

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 9 月 25 日～9 月 26 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、約半世紀にわたり小平市の地域医療、救急医療に貢献されている。愛し、愛され、信頼される病院を目指した、救急患者の積極的な受け入れ、救急に伴う手術の施行、地域医療機関との連携を重視した病院運営については、今回の訪問審査を通じて十分にうかがうことができた。

ここに今回の訪問審査の結果を記載するが、目標に向けて適切な医療機能が発揮され、病院運営がされていることの報告とともに、いくつかの課題についても記載している。課題についても検討され、継続的に地域医療、救急医療に邁進される事を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は分かりやすい表現で明文化され、ホームページでの明示や院内掲示にて患者・家族に案内し、周知されている。病院幹部は、それぞれの立場で病院の課題を認識し、解決に向けて取り組まれている。組織運営は、各会議・委員会が設置され、おおむね適切に行われている。情報管理に関しては、管理規程が策定され適切に行われている。文書は、文書取扱規程に基づき一元管理しているが、今後は各委員会規程や各種マニュアルも含めた管理も望みたい。

医療法・施設基準上、必要な人員は確保されている。医師・看護師等の採用は、定期的にグループ全体で求人活動が行われている。人事労務に関する各種規則・規程は適切に整備され、必要に応じて改訂されている。育児・介護休業、再雇用制度が整備され、多くの職員が利用している。安全衛生管理は、安全衛生委員会が毎月開催され、健康診断も適切に実施されている。毎年、職員意識調査を実施し、調査結果を集計・分析し、各部門・部署にフィードバックし、職場環境の改善に役立て

ている。倫理・教育委員会で毎年、職員を対象とした年間研修計画が検討され、職員に周知のうえ実施されている。人事考課制度があり、目標管理による評価が行われている。年2回各職員と所属長による個人面談が行われ、個人目標の設定や達成状況の把握および職員個別の能力を適正に評価する工夫がなされている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者の権利擁護に適切に努めている。患者への説明は、説明と同意の方針に基づき実施されている。説明および同意が必要な書類一覧が整備され、説明と同意を必要とする医療行為の範囲も定められており適切である。入院診療計画書が作成され、患者・家族との情報共有が行われている。患者に対して疾病、治療の理解を深めるためにパンフレットが整備され、見直しも適切に実施されている。入退院サポートセンターの医療福祉科が相談窓口として各種相談に対応しており、ホームページや病院案内、入院案内、院内掲示等で患者・家族へ案内・周知されている。個人情報保護に関する基本方針が制定され、ホームページへの掲載、院内掲示等で周知が図られ、個人情報保護に関する職員対象の勉強会は、毎年実施されている。倫理委員会規程が整備され、委員会も定期的に開催され、倫理的課題について組織的に検討されている。日常診療・ケアの場面で患者・家族の抱える倫理的課題は、病棟カンファレンスで検討され、職種間で情報共有されている。解決困難、重要課題は倫理委員会に申請する仕組みも確立されており適切である。

アクセス面での配慮や利便性・快適性へも配慮されており、院内はバリアフリーで高齢者・障害者に対する配慮も適切である。病棟の照度、空調、静寂等は適切で、診療・ケアに必要なスペースは確保されている。トイレ、浴室等も清潔性、安全性を確保して適切に設置されている。敷地内全面禁煙として、院内の必要な箇所に禁煙掲示がされている。患者および職員向けに禁煙促進、受動喫煙防止ポスターを掲示し、禁煙啓発活動を行っている。

4. 医療の質

院内各所に意見箱が設置され、回収された投書は幹部会にて確認され、院内掲示や広報誌への掲載により回答している。入院患者対象の退院時アンケート、透析患者対象の患者アンケート、外来患者向けの患者満足度調査等を実施し、質改善に活用されている。診療の質向上に向けては、クリニカルパスの作成、見直しはクリニカルパス委員会が取りまとめているが、実態は現場に任せられている状況であるため、病院全体として系統的・継続的なクリニカルパスへの取り組みの推進を期待したい。部門横断的な質改善は診療業務改善委員会を中心に取り組んでいる。新たな診療・治療方法、技術の導入は、倫理委員会および医療安全管理委員会で検討する仕組みである。新規術式の導入にあたっては研修、熟練者の招聘など病院の支援体制がある。

診療・ケアについては、各部署での管理・責任体制は明確化され、各部署に掲示され周知が図られている。責任者不在時の対応手順が整備され、連絡も確実にされており適切である。診療記録は適切に記載されている。今後の診療記録の組織的

かつ確実な質的点検の実施を期待したい。多職種によるカンファレンスは定期的に行われている。専門チームは医療安全、感染、褥瘡が組織され、ラウンドも実施されているなど多職種の協働体制は適切である。

