

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6月26日～6月27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、1951年に医療法人財団大和会「大和病院」として設立され、増改築し「東大和病院」に改称した。2009年に東京都第1号の社会医療法人の認定を受けている。開院以来、北多摩西部圏内で地域の中核病院として継続的に施設・設備・医療機器等を拡充し、一般医療から救急医療まで総合的に地域住民の要求を受け入れ、その役割を担ってきた。「生命の尊厳と人間愛」を法人の理念とし、高度急性期医療の充実を目標に、温かく安全で質の高い医療サービスを提供し、地域の皆様に信頼され選ばれる病院を目指している。施設認定は地域医療支援病院、東京都災害拠点病院、東京都がん診療連携拠点病院、臨床研修指定病院等の指定を受けている。

今回の医療機能評価受審は6度目であり、病院長をはじめとする幹部職員はリーダーシップを発揮し、職員が一丸となって準備に取り組み、訪問審査において安全で良質な医療を目指す活動が確認された。今後は受審結果を参考に医療の質向上を図り、ますます地域の住民の安全・安心のため、引き続き安全な医療・看護を提供することを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、院内外への周知に努めている。病院長や幹部職員は、運営会議を通じて病院の現状、今後の方向性・課題について議論し解決に向けてリーダーシップを発揮している。中・長期計画を策定し、部門・部署ごとの目標設定・自己評価・達成度評価を適切に行っている。各種文書は、規程整備のうえ管理している。

人事・労務管理に関する規則・規程等を整備し、職員に周知している。職場環境の整備、職業感染への対応、職員への精神的なサポート体制、ハラスメント対策も整備し、職員の安全衛生管理は適切である。育児・介護休暇制度、短時間勤務制度、再雇用、育児部分休業等の就業支援を実施し、職員が働きやすい環境作りに努めている。

全職員を対象にした研修は、年間計画を策定し実施している。医療安全や感染制御の研修、それ以外の必要性の高い課題の研修参加率は100%である。看護師のクリニカル・ラダーのほか、各部門で特性を勘案した専門職の評価基準に基づき、能力評価・開発を行っている。専門職種に応じた初期研修や学生実習等も確実に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族、職員に周知している。説明と同意の方針で患者の意思の尊重、説明と同意取得の手順、文書同意が必要な医療行為の範囲を明文化している。医療スタッフの同席について定め、説明後に受け止めや理解度を確認している。患者への情報提供には、各種パンフレット、クリニカル・パスなどを活用している。患者支援センターに相談窓口を設置し、患者・家族からの多様な相談に対応している。個人情報保護に関する研修も実施しているが、病院が保有するデータの持ち出しおよび廃棄に関する運用は、より厳格な管理体制が期待される。倫理的課題についての対応方針を明確にしている。患者・家族の抱える倫理的課題については、多職種カンファレンスで検討しており、現場での検討では解決困難な課題については臨床倫理委員会で審議する体制を整備している。

患者・面会者の利便性・快適性、高齢者・障害者への施設面における配慮は適切である。病棟の廊下、病室、トイレ、浴室等必要なスペースを十分に確保し、院内は清潔に保たれ、安全や感染についても配慮している。敷地内全面禁煙として周知を図っている。

4. 医療の質

業務の質改善については、業務改善委員会において部門横断的な改善に取り組み、各種立入調査にも迅速に対応している。診療の質の向上に向けた活動では、症例検討会や臨床病理検討会などを開催し、クリニカル・パスの適用率は約88%に及ぶ。また、臨床指標を集積してホームページで公表している。院内に意見箱を設置し、投書内容は必要に応じて関係者間で協議を行い、直接の説明や文書による回答を実施している。患者満足度調査も実施して、院内の改善に活かしている。新規の診療・治療方法や技術の導入に際しては、倫理・安全面などについて臨床倫理委員会で審査する仕組みが構築されているが、導入後のモニタリング体制の整備が期待される。

病棟や外来では診療・ケアの責任者氏名を表示し、責任体制を明確にしている。責任者は病棟回診やカンファレンスでケアの実施状況を把握している。診療記録は必要な情報を定められた形式で適時に記載している。診療記録の質的点検では点検

数の増加が期待される。組織横断的な専門チームの介入や多職種カンファレンスを実施し、情報を共有して質の高い診療・ケアを提供している。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室は、副院長が室長となり専従の看護師を安全管理者とし、医療機器、医薬品、医療放射線に関する安全管理責任者をそれぞれ配置して組織横断的な安全管理に取り組んでいる。アクシデント・インシデントレポートは電子カルテにより収集し、担当者が毎日確認して分析・検討し、リスクマネージャーと共に対策立案のうえ周知する仕組みがある。医療事故発生時、重大事故発生時の対応手順を明文化しており、報告体制も確立している。

患者等の誤認防止は、患者によるフルネームでの名乗りやバーコード認証を基本として院内で統一し、手術でのマーキングやタイムアウトも実施している。口頭指示用紙への単位の明記や記載方法の統一について検討が期待される。アレルギー、副作用情報などは電子カルテに記載して情報共有し、抗がん剤のレジメン管理・登録は薬剤部が管理している。転倒・転落リスク評価を全患者に実施し、ケア計画に反映している。医療機器は中央管理のうえ、臨床工学技士が一元管理している。患者等の急変時の緊急コールを設定しており一次救命措置訓練等を実施している。

6. 医療関連感染制御

感染対策室に感染管理医師と感染管理認定看護師を配置し、多職種で構成する感染制御チーム（ICT）や抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が毎週環境ラウンドやカンファレンスを行うなど積極的な活動を行っている。アウトブレイクに対する体制も整っている。ターゲットサーベイランスについては中心ライン血流感染や人工呼吸器関連肺炎、尿路カテーテル関連感染に加え、手術部位感染サーベイランスの対象診療科、術式を拡大しつつある。近隣病院と連携して合同カンファレンスを開催し、データを共有するなど地域の医療機関との連携も活発である。アウトブレイク発生時には感染防止マニュアルに沿って、ICTが必要な対応策を検討し指示している。

