

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 11 月 26 日～11 月 27 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 1	認定
------	--------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、1994 年に 19 床の診療所として開設され、地域医療に貢献されてきた。開設初期に法人化され、川越・比企医療圏の合併に伴い 55 床有するシャローム病院として 2013 年に改組された。緩和医療・在宅医療・救急医療を柱として地域の医療を担っている。特に緩和医療では 30 床を有する緩和ケア病棟を中心に、地域に必要不可欠な緩和医療提供施設として活躍している。さらに、法人内に診療所・訪問看護事業・訪問介護事業・居宅介護支援事業を併設し、在宅医療も積極的に展開し質の高い医療・介護・看取りが実践されている。

この度の医療機能評価機構の病院審査は再審となるが、前回指摘された諸課題の多くが解決に至り、充実が図られていることが随所で確認できた。ひとえに病院長を始めとし、副院長・事務長・看護部長を主に幹部職員の優れたリーダーシップの賜物および職員一同の取り組みの成果であると評価できる。一方で今回新たに明らかとなった課題もあることから、今後も引き続き組織的な改善活動を継続されることが期待される。この取り組みを通じて、貴院がますます地域にとってより必要不可欠な医療機関として発展を遂げられるよう祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針が定められ、使命も明示している。また、職員への啓発や患者・家族の周知努力が適切に行われている。病院長・副院長・事務長・看護部長は各種委員会に積極的に参加して自院の課題を明確に提示し、問題解決に向け日々リーダーシップを発揮している。病院運営の意思決定会議である三頭会議は毎月開催され、決まった内容は運営会議を通じて職員に周知されている。中長期計画およ

び単年度の事業計画が策定されているが、いずれも簡素な内容なので詳細に計画される事を期待したい。また、部門部署の目標が定められているが、情報の共有が望まれる。情報管理機能はおおむね適切に機能し、今後電子カルテの更新や新しいシステムの導入に向けて検討中である。文書管理は、文書管理規程が策定され、部門毎でカテゴリーに沿って管理されているが、委員会のマニュアルなどの管理も期待したい。

法定人員、施設基準上の人員は満たされており、人事労務管理は、おおむね適切に管理されている。衛生委員会が設置され、産業医や衛生管理者が選任され健康診断および特殊健康診断も適切に実施されている。職員の意見・要望を把握する仕組みとして、職員意見箱が設置されているほか、職員やりがいアンケートを実施し、福利厚生の実施や昼食手当や夜勤者への食事提供などが改善された。

職員への教育・研修については、計画的に立案し確実に実施し医療従事者として必要な教育を網羅されることが望まれる。職員の能力評価や開発は、業績評価シートと能力評価シートでおおむね適切に評価されている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、リスボン宣言に則った内容で6項目が明文化されており、患者・職員への周知もされている。説明と同意についてはマニュアルが整備され、同意書を取得して行う検査・治療についての帳票は電子カルテに整備されている。患者情報の共有は、院内各所に多数のパンフレットが配置され、患者の不安を少しでも減らすよう配慮している。診療への患者参加は適切に行われている。患者支援体制は、医療福祉相談室に社会福祉士3名を配置し、社会的資源に関する相談等を受けている。患者の個人情報とプライバシーは、個人情報保護の方針を定め保護に努めている。倫理的課題については、「医療における倫理規定」が作成され、DNAR・尊厳死・アドバンス・ケア・プランなどが明文化されている。病棟では、毎日多職種カンファレンスが行われており、倫理的な課題も積極的に検討している。

患者・家族の利便性は、外来駐車場を整備しているほか、透析患者の無料送迎バスが運行されている。高齢者や障害者にとって配慮された施設・設備が整備されている。売店の設置はないが、ボランティアによる買い物代行などで対応している。病室は全個室で癒しの環境に配慮しており、診療・ケアに必要なスペースを広く確保し、整理・整頓も行き届いている。敷地内禁煙を継続し、受動喫煙防止の支援を行っている。

### 4. 医療の質

院内各所に意見箱を設置して患者・家族の意見を収集し、組織的に検討して文書掲示でフィードバックしている。また、外来・入院患者のアンケートを実施して満足度の把握に努めている。診療の質の向上は、多職種カンファレンスで症例検討会が実施され診療録に記録されている。自院独自の診療ガイドラインを作成している事は評価できる。臨床指標については医療の質向上と自院アピールに繋がる項目の選定と公表を期待したい。今回の受審に向けた準備委員会で部門横断的な業務の質

改善に取り組んでおり、継続を期待したい。新しい手術・治療などを導入する際には、スタッフ向けの勉強会等の企画を行い、適切な過程を経て導入している。薬剤の適応外使用に関しては倫理委員会・薬事委員会で審議されている。

