

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、2005 年に東京専売病院を継承して開設している。70 有余年の長きにわたり東京の中心部で地域医療を担ってきた伝統と、医療系総合大学附属病院の特色を融和させた中核病院として、医療提供体制を整えてきた。病院の理念『良質な医療を提供するとともに、優れた医療人材を育成し、人々の健康に寄与し、医療の発展および「共に生きる社会の実現」に貢献します。』に基づき、安全で質の高い医療の提供、国内および国際社会で活躍する優れた医療人の育成、医学研究の推進、先進的な医療技術の実践、がん診療・救急医療・予防医学を通じた地域医療への貢献などを目指している。診療科の垣根を越えたセンター方式を導入し、チーム医療・チームケアを実践している。また、2015 年に東京都がん診療連携拠点病院に認定され、がん診療における基幹病院として機能の充実に努めている。さらに、災害時の安定的な医療提供を課題と捉え、災害連携支援病院としての役割にも取り組んでいる。病院機能評価は初めての受審であり、全般的に適切な運営がなされていると評価できるが、今回の受審を機会に今後もさらに病院機能の充実を図り、貴院がますます地域に貢献されていくことを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念の下、基本方針を策定し、広く院内外に周知している。幹部の選任は、本部で審議・承認を経て決定している。4 人の副院長の担当領域を明確にし、課題解決に向けリーダーシップを発揮している。中期計画を策定し、単年度の病院運営事業方針を定め、達成状況を運営委員会で分析・検証している。診療報酬情報は医事課、診療録情報は診療情報管理室、コンピュータシステムは管理課が担当

し、セキュリティ対策も適切である。院内文書は総務課が一元管理している。医療法や施設基準等で定める必要な人員を確保し、グループ本部の採用計画に基づき募集・選考している。人事・労務管理の規程を整備し、職員に周知し、就労管理システムで勤務状況を把握している。職員の健康診断も定期的の実施されている。安全衛生委員会を毎月開催し、職場巡視を実施している。職員からの意見・要望は、職員満足度調査や意見箱などで聴取している。教育研修委員会が研修会の年間計画を作成し、人事課が開催・管理している。必須の研修会参加はおおむね良好である。人事考課制度を通じて全職員の能力を評価し、自己啓発支援や能力開発も行っている。初期研修は、各部署で教育プログラムを作成、ラダー等に基づいて実施し、業務習熟度を確認している。指導者養成研修を修了した指導者を配置し、多くの実習生を受け入れている。

3. 患者中心の医療

「患者様の権利」として9項目を明文化し、広く周知して権利擁護に努めている。診療録開示には全て応じている。説明と同意の指針を整備し、標準化された書式の使用を推進しているが、新書式への統一と運用の徹底が期待される。患者へはパンフレット等を活用して医療情報を提供し、自己決定を支える支援もなされている。情報を入手しやすいよう無線環境が整備されている。患者相談窓口で多様な相談に多職種で対応している。診療記録の貸出しや抽出データを渡す際は、個人情報取扱規程の遵守を期待したい。主要な倫理課題に関する方針・基準を整備し、現場で対応困難な事例は臨床倫理審査委員会で審議する仕組みである。さらに、体系的な検討手法の導入や、日常的に倫理カンファレンスを開催する取り組みを期待したい。来院時のアクセスをホームページなどに掲載し、院内のバリアフリーを確保、レストラン・カフェ・売店等を整備し、患者の利便性が確保されている。療養環境は診療・ケアに必要なスペースを確保し、安全性に配慮し整理・整頓されている。敷地内禁煙の方針を明示し、希望者には禁煙外来を行い、「禁煙セミナー」を開催している。

4. 医療の質

各種立入検査の指摘事項に迅速に対応し、体系的な病院機能の評価として病院機能評価の受審などに取り組んでいる。業務改善活動について、より組織的かつ継続的な仕組みの構築が期待される。症例検討会は、初期研修医の参加を含め定期の開催を期待する。クリニカルパスはバリエーション分析をパスの改善につなげる活動とされたい。各種臨床指標を活用し、診療・ケアの質改善を目的に病院全体でPDCAを回し続ける工夫も期待する。患者家族からの意見を、意見箱と相談窓口で収集しCS委員会で検討しているが、意見箱の設置場所や対応結果のフィードバック方法を見直されたい。高難度新規医療技術や未承認新規医薬品等に関する仕組みはあるが、導入後のモニタリングに関する仕組みと実施後の検証が確実に機能することが期待される。病棟・外来に診療責任者および看護責任者が明示され、その役割も明確である。患者に関わる職種についての説明もなされている。診療記録を基準にの

