

# 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25日～1月26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、1951年に神奈川県立厚木病院として設立された後、2003年4月に県から厚木市に経営移譲され、2017年12月に新病院棟の建設を完了し現在に至っている。県央二次医療圏西部地域唯一の公立総合病院として、救急・がん・小児周産期医療などの急性期医療ならびに災害医療に注力してきた。県央地区の高度急性期・急性期医療を担うことを最大の使命として「信頼される医療を提供する」ことを基本理念に掲げ、「頼れるチーム、寄りそうココロ」をタグラインに設定し、一貫して地域の中核病院としての役割を果たしている。パンデミックにおいては、第2種感染症指定医療機関や神奈川県周産期救急医療システム協力病院として、新型コロナウイルス感染症の陽性妊婦などを積極的に受け入れてきた姿勢は高く評価できる。

病院機能評価の受審は、2011年以来13年振り3度目であったが、全般的に適切な運営がなされていると評価できる。今回の受審を機会に、今後さらに病院機能の充実を図り、貴院がますます地域に貢献していくことを期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念と基本方針に病院の使命や具体的な姿勢を分かりやすく表現して、院内・院外に周知し、5年間の経営計画を作成して職員に示している。幹部職員の選考方法や権限は明確であり、意思決定機関である運営会議や経営会議で決定した事項は総合調整会議や電子カルテ掲示板で組織全体に伝達している。経営計画の達成に向けて事業会計予算を編成し、全職員へ明示して経営参画を促している。病院情報システムは「医療情報システム運用管理規程」に基づいて医事課が管理してい

る。公的な文書は「厚木市行政文書取扱規程」などにに基づき病院総務課が管理し、院内規程や各種マニュアルは電子カルテ掲示板に掲示して共有している。

病院運営に必要な人員は病院総務課が採用計画に基づいて確保に努めている。就業規則などによって適切な人事・労務管理を維持し、人事評価制度に基づき年2回の評価を行っている。安全衛生委員会を毎月開催し、長時間労働の縮減や健康診断の受診促進に取り組んでいる。職員の意見・要望は、管理者による個人面談などで収集し、育児支援など様々な制度や各種福利厚生を整備し、職員のモチベーション向上に努めている。

全職員を対象とした医療安全や感染制御、個人情報保護などの研修は、年間計画に基づいて開催している。職員の能力評価・能力開発については、看護部門では5段階のキャリアラダーを定めて取り組み、専門的資格は病院総務課が把握して各部門の管理者と共有している。職員の初期研修は採用時のオリエンテーションのほか、各部門が教育プログラムに基づき実施している。多くの学生実習を各部門で受け入れており、患者・家族への説明を行ってカリキュラムに基づき実施している。

### 3. 患者中心の医療

「患者の権利に関する厚木市立病院宣言」を作成し、院内各所への掲示やホームページに掲載しており、「子どもの権利」の掲示や診療記録の開示も適切になされている。説明と同意取得についての指針・手順を「インフォームドコンセントに関するガイドライン」に定め、看護師が患者・家族の反応を確認し支援している。外来患者には検査データを提供し、広報誌に専門医による疾患の特集を掲載するなど患者との情報共有に努めている。患者支援センターとがん相談支援センターを設けるなど、専門職種による適切な相談対応や支援体制が構築されている。個人情報保護方針に基づく規程を整備し、患者の個人情報を適切に保護している。主要な倫理的課題への方針は明確で、病棟では倫理カンファレンスで多くの倫理的課題に誠実に対応し、臨床倫理支援チームも適切に機能している。

各種交通機関のアクセスに配慮し、院内はバリアフリーでコンビニエンスストアやATM、Wi-Fi環境等を整備し、通訳ボランティアを配置するなど外国人患者への対応も適切である。療養環境は、プライバシーや清潔・安全への配慮とともに、整理整頓や清掃が行き届いている。敷地内禁煙であり、週1回の禁煙外来を通じて患者の禁煙教育を行うとともに、職員の喫煙状況を把握し、禁煙啓発活動を推進している。

### 4. 医療の質

業務の質改善に向けて、重要業績指標に基づく検討を行い、部署ごとにバランススコアカードを作成し、具体的な年度目標を定めて継続的に活動している。また、患者サービス・医療安全などをテーマとする業務改善報告会も企画されている。各診療科におけるカンファレンスやクリニカル・パスの積極的な導入など、診療の質の向上に向けた活動が行われているが、臨床指標や質の指標を明確に定めて改善に向けた具体的な取り組みを進める体制の構築を望みたい。患者・家族等の意見・要

