

## 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 11 月 12 日～11 月 13 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、1946 年に寺岡医院を開設し、時代の変遷と共に、病院名や組織、機能、病床数の変更を行い、現在では許可病床数 263 床を有し、広島県東部に位置し、福山・府中 2 次医療圏の中で救急医療を積極的に進め、社会医療法人社団陽正会寺岡記念病院として機能している。10 診療科を掲げ、急性期医療・回復期医療・慢性期医療・在宅医療・予防医療で地域医療に貢献しており、地域住民が安心して生活できる役割も担い、地域との絆は強く欠くことのできない存在である。早期から第三者評価による医療の質向上活動にも熱心に取り組んでおり、この度は初回から継続して 5 回目の病院機能評価更新受審である。理事長・病院長を始めとし、副院長・事務部長・看護部長を中心に幹部職員の優れたリーダーシップが発揮され、質向上が展開されている。今回の審査を踏まえて、さらなる質の向上を図られるとともに、今後ますます発展されるよう祈念したい。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念とスローガン、基本方針、院是を明文化し、多様な手段を講じて内外への周知に取り組んでいる。中期計画を策定し病院の将来あるべき姿を職員に明示している。また、将来計画として建物の新築を検討していることを公表している。病院運営の意思決定会議は毎月開催されており、決定事項は情報伝達規程に沿って行われ、周知徹底する仕組みが構築されている。中期計画から単年度の事業計画が立案され、部門・部署と各委員会目標も設定されている。また、達成度の評価も適切に行い情報の共有が図られている。病院の情報管理は電子カルテと各部門のシステムが連動し適切に機能している。また、業務用端末内の院内 LAN を利用することで情

報を共有している。文書管理規程を策定して文書保存管理台帳で文書番号を付与し、管理部署・責任者・作成日・改定日・保存年数を定めている。事業計画に基づき年度ごとの採用計画は、経営運営会議の承認を得て立案されている。就業規則・給与規定などを整備し、労働基準監督署に届け出ている。安全衛生委員会は毎月開催され機能している。職員の意見は積極的に取り入れ、福利厚生を充実するよう努めている。教育委員会が年間の教育・研修計画を立案し、計画に沿って行われている。医療倫理・接遇・ハラスメント等、医療人として必要な教育・研修も開催している。職員の能力評価・能力開発に向け、目標管理・人事考課を活用している。学生実習は、臨床実習指導者講習を受講した職員を中心に、養成校からのカリキュラムに沿った実習を行い評価している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利と義務を明文化し、患者・家族、職員に周知している。説明と同意に関する方針を明文化し、同席のルールも明確である。説明書・同意書に関する基準を規定し、対象を選定している。説明時の同席は原則看護師とし、同席基準を作成している。説明書・同意書の書式や内容は、診療情報管理委員会で検討・承認し、使用状況の評価を行っている。患者と診療情報の共有は、医療制度などのパンフレットの利活用やACPへの取り組み、患者用クリニカル・パスの活用等、患者・家族が情報を得やすい環境を整えている。相談業務は、地域医療福祉支援センターの医療福祉相談室が主に担っている。より専門性の高い相談は、関係する各部署責任者等が担っている。個人情報保護に関する方針を定め、個人情報利用目的を明示し、患者・家族への周知に努めている。また、職員には入職時に研修会を開催し、徹底に努めている。臨床における倫理的な課題を共有・検討する場として、倫理委員会を設置している。現場で日常的に発生する倫理的課題は、多職種カンファレンスや倫理カンファレンスで協議し、解決策を提示している。現場で解決できない課題は倫理委員会で検討する仕組みが構築されている。全館でバリアフリーを確保し、館内は待合や廊下が広々と整備され、手すりや車椅子等も整備されている。高齢者や障害者に配慮された施設である。療養環境は、整理整頓され清潔が保たれている。トイレ・浴室は利便性・清潔性・安全性を確保している。敷地内禁煙であり、受動喫煙防止に向け取り組んでいる。

### 4. 医療の質

医療の質改善に向け、業務改善委員会と患者サービス改善委員会が継続的に取り組んでいる。具体的改善例もあり適切に機能している。多職種の参加するカンファレンスを内科や外科、脳神経外科などが定期的に行い、院内症例検討会やオープンカンファレンス、M&Mカンファレンスも開催している。クリニカル・パスを活用し、臨床指標も収集してベンチマークしている。患者・家族の意見収集は、患者サービス改善委員会が担っている。新規医療機器の購入に関しては院内で検討し、購入時には職員の研修に便宜が図られている。外来・病棟では、診療、看護、その他の部門の管理責任者を患者・家族に明示している。責任医師・病棟師長は毎日ラウ

