

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「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 6 月 14 日～6 月 15 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 1	認定
------	--------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、東京都江東区に開設された地域医療に貢献している病院である。病棟は病床数 49 床で地域包括ケア病棟が稼働しており、地域の後方支援病院・在宅療養支援病院としての役割を担っている。診療科は、内科、外科、整形外科、小児科、呼吸器内科、循環器内科、心療内科、皮膚科、リハビリテーション科を標榜している。日本医療機能評価機構の受審にあたり、前回の審査で指摘された項目が改善されるなど、病院の質向上、安全な医療提供に向けて準備してきており、評価できる。特に、効果的・計画的な組織運営、職員の能力評価・能力開発の取り組みは秀でており、高く評価できる。

継続的な病院の質向上、安全な医療の提供に向けた取り組みを行っているが、今後も良質な医療の実践や地域医療の質向上に向けた取り組みを継続され、更に発展されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化されている。課題を明確に示し、その実現に向けて病院幹部はリーダーシップを発揮して取り組まれており、評価できる。DIC 計画（中期経営計画）を策定して、その計画の実現に向けて取り組まれており、高く評価できる。診療情報の総合的な管理・活用方針は明確に示されており、IT システムは計画的に導入されている。文書管理規程が整備され、院内外の文書管理は業務に係わる文書の責任者を明確にしている。医師事務作業補助者、看護事務を配置して看護の負担軽減が図られている。

人事・労務管理の担当部署は明確にして、就労管理は適切に行われている。グループ病院のカウンセラーによる職員への精神的サポートを実施している。働き方改革の推進の一環として、ワークライフバランスに配慮した労働環境の整備に努められている。全職員を対象とした全体の年度計画を立案している。院外研修については、規程を定めて積極的に取り組んでいる。職員の貢献を評価し、職員を育成する人事考課制度は適切に行われている。病院の自己学習（自己研鑽）支援により、職員は多様な資格を取得しており、各認定取得に向けて積極的に取り組まれていることは、高く評価できる。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は5項目にまとめ、明文化している。「説明と同意に関する方針」が整備され、医師から患者・家族への説明が行われ、記録が残されている。診療やケアに必要な情報の共有のために、難聴者に対しても丁寧に筆談で説明し、高齢者には分かりやすく絵を用いた説明を行っている。MSW、看護師を配置して多様な相談に応じる体制が確立されている。虐待委員会活動が江東区より評価され2017年度より江東区要保護児対策地域協議会委員として委嘱されており、評価できる。患者の個人情報保護方針は明文化しており、適切に遵守されている。「臨床における倫理方針」が明文化され、倫理に関する研修が全職種に行われているが、病院として臨床現場から上申された臨床倫理の課題を検討する場の確保と記録、また職員へのフィードバックなどで継続的な取り組みを期待したい。臨床現場における日常的な検討や報告は行われており、現場での検討の仕組みを明文化されると良い。

外来、入院患者の視点から利便性に配慮されており、適切である。2020年に1階の改築がなされており、待合室でも車椅子等の利用に支障がないようゆとりのある空間が確保されている。玄関から入ったすぐの外来フロアの壁面には奥行きを持たせる絵画が一面にあり、広々とした印象を与えている。病棟のデイルームの隣接するベランダに植物を植え季節感を持たせ癒しとなるように工夫されている。敷地内禁煙が実施されているが、今後の職員への禁煙推進活動に期待したい。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見・要望を収集している。対応策や回答は記名者へのフィードバックや外来に掲示するなど適切に対応している。主要な診療ガイドラインは各診療科で活用している。今後、バリエーション分析を含めたクリニカル・パスの活用に関する検討が期待される。病院機能評価を継続的に受審しており、受審に際しては院長を中心に機能評価ワーキンググループで各部門のマニュアルの整備、業務の見直しを行うなど、業務の質向上のため継続して積極的に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入および薬剤の保険適応外使用に際しては、原則として倫理委員会の承認のうえで実施する体制になっている。

主治医不在時には、病棟では各階の担当医師がおり、事前に紹介され担当医が診ている。外来では医師不在や医師の変更について紙で掲示板に張り出して案内しており、適切である。患者に関する必要な診療情報は診療録記載マニュアルに則り、

