

病院機能評価に関する 中間的な結果報告

訪問審査実施日：2020年7月13日～7月14日

病院名：医療法人青鳳会 美摩病院



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

中間的な結果報告の内容

中項目（自己評価調査票の中で3ケタの番号がついている項目）の各評価項目の中間的な評価結果を示したものです。

評価にあたっては、評価調査者が「評価の視点」「評価の要素」および病院の「活動実績」について、資料（各種議事録、診療記録など、日々の活動実態が分かるもの）や現場訪問、意見交換などを通じて確認しております。

また、一時点（訪問審査当日）のみを対象とするのではなく、改善活動に継続的に取り組まれている状況や医療を取り巻く社会の動きなどを考慮して、総合的に中項目を評価したものです。

中項目の評価は4段階で行われ、「S」「A」「B」「C」で表記しました。評価結果の解釈はおおむね以下の通りです。

評価	定義・考え方
S	秀でている
A	適切に行われている
B	一定の水準に達している
C	一定の水準に達しているとはいえない

※更新受審の場合は、前回受審の結果および期中の確認の内容と比較して評価しています。

※各項目で求められている事項が、病院の役割や機能から考えた場合に必要ない（当該事項が行われていなくても妥当である）と考えられる場合には「NA」（非該当）としています。

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>患者の権利は「患者さんの権利憲章」として明文化され、わかりやすい文章で書かれている。院内掲示、パンフレット、入院案内を通して院内外へ周知している。職員へは新人研修、朝礼での唱和や人権教育研修会などの場を利用して周知が図られている。「医療は患者様のために。」という理念のもと、患者の希望や自己決定を尊重した治療計画を立てるように努めている。診療記録の開示手順は定められており、昨年度は5件の診療記録の開示実績があった。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>院内で説明と同意が行われる範囲が定められ、書式も整備している。入院日には多職種で協議した内容を入院時診療計画書やリハビリテーション実施計画書に記載し、看護師の同席のもと主治医から説明を行っている。また、患者・家族からの同意の署名も取得している。説明時の状況は、同席した看護師が患者・家族の発言や表情などをカルテに記録している。看護計画についても、同意を得て説明と同意を実施しており、適切である。セカンドオピニオンは病院案内や院内掲示を行い対応している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】 診療・ケアに必要な情報は、患者・家族の協力を得ながら情報共有に努めている。療養上の注意やリハビリテーションに対する説明は具体的に行うように心掛けている。医療者と患者・家族が双方向に理解できるように努め、リハビリテーションへの積極的な参加を促している。また、主体性を促進するために、「何ができるようになりたいか」・「どうしたいか」等の要望を必ず確認し、実施している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 相談窓口として、地域連携室に専従の社会福祉士ほかケアマネージャーや相談員など MSW（医療ソーシャルワーカー）を配置し対応している。院内表示・掲示や入院案内・ホームページでの案内も行っている。患者等の虐待に係る対応は、看護管理マニュアルに掲載し、職員にも周知しており、行政（地域包括支援センター等）への連絡手順も整備している。多種多様な相談に応じており、患者支援体制および対応は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	A	<p>【適切に取り組まれている点】 個人情報保護に関する方針や規程を定めており、個人情報保護委員会を設置し、規程の整備、職員への周知、パソコンなど各種情報機器や紙媒体での情報などのセキュリティ対策が適切に図られている。診療・検査に関わる各室は個室化され、病棟の病室のカーテンは閉じられており、プライバシーへの配慮がされている。</p> <p>【課題と思われる点】 個人情報保護規程に記載する役職者名や個人情報保護法改正に関わる改定日に一部変更ミス等があり、個人情報保護委員会の記録に基づき、必要に応じて整備・改訂すると良い。</p>

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	【適切に取り組まれている点】
		倫理に関する研修会を開催し、職員の意識向上を図っている。院内で発生する倫理的課題を検討する場が明確とは言えないが、現場で起こっている倫理的な課題については、看護部で協議する場を設けており、おおむね職場全体が主体となって対応している。また、法人には倫理委員会が設けられている。
		【課題と思われる点】
		病院の診療機能上、比較的多く発生する倫理的課題について、病院としての方針を明文化されたい。また、院内で協議する場（検討委員会など）を整備し、「どのように対応していくか」を明確にし、記録に残し、継続した体制を構築することが望まれる。院内で起こっている倫理的課題についての集積を行い、併せて現場へのフィードバックを行うことが望まれる。

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	【適切に取り組まれている点】
		広報誌は年3回発行しており、地域連携室のスタッフを含む多職種が参加する広報委員会で作成している。HPは定期的に更新し、情報を広域に配信している。広報誌は地域の医療機関や公共機関、地域の住民等にも配布し、院内の機能や情報を紹介している。また、HPやInstagramなどの広報手段により、院内情報の発信や問い合わせ等の機能も進めている。
		【課題と思われる点】
		診療実績を含め、診療・看護・リハビリテーションや医療・介護連携など院内で実施している多くの実績が臨床指標としての取りまとめがされておらず、公表されていない。自院の機能を鑑みて、診療実績や臨床指標について取りまとめ、発信されることを望みたい。

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>患者の相談機能を含め、地域の医療関連施設との連携のため地域連携室が整備され、常勤の職員を複数名配置している。地域の人口構造等の把握や医療機関・介護施設等の状況把握・リスト化は行われている。また、自院の機能として「地域における役割と機能」等を等に掲載し、地域連携に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>施設間の紹介率や逆紹介率の把握はおおむね実施されているが、「地域における役割と機能」が掲示のみで終始しており、施設間の相互の交流や実態把握、地域の連携会議などに積極的に出向く体制が構築されているとは言い難い。リハビリテーションを主とする機能を活かし、地域の医療機関や介護施設等への働きかけを行い、地域連携の強化を図ることが望まれる。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>地域の住民(高齢者を含む)を対象にリハビリテーション体操や介護保険の説明、終末期医療の講演や交流会が行われ教育・啓発活動を通し地域貢献を図っている。特定健診や特定保健指導、各種の予防接種の積極的な取り組み、リウマチ教室の継続した開催は評価される。地元医師会や近隣の急性期病院が実施する協議会やリハビリテーション研修会へ参加しているなど、教育・啓発活動はおおむね適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>各種担当者の人員の減少により、活動が縮小されないよう工夫されるとなお良い。</p>

