

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11月21日～11月22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

貴院が開設している杉並区においては、特定機能病院、大規模な公的医療機関の開設がなく、高度医療・がん診療・周産期医療・小児救急医療の分野において地域からの期待は多大である。これらの現状を踏まえ、貴院では、高度救急医療の対応、がん診療体制の構築、小児救急、周産期医療の充実に加え、脳卒中、心血管疾患、新興感染症、災害医療に積極的に取り組んでいる。また、「正しい知識に裏付けられた医療」の提供という考えのもと、他の医療機関が躊躇するような患者も偏見なく受け入れ、全ての病気に適切な初期診療を行うことをポリシーとして活動していることも貴院の特徴の一つである。基幹型臨床研修病院として多くの医師を輩出すると共に、医療に関わる全職種の学生実習を受け入れているなど、良質な医療人の育成に努力している。また、職員の教育体制の充実に継続しているとともに、職員のやりがいの向上と働く幸せを感じる職場を目指していることも評価できる取り組みである。病院機能評価は初回から継続して受審しており、新病院の完成が待たれる中、院長筆頭に職員の医療の安全と質への向上意欲は高く、今後も良質な地域医療の提供に努力されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は、自院が担うべき役割を踏まえて策定し、見直しの検討も組織的に行われている。中期計画は基本方針に則って作成しており、新病院建設の基本方針を作成して、病院の運営に努力している。病院運営の意思決定会議は常務会議としており、役割等級基準・職務分掌を整備し、職務権限と責任範囲を明示している。年次事業計画の策定は、中期計画に基づいて、事業の実施状況を踏まえ

て策定し、具体的な数値目標、達成目標を示している。情報の活用は、電子カルテシステムを中心に、多様な情報システムを構築し、確実・安全な受診につなげており、医療の質・安全性・効率性に関わるデータの作成にも適用している。

医療法上の人員配置標準および施設基準上の必要人員は確保している。

職員対象の教育・研修については、財団の人事部が主管となって、予算の確保並びに年間計画を作成している。研修の基本方針を策定し、研修の効果を高める様々な取り組みが見受けられ、高く評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は院長・副院長会議や倫理委員会にてその内容を検討し、患者・家族・職員への周知を図っている。また、子供の患者に関しても「子どもの権利」を公開している。説明と同意に関する方針や手順は明確であり、同意書を必要とする範囲は、入院診療情報録運用マニュアル内に具体的な項目を定めている。医療への患者参加を促進する取り組みとして、健康生活支援室で作成し、院内各所に配付している「調べるシリーズ」は、患者自身が自らの疾患の理解を深め、主体的に診療やケアに参加するための取り組みとして秀でている。また、外国人受診者が多い中、ネパール語での「マタニティハンドブック」を作成するなど患者の状況に合った支援も工夫している。主要な倫理的課題に関する方針は明文化している。現場で解決困難な倫理的課題は臨床倫理委員会審議申請書を提出することにより、組織的に検討されている。日常的に遭遇する患者・家族の倫理的課題については、多職種合同カンファレンスで検討している。

院内は、診療・ケアに必要なスペースが確保され、患者が快適に療養生活を送れるように整備されている。敷地内禁煙の方針であり、院内掲示や入院案内等で周知徹底している。

4. 医療の質

業務の質改善に向けた対応として、医療の質向上委員会を組織し、その下部組織として業務改善部会を立ち上げて、医療の質、看護の質、患者サービスおよび業務の質に関する課題等の検討や対応策の立案にあたっている。院内では診療科ごと、あるいは複数診療科合同の症例検討会が数多く行われている。クリニカル・パスの適用率は高く、バリエーションに関する分析も行っている。院内各所に意見箱を設置するとともに病院機能評価事業で実施している外来・入院患者満足度調査を毎年継続的に実施し、質の向上委員会で分析・検討している。新たな診療・治療方法や技術の導入にあたっては、組織的な議論を経て承認・実施する仕組みがある。一方、導入・実施後の取り組みとして、モニタリングの期間設定、監視対応手順の明確化については今後の課題である。

