

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 2 月 18 日～2 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	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2

1. 適切な環境下でホルムアルデヒドを取り扱うよう改善してください。
(4.2.3)

1. 病院の特色

貴院は、開設以降 80 年余、常に施設・設備・医療機器等の充実を図ると共に、地域がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センター、地域医療支援病院や災害拠点病院の指定を受け、地域医療連携体制や救急医療、先進的医療の整備に努めてきた。基本理念に「患者さんを中心とした質の高い医療の提供により地域社会に貢献します」と掲げ、4 つの基本方針と共に患者本位の高度な医療提供と地域連携を明確に示し、川口市、戸田市・蕨市診療圏の基幹病院として住民から厚い信頼を得ている。

今回の病院機能評価受審にあたり、院長をはじめとする病院執行部はリーダーシップを十分発揮し、多くの職員を巻き込んで改善に向け取り組んできた成果を随所で確認することができた。ほとんどの項目で適切な医療機能を維持しているが、いくつかの課題も残されている。引き続き各領域の評価内容を参考に、より高いレベルをめざし医療機能と質の向上に向けて一層の努力を望みたい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、基本方針の見直しや院内外への周知は適切である。病院管理者や幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決への取り組み等、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、中期計画や事業計画の策定、BSC を用いた各部門の目標管理体制の整備等は適切である。電子カルテを導入し、管理・運営、システム障害への重層的対応体制、安全確保への配慮等も適切である。文書管理を一元的に管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理体制を適切に整備しており、職員の安全衛生管理体制は適切であるが、引き続き作業環境の適正化に向けた取り組みが望まれる。職員面接や職員満足度調査による意見の聴取と職場環境への反映、福利厚生制度の充実等で魅力的な職場作りに努めている。院内研修の一元的管理体制、院外教育や研修への参加体制を整備している。引き続き、職員必修課題の研修受講率の向上対策が望まれる。全職員を対象に能力把握・評価を行い、職員の専門的能力向上や資格取得支援体制を適切に整備している。

3. 患者中心の医療

患者の権利、基本理念などは診療案内やホームページ、院内掲示にて周知している。説明と同意については、患者の理解に合わせ図示や図解を用いわかりやすい言葉で説明したうえで、同意を得ている。患者相談室・がん相談コーナー・地域連携パスなど、患者に必要な情報を提供する仕組みもある。患者相談窓口として、医療福祉連携部管理の患者相談総合窓口を設置し、多職種による相談体制を確立している。個人情報保護に関する規程を整備し、法律の改正に対する対応も必要に応じて実施している。倫理委員会規程を整備し、臨床研究や院内から提起された倫理問題を審査の対象として活動している。臨床の現場では、患者・家族の問題を入院前から様々な機会に情報収集し、問題解決に向けた取り組みがある。部署によるばらつきもあるので、認識を深める研修開催や倫理カンファレンス等の定着が課題である。

患者の利便性に配慮した設備を整備し、院内はバリアフリーが徹底されている。療養環境は、診療・ケア等に必要なスペースを確保し、清掃と整理整頓が行き届いている。禁煙ポスターの掲示、禁煙外来で患者への禁煙啓発を実施している。

4. 医療の質

CS 向上委員会が中心となって、意見箱の設置や患者満足度調査、退院時アンケートにより患者・家族からの意見・要望を収集し、改善の検討を行っている。他職種による症例検討会やCPCなどが行われ、診療ガイドラインやクリニカル・パスを正しく活用し、診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる。病院独自の継続的な診療の質改善に関する体系的な取り組みを行い、業務の質改善に継続的に取り組んでいる。倫理委員会にて臨床研究の審査が行われ、ロボット手術導入プロセスを検討するなど、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。

病棟・外来等における管理・責任体制は明確である。看護師長は部署ラウンドを行い、管理的視点での患者状態把握や看護実践状況の確認等を行うなど適切である。診療記録および看護記録が適切に記載されており、診療記録管理委員会により規程に基づき医師が質的点検を行っている。ICT、NST、褥瘡対策や緩和ケア、認知症ケアや呼吸器ケアなど、多職種からなる多くの医療チームが活動しており、それぞれに専門性を発揮している。診療科の枠を超えて治療方針が定期的に検討され、診療科間の協力体制の仕組みもあり適切である。

5. 医療安全

医療安全管理委員会を毎月開催し、医療安全カンファレンスは毎週開催している。インシデント・アクシデント報告を医療安全管理室で収集し、医療安全推進担当者が報告事例を確認し、対応して委員会に報告している。NEWS（早期警告スコア）を取り入れるなどの改善事例も見られる。

