

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2月18日～2月19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

貴院は東京慈恵会医科大学の附属病院として、調布市、狛江市を中心に、世田谷区も含め、多摩地域の急性期および総合医療を担ってこられた。さらに、がんなど各種疾患に対する専門医療を提供し、救急医療や高齢者慢性医療にも幅広く対応している。また、精神療法の森田療法センターや、結核病棟、ハイテクナビゲーション手術室など特徴的な施設も運営している。敷地内には医学部医学科・看護学科、看護専門学校が併設され、医療人の育成にも大きく貢献している。

今回の更新受審では、病院長を中心に職員が一丸となって取り組んでいる様子が見えてきた。秀でた取り組みがみられる輸血・血液管理機能をはじめ、評価項目の多くにおいて適切と判断された。なお、役割・機能や、貴院が目指す医療に照らすと、さらなる取り組みが期待される項目もみられたので、本報告書を活用し、一層の質向上を図るとともに、貴院がますます発展することを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

大学の建学の精神を基に、病院の理念や基本方針がわかりやすく明文化され、病院内外に周知されている。病院管理者・幹部は総合診療体制の構築などの課題を明確にするとともに会議・委員会を通じて、その解決にリーダーシップを発揮している。大学・病院の中期目標・中期計画や病院の年度目標・事業計画に基づき、各部署の業務目標が設定され、BSCにて進捗状況を管理・評価するなど、効果的・計画的な組織運営を行っている。情報の管理・活用の方針は明確であり、病院情報システムや電子カルテの下、診療情報が活用されている。文書管理は規程が整備され、分類、保存および廃棄、点検・監査および管理状況の報告などが適切に行われている。

要員管理調査を実施し求人活動を行っているが、病院の機能・機能や業務量に照らすと、いくつかの職種について増員が望まれる。就業規則をはじめ人事・労務管理に必要な規程等が整備され、制定・改定も含め職員に周知されている。衛生委員会が開催され、定期健康診断の受診率は100%である。

教職員アンケートや労使協議会の開催などで、職員の意見・要望を把握している。就業支援や福利厚生への取り組みも適切である。医療安全、感染管理、個人情報保護、虐待など多くの教育・研修が年間計画として立てられ、確実に実施されている。人事考課制度などにより職員個別の能力評価を行うとともに、自己啓発への支援も適切に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利の内容と周知、診療記録の開示はおおむね適切である。説明と同意の規程があり、看護師の同席基準も明確で、説明後の患者の反応を把握し、理解度の確認と支援を適切に行っている。がん患者に「がんサポートセット」を渡し、理解を深める支援を行っている。総合医療支援センターに患者・家族相談窓口を設置し、様々な相談に対応している。相談内容に応じてソーシャルワーカー室や入院支援室と連携している。各部署で解決困難な倫理的課題は、検討会議にあげて協議する仕組みが機能している。

患者・面会者のアクセス手段を把握し、十分な駐車場や駐輪場を整備している。食堂、売店、理容室などの施設や冷蔵庫、テレビ、ロッカー、コインランドリーなどの設備も整えており、患者・面会者の利便性・快適性に配慮している。院内はバリアフリーが確保され、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。院内は清掃が行き届き、整理整頓されている。

敷地内禁煙の方針が周知徹底され、職員を対象とする禁煙に関する研修会も実施している。患者への禁煙教育が実施されると、さらに適切である。

4. 医療の質

意見箱を設置して患者・家族の意見・要望を収集し、回答を院内掲示板やホームページに掲載している。また、患者満足度調査を定期的かつ継続的に実施している。診療の質の向上に向けた取り組みおよび業務の質改善への継続的な取り組みは適切である。新たな診療・治療方法や技術導入への手順もおおむね適切である。