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

【適切に取り組まれている点】

医療安全管理者を病院長として、15名の多職種で構成された医療安全管理委員会が確立している。また、執行責任者である病棟師長を中心に院内横断的に活動している。月1回の委員会の他に、医療安全・感染対策・褥瘡対策委員会による合同会議を開催し、院内全体の課題について協議しており、患者の安全確保に向けた活動は適切である。

【課題と思われる点】

医療安全に関するマニュアルは整備されているが、改訂までの期間で長いものが一部見受けられるので、定期的に見直しを行う体制を作られると良い。

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

【適切に取り組まれている点】

院内のアクシデント・インシデントの収集・報告手順は適切である。院外の医療安全に関連する情報は、各部署でも閲覧できるようにしている。アクシデント・インシデント報告は職員が容易に記載し提出できるように、毎年見直しを行い、提出数の増加につなげている。発生時には現場での振り返りが行われ、対策を検討し、医療安全管理委員会が集約し、必要と思われる事象はRCAを行っている。また、集積したデータから発生が多い曜日や、転倒について要注意の発信を申送り等で行っている。

【課題と思われる点】

医療安全の確保に向けた活動について、効果の検証をさらに行われると良い。

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

【適切に取り組まれている点】

院内感染対策委員会は、院長を委員長とし多職種で構成され、組織体制を整備している。委員会は定期的に開催され、緊急時は臨時に開催する運用となっているが、感染症等で急を要する場合は病院幹部で決定し、速やかに対策を取るなどリーダーシップを発揮している。ICD・ICN はいないが、普段から感染担当の看護師が院内の感染制御に配慮している。マニュアル類は厚労省や県などの最新情報を取り入れ適宜更新され、各種耐性菌の感染者、保菌者に対するリハビリテーション実施に関するマニュアルを整備しているなど、適切である。

【課題と思われる点】

特記なし。

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

【適切に取り組まれている点】

院内の感染発生状況は、MRSA や ESBL 等の耐性菌を含めた分離菌、抗菌薬の使用状況、菌種別薬剤感受性などが定期的に把握されている。データは院内感染対策委員会に報告され、情報共有や感染拡大防止に活用されている。院内の感染対策事象は部署長を通して病院全体に周知されている。過去のアウトブレイクの経験から、連絡や検査体制の見直しを行った実績がある。

【課題と思われる点】

決められた項目に関するデータを収集し、毎月の院内感染対策委員会への報告は行われているが、年間のまとめを行い、継続的な分析と検討をされることがさらに望まれる。新型コロナウイルス感染症対策は状況に応じて変更されるが、後で検証するためにも記録を残されると良い。

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

【適切に取り組まれている点】

患者・家族からの意見収集のための意見箱の設置や患者満足度調査の実施、退院時のアンケートの継続した実施、CS部会が直接意見を聞く取り組みなどにより、患者・家族の意見・苦情収集に努めている。改善策を教育委員会内のCS部会で集約し、上部会議を通じ、院内全体への周知を図っている。改善策や意見への対応は待合ホールなどに掲示板を設置し、患者・家族へのフィードバックを図っており、対応は適切である。

【課題と思われる点】

特記なし。

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

【適切に取り組まれている点】

入院患者の症例検討は、回診や多職種のカンファレンスを通して行われている。治療方針、目標設定や効果判定などを検討することで診療の質を確保するように努めている。クリニカル・パスはないが、リハビリテーションを主とする病院としてプロセスやアウトカムに関する指標は部門ごとにデータとして蓄積されている。診療の質の向上に向けた活動は適切に行われている。

【課題と思われる点】

リハビリテーションやケアの標準化に向けて、蓄積したデータの活用を望みたい。また、臨床の指標に関するデータはあるが、十分に分析されているとは言えない。経年的変化をみることや全国的なベンチマークとして対比することで診療の質の向上を図ることができるので、収集したデータの分析結果を臨床指標として作成することが望まれる。

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>毎月開催される病院機能改善委員会では院内の各委員会からの報告や各部署からの提案事項が議論され、部門横断的な改善活動を行っている。項目によっては経営会議と連動し、迅速に対応している。内容や結果は議事録を全職員に回覧することで周知し、質改善への意欲を高めている。病院機能評価を継続して受審しており、業務の質改善に継続的に取り組んでいる。各種立ち入り検査の指摘事項には速やかに対応している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>新たな治療方法や技術を導入しようとする意欲があり、論文などから情報を収集し、検討しているなど、倫理・安全面に配慮した診療・技術導入の体制が整備されている。院長の指示より、栄養とリハビリテーションの関連や、回復期リハビリテーション病棟のパス作成などへの取り組みが進行している。臨床研究は、臨床研究に係る標準業務手順書に基づき倫理委員会の承認を得る仕組みがあり、今後の継続した取り組みが期待される。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>倫理や安全面に配慮しながらも、医師や関係するスタッフが教育・研修の機会を持てるよう支援する取り組みがなされると良い。</p>

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

【適切に取り組まれている点】

バス停や駅が比較的近くにあり、公共交通機関でのアクセスは良い。駐車場や駐輪場を整備し、患者・家族や来院者への利便性に配慮している。売店や外来食堂は整備されていないが、近くのコンビニエンスストアとの提携で、生活用品等必要な日常品は供給できる。洗面・整容、冷蔵庫・電子レンジ・給湯器・コインランドリー等が整備され、理髪などへの対応も行っている。テレビ・ラジオや公衆電話・携帯電話の利用、病室によってインターネットの利用も可能であり、情報入手・通信手段が整備され、利便性・快適性に配慮している。

【課題と思われる点】

特記なし。

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

【適切に取り組まれている点】

全館バリアフリーが確保されており、廊下・階段には両側に手摺りが設けられ、高齢者や障害者への安全性に配慮している。病室や廊下などは広く、エレベーターの利用も車椅子を利用する患者への安全性にも配慮している。車椅子や歩行器など移動に必要な備品、その他リハビリテーションに必要な補助具などは、病棟内で担当者を配置し整備している。

【課題と思われる点】

院外に出るための扉はおおむねオートロックなどにより整備しているが一部の扉などは破損している状態も見受けられるので、安全性などを考慮し、補修されると良い。

1.6.3 療養環境を整備している

A

【適切に取り組まれている点】

診療・ケアに必要なスペースが確保され、デイルームなどは患者がくつろげるスペースとなっており、過ごしやすい環境を確保している。清潔な寝具が準備され、トイレ・浴室なども利便性・快適性・安全性に留意し、清潔であり、環境整備に配慮している。また病棟内の洗面所や倉庫内も整理・整頓されている。

