

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 8 月 19 日～8 月 20 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、地域の小児科医療の担い手として 1953 年に熊谷小児診療所として開設以降、地域の医療ニーズに応えるため 1990 年に内科を追加標榜し、1991 年に熊谷生協病院に名称変更されている。2000 年 10 月に療養型病棟が増床され、通所リハビリテーションを併設する病院として現在地に新築移転している。健康増進事業加盟病院として患者・住民・スタッフに対して健康づくりに取り組み、健康なまちづくりに貢献している。

今回の訪問審査では、「県北地域に安心と協同の創造を」という理念の達成に向けて院長を中心に、職員が一丸となり地域と連携した開かれた病院となるように協力している姿勢が確認できた。訪問審査中に課題提供した内容について検討し、改善につなげていただけたら幸いである。今後はより一層、地域住民に信頼され、安心で安全な医療・福祉事業を提供される事を期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念・基本方針は明文化され、病院外への周知および職員への周知徹底が図られている。病院管理者は、中・長期計画、年度事業所目標に明示された病院の将来像を朝会や年 3 回のマネジメントレビュー等を通じて説明し、リーダーシップを発揮している。毎週開催の管理会議で病院運営の意思決定を行い、部門責任者会議で決定事項の情報伝達が行われており、効果的・計画的な組織運営がされている。電子カルテを中心とした各部門システムが稼動し、情報管理に関する方針は明確となっている。文書管理規程に基づき文書管理は適切に行われている。

診療機能や業務量に合わせた人材は確保されている。人事・労務管理の各種規則・規程は適切に整備されている。職員の安全衛生管理は、労働安全衛生委員会が中心となり適切に実施されている。職員の意見・要望を把握するために毎年、職員満足度調査を行い、日勤常勤看護師制度や育児短時間勤務の導入、病児保育室の設置など就業支援への取り組みが行われている。教育委員会により年間教育計画が立案され、研修が実施されている。各部門に力量チェックシートが設定され、個別の能力確認、スキルアップの目安としている。認定看護師取得に関する規程や診療情報管理士の資格取得に対する支援体制も整備され、職員の能力開発・評価は適切に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、ホームページ、入院案内等で患者・家族へ周知されている。患者が理解できるように説明を行い、同席者の記載欄にはサインが得られ、説明を受けたときの患者の反応は、看護記録として記載されている。診療に関する情報提供のために、外来総合待合室と小児科外来にデジタルサイネージを設置している。患者支援体制として地域連携・医療福祉相談室が設置され、社会福祉士が適切に配置され、患者・家族等からの各種相談に対応している。患者の個人情報・プライバシーは、方針、規程が作成されており、適切に保護されている。主要な倫理的課題についての方針があり、臨床現場での倫理的な課題は、入院時から早期に把握され、多職種からなる合同カンファレンスで情報共有と検討が重ねられている。臨床現場で生じる倫理的課題については倫理委員会に上申する仕組みがある。

患者・面会者の利便性のために、アクセス面では、最寄の駅と病院間で無料送迎バスが運行されている。院内に売店が設置され、理髪店による出張営業も行われている。院内はバリアフリー化され、必要な箇所には適切に手摺りが設置されている。院内は清掃が行き届き清潔が保たれており換気も適切に行われている。敷地内全面禁煙として、院内掲示、入院案内、ホームページへの掲載等で周知が図られ、受動喫煙を防止している。

4. 医療の質

投書箱を院内各所に設置し、患者・家族の意見・要望を収集している。回収された投書は、管理会議で確認後、回答文書を作成し掲示板にてフィードバックされている。患者満足度アンケートも毎年実施されている。診療の質向上に向けて、病棟合同カンファレンス、症例カンファレンス、デスカンファレンス等が実施されている。部門横断的な改善活動として年2回の内部マネジメントシステム監査を実施し、その結果より改善計画を立案し改善している。新たな診療・治療方法や技術は適切に導入されている。

