

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 7 月 10 日～7 月 11 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、二次救急医療機関として南多摩保健医療圏の急性期医療の提供に日々尽力している。「諦めない急性期医療」、「断らない二次救急医療」を掲げ、救急患者受け入れ体制を強化することに加え、自院の救急車両を 24 時間 365 日稼働させ、在宅療養者・施設入所者などの救急搬送や病院間搬送に活用し、消防救急を代替する取り組みを行っている。診療において、早期の社会復帰・在宅支援を目指す骨折・上肢の外科センター、北米型の ER（救急診察室）を備えた救急医療センター、最新の設備を備えた循環器センター、八王子地区で初めて透析医療を開始した人工透析センター等、診療科を超えて組織横断的に急性期・回復期・慢性期の医療から在宅医療までシームレスな医療を提供していることも貴院の大きな特徴となっている。病院機能評価受審も継続して受審しているなど、職員全体の医療の安全と質への向上意欲は高い。今後も病院長・幹部職員を中心に、良質な地域医療の提供に継続して努力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・基本方針は、ホームページ・病院案内・院内掲示等を通して地域住民・地域の医療関連施設に周知している。職務分掌・職務規程が整備され、副院長・事務部長・看護部長・その他幹部職員の選任要件が定められ、運営上の権限と責任は明確であり、活動に対する評価基準も記載されている。年次事業計画は、法人で開催される経営戦略会議により運営方針を検討して作成されている。電子カルテシステムを中心に多様な情報システムを構築し、確実・安全な受診を運用と医療の質・安全性・効率性に関わるデータの作成に活用している。文書管理規程を整備し、院内

の文書は文書管理台帳により一元的に管理されている。

医療法上の人員配置標準および施設基準上の必要人員は確保されている。人事・労務管理については、勤怠管理システムが導入され、総労働時間数・有給休暇の取得等おおむね良好な状況である。安全衛生委員会を毎月開催して議事録も整備し、健康診断の受診率は医師も含めて100%である。職員・職場からの意見・要望を収集する手段として、職員満足度調査を実施している。

全職員対象の研修については、教育委員会で、自院に取り必要度の高い研修を定めて年間の研修計画を作成し、未受講者への対応、研修効果の評価・活用等の検討を実施されることを期待したい。人事考課は年2回実施され、全職員を対象として実施している。法人本部を中心に新入職者・中途入職者の初期研修が行われている。学生実習の受け入れ職種は、看護師・薬剤師・臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等の職種について実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は「患者権利章典」として明文化しており、ホームページ等により周知も図られているが、「患者権利章典」に子供の権利を含めるなども期待したい。説明と同意に関する方針・基準は明確であり、説明と同意が行われる診療範囲や文書同意が必要な侵襲的検査の範囲を具体的に示されることも望まれる。診療・ケアに必要な情報は、ホームページ・入院案内・各種掲示物等を通して提供している。医療相談窓口が設置され、医療相談に限らず病院への意見・苦情等も積極的に対応しており、相談内容により専門職への振り分けも行われている。個人情報保護の方針・規程についてはホームページに詳細に記載して、患者・家族へ周知している。日常的に臨床現場で発生する倫理的課題を発生部署で検討し、解決困難な場合は、倫理委員会で取り上げて検討する仕組みがある。看護部では、倫理カンファレンスを行い検討している。

来院者のアクセスは、駅が近接しており、病院への無料シャトルバスが運行されているなど至便である。院内はバリアフリーであり、障害者・高齢者に配慮した施設となっている。各病棟には、患者・家族がくつろげるデイルームを整備している。敷地内禁煙であり、受動喫煙防止対策にも取り組んでいる。

4. 医療の質

継続的な改善活動として、TQM センターを病院長直轄の組織として設置している。また、業務の質改善への取り組みとして、多職種からなる業務改善委員会があり、毎月検討している。体系的な病院機能の評価として、病院機能評価受審や医療の質可視化プロジェクトに参加している。保健所や消防などの立ち入り検査、適時調査時の指摘事項には迅速に対応している。クリニカルパス委員会を毎月開催し、より実行的なパスの作成に向けて努力している。患者・家族からの意見や要望・苦情は、各階に設置されている意見箱と毎年実施している患者満足度調査により収集している。寄せられた意見・苦情については、院内掲示を通して回答を示すとともに、職員にフィードバックして注意喚起を促している。新規の診療・治療方法や技

