

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 5 月 25 日～5 月 26 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、1950 年に開設された枳外科医院を基礎とし、法人化を果たした後、現在地に枳記念病院として開設された。リハビリテーション機能や救急医療の充実・強化を図りつつ、循環器、消化器、神経内科、外科、整形外科などをはじめとする急性期医療や救急医療を提供する市内での中核的病院として発展してこられた。脳卒中救急医療対応、認知症疾患医療センター機能、広域災害救援活動などの役割・機能の発揮が、今後さらに地域から期待されている。審査の結果は、多くの項目で適切な医療機能を維持しており、高く評価できる取り組みや、医療の質向上・改善に取り組んだ姿勢が具体的な結果として現れているものが見られた。引き続き各領域の評価内容を参考に、より高いレベルを目指し、医療機能と質の向上に向けてさらに発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、内外へ周知している。病院は中長期事業計画に基づく年次計画を策定し、部門ごと年次目標もあり効果的・計画的運営に努力されている。情報の活用は、脳卒中に関するデータ活用などが進んでいる。文書管理規程が整備され、院内規程およびマニュアル類も文書管理の対象と規定されている。

人材確保では、法的・制度的要件を満たす配置となっている。職員の安全衛生管理は、職員健診・職場環境整備・職業感染への対応等おおむね適切である。

全職員を対象とした研修は、医療安全、感染制御をテーマとして、各関係委員会の計画で実施されている。職員の能力評価・能力開発では、看護部門における特定行為看護師や認定看護師の計画的養成とその活用は優れている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」は明文化され、適切な内容であり、地域住民、患者への周知に努めている。説明と同意に関する方針は、マニュアルで明記されている。セカンドオピニオンは、院内掲示などで周知を図っている。患者からの情報収集は的確に行われ、各所に医療用のパンフレットを配置しているなど、患者の医療への参加促進は適切である。患者の支援体制が充実している。患者の個人情報・プライバシーの保護は、適切に行われている。臨床倫理指針は総論的な指針として策定されている。

療養環境の整備は、来院時アクセスの確保、売店の設置、入院生活上の諸サービスなど、利便性・快適性に配慮されている。また、院内はバリアフリーであるなど高齢者・障害者へ配慮している。療養環境は、整理・整頓が行き届き、診療・ケアに必要なスペースおよび共用スペースの確保など、快適な療養環境の整備に努めている。受動喫煙の防止は、病院各所に館内禁煙ポスターが掲示されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見を聞き改善に役立てる取り組みはおおむね適切に行われている。診療の質向上に向けては、各病棟、診療科において多職種参加のカンファレンスが開催されチーム医療の充実を図っている。業務の質改善に向けた活動は、前回の機能評価受審で指摘された項目に対する検討を行っている。新たな診療機器、薬剤の導入などに際しては、事前に業者による勉強会などを開催している。治験に関する倫理的審査は外部委託している。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、主治医不在時の対応体制も整備されている。診療記録の記載は、電子カルテが活用され、各職種が診療情報を共有できる仕組みが構築されている。多職種が協働しての診療・ケアは、大腿骨骨折患者に対する積極的な骨粗鬆症リエゾンサービス（OLS）に取り組んでいる。多職種が協働し患者の入院時から退院時まで継続的に診療・ケアが行われており高く評価される。また、慢性心不全患者に対して多職種でのチーム医療が実践されている。

5. 医療安全

安全確保のに向けた体制は、専従医療安全管理者を配置し、医療安全活動を計画的、組織横断的に行い、月1回の医療安全管理部会、医療安全管理対策委員会、週1回の安全カンファレンスを開催している。安全確保のに向けた情報収集は、アクシデント・インシデント報告を収集して再発防止策を検討している。

患者誤認防止対策は確実な方法で行われており適切である。情報伝達エラー防止は、医師の指示出しと指示受け、実施、医師の実施確認等電子カルテシステムが活用され確実に行われている。薬剤の安全使用に向けた対策は、病棟配置薬は、麻薬、ハイリスク薬を含め、適正に保管・管理されている。転倒・転落防止対策は、全患者にリスク評価を行い、危険度に応じた看護計画を立案し、多職種で連携し予防対策がなされている。医療機器の管理は、臨床工学技士が担当し、人工呼吸器の

