

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2月5日～2月6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

貴院は埼玉県坂戸市に1961年に設立され、その後、現在地への移転、名称変更した地域医療に貢献する病院である。診療科目は内科・糖尿病内科・内視鏡内科・神経内科・外科・乳腺外科・腫瘍外科・整形外科・形成外科・消化器内科・消化器外科・循環器内科・呼吸器内科・泌尿器科・皮膚科・肛門外科・リハビリテーション科を標榜している。また、一般病棟、地域包括ケア病棟、療養病棟を有している。地域包括ケアシステムの中核病院として、救急医療の推進、地域の在宅医療や施設介護との連携強化、チーム医療を病院内のみならず、地域全体にも広げた地域医療の推進を明確に示して、院長はじめ全職員が一体となってその実現に向けて取り組んでおり、評価できる。今回5回目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、発展する可能性を感じさせる。今後も良質な医療の実践や地域医療の質向上に向けた取り組みが継続され、さらにご発展されることを願うものである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は明文化している。組織図、職務分掌や職務規程を作成している。中長期計画、年次事業計画、部門目標は策定している。病院幹部は現状の課題を認識しており、運営課題の明確化や解決に向けて、リーダーシップを発揮している。情報システムのデータは経営指標、医療安全統計、感染関連のデータ、患者統計、診療データのベンチマーキング、臨床指標、各種学会発表等に活用している。文章管理規程は整備しており文書の一元管理が行われている。医療法や診療報酬施設基準等で定める必要な人員を確保している。病院運営に必要な量的・質的人材計

画を立案している。人事労務管理に必要な各種規則を整備している。労働安全衛生委員会の開催等、職員の安全衛生管理を適切に行っている。職員満足度の向上や魅力ある職場づくりに努めている。全職員を対象とした継続的な教育・研修を総括して管理する体制は確立している。専門分野の資格取得を含めた院外の教育・研修に関する方針を定めて積極的に取り組んでいる。新人教育、ラダー研修、スキルアップ研修が行われている。学生実習指導の担当者を配置して積極的に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利を4項目にまとめ明文化している。診療記録の開示に関する手順を整備し、患者の権利の擁護に努めている。統一された書式を用いて患者・家族に説明し理解を促し、同意の署名が得られている。患者と医療者のパートナーシップの方針を明確にし、患者の医療参加への啓発を図っている。貴院以外に通院する利用者の相談・問い合わせも多く、地域の保健室的な役割を担っている。入院患者15人に対して1名の支援室員を配置し、患者が気軽に相談できる環境を構築しており、外来の相談と合わせて年間1万7千件を超える相談に対応している。個人情報保護方針が定められ、個人情報の管理は適切に行われている。臨床倫理委員会が設置されており、臨床的課題の取り組みは適切に行われている。患者・家族の抱えるさまざまな倫理的な課題が把握され、カンファレンスにより、情報の共有が図られている。玄関正面前のバス停、駐車場や駐輪場など患者のアクセス環境に配慮している。入院生活の設備・備品は患者の視点から利便性に配慮している。病院全体のバリアフリーは確保している。診療・ケアに必要なスペースを確保し、生活上のプライバシーに配慮されている。敷地内全面禁煙の方針を明確にしている。

4. 医療の質

業務負担低減委員会での業務改善活動や病院機能評価の受審など業務の質改善に継続的に取り組んでいる。各種立ち入り検査の指摘事項にも速やかに対応している。多職種参加のカンファレンス、主要な診療ガイドラインの活用、各種臨床評価指標の収集・分析など診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる。クリティカル・パスにおけるバリエーション分析も行われている。患者の意見・要望を収集して対応策の検討が行われている。検討の結果や対応策は院内掲示で患者・家族に明示している。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては倫理委員会に諮り、承認を得て実施している。薬剤の保険適応外使用は薬事審議委員会で承認されたのちに使用している。倫理的検討が必要な臨床研究は倫理委員会での承認のうえ発表している。外来・病棟の管理・責任体制を定め、診療や看護の管理責任者を患者・家族に明示している。患者に関する必要な情報は診療記録として、記載マニュアルに則り、多職種により適時、適切に記載されている。多職種が参加して診療記録の質的点検をするよう望まれる。褥瘡対策委員会、退院支援カンファレンス、病棟カンファレンスなど、多職種が参加した診療・ケアが実践されている。

