

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3月7日～3月8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、1988年に開設され、152床の病床を有し急性期から慢性期までの医療を担ってきた。「より良い医療を地域の人々に」との病院理念を掲げ、病院の基本方針として、「がんと心臓一心堂、かかりつけ病院一心堂」と掲げている。地域の医療機関はじめ介護事業所、福祉機関などとの連携を強化し、患者本位の医療を目指して取り組んでいる。特に内科と外科外来は365日診療を行っているなど、地域住民のニーズに応えている。

今回、病院機能評価は6回目の更新受審であり、この機会を通じて医療安全や感染制御などへの意識・精度をさらに高め、今後、貴院の機能の維持・発展に繋がることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は毎年見直しが行われ、周知されている。病院管理者は病院の運営上の課題を明確にし、課題克服に向けリーダーシップを発揮している。病院の意思決定会議として、運営会議を議事録含め適切に開催している。短期、中期、長期、超長期の各計画を策定している。各計画に基づき年次計画や、各部署の目標が立てられている。情報管理は運用管理規程を遵守し管理している。文書管理規程を整備し、規程類や基準・手順等の文書の責任者が明確になっている。

病院は施設基準上の人員を確保しているが、病院機能から必要な人員の確保に努力している。人事・労務管理は、就業規則などの規程の周知、就労状況など含め適切である。安全衛生管理は安全衛生委員会の開催や職業感染への対応、ホルムアルデヒドの取り扱いと保管・管理など含め適切である。職員の意見や要望は職員満足

度調査で把握しており、福利厚生は院内保育園の設置や永年勤続表彰、職員寮などを整備している。病院として必要な全職員対象の研修会については、計画に基づき実施している。職員の能力評価・能力開発は、医師を含め人事考課制度を採用している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化しており、院内外へ周知している。権利擁護の状況の評価するための人権擁護委員会の設置や、カルテは患者のものという考えから「医師と書くミニカルテ」を手渡しているなど、患者の権利擁護に適切に取り組んでおり、高く評価できる。説明と同意では、手順書に基づき説明と同意を得る範囲や同席のルールを明確にしている。患者との情報共有と医療への参加の促進は、「受診者・患者さんの権利擁護宣言」に則り、患者への説明や協力要請を行っている。「医師と書くミニカルテ」は診療情報を共有でき、不明な点は患者から質問ができる仕組みである。医療福祉連携部の中に相談機能を設置し、社会福祉士や看護師を配置・連携し多岐にわたる相談に応じている。患者の個人情報保護とプライバシー保護は、方針・規程に沿って実施されている。輸血療法拒否、DNAR、終末期など主な倫理的課題は明確にして対応を定めている。現場における倫理的課題については、週1回開催しているカンファレンスにて検討しており、解決困難な課題は倫理委員会に諮る仕組みがある。

病院施設は病院へのアクセスなどを含めた利便性や、病院内の快適性に配慮している。また、車椅子などの配置および整備、安全に配慮したトイレなど含め、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。受動喫煙防止では、敷地内禁煙であり、職員の喫煙率も低下してきている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見等は、院内に設置する意見箱やメール、患者満足度調査により収集して検討し、改善に繋げている。診療の質向上に向けた取り組みについて、多職種による各種カンファレンスを開催し、クリニカルパスを活用しており、クリニカルパス委員会を設置し、バリエーション分析や改訂が行われている。業務の質改善については、病院機能評価は6回目の受審であり各部署で業務の質改善に取り組んでいる。新しい治療医薬品・診療機器の導入にあたっては、倫理委員会、薬事審議委員会、医療材料委員会、医療機器購入検討委員会などで検討する仕組みがある。

病棟における診療・ケアの責任体制は明確である。診療記録については、診療記録記載基準に沿って記録されており、診療記録の質的点検も行われている。多職種協働の取り組みとして、多職種からなる組織横断的な各種カンファレンス、各専門委員会が積極的に活動している。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制では、医療安全管理室に医療安全管理者として専任看護師を配置しており、医薬品安全管理者、医療機器安全管理者、医療放射線安全管理者を配置し、役割と権限の明示も含め体制を整備している。インシデント・アクシデント報告の収集・分析、改善策の検討、職員への周知などの医療安全の活動が行われている。

