

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6月16日～6月17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、1961年に19床で開設され、その後、増改築を重ね、現在では133床を有している。川越比企医療圏において、急性期から慢性期まで一貫した医療を提供する医療機関として、地域医療に貢献している。救急医療においては「断らない方針」を掲げ、地域の中核的な医療機関としての役割を果たしている。乳腺センターや消化器センター、人工関節センターを併設している。2023年には血液浄化センターを開設されている。

今回の受審では、病院長をはじめ病院幹部のリーダーシップのもと、病院の質向上に継続的に取り組まれてきた成果が随所に確認できた。受審結果を活かし、貴院が示されている理念「安全な医療を提供すること・地域の医療を支える柱となること・常に質の向上に努めること・医療を受ける人の権利を尊重すること」を達成すべく、病院機能の充実を図り、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

病院理念および基本方針を定め、これを受けて中長期計画を策定している。運営会議で意思決定し、医局会議および各部署会議を通じて周知を図っている。中長期計画を受けて病院事業計画、各部署目標を設定し、達成度評価を行っている。職員の就労意欲を高めるべく、人事考課制度を設け、目標を共有して職員の経営参画意識を高めている。院内の情報の管理・活用の方針を明確にし、情報を二次活用している。文書管理規程を整備し、文書管理一覧により、管理すべき文書が運用されている。病院の機能に見合った専門職種の人材を採用しており、医療法等の法令や施設基準の必要人員を確保している。就業規則や給与規程などを整備し、職員に周知

している。労働基準法第36条の労使による協定書を労働基準監督署に届けている。衛生委員会を毎月開催し、産業医や衛生管理者による職場巡視やメンタルケア、ストレスチェックなどを実施している。人事考課時の面談等にて、職員の意見、要望を把握し、改善する仕組みがある。職員への教育・研修では、教育委員会がとりまとめを担当している。年間研修計画を作成し、必要性高い研修を実施している。職員の能力評価・能力開発では、人事考課制度に基づく評価を実施し、処遇に反映して業務遂行意欲の向上を図っている。学生実習では、受託実習受け入れ規程に基づき、カリキュラムに沿った実習を行い、評価を実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内掲示やホームページ等を利用して周知している。医療安全管理マニュアルにインフォームドコンセントを整備し、説明と同意に関する病院の方針および必要な範囲、同席の基準や同席者の役割を明文化している。患者と診療情報を共有すべく、病院ホームページに医療情報を掲載し、説明書や各種パンフレット・DVD、図示・図解を記載した同意書等を活用している。地域連携室が相談機能を担い、患者サポート相談窓口を設置し、患者・家族の多様な相談に他職種と連携して対応している。個人情報保護に関する方針や利用目的を明文化している。診療情報の抽出・提供に関しては、規程等を整備するとともに管理者および操作端末を限定し、記録媒体の回収・データ消去を行い、貸出簿で管理する運用を確立している。臨床倫理に関する方針を明文化し、研修会を開催し職員への周知を図っている。臨床現場における倫理的課題は、病棟カンファレンスや多職種カンファレンスで検討し、解決困難な倫理的課題は、倫理委員会で検討する体制を整備している。

来院時のアクセスは良好である。総合案内に担当者を配置し、高齢者や障害者に対応する体制を整備している。院内は清潔で、診療やケアに必要なスペース、利便性・安全性を確保している。全館禁煙・敷地内禁煙の方針であり、入院時オリエンテーションで説明等、受動喫煙防止に取り組んでいる。

4. 医療の質

業務改善は、各部署でBSC活動を行い、全体ミーティングの中で活動報告を行っている。業務改善委員会も数々の改善を行っている。診療の質の向上に向け、病棟ごとに医師・看護師・療法士・社会福祉士などが参加するカンファレンス等を開催し、クリニカルパスも活用している。消化器腫瘍カンファレンスでは術前・術後カンファレンスが行われている。臨床指標はホームページ上で公表している。患者・家族からの意見や要望は、病棟及び外来の意見箱や患者満足度調査等から収集し、運営会議で対策を検討している。新たな技術・治療方法は幹部会や倫理委員会で審議している。学会発表などの研究倫理的審査は、倫理委員会や医局会で検討を行う仕組みである。

