

## 総括

### ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」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18日～5月20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 3

条件付認定（6ヶ月）

### ■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院 3

1. SSI 及びデバイス関連サーベイランスの拡大に向け、貴院が補充的審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（1.4.2）
2. 医薬品の禁忌・適応外使用において、説明文書の内容、管理部による把握・確認について貴院が補充的審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（1.5.4）
3. 診療記録の量的点検項目を拡充した上で、全退院患者に対する点検を確実に実施してください。（3.1.6）

#### 1. 病院の特色

貴院は、がん専門病院として、がん克服をもって人類の福祉に貢献することを理念に掲げ、安全かつ質の高いがん医療の提供、新しいがん医療の創造、患者中心の医療、チーム医療、医療人の育成を行っている。隣県を含む広い医療圏のみならず、全国からがん患者が来院し、高度かつ先進的ながん医療を提供している。今回の訪問審査においても、それらの取り組みを確認できた。特に、患者を支援し医療への参加を促進させる取り組みや、多職種によるチーム医療の実践については高く評価したい。

昨今の激動する社会情勢や医療のグローバル化を踏まえると、貴院のみならず病院に求められる質の水準はますます高まるものと予想される。今回の病院機能評価では、それに呼応した高い基準で評価を行った。本受審を機に、貴院の発展がさらに加速することを期待する。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は明確であり、病院長ら幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している。病院運営の意思決定、組織内の情報伝達が適切に行われているが、年次事業計画については、より具体的な計画の策定と、それに連動した部門目

標の設定や達成状況の評価が期待される。病院情報システム運用規程が整備され、それに基づき情報が管理されている。優先度を考慮し、画像診断レポートの未読管理機能を追加整備するなど、医療の質・安全、効率性の向上に有効に活用されている。

医療法や診療報酬上の施設基準を満たす人員が確保されているが、病院の規模や機能からみて、リハビリテーション療法士等の計画的な採用が期待される。人事・労務管理に必要な各種規則・規程が整備されているが、職員の就労時間について客観的な把握を期待したい。安全衛生委員会の設置、各種ワクチンの接種、職員への精神的なサポートなどが適切に行われている。人事考課制度があり、職種毎のキャリアパスが設定されているが、医師の中心静脈穿刺などで院内技術認定制度を検討中であり、早期の導入を期待したい。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利の明文化と周知が行われているが、小児患者の権利についても明示が望まれる。説明と同意に関する方針があり、説明文書の標準化が行われつつある。アピランスケア、妊孕性温存支援など、疾患特有のQOL維持・向上に向けた情報提供・患者支援が積極的に行われている。また、症状クリーニングへの患者参加など、医療者と患者とのパートナーシップ強化の仕組みが複数あり、有効活用されており、高く評価できる。診療情報の研究利用時を含め、個人情報物理的・技術保護が適切に行われている。主要な倫理的課題についての方針があり、臨床の場面で生じる個別の倫理的課題に対し多職種によるカンファレンスなどにより検討されているが、委員会による課題の把握など、病院として倫理的課題についての継続的な取り組みが期待される。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮、高齢者・障害者に配慮した施設・設備などが適切に行われている。都道府県地域がん診療連携拠点病院であり、敷地内全面禁煙の方針が徹底されている。

### 4. 医療の質

意見箱設置により患者・家族の意見・要望を積極的に収集し、対応策を検討・実施している。診療の質のさらなる向上に向け、医療の質指標を活用したより積極的な改善活動、バリエーション分析に基づくクリニカル・パスの見直し・改訂が期待される。業務の質改善に向け、部門横断的な改善活動が行われている。新たな診療・治療方法や技術を導入する際には、病院として審査・承認する仕組みがあり安全面などに配慮されているが、患者へのより詳細な説明や、実施後のモニタリングの強化が求められる。

周術期に多職種が介入する PELICAN プログラム、公認心理士やCLS などが加わるチャイルド AYA サポートチーム、再建術における形成外科医との治療連携など、多職種・複数診療科が協働した患者の診療・ケアが行われており、高く評価できる。

## 5. 医療安全

医療安全管理部の設置、専従担当者の配置など、医療安全に関する体制が整備されている。インシデント報告などの院内情報や院外の安全情報を収集・分析し、組織横断的に再発防止策を検討しており、事故防止に向けた改善活動が継続的に行われている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策が確実に行われている。口頭指示や検査データ・パニック値の伝達ルールの徹底、画像・病理診断レポートの未読対策など、情報伝達エラー防止対策を実践している。抗がん剤などのハイリスク薬の使用に際し、安全な使用に向けた対策を実践している。転倒・転落やせん妄のリスクが評価され、それに基づく防止対策が実践されている。院内緊急時対応コールや、急変前兆候を捉えて対応する仕組みがあり、全職員を対象に心肺蘇生の訓練が行われている。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策部、ICT、AST の設置や、専従・専任者の配置など、医療関連感染制御に関する体制が整備されている。SSI サーベイランスの対象が一部の術式に限られているため、さらなる拡大が求められる。また、デバイス関連サーベイランスとして CRBSI、VAP が開始されているが、UTI についても全病棟への拡大が期待される。

