

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 12 月 10 日～12 月 11 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

■ 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、都立病院として、東京都の区西北部保健医療圏の重要な基幹病院であり、多くの都民の医療を担っている。特色も明確に打ち出され、周産期医療、小児医療・小児精神医療・救急医療・災害医療において、大いに貢献されている。職員の士気は高く、多職種連による医療が実践されている。患者支援センターを核にした「治療から在宅診療まで切れ目なく支援」するコンセプトは、専任コーディネーターを中心に、多くの専門職種が参画して、効果的な活動が実践されている。地域との連携も配慮が行き届き、ホームページ等を通じての情報発信から、医療関係者との綿密なコミュニケーションの維持確保活動や、地域住民への、健康や病気に関する情報の提供に日々腐心しており、都心に立地する医療機関としての強みを活かして、地域における高い信頼を確立している。

働くスタッフへの目配りにも細心の注意が払われており、心身両面における健康管理から、職場環境の整備まで、アンケートを取るなどデータも収集しながら、整備が進んでいる。教育研修環境にも優れ、毎年、多くの職員や学生が、学びの機会を得て、医療の質向上と、個々人のキャリアアップに努めている。特に、初期臨床研修医の教育に努める姿勢は評価できる。2020 年、大きなイベントが控えるが、都民と関係医療機関等の期待に応えうる病院として、一層の飛躍が期待できる。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針の達成に向けて、都立大塚病院運営理念を掲げ「良質の医療の提供」などの基本方針が制定されている。理念と基本方針は職員に周知され、ホームページや入院案内に掲載して広報されている。また、2018 年度から 6 か年計画の「都立病院新改革実行プラン 2018」に基づいて、運営方針と BSC を策定し、職員

へ明示されている。院長はじめ病院幹部職員は、経営改善、大規模改修工事の進捗管理、職員研修計画でのニーズの把握などを課題と認識のうえ、統率力を発揮して改善に向けた取り組みに努められている。情報の管理・活用、文書の管理についても適切に行われている。

医師、薬剤師、看護師などは、医療法や診療報酬上の施設基準等で定められた必要人員を確保している。人事・労務管理は都の条例や規則等に沿って運用されている。育児短時間勤務や育児休業、介護休暇など多様な就労制度が整えられ、制度が積極的に活用されている。職員別の時間外労働時間、宿日直や夜勤の回数などを把握して労務管理が行われ、時間外労働が多い職員には産業医による面談を実施する体制があるなど、人事・労務管理は適切である。安全衛生委員会が毎月開催され、検討テーマの年間計画に沿って、職員の安全衛生についての報告と検討が行われている。ストレスチェック実施後のメンタルヘルスサポート体制もあり、院内暴力への対応手順も整えられるなど、適切な管理が行われている。中央研修（都総務局主催）や局研修（病院経営本部主催）、東京看護アカデミーなどの研修体系が確立され、計画に沿って数多くの教育・研修が実施されている。院内では個人情報保護、接遇、ハラスメント、コンプライアンスなど必要性の高い研修が実施されており、感染対策などの必須研修では、未受講者にeラーニングやテストを実施して研修参加率を高めている。研究研修費等の予算を各部門に配分し、学会などへの派遣が行われている。看護師や医療技術系職種の職員が資格の取得を目指す場合には、資格支援制度による助成などが行われている。職員の能力評価・能力開発は適切に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化されている。また、10項目の子どもの権利が都立病院の子どもの権利章典として明文化されている。医療安全マニュアル内に説明と同意に関する指針が明記されている。文書同意が必要な診療行為が規定され、統一した書式に基づいて記載が行われている。セカンドオピニオンを希望した患者を紹介する体制が整備され、実績もある。説明と同意について適切な対応が認められる。患者への情報提供は、入院診療計画書やクリニカルパスなどを用いて行われている。手術の説明書は絵図を用いてわかりやすくしている。

外来には患者情報室が設置され、インターネット環境や各種パンフレット、本などが置かれている。検査部門にも疾患に関するパンフレットが配置されている。医療への参画を促しており、取り組みは適切である。患者支援センターが設置され、医療に関するワンストップの患者・家族への相談対応や入院に関する支援を実践すべく積極的な活動が認められる。専任の患者支援コーディネーター看護師が、持ち込まれる内容に応じ、専門のスタッフと連携できるよう配慮されている。よろず相談機能の成果は大きい。児童虐待等への対応については、手順に則り対応されており実際の事例も増加傾向にある。また、診療に対する不信や苦情の訴えでは、患者の不利益にならないよう、患者相談窓口担当者による配慮も行われている。患者支援については、多様な相談ニーズに対応しており適切である。

