

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 25 日～6 月 26 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

貴院は脳神経外科に特化した専門病院として、専門性を重視しながら地域に貢献する先進的医療を展開してきた。特にガンマナイフ治療では四国のパイオニアとして存在している。治療件数も豊富で多数の患者を中国・四国地域から受け入れている。現在の病院機能としては、脳神経外科を中心とした急性期医療から小児科・内科・リハビリテーション科・緩和ケア医療で回復期から終末期医療までの幅広い医療で地域に貢献している。

今回は病院機能評価の認定更新のための受審であるが、理事長をはじめ病院長・看護部長・事務長が中心となり、業務の見直し等に取り組んできた状況が垣間みられた。病院機能評価を外部評価の 1 つとして受け止め、専門医療の質やサービスをさらに高めるとともに、災害発生が予想される地域での DMAT 指定医療機関として地域に貢献する一環と推察できる。今回の審査結果の概要は以下に記載するが、本報告書を参考に、自院の現況を再確認され、地域住民に継続的に寄与されることが期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針が明文化され、病院の内外への周知に努めている。病院長・看護部長・事務長のリーダーシップについては、各種委員会に積極的に参加して、問題解決に向け日々リーダーシップを発揮している。病院運営に関する意思決定会議が定期的に行われており、決定事項を職員に周知する仕組みも構築されている。また、法令に基づく委員会や病院運営に必要な会議・委員会も適切に行われている。情報管理機能および文書管理は、おおむね適切である。

人事・労務管理は、おおむね適切に管理されている。全職員への教育・研修は、病院の質向上に向けて非常に重要な要素であるため、医療従事者として必要な教育を網羅されるよう、さらなる充実を期待したい。職員の能力評価や開発は、人事考課の活用により、おおむね適切に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、患者・家族および職員への周知に努めている。説明と同意に関する方針のもとに、説明の内容と同意の範囲、同席者の基準などを定めて、適切に運営されている。患者と医療者のパートナーシップを強化する活動や患者の理解を深めるための支援は適切に行われている。患者支援体制は、相談窓口が整備され、多様な相談の解決を図っている。また、高齢者、配偶者、障害者、児童虐待などの詳細な対応マニュアルが整備されている。個人情報保護の方針を定め、個人情報保護に努めており、おおむね適切である。臨床倫理については、代表的な倫理的課題を定めており、組織的に検討する仕組みが明確にされている。病棟における具体的な倫理的課題を把握し、多職種カンファレンスで検討され、解決困難な場合には、倫理委員会で検討する体制が整備されている。

患者・家族の利便性については、病院シャトルバスの運行や駐車場の確保が行われており適切である。また、病棟における療養環境については、トイレ・浴室を備えた個室、バリアフリートイレ付き個室・2人部屋を設けており、各室は広く、患者・家族がくつろげる場となっている。また、食堂・ディールームには冷蔵庫を設置するなど、患者・家族に配慮した環境が提供されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見については、意見箱の設置と郵便を活用して意見収集に努めている。また、患者満足度調査や待ち時間調査を行うなど積極的である。診療の質の向上に向けて、多職種による症例検討会、術前術後やリハビリテーションカンファレンスが毎週開催されている。また、クリニカルパスの運用率も高く推移している。医療サービスの質改善については、部門横断的な改善活動に向けて業務改善委員会を設置して、各部門の業務改善等が適切に行われている。新たな治療法導入時には、外部医療機関見学、院内での勉強会開催やマニュアルを作成し、組織的に検討のうえで導入を決定している。

診療・ケアにおける責任体制は明確にされ、患者や家族にわかりやすく明示されている。診療記録は、電子カルテシステム運用であり、各種マニュアルに基づき記載されている。退院時サマリーの作成率も徐々に向上しており、直近は2週以内に100%作成されている。また、質的点検についても開始されたので、今後の継続的な実施を期待したい。多職種が協働して、治療・ケア、退院支援に関するカンファレンスが適切に実施されている。

5. 医療安全

院長直属の安全管理室を設置し、医療安全管理者のもとで、医療安全に関する様々な取り組みが行われている。アクシデント・インシデントレポートの報告、分析、再発防止対策の検討と改善の評価など、事故防止に向けた改善活動は適切に行われている。

