

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21日～11月22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、神奈川県厚木市を含む県央医療圏に位置する地域の中核的医療機関である。開設以来、救急医療を中心に地域医療に取り組み、医療機能や病床規模を拡大してきた。

病院理念として「地域に信頼される病院」、「患者に愛される病院」、「誇りと責任を持てる病院」を掲げ、急性期医療、回復期医療に取り組んでいる。現在では地域医療支援病院、神奈川県がん診療連携指定病院、臨床研修病院の指定を受けており、地域の住民から厚い信頼を得ている。救急医療では「お断りしない」をスローガンとして、厚木市の年間搬送件数の約50%、5,000件を超える救急車を受け入れている。がん治療ではロボット手術や緩和ケア病棟を導入して機能充実を図るとともに、地域連携では開放病床を設置して医療連携の強化に取り組んでいる。

病院運営においては、院長を中心に病院幹部のリーダーシップのもと全職員が一丸となって、医療の質向上に取り組んでいる。病院機能評価は6度目の受審となり、この度の受審に向けて全病的に業務の評価を行い、多職種が連携して積極的に取り組んだ改善活動の成果を随所に確認できた。医療機能を適切に発揮している領域がある一方、課題と思われる領域がいくつか見受けられた。今後も病院機能の向上に努められ、貴院のさらなる発展と地域医療への貢献を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を具体的な内容で明文化し、法人中期方針や年次事業計画に反映して病院運営の基本に据えている。病院幹部は運営上の課題を的確に把握し、リーダーシップを発揮して運営に取り組んでいる。病院の決定事項は、役職会議や電子

カルテ掲示板を通して周知している。医療情報の管理ではセキュリティー対策を講じている。病院の書類は総務課が一元管理し、電子カルテ掲示板で保存・管理している。

人材確保は、法人本部と協同しながら積極的に取り組み、病理医採用など成果を上げている。人事・労務管理では短時間勤務や育児・介護休業、再雇用の各種制度を整備している。衛生管理者による職場巡視では記録の整備を期待したい。職員の意見・要望は職員満足度調査や育成面談を通じて把握に努めている。

医療安全や感染管理、個人情報保護など重要な課題については全職員を対象とした研修を計画的に実施している。職員の能力評価は、人事考課によって業務遂行能力や実績等を把握・評価している。初期臨床研修医は臨床研修プログラムに基づいて多職種で評価しており、新人看護師には先輩看護師が相談役となって丁寧な指導や支援を行っている。学生実習は医学生や看護学生、薬学生など多くの実習生を受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、子どもや障害者の権利も含めて明文化しており、患者の権利擁護に努めている。診療記録の開示は規程を整備し、診療情報管理室で対応している。説明と同意については診療行為の範囲、同席者のルール、看護師の同席が必須となる説明等も明確にしている。診療情報はホームページ、入院案内、院内掲示等で提供している。患者・家族の相談窓口として患者総合支援センターを設置し、関係部署と連携しながら対応している。個人情報保護規程を定め、ホームページ等で案内し、職員、委託業務従事者、実習生にも周知している。臨床倫理に関する課題に対しては臨床倫理委員会要綱、臨床倫理指針で病院の方針を定めている。各部署では倫理的課題について、カンファレンスで検討している。

患者・障害者用駐車場を整備し、最寄りの駅から無料送迎バスを運行している。病室、廊下、浴室等のスペースは十分確保され、病室のドアを閉めてプライバシーを確保している。敷地内禁煙の徹底を周知している。喫煙職員に対して禁煙教育の徹底を期待したい。

4. 医療の質

業務改善・患者満足度向上委員会では職員の業務改善を検討・実行している。行政機関の立入検査による指摘事項についても迅速に対応し、業務の質改善に取り組んでいる。多職種による合同カンファレンスを定期的で開催している。各診療科は学会の最新の診療ガイドラインに基づき、患者の状況に合わせた治療を行っている。患者・家族の要望や意見は、意見箱や入院・外来満足度調査で収集し、Free-Wi-Fi環境の整備、ATMの設置など質向上に繋げている。臨床研究に対する倫理的課題への審議が行われ、新たな診療・治療方法の導入も各種委員会で検討している。

