

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 6 月 27 日～6 月 28 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、1986 年に多摩老人医療センターとして発足し、2005 年に財団法人東京都保健医療公社への移管を経て、2022 年に現在の独立行政法人東京都立病院機構 東京都立多摩北部医療センターを開設した。北多摩北部保健医療圏の中核病院として 25 診療科を有し、救急医療、がん医療、小児医療、各種専門医療に取り組むなど、地域の中で重要な役割を担っている。近年では紹介受診重点医療機関の指定を受け、さらに手術支援ロボットの導入や手術室の増設など、病院機能の強化を図ってきた。「地域とともに生きる」をスローガンに、病院職員は積極的に地域医療活動に参加し、地域医療機関・介護施設などとも連携・協働して地域に住む人々が安心して暮らせるまちづくりの一翼を担っている。

病院運営においては、院長はじめ病院幹部はリーダーシップを発揮し、病院職員が一丸となって医療の質向上に努め、患者・職員・社会・病院の満足度向上に積極的に取り組んでいる。今回の受審は 4 回目の受審であり、前回の審査で課題となっていた点は多くが改善され、安全で良質な医療を目指す活動が確認された。一方で課題も見られ、今回の受審結果を参考に医療機能の一層の充実と医療安全・医療の質向上などに向けた取り組みを継続し、地域の中核病院として益々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

運営理念を明文化し、運営方針は毎年度見直しを行い、院内掲示や病院案内などを通じて院内外に周知している。院長や幹部医師などは、法人規程に基づき選任している。中期目標・中期計画をもとに、病院の運営方針や病院目標、年度計画など

を作成し、ホームページで公表している。院内の情報管理、文書管理などは一元的に管理している。

医療法や施設基準等で定める必要な人員を確保している。職員の就労管理では労働基準法を遵守し、労働基準法第36条に基づいた協定を毎年締結している。安全衛生委員会を毎月開催し、職員の健康状況や衛生管理について把握している。職員の意見や要望については、職員満足度調査や院長ヒヤリング、人事評価時の面談を通して把握に努めている。

年間の教育研修計画を定め、必要性の高い課題の教育・研修を「スーパー研修」と位置づけ、委託職員も含めたすべての職員を対象に実施している。全職員に対し人事考課と自己申告により、きめ細かな人材育成と意欲向上を図っている。基幹型・協力型臨床研修病院であり、プログラムに沿って臨床研修を行っている。eラーニングなども取り入れ、受講しやすい環境を整備している。学生実習については、各職種で受け入れ体制を整備しており、多くの学生を受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者権利憲章は明文化し、毎年見直しを行うとともに患者・家族および職員に周知している。子どもの権利憲章も制定している。説明と同意の方針・基準・手順を整備し、文書同意が必要な検査・治療リストや看護師等の同席基準も明記している。入院時に情報共有や転倒・転落防止等について説明し、患者の協力を得ている。各種パンフレットを設置して、病気や健康に関する情報を提供している。患者・地域サポートセンターに専従の看護師、事務職員を配置して、患者・家族等からの各種相談に適切に対応している。個人情報保護規程に則り、個人情報の物理的・技術的保護を行うなど、個人情報を適切に保護・管理している。輸血拒否、DNAR、診療拒否等の主要な倫理的課題を臨床倫理専門委員会で協議し、病院の方針が示されている。臨床での倫理的問題を多職種で検討し、部署内で解決困難な課題は、臨床倫理専門委員会等で検討している。

来院時のアクセスに配慮している。院内は、高齢者・障害者に配慮した施設・設備・備品を整備している。療養に必要な設備が整っており、全館およびトイレや浴室など、清潔に保っている。患者の希望に応じたプライバシーにも配慮している。敷地内禁煙を徹底している。職員の喫煙率を把握し、患者・職員へのさらなる禁煙推進に取り組んでいる。

