

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4月27日～4月28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、1968年に開設し、その後、2006年に現在地に移転新築して現在の体制が整備された。「患者さま一人ひとりのかけがえのない人生の支えとなれるように人にやさしい医療・看護・介護を実践します」を、医療を担う根本精神として法人の理念に謳い、地域に良質な医療提供を続けてこられた。貴院では、地域住民に内科・外科系領域と透析医療に関する専門的医療を提供し、かつ、障害者の療養施設としても機能展開され、住民が安心して生活することが出来る医療提供を使命として力量発揮を続けておられる。

病院機能評価には、2010年に初回認定を受け、今回は3度目の受審であり、更新認定に向け改善努力を続けておられる。貴院では、医療の質改善活動を継続され、病院長を中心として果敢に課題に取り組まれている。今回の病院機能評価受審を踏まえて、さらに優れた病院として、地域医療にますます貢献されることを期待したい。なお、今回の受審が貴院の今後の発展に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および病院の基本方針が明文化されている。理念・基本方針の実現に向けて、病院管理者・幹部は取組んでいる。また、病院管理者・幹部はそれぞれ課題を把握し、課題解決にむけてリーダーシップを発揮している。病院の意思決定は、「執行部会議」「経営会議」などで合議されている。電子カルテおよび院内LANやPACSの活用が行われている。院内で発生する文書類に関しては、文書管理規程が作成されている。

法令および施設基準上で必要な職種と人員は確保されている。人事・労務管理に

関わる就業規則、各種規程は整備されており、院内 LAN に掲示されている。また、紙の書類としても各部署に配布されており、随時閲覧が可能である。職場の安全衛生では、産業医や衛生委員の選任がなされ、委員会の開催や健康診断等の基幹的な活動も適切に行われている。職員の意見や要望等の把握には、年 1 回の職員満足度調査や人事考課時の上司面接などを通して聴取している。

職員への教育・研修の実施は、個々の委員会が希望したものを総務課で集約している。医師を除く職員を対象として、年 2 回の上司面接により、人事考課制度が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利として 7 項目を制定し、患者・家族や院外への周知、職員への周知は適切に行われている。説明と同意については、「診療マニュアル」の中に方針・基準・手順を明記しており、同意書一覧は電子カルテの中に格納している。医療への患者の参加促進では、医師は丁寧に説明し、看護師は患者・家族の理解を深めるように働きかけている。患者の相談窓口は一階に開設されており、地域連携室に社会福祉士が配置され、随時職員が対応可能である。個人情報保護につき、個人情報保護規程は整備されている。システム管理は、SE の専従配置のほか、規程の作成、管理手法等基礎的な仕組みが整備されている。倫理的課題への対応では、委員会規程が定められ、生命の尊厳に関すること、信仰・信条に関すること、職員が行う治験や臨床研究に関することの 3 項目が審議されている。委員長が病院長であることの再考や外部委員の関与が期待される。

患者駐車場が設置され、障害者用駐車場所も玄関に近く配置されている。院内はバリアフリーの構造となっており、手摺りも適切に設置されている。また、車椅子は館内に適宜配置されている。患者・家族の集うスペースが確保されている。さらに病棟は 5S 活動が行き届いており、清潔に保たれている。敷地内禁煙となっている。

4. 医療の質

患者・家族の意見の収集に関しては、院内に 5 ヶ所の投書箱が設置され、患者サポートチームにより毎週回収されている。寄せられた意見等については、収集・分析・整理され、必要に応じて病院管理者に上申して、対策の立案や改善につなげている。

症例検討会および抄読会などは月 1 回の医局会の中で看護部長や事務長も参加して開催している。臨床指標は各科で取り組み、病院年報に病院独自の臨床指標として掲載し、ホームページには DPC に基づく臨床指標を掲載している。業務改善委員会、患者サービス委員会を開催し、改善活動に積極的に取り組んでいる。新たな機器の導入は医療機器選定委員会において審議しているが、必要時は倫理委員会でも検討を行っている。薬剤の適用外使用は一部明確な事案は薬事委員会で審議している。医師および看護師の臨床研究に関する審査は倫理委員会で審議している。

