

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7月29日～7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、公立学校共済組合が開設する病院であり、地域医療支援病院、東京都がん診療連携協力病院、地域災害拠点病院などの機能を有する地域の基幹病院である。今回の訪問審査では、紹介患者の受診当日に紹介元への返書を医師が作成する取り組みやがんについての市民講座の開催など、貴院の使命にふさわしい実践状況が確認できた。各部門でも、患者の相談ニーズを漏れなく把握する活動、地域医療連携活動、断らない救急医療などの優れた実践がなされている。

病院運営においては、院長をはじめ病院幹部は各種委員会活動へ参加するなど、リーダーシップを発揮している。また、各部門・部署でも個人目標の設定、達成度評価などにより、目的意識を明確に持って業務を遂行している。今回いくつかの課題も見られたが、病院の使命への高い自覚のもと、全職員の力によって必ず解決されることを確信し、貴院のますますの奮闘を期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を院内外に周知し、定期的な見直しも行っている。病院幹部は、方針・目標を全職員と共有し、課題解決に向けてリーダーシップを発揮するとともに、職員に対する報奨制度を設け労働意欲の向上に努めている。組織運営は効果的・計画的に行われている。情報管理・活用方針を定め、効率的運用や診療情報の二次利用を有効に行い、医療の質や安全性・効率性の改善に向けた活用を行っている。

人材の確保では、大学医局への訪問や看護大学実習生の受け入れを積極的に行うなど、適切に取り組んでいる。人事・労務管理関係の規則を整備し、職員に周知し

て適切な労務管理を行っている。職員満足度調査を実施し、職員の意見等を把握している。全職員を対象とした医療安全、感染対策等の研修は、多くの職員が参加できるよう複数回実施し、未受講の職員へはeラーニングでフォローする仕組みを整えている。職員の能力開発については、院内外での研修への参加や専門・認定看護師の資格取得等に対する補助金制度を設けて奨励しており、適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、診療記録の開示にも積極的に応じている。患者の権利を尊重する説明と同意の取得を心掛けている。患者用パンフレットの配布、患者用図書室の開設など、患者・家族が手軽に情報を取得できる環境が整備されている。多様な相談窓口を設置し、各病棟・外来へのソーシャルワーカーの配置など、患者支援体制と相談活動は秀でている。データのダウンロード規制や職員研修など、個人情報保護に努めているが、パスワードやがん登録作業エリアについては、より厳格な管理となるよう検討が期待される。各部署で把握した倫理的課題は、カンファレンスで検討し、現場で解決困難な事例は病院の倫理コンサルテーションチームで協議されている。

玄関前への路線バスの乗り入れ、コンビニエンスストアの設置など、患者・面会者の利便性・快適性への配慮がなされている。障害者優先の駐車場を病院玄関近くに整備し、玄関ホールでは総合受付の看護師による患者のサポートが行われている。療養環境は診療・ケアに必要なスペースが確保され、シャワー室やトイレの段差等にも配慮されており適切に整備されている。敷地内禁煙が徹底され、禁煙外来も開設されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・苦情は意見箱を設置し、現場で把握した意見・苦情等もインシデントレポート等によって把握し、組織的に検討し対応している。症例検討会などを定期的開催し、主要な診療ガイドラインに沿って診療をしている。臨床評価指標の分析を行い、医療の質の向上に努めている。部門横断的な改善活動として、サービス向上委員会を中心に患者満足調査をはじめ様々な業務改善活動に取り組んでいる。看護部では毎年業務改善活動の報告会を開催し、優秀な活動を表彰している。新たな診療・治療方法や技術は、医療倫理委員会に諮ったのちに実施し、倫理・安全面などを十分に確認して導入している。各部署で把握された倫理的課題は、多職種による倫理カンファレンスで検討されており、現場での解決が困難な場合は、病院の倫理コンサルテーションチームに相談する仕組みが整えられている。

病棟に、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーの担当者を掲示し、ベッドネームには、主治医の氏名を記載して、診療・ケアの責任を明確にしている。患者に関する情報はすべて診療記録として多職種で電子カルテに適時・適切に記載している。各部署では多職種が参加するカンファレンスを行っている。多数の専門チームが活動し、病棟ラウンドを行うとともに、現場からの相談にも応じている。

5. 医療安全

医療安全管理室に専従の医療安全管理者を配置し、医療安全管理委員会の設置、各部署でのセーフティマネージャーの任命など、安全確保に向けた体制を整備している。アクシデント・インシデントレポートを収集し、分析と再発防止策の立案を行っている。

