

# 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 11 日～9 月 12 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 1947 年に第一医院として開設し、1962 年に第一病院に発展させ、その後リハビリテーション施設、訪問看護ステーションを併設した。現在は、救急告示病院（東京都第二次救急指定病院）の認可を受け、他の医療機関との機能分担・相互連携による地域の二次医療に対応し、広域的な三次医療のネットワーク体制にも対応している。また、地域の医療機関や東部地域病院および三次救急医療施設との連携の下、二次救急医療を 24 時間 365 日実施している。さらに、地域の区民健診（壮年健診、高齢者健診など）、各種健康診断、各種予防接種も実施しているなど、高齢者と働き盛りの住民が混在する地域で、健康増進から疾病の予防、診断、治療およびリハビリテーションまでの総合的な医療を実施している。

今回の受審は 3 回目の受審であり、前回の審査で課題となっていた点は多くが改善され、質の高い医療サービスの提供と患者が満足する医療を目指す活動が確認された。一方で課題も見られたため、今回の受審結果を参考に、医療機能の一層の充実と医療安全・組織体制の強化などに向けた取り組みを継続し、今後ますます発展されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念を掲げ、その実現に向けた方策として品質方針を策定し、果たすべき使命を定めている。病院幹部は各種会議等に積極的に出席し、病院運営のためにリーダーシップを発揮するとともに、課題を認識してその解決に向けて積極的に取り組んでいる。院内の情報管理は医療情報処理室で行い、患者情報の適正な管理に努めている。病院で使用する書類は、文書管理規程に基づいて管理し、イントラネット

から閲覧可能である。

法定人員や施設基準などで規定された人員は充足しており、人材確保に努めている。人事・労務管理に必要な規程はイントラネットで常時閲覧可能とし新人研修などで周知している。健康診断の受診率は100%であり、非常勤職員の健診結果も確認している。職員からの意見・要望、提案などを収集し、改善に取り組んだ事例がある。年間教育研修計画の企画・立案や研修実施、参加実績、評価等を一元管理している。職員の能力は力量チェックシートに基づいて評価され、処遇に反映する仕組みがある。毎年、各職種の養成校から実習生を受け入れ、将来の医療従事者育成に努めている。

### 3. 患者中心の医療

「患者の権利」を明文化し、院内掲示・病院ホームページ・入院案内などで周知している。「インフォームドコンセントのガイドライン」に説明内容、同意書一覧、同席基準の手順を明文化している。患者への病状説明時には絵図や模型等を用いて説明し、また各種パンフレットを活用している。患者相談窓口として医療福祉連携室を設置し、社会福祉士や社会福祉主事等が各種相談に対応している。個人情報保護規程および個人情報保護方針を制定し、プライバシー保護に配慮している。倫理委員会規程には協議する総論的な内容を明文化し、病院として倫理的課題について検討・協議する体制がある。医療福祉連携室で倫理的課題について多職種で検討した実績があり、記録により多職種と情報共有を行い、患者の診療やケアに活かしている。

院内はバリアフリーを確保し、廊下や階段などの必要箇所には手摺りを設けるなど、利用者の安全性に配慮している。病棟内は整理整頓、清掃が行き届き、患者が利用する施設・設備についても安全に配慮されている。敷地内全面禁煙であり、院内掲示、入院のご案内、ホームページなどで利用者への周知を図っている。

### 4. 医療の質

ISO9001の認証と日本医療機能評価機構の認定を取得して業務改善に継続的に取り組んでいる。職員提案による業務改善の実績もある。各種立入検査には真摯に対応している。クリティカル・パス業務委員会で3種類のクリティカル・パスを作成し、バリエーション分析などにより必要な改訂を行う仕組みを整えている。患者・家族からの意見やクレームは、意見箱、患者満足度調査、患者アンケート、相談窓口などで収集し、対応した改善事例がある。倫理委員会の役割と委員を明確にして、新規の治療方法や技術の導入ならびに臨床研究の実施や医療行為については、職員が相談しやすい環境を整えられることが望まれる。

