

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 10 月 11 日～10 月 12 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

貴院は設立当初から地域住民の健康を守ることを使命に医療を積極的に展開してこられ、現在では地域で信頼を得た中核病院として位置付けられている。2015 年には救急医療を担う公益的使命を付加した社会医療法人として認可を受けられ、法人内には当該病院のほか、診療所・健診センターや介護関連施設等を併設され、また許可病床の一部を地域包括ケア病棟に転換するなど、地域の医療ニーズの変化にも対応されている。

病院機能評価を継続的に受審し、病院長を中心に改善に果敢に取り組まれている。その結果、病院の課題は漸次改善されている。今回の病院機能評価の受審を踏まえて、さらに優れた病院として、地域医療に一層貢献されることを期待したい。なお、今回の受審が貴院の今後の発展に少しでも役立てば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

貴院では、院長就任当時に理念や基本方針が制定されている。病院管理者・幹部は病院の将来像を示し、その実現に向けて注力している。情報管理に関しては、院内 LAN や PACS が活用されているが、今後は ICT 活用をさらに進化して、よりの確なシステム運用と強固な安全性を確保されることを期待したい。

人材の確保では、医師、薬剤師、看護師等の充実を期待したい。職員の安全衛生に関しては、委員会の開催や健康診断等の基幹的な活動が行われており適切である。職員への教育・研修は、医療安全、感染防止、倫理問題、個人情報への配慮等について、院内研修のさらなる充実を期待したい。なお、全員研修の統括部門は教育委員会が担っており、年度毎の研修計画の道筋がつけられている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族・職員へ周知されている。診療録の開示はガイドラインに基づき対応され100%開示されていて適切である。「説明と同意の手順」が整備され、該当医療行為の範囲も定められており、方針に基づき実施されていて適切である。入院診療計画書が作成され、患者・家族との情報共有が図られている。また、疾病・治療のパンフレットが整備され、見直しも適宜実施されている。糖尿病患者指導は、退院後も糖尿病指導士等の有資格看護師により継続して実施されており、高く評価したい。患者支援のための相談窓口の整備、職員の配置、患者・家族への周知、虐待事例への対応等が実施されており、患者の支援体制は適切である。患者の個人情報保護への対応は、外部メモリのシステムの遮断、パスワードの更新手続きの明確化などの対応が望まれる。臨床倫理に関する方針は明文化されている。倫理委員会規程は整備されているが、定期的に委員会が開催されておらず、臨床倫理、研究倫理の課題についての組織的な検討を期待したい。一方、日常診療やケアにおける患者・家族の抱える倫理的課題は病棟カンファレンスで検討され、職種間で情報共有されている。

病院へのアクセスは良好であり、さらに療養環境では、病棟の照度、空調、静寂等にもよく配慮されている。トイレ、浴室等にも清潔性、安全性を担保しており、療養環境は適切である。受動喫煙防止については、館内禁煙が励行されているが、敷地内禁煙に向けた対応が進められることを期待したい。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、「ご意見箱」の設置をはじめ「ご指摘ノート」を活用して収集している。病棟での多職種参加型症例検討会とCTカンファレンスは行われているが、内科、外科、術前の症例検討会等については開催が望まれる。また、臨床指標のデータ分析の実施も期待したい。業務改善委員会が毎月開催されており、行政による各種監査等についての対応も適切に行われている。新たな診療方法や技術を導入する場合は、実施時の安全に配慮し、対応職員への教育が行われており適切である。

各部署での管理・責任体制は明確にされ、責任者名が各部署に掲示されるなど院内周知が図られている。併せて、責任者不在時の対応手順も整備され、連絡も確実に行われており適切である。医師による診療録の質的な点検への対応が望まれる。また、多職種によるカンファレンスは定期的に行われており、医療安全、感染、褥瘡等の専門チームが組織され、ラウンドも実施されており、多職種の協働体制は適切である。