患者・部位・検体の誤認防止は、各種手順を遵守して適切に行われている。情報伝達エラー防止は、電子カルテの活用でおおむね適切に運用されているが、病理検査結果が悪性時においても、通常の結果報告と同じ対応であるため、確実に医師に伝達するシステムの構築が望まれる。薬剤の安全な使用は、電子カルテと部門システムにより、重複投与、相互作用等の防止に努め、疑義照会も行っている。

転倒・転落防止対策は、リスク評価と危険レベルに応じたケアが実施されている。リハビリテーションスタッフと協働して環境調整や再発防止に努めており適切である。医療機器は、臨床工学技士による一元管理が行われ、適切に管理されている。患者急変時の対応は、コードブルーを設定し、迅速に対応できる仕組みが整えられ、年1回召集訓練も実施されている。

6. 医療関連感染制御

各部門、職種横断的に選任された委員により感染防止委員会が毎月開催され、感染に関する審議・決定を行っている。また、医師、看護師、薬剤師、検査技師の4職種が毎週ラウンドし、設備および必要物品、手指衛生の方法・タイミング等を確認している。医療関連感染制御に向けて、院内感染発生状況の情報は電子カルテの感染情報として掲示し、週報として取りまとめが行われている。また、院外感染情報は県の週報等から情報を得ている。

医療関連感染制御へ向けた活動としては、マニュアルに基づいて手指衛生、個人防護用具の着用、感染経路別予防策が実施されている。抗菌薬の使用については、抗菌薬適正使用マニュアルが遵守されており、抗菌薬使用量は薬剤科が取りまとめ薬事委員会で報告を行っている。周術期の抗菌薬使用は確実に行われ、抗菌薬の採用・削除については毎月開催の薬事委員会で検討されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページや広報誌を活用して、病院の機能や役割について広報を行っている。ホームページでは、診療実績の公表も行われている。さらに、ガンマナイフに特化したQ&Aの情報や緩和ケアに関する情報も公開している。

地域の医療機関や福祉施設との連携は、地域連携室職員が担っている。地域医療連携ネットワークへの参加や地域連携パスの症例検討会を開催し、地域連携パスの充実を図っている。病病連携や病診連携も適切に行われ、地域からの紹介患者を多数受け入れて、紹介元への速報は行っているが、入院後の詳細な情報は提供されていないので、さらなる配慮を期待したい。

地域への健康増進活動では、地域住民を対象に「もみのき大学」と称し、年4回公開講座が開催されている。また、2018年は創立20周年であり、高知県立県民文

化ホールにて特別講演会や記念コンサートを開催し、800 名余の市民が参加のもと有益な情報を提供された。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者に対する窓口業務は適切であり、初診時には問診票や診療情報提供書を基に、患者・家族から情報収集し診察を行っている。血圧管理やインスリン自己注射指導、小児科の成長ホルモン自己注射導入等の患者指導を行い、かかりつけ医の機能を発揮している。診断的検査は診療ガイドライン等を参考に主治医が判断し、説明と同意のもとで行われている。入院の必要性は主治医により、医学的判断により決定され、患者・家族に対して説明したうえで、同意を得ている。診断・評価を行い、多職種により個別性のある診療計画書が作成され、患者・家族への説明が行われている。

医師は毎日の回診により患者の病態を把握し、結果を電子カルテに記載している。看護師は固定チームナースングを運用し、受け持ち看護師を中心に個別性を重視した看護を展開している。病棟薬剤師を配置し、持参薬管理や薬歴管理を行い、服薬指導を適切に行っている。輸血・血液製剤投与は、マニュアルに基づいて輸血の適応と種類の検討を行い、輸血の必要性とリスクを説明したうえで、同意を得ている。周術期の対応は、各科医師と麻酔科常勤医が診療し、タイムアウトや術前・術後の申し送り、術後の安全な搬送、重症度等を考慮しナースステーションに近い個室を使用し、多職種により適切に管理できる体制が取られている。