術の導入に際しては、倫理委員会で倫理面と安全面について審議する仕組みがある。

病棟責任者として、ナースステーションの入口に医師や看護師長名などの氏名を明示している。医師を含む多職種による診療録の質的点検については、実施による記録の質の向上を目指した工夫や対応を期待したい。患者の診療・ケアに際しては、多職種からなる多くの専門チームが定期的に活動し、協働して患者の診察・ケアに取り組んでいる。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全対策室を設置し、専従安全管理者として看護師長を配置している。医療安全管理委員会は、医療安全に関する諸問題を検討する場として毎月開催している。また、週1回の医療安全カンファレンスでインシデント・アクシデントの報告・分析・対策・評価を行い、下部組織会議の医療安全推進者会議と連携しながら、医療安全に向けた体制を確立している。インシデント報告は、各部門が入力しやすく工夫したシステムで速やかに報告されている。医療事故発生時の対応手順は医療安全マニュアル内に記載され、医療事故が発生した場合の対応手順についてはフロー図を作成し、院内各部署に周知している。

誤認防止対策として、マーキングのルールが定められ、医師と看護師により左右間違い防止の確認を行っている。電子カルテシステムを運用し、医師の指示、薬剤師の確認、看護師の与薬前のダブルチェック、与薬後のチェックを行っている。病棟薬剤師を配置し、薬剤の安全に向けた職員研修も行われている。入院時に全患者に、転倒・転落アセスメントスコアシートを用いて危険度評価を実施している。医療機器管理業務マニュアルが整備され、ワークシートなどを用いて日常点検や作動確認が行われている。患者等の急変時の対応について、急変時シミュレーション訓練の病院全体で定期的な訓練の実施を期待したい。

6. 医療関連感染制御

感染対策の最高議決機関として院内感染症対策委員会を設置している。ICCの下にICT&ASTミーティング、多職種で構成される感染リンクスタッフ会を組織している。感染制御マニュアルは、より実践的な内容に対応するため近年全面改訂している。ICTラウンドを週1回チェック項目に基づいて行っている。院内での感染発生状況を把握し、院内感染防止活動の継続的・定期的な把握として微生物サーベイランスを行い、収集したデータを分析・検討している。アウトブレイクの定義を定め、定義に沿って対策を行っている。院外での流行情報は、ICTニュースなどで職員に伝達している。ターゲットサーベイランスについては、積極的に実施されることを期待したい。

医療関連感染を制御する活動として、目標値を定めて部署単位で手指衛生の徹底状況进行评估している。また、環境感染ラウンドで感染マニュアル遵守状況などをチェックし、感染予防に努めている。院内抗菌薬使用指針に沿って抗菌薬を使用し、抗MRSA薬、カルバペネム系などを届け出制で使用している。院内の分離菌感受性

パターンはアンチバイオグラムを2年に1回作成している。抗菌薬の適正使用に関するマニュアルを整備しており、投与期間について必要があれば医師への指導を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌やホームページ等地域に向けた情報発信については、法人本部が担当しており、病院の情報・意見・要望を汲み取り作成している。ホームページには、病院の使命・役割、診療サービス、診療機能、臨床指標等がわかりやすく案内されており、地域住民・地域の医療関連施設が自院を選択する際の有用な情報源になっている。広報誌は年4回刊行して地域の医療関連施設に配布するとともに、患者・家族用として院内にも配備している。地域の医療関連施設との連携は医療連携室を中心に運営され、積極的な活動が見られる。医療ニーズの把握として、医療圏を中心に人口統計・高齢化率・疾病構造・受療動向等が把握されている。紹介先との連携強化は、定期的に病院幹部・担当職員が直接紹介元を訪問し、顔の見える連携づくりに取り組んでいる。返書管理は、医療連携室の担当者が定期的にチェックしており、未返書の防止に努めている。地域の健康増進に寄与する活動として、院内にメディカルケアセンターを設置し、人間ドック・脳ドック・肺ドック・一般健診を実施している。コロナ禍においては、市主催の勉強会への講師派遣、施設・病院へのコンサルテーション派遣、ワクチン接種会場への職員派遣、東京都島嶼部への職員派遣等の様々な活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示等でわかりやすく案内している。患者の情報収集は、問診票を使用して外来看護師により行っている。診療に必要な検査の判断は主治医が行い、その判断をカンファレンスなどで上級医に相談できる仕組みが整備されている。侵襲を伴う検査は文書をもって説明し同意を得ており、安全に検査を実施して患者の観察と記録を行っている。入院に際しては、入院時期や居室環境などに関する患者の希望に配慮し、患者への十分な説明と入院の同意を得ている。入院診療計画書を用いて説明し、入院前にその内容の骨子を患者・家族に説明している。患者・家族からの医療相談の内容は、電子カルテに記載し、医師・看護師などと情報共有に努めている。入院が決定すると、入院案内やパンフレットを使用して、医療事故防止や感染対策への協力などの事前説明を行っている。

医師は毎朝回診を行い、患者の病態を把握して電子カルテに記録している。看護管理基準・看護基準・手順を整備し、ケアの標準化を図っている。病棟薬剤師は、すべての入院患者を対象として薬歴管理・服薬指導を行っている。輸血の実施は、医師と看護師が手順に基づいてダブルチェックして誤認防止につなげている。主治医は手術の適応と方法について説明し同意を得ている。重症患者に対しては、主治医と救急医が協力して全身管理を行い、多職種による協働したケアを行っている。

