

# 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7日～12月8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

東埼玉総合病院は、利根二次保健医療圏の幸手市を中心に地域密着型の急性期医療を実践し、様々な活動を通じて地域から信頼される病院を目指している。近年、近隣の大病院などの移転が続く中で、救急や紹介患者の受け入れに努め、地域連携を推進するとともに地域包括ケアシステムに取り組んでいる。働きやすい職場環境を構築するために、医療の質の向上をはじめ、病院の規模・機能に見合った必要な人材の確保や教育に努めている。また、地域に向けた医療に関する教育や啓発活動を推進するなど、日々の努力や工夫が見られ適切に対応している。病院経営においては、病院長を中心に病院幹部職員のリーダーシップのもと、病院組織を挙げて継続した健全経営の構築に取り組んでいることは評価できる。地域住民や医療機関からの信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・使命を具体的かつ分かりやすい内容で明文化している。幹部職員の選任および権限を明確にし、組織図や必要な会議、委員会を整備するなど計画的・効果的な組織運営を行っている。院内で発生する診療情報を二次活用し、経営改善などに活用している。文書管理は、法人の文書取扱規程に基づき病院機能改善室を所管とし管理している。役割・機能に見合った人材を確保するために、ホームページなどを通じて病院や職場の魅力をアピールしている。

人事・労務管理は、就業規則など労働基準監督署への届け出をはじめ、休業制度や短時間勤務制度、再雇用制度等を整備している。また、安全衛生委員会を中心に職員の安全衛生管理に努めている。職員にとって魅力ある職場となるよう、職員の

意見や要望を把握し改善に努めており、就労支援や福利厚生も充実している。

全職員を対象とした教育・研修は委託職員も含め、必要な研修を実施している。人事評価制度などを通じて、個々の業務への取り組みや能力を客観的に評価している。専門職種に応じた初期研修は、医師、看護師、医療技術部門、事務部門でスケジュールを作成し、計画的に行っている。多くの実習生を受け入れ、カリキュラムに沿った実習、評価・指導をしている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は5項目を明文化しており、ホームページや病院案内、院内掲示等により院内外に周知している。説明と同意についてはインフォームドコンセントマニュアルに沿って適切に実施している。患者自身が、医療へ参加しやすくなる情報を入院のご案内、ホームページなどを活用し提供している。また、医療福祉相談室やよろず相談窓口を設置し様々な相談に応じている。個人情報保護規程を定め、個人情報の保護に努め、職員への研修やハンドブックを活用し周知している。診療棟倫理規定を整備し、病院としての倫理の方向性を示している。臨床の場で生じた倫理問題は、多職種カンファレンスで検討し、対応困難な臨床倫理事例に対して病院運営会議で審議を行い、必要に応じて弁護士に相談する体制が整っている。

施設・設備は、利用者の安全性・利便性・快適性に配慮しており、バリアフリーで整理整頓された院内は明るく、廊下に障害物もなく清掃が行き届いている。患者へのプライバシーに配慮し備品の整備など適切に管理している。患者や職員の健康維持や増進のために、敷地内全面禁煙とし、ホームページや入院のご案内、院内掲示などにより禁煙の方針を周知している。

### 4. 医療の質

病院機能改善室を設置し、体系的な機能改善活動を継続している。診療の質の向上に向け、各診療科は症例検討会を開催している。意見箱や患者満足度調査などを通じて意見を収集し、ホスピタリティー向上委員会を中心に検討し、サービスの質向上に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入は、必要な機器や機材を診療材料検討委員会で検討し、最終的に病院運営会議で承認し実施となる仕組みである。臨床研究については、治験倫理・学会承認委員会で審査し、承認されたものは、ホームページに情報公開している。

病棟入り口に管理者の氏名を表示し、主治医・担当医や病棟担当薬剤師も明確である。診療録や看護記録は、記載基準に基づき SOAP 形式で記載している。退院時サマリーの作成や診療録の質的点検を適切に実施している。院内では、組織横断的に活動する専門チームはあるが、一部の活動で停止やメンバーの削減などが見受けられたので活動を再開することを期待する。

