

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4日～12月5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、開設して診療を開始した後に増床と増改築を重ね、獨協医科大学埼玉医療センターへ名称を変更し、多数の診療科を有する教育・基幹病院として現在に至っている。その間、救急医療、高度医療、教育・研修機能を充実させるなど医療機能の強化を図られ、地域医療支援病院、災害拠点病院、救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院などの指定を受けるなど発展されてきた。第二種感染症指定医療機関に指定されたほか、総合がんセンター、通院治療センター、新生児センターなど診療機能の統合を進めるなど、高度専門医療の拡充や救急を含む急性期医療のさらなる充実に努力されている。病院運営においては、病院長を中心に病院幹部のリーダーシップのもと、全職員が一丸となって医療の質向上に取り組んでいる。

病院機能評価は初回受審から継続しての更新受審となる。この度の審査では多くの項目で適切と判断されたが、今後も地域住民・医療機関の期待に応えながら「常に研鑽し患者の信頼にこたえる」との貴院の理念の実践に向けて、ますます発展を遂げられることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念のもと、基本方針を策定して院内外に広く周知している。病院長・幹部は所定の手続きを経て選任され、各々の担当領域を明確にして課題解決に向けてリーダーシップを発揮している。組織運営については、中・長期計画に基づいた年次事業計画を策定し、毎年度末に次年度事業計画を理事会に諮って承認を得ている。情報システムのセキュリティ対策として、様々な取り組みを実施している。院内の文書は文書管理細則に基づき管理している。

医療法や施設基準等で定める必要な人員を確保し、採用活動を行っている。人事・労務管理に必要な就業規則や給与規程などを職員に周知している。安全衛生委員会を毎月開催し、職場巡視を行っている。職員からの意見・要望は、定期的に実施する職員満足度調査や所属長との面談などを通して聴取している。

全職員を対象とする研修会は、教育研修委員会が年間計画の作成を担当し、事務部職員課が開催・実務を担当している。病院必須の研修会の参加率は高く、確認テストも実施している。全職員に人事評価制度を導入して職員の能力評価を実施し、自己啓発支援や必要な能力開発も行われている。基幹型臨床研修病院として体制を整備し、研修の実施状況の把握と研修プログラムの見直しや研修到達目標の達成度を総合評価している。学生実習は、医学生や看護学生、薬学生など多くの養成校から受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利をまとめ、適宜、見直しを行って現在に至っている。説明と同意の手順を具体的に定め、ポケット版の医療安全管理マニュアルで職員に周知して実践している。説明に対する患者の理解度や反応を確認し、記録に残している。患者用クリニカル・パスを各種整備し、治療・検査の説明書の内容も具体的である。患者からの相談等は、多職種からなる総合患者支援センターで一本化して受け付けている。個人情報保護規程等の規程・内規類は整備されているが、個人情報の取り扱いの運用についてはさらなる検討を期待したい。生命倫理委員会では、臨床現場での様々な事例を取り上げて積極的に検討を行っている。臨床現場で倫理的課題を捉えた際は多職種で検討しており、解決が困難な課題は生命倫理委員会に相談する体制となっている。

院内はバリアフリー化されており、売店やフリーWi-Fi等の設備が充実している。病棟は静寂が保たれ、病室や廊下等は十分なスペースが確保されており、整理整頓が行き届いている。敷地内全面禁煙であり、禁煙外来も実施している。

4. 医療の質

病院機能評価の受審に加え、臨床検査科での ISO15189 更新など積極的に第三者評価を受審することで質改善の取り組みを行っている。症例検討会は各科で開催され、CPCのほか、多くの臨床病理検討会を開催している。クリニカルパス推進委員会が中心となり、アウトカム指標を設定して評価するとともに、定期的にミニパス大会を開催して診療の標準化・効率化に努めている。患者からの意見・要望は、院内の意見箱だけでなく WEB 上からも意見を収集して対応を検討し、患者にフィードバックしている。新たな診療・治療方法や技術の導入については、高難度新規医療技術評価委員会で安全面・倫理面から検討する仕組みであり、新規申請案件の審査を行うほか、導入後の件数を定めて経過報告を行っている。

スタッフステーションに診療責任者・看護師長・病棟薬剤師の氏名を明示し、主治医不在時の連絡体制を整備している。診療記録は基準に従って適時に記載されている。医師の診療録の質的点検はチェックリストを用いて行い、結果をフィードバ

