

# 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10日～10月11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、1998年に開設されて地域に密着した医療を目指し、高知中央圏の脳卒中患者の治療を担っている中心的病院である。四国地域で初めてのガンマナイフ治療を導入し、高度な医療を提供してきた。また、脳卒中の急性期医療を中心に、疾患の早期発見・早期治療を目的とした脳ドックや企業健診も積極的に実施している。緩和ケア病棟を有し、さらに、小児発達障害に対する小児リハビリテーションを拡充し、認知症の予防と治療への取り組みも開始している。この間、救急指定病院や高知市救護病院、高知中央圏脳卒中地域連携パス計画管理病院、日本脳ドック学会認定施設、日本脳卒中学会認定研修教育病院、高知DMAT指定医療機関の認定を受けてきた。

今回、病院の質の向上に向けた取り組みの一つとして病院機能評価を受審した。病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、病院の質向上に継続して取り組んでこられた成果が随所で確認できた。審査の結果は、ほぼすべての項目で適切な医療機能を維持していた。今後も地域住民・患者の医療ニーズに応える医療提供体制の整備・充実に向け、一層の取り組みを期待したい。地域住民と関連する医療機関からの多大なる信頼と期待に応えながら、ますます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

理念および基本方針を分かりやすく明文化し、定期的な見直しや院内・外への周知に努めている。病院管理者や幹部職員は、経営方針の周知や課題の把握と解決への取り組みなどにリーダーシップを発揮している。意思決定会議や諸会議・委員会

の運営と情報伝達、中・長期計画や事業計画の策定、各部門の目標管理体制の整備等を行っている。電子カルテをはじめとする情報システム管理・運営、システム障害への重層的な対応体制の整備、安全確保への配慮等を行っている。事務的文書や診療情報、各種基準・手順、診療関係マニュアル等を一元的に管理する仕組みがある。

法令や施設基準で求められる必要な人材を確保し、人事・労務管理の体制を整備している。安全衛生委員会を開催して職員健康診断や労働災害への対応などを行い、職員満足度調査や職員面接による意見の把握と職場環境改善への反映、福利厚生の実施等に努めている。全職員を対象にした年間教育・研修計画を策定し、必要度の高い研修や新採用職員研修等を実践している。人事評価制度により職員の能力評価・能力開発を実施している。看護師や療法士、医療事務を目指す学生の病院実習を数多く受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利5項目と責務2項目を明文化している。患者への説明と同意取得に関するルールを定め、侵襲的な検査等への同意を得ている。患者との診療情報の共有では、患者用クリニカル・パスの活用や「もみのき大学」の開催などにより患者の理解を深めている。よろず相談窓口を設置し、社会福祉士を中心に他職種と連携しながら様々な相談に対応する体制を構築している。個人情報取り扱いに関する規程を整備し、診療情報の研究等への利用は申請・許可を経て行っている。診療上の倫理的課題への対応方針を明確にしており、多職種カンファレンスや倫理コンサルテーションなどの課題検討の場を設けている。

快適な入院生活に配慮したアメニティを整備している。院内のバリアフリー化や車椅子の配置等、高齢者や障害者に配慮した施設・設備を整備している。病棟には食事ができるダイニングがあり、診療・ケアに必要なスペースを確保し、整理・整頓や安全性にも配慮している。敷地内禁煙の方針を明確にして患者への禁煙啓発を行い、職員の喫煙習慣を把握している。

### 4. 医療の質

業務の質改善は業務改善推進部会が中心となり継続的に行っており、AI問診票の導入などの実績がある。診療の質の向上に向けた活動では、症例検討会や多職種参加のリハビリテーションカンファレンス、認知症カンファレンス、画像検討会の開催、クリニカル・パスの活用などを行っている。院内に意見箱を設置して患者・家族の意見や要望等を収集して業務改善に取り組むとともに、対応状況を患者等へフィードバックしている。新たな診療・治療方法の導入は、運営会議で承認のうえ職員の研修や見学等を経て、マニュアルを作成して実施している。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、病棟には責任医師や病棟看護師長等を明示して患者・家族へ周知している。診療記録の記載マニュアルを遵守して患者の状態や検査結果等を適時・適切に記載しているが、多職種による診療記録の質的点検への取り組みが期待される。多職種協働による診療・ケアの取り組みでは、褥

