

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 12 月 12 日～12 月 13 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

貴院は東京地方衛生会立大久保病院として設立され、その後、東京都立大久保病院となった。一時、全面改装のため診療を中止していたが、再開を経て、2004 年には東京都保健医療公社として新たに出発された。東京都の区西部医療圏における拠点病院として地域医療に尽力し、地域医療支援病院の承認を受けている。また、地域災害拠点病院および臨床研修病院にも指定されている。基本理念を「医療で地域を支える」とし、重点医療として救急医療および生活習慣病医療に取り組むなど、質の高い医療提供により患者中心の医療を推進している。今回の更新受審においては、院長をはじめとして職員が一丸となって継続的な質改善に取り組まれていることが、随所で確認できた。今後も医療の質向上に取り組まれ、地域の医療に貢献されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

患者中心の医療および地域医療推進を明確にした運営理念が明文化されており、院内外への周知や見直しも適切に行われている。病院管理者・幹部は将来像の明示や病院運営の安定化に向け、問題・課題の把握と解決に向け適切にリーダーシップを発揮している。組織運営は、意思決定会議や病院運営に必要な会議・委員会の開催、中・長期計画および事業継続計画などが適切に策定されている。情報管理に関する方針は明確にされており、医療の質、安全、効率性向上に向けた取り組みが行われている。文書は組織として一元的に把握・管理する仕組みが構築されている。

人材確保については、公社および病院で採用や確保が計画的に行われている。人事・労務管理、職員の安全衛生管理は、おおむね適切である。職員の意見・要望については、満足度調査での把握や福利厚生への配慮が適切に行われている。職員へ

の教育・研修では、全職員を対象とした必要性の高い課題についての教育・研修の必要性の周知徹底および確実な実施に向けての取り組みが、今後の課題である。専門資格取得に向けての支援の仕組みは確立している。図書は一元的な管理が行われ、外部から文献入手できるシステムも導入されている。能力評価は、クリニカルラダーや自己申告による目標が設定され、必要な支援や指導が適切に実施されている。能力開発では外部への研修が積極的に推進されている。また、能力に応じた院内資格等の設定にも取り組まれている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、ホームページや院内掲示などにより周知が図られているが、全職員を対象とした定期的な研修会の実施が期待される。説明と同意は、方針、同意の範囲、説明すべき内容が定められており、院内統一の書式も整備されている。患者からの的確な情報収集が行われ、患者との情報共有ツールとしてクリニカル・パスやパンフレットなどが活用されている。患者支援体制は地域医療連携室および患者支援センターに有資格者職員を配置し、多様な相談に対応しており、定期的に支援状況についての評価も行われている。

個人情報保護に関する方針・規程が整備され、USBメモリの取り扱いやログインパスワードの更新、また院内各所のプライバシーへの配慮が適切に行われている。臨床における倫理的課題については、倫理専門小委員会で検討する仕組みが構築されている。また、医療現場での患者・家族の倫理的課題は、組織的に把握・検討されており、解決困難事例への対応体制も確立している。都心で最寄り駅から近く徒歩で通院可能な場所に位置しており、病棟には生活延長上に必要な備品が整備されているなど患者・面会者の利便性・快適性は適切である。

院内の施設・設備については、車椅子での容易な移動、バリアフリーの確保、手摺りの設置など高齢者・障害者への配慮がなされている。療養環境の整備は、定期的に幹部による院内ラウンドが行われ、整理整頓など、快適な療養環境の整備に組織的に取り組まれている。受動喫煙防止では、敷地内禁煙が徹底されているが、さらに禁煙外来設置などを検討されるとよい。禁煙推進に向けてのより積極的な取り組みが望まれる。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、意見箱や、定期的な患者満足度調査、相談窓口などで収集されており、改善に向けての対応や患者・家族へのフィードバックも速やかに行われている。各診療科や合同の症例検討会、CPCなどが開催され、診療ガイドラインに沿った診療も適切に行われている。クリニカル・パスは、運用率も高い状況にあるが、バリエーション分析などに向けての委員会の開催頻度増やパス大会の実施は検討課題である。医療サービスの質改善へ向けには、組織的かつ継続的な取り組みが行われている。新たな診療・治療技術の導入に際しては、支援体制も確立しており、倫理・安全面への配慮が適切に図られている。

病棟・外来の診療および看護の管理・責任体制は患者・家族にも分かるよう明確な掲示・表示がなされている。診療記録は、基準に則り適切に記載されているが、診療録の質的監査についての積極的な取り組みや、退院時サマリーのより迅速な作成について、より一層の努力を期待したい。褥瘡対策・栄養サポート・感染対策・緩和ケアなどの専門チームの協働による診療・ケア活動が活発に展開されている。

