

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1980年に設立し、「患者さんの幸せの実現」を使命と掲げ、地域住民に寄り添った医療を提供している。脊椎や関節などの運動器疾患の治療を担う病院であり、急性期病棟や地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟を備えている。患者の早期社会復帰を目指し、骨折外傷・人工関節・脊椎脊髄疾患・手・肩・リハビリテーションの各分野に精通したエキスパートが、整形外科の高度専門医療を推進している。医療機能評価については、4回目の受審である。受審に向け、現状の課題に対し病院全体で改善に取り組まれていることを確認できた。本総括および審査結果報告書が貴院のさらなる発展に資することを願うとともに、地域に信頼される医療機関としての歩みが今後も続くことを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念を定め、病院運営に関する重要事項の審議・決定は月次の管理会議で行い、決定事項は医局会および運営会議にて周知を図っている。院長は現状の課題として「病院ガバナンスの向上」を掲げている。電子カルテ運用管理規程を定め、データの真正性、保存性を担保している。文書管理規程に基づき、文書管理申請書や文書管理台帳管理による一元管理を行っている。職員採用の計画は事務部長および総務課が中心となり、各部署からのヒアリングや人員要望書より人員計画を立案し、病院幹部での審議、管理会議の承認を得て募集する仕組みがある。就業規則内には育児・介護休業制度や短時間勤務制度、再雇用制度等を明示し、職員はイントラネットで常時閲覧できる仕組みがある。安全衛生管理委員会を開催し、健康診断受診率や労働災害状況の把握、時間外労働の改善立案などが行われている。時間外

に外来棟リハビリテーション室を活用し、全職員が利用可能な「院内フィットネス」を開催することで、職員健康増進および心身のケアに積極的に取り組まれていることは高く評価できる。必要性の高い研修は全職員が受講することとし、医療安全や感染制御、個人情報保護等の研修を実施している。人事考課制度を2023年度より導入し、試行を経て、2025年度より成果型人事考課制度が本稼働している。学生実習では、実習前教育を実施し、カリキュラムに沿って実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている。説明と同意に関する方針を明文化し、同席のルールも明確である。説明書・同意書に関する書式や内容は、総務課で確認・承認し、記録の質的監査時に評価している。整形外科疾患や介護施設、医療制度などのパンフレットを外来や必要箇所に配備し、患者用クリニカルパスを活用するとともに退院時カンファレンスに患者・家族が参加するなど、医療への患者参加を促している。PFMセンターに相談窓口を設置し、相談内容により担当部署や担当者へ案内している。個人情報保護に関する規則を定め、ホームページや院内掲示にて患者・家族へ周知している。現場で日常的に発生する倫理的課題は、多職種カンファレンスや倫理カンファレンスで協議し、解決策を提示している。解決困難な倫理的課題は、院内臨床倫理検討会や倫理委員会で検討する仕組みがある。病院は自家用車による来院が多く、十分な駐車スペースを確保している。最寄り駅やバス停から徒歩圏内に位置しており、タクシーの利用も可能である。院内では、生活延長上の設備・サービスの提供に努めている。患者がくつろげるスペースを確保し、トイレ・浴室は、整形外科疾患を有する患者の利便性・安全性・衛生面に十分配慮し、広さの確保や手摺り・杖置きを設置等、適切な設備を整えている。敷地内禁煙を定め、院内や駐車場の掲示で周知している。

4. 医療の質

医療の質改善推進委員会を中心にQC活動を行い、発表会で優秀演題を表彰している。クリニカルパスを多数運用し、クリニカルインディケーターも経営指標から臨床関連まで幅広く把握して年報やホームページなどに公表している。症例検討会にはリハビリ科や放射線科等も参加し、術前患者や新入院患者等を検討している。意見箱を外来や各病棟に設置し、患者サービス委員会にて多職種で検討して回答を院内掲示や個別対応している。患者満足度調査は入院患者を対象に実施し、結果は運営会議と電子カルテを通じて職員に共有されている。新たな診療技術や治療法の導入、臨床研究についての審査は、倫理委員会にて行われている。また、臨床研究については法人本部に設置されているIRBとの連携も可能となっている。診療や看護、その他の部門の管理責任者を患者・家族に明示している。責任医師・病棟師長はラウンドし、患者の状態やケアの実施状況の把握に努めている。診療録の質的点検は診療記録監査小委員会が点検項目に沿って行い、院長がピックアップ点検してフィードバックしている。ICT・NST・褥瘡対策チームなど多くの専門チームが活動し、FLS（骨折リエゾンサービス）チームとして、骨粗鬆症の治療・啓発活動を行