望を伺う意見箱を設置するとともに、患者満足度調査を年1回実施し、関係部署で検討して対応している。また、回答を冊子に掲載してフィードバックしている。高難度新規医療技術導入検討部会において、導入予定の新規技術に関する安全面・倫理面の検討が行われている。

診療・ケアの責任体制を明確に示しており、各責任者は診療・ケアの実施状況を毎日把握している。診療録の記載を記載要領に沿って適時・的確に行い、診療記録の質的点検には診療情報管理委員会が関わり、点検結果を各診療科にフィードバックしている。多職種による感染対策や緩和ケア、摂食嚥下などの専門チームが活動し、多職種協働によるチーム医療を展開している。

## 5. 医療安全

院長直属の医療安全管理室に配置した医療安全管理者は、組織横断的な活動や医療安全管理委員会の定期開催、マニュアルの適宜改訂とともに、職員の教育・研修にも積極的に関わっている。インシデント・アクシデント情報を収集し、要因等の把握・分析を行い、再発防止に努めている。全死亡症例のスクリーニング結果の院長報告を行い、医療事故発生時の対応手順や訴訟に至った際の対応手順も整備している。

患者・部位等の誤認防止には、氏名・生年月日の名乗りやリストバンドによる認証など複数の識別子を利用し、手術室ではタイムアウトを実施している。医師の指示は電子カルテ上で迅速かつ確実に実施し、術中迅速病理診断は病理医から担当医に直接連絡する仕組みである。薬剤の重複投与や相互作用、アレルギー等のリスク回避を行い、抗がん剤はレジメン管理のうえ、実施・観察等を化学療法マニュアルに則って実施している。全入院患者に転倒・転落リスク評価と必要に応じた対策を実施し、リスクのある患者をピクトグラムにより表示する工夫も見られる。医療機器は臨床工学技士が点検し、関係職員に対する医療機器に関する研修、心電図モニター装着時のマニュアルに基づく設定や点検を行っている。患者等急変時の院内緊急コードを設定し、全職員に対して一次救命措置訓練の研修を必須としている。

## 6. 医療関連感染制御

院長直属の感染対策室を設置し、感染防止対策委員会や感染対策チームの所掌業務の内容を明文化し、必要な権限を付与している。感染防止対策委員会の下に感染制御チームや抗菌薬適正支援チーム、看護部感染防止対策会議を設置し、院内感染の状況を把握し指導している。院内の感染発生状況を感染対策室でほぼリアルタイムに収集し、データの分析結果や院内ラウンドの結果、院外の情報を適切にフィードバックしている。今後は、施設の規模・診療機能に応じた医療関連感染サーベイランスの拡充を期待したい。

医療関連感染を制御する活動として標準予防策を徹底し、感染制御チームと各部署のリンクナースが協働して啓発活動を行い、感染性廃棄物の分別廃棄などを行っている。抗菌薬の適正使用に向けて抗菌薬適正支援チームが活動している。また、抗菌薬投与前の培養検体採取を推奨し、血液培養2セットの実施率も98～99%を

維持している。

#### 7. 地域への情報発信と連携

病院案内や入院案内、ホームページ、自治体のメディア等を通して、医療サービスに関する情報を広報している。また、診療実績および臨床指標をホームページに掲載するなど、必要な情報を地域等へ適切に発信している。地域における自院の役割を明示し、患者支援センターに看護師や社会福祉士を配置して、前方連携および後方連携を行っている。患者紹介元の医療機関等への返書を一元管理のうえ、確実に返書を行う仕組みを確立している。また、紹介・逆紹介の実績データを把握・検討し、連携機関の定期的な訪問や職種連携、情報交換を適切に行っている。新型コロナウイルス感染症の影響で中止されていた住民向け健康講座、地域医療機関の医療従事者向けのセミナーを再開し、地域に向けた医療に関する教育・啓発活動を行っている。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を待合室などに掲示し、総合案内等により支援するなど、受付から外来診療への流れは適切である。患者情報を問診票や紹介状等で収集し、診断的検査は医学的判断のもとに同意を得て実施している。担当医が入院の適応を判断して、診療科カンファレンスで協議し、入院診療計画書も迅速に作成している。患者・家族からの多岐にわたる医療相談には患者支援センターが関連部門と連携して応じている。

