

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「一般病院1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および7月24日～7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	リハビリテーション病院	認定
機能種別	一般病院1（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 リハビリテーション病院
該当する項目はありません。
- ・機能種別 一般病院1（副）
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、病床や機能の拡大を図られ、現在は回復期リハビリテーション病棟に加えて、地域包括ケア病棟や一般病棟を整備したケアミックス病院である。回復期リハビリテーション病棟では、リハビリテーション科専門医を中心に在宅復帰に向けた多職種協働のリハビリテーションを行っている。また、地域包括ケア病棟では急性期治療後や亜急性期の入院患者を受け入れ、地域生活復帰に向けた医療を提供しており、いち早く救急搬送患者「下り搬送」の受け入れ体制を確立している。一般病棟では、手術を含めた整形外科や内科領域の治療を行っている。さらに、法人は、医療福祉センターや訪問看護ステーション、デイサービスセンター等を運営しており、行政や地域の各事業所等と緊密な連携を図りながら患者・家族を支援している。

理念に基づき最善を尽くすことを誇りに、職員一丸となり信頼される医療を提供している。今回の受審結果を参考とされ、医療の質向上に向けて継続して取り組まれるとともに、地域医療を担う病院としてますます発展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・基本方針を明確にし、院内掲示や入院案内、病院案内およびホームページ等で院内外へ周知している。病院運営に必要な会議や委員会を整備し、決定事項は

運営委員会で部署長と共有のうえ部署長を通じて各職員に伝達している。中期事業計画に基づいた年間目標およびアクションプランを策定しており、院長をはじめ幹部職員は自院の課題を明確にして計画的に対応を図っている。また、医療情報システム運用管理規程を定め、医療情報システムの安全で合理的な運用管理を行っている。文書管理は、規程や作成基準を定めており、組織として管理する仕組みを整備している。

職員の昇進・昇格は、基準に従い組織的な検討のもとで決定している。衛生委員会では職場巡視や健康診断の受診状況のほか、時間外労働やメンタルヘルス等を議題に毎月開催している。職員意見箱の設置や職員満足度調査を行い、職員からの意見・要望を収集している。

全職員向けに年間研修計画を立案し、医療安全や感染防止、ハラスメント、意思決定支援およびBLS等の研修を行っている。看護師および療法士はクリニカルラダーによる評価と育成を行い、他の専門職種では資格取得を目標とした能力開発を実施している。また、看護師や療法士および管理栄養士の養成校からの実習生を受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務を明文化し、患者・家族や病院職員に対して様々な方法で周知している。また、説明と同意に関する方針を明確にし、手順書に沿って実施しており、セカンドオピニオンを希望する患者への対応も適切である。患者・家族の意向を踏まえた診療・ケアを計画し、イラストや模型、パンフレット等を活用して患者・家族の理解を促している。医療福祉相談室を設置しており、院内掲示や入院案内およびホームページ等で相談窓口を周知している。個人情報保護については方針等を定めて周知し、適切に取り組んでいる。また、患者・家族が抱えている倫理課題を把握し、臨床倫理に関する事案を各カンファレンスにおいて検討している。

院内には売店やコインランドリーがあり、Wi-Fi環境の整備を予定するなど患者の利便性に配慮している。診療・ケアに適したスペースが確保され、トイレ・浴室は緊急コール設備があり、障害種別に応じて使用できるよう配慮がある。また、病室ごとに空調管理を行っており、快適な療養環境を整備している。病院は敷地内禁煙であり、患者および職員に向けた禁煙啓発活動を行っている。

4. 医療の質

病院全体で年間目標を定めてアクションプランを策定し、それをもとに各部署では具体的な目標やアクションプランを作成している。多職種が参加するカンファレンスで症例検討を行っているが、クリニカル・パスの対象疾患拡大や臨床指標の臨床活用について期待したい。院内に患者・家族からの意見・要望を収集する意見箱を設置し、検討の後に院内掲示にて回答している。そのほか、患者満足度調査や退院時アンケート調査も実施しており、結果はサービス向上委員会で検討している。新たな診療・治療方法や技術の導入について、検討体制の構築を期待したい。

