

# 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 10 月 16 日～10 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 1980 年に整形外科専門病院として開院後、増床を繰り返す中で、機能充実に目的に管理棟、MR 棟、東病棟を増築して、現在に至っている。途中、増加する外来患者への対応として「りゅうそうクリニック」を開院し、外来機能の分離を行った。また、整形外科手術の早期回復を目的に、回復期リハビリテーション病棟を開設するなど、理事長・院長が先頭を切って理念である「奉仕」「誠実」「微笑」「迅速」「節約」の下で患者本位の医療を展開してきた。また、既成概念にとらわれることなく新しい風も積極的に導入してきた。今回の更新審査においては、創設者の下で職員が一丸となって医療サービスの改善に努めていることを確認できた。さらに機能の充実に図り、患者や地域住民、連携医療機関、職員にとってのマグネットホスピタルとなることを期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念、基本方針を明確にして、地域住民や患者、職員に周知している。理事長・院長は病院の将来に向けた方向性を職員に明示し、事務長、看護部長はそれぞれの役割に沿って課題に対応している。経営企画会議で病院の意思決定が行われ、運営会議などを通じて職員に周知している。組織図、業務分掌、部署の目標評価も適切である。電子カルテは導入後 5 年を経過し、安定して運用している。文書管理規定も作成され、おおむね適切である。

役割・機能に見合った人材を確保しており適切である。就業規則、給与規程など各種規程類が整備され、時間外管理、有休休暇の取得管理も適切である。衛生管理委員会を定期開催し、職員の労働安全に関する課題を検討している。職員健診、ス

トレスチェックも適切に行われている。福利厚生も充実しており、職員にとって魅力のある職場づくりは積極的に行われ、その魅力を院外に発信するための職員主導のプロジェクトを開始するなど適切である。職員への研修並びに能力開発も計画的に実施され、チャレンジシート、役割行動評価表、キャリア開発ラダーによる評価を行っている。また、評価者の標準化を目的に、コーチング研修が1年にわたり実施されていることは評価できる。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、ホームページや入院案内、掲示などを通じて周知している。また、患者が理解できるように説明と同意に関する方針・基準・手順書を定め、患者への病状説明などでは、医師以外の同席者により患者の理解を支援している。患者との情報共有時には、病棟責任者や担当薬剤師、社会福祉士など多職種が同席し、患者・家族の理解を深め医療に積極的に参加できるように促している。さらには、社会福祉士により患者や家族からの様々な要望に対応する体制を整備している。個人情報保護の保護、診療におけるプライバシーは十分な配慮が行われている。主要な倫理的課題は、倫理委員会で検討する場を設けている。また、日常的な倫理的課題について、カンファレンスで検討している。

駐車場や駐輪場、売店、ランドリー等を設置し、患者の利便性に配慮している。本館棟は築40年近く経過しているが、日々の整理整頓、スロープや車椅子用のトイレの設置、介助浴など、高齢者や障害者に配慮している。また、患者がくつろげる場の確保、清潔な寝具の提供、浴室の利便性、清潔感など、療養環境は適切である。敷地内禁煙で、患者や職員に対して禁煙を啓発する取り組みを積極的に行い、成果を上げていることは評価できる。

### 4. 医療の質

患者や家族からの意見は、意見箱や退院時アンケートなどで収集し、組織的に検討し、内容に応じて患者へフィードバックしている。多職種が参加するカンファレンスが定期的に行われると共に、積極的にクリニカルパスを運用し、質向上に向けた取り組みは適切である。1989年から全国5県の同規模の整形外科単科病院が年1回集まり、医師をはじめ全職員が参加し、様々なテーマを決めてシンポジウムや研究発表、参加病院の実態をベンチマークして自院の抱える問題点の改善や他院への支援に資する会を継続している。また、院内では、活発なQC活動を組織横断的に実施し、その成果を院内や院外で発表するなど、医療サービスの質改善に向けた取り組みは高く評価できる。