瘡対策や感染制御、歯科衛生士を含む栄養サポート、緩和ケア認定看護師を含む緩和ケア、認知症看護認定看護師を含む認知症ケアなど、多職種で構成する専門チームが介入している。

## 5. 医療安全

医療安全管理指針等を定めて医療安全管理者等を配置し、医療安全管理委員会等を開催して医療安全管理マニュアルの作成・改訂や事故事例の検討などを行っている。インシデント・アクシデントなど医療安全に向けた情報収集を行い、再発防止対策の立案と実施、医療安全管理者のラウンドによる検証等を実践している。医療事故発生時の対応は、医療事故対応規程や医療紛争に対する対策規程に定めている。

患者・部位・検体等の誤認防止は、誤認防止マニュアルに沿って患者自身による氏名の名乗りやリストバンドによる照合、バーコードによる認証等を実施している。医師の指示等の伝達を確実にを行い、検査等の重要所見は医師に直接連絡し、画像診断の報告書確認対策チームを組織して未確認報告書の点検を実施している。向精神薬等は施錠管理し、ハイリスク薬の注意喚起に努めているが、病棟の麻薬の適時の在庫確認などが期待される。転倒・転落に関する全入院患者のアセスメントを実施して対策を立案している。医療機器の安全管理マニュアルを整備し、点検表により始業時や引継ぎ時、流量変更時等にチェックしており、臨床工学技士のラウンドにより作動状況を点検している。患者等急変時の対応マニュアルを整備して緊急コールを設定し、年1回定期的に一次救命措置訓練や緊急コールの招集訓練を実施している。

## 6. 医療関連感染制御

病院長が院内感染管理者として医療感染制御に関するリーダー的役割を担っている。感染防止対策委員会の下部組織の感染制御チームの週1回の院内環境ラウンドや抗菌薬適正使用支援チームの活動、感染防止対策マニュアルの整備・改訂などを行っている。院内での感染発生状況は検査科が把握し、直接主治医と感染管理認定看護師に報告している。なお、感染制御チームは週1回、全部署の環境チェックを行っている。

医療関連感染を制御するための活動として、個人防護具を各病室の入り口に配置して速やかな対応を可能としている。速乾性手指消毒剤は各部署や各病室の入り口への配置とともに、職員も携帯用を装着して手指消毒のサーベイランスを実施している。抗菌薬の採用・削除については薬事委員会で検討しており、最近2年間で4剤を削減している。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報委員会が中心となり、ホームページや広報誌を用いて診療内容や診療実績、医療に関する情報を地域等へ分かりやすく発信している。地域連携室を設けて、社会福祉士や精神保健福祉士、緩和ケア・認知症看護の認定看護師を配置し、連携医

療機関等の訪問によるニーズの把握、紹介患者の受け入れと紹介元医療機関への返書の管理、逆紹介などを行っている。地域医療連携ネットワークや脳卒中地域連携の会への参加によって情報収集し、共有することより病院の方針判断に活かしている。地域の健康増進に向けて企業健診や脳ドックを積極的に展開するとともに、患者・家族や地域住民を対象とした「もみのき大学」の開催による教育・啓発活動を実施している。地域の医療従事者等に対しては、認知症看護や緩和ケアの認定看護師が介護施設等への出前講座を実施して医療に関する知識・技術の向上に貢献している。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報をホームページ等で案内し、受付から会計までの一連の対応を手順に沿って円滑に行っている。AI 問診票や診療情報提供書に加え、看護師の情報収集に基づいて外来診療を行い、検査の必要性を主治医が判断して患者・家族に説明のうえ同意を得て実施している。継続的な療養が必要な場合に備え、連携先医療機関や介護・福祉施設のリストを作成している。患者の希望にも配慮し、十分な説明のうえ同意を得て入院を決定し、医師や看護師、管理栄養士等により入院診療計画書を作成し、速やかに交付している。患者相談窓口では社会福祉士や認知症看護等の認定看護師が対応し、入院決定後は外来看護師によるオリエンテーションを実施している。