診療マニュアル、看護管理基準に各役割を明記し、診療・ケアの責任体制は明確になっている。診療記録は適切に記載している。医師以外の記録の内容も一覧でき

るチームカルテとなっており、情報共有の視認性は高く、各部署により必要な記録を記載している。

5. 医療安全

医療安全管理委員会は多職種で構成されている。医療安全管理者の活動に対し、医療安全対策指針に院長からの権限委譲を明文化するよう期待したい。セーフティ委員会は看護部に限定せず、各部署のリスクマネージャーの参加を期待したい。医療安全に関する情報を収集・分析し、事故防止に向けた継続的な活動を行っている。医療事故発生の際は部署長を通じて医療安全管理責任者に報告し、院長、副院長、看護部長、事務長、総務課長が事故調査委員会を開催する。

患者確認、治療・検査部位の確認、検体の確認、手術前のタイムアウトなどを通して誤認防止に努めている。医師の指示出しおよび実施確認、看護師の指示受けと実施状況の確認は電子カルテ上で確実にやっている。病棟の麻薬は、麻薬保管庫で施錠保管し、各勤務帯のリーダーが管理・チェックしている。転倒・転落のリスク評価を行い、結果に基づく転倒防止対策を実践している。院内緊急コードを設定し、手順に基づいて呼び出しを行っている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策室に専従 ICN を配置し、ICT は多職種で構成されている。毎月開催する感染対策委員会で感染対策を協議し職員に周知している。感染症関連事象の発生時における職員からの情報伝達手順が示されている。感染マニュアルでは院内感染管理者ならびに感染対策室長の権限を明確に記載するよう期待したい。ICT は情報収集を行い、院内の感染症の発生状況を調査し、問題点の分析と改善に努めている。

アウトブレイクの対応や標準予防策、PPE の使用基準、感染別予防策などを感染対策マニュアルで整備し、実践している。抗菌薬の採用・採用中止については、感染対策マニュアルに基づいて薬事・輸血委員会で検討し決定している。抗菌薬マニュアルを整備し、AST が抗菌薬使用状況を確認した上で、必要に応じて抗菌薬の変更も適宜行っている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は広報委員会が担当し、広報誌等を定期的に発刊している。ホームページについてはホームページ委員会で内容を検討し、総務課が更新管理をしている。また、アクセス調査を行い、分析にも取り組んでいる。地域連携部では年間 2,100 件もの渉外活動を行い、地域のニーズを院内に発信している。連携医療機関の紹介は登録医マップやデジタルサイネージなどを使って、わかりやすく伝えている。渉外活動では、院長をはじめとする医師と、病院内情報を発信する医療ソーシャルワーカーが頻回に同行し、関係機関を訪問している。地域のニーズを実現した事項のひとつに無料送迎バスがあり、好評を得ている。地域の健康増進に寄与する活動として、患者総合支援センターと地域連携部が中心となり、地域医療連携フ

オーラムやがんサロン、糖尿病教室などを開催している。地域の医療・介護職員向けにBLS・ICLS研修や緩和ケア研修、摂食・嚥下勉強会を行っている。ホームページでは疾患別医療講座を動画で配信している。専門職種の連携としては薬薬連携研修会を立ち上げ、調剤薬局薬剤師との研修会を開始している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

地域連携部から連携医療機関へ受診に必要な情報を提供し、スムーズな紹介が行われている。診断的検査は患者・家族の同意のもと確実・安全に施行し、侵襲的検査では安全に配慮して実施している。入院の必要性の判断は外来診療医に加えて、必要に応じて上級医が行い、患者・家族への説明と同意を得ている。入退院支援センターでは問診や患者・家族の抱えている問題等を把握して病棟に引き継ぎ、患者が安心して入院できる体制を整えている。