患者の確認は、患者自身に名乗ってもらうことを基本に、リストバンドを患者自身や関係者とともに確認している。手術室事故防止対策により、手術時のタイムアウトが行われており、心臓カテーテル時にもタイムアウトが実施されている。情報伝達エラー防止では電子カルテによる指示出し・受け・実施・実施確認の流れが口頭指示を含め確実に実施されている。薬剤の安全使用に向けた取り組みでは、麻薬、向精神薬、ハイリスク薬等は確実に管理されている。転倒・転落防止対策は、全入院患者に対して転倒・転落アセスメント評価を行い、危険度レベルごとに看護計画に反映・実施している。主な医療機器は臨床工学技士が管理し、定期点検や人工呼吸器の使用 midpoint 検が実施されており、医療器械使用に関する研修も行っている。患者等の急変時の対応については、院内緊急コードを設定しており、各所に配置している救急カートは、毎日看護師による点検と毎月薬剤師による点検を行っている。PPRS を看護部・臨床検査室・レントゲン室各部門が医師と協議し院内独自でパニック事象を設定し機能している。生命危機の早期発見および急変時の対応が現場で機能し、実効性において極めて高く評価できる。

6. 医療関連感染制御

感染制御に向けた体制で、院内感染対策室を設置し専任の看護師、ICD を配置しており、感染対策委員会の定期開催を含め体制が確立している。ICT が組織され、抗菌薬使用に関するカンファレンスの開催、環境ラウンドの実施等の活動を行っている。ICT による環境ラウンド、抗菌薬適正使用カンファレンス、院内感染対策室専任の臨床検査技師による血液培養陽性・耐性菌検出情報など、院内の感染情報を的確に把握している。また、アウトブレイクの定義も明確である。

感染制御の臨床現場での実践については、手指衛生は各病室前に速乾性手指消毒剤を設置し、一処置一消毒または手洗いを遵守し標準予防策に取り組まれている。抗菌薬使用指針を整備しており、カルバペネムや抗 MRSA 薬使用を届け出制としており、アンチバイオグラムも毎年更新し、薬剤の感受性を報告している。周術期の予防的抗菌薬も適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院として必要な情報発信は、広報誌やホームページなどで行っている。広報誌には、発熱外来の状況と受診方法、新任医師の紹介などを、ホームページには外来受診の方法や入院時の手続きなどを掲載している。地域医療連携室を設置し、地域の医療状況やニーズを把握するとともに、関連する医療・介護・福祉施設との連携・調整が図られている。地域の医療・介護の状況やニーズを把握するため、旭東

ネットワークへの参加や連携医療機関への訪問を行っている。地域連携パスとしては、脳卒中と循環器を活用している。コロナ禍で中止を余儀なくされた企画もあるが、地元高校や小学校などへの出前講座や医療・介護施設向けに緩和医療のオンライン研修会の講師を行っている。薬剤室では整形外科および潜在患者の掘り起こしや地域の健康寿命を伸ばしていく目的にて、地域薬剤師会と共同して、西大寺瀬戸内地域薬局骨祖しょう症予防チェックなどの取り組みを行ったことなど、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内に職員が常駐し、患者の案内や相談に応じている。初診の場合は初診申込用紙に記載し受付に提出後診察となり、再診は再来機で受け付ける仕組みである。また、病態悪化、感染症疑いの患者の対応、夜間・休日の救急受付体制は確実に実施されている。外来診療は内科と外科は365日診療を行っており、患者の情報をもとに安全な外来診療を行っている。地域の医療機関や介護施設等からの受け入れは医療福祉連携部地域連携室が窓口となり、紹介患者を円滑に受け入れている。診断的検査は患者への十分な説明を行い、同意を得ている。入院の必要性は医学的根拠に基づき判断し、患者・家族に説明・同意を得て入院を決定している。入院診療計画書は多職種が関与して作成し、患者・家族に説明している。患者・家族からの相談は、医療福祉連携室の社会福祉士や看護師などにより、多岐にわたる相談支援を行っている。

