

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 12 月 13 日～12 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、地域包括ケア病床 45 床を持つ 90 床の一般病院として運営されている。患者様と共に築いていく病院をテーマに「足立健康友の会」と連携を保ち、理念である「地域と共に歩む安全・安心の保健・医療・福祉」の実現を目指している。

今回の病院機能評価の訪問審査では、過去の指摘事項への改善の取り組みが随所に見られた。今後も継続的に医療の質の向上に取り組まれ、貴院のますますの発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は、院内掲示やホームページのほか、種々の媒体を通じて院内外に周知している。病院管理者・幹部は、自院の地域に対する役割や進むべき方向などを明確にし、随時職員に向けて発信するなどリーダーシップを発揮している。病院の意思決定会議として管理委員会が設置され、その決定事項は課長職責者会議を通じて全体に伝達されている。病院運営に必要な委員会などが適切に設置、運営されている。病院の年次事業計画に基づく各部署の目標が定められ、半期ごとの見直しが行われている。情報管理は、電子カルテが運用され、データの真正性、保存性、見読性が確保されている。文書管理規程では、発信、受付、保管、保存、廃棄のシステムなどが規定されているが、管理する文書の範囲や決裁の仕組みの検討が望まれる。

法定人員や施設基準上の人材は確保されている。人事・労務管理は、諸規則・規程が整備されており、有給休暇の取得が推進され、職種別の総労働時間も平準化している。職員の安全衛生管理では、保健衛生委員会が開催されている。健康診断

は、ほぼ全職員が受診している。職員意見箱が設置され、今年度より職員満足度調査が実施されている。

職員への教育・研修として、教育・研修の年間計画が管理委員会で策定されており、必要性の高い課題についておおむね網羅された計画となっている。職員の能力評価や能力開発の計画などに関する育成面談が実施されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、ホームページと院内掲示で周知している。説明と同意の範囲を定めており、説明と同意の書式には説明側の同席者欄が設けられ、同席者の署名がなされている。患者と情報共有を図っており、患者相談窓口として医療福祉相談室が設置されている。個人情報保護に関する規程、利用目的などが整備されており、診療現場のプライバシーも適切に保護している。臨床における倫理的課題への取り組みでは、倫理指針・基準の中で病院の方針として輸血拒否等について明文化している。倫理的課題は日々のチームカンファレンスで検討し、解決できない事例については、多職種カンファレンスで検討している。さらに、解決しない困難事例は、倫理委員会で検討する仕組みとなっている。

来院時のアクセスとして、駅が近く、地域シャトルバスの利用も可能である。院内のバリアフリー、診療・ケアに必要なスペースは確保されている。敷地内禁煙としている。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、意見箱を設置して収集し、主に院内掲示でフィードバックしている。定期的に患者満足度調査を実施して意見の収集に努めている。診療の質の向上に向けた活動では、多職種が参加する病棟カンファレンスを行っている。業務の質改善に向けて、業務改善委員会と管理委員会で検討している。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入では、新型コロナウイルス感染症患者に使用する目的でネーザルハイフローを購入した際に管理委員会で検討し、業者による院内学習会を実施している。

病棟には責任者として、病棟医長、看護師長、病棟薬剤師、退院看護師等を掲示し、診療・ケアの管理・責任体制を明確にしている。診療記録は、診療記録ガイドラインを遵守して適時に主に日本語で記載している。診療記録の質的点検を行っており、結果をフィードバックしている。2週間以内の退院時サマリー作成率の向上が期待される。法人の皮膚・排泄ケア認定看護師、医師、薬剤師、管理栄養士、療法士による褥瘡ラウンド、転倒・転落発生後の看護師、療法士、ケアワーカーによる再発防止カンファレンスなどが行われており、多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制として、医療安全管理者が配置され、医療安全管理指針が整備されている。医療安全委員会が定期的開催されている。インシデント・アク

シデントは、所属長を通じて医療安全管理者に届く仕組みである。医療安全委員会で検討した再発防止策は、各部署のリスクマネージャーにより伝達され、さらに医療安全ニュース等を通じて周知している。