医師は毎日回診を行い、各種病棟カンファレンスに参加して病棟業務を適切に行っている。看護師は看護基準・手順を整備し、患者の状態に応じて日常生活の援助や診療の補助業務をPNSで行っている。病棟薬剤師は服薬指導と薬歴管理を実施している。手術適応は各診療科、全身麻酔は麻酔科医が適応を判断し決定している。各診療科医師の判断により重症度に応じた診察・ケアを行っている。全入院患者にスクリーニングシートを用いて褥瘡発生リスク評価を行い、高リスク患者には看護計画を立案し、看護を実践している。栄養スクリーニングやミールラウンドを行い、栄養状態に問題がる患者にはNSTが介入している。患者の痛みの訴えはフェイススケール、NRSスケールを使用して把握し、疼痛を評価している。難渋する症状については、緩和ケアチームが介入する体制がある。

リハビリテーションは早期より実施し、急性期から回復期まで対応している。身体拘束の最小化に向けて、せん妄を起こさない取り組みを積極的に行い、身体抑制率を減少させている。入退院支援センターで入院前から退院困難ケースを把握し、入院早期から退院支援に取り組んでいる。継続して治療・ケアの必要な患者には転院先、クリニック、施設等に退院サマリー等で情報提供している。終末期と判断した患者には、患者・家族の意向を尊重し、多職種による診療・ケアの提供を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

各病棟に薬剤師を配置している。処方および調剤鑑査は複数の薬剤師で行い、疑義照会も実施・記録している。検査項目は24時間実施可能である。パニック値も主治医に報告し、カルテで対応も確認されている。放射線科医と診療放射線技師により病院機能に応じた画像診断を行っている。患者給食は委託業者が調理業務を担当し、病院の管理栄養士と委託業者栄養士は情報交換を行っている。リハビリテーションは多職種と連携を図り、機能を発揮している。診療録は電子カルテで一元管理し、全退院患者に対し量的点検を実施している。医療機器は一元管理され、夜間・休日の使用にも対応している。使用済み機器・器材は洗浄・滅菌を行い、既滅菌物の保管・管理を行っている。

検体交差が起こらない病理検査処理が実施され、全ての術中迅速検体を院内で診断している。輸血業務全般を監督・指導する責任医師がおり、血液製剤の廃棄率は低く抑えられている。手術スケジュールは麻酔管理者が管理し、術中患者管理ではサインイン・タイムアウト・サインアウトを実施している。ICUは患者の入退室基準が遵守され、夜間はHCU担当医が対応している。二次救急病院として日中、夜間ともに医師、看護師を十分に配置し、「断らない」精神でホットラインや地域からの紹介患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

年度予算は中長期計画や年度重点目標、過去の実績に基づき作成し、病院執行部会議の承認後、理事会で最終決定している。医事課ではレセプトの返戻・査定対策や未収金回収に注力している。委託業者の選定は基本方針に基づき、病院執行部会議で決定している。医薬品は薬事・輸血委員会の承認を経て薬剤部が発注・納品を行い、総務課へ報告している。医療機器、高額医療機器の購入は、基準に基づき電子稟議決裁方式を用いて事務長・院長・法人が決裁する。

施設・設備の管理は年間保守計画に沿って定期点検を実施している。緊急時の対応手順は明確であり、感染性廃棄物もマニュアルに基づいて実施している。中・長期設備更新計画を策定して予防保全を徹底している。

災害対策マニュアルや機能存続計画（BCP）、洪水時避難確保計画、停電マニュアルを策定し、休日・夜間の緊急時の責任体制も明確になっている。自家発電設備を設置し、燃料確保のために取引業者と災害協定を締結している。保安業務は24時間体制で管理し、院内暴力や迷惑行為などの緊急時には緊急コールで職員や警備員が現場に急行する体制となっている。

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	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	B
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	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	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	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	B
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	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	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	
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	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	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： 2023年 4月 1日 ~ 2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024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	282	282	+0	78.8	11.95
療養病床	0	0			
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	0	0			
結核病床	0	0			
感染症病床	0	0			
総数	282	282	+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)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	8	+0
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	57	+3
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	60	+0
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	14	+0
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, DPC対象病院(DPC標準病院群)

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： 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