病棟・外来等における診療・ケアの管理・責任体制は、適切に明示されている。診療記録は、記録の記載基準に基づき適切に記載されている。多職種からなる専門チームが活動し、診療・ケアへ積極的に介入している。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制として、医療安全管理部に医療安全・管理会議が設置され、具体的な指揮系統が明確であり、組織体制は確立している。医療安全管理指針、医療安全マニュアルの改定等が適切に実施されている。インシデント・アクシデント発生時には、速やかに報告書が作成され、医療安全管理責任者に報告されている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策、情報伝達エラー防止対策は適切に実施されている。麻薬・劇薬・ハイリスク薬等は、病棟で適切に保管・管理されている。注意が必要な薬剤には、薬剤師により注意喚起されて払い出しが行われている。入院時、患者全員に、転倒・転落、せん妄リスクアセスメントを実施し、患者・家族とともにリスクを評価している。具体的対策は看護計画で展開し、定期的評価に加え、転倒・転落の発生時や患者の状態が変化した場合には再評価している。転落等の事故発生時には医療安全手順書に従って行動し、さらに再発防止のための方策が講じられている。医療機器は、医療機器管理マニュアルや手順書が整備され、安全に使用されている。患者等の急変時に対応するため、全職員を対象に年2回のBLS研修が実施され、現場でのシミュレーションも実施している。

6. 医療関連感染制御

感染制御に向けた体制は、毎月開催の感染対策委員会が設置され、下部組織としてICTがあり、院内ラウンドを実施している。医療関連感染制御マニュアルが作成され、適宜改定されている。院内の感染発生状況は、感染対策委員会に報告され、検討されている。

標準予防策が遵守され、個人防護用具の使用は、適切に実施されている。看護職員、リハビリテーションスタッフは、各自手指消毒薬を携帯し、手指衛生が徹底されているが、その他の職種についても手指消毒薬の携帯を検討されると良い。抗菌薬の適正使用マニュアルは、毎年見直されており、使用状況は、医局会議に報告され、検討されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信としては、ホームページが作成され、定期的に更新されている。広報誌を毎月発行し、病院内および病院外の生協組合員への配布、関連連携施設へ送付し、情報が適切に発信されている。地域連携・医療福祉相談室が、地域の医療機関、介護福祉施設等の情報を収集しファイリングしている。病院主催による地域連携懇談会やケアマネ懇談会を定期的に行い、医療ソーシャルワーカー連携会を発足させ連携づくりを推進している。地域に向けての医療に関する教育・啓発活動としては、街角健康チェック、「健康ひろば」でのフレイル予防・ロコモ予防体操等の活動、フレイルチェックサポーター養成講座・認知症サポーター養成講座・保健師による講演活動等を実施している。地域医療懇談会・ケアマネ懇談会で医師の学習講演や歯科医師からの勉強会が行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診療を受けられるように受付は分かりやすく配置され、ホームページや院内掲示で受診に必要な情報は提供されている。地域連携・医療福祉相談室は、地域の医療・介護・福祉施設等からの患者受け入れ、適切な連携先への紹介の窓口となり対応されている。侵襲的検査は、説明と同意を得て安全に実施されている。診察、検査データ等で入院の必要性があれば医師が、患者・家族へ説明し同意を得ている。入院決定後は、外来・病棟の看護師が連携し、病棟オリエンテーションを行い、円滑に入院させている。入院時、患者・家族の要望、今後の療養先、社会資源活用状況、入院時の問診票を確認し、入院診療計画書・看護計画書・退院支援計画書を作成している。医療相談を必要とする患者・家族に対して、社会福祉士が適切に対応している。