外来・病棟入口に責任医師や看護師長などの氏名を掲示し、責任体制は明確になっている。診療記録はおおむね適切に記載されている。また、カルテの質的点検は定期隔月で行われている。今後は監査件数の増加などの充実を期待したい。多職種からなる専門チームが協働して質の高い診療・ケアを提供している。

## 5. 医療安全

医療安全確保体制は、院長直属の医療安全管理委員会があり、医療安全管理委員会が毎月開催されている。医療安全に関する情報は院内から収集され、事象の分析に業務改善シートを活用した再発防止策の検討など事故防止対策に活用されている。院外からの情報も職員に配布され適切である。

患者・部位・検体の誤認防止対策は、患者自身の名乗りとリストバンドの活用が徹底され、手術時のタイムアウトも確実に行われている。各診療行為別に患者の取り違え対策も手順に則って行われている。情報伝達エラー防止は、電子カルテの活用で医師からの指示出し・指示受け・実施・確認の流れは明確であり、防止対策が確実に行われている。口頭指示の運用も適切である。麻薬・ハイリスク薬剤の保管管理は適切に行われている。重複投与や相互作用などのリスク回避に努められている。病棟在庫薬剤や救急カート薬剤の管理に関しても薬剤師が適切に関与している。転倒・転落防止対策は、マニュアルが整備され、入院時のアセスメントスコアの評価から対策が実施されている。医療機器の使用については、職員の教育や使用前、使用中の作動確認なども実施され適切である。患者急変時の対応については、院内救急コードの設定や救急カートの整備、全職員の訓練など適切に実施されている。

## 6. 医療関連感染制御

医療感染制御に向けた体制は、院内感染対策委員会が構成され、毎月開催されている。薬剤師・検査技師・看護師等で構成された ICT メンバーによる院内感染・抗菌薬ラウンドが毎週行われ各部所の問題点を洗い出し改善への取り組みが検討されている。医療関連感染制御関連のマニュアルや抗菌薬使用指針なども適切に整備され、定期的に見直しが行われている。院内での感染発生状況は、毎週収集・把握が行われ、回覧で共有され、院内感染対策委員会で検討されている。院外の感染症情報の収集も行われ、院内職員に向けて随時発信されている。

感染管理の現場においては、手指消毒の徹底、標準予防策、感染経路別予防策が確実に行われ、感染性廃棄物の処理も適切に行われている。抗菌薬の新規採用・中止は薬事委員会で適切に決定されている。「抗菌薬適正使用マニュアル」が整備され、指定抗菌薬は使用報告書の提出が義務付けられている。抗菌薬の使用状況は毎月の感染委員会で院内に周知され、院内の分離菌感受性パターンは適切に行われ院内周知されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報活動は広報委員会と総務課の連携で、広報誌「シャローム通信」「地域連携だより」「年報」を発刊している。いずれも多数の部数を発行し、職員や地域の関係機関への郵送のほか、患者・家族へも積極的に配布されている。また、ホームページを活用して診療実績等を適時に更新するなど、最新情報を発信している。地域医療連携は医療福祉相談室が担っており、社会福祉士などの専門スタッフを配置している。前方および後方連携において診療情報をメディカル・ケア・ステーションの活用で医師・看護師・訪問看護師・居宅介護支援専門員・多職種のスタッフが参加し随時情報交換を行っている。紹介元への返書管理もおおむね問題なく対応されている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動も積極的であり、医師・緩和認定看護師・がん性疼痛認定看護師等が講演会や研修会で医療技術の教育を行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者は、窓口業務が適切に機能しており、問診票の活用やトリアージが適切に行われ、円滑に診療を受けることができる。地域の関係機関からの患者受入は原則、断らない方針で、地域の保健・医療・福祉施設から受け入れている。診断的検査や侵襲を伴う検査・処置は一覧を整理しており、病態別に必要性が適切に判断され、患者・家族への説明と同意のもとに実施されている。入院の決定とともに患者情報の収集が行われ、栄養、転倒・転落、褥瘡などのアセスメントが行われている。患者・家族からの医療相談は、多様な相談に対応している。相談内容に応じて、院内の担当部署や院外の関係機関と連携しきめ細やかな対応をしている。

