

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 1 月 24 日～1 月 25 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	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2

1. 診療記録の量的点検を確実に実施してください。（3.1.6）

1. 病院の特色

貴院は、地域医療の充実と救急医療体制の確保を目的とした川崎市の公募に応え、2012 年に開設された。病院の目標として掲げられている「地域医療」「高度先端医療」「最良の安心」を実践すべく、病院職員が一丸となって活動し、地域医療に大きく貢献されている。開院から 7 年が経過する中、「神奈川県災害協力病院」や「神奈川県がん診療連携指定病院」「地域医療支援病院」「神奈川県 DMAT-L 指定病院」の指定を受け、さらに 2019 年には ISO9001 の認定を取得されるなど、その取り組みは評価したい。また、2020 年 4 月完成の増築・増床により設備・医療体制が一層充実し、今後の医療活動が大いに期待される。

今回の病院機能評価は認定更新のための受審であり、病院組織全体で診療・ケア等の質の向上や改善に取り組まれている姿勢が随所で見受けられた。今回の審査結果をもとに、改善活動を継続され、一部課題として見受けられたものには組織的に取り組み、今後の医療活動へと繋げられることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念は明文化され、運営上の目標も明確に示されている。病院幹部職員は病院の将来像を職員へ提示し、取り組むべき課題を的確に捉え、諸会議・委員会等を通じて解決に向けてリーダーシップが発揮されている。事業計画に対する達成度評価は現状に加え、活動計画の評価にも取り組まれることを期待したい。組織運営の文書や医療現場で使用するマニュアル等は、規程に基づき適切に管理されている。

開院以来、診療機能の充実とともに多くの人材を計画的・継続的に確保されている。人事・労務管理に必要な各種の規則・規程が整備され、職員への周知方法は適切である。現在導入している勤怠管理システムの幅広い活用が期待される。労働安全衛生委員会による労働環境の調査、メンタルヘルスの対応等の活動が行われている。

医療安全や感染制御に関する研修は適切に実施されているが、患者の権利や医療倫理、個人情報の保護などの全職員を対象とした研修についても、計画的に実施されることが望まれる。院外の研修会・講習会・学会等への出席・参加は積極的に奨励されている。職員の能力評価と能力開発では、人事考課制度を中心に ISO9001 マネジメントシステムも活用し取り組まれている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は開院時に明文化され、ホームページや病院案内、院内掲示等を通じて周知が図られている。説明と同意に関する指針が定められ、基準・手順、マニュアル等が整備されている。入院案内パンフレットを用いた説明や病棟等での掲示により、医療安全への患者・家族の参加を促進している。また、患者向けパンフレットを設置して患者への情報提供にも努めている。相談窓口は入院案内や院内掲示により患者・家族に周知され、専門性を持った職種により適切な患者支援体制が構築されている。個人情報の保護に関しては、規約・規程等により職員への周知が図られている。倫理委員会が設置され、臨床研究に関する事項が協議されている。医療現場で発生する倫理的課題に関しては、臨床倫理委員会で対応することが定められているので、病院の方針を明確にされることを望むとともに、今後の活発な活動が期待される。

患者・面会者への配慮として、巡回バスやシャトルバスが運行されている。院内は整理・整頓が行き届き、清掃により清潔な環境が保たれている。院内の案内・表示などは統一され、わかりやすいよう工夫されており適切である。開院当初より敷地内禁煙であり、受動喫煙防止に努めている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望を伺うご意見箱が設置されている。投函された意見・要望は、委員会や会議を通じて検討される仕組みがある。医療の質の向上に向けた症例検討会やカンファレンスが多数開催されている。ガイドラインの活用、クリニカル・パスのアウトカムの設定・バリエーション評価、および臨床指標の継続的な検討を行う体制の整備に関しては充実が期待される。病院機能評価の受審や ISO9001 の認証などを通じて、病院組織として体系的に業務の質改善へ継続的に取り組まれている。開院以来、先端医療機器を導入し、新たな治療方法や診療等に取り組まれており、その際には倫理委員会で審議されている。審議の対象を広げることを検討されたい。

