

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」及び副機能種別「リハビリテーション病院」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14日～7月15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 慢性期病院 認定

機能種別 リハビリテーション病院（副） 認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院
該当する項目はありません。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、日産コンツェルンを祖とする公益財団法人日産厚生会を母体とし、病院として1946年4月に設立された。入院機能としては医療療養病棟、回復期リハビリテーション病棟を有し、老人保健施設や特別養護老人ホームおよび、在宅系のサービスも展開している。病院運営の組織体制は、主となる会議体や委員会も含めて、明確に構築されている。医療安全や感染対策ならびに、教育・研究、災害対策などにも力が注がれている。基本理念は「真心と信頼」と定め、その意図するところを明文化して院内外に伝えている。また、基本理念を達成するために5項目の基本方針が明示されている。今回の訪問審査では多くの項目が一定の水準を満たしていることが確認された。一方で、さらなる質の向上を目指すうえでの課題も明らかになった。今後、職員の総力をあげて課題に取り組みを継続するよう祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念と基本方針が明文化され、毎年見直しをしている。各会議体や委員会が整備され、実態に応じた組織図を整えている。中長期計画や事業計画および収支予算書など、整合性をもって作成している。診療情報の活用やセキュリティ対策は、関連規程により確実に運用している。院内にある文書類は、文書管理規程によって発信や承認および保管などが、適切に管理されている。

法的な人員数や病院の役割・機能に見合った人材は確保されている。各規則・規程を整備し、総労働時間など労務管理も確実に行われている。衛生委員会が積極的に活動しており、ハラスメントへの対策にも取り組んでいる。職員の意見や要望を定期的に把握し、福利厚生取り組みも充実している。e-ラーニングを活用し、重要性の高い研修などを中心に受講率は極めて高い。職員の能力評価は、目標設定シートと考課報告票を有効に活用し取り組んでいる。学生実習については、指導者層が厚く幅広い職種を受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明確に定め、ホームページなどの媒体を通して院内外に周知している。説明と同意については、院内規程を定め、書式を統一し記録している。入院診療計画書を多職種で作成し、患者・家族に説明している。また、終末期医療については、意思決定支援チームが積極的に関わり、患者・家族の意向の確認を行うなど、患者が参加できる体制を整えている。相談窓口には複数の相談員を配置し、相談の体制も周知している。個人情報保護方針を明確にし、セキュリティの対策などを整えている。臨床倫理委員会と意思決定支援チームで倫理的課題に取り組んでいる。倫理的課題については、多職種カンファレンスや患者・家族等の言動から把握している。

無料送迎バスの運行をはじめ、入院生活における Wi-Fi の設置など利便性に配慮している。病棟では廊下の安全整備や寝具類の清潔性の維持、プライバシーの保護に努めている。患者のくつろぎスペースには大きな窓が設けてあり、開放的な空間となっている。敷地内禁煙を院内外に周知し、禁煙支援士などの活動により職員の喫煙率も低減している。

4. 医療の質

病院機能評価受審のプロジェクトチームを発足し、業務改善に取り組んでいる。必要時には専門医にコンサルトできる環境にあり、各医学情報も入手しやすいように整備されている。毎年、継続的に患者満足度調査を実施し、設置している意見箱から意見・要望を収集して改善につなげている。新たな診療技術や治療の導入については、臨床倫理委員会で検討している。新規医療機器導入時は、必ず研修会を開催している。薬剤の適応外使用について、医薬品安全薬事委員会で検討後、臨床倫理委員会で承認されている。

病棟ナースステーション前に病棟医長以下、各責任者名を掲示し患者・家族が確認できるよう配慮している。マニュアルに基づき診療録は記載され、月に一度、診療録管理委員で質的点検が行われている。安全ラウンド、ICT ラウンド、褥瘡対策チーム、NST、身体抑制最小化推進チームなどが設置され、組織横断的に活動し診療・ケアに活かしている。

5. 医療安全

医療安全管理委員会が組織的に位置づけられ、毎月定期的開催されている。院外の医療安全情報は、日本医療機能評価機構やメディカル・セーフティクラブから情報を得ている。医療安全管理室を設置し、医師、薬剤師、看護師などの職員を専任として配置している。誤認防止の手順の整備や、取違い防止策としてネームバンドを使用し、患者確認を実施している。電子カルテのオーダリングシステムを利用し、口頭指示は受けないことを基本としている。麻薬、毒薬などは適切に管理されている。病棟配置薬は関係者での見直しが期待される。転倒・転落は入院時にアセスメントを行い、その後も定期的な評価が行われている。医療機器マニュアルにより、点検対象機器や点検事項を明文化し研修会も開催されている。院内緊急コードである「コードブルー」を設定し、手順の整備や周知とともに実施訓練を行っている。

