが管理責任部署となり、24 時間体制で業務委託している。
業務内容は明確であり、確実に実施・報告している。

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	S
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	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	B
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	A
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	B
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	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	S
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	S
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	S
2.2.2	外来診療を適切に行っている	S
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	S
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	S

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	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	S
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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
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	B
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	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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2025 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： あいち小児保健医療総合センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 愛知県大府市森岡町7-426

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	200	191	+0	67.9	4.8
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	200	191	+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)	14	+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)	10	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	1	+0
人工透析		
小児入院医療管理料病床	159	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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

DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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： 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