診療・ケアの管理・責任体制は明確に示されている。診療記録については、質的監査が実施され、退院時サマリーの記載事項や記載方法の見直しを行い、作成率も向上しているので、今後の継続が期待される。各職種の専門知識・技術等を活かした多職種チームが数多く構成され、組織横断的な活動が積極的に展開されており、多職種協働の診療・ケアは適切である。

5. 医療安全

病院長直属に医療安全管理室を設置し、専従の医療安全管理者等が配置され、常勤顧問の医師が支援している。医療安全に関するマニュアルは随時改定されている。医療安全管理室会議、全部署代表者が出席する医療安全管理委員会を開催し、全部署のセーフティマネージャーによる部会の開催もあるなど、安全確保の体制は確立している。インシデント・アクシデントレポートは、夜間・休日、平日の緊急時報告も含め、報告体制は確立されている。さらに、院外からの医療安全に関する情報は日本医療機能評価機構や学会等から収集し、必要に応じて配信している。問題発生時には、背景要因を整理し多くの手法で分析されており、安全確保に向けた情報収集と検討は適切である。

誤認防止対策はマニュアルに規定され、患者からの名乗りやリストバンド、バーコード認証等、様々な取り組みで実践されている。情報伝達エラー防止では、電子カルテによる指示出しから実施までの仕組みや口頭指示の手順を含めて、運用規程が確立されている。麻薬・向精神薬・毒薬の管理やハイリスク薬の明示と取り違え防止は適切である。入院時に転倒・転落のリスク評価が行われ、評価に応じて個々の対策が図られている。医療機器は、臨床工学技士による始業前点検や医師と看護師による確認を行うなど、安全に使用されている。急変時の対応では、緊急コードが設定され、訓練も実施されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策室を設置し、専従の ICT や専任 ICD を配置するなど、医療関連感染制御へ向けた適切な体制が確立している。感染制御チーム（ICT）や抗菌薬適正使用支援チーム（AST）も整備し、院内の感染に関する情報収集と分析・検討が適切に行われている。ICT は院内ラウンドによる包括的サーベイランスが実施され、感染発生状況を把握・検討し、アウトブレイクに対するマニュアルも定めている。ターゲットサーベイランスの対象を広げ、院内感染防止活動の充実を図ることが期待される。

個人防護具は必要な場所に設置され、速やかな使用が可能である。標準予防策の遵守状況は ICT により確認されている。感染性廃棄物の取り扱い、および感染性リネンの管理は適切である。抗菌薬ガイドラインや適正使用マニュアルは適宜更新されており、適切に整備されている。AST が院内の感染情報を収集し、分離菌感受性を検討して医師に適切な抗菌剤の使用を指導・フィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報活動は広報課が主管し、ホームページの管理や広報誌・年報の発行などを行っている。ホームページには自院の医療機能や受診の手続き等、必要な情報を掲載し、随時更新されている。地域医療連携課を設置し、専従の職員を配置して地域連携業務が行われている。定期的な連携先医療機関の訪問や地域の医療従事者を対象とした勉強会・研究会の主催などの業務も行っている。

地域住民向けの医学健康講座を月 6～8 回開催しており、多くの患者・地域住民が参加しており評価できる。地域の医療従事者に向けた研修会などにも取り組まれているなど、地域での医療に関する教育・啓発活動は適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来にはトリアージ看護師等を配置し、患者が円滑な診察が受けられるよう支援がされている。入院の必要性は医学的に判断し、患者に説明と同意を行って決定されている。家族への説明に対しては、より配慮された体制が望ましい。医師の診断・評価により診療方針を決定し、入院診療計画書は多職種が関与して作成している。患者個々の病態に応じて患者・家族に理解しやすい記載に心掛けられたい。

投薬・注射、および輸血・血液製剤の投与は、確実・安全に実施されている。安全に配慮して周術期の対応が図られている。重症患者は、ICU や各病棟で病態に応じた病室が選択され、多職種により適切に管理されている。褥瘡の管理では、皮膚・排泄ケア認定看護師が配置され、委員会活動も適切である。必要時には緩和ケアチームの介入もある。心身・活動評価に基づき必要性やリスクを検討し、患者・家族の要望を織り込んだリハビリテーションが提供されている。適切な身体抑制に関するマニュアルは作成されているので、周知・徹底を望みたい。

