

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 2 月 9 日～2 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

■ 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、1949 年に香川県高松市に高松診療所として設立され、その後組織変更し、現在の高松平和病院として地域の医療を支えている。病院長のリーダーシップのもとに、多職種がそれぞれ有する専門性を発揮し、協働して診療・ケアを提供している。

今回の病院機能評価を機に、今後も継続的に良質な医療を提供し、また、地域医療の質向上に向けた取り組みを進め、益々貴院が発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、院内外へ周知が図られている。病院の将来像を示しており、目標達成に向けて課題を明確に示し、取り組んでいる。組織図、職務分掌、会議・委員会規程、職務権限規程が整備されている。年度病院事業計画を基に部門・部署目標、個人目標を策定し、目標設定から達成度評価に至る PDCA サイクルが確立している。情報システムは電子カルテ、オーダーリングシステム、PACS、医事会計システム、院内 LANなどを運用している。病院として管理すべき文書、承認の仕組みを定め、組織として一元的に管理する仕組みを整備することを期待したい。

医療法、施設基準等で定める人員は確保されている。病院の機能を鑑みると薬剤師の充足を期待したい。職員の安全衛生管理を適切に行っており、男性の育児休暇を推奨している点は、評価できる。全職員を対象とした教育・研修は年度計画を立案し、理念・基本方針、医療安全、医療関連感染制御、患者の権利、医療の倫理など、必要性の高い課題の教育・研修が実施されている。多くの職員が参加できるよ

うに開催時間、開催頻度の工夫や出席率の向上に向けた取り組みを期待したい。職員は個人目標を定めて、目標達成に向けた MBO 活動を展開して自己研鑽に努めている。職員は業務検討会、カンファレンス、科内勉強会、法人研修会に参加して知識の習得に努めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を適切に明文化している。指針にて、説明と同意について明示しているが、医療者の同席等について基準を明確にし、書式を整備するなど、適切に対応することを期待したい。また、説明時における患者の理解状況などを確実に確認し、記載に残すことを期待したい。病状や術式の説明の際には病院独自の説明書を積極的に活用し、患者・家族が理解できるよう配慮している。連携相談室員は医師の回診時に同行し、個別にもベッドサイドを訪問するなど、患者の状況を把握するよう取り組んでいる。個人情報保護に関する規程を整備し、情報を取り扱う際には一元的に管理している。主要な倫理的課題への病院の対応方針を定め、倫理委員会において検討を行い、記録することとしている。臨床現場では、多職種による病棟カンファレンスで倫理的課題や解決困難な課題について検討している。

院内には生活延長上のサービスが整備されている。公共交通機関のアクセス環境は至便であり、駐車場や駐輪場などが整備されている。病院全体はバリアフリーが確保されており、診療・ケアや処置、面談等に必要なスペースも十分に確保されている。浴室などにおいては、より安全性を確保すると良い。敷地内全面禁煙の方針を明確にしており、禁煙外来を開設している。

4. 医療の質

患者・家族からの様々な意見や要望は、組織的に対応策や改善策を決定している。厚生労働省の QI 推進事業に参加し、その分析評価を行っている。クリニカル・パスは、より積極的な運用を期待したい。業務改善に向けて目標を設定し、取り組んでいる。新規の医療技術や医療機器の導入は管理会議で判断している。薬剤の適応外使用、臨床研究や学会発表などについて、それぞれ組織的に審議する仕組みを整備している。

外来・病棟における管理・責任体制は明確であり、患者・家族などに管理責任者をわかりやすく示している。診療記録は、記載マニュアルに基づき、必要な事項を適時に記載している。診療録の質的点検は、医師を含めた多職種で構成される診療録管理委員会が定期的実施し、結果を適切にフィードバックしている。医師や看護師、薬剤師、療法士などの多職種によるカンファレンスが毎週開催されている。多職種から構成される多数の専門チームが編成されており、診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

多職種から構成される医療安全体制が構築されており、医療安全管理者を中心に活動している。インシデント・アクシデントレポートが集約され、医療安全ミーティングで事例検討と分析を行い、対策や改善策を現場にフィードバックしている。院外から医療安全情報を収集し、各部署に情報発信し、注意喚起が行われている。

