

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7月3日～7月4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、地域に医療機関が少ないことから、地域住民に良質な医療環境を提供する目的で心臓疾患以外の診療科の充実を図ってきた。特に救急医療では救急総合診療医による断らない救急体制を整備し、一般の疾患にも対応できるように内科や外科の診療科の充実を図った。また、高度な心疾患治療を提供するために心臓血管外科の充実も図っている。徳州会グループの一員として、国際的な医療機能評価である JCI の認証を取得するなど、組織をあげて医療の質向上を図ってきた。今回の審査では、院長をはじめ看護部長、事務長のリーダーシップの下で、高い医療機能と医療技術を兼ね備え、職員全員が医療の質向上に向けて真摯に取り組んでいる姿を確認できた。また、いくつかの改善すべき点も散見された。貴院が抱える課題を解決し、地域医療を支えるために今回の審査が少しでも役に立つことを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念ならびに基本方針を病院の実態に即した内容で定め広く周知している。法人の方針に基づいて、病院の中期3か年計画を立案すると共に、SWOT 分析により職員が病院の強み、弱みを理解して部署目標を策定し管理会議で報告している。経営指標の進捗は院内並びに法人にも報告し改善に向けて議論するなど病院運営を適切に行っている。病院内の重要な取り決めは管理会議で決定し、毎日開催する8時会で部署責任者に周知している。電子カルテシステム導入後に更新を行い、真正性、見読性、保存性を確保して安定した稼働を維持している。病院の文書管理規程を定め、文書の収受、配布、起案、保管年限並びに決裁権限などを定めて適切に運用している。

役割・機能に見合った人材を確保しており、夜間保育可能な院内保育園や宿舎を確保するなど、医師や看護師、コメディカルの採用に配慮している。人事・労務管理では、公平な昇格、昇級基準を定め、職場のハラスメントも、院内や法人内に相談窓口を設置し全職員を対象とした研修も実施している。労働安全衛生委員会を月1回開催し、会議後には産業医による院内ラウンドを実施している。職員目安箱などにより職員の意見を広く収集すると共に、多彩な福利厚生を提供している。Webによる「講習会・受講管理システム」により、受講全職員に必要な研修を職員研修年間計画として一元管理し提供している。また、「スキルチェック表」により職員の職務の内容や資格、実施可能な職務を明確にするなど能力評価、能力開発の仕組みは評価できる。実習生の受け入れは、病院のルールに沿って実施する予定となっており、準備を進めているところである。

3. 患者中心の医療

「患者の権利章典」を明文化し、職員手帳に記載するとともに、高齢者や障害者が受診しやすいように支援するなど、権利の擁護に努めている。侵襲性の高い医療行為全てにおいて、医師は患者に分かりやすい説明を行い、看護師は同席しているものの、患者・家族の理解や反応などの記録を徹底することを望みたい。入院診療計画書並びにクリニカル・パスや心不全手帳などを活用して患者個人が理解を深めることができるように工夫した説明が行われている。多職種が連携して患者の相談に対応する仕組みがあり、個人情報保護は取り決めを定めて、患者情報を適切に運用している。倫理的課題については、病院として支援する仕組みを有しており、臨床現場での解決困難事例は倫理委員会で検討しており、実際の事例もある。

立体駐車場や最寄り駅までの巡回バスを運行し、通院の利便性に配慮している。院内にはWi-Fi環境が整備され、売店を配置している。病院全体に十分な採光を取り入れ、診療・ケア・療養に十分なスペースが確保されている。敷地内全面禁煙で、患者や職員への禁煙に向けた取り組みは適切である。

4. 医療の質

品質改善委員会で部門横断的な課題について、議論して改善に向けた活動を実践している。毎年、法人グループで「QI大会」を開催し、各病院の改善事例を共有している。各病棟では、医師や看護師、薬剤師、療法士など、それぞれ関連する部署や職種を交えてカンファレンスを実施している。クリニカル・パスの種類や適用率も増加している。また、法人グループにより臨床指標の項目を定めて、経時的に収集し各病院のベンチマークを行っており、意見箱や退院時アンケートを収集して、改善策を策定し患者や家族にフィードバックしている。さらに、法人グループ統一の入院ならびに外来アンケートを実施してグループ内で比較検討している。新たな技術の習得や医薬品の適応外・禁忌使用は、管理会議や薬事委員会で検討し安全面に注意を払っている。