外来・病棟の管理責任体制は明確に定められている。看護責任者は、病棟ラウンドを行い、患者のケアの状況やニーズを把握している。診療記録は電子カルテで管

理し、看護・リハビリ記録、服薬・栄養指導、説明と同意書など必要な情報が記載されている。診療記録・看護記録の質的点検は医師、診療情報管理士により行われている。多職種が参加する各種カンファレンスを開催し、多職種で構成する栄養サポートチームや褥瘡対策チーム、緩和委員会、身体拘束最小化チーム、ICTなどを組織している。各専門チームは院内ラウンドを行い、治療方針の検討や患者の状態に応じたケアを行い、患者支援に取り組んでいる。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理部を設置し、医療安全管理者として専任の看護師を配置している。医療安全管理指針を定め、医療安全管理マニュアルをもとに安全対策に取り組んでいる。医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者を選任し、医療安全管理委員会および下部組織である安全管理推進委員会、リスクマネジメント委員会を設置している。インシデント・アクシデント発生時は、フローチャートに沿って速やかに報告する体制とし、再発防止対策を講じている。検討した事例は、安全管理推進委員会を通じ情報共有している。医療安全に関する院外からの情報を収集し、随時職員へ発信している。医療事故発生時の対応マニュアルを整備している。

患者確認は、患者自身によるフルネームでの名乗りを原則として、ネームバンドによる照合を行っている。タイムアウトや輸液ルート管理、検体容器のラベル確認など手順を遵守している。情報伝達エラー防止に電子カルテ機能を活用し、取り扱いに注意が必要な注射薬は注意喚起を行い、点滴・投薬時はダブルチェックしている。転倒・転落防止対策は、全患者に対して入院時にリスク評価を行い、必要な患者には計画を立案し、速やかに対策を実施している。医療機器使用に関するマニュアルを定め、各部署で使用中の医療機器は、各勤務帯で設定状況を確認している。院内緊急コードを設定し、BLS研修は全職員を対象に開催している。

6. 医療関連感染制御

病院長を委員長とした感染対策委員会を設置している。多職種で構成した感染制御チーム（ICT）に権限を付与し、日常的な感染防止活動を実践している。感染発生状況や分離菌の情報、部門別サーベイランス関連感染については、毎週の院内ラウンドを通じて感染対策委員会に報告している。アウトブレイクの定義や対応基準があり、ICT院内ラウンド等を通じて早期発見に努力している。院外での流行情報などは、厚生労働省や医師会の情報を通じて収集し周知している。院内感染対策マニュアルを整備し、標準予防策や感染経路別予防策を定め、多職種で構成するICTが中心となり感染制御の活動を推進している。抗菌薬適正使用マニュアルを整備している。広域抗菌薬の使用は届出制を採用し、培養の結果をICTで議論して主治医と使用継続について相談している。抗菌薬の採用および採用中止は薬事審議委員会で検討し、原則1増1減を基本としている。アンチバイオグラムを作成し、投与期間に応じて医師に相談する仕組みを整備している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の医療サービス等の情報は、広報誌やホームページ、SNS等を通じて、患者や地域住民、連携施設へ向けて適時発信している。診療実績として、DPCデータに基づく病院指標をホームページにて報告している。地域連携室を中心に、地域の医療ニーズを把握し、院内外との連携に努めている。連携担当者が連携施設を訪問し、入退院支援に関わる面談や転院後の患者状況の情報交換等を行っている。地域連携パス情報交換会等に参加し、顔の見える連携の強化や意見交換を行っている。紹介・逆紹介に取り組み、実績は運営会議にて報告している。紹介に対する返書管理においては、経過に応じた報告としての返書作成を行っている。地域の健康増進活動として、健診センターにて健康診断、企業健診を行っている。准看護学生、消防学校救急科への教育を行っている。今後は、療法士による健康教室を予定している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診や紹介、再診、会計などの窓口を明確にし、受診手続きは明確である。患者情報を収集し、各部門が連携して、地域の連携施設等から円滑に患者を受け入れている。侵襲的検査は、必要性やリスクを患者に説明し、同意を得て実施している。入院決定は医学的判断のもとで外来担当医師が行い、入院診療計画書を作成し、患者・家族からの相談に社会福祉士が主体となり対応している。入院決定後は外来看護師等が聞き取りと説明を行い、入院後は病棟看護師がオリエンテーションを実施している。

