

# 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8日～12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、東京都難病診療連携拠点病院として、あらゆる脳神経・筋疾患に対応し、一般医療機関では対応困難な希少疾患にも対応している。実践されている診療内容については、難病患者の多様なニーズに的確に対応するため検査・診断・治療から、地域での療養支援に至るまでの総合的な難病医療を提供している。また、ALS/MND センター、てんかん総合治療センター、パーキンソン病・運動障害疾患センターを設置するなど組織横断的なチーム医療が実践されている。地域との連携は積極的であり、退院後も専門的な診療が必要な神経難病の患者を対象に、訪問診療・訪問看護等の在宅医療が実施されている。また、地域の健康増進を図る活動として、住民向けに都民公開講座等を開催するとともに、地域の医療機関に神経難病診療に関する多様な教育・啓発活動を展開し、地域との連携の強化につなげている。

病院機能評価受審も継続的に実施されているなど、安全・安心な医療の提供に努力し、職場や職員の就労環境の向上を目指すとともに人材の育成にも尽力している。患者から期待される病院運営に努力しており、今後のさらなる発展が期待される。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の基本理念・基本方針は明文化されている。また、基本方針をさらに具体化して管理運営方針を都立病院機構の年度計画や自院の重点課題を踏まえて、毎年策定している。病院の将来像を見据えた計画や今後の取り組みは、院長メッセージとして全職員に発信している。病院の意思決定会議は毎週開催されており、議事録も

作成されている。医療情報の活用として、発生する医療情報を他院と比較することにより、自院の傾向や特徴を把握して、医療の質・安全性・効率性の活用につなげている。文書管理は規程に則り、院内の文書管理が行われている。病院として管理すべき文書については、作成、承認、保管、保存・廃棄の手順が明確になっている。

人員の確保については、各職種の業務量を勘案し業務に見合った人員の採用を計画している。職員の就労管理については、勤怠管理システムを導入し勤務時間・有給休暇の取得等把握しており、状況に応じて各所属長へ適正な労務環境の保持を働きかけている。職員の安全衛生管理は組織全体で積極的に取り組まれ、健康診断・作業環境測定・ワクチン接種等、適正に実施している。職員への教育・研修は、集合研修が困難な環境であるが、eラーニングを駆使して自院にとって必要度の高い研修を実施している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内の掲示・入院案内等により患者・家族へ周知を行っている。職員には、院内研修等を通して患者の権利擁護について周知に努めている。説明と同意については、意思表示ができない患者や小児への対応手順も定められているなど、病院の特性に応じた対応が図られている。セカンドオピニオンへの対応は明確である。患者の医療への参加促進は、誤認防止や転倒防止などの安全・感染防止対策について病院案内・掲示・リーフレット等を用いて周知し、協力を得ている。患者・家族への支援体制として、相談窓口を設置し相談内容に応じて、薬剤、栄養、リハビリテーションなど院内の専門職や、社会保険労務士や弁護士など院外の専門職との連携も図っており、虐待についての対応も明確に示されている。自院にとり主要な倫理的課題の方針は定められており、臨床倫理的事例が発生した際の検討も実施されている。

病院へのアクセスは至便であり、売店やレストランを設置し院内はバリアフリーが確保され手摺りも整備されているなど、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。病院は敷地内禁煙であり、職員向けに研修会を実施して禁煙・受動喫煙防止を促進している。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見や要望は、患者全員に「退院時アンケート」を実施するとともに、「患者の声相談窓口」を設置して、患者・家族から直接意見や要望を収集し寄せられた意見や要望を踏まえて、質の改善につなげている。診療の質の向上に向けた活動として、各診療科カンファレンスに加えて診療科間の枠を超えた多くのカンファレンスを定期的で開催し、専門的な症例検討会も活発に行っている。また、クリニカル・パスの適用率は高く、パス大会も開催している。医療の質指標は、基本指標と独自指標、患者用と医療機関用と充実しており、新たな質指標の取り組みの実施も公表するなど神経難病に取り組む専門病院として積極的に活動していることは、高く評価される。業務の質改善活動は、QC活動等部門横断的に行われ、改善

事例発表会を毎年開催し表彰制度を設けるなど、改善活動を奨励する取り組みは評価できる。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しての手順は明確である。

病棟における責任者は明確であり、診療記録はおおむね適時・適正に記載されている。患者の診療・ケアについては、多数の専門チームが組織されるとともに多職種によるカンファレンスも積極的に実施されている。

## 5. 医療安全

医療安全対策室には専従の医療安全管理者（看護師）を配置し、医療安全活動を実践している。副院長が統括する医療安全対策推進委員会は、医薬品安全管理責任者や医療機器安全管理責任者等の多職種の委員で構成され、院内事例や院内ラウンド報告を共有し再発防止策を検討している。収集したインシデント・アクシデント報告は、週1回医療安全対策室会議で分析・検討されるが、事例の分析結果などは各部署リスクマネージャーが職員へ伝達して注意喚起している。