病棟・外来では職種ごとに責任者を明確にしており、患者・家族にもわかるよう

に掲示している。ベッドネームには、主治医および担当看護師の氏名を明示している。病棟責任者は、多職種で行う病棟運営カンファレンス等を活用して円滑な病棟運営に努めている。診療記録はマニュアルに沿って記載され、医師は必要な情報を収集して記録している。ミニカンファレンスや多職種カンファレンスなど、多職種で実施するカンファレンスにおいて各職種の評価事項や伝達事項および課題等を共有し、診療・ケアを実践している。また、専門チームが組織横断的に活動して患者・家族支援を行っている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室を設置し、医療安全管理委員会を開催している。インシデント・アクシデントが発生した場合は、簡略化した報告書を2日以内に医療安全管理室に提出する仕組みであり、正式なインシデントレポートを作成後に再発防止策の立案に向けて4M5E分析を活用している。医療事故発生時の報告手順を安全対策マニュアル、ポケットマニュアルに掲載し周知している。

患者誤認防止は、リストバンドの活用やフルネームの名乗り等で行っている。チューブの誤認防止対策には、カラーシリンジを活用している。指示出し・指示受けや検査結果の伝達等で、情報伝達エラー防止対策を適切に実施している。薬剤の保管・管理や取り違い防止、副作用の状況確認など薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している。全患者に転倒・転落アセスメントを実施し、危険度に応じてリストバンドに色分け表示するなど職員が共通認識のもとで対応できるよう工夫している。医療機器の安全使用では、マニュアルに沿った機器点検や教育・研修などを実施している。患者急変時に対応する院内緊急コードを設定しており、緊急時に備えている。必要箇所にAEDや救急車を配置して日常点検を実施しており、BLSやAEDの取り扱い研修も全職員が参加している。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策委員会は幹部職員および各部門を代表する職員で構成され、毎月開催している。院内感染防止対策マニュアルや指針を作成し、頻回の改訂を行っている。院内感染レポートを感染防止対策委員会で報告し、感染対策地域連携合同カンファレンスにも積極的に参加している。院外の感染情報は、ICTレポートや電子カルテ掲示板などを活用して院内への周知を図っている。

医療関連制御に関するマニュアルを整備し、感染発生時の対応を標準化している。手指衛生消毒剤の個人使用量や経験年数別使用量のサーベイランスを行い、感染リンクナースからの啓発を行っている。抗菌薬は適正使用マニュアルを定めており、遵守を確実なものとする仕組みを確立している。抗菌薬使用患者について毎週のICTカンファレンスで報告し、ICD介入の必要性等を検討している。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会では広報内容の検討や情報収集等を行っており、広報誌を用いて医療機関への情報発信や訪問を行っている。また、地域に向けて、ホームページを介し

て情報提供を行い、出張出前講座の際にも病院情報を発信している。入院患者数や紹介患者数、手術件数および在宅復帰率などの診療実績は、ホームページで発信している。地域連携業務は、MSW や看護師および事務職員を配置して対応している。診療情報提供書や MSW の記録については、匿名化して患者の同意を得た上で医療圏のネットワークで共有している。入院依頼に対する回答は 2 日以内に行うなど、迅速な対応が図られている。地域住民対象の健康体操教室を院内で開催しているほか、食事や薬、転倒予防、介護などをテーマにした出張出前講座を開催している。さらに、近隣の商業施設を会場として健康相談などの健康フェアを開催しており、子供を対象とした病院探検ツアーも開催している。感染管理認定看護師は、介護施設の看護職や介護職を対象に専門性を活かして感染防止対策の講義を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

医師の定期的診察に基づいて外来リハビリテーションを行い、療法士と情報共有し、効果判定や継続の必要性の検討などを行っている。多職種での入院調整委員会を毎日開催して入院判定を行っている。入院時のカンファレンスでは各職種の患者情報を統合し、リハビリテーション総合実施計画書を作成した後、患者・家族に説明している。多様な相談に対応しており、相談内容に応じて院内の専門職種や院外の専門機関やサービス事業所等と連携を図り、患者支援を行っている。

医師は医学的管理を適切に行い、各種カンファレンスでは主治医がリーダーシップを発揮している。看護・介護基準を定めており、看護職と介護職が協働でケアを行っている。多職種で構成する褥瘡チームが回診を実施し、対策実施の確認や創状態などの評価を行っている。難治性の褥瘡については、皮膚科受診で対応する仕組みがある。また、多職種で情報共有し、食形態の工夫や自助具・姿勢等の検討を行い、喫食の向上に努めている。

理学療法・作業療法・言語聴覚療法は標準的な評価に基づき、リハビリテーション総合実施計画書と各療法独自の計画書を作成して安全・確実に実施している。入院時に「している ADL」を看護師・療法士でチェックし、ADL 拡大を目指してチームでケアを実践している。痛み等の把握にはフェイススケールや傾聴、バイタルサイン測定等を活用し、多職種のアプローチで支援している。身体拘束低減に向けては、多職種でのカンファレンスを実施している。自宅退院患者には退院前家屋訪問を実施しており、各職種は必要に応じた介助指導を行っている。

