

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 3 月 22 日～3 月 23 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、地域の中核病院として急性期医療を中心に特色ある医療の推進に取り組まれている。2012 年には埼玉東部地区で初めて脳卒中ケアユニットを設置し、脳卒中一次センターの認定を受け、多くの脳卒中救急患者を受け入れている。さらに、地域での周産期医療の担い手となっている。また、地域医療支援病院の認定をはじめとして、埼玉県がん診療指定病院、臨床研修病院、災害時連携病院などに指定されている。

今回で 5 回目となる病院機能評価の更新受審に際しては、継続的な質改善に向け努力されていることが確認できた。なお、幾つかの課題も見受けられたため、今回の審査結果も参考に、さらに医療の質向上が図られ、中核病院としての役割を高めて行くことを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院としての使命と役割を明確に表現した理念および基本方針を明文化し、院内・外へ周知している。病院管理者・幹部は、中期計画を基にビジョンを会議や院内報などで職員に明示している。就労意欲を高める工夫にも取り組まれており、地域医療連携や救急医療強化などの課題・問題を把握し、解決に向けてリーダーシップを発揮している。意思決定機関の管理会議は有効に機能し、病院運営に必要な会議や委員会も開催されている。中・長期計画と毎年の事業計画が作成され、検証も行われている。病院機能存続計画は適切に作成されている。情報の管理・活用の方針は明確にされ、電子カルテシステムの更新も計画的に実行されており、真正性・保存性なども確保されている。文書は、市の管理規定に基づいた管理が行われている。

る。

人事・労務管理は、採用計画に基づいた人材は確保されており、有給休暇取得率向上への取り組みも行っている。職員の安全衛生管理は、法令に基づいた衛生委員会の開催や職場巡視を行っている。職員の意見・要望は様々な手段で把握され、福利厚生へ配慮している。

職員への教育・研修では、医療機関にとって必要性の高い課題を網羅した計画が作成され、これに基づいた研修を開催している。教育・研修に必要な院内の書籍や雑誌は一元的な管理が行われている。能力評価は、全職員に対しての人事評価が行われ、能力に応じた支援・指導を行っている。また、看護ケアに対する院内資格の設定に向けての取り組みは高く評価できる。能力開発は、専門分野資格取得に向けての支援や院外研修が推進されている。

3. 患者中心の医療

「患者の権利と責務」と新たに「こども患者さんの権利」を明文化し、各種媒体で周知を図っている。説明と同意の実行に向けては、同意書は指針に基づいての記載を求めている。セカンドオピニオンは、院内掲示やホームページ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、各所に医療に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。患者支援体制は、医療連携室に相談窓口を設置し、専門職員により多様な相談に対応しており、虐待が疑われる患者への対応体制も整備されている。個人情報保護方針が整備され、利用目的を明確にし、院内掲示やホームページなどで周知を図っている。臨床における主要な倫理的課題では、臨床における主要な倫理課題個々についての具体的な指針の作成を望みたい。臨床現場における倫理的課題は多職種で検討され、解決困難な事例は倫理委員会で審議する仕組みとなっている。

病院敷地内へのバスの運行、来院者用駐車場の整備など、患者・面会者の利便性は良好であり、コンビニエンスストア、ATM、理容室およびカフェの設置、また病棟には生活延長上に必要な設備が整えられている。院内の施設・設備は、玄関をはじめとしたバリアフリーの確保、各所における手摺りの設置など、障害者や高齢者に適切な配慮を行っている。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。受動喫煙防止では、敷地内禁煙が徹底され、院内掲示などで周知を図っている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・苦情は投書箱の設置や患者満足度調査などにより収集され、フィードバックは掲示やホームページなどで行っている。クリニカル・パスの作成や分析・見直し、活用は適切に行っている。業務の質改善は、継続的に病院機能評価受審での改善の取り組みは行われている。なお、組織的・継続的な5S活動やQC活動の更なる推進を期待したい。新たな診療技術の導入や薬剤の適用外使用に際しては、倫理委員会で安全面・倫理面を検討する仕組みがあり、知識・技術の習得に

向けての支援も整備している。

診療・ケアの管理・責任体制を明確にしており、主治医不在時の対応体制も整備されている。診療記録は、記載要領に基づいて必要事項を適切に記載しており、質的点検および看護記録の点検も適切に実施されている。直近の2週間以内の退院時サマリー記載率は、ほぼ100%となっている。多職種で構成の栄養サポート・感染対策・緩和ケア・褥瘡対策・認知症ケアチーム等が組織され、協働して適切な指導や介入を行っている。

