

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7月24日～7月25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、1987年に横浜市との協定のもと設立され、1988年5月に全病棟が開棟し、現在と同じ518床となった。大学附属病院であり、地域中核病院として、特に救急医療、高度医療、がん、小児、周産期医療に力を注いでいる。心臓血管センター、救命救急センター、周産期母子医療センター、こどもセンター、足の外科センター、大腸センター、めまいセンターなどの専門センターで先進的な医療技術を提供している。また、地域完結型医療体制の展開を目指しており、地域への貢献は大きい。神奈川県三次救急医療機関、横浜市の周産期救急医療基幹病院、災害拠点病院、地域医療支援病院としての重責を担っている。大学病院として優れた医療人の育成に力を入れており、医師、看護師、薬剤師、救急救命士など、全ての職種の養成に力を注いでいる。2004年に日本医療機能評価機構による初回認定を受け、今回が5回目の受審である。「生命の尊厳を重んじ、常に病める人の声に耳を傾け、癒すこと」という理念のもと、病院職員がそれぞれの立場でより良い医療を目指す姿に感銘を受けている。これからも貴院が大学附属病院という枠組みの中で、地域支援活動に積極的に取り組み、横浜市西部地区の将来を見据え、発展し続けることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は明文化され、院内外に周知している。病院の将来像や運営方針が、各種会議等により職員に明示されている。病院運営に必要な会議・委員会が設置されるとともに、意思決定会議、連絡会議等の目的や役割が明確になっている。組織図については、組織構造および指揮命令系統が明確になるよう見直しが

望まれる。中長期計画に基づいた年次事業計画および各部署の年次目標が策定され、達成度の評価が行われるなど、PDCA サイクルにより運用する仕組みがある。情報管理では、データの二次利用など適切に取り組んでいる。文書管理規定に基づき、文書が適切に管理されている。

業務量に見合う適正人員や、病院機能や質向上へ考慮した人材確保に努めている。就業規則をはじめ給与規程等の各種規程が整備され、勤怠管理については、勤怠管理システムにより出退勤時間を客観的に把握している。職員の安全衛生管理では、健診受診率、安全衛生委員会の開催など適切に行われている。職員の意見・要望は職員満足度調査などで把握している。全職員を対象に多様な研修会を開催している。人事評価制度が導入され、能力評価・能力開発に取り組んでいる。医師の初期臨床研修は、臨床研修管理委員会のもと研修プログラムに沿って実施され、医師以外の初期研修については、初期研修プログラムを各部署で整備し実施している。学生実習は、医師・薬剤師・看護師など数多く受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は「患者さまの権利と責務について」として明文化され、院内掲示のほか、各種パンフレットやウェブサイトへの掲載を通じて患者・家族・職員等への周知が図られている。「説明と同意に関する指針・手順」に、インフォームド・コンセント取得をすべき医療行為や判断能力に配慮すること、対応困難な場合の対応について定めている。「病院の理念と基本方針」「こども患者憲章、患者さんへのお願い」等を掲示し、医療への患者参加、協力を促している。患者・家族からの相談に一元対応し、多職種カンファレンスで共有している。個人情報保護方針、ソーシャルメディアポリシーを定めている。臨床における倫理的課題に関する方針基準を定め、臨床倫理委員会の下部組織として倫理コンサルテーションチームを置いている。病棟で解決が困難な倫理的課題は、「臨床倫理に関する検討依頼書」にて臨床倫理委員会に申請する仕組みがある。今後は臨床倫理に関する職員の意識を高めることが期待される。

病院前に路線バスがあり、駐車場を必要数確保している。24 時間営業の売店等、アメニティ施設・設備を整備し、院内はバリアフリーである。院内は、清掃や整理整頓が行き届いており、安全および清潔な療養環境の整備に努めている。病棟の浴室の入り口に段差があるが、患者の ADL を評価し、段差への注意を促す掲示を行い安全に使用できるよう配慮している。敷地内禁煙の方針を明示し、遵守状況を確認している。禁煙外来を開設し、患者に受診勧奨し、職員に受診費用を補助している。

4. 医療の質

業務の質改善に向けて患者サービス向上委員会と医療の質向上に向けた取り組みワーキンググループを立ち上げており、今後の活動が期待される。各部署ではそれぞれの改善活動を企画し、問題解決にあたっている。診療科内での症例検討会だけでなく、外科内科での合同カンファレンス、CPC、M&M カンファレンスが開催され

ている。学会や研究会等のガイドラインに沿った診療が行われ、クリニカルパスを活用した診療プロセスの標準化にも努めている。各診療科、部門での臨床指標、質指標の活用を目的として TQM 委員会を立ち上げた。患者・家族の意見・要望を、意見箱、患者満足度調査などで集めフィードバックしている。新たな診療・治療方法や技術の導入にあたっては、高難度新規医療技術評価検討部会を設置し、リスク・倫理・安全性の承認と、導入後のモニタリングを行うと定めている。薬剤の適応外使用や未承認薬使用は薬事委員会の審議を経て院長が承認している。

