

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7日～2月8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、多摩老人医療センターとして発足したが、多摩北部医療センターとして新たに開院されて以来、小児科機能の強化や地域医療支援病院の承認取得、東京都がん診療連携協力病院の認定など、機能の強化を図ってこられた。北多摩北部保健医療圏の中核病院として救急医療・がん医療・小児医療・老人医療を重点医療に掲げ、地域の中で重要な役割を担っている。

病院運営においては、病院幹部の優れたリーダーシップのもと、全職員が一体となって医療の質向上に積極的に取り組んでいる。前回の審査で課題となっていた点は多くが改善されており、継続的な質改善活動が確認できる。今後、大規模な設備改修の着工が計画されており、急性期機能を一層強化させるためのハード面の整備・充実も期待されるところである。救急・がん・小児・老人の重点医療のさらなる充実と、地域医療機関との一層の連携により、地域住民・地域医療機関の期待に応えながら、貴院がますます発展されることを祈願する。

2. 理念達成に向けた組織運営

運営理念および運営方針は明文化され、院内外へ周知されており、運営方針は毎年見直しが行われている。病院長は病院の将来像を職員に明示し、病院幹部は運営上の課題を的確に認識しており、解決に向けた取り組みがなされている。病院全体でBSCが展開され、自己申告制度や人事考課制度も導入されており、顕著な功績を挙げた部門や個人に対しての表彰制度も設けるなど、職員の就労意欲を高める組織運営に積極的に取り組んでいる。意思決定機関が開催され、中期経営計画の策定や各診療科・部門の目標値がBSCにより設定されている。なお、リスクに対する事業継続計画については、想定されるリスクの洗い出しと対応策の策定にも取り組まれ

るよう期待したい。情報管理に関する方針は明確化されており、電子カルテシステムの導入により診療情報が一元管理され、真正性や保存性・見読性の確保・維持に努めている。情報システム全体の改善・精度向上に向けた取り組みもなされており、適切である。文書は、要綱に基づき一元的に管理され、文書の作成責任者や承認の仕組みも構築されている。

人員については、必要人員の把握と適正人員の確保に向けて取り組んでいる。なお、地域における中核病院としての診療機能を一層充実させるため、常勤の呼吸器内科医の確保や麻酔科医の増員に、引き続き取り組まれるよう期待したい。人事・労務管理は、各種規程が整備され職員に周知されており、適正な総労働時間の維持にも取り組んでいる。職員の安全衛生管理では、安全衛生委員会が適切に開催されており、職場環境の整備や職業感染への対応、職員の精神的なサポート体制、院内暴力への対応も適切である。魅力ある職場づくりでは、職員の意見・要望の把握に努め、福利厚生も充実している。職員の教育・研修は、年間の教育・研修計画が策定され、必要性の高い課題も計画的に行われている。また、常勤職員のみならず、非常勤・パート・委託も含めたすべての職員を対象に「スーパー研修」が行われ、重要項目として医療安全・感染管理・医療倫理・接遇・情報セキュリティの研修が実施されていることは、高く評価できる。外部研修への補助・支援制度を整備し、図書機能も充実しており適切である。職員の能力評価は、自己申告制度や人事考課制度により適切に行われている。また、職員の能力開発は、外部研修や学会への参加が支援され、資格取得の支援制度も整備されている。医師や看護師の計画的な育成計画に取り組んでおり、能力に応じた院内資格の仕組みも整備されているなど、能力評価と能力開発への取り組みは適切である。

3. 患者中心の医療

患者権利憲章や、こどもの患者権利憲章が明文化され、患者・家族および職員への周知も適切になされている。患者権利憲章の見直しについては、運営会議で検討されており、診療記録の開示も適切に行われている。インフォームドコンセントの運用・手順は明文化され、説明と同意やセカンドオピニオンへの対応も適切である。患者に医療参加を促し、患者と情報共有する様々な仕組みが整備されている。患者支援体制が整備され、多様な相談に対応しているとともに、患者・家族にも周知されている。虐待の対応マニュアルが整備され、虐待の発見または疑われる事例が発生した場合は、虐待対策委員会が随時開催されており、積極的な取り組みが見られる。患者支援に関わる質の評価も行われており適切である。