患者誤認防止対策として、フルネームの名乗りと生年月日の確認、タイムアウトなどにより誤認防止に取り組んでいる。また、検体・部位の誤認防止対策も手順を整備し実施している。処方や検査は電子カルテオーダーリングシステムを用いて指示出しを行い、指示を受けた看護師名も明確である。重要な病理所見や放射線読影所見は、依頼医に直接伝えられるなど、情報伝達が確実に行われている。麻薬や高濃度カリウム製剤の定数配置はなく、劇薬やハイアラート薬の管理は適切であるが、麻薬金庫の運用は検討が望まれる。入院後、転倒・転落アセスメントシートで評価し、危険度の高い患者は病室に色別のマグネットで表示している。人工呼吸器・輸液ポンプ類をMEが中央管理し、計画的に研修を実施している。院内緊急コードを設定し、救急カートは看護師と薬剤師が点検している。全職員を対象としたBLS講習は、受講率の向上を期待したい。

6. 医療関連感染制御

感染管理室を設置し、院内感染対策委員会のもと感染制御チームと抗菌薬適正使用支援チームが実務を担当しており、感染制御体制は確立している。感染管理室が中心となって院内・院外の情報を収集して周知しているが、集中治療室を設置していることから人工呼吸器関連による肺炎等も把握が望まれる。

感染管理マニュアルを整備し、手順を明文化している。手指衛生は、使用量を評価して各部署に報告している。また、感染性廃棄物は全職員が統一した対策を遵守し、汚染リネンの管理も適切である。抗菌薬適正使用マニュアルや抗菌薬適正使用支援チームの助言に従い、抗菌薬の選択や投与期間は適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報委員会を中心に広報誌・病院案内・ホームページ等で実施し、地域医療関連施設向けにドクターズファイルや診療案内、病院年報等により情報を発信している。地域の医療ニーズの把握、医療関連施設との連携は、地域医療連携室・医療福祉事業課、入退院支援室が協働し、医療関連施設への訪問や医療機関へのアンケート調査を実施している。地域医療連携会・地域連携看護師会を通じて顔の見える連携活動を実施し、地域の医療ニーズの把握、紹介・逆紹介の促進に努めている。がん市民講座・糖尿病教室・小児健康教室・肝臓病教室・母親教室・両親教室などに加え、年1回の済生会健康フェア・親子サマースクールなど多彩な市民講座や教室を開催し、地域住民への教育・啓発活動を実施している。地域の中核病院として、地域の医療関連施設向けに医療福祉多職種連携勉強会やがん診療勉強会も開催しており適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受け付けから会計までの対応は、電子カルテにより円滑に行っている。外来診療では前医からの診療情報提供を受け、適切に情報を収集している。患者の病状や検査結果、他科医師の意見を参考にして入院の決定を適切に行っている。入院診療計画書の作成に際しては、多職種の積極的な関与と患者に分かりやすい記載が望まれる。患者・家族の相談では、多様な相談に専門職が適切に対応している。入院にあたっては、専門的な立場から入院支援と共に退院支援を早期から受ける体制がある。

医師や看護師は、それぞれの業務を適切に行っている。薬剤の誤認防止策や観察手順を確立し、投薬・注射を安全に実施している。輸血適応の検討や説明と同意などを適切に行い、投与中、投与後の観察、夜間の緊急輸血への対応や輸血療法後の感染症検査も行っている。手術・麻酔の説明と同意や術前・術後の患者観察が適切になされている。ICUは医療機器等の管理も適切であり、基準に基づいて入室を決定している。褥瘡の適切な評価と治療など、定期的に褥瘡回診や委員会が活動し、ケアの対策に繋げている。入院時に全患者に栄養評価を行い、患者の状態に応じた栄養計画・栄養指導を行っている。症状緩和に関しては、患者が抱えている病状や治療・不安等を把握し、看護手順に基づき対応しており適切である。リハビリテーションは早期に開始され、進捗状況の把握や評価は適切である。身体抑制は実施しないことを原則としているが、やむを得ず実施する場合は、マニュアルに沿って必要最小限で行うことにしている。継続した診療・ケアでは、患者・家族・多職種で在宅療養における課題等の検討を行い、転院先やケアマネージャーにも情報提供している。終末期には、患者・家族の意向を尊重し、療養環境にも配慮している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理に関する時間外業務、持参薬鑑別、医薬品集の整備、医薬品情報の周知、疑義照会への対応、処方鑑査等は適切である。臨床検査における内部精度管理、迅速な結果報告、パニック値への対応、患者安全の確保など適切である。画像診断機能では、時間外でも撮影に対応でき、読影依頼が可能であり、誤認防止策も確立するなど、適切に機能を発揮している。大量調理施設衛生管理マニュアルに準じた手順によって、食材の搬入、検収、保管、調理を行っており、病態に応じた食維持の提供、および形態を工夫した対応を行っている。リハビリテーション処方を受けて評価を行い、リハビリテーションが実施されているが、継続性への配慮が望まれる。診療記録は電子カルテによって一元的に管理され、必要な患者情報を迅速に提供している。臨床工学技士による医療機器の中央管理体制が整備され、院内各部署で機能を発揮している。洗浄・滅菌機能は中央化され、確実な滅菌体制で業務が実施されており適切である。

