

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 11 月 16 日～11 月 18 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	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、地方独立行政法人が、5 病院を運営している中のがん診療を中心機能とするセンターであり、県のがん診療連携拠点病院である。高度ながんの集学的治療機能を有しており、外科的治療、薬物的治療、放射線治療等、診療科の垣根のない診療体制が構築されている。とくに、重粒子線による治療が可能な全国 7 施設の中の 1 施設であるほか、新たながん診療に向けた臨床研究所をもち、病院における実際の臨床に反映される成果を目指している。特定機能病院の承認を目指しており、今回病院機能評価 機能種別 一般病院 3 を受審した。前回受審時の課題に真摯に対応し、改善活動を継続しているが、新たな審査基準による今回の審査で、取り組むべき課題もいくつか見受けられている。以下に審査の総括を記載するが、詳細な審査結果報告書の内容を含めて、本報告が貴院の今後のますますの発展に少しでも寄与すれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

法人の理念、基本方針を受けてセンターの使命、目指す病院像および行動指針を定め、院内外に発信している。病院の意思決定、運営の監査の仕組みは明確で、必要な会議・委員会を設置して適切な運営に努めている。数値目標を含む病院の年度目標を設定し、達成度の評価がなされている。部門・部署の目標管理の仕組みを標準化するとよい。医療情報システムの運用、セキュリティ対策など適切であるが、情報システムおよび情報を一層有効に活用するための体制を構築することが期待される。病院として管理すべき文書を明確にし、文書管理規程に基づき適切に管理している。

マニュアル等の承認の仕組みも明確である。人材確保に努力しているが、一部の職種については人員の確保・充実に向けて、さらなる努力や工夫があるとなお良い。人事・労務管理に必要な規則・規程を整備し、勤怠管理システムを導入して客観的な労務管理を実施している。衛生委員会を毎月開催し、職場巡視や健康診断の実施、職場環境の整備等を適切に行っている。職員満足度調査や人事評価等で職員の意見・要望を把握し、就業支援や福利厚生を取り組みも適切である。

全職員を対象として、必要性の高い課題の教育・研修を計画的に実施している。院外の教育・研修への参加や専門資格の取得を奨励・支援している。全職種に5段階のキャリアラダーを作成し、能力開発を行う体制があるが、さらに具体的な臨床権限について病院の方針の検討が期待される。臨床研修は協力型であるが、各職種の初期研修プログラムがある。医学生や看護学生をはじめ、多くの職種の学生実習を積極的に受け入れている他施設医療従事者を対象とした専門教育・研修も実施されている。

3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」は7項目が明文化され、職員、患者へ適切に周知されている。プライバシー保護に関する権利が「患者さんの権利に」含まれていないため、追記しておくといよい。説明と同意の方針、基準、手順は明確になっている。新規に作成する説明書は内容を病院として承認する仕組みがある。患者が自身の疾患を理解できるよう、必要な情報提供を行っている。患者支援センターを設置し、患者家族からの様々な相談に対応している。また、虐待防止に努めている。個人情報保護方針・要綱を策定し、職員や患者・家族への周知に努めている。患者情報を持ち出す際は、取扱要領を定めるなど適切である。解決できない臨床課題は、病院として審議する仕組みが整備されている。臨床で発生する倫理的課題は、多職種で話し合っている。部署で解決できない課題を報告するシステムがあり、病院として審議している。

来院時のアクセスをはじめ、入院生活や高齢者、障害者への安全性・利便性・快適性に配慮している。療養環境は、清潔でありプライバシーを守る運用への配慮がなされている。患者の健康維持や増進のために、敷地内全面禁煙とし、患者や職員の喫煙率低下に努めるなど禁煙の教育・啓発活動に取り組んでいる。

4. 医療の質

医療の質向上委員会が中心となり多職種横断的に業務の改善に取り組んでいる。医療法や消防法に関する立入検査での指摘事項への対応も適切である。多診療科、多職種が参加するがんセンターボードは十分に機能し、診療の質向上に寄与している。臨床指標については分析・質改善を担当する組織を明確に定め、個別に実施されていた質改善活動の統括を開始している。患者・家族からのご意見は、各種相談窓口や投書箱、患者満足度調査を通じて収集し検討の後、回答を患者へフィードバックしている。高難度新規医療技術と未承認新規医薬品等を用いた医療の提供に関しては、担当部門や評価委員会を設置し、基本方針や申請ルール、審査体制等、承

