

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院3」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および3月16日～3月18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3	認定
------	-------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院3  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は開設100余年になる大学の建学の精神と校是に基づくミッションである「患者とともに歩む医療人を育てる」を実現するべく、90年以上にわたり教育病院としての役割を果たして来ている。それとともに、病院としての機能の向上と設備の充実が進められて発展を続けられ、現在は特定機能病院、災害拠点病院、がん診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院、救命救急センター、地域周産期母子医療センターほか、大学病院としての機能を発揮し、首都圏における高度先進的な基幹病院として地域に大きく貢献している。また、2019年の新病院の開設では、社会的背景の変化に応じた多様な技術の導入が行われて効率化が図られるとともに「患者さんにやさしい病院」としての環境も整備している。

これまでの歩みの中で明らかになったさまざまな課題については、病院幹部は十分に認識して対応方針を明確にし、医療の質の向上と安全な医療の実現に向けて、病院全体として日々努力が積み重ねられている。この度の病院機能評価の受審が、貴院が継続されている取り組みの一助となり、さらなる発展に寄与することを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針はわかりやすく明文化され、社会状況に合わせた見直しも行われている。また、患者、家族、地域や職員へ適切に周知されている。病院管理者・幹部は、病院運営上の課題を十分に認識し、病院全体で質の向上に向けた取り組みにおいて、優れたリーダーシップを発揮している。効果的・計画的な組織運営を行うための仕組みとしては、病院長は、病院の運営最高責任者として職務における権限

が明確に与えられ、病院長をサポートする病院幹部会が機能し、病院管理会議における意思決定まで確立している。情報の管理と活用では、医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに準拠して管理が行われ、得られた診療情報の分析から質の向上に向けて適切に活用している。文書管理に関しては、文書管理内規を策定して病院が管理すべき文書を明確にするとともに、各部署に文書管理責任者を設置し、通達文書等の管理を徹底している。

役割・機能に見合った人材の確保では、高度な機能を発揮するための人員配置に尽力しているが、特に理学療法士のさらなる充足に向けた取り組みを継続されている。人事・労務管理では、時間外・休日労働に関する労働基準法第36条に基づく協定が締結され、医師を含む全職員が勤怠システムを活用することで適切に管理されている。職員の安全衛生管理では、定期健康診断は医師を含めて常勤・非常勤ともに100%実施している。精神的サポート、院内暴力対策、各種ワクチンの対応への対応も適切であり、作業環境測定の結果はすべて第1管理区分である。職員にとって魅力ある職場となるような取り組みでは、定期的な職員満足度調査の実施や職員意見箱が設置され、職員の声を反映させる職場環境が整えられ、職員が意欲を持って仕事に取り組むための支援が適切に実施されている。

職員への教育・研修における管理は、生涯教育センターが担当し、院内の各種教育・研修を一元管理している。全職員を対象とした教育・研修計画が作成され、入職時研修、新人研修、安全、感染、個人情報、倫理、接遇など各部門における継続教育を含め適切に実行している。職員の能力評価・能力開発では、医師を含めた全職種を対象とした「勤務評価」システムによる評価と目標管理のほか、各部署による専門技能等の評価、院内の資格認定制度などで実施している。また、多職種による医療行為認定委員会を設置し、安全な医療行為の実施に向けて、研修、教育に取り組んでいる。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利の擁護では、リスボン宣言などに準ずる基本的な内容でわかりやすい文章で制定するとともに、子どもの権利を患者としての小児を育む目的を示した内容で別途制定し、院内外に適切に周知している。患者が理解できるような説明と同意については、文書による同意の取得についてあらためて整備がされ、適切に行われている。患者との診療情報の共有と医療への患者参加に関しては、安全管理について理解と協力要請がされている。また、診療・ケアにおける患者の主体性を促進するための情報提供や取り組みが積極的に行われている。患者支援体制の整備と患者との対話の促進では、総合相談・支援センター内に多職種による充実した体制で、多様な相談に応じており、各種の虐待に対しては、組織的な体制が確立し、積極的な活動が行われている。患者の個人情報の保護では、各種規定を整備して個人情報の利用目的を明確にし、プライバシー保護については患者の要望に配慮して適切に守られている。臨床における倫理的課題について病院としての取り組みでは、病院倫理委員会へ諮る手順が定められ、適切に運営されている。現場における患者・家族の倫理的課題等の把握と対応では、倫理カンファレンスの開催を促す仕組

