

# 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 9 日～11 月 10 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 年に開設された。その後、地域のニーズを受けて増床と機能分化を進め、現在は一般病床、回復期リハビリテーション病床、障害者施設等一般病棟、緩和ケア病棟、地域包括ケア病棟、医療療養型病棟を有する病院となった。また、一般外来機能は、紀和クリニックとして機能分離され、貴院は紹介外来と救急外来としての機能を果たしている。

病院機能評価は 2005 年に認定を取得後、継続的に審査を受審し、認定を更新している。今回の認定更新のための審査においても、病院幹部、病院職員が一丸となって努力し受審準備を進めてきたことが窺えた。また、第三者評価により、継続的に病院の組織体制、医療機能の確認を行い、成長を目指すという強い思いを感じた。組織的に質の向上に向けた取り組みがある反面、さらに努力が必要な点も見られた。今回の結果を活用してより良い病院を目指す努力を継続され、貴院のさらなる発展を祈念して以下に総括を述べる。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は、病院の役割を踏まえ患者の立場に立った内容であり周知も適切である。病院管理者・幹部は、病院の現状の課題を認識し病院管理会議で検討され、解決への取り組みを行っている。また、必要な病院運営のための決定をしている。さらに、各種規程が整備され、多くの会議・委員会を設置・運営している。情報システムは総合的にリンクしており、セキュリティ面においても留意している。文書管理規程に基づき文書は組織として管理され、保管場所や廃棄の仕組みなども適切である。

各職種は法定数を満たしているが、常に人材確保の努力が続けられている。また、各種規則・規程の整備も適切に行われている。職員の教育・研修は法令に基づく研修が行われ、専門資格や認定資格を取得するための修学支援制度もある。今後は、一部未実施の研修会の実施と必要性の高い課題について、全職員対象の研修を進められたい。人事考課が実施されており、目標管理に基づく育成面談が実施されている。

### 3. 患者中心の医療

患者様の権利が分かりやすい言葉で定められ、ホームページや各病棟などに掲示し、患者・家族への周知が図られている。また、説明と同意に関する方針を明確にしてマニュアルを策定し院内周知されている。説明時は看護師の同席を原則とし、説明後の反応等は電子カルテに記録して情報共有されている。さらに、患者・家族に対して医師、看護師から説明書を活用し分かりやすく説明がなされ、入院診療計画書は多職種の参画により適切に作成されている。患者支援体制は確立しており、多様な要望・相談に対応している。また、個人情報・プライバシーの保護も適切である。倫理に関するマニュアルが策定され、倫理的課題を検討する組織体制は整備されている。なお、臨床現場での患者・家族の抱える倫理的問題を把握し、看護師を中心に対応されているが、多職種間での検討を期待したい。

療養環境は、診療・ケアに必要なスペースが確保されている。院内にはさおり織りの装飾や絵画等の配置があり、デイルーム、家族室、トイレ、浴室等は適切に設置され清潔性・安全性が確保されている。敷地内禁煙であり、職員喫煙率も年々減少しているなど、受動喫煙防止に向けた取り組みも適切である。

### 4. 医療の質

院内に投書箱を設置して、患者・家族の意見を収集し組織的に検討する仕組みがある。全医師によるモーニングカンファレンスが毎日開催され、各病棟では、さまざまな多職種カンファレンスが毎週開催されており適切である。業務の質改善の取り組みは、病院全体では働き方改革推進委員会が行い、看護部では業務改善委員会が行っている。また、新たな診療・治療方法や技術導入などについては、現場から稟議書を提出する体制がありおおむね適切である。

院内の管理・責任体制は明確で、各部署に管理者名が明示されている。主治医不在時、各責任者不在時の対応手順も明文化しており、適切に対応されている。電子カルテが運用され、患者の病状に応じて必要な記録が経時的に多職種で行われ、情報共有がなされている。カルテは質的点検、量的点検ともに適切に行われている。その他、医師、看護師、薬剤師等の多職種が参加するミーティングが定期的に行われ、各職種の専門性を活かして協働する体制が整備されている。

