

# 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7月1日～7月2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1954年に成羽病院として開設し、建て替えや市町村合併を経て、現在の高梁市国民健康保険成羽病院となっている。一般病床は、新病院完成時に54床まで減らし、医療療養や地域包括病床の増床などを行っており、2002年にはへき地医療拠点病院に指定され、高梁・新見医療圏唯一の公立病院として地域の医療を支えている。また、現在、高梁市成羽地区・備中地区に5つの附属診療所を運営しており、川上地区には委託管理診療所を運営している。

今回の病院機能評価は2回目の受審である。病院幹部、職員が一丸となって改善に向けて努力しており、前回受審時に指摘された事項の改善を随所で確認することができた。今後、今回の病院機能評価の結果を活用し、より良い病院を目指す努力を継続して取り組みを進め、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

理念および基本方針は病院の役割を踏まえ、患者の立場に立った内容を制定しており、院内外に周知している。病院管理者・幹部は、病院の現状や諸課題を把握し、幹部会で検討し解決に向けて取り組んでいる。各種規程を整備し、多くの会議・委員会を設置しており、病院運営のために必要な決定を行っている。また、リスクに対する事業継続計画（BCP）を整備している。情報システムは電子カルテをはじめ、多くのシステムが総合的にリンクしている。文書管理規程は市の規程に基づき、管理する文書の種類、保管、廃棄などを定めている。

各職種とも法定数を満たした人材を確保しているが、看護師の確保に継続的に取り組んでいる。各種規則・規程を整備し、職員の総労働時間、年次有給休暇の就労

管理をしている。衛生委員会を毎月開催し、職員の健康診断の実施、精神的サポート体制の整備、ストレスチェックの実施など、職員の安全衛生管理を行っている。また、各種慶弔規程、住宅手当等の福利厚生を整備し、職員の意見・要望などを把握する仕組みを整備している。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・研修を行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利として7項目を定め、2項目の責務とともに高梁市国民健康保険成羽病院患者権利憲章に記載している。患者の権利は病院ホームページ等で院内外への周知に努めている。患者の理解を深めるため、医師からの説明後に、他職種より患者・家族に再度説明するなど、理解の促進に取り組んでいる。また、治療拒否、輸血拒否等、主要な倫理的課題に関する方針を整備し、臨床の現場で解決困難な事例等は、倫理コンサルテーションチームや倫理委員会において検討するなど、組織的に取り組んでいる。倫理コンサルテーションチームは必要な事例を検討し、臨床の現場にフィードバックすることにより、職員の倫理的課題の認識につながっている点は評価できる。各部署では患者・家族が抱える倫理的課題について検討シートを用いて話し合い、解決に取り組んでいる。

院内はバリアフリーで、必要な場所に車椅子や手摺りを設置し、高齢者・障害者に配慮している。また、院内は整理整頓され、患者がくつろげるスペースを確保している。敷地内は全面禁煙であり、禁煙外来の実施や職員の喫煙状況の把握など受動喫煙防止に取り組んでいる。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見は、意見箱や患者満足度調査で収集し、委員会等で検討のうえ改善結果を掲示し、患者・家族にフィードバックしている。また、主治医ごとに退院カンファレンスを毎週行い、多職種が参加して活発な情報交換を行うことにより、病院全体の診療の質向上につながっている。さらに、TQC委員会を設置し、多くのTQC活動を行っており、毎年院内発表会を行い、優秀演題は地域医療学会で発表している。新たな診療・治療方法や技術の導入に際し、病院としての対応を明確にしておき、必要に応じて研修会を行うなど、支援体制を整備している。

病棟の入り口には責任者・担当者の多職種の氏名を掲示し、医師の不在時は、外来では不在状況を一覧で示し、病棟では個別に説明して主治医不在時の対応医師を紹介するなど、責任体制を明確にしている。診療記録の記載マニュアルを定め、遅滞なく記録し、診療記録の質的点検を定期的実施するなど、適切な診療記録の作成に努めている。日常的に、患者・家族のニーズなど患者情報を多職種で共有し、主治医ごとに週1回カンファレンスを行っている。また、認定看護師や専門医が介入して褥瘡・NST・ICTなどの専門チームが診療・ケアを行っている。