正面玄関ホールには病院長、副院長、各診療部門長等が顔写真入りで紹介され、病棟では診療科別に責任者、病棟師長、病棟担当薬剤師、退院調整看護師の氏名が掲示されるなど、診療・ケアの管理・責任体制が明確である。診療記録の記載手順は適切である。多職種の組織横断的チームとして ICT、NST、RST、緩和ケアチーム、褥瘡対策チームなど多くのチームがあり、必要な患者に専門的ケアがタイムリーに行われるなど、多職種が協働して患者の診療・ケアを適切に行っている。

5. 医療安全

医療安全のマニュアルを作成し、役割等を明確にしている。全職員に携帯用のマニュアルを配布し、安全確保体制を強化している。全職種で構成された委員会から各部署へ周知できる体制があり、下部組織にワーキンググループを設置し集中的に討議される仕組みがあることは、評価したい。院内のアクシデント・インシデントは医療安全推進室に報告され、委員会で分析・検討しフィードバックされている。

患者の確認は、作業環境に応じ確認方法を設定している他、診療行為別にも確認方法を決めて実践している。タイムアウトは手術だけではなく、内視鏡やCV挿入、人工呼吸器装着患者の搬送前後にも取り入れており、評価したい。医師の指示出しから確実に実施するまでの手順が確立されている。検査結果等は確実に報告され、病理診断や画像診断の報告書を患者に手渡す新たな試みも開始されており、その効果が期待される。麻薬は薬剤部からその都度払い出しされ、筋弛緩剤やカリウム製剤の定数配置は必要最低限にとどめ、適切に保管・管理されている。

全入院患者に転倒・転落危険度のアセスメントを行い、危険度評価点数により対策を立案し、評価を行っている。転倒・転落防止に患者参加を促していることや、病院全体のチームで防止対策が行われていることは、特に評価したい。医療機器を使用する職員への教育・研修は計画と要望により、数多く開催されている。医療機器の使用前の点検、使用中の安全確認は医師、看護師、臨床工学技士で行い、使用後の点検は臨床工学技士が確実にやっている。院内緊急コードを設定し、呼び出し番号はわかりやすく明記されている。BLSやAEDの研修を頻回に開催し、数多くの参加がある。ICLSコース等の研修も定着している。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会とその下部組織として ICT、AST が設置され、現場での権限を持って環境ラウンドと抗菌薬ラウンドが行われている。感染対策マニュアルや規程の改訂も随時行われており適切である。微生物サーベイランスと外科病棟での SSI が JANIS に登録され、ICU での BSI、VAP を CDC に準じて独自に実施している。アウトブレイクの予防に努め、実績も得られている。

手指衛生に必要な速乾式消毒剤や PPE などが必要な場所に用意され、医療関連感染を防止する環境を整えている。感染性廃棄物や血液、体液の付着したリネン・寝具類の取り扱いも手順に従い行われている。

抗菌薬の採用・採用中止は ICT と薬剤部の意見を踏まえ委員会にて検討され、抗菌薬の適正使用マニュアルも作成されている。抗 MRSA 薬やカルバペネム系などの抗菌薬を届出制とし、100%の実施が達成されている。周術期の予防的抗菌薬投与を含め、抗菌薬は適正に使用されている。また、AST により抗菌薬の適正使用の評価や指導が行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域が必要とする広報活動は担当部署が明確であり、委員会で組織的に検討している。医療関連施設向けと患者向けの広報誌を定期的に発行し、連携先の医療関連施設等へ配布するとともに、来院者の手に取りやすい場所に配置している。各診療科の診療実績をホームページでわかりやすく発信している。地域の医療関連施設等との連携における業務手順も明確に定めている。紹介・逆紹介の連携実績の定期的な集計や、地域の医療関連施設等への訪問などによって、地域の医療の状況やニーズの把握に努めている。返書と紹介状の提供状況は一元的に把握・管理している。登録医とは医療連携フォーラムの開催などにより、顔の見える関係を構築している。

