

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11月29日～11月30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1952年に東京厚生年金病院として開設され、2014年には独立行政法人地域医療機能推進機構への移行をうけ、東京新宿メディカルセンターと改称した。この間、施設・設備・医療機器等の充実を図ると共に、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、災害拠点病院の指定を受け、地域医療連携体制や救急医療、先進的医療の整備に努めてきた。病院理念と5項目の基本方針に基づき患者本位の高度な医療提供と地域連携を明確に示し、高度急性期病棟、急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟を有し、新宿区や文京区にとどまらず江戸川区、豊島区など近隣の住民からも厚い信頼を受けている。

今回の医療機能評価受審にあたり、病院長や幹部・職員が一丸となって準備を進め、訪問審査においても「地域が創る病院、病院が創る地域」と掲げ運営を進めてきた取り組みの成果を十分に確認できた。審査の結果は、ほとんどの項目で適切な医療機能を維持しており、高く評価できる取り組みや、医療の質向上・改善に取り組んだ姿勢が具体的な結果として現れているものが見られた。引き続き各領域の評価内容を参考に、より高いレベルを目指し、医療機能と質の向上に向けて一層の努力を望みたい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、理念・基本方針の見直しや院内外への周知を行っている。病院管理者や幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決に取り組んでおり、リーダーシップの発揮は高く評価できる。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、中期計画や事業計画の策定、各部門の目標管理体制の整

備がなされている。事業継続計画も整備している。電子カルテを導入し、情報システム管理・運営、システム障害への重層的対応体制がある。事務的文書や診療情報、各種基準・手順類等を文書管理システムで一元的に管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理体制を整備している。職員満足度調査や職員面接による意見の聴取と職場環境への反映、福利厚生制度の充実等で魅力的な職場作りに努めている。

院内研修の一元的管理体制、院外教育や研修への参加体制を整備している。全職員を対象に能力把握・評価を行い、職員の専門的能力向上や資格取得支援体制を適切に整備している。

3. 患者中心の医療

患者さまの権利と責務、こども患者さんの権利が明文化され、周知している。説明と同意に関する方針・基準について明確に定めている。患者・医療者パートナーシップ委員会が定期的開催され、相互の信頼関係に立つ医療を実現すべく継続的に取り組んでいる。患者サポートセンターにて、各種相談、意見や要望などに対応している。必要に応じて虐待防止対策委員会を招集し対応を行っている。個人情報保護は、法令に基づき規定を整備し、プライバシーなど適切に保護している。臨床現場での倫理的課題に対する方針を定め、現場で解決できない問題に対しては倫理委員会で検討する仕組みがある。倫理的課題に対する感受性を向上させる取り組みを行っている。退院後の療養先決定における家族間の意見の相違や、DNARについて多職種カンファレンスを実施している。

病院内は日常生活と遜色がないよう配慮がなされ、院内はバリアフリー化により、高齢者や障害者に配慮がなされている。各病棟は、整理・整頓され、安全・快適に過ごせる配慮をしており適切な療養環境である。敷地内禁煙を院内掲示や、ホームページで周知している。ニコチン依存症管理料の届け出もされ、職員の喫煙率は毎年低下している。

4. 医療の質

患者満足度調査を実施し、接遇改善講習会等の医療サービスの向上に繋げている。病院の診療指標はホームページで公開され、医療の質向上委員会で臨床指標が検討され、合同カンファレンス、ガイドラインの活用なども促進している。業務改善委員会では各部署の問題点把握と改善を組織的に検討している。日曜入院の促進など部門横断的な取り組みもなされ、業務改善活動は継続的かつ適切に行われている。新たな診療・治療方法の導入は新規医療技術評価部で評価され、技術習得のための研修出張や指導医招聘も行われている。

各病棟では、入院患者にわかりやすく診療科責任者、病棟師長、担当薬剤師等表示、病室には主治医、担当医、担当看護師が表示されており、管理・責任体制は明確である。診療記録の記載基準に基づいて診察、患者説明、患者・家族の反応などが記載されている。説明同意文書も統一した様式で活用され、診療録の質的監査も適切に行われている。褥瘡対策チーム、NST、糖尿病診療チーム、オレンジチーム