情報伝達エラー防止対策として、検査結果のパニック値は検査技師が担当医に直接電話連絡し、画像診断について緊急を要する所見については、放射線科医から直接依頼医に連絡している。重要度の高い画像診断報告書に関しては、電子カルテにアラートとして表示され未読・既読管理を行っている。医療機器の使用に関しては、職員研修を計画的に実施し、医師・看護師全員を対象にeラーニング研修とテストにて習熟度を確認している。急変時対応として、院内緊急コールを設定し24時間対応可能な体制であり、シミュレーション訓練も実施されている。

## 6. 医療関連感染制御

全部門の代表者で構成され、院長が委員長である院内感染防止対策委員会が定期的開催され、感染制御に関する方針決定が行われている。院長直属の組織としてICDである医師を室長とし、専従の感染管理認定看護師（ICN）他、ICTのコアメンバーが所属する感染管理室が感染制御の実務の中心を担い、感染リンクナース委員会により対策の浸透を図っている。院内の感染発生状況は、電子カルテからの情報や、検査科からの分離菌データ等が感染管理室に集約され、分析と検討の後グループウェアを通じて全職員に周知されている。ICTは環境ラウンド・抗菌薬適使用ラウンド等を通して、院内感染情報の収集・評価をして、医師・関連部署へフィードバックしている。院外での感染流行情報や対策の情報収集は、保健所等の他、都立13病院のICNによる院内感染対策担当者会議からも、院外での感染流行情報や対策の情報収集を行い活用している。

医療関連感染制御に関する指針とマニュアルが整備され、標準予防策は適切に行われている。抗菌薬の採用・採用中止については、使用状況を参考に薬事委員会で検討・決定している。抗菌薬適正使用マニュアルは感染管理室で策定と改訂が行われ、周知もされている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携については、広報誌・ホームページ・病院案内・入院案内等で、患者や地域住民・地域医療機関に専門病院としての役割や病院の提供する医療サービス等の必要な情報を分かりやすく発信している。患者・地域サポートセンター内に地域連携支援担当者を配置し、医療連携に関するアンケート調査を行うとともに、患者団体との連絡会などを通じて地域の医療ニーズを把握し院内にフィードバックしている。退院後に専門的な診療が必要な神経難病の患者を対象に、医療圏内の自治体や保健所とも連携して訪問診療・訪問看護を実施し患者のニーズに的確に応えている。地域の健康増進を図る活動として、住民向けに都民公開講座を開催している。また、集合研修が困難な中、オンライン研修を開催することで、より多くの住民の視聴が可能になるとともに患者団体にも呼びかけることにより、再生回数が格段に増加した講座もあるなど、評価できる。地域の医療関連施設等に向けた教育・啓発活動については、認定看護師や学会認定難病看護師による出張セミナーなど医師・看護師・技術職による多様な教育・啓発活動を実施して、地域への支援に努力しており高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院専門病院として開設され、紹介患者や自院を希望する患者の診察は、隣接する多摩総合医療センター・小児総合医療センターで行っている。患者への周知は、ホームページ・紹介先から案内している。入院に際しては、病歴や診察・検査結果等に基づき入院の必要性を判断し、患者・家族へ説明し同意を得て入院を決定している。

医師は毎日回診し、病棟スタッフとの情報交換や治療方針の検討を行っている。診療科のカンファレンスは毎週行われており、患者・家族との面談も適時実施し、電子カルテに記録している。必要書類の作成やサマリーの作成も適切に行われている。看護師による病棟管理業務は、看護業務基準・手順を基に適切に実践している。薬剤師は入院患者すべての薬歴管理、必要な患者への服薬指導を行っている。輸血・血液製剤の投与は、確実・安全に実施されている。周術期の対応は、麻酔科医と手術部看護師が術前・術後訪問を全例に実施しており、マニュアルに従ったリスクごとのDVT予防対策を行っており、抜管基準、退室基準もマニュアルに定めて実施するなど適切である。重症患者の管理は適切に行われている。全入院患者に対し褥瘡発生リスクを評価し、患者の個別性に応じ必要な対策を講じており、必要時には多職種で構成された褥瘡対策チームが介入している。入院時に全患者を対象に管理栄養士が栄養管理計画書を立案し、毎月再評価を行っている。食物アレルギーも入院時に把握し、情報共有ができています。難病看護の質向上委員会活動マニュアルを作成して、緩和ケアにあたっており、疼痛はスケールで評価を行い、疼痛以外の症状緩和については標準看護計画などでも対応が行われている。リハビリテーションの必要性は主治医が評価してオーダーし、リハビリテーション科医師が診察した後、病態に応じて目標設定し、実施計画書を作成して開始されている。安全確保のための身体抑制については、身体抑制に関する手順書が整備され、身体抑制の実