院内勉強会の地域医療従事者への開放や、地域医療機関との合同症例検討会の開催など、地域の専門的な医療知識や技術の向上を支援している。患者・地域住民を対象とした公開健康セミナーの開催や、行政主催の市民講座等への講師派遣など、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を積極的に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は適切に行われ、持参薬に関しては、初診時から医師が抗血栓薬の投与などを確認しており、侵襲的検査では医師と看護師が十分に説明し同意を得ている。手術などが必要な患者では、グリーンカウンターにて薬剤師による持参薬の確認や、医師を含めた多職種での入院などに関する説明を行っており、必要時の他診療科・他院との連携体制も整備されている。入院の必要性は主治医により適切に判断されるが、待機的な手術では手術適応の有無などを各診療科の症例検討会で検討している。入院診療計画書は入院早期に主治医が作成し、転倒・転落や褥瘡などのリスク評価が行われ、実施計画が立案されている。

医師は日々回診を行い、診療記録に記載している。医師のリーダーシップの下、多職種での症例カンファレンスが適切に開催されている。受け持ち看護師が入院から退院までを継続して受け持ち、積極的に多職種とカンファレンスを行い、患者のニーズに合わせたケアを実践している。病棟担当薬剤師により持参薬の鑑別・管理、薬歴管理や服薬指導等が適切に行われている。

輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施する手順は適切である。周術期の対応はおおむね適切であるが、看護師による術前・術後の患者訪問のさらなる充実が期待される。全入院患者に褥瘡のリスクアセスメントを行い、予防計画書を作成してリスクに合わせたケアを実施し、評価・修正を行っている。褥瘡が発生した場合のコンサルテーションできる仕組みもあるなど、予防・治療を適切に行っている。評価表を用いて栄養評価が行われ、栄養管理計画書を作成している。喫食状況や検査データを多職種で評価し、NSTにつなげていることは評価したい。症状緩和についてはマニュアルに沿って対応している。また、必要に応じて緩和ケアチームが早期から適切に介入している。リハビリテーションは主治医からの依頼に基づき、計画を立案し、業務マニュアルを遵守して確実・安全に実施している。医師の指示および患者・家族への説明・同意の下、安全確保のための身体抑制を適切に行っている。

患者・家族への退院支援にあたっては、入退院支援看護師やMSWなど多職種により退院支援カンファレンスを開催し、方針の確認や介入方法の決定を行っている。退院後も継続的に診療・ケアが必要とされる患者には、在宅療養支援が適切に行われている。医療処置の多い患者やがん患者などの事例では、初回訪問時に認定看護師などが同行し患者の不安軽減に努めている。終末期ガイドラインをもとに患者・家族の意思を確認しながら、ターミナルステージへの対応を適切に行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は処方鑑査、疑義照会、調剤後の確認、持参薬の鑑別・管理、注射薬の1施用ごとの取り揃えなどを適切に行っている。臨床検査機能では病院の機能・規模に応じた臨床検査が適切に行われている。画像診断機能はおおむね適切であるが、読影率のさらなる向上が期待される。

栄養管理機能では適時・適温に配慮し、患者の嗜好に対応した快適な食事の提供に努めている。職員に対する安全衛生教育の徹底など、食事の安全性を確保する取り組みは評価したい。リハビリテーション科では専従医の下、PT、OT、STが主治医や病棟看護師とよく連携し、脳血管疾患、運動器、呼吸器などを中心としたリハビリテーションが行われている。今後、療法士による継続したリハビリテーションの実施が期待される。電子カルテが導入され、診療情報が一元的に管理されている。診療記録の形式的な点検、診断名や手術名のコード化なども適切に行われている。医療機器は一元管理され、夜間はオンコールで対応している。医療機器の点検は臨床工学技士のほとんどがメンテナンス講習会を受け、定期点検を行っていることは評価したい。滅菌室の構造はワンウェイ化されている。滅菌の質保証も適切に実施されており、洗浄・滅菌機能を適切に発揮している。