病棟入口付近に、責任医師・責任看護師長の氏名を表示している。主治医不在時の連絡は、代行者を明確にしており、管理・責任体制を整備している。診療録等記載マニュアルを整備している。病状・治療方針などの説明に対する患者・家族の受け止めや理解の程度は、看護記録に記載し多職種と共有している。多職種で転倒・転落や褥瘡発生のリスク評価、退院支援の必要性、栄養状態の評価を実施し、看護

計画の立案と定期的なカンファレンス、連携・協働した患者の診療・ケアを実施している。

## 5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理部を設置し、医療安全体制を確立している。医療安全に関するマニュアルを整備のうえ、適時改訂している。医療安全管理者および各部署長と定期的にラウンドを実施し、改善策の実施状況や成果を確認している。重大事故が発生した場合は緊急対策会議を設置し、医療事故の原因究明や再発防止に向けた対応策を検討する体制を整備している。

患者の確認は、患者本人に氏名と生年月日の申告を基本に確認を行い、注射や輸血は、氏名、リストバンドで誤認防止を実施している。口頭指示は原則行わない方針である。検査結果報告書の見落とし防止対策を整え、異常結果は医師に直接連絡している。麻薬・向精神薬などは厳重に施錠管理している。カリウム製剤はプレフィルドシリンジ製剤のみを採用し、薬局で一元管理している。転倒転落防止対策は、入院時のアセスメントの実施により、危険度に応じ適切に対応している。医療機器はME室で一元管理し、使用中は院内で統一した「使用中点検シート」を用いて安全使用の点検を行っている。救急カートの薬品などは院内統一仕様にて所定の場所に設置し、看護師および薬剤師が定期的に点検している。

## 6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染防止対策室は、権限付与された副院長を室長とし、感染制御実践看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員などで構成したICTを配置し、実務活動・コンサルテーション業務・マニュアル案の作成などを行っている。院内感染防止対策委員会を毎月開催し、必要な対策を審議・決定している。院内での感染発生状況は、培養検査の検出細菌情報や各部署からの日々の報告などをICTで一元的に把握している。ICTが院内感染対策ラウンドと抗菌薬ラウンドを実施し、情報収集と分析を行っている。感染対策地域連携の合同カンファレンスに参加している。

院内感染防止対策マニュアルを整備し、マニュアルに則って標準予防策を実施している。血液・体液等が付着したリネンや寝具類は、専用容器に入れ施錠管理している。病室入口や個人携帯用消毒液の使用量調査を実施し、ICTラウンドにて確認を行っている。感染経路別予防策はマニュアルに則って実施している。広域スペクトル抗菌薬・抗MRSA薬などの抗菌薬は届出制で運用している。ICT会議で抗菌薬の使用状況を把握し、主治医に適切な使用を促している。血液培養検査2セット実施を推進し、全身麻酔手術では手術前1時間以内の予防的抗菌薬使用率は100%である。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院が提供する医療サービスや実績などは、医療福祉連携室と広報委員会が中心となり、運営会議で承認したうえで発信している。広報誌は、地域の医療機関や介護施設などに配布し、院内にも配置している。ホームページ、病院案内、入院案

内、院内掲示を通じて、診療実績や診療案内などを患者や医療機関などにわかりやすく発信している。医療福祉連携室を設置し、保健師や社会福祉士、事務職員等が地域連携業務を行っている。紹介元や紹介先等との連携実績、紹介患者に関する返書は、一元管理している。地域の医療機関等へ定期的に訪問活動を行い、その内容は医局会などで報告し、活用している。医療ネットワークとして、大学病院などの提携病院およびグループ内でのネットワークを構築し、連携強化に努めている。

