

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

患者ひとりひとりにとって最善の医療を提供するために、部門や職種が互いに協力して、その実績を上げていることは、まず取り上げるべき貴院の特長である。患者支援活動の一体化を目指して設置された「患者支援センター」の活動は、その典型として高く評価できる。臨床の現場でも、薬剤師による注射薬の調製・混合、褥瘡治療チームによる褥瘡新規発生率の低減を目指す活動など、職種間の積極的な連携をいくつも確認することができた。これらの背景には、診療科や部門における、医療サービスの質の向上を目指す意欲と実績が存在する。IVR の導入、TQM 活動、迅速な画像診断、麻酔科医による術前診察の徹底等は、その好例である。また、年間多くの救急車を受け入れ、症例検討会などを救急隊と共同で実施していることは、高く評価できる。

病院組織は、幹部と職員との双方向コミュニケーションを重視して運営されている。職員からの公募により病院スローガンを設定し、職員の行動指針として運用を開始したことは、これを象徴する取り組みである。今回の審査で、更なる検討を望みたい点として言及した課題については、貴院の特長を活かせば早期に解決できるものと確信し、ますますの奮闘を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

ほとんどの項目で適切に基準を満たしているが、計画的な組織運営の更なる充実等が望まれる。

病院の理念および基本方針は明文化され周知されている。病院幹部は任務を分担し、運営上の会議や各種委員会に積極的に関わって、課題の解決に当たっている。病院の組織編制・職務分掌が定められ、運営上必要な会議・委員会も規程に沿って

開催されているが、更に、部門・部署ごとの年度目標の設定等に取り組まれない。電子カルテシステムを中心に、多様な情報システムが活用され、システムの安全性、データの真正性・保存性も確保されている。就業規則などが定められ、労務管理が適正に実施されている。職員の健康診断受診率は100%であり、予防接種や労災の手続きも確実に行われている。職員の意見・要望については、労使協議会、所属長との面接等による把握、院内保育園の開設などの魅力ある職場とする努力が行われている。

医療安全および感染制御を中心に全職員を対象とする研修が計画的に実施されているが、教育・研修効果を職員全体に及ぼす努力を強められたい。職員の能力評価・能力開発に関する病院としての仕組みを作ることが望まれる。

3. 患者中心の医療

ほとんどの項目で適切に基準を満たしているが、患者への説明と同意の取得および医療倫理に関する方針の整備が望まれる。

患者の権利は明文化されており、診療録の開示請求には全て応じている。患者への説明と同意の取得はおおむね適切に行われているが、書式の整備等が望まれる。患者の病態や治療方針等は、患者用クリニカル・パス等を用いて患者に分かりやすく伝えられている。「患者相談室」において入退院支援、在宅療養支援、医療福祉相談が一体として展開されており、高く評価できる。

個人情報の保護に関しては、電子カルテへのアクセス制限や、患者の匿名希望への配慮などがなされている。倫理的課題についての方針を周知するとともに、病院としての倫理的な課題の共有・検討を促進すること等が望まれる。臨床現場では認知症、せん妄、退院先など、様々な複雑で困難な問題に対して、多職種による検討が行われている。

駐車場の整備、売店の開設等、患者・面会者の利便性への配慮がなされ、院内はバリアフリーである。診療・ケアにとって必要なスペースが確保され、病棟には患者用ラウンジなども設置されている。敷地内禁煙が周知徹底され、禁煙外来も開設されている。

4. 医療の質

おおむね適切に基準を満たしているが、新しい治療法等の導入への関与および診療記録の作成に関する課題が認められる。

患者・家族の意見・苦情は、病棟・外来に設置された意見箱を通じて収集し、サービス向上委員会の検討を経て、回答を作成している。診療科ごとの症例検討会やCPCを開催し、QIやクリニカル・パスを活用して、診療の質の向上に努めている。TQM活動を実施するとともに、職種を超えて「認知症サポーター」の養成に取り組むなど、医療サービスの質改善に継続的に取り組まれている。事前のスタッフ教育や院外研修に取り組み、新たな診療・治療方法や技術の導入はおおむね適切に行われているが、病院としての検討の実施等が望まれる。

