

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17日～12月18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1929年に開設された後、増床や診療機能の拡充を重ね、2022年に現在の経営形態の移行を経て、許可病床数413床の総合病院として運営している。臨床研修病院や地域災害拠点病院、総合周産期母子医療センター、地域医療支援病院などの指定・承認を受け、人口約200万人を抱える区西北部において、地域の基幹病院としての役割を果たしている。特に、周産期医療においては、都内全域を中心に近隣県も含めて多くの母体搬送を受け入れており、2010年からは近隣の産婦人科医療機関と連携し、「産婦人科地域医療連携システム」を構築・運用するなど、地域の周産期医療に大きく貢献している。

病院機能評価は1998年の初回受審から連続6回目の受審となり、加えてJMIP（外国人患者受け入れ医療機関認証制度）認証を取得するなど、継続的に第三者評価を質改善活動に活用している経営姿勢は評価できる。今回の病院機能評価の更新受審においても、病院長をはじめ幹部職員のリーダーシップのもと、職員が一体となって1年以上前から委員会活動などを通して受審準備や質の改善に向けて取り組んできたことが確認できた。今後も運営理念を大切にして患者中心の医療の提供に取り組み、貴院がますます発展していくことを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の運営理念を明確にし、院内・院外へ広く周知している。病院運営の意思決定会議である運営会議を定期的開催し、決定内容を各所属長が出席する幹部会や院内LANを通じて周知している。病院長や幹部職員は各部署へのヒアリング等により、課題や目標に対する進捗状況を把握しながら効果的に組織を運営している。情

報システムを関連規程に則って運用し、診療情報は他施設との比較・検討を行い、有効に活用している。文書管理規程に基づいて総務課が一元的に文書を管理し、主要な規程・マニュアルは分かりやすく一覧表にまとめている。

医療法等で定める必要な人員を確保し、本部と連携して採用活動を実施している。人事・労務管理に必要な規則・規程類は院内 LAN に掲載して職員に周知している。出退勤時刻や時間外労働時間は勤怠システムで把握している。安全衛生委員会の定期開催や産業医の職場巡視、職員健康診断などの安全衛生管理を行うとともに、職員の意見・要望を職員満足度調査などで収集し、魅力ある職場づくりに努めている。

職員研修の計画・実施は総務課が担当し、受講率を高めるために複数回開催や e - ラーニングを活用している。全職員を対象に能力評価を実施し、経験年数・職種ごとにキャリアラダーやキャリアプランを整備して個人の能力開発につなげている。各職種の初期研修は、研修プログラムやチェックリストを作成して習熟度を客観的に評価している。学生実習の受け入れは総務課が担当し、多くの部門で積極的に受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者権利章典として自己決定権や個人情報の保護、セカンドオピニオンなど 8 項目を明文化している。説明と同意取得に関する方針を医療安全マニュアルに明文化し、セカンドオピニオンの窓口や手順を入院案内やホームページで周知している。外来ホールに情報コーナーを設け、様々な疾患のリーフレットやタブレット端末を設置して患者・家族が必要な情報を閲覧できる環境を整えている。患者・家族からの相談窓口を患者・地域サポートセンターに設け、看護師や社会福祉士等を配置して多様な相談に応じている。個人情報を関連諸規程に基づいて管理し、職員研修も定期的実施している。臨床上の倫理的課題について倫理委員会で審議・決定する仕組みがある。患者・家族が抱える倫理的課題を各病棟の多職種カンファレンスで日々、分析・検討しており、専任メディエーターなどが効果的に活動している。

徒歩圏内に地下鉄駅や鉄道駅、路線バス停留所があり、敷地内に患者用駐車スペースを確保している。病棟のデイルーム等では Wi-Fi の利用が可能であるなど、療養環境の快適性に配慮している。館内は清掃が行き届き、器材庫等の整理整頓を徹底し、清潔な寝具を提供している。敷地内禁煙の方針を明確にし、禁煙外来による患者の禁煙啓発や全職員対象の教育・研修を実施して職員の禁煙推進に努めている。

4. 医療の質

業務の質改善に向けて QC サークル活動に取り組むと共に、外部評価として病院機能評価を継続的に受審しており、保健所や消防署の立ち入り調査の指摘があれば速やかに対応している。診療の質の向上に向けた活動では、多様なカンファレンスを日常的に開催するとともに、クリニカル・パスを積極的に活用し、アウトカム指標の分析やパスの見直しを実施している。患者・家族からの意見を意見箱や退院時

