

# 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9月15日～9月16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、1956年に高津外科医院として創設され、1970年に総合高津中央病院に名称を変更した。地域の人口動態や社会的ニーズ、地域医療体制の変化に応じて病床規模の拡充、新規医療サービスの追加、機能再編を繰り返してきた。1979年には法人内で看護学校を開設し、2014年に地域の医療、介護施設とスムーズな連携を行うため患者支援センターを開設した。転入超過が続くエリアにあり、今後ニーズが高まってくると予測される心臓血管内治療に向けて、2015年に心臓血管センターを開設した。常に先を見越したかじ取りを行うなど院長はリーダーシップを発揮している。新型コロナウイルス感染症の患者の受け入れを行うなど、地域医療を支える取り組みを確認することができた。

今回の審査では、院長をはじめ職員が真摯に向き合っており取り組んでいることが確認できたが、一部に前回審査時の指摘から改善が進んでいない点も見受けられた。改善に向けて継続して取り組むことで全体の改善につながることから、今回の審査が新たなスタートであると認識し、改善する風土を高められることを期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念ならびに基本方針は、各所に掲示し広く周知している。5か年計画ならびに年度計画を立案し、病院の将来像を明確にして、病院運営会議や各会議を通じて職員に周知している。特に、院長は周辺環境の変化を考慮して、明確なビジョンを掲げ職員に周知している。病院運営に必要な委員会を設置し、目標管理制度のもとで進捗管理を行い適切な病院運営を行っている。2016年に電子カルテシステムを導入し、情報システム管理委員会によりシステム運用上の課題を抽出、改善し、医療情報を活用して病院運営や医療の質の向上に対応している。

法的に必要な人材は確保しており、法人により人事労務管理は適切に行われ、就業規則などは必要時に職員の閲覧が可能となっている。安全衛生委員会の運用、職員の健康診断、予防接種、メンタルヘルス、労働災害の取り扱いも適切である。保育手当の補助や社宅制度など福利厚生も充実している。

教育研修委員会による全職員への研修が行われ、新型コロナウイルス感染症の影響で集合研修が困難な中でも工夫して研修を継続している。人事評定で職員の職制や専門性に応じた能力を評価し、専門資格の取得も病院として支援している。

### 3. 患者中心の医療

「患者さまの権利と責務」だけでなく「子どもの権利」も職員や患者・家族に周知され日々の業務の中で擁護されている。患者の理解を得るための同意がルール化されているが、一部の侵襲的検査で同意書が取得されていないこと、入院時に一律に同意書を取得していることなど、同意を取得する際のルールや範囲の見直しを図られたい。また、患者の個別性に応じてリーフレットを作成し、患者参加による医療への理解を高めている。患者支援センターには社会福祉士が常駐し、患者・家族からの様々な相談に対応し、必要に応じて対応部署に取り次いでいる。個人情報管理については組織体制を整備し、院内システムの運用では、専用のUSBのみ使用を許可し個人情報の流出を抑制している。倫理委員会を随時開催し、医学研究等を討議した実績もある。日常的な倫理的課題は、看護部を中心に適切に検討している。

病院は公共交通機関の利便性が良く、院内に売店を設置し、療養生活に必要な用品が用意され、高齢者や障害者に配慮した構造となっている。病院建物は日々のメンテナンスが施され、清掃が行き届き、快適な療養環境を整備している。敷地内禁煙で職員や患者に禁煙について周知している。

### 4. 医療の質

意見箱や患者アンケートを通じて患者・家族からの意見を集約し、病院幹部や職員に周知している。集約した意見への対策は、患者・家族にフィードバックすることが望まれる。多職種参加で各診療科のカンファレンスが行われ、臨床指標も収集し、現場にフィードバックしている。クリニカル・パスについては、診療内容の標準化・可視化のためにも病院として充実を図られたい。院内課題提案制度により、現場の声をすくい上げ業務改善に活かす工夫をしており、実例も豊富である。現在、新たなプロジェクトを立ち上げ6つの課題に取り組んでいるところである。新たな治療方法の導入として新規術式の導入や薬剤の適応外使用などの実績があるが、導入に際しては各診療科任せであり、病院としての検討を進められたい。

病棟での看護管理者の役割は明確で、主治医不在時や代行医の周知方法も院内で統一されている。診療記録は規程に基づき記載し、診療記録の質的点検も適切である。また、多職種が参加して褥瘡回診・ICTによる環境ラウンド、医療安全対策チームのラウンド、退院支援カンファレンス、リハビリテーションカンファレンスなどを行っている。特に、フットケアに関しては多職種が精力的に活動し、対外的にも地域において中心的な役割を担っている。