点検、設定条件の確認や作動確認などをはじめ適切な機器管理がされている。患者の急変時の対応は、体制が整備され、救急カートの内容および薬剤を看護師や薬剤師が定期的に点検している。

6. 医療関連感染制御

感染制御の体制は、院内感染対策委員会（ICC）に ICD を配置し、感染対策室に感染対策チーム（ICT）、抗菌薬適正使用支援チームを組織するなど、体制が充実している。感染制御のための情報収集は、ICT が定期的に病棟をラウンドし、感染対策の視点から環境チェックを行っている。アンチバイオグラムを作成し、抗菌薬使用状況を把握している。

感染制御の活動は、院内感染予防対策マニュアルを整備し、手指消毒剤による手指衛生・使用モニタリング、個人防護具の適正使用、汚染寝具類の取り扱いなどいずれも適切である。抗菌薬の適正使用指針は整備されている。周術期の抗菌薬の予防的投与は明確であり、クリニカルパスで基準化されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院が提供する医療サービスについてホームページで地域へ情報発信している。地域連携室で、診療体制など連携先への年数回の広報が行われている。地域医療の状況などは諸統計が把握され、病院の立ち位置・課題等が導き出されている。他の医療関連施設との連携は体制が整備され、地域における患者情報共有ネットワークにも参加している。地域での医療に関する教育・啓発活動は、脳卒中友の会、セラピストの地域ケア会議への参加、認知症の介護専門員の研修などに取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来には総合案内職員を配置し円滑に診察を受けられる体制が整備されている。外来診療は、外来診療の医師の手順書を整備し、業務フローが明確化されている。地域連携室が窓口になり、地域の医療関連施設から受け入れを行っている。診断的検査に関しては同意のもとに実施し、リスクの高い検査は、検査中、検査後の状態を観察している。連携先への患者紹介は、患者・家族の意向を尊重し、適切な医療・福祉施設への紹介を行っている。診療計画の作成は、担当医が患者の病態を評価・診断し、看護師は転倒・転落、褥瘡リスクなどの必要と思われる課題についてアセスメントを実施し、診療計画、看護計画に反映させている。患者・家族からの医療相談は、多職種で対応している。外来で入院が必要な場合には、外来担当医が判断を行い、患者・家族に入院の必要性を説明し、同意を取得している。

医師は、多職種と協力して診療にあたり、チーム医療のリーダーとして機能している。看護師は入院時には患者の病態、身体的・心理的・社会的ニーズを把握している。看護アセスメントにおいては、転倒・転落のリスク、褥瘡発生リスク、退院支援の必要性、栄養状態についてなど、多面的に患者の状況を把握し、多職種と情

