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7月26日～7月27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、開設当時から泌尿器科、産婦人科、人工透析を中心として、常に先進的に活躍してきた。また、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用、救急患者の受け入れ体制を整備するなど、地域の中核的な役割を果たしている。一方、貴院の属する地域では、在宅医療の推進に力を入れており、医療・介護・福祉の連携を図った地域医療の新たな仕組みづくりに取り組んでいる。貴院も、地域の慢性期病棟へのニーズに応えるべく将来ビジョンを設定し、法人グループ内での急性期病院と慢性期病院との統合を目指している。院長を中心に全職員が日夜努力している姿に敬意を表するとともに、今回の病院機能評価の認定更新が、継続的質改善の一助になることを期待する。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が明文化され、院内外に周知されている。自院の将来像を職員に明示し、経営参画意識を持たせるなど、管理者・幹部はリーダーシップを適切に発揮している。意思決定のための会議が定期的に開催され、決定事項は各種会議・委員会を通じて職員に周知されている。文書は明確な方針のもとに、組織として適切に管理する仕組みがある。

人材の確保と充実に向けて継続的に努力され、人事・労務管理も適切に行っている。職員の意見・要望は適切に収集されている。さらに「現場問題報告部会」が設置され、管理者・幹部も交えて話し合う仕組みもある。

教育・研修については、プログラムを作成し、全職員を対象とした医療安全・感染制御・医療の倫理、個人情報の保護、接遇など、必要性の高い課題の教育・研修が実施されている。職員の能力評価・能力開発を適切に行っている。また、職種ご

とに系統的な教育・研修プログラムを作成し、専門職としての実地研修を実施している。

３．患者中心の医療

患者の権利が明文化され、患者・家族への周知に努めている。説明と同意についての考え方、同意取得時の同席者のあり方なども明文化している。書式は統一され、新規登録や改訂時は委員会で監査・承認が行われ、リスト化・活用状況の管理を行っている。セカンドオピニオンへの対応も適切である。パンフレットを活用し、患者へ確認行為や転倒・転落防止の情報を提供するとともに、DVD やテレビ案内も取り入れ、医療への患者参加を促している。相談窓口は患者・家族から見て分かりやすい場所に配置されている。社会福祉士（MSW)、看護師および医療対話研修を受講した事務職員等により、多様な相談に適切に対応している。倫理委員会により、組織で発生する倫理上の課題を検討・決定し、現場で解決不可能時は委員会で討議される仕組みがある。

約 170 台収容可能な患者用駐車場や駐輪場、公共交通機関・タクシーの待合などの配慮がなされ、食堂・売店も整備されている。また、身障者専用駐車場が設置され、入口は平坦であり、院内はバリアフリーのため車椅子移動が容易である。車椅子は特性や病床数に合わせて配備され、高齢者・障害者に適切に利用されている。療養環境は利便性・清潔性・安全性に配慮され、更に絵画や陶磁器などの患者が安らぐ工夫がなされている。敷地内禁煙の方針が徹底しており、院内の掲示や入院案内等で周知している。禁煙外来が開設され、患者の禁煙教育や啓発に努めている。

４．医療の質

継続的な質改善に向けて、病院全体で適切に取り組まれている。患者・家族の意見や苦情については、患者満足度調査や意見箱等により汲み取り、質改善にもつなげている。診療の質向上に向けて、多職種による各種カンファレンスや死亡症例検討など、多くの症例検討が活発に開催されている。臨床指標は充実しており、診療の質向上に向けた取り組みが積極的に展開されている。

医療サービスの質改善については、今回の病院機能評価の認定更新に際して、種々の見直しや改善に努めてきたことは評価できる。また、「組織風土部会」（2018 年度から「現場問題報告部会」に改称）」での、部門横断的な改善活動に継続的に取り組んできたことも高く評価できる。新たな診療・治療においても、各診療科・部門で検討がなされ、病院組織として承認する体制があり、安全面への配慮や支援体制も適切である。

