

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 3 月 18 日～3 月 19 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 2	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は 1979 年の開院以来、地域に密着した医療を理念に、診療科の増設、病床の増床、高額医療機器の導入など、病院機能を向上されてきた。回復期リハビリテーション病棟や健診部門の開設や、在宅療養後方支援病院の承認を受けるなど、年々高齢者が増加する地域において、地域の中核病院としての役割を果たしている。近年は、病院救急車の活用、HCU 病床の整備、新棟の建築など急性期機能を強化しつつ、訪問看護ステーションを開設し、近隣の介護施設・訪問診療とも連携してシームレスな医療を提供している。さらに、基幹型臨床研修病院として、初期研修医の受け入れを行い、近隣の大学および専門学校からの学生実習を受け入れるなど、医療人の育成について積極的に取り組んでいる。

この度の病院機能評価受審は、3 回目の更新審査となるが、基本方針のとおり全職員が力を合わせて病院機能の向上のために協力して取り組んでいる様子が確認できた。特に、リハビリテーション部門は高く評価できる。今回の受審を機に、貴院が今後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

病院の理念をわかりやすく明文化している。病院運営の意思決定が行われる会議が明確で、必要な委員会の役割や目的を整理できており、適切に組織運営がなされている。毎年度、院長自らが医師および役職者全員と個別面談を実施するなど、コミュニケーションを通じて職員の就労意欲向上や経営参画意識向上を図っている。院内で取り扱う情報システムを一元的に管理しており、セキュリティ対策も行っている。文書管理においては、規程・マニュアルの改訂履歴など、一元的に管理する

仕組みの構築が望まれる。

人事・労務管理については、病院機能に見合った専門職種が確保されており、人事評価制度を導入するなど適切に管理されている。職員への教育・研修については、専門分野の資格取得や技術・知識習得のため、学会参加や外部研修について支援体制が整備されている。今後は、全職員が対象となる研修のさらなる充実および参加率の向上にも期待したい。各専門職種における初期研修は、教育プログラムやキャリアラダーを活用し、適切に実施されている。

3. 患者中心の医療

「患者さまの権利」を定め、ホームページや病院案内、職員手帳に掲載し、患者・家族や職員に周知している。説明と同意に関する方針、基準・手順書は、医師診療指針に定められ、職員手帳にも掲載して職員へ周知している。治療やケアに必要な情報は、模型や図示・図解されたパンフレットなどを用いて、患者の理解が深まるよう工夫されている。患者・家族の相談は医療相談室が対応し、多職種カンファレンスで情報を共有して対応している。個人情報保護にかかる規程は適切に整備されている。臨床現場で発生している倫理的課題を共有・検討する仕組みとして、倫理委員会の機能を活用することが期待される。

病院へのアクセスは、最寄りの駅から無料の送迎バスを運行している。総合案内に看護師を配置し、高齢者や障害者をサポートしている。病棟内は静寂であり、明るく清潔に保たれ、整理・整頓されている。浴室やトイレは、段差がなく必要な位置にナースコールが設置されるなど、安全に配慮されている。敷地内は全面禁煙であり、禁煙外来も実施している。

4. 医療の質

各委員会や主任会のワークアウト会議などにより、多職種による業務改善が実施されている。診療ガイドラインは電子カルテ上で閲覧ができるように整備されている。各診療科において、医師を中心に関係職種が参加して症例カンファレンスが行われている。臨床指標は、グループで取り組んでいる指標に加え、独自の指標を設定して診療の質向上を継続的に行っている。患者・家族の意見は、意見箱・患者満足度調査・患者相談窓口で収集し、対応内容を院内に掲示している。新たな診療技術や治療については、幹部会に申請して倫理委員会で審議を行ったうえで導入されている。

病棟には、医師と看護師の責任者、担当薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーの氏名を掲示板に明示している。病棟の責任者は、患者カンファレンスや診療回診、病棟ラウンドを行い、環境整備の把握や患者からの情報を得て診療・ケアに活かしている。

診療記録の記載については、略語集の整備を望みたい。また、診療記録の質的点検は、医師だけでなく多職種での実施を検討されたい。各病棟で診療科ごとのカンファレンスが開催され、医師や看護師など多職種が参加して治療方針の共有や退院に向けた介入など、さまざまな検討を活発に行っている。