褥瘡発生のリスク評価、栄養管理評価、転倒・転落リスク評価、退院支援を必要とする場合の評価を行い適切に対応している。症状緩和に対しては、客観的疼痛評価が行われている。不快な症状に対してもマニュアルが整備され、適宜症状の緩和に対応している。リハビリテーションの必要性は主治医が判断し、医師の処方に基づきセラピストが患者情報を収集している。目標や計画は多職種が協働で作成し、患者や家族の要望にも配慮したうえで、患者に説明し同意を得て実施している。身体抑制・行動制限の必要性については、患者の病状や認知度などから今後起こりうるリスクを評価し、人権を考慮したうえで実施している。退院支援については、入院早期から多職種カンファレンスによって、患者・家族の意向を踏まえた今後の方向性や転院先が検討されている。在宅支援継続やターミナルステージの対応は多職種で検討が行われ、患者・家族へ説明したうえで、同意を得ている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査や疑義照会、調剤後の確認、持参薬の鑑別と管理は適切に行われている。臨床検査機能は、迅速な検査報告に努め、パニック値の緊急報告、内部・外部精度管理の実施、検査後の検体保管体制など適切に機能している。画像診断機能は、PACS が運用され、CT・MRI 検査は撮像後約 30 分で放射線医により読影されており評価できる。栄養管理機能は、設備・器具や業務マニュアルを整備し、適温適時の配膳、食欲低下や摂食機能低下への対応など、適切に行われている。

リハビリテーション機能は、主治医との連携や病棟等との情報共有、機器の保守管理など適切に機能しており評価できる。診療情報管理機能は、電子カルテと部門システムとが連動し適切に管理されている。医療機器管理機能は、医療機器安全管理責任者によって各機器の情報等の一元管理が行われており、臨床工学技士の関与も適切である。洗浄・滅菌機能は使用物品の一次洗浄は廃止し、中材で基準・手順に基づいて洗浄している。オートクレーブの各種インディケータを実施し、滅菌の質保証に努めている。

病理診断機能は、外部委託で対応しているが、術中迅速検査が対応可能な体制が整備されており、実施事例もある。放射線治療機能は、四国で初めてガンマナイフ治療を導入し、治療実績も多く、地域への優れた貢献があり評価できる。輸血・血液管理機能は、マニュアルに基づいておおむね適切に運用されているが、やや廃棄率が高いので検討が望まれる。手術・麻酔機能は、確実・安全に手術を行う体制が整備されているが、手術室の清浄度の確認は定期的に行うことを徹底されたい。救急医療機能は、脳外科疾患が疑われる患者やかかりつけ患者の積極的な救急の受け入れに努めており、評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算書の作成、経営状況の分析などが適切に行われている。医事業務は、受付から会計までの手順が定められ、適切に運営されている。レセプトの作成・点検・返戻は毎月積極的に検討を行っている。収納業務もおおむね適切であり、未収金の発生防止と回収努力の結果、少額で推移している。外部委託の是非や委託業者の選定は、組織的に検討されており適切である。

施設・設備の管理は、計画的に保守点検が行われている。院内は清潔に管理され、清掃業務や感染性廃棄物の管理も適切である。物品管理は、外部委託業務で医療材料等の商品を適切に供給している。内部牽制の仕組みや決裁権限も適切に機能している。

防火訓練は毎年2回開催され、緊急連絡網の整備など適切である。また、大規模災害の発生時のマニュアルも整備しており適切である。夜間の保安体制は外部委託で運営されているが、業務内容を詳細に定め、記録を残すことが望まれる。

11. 臨床研修、学生実習

看護師・リハビリテーション・医事部門の学生を受け入れている。各学校のカリキュラムに基づいて実習を行い、評価している。また、患者の個人情報保護に関する誓約書や医療安全・感染制御の教育後実習に臨んでいる。さらに、患者・家族に実習学生であることの理解と協力を求め、了承を得たうえで実習を行っており適切である。

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	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	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	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	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	B
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	A
1.6.4	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	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	B
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	B
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	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	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	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	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	A
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	B
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	B
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	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	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	B

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	B
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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 3 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	82.2	15.9
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	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		
特殊疾患病床		
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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	218.97	219.93	219.60	99.56	100.15
1日あたり外来初診患者数	5.80	7.51	9.69	77.23	77.50
新患率	2.65	3.42	4.41		
1日あたり入院患者数	50.37	35.57	41.25	141.61	86.23
1日あたり新入院患者数	3.18	3.12	3.96	101.92	78.79