

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10月31日～11月1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

戸田中央メディカルケアグループ（TMG）の理念「愛し愛される」を背景に、「高度な医療で愛し愛される病院 患者様を自分の家族と思う医療」を病院の理念に掲げ、理念の達成を目指して日々努力している。朝霞市および近隣市の中核病院として、救急・専門医療の提供、ICU・CCU・SCUの稼働、てんかんセンターの設置など、質の高い医療を提供している。

病院機能評価は、今回が3回目の更新受審であり、現状の課題に対して病院全体で改善に取り組んでいることが確認できた。今まで以上に地域に愛される病院としてさらなる発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念を「高度な医療で愛し愛される病院、患者様を自分の家族と思う医療」と定め、「良質な医療と介護」「健全経営」「人材開発」「社会貢献」「働きやすい職場環境」という5項目の実現に向けた運営方針を掲げ、院内外に周知している。朝礼や所属長会議等で病院の将来像や運営方針を職員へ発信している。幹部会を意思決定会議とし、決定事項は所属長会議と医局会議を通じて職員全体に周知を図っている。リスクに対応する病院の機能存続計画は、大規模災害に対応したBCPを策定し周知されている。情報管理は、情報システム運用管理規程を定め、電子カルテ委員会を設置し、データの真正性、保存性の確保に努めている。文書管理については、文書取扱規程を定めて組織的な管理が行われており、おおむね適切である。

施設基準および医療法に見合った人員は確保されており、人事・労務管理、職員の安全衛生管理は適切に行われている。職員満足度調査が年1回実施され、職員の意見・要望を把握し、改善に向けた検討が幹部会を中心に行われており、働きやすい職場づくりを目指していることは評価できる。職員への教育・研修はおおむね適切であり、職員の能力開発は積極的な支援が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内掲示、ホームページ等で周知している。入院案内への記載と、セカンドオピニオンや患者の責務の内容について検討を期待したい。説明と同意に関する方針は明確であり、説明後の理解度なども確認し記録している。説明と同意が必要な診療行為の範囲を定め、病院として把握する取り組みが望まれる。患者との情報共有と医療への参加の促進は、入院案内で患者誤認防止と転倒防止について患者・家族への協力を示し、クリニカルパスなども活用し説明している。医療相談、医療安全、がん相談の窓口をそれぞれ設け、様々な相談に応じている。患者のプライバシー保護については、不正アクセス防止のため定期的なログチェックなど検討を期待したい。病院として主要な倫理的課題を明文化しており、輸血拒否時の対応について具体的な行動指針を策定し、職員へ周知されることが望まれる。

最寄り駅との路線バスが乗り入れ、駐車場も十分確保されている。院内はすべてバリアフリーであり、設備は充実し、Wi-Fiが利用できるなど情報入手にも配慮している。貸出し用のベビーカーや車椅子を用意し、コンシェルジュによる支援を提供している。院内は整理整頓され、清掃も行き届いている。敷地内禁煙の方針であるが、患者への周知、職員の喫煙率減少に向けたさらなる取り組みが期待される。

4. 医療の質

院内各所に意見箱を設置し、患者満足度調査も実施するなど患者・家族の意見を積極的に収集している。意見や要望は委員会等で検討し、改善につなげるとともに適切な方法でフィードバックしている。診療の質向上への活動として、合同症例検討会の開催やクリニカルパスの活用、臨床指標の分析・活用など、積極的かつ継続的な活動を期待したい。病院全体での継続的な業務改善に関しては、QCサークル活動、TQM、BSC活動など、病院の課題を幅広く抽出し、改善のためのPDCAサイクルを循環させる組織的な活動が望まれる。臨床研究、新たな診療・治療方法や技術の導入は、倫理委員会で審査し適切に実施している。

病棟における診療・ケアの責任体制は掲示されているが、外来部門での責任体制の表示についても明示するよう検討を期待したい。診療記録の記載では、医師をはじめ各職種の記載内容の質的点検が開始されたところであり、質的点検の継続と記載者へのフィードバックが望まれる。多職種協働の取り組みとして、多職種からなる組織横断的な各チームが積極的に活動している。

5. 医療安全

安全管理に関する指針・マニュアルには、チューブ誤認やマーキングなど実践状況と相違する点があり、指針・マニュアルを検討し職員への周知徹底を期待したい。リスクマネージャー部会ではインシデント・アクシデント情報を分析し、再発防止に向けた検討を行い、活動の強化を図っている。