個人情報保護推進委員会で個人情報の安全管理に関する点検の報告等が行われている。外来呼び出しは受付番号を電子掲示板に表示して行われ、病室の氏名表示の意向確認や入院・面会の問い合わせへの対応も業務マニュアルに沿って対応するなど、患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している。臨床倫理指針が策定され、治療拒否やDNAR、臓器提供など患者の自己決定権の尊重が明文化されている。また、副院長を筆頭に多職種で構成する倫理委員会が組織化され、定期的に臨床倫理指針に基づいた検討が行われている。倫理的課題に対する取り組みは適切に運用されている。

都心にある病院として、来院時のアクセス環境には恵まれており、駐車場の設置も含めて、よく配慮されている。利用者の視点を踏まえて、レストラン・売店・理容室・ATM設置など行き届いた施設が整備されている。外国人患者受け入れについて、順次通訳機能、案内表示等の整備が進められており、利便性・快適性に優れた病院である。院内のバリアフリー、高齢者・障害者に配慮した施設設備が行き届き、段差の解消、手摺りの設置、車椅子等の備品が使いやすいように準備されている。病棟内廊下にも往来の妨げになるような物品の放置はなく適切である。病棟内全体が整理整頓され、診療・ケアに必要なスペースが確保されている。浴室や脱衣場、トイレなどは清潔に管理され、ナースコールも必要箇所に設置されている。寝具などのリネン類は清潔、不潔が区分し管理されている。療養環境は安全性や感染制御を配慮し、適切に整備されている。敷地内全面禁煙の方針が周知されている。病院としての受動喫煙防止の姿勢は明確であり、患者や職員に向けた禁煙教育・啓発活動にも積極的に取り組んでいる。

4. 医療の質

医療の質確保向上については、院内各所に「患者の声」投書箱を設置して、患者・家族からの意見を収集し、対応策が立案されている。また、幹部職員への回覧も行われ、サービス向上委員会に報告する仕組みがある。退院時にはアンケートを実施しており、満足度の総合評価がホームページに公開されている。患者満足度調査も年1回実施され、サービス向上委員会で調査結果の分析や検討が行われるなど、意見・要望等の質改善への活用は適切である。

各診療科でのカンファレンスの他、合同カンファレンスとしてカンサーボード、CPC、内科・外科・放射線科カンファレンス等を適切に開催している。パス委員会は毎月開催され、アウトカム指標の分析やパスの見直しを適切に行い、パス大会は年2回開催している。各部署ではBSC活動やQCサークル活動を実施している。QCサークル各チームの成果は年1回、院内発表会（QC大会）で公表され、優秀な改善事例を達成したチームは顕彰され、都立病院全体の発表会でも公表している。外部評価では、継続的に病院機能評価を受審している。新たな診療・治療方法、技術の導入実績では、新たな手術の場合、中央手術室運営委員会で承認された後に実施されており、自院での調剤薬や保険適応外の薬剤使用は倫理委員会の承認を得ている。

医師診療マニュアルとして入院診療基本指針が明文化され、主治医や担当医、研

修医の業務範囲が規定されている。また、医師は診療科の責任者がカンファレンスやラウンドにて患者の把握を行っている。看護師長による毎日の患者ラウンドが行われ、記載も行われている。病棟には病棟責任医師、看護責任者が表示され、主治医や担当看護師名はベッドサイドに明記されている。入院前から薬剤師や栄養士などが必要に応じて関与し、さらに入院診療計画書においても、医師や看護師、栄養士が計画を記載しており、多職種によるチーム医療が開始されている。また、医師を含む多職種で構成する緩和ケアチームや感染対策チーム、褥瘡対策チームなどの専門的なチームが委員会として組織化され、週1回の現場ラウンドを行いながら診療・ケアに参画している。精神科リエゾンチームはせん妄等の予防のため手術前から介入するなど入院全般にわたり、多職種が協働して診療が適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全に関する体制は院長直属の組織として医療安全対策推進委員会があり、下部組織としてリスクマネジメント推進委員会が1か月間のアクシデント・インシデント事例の検討や各部署での取り組み結果等を検討している。医療安全マニュアルは随時改訂され、改訂点を周知している。医療安全対策室は専従の看護師、専任の診療科部長、薬剤師、事務職員で構成し、週1回のミーティングにおいて迅速に対応すべき事案の検討や院内巡視等の活動を行っている。安全確保体制は適切に整備されている。院内のアクシデント・インシデントレポートは管理システムによって一元化され、医療安全管理者は常時、レポートの有無を確認し、早期に対応する必要があるものについては現場に出向き情報を収集し、委員会等に報告している。医療安全管理者は都立病院連携会議に出席し情報共有しているとともに、院外の安全に関する情報等を収集し、RM 通信として院内に周知している。