## 5. 医療安全

医療安全対策室を看護部長室内に設置し、専任の病棟師長を医療安全管理者として配置しており、週1回カンファレンスを開催している。また、委員長を副院長、副委員長を看護部長とし、月1回医療安全管理対策委員会を開催している。インシデント・アクシデント報告は医療安全対策室が集約し、共有すべき事例を職員に周知している。院内ラウンドによる療養環境や職場環境のチェックを行っている。

患者、注射・点滴、手術部位、検査部位の誤認防止策として、フルネームの名乗り、2点認証システムにより照合を確実に実施している。口頭指示については、数量の誤認の防止および確実に指示・指示受け・実施・実施確認ができる仕組みを構築されたい。禁忌薬の警告、重複投与や副作用・アレルギーの管理、カリウム製剤や麻薬の管理は適切である。入院時に全患者に転倒・転落アセスメントシートによるリスク評価を行い、患者の状況に応じた看護計画を立案している。輸液ポンプや人工呼吸器などの医療機器の整備、点検は臨床工学技士が担当するなど医療機器は安全に使用されている。救急カートの薬剤・物品は院内で統一され、定期的に点検を行っている。院内緊急コードにより急変時の対応を図っているが、正しく機能することを訓練で確認されると良い。

## 6. 医療関連感染制御

感染防止対策マニュアルを作成し、感染防止対策室の感染管理者、ICC、ICTにより適切に運用している。ICNは看護部長であるが兼務を支援する体制が望まれる。ICCでは院内分離菌や抗菌薬の使用状況、医療関連感染サーベイランスなどを議題に掲げている。感染症の検査は外部委託で、長期抗菌薬使用例は薬剤部でまとめてICTに報告している。また、院内ラウンドもICTにより適切に実施されている。感染症情報を収集して職員に周知し、微生物サーベイランス、新型コロナウイルス感染症などを集計し検討している。アウトブレイクの定義も適切で実際に対応している。

抗菌薬の採用と削除は薬事委員会で審議し、抗菌薬適正使用の手引きを作成し運用している。細菌検査は外部委託で、アンチバイオグラムの成人版・小児版を院内に公表、「KAWASAKI 地域アンチバイオグラム」を発行している。感染症マニュアルに沿って感染予防策が実施されている。新型コロナウイルス感染症のマニュアルも整備し、感染患者を受け入れている。手指衛生サーベイランスの現場へのフィードバックや手指衛生ラウンドは頻度を高められると良い。感染性廃棄物の分別は適切であり、最終保管場所へ搬送する職種にも安全教育がなされている。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報委員会により、地域の医療機関・福祉系施設・患者向けに「高津中央病院だより」を定期的に発行し、病院の理念や基本方針、医師や部門の紹介、行事を分かりやすく紹介している。ホームページには、病院概要、外来・入院の案内、DPCデータの病院指標、診療科・部門紹介、採用情報を掲載しており、更新頻度もおおむね適切である。病院の特徴や強みを示す診療実績や臨床指標については、広報機能

の一環としてホームページへ掲載されることを期待する。地域医療連携は患者支援センターが担っており、医師をはじめ必要な人材が配置されている。紹介患者の受け入れ、返書管理の状況は適切で、地域の医療機関や福祉系施設を定期的に訪問し情報交換等を行っている。地域に向けた教育・啓発活動として、糖尿病教室、両親学級、看護フェスティバル、1日看護体験等を実施していたが、現在は新型コロナウイルス感染症の影響で一部のみ実施している。地域の医療従事者に向けて、循環器内科、フットケアチームによる研修会を行っており、オンラインで継続して開催している。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付フロアには、円滑な診療を支援する看護師とフロアアテンダントを配置している。外来診察室には、クラークや同意が必要な場面では看護師が同席している。診断的検査はカンファレンスなどを通じて主治医により判断され、検査実施中の観察も適切に行っているが、一部で同意書が交付されていない侵襲的検査があったため、同意書を取得すべき範囲の見直しが望まれる。入院の必要性は外来担当医が医学的に判断し、患者・家族に説明している。入院診療計画書については、個別性を重視し多職種の間で作成されたい。予定入院患者は患者支援センターで、その他は病棟にてオリエンテーションを実施している。

医師は毎日回診して患者の病態を把握し、看護師は看護基準や手順に沿って看護計画を立案し実践している。安全な投薬・注射、輸血を実施し、手術の適応は各診療科のカンファレンスや麻酔科医の術前診察で決定している。重症患者の管理、症状緩和、栄養管理ともに適切に実施されている。褥瘡の管理は、入院時のアセスメント、皮膚科医の介入、多職種で構成された褥瘡対策チームによるラウンドにより予防、治療を適切に行っている。身体抑制については、抑制の早期解除ならびに抑制回避に向けた取り組みの継続が望まれる。退院に向けた支援や退院後の診療・ケアの継続、ターミナルステージへの対応は適切に行われている。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

