

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 12 月 5 日～12 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 2 | 認定 |
|------|--------|----|

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は 1967 年に、京都市中心部・中京区に丸太町病院として開設し、1973 年に医療法人社団洛和会設立した。開院以来、継続的に、施設・設備・医療機器等を拡充し、地域の診療所、近隣の病院と連携を深め、病診・病病連携のネットワークを築きあげてきた。診療では、救急・総合診療科、整形外科、心臓内科に力を入れている。救急搬送の受け入れについても京都市中心部では中心的な役割の一翼を担っている。市街地という交通の利便性を生かし急性期医療を中心にした地域密着型の病院として、患者の安全、安心、満足を得られるよう日々努力を続けている。施設認定は、臨床研修指定病院、救急告知病院、在宅療養支援病院の指定を受けている。

今回の病院機能評価の受審においては、院長をはじめとする病院幹部職員がリーダーシップを発揮し、職員が一丸となって準備に取り組み、安全で良質な医療を目指して取り組んでいることを確認した。病院機能評価の結果を参考にして地域のつながりを大切に、医療の質の向上を図り、地域住民の安全・安心のため、引き続き安全な医療・看護を提供することを期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念を明文化し院内外へ周知に努めている。院長や幹部職員は、院長室会議を通じて病院経営状況を把握し、課題について議論し、解決に向けてリーダーシップを発揮している。中長期計画を策定し部門・部署ごとの目標設定・自己評価・達成度評価を適切に行っている。文書管理は整備されているが、改訂履歴の記載方法の統一化が期待される。

人事・労務管理に関する規則・規程等を整備し職員に周知している。職場環境の整備、職業感染への対応、職員への精神的なサポート体制、ハラスメント対策も整備し、職員の安全衛生管理は適切である。育児・介護休暇制度、院内保育所の設置等の就業支援策が実施され、福利厚生の実施等で魅力的な職場作りに努めている。全職員を対象にした研修は、年間計画が立案されている。研修効果を高める努力がなされ、必要性の高い研修は、医療安全や感染対策の研修と同様に参加率は100%である。職員の能力評価・能力開発は、人事考課制度に基づいて実施し、目標に対する成果・実績など、各職種の特性を勘案した評価基準に基づいた評価が行われている。専門職種に応じた初期研修や学生実習等は、適切に行われている。

### 3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」として、6つの権利を制定して周知している。説明と同意に関する方針は「説明と同意に関する規定」に、文書同意が必要な侵襲を伴う診療行為、看護師の同席等について明文化しているが、同席は現場の判断に委ねられており、同席者の署名欄がないものなどが見受けられた。規定の見直しおよび同席の記録を残すことを望みたい。患者と診療情報を共有する機会を持ち、さまざまな媒体を活用して患者に医療への参加と協力を促している。患者・家族からのさまざまな相談は、入退院支援相談室の専門スタッフが応じている。個人情報管理規程等が整備され、職員に対して研修を行い、周知・徹底が図られている。日常的な倫理的課題は、現場での倫理カンファレンスで対応している。日常的な倫理的課題を含め、対応困難な事例を病院として把握し、臨床倫理委員会等で検討する実績を期待したい。

施設・設備は、患者・面会者の利便性・快適性、高齢者・障害者に配慮されている。「いのちあふれる病院」をテーマに動物のアートを配置してなごみの環境を提供するなど、患者・家族に快適な療養環境となっている。院内および敷地内は電子タバコも含めて完全禁煙とし、職員の喫煙率と受動喫煙の状況などを定期的に確認し、各部門別でも把握している。

### 4. 医療の質

日常的にはTQM会議があり、医師を除いた院内各部署の担当者が参加し、グループ本部から支援も受け、継続的な改善活動を行っている。一部は日本マネジメント学会など発表も行っている。診療の質向上のために、多数のカンファレンスを定期的に行っている。CPCは臨床研修医がレポートを作成し、グループ病院で発表している。外来、病棟に意見箱を設置し、患者・家族から意見を収集している。患者サービス委員会で対策などを検討し、質の向上につなげている。院内掲示や記名のある場合は直接返答することによりフィードバックしている。新たな治療方法では、保険適応外使用として、高濃度カリウム注射適応につき臨床倫理委員会での使用方法を定めている。新規医療技術については、教育・訓練、同意書、モニタリングなどについて審議できる規定の整備を期待したい。診療・ケアの管理・責任体制は明確である。質的点検の方法について見直しが望まれる。多職種が協働して患者の診

療・ケアを提供している。

## 5. 医療安全

医療安全管理室に、医療安全管理者を専従配置し、アクシデント・インシデント情報を集約し、改善への迅速な対応を行っている。医療安全管理委員会を開催して、医療安全文化の醸成に取り組んでいる。医療事故発生時の対応手順を定め、原因究明と組織的な検討を行う仕組みがある。