感染対策マニュアルに基づき、手指衛生、個人防護用具の着用、感染性廃棄物の取り扱いなど、各部署において感染防止対策が実施されている。起炎菌・感染部位の特定、AST ラウンドによる抗菌薬使用状況の確認や血液培養陽性患者のモニタリング、抗菌薬の採用・採用中止に関する検討などにより、抗菌薬を適正に使用している。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院案内、ホームページ、広報誌などにより、病院が提供する医療サービスや実績などの情報を患者や医療関連施設等に発信している。医療連携部を設置し、地域の医療の状況やニーズを把握するとともに、医療関連施設等との連携を推進している。紹介元への返書については、医師返書管理システムを活用した運用体制が構築されたところであり、確実な管理の継続が望まれる。特定機能病院、都道府県がん診療連携拠点病院にふさわしく、全国や地域へ向け、がんに関する市民公開講座、ピアサポートプログラム、就労支援などのオンライン講座、がん患者のサポートクラスなどの教育・啓発活動に取り組んでいる。また、医療関連施設等に向け、緩和ケア研修会、看護師や薬剤師、放射線技師のがん研修会、緩和ケアチーム研修会、がん薬物療法研修会、放射線腫瘍研修会などを実施している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者の受け入れ、外来・入院診療、周術期管理、退院後の継続など一連の診療・ケアが、チーム医療によって、おおむね適切に実践されている。予定入院患者に対し、入退院支援室において、看護師、薬剤師、管理栄養士による介入、退院支援スクリーニングを行っている。トータルケアセンターの患者・家族支援部が医療相談への対応を担い、AYA 世代患者への就労支援も行っている。化学療法予定の患者などに対し、入院時から担当管理栄養士が個別に介入し、食形態の工夫や化学療法食の提供を行っている。緩和ケアチームは2チームあり、身体症状・精神症状による苦痛のほか、治療に対する不安や全人的苦痛などへの精神的サポートも積極的に行っている。

内視鏡検査における鎮静の適用と方法や検査後の観察について、患者の安全確保に向けた取り組みが強化され、おおむね適切である。患者に交付する入院診療計画書については患者の個別性を反映した記載が期待される。抗がん剤投与後の患者の状態・反応について、観察方法の見直し、その院内への周知・徹底が望まれる。輸血・血液製剤は、適正使用指針に基づいて適応を判断し、輸血に伴うリスクについて説明し同意を得た上で、マニュアルを遵守して投与されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

良質な医療の実践に向け、各部門に求められる機能がおおむね適切に発揮されている。がん専門病院として、高度な放射線治療機能、PET-CTを3台整備した画像診断機能、専門医を多く配置した病理診断機能などに特徴がある。また、リハビリテーション機能では、がん患者リハビリテーション、頭頸部科患者に対する摂食・嚥下支援、四肢切断患者を含む整形外科患者や乳がん手術後患者に対する運動器リハビリテーションなどに対応している。救急医療機能については、一次・二次救急に対応し、化学療法後の病態悪化の救急患者にも迅速に応需しているなど、二次医療圏を超えたがん救急患者に対応している。

診療情報管理機能では、量的点検による記録の確認について、点検項目の拡充を含めて検討が求められる。医療機器管理機能では、MEセンターで日常点検業務が適切に行われている。洗浄・滅菌機能では、汚染・清潔区域がエリア分けがされ、ワンウェイ方式で滅菌・保管・供給がされており、滅菌精度も確実に確認している。輸血・血液管理機能では、手術室での一時保管した血液製剤の品質管理について新たに定めた規程に沿って運用されている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は適切に行われている。医事業務はおおむね適切に行われているが、診療報酬施設基準への適合確認の確実な実施を期待したい。洗濯、滅菌、清掃、ガス設備保守点検の委託業務は適切に管理されている。MRPシステム等を活用したベンチマーク分析、すべてのSUD製品の単回使用を厳守など、物品管理は適切に行われている。

地域災害拠点病院として、火災・水害・地震・停電時等の災害対応マニュアル、BCPを整備するとともに、災害派遣医療チーム（DMAT）を編成し、被災地への医療支援活動を迅速に行える体制を整えている。医療事故に対し、緊急対策会議、医療事故調査委員会、有害事象調査委員会による院内検証が行われ、再発防止に向けた組織的な取り組みが行われている。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、診療放射線技師、リハビリテーション療法士、臨床工学技士、診療情報管理士、医療情報士、社会福祉士（MSW）、医療事務作業補助者、医療事務などに対し、初期研修プログラムに基づき、計画的に行われている。看護師の初期研修においては、採血、静脈穿刺、吸引などの各種シミュレーターが活用されている。なお、医師の初期研修は、協力型臨床研修病院として行っている。

学生実習は、医学生、看護学生、臨床検査技師、診療放射線技師、リハビリテーション療法士を受け入れており、カリキュラムに沿って実習を行っている。また、がんに特化した高度専門的な病院として、全国の医療従事者の専門教育に力を注いでおり、腫瘍内科専門医の育成や、全国の医師、看護師、薬剤師を対象に研修を受け入れている。

# 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	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	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・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	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	B
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	C

### 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	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	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・治療方法や技術を開発・導入している	C
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	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	B
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	S
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	B
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	B
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	B
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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制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	C
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B
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	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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	A
-------	---------------	---

---

## 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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 1 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公益財団法人がん研究会 有明病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 東京都江東区有明3-8-31

## 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	686	686	+0	80.607053	11.728979
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	686	686	+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	2	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+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	26	+20
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		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	25	+0
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

特定機能病院, 災害拠点病院(地域), がん診療連携拠点病院(都道府県), DPC対象病院(Ⅱ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： 0 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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	1,590.65	1,813.11	1,823.70	87.73	99.42
1日あたり外来初診患者数	59.32	62.16	66.17	95.43	93.94
新患率	3.73	3.43	3.63		
1日あたり入院患者数	552.96	616.30	638.35	89.72	96.55
1日あたり新入院患者数	47.08	52.10	52.98	90.36	98.34