

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」及び副機能種別「緩和ケア病院」・「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および12月7日～12月8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
機能種別	緩和ケア病院（副）	認定
機能種別	リハビリテーション病院（副）	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。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、聖隷福祉事業団が国立横浜東病院から経営移譲を受ける形で、2003年に許可病床350床の聖隷横浜病院として開院された。その後は主に地域密着型の急性期病院としての診療機能の拡大を重ね、現在は許可病床367床の急性期病院として運営されている。救急告示病院として横浜市二次救急輪番制度に参加しており、2019年には一次脳卒中センターの認定を受け、24時間365日の体制で地域の救急患者を多く受け入れている。また、最近では心臓血管センターや脳神経血管・高次脳機能センター、人工関節センター、膠原病・リウマチ内科、整形外科などを重点領域と位置づけ、低侵襲手術の導入などによる診療の高度化およびチーム医療の推進に取り組んでいる。一方、回復期リハビリテーション病棟や緩和ケア病棟、訪問看護ステーションなどを設置し、人間ドック・健診事業を推進するなど、ケアミックス型の医療提供体制を整え、地域の多様な医療ニーズに対応できるよう努めている。

この度の病院機能評価の受審は、2008年の初回認定以来、4回目の受審であり、

各部署・委員会での取り組みや専門チームの活動により、日頃から質の改善を意識して病院全体で業務改善に取り組んでいることを確認できた。今後も病院理念である隣人愛の精神のもと、安全で良質な医療を提供して地域貢献に取り組み、貴院がますます発展していくことを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・運営方針を明文化し、院内外に広く周知している。5か年経営計画を作成し、計画の内容や進捗状況を全体朝礼や会議等で職員に周知している。病院幹部は法人理事会の承認により選任され、法人本部が病院幹部の活動を評価している。意思決定会議である管理会議を定期開催し、決定事項や重要な連絡事項は会議やイントラネットで組織内周知を図っている。年次事業計画に基づき、各部署で年間活動目標を作成している。病院幹部が各所属長と面談を実施して達成度を評価し、次年度の活動目標の設定につなげている。院内の情報システムは医療情報管理課が諸規程に基づき適切に管理している。文書の保管・管理方法を明確にし、職員への周知が必要な文書は常に最新版をイントラネットに掲載する体制としている。

医療法や施設基準等で定める必要な人員を確保している。ジョブシェアリング制度やコース別雇用管理制度などを導入し、人材確保に向けて工夫している。就業規則や給与規程はオリエンテーションやイントラネットへの掲載により周知し、職員の出退勤時刻はICカードによる打刻で正確に管理している。職員の健診受診率は100%であり、ストレスチェックや労働災害の届け出などはいずれも適切に行われている。職員からの意見・要望は、年1回の自己申告制度により聴取しており、多くの改善事例がある。

全職種を対象に医療安全や感染制御、医療の倫理など様々な研修会を計画的に開催している。職員の能力評価は法人本部で定めたラダーシステムにより実施している。初期研修は各部署で作成した研修プログラム等に則して実施し、業務の習熟度を定期的に確認している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化して患者・家族や職員に周知し、権利の擁護に努めている。説明と同意に関する指針を定め、説明時には看護師等の同席を原則としている。

「医療についての説明と情報提供を受ける権利」を患者の権利として定め、入院案内やパンフレットを活用して患者自身の医療参加を促している。患者・家族の相談窓口として医療相談室を設置し、社会福祉士や看護師が各部署と連携して多種多様な相談に対応している。個人情報保護に関する方針や規程を策定し、定期的に研修会を開催して個人情報の取り扱いを職員に周知している。電子カルテシステム運用上の個人情報保護対策も適切に行われている。病院としての主要な倫理的課題への対応方針を明確にし、現場で解決困難な課題が発生した場合は、委員会を開催する仕組みがある。現場で発生する日常的な倫理的課題は、ジョンセンの4分割法などを活用し多職種による検討が適切に行われている。