## 5. 医療安全

医療安全に関する方針は明確で、専従の医療安全管理者（看護師）が配置され必要な権限が付与されている。医療安全管理委員会も定期的開催され、議事録も適切に管理されている。また、院内レポートシステムを活用し、インシデント・アクシデントレポートが集計され医療安全管理委員会で報告されるなど、情報分析・再発防止策は組織的に検討されている。医療安全マニュアルに誤認防止のための「確認方法」を明文化し、周知されている。また、手術時のマーキング、タイムアウトも確実に実施されており患者誤認防止策が遵守されている。

医師の指示出し、看護師による指示受け・実施は、確実かつ安全に行われている。薬剤部での薬剤管理や病棟、外来などでの定数配置での薬剤管理は整然とできしており、劇薬やハイリスク薬の表示も明確である。全入院患者を対象に転倒・転落アセスメントシートを活用し3段階評価を行い、結果に応じた危険度別の防止対策が実施されている。転倒・転落時の報告・対応手順も周知されている。医療機器安全管理責任者が専任配置され、ME 機器の点検が確実に行われている。また、院内ラウンド（毎日）により使用中の作動確認が実施されている。院内緊急コードが設定され招集訓練、BLS 研修は計画的に実施されている。各部署の救急カートは統一配置され、日常点検も定期的実施している。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が毎月開催され、検出菌のデータ分析などがされている。感染防止対策加算2を取得し、他病院と年4回の合同会を実施して感染に関する情報交換を行っている。ICTは、医師、薬剤師、看護師を中心に多職種で活動を行っている。今後、ICTによる病棟ラウンドは、回数を多くするとさらに良い。

医療関連感染対策に関するマニュアルを整備し、院内感染対策委員会を中心に感染防止対策に取り組んでいる。感染性廃棄物の管理や手指衛生、個人防護用具についても適切に実施されている。抗菌薬適正使用マニュアルが定められ、ICTによるカンファレンスが毎週行われ、抗菌薬の使用状況の把握が行われている。なお、手術前の予防的抗菌薬の投与ではICTや感染対策委員会が関与され、また、アンチバイオグラムの作成と活用がなされると、さらに良い。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報誌が発行され、健康情報、行事案内・報告や部署紹介、地域連携医紹介を主に、年4回発行して院内に設置の他、地域の医療機関、地域連携登録医、施設などに配布している。また、ホームページでは医療機能や各科の診療内容・実績、担当医師の紹介、診療表などを掲載し、内容の更新を随時行っている。さらに、年次報告集（年報）も発行されている。地域連携業務は紹介患者の受け入れ、逆紹介などである。また、地域の医療および福祉機関の機能の把握もしている。

地域に向けた教育・啓発活動では、医師会診療懇談会を毎年3回ほど主催し40数名が参加している。乳がんいのちのプロジェクト実行委員会では患者・地域住民対象の市民公開講座を毎年実施しており、例年300～500人が参加する大行事となっている。さらに「紀和カーニバル」を、病院を主会場に各種展示や体力測定、キッズ医療体験（おしごと体験）、模擬店、ステージでの歌、ダンスなどを実施し、例年600人ほどが参加する行事となっている。その他、地域ボランティアと作る「交流広場」や、公開講座なども行っている。2020年は新型コロナウイルス感染症の流行で開催できない活動も多かったものの、これらの取り組みは秀でており、高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

法人内のクリニックとともに、地域の患者やかかりつけ患者の病態に応じて、時間外を問わず24時間対応で診療を行い、地域医療を支えている。地域連携室が医師、看護師と連携して地域との前方連携が実施され、地域医療ニーズに応じた入院受け入れ体制が構築されている。診断的検査は確実・安全に実施され、入院の決定や入院診療計画書の作成も適切である。

主治医は毎日の回診と患者の状態に合わせた指示を行い、多職種によるチーム医療を率先している。看護師は看護管理基準等が整備され、適切に病棟業務を行っている。病棟薬剤業務実施加算を算定しており、薬剤師は、必要に応じて病棟での服薬指導などを行っている。輸血はマニュアルに基づき、輸血の必要性やリスクについて説明・同意のうえで実施され、患者確認も適切である。麻酔は全て常勤の麻酔科医によって行われている。手術でのタイムアウトは、麻酔開始前、執刀前、退室前の3回実施され記録されている。

全入院患者を対象に褥瘡発生リスク評価結果に応じたケアが実践されている。形成外科医、皮膚・排泄ケア認定看護師等の参加による褥瘡回診による適切なケアが実施されている。栄養管理と食事指導は適切である。症状緩和は緩和ケアマニュアルが整備され、患者の状態に合わせた対応に努めている。