個人情報とプライバシー保護に関する規程が整備され、個人情報の物理的・技術的保護にも適切に取り組んでいる。倫理的課題への対応にも適切に取り組まれている。療養環境の整備では、アクセスなどの利便性が確保されており、病院内の各種設備やサービスも充実している。また、通信手段も十分確保されるなど、全般的に利便性や快適性への配慮が適切になされている。病院建屋内はバリアフリー化されており、車椅子利用者への設備面での配慮も見られ、高齢者や身障者に十分配慮されている。療養環境は、ハード面での快適性が確保され、整理・整頓や清掃も行き

届いている。また、ICTによる環境ラウンドも定期的実施され、院内の衛生管理等に取り組まれている。トイレや浴室の安全性・清潔性も確保されており、療養環境の整備はおおむね適切である。禁煙への取り組みは、敷地内禁煙が徹底され、患者への禁煙教育や職員の喫煙率の把握にも取り組んでいる。職員の禁煙推進のため、禁煙講習会の実施や病院長による訓示等もなされているなど、適切に取り組んでいる。

4. 医療の質

患者・家族の意見は患者満足度調査や、意見箱により収集され、患者からの直接の意見や苦情については相談窓口が設置されている。患者満足度調査の結果や意見は組織的に検討され、意見の回答は10日前後で掲示されている。診療の質向上に向けた取り組みでは、症例検討会やCPC、各診療科での検討会などが開催され、クリニカル・パスも積極的に活用されている。ただし、アウトカム指標の検討やバリエーション分析は実施されていないため、パス委員会での検討が望まれる。また、病院全体の臨床指標を収集してホームページに掲示しているが、今後は臨床指標の分析を行うとともに、医療の質の向上に利用されることを期待したい。医療サービスの質改善では、QCサークル活動が活発に行われ、都立公社合同発表会で優秀な成績を収めている。また、各診療科・部署でBSCを導入・利用して目標設定を行い、定期的に達成度を評価しているなど、質改善に対する継続的な取り組みは評価できる。新たな診断技術や治療方法の導入に際しては、倫理委員会にて倫理面や安全性について検討する仕組みがある。また、新たな術式の導入時にはスペシャリストを招聘し、新たな知識や技術を習得するための支援体制も整備されている。

病棟・外来ともに診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、適切な診療・ケアが提供されている。診療記録は、診療マニュアルに則って電子カルテ上に適時記載されている。なお、医師の診療記録の質的監査は、診療記録管理委員会で実施されているが、実施回数や対象症例数を増やすなど、より積極的な監査の実施を検討されたい。多職種による診療・ケアの取り組みでは、病棟では定期的に多職種カンファレンスが開催され、多職種で構成されている認知症ケアチーム・褥瘡対策チーム・NST・緩和ケアチームなどのチーム活動も活発に行われている。多職種で協働した検討結果は、患者カルテに適切に記載され、情報共有や情報提供が十分に行われている。多職種協働による患者の診療・ケアが適切に展開されており、評価できる。

5. 医療安全

医療安全に関する組織体制では、医療安全管理室が院長直属で組織され、室長は外科系副院長が兼務している。リスクマネージャーと職員が配置されており、リスクマネージャーは毎日部署を訪問し、問題点の把握と部門担当者へのフィードバックを行っている。医療安全管理室部門会議が開催され、医療安全管理委員会や医療機器・医薬品の各々の安全使用委員会が設置されている。また、下部組織として、

各部門のリスクマネージャーによるリスクマネジメント推進会議が開催されている。各部門のリスクマネージャーは、委員会の決定事項の周知や医療事故の再発防止、医療安全に関する研修の推進等に努め、医療安全文化の醸成を図っている。全職員が参加できるよう研修は定期的開催され、マニュアルの見直し・修正も定期的また随時実施されるなど、適切である。

安全確保に向けた情報収集では、インシデント・アクシデントレポートの報告システムが電子化されている。提出されたデータは事例ごとに分析されており、すべての事例はSHELL分析を用いて原因が分析され、部門会議において対策を構築している。また、リスクマネージャーによる院内巡視およびリスクマネージャーチームの巡視にて、改善内容の確認・再発防止の徹底に努めている。院外からの医療安全関連情報も全職員へ周知されている。なお、医師をはじめとして、インシデント・アクシデントレポートの提出状況がやや低迷しているため、今後に期待したい。

