

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 12 月 2 日～12 月 3 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

貴院は東京都区西部保健医療圏に位置する地域の中核的医療機関である。1933 年に設立した中島飛行機東京工場医務室を前身として 1950 年に医療法人化し、徐々に医療機能や病床規模を拡大して現在に至る。基本理念および基本方針のもと、病院の purpose（存在意義）として「患者さん、地域のために持続的な健康と幸せを」を掲げ、病院の役割を「急性期医療、地域医療連携、高質医療人、災害時医療」と明確に示している。地域医療支援病院、東京都指定二次救急医療機関、災害拠点病院、基幹型臨床研修病院の指定を受けており、地域の住民から厚い信頼を得ている。救急医療では救急救命士を配置して 24 時間 365 日断らない救急を掲げ、年間約 4,600 件の救急車を受け入れている。病院運営においては、病院長を中心に病院幹部のリーダーシップのもと、全職員が医療の質向上に取り組んでいる。

病院機能評価は 6 度目の受審となる。受審に向けて全病院的に業務の評価を行い、多職種が連携して積極的に取り組んだ改善活動の成果を随所に確認できた。医療機能を適切に発揮している領域がある一方、課題と思われる領域がいくつか見受けられた。今後も病院機能の向上に努められ、貴院のさらなる発展と地域医療への貢献の一助となれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念、基本方針を制定し、中期経営計画や年次事業計画に反映して病院運営の基本としている。病院の活動状況は理事会で評価している。病院幹部は、中期経営計画や年次事業計画達成に向けて積極的に取り組んでいる。職員の募集活動として入職祝い金制度や薬剤師奨学金制度を導入している。ハラスメント対策として通報窓

口を院内・院外に設置し、匿名相談にも対応している。剖検室、手術室ではホルムアルデヒドの作業環境測定を実施している。また、産業医による職場巡視は適切に実施しており、記録も残している。職員の意見・要望は人事考課や職員満足度調査、病院幹部による院内ラウンドを通して収集している。患者・家族から感謝の声を寄せられた職員に対する表彰制度がある

職員の能力評価として人事評価制度を導入し、能力開発として資格取得支援制度を設けて支援している。初期臨床研修医は看護体験学習や臨床トピックスの発表に取り組んでいる。新人看護師には実地指導者が1年間フォローする体制を取っている。医学生、看護学生、助産学生、薬学生などの多職種の実習生を受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族、職員に周知している。診療録の開示は患者の権利を尊重し非開示例はない。説明と同意に伴う同席ルールや個人情報の保護、セカンドオピニオン等の患者の権利を制定し、患者・家族や職員に周知している。誤認防止の対策は入院案内や院内掲示で協力を求め、患者自ら名乗っている。総合相談窓口を設置し、患者サポートセンターの看護師等が対応している。相談内容により適切な担当者に振り分けている。個人情報保護に関する各種規定を整備し、職員には研修会で周知している。検査、治療、身体拘束など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。日常的に臨床現場で発生する倫理的課題は発生部署で検討し、解決困難な事例は多職種で構成する臨床倫理コンサルテーションチームへ相談する仕組みがある。駐車場・公共のバス停を設置し、無料送迎バスを運行している。院内すべてバリアフリーになっている。病棟は採光、照明、空調、換気に配慮し、廊下や倉庫は整理整頓している。全館禁煙・敷地内禁煙はホームページや入院案内、ポスターを院内掲示して周知している。職員の喫煙率低減への取り組みを行っている。

