

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5月8日～5月9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年に開設された地域密着型の役割を担う病院である。在宅療養を支える訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、在宅サポートセンターを併設しており、急性期の患者に対応するとともに地域医療・地域の健康増進に貢献されているケアミックス病院である。病院機能評価を継続的に受審しており、今回の認定更新にあたり、病院理念に基づいて、病院の質向上、安全な医療提供に向けて準備してきたことが随所で確認できた。すでに多くの成果をあげているが、発展する可能性を感じさせる取り組みや活動も見受けられた。今後も良質な医療の実践や地域医療の質向上に向けた取り組みを継続されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針が明文化されており、これらは各種広報媒体を通して、院内外に周知している。病棟の役割に沿った看護業務の充実、事務の効率性と効果性の追求、経営者として事業存続に向けた病院運営など、その実現に向けて病院幹部はリーダーシップを発揮して取り組まれており評価できる。年次計画、部門目標を策定され、達成度も確認されている。目標設定から達成度評価に至るPDCAサイクルは確立されている。診療情報の総合的な管理・活用方針は明確に示されており、ITシステムは計画的に構築・導入されている。文書管理規程に沿った運用が開始されたので、今後の適切な運用を期待したい。

地域の立地や特性として医師、看護師、コメディカルは比較的確保しやすい状況である。ワークライフバランスの取れた職場づくりであり、福利厚生活動など働き

やすい魅力ある職場づくりに組織的に努めており適切である。各委員会主催による教育・研修活動は適切に行われている。職員は院内外の勉強会、講習会、学会に積極的に参加して、技能向上に努めており評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、病室の患者用入院ファイル、院内掲示、ホームページなどを利用して患者・家族に周知している。また、職員には病院規程集などで周知に努めている。説明と同意書は一元管理のうえ、基本的な書式や記載内容の統一を図られるよう望みたい。患者参加を促す実践的な取り組みとして、診療情報の共有や医療への患者参加に向けた取り組みが適切に行われている。患者支援体制は内容に応じて、院内外との連携や支援が適切に行われている。プライバシーポリシーの方針は明確にされており、患者・家族・職員等に周知されている。臨床現場で解決困難な事案や職員の情報共有が必要と考えられる事例の審議・協議がなされるために、主要な倫理的課題に対する方針や考え方をさらに明確化し、職員への周知を図ることを期待したい。

入院患者の視点から、利便性に配慮されており適切である。院内のバリアフリーが確保されている。高齢者・障害者や身体機能の低下に配慮した設備・備品が適切に配置されている。診療やケア・処置などに必要なスペースは確保されている。廊下幅もゆとりのある広さが確保され、患者にやさしい環境が整備されている。敷地内全面禁煙の方針を明確にし、禁煙外来も開設している。職員への禁煙推進もなされており適切である。

4. 医療の質

外来、各病棟に配置された意見箱や、満足度調査の実施などを通して、患者・家族の意見・要望を収集している。これらの意見・要望については、QM 委員会で検討のうえで、院内へ周知されるなど適切に対応している。診療の質の向上に向けた活動として、週1回、3階病棟で開催されるADLを中心とする多職種による情報交換会は記録もあり、問題点の検討を行っている。多職種による死亡検討会も開催されている。また、医局症例検討会も毎月開催されているが、今後は画像読影検討会、リハビリテーションカンファレンス、院内研究会の開催も検討されたい。新たな診断技術や術式、治療方法の導入では、安全面・倫理面を組織的に検討のうえで開始している。

管理・責任体制は明確に示され、責任者の業務基準も適切に定めている。外来・病棟ともに、責任医師および看護師長が紹介されている。診療記録はおおむね適切に記載されているが、今後は記録の質的点検の内容を検討され、記録されることを期待する。なお、多職種によるカンファレンスが積極的に開催されており、検討記録も適切に記載されている。

5. 医療安全

医療安全の確保に向けた組織体制は、多職種から構成されており確立している。院内安全ラウンドは始められたばかりであり、今後の活動を期待したい。インシデント報告は電子カルテ内の報告システムにより医師をはじめ各職種から活発に報告されており、報告体制は確立している。

患者誤認防止に関するマニュアルの整備と見直しが行われ、誤認防止対策を遵守しており適切である。指示伝達に関する一連の仕組み、薬剤の安全な使用に向けた対策は確立しており、適切である。入院時に全患者を対象として、転倒・転落アセスメントシートの活用による危険性の評価が行われ、標準看護計画により個別性を重視した予防対策が立案・実施されている。

医療機器使用・点検マニュアルは整備されており適切であるが、点検チェックリストの内容や使い方など、細部にわたる具体的内容を明文化され、マニュアルの実用化に繋がれると、さらに良い。急変時の対応は明文化されている。院内救急コードの活用が定められているが、全職員への周知の面で、一層の組織的な取り組みを期待したい。なお、救急カート内の薬剤の整備・統一について、整備状況・点検間隔の見直しがなされると、さらに良い。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は病院長を委員長に月に1回開催しており、各部署の責任者が出席している。ICDや病棟師長を中心に、実質的な感染防止への対応を行っている。院内感染ニュースは週報・月報が発行され、院内に情報発信されており適切である。