など様々なチーム医療が多職種で展開されている。病院全体で職員一人ひとりの心理的安全性を確保し、職種間でいつでも誰にでも相談できる垣根のないチーム医療を展開しており高く評価できる。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部を設置し、医療安全指針、医療安全管理マニュアル等を整備し改定も適宜行っている。医療安全管理委員会、リスクマネジメント部会、医療安全連携委員会があり報告書の確認、分析、対策を検討している。インシデント・アクシデント報告は、委員会等で分析し職員に周知している。

各種の誤認防止マニュアルを整備し、患者確認を確実に実施している。医師の指示出し、実施確認、変更は電子カルテや口頭で確実に実行されており、パニック値の医師への直接の報告、口頭指示の伝達も適切に行っている。複数規格のある薬剤やハイリスク薬は保管棚の工夫を行い、注意事項を表示して払い出すなど、薬剤の安全使用に向けた対策は適切に実践している。入院時に転倒・転落のリスクを評価し、評価に応じて個々の対策を図っている。医療機器の安全な使用に向けた適切な管理・運用体制があり、臨床工学技士による職員研修も実施している。使用中の人工呼吸器、輸液ポンプなど設定条件の確認、伝達を確実に実行している。緊急コードを設定し、招集訓練も各部署で実施している。

6. 医療関連感染制御

感染対策室や感染防止対策委員会を中心に組織横断的な感染対策を実践している。COVID-19については、院内新型コロナ受け入れ対策会議を中心に全職員で対応している。ICT、ASTは毎週の病棟ラウンドやターゲットサーベイランスを実施し院内の感染症の状況を把握しており、収集したデータを検討して感染症の改善策を実行している。ICTラウンドで標準予防策、環境整備、隔離予防策等の状況をチェックしている。手指消毒液の使用状況のモニタリングを行っており、手指消毒剤の使用状況は向上している。

感染性廃棄物、感染性リネンは汚物処理室の鍵のかかる収納庫で管理している。院内抗菌薬ガイドラインは整備されており、ASTを中心に抗菌薬の採用、院内の抗菌薬の使用が把握され、抗菌薬使用の助言を与えている。アンチバイオグラムを作成し医師にフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けた広報誌「大江戸つくどよろず診療所・かわら版」を年2回発行している。登録医療機関用病院案内にはQRコードを添付し、最新の情報に更新している。地域連携では、他の医療機関からの紹介及び逆紹介、高度医療機器の共同利用を行っている。また、主要な診療科では病診連携用のホットラインを設置し、専門的アドバイスを行っている。オレンジチームを発足し、活動を地域に発信し啓発している。看護学生と共同で制作した「ナイチンゲール生誕200年記念企画」、「インスリン発見100年記念企画」など特色のある企画は高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付から会計までの対応は、電子カルテにより円滑に行っている。外来では患者情報の収集、説明と同意に基づいた診療を実施している。侵襲を伴う検査は医学的必要性、手順、患者への説明と同意を徹底している。入院は医師が必要性を判断し、患者に十分な説明の上で同意を得ているが、入院診療計画書の記載については検討されたい。医療相談は、MSW、看護師、事務員が適切に対応している。入院時、様々なリスク評価を行い、個別性に合わせ支援をしている。

病棟における医師、看護師の業務は適切である。薬剤師により持参薬鑑定や服薬指導が行われ、投薬や注射を安全・確実に実施している。医師が血液製剤の必要性、必要量を判断し、同意を得て、適切に実施している。手術の適応、患者・家族への説明と同意も確実に実施され、周術期の管理も主治医、麻酔科医、看護師および多職種で安全かつ適切に行っている。ICU 6床を設置し、患者の病態や重症度に応じた診療看護が適切に提供できる体制を整えている。褥瘡に関するリスク評価を行い、褥瘡リンクナース、褥瘡チームが予防・治療を適切に行っている。入院時の栄養アセスメントは多職種で実施し、各チームが情報交換をしながら支援を行っている。緩和ケア病棟と緩和ケアチームがそれぞれの特徴を生かしながら連携し、症状緩和に取り組んでいる。リハビリテーションは実施計画書に基づき、効果を定量的に評価し安全に実施している。身体抑制をすることなく診療やケアできるように取り組んでおり、避けられない状況においては、手順に則り適切に行っている。退院支援が必要な患者に対して、入院早期より多職種で検討し、適切に退院支援を行っている。地域との連携を図り、在宅療養に必要な社会資源の活用や継続する医療処置等の支援を行っている。ターミナルステージは、医師、看護師、緩和ケアチーム、がん化学療法看護認定看護師によるカンファレンスで判断し、計画を立案して患者・家族の思いを尊重したケアを提供している。

