

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 1 月 27 日～1 月 28 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
------	--------	----

## ■ 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。

### 1. 病院の特色

貴院は、岡山大学医学部附属病院金光分院が前身であり、分院の後を受け 1957 年に開設され、半世紀以上に渡り地域密着型の医療機関として地域医療に貢献している。現在は、内科、外科を中心に 14 科の診療科を掲げ、救急医療にも大きな役割を担っている。

この度の病院機能評価の受審は 5 回目であり、多くの点でその努力・工夫が見受けられた。地域の中核病院としての役割は十分に発揮しており、今後の医療環境や地域動向の変化に応じ、地域の信頼に応えられる組織体制の強化に向けて、更なる発展を祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は院内外に周知している。幹部職員は、人材育成・充実や働き方改革など諸課題への認識を持ち、組織の活性化に努めている。運営会議で意思決定し、重要事項などは連絡会議などで説明・周知されている。組織図は作成され、3 年間の中期計画も策定している。電子カルテや部門システムは、システム管理課が関与し委員会も機能され、データ保存なども適切である。文書管理規程は作成している。

医師など法定人員は満たされており、必要人材の充実には継続的に取り組まれている。就業規則などの規程類は周知され、昇給・昇格などの仕組みも確立し、就労管理も良好である。安全衛生委員会が機能し、職場環境ラウンドも行われている。職員の意見・要望は、部門長や上司、経営企画部長等に申し出している。育児短時間勤務の導入など就労条件にも柔軟に応じ、福利厚生にも配慮されている。

全職員対象の院内研修は、医療安全や感染制御、個人情報保護などは実施している。人事考課は行われているが、結果を各職員に対し有効に活かす仕組みを検討することが望まれる。また、各職種においても人材育成に焦点を当て能力開発への更なる取り組みを望みたい。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利・責務を明文化し、入院案内などに掲載している。説明と同意に関する病院の方針は策定している。医師の説明時には看護師などが同席し、手術に関する説明と同意の場面においては、画一的ではなく患者個々に合わせた細やかな説明が行われている。手術前から手術後までの経過を分かりやすくまとめた「全身麻酔手術経過表」をはじめとして多くの説明パンフレットを活用し、患者の理解を深める取り組みを行っている。相談機能は、地域医療連携課が担当し、社会福祉士や看護師などが多様な相談に応じている。個人情報保護規程は整備され、利用目的は周知している。診察室や生理検査室、採尿などにおけるプライバシーには配慮されている。

臨床に関わる倫理規程として7項目が定められている。患者・家族の抱える倫理的課題は、主に受け持ち看護師らによって把握されている。

地域コミュニティバスが停留し、時刻表は掲示している。売店は日祭日以外を運営し、入院生活に必要な設備を整備している。院内のバリアフリーは確保され、車椅子での移動も容易に行える。備品・設備の修理も組織的に対応している。院内は静寂が保たれ、整理整頓・清掃が行き届いており、診療・ケアに必要なスペースも確保されている。リネン類は清潔に保管・管理している。敷地内禁煙を周知している。

### 4. 医療の質

意見箱を設置し、投函には関係委員会などで検討・対応している。毎朝、常勤医師が全員参加して15分間の画像カンファレンスを行っていることは評価できる。QC活動に積極的に取り組み、毎年活動発表を行っている。自院で初めて行う治療などは、多職種で勉強会を開催し副作用などの情報共有に努めている。

ベッドネームや入院診療計画書に主治医や受け持ち看護師名は明記され、主治医不在時の体制も明確になっている。日々の医師や看護師などの記録は適切に記載し、退院時サマリーも速やかに作成され、診療録の質的点検にも取り組まれている。医療安全ラウンドやNST、ICTおよび褥瘡ラウンド、入退院支援チームなどが活動し、チーム医療を推進されている。

### 5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室が設置され、リスクマネジメント委員会や医療安全管理室会議、下部組織としてリスクマネジメント委員会小委員会が有機的に活動している。インシデント・アクシデントはリスクマネジメント委員会にて改善策までの