アンケートにより収集し、サービス向上委員会において患者サービスの改善に向けた活動に取り組んでいる。新たな診療・治療方法・技術の導入や臨床研究に関する倫理・安全面などの課題は、倫理委員会で審議のうえ承認を得て実施しており、新たな知識・技術習得のために必要となる教育・研修の支援体制を整備している。

診療・ケアの管理・責任体制は責任者氏名の掲示などで明確にしている。病棟責任者は、日々の回診や病棟巡回、カンファレンスなどで診療・ケアの実施状況を把握している。診療記録は診療録等記載マニュアルに則って記載し、病歴委員会が記載内容の質的点検を行い、記載者にフィードバックしている。多職種協働による褥瘡対策などの様々な専門チームが要請に応じて介入し、組織横断的な診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室に室長や専従リスクマネージャー等を配置し、管理室会議を毎週開催して事故報告の把握・検討を行っている。インシデント・アクシデント報告はシステムを活用して収集し、事例内容の確認や分析、再発防止策の検討を組織的に行っている。院外からの情報や院内で発生した警鐘事例については、ポスター掲示や院内 LAN への掲載により職員に注意喚起している。医療事故発生時の対応手順は医療安全マニュアルに規定しており、必要に応じて院内事故検討会を開催し、原因究明と再発防止に向けた組織的な検討を行っている。

患者誤認防止は、マニュアルに基づいて患者自身による氏名と生年月日の名乗りにより行っている。医師の指示出しや看護師の指示受け、実施確認は電子カルテ上で実施している。やむを得ない時の口頭指示は、所定の口頭指示受けメモを使用して受けることを徹底している。病棟の麻薬や向精神薬、毒薬は、いずれも施錠した専用の保管庫で管理している。全入院患者に転倒・転落リスクのアセスメントを行い、結果に応じて看護計画を作成し、状態変化時等には再評価のうえ計画を修正している。医療機器は、看護師と臨床工学技士が手順に沿って日常点検や作動確認、設定条件の確認等を行い、安全に使用している。患者等の急変時対応の院内緊急コードを設定し、救急カートや AED を設置している。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理室を設置し、感染管理医師や感染管理認定看護師、薬剤師、臨床検査技師等が組織横断的に活動している。感染予防対策委員会を月 1 回開催し、院内の感染症発生状況や各種の情報、感染予防対策の方針などを審議している。感染制御チームや抗菌薬適正使用支援チームは毎週の院内ラウンドを実施し、感染予防対策や抗菌薬適正使用対策を指導している。微生物サーベイランスにより感染発生状況を把握・分析し、院内周知して感染予防に努めている。アウトブレイク発生時には感染予防対策委員会が中心となり、組織全体で迅速に拡大防止に取り組む体制を整備している。院外からの情報を収集し、感染情報レポートなどを通して院内に提供している。

医療関連感染を制御するため、標準予防策や個人防護具の着用基準、感染経路別

予防策などを感染予防対策マニュアルに定めて取り組んでいる。また、病室入口などに手袋やエプロンを設置して着用の徹底を図っている。抗菌薬ガイドラインを整備し、広域抗菌薬を届け出制・一部許可制としており、全ての使用症例について適正使用の評価を行い、その結果を担当医に情報提供している。アンチバイオグラム、耐性菌発生率などの抗菌薬適正使用に関する情報は、リンクスタッフを通じて関係部署に周知している。

7. 地域への情報発信と連携

地域等への情報発信は、ホームページや診療案内、広報誌などにより行っている。ホームページに病院の運営理念や患者権利章典、病院概要、外来・入院案内、臨床指標など様々な情報を掲載し、定期的に更新している。地域の医療機能や医療ニーズの把握、医療関連施設等との連携は、患者・地域サポートセンターの地域連携支援グループが担当している。病院の特色でもある産婦人科領域では、産婦人科地域医療連携システムを運用し、地域の産婦人科医療機関との役割分担を明確にして強固な連携体制を構築している。地域の健康増進に寄与する取り組みとして、地域住民向けの公開講座を定期的に開催するほか、様々なイベントを開催し、医療に関する啓発活動や身近な話題の理解を深めるための教育活動を実践している。地域の医療・介護従事者に向けては、医療連携研修会を医科・歯科・薬事の3部門に分けて計画的に開催している。また、専門・認定看護師による出張勉強会など、職員の講師派遣要請にも積極的に対応し、地域医療支援病院としての役割を発揮している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来総合案内に看護師を配置し、受診案内等の支援を行うとともに、多言語表記の初診申込書などを作成して外国人患者が円滑に受診できる体制を整備している。外来診療は必要な診療情報を収集のうえ安全に配慮して実施し、診断的検査は必要性等を患者・家族に説明のうえ同意を得て実施している。