ンドを行い、患者の状態やケアの実施状況の把握に努めている。主治医不在時の連絡体制も明確である。診療記録の質的点検については、多職種での取り組みを期待したい。ICT・NST・褥瘡対策チーム・身体拘束最小化チーム・在宅支援チームなどの多職種による専門チームがあり、多職種協働による診療・ケアが行われている。

## 5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、専従の医療安全管理者が中心となり、安全管理を担っている。医療安全カンファレンスや医療安全管理委員会、セーフティーマネジメント委員会の役割を明確にして定期的を開催し機能している。医療安全管理マニュアルは、毎年改訂し、履歴や改訂内容も残している。医療安全カンファレンスで、アクシデント・インシデント事例の検証や再発防止の分析・検討を行い、関連する委員会・会議で事例を共有し、フィードバックしている。対策の実施状況や部署の安全管理行動の確認については、医療安全管理者ラウンドおよびセーフティーマネージャーなどが協力し、多職種ラウンドを実施し、現場へフィードバックしている。医療事故等に対処する体制を構築している。誤認防止対策では患者本人が氏名と生年月日を名乗ることを原則とし、受付票やリストバンド等との照合を実施している。手術部位のマーキング、タイムアウト等は、マニュアルを遵守し実施している。処方箋および指示箋の記載方法は院内で統一し、医師の指示出しや指示受けも確実に実施している。薬剤の安全な使用に向け、規格違いの薬剤には、注意喚起の表示を行い、類似名の薬品は病棟には配置しないよう努めている。転倒・転落防止対策や医療機器の安全使用については適切に対応している。患者急変時の対応においても、BLS および ICLS 訓練や救急コード対応訓練も定期的実施している。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染管理者は病院長であり、ICN が医療関連感染制御に関するリーダー的役割を担っている。感染対策向上加算 1 を算定し、さらに ICMT や ICPS も各 1 名在職している。感染対策委員会の下部に ICT と AST とリンクスタッフ会を組織し、適切に機能している。院内での感染発生状況は検査室が把握し、主治医と感染管理者、病棟師長に報告し、症例によっては主治医が ICT と相談して対策を指示している。また、ICT は病棟の環境チェックを行いフィードバックし、翌週には確認を行っており評価できる。AST が抗菌薬適正使用カンファレンスを行い、その記録をカルテに記載している。JANIS に参加し、院外での感染流行情報は県の週報や医師会等から収集し、そのデータは感染対策委員会で分析・検討している。感染対策マニュアルに基づき、院内各部署で手指消毒や个人防护具の着用を実施し、感染性廃棄物や感染性リネンの処理等も適切に行っている。抗菌薬の採用・削除については薬事審議委員会で検討し、経口抗菌薬を減薬したことは評価できる。また、抗菌薬は「抗菌薬適正使用ガイドライン」を遵守して投与している。さらに、抗菌薬は AST が培養結果と併せてチェックし、目安を設けて再検討を行い、医師にフィードバックしている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報委員会が担っている。ホームページやInstagram、広報誌、病院案内パンフレット、年報等を活用し、病院の機能や役割を広報している。ホームページでは、患者動向や診療実績等も公表している。地域の医療機関や福祉施設との連携は、地域医療連携室に専従の職員を配置し地域連携業務を担当している。新市地域包括支援センターが開催する連携会議に参加し情報を共有している。また、他の医療機関と業務締結し、施設訪問も行い連携を強化している。地域への健康増進活動では、病院主催で医師会等の後援を得て市民公開講座を開催している。また、オープンカンファレンスと称して、地域医療従事者や医師が参加し症例検討を行っている。さらに、広島県地域リハビリテーション推進事業の一環として理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が地域のリハビリテーション従事者に情報を提供している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者には窓口業務が機能している。問診票や診療情報提供書で情報収集し外来診療を行っている。地域からの紹介は、紹介患者受け入れフローシートを遵守し、地域医療連携室が対応している。入院の決定は、診察医が判断し、他院からの入院依頼を受けた場合は、受けた医師の判断で決定している。入院診療計画書は、医師や看護師、各療法士等により診療計画を作成し入院後速やかに交付している。医療相談は、患者サポート相談窓口と医療福祉相談に、社会福祉士と看護師を配置し対応している。医師は、治療方針や症状の経過をカンファレンスなどで多職種に説明するなど指導力を発揮している。看護方式は、継続受け持ち制、デイパートナー制を行い、24時間の患者ケアに責任を持ち保証している。抗菌薬や血液製剤などの投与中は、患者の状態観察を行い記録している。手術・麻酔の適応と方法については、診療科の術前カンファレンスで検討し、説明のうえ同意を取得している。重症患者の管理に向け、体制と設備を整備し入退室基準を遵守している。入院時、全患者に褥瘡のリスク評価を行い、褥瘡対策マニュアルを遵守して対応している。栄養管理は、看護師が一次スクリーニングを実施し、管理栄養士がGLIM基準で再評価している。症状緩和は、マニュアルや基準・手順を整備し対応している。リハビリテーションの必要性は主治医が判断し、患者・家族の要望にも配慮し、目標や実施計画の設定および立案を行っている。身体拘束最小化チームを立ち上げ、軽減や解除に努めている。退院後も必要な診療やケアを継続できるよう、退院前カンファレンスや診療情報提供書、看護サマリー等で情報共有し、地域の関係機関と連携している。ターミナルステージの判断は医師が患者の病状を判断しており、判定後には多職種によるケアの検討をしている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方鑑査や調剤鑑査、疑義照会、持参薬の鑑別・管理、薬剤情報の収集・周知などを適切に実施している。臨床検査および画像診断は、病院機能に応じ