診療ケアの責任者は明示している。各科における管理者の業務は明確になっている。

る。診療記録はマニュアルに基づいて、SOAP形式に沿って遅滞なく記載している。抑制廃止委員会、NST、リハカンファレンス、看護カンファレンス、退院調整会議等の活動を受け、多職種協働で診療ケアは行われている。

5. 医療安全

医療安全管理委員会の体制は確立しており、マニュアル作成・委員会等の機能が発揮されている。インシデント・アクシデントレポートは収集と検討が適切に行われている。アクシデントはクラス3以上をアクシデントとして収集し、RCAを用いて検討し改善に繋げている。

誤認防止対策は、手順に沿って実施されている。

電子カルテシステムにより、指示出し・指示受け・実施・確認の仕組みは確立しており、マニュアルに沿って実施している。麻薬・向精神薬の保管・管理は適切である。転倒・転落防止対策は、入院時リスク評価を行い、発生時の対応もマニュアルに沿って対応している。医療機器の安全な使用は、臨床工学技士が点検を行い整備し、作動時の実施状況についても毎日巡視して確認している。急変時の対応はコードブルーが設定されており、緊急時招集の訓練を各部署で実施している。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会および感染防止対策部門（ICT）会議を適切に開催しており、ICTラウンドを週1回実施している。院内感染防止対策マニュアルを整備し、必要時改訂・追加をしている。検査室からの分離菌および薬剤感受性等に関する週報と各病棟からの保菌状況報告書や院内緊急感染報告書などからICTは院内感染の発生状況を把握している。微生物サーベイランスと医療関連サーベイランスを実施している。

ICTラウンド、委員会ラウンド、リンクナースラウンドなど、チェック表に基づいて定期的に巡視しており、感染制御するための活動は評価できる。抗菌薬適正使用の指針を整備しており、抗MRSA薬などの特別な抗菌薬は届け出制としている。必要時には抗菌薬のTDMを実施している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信に関しては、病院広報誌を発行しており、患者への配布、地域連携室主体で近隣医療機関や施設等への配布もされている。地域連携活動に関しては、地域連携室が中心となって取り組んでおり、地域の医療機関との関係づくりも連携室が担当している。病院活動の一環としてコロナ禍以前には、地域医療機関や種々の施設との関係構築のため「地域連携懇話会」への参加や、地域における顔の見える連携活動が展開されていた。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来機能は、一般外来患者や紹介患者への対応が丁寧になされており、適切に機能を発揮している。外来診療は適切に行っており、月間約90件の訪問診療にも対

応している。侵襲的検査は、医療安全管理マニュアルにて明確化しており、患者に説明のうえ同意を得て実施されている。入院決定に際して、入院治療の必要性を説明し、患者の希望に配慮して、患者・家族の同意を得て入院の決定を行っている。主治医は診断結果に基づき、多職種で作成した入院診療計画書を基に患者の同意を得ている。医療相談には、地域連携室が相談窓口となって対応している入院患者は、外来・病棟看護師が連携して円滑な受け入れをしており、夜間は病棟看護師が救急対応している。

主治医は日々病棟回診を行い、病棟スタッフと患者についての情報交換・共有に努めている看護師は、看護手順・基準に基づき適切に病棟業務を実施している。薬剤師は全入院患者の薬歴管理を実施している。注射薬は個人別1施用ごとに払い出し、病棟では注射薬調製手順に従って看護師が適切な環境下で混合している。輸血・血液製剤の投与に際しては、医師が必要性とリスクを説明し同意を得ており、輸血実施時には投与前、中・後の患者の状態を観察・記録している主治医が手術の必要性とリスクおよび麻酔について説明後、同意書を取得している。手術後の患者の覚醒・退室は、明確な基準に基づき麻酔科医が判断している。重症患者の管理は、一般病棟のスタッフステーションに隣接した2床室で対応している。患者の急変時には各科医師の支援体制は確立している。褥瘡への対応は、新規発生率は低く、持ち込みの患者が多い。委員会の回診、難治性の治療・ケアには形成外科医の回診が実施されている。NST 委員会は、口腔外科医師・リハビリテーション科も参加した多職種で構成され、食事指導やVEの他、必要時摂食・嚥下機能訓練を実施している。患者の症状緩和には、緩和ケア経験看護師が病棟に配置され役割発揮している。主治医はリハビリテーション科に処方箋を提出し、療法士は実施計画書を立案している。摂食・嚥下障害患者には言語聴覚士・歯科衛生士が参画して積極的に摂食機能療法を実施している。多職種で構成された抑制廃止委員会を月1回開催し、「身体抑制防止マニュアル」に沿ってケアを実施している。患者の退院支援には、退院調整会議を多職種で行っており、社会福祉士は入院時から退院に向けた計画と支援を行っている。自院からの訪問診療、隣接する介護施設からの居宅支援・訪問看護・訪問リハ等が連携して継続した在宅診療・ケアを実施している。ターミナルステージへの対応では、「終末期の意向についての確認書」の説明を行い確認し、同席看護師は患者・家族の意向を基にフォローを行う仕組みがある。