多職種により診療記録として電子カルテに適切に記載されている。これらの診察内容や看護記録などの診療記録は概ね適時・適正に記載されている。今後、診療記録の質的点検については医師も含めた実施について検討されると良い。日常的に多職種が話し合いを行いながらケアを実施している。加えて、週1回のリハビリカンファレンスはほぼ全職種が参加しており、症例カンファレンスが行われている。

## 5. 医療安全

医療安全管理委員会は全職種によって構成され、記録が残されている。院内のインシデント・アクシデントレポートを書きやすいものへと改訂し、レベルの基準も見直して他院との比較がしやすいものへと改訂されている。

患者の確認は外来では全部署で「名前を名乗ってもらう」ことが徹底されている。病棟ではリストバンドに記された氏名も確認している。電子カルテシステムを用いて、医師の指示出し、看護師による指示受け、実施および医師の実施確認などの手順を整備している。やむを得ない場合に実施する口頭指示は手順を整備し遵守している。電子カルテ上で薬剤師が処方鑑査を行い、重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避をしている。入院時、全患者に転倒・転落リスクの評価を行い、リスクの高い患者に対して看護計画が立てられ、説明されている。転倒・転落が発生したときのフロー図があり、日中・夜間時の対応も記載されており適切である。医療機器には使用マニュアルが取り付けられており、マニュアルに沿った点検整備が日常的に実施されている。緊急コール訓練は全職種を対象に行われている。

## 6. 医療関連感染制御

病院各部署の代表者からなる感染対策委員会（ICC）を組織し、毎月1回開催している。そのもとでICCのコアメンバーからなる感染対策チーム（ICT）が活動している。ICTは毎週環境ラウンド・ミーティングを実施し、院内感染の状況を把握し、対応をしている。

汚物室や必要な場所にはPPEの準備がされており、廃棄場所も設置されている。抗菌薬の採用・削除に関しては、感染対策委員会での審議を経て、薬事委員会で決定している。抗菌薬適正使用に関する指針を整備し、抗MRSA、カルバペネム系など特殊な抗菌薬については届け出たうえで投与する仕組みになっており、抗菌薬は適正に使用している。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスを地域に向けて発信している。診療実績や、病院の役割や医療機能の内容等を発信されることを期待したい。地域の後方支援病院、在宅療養支援病院としての方針を明確にしている。地域連携室では、患者・家族の相談や要望に的確に対応するため、地域の医療・介護・福祉関連施設と風通しがよく、地域の全ての病院、クリニックから患者の紹介の受け入れや逆紹介が行われている。行政と協働して、地域の健康増進に寄与する活動が行われている。地元企業や警察署と契約して産業医活動にも熱心に取り組んでいる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療に関わる手順を遵守して、患者の受け入れは適切に行われている。外来での検査や治療は担当医が必要性和リスクなどを説明し同意を得て実施している。転院について、医療連携室が窓口となり、情報の収集を行っている。診断的検査の際には医師が患者に必要性、リスク等を説明し、確実・安全に実施している。患者・家族のニーズや希望に合わせて調整し転院をしている。外来担当医による医学的な判断に基づき、入院の必要性を検討し、入院を決定している。外来等にて収集された診断的評価に基づき、患者・家族の要望も聴取し、速やかに入院診療計画書を作成している。病棟オリエンテーションが当日の受け持ち看護師によって進められており、適切である。

医師は毎日回診を行い、患者の病態等を確認して必要事項を記録し、看護師は患者の身体的ニーズだけではなく、患者・家族の心理的ニーズ・社会的ニーズについて多職種とのカンファレンスで情報共有しながら把握しケアを行っている。輸血・血液製剤の投与はガイドラインに則り、主治医が輸血の必要性・リスクについて説明・同意のうえ、確実・安全に実施している。主治医は患者の重症度の評価を行い、必要と判断した場合には重症患者用病室に収容している。入院時、全患者に対して褥瘡リスクの評価を行い、リスクの高い患者に対して看護計画が立てられ、説明されている。栄養管理は、管理栄養士が患者の入院時に必ず訪室し、栄養スクリーニングを行い栄養状態の把握を行っている。疼痛緩和に対する麻薬使用時には薬剤師がカンファレンス等に参加し、麻薬使用の際のガイドラインに沿ったケアに携わり、患者の疼痛の訴えを把握できるような工夫もされている。