患者・部位・検体などの誤認防止では、患者自身にフルネームで名乗ってもらうことや、リストバンドによるバーコード認証、手術部位の担当医によるマーキング、手術室でのサインイン・タイムアウトの実行などが、手順に則って適切に実施されている。検体の誤認防止やチューブ誤認等の対策も適切に行われている。ただし、誤配薬・検体ラベルの誤貼付等によるインシデントが発生しており、対策を検討中である。インシデントの発生要因を洗い出し、再発防止に一層取り組むことを期待したい。情報伝達エラー防止は、電子カルテシステムによる指示出しから実施確認までの一連の手順が整備され、口頭指示の対応を含めて確実に行われている。薬剤の安全使用では重複投与、配合禁忌薬の処方、相互作用のある薬剤処方への対応が確実になされ、アレルギー歴も適切に管理されている。麻薬・向精神薬を含むハイリスク薬の保管・管理は厳格に行われ、抗がん剤のレジメン管理も適切になされているなど、薬剤師による薬剤の安全使用への取り組みは適切である。

転倒・転落防止対策は、入院時に全患者に対して転倒・転落スコアシートによるリスク評価が実施されており、ハイリスク患者には対策を立案し、計画に基づいた援助を実施している。医療機器は中央管理され、マニュアルに沿った使用・点検が実施されている。新人オリエンテーションでの医療機器に関する講義、新機種導入時の研修、機器使用のリスクに応じた勉強会なども適宜開催されており、安全な医療機器使用体制が構築されている。患者急変時の対応は、緊急時のコールが設定され、全職員への周知が徹底されている。BLS講習は事務職も含め全職員が修了しており、各部署で事例設定による講習会も実施されている。救急カートは院内統一され、定期的なシミュレーション訓練も行われているなど、患者の急変時への対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の体制として、院内感染防止対策室が院長直轄で組織され、室長は内科系副院長が当たっている。感染コントロールチーム（ICT）と院内感染防止対策委員会（ICC）は定期的開催され、感染対策マニュアルは適宜更新されている。非常勤や委託職員を含めた全職員を対象に実施される「スーパー研修」にお

いて感染管理の研修が行われ、伝達講習を含めて内容は周知されている。ICT ラウンドにより各部署の問題点を指摘し、アドバイザーである感染症科医師と共に、定期的に抗菌薬の使用状況や耐性菌検出状況等の院内の感染状況も確認しており、適切である。なお、針刺し事故の発生状況も確認しているが、針刺し事故予防の一助となる針捨てボックスについては工夫する余地が見受けられるため、運用方法などの見直しを期待したい。

感染制御に関する情報収集では、薬剤耐性菌の院内発生状況について正確に把握され、BSI、CRI、SSI の発生状況も把握できている。手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与は、ほぼ全例で行われている。BSI や一部菌種については、速やかに ICT へ情報が伝わるシステムも構築され、ICT を中心として遅滞なく対策が取られる仕組みとなっているなど、医療関連感染制御に向けた情報収集と対策が適切に行われている。

感染制御の活動では、感染管理チームと看護部感染対策委員会が中心となり、現場での指導に当たっている。また、ICD と ICN の指導の下で感染予防への知識・手技の習得に向けた取り組みが活発に行われている。さらに、患者・家族への手洗いや速乾性消毒薬使用の指導も適切に行われている。血液・体液の付着したりネンの扱い、PPE の装着等も適切に実施されている。

抗菌薬はマニュアルに沿って使用され、アンチバイオグラムのデータも医師に周知されている。また、周術期の抗菌薬投与や術後の抗菌薬の中止時期も適切に選択されている。培養結果による抗菌薬の変更も速やかに行われ、カルバペネム系薬剤・キノロン系薬剤・抗 MRSA 薬等については届出制となっており、医師の抗菌薬使用に制限を設けている。VCM 等の薬剤によっては TDM（治療薬物モニタリング）を測定しているなど、抗菌薬の適正使用に取り組んでいる。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページや広報誌などで積極的に行われている。患者向けの広報誌、地域医療機関や関連施設向けの広報誌が発行されている。また、年報に相当する「事業概要」も発行され、関係機関等に配布されている。ホームページでは、診療の流れや各診療科の紹介・診療内容・診療実績などがわかりやすく紹介され、臨床指標の発信もなされている。情報内容は定期的に更新され、広報内容は広報委員会で検討されるなど、地域への情報発信は適切に行われている。

