

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 17 日～10 月 18 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 1952 年に藤井医院として開設され、1971 年に笠岡第一病院に名称変更され、幾多の変遷を重ね、現在に至っている。救急医療は断らない方針のもと、笠岡市・井原市を中心に、瀬戸内島嶼部の診療支援を含めて、地域医療に多大な貢献をされている。

病院機能評価を継続的に受審しており、今回の受審においても病院機能の向上に取り組んでいることが窺われた。今後も良質な医療を提供し続けるため、貴院が益々発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念を院内外に周知し、管理者・幹部は主要な会議・委員会に参加して指導力を発揮している。中期計画と年次事業計画を策定しているが、中期計画を年次事業計画に反映し、部門ごとの目標設定に反映することを期待したい。文書管理規程が整備されているが、文書の保存期間について見直しを期待したい。

病院の機能等に応じた人材は確保されており、人事・労務管理は、就業規則や給与規定などの各種規程類を整備して適切に行っている。労働安全衛生委員会が開催されており、職員の安全衛生や職場環境などについて協議しているが、労働安全衛生委員会の構成員の見直しを期待したい。職員にとって働きやすい職場づくりに取り組み、病児保育制度や職員の子供も対象にした制度を整備していることは評価できる。職員への教育・研修を計画的に実施しており、院外研修への参加も奨励している。また、職員の能力評価・開発の仕組みもあり、病院として資格の取得を支援している。学生実習については、将来の人材育成として積極的に受け入れ、カリキ

ユラムに沿った実習を行い、実習生および実習内容の評価を養成校に返している。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務が明文化され、院内掲示や入院案内などで患者・家族に周知されている。説明・同意の方針を明確にしており、説明時には看護師が同席し、患者・家族の理解度を確認している。医療者の同席が必要な範囲および同席できない場合の手順については、マニュアルに明記することを期待したい。患者の医療への参加を促す仕組みや、患者支援体制が整備されており適切である。また、個人情報も適切に保護されている。臨床における倫理的課題に関する病院方針は明確であり、現場で解決できない課題は、倫理委員会で検討する仕組みが整備されている。

施設・設備は利便性・安全性・快適性に配慮されている。院内はバリアフリーが確保され、廊下を含めて十分な広さを確保し、車椅子同士でも容易に移動できるスペースを整備していることは評価できる。敷地内禁煙の方針であり、患者・職員を対象に禁煙教育を実施し、職員の喫煙率が低下しており適切である。

4. 医療の質

業務の質改善活動として QC 活動が活用されており、「CS」「ES」「業務改善・効率化」の3部門で、優れた活動を評価し表彰している。業務推進発表大会も再開し、組織横断的に業務の質改善に取り組んでいる。診療の質向上に向けて、多数のクリニカル・パスが適用されていることは評価できる。患者・家族の意見・要望を収集し、全ての投書内容を病院幹部が確認し、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。新規の医療技術の導入や薬剤の適応外使用については、倫理委員会に諮る仕組みと規定を整備している。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟・外来ともに管理責任者名を掲示しており、ベッドネームには担当医と受け持ち看護師を表示して患者・家族に伝えている。診療記録は診療録記載マニュアルに則って記録されており、質的点検を行い、結果を医師にフィードバックしている。多職種による各種カンファレンスが開催されており、各種専門チームが必要に応じて診療・ケアに介入している。

5. 医療安全

医療安全管理委員会を毎月開催し、医療安全管理者が専従で配置され、医薬品・医療機器・医療放射線の安全管理責任者も任命されている。医療安全管理マニュアルを整備し、必要に応じて改定しているが、医療機器および放射線安全管理責任者の役割・業務内容についてもマニュアルに明文化することを期待したい。安全確保に向けた情報収集を行い、要因分析をして改善策を委員会で検討し、医療安全管理者が改善策の実施状況を確認している。

誤認防止対策を適切に実践しており、オーダリングシステムを活用して、医師の指示が確実・安全に実施されており適切に情報伝達されている。薬剤の安全使用に向けた対策は、麻薬・向精神薬などを適切に保管・管理している。ハイリスク薬については、病院として明確に規定されたので、職員に十分周知することを望みた

い。転倒・転落防止対策は、患者のリスクに応じて対応している。また、医療機器も臨床工学技士が関与して安全に使用されており適切である。患者急変時対応は、緊急召集訓練が実施され、緊急時の対応が職員に周知されており適切である。

6. 医療関連感染制御

感染防止委員会が毎月開催されており、ICDを含むICTも毎週・院内ラウンドをして環境チェックや抗菌薬の使用状況の把握に取り組んでいる。また、必要に応じて感染制御に関するマニュアルを改定し、医療関連感染制御に向けた体制が確立している。院内感染状況を病棟ごとに把握し、定期的に検討して対応策が実践されているが、アンチバイオグラムの活用およびSSI以外の医療関連感染の発生状況の把握を期待したい。