各病棟の入り口に、診療部長、看護師長、等の氏名を明示している。電子カルテには必要な診療情報が的確に記載され、関係する職員間での情報共有がなされている。特に医師による初診時の記載や日々の記載は、必要十分な内容であり適時的である。多職種で構成された専門チームは、定期的にラウンドやカンファレンスを行い、課題や必要な診療、ケアを検討し共有している。

5. 医療安全

医療安全管理室には多職種が配置され、カンファレンスと室長ミーティングを週 1 回開催し、情報を共有している。インシデント・アクシデントレポートは医療安全管理室で確認し、現場で確認・指導している。実際に発生した事故事例から改善策と再発防止策をポケットマニュアルに掲載し、注意を喚起している。医療事故が起きたときのアクションカードを作成し、役割に応じた対応手順を準備している。原因究明と再発防止策を調査・検討する仕組みがある。

患者には、氏名・生年月日を名のってもらい、リストバンド等を用いて照合して確認している。入院時、状態変化時、転倒・転落後には、転倒転落アセスメントスコアシートを用いてリスクを評価し、看護計画が立案されている。療養環境も危険がないよう、整理整頓されている。医療機器はクリニカルエンジニア部で中央管理され、使用後に必ず点検整備されている。院内急変発生時は、「内線 2105」に連絡して応援を呼ぶことが定着している。全職員を対象とした BLS 研修が実施されている。情報伝達は電子カルテのオーダリングシステムを用いて指示出し、指示受けを確実にっており、口頭指示を原則禁止にしている。ハイリスク薬を院内で定義し、処方時など注意喚起を行っている。薬剤の取り違い防止のため、処方箋に様々な表記の工夫をしている。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染制御室には専従の ICN3 名と兼任の ICD、ICD 資格を有した専従薬剤師、専任検査技師、専従事務員を配置し、権限が移譲されている。感染制御や抗菌薬の適正使用について、耐性菌の常時モニタリングやターゲットサーベイランスを行い、情報収集、データ分析にて常時改善活動をしている。アウトブレイク時は迅速な対応できる体制を整えている。

標準予防策の徹底や手洗いの厳守など、多職種で構成された ICT ラウンドを週 1 回実施してフィードバックしている。鋭利な感染性廃棄物コンテナの運用は安全面での不安があったが、適正な運用に改善された。全抗菌薬の使用料を AST が把握

し、是正提案などを迅速に行っている。アンチバイオグラムは6カ月毎に作成しつつでも閲覧可能にしている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌「いこいの森」を作成し、ホームページに掲載している。ホームページは迅速かつ容易に検索可能で、情報は最新である。また、ページごとのアクセス数を分析し、広報委員会で検討している。診療のご案内や年報の発行、メールマガジンの配信など、診療機能や病院情報を発信している。患者支援センターに地域医療連携の担当者を配置し、業務マニュアルに則り運営している。訪問活動や地域連絡会議参加、救急隊へのアンケートなど、状況を把握している。症例検討会や疾患別連携会、地域医療支援委員会を開催している。紹介直通電話やホットラインの整備、地域医療連携パスの活用、地域医療連携推進法人参加など、連携を推進している。返書の作成は三つの時点で2週間以内完成のルールだが、進捗状況の把握・管理の徹底が期待される。患者・家族や地域住民対象の健康啓発活動は、市民公開講座の開催、中学・高校への出前授業、看護週間イベント開催、救急フェア・区民まつり参画など、自院の特性を活かしている。地域医療関連施設対象の教育活動は、西部地域連携セミナーや症例検討会の開催、疾患別連携会や外部セミナーでの情報提供など、機能に応じて実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診関連情報を院内掲示やホームページで案内し、呼出受信機の利用により、外来受診を円滑にしている。看護師が総合案内で診療科相談と各外来で予診とトリアージを行い、診療科の決定や緊急対応に必要な患者を限定している。診断的検査は担当医により必要性が判断され実施されている。実施にあたっては説明と同意取得が確実に行われている。

入院の決定は外来担当医が医学的判断にて入院を決定している。診療計画や入院時アセスメントは行われている。患者、家族からの相談は患者支援センターで一元管理している。患者支援センターには、多職種を配置し対応している。予定入院の患者は、入院前面談を行い各種スクリーニングと、入院目的の理解等を確認している。医師は毎日回診し、看護師と連携し診療録に記載している。看護基準・手順は整えられている。看護体制はセル看護＋ペア方式の独自の体制である。投薬時や注射時のダブルチェックが行われているが病棟によって方法が異なっており、統一することが期待される。輸血・血液製剤の適用にあたっては、厚労省のガイドラインや院内の輸血療法マニュアルなどに沿った対応がなされている。手術の適応は診療科内のカンファレンス及び合同カンファレンスで事前に検討され、術式の選択や術者等の決定が適切に行われている。患者の病態や重症度に応じた治療病床が適時選択されている。入院時に全患者に対し、褥瘡発生リスクの評価を実施している。予定入院の患者は、入院前に食形態、嚥下咀嚼機能等栄養相談で対応している。多職種で構成された緩和ケアチームが相談を受け対応する体制があり、定期的なラウンドやカンファレンスを行いその内容を記録し共有している。リハビリテーションは