【課題と思われる点】

特記なし。

1.6.4 受動喫煙を防止している**A****【適切に取り組まれている点】**

全館禁煙および敷地内禁煙となっている。ニコチン依存症管理料の算定ができる体制を整備し、禁煙外来の診療を行っている。各部署の掲示板に禁煙を推進する掲示物があり、患者等への禁煙を促している。労働安全衛生委員会で職員の喫煙に関するアンケートを実施し、禁煙推進を図っている。

【課題と思われる点】

職員への喫煙に関するアンケートにより、禁煙推進を図っているが、全体の喫煙率はやや高い傾向にあるため、さらに禁煙への教育を推進されると良い。

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

【適切に取り組まれている点】

病棟・外来における管理・責任体制として医師、看護師の氏名を表示している。ベッドサイドには、主治医と担当看護師・療法士を明示している。各階の病棟師長は、毎日のラウンドは欠かさずに行い、特に報告があった患者や問題のある患者については訪室し、患者の訴えを傾聴している。主治医不在時の連絡体制も整備しており、診療・ケアの管理・責任体制は適切である。

【課題と思われる点】

特記なし。

2.1.2 診療記録を適切に記載している A

【適切に取り組まれている点】

職種ごとに決められた記載基準があり、臨床経過、検査結果、処方内容、インフォームド・コンセント、指導内容や治療計画などの診療記録は適時記載されている。電子カルテにより記録が一元管理されており、他の職種の記録が容易に閲覧、参照できる。実際の診療場面において記載内容の相互参照やカンファレンス記録等を多職種で共有していることがケアプロセスを通して確認することができる。サマリー類は退院後早期に完成されている。

【課題と思われる点】

質的点検は実施されているが、診療情報管理士を中心とした多職種で定期的かつ包括的な実施と、フィードバック後のフォローアップまで行われるとさらに良い。

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	【適切に取り組まれている点】 患者確認の手順を定めている。患者自身が氏名を名乗り、リストバンドによる確認を徹底している。また、バーコードによる検体の誤認防止を行っている。外来では、診療科名と番号による呼び出しと、患者自身による名乗りで確認している。名乗れない場合は家族またはスタッフの付き添いの者で確認を行っている。放射線技師は、レントゲン撮影時に必ず患者自身に痛みの場所等を確認し、指示との照合を行っている。チューブ類は色によって識別する工夫が見受けられる。患者・部位・検体の誤認防止は適切に行っている。
			【課題と思われる点】 特記なし。
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A	【適切に取り組まれている点】 医師の指示の下、処方箋・指示箋・検査等が実施されている。指示受け・実施確認は時系列に検証可能な形で記録され、患者の状態変化に伴う指示変更も電子カルテに反映するなど、適切に行っている。やむを得ない場合の口頭指示は、口頭指示受け表を用いる手順が定められており、電子カルテに記載している。検査結果で緊急性を要するパニック値や診断に重要な結果は、カルテに表示されるだけでなく指示医に直接電話報告するなど確実に行っている。
			【課題と思われる点】 代行入力された場合、所見の確認漏れや処方漏れなどは、リスクとなるため、医師は電子カルテ上で確認して承認するシステムで運用しているが、一部システムが使用されていない事例が見受けられるので、周知徹底を期待したい。

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	<p>【適切に取り組まれている点】 麻薬等の使用実績はほとんどなく、薬剤部・一般病棟の鍵のかかる保管庫で保管・管理している。ハイリスク薬は処方箋や薬袋等に表示し、注意喚起している。重複投与や禁忌設定は、処方時に電子カルテのアラートと薬剤師による処方鑑査が行われている。副作用のモニタリングは、定めた観察項目に則り行われ、副作用を疑う場合は報告している。回復期リハビリテーション病棟の在庫薬は主には座薬であるが、患者用に処方した薬剤を医師の指示に応じて使用しており、薬剤の使用・管理体制は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 ハイリスク薬は院内で規定され、マニュアルに記載されているが、現場でいつでも参照できる仕組みがあるとなお良い。カリウム製剤は払い出し時にカードを用いて注意喚起を行っているが、さらに周知徹底されると良い。</p>
2.1.6 転倒・転落防止対策を実践している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 全患者について転倒・転落アセスメントを実施し、リスクに応じた個別の対策を講じている。病棟看護師は定期的なリスク評価に加え、転倒発生時やADLの進捗状況に合わせて評価し、対策を立て修正しており、適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.1.7 医療機器を安全に使用している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 院内では人工呼吸器・輸液ポンプ・シリンジポンプ・心電図モニターを一般病棟で使用する事が多く、回復期リハビリテーション病棟での使用頻度は少ない。しかし、院内の全看護職員対象に、機器の使用方法についての研修会が計画的に実施されており、記録に残している。使用マニュアルは整備され、各機器に写真等でわかりやすく説明書をつけている。使用中の作動確認は勤務ごとに実施し記録に残しており、適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 緊急コードとして「コード09」が設定され、視認しやすい場所に連絡先の番号を掲示している。救急カートはナースステーション内の定位置にあり、常に使用できる状態で管理している。薬品については、薬剤師が週1回点検を行っており、適切である。BLS訓練は年2回の避難訓練にあわせて実施されているが、参加人数に限られるため全職員が3年間で1度は必ず受講できる体制となっている。</p> <p>【課題と思われる点】 BLS・AED研修については、年度初めに研修計画を具体的に立案し、定期的に行える体制を整備されると良い。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 手指衛生は1処置1手洗いを原則としている。各階の出入口や病室の入口には速乾性手指消毒剤を設置し、職員は携帯用の消毒剤を常時携帯している。感染経路別の予防策についてのマニュアルは整備され、PPEの着用および血液・体液の付着したリネン寝具類の取り扱いについても適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 ステーション内にある医療廃棄物の段ボール箱の蓋が開放されたままの状態であったが、収納後は密封の状態にすることが望まれる。また、不潔のリネン庫にリネン以外の清潔な物品が置いてある状況が見受けられたので、感染制御について教育を徹底・周知し、取り扱いに配慮されることが望まれる。</p>
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 院内抗菌薬使用指針が整備されており、定期的に見直しにも努めている。特定抗菌薬は届け出制で、投与前の培養提出、投与継続の実態や治療効果に関する確認、結果に従い使用薬剤を変更する手順など適切になされ、処方医にもフィードバックされている。抗菌薬使用症例は把握しており、院内感染対策委員会に報告されているなど、抗菌薬の適正使用へ繋げるなど取り組みは適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】 日々の診療・ケアなどで発生する倫理的課題や事例についての検討は、病棟師長ミーティングやカンファレンスを活用して実施しており、おおむね適切である。また、倫理的課題についての研修会は年2回実施し、職員の意識向上に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 法人内での倫理委員会は設置されているが、現場で解決が困難な事例を病院として検討する仕組みが無く、検討された事例も見受けられないことから、解決困難な事例を検討する仕組みを整備されることが望まれる。また、それらを職員に周知する取り組みについても、充実させることが望まれる。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 医師・看護師・介護福祉士・看護補助者・各療法士・管理栄養士が患者情報を共有しながら、診療・ケアにあたっている。多職種参加のケアカンファレンス以外に栄養サポートや排泄ケアなど、多職種で患者目標やチーム目標について協議し、チームアプローチを展開している。また、褥瘡対策チームによる毎週1回の院内ラウンドが実施され、褥瘡予防から早期治癒を目指した活動が行われている。各チーム内での協議事項は記録に残されると良い。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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