っとり記載している。2週間以内の退院時サマリー作成率は、臨床研修病院として100%達成を期待したい。多職種による専門チームが組織横断的に活動し、診療科を超えて治療方針の検討やカンファレンスを実施している。さらに、診療看護師や特定行為研修修了者の活用も推進されている。

5. 医療安全

病院長直属の医療安全対策室を設置し、副院長を室長、看護師をリスクマネージャーとし、多職種が協働する体制を構築している。医療安全管理マニュアルを整備し、適宜改訂している。インシデント・アクシデントレポートを定期的に分析・検討し、医師の報告数増加に向けた取り組みも成果を上げている。医療安全管理マニュアルに医療事故発生時の報告フローを規定し、医療安全管理委員会で事例を報告し対策を検討している。病棟・外来での患者確認は徹底されているが、内視鏡検査室での検体の取り扱いは誤認防止の工夫が期待される。口頭指示を含め医師の指示や検査結果等の情報は、迅速かつ正確に伝達されている。麻薬・向精神薬の管理は適切である。転倒・転落アセスメントシートでリスクを評価し、適宜見直している。生命維持に関する機器は、適宜研修を行い、設定条件の確認、使用中の作動確認など安全に配慮されている。院内緊急コードを設定し、救急カートを標準化している。透析室での急変対応シミュレーション訓練を検討されたい。

6. 医療関連感染制御

病院長直属の感染対策室を設置し、室長として副院長、専従のICNを配属、権限および業務内容を明文化している。院内感染対策委員会を定期開催し、実用的な内容の院内感染対策マニュアルを整備し適宜改訂している。院内の感染発生状況を感染対策室がタイムリーに収集し、ICT・AST・リンクナースが院内ラウンドを実施している。CLABSI、VAP、CAUTIの医療器具関連感染サーベイランス、SSIサーベイランスを実施し院内の耐性菌発生状況、アンチバイオグラムなどの結果を、定期的に公開している。アルコール性の速乾性消毒剤と個人防御具を各病室の入り口に設置している。手指衛生のモニタリングは、全病院的な取り組みとされたい。患者用トイレ内に設置されている感染性廃棄物集積容器については、運用面での見直しを期待したい。「抗菌薬適正マニュアル」を整備し、特定の抗菌薬は届け出制としASTが適宜介入している。さらに、周術期の抗菌薬使用にもASTがより強力にコミットすることを期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

病院の医療サービスの広報は、地域連携室と総務課が担当している。毎月、「連携だより」を連携医療機関へ発送している。診療実績をホームページに掲載、SNSも活用し、病院の最新情報を発信している。地域医療連携室で前方連携を行い、クリニックや医師会を定期的に訪問している。連携協議会を開催し、病院として紹介状の返書を管理している。初回返書作成期限を受診から1か月以内としているが、より迅速な作成を期待したい。また、紹介管理システムを活用し、入院時、退院時