患者確認は患者本人が氏名を名乗ることを原則とし、リストバンドやバーコード等により、適切に実施している。処方や医師指示、放射線の読影レポートの異常所見の伝達は適切である。病理レポートの結果については、重要所見を医師に確実に連絡する体制の確立について検討を期待したい。薬剤の保管・管理、抗がん剤の管理・レジメン登録、薬剤取り違い防止対策など適切に行われている。入院時の転倒リスク評価は、マニュアルに則り全入院患者に実施し、危険度Ⅱ以上の患者に対して看護計画を立案している。医療機器安全管理マニュアルを整備し、人工呼吸器使用中は臨床工学技士がラウンドしている。院内救急コードとして「コードブルー」が設定され、マニュアルや院内掲示で職員に周知している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた組織体制が整備され、マニュアルの作成や必要に応じた改訂などが行われている。ICTは週1回活動し、院内各所の部署ラウンドおよび耐性菌発生患者の感染対策を監視・指導する耐性菌ラウンドが実施されている。感染症サーベイランスについてSSI、CRBSI、VAP、CAUTIが実施されており、今後、感染制御の質改善の指標として活用するためにもサーベイランス精度向上への取り組みについて検討が期待される。

手指衛生、PPE着用、感染性廃棄物や血液・体液で汚染されたリネン類等の取り扱い、放射性医薬品廃棄物の取り扱い等がマニュアルに準拠して適切に実施されている。抗菌薬適正使用チーム（AST）が活動しており、特殊抗菌薬の使用の監視を行い、投与期間など適切にアドバイスしている。血液培養陽性患者の把握、周術期抗菌薬の適正使用、カルバペネム以外の広域抗菌薬についての投与期間や変更の提案などに広く関与できるよう、抗菌薬適正使用に向けたAST活動の拡充について検討が期待される。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信については、広報委員会で検討した内容を中心に広報誌や年報を定期的に発刊し、関係各所に配布している。ホームページには特に力を入れており、必要な情報を適時発信している。地域の医療機能・医療ニーズの把握および医療関連施設等との連携については、医療連携課を設置し、紹介専用の窓口や緊急での受診・転院への依頼等に対応している。連携医療機関制度を設け、県南西部医療圏を中心に280施設と連携するとともに、開放型病院として一部診療科の外来や検査の予約をオンラインで行う環境を整え、実績も豊富である。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動については、一般市民向けに身近なテーマによる公開講座を定期的に開催し、オンラインでの企画も実施している。地域の医療・介護関連機関

等に向けて感染管理に関する講演を行うなど、継続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

受診の手続きに関する情報は、ホームページや院内掲示等で患者に分かりやすく案内している。外来患者の情報収集、患者確認の手順、多職種による外来指導など、外来診療は適切に行われている。診断的検査は説明・同意後に実施され、検査前・検査中・検査後の安全にも配慮されている。入院の医学的判断、患者・家族への説明や同意、緊急入院にも対応可能な病床の一元的な把握など、入院の決定は適切に行われている。患者状態の評価と入院診療計画、看護計画の作成、患者・家族への説明も適切である。退院支援スクリーニングを実施し、入院サポートセンターとの連携により、患者・家族への支援の必要性を早期に把握し、必要な支援と介入が行われている。緊急入院への対応も整備され、患者が円滑に入院できる体制を整えている。