診療・ケアの管理・責任体制も明確で多職種で構成された褥瘡対策、栄養サポート、感染対策、退院支援などが主治医と連携して患者を支援している。診療録の質

的点検や退院時サマリーの2週間以内の完成率については、診療録の完成度を高めるために検討を望みたい。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理部門を設置し、専任の医療安全管理者を配置している。院長、副院長が参加する医療安全管理委員会では、院内で発生する様々な課題を拾い上げて改善を行っている。アクシデント・インシデントを3事象に分類して、医療安全委員会、リスクマネジメント委員会で分析並びに検討している。事故レベルに応じて院長が事故調査委員会を立ち上げ、顧問弁護士も含めて対応する仕組みがある。予期せぬ死亡事例への対応も死亡事例を院長が確認している。

リストバンドや患者自身による名乗り、マーキング、タイムアウトなど適切な患者誤認防止策を実践している。医師、看護師による指示出し指示受け、口頭指示への対応など情報伝達エラー防止対策が実践されている。病棟における麻薬・向精神薬・ハイリスク薬も看護師と薬剤師により管理しており、抗がん剤のレジメン管理・登録も適切に行われている。転倒・転落の高リスクの入院患者にはリスクに応じた転倒予防策をとり、患者の状態変化をタイムリーに把握し予防策を実施している。医療機器安全管理責任者により医療機器を使用する職員への教育を実施している。院内緊急コールは、緊急コードを設定し定期的なBLS研修や急変時対応のシミュレーションを実施しているが、招集訓練も実施されると良い。

6. 医療関連感染制御

院長をはじめ幹部職員が参加した院内感染防止対策委員会を定期的で開催し、感染制御に対する意思決定を行っている。委員長である救急部長とICNの看護師長は感染情報の情報収集・分析・指導に関してリーダーシップを発揮し、医師、薬剤師、看護師で構成されたICTとともに、日常的な感染防止へ取り組みを実践している。毎週のICT院内ラウンドにより、感染発生状況や分離菌の情報が報告され、アウトブレイクの早期発見に向けた取り組みが行われている。部門別サーベランスの実施やアンチバイオグラムも作成されている。

抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、広域抗菌薬使用は届け出制となっている。抗菌薬の採用および採用中止は、薬事審議会で検討されており、原則1増1減で同効剤は認めない方針である。手指衛生のモニタリングや個人防護用具の徹底、感染経路別予防策の実施など院内感染対策マニュアルに基づき適切に実施している。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページを開設し、お知らせなどの情報をタイムリーに発信すると共に、や院長ブログやスタッフブログ、SNSを通じて院内の様々な情報を定期的に発信している。また、「オンライン医学講座」を設けて、患者や一般市民に向けて多彩なメニューの医学講座を提供している。広報誌は、定期的に患者や地域に向けて病院の特徴や受診に必要な情報を発信している。地域の開業医などに向けても診療分担表などの情報を記載した「外来診療のご案内」を配布している。院長や新入職の医師

も同行して関連病院や開業医を定期的に訪問して、顔の見える関係を構築し、積極的な紹介につなげる取り組みを行っている。後方支援機能は、早期から患者の退院支援に介入し、患者や家族の希望により受け入れ施設を紹介するなど、適切な前方、後方連携機能を発揮している。地域のスポーツイベントへの救護班の派遣など地域住民との交流も積極的に行っている。地域の開業医などに向けては、病院主催により「地域連携の会」を開催し症例検討を行い、救急隊へも院長や医師が訪問して症例検討を行うなど救急医療連携を深めている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を発信し、初診、再診、紹介患者を円滑に受け入れ、自動再来機を導入し、混雑緩和を図っている。医療連携室と入退院支援部門が連携し、患者や家族からの様々な相談に対応している。また、自院で対応出来ない事例も患者や家族の要望に応じて他院へ紹介している。侵襲的検査は、医師によりリスクを説明して実施しているが、検査中の記録の充実を期待したい。入院は医師が決定し、入院診療計画書を速やかに作成して、患者や家族に説明して同意を得ている。