標準予防策や感染経路別の予防策に基づいた対応は、おおむね適切であるが、職員の教育・研修で研修成果を評価し、課題の明確化を図り、一層の質向上に努力されたい。抗菌薬の適正使用に関するマニュアルが整備され、広域抗菌薬の使用は届出制となっている。抗菌薬の使用状況も把握するなど、適切に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページ、院内掲示を通じて、病院の役割・機能を発信しているが、広報誌の発刊、診療実績の提供など、他の医療機関や地域住民向けに広報活動の積極的な取り組みを検討されたい。

地域との連携体制は整備されている。

地域包括ケア病棟、療養病棟を有しており、在宅医療へのハブ的な橋渡しの役割・機能を明確にされている。紹介・逆紹介の手順は明確にされており、管理する仕組みは確立されている。糖尿病に関する教育・啓発活動は活発に行われている。地域住民向けに区民講演会の主催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来運営の手順は明確化されており、初診・再診・会計の手続き、紹介患者の対応などは適切に行われている。患者受け入れに際しては、病院機能を発揮し近隣医療機関や施設からの要請に時間外・休日等も適切に行われている。侵襲的検査は造影剤を使用する検査・内視鏡等であり、患者に説明し同意書を確実に得て実施している。

医師は主治医制、看護体制はプライマリーナーシングと日替わり受け持ち制により勤務体制は確立されており、必要な人員が配置されている。投薬・注射はおおむね適切に実施されているが、薬剤の安全使用に関する手順書を整備され、急激な変化が予測される薬剤については十分な観察を行うことが望ましい。輸血・血液製剤投与、重症患者の管理、褥瘡回診、食事指導や栄養改善が適切に行われている。疼痛緩和マニュアルに基づいた疼痛コントロールや精神的サポートが行われている。

リハビリテーションはおおむね適切に実施されているが、目標設定を明確にし、多職種によるカンファレンスで検討する仕組みを構築されたい。抑制の方法により観察項目を明確化し、実施ごとの観察記録が記載されることが望まれる。退院相談は、退院支援看護師が中心となり患者・家族の同意のもとに、医師や社会福祉士、セラピスト、栄養士などのチームにより実施されている。患者が必要とする継続ケアを提供するための訪問診療・訪問看護や在宅サービス事業所等と積極的に連携し、在宅支援が適切に実施されている。ターミナルステージの対応は適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師により持参薬の鑑別管理、処方鑑査、疑義照会、医薬品供給および院内医薬品集の整備等を行っている。院内・院外ともに疑義照会を収集・分析し、処方内容の充実を図っている。検査の異常値やパニック値は、主治医に PHS で直接連絡が行われている。検査依頼台帳で依頼と結果報告書は把握されている。また、委託検査の精度管理把握も行っている。画像診断機能は適切に発揮されている。食による栄養支援は治療の一環としてとらえており、患者の状態に見合った食事を提供していることは評価できる。

リハビリテーションは病院での急性期から慢性期まで行っている。リハビリテーション患者を中心に週 1 回の ADL 情報交換会には療法士が参加し、患者情報について検討・共有している。電子カルテを導入している。1 患者 1 カルテを採用し、診療情報の一元管理を行っている。退院診療録の全例について量的監査を実施しており適切である。医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能、病理診断機能、輸血・血液管理機能、手術・麻酔機能を適切に発揮している。「高齢者の救急患者、通院患者、退院患者を受け入れる」を方針とし、一次輪番病院として対応しており、救急医療機能は適切である。

10. 組織・施設の管理

経営状況については、税理士法人が参加した毎月2回開催される資金会議にて病院幹部は資金繰り予定、実績借入残高、キャッシュフローの進捗の分析・検討を行い、今後の経営財務の健全化に向けて取り組まれており、評価できる。時間外や休日を含む医事業務の手順は明確にされている。特に、診療報酬の請求精度を向上したことにより査定・返戻額を年々減少でき、5年前の半分以下に改善させたことは評価できる。委託業務の是非については、業務の質、専門性、効率性の観点から検討されている。実施状況は報告書での確認や担当者との話し合いが行われ、業務の質は担保されている。

設備・備品の補修・修繕・更新計画、年間の施設・設備の保守管理は計画書を作成し、適切に行われている。物品管理は適切に行われており、特に薬品について、在庫品目の減少に向けた取り組みは評価できる。消防計画、防災マニュアル、緊急時の責任体制・連絡網は作成・整備され、各部署に配布して職員に周知されている。保安管理規程は整備されており、規程に基づいた保安業務が行われている。事故発生時の初動体制、連絡体制、関係各委員会の招集体制は明確にされている。紛争化の恐れがある事案について、情報の把握・報告・検討などを適切に対応できる仕組みが整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習の受け入れは、医学生、リハビリ療法士の学生実習を受け入れている。実習生の受け入れ時には、個人情報保護の取り扱いを含め、守秘義務など説明し契約を締結している。また、実習中に患者との接触がある場合は、ガイドラインに基づき予め患者の了解をとっている。実習プログラムに沿って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	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・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	B
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	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	B
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	B

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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
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	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	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	B
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	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	B
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	栄養管理と食事指導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	B
2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
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	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	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	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	B
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	物品管理を適切に行っている	B
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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 3 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	82.6	19.3
療養病床	49	49	+0	89	145.2
医療保険適用	49	49	+0	89	145.2
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	+50
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	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： 1 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

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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	130.38	134.88	135.35	96.66	99.65
1日あたり外来初診患者数	13.26	13.20	12.82	100.45	102.96
新患率	10.17	9.78	9.47		
1日あたり入院患者数	84.88	77.59	80.27	109.40	96.66
1日あたり新入院患者数	2.14	2.15	2.15	99.53	100.00