

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 2 月 27 日～2 月 28 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 1898 年に世田谷に伝染病の病院として開設され、施設・設備の整備や診療科の増設を重ね、長い歴史を刻みながら現在も地域中核病院として、重要な機能を発揮している。重点医療として、救急医療、脳血管疾患医療、集学的がん医療を明確に掲げ、積極的に取り組んでいる。人口 110 万人の医療圏を背景に、大田区、品川区、目黒区の 8 医師会および 7 歯科医師会と医療連携に関する協定を締結し、約 1,900 の登録医と連携を図りながら、地域医療支援病院としての役目を果たしている。第一種、第二種感染症指定医療機関でもあり、昨今、世界中で猛威をふるっている新型コロナウイルス感染症患者を、日本でもいち早く受け入れ、充実した機能と蓄積された経験で人命や感染拡大の防止を守り続けている。病院長および幹部職員のリーダーシップ、チーム医療をはじめとする職員のチームワークにより、改善や質の向上が図られており、今後も益々地域医療に邁進されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

運営理念「地域を支える病院になる」を掲げ、4 項目の基本方針とともに院内掲示やホームページ・入院案内にて院内外に周知している。院長はじめ病院幹部職員は、統率力を発揮して改善に向けた取り組みを行っている。毎年度、運営目標が職員に明示され、各部門では BSC による目標設定と達成度の評価が行われている。情報の管理・活用についての方針が明示され、各委員会でシステムの運用・管理に関する審議が行われている。文書管理の手引きに沿って、文書の受付や発出、作成日、改訂履歴の記載が行われ、院内マニュアルや委員会要綱等を院内ポータルで一元的に管理している。

医療法や施設基準等で定められた必要人員を確保している。前回受審時の課題であった人員の不足については解消され、院内見学者や実習生を積極的に受け入れて、人材確保に努めている。人事・労務管理は職員就業規則などに沿って行われており、多様な就労制度が整えられている。また、院内巡視により労務状況を把握し、安全衛生委員会で報告と検討が行われている。職員満足度調査の実施、上司との面接での意見・要望の聴取などを通じて、働き易い職場になるよう努めている。

年間研修計画に沿って必要性の高い研修が実施され、感染対策などの必須研修では、未受講者にeラーニングやDVDの視聴などを実施して研修参加率を高めている。職員の能力評価は自己申告実施要領および手順に沿って行われている。

3. 患者中心の医療

患者権利憲章を定め、周知を図っている。また、同様の内容で子供向けの憲章も定められており、適宜見直しも行っている。説明と同意の方針と基準・手順を明文化し、医療安全マニュアルに定め適切に実施している。入院診療計画書や患者用クリニカルパスなどで診療ケアに必要な情報を、患者・家族と共有している。患者支援センターを設置し、内容に応じて院内外の関連職種と連携を図り多様な相談に対応している。個人情報取扱要綱が定められ、職員への研修や電子カルテへのアクセス管理を行っている。入院や面会の問い合わせへの対応など、個人情報・プライバシーを適切に保護している。倫理における基本方針が定められ、病院としての方針と対応が明確になっている。臨床現場では、倫理的課題を現場の職員が協働し検討しており、結果は倫理カンファレンスとして記録に残している。また、現場での倫理課題は4分割法を利用して検討しており、解決困難事例は臨床倫理チームで検討され、必要あれば倫理委員会で検討する体制をとっている。

外来・各病棟に図書コーナーを設け、インターネットが利用できる環境も整えている。面会時間は午前7時から午後9時であり、患者や面会者の状況に応じた面会を可能としており、評価できる。院内はバリアフリーであり、必要な箇所に手摺りおよびナースコールを設置している。定期的に病院長、病院幹部の院内巡回が行われ、療養環境の整備に取り組んでいる。敷地内禁煙であり、禁煙外来を設置し、院内掲示やホームページで周知している。

4. 医療の質

院内に意見箱を設置し、回答を院内掲示している。また、患者満足度調査や退院時アンケートも行っており、患者の声に耳を傾けた改善を重ねている。医療の質向上に向けて、各種の症例検討会やクリニカルパスの活用を重視している。業務改善については庶務課を中心に活動が続けられている。院内には常設の病院機能評価対策委員会があり、改善に向けた取り組みにより職員の意識が高められている。新たな診療・治療方法や技術の導入については、倫理委員会で審議しており、保険適用薬の適用外使用についても申請・運用の仕組みを整えている。病棟入口に責任医師、看護師長、薬剤師の病棟責任者の氏名を掲示し、患者・家族へ明示している。