患者確認は、患者のフルネームの名乗り、入院ではリストバンドを併せて確認している。手術部位の誤認防止対策としてマーキングを行い、手術開始前のタイムアウトを実施している。医師の指示出し、指示受けが確実に行われている。口頭指示の場合は、指示受けの看護師が口頭指示用紙に記載し、その内容を看護師2名で確認後に実施し、翌日主治医が診療録に記載している。ハイリスク薬は、一覧表がスタッフステーションに掲示されている。麻薬・向精神薬の在庫管理や確認方法、および救急カート内の劇薬の表示は検討が期待される。入院時、全患者に転倒・転落アセスメントを用いて評価し、危険度に応じて看護計画を立案し、対策を実施している。人工呼吸器、輸液ポンプやシリンジポンプの使用時は、使用確認表を用いて設定条件や作動確認を行い、確実に伝達している。人工呼吸器使用中は、法人内の臨床工学技士がラウンドチェックを行っている。患者等の急変時の対応として、緊急コードが設定されている。全職員を対象としたBLS訓練が再開されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として、院内感染対策管理者に医師を任命し、感染対策委員会の下部組織として、ICTとリンクナース会を設置している。院内の感染発生状況は、検査課から主治医と感染担当看護師に連絡があり、両者が検討したうえで対策を周知している。ICTが週1回院内ラウンドを行い、その結果と感染症情報を併せて週報として周知している。

医療関連感染を制御するための活動として、個人防護具は各部屋の前や処置カート、および各部署に配備し、迅速に使用できるようにしている。抗菌薬の適正な使用は、1か月の抗菌薬の全使用量を各医師にフィードバックしており、起炎菌や感染部位の特定も行われている。また、薬剤師が毎日抗菌薬の投与の必要性をチェックしており、問題がある場合は医師に連絡している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報の管理を管理事務室が担っており、広報誌は年4回発行されている。診療内容や医療サービスは、主にホームページを通じて発信している。ホームページの更新は、法人本部の広報に依頼する体制である。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携では、地域の医療機関の情報が医療福祉相談室および退院支援看護師により収集されている。地域の「健康友の会」を核とした協議会組織があり、協議会を中心に情報共有や地域連携が図られている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動では、地域の健康増進に寄与する活動として、「保健学校」や「健康友の会共催の学習会」の開催など体制が構築されており、オンラインでの学習会も実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、病院の診療情報を主にホームページで案内している。外来診療では、新患の診察の場合、外来新患問診票と診療情報提供書に加えて、看護師が問診内容の確認と追加情報の収集を行っている。紹介患者の受け入れは、地域連携室の役割として看護師長が行っている。診断的検査の必要性は主治医が判断し、患者の同意を必要とする検査について説明を行い、同意を得て実施している。適切な連携先への患者の紹介として、自院で対応困難な患者については、紹介先の病院へ医師が直接電話で連絡している。入院は、診察医、当直医が判断して決定している。患者の希望に配慮し、十分な説明と同意を得ている。入院診療計画書は医師および看護師で作成し、入院後速やかに交付している。患者・家族の要望に配慮し、説明と同意も行われている。患者・家族からの医療相談は、MSW と退院支援看護師が対応している。患者が円滑に入院できるように、予約入院患者は直接病棟に来院し、入院病棟で入院受付を行っている。

主治医は回診を行い患者の病態を把握し、診療録に記載している。受け持ち患者の治療方針や症状について、多職種による病棟カンファレンスで説明するなど指導力を発揮している。看護師は、入院時に全患者の基本情報を収集し、転倒・転落アセスメントなどにより評価して看護計画の立案、ケアを実施している。薬剤師は、全入院患者の薬歴管理を実施しており、抗がん剤は安全キャビネットを使用してすべて調製・混合している。輸血中の観察はマニュアルに沿って行われている。手術・麻酔の適応と方法は各診療科で検討され、説明と同意が行われている。重症患者の管理は、重症患者用病室が設置され、医師が入退室を決定している。入院時に、全患者の褥瘡リスクを評価し、評価に応じた看護計画を立案している。法人の皮膚・排泄ケア認定看護師の介入および褥瘡対策チームによるラウンドを実施している。入院時に、全患者に栄養スクリーニングで評価し、栄養管理が必要な場合はスクリーニングの情報が管理栄養士に伝達される体制である。管理栄養士は栄養管理計画書を作成し、その後2週間ごとに評価している。症状などの緩和は、緩和ケアマニュアルが運用され、手順に沿って対応している。リハビリテーションの必要性とリスクについて患者・家族に説明して同意を得ており、症例によっては当日から実施している。身体抑制の実施は最小限とし、必要と判断した場合は医師が必要や抑制方法を説明し同意を得ている。入院時に、全患者に対して退院困難事例の把握のためのスクリーニングを看護師が実施し、退院支援が必要な患者にはMSW が関与している。在宅で必要なサービスについて、ケアマネージャーと連携しており、在宅サービス関係者を交えた退院前カンファレンスも実施している。ターミナルステージへの対応として、療養環境に配慮し患者のQOLに応じた診療・ケアを実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、持参薬の鑑別や管理、処方鑑査を行い、疑義照会は診療録に記載している。入院患者の内服薬は1週間分を朝・昼・夕で配薬して、病棟へ払い出している。臨床検査機能では、外部精度管理に参加し、委託業者の精度管理の結