患者による氏名の名乗り、バーコード認証、手術時のタイムアウトなど、患者・部位・検体などの誤認防止に努めている。医師の指示出しから実施までの手順は確立しており、やむを得ない状況での口頭指示もルールに基づいて実施されている。病棟薬剤師による入院患者の服薬状況や薬剤アレルギーの確認、抗がん剤のレジメン管理など、薬剤の安全な使用に努めている。患者の入院時に転倒・転落のリスクアセスメントを行い、結果を点数化して危険度を判定して予防策を講じている。臨床工学技士が医療機器を使用する職員の教育を計画的に実施し、呼吸器使用中の患者には1日2回設定等の確認を行うなど、医療機器を安全に使用している。院内緊急コードを設定し、救急カートを必要な部署に配置するとともに、BLS・AEDの訓練を全職員対象に実施して、患者の急変に備えている。

6. 医療関連感染制御

院内感染管理部門では専従のICNのほか、ICD、薬剤師、臨床検査技師等が活動し、院内感染に関するマニュアル、抗菌薬適正使用マニュアルも整備されている。院内感染対策委員会のもとでICTやASTが組織され、院内ラウンドや耐性菌の検出の把握・対応に努めている。感染症発生やアウトブレイク情報が、迅速に感染管理部門に伝達され、ICTが速やかに対応している。また、各種のサーベイランスも実施し、院内に周知している。

院内感染対策マニュアルを整備し、手指消毒剤、手袋、個人防護用具（PPE）を必要な場所に配置している。手指消毒剤およびPPEの使用量のモニタリング、院内ラウンドによるマニュアルの遵守状況の確認等を行っており、感染制御の活動はおおむね適切に行われているが、感染性廃棄物の適正な管理のさらなる充実が望まれる。ICTとASTとが抗菌薬の使用状況を確認して必要な指導を行い、アンチバイオグラムも半年ごとに作成・解析するなど、抗菌薬は適切に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容、医療サービス等の情報は、病院案内、ホームページ、病院広報誌などによって発信され、観桜会、冬のイルミネーション、クリスマスコンサートなどの地域の人々との交流も定期的に行われている。地域医療支援病院として、積極的な紹介・逆紹介に取り組み、紹介元への医師の返書は原則として患者来院当日に作成されている。登録医は、症例検討会や退院前カンファレンスにも参加し、地域医療連携情報交換会等の交流も実施されている。近隣医療機関との連携による独自の地区パスの運用し、医科・歯科連携などにも取り組んでおり、地域医療連携活動は秀でている。地域住民を対象に、健康セミナーや講演会などを開催するとともに、東京都のがん診療連携協力病院として、小・中学校での「がん講話」や「がんの療養

と緩和ケアを学ぶ市民講座」も実施している。地元医師会との学術交流も頻繁に行い、救急救命士の養成にも取り組んでいるなど、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動が適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療では、患者の情報を的確に収集し、診断的検査を確実・安全に実施している。医学的根拠に基づいて入院を決定し、入院診療計画書を速やかに作成している。多職種が連携して患者・家族の多様な相談に応じ、入退院支援センターで看護師が面談を行い、円滑な入院を図っている。

主治医は基本的に毎日回診を実施し、所見や検査結果等の記録を作成し多職種のカンファレンスも行なうなど、リーダーシップを発揮して病棟業務を行っている。看護師は患者参加型の看護計画を立案し、患者・家族の同意を得てケアを実施している。全病棟に病棟薬剤師を配置し、薬歴管理・服薬指導等を行っている。主治医が輸血の必要性やリスクを説明し同意を得て、輸血・血液製剤の投与を確実・安全に実施している。麻酔科医および手術室看護師が術前訪問を行い、周術期の対応を適切に行っている。入院時に褥瘡のリスク評価を全患者に行い、褥瘡対策チームによるラウンドも週1回行っている。嚥下評価や食形態の選択、個別対応食の調整などの栄養管理を実施している。痛みだけでなく、本人の苦痛を根気よく聞き出し、苦痛の内容により緩和ケア、認知症ケア、NST等の専門チームにコンサルテーションするなど適切に対応している。早期のリハビリテーション開始を心がけ、リハビリテーションの評価も確実に実施している。身体抑制に関するマニュアル等が整備されており、身体抑制が必要な場合には患者・家族に説明と同意を得て観察を行いながら適切に実施している。抑制中の患者の観察、解除に向けた検討も確実に行っている。病棟で退院支援スクリーニングを行い、介入の必要性がある患者には病棟担当ソーシャルワーカーと退院支援専従看護師を交えてカンファレンスを実施し、方針をカルテに記載し目標の共有を図っており、患者・家族への退院支援は適切に行われている。在宅療養支援として、緩和ケア認定看護師による同行訪問が月5件程度行われており、継続した診療・ケアは適切に実施されている。「終末期の確認と治療方針決定のマニュアル」に沿ってターミナルステージに的確に対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は入退院支援部門や病棟でも薬剤管理に関与しており、持参薬の確認やアレルギーの情報の収集等を行っている。臨床検査部門は、日当直体制で必要な検査業務を実施し、パニック値も確実に伝達している。画像診断部門は緊急の検査の要求にも対応し、迅速な診断に努めている。栄養管理部門は、適温給食への努力をしているが、衛生管理のさらなる徹底が期待される。リハビリテーション部門は、早期にリハビリテーションを開始し、休日および長期の連休でも切れ目のない訓練に努めている。診療情報管理部門では、診療記録の量的点検が適切に実施され、がん登録にも積極的に取り組んでいる。医療機器は、臨床工学技士が中央管理し、洗