主治医および受け持ち看護師の氏名が、入院診療計画書やベッドネームに記載されるなど、診療・ケアの管理・責任体制は明確である。電子カルテを活用して診療記録はおおむね適切に記載されている。多職種からなる専門チームが組織横断的に活動しており、緩和ケアチームが特浴により終末期患者の QOL の向上に成果を上げているなど、多職種の協働による患者の診療・ケアが進められている。

5. 医療安全

ほとんどの項目で適切に基準を満たしているが、安全確保に向けた体制および患者急変時の対応の充実が望まれる。

医療安全管理者が配置され、安全確保に向けた体制はおおむね適切に確立しているが、取り組みの評価等を確実に実施することが望まれる。アクシデント・インシデントレポート、リスク部会による院内パトロールなどにより、安全確保に向けた情報収集と検討が行われ、患者による氏名の申告、手術時のタイムアウトなどの誤認防止対策が実践されている。電子カルテの活用、臨床検査科から担当医師への検査異常値の直接報告などの情報伝達エラー防止対策が実践されている。電子カルテシステムにより、重複投与などのリスクを回避し、病棟薬剤師が、注射薬の調製・混合および配薬のセットを行うなど、薬剤の安全な使用に向けた対策が実践されている。

リスク評価を行い、センサーマット等を使用して転倒・転落防止に努めている。医療技術室での中央管理、使用中の点検や職員研修など、医療機器の安全使用が図られている。院内緊急コードの設定、救急カートの整備など、患者等の急変時の対応は、おおむね適切に行われているが、召集訓練の計画的実施等が望まれる。

6. 医療関連感染制御

ほとんどの項目で適切に基準を満たしている。

ICN を配置するとともに院内感染対策委員会を定期的開催し、感染対策に関する事項の報告・決定を行い、ICT を設置して、医療関連感染制御に向けた体制を確立している。院内分離菌、薬剤耐性菌の発生状況を把握し、ICT による院内ラウンド、医療関連感染に関わるサーベイランスなど、医療関連感染制御に向けた情報収集と検討が行われている。手指消毒剤の実践、個人防護用具の着用、感染性廃棄物の分別など、医療関連感染を制御するための活動は、おおむね適切に実践されているが、感染性廃棄物の適正な取り扱いを徹底されたい。

院内における抗菌薬の使用状況が、院内感染対策委員会で検討されている。投与方法に疑義がある場合には、抗菌薬カンファレンスで確認のうえ主治医へフィードバックするなど、抗菌薬の適正使用に努めている。

7. 地域への情報発信と連携

すべての項目で適切に基準を満たしている。

診療内容、医療サービス等の情報は病院案内、ホームページ、病院広報誌などに

よって発信されている。診療実績はホームページに掲載されるとともに、病院の年報でも詳細に報告されており、地域等への情報の発信は、適切に行われている。

「患者支援センター」において、紹介受付、予約日時の回答、来院の把握が迅速に行われている。紹介率、逆紹介率は高く、連携登録医には180人を超える医師が登録しており、地域医療支援病院の指定を目指している。市内各区の地域連携の会や訪問看護師、MSWなどの職種ごとの協議会等にも積極的に参加しており、医療関連施設等との連携は、適切に行われている。

健診センターを設置し、人間ドックを中心に健康診断に取り組むとともに、近隣地区の健康講座に、医師、管理栄養士等の職員を派遣している医療従事者向けの学術集会、地域連携セミナー、心不全カンファレンス、認知症カンファレンスなどを継続して開催するなど、地域に向けての医療に関する教育・啓発活動は適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

ほとんどの項目において適切に基準を満たしている。

電子カルテや問診表を活用して外来診療が行われ、診断的検査は患者への説明と同意の取得後に実施されている。入院は患者の希望にも配慮して決定され、診療計画は多職種が関与して迅速に作成されている。多様な相談への対応、クリニカル・パスの説明や術前指導など、患者支援体制が整備されている。

医師は毎日回診し、多職種との情報共有に努めている。看護師は、各種アセスメントにより患者の様々なニーズを把握し、病棟担当薬剤師が、薬歴管理や注射薬の調製・混合などを行っている。輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施され、手術室看護師および麻酔科医による事前訪問や事前診察、合併症の予防対策などの周術期の対応が行われている。重症症例にはHCU等を活用するとともに、褥瘡治療チーム、NST、緩和ケアチームによる支援活動が取り組まれている。