5. 医療安全

医療安全確保のための方針は明確であり、専任の医療安全管理者に権限が付与されている。定期的に委員会が開催され院内ラウンドが行われている。院内のインシデント・アクシデント報告は再発防止対策等を検討し院内にフィードバックしている。重大医療事故は検証委員会が原因究明や再発防止の検討している。誤認防止対策は、患者自身に姓名を名乗ってもらうこと、ID 番号の確認、リストバンド装着など手順に従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、実施および実施確認などの手順は整備され、それぞれ安全に実施している。口頭指示も手順を順守して実施している。麻薬、カリウム製剤、ハイリスク薬などの安全な保管・管理と使用が行われている。転倒・転落防止対策では、転倒・転落リスク評価により危険度レベルごとに安全対策を実施している。転倒・転落が発生した場合の対応は、フローチャートが整備されている。医療機器は看護師がマニュアルに従い、使用前・中・後の点検を行っている。病棟で勤務者が交代する際の引き継ぎ手順が決められている。患者等の急変時の院内緊急コードを設定しており、全職員を対象に招集訓練や救急蘇生訓練が行われている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が組織され、月 1 回開催されている。感染制御チーム (ICT) により毎月環境ラウンド・ミーティングが実施されている。ICT には関係部署へ介入・指導をする権限が与えられている。感染対策マニュアルも適宜改正されている。細菌検査結果や各部署のリンクナースが院内感染発生の把握に努め、発生の疑いがあれば ICT により分析・検討されている。アウトブレイクへの対応手順が整備され、拡大を防止した実績もある。JANIS に参加し、微生物サーベイランスや SSI のサーベイランスを実施している。手指衛生のための流水手洗い場所を整備し、速乾式消毒剤の使用状況をモニタリングしている。個人防護用具の準備と装着や汚染したリネンの取り扱いについては、ルールに従って行われている。抗 MRSA 薬やカルバペネムなどの特殊な抗菌薬については届出制を採っている。院内の抗菌薬使用患者のモニタリングを行い、定期的に抗菌薬の使用状況や分離菌感受性パターンなどを検討し、必要に応じて関係部署へフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

病院に関する情報を発信している。広報チャンネルとして、病院広報誌、ホームページ等を活用している。診療機能や医療サービス、診療実績、医療関係者向け情報を公表している。主要な医療機関や地域の医療関連施設等と連携を図っている。医療連携施設への訪問を 163 件実施して、顔の見える関係、相談しあえる関係を築いている。自院の診療機能に応じて医学的判断に基づき紹介・転院が行われている。地域医療連携室による紹介・逆紹介の一元管理が行われている。特に、貴院が作成した「緩和ケア情報共有シート」、「意思表示帳」、「入院時・退院時情報共有シート」は地域共通のモデル様式として埼玉県、医師会に採用された実績があり、高く評価できる。出張講演、特定健診、企業健診、人間ドック、各種がん検