9. 良質な医療を構成する機能

全ての持参薬を薬剤科で鑑別して鑑定書を作成し、主治医に持参薬継続服用の有無を確認している。2022年3月に検体検査室の運用を開始し、細菌培養検査を除く検体検査および生理機能検査のほとんどが院内で実施可能となっている。異常値やパニック値は、主治医に電話等で直接連絡の上確認している。ほぼ全ての画像検査は、診療放射線技師の休日の日直体制、夜間のオンコール体制により24時間検査が可能である。読影業務は外部遠隔画像診断を利用している。栄養管理業務のうち食材調達及び調理業務は、委託して運営されている。栄養管理は、管理栄養士が実務を担っており、栄養管理や食形態へ配慮している。リハビリテーション科で

は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士にて早期リハビリテーションから回復期リハビリテーションまで実施している。連続性に関しては3日以上空けないようにリハビリテーションを提供している。診療情報管理に関しては、DPCや手術名コーディング、全国がん登録なども行われており、データの蓄積が図られている。さらに退院カルテの量的点検も行われている。医療機器は管理日誌から個別の機器の台帳を作成し、管理点検を適切に実施している。使用済みの器材は使用場所での一次洗浄は行わず、容器に収納し、中央材料室で一次洗浄後、洗浄乾燥を実施している。

病理医は不在のため、組織診、細胞診を含めすべて外注で実施している。輸血業務の責任医師は腎臓内科医が担当し、実務は検査室にて対応している。輸血用血液製剤は薬剤科内の自記温度記録紙付き専用冷蔵庫で保管している。手術室は2室で麻酔科医は非常勤で0.5名を配置し、年間300件前後の手術を行っている。麻酔覚醒の判断基準・退室基準に基づき麻酔科医が確認している。手術室の環境検査を年1回実施している。救急告知病院および二次救急病院となっており、医師当直と病棟看護師の兼任体制、薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師はオンコール体制により救急医療を担っている。

10. 組織・施設の管理

経営管理については、体制は整備されており、月次会計は財務諸表と共に把握されている。受付・会計・収納業務、レセプトの作成・点検業務、査定・返戻等の業務処理はマニュアルに基づき実施されている。委託業務の実施状況と業務の質の検討は、総務課にて所掌され、情報を蓄積して毎年評価が行われている。

病院の設備・機器の管理は総務課が担当し、必要な日常点検や年次点検および法定点検などが実施されている。総務課の所掌にて、診療材料、一般消耗品類が発注管理されており、発注者と検収者とは部門内にて担当が区分されている。

火災・地震等に対する対応体制に関しては、マニュアルが定められている。また、年2回の火災訓練・避難訓練等が行われる予定となっている。夜警業務は委託しており、マニュアルに沿って施錠管理、院内巡視、電話対応等が行われている。医療事故発生時の対応手順はマニュアルに規定され、原因究明と再発防止に向けた組織対応の取り決めも文書化されている。

11. 臨床研修、学生実習

養成学校から、療法士の学生実習を受け入れている。実習体制が構築されており、充実したカリキュラムが提供されている。

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	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	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
1.4	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	B

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	B

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	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	B

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
4.3.3	学生実習等を適切に行っている	B
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	B
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	B

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 5月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人社団聖仁会 我孫子聖仁会病院
 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： 千葉県我孫子市柴崎1300

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	70	70	+0	53.2	14
療養病床	98	98	+0	92.1	241
医療保険適用	98	98	+0	92.1	241
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	168	168	+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	33	+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		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	0	-20
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(Ⅲ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： 0人 2年目： 1人 歯科： 0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

