

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4月16日～4月17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、1984年に58床で開設され、増改築を経て、現在は299床を有している。伊都・橋本医療圏において、急性期から慢性期まで一貫した医療を提供する医療機関として地域医療に貢献している。最新・最適な医療を安心と信頼のもとで行い、一人一人の患者に寄り添い、患者の意思決定権を尊重した医療提供に病院全体で取り組んでいる。

今回は医療機能評価の5度目の認定更新に向けた受審であり、理事長、病院長をはじめ病院幹部のリーダーシップのもと、病院の質向上に継続して取り組んでこられた成果が随所に確認できた。受審結果を活かし、貴院が掲げる理念「私たちは命の輝き（QOL）を大切にす医療・介護を行います」を達成するために、病院機能の充実を図り、「地域に住む人々」の命と健康を守るとともに、職員「働く人々」の命と健康も大切にす病院として、さらなる発展に期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念および基本方針を明文化し、病院運営の基本としている。管理会議で意思決定し、部課長会や医局会および部署通信を通じて周知している。中期経営計画を受けて年次事業計画、各部署目標を設定し、達成度を評価している。人事考課制度や資格取得支援制度などを設け、病院幹部は課題解決に向けて取り組んでいる。診療システム運用管理規程にて、情報の管理・活用の方針を明確にしている。文書管理規程を整備し、院内LANの文書一覧により、管理すべき文書を運用している。病院の機能に見合った専門職種の人材を採用し、医療法等の法令や施設基準の必要人員を確保している。就業規則や給与規程などを整備し、職員に周知している。勤

怠管理システムを導入し、働き方改革に必要な採用も行っている。労働安全管理委員会を設置し、職場巡視を行い、精神的サポート体制の整備や職業感染予防への対応を実施している。職員の意見、要望を把握すべく、院内に匿名の意見箱を設置し、執行部で検討を行い、改善する仕組みがある。人事考課面談も活用し、就労支援や福利厚生の実施に努めている。教育研修委員会が年間研修計画を作成し、実施状況を確認している。職員の能力評価・能力開発には、人事考課を実施し、クリニカルラダーや修学支援制度などを整備している。学生実習では、受託実習受け入れ規程に基づき、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

患者の権利を明文化し、周知している。説明と同意の方針と手順および行う範囲を明確にし、電子カルテ内で一元管理している。入院時に本人確認と転倒予防への患者参加について説明し、患者用クリニカルパスや診療・ケア計画、パートナーシップを推進するポスターを活用している。患者支援体制として、医療福祉相談室や入退院支援室、総合受付窓口を設置し、MSW や看護師、精神保健福祉士、臨床心理士等を配置している。個人情報保護方針や利用目的は入院案内等で周知している。個人情報保護研修を通じて職員の意識向上に努め、電子カルテのアカウント管理や暗号化 USB による記憶媒体の運用を実施している。主要な倫理的課題についての方針は明文化し、臨床現場での倫理的課題は、多職種でカンファレンスを行い、解決困難な場合は臨床倫理委員会へ検討を申請する仕組みである。来院時のアクセスを確保し、送迎バスも運行している。総合受付は玄関正面に配置し、生活延長上の設備が整っている。デイルームが採光と景観を活かした寛ぎの空間となっている。診療・ケアのスペースを確保し、院内は清掃が行き、整理整頓されている。敷地内禁煙の方針であり周知している。

4. 医療の質

働き方改革推進委員会や関連する委員会で部門横断的な業務の質改善に取り組んでいる。診療の質向上に向け、多科合同カンファレンスで症例を検討し、消化器内科・外科合同のカンファレンスや死亡症例検討会、画像カンファレンスに加え、多職種による各種カンファレンスを行っている。学会等のガイドラインやクリニカルパスも活用し臨床指標を集計・分析している。患者・家族からの意見や要望は、意見箱や、患者満足度調査などから収集し、管理会議で検討している。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、勉強会などを実施するとともに、必要な支援を行っている。倫理的な検討は倫理委員会で行っている。各病棟では病棟責任医師・看護師長のほか多職種の担当者を掲示し、病棟師長はラウンドを行い患者の状況や要望を把握している。診療記録は、記載基準に沿って適時・適切に記載し、診療録管理委員会は診療記録の質的点検を行い、結果をフィードバックしている。リハビリ・口腔ケア・退院カンファレンスに加え、身体拘束最小化チームと転倒・転落対策チームの合同カンファレンスなど、多職種カンファレンスを実施している。NST や褥瘡対策・糖尿病・緩和ケア・周術期管理・排泄ケアサポートなどの多職種チー

