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 12 日～12 月 13 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

貴院は開設当時から、この地域における二次医療機関として重要な役割を担っている。当初より診療機能の強化を図ってこられ、急性期医療に積極的に取り組むとともに、健診センターや介護施設、在宅サービスの展開、下院当初から地域における啓発活動を行うなど、この地域における地域包括ケアの推進における重要な役割を担っている。

今回の受審においては、病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、改善が組織風土として確立し病院の質向上に継続して取り組まれていることが随所で確認できた。組織的かつ継続的な改善活動を積極的に展開され、地域ニーズに応える姿勢は大いに評価できる。今後とも地域住民・患者の医療ニーズに応える医療提供体制の整備・充実に向け、一層の取り組みがなされることを期待したい。地域住民と関連する医療機関からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されることを期待する。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、地域における病院の役割・使命を明確にしており、院内外へ適切に周知している。中期事業計画に基づいた年次事業計画が策定され、計画に対する実績評価が行われている。年次の運営計画は、目標管理により部門の目標設定や評価が実施され、常に PDCA サイクルにより運用する仕組みがある。情報管理基本規程等に基づいて、電子カルテや各部門システムの適正な運用に努め、情報の二次活用も積極的に取り組んでいる。文書管理は整備を進めているが、今後さらに病院として管理する文書の範囲の検討および管理体制の構築が望まれる。

医療法、施設基準等に必要な人員は適切に確保されている。安全衛生委員会が設置され毎月開催されている。職員の安全を担保するため、各所の作業環境測定が実施されており適切である。全職員を対象とした研修は、年間計画が策定され研修が実施されている。院外研修や専門学会参加の支援体制が整っている。能力評価・能力開発については、部署、職種ごとの育成目標を立案し、目標管理型の人事評価制度が導入され、評価者との面談により助言、指導、支援等が行われている。看護師やその他の専門職種においても教育・研修が行われている。

３．患者中心の医療

患者の権利は明文化し周知されている。インフォームドコンセントに関する指針が明文化され、説明と同意を要する範囲の一覧が電子カルテ内に整備されている。病院として同意書の書式の整備と把握が望まれる。「患者様とのパートナーシップ」がホームページや入院案内に記載され患者・医療者で共有している。個人情報保護に関する規定を整備し、職員や患者・家族への周知に努め、患者個人情報の漏洩防止のための仕組みも整備している。臨床倫理指針に主要な倫理的課題について基本方針が定めてある。現場で解決困難な事例が検討される仕組みがある。現場で解決困難な事例は看護課長会議で話し合われ記録も残されている。看護部は多職種を巻き込んだ研修会を開催している。

病院は清潔が保たれ整理・整頓されている。トイレや浴室は、段差がなく安全性に配慮されており療養環境が整備されている。全館、敷地内禁煙を推進している。職員の喫煙率も把握しており受動喫煙を防止に努めている。

４．医療の質

部門横断的な業務改善は、月に１回開催される外来サービス向上委員会で検討後、部長会で検討し、実践されており実績もある。診療の質向上に向けた取り組みでは、カンファレンスは多数開催されているが、今後、多職種参加型のカンファレンスとなるよう検討が望まれる。クリニカル・パスは適切に活用されている。患者・家族からの意見・要望は、投書箱の投書などから収集し、対応策を検討している。また、サービス向上委員会での検討の仕組みもあり適切である。新たな技術や治療方法の導入、臨床の倫理的課題、学会発表の倫理的審査等は倫理委員会で検討し、医薬品の適応外・禁忌使用は倫理委員会で検討している。

外来・病棟における管理・責任体制が明確になっている。診療記録について、診療録・看護記録の質的点検は、医師を含めた多職種で行われており適切である。感染対策・褥瘡ケア・認知症ケア・NST など、それぞれに目的の異なる多職種協働の専門チームを編成し、診療・ケアの向上に努めている。

５．医療安全

医療安全管理室が設置され安全確保に向けて取り組みを行っている。院内のインシデント・アクシデントレポートは、医療安全管理者に集約され、ワーキンググループで事例を検討・分析のうえ対策・改善案が立案され現場にフィードバックされ

ている。医療事故発生時の対応手順は職員ハンドブックで周知され、発生原因、再発防止も含め協議し、患者・家族等に誠実に対応する仕組みがあり適切である。

誤認防止マニュアルに沿って適切に行っている。医師の指示出し、指示受け、実施、実施確認の流れは口頭指示含め適切に行われている。検査結果の異常値の報告も適切に行われている。薬剤の安全使用に向けた対策では、麻薬やハイリスク薬、向精神薬の管理、抗がん剤の調製・混合、レジメン管理含め適切である。入院時すべての患者の転倒・転落のアセスメントが行われ、転倒のリスクのある患者については多職種でカンファレンスが行われ情報を共有している。院内全職種を対象にBLS の研修が定期的に行われている。