【適切に取り組まれている点】

受診に必要な診療内容・診療時間・医師の配置状況や施設基準の取得状況等の案内は適切である。初診・再診・紹介患者の対応は丁寧であり、受診対応は円滑である。入院相談に関しては、地域連携室の担当者が対応している。待ち時間調査は毎年実施し、待ち時間短縮を図るとともに、待合ホールのテレビや各種雑誌・新聞を配備し対応している。患者の急変や緊急性が求められる状態では、外来看護師や医師に連絡し、迅速な対応を行っている。

【課題と思われる点】

特記なし。

2.2.2 外来診療を適切に行っている

A

【適切に取り組まれている点】

外来は整形外科、内科を中心に非常勤医師による専門外来にも対応している。初診時は問診表を活用し、事前情報を入手している。診療情報提供書がある場合は検査結果や処方薬を参照している。所見や診断結果に基づいた治療計画、治療の実施、患者への説明と同意等が適切に行われ、侵襲を伴う検査は文書で説明し、患者・家族の同意の署名を得て安全に実施されている。外来リハビリテーションは物理療法のみであるが、実施前に医師の診察も行われる体制であり、適切である。また、有熟者は別の入口から案内されている。

【課題と思われる点】

特記なし。

2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】
			<p>診断的検査は、医師の指示の下、検体検査・生理検査・画像診断等が適時行える体制にある。実施手順、誤認防止対策、急変時の対応などを定め、安全に実施している。内視鏡や造影検査など侵襲を伴う検査は事前に説明と同意を得ており、同意書の保管も適切である。検査中・後の患者の状態に関しては、決められた項目に応じて適切に観察している。自院で行えない検査などは他院に紹介するなど適切に対応している。診断的検査は確実、安全に実施されている。</p>
			【課題と思われる点】
			特記なし。
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】
			<p>リハビリテーション目的の入院は入院患者受け入れ指針に基づき、相談窓口であるMSWが紹介元の医療機関から必要な情報を収集している。迅速に受け入れるため、入院可否検討のチェック表を用いてスクリーニングし、病院長が中心となり受け入れを決定し、追加情報が必要な場合は診療情報提供書等で確認をしている。入院を断ることはほとんどない。内科系の疾患では、治療の範囲や家族の希望を聴取するため、医師と患者・家族の面談を経て決定している。患者の状態や希望に応じた入院受け入れを行っており、適切である。</p>
			【課題と思われる点】
			特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】
			<p>入院時は医師の診察に多職種が同行し、専門性に応じた評価後に、リハビリテーション処方および計画を立案する。健康状態を把握し、原因疾患や合併症、身体状況、患者・家族の希望を考慮した治療計画・ゴール・入院期間等が説明されている。この段階で阻害因子や中止基準なども検討している。リハビリテーション総合実施計画書は多職種で作成し、患者・家族に説明している。回診やカンファレンスにおいて効果判定や計画の見直しも行われており、診療計画の作成は適切である。</p>
			【課題と思われる点】
			特記なし。

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	<p>【適切に取り組まれている点】 リハビリテーションに関する初期評価の後、各職種の専門性に応じた個別のアプローチ計画やゴールを設定している。MSWも早期から介入し、適切な退院計画の作成に関与している。回診やカンファレンスを通じて多職種で計画の進捗状況の確認が行われている。身体状況やADLに変化が生じた際は内容変更も行っているが、専門性を活かした活動や生活時間に合わせた分担など具体的アプローチをプログラムに組み込まれるとなお良い。</p> <p>【課題と思われる点】 リハビリテーションプログラムは、必要に応じて修正は行われているが、計画変更の過程や新たな内容が記録に十分反映されているとは言い難く、変更過程や新規内容については、わかりやすく確実に記載を行うことが望まれる。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 MSWの3名が介護医療病棟と回復期リハビリテーション病棟の担当として配置され、患者・家族の相談窓口になっている。多種多様な医療相談や福祉相談に対応しており、情報収集に努めている。情報は電子カルテを用い他職種へ発信され共有するとともに、必要に応じて院内外の連絡調整にも活用されている。院内のMSW同士の報告連絡体制も適切に行われており、不在時の相談体制も整備されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A	<p>【適切に取り組まれている点】 入院前の必要時には家族が来院し、医師またはMSWから説明を受けることができる仕組みがある。患者が入院する際は、まず医師の診察と検査を受け、病棟看護師が外来まで出向き病棟へ案内し、入院案内のしおりを用いてオリエンテーションを行っている。オリエンテーションでは、病棟の設備や使い方、一日の過ごし方や注意事項など項目に沿って説明し、説明内容はいつでも確認できるように配慮されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.9 医師は病棟業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】
医師は一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床において協働で患者管理に当たっている。原疾患の再発や併存症、合併症に関する医学的管理、多職種とのカンファレンスへの参加、患者・家族に対して治療やリハビリテーションの進捗状況、ゴール設定の説明と同意、装具処方、退院支援を通してチーム医療におけるリーダーシップを発揮するとともに病棟業務を適切に行っている。合併症に対する治療や状態悪化時は、患者の希望に応じて他科・専門病院と連携し、より専門的な検査・治療に対応している。		
【課題と思われる点】		
特記なし。		
<hr/>		
2.2.10 看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】
看護部の方針・目標を掲げ、看護管理マニュアルを整備し、看護師と准看護師・看護補助者の業務分掌により役割分担して業務を遂行している。病棟では、早朝や夜間帯に対応できる看護・介護職の人員を確保している。回復期リハビリテーション病棟には3名は介護福祉士を配置している。主に看護職は患者の全身管理と日常生活支援を役割とし、活動度の向上に努め、介護職は日常生活援助を重点的に行い、病棟生活の過ごし方に積極的に関わっている。これらの看護・介護情報をカンファレンスで発信し他職種との情報共有を図っている。		
【課題と思われる点】		
看護計画に画一的なものが多く見受けられるので、個別性に配慮した計画立案を作成し、教育指導に取り組まれることを期待したい。		

