

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3日～2月4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

東京都立多摩南部地域病院は、1993年7月26日に病床数136床で一次開院し、翌1994年病床数306床で全面開院している。その後増床・減床を経て、現在は24診療科、病床数287床（高度急性期6床、急性期281床）となり、高度医療機器を整備し、地域の中核的な医療機関としての役割を果たしてきている。また、地方独立行政法人東京都立病院機構に属しており、行政的医療から専門的医療に至るまで地域に根差した幅広い医療サービスを提供している。病院の機能として、開放型病院、臨床研修病院、地域医療支援病院、東京都指定二次救急医療機関、東京都災害拠点病院、東京都がん診療連携拠点病院の指定を受けている。救急医療面では多くの患者を受け入れており、高齢化率が高い南多摩医療圏において大きく貢献している。

今回の病院機能評価の審査において、院長のリーダーシップのもと、運営理念・運営方針の達成に向けた取り組みが随所に確認できた。課題に対しては組織的に取り組み、医療機能のさらなる充実を全職員が目指している。今回の受審が貴院に少しでも役立ち、益々の発展へつながることとなれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

東京都立病院機構の理念・基本方針のもとに病院の運営理念・運営方針を策定し、職員はこれらの達成・実現に向けて医療を実践している。運営・管理面では、病院の意思決定は運営会議を毎週開催し、委員会等の上申等を審議して承認の手続きをとり、決定事項は各所属長が出席する幹部会およびグループウェアで周知している。病院は実施計画を定め、進捗・達成度評価および改善策の審議・検討を運営

会議で行い、各診療科・部署はバランススコアカードを作成し、達成度評価と改善策を実行している。診療情報のセキュリティ対策は外部ネットワークからの遮断が行われ、診療データの真正性、見読性、保存性も確保されている。

医師の業務負担軽減のために医師事務作業補助者、看護師の業務軽減として病棟に夜勤看護補助者を積極的に採用・配置するなど、タスクシフト推進に向けて人材の確保に努めている。人事管理の面では、全職員を対象に職種や経験年数、職階に応じた人事考課の仕組みを整備し、職員の意見・要望は管理職と職員の個別面談を実施するほか、職員満足度調査も実施している。職員の教育・研修に関しては診療科・部署毎に予算制を取り入れており、認定資格の取得や学会発表の奨励および自己研鑽の支援を積極的に行っている。基幹型臨床研修病院として研修プログラムに従い研修を進めており、その他の職種においても初期研修プログラムが整備されている。

3. 患者中心の医療

「都立多摩南部地域病院患者権利章典」として患者の権利を定め、子どもについては「子どもの患者権利憲章」として平易な文章でまとめて明文化している。患者への説明と同意に関する手順はマニュアルに明文化している。同意が必要となる診療行為の範囲が示され、具体的な実施手順を項目ごとに定めている。患者への情報提供は検査・手術・処置等における説明書、入院診療計画書、クリニカル・パスなどを活用し、診療・ケアの方針も共有している。患者支援体制として、患者・地域サポートセンターを設置し、患者支援グループ、入退院支援グループ、地域連携グループの体制により患者・家族からの各種相談に応じている。患者相談窓口は1階正面玄関入口横に設置し、ホームページ、院内掲示、入院案内によって案内・周知している。患者の個人情報保護は、個人情報取扱事務要綱および個人情報保護対応マニュアル等に則り取り扱っている。臨床上の倫理的課題は多職種による倫理カンファレンスを行い分析・検討をし、結果は記録され患者のケアに反映している。

患者用・障害者用の駐車場を確保しており、来院者のアクセスに配慮している。病棟のデイルームは広く、患者・家族がくつろげる環境であるとともに、利便性・清潔性・安全性が確保されている。敷地内禁煙であり、職員の喫煙率も低い。

4. 医療の質

業務の質改善に向けた取り組みは、部門横断的な改善活動であるサービス向上委員会に加え、病院機能評価委員会を中心に各部署での業務の見直し、マニュアルの整備などに取り組んでいる。医療の質の確保としては、各診療科で症例検討会を開催し、治療方針等を決定している。毎月がんボードを開催し、CPCも開催している。クリニカルパス委員会を毎月開催し、入院患者のパス適用率やバリエーション分析などを行い、必要に応じて、パスの見直しや新規パスの作成を行っている。院内各フロアに意見箱を設置して患者の意見・クレームを収集し、患者満足度調査を実施している。新たな診療・治療方法や技術は原則として当該部署で検討し、倫理委員会に諮った後に病院として倫理・安全面などを十分に確認のうえ導入してい