4. 医療の質

改善活動は、24項目の指標を定めモニタリングしている。多職種参加の複数サークルが、患者サービスの向上などをテーマに業務の改善活動に取り組んでいる。日本医療評価機構の訪問審査を連続3回更新している。各診療科内の症例検討会のほかに、多職種が参加するカンファレンスを実施している。臨床指標については、日本病院協会のQIプロジェクトに参加している。患者・家族からの意見・クレーム等を各種の手段を用いて収集し、患者・地域サポートセンター運営委員会が中心となって、対応策の検討を行っている。新たな診療・治療方法などの導入を承認す

る仕組みを整え、導入後の進捗状況の評価は、各種委員会などで把握する体制が整っている。

病棟のスタッフステーションや患者のベッドネームに責任者・担当者を明示しており、診療・ケアの責任体制は明確である。診療記録は、適時記載しており、記載内容の質的点検は、医師・看護師が実施し、50項目について3段階評価を実施している。多職種および多職種で構成された医療チームが協働して患者のケアを実施している。糖尿病療養、透析導入、化学療法等においては病棟と外来部門、各関連部門が協働して患者支援をしている。

5. 医療安全

医療安全の組織体制では医療安全管理委員会等を定期的開催し、再発予防策の審議・承認を行っている。医療安全管理室では、専従リスクマネージャーが院内の医療安全に関わる活動に積極的に取り組んでいる。カンファレンスを週1回開催し、インシデント等の報告や医療安全ラウンド等を行っている。インシデント等発生時には遅滞なく報告している。RCAなどで分析を行い、結果や改善策については職員にフィードバックしている。死亡症例は全例、院長と医療安全管理室で把握し対応している。医療事故発生時の手順を明確にして医療安全管理室が関与し、原因究明と再発防止に向けて組織的に取り組んでいる。

患者誤認防止対策は医療事故防止マニュアルに則って、患者のフルネーム確認・名乗りなど遵守している。手術室でのタイムアウト、手術部位のマーキングなども確実に行っている。情報伝達ルールをマニュアルに定め、エラー防止対策として機能している。院内の薬剤管理に薬剤師が積極的に関与し安全な薬剤使用を確保している。入院時全患者に対し転倒・転落リスク評価を行い予防に努めている。医療機器点検基準に基づいて点検、作動確認を行っており安全に使用している。患者急変時には院内統一のEコールを発信している。救急カートの整備、点検は院内統一の方法で実施している。全職員対象のBLS訓練を定期的に行っている。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会を毎月開催し、感染状況を把握している院内感染防止対策室が日々の感染対策の中心的役割を担っている。ICT、ASTチームを形成し、週1回の院内ラウンドを行っている。ICTを中心に病院の感染発生状況を把握して、その対策を適切に行なっている。外科整形外科分野でのSSIサーベイランスを行っている。JANISに参加し、自院の状況確認を行なっている。

医療感染制御への取り組みは、院内感染対策マニュアルに則って実践している。手指衛生実施状況は、直接観察法や、擦式アルコール消毒剤の使用量の調査で評価している。現場における抗菌薬使用状況を把握し、医師と協力して、抗菌薬適正使用に取り組んでいる。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会や広報戦略プロジェクトチームが有効に機能し、広報活動を積極的に

行っている。広報誌を発行し、ホームページ、デジタルサイネージおよび SNS などを活用して、必要な情報を地域の医療機関等にわかりやすく発信している。地域連携支援グループを設置し、地域の医療関連施設等との連携の推進を図っている。また、地域医療支援病院としての使命を果たすために「たまほく地域医療ネットワーク」を構築して、地域医療機関と診療情報を共有している。さらに、放射線検査予約システムを導入するなど、地域の医療関連施設等と効率的・効果的な連携推進を実践しており、高く評価できる。地域の医療の状況やニーズを把握し、医療関連施設等との連携を図っている。コロナ禍のなかで活動に制約があったものの、2023 年度から市民公開講座を再開している。また、地域の要請により医師、看護師をはじめ各職種による出張研修を行っている。地域の医療機関等に向けては、感染症対策、認知症対応研修の実施など地域の健康増進に寄与している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を分かりやすく案内し、円滑な受診につなげている。医師が検査の必要性やリスクを説明し同意を得ている。入院診療計画書は、医師や看護師によって作成し、適宜見直しを行っている。予定入院・予定手術では外来および患者・地域サポートセンターの看護師が支援し、必要な事項の説明をしている。