5. 医療安全

医療安全対策委員会が設置されており、医療安全確保の方針は明確で、医療安全管理者に権限も付与されている。定期的に委員会が開催され議事録も管理されており、適切な組織体制が構築されている。アクシデント・インシデントレポートは集計され、医療安全対策委員会での報告体制の構築、分析手法を活用した再発防止対

策につき PDCA サイクルが機能しており適切である。

患者の誤認防止対策は「患者誤認防止マニュアル」に明記され、ネームバンドの確認、患者の名乗り、手術部位のマーキング、術前タイムアウト等が遵守されており適切である。処方箋、指示箋の記載、指示出し、指示受けは適切である。電子カルテと紙カルテが併用されているため、電子カルテへの統一を期待したい。病棟の定数配置の麻薬の管理についても適切である。全入院患者を対象に転倒・転落に関するリスクアセスメントが実施され、判定に応じて対策が行われており、転倒・転落発生時の対応体制も確立されている。医療機器は、医療機器安全管理責任者（看護師長）により定期点検が実施され、管理されている。職員を対象とした研修会も計画的に開催されており適切である。院内緊急コードによる緊急時召集システムが構築されている。救急カートの定期点検は実施され点検記録で管理されている。全職員を対象とした BLS 研修が実施されており適切である。

6. 医療関連感染制御

病院感染対策委員会は月に 1 回開催され、感染対策講習会を受講した看護師が中心となって活動している。感染防止対策マニュアルについてはさらなる充実が望まれる。病院感染対策委員会で必要なデータは収集され、ラウンドも適切に行われている。医療関連感染発生状況の把握ではサーベイランスは SSI のみであり、今後は、血流感染や尿路感染などについても実施を期待したい。JANIS に参加しているが、情報活用を期待したい。

マニュアルを基に標準予防策が遵守されている。个人防护用具（PPE）の適切な着用による感染防止、医療廃棄物の適切な処理等の感染防御対策について、手法の見直しを期待したい。抗菌薬の採否については薬事委員会で検討され、感染チームとも連動した活動がみられる。抗菌薬使用指針が整備されており、院内の感受性パターンも把握されていて、医師へのフィードバックもされているなど適切である。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信に関しては、法人広報誌「楷の木」が継続的かつ定期的に発行されていることを評価したい。連携医療機関や外来患者に配布されるほか、連携室主体で持参・郵送もされており、広報活動は適切である。また、診療情報に関しては、ホームページ上において、明確な発信はなされていないが、行政対象の公表事例には対応されている。

地域連携活動に関しては、地域医療関係室が主体となって、紹介患者の対応を始め、紹介返書等の管理に関してもシステムチックに行われており評価できる。地域の医療機関との関係づくりにも取り組まれており、活動は適切である。また、病院活動の一環として地域に対する糖尿病教室、地域のイベントへの出展が行われており適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来では、一般外来患者や紹介患者に対する対応が丁寧になされており、外来診

療は適切に機能を発揮されている。紹介患者の受け入れは、地域医療連携室を経由して、体制が適切に整備されている。また、患者ニーズに応じて退院支援室を通じて適切に紹介先に連携されており、連携施設の特徴を把握できる一覧表の作成、地域の医療機関との情報交換も適切に実施されている。地域医療連携室を中心に多職種が協働し、医療相談等の相談体制が整備されている。病院案内、入院案内、院内掲示、ホームページでの周知も適切に行われている。

入院決定時には、外来で看護師により説明が行われており、緊急入院時には、病棟看護師により患者・家族に説明する仕組みが整備されている。看護手順・基準が整備され、定期的な見直しも行われている。見直しは改訂履歴で管理され院内周知が図られており、ナースング・スキル等を活用した看護師教育も適切に実施されている。輸血後の感染症フォローについては、充実を期待したい。