6. 医療関連感染制御

医療感染対策体制として院内感染対策委員会を設置し、ICD を院内感染管理者としている。ICT ラウンドは週に 1 回 ICT メンバーで実施し、チェックリストに従って該当部署を回っている。全職員対象の感染対策研修を年 3 回実施し、e-ラーニングを活用することで全職員が受講できる体制にしており、委託業者も参加している。分離菌、各種耐性菌や菌種別の薬剤感受性の結果を、電子カルテの院内情報で共有している。今後、各種耐性菌や菌種別の薬剤感受性の情報を JANIS に登録することを期待する。

院内感染マニュアルを整備し標準予防策が作成されている。病室の入口には感染対策の表示がされており、誰でもわかるように注意喚起している。抗菌薬の適正使用指針を院内感染対策マニュアル内に整備している。各月の検体ごとの薬剤感受性検査の結果はあるが、アンチバイオグラムは作成されていないので、今後の作成を期待する。

7. 地域への情報発信と連携

情報発信の手段として病院案内、入院案内、ホームページなどがある。また、グループ全体で年報を毎年発行し、自院の活動概要、各部署の取り組み、実績数値などもまとめられている。診療実績や臨床指標は、ホームページに臨床指標として掲載している。地域の医療関連施設などの把握は、地域医療連携室が行っている。地域の人口動態・高齢化率・疾病構造などの把握は、行政のホームページから収集している。在宅復帰に向けた取り組みとしては、復帰が可能な患者に対して必要なリハビリテーションの提供が行われている。地域の健康増進や介護予防活動の取り組みとして、特定健診や各種がん検診、各種の予防接種の実施、学校保健活動や産業保健活動などを行っている。また、脳卒中地域医療連携パスや大腿骨頸部骨折地域医療連携パスを、連携施設と実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来、入院の手続きは、ホームページに詳しく掲載されている。外来診察では看護師と医師事務作業補助者を配置し対応している。診断的検査は医師が判断し、説明・同意のうえで実施している。入院受け入れに関しては、医師、看護師などで判定会議を行い決定している。担当医師は患者の診察や諸検査の確認後、入院診療計画書を作成している。各職種は入院診療計画に沿った計画を立案している。医療相談については医療連携課が窓口となり、主に MSW が対応している。入院前に、入院案内を用いて説明を行い、入院後は看護師から必要な説明が行われている。

医師は必要に応じて患者・家族と面談を行い、治療方針や経過の説明を行っている。看護職と看護補助者は、看護基準・看護手順・看護補助業務手順により業務を行っている。NST や排尿ケアチームなどが専門性を活かし、患者の管理およびケアのサポートを行っている。薬剤師により配合禁忌などの情報が提供され、注射薬や内服薬も 3 点認証で誤薬防止対策を行っている。栄養状態やアレルギーの有無などの情報を収集し、多職種で食事内容を検討している。患者の苦痛の訴えについては、日々のバイタルサインや状態観察を行うことで把握している。主治医からの処方をもとに、リハビリテーション総合実施計画書を作成している。年間のレクリエーションは、患者の自立度に合わせて参加できるように計画されている。身体拘束はマニュアルなどで対応しているが、観察項目を明確にするよう期待される。入院時と月 1 回のカンファレンスで、多職種が退院支援に向けた検討を行っている。退院後の各施設の関係者や患者・家族を含め、退院前にカンファレンスが実施されている。ターミナルステージの判断は医師が行っており、患者・家族に丁寧に説明している。