5. 医療安全

安全確保に向けての体制は整備され、医療安全管理者の責任と権限も明確になっている。マニュアルは随時改訂されている。インシデント・アクシデントはレポートシステムにより集約されており、医師の報告件数増への取り組みと事例検討の実施は評価できる。院外からの情報収集と職員への周知が図られており、予防に向けての全体研修も適切に実施されている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は、手術室をはじめ各部署においておおむね適切に実践されている。情報伝達では、指示出し・指示受け・実施確認などは口頭を含め適切に行われている。各種検査結果はタイムリーに確認できるようになっており、パニック値への対応体制も確立している。薬剤師は重複投与、相互作用、アレルギー等のリスク回避に対処しており、ハイリスク薬剤や麻薬等の安全な使用と保管も適切になされている。転倒・転落防止対策は、入院時にリスク評価を行い、対象患者にはリスクに応じた看護計画を立案し、定期的評価や見直しも行われており、発生時の対応体制も確立しているなど、適切に実践されている。医療機器安全マニュアルが整備され、臨床工学技士による設定条件の確認や使用中の作動確認も行われており、職員への研修や講習も適宜実施しているなど、医療機器は安全に使用されている。

急変時の対応では、院内緊急コードは設定されているが、召集訓練の実施、および全職員を対象としたBLS研修の参加率向上への取り組みが期待される。救急カー트는薬剤師および看護師により適切に点検が行われている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の体制は、専従のICNを配置するなどおおむね確立しているが、組織図と委員会一覧の整合性についての検討を期待したい。院内感染予防対策委員会は毎月開催されており、毎週実施のICTラウンドなどで様々な問題・課題に対しての取り組みも行われている。マニュアル・指針の随時改訂や各部署への周知も適切に図られており、全職員対象の研修会も適切に行われている。また、院内での医療関連感染発生状況はICTによって把握されており、職員への情報提供も適切に行われている。アウトブレイク発生時の対応マニュアルは整備され、対応実績もある。

手指衛生については、速乾性消毒液の使用状況が把握され、現場にも報告されている。PPEの着用は、感染管理認定看護師によるラウンドで確認されている。感染性廃棄物の分別は確実に行為、汚染されたリネンや寝具類の取り扱いも適切に行

われている。抗菌薬の使用は院内抗菌薬使用ガイドラインに基づいて行われ、特別な抗菌薬は届出制での運用が行われている。長期投与の場合は ICT の薬剤師より処方医に確認や提案を行っている。使用量は取りまとめられ、院内感染予防対策委員会で情報共有されている。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービスの必要な情報および診療実績はホームページ、広報誌や「連携通信」などにより発信されている。地域連携については、地域医療連携室を設置し、連携強化を図るため、医療機関に対しての訪問や推進連絡会議への参加などにより地域の医療ニーズの把握に取り組み、連携および協力は極めて円滑に行われており、紹介・逆紹介率も年々上昇傾向にあることは高く評価できる。

市民公開講座の定期的開催や地域の健康診断事業への参加などにより、地域住民に対する健康増進活動が行われている。地域に向けての教育・啓発活動は、医師をはじめとした各部門職員による講演会、研修会および勉強会などが積極的に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

施設基準や医療法に基づく必要な情報が掲示され、待ち時間への取り組みや感染症の疑われる患者への対応も適切に行われている。外来診療に際しては、的確な情報収集が行われている。侵襲的検査に対する説明と同意取得など診断的検査は確実・安全に実施されている。入院の決定は、医師による医学的判断により適切に行われている。入院診療計画書は患者の病態に応じた診断などをもとに適切に作成されているが、関与している各職種の記載を検討されたい。クリニカル・パスは適用率が高く、積極的に活用されている。患者・家族からの相談については、患者支援センターが中心となって取り組んでおり、退院支援などにも適切に対応している。緊急や夜間も含めた円滑な入院に適切に対応している。

医師は毎日の回診や他職種とのカンファレンスなど、病棟業務を適切に遂行している。看護師の病棟業務は、患者・家族の各種ニーズを把握し、必要な援助に適切に努めている。薬剤師による薬学的管理・支援が実施されており、抗がん剤や高カロリー輸液の調製・混合など、投薬・注射を確実・安全に実施している。輸血・血液製剤の輸血療法後の感染症検査の高い実施率は評価できる。周術期の対応では説明と同意、術前・術後の申し送りなどが適切に行われている。重症患者については、重症度に応じた観察室での管理や多職種で組織の専門チームの介入などが適切に行われている。褥瘡の新規発生率は低く、予防・治療は適切に行われている。栄養管理と食事指導および症状などの緩和の取り組みは、いずれも適切に行われている。急性期リハビリテーションは、総合実施計画書により必要性とリスクなどについて患者・家族に説明し、同意が得られているなど、確実・安全に実施されている。身体抑制は、マニュアルが整備され、抑制中の患者の早期解除に向けた取り組みなどが適切に行われている。

