

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 14 日～7 月 15 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、地域住民の「誰もが差別のない平等な医療を受けたい」との願いをうけ 1953 年 10 月に開設された「水島診療所」を起源とする。1956 年に「水島協同組合病院」となり、1985 年には「総合病院水島協同病院」として現地に新築移転した。「いつでも、だれもが、安心してかけられる医療を追求します。」を理念に掲げ、地域に根ざした急性期病院として、水島地域の開業医・近隣病院と連携を図りながらその機能をいかに発揮してきた。

今回、質向上に向けた取り組みの一つとして病院機能評価を受審した。院長をはじめとする病院執行部は、リーダーシップを発揮し、多くの職員を巻き込んだ取り組みの成果が随所に見られた。こうした多くの注目すべき取り組みがある一方で、いくつかの今後の質向上に向けての問題点も指摘させていただいた。今後の継続的な取り組みへの一助となれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、基本方針の見直しや院内外への周知は適切に行われている。病院管理者や幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決への取り組み等、リーダーシップを発揮している。意思決定会議は定期的開催され、年度の目標や部署目標を設定して、進捗管理している。情報システム運用管理規程を定め、電子カルテシステムと診療情報、部門別管理システムを一元的に管理し、データの真正性、保存性、見続性を確保している。文書は文書管理規程に基づいて一元的に管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理体制を整備しており、職員の安全衛生管理体制も適切である。職員面接や労使協議によって意見を聴取し、職場環境への反映や福利厚生制度の充実等で魅力的な職場作りに努めている。

院内研修は一元的な管理体制、院外教育や研修への参加体制を整備しているが、必要度の高い職員研修の受講率の向上対策を望みたい。全職員対象に能力把握・評価を行い、職員の専門的能力向上や資格取得支援体制を整備している。

3. 患者中心の医療

医療生協の患者の権利章典を採用し、院内掲示等によって周知している。なお、患者の権利については、自院の状況に即した具体的な権利の項目を検討し、それを患者・地域と職員へ周知することが望まれる。説明と同意に関する方針、基準、手順を院内マニュアルに整備している。診療・ケアに必要な情報は、パンフレットや自作の説明書等を通じて提供している。患者・家族からの相談については人員体制が十分に整備され、様々な相談に対応している。個人情報保護に関する規程を整備し、法律の改定に対する対応も必要に応じて実施している。倫理委員会規程を整備して、臨床研究・院内から提起された倫理問題を審査の対象として活動している。外部委員を含めた医療倫理委員会を設置して臨床的倫理課題についての審議を行っている。臨床の様々な場面で起きる倫理的課題については多職種によるカンファレンスで解決を図り、記録を残している。また、倫理事例検討会の報告を行い共有するなど継続的に教育を行っている。

敷地内に駐車場を確保しており、生活に必要な設備を完備するなど、利便性に配慮している。また、院内のバリアフリーを確保している。診療・ケアに必要なスペースや患者・家族がくつろげるスペースを整備し、療養環境も適切に整備されている。必要な位置へのナースコール・手摺りの設置など、安全に対する配慮もしている。全館禁煙や敷地内禁煙を実施しており、禁煙外来も実施している。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望や苦情などは、意見箱により収集して、内容を検討し、対応結果を院内掲示によって患者・家族へフィードバックしている。診療の質の向上に向けた取り組みとして、症例検討会等が行われている。各部門部署での改善事例を病院全体で共有する発表会を実施している。また、継続的に病院機能評価を受審し、業務の質改善に取り組んでいる。新規技術導入に関するマニュアルは技術面に関する審査のみあり、倫理面を含めた審査を整備されたい。

病棟掲示板に病棟責任者を表示し、診療・ケアの責任体制を明確にしている。医師や看護師の記録は充実しており、記録の質的点検も実施している。多職種からなる専門チームが定期的かつ必要に応じてラウンドやカンファレンスを実施し、診療・ケアを提供している。患者情報を共有した上で、診療・ケアが行われており適切である。

5. 医療安全

病院長直下に医療安全室を設置して、専従の医療安全管理者を配置している。安全管理部門としての会議と病院全体の委員会を設置して、安全確保に向けた体制を構築している。院内のアクシデントやインシデントレポートは多職種から報告があり、適切に収集している。分析・検討を行い、再発防止に向けた対策を実施している。