病棟における医師および看護師の業務は基準・手順等に基づいて行っている。全入院患者の薬歴管理を行って確実・安全な投与に努め、輸血・血液製剤の投与や観察ではマニュアルを遵守している。手術・麻酔の適応と方法を症例検討会で検討し、患者・家族に説明のうえ同意を得て実施し、重症患者のベッドサイドモニターはスタッフステーション内でも観察している。褥瘡リスクの評価に応じた看護計画の立案とケア、栄養スクリーニングと栄養管理計画の立案、緩和ケアマニュアルに沿った疼痛緩和、リハビリテーションの実施、身体拘束の最小化への取り組み、入院時からの退院支援や継続した診療・ケアに向けた支援、ターミナルステージへの対応は何れも適切に行っている。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、持参薬の鑑別や処方鑑査、調剤・調剤鑑査などを行っているが、麻薬・向精神薬の在庫確認等の見直しを期待したい。臨床検査技師がオンコールで対応し、緊急検査を含む臨床検査や精度管理を行っている。画像診断では、診療放射線技師のオンコール対応で24時間の検査・診断が可能であるほか、プリパレーションシステムを使用して1歳から14歳までの子供のMRI検査の約95%を無麻酔で行っている。栄養管理では、嗜好調査や看護師との連携により患者のニーズを把握し、継続的な食事の質改善を実践して安全・安心な食事を提供している。リハビリテーション科内に高次脳機能や発達支援などの6チームを組織し、それぞれが質改善に取り組んでおり成果も認められる。診療情報を電子カルテにより一元管理し、説明・同意書等の紙媒体資料の取り込みルールを定めて保管・管理している。

輸液ポンプ等の医療機器は臨床工学技士により点検・整備している。各部署の使用済み器材の洗浄・滅菌は、中央材料室に中央化して行っている。

病理診断は業務委託しており、重要な所見は直接主治医に報告している。放射線治療専門医と脳神経外科専門医がガンマナイフ治療を担当し、施術実施の前日にも多職種カンファレンスを行って注意事項を再確認しているなど高く評価できる。輸血・血液管理や手術・麻酔の機能を適切に発揮するとともに、救急医療機能に関しては二次救急医療への対応体制を構築している。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算を前年度実績等に基づいて編成し、病院会計準則に基づいて会計処理や経営分析を行い、公認会計士による会計監査を受けている。医事業務は医事課が担当し、医師や事務職員によるレセプト点検や施設基準の遵守確認、収納業務や未収金管理を行っている。業務委託の新規導入や継続契約等について運営会議で審議し、契約締結や業務履行状況の確認、委託業務従事者の研修受講等を行っている。

施設・設備の総務課と委託専門業者と連携による日常の点検・管理や定期保守点検とともに、医療ガスの安全管理や院内の清掃、廃棄物の搬送・保管などを行っている。医薬品や医療材料の選定は関係委員会等の検討を経て行い、在庫管理システムや棚卸によりデッドストックの防止に努めている。

災害時等の危機管理では、事業継続計画や消防計画、防災マニュアル等を整備して定期的な訓練を実施するとともに、電気設備の点検や停電時の対策、災害時用の備蓄等を行っている。時間外・休日は病院出入口を1か所に限定し、保安要員を常時配置して施錠管理や院内監視等を行っている。

# 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	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
1.3.3	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	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	B

## 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	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	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	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	S
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	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	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： 2023年 4月 1日 ~ 2024年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2024年 6月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 医療法人治久会 もみのき病院
- 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 : 高知県高知市塚ノ原6-1

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	60	60	+0	73.5	22.5
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	60	60	+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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床	12	+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
- オーダーリングシステム  1) あり  2) なし      PACS  1) あり  2) なし