4. 医療の質

業務の質改善については、業務改善プロジェクトチームを中心として部門横断的な改善に取り組んでいる。各種立入調査にも迅速に対応している。診療の質の向上に向けた活動では、病院全体でのカンファレンスを開催している。臨床指標では医療の質可視化プロジェクトに参加している。各フロアにご意見箱を設置し、サービスの質向上に向けた対応を検討している。新規の診療・治療方法や技術の導入に際しては、倫理・安全面などについて倫理委員会で審査する仕組みを構築している。各病棟では病棟医や看護師長の名前を明示し、ベッドサイドには主治医、受け持ち看護師、当日の担当看護師の名札を表示している。診療記録は必要な情報を SOAP 形式で記載している。診療記録の質的点検では点検数の増加が期待される。各種アセスメント用紙を多職種で共有し、院内の専門サポートチームが定期的なラウンドを通して協働し、患者の診療・ケアに取り組んでいる。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室に医療安全管理者を配置している。インシデント・アクシデント情報を収集し、医療安全管理室会議などで分析・検討を行い、対策を講じている。なお、医師のレポート作成のさらなる充実を期待したい。職員ポケットマニュアルに事故発生直後の対応フローチャートを明記して職員に周知している。患者誤認防止対策として、患者本人による名乗りと外来基本表やリストバンドで照合している。手術部位の誤認防止対策として、マーキングやタイムアウトを実施している。医師の指示出し、指示受け、実施確認を電子カルテ上で実施し、緊急性の高い重要な所見や結果を確実に通達している。電子カルテ機能を活用した安全な投薬管理システムが確立しており、麻薬保管庫は厳格な施錠管理を実施している。入院当日に転倒・転落リスク評価を行い、危険度に応じて予防策を実施し、多職種で情報を共有している。医療機器は臨床工学技士が中央管理している。院内緊急コードを設定し、院内迅速対応システム（RRS）を導入している。起動基準に該当した場合はRRS担当看護師や関係者を招集し、急変の早期発見・対応につなげている。

6. 医療関連感染制御

病院長が統括する医療関連感染管理体制が確立し、感染防止対策マニュアルに準じて感染制御チーム（ICT）が活動している。ICTはラウンド、サーベイランス、ベンチマークを適確に行っている。感染対策マニュアルに基づいて、手指衛生、個人防護具の着用、感染経路別の予防策を実践している。手指衛生の遵守状況については、直接観察や速乾性手指消毒剤の使用量をサーベイランスしている。感染性廃棄物の分別と血液・体液が付着した寝具・リネンの扱いはマニュアルに沿って対応している。抗菌薬適正使用支援チームの適確な抗菌薬適正使用推進活動が、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）の院内感染発生を抑制している。

