

# 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 12 月 7 日～12 月 8 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 1980 年に「茅ヶ崎徳洲会病院」として開院し、年中無休 24 時間オープン掲げて救急医療、高度医療に取り組み、増床を重ねてきた。2012 年に現在の地に「湘南藤沢徳洲会病院」として新築移転し、現在に至っている。この間、時代に求められる診療機能の整備を進めるとともに、さまざまな第 3 者認証を積極的に取得し、地域の中核病院として発展してきた。急性期病院として湘南東部地域の住民を中心に多くの入院・外来患者を受け入れている。

今回の病院機能評価は更新受審であり、病院長をはじめ病院幹部のリーダーシップのもと、職員が一体となって受審に向けて取り組んできた成果を拝見することができた。多くの項目で適切な医療機能を発揮していた一方で、今後に向けた検討課題と思われる事項も見受けられた。「私たちは“生命だけは平等だ”を基本理念とし、皆様に最善の医療サービスを提供できるよう努力します」の理念のもと、継続的な改善に取り組み、地域の住民が貴院に寄せる信頼と期待に一層応えられる中核病院として、ますます発展することを心より祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念に沿った基本方針を立て、24 時間患者を断らない医療を提供している。法人本部の経営方針に沿って、病院の運営方針、目標の設定、各部署の目標を策定している。中長期計画では、急性期医療の充実や予防医学への関与など、地域での病院の在り方を検討し、計画に盛り込んでいる。院内の情報は多くの資料に反映され、ベンチマークツールとしても活用して効果的な病院経営につなげている。規程に沿って一元的な文書管理を行っているが、文書リストの整備と管理業務の充

実を期待したい。

施設基準に応じた人員を配置し、職員の採用は部署の要望も考慮されている。全職種共通の勤務評定表で勤務評価を行っており、昇任・昇格や賞与に反映させるなど働く意欲を高めている。医師の労働時間については、働き方改革も踏まえた対応を期待したい。常勤医師の健康診断受診率の向上に向けた対策を期待したい。職員満足度調査の結果は、法人全体のベンチマーク分析により、他施設との比較を通じて自施設の状況の把握や改善対策につなげている。

人材育成センターが必要な研修内容や開催方法を検討し、年間スケジュールを管理している。資格取得委員会が発足し、今後の病院運営に必要な資格をリストアップしており、能力開発と人材育成の相乗効果が期待されている。各部門それぞれの初期研修のプログラムに沿って初期研修が適切に行われており、法人グループでの交換研修も実施している。学生の病院実習は実習指導者講習修了者の指導のもと実施している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利章典のもとに 24 項目を制定し、小児についても、子ども患者の権利章典を掲げて患者・家族、職員に対し周知に努めている。同意書・説明書に関する方針、基準、手順を定め、説明内容、同意書を必要とする診療行為の範囲、看護師の同席基準などを明確にしている。入院案内やホームページに「患者さんの権利章典」を明示し、正確な情報提供や医療への主体的参加を促している。相談窓口を患者総合支援センターに一元化して多職種が情報を共有しており、虐待への対応も適切である。個人情報保護に関する規程を定めて周知しており、電子カルテには物理的・技術的保護を行い、診療面でも配慮している。倫理的課題に継続的に取り組み、事例一覧として全職員が共有できるようにしている。倫理コンサルテーションチームで検討された倫理的課題は、臨床倫理審査委員会や管理会議に報告している。

交通至便な立地であり、生活延長上のサービスが利用でき、高齢者・障害者への配慮が適切な施設・設備である。診療・ケアに必要なスペースや患者・家族がくつろげる食堂・談話室を確保している。敷地内は全面禁煙で、ホームページ等で周知している。職員への禁煙教育も行われている。

### 4. 医療の質

重要目標を定めて部署ごとに業務改善に取り組み、QI 大会を開催している。改善活動の責任部署を定めて、継続的・体系的に取り組む体制の整備を期待したい。診療科間の合同カンファレンスやがんサードボード等を開催し、クリニカル・パスを積極的に活用して、分析や見直しも行っている。臨床指標を定め、ベンチマークによる評価を継続している。患者・家族からの意見は、意見箱や患者アンケートで収集し、対応策を検討し改善に向けて取り組んでいる。新たな診療・治療方法の導入に際しては、臨床倫理審査委員会に申請し、倫理・安全面の観点から審議のうえ承認後に導入している。臨床研究は法人の担当委員会にて審査している。

