

# 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 3 月 15 日～3 月 16 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

貴院は 1963 年に成人病センターとして開設され、主にがんを中心に高血圧、糖尿病などの成人病患者を対象に診療を行ってきた。その後、がん診療の中核的機関として機能させるため、1986 年にがんセンターと名称を変更し、悪性腫瘍患者の診断と進行がんの集学的治療を行うこととなった。2007 年に都道府県がん診療連携拠点病院として指定され、2010 年に地方独立行政法人へ移行となる。2013 年に現在地に新築移転となり、新病院において業務が開始された。がん診療、患者支援、先進的研究の 3 つを柱とし、神奈川県内のがん医療の中心的役割を担ってこられた。さらに、2015 年にはがん専門病院に併設される施設としては、世界で初めてとなる重粒子線治療施設「i-Rock」を開設し、治療を開始された。

このたびの訪問審査では院長を中心に、病院組織全体で医療サービスの質改善や多職種の連携の充実に向けた種々の見直しに取り組んできた様子がうかがえた。評価項目の多くでは適切と判断されたが、病院の役割・機能に照らし、さらなる取り組みが求められる項目も認められた。本報告書を十分活用し、医療の質の向上が図られるとともに、貴院のますますの発展を期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念とともに基本方針がわかりやすく明文化されている。定期的な検討や病院内外への周知も適切に行っている。病院管理者・幹部は健全経営、人材育成、高齢者への対応など運営上の課題を明確にするとともに、その解決にリーダーシップを発揮している。中期目標および中期計画、年度計画が策定され、計画には各部門の数値目標を設定し、四半期ごとに達成度の評価を行うなど効果的・計画的な組織

運営を行っている。情報管理に関する方針は明確であり、文書管理も組織として適切に管理する仕組みがある。

医療法による標準人員や、施設基準を満たした人員が確保されるとともに、がん専門病院に求められる専門職種の確保に努めている。今後は、病院の規模・機能や業務量に照らし、麻酔科医や薬剤師の増員が期待される。就業規則をはじめ人事・労務管理に必要な規則・規程を整備し職員に周知している。衛生委員会が定期的開催され院内巡視も行っている。職員の意見・要望の把握や就労支援に適切に取り組んでいる。全職員を対象とした教育・研修が年間計画として策定され、医療安全や感染対策など必要性の高い研修が行われている。人事評価システムで職員個別の能力評価を行い、専門分野の資格取得に対する支援をはじめ職員個別の能力開発を適切に支援している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内掲示、入院案内、ホームページなどで周知している。院内で同意書の方針や基準を定め患者・家族に説明を行っている。患者・家族用の情報コーナーを設けて図書の他、多種類のパンフレットを整え、インターネット環境も整備している。疾患やアピアランス、栄養に関する患者教室を開催している。患者支援センターに相談窓口が設置され様々な相談に対応している。がん相談では就労相談も行っている。虐待患者への対応マニュアルが整備され職員に周知している。臨床における倫理に関する方針を策定し、倫理委員会では医療行為に関する倫理的課題を検討し記録も残している。臨床現場では患者・家族の倫理的課題について入院時の情報や入院中の状況から把握し、各部署でカンファレンスを行っている。臨床倫理小委員会が設置されており、今後、活動の活発化が望まれる。

病院へのアクセスや生活延長上の設備・サービスなどは、患者・面会者への利便性・快適性に配慮されている。院内はバリアフリーであり、手摺りの設置や必要な備品の整備など高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。診療に必要なスペースや患者がくつろげるスペースが確保されている。院内は整理整頓され病棟・病室の環境は適切である。トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性が確保されている。敷地内全面禁煙が徹底され、都道府県がん診療連携拠点病院として患者の禁煙教育や職員の禁煙推進が行われている。