入院早期からリハビリテーションを開始し、訓練前後の評価も定量的に行っている。身体抑制は必要最小限に止められ、解除に向けた取り組みも行われているが、抑制の範囲の適正化等を検討されたい。入院直後から積極的な退院支援が行われ、退院支援カンファレンス等を通じて、継続した診療・ケアが提供されている。

9. 良質な医療を構成する機能

ほとんどの項目において適切に基準を満たしている。

薬剤部は全入院患者の薬歴管理および持参薬の鑑別を行っている。臨床検査科は異常値を迅速に主治医へ連絡しており、放射線科は24時間体制で撮影に対応し、読影も迅速に行っている。栄養科では、衛生面に配慮した食事を提供し、患者の特性に応じた個別対応も行っている。リハビリ効果の評価も行われ、リハビリテーション機能はおおむね適切に発揮されているが、人員体制の更なる充実を望みたい。診療情報は、紙資料もスキャンされて電子カルテ上で容易に参照できる。医療技術室は医療機器を一元管理し、使用中の人工呼吸器の作動確認を実施している。洗

浄・滅菌部門では、各種インディケータを用いて滅菌効果を確認している。

病理部門は、臨床医との症例検討なども行っている。輸血・血液製剤の管理は臨床検査科が行い、Type&Screenを実施して廃棄の削減にも努めている。手術室は清潔に管理されており、術中の患者観察の所見も麻酔記録に記載されている。HCUでは主治医、看護師、薬剤師、臨床工学技士がほぼ毎日カンファレンスを行っている。救急部門は年間約2,700台の救急車を受け入れ、救急隊との症例検討会なども実施している。

10. 組織・施設の管理

すべての項目で適切に基準を満たしている。

経営状況は定期的に把握され、院内理事会の検討に付されている。経営内容は職員にも公表されている。受付・収納業務を含む医事業務は、マニュアルに沿って確実に行われ、未収金も管理システムによって個別管理されている。委託業務の実施状況は、委託先からの業務報告、委託業者と病院の担当部署との打ち合わせ等によって把握され、委託業務従事者に対する、医療安全、感染制御に関する研修会も実施されている。

施設・設備の稼働状況が24時間体制で監視され、感染性廃棄物の処理も適正になされている。医療材料については、管理および院内物流を委託し、効率的な物品管理が実施されている。防災マニュアルを整備し、防災訓練等を計画的に実施しており、自家発電機、無停電コンセント等の設置、非常時用の食料の備蓄などの対策が取られている。警備員および保安担当職員が配置され、院内巡回、施錠の点検等の保安業務が実施されている。

医療事故対応マニュアルが明文化され、原因究明と再発防止策は、医療安全管理委員会や医療事故調査委員会で行うことになっている。訴訟への対応や弁護士との相談体制も整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院であり、プログラムに沿った研修および研修評価が行われている。症例および技術の経験・修得を一覧できるプログレスノートを作成し、研修の項目の達成を視覚的に把握できるように工夫している。研修医に対する様々な教育プログラムが作成され、医師の臨床研修は、おおむね適切に行われているが、多方面からの指導医に対する評価とフィードバックの実施が望まれる。

学生実習は管理栄養士、臨床検査技師、リハビリテーション技士等の養成課程の学生も加えて、臨地実習、任意の実習等が実施されている。医療安全や感染制御、個人情報の扱い、患者・家族への接し方などの教育も行われており、学生実習等の取り組みは、適切に行われている。

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	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	S
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病院の方針を決定している	B
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
1.4	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	医療サービス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	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	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	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	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	急性期の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	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	B
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	NA
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	文書を一元的に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	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	B
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： 2016 年 4 月 1 日 ～ 2017 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2017 年 5 月 1 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 川崎病院

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：兵庫県神戸市兵庫区東山町3-3-1

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	278	273	-2	81.5	15.2
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	278	273	-2		

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)	0	-6
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	4	+4
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	2	+0
人工透析	38	+0
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	48	+48
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

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： 2 人 2年目： 1 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-2-2 年度推移

2