診療・ケアの責任体制ならびに日々の担当者は明確で、ナースステーション、病室入口に掲示している。毎日の回診記録や、検査、手術の説明と同意、各種評価が診療録に分かりやすく記載されている。毎朝のミーティングには多職種が参加し、入院時から退院に向けて患者支援を多職種のチームで情報共有し、検討している。また、様々なカンファレンスを実施し、多職種が協働し、チームで患者の診療・ケアの向上が図られており適切である。

## 5. 医療安全

病院全体で医療安全管理に留意して、業務に取り組んでいる姿勢が随所で確認できた。管理体制は、必要な権限が付与された医療安全管理責任者が配置され、病院長直轄の医療安全管理委員会の下で、医薬品安全管理、医療機器安全ならびに医療安全小委員会が開催されるなど、適切に機能している。また、ImSAFER 手法を活用して具体的な再発防止策の立案、評価・見直しも行われており適切である。

リストバンドやタイムアウト、職員同士のダブルチェックなど、誤認防止対策を実践している。また、オーダリングによる指示伝達、口頭指示などもルールに従って運用している。病棟での薬品管理、払い出し、麻薬、向精神薬の管理も適切である。転倒・転落防止への対応は、入院時全患者を対象にリスク評価を行い、危険度の高い患者には頻回の見守りや環境整備等を行い、実施効果の評価を行っている。臨床工学技士により、日常の医療機器の安全管理、使用方法の教育・研修が行われており適切である。院内緊急コードが設定され、全職員を対象とした招集訓練、BLS・AED の講習、訓練は定期的に行われ、急変時に適切に対応している。

## 6. 医療関連感染制御

感染防止に関する取り組みは適切に実施されており、感染対策委員会および ICT 委員会が開催されている。また、ICT ラウンドを行うとともに、地域の感染防止対策の主幹となる病院の感染対策連携会議にも参加して情報交換を行っている。感染発生状況は毎週把握され、ICT ラウンドやサーベイランスからの報告、JANIS への参加などを通じて、感染制御に向けて取り組まれている。

感染防止対策の日常的な活動として、感染防止マニュアルの整備、速乾性手指消毒剤の使用状況、感染性廃棄物の分別・保管・処理が適切に行われている。抗菌薬の使用指針も整備され、感染者については個々の起炎菌の同定、抗菌薬感受性を把握し、アンチバイオグラムも把握しており、抗菌薬の使用は適切である。一部で手術前の抗菌薬の予防的投与時間が指針と異なるケースがみられたので、医師間のコンセンサスを図られたい。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信を目的に、広報誌やホームページを作成している。また、選出された職員による MBP（魅力的な病院プロジェクト）により病院の魅力を盛り込んだ情報誌 RICO の発行や SNS を立ち上げ、病院の魅力を地域住民に向けて発信している事は評価できる。

地域医療福祉部の社会福祉士により、地域の医療、介護機関との前方・後方支援を行い、地域へ医師と同行して、顔の見える関係の構築を行っている。また、医療機関満足度アンケートを地域の医療機関などに実施し、当院への要望などを把握する取り組みは高く評価できる。

地域住民に向けたロコモ教室の開催、老人会などへのロコモコーディネーターの派遣によりロコモ予防に努めている。また、地域の医療、介護関係者を招いた地域連携懇話会を長年に渡り継続的に行い、地域と密接な関係を築いている。さらに近

年、竜操高島地域包括ケアシステム懇話会や岡山市中区地域リハビリテーション研修会を主導し、病院の将来像である地域におけるマグネットホスピタルの実現に向けて具体的な取り組んでおり評価できる。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

整形外科のチームとして、各職種がそれぞれの役割の中で、チーム医療を形成し診療にあたっている。患者の外来受診に際しては、館内やホームページに案内を掲示し、外来待ち時間短縮も QC 活動のテーマとして成果を上げている。地域医療連携部の社会福祉士により多職種が参加する入退院カンファレンスを行い、入院並びに早期の退院に向けた取り組みを適切に行っている。また、地域の医療機関などとの連携も活発で、定期的に地域連携懇話会を主催し、顔が見える連携が行われている。侵襲を伴う検査時には十分な説明と同意のもとで実施し、患者の状態や反応の観察が適切に行われている。主治医により入院の判断が行われ、看護師によりオリエンテーションが実施される。