地域医療連携は、地域医療連携室が中心となり取り組んでおり、室長は外科系副院長が当たっている。域医療支援病院の承認を受け、登録医は 700 名を超えており、連携医との共同診療や高額医療機器の共同利用も実施されている。開業医への訪問も計画的に行われており、各診療科の医師も積極的に訪問を実施している。すべての診療科の部長と関連する部署の責任者で構成される地域連携委員会が開催され、紹介・逆紹介率の向上や連携強化策の検討など、院内での取り組みも積極的に行われている。紹介元医療機関への返書も、初回来院時は連携室からは全件、医師からの返書もほぼ 100% 出されていることは評価できる。なお、今後は入院や手術

などのイベントごとの返書ならびに退院時の最終返書についても、返書率が把握されることを期待したい。

地域に向けての教育・啓発活動では、市民公開講座が開催され、広報誌などにより地域住民に広く健康や疾病情報を発信されている。また、「看護の日」などのイベントや栄養科による糖尿病に関する講演会の実施、感染症に関する各種ポスターの掲示などにより、地域住民への教育・啓発活動に取り組んでいる。地域の医療関連施設に対しては、医師や医療従事者を対象とした「医療連携の会」の開催、認定看護師による講演会の実施、「糖尿病に関する診療連携の会」の開催、北多摩北部医療圏における地域リハビリテーション支援事業の展開、各種講演会への講師派遣など、地域に向けた教育・啓発活動を積極的に展開しており適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示・総合案内・患者サポートセンターにて適切に提供されている。紹介患者への対応や患者の病態にも適切に配慮している。なお、待ち時間調査を定期的に行い、状況の把握と改善に向けた取り組みが適宜行われることを期待したい。外来診療は、患者情報の収集や患者への説明・同意が適切になされ、安全性にも十分配慮されている。診断的検査は、手順に基づき必要性とリスクが十分説明され、文書で同意が得られており、観察も確実に記録されている。入院の必要性は、医学的な判断により行われ、必要に応じて関連する診療部門の意見等も取り入れている。説明・同意が適切に行われ、患者・家族の要望にも配慮されている。

入院診療計画書は、医師や看護師、その他の多職種が関与し作成され、適宜見直されている。また、クリニカル・パスも積極的に活用されている。なお、クリニカル・パスのバリエーション発生時の対応および退院条件の具体的な記載と、患者に明示することを期待したい。医療相談は、患者サポートセンターで対応し、関連部署とも連携しながら多様な相談に応じている。入院の事前説明や入院の手続き、緊急入院時の対応体制は適切である。

医師と看護師は、それぞれの役割と責任に応じた病棟業務を適切に行っている。服薬指導と薬歴管理は病棟薬剤師により行われ、抗がん剤の投与時や抗生剤の初回投与時の状態観察も確実に行われている。輸血・血液製剤投与は、輸血の必要性や効果、リスクを患者に説明し、同意を得ている。輸血実施中・後の患者観察が行われ、輸血後感染症検査も電子カルテシステムを活用しながら適切に行われている。周術期への対応は、病院の機能に見合った設備・機器等が整備され、誤認防止や安全面に十分配慮されている。重症患者への対応は、重症度に応じてICUでの治療が行われ、多職種チームや関連職種が適切に関与しており、入退室基準も明確になっている。褥瘡の予防と治療は、入院時に全患者に褥瘡アセスメントが行われ、褥瘡リンクナースとの連携の下、褥瘡予防対策委員会の回診などにより、予防と治療が適切に行われている。栄養評価は全入院患者に行われており、NSTの支援などを得ながら栄養管理と食事指導に積極的に取り組んでいる。症状緩和や疼痛緩和への取り組みは、職種間での情報共有がなされており、緩和ケアチームも積極的に取り組