みが効果をあげて多職種によるカンファレンスが日常的に開催されており、記録も適切に行われている。

患者・面会者の利便性・快適性には、病院へのアクセス、利便性、快適性、通信手段の確保、および生活延長上の設備、サービスに配慮した活動が行われている。高齢者・障がい者に対しては、専用駐車場の確保、バリアフリー、車椅子利用可能な環境など、配慮が施された施設・設備となっている。療養環境は、院内の廊下やデイルーム、病室、面談室、浴室、トイレなどは必要なスペースが確保され、患者がくつろいで過ごせるスペースを院内に設置し、整理整頓、清掃が行き届いている。受動喫煙の防止では、禁煙外来を設置しており、職員へは禁煙推進研修を開催し、職員の禁煙推進に取り組んでいる。

#### 4. 医療の質

患者・家族からの意見・苦情の収集は、多種多様な方法で行い、総合相談・支援センター内で取りまとめて対策を各部署に依頼するとともに、サービス向上委員会へ報告している。これまでに、改善した事例がいくつもあり、患者満足度調査の満足度比率は年々増加している。診療の質の向上に向けた活動では、医療安全の視点からM&M検討会やCPC、がんボードなどが活発に開催されている。クリニカル・パスは多職種からなるパス推進委員会が普及を進めており、パス大会やバリエーション分析を適宜行なっている。臨床指標は、臨床評価指標委員会と下部組織のクオリティマネジメントチームが診療科・部署横断的に活動し、他施設とのベンチマーキングを継続することで、成果をあげている。業務の質改善には、他大学のベンチマーク会議に参加し、業務関連のインディケータを月次・年次で算出して他施設と比較している。結果は個々の内容に応じたそれぞれの委員会で審議し、病院管理会議で最終的にまとめて改善を図る手順を実践している。倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術の開発・導入では、臨床研究支援センター先端医療部門が、高難度新規医療技術と未承認新規医薬品等の担当部門として、導入と実施状況の評価を担当している。高難度新規医療技術の提供時の説明は適切に行われており、担当部門によるモニタリングも確実に実施される仕組みが構築されている。生命科学・医学系研究に係る体制は、適切に構築されている。

診療・ケアの管理・責任体制は、各職種の責任者の明示は適切であり、部門責任者の所在を明らかにしている。また、緊急時や主治医不在時の対応体制も整備されており、適切である。診療記録の記載では、診療録記載マニュアルに則った記載がなされており、診療記録の質的点検は、多職種で実施されている。また、インフォームド・コンセントに関する記録を細かく分析し、質の向上につなげている。病院内には多職種で構成された多くのチームが、組織横断的に活動している。これらのチームは、定期的にラウンドを実施して部署と連携し、治療・ケアに助言・介入している。また、複数の診療科や職種が参加するカンファレンスも定期的で開催されている。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制では、医療安全担当副院長が統括する医療安全管理室に充実した多職種の人員が専従で配置され、積極的な活動が実践されている。加えて、医療安全管理の適正な実施に疑義が生じた場合の等の情報提供を受け付けるための窓口は、適切に運用されている。安全確保に向けた情報収集と検討では、10,000件以上の医療安全レポートが報告されており、医療安全管理室により検証されている。重大事例は原因究明と再発防止のために病院幹部職員も参加するM&M検討会や医療安全管理委員会、職場安全会議で審議・検討されている。死亡事例の報告については、迅速に行われる体制が構築されており適切である。