5. 医療安全

安全管理対策室が設置され、医療安全管理者を院長とし専従の看護師1名を配置しており、権限も明確にした体制が確立している。また、安全管理委員会などを組織し、安全に向けた事項等は速やかに職員へ周知する仕組みが構築されている。アクシデント・インシデント報告システムでの報告事例は速やかに安全管理対策室が把握し、全ての報告に対し医療安全管理者がフィードバックしている。院内で収集した情報は分析され、再発防止に向けての検討や職員への周知も適切に行われている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は、医療安全マニュアルに基づいた取り組みの徹底が求められる。情報伝達エラー防止対策では、医師の指示出し・指示受け・実施確認などが口頭指示も含め、適切に実施している。検体検査のパニック値に対する医師への伝達も適切に行っている。薬剤では、麻薬、向精神薬の台帳管理についての工夫および造影剤に関しての管理方法、副作用集計についてのさらなる検討が期待される。転倒・転落防止は、全入院患者に対してリスク評価を行い、必要時にはリスクに応じた看護計画を作成し、対策を実施している。また、患者・家族に患説明文書を提示し、転倒防止に向けての啓発も行っている。医療機器は、安全な使用に向けた職員の教育・研修を実施しており、人工呼吸器の点検、設定条件の確認や作動確認も適切に行われている。院内緊急コードを設定し、全職員にも周知を図っている。全職員に対するBLS研修を早期に再開することが望まれる。救急カートは、薬剤等が標準化され、日常点検も適切に行っている。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染対策室を設置し、専従の感染制御認定看護師1名と各職種の専任職員が配置され、下部組織としてICTやASTが活動している。また、感染対策委員会が組織され、必要な審議は行われている。医療関連感染制御に関するマニュアル・指針を整備し、適宜改訂も行われ、職員にも周知を図っている。感染症管理システムが導入され、耐性菌の検出時などには細菌検査室から迅速に報告されている。リンクナースはチェックリストを用いて病棟ラウンドを行い、収集した情報を感染対策室に報告している。JANISの定義に基づき、各種の包括的サーベイランスおよびターゲットサーベイランスが行われ、改善活動に繋げている。

感染制御活動は、標準予防策・感染経路別予防策のマニュアルを整備し、個人防護用具の着脱、針刺し切創に対しての取り組みなどが適切に実践されている。医療

現場での感染性廃棄物の分別は徹底され、血液・体液の付着したリネン・寝具類の取り扱いなども適切に行っている。抗菌剤の適正使用指針が整備され、届け出対象抗菌薬長期使用例や使用届け出提出率をグループウェアで医師に通知しているなど、抗菌薬使用に対してのフィードバックも確実に行っている。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービスの情報はホームページ、広報誌、毎年作成の年報などで幅広く行われており、地域の医療機関には「医療連携ニュース」を年4回発行している。各診療科の診療実績やDPCはホームページで発信している。地域連携は医療連携室が担当し、地域医療機関への訪問により地域の医療ニーズの把握に取り組まれている。また、WebやFAXによる診療予約の受け付けやシステムでの遺漏のない返書管理など、連携および協力を適切に行っている。地域の医療従事者に対しては、産科・婦人科の臨床症例検討会をWebで実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内を設置し、受診に必要な情報の掲示、紹介患者の受け入れ、救急および感染が疑われる患者の受入れ体制も整えている。外来診療は、確実な情報収集や看護外来の展開など適切に行っている。侵襲性の高い検査に対する説明と同意、鎮静を必要とする検査での複数の医師の立ち会いなど診断的検査を確実・安全に実施している。入院の決定は医師による医学的判断に基づいて適切に実施している。入院診療計画書は迅速に作成している。患者・家族からの医療相談および患者の円滑な入院に向けてはいずれも適切な対応がなされている。

