

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」及び副機能種別「リハビリテーション病院」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14日～5月15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 慢性期病院 認定

機能種別 リハビリテーション病院（副）認定

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院  
該当する項目はありません。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は1974年に開設された松岡病院を原点とし、1982年から現在の医療法人社団東光会のグループ病院として活動されている。医療行政の流れに伴い種々の施設基準の取得や幾多の変遷を経て、高齢者を中心とした慢性期医療に取り組まれている。2000年には認知症病棟を開設され、同時にリハビリテーションへの取り組みを開始された。現在は療養型病棟や回復期リハビリテーション病棟、障害者病棟、認知症病棟を擁する、高齢者の個別性に重きを置いた病院として運営されており、特に認知症病棟を擁する病院として地域医療に貢献されている。

今回の病院機能評価更新受審では、前回受審の結果を踏まえて改善に取り組まれてきた成果を随所に確認した。なお、新たに取り組みを期待したいこと、さらなる取り組みを願いたいことも残されていることから、今後も継続して質向上に努められることを期待したい。貴院の特性を活かして今後ますます地域に貢献し、発展されることを祈念したい。

### 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、改定を検討する体制があり、院内外への周知も適切である。病院の意思決定会議として管理会議が設置され、組織内の情報伝達は経営会議を通して行われている。幹部職員はそれぞれの立場で運営上の課題を把握し

ており、解決に向けリーダーシップが発揮されている。電子カルテから抽出されたデータなどは院内会議で報告・分析のうえ活用されている。文書管理規程には、管理すべき文書の選定や保存・管理、承認の仕組みなどが定められており、適切に運用されている。

人材確保は採用のみにとどまらず、働きやすい職場環境づくりを目指して離職防止に努める体制が整備されている。就業規則等の規則・規程の策定や各種休業制度の整備などが適切に行われている。安全衛生委員会の開催や職員の感染防止への取り組み、メンタルヘルスへの取り組みなどは適切である。職員の意見や要望の把握、福利厚生を含めた職場環境の整備など、魅力ある職場づくりへの取り組みが行われている。職員研修については、教育委員会により院内研修の予定表が作成されているが、必要性の高い課題に関する研修の実施が望まれる。人事考課制度が運用され、能力開発が適切に実施されている。学生実習では、開始時のオリエンテーション、患者・家族の承諾などが適切に行われている。

### 3. 患者中心の医療

「患者さまの権利」5項目と「患者様、代理人へのお願い」3項目が定められ、毎年管理会議において見直しが行われている。説明と同意取得の規程に基づき、患者・家族への説明や理解度の観察・記録等が適切に実施されている。入院前の社会福祉士による面談等で患者・家族と情報共有のうえ医療への参加を促しており、

「人生会議ノート」の作成への取り組みなどが行われている。患者・家族からの各種相談には社会福祉相談室の社会福祉士が対応しており、相談内容の管理体制も適切である。個人情報保護規程が整備され、周知にも努めており、情報システムのセキュリティ対策も適切である。臨床における患者・家族が抱える倫理的課題については、各部署の多職種によるカンファレンスで検討され、解決困難な事案は倫理委員会で検討されている。

施設・設備の安全性・利便性等への配慮では、バリアフリーが確保され、無料送迎バスの運行などアクセスの利便性に努めているが、ホームページ上の案内の修正や障害者用駐車場の場所や台数についての見直しが望まれる。療養環境の整備は、療養スペースの確保や整理整頓、清掃、障害者用トイレや機械浴室の整備、リネン交換などが適切に行われている。敷地内禁煙としており、入院患者への説明や指導、職員喫煙率の把握、禁煙外来の紹介など、受動喫煙防止に向けた取り組みが行われている。

### 4. 医療の質

多職種で構成された「サービス向上推進委員会」が設置され、業務全体の改善と質の向上を図るとともに、医療者間の連携に努めている。診療の質の向上では、全部署参加の症例検討会が2023年12月から再開され、日本看護協会のDiNQLへの参加も行われている。院内に意見箱を設置して患者・家族からの意見を収集し、管理会議で検討・分析のうえ院内掲示等でフィードバックしており、Wi-Fi導入などの改善事例がある。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、倫理委員会にお

いて倫理・安全面などの審議を経る仕組みとなっている。

診療・ケアの責任体制は、各部署の責任者や担当者の表示などがおおむね適切に行われている。電子カルテシステムが導入され、多職種による記載により情報共有が図られており、診療記録の質的点検も適切に実施されている。多職種協働による診療・ケアでは、多職種で構成された専門チームの活動や多職種での入院診療計画の作成、各種カンファレンスでの情報共有などが適切に行われている。