っている。リハビリテーションでは、多職種カンファレンスを実施し、チームで治療・ケアに介入している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部門を設置し、専任の医療安全管理者（看護師長）を中心に、安全管理体制を確立している。医療安全管理者や医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者の業務や権限を明文化し、組織横断的に活動している。アクシデント・インシデント報告は、電子カルテ上のシステムで集計し、医療安全管理者へ報告する仕組みがある。医療安全小委員会で事例の検証等を行い、医療安全管理対策委員会や看護師長会などで共有しフィードバックしている。対策の実施状況等の確認は医療安全ラウンドで行い、結果をフィードバックしている。医療における重大事故等の対応手順をマニュアルに定めている。誤認防止として、フルネームと生年月日を名乗ることを原則とし、リストバンドのバーコード認証や受付票、患者カードを確認している。手術室では手術安全チェックリストを用いてタイムアウトを行い、チューブ誤認防止策として、指さし確認を実施している。オーダリングシステムを導入して情報伝達エラーを防止し、薬剤管理を徹底して出納記録を作成している。入院時、全患者に転倒転落アセスメントシートでリスク評価している。医療機器管理に臨床工学技士が専門性を発揮している。院内緊急コードを設定し、患者急変時の各職種の役割を時系列で明確化している。急変時対応訓練チームにより全職員を対象にBLSを含んだシミュレーションを実施し、受講者を管理している。

6. 医療関連感染制御

感染制御に向けた体制を確立し、院内感染対策委員会は院長を委員長として開催するとともに、ICT委員会やICT小委員会を設置している。実務的責任者は感染対策室看護師主任が担い、感染対策マニュアルを適宜改訂している。院内感染状況は細菌サーベイランスとして病棟ごとに分析している。感染関連情報はJANISに参画して収集し、行政からの広報なども参考にしている。また、地域連携カンファレンスにも参加して他病院との情報交換も活発に行っている。現場における感染対策実施状況は、感染対策部門と各部署担当者の連携を通じて確認し、改善と徹底に努めている。外来でのトリアージや待機場所の確保などの手順も確立している。速乾性手指消毒剤の使用量を感染対策部門でチェックし、部署に周知して継続的に評価している。接触予防策等が必要な際には、個人防護具を設置し、イラスト等を使用して必要な対策を共有している。抗菌薬適正使用の指針を整備し、抗MRSA薬やカルバペネム系薬など特別な抗菌薬は届出制である。抗菌薬の採用・中止は、薬事委員会で検討し、起炎菌・感染部位の特定や起炎菌の感受性パターンを把握している。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌をリニューアルし、外来・入院患者を対象に発行している。ホームページの病院情報は、病院理念や診療機能、各種案内など、利用者に分かりやすい構成で