６．医療関連感染制御

感染対策は専任の医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員を配置している。日常的な感染防止への実践活動では、ICT が定期的に環境ラウンドを行って環境改善や対策の徹底を図っている。また、院内の感染発生状況や分離菌情報の把握を行い、ICT ラウンドにより早期発見・対応を行っている。

院内感染防止マニュアルに沿って標準予防策・感染防止対策が遵守されている。速乾式消毒剤の使用状況をモニタリングされ手指衛生の徹底を図っている。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、広域抗菌薬使用は届け出制である。

７．地域への情報発信と連携

病院における広報活動は、法人本部の広報・企画室が担当している。病院広報誌を定期的に発行し、患者、連携機関等へ配布している。その他、毎月 2000 部発行の外来診療担当医表を連携クリニック等へ郵送、持参している。病院ホームページにより、病院の方針、診療内容、診療実績、各種イベントの紹介等の情報発信を行っている。ホームページでは休診情報やイベントの情報等、最新の情報を発信している。患者支援センターが前方連携、後方連携、入退院支援を担当している。地域の診療所等へ年 4 回の訪問による連携活動を実施しており、連携パス会議への出席や地域の連携会にも積極的に参加し、病病連携の促進や在宅医療との連携も促進している。CT、MRI 検査の紹介も積極的に受け入れている。紹介率、逆紹介率の管理も行っている。地域活動として、創造会フェスタや市民公開講座の開催、健康体操の実施などの活動を行い、認知症における啓発、支援活動も実施するなど、病院全体として啓発活動を積極的に行っている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページでは受診に必要な最新の情報を掲載している。感染症や急変患者への対応も適切に行われている。ベッドコントロール会議に多職種が参加し毎日行われ円滑に入院できるようになっている。診断的検査は検査の必要性とリスクに関する説明を行い、同意を得て実施している。入院は、患者・家族に説明し同意を得て行っている。入院診療計画書は多職種関与のもと作成され、電子カルテ内のクリニカル・パスを活用している。医療福祉相談課担当が患者・家族から寄せられる多様

な相談や要望に対応し、相談内容は電子カルテに記載され情報共有が図られ患者・家族に向けた支援を行っている。入院時には入院診療計画書の説明と同意取得が適切になされ、緊急入院の際は日用品の準備や食事が速やかに提供できる体制が整っている。

医師は回診や看護師と情報交換を行う中で、治療方針の検討を行っている。看護基準・手順が整備され日常の看護ケアは適切に行われている。入院時は看護計画が立案され実践・評価を実施し、多職種カンファレンスで情報共有が行われ、個別ケアに反映している。病棟担当薬剤師を配置し、服薬指導と薬歴管理含め投薬・注射を安全に実施している。輸血はマニュアルに則り、確実・安全に実施している。周術期の対応、重症・術後患者は適切に管理されている。多職種での褥瘡対策チームのラウンドにより治療・ケアが行われている。リハビリテーション総合実施計画書のリスクに関する内容について、適切に記載されたい。身体抑制・行動制限の必要がある患者は入院時リスク評価に基づき医師が家族に説明し同意を得ている。毎日解除に向けたカンファレンスが行われ早期解除に向けて検討している。入院患者全てに対して退院支援に関するスクリーニングが行われ、退院支援カンファレンスを行っている。ターミナルステージの判定は、病院のガイドラインに沿って行われ、患者・家族へ説明を行っている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は処方鑑査や疑義照会、医薬品供給等の業務を行っている。臨床検査機能はオンコール体制で対応し、異常値の医師への確実な報告、精度管理の実施含め適切に機能を発揮している。画像診断機能の体制は 24 時間体制をとっており、適切に機能を発揮している。栄養管理機能では、食事提供の管理体制を適切に整備している。給食アンケートの実施による委員会での献立改善の検討等、栄養管理機能を適切に発揮している。リハビリテーション機能は、体制を確立し適切にリハビリテーションを提供している。診療情報管理機能は、電子カルテによる診療情報の一元管理など適切になされている。院内の医療機器は専従の臨床工学技士が医療機器安全管理者責任者である。夜間・休日の時間外対応は、臨床工学技士によるオンコール体制である。主要な医療器機は標準化が図られている。機器ごとに年間保守点検計画が作成されており、年１回の業者点検も記録が残されている。人工呼吸器や血液浄化装置および除細動器などの生命維持管理装置については、医療機器安全管理責任者が院内研修を担当する体制を構築している。滅菌の精度保証も物理的、生物学的、化学的インディケーターの実施の記録をしており、既滅菌物の保管・管理も適正に行っている。

病理診断機能は組織診や細胞診など実施し、重大な所見への報告体制など病理診断を行う体制を適切に整えている。輸血・血液管理機能は体制や輸血用血液の保管・管理含め適切に機能を発揮している。手術・麻酔機能はタイムアウトも行われ、退室基準も整備され、手術・麻酔機能は適切である。救急医療機能は病院の方針のもと二次救急として応需率 60％となっているが、積極的に対応している。