検討が行われ、対策は小委員会や各部署にフィードバックしている。医療安全管理者などによる現場ラウンドも行い、モニタリングの仕組みは適切に機能している。

患者・部位などの誤認防止は、リストバンドによるバーコード認証が実施され、患者自身の名乗りも行っている。情報伝達エラー防止は、医師の指示出し・指示受けなどは適切であり、口頭指示もルールに沿って実施している。また、病理診断において報告書の重要所見の見落としを防ぐ仕組みも整備している。薬剤では、相互禁忌やアレルギーなどのリスク対策、ハイリスク薬の表示、麻薬の管理は適切であり、手順に従って安全に投与している。転倒・転落防止は、リスク評価を行い、結果に応じて看護計画を立案しケアに反映させている。医療機器は、使用中の設定条件や使用状況は、臨床工学技士と現場の看護師が協働しチェック表を用いて確認している。急変時の対応は、院内緊急コードが定められている。

## 6. 医療関連感染制御

院長をはじめとする各職種からなる感染対策委員会は毎月開催され、その下部組織の ICT が感染情報を収集している。ICT は、院内分離菌の調査、SSI・BSI・CRI・VAP のターゲットサーベイランスなどを適切に実施している。院内感染対策マニュアルは改訂され、アウトブレイクの対応手順もある。各部署のラウンドは、部署の特性に応じた評価項目を定め精力的に環境ラウンドを行い、院内感染症の発生动向も精力的に監視しており、医療関連感染制御に向けて秀でた活動が行われている。

感染対策マニュアルに則り感染経路別の予防策や標準予防策を行い、手指消毒に関しては消毒剤のモニタリングも実施している。抗菌薬の採用と中止は、薬事審議委員会で検討している。抗菌薬使用指針を整備し、抗 MRSA などは届け出制で運用している。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報誌は年 4 回発行され、関係機関などにも配布している。ホームページは広報委員会が主となって対応している。地域医療連携課が関係機関や施設の情報を収集・把握され、地域連携パスも活用している。紹介・逆紹介は必ず地域医療連携課を通し、返答確認も十分に行われている。また、地域連携協議会などにも参加し連携機能への取り組みは評価できる。人間ドックやがん検診などが行われており、多種のワクチン接種も実施している。外部からの要請に応じて、出前講座などに職員を派遣している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療科目など必要な情報は掲示され、紹介患者も含め患者の受け入れはスムーズに対応している。外来診療での患者の情報収集や情報共有は図られ、安全性にも配慮している。地域医療連携課が主となり、地域の医療機関や介護・福祉施設との連携が図られている。造影 CT など侵襲的検査への説明・同意は行われ、安全に配慮し確実に実施している。医学的判断に基づき入院決定を行い、緊急入院も含めて速

やかな入院が可能である。患者の病態を医師が医学的に診断・評価し、患者・家族の要望を踏まえて治療の基本方針を立てている。患者・家族からの多様な相談に応じており、相談記録は電子カルテで管理され情報共有している。医師が入院を必要と判断した時点から、外来および病棟の看護師と事務職員による入院支援体制が機能している。

医師は病棟スタッフと情報共有し、患者・家族との面談も行っている。看護体制が確立され、日常ケア経過は電子カルテに SOAP 形式で記録している。また、看護基準・手順が作成されている。薬剤師は、持参薬鑑別、薬歴管理などを確実に行い、看護師は安全に配慮して配薬している。輸血は説明・同意のもとで実施され、適正使用指針を遵守している。また、輸血投与前の確認、患者の状態・反応の観察・記録も確実に行っている。手術・麻酔の説明・同意は適切に行われ、術前・術後訪問も確実に実施している。重症者はリカバリールームにて多職種が関与して管理している。褥瘡は、褥瘡評価に基づき対策を講じ、多職種による褥瘡回診のもとケア内容を決定し、部位別発生数などのデータ管理も行われている。栄養管理はアセスメントをもとに栄養管理計画書を作成し、NST などの活動を図っている。疼痛緩和の薬剤は主治医が選択し、看護師はその効果を評価している。リハビリテーションは、必要性和リスクを患者に説明し、毎週開催のリハビリカンファレンスにて情報共有している。また、言語聴覚士は昼食時、病棟で待機し、安全な食事摂取に配慮している。身体抑制は、安全確保のため止むを得ずに行う場合はマニュアルに従い、医師の指示により実施され、解除に向け毎日検討している。入院後 1 週間以内に多職種による退院支援カンファレンスを開催し、地域のケアマネージャーなどと連携している。複数回にわたる退院前自宅訪問など積極的な退院支援への取り組みが行われている。退院調整に関するカンファレンスも開催され、地域の医療機関・施設との連携のもと患者・家族の意向に沿い在宅療養などを支援している。ターミナルステージは多職種のカンファレンスを行い、主治医が判断している。患者・家族の意向を踏まえ、ターミナルの治療・ケア計画に必要な職種が関わり、在宅での看取りも行っている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、処方箋発行から調剤、鑑査、疑義照会を適切に行っている。また、持参薬は入院後、速やかに鑑別され主治医に報告している。臨床検査は、臨床検査技師が検体検査、超音波検査を担当している。検体検査の迅速な報告、精度管理、検査済みの検体処理などは適切である。画像診断は、緊急性の高いものは速やかに撮影し、安全に配慮し実施されている。常勤の放射線科医はいないが、各科常勤医や外部機関との連携で質の担保を図っている栄養管理は、調理業務は全て委託業者が対応している。管理栄養士は、食事指導や嗜好・喫食把握などを担当し、委託業者との密な連携により美味しい食事提供に努力している。リハビリテーションは、主要疾患には標準的なプログラムを整え、毎週のカンファレンスにて情報交換・共有している。また、リハビリの連続性がほぼ損なわれないよう努力している。診療情報管理は、診療情報管理士が役割を担い、電子カルテの量的点検や紙カルテの保

