

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」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2日～2月3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	慢性期病院	条件付認定（6ヶ月）
------	-------	------------

■ 改善要望事項

・機能種別 慢性期病院

1. 輸液ポンプの定期点検について、計画に基づいて確実に点検を実施してください。（3.1.7）

1. 病院の特色

貴院は療養病床を主体とし、回復期リハビリテーション病床も有しており、自宅復帰を目標として、365日体制でリハビリテーションを提供している。病院機能評価を継続的に受審しており、職員が一丸となって取り組んでいる状況を確認した。引き続き病院機能の向上に取り組み、今回の病院機能評価が貴院の益々の発展に繋がることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念・基本方針が明文化され、院内外に様々な手段で周知に努めている。病院の将来像として中長期計画が策定され、幹部職員は病院の課題を認識し、取り組んでいる。病院の組織図や委員会組織図はまとめられているが、実態に応じた組織図となるよう見直しを期待したい。文書管理規程が策定されているが、作成責任者や承認の仕組みを明文化することを期待したい。

法定等で求められる必要な人員を確保しているが、充実した体制となるよう継続的に人材の確保に努めている。就業規則や給与規程などは法人で統一されており、有給休暇の取得を促進している。毎月安全衛生委員会が開催され、医師を含め、全職員が健康診断を受診している。福利厚生として健康診断、予防接種、制服貸与などが行われており、保育所も設置されている。全職員を対象とする研修として、定期的に患者の権利、医療の倫理などを開催することを期待したい。職員個別の能力や技術の評価は、年2回3階層に分けて行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を入院のしおりに掲載し、患者に周知している。説明と同意の基準・手順は、インフォームドコンセントのガイドラインに明記されている。「患者さまとのパートナーシップ宣言」が明文化され、病院案内などに掲載されている。患者の支援体制として、地域医療連携部に看護師、社会福祉士などを配置し、対応している。「個人情報保護に関する規程」が定められ、入院時の承諾書にも詳細に説明している。倫理検討委員会は多職種で構成され、臨床で起こる倫理的問題が取り上げられている。また、「行動制限による問題行動がある患者との関わり方」などの事例があり、倫理課題に取り組んでいる。

病院へのアクセスは送迎車を運行するなど、利便性に配慮しており、入院のしおりにも詳細な案内を掲載している。院内はバリアフリー化されている。また、診療やケアに必要なスペースが確保され、リネン類なども清潔に管理されている。職員の禁煙については、禁煙支援委員会や禁煙のニューレターなどを活用し、一層の取り組みに期待する。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や苦情は、意見箱や退院時の患者満足度調査より収集している。臨床指標として、褥瘡の新規発生率、転倒・転落の結果などの件数を把握している。部門横断的な委員会として業務運営会議があり、具体的な業務の改善に繋げている。新たな医療機器の導入時には倫理委員会で対応する体制を整備している。今後は、倫理・安全面に配慮した導入手順や、臨床研究を倫理委員会で審査する手順を整備するよう検討を期待する。

病棟に病棟責任医、師長、看護職などを掲示し、ベッドサイドにも担当の医師、看護師などを明示して責任体制を明確にしている。診療録は医局マニュアルの診療録作成規程に沿って記載されている。診療録の質的点検は院長と副院長が行い、担当医師にフィードバックしている。チーム医療として多職種で構成された業務改善委員会、褥瘡対策委員会、身体拘束廃止委員会、栄養委員会、退院前カンファレンス等が設置されている。

5. 医療安全

医療安全管理対策委員会が設置され、下部組織としての医療安全管理部が院内ラウンドを行い、カンファレンスにおいて重症事例について検討している。院内の事故報告書は医事課で集計を行い、セーフティマネジャー会議においてSHELL分析を行い、分析結果を各部署にフィードバックしている。

患者確認は、入院患者はリスバンドで確認し、外来は氏名と生年月日を確認している。同姓同名者は同室とならないように注意し、シリンジなどは誤接続防止タイプが導入されている。処方箋、注射箋などの記載方法は明確で、指示受け実施時にはサインを記入し、実施状況を確認している。院内でハイリスク薬を定義しており、麻薬、向精神薬は施錠して管理されている。救急カート内の薬品、病棟内の定数配置薬は、看護師が毎日確認し、適切に管理している。全入院患者を対象に、転

