

# 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26日～10月27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、大腸肛門病・消化器内視鏡の専門病院として活躍されている。

今回の病院機能評価の訪問審査では、院長を中心に組織力が高く、いきいきと勤務できる職場環境や職員連携によるチーム活動、課題を実直に受け止め業務推進している姿勢を感じることができた。

審査結果を踏まえて、継続的に医療の質の向上に取り組まれることを期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が定められ、病院案内や広報誌、ホームページに掲載し、周知を図っている。病院管理者・幹部の病院運営に関するリーダーシップは、病院の特性や機能を踏まえて3年間の中期計画を策定し、目指す病院像を示している。会議や委員会活動にも積極的に関わり、組織力・チーム力向上を図っている。効果的・計画的な組織運営は、運営会議が意思決定会議の役割を担っている。中期計画は運営会議で検討・決定している。情報管理は、電子カルテや部門システムによる情報を一元的に管理する体制を整えている。文書管理は、文書管理規程が策定され、管理すべき文書類も分類されている。

法的人員は満たされているが、病院機能の向上などのため人材は継続的に募集している。人事・労務管理は、就業規則、給与規定などは整備されている。労働時間や時間外労働などの就労実態も把握している。労働安全衛生委員会は毎月開催し、委員構成も適切である。全職員対象の健康診断や、夜勤者・放射線技師の健康診断は法定通り実施されている。職員にとって魅力ある職場づくりは、育児短時間勤務

などを導入し、育児・介護休暇も取得しやすい環境である。

職員への教育・研修は、全職員対象の研修は、各委員会が主導して行っている。院内研修について、参加率を把握することが望まれる。職員の能力評価・能力開発は、部門・部署と個人の目標管理を行っている。クリニカルラダー制を採用し、各職種で独自に能力・技術向上への研修に工夫している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、様々な手段を用いて患者・家族・職員らに周知している。説明と同意は、説明と同意が行われる範囲、説明内容、署名等は定められている。また、患者への病状説明や侵襲の高い検査関連の説明時には、看護師が同席することになっている。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、入院後、病棟カンファレンスには患者・家族も参加し、要望が反映された初期看護計画が多職種で立案されている。患者支援体制は、地域医療連携室が相談に応じている。患者の個人情報とプライバシーの保護は、個人情報保護規程を整備している。利用目的についてはホームページに掲載し、院内掲示している。臨床における倫理的課題への取り組みは、臨床倫理に関する基本的な方針が定められている。現場で解決できない問題や意思決定が困難な患者への対応、DNRの取り扱い時は、医師を含む多職種で倫理委員会を開催している。臨床倫理について勉強会を定期的を開催し、院内での共通認識を高めていることも含め、臨床倫理について病院としての積極的な取り組みは優れており、高く評価できる。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、病棟カンファレンスや多職種参加の倫理カンファレンスで検討している。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は、最寄りの駅から徒歩数分であり、駐車場および駐輪場が整備されている。手摺りが院内の必要箇所に設置されている。院内の一部にはスロープが設置されているが、勾配が急であるため検討が望まれる。

療養環境の整備は、病棟には面談室やデイルームを整備し、整理整頓されている。敷地内は禁煙としている。職員の喫煙実態を把握し、院内研修会も実施している。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善は、意見箱は各階に配置し、収集した意見については患者サービス向上委員会や関係部署で検討し、回答は各階に掲示している。退院時アンケートや外来満足度調査が行われ、結果を広報誌に掲載している。診療の質の向上に向けた活動は、症例検討会を週1回開催し、病棟内カンファレンスを月1回開催している。各種臨床指標は、さらなる活用の推進を期待したい。業務の質改善は、QC活動を継続的に行っており、患者サービス向上委員会がそのプロセス管理を担当している。改善提案を幅広く職員から拾い上げる仕組みとして、一部の部署では「気付きプロジェクト」と称した取り組みを行っており、今後病院として積極的に取り組まれると良い。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入は、自院において「新たな」とはどのような場合を指すのかを