る。

院内各部署に責任者名を表示しており、病棟においては、病棟責任医師、看護師長のほか、担当薬剤師・管理栄養士・MSWの氏名を掲示している。患者に関する必要な情報は診療記録として、記載マニュアルに則り、適時に電子カルテに記載している。診療記録の質的点検は、診療情報委員会で抽出された診療記録に対して、チェックリストをもとに複数の医師が実施している。多職種で構成された専門チームとして、緩和ケアチーム、認知症ケアチーム、臨床倫理コンサルテーションチーム、NST、ICT等があり、カンファレンスや院内ラウンドを行って病棟スタッフを支援している。

5. 医療安全

医療安全に関する体制は、院長直轄の医療安全管理部門（医療安全管理室）を設置し、室長（副院長）と専従のリスクマネジャー（看護師）、事務員を配置している。インシデント・アクシデント情報は、発生部署からデータウェアで収集され、翌日には医療安全管理室で確認を行っており、必要に応じて現場に出向いて状況の確認・検証などを行っている。医療事故発生時の対応手順は、医療事故対応マニュアルとして規定している。

患者確認の方法は医療事故予防マニュアルに明記されており、患者自身による氏名と生年月日の名乗りを基本とし、入院患者はリストバンドによる確認や注射時の患者認証システムによる照合を行っている。手術室では、サインイン・タイムアウト・サインアウトを実施し誤認防止に努めている。指示出し、指示受けのルールは医療安全マニュアルに定められている。麻薬は固定した保管庫、向精神薬・毒薬は個別の保管庫に入れそれぞれ専用の鍵で施錠している。入院時に転倒・転落アセスメントシートを用いた危険度評価を行い、患者・家族にリスクを説明のうえ協力を要請している。臨床工学技士により、全看護師を対象にした輸液ポンプやシリンジポンプ等を安全に使用するための医療機器研修を実施している。人工呼吸器は看護師による毎日の観察と臨床工学技士による作動状況や操作状況の確認を実施し、記録に残している。患者等の急変時は、院内緊急コードによりエマージェンシーコールが放送され、医師・看護師が駆けつける体制である。

6. 医療関連感染制御

感染対策部門は、院長直轄の組織として権限が与えられている。ICTはICD・ICN・薬剤師、臨床検査技師から構成され、週に一度ラウンドを行っている。ASTと連携して活動しており、感染防御システムはサーベイランスに活用している。感染に関する情報は、リンクナースを介して各部署に周知している。SSIを外科と整形外科、CLABSIおよびCAUTIを全病棟で行い、JHAISの値はベンチマークを実施している。MRSA、インフルエンザ、ノロウイルスの行動指針はマニュアルに定めており、アウトブレイク時の病棟・病室ごとの分析も行っている。

感染対策マニュアルに感染管理に関するガイドライン等を定めており、現場における手指衛生や個人防護具の着用、感染経路別予防策を実践している。抗菌薬の採

用は薬事委員会で決定されている。抗MRSA抗菌薬、カルバペネム系抗菌薬は届け出制としてASTが鑑査を行っており、届け出以外の抗菌薬もASTで使用状況を把握し、薬剤耐性対策を行っている。さらに、各診療科からのコンサルトや血液培養陽性に対して助言を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

広報は患者・地域サポートセンターと計画課が担当し、病院見学会の企画、広報誌の発行などにより自院の情報を発信している。地域の連携医療機関への情報の発信として「たまなん連携だより」を発行している。また、患者・家族向けには「たまなんミニ通信」を発行している。ホームページに自院の役割と診療機能、診療実績等の情報を定期的に更新し、提供している。地域の医療機関との連携は地域連携支援グループが担当し、円滑な連携を推進するために医師と事務職員による地域医療機関への訪問活動を積極的に実施している。地域医療支援病院として、医師会や連携医療機関との情報交換や協議を行うため、「運営協議会」を開催している。

地域医療従事者向けの教育活動として、複数の診療科によるWeb症例検討会および緩和ケアの啓発活動として「多摩ケアカンファレンス」を実施している。地域住民への健康増進に寄与する活動として、医師会主催の「多摩センター健康セミナー」に講師として参加しており、地域住民向けの多摩テレビで複数回放送されている。保健所とのタイアップで糖尿病医師による糖尿病教室を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来フロアに総合案内を設置し、各種案内を行っている。他院からの診療情報提供書は、初診時に外来担当医が確認している。検体検査、生理検査、内視鏡検査、画像検査などの際には、医師が患者に必要性やリスク等を説明し、侵襲的検査では同意書を取得している。患者の入院決定については、外来担当医が必要な検査を行い、医学的な根拠に基づいて判断している。入院前に患者・地域サポートセンターで患者の持参薬、栄養状態、食物アレルギーを確認し、電子カルテで情報共有を行っている。