駐車場や駐輪場、タクシープールの設置、無料送迎バスの運行などにより病院へ

のアクセスに配慮している。院内はバリアフリー構造であり、無料 Wi-Fi の整備など利便性にも配慮している。各病棟には患者・家族がくつろげるラウンジスペースが設置され、院内は十分に整理整頓されている。敷地内全面禁煙の方針を明確にしてポスター掲示などで患者等へ周知し、禁煙外来の開設、職員向けの禁煙教育などを推進している。

4. 医療の質

部署・委員会や専門チームは業務改善に積極的に取り組んでおり、成果を院内学会などで発表している。法人全体の学会で発表し、表彰された実績がある。診療の質の向上は、医療の質改善委員会が担当している。日本病院会 QI プロジェクトに参加して臨床指標を集計・提出し、結果を院内に公表している。患者・家族の意見は投書箱などから収集している。委員会で組織的に対応を検討しており、様々な改善事例がある。病院として初めて実施する手術や新たな治療法の導入は、倫理・臨床研究審査委員会で審査・承認している。

主治医と担当医の定義を明確にし、病棟看護責任者の役割・職務内容等を看護課長職務明細に定めるなど、診療・ケアの責任体制を明確にしている。診療・看護責任者は日々の回診やラウンド、カンファレンスを通して業務の遂行状況を確認している。電子カルテシステムを導入し、検査結果や画像診断結果は適時に記載され、手術・麻酔記録や退院サマリー等が適時に作成されている。多職種で構成された様々な専門チームが組織横断的に活動し、カンファレンスやラウンドを通して情報の共有を図っている。

5. 医療安全

医療安全管理室に医療安全責任者、看護師の専従医療安全管理者を配置している。医療安全管理マニュアルは、定期的に点検を行い必要に応じて改訂している。全職員からアクシデント・インシデント等を収集し、委員会等で再発防止策を検討し、安全対策の確認と必要な見直しを行っている。医療事故発生時の対応フローチャートを各部署に設置して職員に周知し、重大事故発生時には、有害事例調査委員会を立ち上げ、原因究明や再発防止策の検討を行う仕組みがある。

患者の本人確認は患者自身による氏名・生年月日の名乗りを基本とし、ネームバンドのバーコード認証や外来患者受付票との照合など、複数の方法で行っている。医師の指示に対する看護師の指示受け・実施記録、医師の実施確認や中止・変更時の手順は明確に規定され、口頭指示は原則、禁止している。麻薬、毒薬、劇薬、向精神薬、ハイリスク薬の定義を明確にし、適切に保管・管理が行われている。入院時に全患者の転棟・転落のリスク評価を行い、必要に応じて衝撃吸収マットや離床センサーを使用するなど対応策を実施している。病棟等で使用する医療機器は臨床工学室で一元的に管理している。ME 機器操作マニュアルを整備し、使用する職員への教育研修を計画的に行い、安全な使用に努めている。全職員を対象に BLS・

AED 訓練を定期的実施し、各部署での急変時のシミュレーション訓練も計画的に実施している。なお、早期患者対応室を組織し、RRS（院内迅速対応システム）が導入されている。

6. 医療関連感染制御

感染対策室に専従の ICN や ICD、薬剤師、臨床検査技師等を配置し、組織横断的に活動できる権限を付与している。また、感染対策委員会を毎月開催し、各種サーベイランスの結果報告や必要な検討を行っている。下部組織である ICT・AST はラウンドやカンファレンスなど実施して活発に活動している。近隣病院との相互訪問や合同カンファレンスを通して地域内での情報共有を行っている。AST では、薬剤耐性菌の検出状況や抗菌薬の使用状況、感染症の発生状況等の情報を把握・分析している。また、各種サーベイランスにより得られた院内の医療関連感染に関する情報を分析・検討して感染防止策に役立てている。

