

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8月1日～8月2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、千葉県柏市から大学病院誘致の要請を受け、東京慈恵会医科大学の附属病院として開設し、現在に至っている。施設・設備、医療機器等を拡充し、災害拠点病院（地域）、地域がん診療連携拠点病院、救命救急センター、基幹型臨床研修病院、地域医療支援病院等の指定を受け、東葛北部保健医療圏の急性期を担う中核病院として、多くの地域住民から厚い信頼を受けている。

今回の病院機能評価は更新受審であり、病院管理者や幹部、職員が協働して、組織的かつ継続的に取り組まれていることが確認できた。ほとんどの項目で水準を満たした適切な機能を有しており、特に、患者等の急変時への対応、栄養管理機能については秀でており、高い評価である。今後も医療機能および質の向上に向けて取り組み、さらに発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明文化し、院内外へ周知している。病院幹部の選定手順、意思決定の組織、組織図や職務分掌等を整備している。中長期計画の策定、病院・部署・運営委員会等の年次事業計画の作成と評価、病院長や各幹部の担当業務の課題把握と解決などが適切に行われている。電子カルテシステムを導入し、情報システムや診療情報の管理、安全確保の体制を整備している。文書管理に関する規程を策定し、規程に従って管理している。

医療法や施設基準等で定める人員を配置し、年度採用計画のもと必要な人員を確保しているが、診療情報管理士の配置を期待したい。人事・労務管理体制を整備し、就業規則等の整備や労働実態を把握している。衛生委員会を開催し、健康診断

の実施状況の把握、精神的サポート体制を整備している。職員の意見を収集して職場環境の改善に反映し、福利厚生を制度を整備するなど、魅力ある職場づくりに努めている。

病院全体で実施する教育・研修として、教職員研修委員会が必要性の高い課題に関する研修会を企画し、年間計画を立てて計画的かつ継続的に実施している。全職員対象の人事考課制度に基づく人事考課を実施している。基幹型臨床研修病院として、プログラムに基づく研修を行っている。看護師や医療技術職等の初期研修体制を整備している。学生実習は、病院で定めた学生実習の受け入れ手順に基づき、医学生、看護師、薬剤師などの多くの職種の学生を受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と患者さんへのお願いを明示し、院内外に周知している。説明と同意の方針・手順を明確にし、同席のルールを定めて実践している。同意が必要な診療行為の範囲を定め、明示することを期待したい。ホームページや入院案内において、患者に医療チームの一員としての協力を求め、患者の医療への参加を促している。医療相談窓口を設置し、社会福祉士などを配置して各種相談に対応している。虐待等への対応指針や手順も整備して運用している。個人情報に関する諸規程や診療情報管理体制を整備し、プライバシーへの配慮もなされている。臨床における倫理的課題について、臨床倫理委員会を設置し検討している。現場で解決困難な倫理的課題が発生した場合は、臨床倫理コンサルテーションチームが介入している。臨床現場で問題となる DNAR の取り扱いなどの対応方針を明文化している。

病院へのアクセスの案内、駐車場や駐輪場の整備、公共バスの運行と停留所の設置、コンビニエンスストアや医療用品売店、理容室の設置など利便性に配慮している。玄関をはじめ院内はバリアフリーで、玄関には車椅子を準備しており、障害者や高齢者にも配慮している。病棟の廊下は清掃が行き届き、安全に患者の移動やベッドの搬送が行えるスペースを確保している。病棟のダイルームは明るく、静寂で、患者がくつろげる環境が整っている。敷地内全面禁煙を実施し、入院案内や院内掲示などで禁煙の方針を周知しており、受動喫煙防止に向けた取り組みを行っている。

4. 医療の質

業務の質改善は、病院業務改善委員会で議論・検討しているほか、「労働生産性向上の活動」として、2014年以來、各部門の成果を毎年発表し、優秀者を表彰するなど継続的に取り組んでいる。各部門・運営委員会ごとに年間の事業計画・目標を設定し、目標を達成するためにBSCを活用した業務の改善に努め、評価している。診療の質の向上に向けた活動として、各診療科、病棟での単科・複数科のカンファレンスのほか、M&M、CPC、キャンサーボードなどで症例検討を行っている。クリニカル・パスは、多職種の委員で構成されるクリニカルパス検討委員会で定期的に見直しやバリエーション分析を行っている。患者・家族からの意見・要望は、院内に設置された意見箱や患者満足度調査を通じて収集している。回答は患者サービス

向上委員会で取りまとめ、院内掲示やホームページに掲載している。新たな診療・治療方法の導入に際しては、医薬品の適応外使用も含め、先進医療検討委員会で審議することに加え、大学の倫理委員会での承認および報告を義務付けている。

病棟の医師・看護師・薬剤師・管理栄養士等の責任・管理体制を明示し、主治医不在時の対応体制、外来の責任体制も明確である。診療録等記載マニュアルに沿って診療記録を記載している。略語集も整備し、診療録の質的点検を実施している。多職種で構成される緩和ケア、褥瘡対策、認知症ケア、栄養サポート、家族支援などの複数の専門チームが設置され、組織横断的に介入しており、定期的に活動を評価している。