医師は毎日の回診、カンファレンスへ参加し、看護師は、患者の病態の把握とケアを行い、それぞれの役割に応じて病棟業務を適切に行っている。投薬・注射および輸血・血液製剤投与に関しては、看護師2名によるダブルチェックが行われ、投与中・投与後の患者の状態把握が適切に行われている。重症患者の診療・ケアは、重症室運営基準に基づき行われている。褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導、症状緩和については適切に実施されている。リハビリテーションは、医師の指示に応じてリハビリテーション総合診療計画書を作成し、患者へリスク説明を行い、訓練が開始されている。身体抑制は、原則行わない方針を掲げているが、必要性が予測される場合は、同意を得て安全に実施されている。入院時から患者・家族の思いや希望を聞き、チームで計画を立てて退院支援が行われている。在宅などでの継続した診療・ケアについては、積極的に訪問診療と訪問看護を実施している。ターミナルステージの判定は、緩和ケアマニュアルに基づき、患者・家族に寄り添った対応が行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、持参薬の鑑別、医薬品集の整備、注射薬の取り揃え、処方鑑査、調剤後の確認等の薬剤管理業務が適切に実施されている。臨床検査機能は、必要な検査機器は充実しており、異常値やパニック値は、主治医に直接連絡のうえ確認が行われている。画像診断機能は、画像遠隔診断システムで法人内事業所の放射線科医により読影する仕組みが整備されている。栄養管理は、直営にて実施され、管理マニュアル・手順書に従い、清掃が行き届いた衛生的な環境で食事がつくられている。リハビリテーション機能は、維持リハビリテーションが中心で、適切に機能が発揮されている。診療情報管理機能、医療機器管理、洗浄・滅菌機能は、病院機能に準じて適切に実施されている。

病理診断は検査科が窓口となり、全て外部委託されており、悪性等の診断結果は速やかに主治医に報告されている。輸血・血液管理業務は、検査科が担当し、輸血実施時のマッチングを含めた手順はマニュアル化されそれに準じて実施されている。救急医療機能は、通院、かかりつけ患者に対応する一次救急医療として機能し、自院で対応出来ない患者は、二次、三次救急医療施設に紹介されている。

10. 組織・施設の管理

毎年度予算書が作成され、生協会計基準に基づき会計処理し、財務諸表が作成されており、財務・経営管理は適切に行われている。医事業務は、業務作業手順書が作成され、適切に業務が行われている。業務委託の是非は、管理会議で検討され、毎年3月に再評価記録に基づき委託事業者の実績評価が行われている。

施設・設備の日常点検と定期保守点検は、総務課が窓口となり実施され、築21年経過する建物の長期修繕計画管理表が作成されている。診療材料の管理は、SPDシステムが導入され、物品の発注、納品業務は、適切に行われている。棚卸が定期的に実施され、在庫管理は適切である。

災害対策委員会が設置され、年2回の火災訓練や大規模水害の発生を想定した水害・トリアージ訓練が地元住民参加のもと年1回開催されている。休日・時間外は、院内巡視や施設管理、緊急時の対応を行っている。医療事故への対応は、発生時の初期対応手順書に基づき対応する体制がとられている。

11. 臨床研修、学生実習

看護師、薬剤師、リハビリテーション療法士、社会福祉士等の学生実習を受け入れている。学生実習受け入れ手順書があり、各部門から管理会議に学校からの実習依頼案件を報告し、承認後委受託契約書が交わされている。実習前オリエンテーションを行い、患者・家族の同意のもと実習を開始している。実習の評価は、実習担当職員が学校の基準に準じて評価を行っており適切である。

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	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
1.4	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	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	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	NA
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	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	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	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： 2019 年 1 月 1 日 ～ 2019 年 12 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 2 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療生協さいたま生活協同組合 熊谷生協病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地：埼玉県熊谷市上之3854

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	50	50	+0	71.1	61.7
療養病床	55	55	+0	91.7	93.4
医療保険適用	55	55	+8	91.7	93.4
介護保険適用			-8		
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	105	105	+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		
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	40	+24
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

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
1日あたり外来患者数	95.81	94.80	94.21	101.07	100.63
1日あたり外来初診患者数	8.38	8.83	9.35	94.90	94.44
新患率	8.75	9.31	9.92		
1日あたり入院患者数	89.90	84.56	76.75	106.32	110.18
1日あたり新入院患者数	1.42	1.37	1.40	103.65	97.86