患者誤認防止対策は、氏名と生年月日の名乗りを基本とし、部位・検体誤認対策においても具体的な手順を整備している。各種指示・指示受け・口頭指示等の情報伝達エラー防止対策は適切に行っている。薬剤の安全使用のために、重複投与、相互作用などのチェックは、持参薬に至るまで、薬剤部システムでのチェックが可能である。転倒・転落防止対策は、環境ラウンドや「転倒・転落通信」を毎月発行して予防対策の周知の取り組みにより、報告数の減少に繋げた実績を高く評価している。医療機器は安全に使用できるよう、臨床工学技士は毎日ラウンドを行い、医療機器使用に関する教育も行っている。患者の急変時対応は、院内緊急コードを設定し機能している。

## 6. 医療関連感染制御

感染制御に向けた体制として、院内感染対策委員会、ICT、AST が定期的に活動を行い、感染対策を審議し、部署の確認、抗菌薬使用の支援を行っている。2024年からリンクナース委員会が月に1回の活動を開始している。医療関連感染制御のため、サーベイランスについては、CLABSI、CAUTI、外科の各術式についてSSIを行っている。アウトブレイクは新型コロナウイルス感染症について2回のクラスター発生を起こしているが、早期の収束を図っている。

標準予防策および感染経路別の予防策を実施している。手指衛生の徹底に向け、患者に関わる職種は手指消毒剤を携帯し、PPEを含めて必要箇所にも配置している。感染性廃棄物の分別・保管・搬送についても手順を定め実践している。抗菌薬については、術前・術中投与については規定があり、クリニカル・パスを使うことで、術前投与率100%を実現している。特定抗菌薬使用について、届け出・許可制は取っていないものの、ASTが全例を把握し、主治医へのフィードバックを行っている。Access 抗菌薬比率も高く、抗菌薬を適正に使用している。

## 7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービス・診療実績等の情報はホームページ、病院年報などで患者や医療関連施設等に発信されている。広報誌「地域連携ニュース」は各連携病院などへ配布、法人会報誌「RAKUWA」、法人の病院年報も発行している。さまざまな媒体を用いて病院機能やサービス、診療実績を発信している。地域の医療関連施設等との連絡機能は、前方連携は地域連携課、後方連携は入退院支援相談室が担っている。紹介・逆紹介の対応は電子カルテのツールにて返書、督促などシステムとして構築されており、未返書はなく、確実である。院長や診療科の医師自らの訪問に

よる、「顔の見える関係」の構築に力を入れている。各医師会の渉外担当者を決め、地域の情報やニーズの把握に努めている。

地域住民を対象とした公開講座を年1回開催し、京都市中京西部医師会の協力のもと、地域の開業医に向けた講演会も行っている。市民のための健康教室や医師、コメディカルを中心に地域住民を対象にした不定期な出前講座を開催し、地域の健康増進に寄与する活動を行っている。地域自治会と共同で防災訓練を実施し、看護師による応急処置訓練も行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページや院内掲示で患者が受診するために必要な情報を分かりやすく掲載している。外来診療は、各診療科で問診票を記載してもらったうえで受診となっている。診断的検査については安全確実に実施し、患者に十分な説明と同意を行った上で、入院決定を行っている。医学的診断・評価に基づき診療計画を作成している。

医療相談への適切な対応、円滑な入院の受け入れ、医師・看護師による適切な病棟業務の実施が行われている。投薬・注射、輸血・血液製剤投与は確実に安全に実施し、周術期の対応、重症患者の管理も適切に行っている。褥瘡の予防や栄養管理は、リスク評価とアセスメントを適切に行っており、症状緩和も適切に行っている。患者の状態に応じた、必要なリハビリテーションを確実に安全に実施している。身体拘束の方針と実施手順・方法を明文化しているが、身体拘束の説明・同意の状況や、拘束実施時の症状観察、解除に向けたカンファレンス等を記録に残すことが望まれる。患者・家族への退院支援、必要な患者への継続した診療・ケアについては適切に実施している。ターミナルステージへの対応については、指針を整備し主治医を中心とした多職種で対応している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

夜間・祝日も含め24時間の薬剤供給を行っている。薬剤は一施用ごとに払い出し、医薬品の安全情報を月に2～3回発行し周知している。検体検査業務についてはブランチラボ方式である。外注先の検査技師が当直業務も行い、24時間の検体検査体制を維持している。パニック値は直接医師へ連絡し、記録も残している。常勤の読影医は配置していないが、日勤帯は病院放射線科内での読影を行い、至急の読影にも1時間以内程度で対応できる体制となっている。栄養管理機能、リハビリテーション機能、診療情報管理機能、医療機器管理機能は、適切に発揮している。

病理診断は外部委託をしている。悪性所見については、直接医師に報告する体制である。輸血業務は、検体検査同様に外部委託であり、病院内での輸血製剤の常備は行っていない。血液製剤の使用状況は、副院長が委員長を務める輸血療法委員会で行っている。手術・麻酔機能、集中治療機能については、それぞれの管理体制が確立し、適切に管理・運営されている。二次救急病院として、断らない救急を目標にHCUと一体的に運営され、救急・総合診療科医師が中心的に診療に当たっている。