手指衛生の徹底や個人防用具の着用、感染性廃棄物の分別など、感染を制御する活動は感染対策マニュアルに基づき適切に実施されている。ICT では手指消毒剤の使用量を部署別にモニタリングし、手指衛生の実践状況を集計・評価してフィードバックしている。ICT や AST の活動をもとに、培養検体の採取、評価から初期投与に用いる抗菌薬の選択、培養結果判明後の de-escalation まで、感染対策室の臨床検査技師や薬剤師が医師にきめ細やかにアドバイスを行い、抗菌薬の適正使用に向けて取り組んでいる。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページや動画配信、広報誌、年報等を活用して地域へ必要な情報を発信している。広報誌には病気・治療の話や自院の医師・スタッフ・診療機能の紹介などの情報をわかりやすく掲載し、地域住民や連携施設、行政機関等に広く配布している。各媒体の管理・制作は総務課の広報係が担当している。また、地域医療連携室では、各診療科の医師とその特色、自院の機能などを取りまとめたリーフレットを作成し、連携施設等へ配布している。地域医療連携室は地域の医療関連施設等への訪問活動を行い、地域の医療機能・医療ニーズを収集・把握し、院内にフィードバックしている。紹介患者に対しては、事前に予約を受け付けるシステムを整備し、紹介から初回受診までの期間短縮を図っている。紹介元への医師の即日返書率は 100%となっている。地域の健康増進に向けた活動として、市民健康講話と市民公開講座を定期的で開催している。消防署など公的機関が主催する研修会や地域で開催されるイベントなどへも参加し、病気や健康に関する情報を地域住民に直接伝える活動を精力的に行っている。地域の医療機関や福祉関連施設に向けた活動としてリウマチ包括ケア研究会などを開催し、地域からの要請に基づく職員の講師派遣などにも積極的に対応している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページや院内掲示でわかりやすく案内し、コンシェルジュを配置して受診をサポートしている。外来診療は、患者情報を収集して患者の本人確認を行っている。侵襲的な検査・処置を実施する際は、必要性和リスクの説明を行い、同意を取得して実施している。入院の必要性は医師が医学的に判断し、患者の背景を考慮して入院病床を決定している。入院診療計画は患者の病態に応じて多職種で作成している。患者・家族からの医療相談は医療相談室に窓口を一本化し、内容に応じて専門職種に対応を振り分けている。入退院支援室の看護師は、患者情報の収集や各種アセスメントを実施して病棟スタッフに情報を伝達し、円滑な入院につなげている。医師は毎日回診して診療内容を電子カルテに記載し、カンファレンスで患者の治療経過や治療方針を検討して情報を共有している。また、看護師は看護基準・手順を整備し、看護計画に沿って日常生活援助や診療の補助業務を実施している。各病棟に担当薬剤師を配置し、服薬指導や薬歴管理、医薬品の在庫管理を適切に行っている。

輸血療法は輸血療法マニュアルに則り、説明と同意を経て実施している。手術・麻酔は、術前カンファレンス等で適応を十分に検討し、説明と同意を経て実施している。重症患者の管理にはHCUやSCUなどを活用している。全ての入院患者を対象に褥瘡発生リスクや栄養などの評価を行って必要な計画を立案し、適宜、専門チームが介入して支援している。症状などの緩和はマニュアルに基づき実施され、疼痛は客観的に評価されている。リハビリテーションの必要性はリハビリテーション科医が判断し、病態に応じてリハビリテーションを実施している。身体拘束については、拘束中は勤務帯ごとに観察することなど基準・手順を明文化している。退院支援が必要な患者や退院後も継続的な支援が必要な患者に対しては、多職種でカンファレンスを開催して必要な検討・調整を行っている。ターミナルステージの対応は、入院時にアドバンス・ケア・プランニングに関する情報提供を行い、患者・家族の意向に配慮してケアを行っている。

<副機能：回復期リハビリテーション病棟>

回復期リハビリテーション病棟では、詳細な評価の下で、適切なゴール設定を行い、質の高いリハビリテーションが施行されている。病棟スタッフと療法士はADL表の使用など、密に連携したアプローチを行い、「できるADL」と「しているADL」の差異が出ない工夫を行っている。