<副機能：一般病院 1>

外来担当医はかかりつけ医として診療を担い、診断的な検査は必要性を判断して患者・家族に説明している。入院の適応を適切に判断し、病態に沿った適切な治療計画を入院診療計画書に記載している。医師はリーダーシップを発揮し、看護師は病棟業務を適切に行っている。病棟配置薬剤師は服薬指導の際、副作用などの説明を行いながら患者の薬剤に対する疑問や不安に対処している。輸血を実施する際には輸血の必要性とリスクを説明し、同意を得た上で実施している。手術の適応等は、整形外科カンファレンスで実施している。重症患者等は、スタッフステーショ

ン近くの病室で管理している。褥瘡や発生リスクがある患者には、治療計画を立案して褥瘡回診を行っている。多職種が連携して栄養管理計画を作成し、初回食事時に摂食嚥下評価を実施している。必要な患者に早期からリハビリテーションを実施するために、医師以外の職種も適宜リハビリテーションの必要性を確認している。身体拘束では、毎日の身体拘束低減カンファレンスで最小化に取り組んでいる。退院支援カンファレンスを実施して情報を共有し、必要な退院支援を実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査や疑義照会などを的確に行い、薬剤の適正使用のための指導なども十分に実施している。検体検査や生理機能検査および超音波検査など臨床検査業務を適切に実施し、夜間・休日の検査にもオンコールにて対応している。画像診断の質の確保、放射線診療の信頼性向上に努力している。CT や MRI 検査の読影に関しては、指示医の依頼により非常勤の放射線科医師が読影している。食物アレルギーのある患者は、入院時に管理栄養士が直接患者・家族にヒアリングしている。病棟担当の管理栄養士はラウンドを行い、患者の喫食状況を確認している。週末や祝日を含めて十分な単位数のリハビリテーションを提供し、患者・家族の要望に沿った目標設定したプログラムを実践している。

診療情報管理士は、チェックリストを用いて全退院患者の診療記録の量的点検を実施しており、不備があればフィードバックして完成させている。医療機器は、医療機器管理システムを活用して一元管理している。医療器材の洗浄・滅菌は中央化しており、一連の業務をワンウェイ化している。病理診断は外部機関に検査を委託しており、業者の精度管理の状況を把握するなど適切に運用している。輸血の頻度は少ないが、血液製剤の保管環境や実施体制を適切に整備している。手術室の清潔管理は規程・細則に沿って実施している。体制救急患者の受け入れ手順を定めており、診療機能に見合った救急医療を実践している。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に準じて財務諸表を作成し、監査を受けている。毎月の幹部会や運営委員会で予実結果や指標に基づく課題を洗い出し、対策を検討している。医事業務については、窓口業務を円滑に実施しており、レセプト点検はチェックソフトを活用し、必要に応じて医師が内容を確認している。委託業者ごとに定期的に会議を開き、情報共有や質の確認等を行っている。

施設・設備に関しては、医療ガス安全管理委員会は毎年開催し、廃棄物の保管や廃棄も手順に沿って行っている。購買管理では、診療材料は SPD を採用し、在庫管理から搬送までを委託業者が行っている。診療材料の同種同行品の整理や価格を検討しており、本部ではベンチマーキングを行っている。

防災委員会が自院にとってのリスクを評価し、責任体制を明確にした防災マニュアルおよび BCP を策定している。津波、地震、洪水等についての災害を想定し、参集予想人数および行動計画を定めており、毎年見直している。保安業務では、担当課を定めて緊急連絡体制を整備し、院内には防犯カメラを設置している。

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	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	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	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	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	B
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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A
2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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	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	B
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
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	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
-------	---------------	---

機能種別：一般病院 1（副） 2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	B
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A

2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	B

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： 社会福祉法人恩賜財団済生会支部神奈川県済生会 湘南平塚病院

I-1-2 機能種別： リハビリテーション病院、一般病院1(副機能)

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 神奈川県平塚市宮松町18-1

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	176	176	+0	91.86	36
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	176	176	+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)		
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		
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	88	+4
地域包括ケア病床	46	+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		
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

肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院(準備病院), 在宅療養支援病院

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： 人 2年目： 人 歯科： 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	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	168.94	160.39	155.93	105.33	102.86
1日あたり外来初診患者数	28.52	25.31	25.54	112.68	99.10
新患率	16.88	15.78	16.38		
1日あたり入院患者数	162.12	160.13	158.93	101.24	100.76
1日あたり新入院患者数	3.84	3.90	4.02	98.46	97.01