

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 11 月 17 日～11 月 18 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 1975 年に県立医療機関のがんセンターとして開設し、病床規模の拡充や医療機能を充実させ、2008 年に都道府県がん診療連携拠点病院として指定された。2013 年に免震機能を備えた高規格病院として隣接地に新築移転し、2021 年に地方独立行政法人埼玉県立病院機構として運営母体が変更された。埼玉県有数のがん診療の拠点病院として、高度な医療機器ならびに高い専門性を有する医師、看護師、医療技術職員により、安全で安心ながん診療が提供されている。また、多くの新型コロナウイルス感染症患者を受け入れるなど、がん診療だけでなく地域を支える機能も発揮している。

今回の訪問審査では前回の指摘の多くが改善されるなど、理念である「唯惜命」に通じ、多くのがん患者の命を守るだけでなく、充実した QOL を支えていることが確認できた。今回の審査が貴院の発展につながることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の実態に即した内容で理念ならびに基本方針を策定し、外部に向けて広く周知を図っている。病院長を中心に副病院長や看護部長、事務局長がリーダーシップを発揮して、病院が進む方向を職員にメッセージとして発信している。適切な病院運営を行い、必要な組織図や委員会規程、職務規程を整備している。事業計画に即した目標管理を行い、埼玉県立病院機構により病院運営の進捗状況を共有している。災害を想定した BCP や感染症の発生時の事業継続計画も立案するなど危機管理に対応している。

就業規則や給与規定など必要な人事労務に関する規定を定め、健康診断や産業医

による院内巡視により職員の健康管理、職場環境の整備を行い、メンタルヘルス、ハラスメントの取り組みも適切に行われている。職員満足度調査や職員面談などにより職員の要望を把握するなど魅力ある職場環境を整備している。各委員会の研修プログラムにより医療安全や感染制御、個人情報保護など必要な研修を全職員に対して実施している。各職種において、専門性を高める風土を構築するなど高度な人材育成の体制は評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は分かりやすい言葉で明文化し、患者や職員に周知している。説明と同意の方針を定め、侵襲を伴う治療行為の範囲や同席基準を明確にして、患者・家族の理解を支援している。患者サポートセンターでは、認定看護師などを配置して患者・家族からの様々な相談に対応している。個人情報の保護に関する規定を整備し、患者情報の外部使用に関しても申請のうえで利用している。主要な倫理的課題を定め、患者・家族に関わる倫理的課題は多職種によるカンファレンスで検討し、解決困難な事例は臨床倫理専門部会で討議する仕組みがある。また、複雑なケースでは4分割法を活用して患者・家族の立場を尊重し誠実に対応している。

駐車場の確保や、レストラン、売店、美容室の設置など、入院患者のための利便性に配慮している。院内はバリアフリーで、障害者専用駐車場の確保や玄関前ロータリーの屋根の設置のほか、院内の必要な場所に車椅子や歩行器を配備している。院内は採光や空調も適切で、静寂で整理整頓がなされ、外来待合はホスピタルストリートと命名し、診療を受けるための効率的な動線となっている。敷地内禁煙で、禁煙指導士の資格を有する看護師により、禁煙外来前後で支援を行っている。

4. 医療の質

意見箱「病院長への手紙」や、患者満足度調査により患者の意見を収集し、質改善に活用している。各診療科の症例カンファレンスに加えて、診療科横断的なカンファレンス、CPCや多職種が参加するキャンサーボードが行われ、診療の質の向上に向けた積極的な取り組みが行われている。TQM推進委員会による質改善に関する活動、QCサークル発表会などが行われ、職員のモチベーションアップにつなげている。また、臨床検査科ではISO15189の認証を取得し、精度の高い検査を提供している。新たな診療・治療方法、手術などの技術を導入する場合は、必要な研修、指導者の招聘など十分な準備を行い、倫理審査委員会で承認したうえで導入している。

病棟や外来診療の責任者を分かりやすく掲示している。診療記録の質的点検は、医師を含めた診療情報・がん登録管理委員会の委員により適切に行っている。多職種で構成された組織横断的なチームは、患者の診療・ケアについて多方面から意見交換するなど、患者に最適な診療やケアが提供されている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、専任医師を室長として、医療安全担当副病院長、看護師、薬剤師など多職種で構成し、病院長の権限が付与された医療安全管理者を配置している。医療安全管理委員会や医療安全推進委員会により、病院全体の安全管理に関する状況の把握や再発防止対策を検討している。インシデントレベル0の報告を推進し、大きなリスク要因となり得る要素を抽出して検討している。