入院時に全患者対象に褥瘡リスク評価が行われ、評価に応じて褥瘡予防対策、治療への取り組み等が適切に実施されている。同じく入院時には、全患者に栄養評価が行われ、主治医・看護師との連携を基に適切な栄養指導が実施されている。症状緩和は、患者の訴えを把握し対応され、麻薬の使用手順も整備されていて適切に行われている。「身体拘束に関する基準」に沿って同意が得られ、抑制中の観察や解除に向けた医師・看護師のカンファレンスも実施し、記録されており適切である。

退院支援室を中心に退院支援計画書を活用して多職種による退院支援が行われており、在宅での患者に必要な診療・ケアが継続されている。退院調整看護師による退院後訪問も実施されており、患者の希望に合わせ適切に対応している。主治医が総合的にターミナルステージを判断し、医師、看護師、多職種が連携し、心理的ケアや療養環境の調整が実施されている。患者のニーズに応じた在宅での看取り支援も行われており、終末期への対応は適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門の薬剤管理はおおむね適切である。臨床検査機能、画像診断機能は適切に機能しているが、CT・MRI等の専門医による読影率が低いので検討が望まれる。栄養管理業務に関しては、調理業務は委託により行われており、おおむね適切であるが患者への個別的で、よりきめ細やかな食事対応を期待したい。リハビリテーション機能は、療法士をはじめ医師や看護師などとの情報共有と連携体制が綿密に組み立てられて実施されており、適切である。

診療情報管理に関しては、診療情報管理士1名が実務にあたっている。疾患情報のコーディングをはじめ退院カルテの量的点検が行われている。また、コーディングによりデータの蓄積が図られている。

主要な医療機器は医療機器安全管理責任者により管理されている。標準化への取り組み、点検体制、時間外の体制等は整備され、医療機器の作動、修理、備蓄状況の一元管理も実施されていて適切である。中央材料室への機材の搬入・払い出しシステムが構築されている。滅菌物の質保証は確実に担保され、中央材料室における物品管理、在庫管理も適切に行われている。清潔・不潔ゾーンの区分表示、5S活動が推進されるとさらに良いと思われる。

病理診断機能では、グループ5などの重篤な結果への対応と重篤な検体については、検査室では電子カルテ情報を基にフォローが終了するまで管理されており、対応は適切である。輸血機能は責任医師が明確であり、発注から保管・返却などを行う担当者も明確で適切に対応されている。なお、廃棄率が非常に低いことは評価できる。手術室はおおむね適切に運営されているが、手術スケジュールの管理方法については見直しを期待したい。

地域の二次救急患者を受け入れており、救急患者の受け入れ方針が決められており、年間約1,900件を受け入れている。自院で対応できないケースでは、適宜他の医療機関に振り分けられており、不対応事例についてもその理由が個々に検証されるなど、適切である。公益に見合う努力が日々継続されていることを評価したい。

10. 組織・施設の管理

経営管理については、法人本部と連動して体制が整備されている。財務・経営管理については予算書が作成されているほか、監査法人による監査が実施されている。医事業務では、窓口の収納業務をはじめレセプト業務等も確実に実施されている。業務委託、施設管理・物品管理等についても適切な状況である。

病院の危機管理については、年2回の火災訓練が実施されている。大規模災害への対応についてもマニュアルが整備されており、一部BCPにも対応した内容となっている。保安業務については、院内の施錠確認、エレベータや火災報知盤の監視業務などが適切に行われている。医療事故への対応については、原因究明と再発防止に向けた組織的な体制が整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

地域の大学から医学生の実習の受け入れに協力している。また、医療系学生の実習受け入れに関しては、薬剤師・看護師をはじめリハビリテーション療法士等々の養成校からの学生実習を受け入れており、カリキュラムなどは適切である。

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	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	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	B
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	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	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	B
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	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	B
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	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	B
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	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	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	B
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
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	B
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	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 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	138	107	+0	83.3	18.3
療養病床	50	50	+0	75.6	149
医療保険適用	50	50		75.6	149
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	188	157	+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	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	18	+18
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

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