患者・部位・検体などの誤認防止対策では、患者氏名の名乗りと名前バンド、生年月日・IDカードおよび検査予約票など、複数の識別子で実施されている。手術室、内視鏡およびカテーテル検査・治療の場面における確認手順、部位誤認防止も確立している。検体誤認防止では、バーコード活用やダブルチェックが実施され、それぞれの作業環境に応じた確認方法が確実に行われている。情報伝達エラー防止では、検査のパニック値および緊急性のある画像所見や病理所見については、確実に医師に連絡がされ、各種の診断レポート既読・未読も確認されている。薬剤の安全な使用に向けた対策では、病棟に常備配置されている薬剤は必要度と使用頻度に基づいて適正化が図られている。転倒・転落防止は病院全体の課題として、診療現場と医療安全管理室が連携した対応がなされている。医療機器を安全な使用に向けては、臨床工学部で医療機器の中央管理が行われ、院内で定めた「医療安全マニュアル」に則った使用対応が行われている。患者の急変時への対応では、急変する前の兆候を捉えて的確に対応する体制が運用されており、効果をあげている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制では、実務部門である感染制御部は責任者を病院長特別補佐とし、充実した人員が配置されている。感染制御チーム（ICT）は、毎週の部署ラウンドで遵守状況の確認と指導を行い、手指衛生の向上に直接介入するとともに、院内からの多数のコンサルテーションに応じている。感染制御に向けては、極めて機能的な体制が確立しており高く評価できる。医療関連感染制御に向けた情報の収集と活用では、感染制御部は検査科、看護部、院内スタッフと日々密接に連携し、感染状況を把握している。JANISに参加し、10術式以上のSSIと病院全体におけるCAUTI・CLABSI・VAPを登録している。各種のアウトブレイク対応手順が規定され、これまでに、アウトブレイクを未然に防いだ実績もみられる。これらの感染防止への継続的な活動は高く評価できる。

医療関連感染を制御するための活動では、患者参加型手指衛生プログラムを企画し、医療者がしている手指衛生の実際の場面について、患者自らが観察と評価を行っている。それらの結果から、手指衛生の課題を視覚化して医療者の行動変容につなげており、秀でた取り組みと評価できる。抗菌薬の適正使用では、感染制御部が中心的に役割を發揮して適正使用の介入を実施することで、不適正使用の回避に積極的に取り組んでいる。さらに、血液培養陽性患者の介入から相談体制も整備して

いる。各診療科と協働したカルバペネム系抗菌薬の低減、耐性菌への抗菌薬のエスカレーション、TDMの初期投与設計など、医療の質向上への優れた取り組みが認められる。また、J-SIPHEのデータを活用し、特定の診療科の外来における抗菌薬使用日数を減少した実績がある。

## 7. 地域への情報発信と連携

必要な情報の地域等への発信では、広報誌を定期的に発行しているほか、医療連携登録医や患者紹介医療機関向けに「診療連携案内」を毎年発行している。病院ホームページの掲載内容について、毎年度、必要な内容を院内から収集し、更新等をしている。また、診療実績の発信では、診療連携案内、ホームページにおいて、領域別実績件数を公表している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と他の医療関連施設等との連携では、新都心医療連携懇話会、新宿区基幹病院連携の会、東京医科大学病院連携の会などの開催や参加により、地域の医療機関等の状況を把握しており、連携を円滑に行うための必要な人員を配置している。医療連携登録医制度を導入して登録医から病院の医師に直接つながるダイレクトコールを整備するなど、緊急入院応需等を円滑に進めるほか、医療機関を訪問することにより、顔の見える連携を積極的に取り組んでいる。さらに、紹介患者に対する返書管理では、医師返書100%になるように取り組むなど、連携機能は高く評価できる。地域に向けて医療に関する教育・啓発活動については、「市民公開講座」を、感染症拡大の中では動画配信などの工夫にて毎月開催し、専門医師が講演している。小中学生等を対象の「がん教育出張授業」、医学の基礎知識を学ぶ「少年少女医学講座」を夏休み期間に開催しているほか、認知症患者や介護者への「介（たすけ）カフェ」、認知症カフェ「認（みとめ）茶屋」など、患者、家族や地域住民に対して積極的な取り組みが行われている。地域の医療機関等の医療従事者等に向けては、「新都心医療連携懇話会」や研修会などを開催するなど、医療従事者等への教育も適切に実施されている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者の円滑な受診に向けて、時間短縮の取り組みとして外来アプリの導入や、会計を後払いできるサービスを導入するなど、患者の視点に立った対応が提供されている。外来診療では、患者に関する情報収集、説明と同意、適宜各科で作成した説明書などを使用して行われ、看護師による患者支援および認定看護師、薬剤師や管理栄養士による指導を実施している。診断的検査の実施では、患者の放射線被曝リスクへの配慮、侵襲性の高い検査の説明時における看護師の同席、アレルギー歴・内服薬・妊娠有無・金属チェックなどが適切に実施されている。内視鏡検査などの鎮静剤使用時は、鎮静管理部会によるルールを遵守して確実・安全に実施している。入院の決定から診断・評価、診療計画の作成まで、適切に行われている。患者・家族等からの医療相談に対しては、総合相談・支援センターにて、医療ソーシャルワーカーや看護師、事務職員が連携しながら多様な相談に対応している。患者の円滑に入院に向けては、総合相談・支援センターでは、入院予約者に対して看