患者の確認や手術部位のマーキングやタイムアウトによる誤認防止策も適切に実施している。パニック値や緊急対応を要する画像所見等は口答で医師に直接伝達し、画像診断、病理診断の既読管理は医療安全管理室が行っており、未読リストは依頼医診療科の全医師に通知している。抗がん剤の調製・混合は全て薬剤師により薬剤部内の安全キャビネットで行っている。全入院患者に対して転倒・転落のリスクアセスメントを行い、医療機器は臨床工学技士により適切に管理している。院内緊急コールの運用ならびに救急カートの管理は適切である。現在、看護部が中心となってRRSの構築に向けた取り組みを開始しており、重篤有害事象の軽減につながることを期待される。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理室を設置して専従のICNを配置し、室長である副病院長、専任のICD、薬剤師、臨床検査技師とともに感染制御の体制を構築している。院内の感染発生状況はICN、届出抗菌薬の使用状況はASTの専任薬剤師が毎日把握している。ICT、ASTによる院内ラウンドを定期的に行っている。埼玉県クラスター対策チーム「コブマツト」として介護施設への支援に複数回出動するなど、保健所、近隣施設と密接に連携し、感染症対策においても地域の拠点病院の機能を十分に発揮している。

個人防護具は汚物処理室や処置室など必要な場所に配置し、着脱に関する研修も行っている。感染防止マニュアル内に感染経路別の予防策を定め、病室入口にピクトグラムを用いた表示を行い誰でも適切な対応ができるよう工夫している。抗菌薬の採用・中止は薬剤委員会が決定し、院内の抗菌薬ガイドラインを整備している。ASTの専任薬剤師により使用状況を監視し、抗菌薬の変更、処方提案が行われ、必要に応じてICDが担当医に直接助言するなど、医療感染制御に向けた取り組みは適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

患者や地域住民に向けて「がんセンターだより」、「患者サポートセンターだより」、病院情報誌「ハートの木」を定期的に発行している。ホームページには臨床指標や診療実績のほか、投書の回答や患者満足度調査の結果なども公開しており、受診するうえで必要な情報を地域に向けて分かりやすく発信している。患者サポートセンターに地域連携部門を設置し、看護師により地域の医療関連施設等の状況を把握し、前方・後方連携を行っている。地域の医療関連施設等へ医師も同行して顔

の見える関係を構築している。また、がん疾患を対象とした地域連携パスや地域医療連携ネットワークシステムの活用など、施設間連携を円滑にすすめるための取り組みを積極的に行っている。患者や地域住民を対象とした「がんの集い」を毎年開催するほか、中高生を対象とした「AYA 世代サイエンスサロン」は、がん疾患に罹患した若年層が抱える悩みなどを共有できる集いとして開催している。さらに、地域の医療関連施設や医療従事者に対して、「地域連携緩和ケアカンファレンス」、「薬薬連携シンポジウム」など多くの研修会を実施し、地域に向けた教育・啓発活動を積極的に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

全診療科は紹介状による予約制を導入し、かかりつけ患者の急変時にも対応している。診療情報提供書、問診・予診の内容を基に事前に情報収集して診療を行い、必要な検査は、医師が分かりやすく説明し実施している。初診担当医が医学的判断に基づいて入院の適応を決定し、必要に応じて専門医に相談している。入院診療計画書やクリニカルパスを用いて説明し、多職種間で情報共有を行っている。サバイバーシップ支援の下で、多くの専門職員が、がん患者が抱える様々な課題に真摯に対応していることは高く評価できる。