5. 医療安全

医療安全推進室を設置し、医師や専従の医療安全管理者等を配置している。安全対策等の検討や各部門の担当者と連携し安全確保に向けた活動を実践している。セーフティマネジメント委員会を開催している。セーフティマネジメントマニュアルを毎年見直して必要時に改定し、全職員が携帯版を保持している。発生事例はシステムで報告する仕組みであり、毎朝、医療安全管理者が報告を確認し、必要時は現場に向いて情報収集するなど対応している。毎週のミーティングで、3b以上の事例等の分析と再発防止策を立案し、職員に情報発信している。医療事故発生時の対応手順を整備し、マニュアルに掲載し周知している。病院賠償責任保険にも加入している。

2022年度から医療安全強化事項として、誤認防止について取り組んでいる。患者自身の名乗り、ネームバンドやバーコード認証、マーキングやタイムアウトの実施等により誤認防止に努めている。医師の指示出し、指示受けや実施確認、口頭指示の対応は明確で、画像診断等の既読確認体制も整備している。ハイリスク薬の管理、抗がん剤のレジメン管理等は適切に行われている。病棟の麻薬保管庫の管理体制を見直したところであり、継続的な運用を期待したい。全入院患者に転倒転落アセスメントを行い、看護計画を立案し対策を実施している。主要な医療機器は中央管理され、安全性が担保された医療機器を各部署で使用している。臨床工学技士が入職時や新規購入時、各部署からの要望に応じて研修会を開催している。院内緊急コールを設定し、要請手順は誰でも速やかに対応できるよう携帯版のマニュアルに明示し周知している。RRSは発令基準および運用フローを周知し、必要時にRRTを発動している。RRSの活動を補完するCritical Care Outreach (CCO)の運用を開始し、救急入院や重症患者等を中心に、救急看護認定看護師あるいは急性・重症患者看護専門看護師が毎日ラウンドし、臨床症状の異常を早期に察知してRRSにつなげているなど、これらの活動は高く評価できる。

6. 医療関連感染制御

感染対策室を設置し、専任 ICD、専従 ICN2 名と専任薬剤師等の多職種を配置し、感染対策に関する実務権限を有している。室員は感染制御チーム（ICT）を構成し、毎週ラウンドとミーティングを行い、感染発生や環境整備の状況を把握、指導している。感染対策委員会を毎月開催している。感染対策マニュアルを定期的に改訂し、院内 LAN で閲覧できるようにしている。毎日、薬剤耐性菌や血液培養陽性例の情報を中央検査部と ICT で共有し対応している。医療関連感染は、BSI、VAP、UTI、SSI を把握している。慈恵医大 4 病院でアウトブレイクレベルや公表基準を定めて対応している。近隣地域の病院や私立医科大学病院感染対策協議会等から積極的に外部情報を収集している。

個人防護具は使用基準を定め、各部署で基準に沿った使用を遵守している。手指衛生の状況の把握のため、速乾性手指消毒剤の使用状況をモニタリング、分析している。血液等で汚染したリネン類はビニール袋に密閉して取り扱っており、感染性廃棄物は指定の容器に分別して廃棄している。抗菌薬適正使用マニュアルを整備している。特定抗菌薬は許可や届出制にしており、抗菌薬の使用状況を感染対策委員会で共有し、現場へフィードバックしている。医師や薬剤師を中心に AST を組織し、抗菌薬長期投与、広域抗菌薬使用例に積極的に介入しており、介入時の対応状況を感染対策委員会に定例報告している。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページや広報誌などを通じて地域へ必要な情報を発信している。各診療科の紹介や診療実績、DPC 情報をホームページに公開している。患者支援センターに地域医療連携の専従の職員を配置し、多くの医療機関と連携協定を締結し、ホームページに連携登録医療機関一覧を掲載している。紹介・逆紹介を推進し、医療連携委員会で状況を把握している。返書管理も確実にを行い、施設間の紹介・逆紹介に適切に対応している。地域医療支援病院運営委員会の開催、柏市病院連絡協議会への参加などを通じて地域医療連携の充実を図っている。患者や地域住民を対象とした市民公開講座を開催している。地域の医療関連施設や医療従事者向けの研修会・講演会を開催し、地域医療連携フォーラムも再開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者が円滑に診察を受けるため、受診に必要な情報をホームページや入院・外来のご案内、院内掲示等で案内している。診断的検査では、患者に説明して同意を得て確実に安全に実施している。入院の決定や入院診療計画書の作成は適切に行われている。患者支援センターに多職種を配置し、多様な相談に対応している。

医師は、日々の回診を実施し、病棟看護師や院内の関連各部署のスタッフと協議する機会を定期的に設けている。看護師は、各種のアセスメントのもと看護計画を立案し、看護ケアを実践している。薬剤師は、病院情報システムで薬歴を管理し、服薬指導の実施に努めている。輸血・血液製剤の投与にあたり、適正使用指針に則ったマニュアルを整備し、輸血の必要性についての説明と同意を得たうえで実施し