電子カルテ・オーダーリングシステムが導入され、指示出し、指示受けは適正に実施されている。口頭指示は行わない原則となっているが、やむを得ず行う場合は手順に則って、適正に運用されている。画像診断や病理診断で悪性疾患等、重要所見が認められた場合は、電子カルテ上の報告以外に、主治医に直接電話連絡し確認漏れを防止している。情報伝達エラー防止対策は適切に実践されている。麻薬・向精神薬等の保管・管理・使用も適切である。医療安全マニュアル内に小児を含めた転倒・転落防止対策があり、全患者にリスク評価を行っている。アセスメントスコアシートで転倒の経験、ADL の程度、理解度等を評価し、危険度の判定と危険度に合わせた対策を行っている。転倒・転落防止対策は適切に実践されている。医療安全マニュアル内に人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプなどの医療機器取り扱い方法のマニュアルがあり、使用方法や安全確認方法を記載している。輸液ポンプやシリンジポンプ、人工呼吸器、低圧自動吸引器等は一元管理であり、中央器材室のバーコード認証にて借用返却が速やかに行われている。

職員教育は採用者教育を含め計画的に行い、看護職全員が医療機器の取り扱いを確実にできるよう研修を実施するなど、医療機器は安全に使用されている。BLS 訓練は全職員対象に毎月実施し、2年ごとの更新を本人に通達する方法で周知している。急変時対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

院長直属の感染管理室が設置され、感染管理委員会の下、ICD、ICN が配置された ICT および AST が組織され、適切に機能している。感染対策マニュアルは適宜改訂されている。院内分離菌・MRSA 等、各薬剤耐性菌が把握され、情報が活用されている。院外の感染症関連情報は JANIS 等を通じて収集・検討され、ICT ニュースや ICT セミナー等で院内に周知・共有している。

標準予防策等の教育徹底は感染管理室による研修等で行い、順守状況把握は ICT が各部署ラウンドと各部署のリンクナースによって行っている。手指衛生の徹底は速乾式消毒剤使用量の把握と直接観察により、病室入室や処置後の速乾式消毒剤の使用回数を測定し、感染委員会で各部署に注意喚起している。また、各部署の研修で手洗い研修を実施している。個人防御用具（PPE）は装着が必要とされる中央材料室や病棟などで徹底されている。血液、体液の付着したリネン・寝具類はビニール袋に入れ、分別している。感染性廃棄物の分別も各部署において徹底している。感染制御に向けた活動は適切に実践されている。カルバペネム、抗 MRSA 薬、メトロニダゾールは届出制となっており、使用状況についても ICT、感染管理室で適正に把握・検討され主治医にフィードバックされている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の情報発信については、充実した内容が認められるホームページを中心に、診療内容や公開講座等を地域に発信している。また、医療関係者向けには「産婦人科地域医療連携システム（大塚モデル）」が運用され、地域医療機関との情報共有にも積極的に取り組んでおり、これらの情報更新も定期的に行われている。パンフレット、入院案内等の印刷物も配布されている。事業概要の年報も作成され、診療実績の集積提供にも積極的である。情報発信の取り組みは、適切に行われている。地域の医療状況やニーズの把握や他の医療機関等との連携については、患者支援センターを中心に意欲的に取り組まれている。また、特に、周産期医療に力を入れる中核病院として、周産期・小児医療には、東京都における重要な医療機関として、その期待も大きく「産婦人科地域医療連携システム（大塚モデル）」も、大いに注目を浴び、地域の医療施設連携に効果を発揮している。連携する医療機関等との紹介・逆紹介対応も円滑に進められている。2018 年度後期から試行活動が始まった在宅連携を目指すシステム「大塚医療ネット」や来期以降の実現を企図する「地域医療支援病院」指定など、連携に向けた活動は計画的意欲的に進められており適切である。