## 5. 医療安全

多職種で構成された医療安全管理委員会を月1回開催しており、院長直轄の医療安全管理者には医療安全に関する権限委譲を明文化しており、マニュアル等も定期的に見直しているなど、医療安全の体制が確立している。また、インシデントレポートは医師からの提出数も多く、全職種から提出されており、収集したデータを分析・検討後に業務改善につなげており、評価ラウンドで改善状況を確認している。

患者の誤認防止として、患者自身に生年月日、氏名を名乗ってもらうなどの協力により誤認防止に取り組んでおり、検査・手術時の部位や検体は、複数名で確認している。口頭指示は原則行わない方針であるが、やむを得ない場合は専用用紙を用いて、口頭指示の手順に従って実施している。各病棟の担当薬剤師は、入院患者に対する持参薬管理や服薬管理指導を行っている。病棟の救急カートは看護師と薬剤師が定期的に確認している。全入院患者に転倒・転落リスク評価を行い、対策を立案しており、対策は定期的に見直され、多職種でも情報共有している。また、医療機器を使用する職員には、教育・研修を実施し、医療機器にマニュアルと点検表を整備し、確認できる仕組みになっている。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は副院長を委員長とし、各部門より選出されたメンバーで構成されている。感染対策チームは実働部隊として週1回ラウンドを行うなど、医療関連感染制御の体制は確立している。院内外の感染症の発生状況は、院内感染対策委員会が把握し、必要時には対策を立案している。アウトブレイク時の対応手順は明確であり、発生時には適切に対応している。

個人防護用具の着用は、1処置1手袋を徹底しており、手指消毒も各自持参して使用している。抗菌薬適正使用指針に基づいた抗菌薬の使用と監視を行っており、特定の抗菌薬は届出制によって使用状況を管理している。ICTによるラウンドを週1回行い、適正使用か否かを検討し、必要時には抗菌薬の変更・検査の追加などについて、主治医に提案している。

## 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、病院の広報誌、市の広報誌など、地域に向けて、催しの案内や医療サービス、受診案内などの情報をわかりやすく発信している。また、病院年報を毎年発行し、近隣医療機関などに配布している。地域の医療機関等との連携は、地域連携室を中心に積極的に行っており、紹介患者の受け入れ、地域連携パスの活用、紹介元医療機関への受診報告、逆紹介など、一連の業務は適切である。地域住民を対象として、院外の出前講座、ケーブルテレビでの発信、民生委員を対象とした研修など、医療に関する教育・啓発活動を実施している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

侵襲を伴う検査は十分に患者・家族に説明のうえ、確実な同意取得のもとで実施している。外来医による医学的な判断に基づき入院適応の判断が行われ、患者・家族に十分に説明を行い、同意を得ている。紹介入院は、地域連携室が中心となって受け入れている。医学的判断に基づいた診断・評価を行い、看護計画を含めた診療計画書が速やかに作成され、患者・家族に説明し同意取得後、入院と治療が行われている。医療相談窓口で患者・家族からの多様な相談を受け付けており、メディエーターと看護師が対応し、内容によっては地域連携室に引き継いでいる。

医師は毎日回診し、病態の内容をカルテに記載するとともに、週1回の主治医ごとのカンファレンスを主導している。参加者は医師・看護師・療法士・栄養士・薬剤師・地域連携担当者など多岐にわたり、治療方針だけでなく退院の方向性や認知・抑制・栄養についても情報交換・共有を図っている。病棟看護体制は固定チームと個人受け持ち制をとっており、観察に基づく病態の把握とケアに看護計画を立案し、多職種が参加する病棟カンファレンスで情報共有している。病棟薬剤師を配置し、薬剤の管理や患者の服薬指導・管理を行っている。病棟で看護師が注射薬を調製・混合する際には、都度注意事項が確認できるように工夫している。輸血の実施に際してはマニュアル等に従い、患者名・血液製剤の種類と血液型・ロット番号・投与量・投与法を確認している。入院時には褥瘡リスクの評価を行い、リスクの高い患者には計画を立案している。皮膚・排泄ケア認定看護師を中心に、多職種でケアに取り組んでいる。疼痛・苦痛について、患者の訴えに対して客観的評価を行い、チームで緩和ケアのサポートを行っている。原則として身体抑制は行わない方針であるが、切迫性・一時性・非代替性の評価のもと、医師の指示にて患者・家族に説明を行ったうえで実施している。身体抑制時は解除に向けた取り組みと、医師を含めた多職種カンファレンスで評価を行っている。