病棟では、医師による回診、カンファレンス、患者・家族への病状説明、看護師による日常生活の援助や診療補助業務など病棟業務を適切に行っている。注射・投薬、輸血・血液製剤の投与、褥瘡管理は適切であるが、服薬指導については積極的に実施されたい。周術期では麻酔科医と看護師による術前、術後訪問を実施している。その他、栄養管理と食事指導、症状緩和に向けた取り組み、リハビリテーションは適切に行われている。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

各職種が少人数ながらもスキルを高めて良質な医療を提供していることを確認した。薬剤管理機能は、調剤鑑査、病棟への払い出しは適切であるが、DI ニュースの発行については今後に期待したい。臨床検査機能は大半の検体検査が外注となっているが、精度管理については、適切な運用を実施されたい。画像診断機能は、おおむね適切である。

栄養管理機能では、清潔な環境の下で工夫により暖かい食事が提供され、管理栄養士の病棟訪問により嗜好調査などが行われ、日々のメニューに反映している。ロコモ対策の一環として筋力アップのレシピを公開すると共に、院外のイベントでも紹介しており高く評価できる。

リハビリテーション機能は、連続性を保ちながら適切なリハビリテーションを提供している。診療情報管理機能、医療機器管理機能は専従の担当者を配置して、診療情報の活用、医療機器の安全使用に向けた教育など適切に運用している。手術室は常勤麻酔科医を配置すると共に、年間約 1,000 件近い手術を確実・安全に行っている。病理診断機能は検査室を担当窓口としている。洗浄・滅菌機能、輸血・血液管理機能、救急医療機能は適切に運用している。

## 10. 組織・施設の管理

予算計画は現場の要望を盛り込んで作成され、承認手続、進捗管理共に適切に運用している。レセプトは、医事職員と医師により点検、修正が適切に行われている。未収金の状況も患者個別に把握し、対応している。委託業務は清掃管理、給食業務、リネン、企業主導型保育を委託し、委託業務の業者との情報共有ならびに必要な研修の実施は適切である。

施設・設備管理は総務部とハウスキーパーによる日常管理、業者による法定点検を実施し、感染性廃棄物の処理、廃棄物の最終保管場所の確認など適切に運用している。物品管理は、総務部が発注、検品を行い、経理課が請求書と照合を行うことで内部牽制を行っている。大規模災害発生時の行動手順や、防火防災管理規定を定め、夜間想定消防訓練、消防設備実演訓練を実施している。医療事故発生時の対応は手順化され、事故調査委員会の設置など、ケースごとの選択肢も分かりやすく示している。訴訟への対応についても、病院の顧問弁護士と相談する体制を整備している。

## 11. 臨床研修、学生実習

看護学生、療法士の学生の実習を受け入れている。それぞれの部門が担当となり、学校のカリキュラムに沿った実習が行われている。実習中の事故に対する申し合わせが学校と決められ、実習開始前のオリエンテーションでは、病院が主体で医療安全、感染予防、患者・家族との関わりについての研修を適切に実施している。

# 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	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	S
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	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	B
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	B
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	B
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	S
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	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	B
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	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	B
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： 2019 年 4 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 特定医療法人 竜操整形 竜操整形外科病院

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： 岡山県岡山市中区藤原21-1

## 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	111	111	+0	80.9	27
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	111	111	+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	37	+0
地域包括ケア病床	30	+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

## 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

	実績値						対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前		
		2018	2017	2016	2018	2017		
1日あたり外来患者数		76.21	75.08	64.75	101.51	115.95		
1日あたり外来初診患者数		13.84	14.00	11.22	98.86	124.78		
新患率		18.16	18.65	17.33				
1日あたり入院患者数		86.72	93.07	85.70	93.18	108.60		
1日あたり新入院患者数		3.18	3.35	3.35	94.93	100.00		