

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、1939年鳥取県中部地区に軍事保養院傷痍軍人三朝温泉保養所として創設され、その後、幾多の変遷を経て2000年鳥取県中部医師会立三朝温泉病院に経営を移譲・承継された病院である。ケアミックスで准急性期から慢性期までの患者に対応するとともに、医師会立病院としての公益性を担い、地域医療、へき地医療支援に貢献している病院である。病棟は病床数178床規模で一般病床、回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床が稼働している。特異的な設備として鉱泥湿布治療、足湯、リハビリ温泉プール、かけ流しの温泉風呂を有している。職員に魅力ある職場として職場環境の整備を図り、院長を中心に病院幹部は、温かみのある組織づくりにリーダーシップを発揮していることは評価できる。

日本医療機能評価機構の訪問審査にあたり、前回の審査で指摘された評価項目を改善するなど、病院の質向上や安全な医療提供に向けて取り組んでおり、評価できる。今後も良質な医療の実践や医療の質向上に向けた取り組みを継続され、さらに発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

三朝温泉病院の価値観に基づいた病院理念、基本方針は明文化されている。病院の方向性を明確に示し、その実現に向けて病院幹部はリーダーシップを発揮して取り組まれており、評価できる。中長期計画、年次目標、部署目標、個人目標を作成している。目標設定から達成度評価に至るPDCAのサイクルは確立している。ITシステムは計画的に導入されている。医療情報や診療情報を抽出し、経営に資する活用が行われている。マニュアル・規程は電子化されており、文書ファイル管理簿に

まとめられている。病院の機能、役割に応じた人員を確保されている。

人事・労務管理の担当部署を明確にして、職種別勤務情報・就労状況を管理している。健康診断は医師を含めて100%の受診率である。職員への精神的サポート、院内暴力への対応体制は整備されている。労働条件を整備して、職員が仕事と子育てを両立でき、職員が働きやすい環境をつくることにより職員がその能力を十分に発揮できる取り組みが行われている。組織的支援のもとで学会発表、学会研修会・講習会の参加が活発に行われている。人事考課制度は適切に行われている。病院の自己学習（自己研鑽）支援により、各職員は知識の習得に努めている。職員は多様な資格を取得しており、各認定取得に向けて積極的に取り組まれていることは、高く評価できる。

3. 患者中心の医療

「患者の権利」だけでなく「患者の責務」も明文化されている。説明と同意は手順に沿ってわかりやすく説明し、同意を得ている。説明と同意に関する病院の方針や範囲は整備されているが、同席者のルールについて整備が望まれる。入院診療計画書をはじめ種々の情報共有がなされ、医療安全対策やリウマチ教室、糖尿病教育入院など患者の医療参加が促されている。地域医療連携室・医療相談室に担当者を配置して多様な相談に応じる体制が整備されている。個人情報保護に関する規程の遵守、施設面のプライバシーへの配慮は適切に行われている。

自院における主要な倫理的課題に関する病院としての対応方針は定められているが、倫理マニュアルとして職員へ周知徹底することが望まれる。また、比較的多く発生する倫理的課題について、組織化されている倫理委員会等で検討し、継続的に取り組むことが望まれる。患者・家族の倫理的課題は多職種参加によるカンファレンスで検討されており適切である。記録は診療録へ確実に記載されると良い。

来院者・入院患者の視点から利便性に配慮されており、院内のバリアフリーが確保されている。院内は日常生活が不自由なく過ごせるように配慮されており、診療・ケアに必要な環境整備が行われている。職員の喫煙率の把握と実態に応じた取り組みが期待される。

4. 医療の質

意見箱の設置や各部署からの報告書、満足度調査などを通して、患者・家族の意見・要望を収集して検討が行われており、結果については適切に回答している。病院独自の診療ガイドラインも作成しており評価できる。業務の質改善の取り組みとして、2018年より職員を対象に「改善提案制度」を実施し、それにより具体的改善例が見られ、適切に取り組んでいる。臨床研究に関しては倫理委員会での審査を受けており、新たな知識・技術の習得のために時間的余裕や経済的な支援を行っている。

診療・ケアの管理責任体制や連絡体制は明確であり、看護師長は毎日ラウンドを行い、療養環境を把握している。診療記録の質的点検は2017年から本格的に行っており、フィードバックも行い医師の診療録の記載に対する意識が高まってきており、取り組みは秀でていいる。多職種の協働においては、各種の専門職種が必要に応じて介入し、専門チームと協働体制を取り、職種を超えて適切に取り組んでいる。