明確にしたうえで、規程と審議手順を整備することが望まれる。

外来・病棟における管理・責任範囲は明確にされている。医師不在時の対応体制も周知し、病棟管理者によるケア内容や実施状況が把握されている。診療記録の記載は、診療録記載マニュアルに則って電子カルテ上に記録している。看護部では記録委員会を設け、看護記録の質的点検を行っている。多職種が協働した患者の診療・ケアは、多職種が参加して検討する症例検討会や退院前カンファレンス、NST、家屋調査やサービス担当者会議等が開催されている。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制として、医療安全管理委員会が月1回、カンファレンスが週1回、月1回の院内巡視が行われ、安全確保に関する委員会機能は確立されている。院内のアクシデント・インシデントは、全職種からリアルタイムに報告されている。収集事例の中から重要事例を抽出、SHELL分析し、具体的な再発防止策が図られ、必要に応じた見直しも行われている。

患者・部位・検体などの誤認防止は、フルネームの名乗り、生年月日での確認、ネームバンド等で行われている。治療部位は指示書を使用し、検体採集時は伝票と検体シールで確認している医師による指示出しおよび看護師の指示受け・実施の手順を定め、遵守している。薬剤の安全な使用は、病棟および外来へハイリスク薬一覧表が配置されている。薬剤師は、混合や投与時に注意を要する注射薬には、各種注意事項を赤字で書き込んだ注射用ワークシートを添付して払い出している。入院時、全患者に転倒・転落のリスク評価を行い、危険度に応じた看護計画を立案している。医療機器の安全な使用は、医療機器取り扱いマニュアルを整備している。使用法の教育・研修は、購入業者や研修受講後のスタッフにより定期的に行われている。患者等の急変時の対応として、院内緊急コードが設定されている。緊急召集訓練、BLS、AEDの講習、訓練は定期的に行われている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、院内感染委員会において、感染制御対策の検討・立案を行っている。ICTは、院内環境ラウンドやアウトブレイク発生時の制御活動などを実践していると共に、感染対策に関する院内研修会の開催も行っている。ICTは院内における耐性菌検出や抗菌薬使用の状況を、薬剤部・リンクナースなどを通じて収集・分析している。

医療関連感染を制御するための活動として、スタッフは携帯用消毒剤を常備している。病室の入り口には、速乾性手指消毒剤が設置され、1処置1手袋を遵守している。抗菌薬の適正な使用は、院内抗菌薬の適正使用指針を定め、細菌培養も積極的に行いながら抗菌薬を用いている。漫然と抗菌薬を投与することを防ぐ仕組みが整備されており、高く評価できる。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報誌を年3回発行し、関係機関などに配布している。ホームページは随時更新しているほか、病院案内や入院案内も作成し、地域へ情報を発信している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携は、急性期病院の後方支援、介護施設などの前方支援として活動し、関係機関との連携は良好である。紹介返答について、一元的に管理する体制の整備が望まれる。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、地域行事などへの職員派遣、地域の医療機関や介護施設などを対象とした研修など地域活動への取り組みの推進が望まれる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、診療科目や診療時間、看護体制や施設基準など必要な情報は掲示している。待ち時間対策として、携帯電話や自宅電話への呼び出し対応も行われている。初診患者の診療には、問診票を用いて外来看護師が予診を行い、症状に応じたトリアージ的対処も行っている。地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者の受け入れは、地域の関係機関からの紹介患者は断らない方針であり、スムーズな入院受け入れが積極的に行われている。診断的検査の確実・安全な実施は、侵襲度の高い検査には、それぞれ具体的な検査手法およびリスクに関する説明書と同意書を準備している。各種の検査施行時における手順と観察項目は、検査および看護マニュアル内に分かりやすく示され、遵守している。医療ニーズに合った紹介先の情報が提供され、患者・家族の希望を確認し紹介先を決定している。入院の決定は、外来診療を行う医師は、患者の社会的背景などにも配慮しながら、入院の可否を判断している。医師は、入院時点において基本診療計画を作成している。さらに、チームを構成する各職種は、入院後、速やかに実施する各種アセスメント結果に基づいて作成した計画を立案している。患者・家族からの医療相談は、専任のMSW、看護師、医事課職員が相談窓口となり、対応している。患者が円滑に入院できるように、入院生活の決まりごとや注意事項など、分かりやすく説明した入院案内を活用している。