## 5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部門が設置され、医療安全管理者および医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者が任命されている。医療安全対策委員会の開催、チェックリストを用いたラウンドも行われている。インシデント・アクシデント報告は、電子カルテ上で入力され、分類・集計のうえ医療安全対策委員会において報告と検討がなされている。院外の安全情報の収集・活用もされている。医療事故発生時対応マニュアルに事故発生時の患者の救命最優先が謳われ、事故の原因究明や再発防止に向けた検討を行う仕組みも整備されている。

患者等の誤認防止は「医療安全マニュアル」に手順が定められ、患者本人による名乗りやリストバンドの着用とバーコード認証、点滴ルートの色テープ分け、複数人でのチェックなどに適切に取り組まれている。医師の指示出しや看護師等の指示受けが確実に行われ、やむを得ない場合の医師の口頭指示についての対応も適切である。薬剤の安全使用では、高カロリー輸液やカリウム製剤のミキシングが薬剤師によりクリーンベンチで行われている。劇薬・ハイリスク薬の管理も適切である。転倒・転落防止については、リスク評価に基づいた看護計画を立案して対策を行う仕組みであるが、規定通りに行われていないことがあるため、規定に従った運用を望みたい。医療機器は、同グループの他病院の臨床工学技士による応援体制があり、医療機器安全管理責任者と連携して研修などが実施されている。患者等急変時の対応では、院内緊急コードが設定され、訓練も実施されている。

## 6. 医療関連感染制御

感染予防対策委員会が設置され、毎月の開催に加え、必要に応じて随時開催されている。「感染対策指針」や「感染予防対策委員会マニュアル」を策定し、新型コロナウイルス感染症への対策などが行われている。医師をはじめ多職種で構成された感染制御チームのラウンドが、感染症患者を中心に毎週行われている。クラスターに対する対策も整備され、部門別サーベイランスも実施されている。

医療関連感染を制御するための活動では、標準予防策に伴う手指衛生物品や個人防護具の配備、使用後の廃棄の手順などが適切に行われ、「手指衛生の5つのタイミング」の掲示もされている。抗菌薬は「院内抗菌薬適正使用方針」に基づき選定され、感染制御チームが使用状況を把握し、感染予防対策委員会に報告のうえ議論されている。特定の抗菌薬は届出制とされ、アンチバイオグラムも作成されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

自院の診療内容や医療サービスの内容は、主にホームページおよび広報誌で発信している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と連携等の渉外活動は、地域連携課と社会福祉相談室が相互に連携して担い、訪問活動などとともに、地域の「介護と医療の連携会議」などへの参加による地域医療関連施設等との連携強化、患者紹介元医療機関への報告などに努めている。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動では、自院の特性を生かした認知症やフレイルなどについての講演を実施している。地域の健康増進に向け、インフルエンザワクチンや新型コロナワクチンの接種にも積極的に取り組んでいる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報がホームページ等で案内されており、受付や外来診療がスムーズに運営され、発熱患者の対応も適切に行われている。侵襲的な検査は丁寧に説明のうえ同意を得て実施されている。入院の決定は、医療福祉科（社会福祉相談室）が事前相談で情報収集してインテークシートを作成し、ベッドコントロール会議で入院の可否が決定されている。入院診療計画書が多職種により作成され、入院診療計画に沿って身体機能や栄養状態、各種リスクの評価が行われ、各種ケア計画が作成されている。医療相談では、病棟ごとに担当 MSW が定められ、患者・家族の各種相談への対応が行われている。事前に面談が行われて情報共有が図られており、円滑な入院が可能となっている。

医師は回診により病態を把握し、病棟でチーム医療を率先し、必要に応じて精神科医の対応も行われている。看護・介護職は、看護・介護手順等により多職種で情報共有のうえ業務が推進されている。投薬・注射では、薬剤師の関与や抗菌薬初回投与時の観察など、安全な実施に努めている。輸血・血液製剤の投与、重症患者の管理、褥瘡の予防・治療への専門チームの関与や皮膚科医師の回診、皮膚・排泄ケア認定看護師の介入、栄養管理と嚥下機能に応じた食事提供は、いずれも適切である。疼痛、呼吸困難、嘔気、不眠など、症状別の対応基準に沿って緩和的な対応を実施している。リハビリテーションや自立支援に向けた取り組み、身体拘束の最小化に向けた取り組みは適切に行われている。

