

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 5 月 26 日～5 月 27 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 1955 年の開設以来、病院機能の充実などを図り、2014 年には社会医療法人に移行し、現在は 286 床の地域密着型の急性期医療を展開している。人工透析やがん医療、回復期リハビリテーション病棟、救急医療など、地域の医療ニーズに適宜に対応してきた。特に、小児救急においては 24 時間 365 日救急患者を受け入れ、応需率はほぼ 100%に達しているなど、地域医療の大きな役割を担っている。東京都災害拠点病院として有事に備えた管理体制を整備しており、また、臨床研修病院として医師の人材育成や、多職種による医療啓発活動にも多岐にわたって尽力している。病院長、病院幹部のリーダーシップのもとで地域の医療情勢の変化に対応し、職員の弛まぬ努力によるものであり高く評価したい。

今回の病院機能評価では、病院機能の向上に努め、組織的な活動による優れた取り組みを随所に確認できた。一方で新たな課題も見られたため、今回の病院機能評価が医療機能の標準化や運営強化の一助となり、今後のさらなる活躍を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針を明文化している。病院長や幹部職員は課題を明示して職員に周知して病院運営を行っている。病院の意思決定は毎月開催される院内四役経営企画会議にて行われ、伝達・指示等は診療委員会や院内 LAN 等で確実に行っている。中・長期計画に基づく年次計画や部門計画、個人目標を設定し、職員個々のモチベーション向上に努めている。情報システムに関する運用管理規程を整備し、部門システムや電子カルテシステム等、病院全体の運用を管理している。データの取り扱いに配慮し、機械的・技術的に安全性を確保している。文書の総括責任部署を

定め、文書管理規程を整備して職員に周知している。事務文書だけでなく診療に係る文書や、院外からの受信文書の取り扱いについてもルールを定め、一元的な管理を期待したい。

医療法や施設基準等に定める必要人員を確保しているが、病院機能を鑑みて、病理医などの必要な人材の確保に継続的に取り組まれることを期待したい。就業規則や給与規程、法律に基づく制度等の各種規程を整備し、院内 LAN などで職員に周知している。安全衛生委員会を毎月開催し、職場巡視を定期的に行っている。職員の定期健康診断は 100% の受診である。

必要性の高い課題の研修は、年間計画を作成して実施し、進捗状況を把握している。職員個別の能力は、人事考課や各部署でのヒアリング、個人面談等で把握および評価している。看護部門では個人の能力開発ツールがあり、コメディカル部門への拡大に期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族や職員に周知している。説明と同意に関する方針・手順を定めている。患者支援センターを設置し、虐待や DV に対する方針を明確にしており、看護師や社会福祉士などが多様な相談に対応している。個人情報保護方針を定め、院内掲示や入院案内冊子、ホームページ等で明確に示している。研究・学会発表のために必要な患者情報や診療データの抽出の際のルールを定めているが、より安全性に配慮した運用となるよう見直しを期待したい。臨床倫理指針に倫理原則、行動指針などを定め、倫理委員会で検討する仕組みを整備している。臨床現場では病棟カンファレンスや多職種による合同カンファレンスで倫理的課題を検討し、解決に向けて取り組んでいる。

来院者は自家用車や公共交通機関等の利用が可能であり、院内では生活延長上の設備を整備し、患者・面会者の利便性・快適性に配慮している。また、院内はバリアフリーで、多目的トイレや手摺りの設置、障害者用駐車場を整備して高齢者や障害者に配慮した施設・設備となっている。敷地内全面禁煙の方針としており、患者や職員に禁煙の徹底を促している。

4. 医療の質

意見箱の設置や患者満足度調査により、患者・家族の意見や要望を収集し改善につなげている。各診療科は定期的にカンファレンスを開催し、医療の質向上を図っている。クリニカル・パスの積極的な運用や患者クリニカル・パスの拡充などの取り組みを期待したい。部門横断的な業務改善活動は、業務改善委員会が主体となって取り組み、特に、新型コロナウイルス感染症には早期からコロナ専用病床を設置するなど、地域医師会や消防隊との密な連携を構築・維持した点は評価したい。新たな診療・治療や技術導入に向けた倫理的課題については、倫理委員会で審議・承認される仕組みを整備している。