必要性が判断され、療法士が患者の状態に合わせた目標設定とリスク評価を行い、早期より介入している。身体拘束に関するガイドラインを策定し、説明と同意を取得している。医師や看護師 2 名以上で必要性の判断を行い医師の指示に基づき実施している。全病棟に看護師もしくは医療ソーシャルワーカー、患者・家族の意向を確認し安心して療養場所を選択できるよう支援している。入院前から退院が困難な患者とその要因をスクリーニングし、早期から継続的に支援ができるよう情報を共有している。ターミナルステージは、終末期のマニュアルに沿って実施されており、多職種からなる緩和ケアチームが介入して支援している。

9. 良質な医療を構成する機能

処方箋には採血結果や薬歴、投与間隔が表記され、確実な監査が行える工夫をしており、化学療法では 2 つの PBPM を運用している。中央検査部では検体検査（採血業務を含む）のほか生理機能検査や輸血血液の管理業務に関わっており、24 時間体制での検査ニーズに応えている。迅速な緊急画像検査に対応し、夜間必要時にはいつでも放射線科医による画像診断が可能な体制を整えている。食事は適時適温で、患者の嗜好や特性に対応し、栄養委員会で評価と改善に取り組んでいる。電子カルテを導入し、診療情報を一元管理している。

紙記録は遅滞なくスキャン処理し、タイムスタンプを付与している。途切れのないリハビリテーションのため、休日リハビリパンフレットを作成し自主トレーニングを看護師と提供している。病理部門（病理診断科）では、病理医 2 名の体制で年間約 9,000 件の組織診検査が行われている。放射線治療装置は保有していない。RI 内療法のみ行っている。臨床検査部管理のもと、認定輸血検査技師 2 名を擁し、輸血室が院内の輸血・血液製剤の一元的な運用業務を担っている。手術室は、6 室あり、常勤 6 名の麻酔科医が全身麻酔・硬膜外麻酔・脊椎麻酔に直接関与することで、年間約 4,000 件（全身麻酔約 2,500 件）の手術件数に対応している。集中治療部門として救急科が管理する ICU 10 床、GHCU 30 床が存在し、常勤専従医 11 名の体制で、24 時間体制の集中治療機能を担っている。病院として救命救急センターの指定を受けており、1 次から 3 次救急に対応し、横浜市西部地区救急医療の中核施設としての役割を担っている。使用頻度の高い機器および生命維持に直結する機器はすべて中央化され、一使用ごとに点検して安全に管理されている。各部署へ CE が積極的に出向いて教育指導を実施している。洗浄・滅菌は一元化され、使用済みの機器・機材は一方向のルートで清潔・不潔が管理されている。生物学的インディケーターを用いて質管理をしている

10. 組織・施設の管理

施設・設備は、中央監視室において 24 時間 365 日の運用管理が行われている。日常の管理・運用や保守点検、年間計画に基づいた法定・定期点検が確実に実施されている。大規模地震等を想定した病院の機能存続計画（BCP）や消防計画、災害対策マニュアルが整備され、緊急時の責任体制など、災害に対する体制が構築され

ている。保安業務は24時間の保安体制を構築している。毎日定時の院内巡視や施設管理等が行われている。予算は、編成方針に基づき各部署ヒアリング後に立案し、法人本部の承認を経て執行している。学校法人会計基準に則り財務諸表を作成し、外部・内部監査を実施している。レセプト返戻・査定を保険診療委員会で検討し、目標設定し努力している。施設基準管理は、多職種チームで検討している。未収金管理をマニュアルに沿って対応し、弁護士と対策会議で検討している。業務委託の導入や業者選定、履行状況と質の評価を組織的に検討している。委託業務従事者の教育研修を実施し、事故発生時の対応手順がある。

医薬品や医療器材の採用は、各委員会で検討・決定する過程がある。採用品の見直しでコスト低減に努め、棚卸により在庫量を調整している。医療機器の整備後は、稼働状況を把握し、現物実査している。

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	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
1.3.3	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	B

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	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	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	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	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	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	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	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	B
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： 2024 年 3 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 神奈川県横浜市旭区矢指町1197-1

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	518	424	-16	68	10.7
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	518	424	-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	10	-30
集中治療管理室 (ICU)		+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		+0
ハイケアユニット (HCU)	30	+30
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	18	+9
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	14	+0
人工透析		
小児入院医療管理料病床	30	+0
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		
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, DPC対象病院 (DPC標準病院群),
 地域周産期母子医療センター

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： 6 人 2年目： 6 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-2-2 年度推移2