### 4. 医療の質

投書箱を院内各所に設置し患者・家族の意見・要望を収集している。収集された意見・要望は投書箱運営会議で検討し、対応策が立案され患者・家族へのフィードバックも適切に行っている。CPC やキャンサーボードを活発に開催し、診療ガイドラインも活用している。臨床指標の分析や課題抽出を積極的に行い、改善に向けて成果を上げていることは評価できる。業務の質改善に向けて QC 活動や実際の患者による覆面調査結果の現場へのフィードバックなど、改善活動を適切に行っている。

研究倫理審査委員会の適正な審査に基づき、新たな診療・治療技術の導入や臨床研究が活発に行われている。自院では初めて行う治療技術の導入時のチェックや薬剤の適応外使用の審査も適切である。

医師や看護師の責任体制は明確であり、主治医不在時の連絡体制等も整備されている。チーム医療として関わるコ・メディカルが表示の検討が期待される。診療記録はおおむね適切に記載されているが、退院時サマリーの速やかな記載と診療記録の質的点検の仕組みの構築が期待される。医師は診療科の枠を超えて相談できる環境が構築されている。緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、ICT、NSTなどが組織横断的に活動しており、コンサルテーションを随時受け付けるなど医療の質の向上に貢献している。

## 5. 医療安全

医療安全における組織体制は医療安全推進室を中心に確立されている。関連する委員会も適切に機能している。マニュアルが整備され定期的な見直しも行っている。インシデント・アクシデントレポートの内容を分析し、再発防止策を検討している。さらに、職員への啓発活動を積極的に行っている。

患者の誤認防止対策では患者自身からの名乗りとリストバンドの活用が徹底されている。手術時のタイムアウトや手術患者のマーキングについても診療科別の取り決めを遵守している。口頭指示は取り決めに基づき実施され、主治医が一定期間確認していない画像診断や病理診断の報告を主治医や上級医に注意喚起を促す仕組みを整備するなど、情報伝達エラー防止対策は適切である。麻薬や向精神薬の保管・管理は適切であり、化学療法は登録したレジメンに則り実施している。今後は、病棟スタッフに院内で定めた危険薬の存在と意味が十分に伝わるよう、危険薬に関する情報の周知と教育が望まれる。全入院患者に転倒・転落のリスク評価が行われ、随時評価するとともに対策が検討されている。転倒・転落発生時の対応も適切である。医療機器に関する勉強会が年間計画に沿って数多く開催されている。輸液ポンプやシリンジポンプは1患者1使用の徹底に努め、使用後は手順に基づき点検・整備を行っている。使用中の作動確認の実施をはじめ医療機器を安全に使用している。院内緊急コードが設定され全職員に周知徹底している。救急カートは院内で標準化され看護師や薬剤師が点検・整備を行い、常に使用できる状態である。

## 6. 医療関連感染制御

院長直属の感染制御室が感染制御における実務部隊の中核である。ICTが情報を収集して分析・検討し、院内感染対策会議でさらに検討を加えるなど医療関連感染制御に向けた体制が確立している。ICTラウンドによる包括的サーベイランスに加え、SSIやCRIなどのサーベイランスも実施している。

病室等の必要な場所に速乾式手指消毒剤を設置し、病室前には個人防護用具を備えている。咳エチケット、吐物の処理、発熱者の隔離などを感染防止マニュアルに基づき適切に行っている。なお、現場においては感染性廃棄物容器の取り扱いについて、感染防止に向けた業務手順の見直しが望まれる。さらに、汚染リネンの取り

扱いやゴーグル着用の徹底が期待される。抗菌薬の適正使用指針に基づき抗菌薬を使用している。抗菌薬適正使用支援チームも積極的に活動するなど、抗菌薬の適正使用を促進する体制が整備されている。