5. 医療安全

医療の安全確保に対する方針と体制を整備し、院内安全管理委員会が毎月開催されて情報共有と安全対策が検討されている。安全対策カンファレンスとしての議事録は確認出来なかったため、確実に記録に残すことが望まれる。インシデント・アクシデント情報を収集・分析し再発防止を検討・実施しているほか、院外からの情報収集を行い、職員に周知している。

患者のフルネーム確認、名乗れない場合のダブルチェックなど誤認防止対策を適切に実施している。土日でも細菌検査の結果が届けば病棟に連絡があることは評価できる。麻薬は使用時の確認に加えて、在庫数量確認を2名で1日3回行い記録していることは、評価できる。薬局内の麻薬管理は使用時確認のみであり、日々の在庫量のチェックは行っていないため、今後は麻薬の保管・管理が確実にされるよう検討が望まれる。全入院患者に転倒・転落のリスク評価を行い、対策を実施し、定期的な見直しが実施されており適切である。医療機器の安全使用については、臨床工学技士がいないのため、看護師と業者により職員の入職時や医療機器の新規導入時の操作研修が行われ、機器使用時の作動確認や職員間の伝達も適切に行われている。患者急変時の対応では院内緊急コードを設定しているが、招集訓練は定期的に行うことが望まれる。救急カートを必要部署に配置するとともに看護師と薬剤師による点検が行われている。全職員対象のBLSやAEDの取り扱い研修は毎年行われている。

6. 医療関連感染制御

ICTのラウンド時のチェック項目は全部署共通項目と各部署に独自の項目の2種類で行い、その結果を写真付きで委員会に報告していることは評価できる。研修会も参加率向上のために1日に2回の開催を2日間行うように努めている。インフルエンザのアウトブレイク時には、患者の隔離や薬剤の予防投与などで収束させており、適切に対応している。標準予防策・感染経路別予防策をマニュアルに沿って確実に実施し、血液・体液の付着したリネン等や感染性廃棄物の取り扱いを適切に行っている。

抗菌薬の使用状況を抗菌薬使用密度も含めて委員会に報告している。術後の感染予防に対する抗菌薬の投与も適切である。

7. 地域への情報発信と連携

病院案内、パンフレット、入院案内、新聞、インターネットを活用して広報活動が行われている。多様な病院実績、診療実績を発信する取り組みは評価できる。ケアミックスで准急性期から慢性期までの医療を担当する役割と機能を明確にしている。医師会立病院として地域の医師会員との情報交換、懇親会を行い、地域の医療機関の機能・役割を適切に把握している。施設間の紹介・逆紹介の一元管理する仕組みを検討されたい。

地域の学校における授業を実施しており、また、中学生職場体験、看護フェアが行われている。過疎地地域医療支援、高次脳機能障害者自動車学校運転評価支援活動を積極的に行っている。産後リハビリ、腰痛ドッグ、脳ドッグ人間ドッグが開設されている。健康教室、他施設職員研修指導、予防学習会講師、他病院教育研修講師活動が行われている。行政協力・地域活動としてねんねクラス、6か月健診、3歳児健診、5歳児健診を行っている。これらは地域医療支援や地域住民の健康を支援する取り組みとして、高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来運営の手順は明確化されており、初診・再診・会計の手続き、紹介患者、緊急患者の対応などは適切に行われている。地域の保健・医療・福祉などからの紹介患者の受け入れは適切に行われている。自院の医療機能を超える場合は患者・家族の意向に沿った他院紹介と紹介先への具体的な情報提供が行われており適切である。入院診療計画は多職種によって、迅速に作成されており適切である。医療相談への対応は多職種で適切に対応している。入院時の案内と手続きはわかりやすいパンフレットを使用し、丁寧な説明が行われている。

医師は、受け持ち患者の治療方針や症状の説明を看護師などに行うことで指導力を発揮し、病棟スタッフとの情報交換も積極的に行うなど適切である。看護師は診療補助のほか、様々なリスク評価、患者・家族のニーズ把握を行い多職種と情報共有を適切に行っている。注射薬の調製や投与時の注意事項については、薬剤師主導での注意喚起が望まれる。術後は主治医からの「術後バイタル約束指示」や麻酔科医からの「麻酔科術後指示」が出されており、全身麻酔手術後の患者は全て個室で1~2日管理しており評価できる。全入院患者に褥瘡のリスク評価を行い、予防・治療を適切に行っている。全入院患者の栄養評価を行い、嚥食状況や嚥下状況を把握し、NSTも介入しており適切である。看護手順に従って症状緩和の支援は適切に行われている。身体抑制は病院の対応方針が明確で安全に配慮しながら実施され、回避・軽減・解除に向けた検討も行われている。入院時から多職種の連携の下で患者・家族の意向に配慮した支援が行われている。

