

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 6 月 8 日～6 月 9 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 1949 年ドミニコ宣教修道女会によって、キリスト教の精神に基づいて地域の人々の幸せの為に医療活動と福音宣教を行うことを目的に開設され、幾多の変遷を重ねて発展し、現在では地域の高齢化に伴い医療のみならず、看護・介護を含めた高齢者医療・福祉にも重点が置かれている。一方では、地域に開かれた機関として、緩和ケア病棟開設や神経難病にも取り組み、地域の信頼も得られている。

この度の病院機能評価は更新受審であるが、早期から質改善に取り組み、多くの事項が一定の水準に達しており、評価できる。特に患者の人権擁護、医療安全や感染制御、療養環境の整備への取り組みには格段の努力が払われ、高く評価される。一方、取り組みの強化・充実が期待される事項が若干みられた。以下に記載する総括や、評価所見を参考に、継続的な取り組みを遂行し、高い水準を目指されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の目標を明確にしており、理念・基本方針には一貫して、患者中心の医療を目指す地域の基幹病院としての精神が堅持されている。掲げた理念・基本方針を実現するために課題を明確にして、職員中心の組織構築を目指し実践されている。最高意思決定機関を設置し、各所属長出席を中心とした組織運営を行い、必要な情報が職員・組織全体に浸透している。情報の管理・活用では、規程に基づき、患者情報の適正な管理に努め、データの真正性・保存性・見読性を確保している。

病院の役割・機能を発揮するための人材確保への取り組みは継続的に行われている。人事・労務管理では就業規則や諸規程も整備され、職員への周知は入職時の説

明会や諸規則の閲覧などにより、周知徹底が図られている。職員の意見や要望は各所属長や総務課に相談する仕組みがあり、就業支援など多様な勤務形態が可能な体制が構築されている。職員の教育・研修への取り組みは「職員研修委員会」が毎年の研修計画を策定し参加している。院内においては「新規採用者研修」「医療安全」「感染管理」を中心に、年間教育・研修計画が立てられ、実施後の伝達講習なども行われている。全職員の人事評価制度については、今後の検討が期待される。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され内容も適切である。説明と同意に関する方針、基準、手順、範囲規定を明確にして運用されている。入院診療計画書にて患者・家族と情報を共有し、医療への参画を促している。患者相談のための案内や窓口は分かりやすく明示されている。対応する職員は医療連携を兼務しており一貫している。近年では神経難病患者の入・退院相談も多く保健所や地域包括センターと連携を図りながら、病態に沿ったきめ細かい相談にも尽力されている。個人情報保護方針の規程に基づき検討され、個人情報の利用目的も記載されており、適切である。倫理に関する規程、方針、手順は整備されている。主に看護部での事象を検討しており、看護部師長会で検討し解決できない内容を随時、倫理委員会で相談・検討している。臨床で起こる倫理的事象に関しては、多職種カンファレンスで検討がなされている。カンファレンスで解決できない場合は、倫理委員会で検討する仕組みがある。

患者・家族の利便性や生活延長上の施設・サービスはおおむね適切である。院内の清掃、整理・整頓は行き届いている。受動喫煙の防止については、敷地内禁煙であり、外来ロビーでは禁煙啓発に関するDVDを提供しているなどの取り組みがある。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望・苦情は、外来と各病棟に設置した意見箱や患者満足度調査等で収集している。意見はサービス改善委員会で検討されている。診療の質向上に向けて、症例検討会やデスカンファレンスの実施などの取り組みがある。今後はさらに臨床指標に関して充実されると良い。業務改善については合同連絡協議会、サービス改善委員会で検討し取り組んでいる。また、各部署でもミーティングによる改善活動が行われている。新たな医療機器の導入時には、操作説明会等を実施して周知している。

病棟の責任者として、病棟担当医師、看護師を表示しており、主治医不在時の体制や外来責任者による診療状況の把握は、適切である。診療記録は電子カルテに記録し、質的点検はチェック項目を定めて実施している。各種委員会や病棟カンファレンスに多職種が参加し、情報共有や課題の検討を行っている。

