

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5月30日～6月1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	条件付認定（6ヶ月）
------	-------	------------

■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院3

1. ターゲットサーベイランスの実施に関して、貴院が補足的な審査で提示した改善策を継続的に実践し、対象を拡大して実績を積み上げてください。（1.4.2）

1. 病院の特色

貴院は1974年に聖マリアンナ医科大学病院として開院した許可病床数1,175床の高度急性期を担う特定機能病院である。救命救急センター・地域がん診療連携拠点病院（高度型）・総合周産期母子医療センター・災害拠点病院など多くの指定を受けており、大学病院として医療職の育成とともに、地域の基幹病院としての役割を担っている。特定機能病院としての役割である高度な医療の提供や開発・研修を行っており、ゲノム医療推進センターの設置など積極的にその役割に尽力している。また、地域の中核病院として、高度な施設と多くのスタッフをもって救急医療に多大な貢献を果たしている。さらに、災害拠点病院として、およそ70名のDMAT資格者を有して有事に備えている。「生命の尊厳を重んじ、病める人を癒す、愛ある医療を提供します。」という病院の理念達成に向けて6つの基本方針を策定し、その方針のもと日夜努力を続けている。現在、理念達成に向けた課題として、医療安全の推進、高齢化に対する対応という2つの課題を解決すべく、様々な対応がなされている。今回の病院機能評価の更新受審では、多くの特筆すべき取り組みを拝見させていただいた。なお、いくつかの課題もあり、今回の審査がその改善に役立つよう祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

「生命の尊厳を重んじ、病める人を癒す、愛ある医療を提供します」という基本理念が作成され、それを展開すべく6項目からなる基本方針が明文化されている。基本方針に関しては管理運営会議にて必要に応じて見直しが行われている。病院長

は理念達成に向けた課題として「医療安全の推進」「高齢化に対する対応」という2つの課題を提示して、課題を達成すべくデータを提示し、取り組みを進めている。病院三役は現状の把握に努め、問題点を抽出しその解決に向けた努力を継続的に行っている。

必要な人材が確保されており、人材確保に関しては病院長補佐会議で方向性を決定している。就業規則、給与規則をはじめ、各種休業制度が定められ職員に周知されている。職員がライフイベントを通じて安心して勤務できる環境づくりを目指し、病院独自の取り組みも行っている。様々な子育てサポート活動の推進により、県内病院では唯一厚生労働大臣から「くるみん」の認定を受けている。職員の教育・研修を統括する部門を病院長直轄に位置付ける組織改編の実行中であり、職員に必要な教育・研修が計画的に実施され、その効果が現れてくることを期待したい。職員の能力評価と教育の実施について、部門・部署に委ねられており、病院としての方針を決めて対応することを期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、必要な内容と分かりやすい文体をもって明示されている。「説明及び同意」の取得に関する要項・実施細則に沿って方針が示され、書面による同意書を必要とする範囲、同席が必要な状況を定め明文化されている。同席者を必要とする場合と同席者の職種、説明方法、記録の手順が明文化されている。看護師が同席しなかった場合には、メディカルサポートセンターの看護師および入院後には病棟看護師が患者の意思決定支援を実施し、多職種で支援する体制が構築されている。説明と同意書の書式は必要な記載事項が定められ、電子化が行われている。メディカルサポートセンターをはじめ、看護部や医療安全管理室などにおいて、多種多様な相談に対応している。診療情報の利用に際しては、診療記録管理室が一括して受け付け、画像を含む必要な診療情報を利用者に提供する仕組みが構築された。倫理的課題に対して、臨床倫理委員会および臨床倫理コンサルチームが設置され、検討する体制がとられている。職員に向けて e-Learning を活用した人生最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関する倫理研修を行い、病院全体で倫理的課題に対応できるための教育活動を実施している。

4. 医療の質

臨床指標に関するデータは、診療記録管理委員会の下部部会であるクリニカルインディケーター部会が継続的に収集しており、2016年4月以降は、病院独自の指標として22の関連項目について収集し、救命救急関連や医療安全関連などでは改善結果につなげている。高難度新規医療技術を用いた医療の提供の説明において、新規医療技術であることが明記された説明書が使用されている。また、当該医療の提供後のモニタリングや評価の実施については、規程が定められ、担当部門による能動的な実施状況の確認もなされている。

院内には多職種からなる専門的な介入を行う、AYA 支援チームなどの専門チームが多数存在し、臨床現場からの依頼により、カンファレンスでの事例検討や専門的

な介入などを行っている。組織横断的な活動をしているチームだけでなく、「脳卒中センター」「パーキンソン病治療センター」など様々な領域のセンターが診療施設部門として設置されている。医師だけではなく専門領域に関わる多職種も参加し、診療科間で協働して適切な診療に結びつく体制がとられていることは高く評価できる。