医師による回診や多職種によるカンファレンスを実施し、看護師は患者のニーズを把握して個別性のある看護計画を立案している。内服薬や注射・点滴の投与も患者確認を行い、投与中の患者の状態も適切に観察している。管理栄養士は、全入院患者に対して栄養管理計画書を作成し、多職種による栄養管理の他に積極的な栄養指導を行っている。リハビリテーションは個々の病態に応じた目標設定が行われ実施している。手術・麻酔は、患者や家族への説明と同意の下で実施されている。疼痛緩和に対する対応は適切であるが、疼痛以外の症状緩和に対する取り組みを期待したい。身体抑制は医師記録の充実が望まれる。ターミナルステージの対応は「終末期」を複数の医師によって客観的な情報を基に定義し、終末期ケア基準に従って診療・ケア計画を策定し実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、持参薬の鑑別管理をはじめとして処方鑑査や疑義照会および医薬品供給などの業務が適切に行われている。臨床検査機能では、異常値、パニック値は直接医師に報告し、迅速な診療を支援している。画像診断機能は、CT・MRIの読影率は100%であり、読影結果が診療録に記載され診療に反映している事も確認している。栄養管理機能では、HACCPに準じた衛生管理の下で、常に安全でおいしい食事を提供している。リハビリテーション機能では連続性を確保してリハビリテーションを提供している。診療情報管理機能では、全退院症例に対する診療録の量的点検、がん登録などを実施している。医療機器安全管理責任者により医療機器の研修や、使用中の医療機器のモニタリングが適切に行われている。

病理診断機能は外部委託であり有意所見は確実に医師に報告している。輸血・血液管理業務は内科医師が責任者となって、適切な保管・管理を行っている。地域唯一の救急病院として、患者を断らない方針の下で二次救急医療を提供している。

10. 組織・施設の管理

予算策定は、院長ならびに事務長による医師面談や各部署へのヒアリングを通して、診療科の業績予定や医療機器購入、修繕計画などの経費を把握して作成し、法人の承認後に執行される。管理会議や経営セミナーで進捗状況の評価を行い、運営上の課題改善を図っている。医事課により窓口収納業務、レセプト点検業務ならびに、返戻、査定、施設基準管理、未収金管理業務を適切に行っている。委託業務の実施状況を把握し、委託職員への研修も実施している。病院の規模に応じた設備を整備し、日常的な施設・設備管理は資材課・施設営繕の担当により管理し、法定点検は業者により実施している。診療材料は資材課・施設営繕により管理しているが、診療材料の定数配置については、病院として把握して適正な定数管理を望みたい。

防火計画を立案し、夜間を想定した防災訓練、総合避難訓練を実施し、大規模災害に対応して訓練も年1回実施し、防災設備点検も毎月実施している。大規模災害時における、配置人員、災害時当院可能人数を把握して、機能存続計画に準じた内容でマニュアルを作成している。保安業務は、日勤帯や休日・夜間に定期的に巡回を行い、適切な体制で対応している。

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	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	患者の個人情報を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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A

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	栄養管理と食事支援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	B
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	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
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	B

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	B
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	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	
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	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 B

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：医療法人徳洲会 葉山ハートセンター

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：神奈川県三浦郡葉山町下山口1898-1

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	89	89	+5	80	13
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	89	89	+5		

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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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： 0 人 2年目： 0 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	136.67	128.90	108.60	106.03	118.69
1日あたり外来初診患者数	15.55	14.51	10.20	107.17	142.25
新患率	11.38	11.26	9.39		
1日あたり入院患者数	68.59	60.08	61.92	114.16	97.03
1日あたり新入院患者数	5.14	4.44	4.88	115.77	90.98