<副機能：回復期リハビリテーション病棟>

受診に必要な情報は院内掲示やホームページで案内している。外来診療は、回復期リハビリテーション病棟を退院後の患者が中心である。内視鏡検査、嚥下造影検査、胃瘻交換、中心静脈ライン挿入などが同意書を取得後に実施されている。病院長・病棟師長・理学療法士主任・MSW で入院判定会議を行っている。関係する多職種により入院時の評価、入院診療計画書を作成し、各職種の初期評価をもとに、リハビリテーション総合実施計画書を作成している。患者・家族からの相談は、病棟専従の MSW が対応している。地域医療連携室が入院当日の受付や案内を行っている。医師による診察後、病棟やリハビリテーションに関する指示・処方を行っている。看護業務基準・手順、看護補助業務手順に基づき業務が行われている。病棟担当の薬剤師が配属され、注射薬、内服薬が 3 点認証により誤薬防止に努めている。褥瘡アセスメントが実施され、特定行為看護師が壊死組織除去や局所陰圧療法を行っている。入院時に管理栄養士が栄養計画を立て入院診療計画書にも記載している。緩和ケアとして疼痛スケールを用い、向精神薬等の処方は最小限で済むよう対応している。理学療法では免荷式歩行器や電気刺激機器などを活用し、屋外歩行訓練を、作業療法では入浴動作の訓練や生活動作、調理、趣味活動などの訓練を、言語聴覚療法では音声・言語障害、高次脳機能障害などの訓練を実施している。基本

動作能力を確認し環境設定表を作成して、多職種で生活機能の向上に取り組んでいる。身体拘束を実施する際は必要性を多職種で評価し、主治医の指示のもとで実施している。退院支援については担当のMSWの他、入退院支援看護師も関与している。退院後も外来通院や訪問リハビリステーション、訪問診療などが利用できる体制にある。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査、調剤鑑査等は手順に従っている。持参薬は薬剤師が確認し電子カルテに入力し、注射薬は1施用ごとに取り揃えられている。院内に外部検査会社のブランチラボがある。内部精度管理や外部精度管理は確実に実施されている。パニック値検出時の対応は、臨床検査技師が速やかに医師へ直接報告している。CTの読影は外部に委託しているが、読影結果を医師が確認していない時は、診療放射線技師が直接医師に連絡している。献立は可能な限り患者の嗜好にも対応し、各種禁止食などにも個別に対応している。厨房の環境整備も適切に行われている。療法士は病棟の朝礼に参加し、患者の情報を共有している。また、土曜日、長期の休日時はリハビリテーションを継続する体制がある。診療情報管理士は電子カルテシステムを効果的に活用し、診療記録の量的点検も、各月退院の全件を点検している。医療機器の管理は、医療機器安全講習会を修了した看護師が、医療機器安全管理責任者と情報共有しながら実施している。滅菌の保証はインディケーターで確認し、単回使用医療機器の再使用禁止についても明文化されている。

病理検査は内視鏡により採取される検体のみであり、外部に委託している。輸血は必要時に血液センターに個別に発注し、使用するまで自記温度記録計付き輸血専用保冷庫で保管している。救急患者については、受け入れ手順に沿って時間外も含めて対応している。

10. 組織・施設の管理

中長期計画に沿って事業計画を組み、具体的な収支計画を策定している。また、収支計画に基づき月次決算が行われ予算管理が実施されている。医事係は窓口業務や病棟業務の他、保険請求業務、施設基準の確認や未収金への対応を行っている。委託業務の継続決定の際に特段の決まりがないので、客観的な評価表などに基づいて検討することを期待する。

修理・修繕・交換する必要がある施設・設備・備品などは、設備更新計画に従って管理している。物品使用に関しては、標準化を図りコストの低減に向けた取り組みをしている。また、各購入過程で発注者と検収者を変え、内部牽制が働く仕組みとしている。病院の機能存続計画は大規模災害、情報システム、感染症に備えて策定されている。保安業務について、出入口の施錠に関しては事務室マニュアルに規定され、防犯カメラは院内複数か所に設置している。

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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	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
1.3.3	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	A
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	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	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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化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	NA
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	
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	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	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	A
-------	------------------------	---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
-------	---------------	---

機能種別：リハビリテーション病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A

年間データ取得期間： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2025 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 公益財団法人日産厚生会 佐倉厚生園病院
 I-1-2 機能種別： 慢性期病院、リハビリテーション病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 公益法人
 I-1-4 所在地： 千葉県佐倉市錦木町320

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	45	45	+0	95.3	83
療養病床	136	136	+0	95.8	203.6
医療保険適用	136	136	+0	95.8	203.6
介護保険適用	0	0			
精神病床	0	0			
結核病床	0	0			
感染症病床	0	0			
総数	181	181	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	45	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

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
	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	65.24	61.20	63.23	106.60	96.79
1日あたり外来初診患者数	5.55	4.71	5.21	117.83	90.40
新患率	8.51	7.70	8.23		
1日あたり入院患者数	173.17	171.75	174.26	100.83	98.56
1日あたり新入院患者数	1.11	1.24	0.98	89.52	126.53