都立病院として、周産期・小児医療含めて、がん診療、緩和ケア医療等、幅広い領域について、地域住民への医療に関する啓発活動や身近な出来事の実践を得るための公開講座、情報提供を熱心に行っている。医療関係者向けには、研修会勉強会を様々な分野ごとに、開催している。住民や医療関係者と顔の見える関係構築に日々取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

医療相談は病院の特色を反映して、周産期医療に関連する対応にも組織全体で取り組んでいる。さらに、人権問題や虐待などは行政や弁護士と連携を図るなど、患者が安心して医療が受けられるよう、幅広く相談に応じているなど対応は秀でており、高く評価できる。外来受診や入院に必要な情報は、ホームページや入院案内への掲載、院内掲示等で行われている。緊急紹介患者には、専用電話で担当科医師が直接対応する仕組みがある。緊急対応を要する患者や感染症疑いの患者には、総合案内と診療科・救急外来が連携して対応しており、患者が円滑に診察を受けられる体制が適切に整備されている。検査・治療にあたっては、十分な説明・同意の下、安全に実施されている。侵襲性の高い検査・処置や病名告知等の重要な場面では、看護師が必ず同席している。患者の病態に応じた医学的評価に基づき、患者・家族の希望が反映された個別性のある診療計画が迅速に作成されている。

医師は複数チーム制で診療にあたっており、部長は頻回に各主治医の診療内容を監査している。また、週1回の看護師（必要に応じて薬剤師の同席あり）との病棟カンファレンスや多職種カンファレンス、他診療科との合同カンファレンスを通じて情報交換を行い、リーダーシップを発揮している。入院時には、各種リスク評価に加え、身体的ケアの必要性や心理的、社会的ニーズの把握を行い、患者の病態の変化に応じて適切に判断し、看護記録として丁寧に記述している実態も確認した。患者情報は日々の看護チームカンファレンスや多職種カンファレンスにおいて検討され、記録により多職種との共有が行われている。薬剤師により全入院患者の薬歴管理、全対象患者の持参薬管理ならびに服薬指導やリスクなどの説明がなされ記録されている。院内統一書式を用いて患者・家族へ輸血の必要性や効果、リスクについて説明して同意を得ている。輸血拒否の信条を持つ患者への対応手順は決められている。手術・麻酔では術前カンファレンスを開催し、ハイリスク患者では関連診療科の意見を収集している。主治医は手術に関して説明し、確実に同意を取得している。麻酔科医の術前・術後診察、手術室看護師の術前診察・術後訪問は確実に実施している。肺塞栓症等の合併症予防策や抗菌剤の予防投与も適切である。手術部位のマーキング、開始時のタイムアウトも確実に実施され、覚醒の確認は麻酔科医が実施している。麻酔科医であるICU担当医の管理下、担当科が主治医となり、ICTやNST、褥瘡チームなどの多職種チームや臨床工学技士が適切に関与している。

患者支援センターにおいて入院前面談を行い、看護師よって食物アレルギーに関する情報収集を行っている。アレルギーがある場合は栄養士に連絡し、入院後に必要に応じて詳細を確認するなど安全な食事提供に努めている。入院時には医師、看護師、管理栄養士によって栄養管理計画書を作成し、必要時NSTラウンドが行われている。緩和ケアマニュアルが整備され、がん性疼痛や呼吸困難、悪心・嘔吐、腹部膨満感など13項目の症状に関する標準計画に基づいて適切に症状緩和が実践されている。疼痛に対する評価は患者の状況に合わせてNRS（数値評価スケール）やフェイススケールを用い、また、NSAIDsや麻薬の使用は、がん疼痛の薬物療法のガイドラインに従い行われている。

リハビリテーションは、早期からの訓練開始に努め、適応基準に基づいてリハビリテーション科医師・主治医・療法士・看護師等により患者・家族の要望にも配慮したリハビリテーション実施計画書が立案・作成され、必要性和リスクなどについて説明し同意を得ている。実施前後の評価はBI や SPPB 等を用いて定量的に行っている。病院の機能に見合う適切なリハビリテーションが、確実・安全に実施されている。身体抑制に関するマニュアルが整備され、せん妄、転倒・転落、チューブ類の抜去などに対する予防のためのケア、拘束の種類などが規定されている。また、フローチャートに従い抑制の必要性の有無が判断され、やむを得ず実施する場合は説明と同意が医師によって行われている。