ックしている。褥患者の診療・ケアを多職種で支えるチームを多数組織し、組織横断的な活動を行っている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置している。医療安全管理委員会を定期開催し、マニュアルは随時改訂して委員会で承認している。全職種からインシデント・アクシデントレポートを収集し、事例に応じて分析を行うことで再発防止に努めている。医療事故発生時の緊急連絡ルートが明確に定められ、緊急連絡網が整備されている。事故発生時は直ちに医療安全管理室に通報され、事故の検証が行われる体制となっている。

患者確認は手順に従って実施され、タイムアウトやマーキングにより誤認防止が実践されている。指示出し、指示受け、指示実施確認の手順は明確であり、確実に実施している。全病棟において病棟薬剤師と看護師が中心となり、薬剤の安全管理を実践している。転倒・転落防止対策を入院案内に掲載して注意喚起を図っているほか、入院時にアセスメントのうえで危険度に応じた対策を行い、発生時のフローチャートも整備している。医療機器については看護部と臨床工学技士が協働し、動画を活用するなど工夫して研修を実施している。患者等の急変時に備えて院内緊急コードを設定し、RRS の活動も開始している。

6. 医療関連感染制御

感染制御部を設置し、多職種で構成する ICT を組織している。院内感染管理者は、各部署に対して必要な指示ができる権限を委譲されている。院内感染防止対策委員会を毎月開催し、ICT は定期的に院内各部署をラウンドして耐性菌患者などの院内感染状況を把握し、専門的な介入に加え具体的で適切な助言を行っている。院内感染対策上、重要な微生物や感染症が発生した際には、感染制御部に速やかに情報が伝達されるシステムを構築している。耐性菌サーベイランスやデバイス関連サーベイランスなどのターゲットサーベイランスを行い、PCR 法を用いた分子疫学的手法を院内で実施している。

標準予防策に関する遵守状況は、手指消毒薬の使用量を把握するほか、防護具の着脱をラウンド時に目視で評価している。感染情報の多職種共有は、電子カルテや看護師の説明で周知している。抗菌薬適正使用推進プログラムは、薬剤師を中心に医師など多職種で構成する AST が主体的に、かつ診療科横断的に実践している。血液培養複数セット採取率や周術期抗菌薬の投与タイミングと用法・用量、投与期間などをモニタリングし、その結果は ICT 会議や ICC で各診療部医師に報告している。

7. 地域への情報発信と連携

患者向け広報誌と医療機関向け広報誌により、病院の情報が定期的に発信されている。診療科の特性を詳細に記載した冊子も毎年作成され、医療連携や患者の病院選択時の資料として提供されている。他の医療関連施設等との連携では、年間一定

数以上の患者紹介がある医療機関に対して「連携協力施設」の登録を打診しているほか、地域医療機関との懇話会を実施するなど他医療機関と良好な関係を構築している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動としては、市民公開講座を実施するとともに、運営母体の大学と連携した公開講座も別途実施している。また、地域医療支援病院として、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士などにより、医療機関や患者に向けた各種講演、研修、健康相談などが多数実施されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院から診療、会計支払いまでの流れがわかりやすく案内されている。検査の必要性は医師により判断され、侵襲的検査の際の説明と同意書の取得は適切であり、検査中の患者状態の観察を確実にやっている。入院は、担当医が医学的に入院適応を決定し、その必要性を患者・家族に説明している。入院診療計画には医師以外にも多職種が専門的な視点で関与し、リスク評価や計画を決定している。総合患者支援センターでは、幅広い医療相談に対応している。PFM システムを導入し、予定入院患者の入院前面談と説明を行っている。

医師は、日々の患者回診と診療チームカンファレンスで患者情報を共有している。看護師は患者・家族のニーズを把握し、ラダーレベルに応じて役割と責任に応じた病棟業務を実施している。病棟薬剤師は全病棟に配置され、全ての患者の薬歴管理を行い、薬剤の必要性と副作用など服薬指導して持参薬の鑑別を行っている。輸血前には患者名や輸血の種類などをダブルチェックしたうえで、輸血中患者の状態について観察・記録を確実にやっている。手術の適応はカンファレンス等で検討され、必要時には他科へコンサルトする体制がある。一般病棟での対応が困難な重症患者や手術後のハイリスク患者などは、入室基準に沿って ICU や HCU に入室して加療している。