リハビリテーションは、医師によるリハビリテーション指示が発信され、その後リハビリテーション実施計画書がリハビリ療法士によって立案・実施されている。病棟カンファレンスなどに出席し、医師・看護師などとの連携を図っており、適切である。適切な身体抑制が実施されている。患者・家族への退院支援も適切に行われている。患者に必要な退院後の診療・ケアは、患者・家族の要望を踏まえて継続性に配慮した在宅療養支援および後方支援が行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は疑義照会や処方・調剤鑑査を確実に行い、注射薬の払い出し等も適切に実施している。臨床検査技師が生理機能検査等を実施しており、異常値の報告も適切に行われている。放射線科技師は単純撮影、CT検査、MRI検査などを行うなか、患者確認も確実・安全に行われている。

栄養管理機能は必要な施設や設備が整備され、調理室内の清掃や温湿度管理が適切に行われている。リハビリテーションは年間を通じて休みなく実施されており、他職種と意見交換をしながら患者の状況に応じた訓練を実施しており適切である。医療機器は一元管理され、点検も適切に行われている。また、標準化への取り組みや時間外対応の仕組みも整備されている。一次洗浄・消毒は中央化されており、滅菌の質保証も適切に維持されている。機材の搬入・払い出しはワンウェイ化されている。

手術や内視鏡生検材料などの病理診断は、全て外部委託で行われている。検査の提出や検査結果の報告の管理は、検査室で行っている。輸血委員会が年6回開催され、輸血件数や廃棄率などが把握されており適切であるが、輸血廃棄率の低減に向けた取り組みを継続されたい。集中治療機能は、以前からあるHCUを4床から6床に増床し、救急患者対応と術後患者の管理を24時間体制で行っている。救急告知病院であり、救急車の受け入れは毎月約63件で、救急医療機能は適切に発揮されている。

#### 10. 組織・施設の管理

毎月、予算実績比較、月次収支、財務諸表が作成され、管理会議・部課長会に報告している。経営状況については毎月の理事会で把握・分析され、管理会議・部課長会にて報告・検討が行われている。また、会計監査は会計士による外部監査も行われている。医事業務はマニュアルに基づき適切に行われている。未収金の管理・督促も適切である。さらに、レセプト点検は外来・入院ともルールに基づき医師点検を行い、返戻・査定については医事学習会を医局で開催し、レセプト点検や査定について検討・確認したうえで請求している。業務委託については、業者の選定、業務内容の評価など適切である。

施設・設備管理は主要な設備の保守管理については、日常点検と保守管理が定期的に行われている。さらに、院内清掃も行き届いており、廃棄物の処理も適切である。物品管理については、物品の発注と検収の内部牽制機能が適切に発揮されている。また、棚卸も適切に行われている。

災害時の対応は独自の災害対策マニュアルなどが整備されており、大規模災害を想定した備蓄も3日分（患者分、職員分）を備蓄している。保安業務は適切に行われている。その他、医療事故等に対する対応も手順や弁護士が参画する仕組みが整備されており、適切である。

#### 11. 臨床研修、学生実習

学生実習は看護師、薬剤師、療法士、医療事務などの実習生を受け入れている。学生実習は学校側との契約や学生から誓約書をとっている。また、実習はスケジュール、カリキュラムに沿って行い、実習評価も行っている。実習に入る前のオリエンテーションでは医療安全、感染制御、個人情報保護、事故発生時の対応などの研修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	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	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	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	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	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	B
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	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	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	B
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	A
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	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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2020 年 2 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	168	168	-4	87.9	26.2
療養病床	112	112	+4	90.5	88.5
医療保険適用	112	112	+4	90.5	88.5
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	280	280	+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)	4	+0
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	54	+4
地域包括ケア病床	45	+3
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	14	-1
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

## 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

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
1日あたり外来患者数	72.57	71.35	74.50	101.71	95.77
1日あたり外来初診患者数	12.23	12.20	13.41	100.25	90.98
新患率	16.85	17.10	18.01		
1日あたり入院患者数	249.04	251.23	232.46	99.13	108.07
1日あたり新入院患者数	5.60	5.06	5.26	110.67	96.20