んでいる。リハビリテーション機能は、急性脳梗塞患者に対する早期リハビリの開始率はほぼ全例に及んでおり、人工膝関節全置換術後の早期リハビリは全例行われるなど、早期からのリハビリに積極的に取り組んでいる。また、「リハビリ手帳」が都立地域リハビリテーション支援センターとの協力の下で独自に作成され、患者の外来および転院時など継続的なリハビリが行えるように活用されている。

身体抑制は、実施に際しては患者・家族への説明と同意が適切に行われ、毎日解除に向けた検討や安全確認が医師と看護師ともに行われている。退院支援への取り組みおよび継続した診療・ケアは、院内・外の多職種による支援体制が整備され、情報共有を含め適切な取り組みがなされている。ターミナルステージの判定や診療・ケア計画立案は、医師を中心とする多職種の話し合いによって進められている。患者・家族の意思を尊重し、療養環境への配慮や緩和ケアチームとの協働、在宅療養などの支援も行われており適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、処方鑑査や調剤鑑査が確実に行われ、疑義照会は独自開発のシステムにより薬剤部門で一元管理され、医師や他部門にフィードバックされている。抗がん剤や中心静脈栄養の調製・混合も薬剤師により確実・安全に行われている。小児の拒薬改善のための取り組みや抗がん剤の血管外漏出時への対応など、様々な活動を展開している。課題や提案を全員で共有し、問題解決に取り組んでいて、薬剤業務を確実に行うとともに、薬剤業務の効率化と質向上に取り組む姿勢は秀でており、高く評価できる。臨床検査機能は24時間体制が敷かれており、精度管理やパニック値への対応も適切である。画像診断も24時間体制を敷いており、読影結果は主治医などに確実に伝わるよう徹底されている。栄養管理機能は、患者の特性や嗜好に十分対応した食事が提供され、厨房内の衛生管理や職員の健康管理も徹底されている。定期的な嗜好調査や献立会議等により、良質な食事提供に取り組んでいる。季節のメニューや地元の特産品を使用した「お楽しみ献立」が提供されている。他、退院後の継続した栄養管理の実現のため栄養食事サマリー（栄養情報提供書）を作成し、転院先やケアマネージャーに情報提供する取り組みは高く評価できる。この取り組みは、都立公社合同発表会で最優秀賞を受賞し、病態栄養学会でも発表されている。栄養管理機能は全般的に秀でており高く評価できる。

リハビリテーション機能は、リハビリ科専門医とPT・OT・STが配置され、臨床心理士も加わっている。臨床心理士によるリハビリ時の患者の精神的負担の改善、治療意欲の向上への試みは、新しい試みとして特記される。多職種との情報共有や連続性の確保なども適切である。診療情報管理機能は、診療記録の管理が病歴マニュアルに基づき行われ、疾病統計の作成やがん登録、量的監査などが適切に行われている。医療機器は、臨床工学技士により中央管理され、日常的な保守・点検が行われている。新機種導入時の研修や病棟での機器使用講習にも積極的に取り組んでいる。洗浄・滅菌は病院機能に見合った機能が発揮されている。

病理診断機能は、非常勤病理医と細胞検査士の体制であり、病理報告は確実に伝達され、CPCも積極的に開催されている。放射線治療機能は、確実・安全な放射線

治療を行う体制が整備され、症例毎のカンファレンスや治療に必要な同意書も適切に作成されている。輸血・血液管理機能は、確実・安全に輸血療法を行う体制が整備され、血液製剤の廃棄率低減にも積極的に取り組んでおり評価できる。手術・麻酔は、病院機能に見合った体制・設備・機器等が整備され、安全も確保されており、適切に機能が発揮されている。集中治療機能はICUを有し、関連職種や専門チームとの協力体制も整備されている。また、入退室基準も明確であり、設備・機器類の点検や薬剤管理も適切である。救急医療機能は、地域の中核病院として24時間体制で積極的に救急患者を受け入れており、虐待への対応体制も整備されている。今後は救急専門医の養成にも期待したい。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算編成や会計処理が適切に行われ、財務諸表も適正に作成されている。会計監査は監査法人による監査を受けている。経営分析が行われ、経営に関わる諸数値が分析・検討されて、幹部会や経営戦略会議等で報告されているなど、財務・経営管理は適切である。窓口の収納業務は手順に基づき行われ、レセプト請求業務や施設基準の遵守体制も整備されている。また、未収金の督促は手順に基づき実施され、法律事務所を活用しながら回収に向け取り組んでいる。委託業務の是非や委託業者の選定は規程に基づき適切に行われ、委託業務従事者の研修や委託業務の把握と質改善の取り組みも定期的に行われている。