ている。周術期の対応や重症患者の管理は適切に行われている。入院時、全患者の危険因子を評価し、ハイリスク患者や褥瘡が発生している患者には、褥瘡計画を立案してリスクに応じたケアを実施している。食物アレルギーの問診や栄養アセスメントを実施し、食欲低下や低栄養の患者に対して管理栄養士により早期から栄養状態の改善に向けた介入を行っている。早期からリハビリテーションの実施に取り組んでいる。症状の緩和や身体拘束は、それぞれの手順に基づき適切に実施されている。入院前より全患者に対して退院支援スクリーニングを行っている。入退院パスにて多職種が退院までのプロセスを把握し、患者の情報を共有して退院に向けて必要な支援を継続的に行う仕組みについて評価できる。退院後も外来での継続看護が必要な患者には、退院サマリーなどで情報共有を行うとともに、必要に応じて退院後の相談窓口を案内し、継続的な支援を行っている。ターミナルステージへの対応について、療養環境への配慮なども含めて適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、各病棟に薬剤師を配置しており、注射薬の1施用ごとの取り揃えやTPN製剤の調製・混合、持参薬の管理、院内外の疑義照会を適切に行っている。臨床検査機能は、24時間365日診療のニーズに応えられる体制を整備している。画像診断機能では、緊急性、優先順位を的確に判断し、24時間体制で検査に対応している。栄養管理機能では、HACCPマニュアルに基づき、食材の受発注・調理工程・配膳と下膳・食器洗浄等を確実に実施している。選択メニューや行事食の実施、メッセージカードを活用した患者とのコミュニケーション、調理担当のモチベーションアップへの取り組みなど、安全な食事の提供と食事内容の向上への努力は高く評価できる。リハビリテーション機能では、転院先の病院や退院後に通院する診療所との情報共有に「連携サマリー」を運用している。診療情報管理機能では、電子カルテシステムで診療情報を一元的に管理している。チェックリストに基づき全診療録の量的点検を実施している。医療機器管理機能では、貸し出し、返却は専用システムを用いて管理し、未点検の医療機器は貸出できない仕組みである。24時間365日医療機器のトラブルに対応している。洗浄・滅菌機能では、洗浄から保管、払い出しまでワンウェイ化されている。滅菌の質も適切に管理している。

病理診断機能では、専従の病理医のもと精度に配慮して診断を行っている。QRコードを活用した患者誤認・検体交差防止策を実践して、業務を行っている。放射線治療機能では、診療放射線技師、医学物理士と協働して、医師がシミュレーションと計画線量の確認を実施している。輸血・血液管理機能では、24時間対応可能な体制を整備しており、担当医師によるオーダーの受付から、クロスマッチ、製剤の払い出しまで、所定の手順に則り適切に行っている。手術・麻酔機能では、スケジュール管理は麻酔科医と手術室看護師長が行い、医療機器・薬剤の管理は、専任の臨床工学技士、薬剤師が関与して行っている。集中治療機能では、医師、看護師をはじめ、専任の薬剤師・管理栄養士・理学療法士も参加して毎日カンファレンスを行っている。救急医療機能では、多職種が連携して対応しており、救急患者については毎朝のカンファレンスで不応需例を含めて確認、検討を行っている。

10. 組織・施設の管理

学校法人会計基準に則って会計処理し、財務諸表を作成している。内部監査と監査法人の外部監査を受け、毎月の予算実績の比較や経営指標などの分析結果を病院運営会議で検討している。医事業務では、窓口会計、レセプト作成と医師の点検、査定・返戻への対応、施設基準の遵守、未収金の管理等を適切に行っている。業務委託は、業者選定の手順、業務内容の確認と評価、委託業務従事者の研修会の受講、事故発生時の対応体制等を整備している。

施設・設備の管理は管理課が主管し、24時間体制で空調設備、給水設備等の保守管理と日常点検、および年間保守点検を計画に基づき行っている。毎日の巡回を通じて諸設備を点検し、点検の記録を保管している。医療ガスの管理、院内の清掃や感染性廃棄物の管理などは適切に行われている。購買管理は管理課用度係が担当している。医療材料は医療材料検討委員会、医薬品は薬剤検討委員会において総合的な判断をもとに、購入を決定している。医療材料や医薬品は実地棚卸を年2回実施している。

地域災害拠点病院であり、建物は耐震構造である。BCPを作成し、防火・防災マニュアル等を整備している。緊急時の対応体制は明確で、自家用発電機の設置や燃料の確保、食料品・飲料水の備蓄などがなされている。保安業務として、警備員による院内巡視、施錠管理を実施している。院内に防犯カメラを設置して24時間記録し、夜間・休日の来訪者もチェックしている。

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	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	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	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	S
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	S
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	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： 2022年 4月 1日～2023年 3月 31日
 時点データ取得日： 2023年 4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柏病院
 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： 千葉県柏市柏下163番地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	664	664	+0	68.4	13
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	664	664	+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	44	+0
集中治療管理室 (ICU)	14	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	6	+0
ハイケアユニット (HCU)	53	+49
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	12	+0
小児入院医療管理料病床	53	+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		
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),
 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域),
 エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (DPC特定病院群)

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： 23人 2年目： 22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