医師は、多職種参加型カンファレンスなどを通じて診療情報の共有に努めながら、チーム医療における指導的役割を適切に果たしている。看護師は、身体的、社会的、心理的ニーズを把握して問題点を抽出し、患者・家族の要望が反映された看護計画を立案している。誤配薬を防ぐために、入院患者の内服処方基本的には一包化しているほか、ベッドサイドでの確実な服薬確認も実践している。注射薬の準備時には、必ずダブルチェックすると共に、実施時の患者誤認防止対策も入念に行っている。輸血・血液製剤の払い出し・病棟での輸血準備・輸血開始時にはダブルチェックを行う手順を定め、遵守している。輸血療法開始後の患者観察と記録も手順に則って適切に行っている。重症患者の管理は、ナースステーションに隣接した観察室を用い、各種生体モニタリングを行いながら管理している。褥瘡の予防・治療は、入院時、全患者を対象にリスク評価している。ハイリスク患者には、褥瘡・NST・摂食対策チームが関与し、褥瘡予防計画が作成され対策が積極的に行われている。入院時、全患者を対象に栄養スクリーニングが行われ、栄養管理計画書が多

職種協同で作成されている。疼痛の程度は、客観的に評価しており、緩和ケアマニュアルを整備している。リハビリテーションの訓練開始前には、実施計画書内容の説明と同意取得を行っている。

身体抑制は、開始・解除時は医師の指示のもとで実施され、抑制中の観察・記録・評価は手順に則り行われている。患者・家族への退院支援は、入院後速やかに退院支援スクリーニングシートで退院困難要因を抽出し、支援計画を立案している。地域医療連携室が機能し、連携医や後方支援施設との連携・調整が図られている。ターミナルステージへの対応は、家族の心理過程や療養環境に配慮した診療・ケア計画が多職種で立案されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、全入院患者について持参薬の鑑別を行い、院内採用薬とのマッチングなどを医師に提案している。検体検査類は基本的には外部委託している。委託先からのパニック値検出連絡は、迅速に依頼医に報告する手順を整備している。画像診断機能は、技師は依頼医と連絡を密に取り、画像診断の質確保に努めている。画像パニック所見を発見した場合には、技師から依頼医に直接電話連絡している。食事は温冷配膳車を用いて提供しており、適時・適温での提供に配慮している。食材搬入から調理・配膳、下膳・洗浄までの一連の流れにおける衛生面は良好である。ソフト食に積極的に取り組み、経口摂取への支援にも積極的に関与している。スタッフ全員が一体となって、嚥下食や大腸内視鏡検査食、アレルギー対応食、食欲不振時の個別対応食など多様な食事形態に積極的に取り組んでおり、高く評価できる。リハビリテーション機能は、リハビリ療法士は、症例検討会や病棟ミーティングにも参加し、チーム内での患者情報の共有に努めながら訓練を実施している。診療情報管理機能は、量的点検の点検内容について明確化や点検表の整備等が望まれる。医療機器管理機能は、使用場所で管理している。定期点検は、スケジュールに沿って契約業者が実施している。医療機器は機種ごとに標準化されている。

洗浄・滅菌機能は、一次洗浄は中央化している。高圧蒸気滅菌器の始業時点検、各種インディケータは実施されている。病理診断機能は全て外部委託している。

輸血・血液管理機能は、薬剤師が輸血に関する一連の業務を担当している。輸血記録台帳の管理・保存は、適切に行っている。救急医療機能は、基本的にかかりつけ患者以外のウォークイン患者や救急隊からの受け入れ要請は応需しない方針としている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算を作成している。財務諸表は作成されている。医事業務は、窓口収納は、医事システムによる入金処理としている。システムに基づき、未収金管理の実態は把握されている。業務委託は、業務内容や費用などを踏まえて委託業者の選定を組織的に検討している。

施設・設備の管理は、点検すべき設備、箇所などを明確にし、確実な実施が望まれる。物品管理は、薬剤は薬剤部が管理し、診療材料や試薬は外来や病棟、各部署

で管理している。各部署の診療材料は、多くが定数配置となっているが、定数は各部署に任せており、組織的に検討する仕組みの構築を望みたい。

災害時の対応は、防災マニュアルを作成している。保安業務は、防犯カメラを設置しており、緊急時の連絡網も整備されている。医療事故等への対応は、医療事故発生時の対応手順を明確にしている。重大な事故発生時の組織体制が整備され、顧問弁護士も関与できる仕組みとなっている。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習等は、理学療法士や医療事務の学生を受け入れている。受け入れに当たって要項や内規、マニュアルを作成している。

# 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・プライバシーを適切に保護している	B
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	S
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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	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	S
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	B
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	NA
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	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	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	NA
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	B
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	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	B
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	B
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 5月 1日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人吉備会 中谷外科病院  
 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： 岡山県玉野市田井3-1-20

## 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	45	45	+0	55	17.3
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	45	45	+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	20	+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

--

## 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