5. 医療安全

医療安全確保の方針は明確で、医療安全管理委員会も定期的に行っており、適切な組織体制が構築されている。アクシデント・インシデントレポートが提出・集計されており、医療安全管理委員会での報告体制の整備、RCA 等の分析手法を活用した再発防止対策の PDCA サイクルが機能しており適切である。

患者の誤認防止対策は規程に明記され、ネームバンドの確認、患者に名乗ってもらう、手術部位のマーキング、術前タイムアウト等の対策が遵守されている。情報伝達エラー防止対策は、適切に実践されている。薬剤の安全使用に対しては、ハイリスク薬について薬剤部による院内勉強会が開催され、周知が図られている。全入院患者を対象に転倒・転落アセスメントリスク評価が実施され、判定に応じて対策が適切に行われている。転倒・転落発生時の医師への報告体制も適切である。医療機器は、医療機器安全管理責任者により定期的に点検が実施され、管理されている。職員を対象とした研修会も計画的に行われており適切である。院内緊急コードによる緊急時召集システムが構築されているほか、救急カートの定期点検は毎日実施され点検記録で管理されている。患者ケアに関わる全職員を対象に BLS 研修が実施され、受講率向上の取り組みも行われている。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会は、院長を含む適正な職種で構成し毎月開催している。委員会では感染対策に関する事項の報告を受けるとともに、検討・意思決定を行っている。MRSA 等の薬剤耐性菌を把握し、週報として院内に情報提供している。院外の医療関連感染に関する情報を収集し、必要部署に情報提供している。

感染防止に関するマニュアルが整備され、標準予防策が遵守されている。医療廃棄物の処理はマニュアルに準じて行われ、感染曝露防止対策も厳守されている。マニュアル内に抗菌薬使用指針を整備している。抗 MRSA 薬など特定の抗菌薬使用は届出制としており、抗菌薬は適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院情報の発信としては、広報誌「空」が年 4 回発行され、近隣関連医療機関や院内にて患者および地域住民へ配布されている。ホームページ上に DPC 病院指標の公表および手術件数や各種稼働実績等が掲載され情報発信されている。地域との連携のために、医療連携課に専従スタッフが配置され、地域の医療関連施設の把握、連携が図られている。地域医療機関との連携を重視する方針が打ち出され、様々な連携を図る会議に積極的に参画されている。紹介・逆紹介に関する一元的な管理を医療連携課が担っており適切に対応されている。地域住民を対象とした公開医療講座が年 4 回程度開催されている。また、健康への啓発活動として年 2 回健康フェス

タを開催し、各種相談対応や講演会を行っている。紹介患者症例検討会や救急患者症例検討会、整形外科医会での勉強会など、地域の医療関連施設等への研修等の支援を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

医事課受付と相談窓口担当の看護師が共同し、患者さんへの案内、症状に対するトリアージ等を行い、患者が円滑に診察を受ける体制がとられている。地域の各施設からの紹介は、医療連携課を経由して受け入れ体制が適切に整備されている。診断的検査の必要性は医師により判断され、侵襲的検査の際の説明と同意書の取得は適切である。院内で施行できない検査は、医療連携課を通じて近隣の医療機関へ適切に依頼されている。また、患者ニーズに応じて適切に紹介先に連携されている。入院の決定は、医学的判断に基づいて適切に行われている。入院決定後は、入院案内を使用して説明が行われている。緊急入院時には、病棟看護師が患者・家族に適切に説明する体制が整備されている。患者の病態に応じた医学的評価に基づき診療計画書を迅速に作成し、患者・家族へ説明したうえで同意を得ている。医療福祉科を中心に多職種が連携し、医療相談の希望に対応する医療相談体制が整備されている。

医師および看護師は、病棟業務を適切に行っている。投薬・注射は、病棟薬剤師の管理のもと、確実・安全に実施されている。輸血の際は、院内統一の書式を用いて輸血の効果やリスクについて説明し、同意が得られている。輸血中の患者の状態の観察・記録は確実に行っている。手術に関する説明・同意書の取得は確実になされ、麻酔科医、看護師による術前訪問が行われている。患者確認・部位確認はタイムアウト、マーキングを全例に実施するなどの手順が遵守されている。特に重症な患者は、病棟ナースステーション近くの病室で管理し、入退室の最終判断は医師・病棟師長で決定している。