診療・ケアの責任体制は明確であり、患者・家族へも明示されている。診療記録については確実な記載がなされ、質的点検も適切に実施されている。多職種によるカンファレンスが活発に開催され、各専門チームも協働して質の高い診療・ケアを提供している。

５．医療安全

院長直轄の医療安全管理室を設置し、安全管理者（副院長）などが配置されている。医療安全管理委員会は月１回開催され、管理者・幹部が出席している。安全確保に向けた情報収集と分析は、月１回開催されるリスクマネージャー会にて行われ、インシデント事例の分析や対策の見直し、セイフティーパトロールなどを実施している。その検討過程は「セイフティーシェア」と称する仕組みで、各部署へ紙面や訪問で周知され、さらには、安全管理巡回で対策の実行状況の評価をしている。

患者・タイムアウト・検体等の誤認防止対策については、マニュアルを整備して対応している。情報伝達エラー防止対策は適切に実践されており、医師の処方や指示出し、看護師による指示受けから実施確認に至る過程についても、統一した手順で確実に行われている。

薬剤の安全な使用は、重複投与や相互作用、アレルギーのチェックがシステムで管理され、配合禁忌や調製・混合時の注意事項は薬剤部から出されている。転倒・転落防止対策は評価と予防計画の立案など、いずれも適切である。医療機器の安全使用に関する取り組みも、必要な点検や研修が適切に実施されている。人工呼吸器使用患者の機器管理は、看護師・臨床工学技士により適切に行われている。院内緊急コールの設定と訓練、救急カートの配置と点検も適切である。

６．医療関連感染制御

医療感染制御に関する体制は整備され、適切な活動が行われている。院長・各部門長も参画する院内感染防止委員会が設置されており、月１回の定例会議で感染に関わる情報について議論されている。多職種から構成される ICT が有効に機能しており、週１回のラウンドを通じて、院内の感染状況を把握している。

アウトブレイクに関しては、院内規程や対処方針が整備されている。リンクスタッフも積極的に活動しており、各部署や病棟での院内感染防止への取り組みは適切である。抗菌薬はマニュアルに則って使用されている。また、指定抗菌薬は届出制で運用され、使用状況も把握されている。

７．地域への情報発信と連携

地域連携広報室が主となって、広報誌、病院案内、ホームページ等によりわかりやすく広報している。自院の役割・機能を設定し、地域連携広報室において、自院との連携密度を数量的に分析し、紹介・逆紹介に対応している。紹介元が把握され、迅速な返答と的確な情報提供を行っている。地域医療支援病院として、院内外にて、健康増進に寄与する活動が活発に行われている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

紹介・逆紹介もスムーズで、来院患者の診察は円滑に行われている。外来診療では、多職種で情報共有され、外来での検査や治療が安全に配慮して適切に実施されている。診断的検査は、必要性が医学的に判断され、十分な説明と同意のもとで施

行され、副作用出現や緊急時への対応も整備されている。

入院の必要性については、外来担当医が判断し、必要時には上級医師や他科とのカンファレンスも行い、患者の同意を得て決定されている。入院後の診療計画は、診断・評価に基づいて多職種により迅速に作成され、クリニカル・パスも活用されている。多様な医療相談に対応して、MSW・退院調整担当・薬剤師等の各担当者へ振り分け、院内スタッフおよび院外機関との調整・連携が図られている。

入院時オリエンテーションが病棟看護師より行われている。また、テレビ案内や各病床に配備された入院案内の冊子があり、いつでも患者が参照できる環境がある。夜間等の緊急入院に備え、日勤終了時に空病床の調整が行われ、患者の状態に見合った病棟・病床に入院できる仕組みがある。

医師の病棟業務では、毎日の回診と記録、カンファレンスでの病棟スタッフとの情報共有など、適切にリーダーシップを発揮している。看護業務については、各種基準・手順などに基づき適切に行われている。投薬・注射に関しては、誤認・誤薬が生じない工夫があり、リスクの高い薬剤での説明と同意、投与中・後の観察なども適切に実施されている。