## 10. 組織・施設の管理

予算管理は、経営管理課が主管となり、各部署からの要望を踏まえ、予算編成案を策定し、最終的に法人本部や理事会の承認を受けて予算執行している。医事業務では、受付から収納までの手順を遵守し、自動精算機を導入するなど合理化を図っている。また、返戻・査定、未収金の督促管理、施設基準遵守のための取り組みも適切に行っている。委託業務については管理課が担当し、院長室会議において委託の是非や業務の見直し、業者選定等を定期的に検討し、法人本部で最終決定される。

施設・設備の管理は、日常管理や計画的な保守点検、修繕等を行い、医療ガス、感染性廃棄物の安全管理、院内の清掃などを適切に行っている。医薬品、診療材料など物品購入は法人全体で購買部門を設置し、業者選定や購入など一元管理している。全国共同購入やベンチマークを活用し、費用削減に努めている。災害発生時事業継続計画（BCP）が策定され、火災発生時の対応や緊急時の責任体制は明確であり、休日、夜間等における連絡体制も確立している。保安業務は、防犯カメラの監視や施錠管理等も適切であり、緊急時の連絡・応援体制も明確である。

# 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              | 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              | A |
| 1.1.5 | 患者の個人情報を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            | 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                | 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 |
| 1.3.3 | 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                           | 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             | 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           | S |
| 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    | A |
| 2.2.6  | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している     | A |
| 2.2.7  | 患者が円滑に入院できる                | A |



|        |                         |   |
|--------|-------------------------|---|
| 2.2.8  | 医師は病棟業務を適切に行っている        | A |
| 2.2.9  | 看護師は病棟業務を適切に行っている       | A |
| 2.2.10 | 投薬・注射を確実・安全に実施している      | A |
| 2.2.11 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している  | A |
| 2.2.12 | 周術期の対応を適切に行っている         | A |
| 2.2.13 | 重症患者の管理を適切に行っている        | A |
| 2.2.14 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている       | A |
| 2.2.15 | 栄養管理と食事支援を適切に行っている      | A |
| 2.2.16 | 症状などの緩和を適切に行っている        | A |
| 2.2.17 | リハビリテーションを確実・安全に実施している  | A |
| 2.2.18 | 身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている | B |
| 2.2.19 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている    | A |
| 2.2.20 | 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している  | A |
| 2.2.21 | 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     | 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      | 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                         |   |
| 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 | 専門職種に応じた初期研修を行っている              | A |
| 4.3.4 | 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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2024 年 9 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団洛和会 洛和会丸太町病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：京都府京都市中京区聚楽8401

### 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   | 150   | 150   | +0         | 85.1     | 9.6       |
| 療養病床   | 0     | 0     | +0         |          |           |
| 医療保険適用 | 0     | 0     | +0         |          |           |
| 介護保険適用 | 0     | 0     | +0         |          |           |
| 精神病床   | 0     | 0     | +0         |          |           |
| 結核病床   | 0     | 0     | +0         |          |           |
| 感染症病床  | 0     | 0     | +0         |          |           |
| 総数     | 150   | 150   | +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              | 0     | +0        |
| 集中治療管理室 (ICU)       | 0     | +0        |
| 冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU) | 0     | +0        |
| ハイケアユニット (HCU)      | 6     | +0        |
| 脳卒中ケアユニット (SCU)     | 0     | +0        |
| 新生児集中治療管理室 (NICU)   | 0     | +0        |
| 周産期集中治療管理室 (MFICU)  | 0     | +0        |
| 放射線病室               | 0     | +0        |
| 無菌病室                | 0     | +0        |
| 人工透析                | 2     | +0        |
| 小児入院医療管理料病床         | 0     | +0        |
| 回復期リハビリテーション病床      | 0     | +0        |
| 地域包括ケア病床            | 0     | +0        |
| 特殊疾患入院医療管理料病床       | 0     | +0        |
| 障害者施設等入院基本料算定病床     | 0     | +0        |
| 緩和ケア病床              | 0     | +0        |
| 精神科隔離室              | 0     | +0        |
| 精神科救急入院病床           | 0     | +0        |
| 精神科急性期治療病床          | 0     | +0        |
| 精神療養病床              | 0     | +0        |
| 認知症治療病床             | 0     | +0        |

### 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： 2 人 2年目： 2 人 歯科： 0 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    |
|              | 2023   | 2022   | 2021   | 2023   | 2022   |
| 1日あたり外来患者数   | 320.93 | 326.50 | 307.58 | 98.29  | 106.15 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 55.51  | 60.15  | 51.19  | 92.29  | 117.50 |
| 新患率          | 17.30  | 18.42  | 16.64  |        |        |
| 1日あたり入院患者数   | 128.01 | 126.28 | 124.42 | 101.37 | 101.49 |
| 1日あたり新入院患者数  | 13.35  | 11.85  | 12.05  | 112.66 | 98.34  |