

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5月26日～5月27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

貴院は開設以来、神奈川県湘南東部の中核病院としての幅広い診療科を備え、医療機器・設備・人員体制を始めとした機能拡充を継続的に行い、現在は地域周産期母子医療センターを有する地域災害拠点病院、地域医療支援病院である。今回の受審は更新審査であり、新型コロナウイルス感染症の患者受け入れ、ワクチン接種などの取り組みと並行して、前回審査での指摘事項をはじめとした幅広い分野での改善がなされていたことが確認できた。病院長をはじめとした病院幹部のリーダーシップにより、職員が一丸となって医療の質向上、チーム医療の推進に積極的に取り組むことで、地域にとってなくてはならない医療機関としての役割を果たしている。今回の受審結果を受けて、地域住民からの信頼と期待に応えながら、貴院がより一層発展されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念が明示され病院の内外に周知され、職員はその理念に基づき医療を実践している。病院幹部は運営上の課題として、人材育成、新型コロナウイルス感染症対策、経営基盤の安定などを挙げ、課題解決に向けて任務を分担し、指導力を発揮している。病院運営に関する重要な意思決定は病院幹部会議でなされている。独自に構築した院内ホームページは操作性、閲覧性が高く、病院内の情報伝達に効果的に活用され、優れた取り組みである。情報の管理・活用方針を明確にし、医療情報管理室が一元的な管理を行っている。市の文書管理規程等に基づき、発信、収受、保存、廃棄、マニュアルの更新などが行われている。

医師、看護師、薬剤師など医療法上の人員や施設基準の必要人員を満たし、現場の要望を踏まえて人員計画を策定している。人事・労務管理に必要な規則・規程は市によって整備され、安全衛生委員会が機能を発揮し、働き方改革についても検討され施策が実施されている。職員全体を対象とする教育・研修の年間計画を取りまとめ、各部門においても市の制度に基づいて能力評価、フィードバックが行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化されており周知も適切であるが、今後は子どもの権利について、などの内容について検討を期待したい。説明と同意に関する方針、基準、手順が規定されており、統一の書式を用いた説明と同意の取得が行われている。ホームページやパンフレット、患者用クリニカル・パスを用いて患者の積極的な参加や協力を呼びかけ、診療情報を共有している。患者相談は患者支援センターが窓口となり、院内の各部門や福祉施設、行政とも良好な連携を図りながら充実を図っている。個人情報保護に関する条例に基づき、病院としての方針を示し、物理的・技術的な措置や教育研修などを通じて保護に努めている。倫理委員会、臨床倫理小委員会を設置し、臨床倫理問題検討フローに基づき、医療チームなどと協働して院内の倫理課題に対する取り組みが行われている。

敷地内に駐車場、コンビニエンスストア・ATM、食堂があり、バリアフリーに配慮した院内には必要な備品等が整備され、快適な療養環境が整備されている。敷地内は全面禁煙であり、職員の喫煙率低下に向けた活動も成果を上げている。

4. 医療の質

意見箱による意見収集や患者満足度調査が実施され、必要に応じて対応策を立案・実施している。クリニカル・パスは適切に運用され、新規採用や内容の見直しなどが行われている。臨床指標は指標のさらなる充実と分析、課題の抽出、改善への取り組みを期待したい。業務改善・サービス委員会が部門横断的に業務の質改善に取り組んでいるとともに、継続的な病院機能評価の更新受審により体系的な病院機能の評価・改善を行っている。臨床研究・薬剤の適応外使用は倫理委員会において、新たな医療技術の導入については新規医療技術導入推進会議において審議されている。

診療、ケアの責任者を定め、患者への周知を行っている。医師の診療記録の質的点検の仕組みは整備されているが、点検数の拡充等さらなる充実が期待される。栄養サポート、緩和ケア、褥瘡対策、感染対策、高齢者・認知症ケア、排尿ケア、呼吸サポートチームなど多職種による医療チームが活発に活動し、患者を支援している。

5. 医療安全

医療安全管理室は多職種で構成され、専従の医療安全管理者が中心となり各部署リスクマネージャーと連携して活動している。医療安全管理委員会下には、ワーキ

ンググループや部会を置き組織的改善活動を実践している。報告システムやオカレンスレポートを用いて円滑かつ継続的に事例を収集している。アクシデント報告は、科学的分析手法を用い根本原因を抽出し、再発防止策を立案し、実施、評価を行っている。