医師は患者の診察などによる医学的な判断に基づいて入院の必要性を判断し、入院時には多職種で診療計画を作成して患者・家族に説明している。患者・地域サポートセンターが患者・家族からの多様な相談に対応しており、プレコンセプションケア（妊娠前相談）の取り組みや母乳・育児相談外来の設置など、特色ある支援の取り組みは高く評価できる。医師は日々の回診により患者状態を把握して、カンファレンス等でリーダーシップを発揮し、看護師は看護基準・手順に従い、患者の状態に応じて診療の補助業務を行っている。病棟に薬剤師が常駐し、薬歴管理や服薬指導、副作用のモニタリング等を実施している。輸血・血液製剤の確実・安全な実施と観察、手術・麻酔の説明と同意取得のうえでの実施、重症患者の多職種関与による治療、リハビリテーション、身体拘束の最小化への取り組み、患者・家族への退院支援、ターミナルステージの患者・家族の意向に沿った治療・ケアなどを何れも適切に行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では処方・調剤鑑査や疑義照会、医薬品の管理、持参薬管理などの薬剤業務を行い、抗がん剤の調製・混合は全て薬剤師が安全キャビネットで行っている。検査科では一般、血液、生化学、細菌、生理等の検査業務を担い、システムを活用して検体誤認を防止し、異常値発生時は確実に医師に報告している。画像診断は時間外・休日や緊急時にも対応可能な体制をとり、CTやMRI、RI画像は全例を放射線科医が読影している。調理室内を清潔に管理し、食材検収から下処理・調理・盛り付け、配膳・下膳、食器洗浄・保管に至る業務を衛生的に実施している。リハビリテーションは、急性期疾患別リハビリテーションを中心に実施している。診療情報管理では、全退院患者の診療記録の量的点検をチェックリストに基づいて実施している。医療機器は一元的に管理し、時間外・休日のトラブル発生時には臨床工学技士がオンコール体制で対応している。使用済みの医療器材は密閉容器に入れて搬送し、中央材料室で洗浄・滅菌を行っている。

病理部門に病理医等を配置し、病理診断結果をダブルチェックし、未読報告書がある場合には依頼医に注意喚起している。放射線治療部門では前立腺がん・肺がんなどの根治的治療や各種がんの骨転移症例に放射線治療を行っている。輸血・血液管理や手術・麻酔、集中治療は何れも適切に機能を発揮している。救急医療機能では、原則として断らない方針を明確にし、救急応需率の向上に取り組んでいる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、本部の方針等に基づいて次年度予算を編成して執行状況や収支管理等を行い、会計規程に基づいて財務諸表を作成して外部監査法人による会計監査や本部監事による業務監査を受けている。医事業務では、受付・窓口業務や保険請求業務、レセプト点検、査定・返戻対策の検討、施設基準管理、未収入金の督促などを手順に従って実施している。業務委託の是非や委託業者は、関係規程を踏まえた検討や指名業者等選定委員会の審議を経て入札により選定し、業務履行状況は各担当部署が日誌などで確認しており、年1回、委託業務の質を評価している。

施設・設備の管理は、防災センターや中央監視室に委託職員が常駐して24時間体制で行い、法定点検や定期保守点検は年間計画に基づき計画的に実施している。医療機器や医薬品、医療材料は各委員会での審議を経て購入し、診療材料は院内物流管理システムによる供給や在庫管理を行っている。

病院建物は耐震構造であり、災害時等の危機管理への対応として災害対応マニュアルや機能存続計画を策定するとともに、非常用自家発電装置や通信手段を整備し、燃料や食料・飲料水、医薬品等を備蓄している。警備室に保安要員を配置し、院内巡視や時間外来館者の受付、出入口の施錠管理などの保安業務を実施している。

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	B
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	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	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	S
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	S
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	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	
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	B
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	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： 2023年 4月 1日 ~ 2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024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： 地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立大塚病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 地方独立行政法人
 I-1-4 所在地： 東京都豊島区南大塚2-8-1

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	413	369	-55	81	12
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	413	369	-55		

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)	15	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	9	+3
放射線病室		
無菌病室	8	+0
人工透析	3	+0
小児入院医療管理料病床	29	-7
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), 総合周産期母子医療センター

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： 6人 2年目： 6人 歯科： 2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