１０．組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に則って行われている。予算は、年次事業計画に沿って立案される仕組みがある。月次実績は、病院部長会議で報告、対策の検討が行われるなど、PDCA サイクルの仕組みがある。会計監査も適切に実施している。医事業務は窓口業務、診療報酬請求、レセプトの返戻、査定の対応を行っている。レセプトには医師も関与し、査定、返戻は保険診療会で原因の分析、協議がなされている。未収金は未収金管理マニュアルを整備し適切な管理が行われている。業務委託は、委託業者との業務内容の確認が行われ、点数化し評価する仕組みがあり、適切に質の管理が行われている。

病院機能に見合った施設・設備が整備されており、日常点検や月次点検、定期的な保守点検などを計画的に実施している。物品購入は、医薬品、医療材料、食材など各部門が管理し、発注後、納品、検収が行われ伝票が購買グループに回付される仕組みにしており、内部牽制機能も整備しており、購入から納品、検品、部署への配置までのプロセスは適切である。

火災や災害発生に対応する防災計画や災害時対策マニュアル、BCP などが整備され、緊急時の責任体制は明確になっている。保安業務は 24 時間の保安体制を構築している。保安業務マニュアルを策定し、毎日定時の院内巡視や施錠管理等の保安業務を実施している。

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	B
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	患者の個人情報を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	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	B
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	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	栄養管理と食事支援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	B
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	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	
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	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

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 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 ： 医療法人社団創造会 平和台病院

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 ： 千葉県我孫子市布佐834-28

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	144	144	+0	67.3	68.9
療養病床	40	40	+0	77	17.3
医療保険適用	40	40	+0	77	17.3
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	184	184	+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	30	+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	40	+0
地域包括ケア病床	40	-2
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	18	-2
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

診療科名	医師数(常勤)	医師数(非常勤)	1日あたり外来患者数(人)	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数(人)	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数(日)	医師1人1日あたり外来患者数(人)	医師1人1日あたり入院患者数(人)
内科	5	0.5	169.55	39.81	73.25	59.16	15.58	24.58	30.83	13.32
呼吸器内科	1	0	0.09	0.02	0.00	0.00	11.54	0.00	0.09	0.00
循環器内科	1	0.1	4.37	1.03	0.93	0.75	1.95	7.75	3.97	0.85
消化器内科（胃腸内科）	1	0	11.91	2.80	0.00	0.00	0.89	0.00	11.91	0.00
腎臓内科	0	0.1	1.67	0.39	0.00	0.00	1.43	0.00	16.72	0.00
神経内科	1	0.1	5.56	1.31	0.00	0.00	3.25	0.00	5.06	0.00
糖尿病内科（代謝内科）	0	0.2	3.95	0.93	0.00	0.00	1.90	0.00	19.76	0.00
皮膚科	0	0.2	11.42	2.68	0.00	0.00	13.78	0.00	57.10	0.00
精神科	1	0	16.14	3.79	0.00	0.00	18.88	0.00	16.14	0.00
外科	3	0.4	24.53	5.76	5.44	4.39	28.04	8.36	7.21	1.60
呼吸器外科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
乳腺外科	0	0.05	1.22	0.29	0.00	0.00	1.12	0.00	24.44	0.00
泌尿器科	1	0.3	10.26	2.41	1.60	1.29	4.06	9.56	7.89	1.23
脳神経外科	0	0.1	6.59	1.55	0.00	0.00	5.08	0.00	65.87	0.00
整形外科	2	0.6	82.68	19.41	25.90	20.92	7.03	50.97	31.80	9.96
形成外科	0	0.1	2.65	0.62	0.00	0.00	19.05	0.00	26.52	0.00
眼科	0	0.3	7.86	1.85	0.32	0.25	8.29	1.04	26.20	1.05
耳鼻咽喉科	1	0.3	8.69	2.04	0.00	0.00	20.58	0.00	6.68	0.00
リハビリテーション科	1	0	0.02	0.01	14.73	11.90	0.00	76.81	0.02	14.73
麻酔科	1	0.1	1.24	0.29	0.00	0.00	6.89	0.00	1.13	0.00
緩和ケア科	1	0.2	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
予防医療	1	0.1	27.74	6.51	0.83	0.67	0.14	0.00	25.22	0.75
人工透析内科	1	0.1	27.74	6.51	0.83	0.67	0.14	11.19	25.22	0.75
研修医										
全体	23	3.85	425.89	100.00	123.82	100.00	11.29	24.79	15.86	4.61

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	398.15	359.61	328.80	110.72	109.37
1日あたり外来初診患者数	48.04	29.83	24.48	161.05	121.85
新患率	12.07	8.30	7.45		
1日あたり入院患者数	123.00	132.72	129.88	92.68	102.19
1日あたり新入院患者数	4.98	5.20	4.90	95.77	106.12