認までのプロセスが明確である。実施に際しての説明に術者の経験等は明記されており、実施後の定期的なモニタリング規程は整備されているが、実施診療科からの報告についても規程に追記しておくことが期待される。

患者・家族がわかるように責任者の氏名は掲示されている。ベッドネームでも患者は診療・看護の担当者名が確認できるようになっている。診療録記載では略語使用のルールがあり、略語集が作成されている。多職種から成る専門チームは、組織横断的に活動している。診療科間のコンサルテーションは円滑に行われている。

5. 医療安全

医療安全推進室の専従者がインシデント報告の分析等を実施している。発生した事例の再発防止策実施後の評価の確認は高く評価できる。医療事故発生時の対応手順を明示し、組織的に再発防止に取り組んでいる。

患者確認は複数の識別子を用いて行い、各部署における患者誤認対策の実施状況は評価されている。手術部位のマーキングやタイムアウトの実施など随所で誤認防止策を講じている。現状で情報伝達に大きな問題は生じていないが、口頭での情報伝達にはより注意深い対応が望まれるところであり、今後の検討が期待される。麻薬や抗がん剤の管理・使用については適切に行われている。ハイリスク薬については保管、払い出し手順の遵守、視認性に配慮した説明書の添付などが徹底されており、職員への教育・研修も行われている。転倒・転落防止マニュアルに則り、リスク評価や転倒・転落防止策を講じている。転倒・転落が発生した場合は対応フローチャートに則り、レベル 3b 以上は医療安全推進室と連携して対応している。輸液ポンプやシリンジポンプはメンテナンスが終了した機器を日常的に使用している。人工呼吸器装着時は臨床工学技士がラウンドを行い、また研修を受けた看護師がケアを行うなど安全使用に努めている。院内緊急コールを設定し、全職員が迅速に対応できる体制である。RRS を運用し、院内緊急コールを含め起動後の事例検証を実施している。BLS 研修は全職員が受講し、受講歴が管理されている。

6. 医療関連感染制御

専従の ICD、ICN が配置され、感染管理の体制は整備されており、実務的な活動実績も十分認められる。感染制御室の日常的な感染対策の活動は活発であり、感染ラウンドでの指摘事項の改善状況を確実に把握するなど、優れた取り組みがみられる。感染のターゲットサーベイランスについては、SSI は手術を行う全診療科を対象に実施し、デバイスサーベイランスはデバイス使用全患者を対象に実施を開始している。

個人防護具は必要な場所に配置している。感染性廃棄物はハザードマークを用いて分別し適切に管理している。環境ラウンドを行い、手指衛生遵守率などをモニタリングすることで感染管理の徹底を図っている。抗菌薬の使用に関しては AST が毎日確認し、介入している。抗菌薬の採用・中止については、ICT 医師が薬事委員として関与しており、抗菌薬マニュアルやアンチバイオグラムは容易に確認できる仕組みがある。黄色ブドウ球菌やカンジダ菌症に対しては治療バンドルを作成し、各

部門への情報提供が行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けた情報発信は、病院年報やホームページ、広報誌、市民公開講座、動画配信サイトなどを活用し、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」、「診療内容」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が、診療実績の掲載を充実させるとさらによい。地域連携室を中心に、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するために、顔の見える連携に取り組み信頼関係の構築に努めている。地域医療連携ネットワークを活用し患者情報を共有している。紹介状の返書に関する運用ルールは明確に定められ、管理システムが電子カルテに組み込まれている。がん治療の専門病院として、患者・県民を対象に、市民公開講座やがんに関する各種教室などを開催し、がん医療に関する内容をわかりやすく、地域へ発信している。地域医療機関を対象とした研修やセミナー、総合がんセンターボードを開催し、連携の強化や地域医療の貢献に努めるなど、医療に関する教育・啓発活動は適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受審に必要な情報は分かりやすく発信され、円滑に診察を受けることができる。紹介制の外来であり、侵襲のある検査も多いが、安全に配慮して実施されている。検査の適応の判断、説明と同意の取得、実施中、実施後の観察は適切である。カンファレンスで検討した上で入院適応が判断され、情報は共有されている。入院診療計画書は定型的な文章が多いので、内容の充実を図ることが期待される。がん相談支援センターが患者・家族の相談に一元的に対応している。入退院支援室が薬剤のアレルギー等を含めて入院前支援に総合的に対応している。