「入院中の患者担当職員の明示、確認手順」に基づき、病棟では診療科責任医師、看護師長、薬剤師など職種別担当職員を明示している。診療記録の質的点検は、多職種で毎月 100 件を超える件数を対象に実施しており、2 週間以内の退院時サマリー作成率も 99%を超えている。記載指針に沿った診療記録の記載を期待したい。診療科や職種の枠を超えて構成される栄養サポートチーム、認知症ケアチーム、摂食・嚥下チーム、褥瘡ケアチーム、緩和ケアチームなどが定期的に活動している。

## 5. 医療安全

医療安全管理室を設置し、安全確保のための多職種による組織体制を整備し、医療安全活動を計画的に実施している。インシデント・アクシデントの情報の収集、分析は適切に実施され、委員会や安全ニュース等により各部署に周知している。医療事故発生時の対応手順を明確にして職員に周知し、事故対策会議では原因究明と再発防止に向けた検討を行っている。

患者確認は、患者の氏名や生年月日の名乗り、リストバンドとの照合によって実施し、検体等もバーコードシステムにより誤認防止を実施している。口頭指示などの情報伝達ルールを職員用ポケットガイドに示し、迅速かつ正確な情報伝達を実践している。薬剤の安全な使用のためのリスク対策に向けて、薬剤師を十分に配置して各部署で実践している。転倒・転落は、入院時にアセスメントシートを用いて全患者を評価し、危険度に応じて看護計画を立案し実践している。各種医療機器に関する使用マニュアルを整備し、安全に使用できるように計画的に教育を実施している。院内緊急コード「ドクターブルー」を設定し、緊急招集する仕組みがあり、各部署には統一された救急カートが設置され、常時使用できるように整備している。

## 6. 医療関連感染制御

感染管理の責任者は専従の ICN であり、日常的に必要な情報を収集、検討し、院長が委員長を務める院内感染予防対策委員会に報告している。感染予防対策マニュアルや院内抗生物質使用指針は ICT、AST で適時に見直し、委員会で改訂している。必要時に迅速かつ十分な権限を行使できるよう、さらなる体制の整備を期待したい。院内感染症発生時に行うべき現場対応と報告・連絡体制を職員用ポケットガイドにまとめ、職員全体に周知している。日々の感染発生状況は、ICT の臨床検査技師が毎日監視し、ICT で対象患者のカルテレビューを行っている。CLABSI、UTI、SSI のターゲットサーベイランスに取り組んでいる。

感染管理に関する指針やマニュアルを整備し、手指衛生、個人防護具の着用、感染経路別の予防策を実践している。手指消毒励行のため、手指消毒剤使用量のモニタリングを実施し、啓発に努めている。また、標準予防策の遵守状況等を ICT ラウンドで確認してフィードバックしている。院内抗生物質使用指針の整備や周術期予防的抗菌薬のクリニカル・パスへの組み込みによる標準化など、抗菌薬適正使用に向けて取り組んでいる。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、マーケティング課がホームページや SNS を、地域医療連携室が広報誌を作成して行っている。ホームページには、地域住民や医療機関向けの様々な催しや受診案内などを掲載し、日英中 3 か国語に対応している。各種の SNS を積極的に活用している。SNS 運用規定を定め、発信内容を確認する仕組みを構築している。様々な媒体を活用した広報活動は高く評価できる。地域の医療機関との連携は、患者総合支援センターの地域連携部門が担当し、多くの医療機関と地域登録医制度により連携している。ホームページやリーフレットで地域登録医の紹介を行っている。医師の医療機関への訪問や返書管理を行い、病院連携推進協議会に参加し、他医療機関との間で転院調整システムを活用している。地域に向けた教育・啓発活動は、地域住民向けの公開医療講座を多職種が講師となりオンラインで多数開催し、毎回多くの参加者を得ている。開催案内は、ホームページ、メールマガジンや新聞の折込広告などで行っている。医療従事者向けの研修会や教員を対象とした講座の開催、人間ドックや健康診断を行い、地域の健康増進にも貢献している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページ等で受診の情報を案内し、紹介患者も円滑に受け入れている。外来化学療法においては、緊急連絡カードを本人確認ツールとして活用している。侵襲的検査は、説明と同意のもと手順に従って確認・実施し、医師が医学的判断に基づいて入院治療の必要性を決定している。多職種で迅速に入院診療計画を立てて患者に交付し、転科時には再作成している。患者総合支援センターのスタッフは患者の多岐にわたる相談に応じているほか、予定入院患者・家族の不安や疑問などにも対応している。