倒・転落リスク評価を行っている。危険度に応じて、リスクの高い患者が把握できるよう情報共有と看護計画が立案されている。医療機器はマニュアルに基づき、使用前後の点検を行っている。入職時や中途の職員を対象に、その都度、医療機器の使用方法について研修を行っている。院内緊急コールは招集訓練が行われている。救急カートの薬品・物品は院内で統一されており、薬剤師や看護師が週1回、点検を行っている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染防止対策委員会が組織され、毎月定例で開催されている。看護部長、臨床検査科、医事課等をメンバーとした ICT が組織され、週に1回ラウンドしている。医療関連感染防止対策委員会で院内の感染状況、耐性菌の発生状況、抗菌薬使用量等について報告している。今後、アウトブレイクの定義を見直すよう検討を期待したい。

汚物室には、エプロン、手袋が設置されており個人用のゴーグルが支給されている。手指衛生薬剤の使用量について、薬剤科からの払い出し状況をモニタリングしている。感染マニュアルに抗菌薬ガイドラインを整備しており、抗菌薬の採用、削除は定期的開催している薬事委員会で検討している。特定抗菌薬は届け出制としており、抗菌薬の使用状況で量や使用期間に課題がある場合は、医療関連感染防止対策委員会に提示し、検討している。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けて、主としてホームページと広報誌で病院の概要や取り組みなどの情報を発信している。ホームページには院長の挨拶や病院理念、基本方針の他、外来や入院などが掲載されている。地域のニーズや状況は地域医療連携部が中心となり、把握している。地域の連携会議に定期的に参加している。埼玉県の介護予防体操である「かわべえいきいき体操」に療法士が参加し、サポーターフォローアップ講座に関与している。また、地域が主催している「中学生チャレンジ学習会」の受け入れを行うなど、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、入院のしおりやホームページに詳細な案内が掲載されている。外来受診の初診、再診、会計などの一連の手続きは医事課のマニュアルに定められている。入院時の採血、心電図、胸部レントゲンなどの検査は安全に実施されている。入院は多職種が参加する入院判定会議で決定している。入院時に医師が入院診療計画書を記載し、看護師も多職種と評価し、看護計画を作成している。今後、入院診療計画書は多職種で記載することを期待したい。入院の判定後、入院のしおりを使用して患者・家族に必要な内容を説明している。

医師は医局・診療マニュアルに準じて、病棟業務を適切に実施している。看護・介護職は看護業務基準に基づき病棟業務を行っているが、看護職と介護職が情報を連携するよう体制の構築を期待したい。入院時に採血等の検査、栄養状態の評価、

認知機能等精神状態の評価を行い、把握している。経口薬は一包化され、薬剤師が投薬カートに患者別、投与時別に配列している。輸血は多くないが、輸血を実施する際は輸血同意書に沿って必要性について説明し、適切に同意を得る体制である。患者の重症度に応じてステーション近くの個室などで患者を管理しており、家族との面会を増やすなど、一緒に時間を過ごせるよう配慮して対応している。全入院患者を対象に、褥瘡対策に関する診療計画書、褥瘡アセスメント表を作成している。栄養スクリーニングアセスメント表や栄養管理計画書は、入院直後、早期に作成している。症状別看護基準に脱水、疼痛などが明文化され、疼痛にはフェイススケールが使用されている。入院1週間以内にリハビリテーション総合診療計画書を作成し、患者・家族の同意を得ている。療法士、看護師、介護職は、イベントなどを計画し、患者のアクティビティを高める取り組みを行っている。身体拘束廃止委員会において、身体抑制の状況や廃止に向けて検討している。入院前の面談時に患者・家族の意向を確認し、入院後は早期に多職種で退院支援カンファレンスを開催し、退院に向けた計画を作成している。自宅退院に向けて、定期的にカンファレンスを開催し、多職種、患者・家族、ケアマネージャー、デイサービスの職員が参加し、自宅退院に繋げている。入院中の経過として、情報提供書、看護サマリーなどを作成している。ターミナルに関する指針を整備し、ターミナルの決定や実施について明文化されている。