褥瘡の予防・治療はリスクを評価し、発生時は褥瘡回診を実施している。医師の指示に基づき、必要な患者に治療食の提供、管理栄養士による栄養指導、言語聴覚士等による摂食・嚥下機能評価を行っている。こころと体のアセスメントシートを用い、患者の身体的疼痛や精神的疼痛の把握を系統的に行っている。リハビリテーションを実施計画書に基づき、療法士が安全かつ効果的に実施している。やむを得ず身体拘束を実施した場合は、解除を検討するカンファレンスを 1 日 1 回以上、多職種で行っている。各病棟に専従の MSW を配置して早期からの退院支援を行っている。ターミナルステージは患者・家族の意向を尊重したケアを実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤の適正使用を推進しており、薬剤管理機能は適切である。検査結果の報告は迅速に行っており、パニック値への対応も再検査や担当医師への直接の連絡体制などが確立している。画像診断では、緊急検査を含めてタイムリーな画像診断が実施されている。給食業務は直営体制であり、食材搬入から調理、配膳など全て衛生的に運営し、行事食や選択食があるなど安全で美味しい食事が提供されている。リハ

ビリテーション部門では、リハビリテーション科専従医師と療法士が安全かつ適切なリハビリテーションを実践している。電子カルテシステムにより、診療データは診療記録管理部にて一元管理されている。医療機器は中央管理され、安全に使用ができる管理体制である。各種インディケータが確実に使用され、洗浄・滅菌の質が確保されている。

病理検査検体や報告書の保存・管理は的確になされ、標本作成の際の誤認防止対策としてバーコード管理を行っている。病理組織診や細胞診は、全例を専門医によりダブルチェックを行う体制である。放射線治療部門では、患者誤認防止など安全な治療を提供している。輸血・血液管理機能は、輸血部が担っており、輸血・血液管理機能を適切に発揮している。手術室は緊急手術に常時対応可能な体制となっている。手術室のスケジュール管理を調整して効率的な手術室運営を行っている。ICUでは主科による担当医制となっており、集中治療医の助言のもとで診療を行っている。救命救急センターは、「すべての救急を受け入れる」との方針のもと、地域の救急医療の要として重要な役割を果たしている。

10. 組織・施設の管理

予算は法人の中長期計画に則して編成され、予算執行状況は毎月算出する科目ごとの実績と予算執行率で確認している。会計業務は監査法人による外部監査と法人監事による内部監査を受けている。会計窓口は外部委託され、保険請求は外来課・入院課が担当し、査定等は医事保険委員会で医師にフィードバックされている。業務委託を行う際は複数社から見積りを取得し、総合的判断により決定している。契約書は契約解除や事故対応についても記載されている。

施設・設備の管理は24時間体制で行われ、毎年、計画的に改修や設備更新、部品交換等のメンテナンスを実施している。設備の法定点検や保守点検は年度ごとに月別点検予定表を作成・実施している。医療材料の購買管理は経理課が担当であり、薬剤は薬剤部が担当している。また、院内の物流は業務委託のSPD方式で管理されている。

病院建物は耐震構造であり、防火・防災訓練などを定期的に行っている。非常用自家発電装置を設置し、患者用・職員用の飲料水・食料を備蓄して災害に備えている。院内巡回や出入口の施錠管理、防犯カメラの映像監視などの保安業務を外部へ委託し、業務の実施状況は日報で把握している。

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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	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
1.3.3	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	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	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	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	B
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	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	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	A
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	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 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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 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： 獨協医科大学埼玉医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 埼玉県越谷市南越谷2-1-50

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	923	900	+62	78.2	12.2
療養病床	0	0			
医療保険適用	0	0			
介護保険適用	0	0			
精神病床	0	0			
結核病床	0	0			
感染症病床	5	5	+5	0	0
総数	928	905	+67		

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	42	+8
集中治療管理室 (ICU)	10	+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)	8	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	18	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+3
周産期集中治療管理室 (MFICU)	3	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	42	+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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域), DPC対象病院 (DPC特定病院群), 地域周産期母子医療センター

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： 47 人 2年目： 46 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

	実績値					対 前年比%	
	昨年度			2年前		昨年度	2年前
	2022	2021	2020	2022	2021		
1日あたり外来患者数	1,939.49	1,892.66	1,766.73	102.47	107.13		
1日あたり外来初診患者数	122.31	120.81	112.49	101.24	107.40		
新患率	6.31	6.38	6.37				
1日あたり入院患者数	705.52	748.55	706.62	94.25	105.93		
1日あたり新入院患者数	62.11	63.84	60.50	97.29	105.52		