5. 医療安全

医療安全管理室に専従の医療安全管理者を配置し、医療安全管理マニュアルの作成、院内ラウンドの実施、アクシデント・インシデント報告の収集を行っている。アクシデント・インシデントは体験報告用紙に記載し、所属長、部署長の承認を得て医療安全管理室に提出される仕組みである。重大な医療事故が発生した場合には事故調査委員会を召集し、事故の原因究明と再発防止策を検討しており、訴訟発生時には顧問弁護士による支援体制を整備している。

患者誤認防止マニュアルが整備され、患者確認はフルネームの名乗りと生年月日で確認している。血液検査のパニック値、病理検査や画像診断の主治医が予期していない可能性のある重要所見については、担当部署から主治医に直接報告する体制となっている。薬剤師は、ハイリスク薬の注意事項について病棟スタッフへ情報を提供している。転倒・転落防止については、アセスメントスコアシートで危険度を把握し、患者の個別性を考慮した看護計画を立案している。医療機器の使用については、新人看護師、中途採用者を対象に講習会を開催するなど、安全使用に配慮している。緊急コードの設定、シミュレーション訓練の実施、院内で統一した救急カートの設置など、急変時に適切に対応できるよう整備している。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策室は、ICN2 名、ICD、薬剤師、臨床検査技師を配置し、感染制御活動の司令部として機能している。院内感染対策委員会を毎月定期的で開催し、院内外の感染情報の検討と対策の立案、感染対策マニュアルの整備や改訂を行っており、医療関連感染制御に向けた体制を構築している。医師を含む感染制御チームのメンバーが毎週院内全部署のラウンドを実施しており、アウトブレイク発生時には臨時の委員会を開催するなど、医療関連感染制御に向けた情報収集と検討が適切に行われている。

院内感染対策マニュアルを整備し、標準予防策、感染経路別予防策を実施している。また、ICT ラウンドを週 1 回、ICN ラウンドを毎日実施し、ラウンド結果を現場にフィードバックしている。抗菌薬の採用は、院内感染対策委員会での検討を経て薬事委員会において検討している。感染防止対策室は、院内分離菌感受性パターンを把握し、アンチバイオグラムとして医師に報告している。血中薬物濃度のモニタリングと解析から、投与量を提案する TDM の仕組みもあり、抗菌薬使用密度もチェックするなど、抗菌薬の適正使用に力を入れている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は広報委員会が担当し、病院案内や入院案内、ホームページ、広報誌等を通して、地域住民や近隣医療機関に定期的に情報を発信している。また、診療実績や病院指標、各診療科の紹介等をホームページに掲載し、自院の情報発信に努めている。地域の医療ニーズは、地域医療連携協力契約医療機関への訪問や、地域の医師が参加する地域連携懇談会などを通して把握に努めている。紹介患

者の診療予約は電話で受け付けており、多くの検査依頼等に対応している。紹介、逆紹介、返書等については地域連携室が一元管理しており、来院報告、入院報告、退院報告など経過に合わせて迅速に回答している。

地域に向けた医療に関する活動は、町内会や自治体、企業等からの依頼に応じて出張開催する医療講演会や地区の社会福祉協議会の高齢者向け講演会に、医師やリハビリテーションスタッフ等を講師として派遣している。健診センターでは日帰りドックや脳ドック、がん検診など各種健診を積極的に実施しており、地域の健康増進に取り組んでいる。地域の医療従事者に対しては、近隣介護施設の技術講習会にリハビリテーションスタッフを派遣するなど、積極的に活動している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

医師は医学的根拠に基づき外来診療および検査を実施しており、侵襲性の高い検査では文書で説明して同意を得ている。入院の決定において、入院案内やクリティカルパスを活用して、入院から退院までの流れの概要説明を行っている。医療相談を必要とする患者・家族の対応は、地域連携課医療相談室が対応しており、相談内容に応じて各専門職が適切に対応している。

医師は、回診やカンファレンスを活用して診療情報の共有に努めている。病棟看護師は、看護基準・手順に沿って、各種リスクアセスメント評価結果を踏まえた看護計画を立案している。投薬・注射、輸血療法、周術期の対応、重症患者の管理は、ガイドライン等に準拠して適切に管理されている。栄養管理が必要と判断された場合、管理栄養士が栄養管理計画書を作成して栄養指導を実施している。患者の疼痛は、NRS やフェイススケールを用いて判断し、緩和ケアマニュアルに基づいて症状緩和が図られている。リハビリテーション開始時には、各療法士は障害の程度などの状態評価を行い、主治医を中心に多職種で目標達成に向けた総合実施計画書を作成している。