た体制を整備し、必要な検査を迅速に実施している。栄養管理は、食材の搬入から検収、下処理、調理、盛り付けまで適切に運営している。選択メニューを実施し、一般食・治療食で個別対応を積極的に行っている。行事食では季節感を演出して満足度を高めている。リハビリテーションプログラムの評価や改善は、各部署の各療法士が検討している。BLS 講習は毎年全員が受講している。所属する歯科衛生士は、患者の口腔ケアに努めている。診療録は電子カルテと各部門システムの連動で管理されている。量的点検は診療情報管理士がチェックシートを活用して実施している。医療機器は、臨床工学技士が中央管理し、貸し出しと返却の仕組みを整備して、定期点検や使用前後の点検も確実にしている。洗浄・滅菌は、中央器材室に中央化し、各種のインディケーターで滅菌の質を保証している。病理診断では、検体交差が起こらないシステムとして、2 名でダブルチェックしている。輸血用血液製剤の使用量は輸血委員会で定期的に検討している。輸血による副作用発現患者に対して、肝機能や CBC などの検査データから原因を検討していることは評価できる。手術室のスケジュール管理は手術部長と手術室師長で行い、術中患者管理は、全身麻酔の場合は麻酔科医が実施している。救急医療機能は水準 2 であり、24 時間受け入れている。「救急患者の受け入れ方針」は院是にも明文化され手順も整備し、緊急入院の体制も整っている。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・会計では、経理課が主となり、各部門・部署の予測業務量に応じて収入予算を定め、支出は前年度実績や機器購入計画・保守修繕計画等を確認して立案し、経営運営会議の承認を経て理事会で最終決定している。予算執行状況は、損益計算書の収支の実績と予算比・前年同月比を基に経営運営会議で報告し検討している。財務諸表は病院会計準則に沿った内容で、会計監査は、公認会計士による監査が行われている。医事業務は運営マニュアルに沿って対応している。返戻・査定は医事課で検討し、保険委員会を通じて各医師へ個別に報告して事例ごとに検討できる仕組みを構築している。施設基準は総務課と医事課担当で適正に遵守されている。業務委託は、事務部・経理課が主となり管理している。業務委託評価表を用いて評価し、履行状況をもとに更新の是非を検討し決定している。施設・設備の管理は事務部・施設管理課が主となり、計画的に電気・給水・医療ガスなどの必要な設備・機器を整備し、法定で定められた保守点検と、それ以外の設備・機器も保守点検している。購買管理には内部牽制の仕組みがある。防火・災害マニュアルがあり、夜間等の緊急連絡網も明確で、防災訓練も実施している。夜間の保安体制は、委託警備職員と遠隔警備機器による連携で警備し、定時の巡視や施錠管理を実施している。

# 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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	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
1.3.3	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	A
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	A
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	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	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	B
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	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	A



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	栄養管理と食事支援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	A
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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	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	
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	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	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	B
-------	------------------------	---

---

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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日  
時点データ取得日： 2024 年 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人社団陽正会 寺岡記念病院

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： 広島県福山市新市町新市37

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	211	211	+0	80.1	18.9
療養病床	52	52	+0	60.1	45.1
医療保険適用	52	52	+0	60.1	45.1
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	263	263	+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)		
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	46	+0
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	34	+0
地域包括ケア病床	105	+0
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	30	+0
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  
オーダーリングシステム ☒ 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

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
	2023	2022	2021	2023	2022
年度(西暦)					
1日あたり外来患者数	246.41	254.61	254.67	96.78	99.98
1日あたり外来初診患者数	18.04	19.53	16.05	92.37	121.68
新患率	7.32	7.67	6.30		
1日あたり入院患者数	188.74	192.07	201.41	98.27	95.36
1日あたり新入院患者数	5.31	4.63	4.66	114.69	99.36