リハビリテーション実施前後の評価はカンファレンスで主にADL（BI）を用いて行っており、リハビリテーション実施計画書を作成し、説明・同意のうえリハビリテーションを確実・安全に実施している。安全確保のための身体抑制は、抑制の妥当性などに関する毎日の検討や、多職種でも検討されており適切に行われている。患者・家族への退院支援や、必要な患者に対する在宅などの継続した診療・ケア、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

注射薬の1施用ごとの取り揃えはほぼ100%実施をして病棟に配送している。新型コロナウイルスのワクチンの保管を含めて、薬剤の温・湿度管理を適切に行っている。臨床検査科では緊急血液生化学検査、生理検査、輸血に関する検査を行い、緊急性のない血液生化学検査、細菌検査、病理検査などは外部委託で対応している。一般X線検査やCT検査を実施している。夜間・休日・時間外はオンコールで対応しており、緊急時には速やかに実施できる体制にある。患者の状態に見合った個人対応の食事を提供に努めている。脳血管疾患等、運動器および廃用症候群のリハビリテーションを実施している。電子カルテを導入しており、同意書等の紙媒体は、ターミナルデジット方式で保管・管理されている。医療機器は使用する場所に配置し、適切に管理されている。

滅菌時は必ず化学的インディケーターを用いて滅菌物の質保証を確認している。病院のニーズに応じた病理診断機能を適切に発揮している。輸血・血液管理部門の管理責任医師のもとで担当臨床検査技師が輸血・血液製剤に関する業務を担当している。2019年度の輸血製剤の廃棄率は0%であった点は評価できる。水準3に該当する救急告知病院で、救急医療機能を適切に発揮している。

#### 10. 組織・施設の管理

病院会計準則に基づいて会計処理は適切に行われている。経営状況については、財務内容を全てオープン化しており、評価できる。時間外や休日を含む医事業務・窓口業務の手順は明確にされている。委託業務の是非については業務の質、専門性、効率性の観点から検討されている。実施状況の把握は管理部により、把握・確認している。定期的に業者との話し合いを持つことで継続的に委託業務内容の品質管理に努められている。病院機能に応じた施設・設備が整備されており、設備・備品の補修・修繕・更新計画、年間の施設・設備の保守管理は計画書を作成し、適切に行われている。

物品管理について、購入希望備品の選定から決定までのプロセスはルールに基づいて行われている。発注から納品に至る経緯は内部牽制が働く仕組みが確立している。消防計画、防災マニュアル、緊急時の責任体制・連絡網は作成されており、電子文書化して職員に周知されている。大規模災害時の対応として、外来待合室の長椅子は待合室災害用簡易ベッドを採用しており評価できる。保安マニュアルは整備され、保安業務は適切に行われている。医療事故発生時のフロー図が作成されており、職員に周知されている。紛糾に対応する仕組みとして、紛糾対応手順を定めており、折衝する担当者は明確にされている。

#### 11. 臨床研修、学生実習

学生実習は、リハビリテーション、医事の領域で受け入れている。実習生の受け入れ規程等に基づいて手続きが進められており、担当者は養成校側と意見交換をしながら必要な課題が確実に履修できるようカリキュラムを調整している。また、開始時にはオリエンテーションが実施され、病院の医療安全や感染対策のほか、個人情報やプライバシーの保護について説明されている。患者に接する機会がある場合は、実習生の紹介も行われており、学生実習は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	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	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	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	A
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	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	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	NA
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	栄養管理と食事指導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	A
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	安全確保のための身体抑制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	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	A
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	S
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	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	S
4.3.3	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	A

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2021 年 2 月 1 日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人財団寿康会 寿康会病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：東京都江東区北砂2-1-22

## 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	49	49	+0	93	34.8
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	49	49	+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		
地域包括ケア病床	49	+0
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

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
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	138.68	148.49	163.67	93.39	90.73
1日あたり外来初診患者数	18.49	20.82	24.38	88.81	85.40
新患率	13.34	14.02	14.89		
1日あたり入院患者数	47.02	44.19	43.64	106.40	101.26
1日あたり新入院患者数	1.32	1.37	1.43	96.35	95.80