5. 医療安全

医療安全管理者は看護師、医療機器安全管理責任者は検査技師、医薬品安全管理責任者は薬剤師が任命されている。医療安全管理委員会は多職種の委員が参加し開

催しており、報告・検討が行われている。各病棟では、医療安全意識を向上させるための標語を毎年作成し、掲示している。優秀な評語には院長表彰による奨励が行われている。各部署でのインシデント・アクシデント報告が毎月集計され医療安全管理委員会にて情報共有し、改善策の検討がなされている。アクシデント事例の中から危険性の高いものは、RCAを行い、改善策につなげている。ラウンドにて、改善策を遵守しているかをモニタリングしている。

患者の名乗り、ネームバンド、三点認証等により誤認防止対策に適切に取り組んでいる。電子カルテ上で処方箋・指示の記載を実施し、指示受けを行い、確実に実施している。病棟での麻薬・向精神薬・ハイリスク薬の保管・管理は適切である。入院時、転倒・転落アセスメントを行い、リスク状況を把握し、リスクに応じた対策の立案と実施が行われている。機器安全管理マニュアルを整備している。使用に関する教育は、入職時研修や新規機器購入時においては医療機器安全管理者が行い、日常においては看護師による指導が行われている。緊急コードを設定しており、各部署の管理者や部署に設置している。BLSを含め、定期的訓練も実施されており、適切である。

6. 医療関連感染制御

医療感染制御に関する組織体制は確立しており、医療関連感染制御に関するマニュアルを整備し、適宜改訂している。院内の感染発生状況を把握し、感染対策委員会やICT検討会等に報告のうえ、検討している。新型コロナウイルス感染症対策でPPE着用やゾーニング等について、継続的な感染防止活動を行っている。

標準予防策はルールに基づき実施されており、遵守状況は感染対策委員によるラウンドで評価している。抗菌薬使用に関するマニュアルに準じて、適正に使用している。院内の分離菌は把握され、情報発信されている。抗菌薬の採用、中止等は薬事委員会で検討している。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページ、病院案内、入院案内年報など、院内外に広く発信され、病院の役割・機能が明確である。今後は、現在計画中的「神経難病センター」の機能について、情報が発信されることを期待したい。医医療連携機能は病院の二次医療圏に留まらず、近隣市町村全域に及んでいる。特に患者の紹介医、退院後の在宅医との連携は病態に沿ってきめ細かく行われている。近年では、神経難病患者の入・退院に際し、保健所や地域包括センターなどとの連携を強化している。病院の役割・機能を発揮して「自治体の健診事業」に積極的に参加・協力している。現在は新型コロナウイルス感染症関連の取り組みが多く、「LAMP法検査機器」導入によるPCR検査の実施やワクチン接種会場の提供など、地域の中心的な役割も発揮されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報等の案内は、ホームページなどで分かりやすく案内されている。外来では看護師が配置され緊急性の判断など、円滑な受け入れが行われている。

る。地域連携室で紹介患者に関する情報を事前に収集し、円滑な外来診療となるよう体制を整えている。外来への受診患者は高齢者が多く、かかりつけ医機能にも対応している。さらに、栄養サポート、糖尿病チーム等多職種が介入して診療に当たっている。地域連携室に紹介元から問い合わせおよび紹介状が送付され、担当医師による判断のもと、受け入れを決定している。

医師は患者の病態に応じた診断・評価を行い、入院治療計画書を作成し、説明と同意を得ている。看護師、薬剤師、管理栄養士、療法士、社会福祉士などの多職種で介入し、診療計画を補完し診療に当たっている。社会福祉士が病棟担当制をとり、患者・家族の相談に応じている。入院案内や病棟オリエンテーションは、受け入れ病棟の看護師が実施している。患者が理解できるよう複数回の説明を実施し、入院による不安の軽減に努めている。

各診療科の医師は看護師とともに回診を実施している。医師は各カンファレンスにも参加して情報共有を行っている。看護基準、手順は整備され、円滑な看護実践がなされている。看護計画、患者情報は申し送りやカンファレンスで共有し、連携・協働した医療・ケアが実施されている。投薬・注射は手順に則り、安全に実施されている。輸血必要時は、医師が必要性或リスクの説明を行い、同意を得て実施している。手術・麻酔の説明は主治医が実施し、術前に麻酔科医の診察が行われている。術前・術後訪問は看護師が実施している。入院時に看護師が栄養スクリーニングを行い、必要性のある患者に対して、管理栄養士が栄養計画を立案し栄養管理を行っている。