身体拘束に関する基本方針が定められ、必要性の評価については切迫性・非代替性・一時性の三原則を踏まえ、医師の指示の下で必要最小限の実施とし、早期解除に向けた取り組みがなされている。入院時に退院スクリーニングを実施し、退院支援計画書の作成や多職種カンファレンスで退院に向けた情報共有がなされ、継続療養が必要な場合は、地域のケアマネージャーなど関連機関と連携のうえ対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、休日・夜間の臨時処方に対しても処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査を行い、注射薬は1 施用ごとに払い出している。また、プレアボイド活動と薬剤管理指導には特に力をいれている。臨床検査に関して、検体検査は通常 60 分で結果報告され、パニック値検出時も適切に対応している。リハビリテーションは、「幸福感を追い続けるリハビリテーション科」という理念を掲げ、入院から外来・訪問まで切れ目のないリハビリテーションに取り組んでいる。院内の活動のみならず、人材育成や院外活動にも積極的に取り組んでおり、リハビリテーション機能は高く評価

できる。画像診断機能、栄養管理機能、診療情報管理機能はいずれも適切に機能を発揮している。医療機器管理マニュアルを作成し、チェックリストに沿って始業時・使用中・終業時に点検している。洗浄・滅菌機能については、始業前のボウイー・ディックテストや物理的・化学的・生物学的インディケーターにより、毎回滅菌効果を確認している。

病理診断機能では、生検・組織標本の診断結果がおおむね4日以内に報告されており、術中迅速検査は約30分で報告されている。輸血部門は、輸血療法委員会において、血液製剤の使用状況や副作用発生状況等を報告して検証に取り組んでいる。手術部門では、手術室内でタイムアウトが実施され、全身麻酔はすべて麻酔科医が担当している。集中治療機能としてHCUが5床稼働しており、医局会で定めた入退出基準に従って運用している。救急医療は、多くの救急搬送を受け入れるなど、地域のニーズに基づいた救急医療機能を提供している。

10. 組織・施設の管理

年度予算は、事業計画・給与積算内訳・施設整備計画・機器備品整備計画等と一体的に編成している。予算の執行状況は幹部会で進捗状況の確認とデータ分析を行い、対策や今後の方向性を検討している。医事業務については、入院レセプトは全件担当医師が点検を行い、返戻・査定についても各診療科と内容を検討して医局会に報告している。患者数などの診療情報はデータ分析を行い、自院の課題把握と病院経営に活用している。業務委託の導入にあたっては、各部署や各委員会において業務内容や範囲を検討し、幹部会にて価格、品質、教育体制等を判断基準として決定している。

役割や機能に応じた施設・設備が整備され、総務課の施設担当と委託業者が保守管理や経年劣化の把握等を行っている。医薬品は薬事審議会、医療消耗品は物品管理委員会で購入を決定・承認しており、医療消耗品等の物品管理はSPDシステムを業務委託し、使用頻度や期限切れなどを管理している。災害時における対応マニュアルが整備され、災害対策本部の設置や体制整備、夜間・休日等における連絡体制が確立している。備蓄食料は患者数・職員数の3日分を確保することが望まれる。総務課員や警備員による定期的な院内巡視を実施し、院内における暴言・暴力発生時には、緊急招集の仕組みを運用するなど、保安業務を適切に行っている。

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	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	B
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	B
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	A
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	B
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	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	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	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	S
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	A
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	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	B
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	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	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 B

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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団協友会 柏厚生総合病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：千葉県柏市篠籠田617

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	322	322	+0	89.5	12.1
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	322	322	+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	12	+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)	8	+0
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	2	+0
人工透析	20	+0
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		
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 (DPC標準病院群)

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

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数		1,023.30	832.30	738.69	122.95	112.67
1日あたり外来初診患者数		101.55	69.03	52.22	147.11	132.19
新患率		9.92	8.29	7.07		
1日あたり入院患者数		286.38	286.87	269.98	99.83	106.26
1日あたり新入院患者数		22.55	22.35	19.44	100.89	114.97