常勤病理医は、迅速診断も含めた病理検査を院内で行っており、報告は迅速かつ確実に伝達されている。輸血製剤は適切に管理され、投与直前に払い出されている。また、廃棄率を下げる努力もなされているなど適切である。多数の手術をスケジュール管理し、安全・確実に実施している。また、患者確認や退室基準の遵守、

手術室内の薬剤管理なども適切である。集中治療においては、入退室基準に基づき運用されており、安全に対する高い意識が確認された。適切な体制で二次救急を担っており、各診療科でも積極的な取り組みが行われている。

10. 組織・施設の管理

予算の編成は、各部署の意見が反映された上で決定している。また、月次の予算執行状況は、経営会議で分析・検討・情報共有している。医事業務マニュアルを整備し、レセプトの作成には医師が関与し、より低い査定率を実現する努力を行っている。委託業者に関する院内アンケートを定期的の実施し、委託業務の質の向上を図るなどの工夫を行っている。施設・設備の管理は施設管理課が所轄し、管理マニュアルに沿って24時間体制で管理が行われ、年間の保守計画に沿って点検を実施している。物品管理は診療材料等の他、一般備品も含めてSPD化され、不良在庫が発生しないよう管理されている。

災害拠点病院としての各種要件を整備している。また、非常用食料に近隣受傷者分も用意するなど、大規模災害への備えがなされている。災害対策委員会を中心に各種マニュアルを整備し、BCPを定め大規模災害時を想定したトリアージ訓練、都県が連携した防災訓練や国や行政主導の大規模防災訓練にも参加している。保安業務は施設管理課が所轄し、夜間出入口は1か所に制限し、適切に管理を行っている。医療事故発生時の対応手順や原因究明および再発防止に向けた取り組み、訴訟時の対応手順も明確であり適切である。

11. 臨床研修、学生実習

研修医に対して、年間を通じて院長ヒアリングやプログラム責任者等との個人面談を行い、研修医と病院が互いの意見や要望を確認しやすい体制を整えている。指導医と研修医の相互評価も行われる他、EPOC、救急隊・消防署の意見も反映される360度評価を行っている。看護師は、クリニカルラダーを用いた初期研修体制が確立されている。その他の専門職種についても職種毎に初期研修プログラムを整備している。

医学生、看護師等の学生実習の受け入れにあたっては、実習実施に際して患者・家族の同意も得ている。患者・家族との関わり方や、医療安全・感染管理に関する教育をオリエンテーション時に行い、実習中の指導も行っている。実習はカリキュラムに沿って実施しており、学生および実習内容の評価も行うなど、学生実習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	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・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	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	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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制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	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	A
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	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	C
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	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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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： 社会福祉法人恩賜財団済生会支部 埼玉県済生会川口総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 埼玉県川口市西川口5-11-5

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	424	424	+0	86.8	10.4
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	424	424	+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	3	+0
集中治療管理室 (ICU)	14	+0
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)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	50	+0
小児入院医療管理料病床	25	+0
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		
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), がん診療連携拠点病院 (地域), DPC対象病院 (Ⅲ群), 地域周産期母子医療センター

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： 11 人 2年目： 12 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

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

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)		2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数		1,280.27	1,263.43	1,252.07	101.33	100.91
1日あたり外来初診患者数		73.49	75.98	76.03	96.72	99.93
新患率		5.74	6.01	6.07		
1日あたり入院患者数		368.11	380.52	374.87	96.74	101.51
1日あたり新入院患者数		32.33	32.06	32.84	100.84	97.62