輸血・血液製剤の投与については、説明と同意を行い、輸血療法マニュアルを遵守して確実・安全に投与されている。手術では、全例術前カンファレンス、術前診察・訪問、合併症・安全対策が行われており、術後も患者の安全性を重視した対策が取られている。重症患者はICUや重症個室など適切な病棟で管理されており、多職腫の関与も適切である。

多職種からなる褥瘡対策委員会・褥瘡チーム回診も実施され、褥瘡予防策と発生後の支援をしている。栄養管理と食事指導、食事摂取の支援が適切に行われている。症状別看護基準･手順に沿って、症状緩和がなされている。また、観察・評価を行い、症状緩和に努めており適切である。急性期のリハビリテーションは、必要性のある患者に対して、実施計画が設定・立案され、安全面も配慮して速やかに実施されている。身体抑制が必要となった際は、手順に沿って適切に行われている。

入院時に退院スクリーニングがなされ、必要時は退院計画書が立案されている。3日以内の家族面談および7日以内の多職種カンファレンス、転院先への情報提供用紙も運用されており適切である。入院後より必要性を判断してカンファレンスを計画し、在宅に向けての調整を行っている。また、外来通院が継続される患者は、看護サマリーに外来で継続的に介入が必要な事項の記載がされている。ターミナルケアについては、患者・家族の意向を尊重し、ターミナルステージの判断や治療･ケア・環境への配慮等を行っている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、処方・調剤鑑査や薬品管理は適正であり、1施用ごとの病棟への払い出しなど適切である。臨床検査機能では、検体検査は外部委託であるが、緊急検査と定時検査は迅速に運用され、パニック値の報告体制も明確であり、内外の精度管理の結果も良好である。画像診断機能では、24時間体制で対応されており、専従の画像診断医によりCT・MRIはすべて読影されている。

院外調理の食事をクックチルで適時・適温にて配膳されており、快適で美味しい食事が提供されている。リハビリテーション機能では、主治医・病棟との情報共有が図られ、多職種によるカンファレンスも定期的に開催され、急性期の継続的なリハビリテーションが行われている。2004 年 10 月に電子カルテを導入し、1 患者 1ID による一元的な管理を行っている。診療記録の量的点検も適切に行われ、診療情報管理機能は適切に発揮されている。

医療機器管理システムを導入し、機器の配置・保守点検・情報を臨床工学技士が一元管理をしている。医療機器の標準化や計画的な購入もされ、医療機器管理は適切である。中央材料室は看護部の管理下に置かれ、手術室師長と臨床工学技士、その他は委託職員が配置されている。滅菌精度は保証され、リコール手順もあり、洗浄･滅菌機能は適切に発揮されている。

病理診断機能は外部委託であるが、術中迅速診断が可能な体制となっている。放射線治療は、放射線がん治療センターで充実した人員のもとで実施されており、優れた治療環境が整備されている。前立腺がんに対する IMRT や定位放射線治療などの多くの実績があり、積極的な論文・学会発表も行うなど、秀でており高く評価できる。

輸血・血液管理機能については、発注・保管・供給・返却・廃棄の手順は明確で、遵守されている。手術・麻酔機能では、麻酔科医がすべての全身麻酔を管理し、清潔管理もおおむね適切である。集中治療機能では、ICU において、責任医師の管理の下で多職種も適切に関与して、重症患者の管理を確実に行っている。救急医療機能では、全診療科・病院全部門の協力体制が確立し、認定看護師も専門性を発揮し、夜間・休日も含めて救急患者の受け入れ体制は整備されている。

