

## 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 2 月 13 日～2 月 14 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、2005 年に病院を開設し、翌年には 28 床に増床した。診療における診断の要に医用画像を位置付け、がんを始めとする悪性および良性疾患の早期発見にあたっている。様々なモダリティー機器が使用され、高度な診断を行っており、広島県内を始め、広く遠隔地から患者が集まる病院である。

病院機能評価は 2008 年に初回認定を受け、今回で 4 回目の受審である。この間、病院幹部、病院職員が一丸となって取り組んでいることが窺えた。今回の結果を十分活用してよりよい病院を目指す努力を継続し、引き続き取り組みを進められることと、貴院のさらなる発展を祈念する。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念及び基本方針はわかりやすい内容で、病院の役割を踏まえ患者の立場に立ったものとなっており、周知もされている。病院管理者・幹部は、病院の現状の課題を認識し経営会議で検討し、解決への取り組みを行っている。また、病院運営のために必要な決定をしている。各種規定が整備され多くの会議・委員会を設置・運営している。リスクに対する病院の存続計画は検討中である。文書管理は規定に基づき管理されている。

各職種は法定数を満たしているが、常に人材確保の努力が続けられている。また、各種規則・規程が整備されている。各種福利厚生が整っている。人事考課面接で職員の意見・要望などを把握している。また、職員の教育・研修は法令に基づく研修と病院運営に必要性が高い教育・研修が行われている。また、院内外の研修への参加も行われている。人事考課は医師を含めた全職員に実施している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利と責務が明文化されている。説明と同意については40項目を整備しており、書式は同席者の項目を入れるなど順次統一に向けて準備している。医師は病状および手術などの説明に図式を用いるなど情報の共有と患者参加の促進を図っている。看護師は、患者が理解しやすいように独自のパンフレットを用いるなど医療への患者参加は十分に行われている。倫理規定には7項目について倫理課題を明記し、臨床研究などが倫理委員会に諮られ審議している。症例検討会で倫理的課題を抱える患者のケアについて検討され、必要時は倫理委員会に申請する仕組みがあり誠実に対応している。

最寄り駅より徒歩数分圏内で、路線バスは最寄り駅に停留所がある。駐車場がないため、周辺のコインパーキングの領収証の600円までを支払う仕組みとなっている。院内には日常生活の延長上のサービスが整っている。また、院内はバリアフリーになっており、診療・ケアに必要なスペースや患者がくつろげるスペースが確保されている。院内の整理整頓は行き届いており清潔で快適な療養環境が提供されている。病院敷地内は全面禁煙で周知が図られており、職員の喫煙習慣も毎年調査されている。職員の喫煙者は0人である。

### 4. 医療の質

投書箱を院内2か所に設置しており、担当者が毎日確認し回収している。投書は総務課から関連部署に伝えている。投書による改善事例も確認できた。診療ガイドラインについては、RFAに関して2009年より独自のガイドラインを作成している。業務の質改善については毎月開催している委員会で、患者アンケート結果などをもとに検討を行っている。最近導入したIVRの装置も病院全体で検討し、導入に伴う職員の研修などを病院が全面的に支援をしている。

病棟における医師・看護師の責任者を明示している。診療記録はマニュアルを遵守し、患者の状態や検査結果などを適時記載している。退院時サマリーの2週間以内の作成率は100%である。週2回の症例検討会に多職種が参加し、患者の情報や治療方針を共有し診療ケアを行っている。

### 5. 医療安全

医療事故防止マニュアルが作成され改訂履歴を記載している。安全確保に向けた情報収集は、1か月分のインシデント・アクシデントのレポートが報告され検討している。インシデントレポートの記載方法について研修を行っている。

患者確認方法はフルネームで確認している。手術・治療の部位は医師が必要時マーキングを実施している。検体は複数確認しているが、薬局は一人体制のため時間をおいて確認する方法をとっている。手術時はタイムアウトを取っている。転倒・転落防止のためのアセスメントシートを活用して実施している。医療機器の安全使用について、点検表に基づいて使用前後に点検し、新しい機器についても研修が行われている。院内緊急コードを設定し周知している。救急カートは毎日点検し、BLS研修も全職員が参加している。

## 6. 医療関連感染制御

2022年6月に患者用の流しや手摺りなど20個所で細菌検査を実施し、結果を公表している。今後も年1回の実施を予定している。院内感染管理者として医師が任命されており、医療関連感染制御に関するリーダー的役割を担っている。院内感染委員会のメンバーが部署ごとに項目内容や項目数を変えて、週1回院内の環境チェックを行っており、結果は院内感染委員会に報告している。院内の感染発生情報は、検査室が主治医への連絡と診療録への記載を行っている。

