

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 11 月 28 日～11 月 29 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、その役割・機能に見合った病床の変更を重ね、先進的な医療の展開とともに、高齢者医療の充実への対応、また、総合的な疾病予防にも取り組まれている。さらに、救急医療体制を整備し、厚木市内の約半数の救急車を受け入れ、緊急手術や心カテにも対応しているなど、地域住民が安心の医療提供に努め、地域医療支援病院に指定されている。病院機能評価を継続して受審しており、今回の審査でも、病院長を先頭に職員が一丸となって、組織的で継続的な質改善に取り組まれていることが窺えた。検討が望ましい課題も見受けられが、引き続き医療の質向上に取り組まれ、地域医療の推進に一層寄与されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、患者に対してわかりやすく、やさしい表現で明文化され、各種媒体により院内外への浸透が図られている。病院管理者・幹部は将来像の明示や労働意欲を高める取り組み、また、高齢患者退院後の受け入れ施設確保、病院の役割・機能向上への人材確保、看護職員の教育体制の充実などの問題・課題の把握と解決に向け、リーダーシップを発揮している。組織運営では必要な会議・委員会の開催、中・長期計画、事業計画の策定などは適切であるが、事業存続計画の整備が期待される。医療の質や安全性・効率性の改善に向け、情報管理活用に関する方針は明確にされている。文書の管理では、発信・受付・廃棄などを網羅した規程の整備について検討を期待したい。

医療法や施設基準に基づいた人材が適正に確保されている。労務管理においては、各種規程の整備と周知、労働基準法に関する届け出など、おおむね適正な管理が行われている。職員の安全衛生管理では、労働安全衛生委員会が開催され、職業

感染の予防推進などがおおむね適切に行われている。職員の意見・要望が把握され、福利厚生への配慮も適切に行われている。

職員への教育・研修では、全職員対象の年間計画の内容の見直しや、必要性の高い課題についての教育・研修の確実な実施が、今後の課題である。教育・研修に必要な図書については、一元的な管理や、外部から文献入手できるシステムの構築がなされている。能力評価は、全職員に対しての人事考課の実施および支援や指導までの取り組みが適切に行われている。能力に応じた院内資格等の設定に向けての取り組みも行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は適切に明文化されているが、子供や障害者の権利の明記を検討されるとよい。説明と同意については方針・手順、同意の範囲、必要な説明項目が定められ、同席のルールも確立している。また、セカンドオピニオンは入院案内やホームページで周知され、問い合わせ等にも速やかな対応がなされている。患者との診療情報は共有されており、患者の理解を深める工夫として、説明時には診療計画書やクリニカル・パスなどを活用している。患者総合支援センターに医療福祉相談室を設置し、有資格者職員により多様な相談に対応しており、支援に対する評価も行われている。

個人情報保護規程は整備され、利用目的とともに周知が適切に図られている。臨床における主要な倫理的課題については、ガイドラインに基づき、課題などに対する取り組みが行われており、医療現場で解決できない患者・家族の倫理的課題については臨床倫理委員会で検討する仕組みが構築されている。

最寄り駅からの無料送迎バス運行、患者用駐車場の確保の他、病棟には生活延長上必要な備品が整備されており、患者・面会者の利便性・快適性は適切である。院内の施設・設備については車椅子での容易な移動、バリアフリーの確保、各所の手摺りの設置など、高齢者・障害者への配慮が適切になされている。院内は整理整頓が行き届き、明るいデイルームの設置、絵画の展示など患者がくつろげる環境づくりにも取り組まれており、快適な療養環境が整備されている。受動喫煙防止では、敷地内禁煙は徹底されているが、がん診療に積極的に取り組まれている医療機関として、職員の禁煙推進に向けて、より具体的な活動を期待したい。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、定期的な患者満足度調査や意見箱により収集され、フィードバックも適切に行われている。各科での症例検討会やCPCが開催されており、各診療科は学会の診療ガイドラインを採用している。診療の質向上に向け、自院の特徴である分野に関しての臨床指標の策定、診療の標準化に向けたクリニカル・パスのさらなる見直しや作成の取り組みに期待したい。業務の質改善に向けては、部門横断的な活動が行われており、各種立入検査での指摘事項などにも速やかに対応されている。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、最終的に倫理審査委員会で検討・承認する仕組みが確立している。

診療および看護の管理・責任体制は、患者・家族にもわかりやすく明確に表示されている。診療記録は、手順に基づいた指示や情報が的確に記載されている。また、診療記録の質的点検が組織的に実施されている。多職種で構成される医療安全、感染対策、褥瘡ケア、栄養サポート、緩和ケア、呼吸、糖尿病、せん妄認知症、摂食・嚥下、VTE 予防等の専門チームによる、指導や介入などの活動が積極的に行われ、部署間の協力や多職種の連携取り組みは病院全体に浸透しており、極めて高く評価できる。