ムが組織横断的に活動し、協働して診療・ケアに取り組み、成果につながっている。

5. 医療安全

院長直属の医療安全管理室に、専従の医療安全管理者、専任の医療安全管理室長や医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者を含む多職種を配置し、権限と役割を明確にしている。各部署にリスクマネージャーを配置し、リスクマネージャー委員会を設置している。医療安全マニュアルも整備している。インシデント・アクシデントはインシデント報告分析支援システムを活用して収集し、情報共有している。再発防止策実施時は業務改善計画書で周知・実施・評価・見直しまで管理し、医療安全管理者は院内全体をラウンドしている。院外の情報を収集し、医療安全ニュースの配布等を通じて周知を図っている。医療事故発生時の対応を整備している。患者の確認は、名乗りを基本とし、ネームバンドやバーコードラベル、識別シールも活用している。医師の指示出し、看護師の指示受け・実施、医師による確認は電子カルテ上で確実に行われている。ハイリスク薬は明確に表示し、電子カルテ上の警告画面や薬剤師のチェックが機能している。入院時全患者に転倒・転落リスク評価を行い、結果に応じ看護計画を立案し、ピクトグラムも活用している。医療機器の使用手順書や取り扱い説明書は電子媒体で閲覧可能で、臨床工学技士作成の動画も随時視聴できる。院内救急コードを設定し、発生報告書で事後評価を行い、各部署でシミュレーション訓練を実施している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する議論の場や決定機関として、感染対策委員会を設置し、感染管理室に専従の ICN を配置するとともに、ICT を組織している。院内の細菌検出状況や耐性菌検出情報、感染発生状況などを把握し ICT 会議や感染対策委員会で分析・検討している。院外の流行情報などは、感染管理室が収集し、適宜院内に周知している。感染対策マニュアルを整備し、標準予防策の徹底や感染経路別予防策に取り組んでいる。感染対策委員会の下部組織として、リンクナース会とリンクスタッフ会を設置して部署での感染防止対策を推進し、目標を掲げ年度末に報告会を行っている。速乾性手指衛生剤使用量のモニタリングと手指衛生の直接観察による評価を行い、フィードバックしている。抗菌薬の適正使用に関するマニュアルを作成し、特別な抗菌薬は届出制になっている。AST はラウンドを行い、必要な場合にはフィードバックしている。院内における分離菌感受性や抗菌薬使用状況を把握して検討し、アンチバイオグラムを作成している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の医療サービス等の情報は、患者や地域住民、関係機関に向けた季刊誌を発行し、診療科やイベント、近隣連携施設を紹介している。リアルタイムな情報発信として、ホームページや SNS を活用している。診療実績として、年次報告書には各診療科の実績、ホームページには DPC データに基づく病院指標を掲載している。地