地域に向けての医療に関する教育・啓発活動として、地域包括支援センターとの共同で健康教室や各種測定を行っている。また、療法士による各種健康体操講座や市民公開講座などを定期的に開催している。健康診査、特定健診・特定保健指導、乳がん検査、動脈硬化検査、睡眠時無呼吸症候群検査、骨粗鬆症検診などを実施し、地域住民の健康増進および疾病予防に努めている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者が受診に必要な情報は、ホームページなどで案内している。外来には看護師と事務職員を配置し、受診支援や患者のトリアージを行っている。地域の医療機関・介護施設等からの紹介患者を円滑に受け入れている。診断的検査は、主治医が医学的に判断し、患者・家族に必要性和リスクを説明している。適切な連携先に患者を紹介している。入院は医学的判断に基づいて患者・家族の要望にも配慮して決定している。主治医は多職種と協働して入院診療計画書を作成している。患者・家族からの相談は医療福祉連携室が多様な相談に応じている。患者の円滑な入院に配慮している。医師は、病棟スタッフと連携して病棟業務を行っている。看護業務は看護基準や手順を整備し、ケアを実施している。投薬・注射を確実・安全に実施している。輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している。手術・麻酔の適応を十分に検討し、術前・術後の管理は適切に行っている。

重症患者は、医師にいつでも相談できる体制を確保している。全入院患者に褥瘡発生リスク評価を行っている。入院時に栄養状態の評価を実施している。症状緩和の看護手順を整備し、疼痛の軽減および症状緩和に努めている。入院後早期から療法士が介入し、訓練と廃用予防に努めている。看護師が身体抑制の回避・軽減・解除に向けた検討を行っている。退院支援は入院直後から患者・家族へ必要な支援を行っている。在宅療養が必要な患者には多職種カンファレンスにより継続療養につなげている。ターミナルの定義および判断基準を定め、主治医が判断している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は処方鑑査と疑義照会、持参薬の鑑別、医薬品情報の提供などの薬剤管理している。検体検査の精度管理は良好で、外部委託業者の精度管理状況を定期的に把握している。放射線科医師および各分野の専門医がCTを読影し、画像診断の質の確保に努めている。病院食の選択メニューや行事食、季節メニューの提供を行い、好評を得ている。リハビリテーションに用いる機器や物品は、日常点検および定期的な保守点検を行っている。診療録は紙カルテであり、入院・外来ともに1患者1IDで管理している。医療機器管理機能は、ME室にて医療機器の一元管理を適

切に行っている。洗浄・滅菌機能については、中央材料室が中央管理している。

病理診断機能は外部委託で、委託先の精度管理状況を定期的に把握している。放射線治療機能を有していないため、必要時には近隣の病院に依頼している。使用された血液製剤のロット番号と患者の情報は検査科で管理・保存している。術前訪問から術中および術後の患者管理まで麻酔科医師が責任をもって関わっている。集中治療機能を有していないため、近隣の病院に依頼している。二次救急病院として、24 時間 365 日救急患者の受け入れ要請に対応している。

## 10. 組織・施設の管理

予算原案は法人本部が作成し、理事会で承認している。予算の執行管理は運営会議で検討している。法人全体で経営状況の比較・分析を行い、経営改善に努めている。医事業務は受付や窓口収納業務および診療報酬請求など、業務マニュアル等に沿って行っている。返戻・査定、未収金などが発生した場合は手順に従って処理している。業務委託の選定、契約、管理等は、管理課が一元管理している。新規の委託契約や更新については、評価や面談などを行った上で決定している。

施設・設備管理は、委託業者との連携により施設管理課が管理し、緊急時の連絡体制も明確になっている。コスト削減、省エネルギーなどにも努めている。医療材料の調達管理については SPD システムを導入しており、棚卸などにより適正定数を検討している。購入過程では発注担当と検収担当を分け内部牽制が機能している。防災対策委員会を適宜開催し、火災や水害、地震などに備え、マニュアルの作成、定期的な訓練の実施を行っている。地域の災害対策などにも積極的に参加している。保安業務は管理課が主管し、平日の日中は、院内保安対策員として警察 OB を配置し、時間外および休日は受付に委託の警備員を配置し、職員の安心・安全に努めている。

# 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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	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	B
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	A
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	B
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	B
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	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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
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	B
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	
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	B
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	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	B
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	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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2024 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： 社会医療法人社団光仁会 第一病院

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： 東京都葛飾区東金町4-2-10

## 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	101	86	+0	74.7	20.1
療養病床	35	35	+0	86.9	136
医療保険適用	35	35	+0	86.9	136
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	136	121	+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)	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)	0	+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	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+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	12	+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

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