2.2.11 投薬・注射を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 薬剤は処方箋を受け付けた際に患者名、薬剤名、ハイリスク薬など記載された状態で発行され、病棟看護師2名で確認後にセットするなど、安全に配慮した薬剤の準備がされている。注射薬は1施用ごとに取り揃えられ、一般病棟にあるクリーンベンチで看護師により調製・混合されている。入院患者の障害特性から、嚥下状態に応じた服薬の工夫や認知機能低下のある患者への服薬確認が行われている。投与時の相互確認、電子カルテを用いた実施確認、投与中および投与後の患者のモニタリングなど安全に配慮した投薬・注射が行われている。
		【課題と思われる点】 特記なし。
<hr/>		
2.2.12 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA	【適切に取り組まれている点】 輸血の適応がある場合、主治医により輸血の必要性とリスクに関する説明と同意が行われたのち、一般病棟に転棟して実施される。回復期リハビリテーション病棟では輸血を実施していないため、NAとする。
		【課題と思われる点】 特記なし。
<hr/>		
2.2.13 周術期の対応を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 形成外科の局所麻酔手術を中心に実施している。外来および病棟で、患者・家族に対して書面で手術・麻酔に関する説明と同意の取得を行っている。局所麻酔のため、麻酔科医の関与はない。手術当日は、医師と看護師で患者や手術部位の誤認防止のための確認や、タイムアウトを確実に実施している。術後に一般病棟へ入院する場合は、手術担当看護師から病棟への申し送りが実施されており、対応は適切である。
		【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.14 褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 褥瘡発生リスクのアセスメントを全患者に行い、個別に褥瘡予防対策の計画書を作成している。褥瘡発生リスクが高い患者に対して予防目的にマットレスを導入するほか、ポジショニングの検討やNSTによる栄養サポートなどチームで褥瘡予防に努めている。また、週1回の形成外科医である院長による褥瘡回診が行われ、褥瘡の早期治癒を目指しており、適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.15 栄養管理と食事指導を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 管理栄養士は、入院時に全患者の栄養スクリーニング・栄養アセスメントを行い、必要に応じ栄養計画を立案している。昼食時に管理栄養士・看護師・言語聴覚士のラウンドにて摂食状況を確認し、食形態や動作の評価を行っている。月に10例の栄養指導の実績があり、院内における栄養管理および食事指導はおおむね適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.16 症状などの緩和を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 症状緩和については、マニュアルが整備されている。看護師は、初めに患者の訴えを傾聴し、フィジカルアセスメントを行い、安楽な体位の工夫や症状に応じて適切な対応を行っている。失語や自らの疼痛・苦痛を訴えられない患者の程度の判定には、フェイススケールで評価し、モニタリングが行われ、看護記録にも記録しており、対応は適切である。症状については、他職種へも情報発信されてチームで共有し緩和を図るためにカンファレンスで検討している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.17 理学療法を確実・安全に実施している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 疾患ごとに標準的評価やプログラムが設定されており、医師の指示の下、評価に基づいた個別のアプローチ、ゴール設定やリスク管理がなされた理学療法を行っている。回復期リハビリテーション病棟以外に一般病棟、地域包括ケア病床にも対応し、リハビリテーション効果はカンファレンスや回診を通して検討され、必要に応じて内容が見直され、新たな目標に反映されている。</p> <p>【課題と思われる点】 リハビリテーションプログラムは必要に応じた修正が行われているが、計画変更の過程や新たな内容が記録に十分反映されていない部分もあり、確実・安全に実施するためにも変更点を中心に明確に記載されることが望まれる。また、新しいスタッフも多く、指導者・評価者との差が縮まるような取り組みや、個別性のあるプログラムの立案など教育面に關わる体制強化が期待される。</p>
2.2.18 作業療法を確実・安全に実施している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 疾患ごとに標準的評価やプログラムが設定されており、医師の指示の下、OTの専門性を意識した初期評価が適切に行われ、個別のアプローチ、ゴール設定やリスク管理がなされている。機能訓練だけでなく、患者の希望や退院後の生活を想定したADL訓練が行われ、退院に向けて家族への介助指導も合わせて行うなど社会復帰に配慮している。退院後の活動と参加を意識したアプローチをされるとなると良い。</p> <p>【課題と思われる点】 目標の変更や体調不良などがあればアプローチ内容を変更するなどきめ細かく対応は行われているが、診療記録に記載していない部分があり、療法士間での差が生じる場合があり、実施内容を安全に確実に行うために、記録と実施内容の共有を図ることが望まれる。</p>

2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 非常勤1名が脳血管障害を中心としたリハビリテーションを実施するが、運動器疾患や認知症などのリハビリテーションが算定できない場合も、評価および助言を行っている。失語や構音障害に対する言語聴覚療法だけでなく、摂食・嚥下訓練へも関わるなど活動範囲は広い。医師の指示の下、患者の状態に応じた初期評価が適切に行われ、個別のアプローチ、ゴール設定やリスク管理がなされ、言語聴覚療法を安全に実施している。</p> <p>【課題と思われる点】 常勤スタッフを確保され、さらにリハビリテーション機能を高められることを期待したい。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 看護・介護職は、朝夕の介助に手がかかる時間帯には変則勤務で人員を確保しケアに関わっている。また、ケアカンファレンスで設定された患者の目標達成のためにチームアプローチを展開している。経管栄養や嚥下障害のある患者に対して、経口摂取に向けた取り組みを、チームを中心に多職種で取り組んでいる。また、ADL動作の獲得のために、看護・介護職と療法士が情報共有して移動・食事・排泄・入浴・更衣等が日常生活の中に活かせるように連携を図って対応しており、適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 患者の生活リズムを整えることを考慮に入れ、訓練スケジュールを立案するとなお良い。</p>