看護師が中心となり、円滑な入院に向けて対応している。さらに、2022年4月から「エスコートチーム」による患者付き添いでの入院が可能となっている。

医師および看護師は病棟業務を適切に行っている。投薬・注射の確実・安全な実施では、病棟薬剤師が配置され、抗がん薬治療やハイリスク薬などを使用している以外の患者にも、積極的に服薬指導を行っている。輸血・血液製剤投与では、適応判断、説明と同意、実施中の確認など適切である。周術期の対応については、主治医、麻酔科医、病棟看護師や手術室看護師、そのほかの医療スタッフが連携し、安全な手術に努めている。重症患者の管理は、病態に応じた病床が方針に基づいて選択され、多職種によるチーム医療が展開されている。褥瘡の予防・治療は、リスクアセスメントから予防、発生の対応まで、認定看護師を中心に多職種が適切に関与している。栄養管理と食事指導は、病棟に常駐している管理栄養士を中心に、質の高い取り組みが実践されている。診療やケア等に関わる症状緩和に対しては、患者が体験する様々な苦痛の軽減に向けた対応や取り組み等が随時なされている。また、小児病棟では心理的プレパレーションや家族支援が行われ、不安除去に努めている。リハビリテーションの実施では、病棟看護師とリハビリテーション療法士間で情報が共有され、安全性が確保されている。身体抑制は、日々のカンファレンスで解除の可能性を含めて検討し、身体抑制の回避や低減に向けた取り組みも行っている。患者・家族への退院支援では、総合相談・支援センターでは、日々の活動で地域の医療機関等と信頼関係を構築し、実現が難しいと思われる場合も常に患者・家族の意向を最優先に考えた退院支援を実現させており、高く評価できる。必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアの実施については、総合相談・支援センターの医療ソーシャルワーカーや退院支援看護師が中心的な役割を担っており、必要な医療機関や訪問看護・介護サービス事業所との連絡・調整などが実施されている。ターミナルステージへの対応では、ターミナルステージの判断は、多職種でガイドラインを活用し、看取りの際には、患者・家族の意向を尊重して対応している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、医薬品安全管理責任者が関連部門と連携し、薬剤の安全な使用を推進している。今後は、病棟などの常備配置薬について検討が望まれる。臨床検査機能はISOの認定を受け、検体検査、微生物検査、生理検査のいずれにも高い機能を発揮している。画像診断機能では、医療放射線安全管理責任者の指導のもと、高度な機能の検査が安全に配慮して実施しているが、読影率の向上への検討を期待する。栄養管理機能は充実した体制が確立し、病棟に常駐する管理栄養士が優れた専門性を発揮しており、高く評価できる。リハビリテーション機能は、専門医による評価に基づいて安全な訓練が実践されているが、早期介入の向上が期待される。診療情報管理機能は、適正な管理を行う仕組みが確立し、量的点検および質的 point 検が適切に行われている。医療機器管理は臨床工学部が全面的に担当し、部内の医療機器安全管理実務者を中心に、安全な使用を精力的に推進するなど、適切である。洗浄・滅菌機能を適切については全面委託であるが、病院の責任者は専門的な立場から管理しており、洗浄・滅菌効果の検証を含めて適切に実施されている。

病理診断機能は ISO の認定を受け、病院の機能と役割に見合う多くの病理検査が、安全と診断精度の確保に注力しながら実施されている。放射線治療では、医師を含めて専門性が高い有資格者を十分に確保した体制で、品質管理と精度管理が確実に行われ、高い機能が発揮されている。輸血・血液管理機能は、ISO の認定を受け、責任医師の管理下で 24 時間で対応するとともに、適正使用が推進されており適切である。手術・麻酔機能は、病院の機能に見合う高度先進的な手術を含めて数多くの手術を行う体制が確立し、緊急手術や時間外手術にも十分に対応している。集中治療では、担当診療科、集中治療部、循環器内科が密接に連携し、専門・認定看護師を含めて患者管理・治療・ケアが行われ、多職種によるチーム医療も積極的に実践されている。救急医療機能については、救命救急センターを含めた病院の総合的な機能により体制が確立されており、一次から三次まで幅広く多数の患者を受けるとともに、応需や処置についての適切性や妥当性が日々検証されており適切である。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算管理、財務諸表はじめ経営状況の把握と分析が行われており適切である。医事業務は、収納業務のプロセスは明確であり、返戻・査定への対応、施設基準の遵守、および未収金への対応についても適切に行われている。業務委託については、委託内容を定期的にモニタリング実施して評価を行い、委託業務の質の把握は、日々の書面報告と担当者の現場確認が行われている。