１０．組織・施設の管理

年次事業計画に基づいて予算書が作成されている。損益計算書・貸借対照表などの財務諸表が作成され、病院会計準則に沿った会計処理がなされている。医事業務は、マニュアルに沿って、窓口の収納業務や過不足金等の処理も適切に行われている。事務部において委託の是非に関する検討が行われ、規程に基づいて業務の種類・委託の範囲などが総合的に検討したうえで、契約書が締結されている。

施設・設備の管理体制が整備され、保守管理が適切に行われている。院内の清掃が行き届き、廃棄物等の処理も適切に行われている。購入物品が適切に行われ、購入手続きが適切である。物品の在庫管理が把握され、適切な在庫量を定めて管理されている。

院内の防災体制が整備され、大規模災害発生時の対応体制が適切に整備されている。保安体制が整備され、休日・夜間の保安警備要員が確保されている。保安管理が適切に実施されている。医療事故発生時の対応手順が明確で、原因究明と再発防止策を組織的に検討する仕組みがある。訴訟が発生した場合に、適切に対応する仕組みがあり、病院は損害賠償保険と産科医療補償制度に加入し、訴訟の備えとしている。

１１．臨床研修、学生実習

臨床研修プログラムが確立し、学習プロセスに沿って実施されている。研修プログラムが評価され、指導医・指導者の評価が行われている。

医学生、薬剤科、診療放射線科、理学療法科、臨床工学科および看護部が実習生を受け入れている。受け入れ体制が整備され、実習生の教育が適切に行われている。また、実習中の事故等に対応する仕組みもあり適切である。

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	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	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	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	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	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	A

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	S
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	A
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	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	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	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	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	安全確保のための身体抑制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	B
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	S
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	A

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	A
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	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	B
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	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	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2018 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 ： 社会医療法人鴻仁会 岡山中央病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 岡山県岡山市北区伊島北町6-3

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	162	144	+0	49	7.8
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	162	144	+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	8	+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	+0
ハイケアユニット(HCU)	0	-6
脳卒中ケアユニット(SCU)	0	-6
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等 ：

地域医療支援病院,DPC対象病院(Ⅲ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： 2 人 2年目： 0 人 歯科： 0 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

診療科名	医師数（常勤）	医師数（非常勤）	1日あたり外来患者数（人）	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数（人）	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数（日）	医師1人1日あたり外来患者数（人）	医師1人1日あたり入院患者数（人）
内科	0	0.71	2.74	2.03	12.44	15.69	22.62	13.38	3.85	17.52
循環器内科	2	0	8.77	6.52	2.55	3.21	3.22	12.47	4.39	1.27
消化器内科（胃腸内科）	2	0.22	3.14	2.34	0.19	0.24	5.49	1.20	1.42	0.09
神経内科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外科	1	0.62	5.39	4.01	4.73	5.96	7.27	7.97	3.33	2.92
泌尿器科	3	0	28.11	20.90	10.11	12.75	17.52	4.79	9.37	3.37
脳神経外科	1	0.1	5.24	3.89	7.43	9.37	11.15	21.61	4.76	6.75
整形外科	1	0.38	14.01	10.41	11.52	14.52	12.58	19.10	10.15	8.34
形成外科	0	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
眼科	0	0.01	0.30	0.22	0.32	0.40	28.44	1.58	29.86	31.51
産婦人科	3	3.13	45.50	33.83	21.18	26.70	25.46	5.14	7.42	3.45
放射線科	4	0	13.63	10.13	2.49	3.14	25.21	13.89	3.41	0.62
麻酔科	1	0.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	0	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	2	0.15	7.68	5.71	6.36	8.02	61.34	11.14	3.57	2.96
研修医	2									
全体	22	5.47	134.50	100.00	79.31	100.00	21.23	7.92	4.90	2.89

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	134.50	136.78	134.99	98.33	101.33
1日あたり外来初診患者数	28.55	30.32	28.78	94.16	105.35
新患率	21.23	22.16	21.32		
1日あたり入院患者数	79.31	79.31	98.47	100.00	80.54
1日あたり新入院患者数	10.04	10.04	12.24	100.00	82.03