診療ケアの責任体制は、ナースステーションの入口に管理責任者として医師、看護科長名と薬剤師名、管理栄養士名を掲示している。診療記録の質的点検は、診療の質向上委員会で評価を行い、点検結果のフィードバックが行われている。患者の診療・ケアは、組織横断的に多職種で構成された専門チームが積極的に活動してい

る。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、院長直轄として安全・感染管理部と医療安全管理委員会を設置している。医療安全科には、院長が選任した医療安全管理責任者、医薬品、医療機器、医療放射線の各安全管理責任者を配置しており、各担当者の役割と責任等は明確であり、相応の権限も付与されている。安全確保に向けた情報収集については、インシデント・アクシデント事例の入力を QR コードからスマートフォンで登録する方法がある。医師に対しては、紙の報告書を用意して、病棟ですぐ提出できるように提出箱を設置するなどの対応をしている。医療安全確保に向けて情報・収集・分析に様々な工夫を取り入れており、高く評価できる。

電子カルテシステムにおける指示出し、指示受け、実施の流れは明確であり、医師による実施確認や指示中止、変更時の手順なども定めている。転倒・転落事故予防は、対策マニュアルを整備し、全入院患者にリスク評価を行い、看護計画に反映している。医療機器の安全使用については、マニュアルを整備し職員に対する研修を年間計画に加えて、職場からの要望時にも臨時で開催している。患者の急変時対応として、今年度より救急認定看護師が窓口となる RRT の稼働を開始している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として、院長を含む各部署の責任者で構成される感染管理委員会を毎月開催し、感染関連情報や各種サーベイランス結果の検証を通じて対応策等の検討・決定を行っている。また、下部委員会である感染管理実行委員会を隔週開催し、決定事項等が全職員に共有できる仕組みになっている。院内での感染発生状況等の把握は ICT が中心となり、院内での起炎菌情報や薬剤耐性菌の検出状況、抗菌薬の使用状況などが把握・検証されている。それらの情報は、毎週開催される ICT 会議の中でも共有され、感染管理委員会への報告を定期的に行っている。ターゲットサーベイランスに関しては、SSI・CLABSI・CAUTI を実施し、VAP は今年度から開始している。

医療関連感染を制御する活動については、各病室入り口に擦式アルコール手指消毒薬を設置し、職員も携帯している。使用量や手指衛生実施のタイミングについてモニタリングし、紙面上で模擬事例に対する手指衛生実施のタイミングを考えてもらう方法を取り入れるなど、手指衛生遵守率向上のための取り組みを計画的に行っている。抗菌薬の採用および削除に関しては、感染管理委員会と薬事委員会での協議・審議を経て決定している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の情報発信は、ホームページやメールマガジン、SNS 等の電子媒体の他、医療サービスを掲載した各種パンフレットを配付している。広報誌は、患者や地域住民向けの広報誌、地域の医療関連施設向けの広報誌、社会的責任に関する事業活動を記載した CSR 報告書を発行している。また、地域で開催される行事やイベントに