症状緩和に関する基準や手順のもと、身体的・精神的苦痛の緩和に向けて、支援されている。リハビリテーションは医師の指示により、他職種とも情報共有を行ったうえで、安全なリハビリテーションを実践している。身体抑制の必要性が生じた場合に家族の同意を得て実施している。退院支援マニュアルを作成し、基準・手順に沿った退院支援を実施している。終末期における治療方針、ケア、DNR、方針転換など、患者・家族の意向を把握し、実践されている。ターミナルステージの評価は、カンファレンスで多職種により検討されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤に応じた温・湿度管理、麻薬・向精神薬・劇薬の保管・管理は適切である。院内医薬品集を整備し適宜改訂している。臨床検査機能は必要な検査機器は整備され、必要な検査項目は院内、外部委託で行われている。精度管理は、日々の管理や外部精度管理を行い、検体検査の質の確保に努めている。画像診断機能では、おおむね適切である。栄養管理機能は調理マニュアルに沿って、食材の検収、調理、配膳、下膳、食器洗浄、保管が衛生的に行われている。リハビリテーション機能は急性期、療養型、緩和ケアと多様なリハビリテーションを行っている。リハビリテーション実施時にはリハビリテーション計画書を作成し、主治医、病棟等と連携を図り、実施している。診療情報は電子カルテ導入にて1患者・1IDとなっており、一元的に管理されている。また、診療記録の閲覧・貸出し規程が制定されている。診療記録の量的点検は、診療録管理士が全カルテを対象にダブルチェックを実施して

いる。医療機器管理機能については、医療機器を一覧表にまとめ、保管場所や機器の種類が一目でわかるように管理している。滅菌の精度保証のため、生物学的、物理学的、化学的インディケータが確実に実施されている。ボウイー・ディックテストも毎日実施し、滅菌を保証している。

病理検査は外注検査であり、内視鏡や手術時の検体を検査科でとりまとめている。臨床検査部門が輸血・血液管理を行っている。輸血指示後、血液型、マッチング、不規則抗体等を実施し、病棟に払い出している。輸血業務は輸血システムを導入しており、過去のデータの確認や輸血時のチェック表を使用し、確実・安全に取り扱っている。

手術室を清潔に管理しており、手術関連医療機器は十分に整備され充実している。入室時の患者確認や術中の患者管理は、マニュアルに則り実施し、タイムアウトも行っている。麻酔覚醒時の安全性の確保も基準に則り実施している。救急医療は受け入れ基準に従って受け入れており、受け入れ不可能な場合は他院を紹介している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、各部署の予算要求ヒアリングもとに予算を作成し、運営委員会の承認を受け実施している。予算の執行状況や収支見込は運営委員会で評価・検討する仕組みである。医事課業務は診療報酬請求、未収金回収など適切に行われている。業務委託に当たっては、費用対効果や必要性を検討のうえ、決定されている。

施設課職員が施設・設備の保守点検管理を行っている。医療ガス安全・管理委員会は適切に開催されている。院内の施設に関する夜間・休日のトラブル・故障等への対応も迅速であり、感染性廃棄物の処理についてはマニフェストを導入し、確認を行っている。物品管理は現場のニーズに基づき、検討・選定が行われている。

防災マニュアルや災害対策マニュアルが整備され、緊急連絡網も策定されている。火災発生時の体制も整備されており、夜間を想定した防火訓練含め、年2回実施している。停電時の非常用発電や患者・職員を含めた非常食・飲料水などの備蓄は適切である。保安業務は夜間・休日の施錠、出入りのチェックや院内の巡視など、適切である。

11. 臨床研修、学生実習

看護師やリハビリテーションの学生を受け入れている。実習校から提供された予防接種状況の確認を行い、職種ごとに実習前のオリエンテーションにおいて、医療安全や感染管理に関する説明が行われている。いずれもカリキュラムに沿った実習と評価が行われている。

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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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： 宗教法人カトリック聖ドミニコ宣教修道女会 坂出聖マルチン病院

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： 香川県坂出市谷町1-4-13

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	156	156	+0	87.9	20
療養病床	40	40	+0	90.3	659
医療保険適用	40	40	+0	90.3	659
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	196	196	+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		
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	20	+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

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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	269.79	291.00	293.58	92.71	99.12
1日あたり外来初診患者数	28.14	34.55	34.68	81.45	99.63
新患率	10.43	11.87	11.81		
1日あたり入院患者数	162.22	168.40	168.82	96.33	99.75
1日あたり新入院患者数	6.65	7.05	7.13	94.33	98.88