褥瘡の状態は多職種で構成される褥瘡ケアチームの定期的回診で評価し、現場の教育的指導に努めている。病棟看護師が栄養状態を評価し、管理栄養士によって栄

養管理計画書が作成されている。疼痛については NRS やフェイススケールを用いて評価し、継続的なケアを行っている。リハビリテーション実施計画書においては、実施する際のリスクについて患者の個別性を配慮した記載を期待したい。また、身体拘束においても、拘束開始や継続および解除の医師記録について記載が望まれる。入退院支援看護師は入院時にスクリーニングを行い、早期の退院支援を開始している。入院時や入院後の状態により継続した療養が必要となる患者について、病棟看護師・MSW などでカンファレンスを開催している。ターミナルステージの判断基準とターミナルステージの判断プロセスについては、具体的な取り決めの整備が望まれる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、調剤鑑査を確実に実施しており、調剤後は薬剤師がダブルチェックで確認している。24 時間体制で一般検査・血液検査・細菌検査・生理検査などを担当し、速やかな結果報告に努めている。画像診断結果の読影については、救急患者以外は放射線科医師の常勤・非常勤医師のダブルチェックにより 1 日以内に読影している。食事の提供については、大量調理施設衛生管理マニュアルに沿って委託業者により調理され、安全・安心な食事が提供されている。非常勤医師を配置し、急性期疾患のリハビリを中心に自院のプログラムに基づき実施している。診療記録の量的点検は全件実施されている。診断名についてはコーディングを行い、統計資料の作成等に活用している。医療機器管理室には臨床工学技士が配置され、主な医療機器は医療機器管理ソフトで一元管理され、日常点検や定期点検が計画的に実施されている。器材の返却、洗浄、組立、滅菌、保管までの一連の業務はワンウェイ化している。

病理検査は、臨床検査科が窓口となってすべて外部に委託している。輸血療法委員会委員長の医師が、過剰と思われる輸血の申し込みにには申し込み医師に再検討を促すなど、血液の廃棄の削減に努力している取り組みは評価できる。手術・麻酔機能については、麻酔覚醒時の判断基準の整備を期待したい。集中治療機能については、医師は主治医制で手術後の管理や入院中の重症患者の集中治療を行っている。救急医療センターとして 365 日 24 時間断らない医療を実践し、緊急入院などへの対応も円滑で応需率も高い状況となっている。

10. 組織・施設の管理

予算は幹部会議で検討後に作成して最終的に法人本部にて決定している。会計処理は、病院会計準則に則り適正に処理されている。経営状況の把握と分析は、法人本部、幹部会議等を通して要因分析を実施し、経営上の課題を共有している。レセプトの作成・点検は医師により内容が確認され、返戻・査定に対しては医師に確認後、修正して再提出するとともに医局会で連絡・対応・対策を検討しているなど、組織的な対応が図られている。業務委託については業務内容・費用・品質等を考慮して選定し、選定後は業務日誌の確認に加え、現場から改善要望があれば、都度伝えて改善依頼をすることで質の担保を図っている。

施設・設備管理は外部委託されており、管理規程に則って計画的・定期的な保守管理が実施されている。医薬品や医療消耗品については SPD が導入され、購入に際しては現場の意見と価格を考慮して選定し、内部牽制の仕組みも機能している。医療機器・備品の購入に際しては、稟議制度にて決定される仕組みになっている。

リスクに対する病院の機能存続計画は作成されており、マニュアル等も各現場に配付されている。緊急時の責任体制・連絡体制は休日・夜間を含めて明確であり、定期的に訓練を実施している。火災発生時の対応は、消防計画が策定され、防災マニュアルも作成している。保安業務は、出入口の施錠時間はマニュアルに定められ、夜間巡回時に警備員がすべての施錠確認を実施している。

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	B
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	患者の個人情報適切に取り扱っている	B
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	B
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	B
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	B

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	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	B
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	B
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	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	B
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	B
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	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	B
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	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	B
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：医療法人社団永生会 南多摩病院

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：東京都八王子市散田町3-10-1

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	170	170	+0	83.9	11.7
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	170	170	+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	0	+0
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)	6	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	39	+2
小児入院医療管理料病床	10	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	22	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院 (DPC標準病院群), 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

2. 年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	600.71	596.45	544.60	100.71	109.52
1日あたり外来初診患者数	93.28	95.03	86.97	98.16	109.27
新患率	15.53	15.93	15.97		
1日あたり入院患者数	142.56	145.40	144.93	98.05	100.32
1日あたり新入院患者数	12.11	12.81	12.48	94.54	102.64