### 5. 医療安全

医療安全推進室を設置し、専従リスクマネージャーを配置している。医療安全管理マニュアルを整備し、報告システムを利用し手順に沿って情報収集を行っている。

る。委員会などを通じて、事例をもとに再発防止、予防対策について検討し、結果を現場にフィードバックしている。医療事故発生時は速やかに対応し、事故の重大性を確認した場合は、医療事故調査委員会を立ち上げ検討している。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は、医療安全管理マニュアルに沿って実施している。情報伝達エラー防止対策は、電子カルテシステムを用いて行い、口頭指示は、「口頭指示受け伝票」を用い、定められた手順に沿って実施している。病棟での麻薬、向精神薬の保管、ハイリスク薬の明示は適切である。転倒・転落事故防止の注意点を入院のご案内や病院ホームページに記載し、入院当日のリスク評価を患者や家族と共有しながら対応している。各部署に医療機器操作に必要なマニュアルを整備し、医療機器研修を計画的に行っている。患者等の急変時の対応は、緊急呼び出し（ハリーコール）の体制や各部署への院内統一の救急カートの設置、BLS研修を実施している。

## 6. 医療関連感染制御

感染防止委員会が、感染制御に関する検討と方針決定を行い、下部組織として感染対策チーム（ICT）、抗菌薬適正使用チーム（AST）が実働組織として活動している。感染制御室は、ICTのコアメンバーを配置し、感染制御活動の中心的役割を担っている。地域の医療施設と連携し相互評価や合同カンファレンスを実施している。院内外の感染症情報や薬剤耐性菌情報は感染制御室に集約し、適切に情報発信している。

ICT、ASTは毎週のラウンドの後に会議を行い、医師や関連部署へのフィードバックし、支援・指導している。アウトブレイクの定義や対応フローは感染防止マニュアルに定めている。また、クラスターが発生した院外施設へもスタッフを派遣し、積極的な活動を展開している。各病室廊下に手指消毒液を設置し、標準予防策に必要なPPEを準備している。感染性廃棄物や汚染リネンの取り扱いは適切である。抗菌薬の適正使用は、抗菌薬使用マニュアルにまとめ周知している。感染制御室に集約された分離菌や感受性情報は、グルーブウエア等によりフィードバックしている。届け出制の特定抗菌薬は、オーダー時に抗菌薬適正使用届けが出力されるシステムで提出率は100%である。抗菌薬の適正使用や起炎菌同定のための培養検査について、ASTから医師への指導、支援している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域に向けた情報発信は、ホームページや病院案内、広報誌などを活用し、必要な情報を地域へ広く周知するよう努めている。また、ホームページを活用し、「病院指標」、「病院全体の基礎実績」を掲載するなど必要な情報をわかりやすく発信している。地域連携課を中心に、地域の医療機関を訪問し、地域の医療機能やニーズを把握し、信頼関係の構築に努めている。また、訪問先で得た情報は、診療科ごとに取りまとめ、病院運営会議に報告している。地域医療ネットワークを活用し診療情報を共有している。地域の医療機関からの紹介に対し、紹介・逆紹介、返書を実践的に実施し管理している。地域に向けた教育・啓発活動は、患者や市民などを対

象に、「暮らしの保健室」や「市民の集い」などを開催し、医療や介護、福祉に関するテーマを中心に、わかりやすく地域へ発信している。また、地域医療機関を対象とした研修や会議を開催し、情報の共有や課題の検討を行っている。地域に向けた連携の強化や地域医療への貢献など、医療に関する教育・啓発活動に努めている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けられるよう必要な情報は、ホームページや院内掲示などで案内している。外来診療は、治療方針を十分に説明し対応している。主治医は診断的検査の必要性やリスクについて、患者・家族に説明している。外来担当医が、入院の必要性を判断し決定している。主治医は病状に応じた診断や評価を行い、他職種と共に入院診療計画書を作成している。患者・家族からの医療相談は、相談窓口で情報を収集し関連部署と共有している。患者が円滑に入院できるよう説明センターで事前説明を行っている。