患者確認は患者本人によるフルネームの申告を基本とし、外来患者では氏名と受付票 QR コードで、入院患者は氏名とリストバンドで確認している。手術部位のマーキングは院内統一の手順が見直され運用されている。電子カルテにて医師の指示が確実に看護師に伝達される仕組みがあり、口頭指示もエラーを防止するよう工夫されている。放射線、細菌検査のレポートは既読管理システムにて、確実な既読とその後の対応が確認されている。麻薬や向精神薬は適正に管理され、ハイリスク薬や複数規格の取り違い防止にも工夫されている。重複投与、相互作用、アレルギーなどの警告システムがあり、抗がん剤のレジメンの登録・管理も適切に行われている。転倒・転落防止対策は、入院時に全患者にリスク評価を行い、看護計画を立案、適宜見直すなど、適切に対応している。医療機器マニュアルを看護師が理解できるように動画を作成し、必要時視聴できるよう院内ホームページに掲載している。医療機器研修会を計画的に開催している。人工呼吸器装着中は、臨床工学技士は毎日ラウンドし作動状況を確認している。緊急コードを設定し職員に周知されている。救急カートは院内で統一し、定期的に点検している。また、全職員の BLS 更新研修に向けた体制整備を期待したい。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会が定期的で開催され、下部組織である ICD、専従 ICN などによる感染対策チーム (ICT)、抗菌薬適正使用チーム (AST)、看護部感染対策チームによる会議と各種ラウンドが毎週実施されており、感染制御に関する管理、啓発は適切である。院内感染対策マニュアルは適時改訂され閲覧しやすい工夫もみられる。感染管理室は院内細菌検査の結果を速やかに収集し、迅速に分析・検討を行っている。また、主要な医療関連感染の発生状況も把握し JANIS に参加登録している。アウトブレイクの定義や対応手順も適切である。最新の感染情報を適切に収集しており、院内への情報提供を積極的に行うとさらに良い。

ICT が現場の手指衛生、PPE の着用、感染経路別対策等の実施状況を確認し、実施率向上に取り組んでいる。感染性廃棄物の分別、保管、血液等の付着したリネン類の取り扱い等は適切である。AST は抗菌薬適正使用ガイドラインを策定し、血液培養陽性者や抗菌薬長期投与者、耐性菌検出者などを常時モニタリングし、要注意な病原菌の検出時に迅速に対応している。カルバペネム系抗菌薬と抗 MRSA 薬は届け出制となっておりアンチバイオグラムも作成され公表されている。抗菌薬適正使用についての活動は適切である。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は病院広報委員会や担当チームが中心となり、「市立病院通信」を年 2 回発行し、ホームページは日々更新されている。地域医療支援病院とし

て医科歯科合わせて146の登録医があり、地域の年齢別人口構成、DPCデータなどの収集に努め、その上で登録医へアンケート調査も行うなど、地域のニーズの収集と対応が計画的に行われている。紹介や逆紹介に対しては入院センターを中心に積極的な取り組みを行い、電話がつながりにくいなどの苦情を受けて、登録医専用回線を設置するなど改善への取り組みも適切に行われている。地域住民に対しては、糖尿病教室や出張講演、健康管理センターでの人間ドックや各種ワクチンの接種事業などに積極的に取り組んでいる。また、新型コロナウイルス感染症の影響下にあっても開催方法を工夫し、地域の医療従事者を対象とした診療科セミナーや、認定看護師等による支援に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診は受診票によりスムーズに案内され、問診票や紹介状にて患者に関する情報が収集され、外来部門や外来化学療法室は安全かつ適切に運用されている。侵襲的検査は必要性和リスクに関する説明と同意取得後に実施され、検査中の患者状態の把握や急変時の対応体制も適切である。入院の決定は医学的必要性のもと決定され、患者・家族への説明も担当医より適切になされている。入院診療計画書は患者の病態評価のうえ作成されており、各種リスク評価や看護計画も適切に立案されている。患者支援センターでは入院時のアセスメントや様々な相談に応需し、院内外で調整・連携を図って対応している。