退院支援については、患者支援センターが中心となり、患者・家族の意向への配慮や院外との連携・調整も適切に行われている。必要な患者に対しての継続した診療・ケアは、院外関係者を含めたカンファレンスや看護師の退院前および退院後訪問の実施など、適切に行われている。ターミナルステージへの対応は、基本方針が整備されており、臓器提供意思の確認に際してのマニュアルも作成されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では処方鑑査、疑義照会、調剤の二重鑑査、持参薬の鑑別と管理、注射薬の1施用ごとの取り揃え等が適切に実施されており、医薬品集の整備や薬剤の情報発信など薬剤管理機能は適切に発揮されている。臨床検査は、夜間・休日を含めた体制の整備、結果の報告、精度管理などにより、機能を適切に発揮している。画像診断機能では、タイムリーな撮影、専門医による読影が適切に行われており、近隣医療機関との連携も図られている。栄養管理機能については、多彩な行事食や患者の特性に応じた食事提供などを評価したい。リハビリについては、連続性確保に向けての今後の取り組みを期待したい。診療情報管理機能は、おおむね適切に発揮されている。医療機器は、臨床工学技士による一元的な管理、夜間・休日の対応体制および機器の標準化など、適切に発揮されている。洗浄・滅菌機能は、清潔・不潔区分の明確化、精度保証など、適切に行われている。

病理診断機能は、迅速な報告体制の整備やホルムアルデヒドの厳格な管理、積極的な剖検実施など適切に行われている。放射線治療機能は、治療計画や計画線量の確認など、適切に発揮されている。輸血・血液管理機能は、おおむね適切である。手術・麻酔は、手術室エリアの清潔管理やスケジュール管理などが適切に行われている。集中治療機能では、入・退出基準が明文化され、多職種による協力体制も整備されている。救急医療は、救急に応じる病院方針が明確にされており、各診療科医師の応援体制や夜間・休日の体制が適切に整備されている。

10. 組織・施設の管理

組織的検討を経た予算の作成・管理、基準に基づく会計処理、また外部・内部監査の実施など財務・経営管理は適切に行われている。医事業務は一連の診療報酬請求、査定および未収金の対応、委員会の取り組みなど、適切である。委託業者の選定は、費用対効果など総合的に検討の上、組織的な決定がなされている。病院の施設・設備は役割や機能に応じた整備がなされており、保守管理や日常点検なども適切に行われている。また、医療ガスに関する委員会の開催や感染性廃棄物は規程に基づき処理されている。物品購入に際しては、公正な選定が行われており、発注・検収に際しての内部牽制の仕組みも確立している。

災害時の対応マニュアルは整備されており、火災訓練および大規模災害を想定した地域の防災訓練にも参加している。地域災害拠点病院であり、大規模災害に備えての患者および職員分の飲料水や食料は適切に備蓄されている。保安全管理では、定期の夜間巡視や防犯カメラによる監視などが行われており、緊急時の連絡・応援体

制も確立している。医療事故等の対応は、初期からの対応手順が明文化され、職員への周知も図られている。医療事故が発生した場合には、原因究明と再発防止に向けて検証を行う仕組みが確立しているなど、責任賠償保険加入を含め医療事故等への対応は適切に行われている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師の臨床研修では、指導医 24 名体制で 8 名の研修医を受け入れている。研修医に対しては、院内で規定する中心静脈カテーテル挿入などの診療行為に関する研修終了後に、修了証を発行している。研修プログラムに沿った研修が行われ、評価は EPOC を活用して行われており、臨床研修管理委員会で研修の終了を承認している。図書やインターネットの環境も整備されている。

学生実習等は、医療安全や感染防止対策の事前教育が行われており、個人情報保護に対する誓約書の提出とともに予防接種の確認などが行われている。カリキュラムに基づいた実習が行われ、研修を受けた実習指導者による評価も行われている。また、事故発生時の取り決めなどもあり、学生実習等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病院の方針を決定している	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	S
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	医療サービス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	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	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	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	A
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	急性期のリハビリテーションを確実・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	A
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	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	A
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	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	文書を一元的に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	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	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	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： 2016 年 4 月 1 日 ～ 2017 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2017 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公益財団法人東京都保健医療公社 大久保病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1

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	304	304	+0	79	11.6
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	304	304	+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)	4	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	7	+0
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	24	+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	49	+49
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, 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： 4 人 2年目： 4 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

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
	2016	2015	2014	2016	2015
1日あたり外来患者数	381.66	388.78	376.51	98.17	103.26
1日あたり外来初診患者数	50.68	52.36	48.23	96.79	108.56
新患率	13.28	13.47	12.81		
1日あたり入院患者数	236.85	244.98	222.80	96.68	109.96
1日あたり新入院患者数	19.01	18.57	16.53	102.37	112.34