施基準や解除基準も定められ、患者・家族には身体抑制に関する説明・同意書を用いて医師から説明が行われ事前に承諾を得ており、医師の指示のもとに実施され、医師と看護師で毎週カンファレンスを行いながら解除に向けて努めている。患者・地域サポートセンターの看護師が、入院前から退院に向けた課題を把握し、早期から在宅療養支援に取り組んでいる。退院後の外来通院が困難な神経難病などの患者に対しては、自院の訪問診療や訪問看護を行うなど積極的に在宅支援を実施している取り組みは、高く評価できる。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、調剤支援システムを用いて処方鑑査と調剤鑑査、疑義照会が適切に実施されている。検体検査結果の報告は迅速であり、精度管理も適切に実施している。臨床検査機能では、生理機能検査は、神経難病診断のニーズに応えるべく各種脳波検査や筋電図、神経伝導速度などを多数実施されている。画像診断機能は、検査翌日までに全件読影している。読影所見は2名の専門医がダブルチェックし、画像診断の質確保に努めている。栄養管理機能では、食事は温冷配膳車にて適時・適温を維持した食事を提供し、調理室内は、温度・湿度管理や清掃が行き届き清潔である。リハビリテーション機能においては、自分の声を残すマイボイスの取り組みや、適用患者が多いロボットスーツを用いたリハビリテーションと、そのための入院等、神経難病に特化したリハビリテーションを展開している。

病理診断機能については、組織診検査、細胞診検査、免疫染色、電子顕微鏡検査などを実施しており、筋生検は院外検体も受け入れている。術中迅速診断を実施しており、病理医は術野をモニターで確認し、手術室では執刀医が組織所見をモニターで確認し、双方向で検討しながら確実な病理診断を行うシステムを稼働している。病理診断はダブルチェックされ、必要時は外部にもコンサルトしている。CPCや病理カンファレンスを定期的に開催し、神経難病専門病院を担う質の高い病理診断機能を発揮しており、高く評価される。手術・麻酔機能については、脳神経外科・麻酔科合同カンファレンスにてスケジュールを検討し、手術室3室にて脊椎・脊髄外科、てんかん外科、脳深部刺激療法、脊髄刺激療法、筋生検や神経生検など神経難病に特化した専門性の高い手術を実施している。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、予算管理・会計処理・会計監査・経営状況の把握など、適切に実施されている。レセプトの作成・点検は担当医がレセプト全件をチェックし、返戻・査定には組織的な対応が見られ、未収金も回収の努力をしている。委託業務の業者選定については、価格だけではなく質の評価も加味して選定されている。

施設・設備管理は、年間計画に基づいた点検・整備を実施し、夜間・休日の緊急時の対応と連絡体制は明確になっている。医療ガス安全管理委員会は適切に開催され、感染性廃棄物の管理・廃棄は適切に行われている。物品管理については、採用・購入・定数の見直し・使用期限の確認等、適切に行われている。

災害時活動マニュアルを整備し、緊急時の連絡体制・責任体制は明確であり、非常時の薬品・水・食料も患者および職員用として必要量が備蓄されている。保安業務は24時間体制で日々の業務は日報によって報告を受け、実施状況を確認している。医療事故発生時の対応は、マニュアルを作成し、周知を徹底するとともに病院賠償責任保険にも加入している。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修については、看護部門は、教育担当者を配置して研修プログラムに基づき初期研修を実施し、研修結果を評価して次年度の研修につなげている。対象者の評価も都立病院機構の看護職員キャリア発達支援ガイドラインに基づいて、適切に実施されている。その他の部門については、都立病院機構で作成された職種ごとのキャリアラダーに、病院独自の項目を追加して作成したキャリアラダーに基づき、チューターが指導を行って評価しているなど、初期研修の体制は充実している。学生実習は、看護師・診療放射線技師・リハビリテーション療法士などの様々な職種の養成課程の学生を受け入れている。実習受け入れ窓口も明確であり、一元的な管理が行われている。個人情報保護、感染対策などの共通事項の研修は実習前のオリエンテーションで全員に実施し、職種別専門事項は、各科でマニュアルを作成している。患者・家族へは、入院案内の説明に加え実習生であることを明示し、直接患者に接する機会がある場合は患者への紹介も行い、実習は、マニュアルに基づき実施し適切に評価を行っている。事故発生時の対応を定め、実習生のワクチン接種状況についても適切に把握している。

# 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・プライバシーを適切に保護している	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	S
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	A
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	S

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	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	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	S
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	S
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	A
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	NA

## 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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 9 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 東京都立神経病院

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： 東京都府中市武蔵台2-6-1

## 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	304	296	+0	60.7	17.6
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	304	296	+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)		
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		
人工透析		
小児入院医療管理料病床	32	+0
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		
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

## 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： 人 2年目： 人 歯科： 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
1日あたり外来患者数	8.04	7.31	11.51	109.99	63.51
1日あたり外来初診患者数	1.68	1.70	2.48	98.82	68.55
新患率	20.85	23.26	21.58		
1日あたり入院患者数	179.80	177.73	233.88	101.16	75.99
1日あたり新入院患者数	10.22	9.29	11.41	110.01	81.42