医師は病状を把握して病棟スタッフと情報共有し、看護師はリスク評価をもとに看護計画を立案し、基準・手順に沿った看護業務を行っている。病棟において薬剤師は服薬指導や薬歴管理等を行い、看護師は内服薬・注射薬投与時の安全確認を行っている。輸血・血液製剤投与は手順に従って実施しているが、説明と同意文書には「輸血療法の実施指針」に沿った記載を期待したい。周術期には合併症予防のための評価をもとに必要な対策を実施し、搬送時も安全に配慮している。重症患者には多職種が関与し、病状に応じた診療およびケアを提供している。褥瘡対策への意識は高く、WOC 看護師の活発な活動もなされ、褥瘡予防・治療は優れており、高く評価できる。多くの栄養指導、栄養相談に対応し、栄養管理と食事支援を行っている。緩和ケアマニュアルを整備し、NRS などで疼痛の評価を行っている。リハビリテーションでは救急対応マニュアルを整備し、危険予知トレーニングを毎月実施している。身体拘束に関する基準・手順を整備しているが、同意書の記載には個別性を期待したい。早期から退院支援のスクリーニングを行って必要事項を抽出し、患者・家族の意向に沿った継続的な診療・ケアが実践できるように支援している。ターミナルステージにおいては、多職種で患者・家族の心理過程に配慮したケアを実施している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、人員の配置、システム化、業務の集約化により病院全体で薬剤管理機能を発揮している。必要な臨床検査を実施し、外部精度管理の評価は良好で、パニック値は確実に連絡している。必要な画像検査は適時に施行可能であり、遠隔画像診断を導入し、夜間の救急にも対応可能な24時間読影体制を整備している。栄養管理機能は患者の特性や嗜好に対応し、室内の管理や健康管理も適切に行われている。病院の理念、基本方針を体現するリハビリテーション機能を適切に発揮している。診療情報は電子カルテで一元管理し、コーディングや診療記録の量的点検を実施している。医療機器の入在庫や定期点検の実績は臨床工学科で管理している。使用済の器材は中央材料室で一次洗浄し、滅菌精度の質保証の仕組みも確立している。

病理検査は検体をバーコードで管理し、術中迅速検査の所見も確実に伝達している。地域に求められる高精度放射線治療を十分な品質管理のもと提供している。輸血部門では製剤の保管と使用記録を適切に行い、廃棄率も適正な水準である。麻酔科医はすべての全身麻酔、硬膜外麻酔、脊椎麻酔症例を担当し、ICUでは重症管理に必要な医療機器と設備を備え、入退室基準に則り管理している。救急外来では多くの患者を受け入れ、応需率は99%に近く、地域に貢献している。

## 10. 組織・施設の管理

予算はヒアリングなどを踏まえて法人本部と協議して作成し、病院会計準則に則した財務諸表を作成し、各種経営データは管理会議などで検討している。医事課ではレセプトの返戻・査定の分析を行い、委員会で未収金の発生予防について検討している。業務委託は法人本部と協議して決定し、業務ごとに担当部署が実施状況を確認している。委託業務従事者にも教育・研修への参加を促している。

施設・設備の管理は、年次別病院主要施設・設備保守管理計画に沿って、総務課施設係が担当している。防災センターを中心に24時間体制で日常点検と保守管理を実施しており、緊急時の対応についても緊急連絡網が整備されている。購入は、グループの選定基準を満たした物品を優先して採用し、管理会議で決定している。発注と検収の担当者を分け、内部牽制が機能している。

神奈川県災害協力病院として、防災・防火に対する対応と責任体制を災害対応マニュアルや消防計画等で明確にしている。緊急連絡網の整備、BCPの策定を行い、有事に備えている。防犯カメラと定期的な院内巡回により、不審者の侵入防止など、安心安全な保安体制を確保している。警察OBを雇用し、患者および職員にも安心感をもたらしている。

# 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	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	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	S
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	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	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	A
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	A
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	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	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	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
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	A
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	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	B
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	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： 2023 年 8 月 31 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：神奈川県藤沢市辻堂神台1-5-1

## 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	419	419	+0	83.3	11.7
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	419	419	+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)	12	+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)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	50	+0
小児入院医療管理料病床	17	+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

DPC対象病院 (DPC特定病院群)

## 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： 15 人 2年目： 14 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