域連携室を中心に、地域の医療ニーズを把握し、院内外との連携に努めている。医師会との病診連携会議や医療圏での地域連携実務者ネットワークに参加し、顔の見える連携の強化に取り組んでいる。紹介に対する返書管理を行い、脳卒中地域連携パスも活用している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、医師や看護師、薬剤師、療法士など多くの職種が参加して、健康増進活動や健康教室などを開催している。病院を主会場とした地域住民参加の「紀和カーニバル」を開催し、「がん教室」や「乳がんいのちのプロジェクト」を実施している。地域の施設や医療機関へ認定看護師の講師派遣や実地指導を行い、医師会診療懇親会、介護予防事業、地域リハビリテーション広域支援事業、地域ケア会議、心不全ネットワーク、救急隊との症例検討会など、患者・地域住民や医療関連施設等に向けた教育・啓発活動に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページ等で案内し、連携施設とカンファレンスで情報共有を行い、円滑に患者を受け入れている。診断的検査は業務手順に沿って確実・安全に実施している。地域の連携先の特徴を日常的なネットワークから把握している。入院は医学的な判断に基づき決定し、多職種で診療計画を迅速に作成している。患者・家族からの医療相談に対応し、入院支援室でオリエンテーションや入院手続き等の説明を行っている。医師は各種カンファレンスなどによりスタッフとの情報交換を積極的に行い、看護師は患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握し看護計画を立案している。薬剤師は薬歴管理や服薬指導などを行い、輸血・血液製剤は運用マニュアルに沿って確実・安全に投与している。手術・麻酔の適応や方法は術前カンファレンスで検討し、重症患者には多職種が介入している。入院時に全患者対象に褥瘡リスク評価や栄養評価を行い、結果に応じ褥瘡対策チームやNSTが介入している。症状などの緩和に努め、入院早期からのリハビリテーションに取り組み、身体拘束最小化チームが組織横断的に活動している。入院早期から多職種で療養の継続性についてカンファレンスを行い、継続した診療・ケアに向け、社会資源とも連携している。ターミナルステージでは患者・家族の意向を尊重しQOLに配慮したケアを行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査や疑義照会、調剤後の確認は、手順を遵守して確実に実施している。院内各部署に配置している薬剤は薬剤師が関与して適切に保管・管理している。検体検査や生理機能検査、各種撮影を業務マニュアルに沿って確実・安全に実施している。食事は、熱風式再加熱カートを用いて、適時・適温かつ衛生面に配慮して提供している。リハビリテーションの連続性を確保し、機器の保守・点検もチェック表を使用して確実に実施している。診療記録は電子カルテによって一元的に管理し、量的点検は全退院症例に行っている。医療機器はMEセンターで一元管理し、臨床工学技士は手術室の機器管理や透析室、内視鏡室等で専門性を発揮するとともに、院内ラウンドを行っている。洗浄・消毒は中央化し、各種インディケータで滅菌

の質を保証している。病理診断結果は、電子カルテ上でチェックし、術中迅速診断も依頼して実施している。血液製剤は手順を遵守して投与し、手術室は清潔管理が行き届き、HEPA フィルターは、適宜交換している。麻酔医による麻酔管理について、手術室運営委員会で検討し運用を整備している。救急告示病院であり、積極的に救急患者を受け入れている。受け入れ手順は明確であり、緊急入院にも対応している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算計画立案や執行状況の把握、病院会計準則に基づいた会計処理など適切に実施されている。理事会にて経営指標等の分析を行い、検討結果を院内に周知し、経営上の課題の共有に努めている。医事業務マニュアルを整備するとともに、レセプトの作成および点検には医師が関与し、返戻・査定は医局会で検討する仕組みがある。施設基準等は、医事担当者が各部署・各委員会と連携して管理し、病院経営に資するデータを提供している。管理会議において審議の上、委託の是非や業者実績、費用等を総合的に判断して、医療関連サービス認定事業者を基本に委託を行っている。施設・設備の保守点検は計画的に実施している。緊急時の対応については、管理体制および連絡先一覧を整備している。購買管理は、費用対効果や業務効率性、医療の質向上を考慮して、管理会議で承認している。医療機器選定委員会や医材委員会、薬剤審議委員会にて検討している。地震・火災・停電・大規模災害に対応した消防計画、防災マニュアル、事業継続計画を作成している。自家発電機の継続稼働に向けた燃料供給の覚書きを締結し、飲料水や食料を備蓄している。病院機能に応じた保安体制を整備し、院内巡視等の日々の業務は、マニュアルに沿って行い、日報は総務課を経て院長に報告している。

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	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
1.3.3	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	B
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	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	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	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	
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	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	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	A
-------	------------------------	---

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 12月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人南労会 紀和病院
 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： 和歌山県橋本市岸上18-1

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	241	241	+55	83.3	22.1
療養病床	58	58	-55	91.7	174.7
医療保険適用	58	58	-55	91.7	174.7
介護保険適用	0	0			
精神病床	0	0			
結核病床	0	0			
感染症病床	0	0			
総数	299	299	+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	29	+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	55	+1
地域包括ケア病床	20	-25
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	52	+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
 オーダリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