果も把握している。異常値やパニック値は、直接主治医に報告している。画像診断機能では、画像診断は遠隔読影を利用している。栄養管理機能では、セントラルキッチン方式が導入されており、再加熱カートによる適時適温で食事が提供されている。ミールラウンドによる個別対応も行われている。リハビリテーション機能では、リハビリテーションに関する主治医や病棟との情報共有が病棟カンファレンスで行われている。患者のプログラム評価と改善は、療法士が週1回開催するレビューカンファレンスで行っている。診療情報管理機能では、診療情報管理室に専従の診療情報管理士を配置し、量的点検などを実施している。医療機器管理機能では、医療機器は標準化されている。使用後は各部署の決められた場所に返却され、臨床工学技士による点検後、点検済み用紙を貼り所定の場所に置き、その後は看護師により適切に管理されている。洗浄・滅菌機能では、他施設に委託する方式である。使用済みの器材は各現場で密閉した容器に入れ、滅菌場所に搬入されている。

病理診断機能では、標本は検査課から委託業者に送付され、結果が報告されている。輸血・血液管理機能では、輸血用血液製剤の発注・返却などを担当する検査技師を明確にしている。血液製剤は自記温度記録計付保冷庫で保管・管理している。手術・麻酔機能では、電子カルテでスケジュール管理を行い、全身麻酔および腰椎麻酔症例の術中の患者管理を麻酔科医が行っている。手術室退室時は退室基準を遵守し、帰室時は医師が付き添っている。救急医療機能では、救急患者は、平日は医師が判断して受け入れており、夜間・休日は当直医と外来看護師が相談したうえで受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、医療法人会計基準による財務・会計処理が行われている。年度別・月別の予算が策定されており、公認会計事務所による会計監査の体制を整えている。業務委託の検討は、法人本部主導で行われている。業務の質は現場で確認したうえで、本部で把握している。

施設・設備の管理では、年間の保守計画が策定され、電気設備点検、ガス供給設備点検、貯水槽点検などが計画的に実施されている。SPDによる物品管理が行われている。棚卸は年2回行われ、使用状況の評価、期日管理を実施している。

災害時の対応として、BCPを策定し、事業継続対策委員会を設置している。防災訓練を年2回実施し、キュービクル点検時に停電想定訓練も実施している。保安業務は、日中は営繕職員が担当し、夜間は事務当直による体制を整備している。医療事故等への対応は、医療事故調査委員会が招集され、対応する体制を整備している。必要時に顧問弁護士が参加している。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習等は、看護部、薬剤課、リハビリテーション課で受け入れている。各学校とカリキュラムを調整しており、事故時の対応などについても取り決めがなされている。

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	B
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	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	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	B
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	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	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 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：医療法人財団健和会 柳原病院

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：東京都足立区千住曙町35-1

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	90	90	+0	71	20.49
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	90	90	+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	45	+0
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

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： 1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	61.00	72.60	79.51	84.02	91.31
1日あたり外来初診患者数	9.32	11.68	12.47	79.79	93.66
新患率	15.27	16.08	15.69		
1日あたり入院患者数	64.05	75.11	85.38	85.27	87.97
1日あたり新入院患者数	3.31	3.38	3.87	97.93	87.34