5. 医療安全

医療安全管理室を設置しており、医療安全管理者への権限委譲の明文化など、安全確保に向けての体制が整備され、安全管理委員会やラウンドなどが適切に行われている。医療安全マニュアルが整備され、全職員への医療安全ハンドブックの配布や研修会の開催も、計画的に行っている。インシデント・アクシデントレポートは管理システムで集約し、医療安全会議で分析・検討され、院内への周知や再発防止に向けた取り組みが行われている。院外からの情報収集と職員への周知は適切に行われている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は、リストバンドの着用やバーコードでの読み取りなどにより、手術室をはじめとして適切に実践されているが、内視鏡室の検体の取り扱いが検討が望まれる。情報伝達では、医師の指示出し・看護師の指示受け・実施・医師の実施確認などが口頭指示も含め適切に行われている。また、パニック値への対応も確立されている。薬剤師による投与禁忌やアレルギー等のリスク回避への対処、麻薬等の保管・管理、ハイリスク薬剤の安全な使用に向けた取り組みなどが適切に行われている。

転倒・転落防止対策は、入院時に認知症なども含めた総合的評価を行い、リスクに応じた対応策を立案しており、転倒・転落発生時の再発防止への取り組みなど、適切に実践されている。医療機器は臨床工学技士により点検・管理が行われ、医師も含めた研修を定期的に行っている。また、設定条件の確認や使用中の作動確認も行われているなど、医療機器は安全に使用されている。院内緊急コードが設定され、各部署への掲示や医療安全ハンドブックで周知している。また、全職員を対象とした BLS や ICLS 研修も適切に実施されており、地域の医療機関へも参加を促している。救急カートの点検は薬剤師および看護師により適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の体制は確立されており、多職種で構成された ICT によるラウンドで様々な情報収集や現場でのフィードバックが行われ、感染対策委員会などに報告されている。ICN は日々ラウンドし、指導などの活動を行っている。マニュアルの適宜改訂や職員への周知も適切に図られており、アウトブレイク発生時には必要な対応体制が確立している。また、院外の感染症の動向などの情報が収集・分析され、自院の感染防止対策に活用している。

医療関連感染制御の活動では、看護師による標準予防策や感染経路別予防策に対する状況確認、リンクナースによる速乾性消毒剤の使用状況のチェックなどは適切に行われているが、病棟での感染性廃棄物の分別方法や保管場所についての検討が望まれる。抗菌薬の適正使用に関する指針が整備されており、使用状況は医師・薬剤師・看護師で状況を確認している。また、病棟薬剤師による TDM などにより適正使用に取り組まれている。特別な抗菌薬は申請制であり、長期使用の場合は薬剤師により医師に対して必要性の確認がなされている。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービス、診療内容、および診療実績などの必要な情報はホームページ、年報、広報誌等により発信されている。紹介・逆紹介への対応や地域連携フォーラムの開催、また医師とともに行う連携登録医への積極的な訪問により、地域のニーズの把握や情報収集を行い、連携・協力に取り組まれている。

地域住民に対する健康増進に向けては医療講座、勉強会、出前講座、イベントへの職員派遣など多彩な活動が行われている。さらに、地域に向けての教育・啓発活動は、摂食嚥下勉強会、BLS や ICLS 研修会の開催など、活発な取り組みが行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

コンシェルジュの配置、医療法や施設基準に沿った受診に必要な情報の掲示、紹介患者への速やかな対応などが行われている。外来診療、診断的検査の確実・安全な実施、入院の決定などはいずれも適切に行われている。医師の治療方針に基づいた入院診療計画書が速やかに作成され、必要に応じての見直しも行われている。クリニカル・パスについては、さらなる有効活用を期待したい。医療相談は、患者総合支援センター職員によりタイムリーな対応がなされており、地域からの相談にも積極的に対応している。入退院支援センターの看護職員により患者の円滑な入院が実践されており、

医師の病棟業務および看護師の病棟業務も適切に行われている。薬剤師による薬歴管理、抗がん剤の調製・混合、手順に基づいた服薬確認など、投薬・注射は確実・安全に実施されている。輸血・血液製剤投与は、説明と同意、輸血中、輸血後の状態観察、輸血療法後の感染症検査への取り組みなどが適切に行われている。周術期では、適応についてのカンファレンス、手術部位マーキング方法の統一などが適切に行われている。重症患者の収容は、経過観察室、重症用個室、ICU を、重症度や入退室基準に沿って選択し、適切な診療・ケアが行われている。褥瘡の予防・治療は適切に行われている。