医師は回診により病態を把握し、カンファレンスを実施している。看護師は、入院時のリスク評価をもとに看護ケア計画を立案している。全病棟に病棟薬剤師を配置し、薬歴管理や服薬指導を行っている。主治医が輸血の適応を決定し、患者・家族に必要性やリスクを説明している。手術の必要性とリスクは主治医が説明し、同意を得ている。病床は重症度や疾患の特性に応じて選択し、重症患者の管理を適切に行っている。褥瘡は、マニュアルに沿ってリスク評価し予防対策を行っている。入院時に栄養スクリーニングを行い問題があれば栄養管理計画書を作成している。緩和ケアマニュアルを整備し症状の緩和に努めている。リハビリテーションは、総合実施計画書を作成し確実に実施している。身体拘束は原則行わないことを基本に、身体抑制に関するマニュアルに沿ってアセスメントを実施している。患者・家族の希望を考慮した退院支援計画書を作成し、退院カンファレンスで退院調整している。必要な患者に継続した診療・ケアを実施するために、地域や同グループ内の医療・介護機関と連携を図っている。ターミナル期の判断は主治医が行い、本人や家族の意向、希望を確認したうえで治療方針を決定し、緩和ケアチームなどと相談しながら患者の尊厳を大切にした対応を心がけている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、病棟配置薬の使用を最小限とし、麻薬・向精神薬・毒薬の保管を適切に行っている。検体・細菌・病理検査は委託で、ブランチラボを置いている。パニック値やその対応は臨床検査異常値報告マニュアルに定められ、医師へ報告する手順となっている。画像診断機能は、非常勤医師と遠隔読影で対応し、緊急に報告すべき所見は、医師に報告が届くシステムである。栄養管理機能は、衛生管理マニュアルを整備し調理室の衛生管理は適切で、栄養委員会や給食会議で美味しい食事の提供に努めている。リハビリテーション機能は、脳血管、運動器、呼吸器、がん、廃用、外来・訪問リハビリに対応している。診療情報は、病歴管理室が診療情報を一元管理している。量的点検は必要事項の確認と管理の継続を期待す

る。臨床工学科が医療機器管理システムを利用して病院内の医療機器を一元管理し、定期点検が行われている。洗浄・滅菌機能は、中央化され、各種の滅菌保証は適切である。

迅速病理診断は非常勤病理医が対応し、組織診や細胞診は外注である。病理検査報告は電子カルテに結果報告されると同時に紙媒体の報告書を病棟へ送り担当医が悪性所見の見落としを防止している。輸血製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄等は薬剤部で行っている。全身麻酔手術は常勤麻酔科医と非常勤麻酔科医が行い、手術スケジュールに沿って適切に実施している。集中治療機能は、SCU・HCUが稼働し、入退室基準を明文化し多職種が関与している。救急医療機能は、救急専従医師が常駐し、夜間・休日は日当直体制で、看護師の他に救急救命士も配置し対応している。

## 10. 組織・施設の管理

予算策定の手順を明確にしておき、財務諸表を作成し外部会計監査および内部監査の実施をはじめ収益の改善に向けた提案や対策に取り組んでいる。医事業務は、診療報酬の請求や収納業務は対応手順に基づいて実施し、会計処理も適切である。再来受付機や自動精算機、来院前に対応可能なAI問診を導入し、待ち時間短縮に努めている。委託の是非は、各部署からの要望を踏まえ病院運営会議で決定し、毎年見直しを検討している。緊急時や事故発生時、災害時の連絡体制を構築している。

施設・設備に関する法令点検をはじめ、電気、ガス、水道などの日常点検を実施し記録している。24時間の監視体制を整備し、緊急時の対応や体制も明確である。購買管理は、医薬品は薬剤部、医療消耗品および医療機器は施設資材課が担当し、それぞれ薬事委員会、診療材料検討委員会、医療機器・医療情報システム審議会などを通じて検討し、内部統制に取り組んでいる。

災害発生時やシステムダウン時を想定したBCPを策定し、非常時用の食料・飲料水、自家発電装置の作動などの対応が図られている。また、連絡網システムを活用し全職員の安否確認ができる体制を構築している。保安業務は、夜間・休日の出入り口管理、来訪者への対応、院内巡視、施錠管理などの業務を実施している。院内は防犯カメラを設置するなど、患者・家族や職員の身の安全、盗難防止に努めている。

# 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	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
1.3.3	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	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	B
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	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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	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	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	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	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 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： 社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 東埼玉総合病院

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： 埼玉県幸手市吉野517-5

## 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	189	189	+16	83.6	12.7
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	189	189	+16		

## 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)	4	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+0
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		
地域包括ケア病床	34	+16
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		
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 (DPC標準病院群), 在宅療養支援病院

## 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： 0 人 2年目： 2 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

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	554.11	529.84	499.30	104.58	106.12
1日あたり外来初診患者数	36.85	37.80	35.46	97.49	106.60
新患率	6.65	7.13	7.10		
1日あたり入院患者数	158.06	156.00	149.80	101.32	104.14
1日あたり新入院患者数	12.37	12.78	12.44	96.79	102.73