の返書作成率を把握することも期待する。地域住民向けの「健康セミナー」は毎月開催され、多くの地域住民が参加している。さらにオンライン健康セミナーを配信している。医師会の健康相談会に医師を派遣し、がんサロンや公開がんサロンの開催、地域医療スタッフに向けた緩和ケア研修会も定期開催されている。また、港区地域連携協議会では、近隣の大学病院とともに、区内のクリニックや医療機関へ向けた教育、啓発活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診は円滑であるが、会計や薬待ち時間短縮のための工夫を期待したい。外来診療、侵襲的検査は安全に配慮されている。入院前の説明、オリエンテーションなど、円滑に入院できる仕組みがある。医学的判断に基づき入院を決定しているが、関連する職種を明示し個別性のある入院診療計画書を作成されたい。医師はチーム医療におけるリーダーシップを発揮し、看護師は患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握している。また、医療相談には専門職が適切に対応している。投薬・注射をおおむね確実・安全に実施し、輸血・血液製剤も確実・安全に投与されている。医師と多職種が協働し、周術期に対応し、重症度に応じた診療・ケアを提供している。褥瘡の予防・治療は、リスクを評価し褥瘡管理チームが機能している。栄養状態やアレルギー、摂食・嚥下機能に応じて、栄養管理と食事支援を実施している。症状緩和は、リンクナースや緩和ケアチームが連携し、がん・非がん問わず適切にケアしている。医師の指示の下、必要なリハビリテーションを早期から安全に実施している。身体拘束は、最小化チームや看護部の取り組みで減少しているが、マニュアルに準拠した運用の徹底が望まれる。退院支援看護師と MSW を中心に退院に向けた方針を検討、外来や地域の関連施設と連携し継続的な支援を行っている。ターミナル期は、多職種カンファレンスで判定し、緩和ケアチームがフローにのっとり介入している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理はおおむね適切であるが、医療安全部門と連携し、部門以外の薬剤管理についてより積極的な薬剤師の関与を期待したい。臨床検査は相応に機能している。パニック値報告を手順にのっとり、転帰まで確実にモニタリングしている。画像診断はタイムリーに実施され、診断結果は迅速に報告されている。衛生面に配慮した食事を提供し、セレクト食や行事食などに取り組んでいる。リハビリテーション科医師と療法士、主治医が協働し、貴院の役割・機能に応じたリハビリテーションを実施している。診療情報を医療情報管理室で管理し、マニュアルに則って各種業務に対応している。医療機器は、臨床工学技士が定期的に点検し、看護部との連携で 24 時間体制を実現している。各種インディケーターを活用し、一連の工程をワンウェイ化するなど、洗浄・滅菌機能を適切に発揮している。病理診断は、検体交差が起こらない工夫や病理医のダブルチェックなど、相応に機能している。放射線治療医と多職種が協働し、自院の規模に応じた放射線治療を提供している。輸血療法委員会を定期開催し、製剤使用状況や副作用について検討し、製剤廃棄の低減

に努めている。主治医と麻酔科医、多職種が連携し、円滑・安全な手術・麻酔を実現し、集中治療機能を適切に発揮している。二次救急医療機関として、救急科専門医を中心に、幅広く救急患者に対応している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、病院長がヒアリングし事務部で作成後、法人理事会に諮り承認される。予算執行状況を毎月の幹部会議で報告している。会計処理は学校法人会計基準にのっとり作成し、監査法人による監査が行われている。医事課が、窓口業務、診療報酬請求業務、施設基準届け出、医事統計業務を行っている。クレジットカードによる後払いシステムを導入し未収金防止に努めている。査定・返戻は、保険委員会で医師を含め対策を検討している。業務委託の是非を法人本部で検討し、委託業者の選定は病院で行う。管理課で委託を締結し、契約内容の確認、業務報告書の確認を行い、医療安全など院内の研修に参加を求めている。施設・設備管理は、管理課が年度別修繕計画を策定し、日常点検と保守管理を実施している。緊急時の対応や連絡体制も整備している。廃棄物の管理・処理を手順にのっとり、適切に実施している。購買管理は管理課が担当し、医療消耗品や医薬品の購入は委員会で検討されている。診療材料、医療消耗品をSPDで管理し、毎月の棚卸で定数を見直している。災害時のBCPを策定し、防火訓練や災害時訓練を定期的実施している。停電時は自動的に自家発電装置が起動する。備蓄食・飲料水は、患者用・職員用共に3日分確保されている。保安業務は管理課が担当し、夜間・休日の出入口を2か所に限定、外部からの入館者を面会票等で把握している。防犯カメラを設置し、録画も残している。

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	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	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	B

1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	B
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	B
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	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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	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	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	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	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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2025 年 5 月 25 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 学校法人国際医療福祉大学 国際医療福祉大学三田病院

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： 東京都港区三田1-4-3

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	291	276	-15	72.2	10.9
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	291	276	-15		

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		
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

DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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： 5 人 2年目： 3 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