医師は、毎日の回診や多職種との情報共有など病棟業務を適切に行っており、看護師の病棟業務は、各種ニーズの把握と看護ケアの実践などが適切に行われている。投薬・注射については、必要性和リスクについての説明と同意、6Rを遵守した薬剤の使用、服薬確認など、看護師の協力のもとで適切に実施している。輸血・血液製剤投与は、説明と同意後にマニュアルに沿って確実・安全に実施されている。周術期の対応は、術前の検討、説明と同意、看護師による術前・術後の訪問、タイムアウトなどを行っている。重症患者は、重症度に応じた病室管理や他職種の関与などが適切に行われている。褥瘡の予防・治療は、リスク評価、必要に応じた褥瘡回診を行っている。栄養管理と食事指導および症状などの緩和は適切に行っている。リハビリテーションは、リスクに関する説明と同意やリハビリテーション実施計画書への反映は検討課題である。身体抑制は、観察の記録、抑制の軽減・解除に向けて取り組んでいる。早期から患者・家族への退院支援に取り組み、院外との連携も行われている。必要な患者に対しての継続した診療・ケアの支援は適切である。ターミナルステージは、指針の院内への周知が望まれる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、持参薬の鑑別と管理、注射薬の1施用ごとの取り揃え取り組み、抗がん剤およびTPNの調製・混合など適切に発揮している。臨床検査は、体制

の整備、精度管理の実施、パニック値への対応など、機能を極めて適切に発揮している。画像診断機能は、読影に対する体制整備、夜間・休日におけるニーズへの対応など適切に発揮している。栄養管理機能は、食事の適時・適温での提供、行事食への取り組みなどを行っている。リハビリテーションは、実施計画に基づいた計画的な実施、連続性の確保に取り組んでいる。診療情報管理機能は、一元的な管理や全症例に対する量的点検が行われており、適切である。医療機器は、臨床工学技士による一元的管理、夜間・休日の対応体制整備など、機能は適切に発揮されている。洗浄・滅菌業務は、品質管理と質保証への取り組み、既滅菌物の保管・管理が適切に行われている。

病理診断機能は、専門職員の配置、結果の速やかな報告、ブロックの永久保存など適切に機能を発揮している。放射線治療機能は、治療計画作成やシミュレーションの実施、治療機器の品質管理などが行われている。輸血・血液管理機能は、休日・時間外の緊急対応、廃棄率低減に向けての取り組みが図られている。手術・麻酔機能は、スケジュール管理、手術室の清潔管理、麻酔覚醒時の安全な対応など適切に発揮している。集中治療機能は、医師をはじめとした多職種での活動、入退室基準の明確化をしている。救急医療は、救急告知病院であり、不応需率低減に向けてのさらなる取り組みが望まれる。

10. 組織・施設の管理

会計は、規程に基づいて適正に処理され、財務諸表の作成や監査の実施など財務・経営管理を適切に行っている。窓口収納業務、レセプト点検、未収金の取り組みなど医事業務はおおむね適切である。委託業者の選定に際しては、規程に基づき公正に決定されており、委託業務従事者に対する院内研修への参加にも配慮している。

施設・設備は、保守管理や定期点検が計画的に実施されている。院内の感染性廃棄物最終保管場所の保管状況は適切である。物品管理は、業者が常駐しての SPD 対応であり、使用期限管理や実地棚卸も適切に行われている。なお、ディスプレイ製品の再利用は行っていない。

災害時の対応マニュアルや消防計画が整備され、訓練も実施している。大規模災害に備えての患者用および職員分の食糧と飲料水は備蓄されている。保安業務は、委託職員による 24 時間体制での警備が行われ、定期的な院内巡視などにより安全・安心確保に向けての取り組みを行っている。医療事故発生時の対応手順が整備され、発生した場合の原因究明と再発防止に向けて検証を行う仕組みも確立している。

11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修は、基幹型・協力型臨床研修病院として指導医により初期研修プログラムに基づき研修が実施されている。また、研修医が単独で行える診療行為も定められている。研修医の評価は EPOC2 を利用し、看護師・放射線技師・臨床検査技師による多職種評価も行っている。その他の専門職種の初期研修については、看

護師は毎年定期的に新人教育を実施しており、その他コ・メディカルについても独自のキャリアパスを用いた研修プログラム則ったプログラムにより、初期研修を行っている。学生実習は、看護学生や薬学部学生をはじめとする医療専門職養成学校から実習生を多数受け入れている。実習中の事故対応に関する事項を盛り込んだ契約を締結し、医療安全・感染対策・個人情報保護などの研修は実習前のオリエンテーションで実施している。また、患者・家族に向けての周知は、院内各所に掲示している。

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	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	B
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	B
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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	B
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	B

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	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	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	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 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 11 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 越谷市立病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 埼玉県越谷市東越谷10-32

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	481	432	+0	65.5	12.6
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	481	432	+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	3	+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)	3	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	3	+0
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	26	+0
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

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： 6 人 2年目： 7 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