5. 医療安全

医療安全管理責任者（副院長）の統括のもと、医療安全管理室には医療安全推進、および患者相談窓口の担当者が所属し、前者には専従者として医師 1 名、看護師 4 名、薬剤師 1 名、事務職員 4 名の多職種を配置し、医療安全管理業務の実施体制を構築している。特に、輸血関連事例等の重点的に取り組む課題は、業務プロセスを可視化して事例発生状況を詳細に検討・分析する取り組みを実施している。安全確保に向けた体制の確立に関しては、高く評価できる。報告された事例は分析・検討を実施し、迅速に周知が必要な内容に関しては「至急回報」等で職員に周知をしている。外部委員等による監査委員会を設置し、様々な課題について検討を行い、指摘事項について職員へ周知している。

各種誤認防止対策は医療安全マニュアルに明記されている。手術部位などのマーキングについては、左右の誤認防止対策の再検討を期待したい。口頭指示受けの書式は最新の用紙を使用する運用に改められ統一されている。急変時のコードブルーは、日中は救命センターから全館放送され、夜間は輪番と MET に連絡するシステムである。RRS が導入され、RRS 起動基準が各部署に掲示されている。平日は急性期領域の専門看護師・認定看護師が定期的にラウンドして、救命医や MET と患者情報を共有している。RRS は年々増加しており、コードブルーは年間 20～30 件前後発動している。2017 年から PD（防ぎえる予期せぬ死亡）の検討が開始され、当初の 10 件前後から 2021 年は 2 件と RRS 起動の増加に反比例しており、これらの急変に関わる体制と運用は高く評価できる。BLS・ACLS の研修は、全職員を対象に e-Learning と実技研修が計画され実施されている。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染制御部が組織され、微生物学主任教授が部長、感染症学主任教授（感染症センター長）が副部長を務めている。感染制御部には ICD6 名（兼任）のほか、看護師 3 名（うち ICN2 名）、検査技師 1 名が専従で配属され、兼任の薬剤師を加えた ICT が週 1 回のラウンドとミーティングを行っている。一方、AST は感染症センターに設置され、一部 ICT もメンバーを兼ねるほか、専従の薬剤師が毎日抗菌薬適正使用に関する業務を行っている。SSI は、現在消化器・一般外科および産婦人科で実施されているが、さらに他の外科系診療領域への拡充が望まれる。デバイスサーベイランスについては、主として ICU・CCU 等の集中治療部で実施されているが、一般病棟については一部の病棟に限定されており、院内全体を対象とした実施が望まれる。

医療関連感染対策指針や標準予防策に針刺し・損傷防止チェックリスト、血液曝

露対応、感染症報告ルートなどが医療安全マニュアルに掲載され、感染制御部が主導して周知されている。診療で使用する抗菌薬は適正抗菌薬療法の手引きで院内に周知されており、周術期の予防的抗菌薬使用においても、デ・エスカレーションを実施するなど適正に使用されている。院内での抗菌薬の使用状況は感染制御部で AST と連携しながら情報収集を行い、定期的に診療科等に提供している。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスに関する広報の内容はメディカルサポートセンターが検討し、ホームページの情報更新は IT 戦略推進室が担当している。「診療のご案内」として 70 頁近い診療各科の案内を作成しているほか、MSC ニュース、「地域の輪」、地域医療ネットワークの会会報などで情報発信を行っている。ホームページについては、内容および情報検索の容易性を検討し、さらに分かりやすい情報発信が期待される。メディカルサポートセンターの地域医療連携担当、入退院支援担当が前方、後方連携を担当している。2021 年度の患者紹介率は 95% を超え、逆紹介も約 85% と高く、地域の医療機関との連携は良好に行われている。紹介元医療機関に対する返書の管理の徹底を図っているところであり、中間報告や最終経過報告の発信状況は把握・管理していない。さらなる連携強化のためにも、地域医療機関との情報の受発信の状況を確実に把握し、返書に関する必要な質的・量的向上に向けた管理を行うことが期待される。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページおよび院内に分かりやすく案内されている。外来診療担当表や診療各科の特徴および対応疾患等について詳細に紹介されており、受診を希望する患者が事前に確認したい情報は適切に発信されている。

主治医・担当医は毎日回診し、病状を把握して記録しており、必要な指示が速やかに出されている。病棟の看護体制は、固定チーム継続受け持ち制、パートナーシップナーシングシステム、セル看護方式など部署の特性に合わせて選択する方法が取られている。入院時に全患者に対して褥瘡発生リスクアセスメントが行われ、必要時に褥瘡ハイリスクアセスメント票で評価している。これらの結果に対応した看護計画の立案と予防策の実施が行われている。褥瘡ハイリスク患者の褥瘡回診は、多職種からなる専門チームが週 1 回ラウンドして電子カルテで報告されている。予防的ケアについては、各部署でスキンケアナースが中心となり必要時に皮膚・排泄ケア認定看護師が介入し、ポジショニングの評価や体圧分散マットレスの使用などのアドバイスをしている。褥瘡ハイリスク因子となる医療関連機器圧迫創傷

(MDRPU) については、褥瘡委員会で病棟単位、月単位で発生件数を収集し、部署などを一覧にして各部署のスキンケアナースと発生予防に連携しているなど、褥瘡対策は高く評価できる。リハビリテーションのオーダーは担当診療科主治医よりなされ、療法士とともに実施計画が立案された後、専門医が内容を確認している。実施計画書の「リスク」が具体的に記載されるようになり、記載欄を改変した新たな書式も検討されており、今後これを用いた患者へのリスクの説明を期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