患者の誤認防止の手順も明確になっており、適切に実践している。情報伝達エラー防止では、電子カルテによる指示出しから実施までの仕組みや口頭指示の手順を含めて確立されている。麻薬・向精神薬などの管理は適切である。薬剤の禁忌やアレルギーの確認や取り違え防止など、安全な使用に向けた取り組みが実践されている。転倒・転落のリスク評価が全入院患者になされ、入院後も定期的にあるいは状況が変化するたびに再評価している。また、リスクが高い患者には必要な対策が実践されている。輸液ポンプなど使用時は、看護師による作動確認や条件確認がなされ、必要な患者については臨床工学技士が関与している。また、新人教育や新規の機器導入時の医師、看護師への研修が実施されており適切である。院内救急コードが設定され、職員へ周知されている。全職員対象のBLS訓練が開催され、職員が定期的に受講している。救急カートについては、物品が点検済であることを確認できる保管や、統一した物品配置を考慮されたい。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染の制御に向けての体制は、感染防止対策委員会と感染予防対策チームを設置して、院内の感染に関する情報収集と分析・検討が適切に行われている。感染予防対策チームは院内ラウンドによる包括的サーベイランスとともに JANIS に参加しており、ターゲットサーベイランスを実施して、感染発生状況を把握・検討して感染防止に努めている。なお、多剤耐性菌のアウトブレイクに対する定義や手順マニュアルの整備を検討されたい。

標準予防策が徹底され、手指衛生の状況確認のためのモニタリングや手洗いの観察を行い、個人防護用具の着用の研修が実施されている。感染性廃棄物の処理については、感染性廃棄物の明確な分類と廃棄物の置き場所に配慮されたい。感染予防対策チームが院内の感染情報を収集し、抗菌薬適正支援チームが分離菌感受性を検討して医師に適切な抗菌剤の使用を指導、フィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌を毎月発行して、連携医療機関や患者などに健康増進活動やトピックスを定期的に情報提供している。医療の質評価指標にも取り組んでおり、医療安全の指標のほか16分野で60項目以上の指標をホームページで公表している。地域の医療関連施設からの紹介や患者の状態に応じた地域の保健・医療・介護・福祉施設への逆紹介や在宅復帰の支援を実施しており、医療連携機能を適切に発揮している。地域の医療機関と共同で行っている「わが街健康プロジェクト」など、地域住民を対象とした健康啓発活動に多職種で取り組んでいる。健康や医療に関する講演会には

医師や看護師を積極的に派遣している。地域の医療関連施設を対象とした学習会や医療・介護連携学習会を開催するなど、専門的な医療知識や技術等に関する活動も適切に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付から会計までの対応は、電子カルテと自動精算機を活用して円滑に行っている。外来では問診票や看護師による問診などから情報収集し、診療に反映させている。診断的検査実施の際には、観察と記録、結果の速やかな判定などを適切に実施している。入院の必要性は医学的に判断し、患者の病態に応じて多職種が関わってリスク評価を行い、入院計画や看護計画を立案している。また、地域連携・患者サポートセンターを設置し、多様な相談に対応している。入院にあたっては、受付事務が病棟まで案内し、病棟看護師が必要な説明を行って患者・家族の不安の軽減に努めている。