報を共有している。投薬・注射の確実・安全な実施は、薬剤師が処方箋、注射箋の内容をチェックし払い出されている。注射薬は1日分個人取り揃えて病棟に払い出されている。抗菌薬など観察が必要な薬剤については投与中、投与後の患者の状態を確認している。輸血はガイドラインに基づいたマニュアルが整備され、同意を得て適切に実施されている。手術の適応、方法についてはカンファレンスで検討している。担当者による術前訪問や手術後の病室への担当医同伴など適切である。褥瘡の予防と治療は入院時アクセスの実施、ハイリスク患者への診療計画、認定看護師を中心とする実際のケアなど、いずれも適切である。患者の重症度に応じて、病床を柔軟に運用している。栄養管理と食事指導は栄養管理計画の立案、多職種での栄養評価、NSTの介入など、適切に行われている。症状の緩和の取り組みも、緩和ケア認定看護師の介入などがある。リハビリテーションは、担当医の指示に基づきゴールが設定され、総合計画書に基づき提供されている。カンファレンスにおいて、患者の状態を把握、スタッフ間で情報共有されている。身体抑制は、最小限度とし早期解除に向けた取り組みを行うなどの方針を示して取り組んでいる。退院支援では、早期から患者・家族への退院支援を多職種で関与し、外部とも連携してスムーズな退院支援につなげている。また、必要な患者に対して継続した診療・ケアの支援が行われている。ターミナルステージへの対応は、主治医を中心に多職種で検討し、患者・家族の希望も配慮し適切に対応している。必要時には緩和ケアチームが関与し、在宅での看取りにも対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査、疑義照会、調剤後確認などが行われており、病院全体の薬剤管理を確実に実施している。検体検査は外部に委託されブランチラボを設置し、病院の臨床検査技師は生理検査を担当しており、病院機能に見合った機能を有している。画像診断機能は放射線技師の充実した体制で緊急依頼に対応している。放射線科医の配置はないが、主治医、各診療科の専門医が読影を行い、画像診断機能は概ね適切である。栄養管理機能は、衛生に配慮した食事の提供、患者特性や嗜好に対応する食事づくりなど、適切である。リハビリテーション機能は、人員体制は充実しており、各病棟でのカンファレンスの定期開催、患者の状態の把握とスタッフ間での情報共有など適切である。地域からのリハビリテーションの期待が高くさらに充実を検討している。診療情報管理機能は、診療情報の一元的管理や、診療記録の量的点検が実施されている。医療機器管理機能は、臨床工学技士により一元管理され、夜間・休日の対応体制も整備されている。洗浄・滅菌機能は、滅菌の質の保証も適切に行われている。

病理診断は外部委託であるが、検査結果は迅速に報告されている。輸血・血液管理部門は、輸血療法委員会が組織され、責任医師を中心に血液製剤の適正使用がなされている。手術・麻酔機能は、手術スケジュールは電子カルテで管理されている。「手術安全チェックリスト」を運用し、サインイン・タイムアウト・サインアウトが確実に実施されている。救急医療機能は、当該地域の救急医療の中心的役割を果たしている。脳卒中救急に関しては、病院と救急隊により FAST-A システムが

機能しており、高い実績を挙げている。災害医療に関しても、自院で DMAT を組織、敷地内ヘリポートを設置しているなど、大きな役割を発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、各部門が次年度目標・活動計画を基礎に、病院全体の事業計画が立てられている。事業計画に従って各診療科収入予算や全体予算が起案され、法人理事会で承認決定される仕組みが決められている。医事業務は、電子カルテシステムに基づく窓口収納業務、レセプト作成と返戻・過誤に対する対応、未収金回収の取り組み等いずれも適切である。

委託業務の実施状況は各業務日誌で把握され、日常的な積み重ねの上で質の評価がされている。委託業務従事者の教育は、医療安全と感染の職員研修に参加や、理念・基本方針などのオリエンテーションを行っている。施設・設備の日常点検は業務委託により行われており、保守管理は年間計画に基づき実施されている。物品管理は、直営による SPD 方式が採用され、中央倉庫では毎月棚卸が行われている。

災害時対応は、大規模災害時対応など BSP を策定し、全職員に災害時情報が提供されるシステムを採用している。地域災害拠点病院に指定されて DMAT チームが活動している。病院の保安業務は、外部委託し 24 時間体制で行われている。医療事故等への対応は、発生時の緊急対策会議の開催や原因究明と再発防止のための事故調査委員会の編成など、対応方針は適切である。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習は、医学生、薬学生、リハビリテーション学生の実習を受け入れており、受け入れ責任者を明確にして、医療安全など必要なオリエンテーションを行って受け入れている。また、カリキュラムに基づき進められ、学校の評価基準により評価がされている。

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	B
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	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	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	B
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	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	B
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	B
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	B
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	S
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	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	B
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	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	S

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	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	B
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 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人辰星会 枳記念病院

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：福島県二本松市住吉100

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	216	198	-6	74.8	20.6
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	216	198	-6		

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	4	+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	16	+0
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		
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

災害拠点病院(地域)

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-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移2