浄・滅菌部門は、各種インディケーターを用いて滅菌の質的保証に努めている。

病理検査部門は、術中迅速診断を多数実施し、剖検も年間 20 件以上実施している。病理報告書は電子カルテに記載し保存されており、見落としを防止する仕組みが確立しているなど、病理診断機能は適切に発揮されている。放射線治療部門は、計画の立案や始業・終了時の点検・管理も適切に実施し、精度の向上に努めている。輸血療法委員会を月 1 回開催し、血液製剤の使用状況や廃棄率等を検討して適正使用を推進している。年間約 2,000 件の全身麻酔手術を実施し、手術・麻酔機能を適切に発揮している。重症患者の治療は施設基準を満たす集中治療室を設置し、集中治療を実施している。原則断らない救急医療を実践し、24 時間 365 日救急患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に沿って会計処理がなされ、経営実績は毎月把握されて検討に付されている。医事業務は、マニュアルに沿って確実に行われ、未収金の発生防止も取り組まれている。委託業務は入札を基本に業者を選定し、単年度契約を基本として現場からの意見も踏まえて契約内容を検討している。空調機器、電気設備等の施設・設備の稼働状況は、防災センターにおいて 24 時間監視され、日常点検や保守管理も計画的に実施されている。

院内への診療材料等の供給業務は委託 (SPD) であり、各部署への定数配置、バーコードシールの活用による使用分の発注、各部署への納品等が効率的に行われている。地域災害拠点病院として、DMAT を編成し、防火・防災訓練等も定期的に行っている。トリアージ訓練には地域住民も参加し、地元消防署主催の自衛消防活動技術大会では毎年優秀な成績を収めている。日中の保安業務は安全管理担当の職員が行い、夜間・休日の保安業務は委託され、入退館管理、院内巡視、施錠管理等の業務を実施している。暴力・暴言発生時の緊急コールも設定されており、保安業務は適切に実施されている。医療事故発生時の対応マニュアルを全職員へ周知し、原因究明・再発防止にも積極的に取り組んでいる。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型臨床研修病院として、医師の卒後臨床研修を実施している。指導医による研修医の評価も確実に行い、研修医とのコミュニケーションも良好である。看護部でも研修指導者を配置し、卒後 1 年間の新人教育をプログラムに沿って実施し、薬剤部、検査部なども独自のプログラムで初期研修を実施している。看護学生、リハビリテーション学生、薬学生等の実習を積極的に受け入れ、いずれも派遣元との協定のもと、カリキュラムに沿った実習を実施している。看護部では看護協会の講習を修了した指導者を配置し、派遣元および実習生からのフィードバックも受けている。

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	S
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	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	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	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	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	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	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 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： 公立学校共済組合 関東中央病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 共済組合及びその連合会

I-1-4 所在地： 東京都世田谷区上用賀6-25-1

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	353	353	+32	77.3	10.1
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	50	50	+0	39.4	326.7
結核病床					
感染症病床					
総数	403	403	+32		

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		
人工透析		
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	38	+38
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), 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： 8 人 2年目： 9 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

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数		1,044.72	1,055.38	1,047.09	98.99	100.79
1日あたり外来初診患者数		117.91	118.39	112.40	99.59	105.33
新患率		11.29	11.22	10.73		
1日あたり入院患者数		319.75	335.20	325.04	95.39	103.13
1日あたり新入院患者数		27.04	26.22	27.11	103.13	96.72