褥瘡については、入院時に全患者対象にリスク評価が行われ、医師、看護師、リハビリテーションスタッフ等多職種が連携し適切な褥瘡予防対策、治療への取り組みが実施されている。入院時に全患者対象に栄養評価が行われ、多職種が連携した栄養管理への取り組みが実施されている。主治医、看護師との連携により栄養指導も適切に行われている。患者の訴えを把握し適切に症状緩和が行われている。主治医が必要なリハビリテーションを処方し、病態・個別性・要望に配慮した実施計画書を作成したうえで、必要性和リスクなどについて患者・家族へ説明し同意を得てリハビリテーションが開始されている。身体抑制は、基準に沿って包括的同意が得られている。身体抑制中の観察や解除に向けた医師、看護師のカンファレンスも実施し、記録されており適切である。

患者の状況に応じ、退院支援計画書を活用した多職種による退院支援が適切に行われている。医療連携課を中心に多職種が連携して在宅での患者に必要な診療・ケアが継続されている。訪問診療が開始されており、患者の希望に合わせ適切に対応している。ターミナルステージへの対応としては、人生の最終段階における医療ガイドラインに基づき対応し、在宅での看取り支援も適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、麻薬等の管理、薬剤の温湿度管理、薬歴管理ならびに持参薬の鑑別・管理などを適切に行っている。検体検査結果の報告は迅速であり、パニック値への対応も再検査・主治医への直接の連絡体制などが確立している。画像診断機能は、CT 検査、MRI 検査ともに検査待機日数はなく、院外からの検査依頼にも対応する体制が整っている。

患者への食事提供は、管理栄養士の管理のもと業務委託され、適切に機能が発揮されている。リハビリテーションには理学療法士が配置され、祝日には対応する体制となっており、訓練の継続性にも配慮している。診療情報は、医事課で入院・外来の紙カルテが保管・管理されている。診療情報管理士により退院患者カルテの質的点検が全例実施されている。主要な医療機器は医療機器安全管理責任者により適切に管理されている。洗浄・滅菌機能は、滅菌物の質保証は確実に担保され、中央材料室における物品管理、在庫管理も適切に行われている。

臨床検査科で病理検査検体を受け付け、検査は外部へ委託している。検体、報告書の保存・管理は的確になされ、標本・伝票の誤認防止対策も行われ安全に実施されている。輸血・血液管理機能、手術・麻酔機能は、適切に発揮されている。救急医療は、時間外の診療体制は兼任医師、看護師のほか臨床検査技師、診療放射線技師を当直体制とし、「救急患者をできるだけ断らない」方針のもと救急外来を運営している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は予算・収益目標が毎年作成され、作成された予算目標に対し、毎月試算表が作成され、経営会議・運営会議等で経営面での検討が行われている。年2回会計監査が実施され、本部にてグループ内病院のベンチマークを実施し、各病院に資料が配布されている。医事業務は、窓口・会計業務等のマニュアルに基づき適切に業務が行われている。業務委託については、清掃委託は毎月 MJR 委員会で委託業者と意見交換、問題点の改善などが行われている。施設・設備の管理は施設担当者により日常点検が行われ、記録されている。院内の診療材料は SPD で対応されており、月1回業者を交えた SPD 会議が開催され、物品の受発注状況、品質確認、価格の検討等が行われている。

災害時の対応としては、消防計画書が作成され、年2回災害訓練を行い、うち1回は夜間を想定した訓練を行っている。病院は、市のトリアージポストに設定されており、市・医師会主催のトリアージ訓練が病院で実施されている。日勤時の保安体制は巡視等を行い、夜勤時間帯および休日は、事務当直者が施錠管理および院内の巡視を行っている。防犯カメラが設置され、医事課内で監視されている。医療事故発生対応マニュアルに基づき、事故報告書が作成され、発生現場の所属長、リスク専任看護師へ報告される体制となっている。重大医療事故発生時の対応としてフローチャートがあり、医療事故発生時の報告ルートが明確化されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

毎年約 25 名の看護学生のほか、リハビリテーション、臨床工学技士、薬剤師、事務等、多職種の学生の受け入れも行われている。各学校と受け入れ契約を締結し、実習生の健康診断書の確認、個人情報保護、守秘義務に対する誓約書が交わされている。実習開始時には、感染防止対策、医療安全等に関するオリエンテーションがそれぞれの現場で行われている。実習にあたっては、実習生である事が明確な名札を着用し、患者・家族に対して実習の了解を得て開始されている。

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	A
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
1.4	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	B
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	A
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	B
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	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	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	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	B

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	B

年間データ取得期間： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団青葉会 一橋病院

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：東京都小平市学園西町1-2-25

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	99	99	+0	94.6	14.9
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	99	99	+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	20	+0
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	10	+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

DPC対象病院(Ⅲ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-2-2 年度推移

2