病棟・外来の責任者を明記しており、病棟ラウンドを行い、診療・ケアの状況や患者ニーズの把握、対応に努めている。診療記録は、診療録および看護記録記載マ

ニュアルに準じて、必要な臨床情報を適時に記載している。診療録の質的点検は、今後は多職種が関与するなど、充実した質的点検となるよう点検方法の見直しを期待したい。入院時に、看護師が転倒・転落、褥瘡等のリスクを評価して多職種と情報共有し、専門的なチームにつなげる体制を整備している。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、定期的なカンファレンスやラウンド、医療安全管理委員会とリスクマネージャー部会を開催するなど、安全確保の体制を整備している。院内のインシデント・アクシデントを収集し、分析して改善策を立案している。院外の安全に関する情報を収集し、院内に情報発信している。

患者・部位・検体などの誤認防止対策として、患者・家族から生年月日、名前の確認、ネームバンド認証、検体のバーコード認証などを実施している。情報伝達エラー防止対策は、臨時指示や指示の変更・中止、および口頭指示に対する手順を作成している。薬剤の安全な使用に向けた対策として、ハイリスク薬の安全な使用、保管・管理に関する手順を定めている。一部の病棟における麻薬保管庫の鍵管理は、責任の所在が明確となるよう鍵管理責任者を明確に定めた運用に見直したため、今後も安全性に配慮して管理することが望まれる。転倒・転落防止対策は、全入院患者にリスク評価を行い、リスクに応じて色別表示とするなど工夫している。医療機器は臨床工学技士が中央管理し、使用する職員に教育を行い、安全使用に努めている。患者急変時の対応として、院内緊急コードの設定やBLS研修、シミュレーション訓練、救急カートの設置など、患者の急変時を想定して整備している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けて、感染制御室を設置し、ICD、ICN、薬剤師、臨床検査技師などから構成される ICT、AST を配置している。院内感染対策委員会を毎月開催し、病院全体の感染に関わる方針を決定している。感染制御室は、各種のサーベイランスなど院内の感染状況を常時モニタリングし、感染症の発生状況等の情報を把握・分析し、院内感染対策委員会で報告・検討している。

感染性廃棄物や血液等で汚染されたリネン類は適切に処理している。抗菌薬使用基準を定めており、抗菌薬の使用状況などは AST が常時モニタリングし、特定広域抗菌薬や抗 MRSA 薬は届け出制とするなど、適正な使用に努めている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、患者や地域住民、地域医療機関を対象に広報誌、年報およびホームページ等で行っている。医療連携室を設置し、各種問い合わせや診察予約、CT・MRI、内視鏡などの事前予約や緊急対応、紹介状の受け入れ、返書管理を行っている。返書や診療情報の提供等の記載ルールについて定め、適切に管理するよう見直しを期待したい。健診センターを設置し、人間ドックや区の住民検診等を受け入れ、地域の健康増進に寄与している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者は円滑に診察を受けることができ、外来では患者情報を職種間で共有している。診断的検査の必要性を主治医が判断し、十分な説明と同意を得ている。入院の決定は主治医が医学的に判断し、必要時は関連診療科と連携している。入院診療計画は入院後に速やかに作成しているが、多職種の関与のもと作成することや、クリニカル・パスの積極的な活用を期待したい。患者支援センターに相談窓口を設置し、内容に応じて担当者が対応する仕組みがある。各科外来看護師は、入院について入院案内冊子やパンフレット等を使用して患者・家族に説明し、安心して入院生活が送れるよう配慮している。

医師および看護師は病棟業務を適切に実施しており、病棟に配置された薬剤師は薬歴管理、服薬指導など、薬剤の安全な使用に努めている。血液製剤の投与は、患者・家族に十分に説明して同意を得た後に、手順を遵守して安全に実施している。周術期は医師による術前診察、看護師による術前訪問を行い、重症患者はナースステーションに隣接する重症室で管理している。褥瘡発生時は低反発マットの使用や褥瘡対策チームの介入があり、栄養評価や栄養管理計画に基づき管理している。疼痛緩和に関しては、多職種による緩和ケアチームが病棟ラウンドを行っている。患者の個別性に応じてリハビリテーション実施計画書を作成しており、療法士や医師を含む病棟スタッフと毎週カンファレンスを実施して情報共有している。身体抑制は原則行わない方針であり、やむを得ない場合は手順に則って適切に対応している。