診、各種の予防接種が行われている。地域活動として敬老の日、看護の日、よさこい祭りに出店している。学校医、産業医活動が行われている。地域医師会活動への参加、各種協議会への出席、学校講師派遣を実施している。救急救命士の研修を実施している。特に、行政、地域の訪問看護師、施設相談員、ケアマネジャーを対象にピア・ミーティングを主催しており評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診・再診の手続きは明確化しており、患者への説明と同意のもとに外来検査や処置を実施し、外来診療を適切に行っている。地域の医療機関、施設等からの患者の受け入れ、紹介や相談支援は適切に行っている。侵襲的検査では同意書を取得し、適切に実施している。外来担当医が医学的判断に基づいて適応を検討し、入院を決定している。主要なアセスメントの内容を反映させ、入院診療計画書を作成している。入院時には提出書類の説明や病院の方針などの説明を行っている。医師は診療上の責任とリーダーシップを発揮し、看護師は入院生活に配慮しながら病棟業務を行っている。投薬・注射、輸血・血液製剤の投与を確実・安全に実施している。リスク評価など周術期の対応、重症患者の管理を適切に行っている。褥瘡の予防と治療方法や個別の栄養管理・食事指導を適切に行っている。症状の客観的評価を行い、疼痛緩和を実施している。リハビリテーション総合実施計画書を作成している。中止の基準を設け、リスクを回避している。身体拘束は適用時や解除に関するルールが規定されている。退院の調整や退院後は在宅で継続した診療・ケアが提供されている。ターミナルステージの療養環境への配慮や逝去時の対応は、看護手順に沿って適切に行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師が処方鑑査、疑義照会や持参薬の識別等薬剤の安全な使用に向けて実践している。臨床検査はパニック値の基準を定め、適切に対応している。内部および外部精度管理も適切に実施している。CT・MRIなどの画像診断機能を適切に発揮している。読影結果の見落とし防止対策を実践している。厨房業務は各種法令やHACCPに沿った衛生管理が行われている。リハビリテーションカンファレンスや電子カルテの記載等により主治医や病棟との情報共有をしている。電子カルテを導入して診療情報の一元的な管理が行われている。医療機器は臨床工学技士により一元管理され、定期点検・標準化が行われている。洗浄・滅菌は中央化されており、滅菌の質保証は担保されている。病理診断は外部に委託している。臨床検査科で検体の受け付け、報告書の管理等を行い、悪性所見が認められた症例は直接主治医に報告している。輸血療法委員会を開催し、血液製剤の使用状況等を検証している。2022年度の廃棄率は0%で低減化に取り組んでいる。各診療科担当医と手術室看護師長がスケジュール管理を行っている。手術運用マニュアルに基づいて患者安全管理を実施している。水準2に該当する救急告知病院で、原則断らない救急医療を実践している。救急病床2床設置し、緊急入院も受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は確立しており、理事会にて経営状況の把握と事業計画・予算の承認が行われている。社会医療法人の規則に基づく財務諸表を作成している。会計準則に準じた会計処理が行われている。医事課が医事業務全般を担当している。レセプトの点検、返礼・査定、施設基準を遵守する仕組み、未収金の催促・回収する対応体制は確立している。委託業務は業務の質、専門性、効率性の観点から検討している。実施状況を把握して継続的に委託業務内容の品質管理に努めている。病院機能に応じた施設・設備は整備されている。設備・備品の補修・修繕や年間の施設・設備の保守管理は年次保守点検計画書を作成し、実施している。感染廃棄物の院内最終保管場所も適正に管理している。新規医薬品購入・選定は薬事委員会で検討している。医療材料は中央材料室で入出庫、在庫管理が行われている。高額医療機器の購入は、病院幹部による検討会で質や価格の比較検討をしている。災害時の責任体制、火災時の対応、緊急連絡網を作成している。年2回の消防訓練や模擬停電試験や実施している。休日・夜間は事務職員を配置して24時間態勢の保安業務が行われている。保安業務の指揮命令系統を明確にしている。

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	S
1.1.5	患者の個人情報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	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	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	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	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	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	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	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	
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	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 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 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： 社会医療法人刀仁会 坂戸中央病院

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： 埼玉県坂戸市南町30-8

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	142	125	-5	64.8	24.1
療養病床	42	42	+0	87.3	95.1
医療保険適用	42	42	+0	87.3	95.1
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	184	167	-5		

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	2	+0
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	47	+29
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

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	210.20	219.34	189.17	95.83	115.95
1日あたり外来初診患者数	39.88	17.03	9.37	234.17	181.75
新患率	18.97	7.76	4.95		
1日あたり入院患者数	129.40	124.12	129.99	104.25	95.48
1日あたり新入院患者数	4.27	4.72	4.46	90.47	105.83