あり、適宜更新し、SNS も利用して最新の情報発信に努めている。PFMセンターの組織下に地域医療連携室を設置している。連携医療機関との前方連携として、紹介患者や共同利用の受け入れ、返書管理、逆紹介対応等の業務に取り組んでいる。地域の医療関連施設等に院長や事務部長、地域医療連携室職員が直接訪問し、顔の見える連携活動を行い、自院の役割を把握し連携強化に努めている。地域住民を対象とした健康教室を継続的に開催し、特にロコモティブ・シンドローム予防に注力している。コロナ禍でも活動を絶やすことなく継続し、自院や出張教室にて展開している。岡山市中区の連携活動から発足した「なかまちーず」の活動として、「市民と専門職の意見交換会」や「多職種意見交換会」、「なかまちーずフェスティバル」などを開催している。地域の医療従事者や町内会、学校、企業などが協働し、医療・福祉・行政・介護等の各専門職によるネットワークを作り、地域住民に対して、安心でやさしい地域づくりに向けた啓発活動に積極的に取り組んでいることは高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者への説明と同意は、院内同意のルールに基づいて実施している。紹介患者受け入れ方針・手順を遵守し、入院の決定は医学的な判断に基づき決定している。患者の病態に応じた診断、評価を行い、診療計画を迅速に作成している。医療相談は地域医療連携室で対応し、医師は多職種と情報共有を図り、看護師は入院生活や退院に向けた支援を行い、薬剤師は服薬指導や薬歴管理を実施している。入院時、全患者に褥瘡のリスク評価を行い、各病棟には専任看護師を任命し、褥瘡対策委員会を中心に多職種チームがラウンドして褥瘡対策の評価やケア指導を行っている。管理栄養士は MUST で一次スクリーニングを行い、低栄養患者は GLIM 基準で評価している。症状緩和は、鎮痛剤使用表やがん疼痛薬物療法ガイドライン、疼痛緩和マニュアル、看護計画などに準じて実施している。術後等の諸症状緩和では、主治医より事前に条件付き指示を受け、疼痛・しびれ・呼吸困難などに対処している。リハビリテーションの必要性を評価した上で、病態に応じた目標・実施計画を立案し、総合実施計画書を作成している。身体拘束は原則行わないことを基本とし、入院早期に退院支援担当者（社会福祉士）が介入するとともに、退院後も必要な診療やケアを継続できるよう、退院前カンファレンスや診療情報提供書、看護サマリー等で情報共有し、地域の関係機関と連携している。

9. 良質な医療を構成する機能

処方・調剤鑑査を実施し、疑義照会も記録・分析している。院内検体検査は緊急時等に行い、血液一般や血液ガス等の検査を行っている。画像診断はオーダーリングシステムで運用し、PACS にて迅速に主治医に提供している。院内に「骨の日」を毎月定め、カルシウムを効率よく摂取できる献立を全患者に提供している。また、患者の病態により食器や形態を工夫した食事提供への配慮は高く評価できる。脳血管疾患や運動器疾患のリハビリテーションに対応し、年間通じて中断なくリハビリ訓練を行っている。医療機器は、臨床工学技士が中央管理し、日常点検、定期点検

は機器管理システムにより臨床工学技士が行っている。洗浄・滅菌機能は、消毒滅菌室において返却・洗浄・組立・滅菌・保管までの一連の業務が適切に行われている。病理診断報告書はオーダー医師に直接届け、医師の確認ののち保管している。輸血・血液管理業務は臨床検査科が窓口となり、輸血マニュアルに沿って実施している。手術のスケジュールは電子カルテで一元管理している。サインイン、タイムアウト、サインアウトを行い、術中管理や麻酔覚醒時の安全性の確保はマニュアルに則り担保している。救急依頼については、整形外科専門病院であることを踏まえ、可能な範囲で受け入れを行っている。

10. 組織・施設の管理

予算は、事務部長を中心に各部署へのヒアリングや前年度実績、費用対効果検証等を基に作成し、管理会議の審議を経て、期末の法人理事会で承認される仕組みである。窓口収納や未収金督促業務は債権管理規程に則り適切に処理している。レセプト点検は担当の医事職員と担当医師による相互点検を行い、診療報酬請求業務の質向上に努めている。施設基準は医事課と総務課による相互確認体制であり、施設基準会議にて新規取得や診療報酬改定の関連情報を発信している。業務委託の是非は導入後の効果、価格の妥当性や費用対効果等を施設購買課および事務部長で審議し、管理会議で導入を承認している。施設・設備の日常点検と保守管理は年間計画に基づき実施し、連絡および初動の対処を迅速に実施できる体制を整えている。医療材料は、施設購買課による物品管理システムを使用した定数管理、払い出し、在庫等の日次管理を行っている。防災法に基づく消防計画を整備し、消防訓練を実施している。岡山市地域防災計画に基づく避難確保計画および事業継続計画を策定し、緊急時の連絡体制および責任体制を明確にしている。保安業務は施設購買課が管轄し、時間外は委託業者が対応している。業務内容は面会受付や館内監視、施錠、巡視、報告・申し送りなど多岐にわたり、院内に設置されたカメラでモニター監視している。

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	患者の個人情報を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	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
1.3.3	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	A
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	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	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	B
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	
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	S
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： 2025年 1月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 医療法人相生会 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	77	26.43
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	30	-7
地域包括ケア病床	37	+7
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		
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