医師、看護師は病棟業務を適切に行っている。薬剤師を全病棟に配置し、持参薬管理、服薬指導や薬歴管理など適切に行っている。なお、医師の注射処方箋は投与時間・投与速度などの指示を明確に記載するよう徹底を図られたい。輸血業務はマニュアルが整備され、適切に実施している。周術期について、手術法や麻酔の検討はカンファレンスにて多職種で検討している。重傷者は、個室を準備し、入室基準も明確になっている。全入院患者に褥瘡のリスク評価がなされ、リスクの高い患者には、看護計画を立案し、適切なケアを提供している。管理栄養士を配置して、摂取量の改善への取り組みや、アレルギー誤配膳防止など安全な食事の提供に努めている。緩和ケアマニュアルを整備し、がん性疼痛のほか、不眠、腹痛、腹部膨満、発熱、悪心嘔吐への対応を明文化している。リハビリテーションは、患者・家族の要望を織り込んだ実施計画書に沿って適切に実施している。身体抑制の基本指針、基準・手順を整備しており、説明と同意の取得についても適正に行っている。退院支援については、早期から退院支援の必要性についてアセスメントしている。在宅療養支援の必要性について入院時から多職種で検討し、在宅療養に向けた指導を行っている。多数の医師によるターミナルステージの判断がなされ、患者・家族の意向を踏まえたケアを行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では、処方鑑査、疑義照会や副作用報告などの業務は適切に機能している。臨床検査の一連の業務は適切に実施している。画像診断機能は、CT・MRIの読影率は100%だが、専従の放射線読影医は日勤のみであり、夜間・休日の緊急読影の体制を検討されたい。食材の搬入から下処理、調理から配膳・下膳、洗浄に至るプロセスの衛生管理を適切に実施している。リハビリテーション機能は、プログラムに適応、訓練方法、効果評価や注意事項などが組み込まれており適切である。特に独自に作成したリハビリ説明書は図式や写真を用いた分かりやすいもので、評価できる。電子カルテシステムと紙媒体の診療情報を一元的に管理している。医療機器は中央管理がなされ、配置状況や保守状況を一元管理している。使用後の輸液ポ

ンプの返却方法については検討が望まれる。滅菌の質保証に関しては、各種インディケーターを用いて適切に運用している。洗浄に関しては、一部清潔と不潔の動線が交差するので工夫されたい。

常勤病理医は不在であるが、細胞診断士により非常勤病理医がスムーズに診断業務ができる体制を整備している。輸血機能は適切である。手術は予約システムを用いてスムーズな予約管理がされている。地域の救急の基幹病院として機能を果たしており、応需率の向上に向けて救急医療委員会で改善の方策を検討している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算編成の手続きは明確で、月次の進捗状況を把握している。損益計算書等の財務諸表も作成し、監査も受けている。医事業務では、窓口収納・レセプトへの対応・施設基準の遵守・未収金への対応を適切に行っている。委託業者とは契約書を締結しており、毎年、委託業務の実施状況や品質などについての評価を実施している。

総務課の施設担当者を中心に施設・設備の管理を実施して、日常点検や保守点検を計画的に行っており、院内の清掃も行き届いている。新規材料や物品の選定にあたっては、医材検討委員会での必要性、効率性および経済性を検討している。

防災マニュアル、大規模災害マニュアル、停電時対応マニュアル、業務継続計画等を整備して、平常時の6割以上の電力供給能力を持つ自家発電装置を完備している。夜間・休日の保安体制は、事務当直と警備会社の警備員が連携して対応している。医療事故発生時の対応手順は明確で、医療事故発生時の原因究明・再発防止に向けた組織的な対応体制も整備している。また、訴訟が発生した場合も組織的に対応できる仕組みを確立している。

11. 臨床研修、学生実習

医師については、基幹型、協力型の初期研修を行っており、研修医の採用、評価など適切である。看護師、医療技術職等の各職種においては、段階的な初期研修プログラムを構築し、プログラムに則った研修、評価、フィードバックを行っている。大学や専門学校の看護学部の学生や薬剤師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士などの学生実習を受け入れており、実習生の受け入れマニュアルが整備されている。指導担当者を明確にしてカリキュラムに沿った実習・評価を行っており、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	B
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	B
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	B
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	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	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	B
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	B
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	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	B
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	B
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	B
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	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	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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 年 3 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 総合病院水島協同病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地： 岡山県倉敷市水島南春日町1-1

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	282	282	+0	73.9	17.3
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	282	282	+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	73	+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		
地域包括ケア病床		
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： 4 人 2年目： 3 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

[illegible]

2. 年度推移	年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
		昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2020	2019	2018	2020	2019
	1日あたり外来患者数	492.79	563.16	598.37	87.50	94.12
	1日あたり外来初診患者数	30.96	45.81	51.29	67.58	89.32
	新患率	6.28	8.13	8.57		
	1日あたり入院患者数	208.34	224.65	219.84	92.74	102.19
	1日あたり新入院患者数	8.40	9.66	9.87	86.96	97.87