入院中の経過は、退院前にケアマネージャーや地域包括支援センターを加えた退院前の会議を行うなど、退院後の生活が円滑に送れるように支援している。ターミナルステージの判定は医師が診断した後に、病棟カンファレンスで多職種と検討して決定している。ターミナル期には個室を提供し、家族との時間を大切にできるよう配慮している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査・調剤鑑査・疑義照会および持参薬の鑑別、夜間・休日の体制など薬剤管理機能は適切である。臨床検査機能は、外部委託の検体検査や緊急検査を含め、適切に対応している。画像診断機能は、CT・MRIの待ち日数はなく、緊急時にも柔軟に対応している。撮影された画像は遠隔読影を行っており、読影結果を確実に確認するよう工夫している。栄養管理委員会と給食委員会を毎月開催し、多職種で評価を行い、改善に取り組んでいる。リハビリテーションは、療法士、主治医、病棟スタッフと情報連携して対応しており、連続性に配慮してリハビリテーションを実施している。診療情報は電子カルテで一元管理し、病名・手術名のコーディングや診療記録の量的点検などを行っている。医療機器は一元的に管理し、医療機器に関

する委員会において標準化を行う仕組みとなっている。使用済みの器材は、中央材料室で一次洗浄と滅菌を実施しており、回収された器材は洗浄から滅菌までワンウェイの工程で行っている。

輸血用血液製剤の一元管理は検査室で行い、発注・保管・供給などを行う担当者は明確である。また、使用した血液製剤のロット番号は適切に記録・保存しており、使用状況は隔月の輸血療法委員会で報告・検証している。主治医と外来看護師長が手術に関するスケジュール管理を行い、緊急時にも柔軟に対応している。手術室のHEPA フィルターの管理など、清潔管理も適切である。救急医療機能は、救急対応マニュアルを整備し、可能な限り対応することとしており、対応困難事例は高次医療機関に紹介している。

#### 10. 組織・施設の管理

毎年予算書を作成し、経営状況は毎月幹部会で報告・分析・改善について検討している。医事業務は業務マニュアルに基づき適切に行っており、未収金は電話や文書で督促している。また、レセプトは医師が点検を行い、返戻・査定についても診療録管理委員会で検討し再請求をしている。業務委託は、SPD、清掃などの設備管理や保安業務としており、委託職員には医療安全、医療関連感染制御、接遇等の院内の研修に参加する仕組みがある。

主要な設備の保守管理については、日常点検と計画的な保守点検を行っている。院内清掃は行き届いており、感染性廃棄物の取り扱いも適切である。医療材料の管理はSPDで、物品は定数配置されている。医薬品は、薬価改定時に全使用薬品の見積もりを取っており、棚卸を適切に実施している。災害時の対応は大規模災害マニュアルが整備されており、また、患者・職員・避難者用の備蓄を確保している。医療事故等に対する対応は、手順を整備し、弁護士に相談する仕組みがある。

#### 11. 臨床研修、学生実習

各職種の学生実習は、大学、専門学校などからの学生実習依頼に応じ、実習カリキュラムに沿って実習・評価を行っている。実習にあたり、医療安全や感染対策など必要な教育を実施している。

# 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	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	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	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
1.4	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	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	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	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	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	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 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 4 月 2 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 高梁市国民健康保険成羽病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 岡山県高梁市成羽町下原301

## 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	54	54	+0	79.4	25.7
療養病床	42	42	+0	2.7	8.5
医療保険適用	42	42	+0	2.7	8.5
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	96	96	+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	18	+8
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

へき地拠点病院, 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	203.00	174.71	196.61	116.19	88.86
1日あたり外来初診患者数	27.45	21.75	25.23	126.21	86.21
新患率	13.52	12.45	12.83		
1日あたり入院患者数	44.02	51.41	58.49	85.63	87.90
1日あたり新入院患者数	1.81	2.13	2.32	84.98	91.81