<副機能：緩和ケア病院>

新型コロナウイルス感染症流行期の開棟となったが、標準的な緩和ケア病棟の体制が適切に、円滑に整えられてきたことは評価できる。医師や看護師、医療相談室担当者を中心に薬剤師、療法士、管理栄養士等の多職種スタッフが適切に連携して、様々な問題にチームとして対応し、円滑に病棟運営がなされている。日本緩和医療学会の認定研修施設として、医療者の教育・研修の場所としての役割を果たしていく準備も整っている。

9. 良質な医療を構成する機能

持参薬は薬剤師が入院決定時・入院時に鑑別しており、調剤鑑査や医薬品情報の収集、抗がん剤の調製・混合など、薬剤管理機能はいずれも適切に発揮されている。外部委託を含め、病院が必要とする検査は全て安全・確実に実施され、検査結果の報告体制も整備されている。放射線課では、24時間体制で画像診断機能を発揮している。栄養課では、地元の新鮮な食材を使用し、食器や盛り付けの工夫を行うなど、美味しい食事の提供を目指して取り組んでいる。リハビリテーションは主治医の指示に基づき実施され、カンファレンスで患者情報を共有している。電子カルテシステムを運用し、診療情報は1患者・1IDで診療録管理室が一元的に管理している。医療機器は、システムを活用して臨床工学室が中央管理し、日常・定期点検の実施、標準化への取り組みなど臨床工学技士が専門性を発揮している。使用済み器材の洗浄・消毒は中央材料室に中央化され、滅菌業務では各種インディケーターを使用して滅菌状態を確実に確認している。

病理診断部門には常勤の病理専門医のほか細胞検査士や臨床検査技師を配置し、生検や術中迅速検査、病理診断検査などの業務を実施している。輸血・血液管理機能は検査課が担当し、輸血療法委員会の委員長が業務を監督・指導する体制とし、輸血用血液や自己血の保管、払い出しは適切に実施されている。手術スケジュールは各診療科と調整して管理され、手術室入室時の患者誤認防止や開始時のタイムアウトを確実にやり、安全に手術・麻酔を実施している。集中治療が必要な患者はHCUやSCUなどで管理し、入退室基準を明確にし、多職種・専門チームが介入して治療にあたっている。救急告示病院として二次救急輪番制度に参加し、対応可能な患者は全て受け入れる方針のもと、多くの救急患者を受け入れて地域の救急医療に貢献している。

10. 組織・施設の管理

予算は事務部門が各部署とヒアリングを行い、中期計画などとの整合性を図りながら作成し、執行状況を毎月、管理会議で確認し、必要な検討を行っている。会計処理や財務諸表の作成は、社会福祉法人会計基準に則り適正に行われている。医事業務は医療情報管理課が担当し、保険請求業務やレセプトの点検、査定・返戻への対応などは手順に則して行われている。また、施設基準管理や未収金の督促なども適切に行われている。業務委託契約の契約期間は、単年度契約を原則としている。委託業務の各担当部署が委託先とのミーティングやラウンドを定期的実施して委託業務の遂行状況を確認し、課題・要望等を把握・検討して業務の質向上に努めている。

施設・設備の管理は、施設資材管理課が、年間保守点検計画や5年先までの大規模修繕計画に基づき管理している。職員緊急連絡網や設備ごとの緊急連絡先を一覧表にまとめて保安管理室に配備している。医薬品や消耗品・医療材料、医療機器の購入は、担当委員会での検討を経て、購入金額ごとに設定された決裁基準に基づき購入している。高額医療機器については管理会議で購入可否を決定している。

火災・地震などを想定した防災マニュアルやBCPを整備し、法定訓練のほか、安

否情報確認訓練やシステムダウンを想定したシミュレーション訓練なども実施して災害に備えている。院内外の巡回や出入り口の施錠管理、時間外来館者の受け付け、防犯カメラの映像監視などの保安業務は総務課と施設資材管理課が担当し、館内主要箇所には防犯カメラを設置している。