医師は毎日回診して必要事項を診療録に記載し、カンファレンスを通じて多職種で情報共有し、課題を検討している。病棟管理基準等に則り担当看護師を決め、身体的・心理的・社会的ニーズの把握と援助を行っている。全病棟に薬剤師を配置し、持参薬の鑑別や注射薬の1施用ごとの払い出し、抗がん剤の調製・混合などをおおむね適切に実施している。輸血・血液製剤の投与、周術期の対応、重症患者の管理、褥瘡の予防・治療、症状等の緩和、リハビリテーションはいずれも患者の状態を適切に評価し、確実に安全に実施している。栄養管理と食事指導では、摂食・嚥下チームが活動している。退院支援は、多職種が協働して適切に支援している。身体拘束の最小化に向けた方針や実施手順、方法を明文化して取り組んでいる。ターミナルステージへの対応では、緩和ケアチームによる多職種の介入が行われている。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、医薬品の保管・管理、持参薬の鑑別、薬歴管理、処方・調剤鑑査、疑義照会等の業務を行っている。薬剤に関する情報を一元管理し、電子カルテ掲示板や薬事委員会などで周知し、新規採用は、1増1減を原則として品目削減に取り組んでいる。臨床検査機能では、検体検査や生理検査が適切に行われ、パニック値は医師に確実に報告する仕組みである。画像診断機能は、診療機能に応じた設備や放射線診断専門医師、診療放射線技師の体制が確立しており、適切に機能発

揮している。栄養管理機能では、厨房設備や温・湿度、調理業務などを衛生的に管理・運用し、管理栄養士が多職種と連携して情報収集のうえ選択食や行事食なども積極的に取り入れている。リハビリテーション機能は、早期介入の方針のもと、病棟カンファレンス等を通じて他職種と情報共有し、適切に機能発揮している。診療情報管理機能では、診療情報の一元的管理および二次データ利用、診療記録の量的点検、紙媒体資料の一元的な管理などを行っている。医療機器管理機能は、臨床工学科が医療機器を一元管理し適切に機能発揮している。洗浄・滅菌機能では、洗浄・滅菌業務を中央材料室に中央化している。

病理診断機能はおおむね適切であり、標本作製過程では適切な誤認防止対策を行い、病理診断結果は2～3日で報告されている。放射線治療機能は適切に機能を発揮している。輸血・血液管理機能はおおむね適切であり、緊急時に備えて赤血球製剤を16単位確保し、自記式温度記録計付きの専用保冷庫で保管している。手術・麻酔機能は、入退室時の流れや薬剤の保管・管理、機器管理などを含め適切である。術後患者や救急部門からの重症患者は集中治療室等でケアを行っており、必要な機器類を整備し、多職種が共同してケアを行う体制を整えている。救急医療は二次救急相当の機能を担っており、各診療科が協力して地域の救急医療機関としての機能を発揮している。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理においては、中期経営計画に基づく予算編成方針を踏まえて予算を決定し、運営会議で目標達成度や予算執行状況の評価を行っている。医事業務では、受け付けや窓口収納等の業務をマニュアルに則って行い、レセプトの点検には医師も関与しており、返戻・査定を検討する仕組みもある。施設基準を遵守する体制は明確で、未収金管理も定められた手順により行っている。業務委託に伴う業者選定は、仕様書で要求水準を定めて公募し、一般競争入札を原則として決定している。また、委託業務の質の維持・改善を検証し見直す仕組みがある。

施設・設備の管理は施設用度課が責任部署となり、専門資格を有する委託業者が終日対応しており、院内清掃や感染性廃棄物の保管・処理も適切に管理している。購買管理では、診療材料や医薬品、高額医療機器の選定等の検討を委員会で行い、発注・検収、使用期限や在庫量の管理、導入後の検証なども適切に行っている。

大規模災害に向けた事業継続計画や災害対策マニュアル、消防計画を定めて定期的に訓練を行い、非常用自家発電装置の点検整備などとともに、患者や職員用の食料・飲料水を備蓄している。施設の保安業務では、委託業者を院内に常駐させ、院内巡視と施錠確認を手順に基づいて行い、時間外・休日は通用口を防災センター入口に限定し、院内各部署の鍵も管理している。

# 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	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
1.3.3	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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B

## 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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	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 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 : 厚木市立病院  
 I-1-2 機能種別 : 一般病院2  
 I-1-3 開設者 : 市町村  
 I-1-4 所在地 : 神奈川県厚木市水引1-16-36

## 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	341	335	+0	69.2	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	6	6	+0	53.7	4.3
総数	347	341	+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)	0	+0
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)	10	+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	27	+0
小児入院医療管理料病床	28	+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 :

地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, 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 : 5人 2年目 : 5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