#### 7. 地域への情報発信と連携

広報誌やホームページ等で必要な情報を地域等へわかりやすく発信している。さらに、診療実績や臨床指標の公表などの確に情報発信している。地域連携室と入退院支援室の職員が医療関連施設等を訪問し、「顔の見える連携」の構築に努めている。また、逆紹介率の向上を目指し、相互の情報交換にも努めている。都道府県がん診療連携拠点病院として患者や地域住民を対象とした市民公開講座「がんを知る」をはじめ、医療関連施設や医療従事者を対象とした「臨床腫瘍セミナー」など、多数の講演を行っている。また、中学生や高校生を対象に体験型勉強会を開催するなど、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を積極的に行っている。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

必要な情報を収集して外来診療に反映させている。外来化学療法室ではネームバンドを発行し患者誤認防止など安全に配慮している。診断的検査では説明と同意、誤認防止、患者観察などを適切に行っている。医学的根拠に基づき入院の必要性を判断し、入院の決定を適切に行っている。入院時に必要なリスク評価を行い、患者・家族の要望も織り込んで入院計画や看護計画を適切に立案している。がん相談支援、入退院支援、地域連携、医療福祉相談の窓口が一本化され、がん相談員、MSW、リエゾンナースが様々な相談に対応している。ベッドコントロールの主体は看護部であり、入院を断らないよう努めている。なお、入院後のオリエンテーションの内容や方法の院内統一が望まれる。医師は回診や多職種カンファレンスで情報共有を図るとともに、指導力を発揮している。看護業務は基準・手順に沿って安全・確実にを行い、多職種との情報共有や連携も適切である。

投薬・注射の実施にあたって看護師は6Rを確認し、3点認証後に投薬を実施するなど安全に配慮している。輸血・血液製剤投与は適正使用基準を遵守して行われ、説明と同意、投与前の確認、投与中・投与後の観察と記録などが適切に行われている。周術期に関連した説明と同意、誤認防止、合併症予防対策、患者搬送などが適切に行われている。麻酔科医や看護師による術前診察・訪問、術後訪問も適切に行っている。全身麻酔術後患者、呼吸・循環管理、急性期の透析管理が必要な重症患者などに対してHCUで診療・ケアを行い、医師や看護師などによるカンファレンスを毎日開催し、適切に情報共有している。全入院患者に褥瘡発生リスク評価を行い、褥瘡発生時には多職種による褥瘡回診をはじめ総合的な褥瘡予防・治療が行われている。栄養管理士が病棟配置され、全入院患者の食物アレルギーなどの情報を収集し栄養評価するとともに、必要時に栄養管理計画書を作成している。疼痛の評価を痛みシートを用いて行い、必要に応じて緩和ケアチームに介入を依頼している。医師の指示に基づき身体抑制を行い、継続の必要性については複数で検討し早期解除に向けた取り組みも行っている。全入院患者に退院支援スクリーニングを行

い、フローに基づき多職種で早期から患者・家族の意思を確認しながら退院支援を行っている。また、急性期を過ぎた患者が不安なく地域に戻れるよう同意を得て、地域の医療関連施設等と情報共有を図り、患者・家族が望む在宅療養が実現できるよう努めている。ターミナルステージへの対応では入院時に患者・家族も要望を確認し、患者・家族の意向を尊重した計画を立案している。逝去時は遺族の心情に配慮した対応がなされている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は注射薬を1施用ごとに取り揃えて払い出している。今後、持参薬の管理やTPNの調製・混合への薬剤師の一層の関与が期待される。臨床検査機能についてはISO認証を取得し、当直体制でニーズに対応して迅速な結果報告を行っている。パニック値の取り扱いや精度管理なども適切である。画像診断を行うすべてのモダリティにおいて、昼夜を問わず必要なタイミングで必要な検査を実施する体制を整備している。夜間・休日の読影やIVRの要望にも応えるなど画像診断機能を適切に発揮している。ニュークックチル方式による適時・適温にて衛生面に配慮した食事が提供されている。また、調理従事者の衛生管理や体調管理も徹底するなど栄養管理機能を適切に発揮している。リハビリテーション機能では乳がんや食道がんに対するパスを用意し、病棟でのカンファレンスなどで情報共有を図りながら、急性期のリハビリテーションを適切に実施している。診療情報は電子カルテ導入の下、一元管理されている。診療記録の量的点検、診断名や手術名のコード化を行うなど診療情報管理機能を適切に発揮している。医療機器は中央管理され、院内すべての医療機器の保有数や配置状況が把握されている。保守点検や貸し出しも適切に行われ記録も残している。主要な医療機器は標準化が図られるなど医療機器管理機能を適切に発揮している。洗浄・滅菌業務は委託され、使用済みの器材の洗浄・滅菌は中央化されている。滅菌の質保証や既滅菌物の保管・管理も適切に行っている。