担当医による回診は、毎日行われている。多職種ミーティングや病棟ミーティングを通じて病棟スタッフと患者に関わる情報交換を適切に行っている。看護師の病棟業務は、看護手順・病棟マニュアルに沿って実施され、患者状況を把握し患者中心の看護を提供している。投薬・注射における指示出し・指示受けのルールは明確であり、指示内容に必要な5原則は守られている。輸血・手術・麻酔の適応などは適切に検討されている。褥瘡の予防と管理は、必要に応じて皮膚科医・日本皮膚科学会認定皮膚疾患ケア看護師、多職種による褥瘡対策が行われている。患者の栄養状態を栄養計画書に沿って個別に工夫がなされ適切に対応されている。患者の症状緩和については、おおむね適切に実施されている。リハビリテーションは、適切なゴールを設定した総合実施計画書が作成されている。安全確保の身体抑制は医師の指示により人権への配慮の元、最小限の抑制を実施している。退院支援は、社会福祉士が介入し、多職種カンファレンスを通して連携を図っている。退院後は患者・家族の要望に沿って継続的な診療の必要とする患者に適切な在宅支援が行われている。また、在宅での看取りを積極的に行っている。ターミナル患者は全個室で、患者・家族に意向に寄り添い、ボランティアやチャプレンを含む多職種で対応している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、法令に則った薬剤の保管・管理と、持参薬鑑別・薬歴管理・調剤・処方鑑査・疑義照会は適切に行われており、記録が残されている。院内で実施できる検査は限られているが、PCR 検査を含め適切に行われており、院内のパニック値の設定と対応も適切に運用されている。画像診断は、予定・緊急検査ともに優先度を検討し適切に実施されている。遠隔画像診断システムを利用し読影され依頼医師へ遅滞なく報告される仕組みとなっている。造影 CT 検査など侵襲性が高い検査は看護師が全例に立ち合い、確実・安全な対応がなされている。栄養管理機能は、管理栄養士を配置し調理業務は委託となっており、清潔不潔の区分も明確でマニュアルに沿った業務が適切に行われている。リハビリテーション機能は、計画的リハビリテーションが提供されている。総合実施計画書は迅速に作成され、実施においては主治医と病棟スタッフとの定期リハビリテーションカンファレンスの開催による情報共有が適切に図られている。診療情報管理機能は、電子カルテ上の量的点検や病名等のコーディングが適切に実施されている。院内の医療機器は、臨床工学技士により中央管理が行われ、計画的な定期点検や始業点検が実施され適切である。洗浄・滅菌機能は、滅菌の質保証の確保、滅菌物の保管・管理はリコール規定を含め適切に行われている。

病理診断機能は、外部委託処理されており、検体採取から保存、提出までの過程は適切である。周術期では、全身麻酔は大学からの応援医師が担当するが、術前のリスク評価は患者データを共有して適切に行われている。入室時や手術開始時・術中の安全確認も適切である。退室基準も明確に定められており適切に運用されている。救急医療機能は、近年救急応需率が若干低下傾向にあり、今後は救急受け入れを断った症例の検討が望まれる。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算書・決算書が作成されている。また、会計監査は顧問公認会計士により適切に行われている。医事業務は、受付から会計までの手順が定められ適切に運営されている。レセプトの点検・返礼・査定では毎月積極的に検討を行っている。収納業務はおおむね適切である。施設基準の遵守は医事課長がチェックシートの活用で適正に対応している。外部委託の是非や委託業者の選定は、総務課が検討し三頭会議・運営会議で承認を得てから、決定している。

施設・設備の管理は、年間計画に基づき適切に保守点検が行われている。院内は清潔に管理され清掃業務も適切である。感染性廃棄物最終保管庫は適正に運用されている。物品管理は、総務課と中央材料室が担っており、医療材料等の商品を適切に供給している。

防火訓練は毎年2回開催され、緊急連絡網の整備など適切である。大規模災害は、地震を想定しマニュアルを作成し備えている。休日・夜間の保安体制は病院の専属職員が規程に基づき適切に運営されている。医療事故等の対応は規程に沿って行う仕組みが構築されている。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

医学生・看護師・社会福祉士・栄養士・理学療法士・神学校学生の学生を受け入れている。各学校からのカリキュラムに沿った実習を行い、評価を行っている。また、患者の個人情報保護に関する誓約書や医療安全・感染制御の教育後実習に臨んでいる。さらに、患者・家族に実習学生に理解と協力を求め、同意を得て実習を行っており適切である。

# 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	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	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
1.4	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	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	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	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	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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	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	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	安全確保のための身体抑制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	必要な患者に在宅などで継続した診療・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	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	NA
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	B
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	B
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	B
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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2021 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：医療法人社団シャローム シャローム病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：埼玉県東松山市松山1496

## 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	55	55	+12	58.4	19.8
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	55	55	+12		

## 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	28	+1
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		
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	30	+10
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

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： 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

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
		2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数		254.41	290.05	292.61	87.71	99.13
1日あたり外来初診患者数		40.52	83.70	52.00	48.41	160.96
新患率		15.93	28.86	17.77		
1日あたり入院患者数		32.08	40.61	38.79	79.00	104.69
1日あたり新入院患者数		1.64	2.10	1.91	78.10	109.95