退院前には院外関連職種も参加した多職種カンファレンスが行われ、退院後の継続療養を支援している。ターミナルステージの対応では患者・家族の意向に沿った適切な対応が行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

2020年の服薬指導件数は前年に比し5倍に増加しており、さらに後発医薬品の使用率が高く後発医薬品体制加算1の取得は、薬剤科の努力がうかがえる。疑義照会の内容は記録の保存と分析が望まれる。エコー検査を拡大し、新たに頸動脈・心臓・甲状腺などが行えるようになり、積極的に取り組んでいる。また、検査室が主体となり、検査結果から主治医に精査の依頼をしていることは評価できる。画像診断機能はCT・MRIは、共に撮影待ち日数はなく、緊急検査にも対応している。また、医療被ばく低減施設の認定を受けていることは評価できる。厨房の不潔区域・準不潔区域・清潔区域を明確化して検収から下処理・調理、配膳・下膳・洗浄業務のプロセスは衛生的に行われている。温泉プールでのリハビリを行い、鈇泥温湿布の使用や腰痛ドックを開始し、さらに産後リハビリも行うなど、積極的な取り組みは評価できる。診療記録は電子カルテによる1患者1IDで一元的に管理している。各種統計資料の作成に活用するなど診療記録の価値の充実化に取り組まれている。医療機器管理機能は看護師が日常点検を行い、医療機器安全管理者が関与して定期の保守メンテナンスが行われている。使用状況の管理や緊急時の対応手順も明確になっており適切である。洗浄・滅菌機能は各種インディケータを使用した滅菌の質保証がなされている。

輸血業務に関する責任医師や輸血用血液の発注・返却などの担当検査技師は明確にされており、血液製剤の保管・管理も適切に行われている。手術患者の精神的不安の軽減のため、全身麻酔・局所麻酔に関わらず術前・術後訪問と手術室での介助を同じ看護師が担当し、患者に寄り添った対応を行っており評価できる。

10. 組織・施設の管理

公益法人会計に基づいた会計処理は適切に行われている。会計監査は医師会幹部監査により経営状況の適切性は担保されている。経営状況については分析・検討を行い、効率かつ安定した病院運営の推進に向けて取り組まれており、評価できる。時間外や休日を含む医事業務・窓口業務の手順は明確にされている。レセプト点検は事務職員と医師が協働して全件のレセプトの確認が行われている。未収金の催促・回収する対応体制は確立している。委託業務の実施状況の把握は業者との話し合いを持つことで継続的に委託業務内容の品質管理に努めている。

病院機能に応じた施設・設備が整備されており、設備・備品の補修・修繕・更新計画、年間の保守管理は年間スケジュール表を作成し、適切に行われている。購入希望備品の選定から決定までのプロセスはルールに基づいて行われている。発注から納品に至る経緯は内部牽制が働く仕組みが確立している。物品は定数配置による部署管理が行われている。

大規模災害時の対応体制は、BCPを策定し地震訓練を実施している。24時間体制の保安業務が行われている。緊急時の連絡・応援体制が明確にされており、また、医療事故対応手順に基づいて適切に対応する仕組みが整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医学生、看護、リハビリ療法士、栄養士の学生実習を受け入れている。受け入れ規程、研修依頼書、誓約書、研修許可証の書類は整備されている。医療安全、医療感染制御、患者・家族への関わり、実習内容の評価、事故発生時の対応、個人情報保護に対する対応も適切に行われている。

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 | 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | 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 | S |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | S |
| 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 | 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： 2019年 4月 1日～2020年 3月 31日
 時点データ取得日： 2020年 6月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 公益社団法人鳥取県中部医師会立 三朝温泉病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院1
 I-1-3 開設者： 公益法人
 I-1-4 所在地： 鳥取県東伯郡三朝町大字山田690

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 | 83 | 83 | +0 | 78.4 | 23.9 |
| 療養病床 | 95 | 95 | +0 | 82.9 | 117.6 |
| 医療保険適用 | 95 | 95 | +0 | 82.9 | 117.6 |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 178 | 178 | +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) | | |
| 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 | | |
| 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 | 60 | +0 |
| 地域包括ケア病床 | 37 | +0 |
| 特殊疾患入院医療管理料病床 | | |
| 特殊疾患病床 | | |
| 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(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