7. 地域への情報発信と連携

地域連携室に広報担当職員を配置し、地域等に向け情報発信を行っている。広報誌は医療機関向け、患者向けに発行しており、年報も発刊して各所に配布している。ホームページは毎日更新しており、最新の情報を発信し、診療機能、診療実績も掲載している。地域の医療機能・医療ニーズは地域連携室にて把握し、情報を共有している。地域の急性期病院、ケアマネジャー、地域包括支援センター、訪問診療医師、訪問看護事業者等と定期的に連携の会を行っている。紹介患者を受け入れた際、翌日に来院報告するなど、迅速に対応している。地域住民向け「みんなの健康教室」を定期的に開催し、医師やメディカルスタッフが講師になって健康増進の啓発活動を行っている。また、区民講座にも講師を派遣している。ホームページでは感染症予防の啓発、「秋の健康講座」等のイベント情報を発信し、教育・啓発活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院患者は速やかに病室に入れるよう配慮している。問診で得た患者情報を電子カルテ上に速やかに表示する運用が確立している。プライバシーに配慮して、患者の呼び入れは番号表示で行っている。診断的検査の必要性の判断、侵襲性のある検査の説明と同意は確実にしている。診療経験豊富な医師が、カンファレンスや他科コンサルテーションにより入院の必要性を判断している。多職種によりリスクや栄養状態を評価し、クリニカルパスによる診療計画を作成している。地域連携室や総合相談窓口では多職種にて対応している。患者サポートセンターで入院に必要な説明と入院生活の相談業務を実施している。患者病態、診療に関するカンファレンスを病棟ごとに多職種参加のもと毎週行い、患者情報を確実に共有している。看護師は転倒・転落や褥瘡、栄養、せん妄、退院支援などのスクリーニング、および身体的・心理的・社会的ニーズを把握し、看護計画を立案・実践している。投薬・注射は、投与前に医師が患者に説明し、薬剤師が服薬指導を行っている。輸血療法は輸血に関するマニュアルに沿って安全に実施している。手術・麻酔方法について患者・家族へ必要性和リスクを説明して実施している。重症患者の管理は重症度に応じた病床を選定し、症状に応じたケアを多職種で行っている。入院患者に褥瘡リスクアセスメントを行い、看護計画を立案・実施している。各病棟に管理栄養士を配置し、多職種で共有しながら栄養スクリーニングを実施している。がん性疼痛および痛みの評価方法を院内で統一し、精神科医によるラウンドも定期的の実施している。術前から理学療法士が介入し、退院支援カンファレンスにより在宅復帰を支援している。電子カルテ記載を通じて治療効果を主治医に報告している。身体拘束ゼロを組織の目標とし、検討と評価を繰り返し取り組んでいる。退院支援に向け、多職種で支援の方向性を検討し、調整を行っている。訪問診療・訪問看護が必要な患者には、多職種で退院前カンファレンスを実施し、対応している。ターミナルステージの診療・ケア計画は、患者・家族の意向を尊重して多職種で検討している。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査、疑義照会、持参薬鑑別、薬剤の保管・管理、調剤鑑査を確実にしている。臨床検査機能は外部委託を含め病院の機能に応じた検査を実施している。画像診断は緊急性に応じて随時施行し、CT・MRI 検査はほぼ翌診療日までに依頼医へ所見報告している。温冷配膳車、配膳専用エレベーターを使用し、適時・適温の提供に努めている。療法士は患者主治医、病棟看護師と連携して早期からリハビリテーション介入を行い、運動訓練や離床促進を指導している。電子カルテは職種ごとにアクセス権限を設定している。紙媒体の同意書は適切に管理されている。医療機器は臨床工学科が一元管理し、貸出・返却履歴を把握している。洗浄・滅菌機能は業務を中央化し、各種インディケーターを用いて質評価を行っている。病理診断機能は病理医と細胞検査士で診断精度の向上に努めている。輸血・血液管理機能は、血液製剤の発注・保管・供給・返却などを確実に実施し、使用状況なども輸血療法委員会では把握している。手術・麻酔機能において、手術のスケジュールは緊急手術への対応も含め確実に管理し、清潔管理、術中患者管理なども的確である。集中治

療部門では入退室基準を遵守して重症患者の管理を行い、多職種による協働体制を構築している。救急医療は充実した体制を構築して、より地域のニーズに沿うよう努力している。

10. 組織・施設の管理

予算は前年実績、各部門への聞き取りにより編成している。病院会計準則により会計処理を行っている。運営連絡会議、幹部会議にて経営課題について検討している。窓口収納業務は業務マニュアルを整備し、夜間・休日含めて対応手順の適正化を図っている。保険請求業務について定期的に医事課勉強会を行い、情報提供している。業務委託は委託先の業務内容、品質、価格について、資材施設課が委託先責任者にヒアリングを行い、業務日誌や業務報告書、実際の業務現場を確認して実施状況を把握している。医薬品や医療消耗品について各種委員会で選定とコスト低減の取り組みを行い、購入している。定期的に棚卸を行い、在庫量を適確に管理している。施設・設備は24時間体制で管理し、保守点検は年間計画に基づいて実施している。災害発生時の初動対応やトリアージなど災害に関するテーマ別勉強会を開催して、職員の危機管理意識の醸成を図っている。地元自治体や医師会、近隣医療機関と連携して、定期的に災害訓練を実施している。保安体制として警備員等を配置して定期的に巡回警備を行っている。院内暴力が発生した場合には防犯担当に連絡し、応援を求める体制になっている。

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	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
1.3.3	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	A
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	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	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	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	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	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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	B
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	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	
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	A
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	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	B
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 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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2025 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人財団 荻窪病院

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：東京都杉並区今川3-1-24

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	252	252	+0	81.8	9.5
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	252	252	+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)	8	+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		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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 (DPC標準病院群)

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： 3 人 2年目： 2 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