患者支援センターの専従の退院調整看護師長および病棟担当の退院支援担当者を中心となって患者や家族の意向を組み込んだ退院調整を行っている。また、看護師やMSWによる退院前の自宅訪問を実施し、自宅改修の必要性など退院に必要な支援内容を抽出し対応を行っている。在宅療養を必要とする患者に対し、退院前カンファレンスを訪問看護師やケアマネジャー等と行い、ケアの継続について共有を図っている。また、自院で外来診療を継続する患者に対しては、病棟看護師から外来看護師へ情報が提供され、退院後の初回外来受診時には患者と面談し状況把握を行っている。逝去時の看護はナースングスキルにある。臓器提供意思の確認と対応は指針があり、剖検の承諾や死亡時の手続きについてはフローチャートがあり、連絡手順は整備されている。ターミナルステージへの対応は適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査、院内処方および一部の院外処方の疑義照会に薬剤師が関与している。調剤鑑査や抗がん剤の調製・混合、全入院患者の薬歴管理、必要な患者の持参薬の鑑別・管理、薬剤に関わる必要な情報発信など、薬剤管理機能は適切に発揮されている。検査結果の報告はルーチン検査、緊急検査とも適切な時間内に報告している。パニック値や異常値の発生時には、電話で確実に依頼医に連絡している。測定後の検体の保管や廃棄は手順を遵守している。細菌検査も24時間受け付けるなど、臨床検査機能は適切である。常勤放射線専門医と非常勤医師により全てのCT、MRI、RI検査の所見が作成され、ダブルチェックを経て迅速に電子カルテ内で報告されている。放射線科主催の合同症例検討会や科内の勉強会も積極的に開催され、質の向上が図られている。画像診断機能は適切である。

質の高い食事の提供に向けて、床面のドライ環境維持等、日々多くの努力がされている。専用エレベーターや温冷配膳車、空調施設、水回り設備、調理器具などをきめ細かく整備運用して成果を上げている。患者の嗜好調査や残食傾向の情報収集も踏まえ、メニューにも工夫が加えられている。栄養管理機能は適切に発揮されている。リハビリテーションは、運動器リハビリテーション、脳血管疾患リハビリテーションの早期開始に努めている。また、看護師や家族の協力および患者自身の自主訓練の指導などで対応している。リハビリテーション機能は適切に発揮されている。医療機器は臨床工学技士により一元管理され、ポンプ類は汚染や破損の有無等の日常点検を行い、定期点検は臨床工学技士による6か月ごととメーカー点検を1

年ごととを組み合わせで行っている。使用済み器材の使用現場での一時洗浄は行わず、洗浄・滅菌の中央化が施行されている。中央滅菌材料室の管理者は感染対策専従看護師であり、委託業者との会議は月 1 回行い、使用料に見合った在庫量の検討や運営について話し合いが持たれている。

病理部門は常勤および非常勤病理医と臨床検査技師（細胞検査士を含む）の体制で運営している。術中迅速病理検査も施行され、術前病理検査はおおむね 3～4 日で報告書を作成している。病理診断報告書は病理システムで保管しており、報告書は電子カルテで閲覧できる。病理診断機能は適切に発揮されている。麻酔科医は、年間約 3,800 件の手術を実施している。中央手術室運営委員会は毎月開催され、各科スケジュール調整などを行っている。誤認防止のためのマーキング手順が決められ、タイムアウトの実施記録は徹底している。術中は麻酔科医が患者管理を行い、術後は麻酔科医が覚醒を確認して退室させている。手術台帳作成は適切である。医療機器や生体監視モニター装置等の集中治療に必要な機器を整備し、臨床工学技士による点検も行うなど、多職種の協力体制がある。入退室基準も明文化され、集中治療機能は適切に発揮している。

救急患者はすべて受け入れる方針を掲げ、二次救急医療機関として対応している。2017 年度は約 4,500 人の救急車搬送患者を受け入れ、不応需率はおおむね 10%以下である。救急患者はトリアージナースが調整し、日直・当直医が担当するが、必要な場合は各診療科からの応援を容易に得られる体制にある。救急患者の入院に際し、病棟の決定は柔軟に対応できている。薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師は日・当直制で、医師との緊密な連携も確立している。虐待が疑われた症例には、マニュアルに従い適切に対応している。