各責任者は役割に応じて病棟ラウンド、回診、カンファレンスに参加し、職員の業務遂行状態を把握し管理業務を行っている。診療録は、おおむね指針に沿って記載され、適時の記録や判読性も電子カルテ上で適切に行われている。多職種で構成されている褥瘡対策チーム、栄養サポートチーム、緩和ケアチーム、感染対策チーム、精神リエゾンチームなどが、組織横断的な活動を通じて効果を発揮している。口腔・嚥下ケアチームは、「健康の回復の土台は栄養にある」を念頭に患者・家族と寄り添い、チーム一丸となり診療ケアを実践している。また、栄養サポートチームは週1回のカンファレンスと回診を行い、患者の栄養状態の維持、改善を図り、治療効果を高めている。それぞれのチームのケア方針や計画、検討内容等は電子カルテ内に適切に記録され、主治医や病棟スタッフとの共有のもとに診療やケアが行われているなど、積極的な取り組みは高く評価できる。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室に、副院長と専従の看護師長を配置しており、研修企画やマニュアルの整備などを行っている。収集したインシデント・アクシデント報告は、専従と部署のリスクマネージャーで分析・検討を行っている。RCAなどで検討した改善策や院外の安全に関する情報は、院内LANなどで周知している。

患者確認は、患者にフルネームで名乗ってもらうことを原則として、誤認防止の取り組みを行っている。また、患者誤認率を経年で把握しており、年々減少している。パニック値、急を要する画像所見は直接担当医に報告している。病理報告書や画像レポートの見落としを防ぐために電子カルテアラート機能を導入している。注射用抗がん剤はレジメン管理するなど、薬剤の安全な使用に向けた対策を適切に実践している。全入院患者に転倒・転落のリスクアセスメントを行い、3日後・10日後・状態変化時などに再評価を適切に行っている。医療機器は臨床工学技士による一元管理のもとに、日常点検、研修などを行い、安全な使用に努めている。患者急変時に備えて、院内緊急コールを設定し、BLS研修も実施している。

6. 医療関連感染制御

副院長を責任者とする感染対策室を設置している。各部署の代表から構成する院内感染予防対策委員会を配置し、病院全体の院内感染に関わる方針を協議している。ICD、ICN、臨床検査技師などから構成される感染制御チームを配置し、院内感染の日常的発生状況の把握、院内感染予防対策の提言・指導などを行っている。感染制御担当看護師は、検査部などと協力しながら継続的な微生物サーベイランスや医療関連感染サーベイランスなどを実施している。アウトブレイクへの対応はマニュアル内に明示しており、院外での流行情報も積極的に収集している。

感染経路別予防策や個人防護用具の着用、感染性廃棄物や血液汚染などのリネンの取り扱いなどを適切に行っている。抗菌薬適正使用ガイドラインを整備し、抗菌薬はマニュアルに沿って適切に使用している。特殊な抗菌薬に関しては届け出制とし、アンチバイオグラムは定期的に更新している。抗菌薬の採用・削除はICTの関与のもと薬事委員会で検討するなど、抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

地域向けおよび医療機関向けの広報誌を発行し、ホームページも含め自院の診療体制やイベント等の情報発信を行っている。診療科ごとに診療実績を整理し、ホームページをはじめ「医療連携のご案内」等で地域の方や登録医療機関に伝えている。連携登録医は1,910名であり、医師および事務職員は年間176件の訪問を行い、円滑な連携ができるように診療のトピック伝達や要望等のヒアリングを行っている。アンケート式で地域医療機関の診療体制等を収集した連携医療機関情報調査票等を活用して逆紹介を行っている。また、逆紹介の促進を医師へ働きかけ実績に結び付けており評価できる。地域住民向けに医師、看護師、リハビリテーション療法士等による公開講座、糖尿病講習会等を行っている。地域医療機関向けには、症例検討会、放射線公開セミナー、薬剤師講演会に加え、認知症疾患医療センター・高次脳機能障害支援普及・脳卒中医療連携事業での各種研修会を実施している。また、依頼を受けて地域での出前講座も実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診や入院に必要な情報は、ホームページや入院案内への掲載、院内掲示等で行われている。初診時の情報は問診票などを活用して収集し、電子カルテを通じて全ての診療科で共有している。安全性に配慮し、侵襲やリスクを伴う検査をおおむね適切に行っている。各種リスク評価の結果を踏まえ入院診療計画書を迅速に作成している。入院前に「入院のご案内」を使用し、入院に関する手続きや入院生活の説明を行い、安心して入院できる支援が図られている。

医師、看護師はそれぞれ適切に病棟業務を行い、患者の状態把握と情報共有に努めている。各病棟に担当薬剤師を配置し、薬歴管理や服薬指導などを行っている。輸血は必要な手順を踏んで行われ、患者・家族へ説明や実施中の観察や記録も適切である。麻酔科医による手術前日までの患者診察や手術当日の節目での確認とその記録など、周術期の対応は適切に行われている。全入院患者に褥瘡のリスク評価を行い、必要時認定看護師や褥瘡対策チームの介入を適切に行っている。口腔・嚥下ケアチーム、栄養サポートチームなど多職種で摂食嚥下障害を評価し、嚥下食の提供や指導が行われている。