患者誤認防止マニュアルが整備されており、患者自身による名乗りと生年月日の確認のほか、リストバンドによる確認など2つ以上の項目を組み合わせることで確認することにより、誤認防止に取り組んでいる。オーダーリングシステムを用いて、内服・注射、検査、画診断などの指示が出されており、確実な指示受け、実施に繋がっている。原則として口頭指示は行わないこととしているが、やむを得ず実施する場合には、確実にダブルチェックを行うなど、適切に対応している。麻薬、向精神薬、劇薬、ハイリスク薬の管理はおおむね適切である。病棟の定数配置薬や救急カートの薬剤の管理については、より積極的な薬剤師の関与を期待したい。また、ハイリスク薬の表示は院内で統一すると良い。入院時に全患者を対象に、転倒・転落のリスクアセスメントを行い、リスクのある患者については、多職種カンファレンスにより情報交換のうえ、転倒・転落防止対策を立案し、実施されている。医療機器使用マニュアルが整備され、看護師を中心に適切に管理している。患者急変時の対応体制を整備しており、院内緊急コードを設定し、定期的に各部署で招集訓練が行われている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の活動として、感染対策室、感染管理室、ICT、リンクナースが組織されている。組織的な位置づけやそれぞれの役割について見直しを期待したい。感染対策責任者は、毎日、感染管理活動業務日誌を作成し、その日の活動や院内の感染状況についてまとめている活動は評価できる。院内の検出菌ならびに医療関連感染菌を集計して一覧化し、毎月の感染対策委員会に報告されている。アウトブレイクの基準を明確にしており、クラスターの際には、適切に対応している。

院内感染対策マニュアルに基づき、感染管理認定看護師を中心に感染防止対策が行われている。医療廃棄物は適切に処理するなど、感染制御に取り組んでいる。抗菌薬に関する使用基準が整備されているが、現状に合わせて定期的に見直し、日常的に頻繁に遭遇する感染症の治療について、具体的な抗菌薬の使用基準を明文化することを期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

地域住民向けに広報誌を発刊し、連携施設向けに地域連携だよりを発刊している。病院案内、ホームページで病院情報を発信している。地域の人口動態、医療ニーズ、地域の各医療機関の機能・役割を把握している。地域の全ての病院、クリニック、施設から患者の紹介の受け入れや逆紹介が行われている。紹介・逆紹介状況を一元的に管理する仕組みは整備されている。地域住民に向けた健康啓発活動として、患者会活動、緩和ケア病棟遺族会活動、市民向け公開講座に講師を派遣してい

る。また、無料低額診療事業、高校生・予備校生を対象に医師体験、医学科受験模擬面接を実施している。また、企業健診、特定健診、個人健診、被爆者健診、自治健診、高松市特定健康検査、一般健康診断、ドック健診、がん検診を実施している。これらの取り組みは病院一体となって地域に向けた医療や健康に関する教育・研修・啓発・健康増進活動として、評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診・再診の手続きを明確にしており、診察の前には看護師が問診を行い、医師に情報提供している。また、看護師が療養指導を行い、管理栄養士は栄養指導を行うなど、多職種が外来診療に関与している。説明と同意が必要な侵襲的検査は明確になっており、基準に従って検査の必要性を十分に検討し、実施している。入院を決定する際は、外来医が適応を十分に検討し、多職種が関与して入院診療計画を作成している。患者・家族からの多様な相談や要望に対応しており、相談内容に応じて、院内の専門職種間連携や連絡・調整のほか、院外施設や事業所との連携が図られている。入院後、入院生活の説明、病棟内や設備案内などが行われている。緊急入院の場合には、日用品の準備や食事を提供する体制があるなど、患者が円滑に入院できる仕組みがある。

医師は回診を行い、多職種から情報を得て患者の病状を把握し、診療におけるリーダーシップを発揮している。看護計画が立案され、その後も評価・検討、見直しが行われている。内服薬の管理、注射薬の調製・混合などは安全に実施されている。手術の必要性とリスクについては主治医が患者・家族に説明し、同意を得ているが、麻酔方法について明示することを期待したい。重症患者ナースステーションの近くの個室で管理しており、人工呼吸器や各種モニターの設置が可能である。入院時の褥瘡の危険因子評価に基づき、ハイリスク患者の褥瘡対策計画書が作成され、予防や評価、治療が行われている。医師、看護師、管理栄養士、療法士で構成された褥瘡チームのラウンドなどが行われている。患者の摂食状況を確認し、必要に応じて栄養状態を確認のうえ、栄養管理計画書が作成されている。疼痛の程度はNRS スケールとフェイススケールを用いて客観的に評価して日々記録されており、医師の指示のもとで薬剤等による疼痛緩和に努めている。リハビリテーション、身体抑制は安全性などに配慮して適切に行われている。全入院患者に、入院早期から病棟看護師により退院支援に関するスクリーニングが行われている。必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施するため、連携相談室や退院支援看護師、受け持ち看護師を中心とした支援体制が整備されている。ターミナルステージの判定は、主治医と関連診療科医師が検討して判断しており、患者・家族への説明も適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