標準予防策、感染性廃棄物の取り扱い等は適切に実施している。バンコマイシンとハベカシンのTDMを行っていることは評価できる。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報誌は健康・医療の情報、診療科・部門紹介などを発信している。配布は院内への配置のほか、医療機関などに郵送している。部数は2,000部を年2回作成している。診療実績についてはホームページでの公表が行われている。地域医療連携は紹介患者の受け入れ、逆紹介などを実施している。紹介患者は受診時にFAXで来院の連絡を行い、返書発行の有無が管理されている。地域の医療・福祉機関の機能について把握している。年1回、学習会へ医師が講師として参加している。自治体検診を実施している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

オープンシステムを開始し、近医からの放射線・MRI・CT検査の短縮化と利便性を追求している。師長は病院のベッドコントロールを担っており他部署との連携調整を行っている。新たに抗がん剤を投与する場合は、薬剤師が直接患者に説明を行い、内容を診療録に記載している。患者の病棟への搬送時は、症例によって主治医と麻酔科医が同伴しており、必要に応じて酸素吸入や酸素飽和度モニターを使用している。褥瘡対策委員会は院長が責任者となって多職種で関与し、褥瘡患者の状況と対策を検討している。患者ごとに安静度が変更されると看護計画が修正・追記されている。症状緩和については、訴えることができない患者にはフェイスケールを用いて評価し、全症例検討会でも評価治療方法を検討している。せん妄リスク因子アセスメントを行い、「緊急やむを得ない抑制に関する説明同意書」に基づいて実施している。退院支援は退院時サマリーを活用している。また、看護サマリーも入院時から準備して、介護サービス導入や在宅調整の必要な患者にはケアマネジャーにもサマリーを送っている。必要時は医師が直接退院支援について関係者と話している。在宅からの入院は在宅に帰すことを基本としている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、外来患者に対しても希望者には服薬指導を行っている。画像診断結果は、常勤の放射線科医が読影しており、短時間で結果が得られている。調理・配膳は衛生に配慮した環境で、温冷配膳車で行っている。診療情報は電子カルテで一元管理し、1患者1IDとなっている。また、量的点検は全件を、診療録チェック

シートで行っている。医療機器は使用場所で清掃点検が行われ、ナンバリングによって稼働状況が管理できている。洗浄・滅菌は一次洗浄が使用場所で行われ、外来は一次洗浄後中央材料室に搬送し、手術後の器材は直接中央材料室に搬入し、一次洗浄、滅菌が行われている。使用時に品質保証が行われ確認をしている。救急患者の情報を早くに受け、患者が来院したらすぐに検査が可能な体制をとっている。術中患者管理は全身麻酔・腰椎麻酔の場合は全て麻酔科医が行っている。児童虐待や高齢者虐待を受けた可能性のある患者への対応は、「暴力・虐待防止対応マニュアル」が整備されており、26 項目のチェックリストを作成している。

#### 10. 組織・施設の管理

毎年予算書が作成され、毎月の進捗状況は経営会議で報告・分析・改善の検討を行っている。また、会計監査は税理士による外部監査が行われている。医事業務はマニュアルに基づき確実にやっている。未収金の管理・督促も適切であり、直近の取り組みで未収金はほぼ発生していない状況である。レセプトは医師が点検を行い、返戻・査定について医事・保険診療委員会で検討し再請求をしている。

業務委託については、委託対象業務を検討する仕組みがあり、業者の選定を行っている。業務内容の評価なども適切である。施設・設備管理は主要な設備の保守管理については、日常点検と保守管理が定期的に行われている。院内清掃も行き届いており、廃棄物の処理は確実に実施されている。物品管理については、物品の発注と検収の内部牽制機能が発揮されている。

大規模災害対策マニュアルが整備され、発生時の対応や責任体制を明確にしている。年2回防災訓練を実施し、夜間想定のお知らせ、避難、消火などの総合訓練を行っている。備蓄は患者3日分、職員2日分を備蓄している。保安業務はセキュリティー会社で確実に管理している。医療事故等に対する対応は手順や弁護士の参画が整えられている。

#### 11. 臨床研修、学生実習

協力型の医師臨床研修病院である。医師以外の職種では、現在、大学から医療事務の学生実習を受け入れている。学校から依頼されたカリキュラムに沿った実習・評価などを行っている。

# 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・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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
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	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	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	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 9 月 1 日 ～ 2022 年 8 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 8 月 31 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団公仁会 横殿順記念病院

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：広島県広島市西区横川新町8-21

## 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	28	28	+0	76.536	6.36
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	28	28	+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	3	+0
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		
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(準備病院)

## 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

	実績値					対 前年比%	
	年度(西暦)			昨年度	2年前	昨年度	2年前
	2021	2020	2019	2021	2020		
1日あたり外来患者数	49.57	50.78	53.65	97.62	94.65		
1日あたり外来初診患者数	3.01	3.17	4.06	94.95	78.08		
新患率	6.08	6.24	7.57				
1日あたり入院患者数	24.95	21.64	24.43	115.30	88.58		
1日あたり新入院患者数	3.42	2.96	3.64	115.54	81.32		