9. 良質な医療を構成する機能

中止された抗血栓薬の術後の再開を確実に確認し、手術室での手技ごとの薬剤セット化、院外薬局とトレーシングレポートを使った情報共有など、薬剤管理機能は高く評価できる。臨床検査は24時間、必要な検査サービスを提供している。画像診断は、24時間CT、MRIも可能であり、放射線読影医が翌診療日までに読影している。栄養管理室では嗜好調査を年3回実施して行事食やかぐら食など特色のある食事を提供している。リハビリテーションは医師と療法士が連携して入院と外来で行い、病棟カンファレンスでは多職種で情報共有している。診療情報は電子化され一元管理され、量的点検も全退院患者に対して適切に実施している。医療機器は中央管理し、臨床工学技士は毎日院内ラウンドを行い医療機器の使用状況の把握、使用中の人工呼吸器作動チェックなどを行っている。一次洗浄は中央材料室で行い、洗浄・滅菌は、各種のインディケータを用いて質の管理を行っている。

必要な病理検査に対応し、診断精度も、ダブルチェックや外部精度評価で適切に保持している。放射線治療は、主治医と放射線治療医により方針が協議され、IMRTや定位照射といった高精度の放射線治療を実施している。輸血・血液管理は、輸血

製剤の発注、保管、供給、返却まで安全確実に実施し、使用された血液ロット番号の記録・保管も適切である。周術期の管理も主治医、麻酔科医、看護師および多職種で安全かつ適切に行っている。集中治療室は、多職種で情報を共有し、専門的かつ安全性の高いチーム医療を実践している。二次救急対応の救急総合診療部があり、各診療科とともに24時間365日救急患者を受け入れており、入院病棟との連携も円滑に行っている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、JCHO会計規程に基づき適正に執行され、予算の執行も適切に管理され、外部監査も実施している。未収金には管理マニュアルが策定されている。レセプト請求後、査定がある場合には、速やかに返金処理がなされている。委託業者の選定は原則一般競争入札で執行され、委託責任者は業務日報や作業報告書の提出を受け、業務の実施状況や問題点等を把握している。

施設・設備の点検や保守などを幹部回診に同行し把握に努めている。清掃は行き届いている。感染性廃棄物処理計画等は適切である。医療機器は、医療機器整備委員会で必要性や有効性を検証し、整備計画の範囲内で整備している。診療材料は、SPD方式により定数配置されている。

大規模災害に備えBCPが策定され、緊急時の体制が確立している。停電時には、無停電電源装置や自家発電装置により電力が供給される。備蓄食料と飲料水は患者・職員あわせて3日以上あり、衛星通信回線も整備している。病院内の保安・警備、夜間の出入り監視を行っている。防犯カメラが設置され、緊急時の連絡体制はマニュアルにより職員に周知されている。医療事故発生時の対応手順や原因究明および再発防止に向けた取り組み、訴訟時の対応手順も明確である。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として総合コース・外科重点コースの2つのプログラムにより初期研修を行っている。研修医の評価方法はEPOC2を用いて評価され、研修のための環境も整備されている。研修修了時には修了発表会を開催し優秀者を表彰するなど、配慮がなされている。看護師に対する初期研修は卒後2年教育が実践され、修了者には修了証が授与されている。2年次には手術室など多岐の分野にわたる研修が行われている。養成校からの実習生の受け入れは、実習生受け入れ実施要項に基づき、実習を開始する上で必要となる事前書類の提出や医療安全等の実習前教育が行われている。

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	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	S
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	A

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	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	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	S
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	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	S
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	S
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	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	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	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： 2021年 4月 1日～2022年 3月 31日
 時点データ取得日： 2022年 7月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 独立行政法人地域医療機能推進機構 東京新宿メディカルセンター
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 独立行政法人地域医療機能推進機構
 I-1-4 所在地： 東京都新宿区津久戸町5-1

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	520	496	-24	73.6	15.8
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	520	496	-24		

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)	6	+0
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	12	+0
人工透析	12	+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	37	+0
地域包括ケア病床	41	+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	20	+0
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), 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： 14人 2年目： 14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