医師は毎日診察を行い、回診やカンファレンスも定期的の実施し、チーム医療にてリーダーシップを発揮している。看護管理基準・業務基準を整備し、看護師長が看護能力に合わせた業務分担を行い、ラウンド等により提供しているケアを把握し看護師教育を行っている。患者のニーズ、状態を総合的に評価し個別性のある看護計画を立案し看護ケアを実践している。薬歴管理は全入院患者に行われており、服薬指導も積極的に実施されている。抗菌薬の初回投与に際して投与時の経過観察記録の徹底が期待される。輸血は説明と同意取得後に安全・確実に実施されており、副作用発生時の報告体制も機能している。手術・麻酔の説明と同意の取得、手術室内でのタイムアウトなどが適切に行われている。重症症例は集中治療室あるいは各病棟の重症個室において管理され、必要に応じてチーム・多職種が関与しており適切である。入院時全患者に危険因子評価を行い、褥瘡管理が必要な場合、計画を立案、認定看護師および褥瘡チームが適切に関与している。管理栄養士はアレルギー情報や栄養状態を評価し、計画に基づいて支援を行っている。疼痛コントロールマニュアルを作成し、非がんの患者も含め緩和ケアチームを中心とした対応を行っている。実施計画に基づき、必要なリハビリテーションが提供されているが、合併症、リスク、禁忌事項などの記載が充実すると良い。身体抑制は説明・同意を得て行われており、解除に向けての取り組みも適切である。退院支援スクリーニングシートを用いて課題を把握し、継続的なケアの実現に向けた多職種での支援が行われている。終末期医療に関する病院としての方針が定められ、終末期医療への移行は主治医を含めた多職種で判断している。患者の意思決定支援やターミナルステージに合わせた終末期ケアが医療チームで行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は適切で、処方鑑査、疑義照会、注射薬の調整も適切に行われている。検体検査は夜間・休日勤務体制による24時間体制で対応しており、結果の迅速な報告、検査後の検体処理、精度管理なども適切に行われている。画像検査は休日・時間外も含めほぼ待機時間なく実施されており、常勤の放射線診断医は不在だが非常勤の放射線科専門医と遠隔診断医にて必要な読影が提供されている。調理施設は食材の検収から下処理、調理、盛り付け、下膳後の洗浄、乾燥の各工程、職員の健康管理、使用食材等の冷凍保管など全体として基準に則った品質・衛生管理が実施されている。急性期リハビリテーションが提供され、週末は看護師と連携しリハビリテーションが継続的に行われている。診療情報は電子カルテで管理されており、量的点検は必要項目を定め、全症例を対象に行われている。ME室で、人工呼吸器や輸液・シリンジポンプ等を中央管理し、貸借も管理されている。院内医療機器は機器管理システムで管理し、医療機器の保守点検の年間計画は作成されている。洗浄・滅菌業務は外部業者に全委託している。看護師長が管理者として滅菌の質の保証、リコール時の手順等を把握している。中央材料室運営については、委託業者、医師、感染管理認定看護師等で構成された委員会で定期的に検討している。

病理標本作成時の誤認防止策、細胞検査士・病理医による診断精度の担保、予期せぬ悪性病理所見の報告体制などが整備されている。検体採取時に技師が採取現場に出向いて臨床医と密接な情報共有を行っている点は高く評価される。放射線治療は年間100例余り実施されており、治療前の計画作成とシミュレーションも適切である。輸血・血液製剤は適切に保管・管理されている。血液製剤廃棄率は前回受審時より著明に低下しているが、今後も取り組みの継続を期待したい。手術のスケジュール管理、手術室の清潔管理、手術中の患者管理等が適切に実施されている。ICUは入退室基準に沿って運用され、適切な人員・設備・機器の配備のもとで多職種によるケアが行われている。二次救急医療機関として断らない方針のもとで多数の救急患者を受け入れており、虐待への対応も適切である。

10. 組織・施設の管理

市の手順に従って予算が編成・執行され、財務諸表の作成や会計監査も適切になされている。経営状況の把握と分析は中期計画や年度計画と連動して実施され、進捗が管理されている。窓口収納業務や診療報酬請求業務が適切に行われ、施設基準の順守や届け出にも対応している。未収金の扱いについても院内のルールに基づいて行われている。業務委託は必要性等を協議のうえで、市の基準に基づき入札等を行っている。委託後の管理は総務課が主管となり、必要に応じて現場との調整を図り、業務の適正化に努めている。

施設・設備の日常点検や保守点検は年間計画により実施されている。災害拠点病院として必要なインフラを整え、廃棄物の処理も法令に従い適切に行われている。物品管理についてはSPDを採用し価格、使用期限の管理や在庫管理を徹底している。

消防計画や災害対策マニュアルを整備し、定期的に訓練を実施している。保安業務は委託事業者により 24 時間 365 日体制でなされるほか、警察 OB である担当職員を採用し、院内の巡回にあたっている。医療事故発生時の手順を明確にし、緊急対応、再発防止に向けた組織的な議論がなされている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型、協力型の臨床研修病院としてプログラムに基づいて初期臨床研修を実施しており、院内臨床研修委員会で進捗状況の確認や評価を行っている。他の専門職種についても、職能団体等のプログラムを参考にした新人研修カリキュラムを作成、運用し、指導者の育成にも取り組んでいる。看護学生・薬学生、栄養や検査の各学生の実習を受入れている。各学校との契約は総務課が担い、実習中の事故等が発生した場合の対応を定めるなど、一元的な管理を行っている。また、指導者の育成にも取り組んでいる。

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	A
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	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	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	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	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	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	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	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	S
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	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	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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 年 9 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：茅ヶ崎市立病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：市町村

I-1-4 所在地：神奈川県茅ヶ崎市本村5-15-1

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	401	401	+0	64.4	10.9
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	401	401	+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)	4	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	3	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	36	+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		
特殊疾患病床		
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), DPC対象病院 (Ⅲ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： 8 人 2年目： 9 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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	791.31	865.77	867.52	91.40	99.80
1日あたり外来初診患者数	126.16	142.40	143.75	88.60	99.06
新患率	15.94	16.45	16.57		
1日あたり入院患者数	258.25	301.78	298.06	85.58	101.25
1日あたり新入院患者数	23.82	28.14	28.02	84.65	100.43