9. 良質な医療を構成する機能

入院時に、薬剤師が持参薬を鑑別し、医師が確認している。毎月開催される薬事委員会後に薬剤科長が院内医薬品集を更新している。注射薬は1施用ごとに払い出されている。院内で血算、生化学、尿検査、超音波検査を実施している。緊急検査、通常検査ともに、パニック値を含め、直接医師に結果が伝達されている。画像診断の機器は一般撮影装置、ポータブル撮影装置、CTがあり、非常勤の放射線科医師が全てのCT結果を読影している。適時・適温の食事提供については、保温・保冷配膳車を使用している。衛生面の対応として、委託会社により HACCP に基づいた手順で調理されている。リハビリテーション専門医、療法士により回復期リハビリテーション病棟、療養病棟、通院リハビリテーション、訪問リハビリテーションを実施している。リハビリテーションの訓練記録は、療法士が病棟で診療記録に記載している。

診療記録の量的点検は100%実施されている。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。輸液ポンプは、購入以降定期点検が行われておらず、今後、一部の医療機器を点検する予定である。安全性の観点から、患者に使用する全ての輸液ポンプを対象に、点検頻度や機器の精度の確認項目等を定め、確実に定期点検を行うよう引き続き取り組むことが望まれる。各部署で使用した医療器材は、汚物室で防護用具を着用して対応している。外注の滅菌物については、手順書があり伝票で管理されている。リコール規程が整備されている。細胞診のみ実施し、外注しており、業者が検査室から検体を回収している。年間数例の輸血を実施しており、輸血の発注、保管、供給、返却、廃棄は全て検査科で管理している。輸

血を実施する際は、血液型と不規則抗体の検査を実施している。

10. 組織・施設の管理

予算管理は年間の予算書が策定され月次決算が実施されている。財務諸表は法人で作成され、会計処理については病院会計準則に従っている。窓口の収納業務は医事課マニュアルに定められている。レセプトの作成・点検、返戻・査定の一連の対応は医事課マニュアル従い、医師が確認しており、再審査請求なども医師と連携して適切に対応している。委託業務、委託先などの適否は幹部会議で検討しており、業務の質や効率性、費用などについて検討し、リネン、患者の食事、施設・設備の管理などを委託している。

病院の機能に応じた施設・設備を整備しており、日常的な管理は委託している。感染性廃棄物の保管庫は所定の掲示を行い、適切に管理されている。購入物品の選定は備品管理規程に基づき購入している。医薬品などを購入する際は、各部署で発注しているが、フローチャートに沿って手続きを行い、内部牽制機能が働く仕組みとなっている。火災発生時の対応として防災マニュアルが整備され、夜間・休日を想定した総合避難訓練が実施されている。保安体制として、夜間当直者を配置し、防犯カメラや電子錠などを設置している。医療事故発生時の対応マニュアルが定められ、組織的な対応のための委員会が設置されている。訴訟に対応するマニュアルが定められ、顧問弁護士と契約しており、医療事故等に適切に対応する体制を整備している。

11. 臨床研修、学生実習

養成学校のカリキュラム（指導要領）に基づき、学生実習が行われており、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の実習生を受け入れている。実習生の受け入れマニュアルが作成されており、医療安全、医療関連感染制御について教育している。また、患者・家族には、入院時に学生実習について説明している。実習中の事故に関しては養成学校側で賠償責任保険に加入している。

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・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	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	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	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	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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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	C
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	NA
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	NA

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	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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 9 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人啓仁会 平成の森・川島病院

I-1-2 機能種別：慢性期病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：埼玉県比企郡川島町畑中478-1

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					
療養病床	238	238	+0	89	178.56
医療保険適用	238	238	+0	89	178.56
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	238	238	+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	58	+0
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

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	18.51	17.85	18.96	103.70	94.15
1日あたり外来初診患者数	2.38	2.07	2.27	114.98	91.19
新患率	12.85	11.57	11.95		
1日あたり入院患者数	211.83	203.70	199.85	103.99	101.93
1日あたり新入院患者数	1.16	1.05	1.19	110.48	88.24