医師は医療チームのリーダーとして多職種でカンファレンスを行い、患者の状態や治療の進行状況を綿密に評価し、最適な医療が提供されるよう努めている。また、患者や家族の意向を反映して治療に専念できるよう、スタッフ間のコミュニケーションを強化している。患者相談については、患者・地域サポートセンターに窓口を設置し、看護師とMSWからなる患者支援グループが対応を行っている。手術・麻酔の適応は、各診療科主治医と麻酔医を中心に術前検討を行い、決定している。麻酔医および手術室看護師は担当する全身麻酔例のほぼ全例に術前訪問を実施し、患者の評価を行っている。リハビリテーションの適応は医師が医学的に判断し、患者の病態に応じたリハビリテーション実施計画書を作成して患者・家族へ説明のうえ同意を得ている。整形外科の術後や循環器内科疾患の早期介入を行い、廃用症候群を予防している。退院後に必要な医療処置やケア、介護サービスの提供が必要な場合には、患者・家族および在宅支援者が参加する退院前の合同カンファレンスを

実施し、継続的な療養支援につなげている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は全入院患者の持参薬を鑑別し、報告書を作成して電子カルテで共有している。パニック値の基準を定め、該当例は臨床検査技師から PHS 等で依頼医（不在時には同診療科医師）に直接伝えている。放射線部門は常勤医師と放射線技師が常時タイムリーに対応できる体制としている。重大な異常所見画像は速やかに依頼医に報告している。リハビリテーションの計画、目標設定は主治医と連携を取りながら多職種カンファレンスで方針が作られ、患者・家族へ説明・同意後に決定される。診療記録の量的点検は退院患者全例に実施しており、点検結果は、医師別に個別フィードバックしている。臨床工学科は、医療機器の中央管理のほか、手術部門や血液浄化療法・ペースメーカーや心臓カテーテルなどの業務を行っている。

病理診断は常勤専門医および非常勤医で組織診を実施しており、剖検および CPC を開催するなど、診療側の要望に応えている。放射線治療専門医が治療計画を立案し、線量の確認、シミュレーションに関与している。医師は患者へ具体的な治療計画を説明し、患者から同意を得ている。輸血・血液管理については責任医師のもとで、検査科技師が輸血・血液製剤に関する主な業務を担当している。緊急手術に対応できる体制を整備し、多数の緊急手術を施行している。ハイケアユニット

(HCU) を設置し、重症患者に対して集中治療を実施している。救急告示病院であり、24 時間 365 日緊急入院も可能な体制を整備し、南多摩保健医療圏の二次救急患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

予算作成は計画課が収支および経営指標の分析を行い、経営課題を運営会議等で検討している。診療報酬の改定情報は、勉強会やグループウェア等を通じて職員に周知している。レセプトデータや DPC データを用いた分析結果を月報として幹部会等に報告し、DPC コーディングやクリニカル・パスの見直しに役立てている。委託業者の選定は、東京都立病院機構で定められた基準に則り指名業者選定委員会で検討し、入札方式で業者を決定している。診療材料コスト低減の取り組みとして、東京都立病院機構の病院間比較と、ベンチマークシステムの導入により納入価格の見直しを行っている。委託業務の履行状況は、月 1 回の担当部署と委託業者による連絡調整会議で確認し、年 1 回の評定を実施している。

建物および設備の保守は、専門業者と契約を締結し、年間スケジュールに沿って法定・定期点検が実施されている。病院は「災害対応マニュアル」および「停電時の対応について」を策定し、地震および火災の発生時に対応する準備を整えている。また、病院被災時における事業継続計画 (BCP) が東京都立病院共通で定められている。保安業務体制は 24 時間体制であり、警備員の監視によるセキュリティ管理を行っている。

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	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
1.3.3	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	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	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	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	B
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	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	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	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 10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 東京都立多摩南部地域病院

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： 東京都多摩市中沢2-1-2

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	287	277	+0	73	8.3
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	287	277	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	6	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	10	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	16	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

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), 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： 5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