退院支援と継続的な診療・ケアでは、医療ソーシャルワーカーが中心となり情報を収集し、多職種の関わりや院内外との連携により、適切に実施されている。ターミナルステージの対応については、多職種によるカンファレンスを行い、患者・家族の意向を確認し、思いを尊重したケアを提供している。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査、疑義照会、注射薬 1 施用単位での取り揃えなど、薬剤管理は適切に機能している。臨床検査・画像診断は、24 時間検査可能であり、地域での病院の役割・機能が発揮できる体制が整備されている。管理栄養士のもと、委託業者により衛生的に食事が提供されている。リハビリテーション科には十分な人員が配置され、心大血管・脳血管・運動器・呼吸器疾患のリハビリテーションが提供されている。診療情報管理機能では、全退院患者の量的点検を確実に実施するよう改善が望まれる。医療機器は一元的に管理され、日常点検・定期点検が適切に行われている。洗浄・滅菌は各業務がワンウェイで行われ、各種のインディケーターを用いて質が管理されている。

病理診断では常勤病理医が在籍しており、病院の機能が発揮できる体制で業務が行われている。放射線治療はリニアックやサイバーナイフを備え、通常の放射線治療以外に強度変調放射線治療（IMRT）なども実施されている。公開市民講座での啓発活動や地域の医療機関との研究会を主催するなど、高く評価できる。

輸血製剤の廃棄率は低く、適切な管理業務で行われている。手術・麻酔機能では、安全・円滑に手術室が運営されている。集中治療室には救急科医師が常駐し、多職種が専門性を発揮して重症者の管理が行われている。救急車は断らない方針で救急医療に取り組みされており、応需不能時の検討も行い、各診療科と連携を密にとり、適切な救急医療機能が発揮されている。

10. 組織・施設の管理

幹部会議で稼働状況、当月の収益、費用見込みなどが検討され、各部署に必要な指示を行うなど、予算管理が行われている。また、経営会議、拡大会議等で各所属長に対して経営状況や課題の進捗度などを周知され、財務・経営管理を適切に行っている。各業務の手順が整備され、医事業務が行われている。組織的に返戻、および査定対策に取り組みされており、各診療科にフィードバックを行い周知が図られている。委託業務に関しては、意見交換等を行い、質の維持にも努めている。

施設・設備管理では年次計画を作成され、保守管理が適切に行われている。物品は、購入・採用にあたっての安全性や効果などを検討のうえで決定されている。SPDが採用され、適正な在庫管理が行われている。

大規模災害発生時や火災発生時の責任体制、役割分担を明確にしたマニュアルが整備され、年2回の消防訓練を実施している。保安業務では警備員が配置され、マニュアルに沿って業務が行われている。医療事故への対応では、マニュアルが整備され、対応手順を明確している。

11. 臨床研修、学生実習

医師初期研修では、基幹型臨床研修病院としてプログラムが整備され、到達度の評価も行われている。看護師、薬剤師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士などの職種では、新入職員に対する初期研修プログラムが整備され、指導者を配置し、研修内容の評価・見直しを行いながら初期研修に取り組まれており適切である。

看護師、理学療法士、作業療法士、医療事務などの分野で、学生実習を受け入れている。実習受け入れにあたっては医療安全、感染防止対策、個人情報保護などの取り扱いについて、実習元との取り決めが行われているなど、学生実習が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	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	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	B
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	B

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	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	B
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	B
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
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	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	C
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	S
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	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	B
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	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	B

年間データ取得期間： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団三成会 新百合ヶ丘総合病院

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：神奈川県川崎市麻生区古沢字都古255

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	377	375	+0	83.4	9.9
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	377	375	+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	4	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+2
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	21	+0
小児入院医療管理料病床	17	+17
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, 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： 4 人 2年目： 3 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 2018	2年前 2017	3年前 2016	昨年度 2018	2年前 2017
1日あたり外来患者数	961.67	960.44	922.44	100.13	104.12
1日あたり外来初診患者数	112.56	105.32	103.87	106.87	101.40
新患率	11.70	10.97	11.26		
1日あたり入院患者数	349.03	352.33	352.56	99.06	99.93
1日あたり新入院患者数	31.74	31.79	29.86	99.84	106.46