### ＜副機能：リハビリテーション病院＞

診察までの体制や外来診療、病病・病診連携は適切に行われている。侵襲性のある検査・治療は嚥下造影や嚥下内視鏡検査であり、十分な説明を行い同意を得て実施され、その他の侵襲的検査は近隣の急性期病院へ紹介されている。患者の紹介受け入れや入院判定、入院診療計画書の作成や変更も適切に行われている。リハビリテーション業務では、入院時評価やリスク管理、定期・臨時のカンファレンス、必要に応じた計画変更などが適切に実施されている。相談業務も病棟専従の MSW がカンファレンス等に参加するとともに、家族面談を積極的に行い、家族の意向に沿った支援が実施されている。入院前後のオリエンテーション、医師や看護師、介護職の病棟業務も適切である。薬剤師の病棟業務や投薬・注射の確実・安全な実施、褥

瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導はいずれも適切である。理学療法や作業療法、言語聴覚療法は、365 日体制で評価・計画に基づいて确实・安全に実施されている。身体拘束の最小化、退院支援、在宅リハビリテーションや介護サービスにつなげる退院後のフォローアップも適切である。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、重複投与や薬剤相互作用のチェック、処方・調剤鑑査、疑義照会等に適切に対応している。臨床検査では、マニュアルに基づき、検体検査をはじめ、心電図・エコー検査、インフルエンザ・新型コロナウイルス抗原・PCR 検査を行っており、パニック値の報告体制や精度管理も適切である。画像診断は、単純撮影や CT 検査を行っており、患者確認も適切に実施されている。栄養管理は、食事内容の評価、調理現場や職員の衛生管理、使用食材の保管など適切である。リハビリテーションは 4 日連続を超えて休むことはないよう体制が整備されており、医師から依頼のあった訓練内容についても多職種で論議している。

診療情報管理士は配置されていないが、医事課の専任職員により量的点検や病名等のコーディングなどが適切に行われている。医療機器管理は、同グループの他病院の臨床工学技士の応援体制があり、機器管理や研修などが適切に行われている。洗浄・滅菌については使用済器材の洗浄や滅菌の質保証などが行われているが、使用済み器材の運搬方法やリコール時の対応については見直しが望まれる。輸血は赤血球輸血のみ行っているが、件数も少なく定数配置は行われていない。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、事業計画に沿った月別予算の作成や経営状況の把握・分析と管理、監査法人による会計監査などが行われている。医事業務では、レセプト点検に医師の関与があり、施設基準の遵守状況の点検、未収金の管理も適切である。業務委託の業者選定は、グループ本部の情報を活用して行われ、総務課の管理の下で委託業者との話し合いなどを随時行い、質・効率性の維持向上に努めている。

施設・設備の保守・点検は、施設課の管理の下で計画的に実施されている。医薬品や診療材料の購買管理が適切に行われ、診療材料の供給には院内物流管理システムが導入され適切に管理されている。災害時等の危機管理への対応では、大規模災害マニュアルや BCP が策定され、防災訓練や非常時用の自家発電装置の整備、食料品・医薬品の備蓄などが行われている。保安業務は、事務当直と土曜日の委託当直の体制があり、防犯カメラが設置され、施錠管理や院内巡視などが确实に行われている。

# 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	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	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	B
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	B
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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A



2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
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	B
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	NA
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	NA
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	NA

## 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	B
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	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	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
-------	---------------	---

## 機能種別：リハビリテーション病院（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	B
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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： 2024 年 1 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：医療法人社団東光会 東所沢病院  
 I-1-2 機能種別：慢性期病院、リハビリテーション病院(副機能)  
 I-1-3 開設者：医療法人  
 I-1-4 所在地：埼玉県所沢市城435-1

### 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	33	33	+33	81	596.8
療養病床	158	158	-33	76.5	229.3
医療保険適用	158	158	-33	76.5	229.3
介護保険適用					
精神病床	60	60	+0	72.1	1418.1
結核病床					
感染症病床					
総数	251	251	+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		
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		
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	38	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床	33	+33
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	60	+0

### I-1-7 病院の役割・機能等

### 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	4.83	3.60	3.25	134.17	110.77
1日あたり外来初診患者数	1.61	0.83	1.02	193.98	81.37
新患率	33.29	23.03	31.50		
1日あたり入院患者数	218.31	230.61	228.89	94.67	100.75
1日あたり新入院患者数	0.68	0.71	0.55	95.77	129.09