各部署がそれぞれの機能を発揮して良質な医療を提供していることが確認できた。薬剤管理機能は、日本病院薬剤師会よりプレアボイド報告施設証を受けている。注射・点滴の病棟への払い出しは1施用ごとに実施されたい。臨床検査機能、画像診断機能は24時間体制で、パニック値の取り扱いや精度管理は適切で、主治医が未確認の読影レポートはリスト化して主治医に報告している。栄養管理機能は、HACCPに沿った衛生管理を適切に行い、委託職員も含め職員の衛生管理指導、教育研修も適切である。リハビリテーション機能は、療法士と看護師が協働し継続したリハビリテーションに向けて努力している。診療情報管理機能は、電子カルテにより診療情報が一元化され、全退院症例において量的点検を実施している。医療機器は、臨床工学技士により使用前後の点検が行われ、保有機器の状況など一元管理されている。中央材料室では、清潔と不潔エリアが交差しない動線で、インディケータも実施して適切に管理している。

病理診断機能は、細胞診検査を除いてすべて外部委託で、報告書の未読についても管理している。輸血・血液管理機能は、保管、適正使用、廃棄の削減など適切であるが、ロット番号の記録の保管期間を遵守されたい。手術・麻酔機能では、麻酔科医の体制を見直し、安全な麻酔管理体制を整備している。救急医療機能では、循環器疾患対象のハートライン救急を実施し100%応需を原則としており、未応需事例の検討も適切である。

#### 10. 組織・施設の管理

病院事業計画および予算、各部門別の年度業務報告と部門計画も策定し、法人会計、病院会計監査ともに適切に対応している。経営状況は、毎月の収支管理と分析を病院運営会議・診療委員会で報告し経営改善について検討している。未収金の督促管理は適切で、返戻・査定結果は、各診療科ミーティングなどを通じて医師に伝達している。施設基準は「施設基準管理室」を立ち上げ、法人の人事課と連携している。業務委託は、業務日誌や随時の会議で委託内容の精査を行い、質の改善の指導も行っている。委託職員も病院の研修に参加できるなど適切である。

施設・設備は法人の施設課が管理し、電気・空調等の保守点検については委託業者により行われている。購入品に応じて各部署への直納もしくは委託のSPDで対応している。薬剤、診療材料、医療機器等はそれぞれの委員会で審議し採用を決定している。

消防計画、災害対策マニュアル、洪水時の避難確保計画、事業継続計画を策定し、防災訓練は夜間等を想定した実効性のある訓練を行っている。保安業務は委託職員により24時間体制で対応している。医療事故調査制度初期対応マニュアルを整備し、重大事故発生時は医療事故対策委員会を開催し、事故の原因の究明、患者への対応、事故調査委員会への報告の検討など組織的に対応する仕組みを構築し適切である。

#### 11. 臨床研修、学生実習

看護学生をはじめ、薬剤師、医療秘書の学生実習を受け入れている。受け入れにおいて、看護部では自院で作成した「臨地実習指導要領」に基づき、医療安全、感染制御、個人情報保護、事故時の対応についてオリエンテーションし、実習と評価も適切である。薬剤師、医療秘書については法人の人事課が窓口となり、学校からの実習依頼に基づき、個人情報保護誓約書の提出とともに学校書式の指示書に実習中の遵守事項を記載して交付している。看護学生以外の実習生に対する医療安全、感染制御、個人情報保護等に関する教育・遵守事項の取り決めについても、病院として取り組むことが望ましい。

# 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              | 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                | B |
| 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                 | B |
| 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                 | B |
| 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                | B |
| 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             | 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   | B |
| 2.1.4  | 情報伝達エラー防止対策を実践している         | B |
| 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             | B |
| 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    | 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    | 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・注射を确实・安全に実施している     | A |
| 2.2.11 | 輸血・血液製剤投与を确实・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确实・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      | B  |
| 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    | B  |
| 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   | B  |
| 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              | A |
| 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 | 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           | 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                  | B |
| 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： 2020年 4月 1日～2021年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2021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： 医療法人社団亮正会 総合高津中央病院  
 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： 神奈川県川崎市高津区溝口1-16-7

## 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   | 260   | 215   | +0         | 52.2     | 11.2      |
| 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     | 260   | 215   | +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)       |       |           |
| 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                | 25    | +0        |
| 小児入院医療管理料病床         | 15    | +0        |
| 回復期リハビリテーション病床      |       |           |
| 地域包括ケア病床            | 41    | +41       |
| 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： 0人 2年目： 0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

