

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2月26日～2月27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1949年に開設され、内科・整形外科・眼科の3診療科を標榜する地域密着型の病院である。地域包括ケア病棟50床、医療療養病棟49床を有するケアミックス型の病院であり、健診部門として予防医学本部を設置している。さらに、在宅療養支援として、訪問診療、訪問リハビリテーション、デイサービスおよび在宅サポートセンターを併設し、地域の多様な医療ニーズに応えている。

病院機能評価を継続的に受診しており、今回の受審は6回目である。この間、病院幹部と病院職員が一丸となってよく努力し、受審準備を進めてきたことが窺えた。今後は今回の審査結果を十分活用し、よりよい病院を目指して引き続き取り組みを進められることを期待したい。貴院のさらなる発展と、今後も地域住民に親しまれ、信頼される病院として良質な医療の実践を継続されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は、病院の役割を踏まえて患者の立場に立った内容であり、周知も適切である。病院管理者・幹部は、病院の現状の課題を認識して経営会議で検討され、解決への取り組みを行っている。また、中長期計画に基づく部署別年度計画が立てられ、各部署の目標はBSCで評価し、フィードバックを行っている。各種規定が整備され、多くの会議・委員会を設置・運営している。文書管理は規定に基づき文書が管理されている。

各職種は法定数を満たしているが、常に人材確保の努力が続けられている。また、各種規則・規定の整備は適切である。年次有給休暇と総労働時間などの管理を安全衛生委員会がチェックしており、ワークライフバランスを図っている。さら

に、各種福利厚生が整っている。また、職員の教育・研修は法令に基づく研修と病院運営に必要性が高い教育・研修はおおむね行われている。院外への研修参加も行われており、実績も認められた。全職員を対象に目標管理制度を導入している。年度当初に自己評価・目標設定を個人目標シートで行い、中間評価、期末評価を実施している。考課結果は昇給・昇格にも反映されている。学生実習は療法士の研修受け入れを行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は「患者さんの権利と義務」として明文化されているが、定期的な見直しが望まれる。説明と同意が行われる診療行為の範囲が定められ、患者への病状説明や侵襲の高い検査・処置等の説明時には同席者が同席し、同意書へ署名する手順が定められている。入院診療計画書、クリニカル・パス、検査結果の説明や薬剤情報の説明等を行っている。患者・家族からの相談などについては、地域連携室が患者相談と入退院支援・地域連携に社会福祉士と看護師を配置して対応している。個人情報保護は、ホームページ、院内掲示などで患者・家族、職員に周知されている。

身体拘束や治療拒否、虐待および DNAR の判断など、臨床倫理に関する基本的な方針が明示されている。日常診療の場で遭遇する患者の個別事例は病棟カンファレンスや多職種カンファレンスで検討している。臨床現場で生じる身体拘束や認知症問題・終末期ケア・在宅での看取りなど、患者・家族が抱えている倫理的課題を多職種で情報を共有し、病棟カンファレンスや多職種参加のカンファレンスで検討し対応している。病棟には面談室やデイルームが設置され、院内には要所に車椅子用トイレが設置されている。

4. 医療の質

業務の質の向上に向けた活動では、2024年度から看護部で始めた業務改善の取り組みがあり、評価できる。診療の質の向上に向けた取り組みとして、クリニカル・パスの作成・適応率の向上を望みたい。臨床指標については、身近な臨床指標を取り上げ、他院との比較検討を行い、質改善に向けてPDCAサイクルをまわす取り組みが望まれる。意見箱を院内5か所に設置している。満足度調査の実施などを通して、患者・家族の意見や要望を収集している。学会・研究会についての発表手続きの手順の明文化と全職員への周知徹底が望まれる。

診療・ケアの責任範囲は業務基準に明確に定められている。医師不在時は他の医師に報告・相談・指示確認の対応体制も定められており、病棟管理者によってケア内容や実施状況が把握されている。診療録記載基準を作成し、質的点検を実施することが望まれる。また、退院時サマリーの2週間以内の記載率を向上させることを期待したい。多職種によるカンファレンスが積極的に開催され、部署間が協調・協力してチームで患者の診療・ケアの向上が図られている。

5. 医療安全

院内のインシデント・アクシデントレポートは、医療安全管理委員会で収集し、事故の概要や原因を集計して時系列で分析している。報告事例の中から重要事例や頻回に発生している事例を抽出し、具体的な対策・実施・評価・改訂等再発防止策を検討・立案のうえ、医療安全に関するPDCAサイクルを機能させるシステムの構築が望まれる。処方や検査、画像診断などは、オーダリングシステムによって確実に指示、実施、結果報告がなされている。病棟に配置されているハイリスク薬には表示を行い、看護師などへの使用上の注意喚起が望まれる。

入院時、全患者を対象に「転倒・転落アセスメント・シート」を使用したリスク評価を行っている。ハイリスク患者にはスタッフ間での注意喚起や頻回の見守りや環境整備のほか、低床ベッドやセンサーベット、離床センサーの使用等の対策を実施している。医療機器を使用する職員への教育・研修は、看護部年間教育計画に沿って購入業者や使用法を習熟した看護師により実施されている。院内緊急コールが定められ、定期的な訓練が実施されているが、職員の参加状況の把握を期待したい。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染対策の体制は、院内感染対策委員会（ICC）、院内感染対策チーム（ICT）、リンクスタッフが組織されているが、ICCの役割の強化を望みたい。院内での感染発生状況は、ICTの会議で報告・分析され、必要な対策がとられている。また、アウトブレイク発生時の手順も明確にされ、新型コロナウイルス感染症のアウトブレイクの際にも、その手順に従って対応している。