参加し、自院の役割等を地域住民へ直接伝える取り組みもある。地域連携の取り組みは、紹介患者を断らない方針のもと、業務マニュアルに則り活動している。医療需要や連携実績等のデータの収集・分析、連携先へのアンケート調査の実施、積極的な訪問活動など、円滑な退院と良質な在宅療養に向けて取り組んでいる。加えて、紹介状を一元的に管理し、受診報告書を即時発送するとともに、返書の作成状況を適時確認している。患者・家族や地域住民対象の医療に関する教育・啓発活動として、河北健康教室、体験型イベント「around 杉並健康ライフ」、小学校出張授業「命の授業」等を定期的に開催している。また、地域医療関連施設等に向けた専門的な医療知識・技術向上のための教育活動として、歯科医師、薬剤師、看護師、介護職員等を対象とした各種研修会も開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を病院入口に表示し、総合案内で受診に関する問い合わせに対応している。また、ホームページには診療科の特徴や受診の際の手続き等を掲載し、最新情報を案内している。診断的検査は、医師が医学的見地からその必要性とリスクの判断を行った上で実施している。侵襲的検査にあたっては、院内で標準化された検査説明書を用いて患者・家族への説明を行い、同意書へのサインを得て実施している。入院の必要性は医学的な判断のもと決定し、患者・家族等への丁寧な説明と同意取得を経て入院診療につなげている。その際の説明は画一的なものではなく、個別性への配慮をしている。医師は診療上の指導力を適切に発揮しており、病棟のスタッフと情報交換を緊密に行っている。看護師は、看護管理・看護業務等の基準に則り業務にあたっており、カンファレンスなどにより他職種との情報共有や連携は積極的である。手術を実施する際には、担当医から手術内容に関する事前説明・麻酔に関する説明が標準書式を用いて行われ、患者・家族からの同意を得ている。終末期においては、患者・家族の意向を確認し、多職種カンファレンスを行い、診療やケアの方針を決定している。

9. 良質な医療を構成する機能

院内の医薬品管理は適切に行われ、薬剤の性状に応じた温・湿度管理は適正である。錠剤一包化鑑査支援システムを導入するなど安全性と効率化も追求している。臨床検査機能については、おおむね適切に機能を発揮しているが、パニック値の取り扱いについては、検討が望まれる。画像診断部門には読影担当の常勤医師が配置され、24時間体制で画像診断ニーズに応じており、CT・MRIについては翌日までに電子カルテに読影報告を行っている。栄養管理機能は、セントラルキッチンによる院外調理方式で、大量調理施設衛生管理マニュアルに沿って調理している。リハビリテーションは、主治医の指示に基づき急性期病院で必要なリハビリテーションを実施している。

輸血における廃棄率は極めて低率であり評価できる。手術のスケジュール調整は麻酔科医師と手術室看護師長が中心となり前週に実施し、手術枠の検討などは手術室運営部会において定期的に検討している。年間の救急車受け入れ件数は、都内で

上位の実績をあげており、救急医直通電話を設置し、積極的に患者搬送を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、各部門の要望を取り入れて作成し、病院会計準則に基づき会計処理・会計監査が適正に行われている。保険請求業務はレセプト点検ソフトを活用し、医師による内容点検を行っている。レセプトの返戻・査定を保険請求委員会で検討している。施設基準の遵守状況については、医事課と各部署との連携により、定期的に点検している。未収金への対応は、業務マニュアルに則り、医事課が中心となって相談員等と協働して回収している。医事データをソフトウェアロボットで自動集計し、解析を加えた上で経営幹部に報告している。業務委託については、委託の是非と委託業者の選定を常務会議で検討・決定している。

ジェネリック医薬品の採用や値下げ交渉の促進など、医薬品のコスト低減に向けた取り組みがある。また、複数病院による医療材料の共同購入や統一品の採用、価格の比較検討など、医療材料のコスト低減にも努めている。リスクに対する病院の機能存続計画（BCP）は、防災会議において自院を取り巻くリスクの検討をし、防災・感染制御を中心にBCPを策定している。保安業務は、全日業務委託をしており、保安要員の位置づけ、指揮命令系統は明確になっている。

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	S
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	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	S
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	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	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	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	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	B
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	B
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	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	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	S
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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人河北医療財団 河北総合病院

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： 東京都杉並区阿佐谷北1-7-3

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	331	331	+0	79.5	10.7
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神病床			+0		
結核病床			+0		
感染症病床			+0		
総数	331	331	+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)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	6	+0
ハイケアユニット (HCU)	8	+0
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, 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： 11 人 2年目： 11 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

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
1日あたり外来患者数	376.51	372.58	359.34	101.05	103.68
1日あたり外来初診患者数	66.77	73.09	73.73	91.35	99.13
新患率	17.73	19.62	20.52		
1日あたり入院患者数	252.68	263.07	264.16	96.05	99.59
1日あたり新入院患者数	24.88	24.27	22.25	102.51	109.08