病理診断機能については診断の精度を確保しつつ、迅速診断にも適切に対応している。報告書や標本の保管、作業環境なども適切である。放射線治療機能では臓器別キャンサーボードで各科医師と相談した後、多くの有資格者が立案した治療計画に基づき必要な手順を経て適切に治療を実施している。輸血・血液管理機能では責任医師の下、認定輸血検査技師が発注・保管・供給・返却・廃棄等を適切に行っている。廃棄率低減のための取り組みも評価できる。手術麻酔機能ではスケジュール管理、清潔管理、術中患者管理、麻酔覚醒時の安全性の確保などが適切に行われている。集中治療機能では入退室基準が明確化・遵守され、多職種によるチーム医療が適切に実践されている。

## 10. 組織・施設の管理

地方独立行政法人の病院会計基準に沿った会計処理が行われ、会計監査、予算管理、毎月の経営状況の把握などいずれも適切に実施されている。医事業務では窓口の収納業務、レセプト作成、返戻・査定への対応が適切に行われている。施設基準を遵守する仕組みや未収金への対応も適切である。委託業務は経営企画課が担当と

なり委託業務従事者の教育・研修状況も把握され、事故発生時の対応も明確である。

施設・設備の管理では日常点検や保守管理が確実に実施され、緊急時の連絡体制も整備されている。院内の清掃が行き届き、感染性廃棄物の保管・処理も適正に行われている。物品管理については医薬品や診療材料の選定、購入プロセス、在庫管理などいずれも適切に行われている。ディスプレイ製品の再利用は行っていない。

災害時の対応は防災マニュアルが整備され全職員に周知している。夜間・休日も含めた緊急時の責任体制や連絡体制も確立している。保安業務は警備員を配置して定時的な院内巡視や防犯カメラの監視により安全が確保されている。夜間・休日の出入りの規制や施錠管理も適切であり、緊急時の連絡網も整備・周知している。医療事故発生時の対応手順がマニュアルに明記され職員に周知している。原因究明と再発防止の検討や訴訟への対応も適切である。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

看護局や医療技術部の各職種においては段階的な教育研修プログラムが構築され、キャリアラダーを採用した各職種の教育プランシートを活用し初期研修を行っている。研修者の評価とともに、研修内容などに関する意見収集も行っている。さらに、指導者の評価を行うことで指導者の育成にもつなげるなど、専門職種に応じた初期研修を適切に行っている。

医学生や看護学生をはじめ多くの職種の学生実習を受け入れている。実習受け入れにあたっては、各部署が依頼元の学校と協議して実習カリキュラムを決定し、担当窓口も明確である。個人情報の保護に関する誓約書や実習中の事故への対応手順も整備している。麻疹、風疹などの予防接種の確認も行うなど学生実習を適切に行っている。

# 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・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	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
1.4	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	A

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	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	B
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	B
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	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	B

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	B
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	B
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	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	B
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	A
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	NA

## 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	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	B
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	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2018 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： 神奈川県立がんセンター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 神奈川県横浜市旭区中尾2-3-2

## 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	415	407	+0	84.5	11.4
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	415	407	+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		
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)	16	+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	30	+0
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		
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

がん診療連携拠点病院(都道府県), 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： 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

