

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院3」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および9月24日～9月26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3 条件付認定（6ヶ月）

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院3
 1. サーベイランスの実施に関して、
貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。
(1.4.2)
 2. 高難度新規医療技術のモニタリング体制に関して、
貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。
(1.5.4)
 3. 投薬・注射の確実・安全な実施に関して、
貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。
(2.2.10)
 4. リハビリテーション実施時のリスク評価と説明に関して、
貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。
(2.2.17)

1. 病院の特色

貴院は、埼玉県全域を対象とする3大成人病の医療拠点の整備を目的とし、2007年に開設された。患者中心主義を基本理念の中核に据え、がんと心臓病に対する高度専門的な医療、脳卒中を含む高度な救命救急医療の提供を使命としている。専門分化しつつも組織横断的な統合を図り、さらには国内の大学病院で初めてJCI認証を受け、新しい大学病院の概念を創造しようとしている。

今回の訪問審査においても、包括がんセンター、心臓病センター、救命救急センターの3センターがそれぞれ高度専門的な医療を行いながら、各センター内で診療科の垣根を越えたチーム医療が行われていることを確認できた。また、特筆すべき取り組みとして、病院幹部のリーダーシップの下、診療や病院運営上の課題に対する改善活動が組織的かつ体系的に行われている点を挙げておきたい。

昨今の激動する社会情勢や医療のグローバル化を踏まえると、貴院のみならず病院に求められる質の水準はますます高まると予想される。それに呼応して医療機能評価の評価水準も高くなってきており、さらに今回は特定機能病院に求められる水準で評価を行った。今回の受審を機に、貴院の発展がさらに加速することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が明文化され、周知・見直しも適切に行われている。病院長は、明確な役割分担を有する副院長、病院長補佐ともに健全なリーダーシップを発揮し、事業計画を策定し基本方針の具現化に努めている。医療情報システム監査委員会が各部門システムの監査を実施している。院内のポリシーやマニュアル類は病院経営推進会議において審査し承認している。

人材は適切に配置され、医師の負担軽減を目的としたタスクシフティングにも積極的に取り組んでいる。就業規則等は整備されているが、職員の出退勤管理は自己申告制ではなく客観的に把握する方法も検討を期待する。職員健康診断は全職員に実施され、派遣・委託職員へのワクチンを接種、ハイリスクエリアへの抗体価による立ち入り制限など、職員の衛生管理を徹底しており高く評価できる。病院機能評価、JCI など様々な第三者評価・認定を取得し、職員が誇りをもって働くことができる病院になっている。

医療安全、感染管理、個人情報保護、ハラスメント等の研修を計画的に実施しており適切である。職員一人一人についてクリニカルプリブレッジを設定し、スタッフポートフォリオとして電子カルテで閲覧でき、診療行為実施前に実施権限を確認しており、優れた取り組みである。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、ホームページ、院内掲示等で周知している。説明と同意に関する方針を規定し、説明すべき内容や書式を統一している。「入院手帳」「患者さん用ファイル」の活用により、入院患者との情報共有、医療への参加を促している。患者図書室を設置し、図書の貸し出しやインターネットの利用ができる環境を整備しており、秀でた取り組みである。外来・入院患者のプライバシー保護は徹底しているが、診療データを二次利用した後の返却・破棄等について個人情報を保護する仕組みの検討が望まれる。臨床における倫理的課題には医の倫理委員会が対応し、終末期医療、臓器移植、抑制等の方針を定めている。各部署では看護師がカンファレンスを行っているが、医師、薬剤師、社会福祉士等を交えた検討が望まれる。

駐車場は十分な台数が確保され、院内コンビニエンスストアから入院患者へのデリバリーサービスがある。筆談、点字による案内、車椅子専用受付カウンターなど、高齢者・障害者への配慮がある。病室の清潔度や消灯後の静かさについて患者から高い評価を受けている。禁煙パトロール、健康推進室からの禁煙特集の発行などの取り組みにより、喫煙率は10年で半減している。

4. 医療の質

患者からの投書、苦情相談、患者満足度調査、退院患者 HCAHPS サーベイ等を患者サービスの改善に活用している。診療の質および業務の質の改善活動は、クオリティマネジメントセンターの統括により、組織的かつ体系的に行っており、高く評価できる。高難度新規医療技術、未承認新規医薬品等を用いた医療を提供するため