2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 安全確保のためにやむを得ず身体抑制が必要な場合は、身体抑制のマニュアルに沿って最小限に実施している。実施前には必ず必要性についての説明を患者・家族に行い、同意の署名を得ている。院内での身体抑制としては、4点柵・ミトン装着・車椅子安全帯・上肢抑制帯・つなぎ服がある。抑制中の評価はカルテに記載されており、付添いがある場合は安全帯を除去するなど、抑制除去に向けた取り組みを行っており、使用状況は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 入院時に患者・家族の希望を確認し、入院早期から退院後の生活を見据えて各専門職がプログラムを設定している。ケアカンファレンスで計画は2週ごとに見直しがなされる。退院後の生活やリハビリテーションに関する指導・支援として、退院前にはケアマネージャーやサービス担当者へ情報提供を行い、必要時には退院前自宅訪問を実施して患者の能力と環境の評価を行っており、退院支援に向けた対応は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 入院中の経過は、診療情報提供書や看護サマリーを作成し、かかりつけ医や介護サービス担当者へ引き継がれている。同一法人内に訪問看護や訪問介護および訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を有し、連携体制が整備され、継続した診療・ケアが実施されており、適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 退院後の生活状況の確認を行い、入院中に実施したリハビリテーション・ケアの評価を行うために、更なるフォローアップ体制が構築されることを期待したい。</p>

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

【適切に取り組まれている点】

薬剤師が2名配置されており、調剤業務のほか医薬品情報提供などの薬剤機能を発揮している。医師の処方を受けてから払い出しまで、適切に行われている。医薬品の保管・管理については、温度や施設など適切になされている。持参薬は鑑別表を作成して代替薬、投与方法の確認を行い、抗菌薬使用時は提案を行うなどしている。1包化の薬包紙にバーコードが印字され、患者誤認防止に取り組んでいる。調剤鑑査は、薬剤師が1名の時は時間をかけて行うなど工夫している。新規採用や後発品への切り替え時は、文書を用いて薬剤情報を提供するなど、薬剤管理機能は適切である。

【課題と思われる点】

一部のハイリスク薬が入り口近くのアクセスしやすい場所に保管されているため、保管場所を検討されると良い。また、リハビリテーション中の症状変化に対応できるようにセラピストへも薬剤情報やリスクなどを周知されるとなお良い。

3.1.2 臨床検査機能を適切に発揮している

A

【適切に取り組まれている点】

臨床検査技師は常勤1名・非常勤1名が在籍し、検体検査、生理検査等に対応している。受け付けから実施までの流れは適切で、異常値やパニック値が発生した場合は、医師に直接もしくは病棟に連絡するなど、迅速に対応している。外部委託の際も結果は速やかに報告され、スキャンもしくは紙で保管されている。検査後の検体の保管および感染性廃棄物としての廃棄は適切に行われている。時間外はオンコール対応となっており、必要時は看護師がヘモグラムや血液ガス測定を行うため、使用法の指導を適宜行っている。

【課題と思われる点】

特記なし。

3.1.3 画像診断機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 単純X線、CT、MRI、骨密度測定など病院機能に応じた専門的画像診断ニーズに対応している。症例は少ないが時間外はオンコールで対応している。医師の検査依頼から撮影までの流れや、患者の名乗りやリストバンド等による患者誤認防止、撮影部位の確認は適切である。造影検査は医師の立会い下で行われ、急変時に対応しているが、それ以外の急変時は外来看護師と協力して対応している。読影所見は指示医師が作成するが、外部の放射線科医にコンサルトした場合は、報告書の確認を医師がサインするなど、画像診断機能は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.1.4 栄養管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 医療技術部に栄養室を配置し、管理栄養士の管理下で栄養管理機能を発揮している。クックチル方式を採用しており、保温・保冷配膳車による適時・適温配膳、患者の特性や嗜好に応じている。また、食事形態を常菜・粗刻み・ソフト・ミキサー・ゼリー等の5段階に設定し、嚥下機能等に応じており、食事の評価・改善にも対応している。調理施設は栄養室マニュアルに基づき、衛生管理されており、食事提供は適切である。延食への対応や使用食材・調理済み食品の冷凍保存が2週間行われ、適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

3.1.5 リハビリテーション機能を適切に発揮している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 リハビリテーションの適応基準が定められ、訓練方法手順や疾患別訓練などのマニュアルが整備されている。カンファレンスや回診を通じ内容を見直しているが、日頃のディスカッションによる情報共有を目標管理、新たなアプローチ、達成するための詳細な内容設定に反映されるとなお良い。車椅子、杖、歩行器、貸出用装具などは整備されている。回復期だけでなく急性期、生活期のリハビリテーションを実施し、地域のニーズに応じたリハビリテーションの提供に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 これまでの活動から得られたデータが多数あるため、それらをまとめ、リハビリテーション部門全体の治療成績として系統的な実績と連続性のある計画を策定することが望まれる。さらに、院内外に診療情報として示すと良い。また、退院後の患者の様子を患者・家族・ケアマネージャーなどから情報を得て、地域と病院の連携を強化されるとなお良い。</p>
3.1.6 診療情報管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 診療情報管理室に診療情報管理士1名と常勤専任職員7名を配置し、診療記録および診療情報の一元的な管理を行っている。診療録等は電子カルテで運用し、1患者1ファイル形式で行い、二重登録等の防止を図っている。紙媒体の診療記録が保管され、検索や閲覧・貸し出しは、閲覧・貸し出し等規定に基づき実施し、記録している。診療記録の質的点検および量的点検は診療情報管理委員会および診療情報管理士が行い、診断名等のコーディングも適切に行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 診療録等の管理は、診療情報管理士である看護部長が統括し、診療情報管理室の事務職員および看護職員で行っているが、業務量を鑑みて、診療情報管理士の育成や新規採用などの検討を期待したい。</p>