退院支援が必要なケースや在宅療養に移行する場合は、訪問診療・訪問看護を担う医療機関やケアマネージャーと情報交換や連携を図っている。ターミナルステージは患者・家族の意向を尊重し、必要時には緩和ケアチームやがん専門看護師などが介入する体制となっている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤に応じた保管・管理などは適切であり、薬剤師が持参薬の鑑別や管理を行っている。臨床検査機能は24時間体制で対応している。新型コロナウイルス感染症のPCR検査にも即時に対応している。画像診断部門ではタイムリーな検査を実施し、診断結果は依頼医と読影医がダブルチェックしている。選択メニューを毎食実施しており、行事食の実施や摂食方法の工夫を取り入れ、喫食率の向上に取り組んでいる。リハビリテーション機能は、主治医や病棟スタッフと定期的に情報交換を行い、安全に配慮してリハビリテーションを実施している。診療情報管理士が診療記録の量的点検を実施している。医療機器の一元管理や、洗浄・滅菌の質保証にも適切に対応している。

病理診断機能においては、年間数多くの病理診断を行い、ブロック標本の管理、報告書の保存など適切に対応している。病院の機能を鑑みて、剖検・CPCならびに術中迅速凍結検査の拡充を期待したい。血液製剤の発注・保管・返却などの業務手順を遵守し、24時間体制で対応している。血液製剤の廃棄率の低減に向けてさらなる取り組みを期待したい。手術・麻酔機能は、清潔・不潔区域のゾーニングや、

麻酔科医による覚醒時診断、執刀医によるタイムアウトなどを確実に実施し、安全確保に努めている。救急医療機能において、24 時間断らない救急医療を目指しており、小児救急患者はほぼ 100%の受け入れを維持している点は評価したい。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、各部署から提出された事業計画を取りまとめ、承認する仕組みである。月次の収支状況や財務諸表は現状分析し、報告している。医事課にて請求業務を管理し、レセプト作成や返戻・査定は各科診療部長や保険診療委員会で協議している。委託業務は、契約更新時に相見積りや入札を行っており、委託業務従事者と定期的に情報共有して質の向上につなげている。

病院の役割・機能に応じた設備を整備して定期的に点検し、夜間・休日のトラブルや故障発生時の対応体制を整備している。高額の医療機器の購入は機器購入委員会で審議しているが、診療材料などの納品の際に内部牽制が働くシステムの構築について検討を期待したい。災害拠点病院であり、有事に備えて自家発電装置や衛星電話機、東京都・江東区の防災無線等の緊急用通信設備を整備している。院内各所に監視カメラを設置し、24 時間常駐する警備員が監視している。院内暴力対策は警察 0B の採用や、緊急コール方法を整備して各部署に掲示している。医療事故発生時の対応手順は明確になっており、原因究明と再発防止に向けた検討や訴訟に対応する仕組みが整備され、医療メディエーターを配置している。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院としてプログラムに沿った研修を適切に実施している。臨床研修管理委員会を定期的開催し、プログラムの審議や管理、研修医や指導医の意見を聴取して改善に努めており、研修医の診療行為も明確にしている。医師以外の職種の初期研修は、病院全体の新人研修のほか、看護部やコメディカルなどの各部門において初期教育プログラムを作成している。

学生実習は、毎年多職種を受け入れている。養成校と連携して作成したカリキュラムに沿って実習を実施しており、実習生の評価を適切に行っている。医療安全、医療関連感染制御などの必要性の高い研修は実習前オリエンテーションに組み込まれており、患者・家族にも実習生である旨の説明を行っている。実習中の事故等が発生した場合の対応を契約に定めている。

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	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・プライバシーを適切に保護している	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	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	B
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	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	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	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	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	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	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	B
-------	---------------	---

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	B
-------	-----------------	---

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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 年 11 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人社団 順江会 江東病院

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： 東京都江東区大島6-8-5

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	286	286	+0	69	13
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	286	286	+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	34	+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	30	+0
地域包括ケア病床		
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

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： 6 人 2年目： 6 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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	712.60	833.80	849.97	85.46	98.10
1日あたり外来初診患者数	95.50	125.71	136.87	75.97	91.85
新患率	13.40	15.08	16.10		
1日あたり入院患者数	197.45	256.59	258.16	76.95	99.39
1日あたり新入院患者数	15.27	20.72	20.95	73.70	98.90