医師による回診、病棟スタッフとの情報交換、必要時の家族面談、医師事務作業補助者による書類作成など、病棟業務は適切に行われている。モジュール方式を導入し、看護師は病棟業務に関する看護基準・手順に則り病棟業務を実施している。薬剤の準備、投与前の確認、服薬指導など投薬・注射は安全に実施されている。輸血・血液製剤の投与はマニュアル沿って実施している。手術の説明・同意、合併症への予防策、誤認防止および術後管理など周術期の対応は適切である。重症患者はICUに入室し、多職種が関与して適切な治療が行われている。全入院患者のリスク評価が行われ、D3以上および難治性d2の患者には褥瘡チームが介入し、処置・栄養・体位などの検討やアドバイスをを行っている。栄養管理と食事指導は適切に実施されている。症状緩和は、症状緩和ケアマニュアル、疾患別・症状別看護に則って実施されている。リハビリテーションの必要性の評価、実施計画の立案と計画書の作成、計画に基づく実施、個別のリスクへの配慮など適切なリハビリテーションが提供されている。安全確保のための身体抑制は同意を得て行っているが、マニュアルに沿った医師による説明とカンファレンス記録の充実を期待したい。退院支援に関わる多職種カンファレンスを定期的に行い、患者の意向を確認しながら退院支援をすすめている。継続療養に向けて在宅療養支援部門を設置し、必要時ケアマネージャー、訪問看護師等とカンファレンスを実施している。医師の総合的判断と患者・家族の意向に基づき、多職種によるカンファレンスでターミナルケアを実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤の温・湿度管理、持参薬の鑑別と管理、院内医薬品リストの整備や周知、処方鑑査と疑義照会など適切に行われている。臨床検査機能では、精度管理、異常値やパニック値への対応など適切に行われている。画像診断についてはさらなる読影率の向上を期待したい。調理に関する各工程で衛生的な管理を行い、適時・適温への配慮もなされている。アレルギーなどの禁忌事項の確認も確実に行っている。リハビリテーション機能では十分なスタッフを確保し、多職種カンファレンスの開催

などで積極的な情報共有が行われている。電子カルテにより診療情報を一元的に管理し、データの保管や活用も手順に沿って適切に行われている。医療機器の中央管理と責任体制を確立し、計画的な定期点検を行っている。医療機器の標準化をすすめるなど医療機器管理機能を適切に発揮している。一次洗浄や滅菌業務は中央化し、洗浄および滅菌のインディケーターで確実に質を保証している。

常勤病理医を配置し、自院での病理診断を開始している。輸血・血液管理機能では廃棄率低下へ取り組み、低い廃棄率を維持している。常勤麻酔科医の充実、手術室常駐の薬剤師による薬剤管理、緊急手術への対応など、手術・麻酔機能は高く評価できる。多職種が関与しているICUを用いた集中治療機能は適切である。二次医療圏の中核病院として機能に見合った救急医療機能を適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

予算管理・実績管理は法人の手順に沿い、経営状況を分析して改善につなげている。外部監査を導入し、透明性も確保している。医事課により窓口での収納業務は手順に沿い、24時間の会計を実施している。返戻・査定や施設基準、未収金管理も適切である。委託の是非や委託業者の選定などについて委員会で検討し、法人の決裁を経て公正に決定している。委託業務に応じた委員会や定例会議を通じて質の確保や改善に努めている。

施設課により、施設・設備の点検、保守管理を行っている。緊急時の連絡体制も整備されている。診療材料はSPDによる定数管理を行い、使用期限の管理も適切である。ディスプレイ製品は病院の方針により再使用されていない。

BCPや災害等の対応マニュアルなどを整備し、定期的な訓練を実施している。院内巡視や警察OBによる巡回体制、院内各所に設置された防犯カメラなど保安業務は充実している。医療事故等への対応は、医療安全管理マニュアルに則り、医療安全管理室や医事課を中心として適切に行われている。

11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修については、医師をはじめ各職種とも計画に沿った研修を実施している。各職種の新人研修に関して教育委員会で多職種による検討を行っている点は評価できる。

学生実習等の実施については、各職種において養成校から毎年多くの実習生を受け入れ、カリキュラムに沿った指導・評価を行っている。実習受け入れ施設であることを周知し、患者に直接関与する場合は指導者が事前に説明を行い、同意を得ている。

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	B
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	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	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	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	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	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	B
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	B
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
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	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	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	B
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	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	B
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	B
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	S
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	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	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 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：医療法人社団武蔵野会 TMGあさか医療センター

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：埼玉県朝霞市大字溝沼1340-1

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	446	446	+0	95.1	14
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	446	446	+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	52	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+2
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	8	-2
脳卒中ケアユニット (SCU)	8	-1
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	7	+0
小児入院医療管理料病床	11	+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	20	+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

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： 5 人 2年目： 5 人 歯科： 1 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	1,006.63	911.98	992.55	110.38	91.88
1日あたり外来初診患者数	157.47	137.62	236.04	114.42	58.30
新患率	15.64	15.09	23.78		
1日あたり入院患者数	394.77	383.59	382.02	102.91	100.41
1日あたり新入院患者数	29.27	26.34	26.05	111.12	101.11