管・管理は適切である。医療機器は、医療機器中央管理室と使用場所にて保管・管理している。機器の日常点検・保守は計画的に行われ、トラブル発生時の手順も整備されている。洗浄・滅菌では、使用済み器材の洗浄・消毒は中央化しており、業務のワンウェイ化も図られている。各種インディケーターによりモニターされ、リコール規定も策定している。

病理診断は外部委託であり、検体の誤認防止、結果報告書の管理は適切である。輸血・血液管理は、輸血用血液製剤の発注・管理、輸血歴や不規則抗体などのデータ管理は適切である。手術・麻酔は、責任体制は明確であり、術中の患者管理、退室時の確認、安全に対する配慮などは適切である。救急医療は、病院の機能に応じた救急患者を受け入れており、受け入れ不能の場合も適切に対応している。また、虐待への対応手順も明確になっている。

#### 10. 組織・施設の管理

各部門・部署の要望も把握し当期の決算見込みと共に予算に該当する業務計画を策定している。月次決算も含め経営実態を把握し、運営会議で検討している。新患や再診患者の受け入れおよび窓口会計は、手順に則り対応している。レセプト作成は、外来は医事課で点検し、確認が必要な場合に医師が関与している。委託業者は、業務内容や業者の実績、費用面など総合的に検討し、最終的には運営会議で決定している。

施設・設備を管理する担当者を配置し、各設備は計画に基づき保守されている。また、日常点検する設備も定め、実施している。医薬品や検査試薬は関係部署が管理し、診療材料は中材、消耗品は総務課が担当している。ほとんどの診療材料はSPDで対応し、内部牽制機能も働いている。

防火管理委員会は毎月開催し、防火避難訓練も実施している。緊急連絡体制を整備し、食料や飲料水、医薬品は防災用に備蓄している。保安体制は、休日や夜間は警備保障会社が担当している。防犯カメラを設置し、異常時の連絡体制も整えている。医療事故発生時は、医療事故調査委員会が組織され、原因究明など組織的に取り組まれる体制となっている。

#### 11. 臨床研修、学生実習

医師や薬剤師、リハビリ療法士などの養成校から実習を受け入れている。受け入れ体制や実習内容は評価できる。医師の場合は地域医療を実習し、最終日には院長も参加し評価など意見交換している。

# 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	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	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	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	S
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	B
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	A
1.6.4	受動喫煙を防止している	B

## 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	B
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	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	A
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	A
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	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	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	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	B
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

## 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	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	B
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	学生実習等を適切に行っている	B
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 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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 8 月 31 日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団同仁会 金光病院

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：岡山県浅口市金光町占見新田740

## 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	100	100	+0	69.1	17.9
療養病床	47	47	+0	72.9	112.7
医療保険適用	47	47	+0	72.9	112.7
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	147	147	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+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	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
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	30	+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	50	+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

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： 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

[illegible]

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2021	2020	2020	2021	2020
1日あたり外来患者数	230.99	226.34	245.64	102.05	92.14
1日あたり外来初診患者数	23.14	24.58	30.20	94.14	81.39
新患率	10.02	10.86	12.29		
1日あたり入院患者数	102.02	101.10	104.22	100.91	97.01
1日あたり新入院患者数	3.47	3.45	3.42	100.58	100.88