の体制が整備されている。一方、当該医療実施後のモニタリングについては、継続的な取り組みが望まれる。

病棟入口に診療部長、看護責任者、担当薬剤師、退院支援看護師を明示しており、診療・ケアの責任体制は明確である。すべての職種の診療録について109項目におよぶ質的点検を行い、質改善を図っている。感染防止対策チーム等の一般的なチームのほか、せん妄チーム、妊孕性温存チーム等の新たに設置した専門チームが治療・ケアに介入している。また、AYA世代の患者対応についても、多職種によるワーキンググループを作り、外来初診時よりスクリーニング等を行いケアにつなげており、適切である。

5. 医療安全

医療安全対策室に多職種の専従者を配置し、委員会活動、ニアミス・インシデント報告の収集・分析、全死亡事例の把握、再発防止策の周知・遵守状況確認を行っている。医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合等の情報提供を受け付けるため、内部通報窓口の整備が望まれる。

患者確認は、手術や侵襲のある治療、注射・輸血等を行う場面を含め、適切に行われている。画像・病理診断レポートの未読について組織的に管理しており適切である。一方、検査パニック値が担当医に伝達されたかの確認が十分でなく、口頭指示メモは情報伝達エラーが生じうる様式になっているため、検討が望まれる。高濃度カリウム製剤の投与に関して、明確なポリシーが適切に定められている。転倒・転落の防止に向け、入院患者リスク評価と計画、ハイリスク患者へのリストバンドの装着などを行っている。医療機器使用中の設定チェックは、各勤務交代時と指示変更時にダブルチェックを行っており適切である。BLS研修は2年に1回毎全員に実施され、2次救命対応の訓練も積極的に行われている。RRSは出勤実績の蓄積もあり活動が定着している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制を構築しているが、ASTを感染対策指針、ポリシーなどに明確に位置づけ、抗菌化学療法に関する権限を与えることにより、さらに高いレベルのAST活動の展開を期待したい。また、日本をリードする医療機関として、人材の確保を含めた感染対策室のさらなる機能向上を期待したい。

手指衛生率は、部署のQI設定とaction planの作成により75%を越えるなど、質改善が図られている。SSIサーベイランスは一部診療科に限定されているが、対象診療科の拡大が図られつつあるので、継続的な取り組みが望まれる。手指衛生を感染制御室のアクションプランとして掲げ、消毒薬の使用量、直接観察の結果をモニタリングし、各部署へフィードバックしている。医師の手指衛生を課題とし診療部長と協働して進めており、積極的に取り組んでいる。アンチバイオグラムの医師への周知、周術期の予防抗菌薬のポリシーに沿った使用については、継続的な取り組みを期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

広報 HP 管理部会が毎月活動し、広報誌を年 3 回発行している。ホームページの作成が外部委託のため、情報更新にややスピード感を欠いていたが、リニューアルによって院内での情報更新が可能となる予定である。利用者の視点にたった情報提供の一層の促進を期待したい。

病院の担うべき医療機能は明確にされ、附属 3 病院間および地域の他の医療機関と役割分担・連携して地域医療を提供している。地域医療連携室の業務を、毎日、毎週、毎月、毎年実施する業務に分類し、簡潔な業務手順書にまとめたマニュアルが整備されている。紹介元医療機関に対する患者の診療状況の報告がさらに速やかに実施できるよう、返書管理の見直しを期待したい。市民公開講座、地域における健康セミナーへの講師派遣を例年行っているが、新型コロナウイルス感染症流行の影響で一部休止・延期している。高校生向け病院体験プログラムの実施もある。地域医療機関との連携懇話会や勉強会を実施し、地域の市民病院に医師を派遣し、救急医療体制の確保に協力している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者が円滑に受診できるようにホームページでの案内や外来コンサルジュの配置等を行っている。周術期外来で多職種が関与し入院支援を行っているが、対象症例のさらなる拡大が期待される。

医師・看護師は病棟業務を確実にを行い、入院計画の立案やアセスメントは迅速に実施されている。投薬・注射の実施において、誤投与の防止、服薬指導・薬歴管理は適切に行われているが、注射薬の投与中・投与後の患者観察については、モニタリングを確実にを行うことを求めたい。輸血や診断的検査は、適応の検討・同意書の取得から評価に至るまで確実に実施されている。周術期や重症患者の管理、褥瘡の予防と治療、安全確保のための身体抑制は適切に実施されている。栄養・食事については、管理栄養士による入院直後からの関わりが期待される。疼痛の緩和については、スクリーニングや緩和ケアチームの介入があるが、その他の症状についても全人的な視点で苦痛緩和に努められたい。急性期リハビリテーションの計画にあたり、想定されるリスクに関して詳細な評価と確実な説明が行われつつあるので、継続的な取り組みが望まれる。