持参薬の鑑別、処方監査、調剤、調剤監査を適切に行っている。臨床検査は検体検査、生理検査、病理検査を中心に実施している。パニック値は確実に医師に報告する仕組みとなっている。CT と MRI は予約検査であるが、緊急の場合には待ち時

間なく検査に対応が可能である。主治医、放射線診断医によってダブルチェックが行われている。栄養管理は、厨房の不潔区域・準不潔区域・清潔区域を明確にしており、衛生的に保たれている。療法士は病棟の多職種カンファレンスに参加し、多職種と情報共有に努めている。診療記録は電子カルテを運用し、適時に記載しており、診療記録の量的点検を行っている。医療機器の保守・点検の年間計画が立てられ、適切に実施されている。滅菌の精度保証として生物学的、化学的、物理学的インディケーターを実施し、記録している。

病理診断機能は、生検の結果を迅速に報告している。輸血を担当する医師は輸血委員会に出席し、指導力を発揮している。凍結血漿は専用の冷凍庫で保管を徹底することを期待したい。手術は整形外科医と手術室看護師で日程を調整している。手術室のクリーン度を管理し、結果に応じて対応しており、術中の患者管理は麻酔科医師が行うなど、手術・麻酔機能は適切である。救急医療機能は救急告示病院であり、地域の救急医療を担っている。

10. 組織・施設の管理

民医連統一会計基準に即した会計処理が実施されている。時間外や休日を含む医事業務・窓口業務の手順を明確にしている。レセプト点検、返戻・査定・再請求、施設基準の遵守、未収金対応など、医事業務の体制が確立している。委託業務は、業務の質、専門性、効率性の観点から検討されている。継続的に委託業務内容の品質管理に努めている。

病院機能に応じた施設・設備が整備されている。年間の施設・設備の保守管理は計画に基づき、適切に行われている。購入希望備品の選定から決定までのプロセスはルールに基づいて行われている。年2回棚卸を実施して余剰在庫、使用期限切れ在庫物品の動向を把握している。消防計画、防災マニュアル、緊急時の責任体制・連絡網が整備され、職員に周知されている。消防訓練を定期的の実施し、災害時に備えている。また、大規模災害時の対応体制は、BCPを策定し、訓練を実施している。保安全管理規程を整備し、休日、時間外、夜間の保安体制が整備されている。また、緊急時の連絡・応援体制を整備するなど、保安体制は適切である。医療事故発生時の対応に関する医療事故対策委員会規程、患者・家族への対応などが明文化されている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型臨床研修指定病院であり、初期研修医を受け入れている。卒後臨床研修管理委員会を設置し、研修理念・日本方針に基づいて、研修責任者、研修指導医の体制を整備し、研修目標、プログラム等を管理している。医学生については院内医学生委員会で管理している。学生実習は、リハビリテーションの領域で受け入れており、実習生の受け入れに関する規程等を整備して、必要な課題が確実に履修できるようカリキュラムを調整している。また、実習の際には医療安全や感染対策のほか、個人情報やプライバシーの保護について説明している。患者に接する機会がある場合は、実習生の紹介も行われている。

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	B
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	B
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	B

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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	B
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 9 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：香川医療生活協同組合 高松平和病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地：香川県高松市栗林町1-4-1

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	123	123	+0	95.27	19.5
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	123	123	+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		
地域包括ケア病床	45	+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	21	+0
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

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： 1 人 2年目： 2 人 歯科： 0 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	161.36	155.93	166.11	103.48	93.87
1日あたり外来初診患者数	22.36	7.50	7.44	298.13	100.81
新患率	13.86	4.81	4.48		
1日あたり入院患者数	117.19	114.66	117.73	102.21	97.39
1日あたり新入院患者数	4.62	4.73	5.52	97.67	85.69