医師は病棟回診、多職種と情報共有など適切に実施している。看護師は、診療の補助業務、日常生活援助、緩和ケア、退院支援など必要に応じて多職種と協働して看護実践を展開している。薬剤投与前の 6R の確認や投与時の 3 点認証など安全に配慮されている。投与時の観察を標準化するとよい。輸血の適応はガイドラインに準拠して判断され、所定の手順に沿って認証、実施、観察が行われている。術前後診察・訪問や術後の患者搬送等適切に実施されている。HCU には専従医師が配置され、薬剤師等多職種が積極的に関わって管理を行っている。褥瘡対策チームやスキンケアリンクナースが関与して褥瘡予防やケアを実践している。管理栄養士は、患者の栄養状態を MUST 評価で把握し、摂食状態を見ながら適切に支援している。緩和ケアマニュアルに沿って治療やケアを実施し、患者が抱える様々な苦痛を把握し、必要な支援に繋げている。リハビリテーション専門医が専従であり、限られた人員だが、広範なリハビリテーションのニーズに対応している。身体拘束はできるだけしない方針のもと、必要時は手順を踏みながら適切に対応している。患者・家族の意思確認をしながら、適切な場所へ退院できるよう調整している。退院後も継続的に診療・ケアを受けられるよう情報提供をし、連携をとっている。DNAR は患者や家族の意思確認を行い、ターミナルステージの判断基準に従って、患者個々に

応じた心身の安寧を図っている。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査は適切に行われ、注射薬は1施用ごとに取り揃えられている。TPNの無菌調製の徹底が図られている。24時間の検体検査体制があり、パニック値は速やかに医師に直接連絡されている。精度管理は規程に沿って適切に行われている。放射線科医が常に待機し、読影は速やかに行われ、所見の注意喚起、未読確認にも配慮がある。HACCPや大量調理施設衛生管理マニュアルの原則に基づいて衛生的に実施し、美味しい食事の提供に努めている。リハビリテーション専門医が確保され、広範囲の訓練を実施しているが今後さらなる機能拡充が期待される。診療記録の量的点検や診療情報の二次活用に向けて適切に取り組んでいる。臨床工学科とMEセンターで院内の医療機器全般の管理を実施している。洗浄から保管までの行程はワンウェイで、各種インディケータを用いて滅菌の質を担保している。

専門医によるダブルチェックや、院外の病理診断コンサルテーションを利用して診断精度の確保を図っている。一般的な放射線治療も充実しているが重粒子線治療も可能な体制であり、今後もその機能を発揮してゆくことが期待される。輸血検査室における、輸血業務の質を担保する教育の実施は高く評価できる。ハイリスク手術を規定して、手術室会議で情報共有し、安全な実施に努めている。専従医師が配置され、入退室基準に則り適切に運用されている。

10. 組織・施設の管理

予算編成の手順および会計処理の基準を明確にし、財務諸表の作成や会計監査を実施している。経営収支の改善に一層の努力を期待したい。医事は、収納業務の効率化や未収金回収に努め、保険請求の適正化および施設基準の遵守、経営分析に取り組んでいる。病院の整備・運営事業はPFI手法を取り入れ効果的な業務委託に努めている。

必要な研修への参画や事故発生時の体制なども適切である。病院の役割・機能に応じた施設・設備を整備し、日常点検や保守管理を確実に実施している。医療ガスや廃棄物の管理も適切である。

各種物品等の購入は、透明性や公平性を確保するための手順を明確にし、購買管理体制を整備している。リスクに対応する機能存続計画を策定し、訓練を行っている。停電時や大規模災害時の対応体制を整備している。病院運営に係わるより広範なリスクを想定し、早期発見の仕組みを検討しておくといよい。保安業務は業務内容を明確にし、24時間365日体制で外部委託している。日々の業務実施状況は業務日誌で把握している。

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	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	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	S
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	B
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	B
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・治療方法や技術を開発・導入している	B
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	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	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	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	B
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	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	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	S
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	S
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	
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	B
4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	B
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	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	B
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： 神奈川県立がんセンター

I-1-2 機能種別： 一般病院3

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	415	+0	75.1	10
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	415	+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)	24	+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		
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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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(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： 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

	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	1,139.85	1,109.02	1,058.52	102.78	104.77
1日あたり外来初診患者数	36.06	33.92	31.88	106.31	106.40
新患率	3.16	3.06	3.01		
1日あたり入院患者数	311.67	310.08	332.79	100.51	93.18
1日あたり新入院患者数	31.13	29.47	30.85	105.63	95.53