リハビリテーション担当医師と療法士は、患者の個別性に応じた目標や、注意事項および患者・家族の要望などを取り入れたリハビリテーション総合実施計画書を作成している。また、ICU入室患者における発症早期からのリハビリテーションは高く評価できる。身体抑制実施中の患者の観察および、回避・軽減・解除に向けた検討が毎日行われている。入院時に退院調整スクリーニングが行われ、毎週病棟で多職種カンファレンスを実施して退院支援に関する課題、患者・家族が抱える不安などを情報共有し支援している。ターミナルステージの判断や方針を整備し、患者・家族の意向を尊重し、必要時緩和ケアチームも介入している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は適切に遂行されており、注射薬の1施用ごとの取り揃え実施率がさらに向上すると、なお良い。画像診断機能は、タイムリーな検査の実施、診断結果の迅速な報告、患者安全への配慮などを行っており、適切である。温冷配膳車による適時・適温による食事提供が行われ、行事食、出産祝膳、誕生日膳、お楽しみメニューを提供し、アンケートによる評価も行っている。特に、日本各地の郷土料理（郷土汁）は好評を得ており、評価できる。地域リハビリテーション支援センターの指定を受けており、3日間以上の連続した休みがないように工夫している。電子カルテを用いて診療情報を一元管理し、全入院患者の診療録の量的点検を行っている。医療機器管理は、臨床工学技士による一元管理のもと、定期点検・日常点検などを適切に行っている。洗浄・滅菌業務は、使用後器材を洗浄から払い出しまで中央化し、各種のインディケータで滅菌の質を保証して、適切に供給している。

病理診断のダブルチェック体制が整備され、細胞診検体の病理医のチェック体制も整備されている。放射線治療医は主治医と十分な協議を行った上で治療計画書を作成し、患者に十分説明した上で治療を開始している。また、治療中・治療後の経過観察を行い、主治医との意見交換も随時行っている。輸血部門では、輸血使用指針に従って、適切に行われている。なお、廃棄率抑制を目指した取り組みの効果を期待したい。集中治療機能は良好な環境下で維持されており、客観的指標による個別患者の重症度評価が再開されると、さらに良い。救急車応需率は90%前後で、受け入れ不能例はルールに沿って受け入れ先を手配し、過程は事例分析され、救急委員会・運営会議に報告されている。

10. 組織・施設の管理

規程に基づき会計処理、財務諸表の作成が適切に行われ、予算に対する執行状況も確認されている。窓口の収納業務は24時間行われ、患者の利便性を図っている。医師によるレセプトの点検も行われ、返戻・査定を保険診療委員会で報告・検討している。業務委託の内容について定期的に意見交換を行うなど、質の維持や向上を図っている。委託業務従事者が医療安全、感染防止、個人情報等の研修に、eラーニング、DVD研修のフォローを含め100%参加していることは評価できる。

施設・設備は年次保守計画が立てられ、日常点検も含め計画的に保守が行われている。納入物品の採用の是非は診療材料委員会で検討され、採用品目数は1増1減を図っている。SPD方式を採用し、日々システムにより消費期限や在庫数の確認が可能であり、棚卸と合わせ見直しを行い、適正な管理を行っている。

災害拠点病院であり、機能を発揮するために「減災対策室」を設置して公社他病院との連携体制を強化している。自家発電装置の燃料は、協定を関係協会と結んでいる。食料品や水の備蓄以外に、院内にあるコンビニエンスストアやレストランも支援を行う取り決めである。警備員による保安体制が整備され、巡視を含めた業務記録が庶務担当者に報告されている。医療事故発生時の対応手順が整備され、事故発生時は事故調査・検証委員会や事故対策会議を開催して対応する仕組みがある。さらに病院と公社が連携を取りながら対応する体制があるなど適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

各職種において初期研修プログラムが作成され、項目ごとの到達度の自己評価や指導者評価が行われている。研修医においては、多職種による 360° 評価が実施されている。担任制を取り入れ、定期的な面談と合わせて、風通しの良い環境づくりに努めている。各職種の学生実習を受け入れており、学校側のカリキュラムに沿った実習および評価を行っている。医療安全や感染防止等に対する教育を実施し、受け入れの際は病院で定めた予防接種等の証明書を受け取り、感染防止に努めている。学生実習については入院案内等で周知され、患者を受け持つ場合は、患者に説明し同意を得てから実施している。なお、個人情報保護や事故発生時の対応は事前に協定で明確化されており、学生実習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	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	S
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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：公益財団法人東京都保健医療公社荏原病院

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：東京都大田区東雪谷4-5-10

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	411	411	+8	68.3	10.3
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	30	30	+0	76	25.3
結核病床					
感染症病床	20	20	+0	44.6	9.2
総数	461	461	+8		

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)	6	+0
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		
小児入院医療管理料病床	13	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	48	+8
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： 5 人 2年目： 7 人 歯科： 2 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