10. 組織・施設の管理

各期の損益計算書、月次決算処理、期末決算などの財務諸表が適切に作成され、運営会議、経営改善委員会にて医業収入や収支状況を報告している。予算管理は事業計画に沿った予算を立案申請し、執行管理が行われている。会計監査は、東京都監査委員が監査を実施している。経営状況の把握については、経営改善委員会等へ報告がされ、改善に向けた検討がされている。未収金管理は、未収金管理システムで把握されており、督促・回収を含め適切に行われている。施設基準の点検は担当者を定め実施している。レセプトの査定は診療担当医師が点検を行っている。DPC 管理室が設けられており、診療情報管理士を中心に、コーディングチェックがされている。医事業務は適切に行われている。委託業務内容の点検、見直しは、毎年、確実に契約先と実施している。委託契約書の仕様において、従業員の教育、事故発生時対応、病院との情報共有の機会設置等必要に応じた取り決めが実践されている。業務委託は適切である。

施設・設備の整備管理は委託されており、年次計画、日報等の作成が義務付けられ、実施されている。監視カメラ、点検ラウンド等により 24 時間体制で監視が行われ、記録も残されている。感染性廃棄物の院内保管、委託処理等も適切である。設備等の経年劣化の対応は、調査結果を踏まえ、大規模改修工事の是非含めて、適

宜検討され、基本計画が策定されている。物品管理は、発注から納品、検収については、用度係が一元管理し、別途検収担当者による検収チェックがされている。SPD が導入されており、定期的在庫チェック、期限管理、不良在庫の洗い出しがされ、品質管理、在庫管理等がされている。

緊急時における対応を記載した災害対応マニュアルがあり、緊急時の責任体制は明確である。自家発電・無停電対応の設備もあり、豊島区唯一の災害拠点病院として、備蓄等にも配慮がされており、災害時対応は適切である。警察 OB が配置され、守衛室において監視カメラを活用し、院内の保安状況がチェックされ、業務日報も作成され、病院側の情報管理も整っており、保安業務は適切である。

医療事故発生時の対応手順は医療安全マニュアルに明記され、発生時の現場対応や緊急連絡体制が整備されている。予期せぬ死亡例のチェックとして、院内での全死亡症例を週 1 回開催される医療安全対策室会議で検討が行われている。訴訟時には医事課長が窓口となり、病院経営本部担当者、顧問弁護士、病院賠償責任保険の契約会社で対応する体制となっており、医療事故等への対応は適切に行われている。

1 1. 臨床研修、学生実習

看護師、薬剤師を含めた医療技術職の初期研修は充実しており、良好な内容と評価できる。特に、臨床研修病院として初期臨床研修に取り組む姿勢は評価され、研修医の評価も高いと言える。「医療教育開発センター」を中心に幅広い活動が見られる。指導医が確保され、プログラム構成や充実した研修環境を確保している。研修内容の評価や進捗状況の把握にも努められている。

看護学生を中心に各種学校の学生実習を受入れている。実習生の受け入れは、各部署が中心に、カリキュラムや実習内容の見直し検討がされているが、契約は、事務部門にて一元的に把握管理されている。個人情報保護や事故発生時対応、抗体価検査、健康診断に関する基本的チェックは、実施されている。実習については適切に実行されている。

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	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・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	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
1.4	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	B
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・治療方法や技術を導入している	A
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	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	S
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確実・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	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	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	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	物品管理を適切に行っている	B
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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 東京都立大塚病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 都道府県
 I-1-4 所在地： 東京都豊島区南大塚2-8-1

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	508	462	-38	72	12.2
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	508	462	-38		

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)	15	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室		
無菌病室		
人工透析		
小児入院医療管理料病床	36	+0
回復期リハビリテーション病床	0	-38
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		
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

災害拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(Ⅲ群), 総合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： 6 人 2年目： 6 人 歯科： 2 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

2 診療科目・医師数および患者数

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

[illegible]

I-2-2 年度推移

項目	実績値			対 前年比	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	769.81	778.10	794.02	98.93	98.00
1日あたり外来初診患者数	105.45	105.93	106.57	99.55	99.40
新患率	13.70	13.61	13.42		
1日あたり入院患者数	360.17	387.07	398.76	93.05	97.07
1日あたり新入院患者数	29.56	29.27	29.04	100.99	100.79