施設・設備の管理では、病院施設の規模や診療機能等に応じた施設・設備が整備され、保守管理、日常点検を年間計画に基づいて行われている。廃棄物の処理では、廃棄物適正処理委員会がラウンドを実施し、各部署の自己点検の状況を確認している。物品管理における物品の購入や更新は、医療機器選考委員会、薬事委員会、医療材料選定委員会のそれぞれで決定しており、内部牽制機能も確立している。

災害時の対応では、地域災害拠点病院としての各種施設・設備要件が整えられており、大規模災害時の備えとして、自然災害、感染症拡大のほか、病院情報システム障害時への対応が考慮された機能存続計画が策定され、訓練が実施されている。なお、災害派遣医療チームは 70 名を超える体制が確保され、積極的に対応している。保安業務は業務委託にて行われ、警備員による 24 時間体制で院内・構内の巡視、施錠管理、防犯カメラによる監視、院内暴力発生時等の緊急時対応が実施されている。医療事故等への対応では、重大事例発生時の病院長および医療安全管理室への迅速な連絡、速やかな対応手順が確立している。紛争事案は医療安全管理室での審議ののちに、総務課専従職員により顧問弁護士の指導のもと適切に対応がなされている。

#### 11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修では、医師の初期臨床研修は、研修プログラムにより実施し、指導者医以外に多職種での評価を行い、研修医から指導医の評価も行って

いる。看護師は、入職1年後にクリニカルラダーレベルI到達を目標として新入職者サポートシステムを整備し、定期的に達成度を評価している。薬剤師は必要な全ての業務を経験するプログラムで、診療放射線技師はモダリティごとの教育プログラム、臨床検査技師は部門各部署を年間計画に従ってローテーションにより研修が行われている。また、臨床工学技士は各部署ローテーションプログラムにより当直業務などの可否を評価し、管理栄養士は当初は6ヶ月プログラムで、以後はペアによる指導を経て1年間にわたり評価している。療法士は教育プログラムにより、診療情報管理士は具体的な業務実践を目標とした研修が行われている。医療ソーシャルワーカーは5段階ラダーの1段階を到達目標とし、事務職は新入職員ローテーション制度により研修がなされている。学生実習等では、医師・薬剤師・看護師のほか多職種の学生実習を多く受け入れている。実習の受入れ窓口を総務課とし、実習生受入内規を定め予防接種の実施・個人情報の取り扱い等について確認し、契約書を締結している。実習はカリキュラムに沿った実習内容が行われており、実習生の評価も指導責任者によって行われているなど、実習生の受け入れ体制が適切に整えられ、運用されている。

# 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・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	S
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	B
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	S
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	S
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・治療方法や技術を開発・導入している	B
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	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	B
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	S
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	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・注射を确实・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を确实・安全に実施している	B
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确实・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	S
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	B
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	B
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	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	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： 2020年 4月 1日～2021年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2022年 2月 1日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 東京医科大学病院  
 I-1-2 機能種別： 一般病院3  
 I-1-3 開設者： 学校法人  
 I-1-4 所在地： 東京都新宿区西新宿6-7-1

## 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	885	885	-103	73.9	10.5
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	19	19	-8	84.5	46.1
結核病床					
感染症病床					
総数	904	904	-111		

## 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	20	+0
集中治療管理室 (ICU)	18	+8
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	8	+2
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)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+6
放射線病室		
無菌病室	10	+3
人工透析	14	+0
小児入院医療管理料病床	58	-10
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	2	+0
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

特定機能病院, 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, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院 (I群), 地域周産期母子医療センター

## 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： 40人 2年目： 43人 歯科： 5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