3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 院内で使用する医療機器は鍵付き倉庫で管理され、使用前使用後の点検は医療機器安全委員会の看護師によって行われており、記録している。使用中の日常点検は現場で実施され、定期点検は計画的に業者に連絡し、適切に実施している。夜間・休日の対応についても手順が定められている。使用状況および点検の結果は、3か月に1回の委員会で報告が行われ議事録に残されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病棟で使用した医療器材は、一次洗浄は行わず蓋つきのボックスに入れ中央材料室勤務の看護師が定期的に回収している。回収した器材は中央材料室で洗浄・滅菌が行われている。作業室内の清潔・不潔区域のゾーニングが行われ、滅菌の質保証についての物理的・化学的・生物学的インディケータが行われており、リコール規程も整備されている。また、EOG滅菌については、講習を受講した2名の職員が担当し、毎月1回ボウイー・ディックテストを実施しており、洗浄・滅菌機能は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 病理診断としては、形成外科手術の摘出組織や上部消化管内視鏡の生検組織が主で、外委委託の手順は確立している。結果は迅速・確実に主治医に報告され、報告書も保管されており、適切である。ホルマリンはあらかじめ分注されたものを購入し、必要時に払い出す運用となっている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	NA	<p>【適切に取り組まれている点】 放射線治療を行っていないため、NAとした。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 輸血用血液製剤は、主治医の指示を受けて発注され、検査室で管理されている。温度管理を含む保管、照合後の払い出しはマニュアルに沿って適切に実施されている。昨年はMAPを6単位発注しているが、廃棄の実績はない。使用された血液製剤は患者名とともに種類、ロット番号、投与量などが台帳管理されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 手術室運営規定があり、昨年度は形成外科の局所麻酔手術 226 件の実績がある。手術室内のゾーニングは適切になされ、清潔管理は行き届いている。術前・術中・術後は観察項目に則り適切に管理されている。記録等も作成され、手術機能を適切に発揮している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA	<p>【適切に取り組まれている点】 集中治療機能を有していないため、NAとした。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 救急告示病院であり、症例数は少ないが、かかりつけや地域の患者を受け入れている。発熱患者が受診した場合は一般外来患者と動線が重ならないように配慮されている。自院の機能に応じて一般診察および血液検査に対応しており、救急医療機能は適切に発揮されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】 病院理念・基本方針は明文化されており、機能等環境の変化に応じて定期的な見直しが行われている。理念・基本方針は院内各所に掲示し、病院案内やHP等への掲載により院内外への周知を図っている。また、職員には名札裏への記載をしているほか、朝礼などで唱和もしている。</p>
		<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	B	<p>【適切に取り組まれている点】 将来像として「基本方針」および「病院の地域における役割と機能」を掲げ、「地域の環境等を踏まえ、地域住民の生活を支える」ことを目的に、職員への周知を図り推進している。病院運営は、経営会議により運営上の課題や方針が明確に示されており、取り組みは適切である。病院管理者・幹部はリーダーシップをおおむね発揮し運営を行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 事務業務および病院を管理する事務部長および事務主任が不在欠員のため、病院管理者およびその他の幹部が業務を補っており、管理業務や就労意欲を高める組織運営が十分に行われているとは言い難い。組織運営を活性化するためにも、事務管理を統括できる人材の育成や採用を望みたい。</p>

4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 経営会議が病院運営の意思決定会議であり、毎週開催し、議事録も適切に保管している。また、組織図や委員会組織も明確であり、職員への情報伝達も委員会等を介し実施している。組織図および職務規程・分掌は策定しているが、内容に差異があるため、整理されると良い。委員会の規程や執行状態はおおむね良好である。中・長期計画に基づき各部門では毎年目標を設定し、達成に向け取り組みを行い、病院評価も行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 病院の実態にあった組織図を策定しているが、事務部の組織については、役割が明確になる体系を検討されると良い。また、「病院の機能存続計画」について、管理者である病院長が作成途中であるが、早期の策定のためにも院内で協働して作成されることを期待したい。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 院内で取り扱う情報の総合的管理は、診療情報管理委員会および情報システム全般を専門業者に委託し管理している。管理状態は「診療録および診療諸記録の電子保存に関する運用管理規定」に基づきデータの真正性・保存性の確保などの運用を行っている。「診療記録管理に関する規定」や「診療録管理の組織体制と業務規定」など整備した規定に基づき方針を明確に示して活用しており、適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 文書管理規定が整備され、事務部門で総合的に管理している。規定内容は、発信から廃棄までの仕組みや院内規程・マニュアルの改定・承認の仕組みも規定化しており、運用は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】 運営に必要な法定人員、施設基準にあった人員の確保は行われている。しかし、離職率の高い職種もあるため、病院の役割および機能のさらなる充実、医療の質の向上を目指し、人員の確保に取り組まれると良い。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 人事・労務管理に必要な就業規則・給与規程ほか各種規程は整備され、各部門・部署に配布し、職員がいつでも閲覧できるように設置している。職員の就労時間や年次有給休暇の取得は把握され、管理しており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 労働安全衛生委員会を毎月開催しており、職員の安全・衛生管理に関わる協議を行っている。委員会の構成員や統括管理者・産業医等の役割も明確であり、運用は適切である。職員の健康診断の100%の実施や職場環境の整備や安全・衛生面での配慮は十分行われている。労働災害などにおけるマニュアルを整備し、針刺し事故等の届け出も適切に行っている。メンタルヘルスへの対応や、院内暴力への対応はマニュアル等を整備して取り組んでいるなど、適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】 毎年職員満足度調査を実施し、職員からの要望や意見などを収集し対応している。また、職員専用の意見箱も設置し、職員の意見を収集している。職員からの意見を踏まえ、県内の福利厚生制度が利用できる取り組みを図っており、福利厚生面の充実に努めている。就業支援面では、「次世代育成支援対策推進法」や「女性の職業生活における活躍の推進に係る法律」等の趣旨に基づき働きやすい職場づくりを目指し、取り組んでいる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
<hr/>			
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	<p>【適切に取り組まれている点】 教育委員会を設置し、看護部長が執行責任者となり、全職員対象の教育・研修の計画から実施および評価まで行っている。各年度で医療安全・感染制御を含め個人情報保護・患者の権利・接遇・虐待問題など必要性の高い課題を計画し、複数回実施している。不参加者には資料を回覧し、各部長が確認を行い参加率の向上を図っている。新人・中途採用者研修は教育規定に基づき実施し、院外研修への参加推進しており、おおむね良好である。図書等教育・研修に必要な情報入手は看護部長が責任者となり、経営会議に諮り決定している。</p> <p>【課題と思われる点】 教育・研修に必要な図書および情報の入手手段として、インターネットによる文献検索・情報入手等の整備を検討されると良い。</p>