病理診断機能はおおむね適切である。放射線治療機能では治療計画の作成やシミュレーションの実施等が適切に行われている。輸血・血液管理機能は臨床輸血看護師の配置、詳細な輸血拒否患者への対応基準の作成、日本輸血・細胞治療学会の輸血機能評価認定の継続など、さらに高い質を求める取り組みは高く評価したい。手術・麻酔機能はおおむね適切である。

集中治療機能はおおむね適切であるが、急性期医療で地域に貢献している病院機能を勘案すると、臨床工学技士の常時配置を検討されるとよい。救急医療機能では病院の診療機能に見合った救急医療が適切に行われている。

10. 組織・施設の管理

予算の立案にあたっては各部門の意見・要望を収集し、組織で決定する手順がある。財務諸表も適切に作成されており、内部監査や外部監査も適切に行われている。時間外・休日を含め医療費を即時計算し、自動精算機でいつでも収納できる。レセプト点検はチェックソフトで効率的に行うとともに、医師の関与もあり適切である。返戻・査定は委員会で組織的に検討し、勉強会も定期的に行っている。未収金マニュアルを作成・運用するとともに、未収金発生後の早期回収にも努めている。

委託の是非および委託業者の選定は、会議体で検討している。委託業者との定例会議を開催し、委託業務の遂行状況を確認している。委託業務従事者に対する研修会を開催するとともに、委託業者の教育・研修の状況も把握している。施設・設備の維持・管理は担当者が常駐し、緊急時の対応を含めた体制が整備されている。廃棄物は法令を遵守した院内規程や作業手順書に基づき、適切に処理している。物品の選定および購入は大学関連 4 病院で検討する仕組みや、外部のベンチマークシステムへの加入などで、効率性・経済性を追求している。在庫管理は定数補充方式を採用し、定期的な定数の見直しや使用期限の管理を適切に行っている。

火災、停電、大規模災害に対するマニュアルを策定し、迅速かつ適切に対応できる体制を整備している。定期的な訓練を実施している他、広域的な訓練にも参加している。夜間・休日の出入口を限定し、施錠管理を行っている。警備員による院内巡視を定時的に実施している他、院内暴力や警察介入事案の発生に備えて、警察 OB で組織した保安部門が対応する体制がある。マニュアルに事故発生時の対応手順を明記し、原因究明と再発防止に向けた検討も組織的に取り組んでいる。

1 1. 臨床研修、学生実習

研修医をはじめ看護職、医療技術職、事務職の初期研修プログラムを整備している。研修内容は委員会で検討し、見直しも行っている。初期臨床研修では指導医講習会を受講した多くの指導医が確保され、十分な症例経験が得られる環境である。上級医あるいは指導医が立ち会うべき研修医の医療行為の基準を、明確に定めて運用している。研修医と指導医の双方向の評価が行われ、フィードバックしている。なお、研修医の評価において様々な職種の関与があるとさらに適切である。

医学生や看護学生をはじめ多くの職種の学生実習を受け入れている。学生実習の受け入れは担当を明確にしておき契約書の締結も適切である。学生実習に関するガイドブックに沿って学生への情報提供を行い、実習の実施、医療安全や感染対策、実習中の事故発生時の対応方法、その他様々な取り決め事項の周知などを行っており、適切である。

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	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	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	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	A

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	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	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	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	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	B
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	S
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	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	B
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	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	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 東京慈恵会医科大学附属第三病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 東京都狛江市和泉本町4-11-1

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	534	528	+0	81.2	13.5
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	20	20	+0	48.1	83.4
結核病床	27	27	+0	47.3	44.4
感染症病床					
総数	581	575	+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	5	+0
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	3	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	40	+4
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

災害拠点病院(地域), DPC対象病院(Ⅲ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： 19 人 2年目： 18 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

2年度推移	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	1,305.26	1,305.28	1,331.51	100.00	98.03
1日あたり外来初診患者数	112.74	115.22	123.64	97.85	93.19
新患率	8.64	8.83	9.29		
1日あたり入院患者数	466.62	467.36	470.93	99.84	99.24
1日あたり新入院患者数	34.48	34.32	33.93	100.47	101.15