医師をはじめとする多職種が病棟カンファレンスなどに参加し、病棟看護師は患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握して看護計画を立案・実施している。内服薬は薬剤師が配薬カートに準備し、輸血・血液製剤の投与に際しては、手順を遵守している。医師・看護師は術前訪問を行い、重症患者には多職種が関与している。褥瘡の予防・治療および栄養管理と食事支援、症状緩和については、評価を行い多職種や専門チームで対応している。リハビリテーションでは、個々の病態に応じた目標設定を行い、身体拘束の回避および早期解除に向けて取り組んでいる。退院支援に向け、地域連携室の看護師や社会福祉士が早期から介入し、継続した診療・ケアを実施すべく、治療経過に応じてカンファレンスを実施している。ターミナルステージでは、患者・家族の意向を尊重し、説明と同意の上で対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、持参薬鑑別や処方鑑査、疑義照会、抗がん剤の調製・混合を行っている。臨床検査の異常値やパニック値は直接主治医へ報告している。CT・MRIの読影は、主治医と非常勤医師で行われている。温冷配膳車および時間帯専用エレベーターを用いて、適時・適温かつ衛生面に配慮した食事を提供している。リハビリテーションは急性期から慢性期まで対応し、カンファレンス等を通して医師・看護師等と情報交換している。診療情報管理室を設置し、診療情報管理を行い、量的点検は、全退院症例に行っている。同意書等は院内規程に基づきスキャン後、原本は1

患者 1ID 番号で整理・管理する運用としている。医療機器安全管理責任者は診療放射線室室長が兼務し、医療機器の標準化を図り、安全性を確保した配置に取り組んでいる。器材の洗浄・滅菌機能を中央化し、滅菌効果を各種インディケーターで確認している。

病理診断で重大な所見を認めた場合は、依頼医師に臨床検査技師から確実に報告している。輸血・血液管理業務は検査科が担い、輸血委員会委員長（麻酔科医）が輸血業務全般を監督・指導している。手術室のスケジュール管理は手術室師長が担当し、退出基準も明確である。病院機能に応じた救急医療体制を構築している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、前年度実績をもとに幹部の承認を経て確定し、運営会議を経て職員へ予算の概要を説明している。各診療科や各部署と経営的な目標達成に向け、BSC 活動を行っている。予算の執行状況を進捗管理し、会計処理は病院会計準則に基づき行い、各種の財務諸表を作成している。受付から会計までの窓口業務や収納業務の手順を整備し、レセプトの作成および点検は、各診療科医師による点検体制を整備している。法令や施設基準の遵守は、医事担当者が各部署・各委員会と連携し管理している。業務の外部委託については、業務委託の是非や業者実績、費用等を総合的に判断して、運営会議において検討している。

施設・設備は管理部の管理のもと、施設担当者と委託業者による日常点検と、計画的な保守管理を実施している。医療機器購入に関しては、費用対効果や業務効率性、医療の質向上を検討し、運営会議で承認している。医療消耗品の選定は性能や価格を考慮し、医薬品や診療材料はベンチマークを行い、価格の妥当性を検討している。

防災対策委員会を設置し、地震・火災・停電・大規模災害に対応した消防計画、防災マニュアル、事業継続計画の検討や見直しが行われている。保安業務の業務内容、緊急時の連絡体制を明確にしている。院内巡視等の日々の業務は、マニュアルに沿って遂行し、日報は総務担当を経て事務局長に報告している。

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	患者の個人情報を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	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	B
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	B
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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	B
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	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	B
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	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	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： 2023年 4月 1日 ~ 2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025年 1月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 医療法人豊仁会 三井病院
- 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 : 埼玉県川越市連雀町19-3

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	133	99	+16	95	18
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	133	99	+16		

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	15	+15
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	16	+16
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), 在宅療養支援病院

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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