医師は多職種とのカンファレンスに参加し、チーム医療のリーダー的役割を担っている。看護師の病棟業務は業務手順に基づき、患者・家族のニーズを把握し看護計画を立案しケアの実践が行われている。投薬・注射は確実に安全に実施されている。また、輸血は輸血療法の実施に関する指針に基づき実施している。手術・麻酔の適応と方法については、緊急手術を除いて術前カンファレンスで検討され、必要な場合は麻酔科や循環器内科などへの対診があり、カルテに記録がある。褥瘡予防・治療に関しては、全入院患者に危険因子評価を行い、リスクに応じた予防対策と治療を行っている。栄養管理と食事指導は適切である。患者の苦痛症状に対するマニュアルが整備されており、様々な苦痛を有する患者に対応している。リハビリテーションは、各科担当医師が処方し、医師や看護師などからの情報をもとに療法士が訓練計画を立案・実施している。退院支援、在宅継続療養、ターミナルステージへの対応は、いずれも適切に取り組まれている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能について、処方・調剤鑑査、持参薬鑑別、医薬品の管理などは適切に実施している。臨床検査機能の体制を確立し、パニック値の対応、精度管理など確実に実施している。画像診断機能は体制や読影体制含め適切である。栄養管理機能は患者の特性に応じた食事の提供が行われている。リハビリテーションの体制を確立し、病棟カンファレンス等にて情報共有を行い、リハビリテーションを実践している。診療情報管理機能については、診療記録の量的点検を行い、フィードバック

クしている。医療機器管理については、臨床工学技士による管理が行われている。洗浄・滅菌機能は、使用済み器材の洗浄は中央化されており使用場所での一次洗浄はない。

病理診断機能、放射線治療機能は適切に機能を発揮している。輸血・血液管理機能は、廃棄率低減に向けた取り組みを実践している。手術・麻酔機能は適切である。救急医療機能は救急医療体制を確立し、救急患者の対応を明文化する中で可能な限り受け入れる方針のもと実践されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、病院会計準則に則り会計処理が行われている。経営実績は毎月、月次決算報告会を開催し、税理士による詳細な決算報告、意見交換を行っている。医事業務は窓口の収納業務、レセプト業務における医師の点検ルール、未収金などの業務は確実に実行されている。業務委託は業務の質向上とコストから検討・決定し、定期的な協議の場を設けており、委託職員は病院主催の研修会にも参加している。

施設・設備は事務部が管理しており、定期点検などは計画的に業者に委託・実施し点検記録がある。診療材料の管理は委託業者によるSPD方式であり、週2回業者が現場に供給している。災害時の対応では、総合防災マニュアルを整備し、訓練が行われている。保安業務は事務部が管理しており、夜間・休日は、委託業者による警備が行われている。医療事故対応は、重大事故発生時の初期対応に基づき、対応手順を明確にしている。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習を積極的に受け入れており、受け入れは総務人事課が窓口となり、事務手続き、予防接種、個人情報の誓約書などの確認を行っている。実習前には各研修部署によりオリエンテーションを開催し、マニュアルに沿って医療安全・感染防止・個人情報保護、事故対応等に関する教育を実施し、カリキュラムに沿って実習と評価が行われている。患者に接する機会がある場合は、実習生の紹介を行い、同意を得ている。

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	S
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	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	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	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	S
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	B
2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
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	A
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	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	物品管理を適切に行っている	B
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： 2021年 4月 1日 ~ 2022年 3月 31日
 時点データ取得日： 2022年 7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 岡村一心堂病院

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： 岡山県岡山市東区西大寺南2-1-7

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	152	152	+0	80.6	23.33
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	152	152	+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)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	20	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	49	+13
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	21	+2
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等：

DPC対象病院(Ⅲ群), 在宅療養支援病院

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