栄養管理と食事指導については NST による介入、歯科衛生士が参加する摂食・嚥下療法チームによる機能障害患者に対する取り組みが評価できる。症状緩和では、マニュアルに基づき多職種によるケアが適切に行われている。リハビリテーションは、個別性に応じた総合実施計画書が作成され、説明し同意を得て訓練が確実・安全に実施されている。身体抑制は、患者・家族に対して説明し同意を得て、軽減や

解除に向けた取り組みが積極的に行われている。退院・転院などの退院支援は、退院支援計画書が作成され、必要な情報の提供や院内外との連携・調整も、適切に行われている。必要な患者に対しての継続した診療・ケアの支援はおおむね適切に行われている。ターミナルステージへの対応はマニュアルが整備され、患者・家族の要望や意向にも配慮し、多職種での検討などが適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、処方鑑査と疑義照会、持参薬の鑑別と管理、注射薬の1施用ごとの取り揃え、医薬品情報の収集と周知など、機能が適切に発揮されている。臨床検査に向けての体制が整備され、結果の迅速な報告、パニック値の対応、精度管理など、機能が適切に発揮されている。画像診断では、タイムリーな撮影、緊急性への配慮、質向上への取り組みなど、機能が適切に発揮されている。栄養管理機能は、温・冷配膳車による適時・適温への配慮、衛生面への取り組み、選択メニューの実施など適切に発揮されている。

リハビリテーションは、主治医と病棟スタッフおよび多職種間との情報共有による連携が行われ、連続性確保にも取り組まれている。診療情報管理は、病名・手術名のコード化、量的点検の速やかな実施、がん登録など、機能が適切に発揮されている。医療機器は、臨床工学技士による一元的な管理、夜間・休日の対応体制および機器の標準化への取り組みなど、適切に発揮されている。洗浄・滅菌機能は中央化され、清潔・不潔区分の明確化、精度保証等が適切に行われている。

病理診断機能は、近隣大学病院の協力のもとで診断が適切に行われている。放射線治療機能は、非常勤治療医と専門技師により治療計画などが適切に行われている。輸血・血液管理機能では、廃棄率低減に向けての努力は評価できる。手術・麻酔は環境が整備され、スケジュール管理なども含め、機能が適切に発揮されている。集中治療は、機能に見合った人材配置、多職種の関与、入退室基準の遵守などにより、適切に発揮されている。救急医療機能は、体制が整備され高い応需率を有し、適切に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

本部主導による予算の作成・管理、準則に基づいた会計処理、経営状況の把握・分析など財務・経営管理は適切に行われている。医事業務は窓口収納業務、診療報酬請求、未収金への対応などが適切に行われている。委託業者の選定は、費用対効果などを勘案し決定されているが、定期的な質の検討・評価の記録作成が望まれる。

病院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、保守管理や日常点検などが適切に行われている。また、医療ガスに関する委員会の開催や、感染性廃棄物の院内最終保管場所の管理なども適切に行われている。物品購入に際しては、公正な選定や在庫管理なども適切に行われている。

災害時の対策マニュアルが整備され、法定の防火・防災訓練は適切に実施されている。大規模災害に備えての飲料水や食糧品はおおむね適切である。保安全管理は、定期の夜間巡視や院内暴力に対する対応体制も確立している。医療事故等は、初期からの対応マニュアルが整備されており、職員への周知や医療事故が発生した場合の原因究明と再発防止に向けて検証を行う仕組みが確立しているなど、医療事故等への対応は適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師の研修は、指導医により初期研修プログラムに基づき実施され、多面的な評価も行われている。研修医が単独で行える診療行為は明文化され、シミュレーターも整備されている。医師以外についての各部門では、独自の教育プログラムを作成し、指導・評価が行われている。

学生実習は、医学生をはじめ各部門で実習生を積極的に受け入れている。医療安全や感染制御に対する事前教育が行われ、個人情報保護に対する誓約書も提出されている。学生実習等はおおむね適切に行われているが、予防接種の実施や抗体価測定結果の確実な把握が望ましい。

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	A

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	A
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	B

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	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	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	B
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	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	B
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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 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： 社会医療法人社団三思会 東名厚木病院

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： 神奈川県厚木市船子232

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	277	258	+10	77.7	11.8
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	277	258	+10		

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	16	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+4
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	54	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	55	+55
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	14	+14
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, DPC対象病院(Ⅲ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： 6 人 2年目： 7 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

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
年度(西暦)	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	107.65	91.21	93.35	118.02	97.71
1日あたり外来初診患者数	31.53	29.91	29.85	105.42	100.20
新患率	29.29	32.79	31.98		
1日あたり入院患者数	235.73	228.34	217.95	103.24	104.77
1日あたり新入院患者数	18.26	18.25	16.83	100.05	108.44