主治医は毎日回診し、電子カルテに患者の病状や治療方針を記録し、看護師は看護基準や看護手順、看護管理基準に基づき、診療の補助業務や看護ケア、日常生活援助を行っている。抗がん剤の調製・混合や服薬指導が薬剤師により実施され、輸血・血液製剤投与は輸血療法マニュアルを遵守し実施している。麻酔科医、手術室看護師は術前訪問を行い、麻酔方法やリスクの説明、合併症予防対策を実施している。症状緩和は、全ての患者に対して緩和ケアスクリーニングが行われ、緩和ケアチームや患者サポートセンターなどの専門職が関わり、心身両面からのケアを行うなど組織的に取り組んでおり高く評価できる。入院前から、社会復帰に向けて個別性に配慮した退院支援を行い、退院後も必要に応じて外来で看護相談を受けられるようにしている。ターミナルステージは患者・家族の意向を踏まえ多職種で協議し、ニーズに応じた対応をしている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部は、すべての抗がん剤の調製・混合に関わっている。1 施用ごとの払い出しについてはさらなる推進を期待したい。検査技術部は、ISO15189 認証を取得しており、白血病の迅速な診断体制など高い技術を保有していることは高く評価できる。放射線技術部は、24 時間 365 日で迅速な検査に対応している。栄養部は、適時適温で患者の病態に応じた食形態にも対応するなど、患者の満足度の高い食事を提供している。リハビリテーション部門は、がんリハビリを中心に質の高いリハビリテーションを提供している。診療情報を一元的に管理し、がん登録は研修を積んだ職員により他院とのベンチマークやがん統計業務の質の向上に取り組んでいる。臨床工学部は、人工呼吸器、輸液ポンプなどの医療機器を管理し、日常点検や保守点検を計画的に行い、24 時間対応している。

病理診断科は、充実した病理医、細胞検査士により迅速な病理診断を行っている。放射線治療は、放射線治療医や医学物理士、専門の技師により精度管理され、高度な治療に対応するなど、がん診療連携拠点病院として全国有数の機能を有している。輸血部門は、手術室と連携した緊急輸血への対応、予定輸血量の算定などの取り組みは評価できる。手術部門は、麻酔科医により年間 3000 件以上の全身麻酔手術に対応している。HCU の運営基準や、かかりつけ患者を対象とした救急医療ともに適切に行われている。

10. 組織・施設の管理

予算書は前年度実績や年間経営方針に基づいて作成し、地方独立行政法人埼玉県立病院機構理事会にて審議のうえで承認している。会計処理も地方独立行政法人の会計基準に沿って処理し、監査法人による外部監査を実施している。窓口の収納業務やレセプトの作成・点検、返戻・査定への対応、未収金の管理・督促は適切に行われている。委託業務の質保証のため、定期的な検討がなされ、課題が生じた場合には改善に向けた取り組みを行っている。

施設・設備は、年間保守計画に基づき実施し、設備の日常点検・保守管理の記録を整備している。廃棄物の処理は、放射性廃棄物の管理も含め規程や計画に沿って行っている。診療材料は SPD による管理方式を導入している。また、全手術症例で医事請求データと照合可能な手術管理システムを導入し、診療材料の診療報酬請求誤りを防止している。

総合防災訓練では、通報訓練やトリアージ、栄養課での BCP 事例の講話など、職員への防災意識の向上に向けて検討のうえ実施している。常時警備員を配置し、カードキー管理での入室により病棟や業務区画の保安体制を徹底している。異常死や予期せぬ死亡事例について病院として定義し、発生時は院内での協議、警察への届け出などの手順を整備している。

11. 臨床研修、学生実習

協力型の臨床研修病院である。5 年目以上のレジデント研修を受け入れており、各診療科による指導体制や教育プログラムを整備している。看護部をはじめ医療技術部門は、職種ごとに独自の新人研修プログラムを策定し、技術レベルのチェックリストや到達目標が明確な達成度評価を行っている。新入職員の研修では、全職員対象の医療安全や感染制御のほか、個人情報保護や接遇なども実施している。

毎年多くの医学生をはじめ看護学生、各医療技術部門の学生を受け入れ、育成支援の体制も充実している。受け入れ部署において病院として必要なオリエンテーションを実施し、カリキュラムに沿った実習と指導・評価を行い、その結果を次回の実習にも活かしている。

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	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	A
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	A

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	A
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	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	S
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	栄養管理と食事指導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	S
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	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	S
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	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	S
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	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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
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	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 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 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 埼玉県立がんセンター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 地方独立行政法人

I-1-4 所在地： 埼玉県北足立郡伊奈町大字小室780

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	503	503	+43	64.5	12.9
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	503	503	+43		

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)	24	+0
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		
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	36	+0
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

がん診療連携拠点病院(都道府県), DPC対象病院(Ⅲ群)

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	851.98	841.36	875.72	101.26	96.08
1日あたり外来初診患者数	30.54	30.84	34.76	99.03	88.72
新患率	3.58	3.67	3.97		
1日あたり入院患者数	324.42	354.92	385.70	91.41	92.02
1日あたり新入院患者数	25.15	27.58	29.14	91.19	94.65