画像診断部門には常勤専従医師 26 名、診療放射線技師 62 名と豊富なスタッフを揃え、診断医は平日 10 名体制で迅速な読影および報告を行い、必ず専門医によるチェックがなされている。夜間・休日においても医師 2 名、技師 2 名およびオンコールで対応している。読影率はほぼ 100%を達成しており、救命救急センターにも診断医が常駐するなど精度の高い診療を実践しているなど、画像診断機能は極めて高く評価できる。院内で使用する医療機器はクリニカルエンジニア部で一元管理し、定期的に臨床工学技士が保守点検を行っている。診療科等で独自に購入した医療機器等に関しても所在・実態等の把握・管理が行われることとなり、これらの機器を含めた医療機器の一元管理の継続を期待したい。集中治療病床として、院内に救命救急センターICU10 床、CCU6 床、HCU20 床（うち術後 HCU8 床）、NICU12 床、MFICU6 床、SCU6 床が設置され、多くの重症患者の入院に常時対応できる体制である。CCOT を含む RRS の対応実績も高く評価でき、集中治療機能は秀でている。救命救急センターとして、二次・三次の救急医療を 24 時間体制で提供している。専従医師 26 名、認定看護師を含む看護師 70 名が配置され、臨床検査技師、診療放射線技師などの勤務体制も含めて機能に見合う人員が確保されている。応需率は毎年 99%以上を維持し、ドクターカー・ラピッドカーの出動体制も整備しており、救急医療機能は高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

予算および事業計画の策定にあたっては、病院長が各部署の要望等をヒアリングし、費用対効果等の検証を行い病院長補佐会議で承認する仕組みが構築されている。医事業務の遂行にあたり、患者中心の医療の一環として、医療費の支払いについて、各種カードでの支払い、医療費後払いシステムを採用し患者の利便性向上に努めている。

大学としての災害情報システムを整備し、職員の安否情報の入力・共有、各部署の被災状況の入力・共有、災害対策本部の活動の時系列記録の共有、診療継続に関わる機能の状況の共有など、必要な情報をリアルタイムで共有する仕組みがある。DMAT・DPAT 隊員は現在 90 名で、国・県・市が行う新規資格取得、資格維持研修に積極的に参加し、毎年、多くの実災害への派遣実績がある。自家発電機は 1500kva が 2 機、750kva が 1 機あり、平常時の必要電力を 100%カバーする発電を 3 日間継続する燃料が備蓄されている。浄水化装置をつけ飲料水となる井水が利用可能であり、水・食料も備蓄されている。行政等が行う災害訓練に年 5 回参加し、院内研修は web で 10 回行い、小テストで理解度を確認するなど、災害時の対応は優れており高く評価できる。

11. 臨床研修、学生実習

初期臨床研修は、基本プログラム、小児科重点プログラム、産婦人科重点プログラム、基礎研究医で実施している。研修の評価は、独自のポートフォリオを用いて多職種による 360 度評価が実施されている。研修医から指導医の評価や研修プログ

ラムへの意見も吸い上げられている。看護師は入職後３年目まで厚生労働省の新人看護職員研修ガイドラインを用いて技能習得評価と教育を行っている。新人にはチューターサポートシステムを整備し支援する体制をとっている。その他の職種も含めて、専門職種に応じた初期研修は適切に行われている。

医学生、看護学生をはじめ多職種の学生教育および社会人教育を積極的に受け入れている。実習受け入れ前に各種抗体価の報告を求め、安全、感染、個人情報保護等の重要な研修を実習開始前に実施している。実習カリキュラムは、依頼先との相互確認により実施している。実習受け入れに関する手順は各部署に任されており、病院全体で最低限必要な項目を検討し手順を整備することが期待される。

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	B
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	B
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	S
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	B
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	C
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	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	B
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	B
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
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	S
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	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	S
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	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	B
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	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	S
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	B
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	S
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	S

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	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	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	B
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	B
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	S
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 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： 聖マリアンナ医科大学病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 神奈川県川崎市宮前区菅生2-16-1

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	1123	964	+0	76.8	11.9
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	52	48	+0	64.1	35
結核病床					
感染症病床					
総数	1175	1012	+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	30	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	6	+0
ハイケアユニット (HCU)	20	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室		
無菌病室	10	+0
人工透析	16	+0
小児入院医療管理料病床	58	-16
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		
精神科隔離室	2	+0
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

特定機能病院, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域), 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院 (I 群), 総合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： 40 人 2年目： 44 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		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	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		1,836.63	2,065.16	2,079.29	88.93	99.32
1日あたり外来初診患者数		86.64	109.25	111.63	79.30	97.87
新患率		4.72	5.29	5.37		
1日あたり入院患者数		770.98	883.98	864.80	87.22	102.22
1日あたり新入院患者数		58.16	67.27	65.66	86.46	102.45