感染予防対策を遵守し、感染性廃棄物も適切に取り扱っている。抗菌薬の適正使用指針が整備され、ICTも使用状況を把握・監視しており適切である。

7. 地域への情報発信と連携

病院が提供する医療サービスの内容は、ホームページと広報誌で案内しており、年報も発刊して各部門の活動実績や診療実績等の情報を発信している。地域の医療機関やニーズを把握し、地域医療連携室が窓口となって連携を促進し、がん治療の連携パスも活用している。地域住民を対象に、健康教室や出前講座の開催をはじめ、患者用パンフレットも作成していることは評価できる。また、「おうちで健康教室」を継続し、各科医師が疾病予防や健康管理の情報を動画配信し続けて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

外来診療を円滑に受診する仕組みが整備されており、診断的検査を経て医学的判断による入院を決定し、説明の上、同意を得て適切に患者支援を実施している。紹介・逆紹介も地域の医療機関・施設等の役割・機能に応じて対応している。

医師、看護師は多職種と情報共有を行いながら、適切に病棟業務を実施している。注射薬は取り違えないよう配慮し、確実に投薬・注射を行っている。また、安全に配慮が必要な薬剤の投与時は、患者の反応・状態を観察している。輸血を実施する際は、医師が輸血の適応と種類・投与量について検討し、患者・家族に説明し、同意書を取得して安全に実施している。周術期の対応では、麻酔科医と手術室看護師が術前・術後訪問を行い、患者の安全を確保して術後の搬送を行っている。重症患者の人工呼吸器の管理には、臨床工学技士が関与するなど、多職種が協働して対応している。入院時に、全患者を対象に褥瘡リスク評価を行い、リスクに応じた計画を立案し、対策を講じている。褥瘡の発生数や持ち込み数・治癒率を臨床指標として把握していることは評価できる。栄養管理と食事指導は、NSTも関与して摂食・嚥下機能が低下した患者を支援しているなど適切である。症状緩和に関しても良好な対応がみられる。リハビリテーションも安全に留意して実施し、リハビリテーション実施前後はFIMで評価している。実施時のリスクについては確実にリハ

ビリテーション実施計画書に記載し、患者・家族に説明することが望まれる。身体抑制は原則として実施しないこととしているが、実施する場合には最小化に向けて取り組んでいる。多職種が協働し、退院支援と継続療養に取り組み、ターミナルステージにおける看取りに関する病院指針を整備して適切に対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は持参薬の鑑別や薬剤情報の発信など、概ね適切に発揮されているが、疑義照会の内容を系統的にまとめ、医師にフィードバックすることを期待する。臨床検査機能は検査の精度が担保され、パニック値も主治医に確実に伝えられている。画像診断機能として放射線科専門医を配置し、予期せぬ所見なども主治医と適切に連携して対応している。栄養管理機能として、入院後の一斉調査では、患者の特性や嗜好を把握し、個別対応にも取り組んでいる。衛生的に適時・適温で食事が提供されており適切である。リハビリテーションは、必要な全ての患者に実施し、ADLの改善度によるプログラムの評価を行っており適切である。診療情報は1患者1IDで管理されており、同姓同名患者は警告画面で取り違い防止が図られているなど、診療情報管理機能は適切であるが、量的点検内容の充実を期待したい。医療機器は臨床工学技士が適切に一元管理している。洗浄・滅菌機能は、時間差で不潔・清潔のゾーニングを行い、各種インディケーターにより滅菌の質保証を確保している。

病理診断機能は外部委託であるが、標本の保管、ホルマリンの管理などは適切である。輸血・血液管理は、責任医師の監督・指導の下で機能が発揮されており適切である。また、手術・麻酔機能は、スケジュールの管理、サインイン、タイムアウト、サインアウトをマニュアルに則り実施し、安全性を確保している。救急医療は断らない方針としており、救急専門医が配置され、積極的に救急患者を受け入れており、評価したい。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は法人本部が行っており、病院会計準則に基づいた会計処理が行われ、会計監査も実施されており適切である。収納の手続き、未収金の督促手続等を明確にしており、医師も関与してレセプトの点検を行っている。委託業務については、業務の質や実施状況を把握し、病院として委託業務従事者の教育の内容も把握しており適切である。

施設・設備は日常点検を確実にを行い、業者による保守点検も計画的に行われている。また、緊急時・不具合時の対応について院内に周知している。医薬品の購入過程では内部牽制システムが整備され、医療機器は購入金額によって企画運営会議で決定する仕組みであり、物品の期限切れ防止や適正在庫にも取り組んでいる。また、災害時や火災発生時、大規模災害時の対応体制・責任体制を院内に周知し、BCPも策定されている。保安業務は委託されているが、業務の質や実施状況は医事課長が把握・管理しており適切である。

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	B
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	B
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	B
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	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	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	B
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	B
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	B
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	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	
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	B
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	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 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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団清和会 笠岡第一病院

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：岡山県笠岡市横島1945

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	148	148	+0	67.6	13.9
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	148	148	+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	52	+0
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	54	+0
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), 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： 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	529.05	502.29	487.14	105.33	103.11
1日あたり外来初診患者数	57.12	45.77	43.47	124.80	105.29
新患率	10.80	9.11	8.92		
1日あたり入院患者数	100.07	98.62	95.30	101.47	103.48
1日あたり新入院患者数	7.24	6.86	6.72	105.54	102.08