退院支援、退院後の診療・ケアの継続性への配慮も適切になされている。ターミナルステージへの対応も、緩和ケアチームや多職種が関わり適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

放射線治療部門は、放射線治療品質管理室が線量計画を管理するなど、安全にも十分配慮のうえ、国際的にも優れた高い精度の放射線治療を提供しており、秀でている。麻酔科医、麻酔科標榜医または独自に認定している院内麻酔認定医が、年間 6,000 件におよぶ全身麻酔を管理し、また院内での鎮静における安全確保に積極的に関与しており、高く評価できる。救急患者を全て受入れる方針のもと、自ら高度な救急医療を提供するとともに、県西部広域の救急医療体制においても中心的な役

割を果たしており、高く評価できる。

薬剤管理、臨床検査、画像診断、栄養管理、リハビリテーション、医療機器管理、輸血・血液管理、集中治療においては、求められる機能は適切に発揮されている。また、診療情報管理、洗浄・滅菌、病理診断についても、求められる機能が、おおむね適切に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

経営データをグラフ化し目標値ラインを明確にする等、経営状況を誰もが理解しやすい資料を作成し、経営推進会議や経営戦略会議で検討している。保険診療のワーキンググループを開催し適正な保険診療について啓発活動を継続している。委託会社・派遣会社職員の研修参加、業務の品質に関する報告書の提出、業務履行評価に基づく委託契約の更新などにより、委託業務の質を高いレベルで維持できるよう努めており、高く評価できる。

施設・設備の保守点検を計画的に行い、一定規模以上の工事は一般のおよび感染管理上のリスクを事前評価し防止策をとっている。材料は一増一減を原則に購入管理し、導入後の評価も行っている。医療材料はSPDによる預託在庫方式で、バーコードカード管理している。

建物は免震構造、2系統の電力供給、コージェネレーションシステムにより停電時の対応も適切である。災害対応のBCPが策定され、部署別消防訓練の実施など防火への対応も適切である。夜間の出入り口は1か所に限定し、入館時の管理も適切である。監視カメラの設置や館内・館外巡視が行われ、日報がつけられている。医療事故発生時の連絡体制や対応手順が明文化され、タイムリーに委員会で検討する仕組みがあり、再発防止に向けて組織的に取り組んでいる。

11. 臨床研修、学生実習

医師の臨床研修に関して研修管理委員会、研修管理部会で検討され、研修の実施状況は新EPOCで管理されている。指導医は全員指導医講習会を受講している。研修医が実施可能な医行為がベースとして定められており、各研修医に対しては診療行為ごとのプリビレッジ判定が適用されている。研修医は研修管理センター所属の職員ネームプレートを着用し、電子カルテのオーダーには研修医であることが明示されている。医療安全など院内6委員会に研修医の代表が出席している。研修医の360度評価および患者からの評価がなされ、研修医から指導者の評価もある。指導者同士の相互評価もなされている。倫理、カルテ記載、接遇などのオリエンテーションはしっかり実施されている。医師以外の職種の初期研修は、おおむね入職後1年までは3か月ごとに評価・指導が行われている。

学生実習については、埼玉医科大学国際医療センターにおいて作成した契約書の締結により実習を実施している。また、受け入れ職種は看護師、放射線技師、臨床工学技士実習など他職種にわたり、大学病院として学生教育にも積極的である。

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	S
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	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	B
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	B
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	C
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	S

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	S
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	C
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	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	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・注射を确实・安全に実施している	C
2.2.11	輸血・血液製剤投与を确实・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	B
2.2.17	リハビリテーションを确实・安全に実施している	C
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	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	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	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	B
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	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	S

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	B
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	S
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	S
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	S

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： 2019年 4月 1日～2020年 3月 31日
 時点データ取得日： 2020年 4月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 埼玉医科大学国際医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 埼玉県日高市山根1397-1

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	700	700	+0	95.1	14.1
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	700	700	+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	50	+0
集中治療管理室 (ICU)	24	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	22	+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	45	+0
人工透析	5	+0
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

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(Ⅱ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： 4人 2年目： 5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