標準予防策や経路別予防策を実施し、手指消毒使用状況もモニタリングしている。抗MRSA薬や広域抗菌薬は届け出制として管理している。ASTが、抗菌薬長期使用症例や血液培養陽性患者の追跡、届け出制の抗菌薬の使用状況の分析や使用症例の経過追跡を行っている。周術期の抗菌薬使用については領域ごとにクリニカル・パスに組み込まれており、その抗菌薬選択にはASTが介入している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信として、広報誌等を発行し、院内情報の積極的な提供を行っている。ホームページでは、病院案内、診療科・部署紹介、手術実績などを掲載し、定期的に更新している。地域医療連携室を中心に、連携先の地域医療機関への定期的な訪問や近隣地域の医療機関の情報を可視化した「かかりつけMAP」を内科・外科別に作成し、患者・家族に配布している。患者紹介に伴う返書の管理は電子カル

テにより一元管理し、紹介・逆紹介の実績も集計している。地域住民を対象とした出前講座のほか、近隣の医療機関と合同で「世界骨粗鬆症デー」を開催している。認知症認定看護師は、医療職や地元のケアマネジャーを対象とした講演活動を実施している。さらに、動画配信サイトの公式チャンネルを開設し、公開講座のバックナンバーなどを動画配信している。多職種が連携し、地域へ向けた多様な教育・啓発活動の取り組みは高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診の案内をホームページに掲載し、緊急性の高い患者には救急外来看護師が中心となり対応している。適切に外来診療を行い、診断的検査を安全・確実に実施し、医学的判断に基づいて入院を決定している。90%近くの入院症例に対しクリニカル・パスを用いて患者家族に説明し、同意を得たうえで治療を実施している。医療相談への適切な対応、円滑な入院受け入れ、医師・看護師による適切な病棟業務の実施、投薬・注射、輸血・血液製剤投与も確実に安全に実施し、周術期の対応、重症患者の管理も適切に行っている。

褥瘡の予防や栄養管理は、リスク評価とアセスメントを適切に実施しており、症状緩和の方針や手順・基準も定めている。リハビリテーション総合実施計画書はリハビリテーション開始前に確実に記載し同意を得ることが期待される。身体拘束廃止マニュアルで方針を定め、やむを得ず実施する場合は同意のもとで実施し、早期解除ができるよう取り組んでいる。患者・家族への退院支援、必要な患者への継続した診療・ケアについては適切に実施している。患者のターミナルステージの判断は主治医を中心に多職種で検討し、カンファレンスにおいて対応やケア計画を実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、処方鑑査や調剤鑑査を確実に実行しており、注射薬は薬剤部から1施用ごとに取り揃えて払い出している。臨床検査は、外部委託を含めて病院の機能に応じた検査を実施し精度管理も適切に行っている。時間外・休日診療放射線技師2名が当直しており、必要な症例に対しては24時間体制で画像診断を行っている。栄養管理やリハビリテーション、診療情報管理、医療機器管理、洗浄・滅菌管理は、適切に機能を発揮している。

病理診断は、組織診断は病理医によるダブルチェックを行い、細胞診断においても陰性例も含めて確認している。ホルマリン等の有機溶媒の管理も適切である。輸血・血液管理では、血液製剤の発注・保管・供給・返却などを確実に実施し、使用状況なども輸血療法委員会で把握しており、その機能を適切に発揮している。手術・麻酔において、手術のスケジュールは緊急手術への対応も含めて適切に管理し、清潔管理、術中患者管理などにおいても、その機能を適切に発揮している。集中治療部門では入退室基準を遵守して重症患者の管理を行い、多職種による協働体制も構築している。救急医療は、充実した救急医療体制を構築して、地域のニーズに沿った機能を適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、病院会計準則に基づいた会計処理を行い、予算案を編成のうえ理事会において最終承認を受けている。内部・外部監査を実施し、会計処理の適正性を確保している。医事業務は医事課が担当し、受付から会計までマニュアルに沿った対応に努めている。返戻・査定は、医事課内で対応策を検討し、運営会議へ報告している。未収金の発生時には手順書に基づき対応し、回収率の向上を図っている。委託業者の選定は運営会議で決定し、契約書には賠償責任や秘密保持に関する事項を明記しており、事故発生時の対応手順も整備している。

施設・設備管理は、日常管理や計画的な保守点検、修繕等を行い、医療ガス、感染性廃棄物の安全管理、院内の清掃などを適切に行っている。新規採用薬は薬事審議会への申請を行い、一定額の物品購入は運営会議での審議を経て、理事会において決裁を受けている。

災害発生時事業継続計画（BCP）を策定し、火災発生時の対応や緊急時の責任体制を明確にしており、時間外・休日等における連絡体制も確立している。保安業務は防犯カメラによる監視や施錠管理等を行い、緊急時の連絡・応援体制も明確であり、日々の業務実施状況を確実に把握している。

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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	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
1.3.3	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	B
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	B
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
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	B
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	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	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	A
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	B
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： 2025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： 社会医療法人財団大和会 東大和病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 東京都東大和市南街1-13-12

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	284	284	+0	68.4	14.2
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	284	284	+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	30	+0
集中治療管理室 (ICU)	3	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	2	+0
ハイケアユニット (HCU)	8	-6
脳卒中ケアユニット (SCU)	12	+0
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	10	+0
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		
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), DPC対象病院(DPC標準病院群), 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： 6人 2年目： 6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