4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 人事考課制度として、職員個別に能力評価表を採用し人事評価を年2回実施している。能力評価表は見直しが行われ、能力評価および能力開発の評価が自己評価、第1次評価者評価、第2次評価者評価と階層により評価を行う仕組みにしており、おおむね適切である。能力開発では資格取得報奨規程が整備されており、近隣で開催される研修会への参加は積極的に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 人事考課制度として能力評価を実施しているが、能力評価の仕組みとして、評価後の指導・教育体制が整備されるとさらに良い。</p>
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 新入職員の入職者教育・研修の体制が整備され、計画的に実施している。看護部門や診療技術部のリハビリテーション室では専門職種の初期研修のためのプログラムが立案され、おおむね1年計画で実施されている。1年間を通し、能力評価として、2か月、6か月、1年と評価が行われ、技術向上を促している。また、各職種の初期研修のマニュアルの見直しも随時実施している。</p> <p>【課題と思われる点】 専門職種の新入職者の初期研修が看護師・セラピスト以外の職種にも普及するとなお良い。</p>
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 リハビリテーション室の作業療法士および栄養室の管理栄養士の学生実習を行っている。学生を受け入れる体制として、学校との契約書および協定書により、カリキュラムに沿った実習を実施している。医療安全・感染制御等の教育や、患者・家族との関わり方などが取り決められており、学生実習は適切である。実習中の事故等への対応する仕組みも受け入れ時に協議され実施している。実習生の評価は内容に応じて実施している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】 毎年、年度初めに予算が作成され、予算と収支実績の比較が行われ、経営会議等で分析、評価を行っている。会計処理は、病院会計準則に準じたものであり、毎年度財務諸表が作成され、会計監査も適切に実施している。</p> <p>【課題と思われる点】 会計監査については内部監査・外部監査など基準を定め、公認会計士または監査法人にする方向性を検討されるとさらに良い。</p>
4.4.2 医事業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 事務部医事係に外来担当者・入院担当者を配置し、受付・医事係マニュアル等を基に収納業務や請求業務を実施している。レセプト作成および点検業務は医事係ほか診療医師の点検も実施している。返戻・査定は毎月医師も参加する診療報酬検討委員会で分析し、必要に応じて再審査請求を行っている。施設基準が院内に適正に掲示されている。未収金の発生予防や回収方法が事務部会等で協議されており、運用は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.4.3 効果的な業務委託を行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 地域の医療機関等から委託業者や業務委託に関する情報を収集し、業務委託の方向性や委託業者の選定する基準を整備している。委託業者との契約は適切であり、業務内容の検討や委託業務従事者の感染制御等に係る教育、業務中の事故発生時対応など委託業者に明確に示しており、適切である。食事提供する給食業務を総合的に検討し、委託方式からクックチル方式に変更しているなど、業務委託の見直しも適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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

【適切に取り組まれている点】

電気・水道・空調設備・防犯カメラ・防災システムなど施設・設備が病院機能に応じて整備され、日常点検・定期点検、保守管理が適切であり、管理記録も保管している。医療ガス安全管理委員会が年3回開催されており、医療ガスに関連する対応は適切である。緊急連絡網を作成し、各部署に配布し連絡体制を整えている。増築・改築等を行っており、経年劣化の現状把握および将来的対応には常時取り組んでいる。院内清掃も行き届いており、一般廃棄物等、感染性廃棄物の処理状況、保管状況はおおむね適切である。

【課題と思われる点】

特記なし。

4.5.2 物品管理を適切に行っている

A

【適切に取り組まれている点】

物品購入は購入マニュアルに基づき事務部設備係が担当者となり実施し、内部牽制も適切である。各部署に配置している医療材料等は定数配置であり、緊急性のある物品等の購入は所属長の意見や院内手順に基づき実施している。使用期間の把握は担当者が部署の巡回を定期的に行い、在庫管理・棚卸は年2回実施している。ディスプレイ製品の再利用は行わないなど、物品管理体制は明確であり、適切である。

【課題と思われる点】

特記なし。

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

【適切に取り組まれている点】

消防計画、火災報知設備等の整備を行い、消防本部の指導下で夜間を想定した訓練等を年2回実施している。災害等を含む訓練計画は防災対策委員会で検討し、各部署や併設の老健施設・ホームの職員も参加し総合的訓練を実施している。緊急連絡網の整備、防災対策本部の設置も要綱を定め対応し、徳島県が設置する「すだちくんメール」での通信訓練を年4回実施している。自家発電装置も整備し、停電時の対応も適切である。大規模災害に備え、食糧等の備蓄を6日分確保し、医薬品を含め外部からの供給体制も整備しており、適切である。

【課題と思われる点】

建築物は耐震構造であるが、近年は豪雨による水害などの災害も多く、高齢者や障害を持つ患者の多い状況での安全な避難誘導など検討するさらにと良い。

4.6.2 保安業務を適切に行っている

A

【適切に取り組まれている点】

保安・警備は、警備委託業者により行われている。院内の複数個所に設置された防犯カメラによる24時間防犯システムが稼働し、管理体制やセキュリティ体制も整備しており、適切である。施錠や開錠は自動ロックとなっており、日々の保安管理状況は管理記録等で確認できる。緊急時の連絡体制は整備され、必要時には警備担当者や110番への通報を職員に周知している。また、夜間・休日で人員体制の少ない状態では、連絡表を作成し、併設の施設や近隣の職員への応援体制を整備し、対応している。

【課題と思われる点】

特記なし。

4.6.3 医療事故等に適切に対応している	A	<p data-bbox="861 221 1399 257">【適切に取り組まれている点】</p> <p data-bbox="861 257 1399 470">医療事故が発生した時は、医療安全管理マニュアルに基づき対応する手順が整備されている。原因究明および再発防止に向けた体制も明確であり、損害賠償責任保険への加入も行っており、医療事故に対する対応は、適切である。</p> <p data-bbox="861 492 1399 571">【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-----------------------	---	---