施設・設備の管理体制は明確化され、点検・整備も確実に行われている。また、緊急時への対応や院内清掃も適切に行われている。品管理業務は、購入物品の選定や物品購入のプロセスなどが明確化され、在庫管理も適切に行われている。災害時の対応は、緊急時の責任・連絡体制が明確化され、防災訓練も行われている。災害拠点病院（地域）の要件も満たしており、大規模災害を想定した訓練も実施されており適切である。保安業務は24時間体制が敷かれ、防犯カメラや院内巡回などにより不審者等の監視が行われている。警備日誌も日々作成され、夜間・休日の入館管理も徹底されているなど、保安業務は適切である。

医療事故発生時は、マニュアルに基づき「院内事故検証会」が招集され、事実確認や発生要因、過失の有無等が調査されるとともに、再発防止の策定に取り組む体制となっている。訴訟時の対応体制および手順も整備されているなど、医療事故への対応はおおむね適切である。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院であり、初期研修医を受け入れている。各科のプログラムを備え、自院で研修できない精神科と産科の研修は、他施設で研修可能である。研修医には、中心静脈カテーテル挿入や気管内挿管の診療行為に関する院内規程の研修が義務付けられている。研修医は単独で実施できる行為が決められており、各科での研修後はEPOCに準じた評価票を指導医が提出している。研修医は看護部門からも評価を受けており、臨床研修管理委員会で研修の修了を承認している。シミュレ

ーターや図書、情報収集のためのインターネット環境も整備されている。研修医からの指導医や指導内容の評価、研修プログラムに対する意見・要望などは、教育研修担当者が面談にて把握しているなど、医師の臨床研修は適切に行われている。

学生実習は、看護や薬剤部門をはじめとして、多くの部門で実習生を受け入れている。実習生の指導は、経験の豊富な職員が極力担当するようにしており、実習生が関与する場合は患者から事前に同意を取得している。実習の初日にはオリエンテーションが実施され、医療安全や感染管理などの必要な研修が行われている。カリキュラムに沿った実習が行われ、評価も派遣元の評価項目に従って適切に行われている。個人情報保護や損害賠償規程などの必須項目が契約書に記載されているかもチェックされている。実習中の事故についても適切に対応する仕組みが整備されている。実習生に向けて、励ましのメッセージカードやノートを備え付けたコーナーを設置する病棟も見られるなど、きめ細やかな配慮もなされている。学生実習の受け入れは全般的に適切である。

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病院の方針を決定している	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	A
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	B

1.5.3	医療サービス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	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	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	急性期の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	S
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	文書を一元的に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	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	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	B
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： 2016 年 4 月 1 日 ～ 2017 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2017 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： 公益財団法人東京都保健医療公社 多摩北部医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 公益法人

I-1-4 所在地： 東京都東村山市青葉町1-7-1

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	344	336	+0	78.2	10
療養病床	0	0			
医療保険適用	0	0			
介護保険適用	0	0			
精神病床	0	0			
結核病床	0	0			
感染症病床	0	0			
総数	344	336	+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)	8	+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)	4	+4
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	1	+0
無菌病室	7	+4
人工透析	4	+0
小児入院医療管理料病床	35	+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
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+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 (Ⅲ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： 4 人 2年目： 4 人 歯科： 1 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

I-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

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2016	2015	2014	2016	2015
1日あたり外来患者数	467.80	449.92	418.99	103.97	107.38
1日あたり外来初診患者数	84.79	86.43	75.48	98.10	114.51
新患率	18.13	19.21	18.02		
1日あたり入院患者数	256.40	264.03	265.41	97.11	99.48
1日あたり新入院患者数	23.44	23.36	22.64	100.34	103.18