病室入口には速乾性手指消毒剤が設置され、1行為1手袋を遵守している。感染対策委員会を中心に速乾性手指消毒剤の使用状況のモニタリングを実施し、情報共有している。血液・体液の付着した病衣やリネン・寝具類は、ベッドサイドで定められたビニール袋で密封し、内容表記して指定の場所へ搬送している。病棟における感染性廃棄物の容器の設置場所は、患者が容易に触れない場所への変更が望まれる。抗菌薬の使用に際しては、原則細菌学的検査を行い適正使用されているが、アンチバイオグラムの作成が望まれる。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページには各診療科の案内、医師の紹介、医療機器の紹介、病気の説明を掲載している。また、学会発表での受賞や健康優良企業「金の認定」を取得など、病院のアピールとして地域に情報を発信しているが、診診療実績の提供などについて、他の医療機関、地域住民などに向け、各種広報手段を使い取り組むことが望まれる。医療連携会や地域への勉強会に積極的に参加することで交流を行い、情報収集と共有を行っている。対応困難な場合は連携施設へ速やかに紹介している。

地域に向けた啓発活動としては、杉並保健所より依頼を受け、糖尿病に関する地域向けの講演会を医師・看護師・薬剤師・療法士・管理栄養士がそれぞれ講師を努めている。療法士による生活習慣病運動相談会を月に1回実施し、動画配信も行う

ている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院病棟では、病棟の特殊性を踏まえたオリエンテーションが行われ、受付から外来、病棟の連携によりスムーズに入院できる仕組みが整えられている。医師は病棟の多職種カンファレンスに参加するなど、診療上の指導力を発揮している。看護基準や看護手順書が整備され、入院後に各種リスク評価がなされている。初回の注射の抗菌薬などのリスクの薬剤の投与においては、観察基準の整備とその基準に従った記録が望まれる。入院時に全患者対象に統一された評価表でリスク評価を実施し、評価結果に基づいた褥瘡診療計画書を作成している。入院時に全患者の栄養状態や摂取状況、きめ細かな食形態を行うなど、個別対応が効果的に行われている。

疼痛の評価は、疼痛スケール VAS・フェイススケールを活用し、客観的に評価している。症状の評価は、患者の訴えを傾聴・表情の変化を読み取るなど、コミュニケーション能力を強化して精神面へのサポートが積極的に行われている。リハビリテーションが必要な患者は、医師のリハビリテーション指示に従って、多職種協働でリハビリテーション実施計画書を作成のうえ、患者・家族に同意を得てリハビリテーションを実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能、臨床検査機能はおおむね適切に運用されている。画像診断は、一般撮影、テレビレントゲン、CT などを実施しており、CT の読影は非常勤の放射線診断医によって行われている。食事の提供は委託している。衛生に配慮した環境で調理し、配膳は温冷配膳車で行い、適時・適温で食事を提供している。回復期から維持期のリハビリテーションを行い、患者が在宅や施設などで再び療養できるように、地域でも重要な役割を果たしている。

診療情報は、電子カルテで1患者1IDによる一元的管理を行っている。量的点検は、退院診療録の全件について実施している。病理診断は外部委託であるが、内視鏡室が担当し、確実にその機能を発揮している。輸血・血液管理機能は検査科が主に担っており、おおむね適切である。輸血台帳は必要な項目の整理が期待される。救急医療は、救急告示病院であり、地域の高齢者の救急や通院患者を中心に、可能な限り救急患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

年間事業計画に基づいた予算計画に基づき、月次の進捗状況を管理・確認している。会計処理は公益法人会計基準をベースに、企業会計基準で捕捉した基準に基づいて病院会計準則に基づいて行っており、税理士による外部監査も行われている。レセプトはルールに基づき医師が点検している。また、返戻・査定については診療報酬会で検討し、担当医師が確認・検討して再請求などを行っている。業務委託は、給食、寝具、清掃、電気などの設備の管理、検体検査、滅菌消毒などを委託している。委託業務の選定手順が定められており、ルールに基づき選定されている。

さらに、院内清掃も行き届いており、廃棄物の処理も適切である。医薬品は薬剤部で発注・購入している。医療衛生材料、医療消耗品等はSPDである。各物品の購入までの過程は内部牽制も含めて適切に行われている。

災害対策・消防計画が整備されている。また、リスクに対応するBCPが策定されている。夜間・休日等における連絡体制が確立しており、年2回の防災訓練では、避難、消火などの訓練を行っている。平日夜間および休日の警備・日当直業務は委託しており、担当者が保安業務を行っている。

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	B
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	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	B
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	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	B
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	B

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
<hr/>		
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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	B

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	B
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	A
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	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	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	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	NA
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	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	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 10月 31日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 一般社団法人衛生文化協会 城西病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院1
 I-1-3 開設者： 公益法人
 I-1-4 所在地： 東京都杉並区上荻2-42-11

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	50	50	+0	84.6	34.1
療養病床	49	49	+0	87.1	321.5
医療保険適用	49	49	+0	87.1	321.5
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	99	99	+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	0	+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	50	+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： 0人 2年目： 2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