医師と看護師はそれぞれの役割と責任に応じた業務を行い、他職種との情報共有を図っている。病棟薬剤師が服薬指導、薬歴管理などに関与して薬剤管理を行っている。医師が輸血の必要性やリスクを説明し同意を得ている。重症患者の病状に応じた病床への収容を医師が決定している。褥瘡対策マニュアルに則って、リスク評価・予防対策を行っている。嚥食状況や嚥下機能に応じた食事支援や多職種による栄養管理に取り組んでいる。疼痛緩和ケアマニュアルを整備して症状緩和に努めている。リハビリテーション専従医が積極的に関与してリハビリの安全性、効果の向上に寄与している。必要最小限の身体拘束のために委員会や認知症ケアチームと協働して取り組んでいる。入院時から退院困難要因を抽出して退院支援を行っている。入院患者の転院や在宅療養への移行支援は、地域連携支援グループの担当者と病棟、外来、地域の関連機関が連携して実施している。ターミナルステージの判断は院内基準に基づいて、多職種で治療やケアの方針を決定している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、独自に開発したアプリにより管理を行っており、安全性・効率性を高めている。臨床検査部門は迅速かつ精度の高い業務を提供し、生理検査も安全に実施している。画像は電子カルテと PACS により処理し、撮影における被曝線量低減に取り組んでいる。調理室・配膳室は清潔に保たれ、安全で美味しい食事の提供に努めている。入院中のリハビリから、退院後の継続まで工夫して取り組んでいる。診療情報管理室を設置し、診療情報を適切に管理している。臨床工学技士は、医療機器管理室において、医療機器管理システムを用い、院内の医療機器を一元的に管理している。中央滅菌材料室では、マニュアルに則って、各部署で使用した器材の洗浄・滅菌を行っている。

病理検査は病理専門医と細胞検査士などが協力して質の高い診断を実践している。放射線専門医と技師、看護師がチームを組んで、適切な治療を行っている。輸血・血液管理部門は血液内科責任医師のもと、専任技師が業務を進めている。手術・麻酔部門では麻酔科医師が多職種スタッフと協力して手術に対応している。HCUでは、基準に則って入退出を決定し、多職種がケアに関わっている。一次から二次までの救急医療、特に多くの小児救急患者に対応している。

10. 組織・施設の管理

予算編成の手順は明確で、執行状況を把握している。定められた会計基準で会計処理を行っている。得られたデータをもとに経営改善に利活用している。受付・窓口収納業務や医事業務は組織的・合理的に行っている。また、医事課が収集した情報は、病院運営に資するデータとして利活用している。委託の是非について組織的に検討する仕組みがあり、委託先の選定プロセスも明確になっている。委託後の質の管理などの業務管理も適切に行っている。

業務委託により、ライフラインを中心とした院内設備全般の運転管理、日常点検、法定点検および定期点検、保守点検を実施し、24時間365日集中管理している。医薬品、医療消耗品および医療機器の購入過程は明確である。新規購入物品は、それぞれ担当の委員会で検討する仕組みがあり、購買管理を適切に行っている。

年2回の防火訓練や東京都および都立病院機構などが主催する防災訓練にも積極的に参加し、地域災害拠点病院として機能している。保安業務は業務委託により24時間365日体制で、院内の警備・監視を行っている。

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	患者の個人情報を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	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	B
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	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	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	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	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	B
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	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	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 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： 地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立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： 地方独立行政法人

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	337	328	+0	72.4	9.7
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	337	328	+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		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	8	+0
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	10	+0
人工透析	5	+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		
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), エイズ治療拠点病院, 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： 6 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

[illegible]

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	429.83	414.96	385.82	103.58	107.55
1日あたり外来初診患者数	62.15	52.43	49.52	118.54	105.88
新患率	14.46	12.64	12.83		
1日あたり入院患者数	206.12	183.71	195.72	112.20	93.86
1日あたり新入院患者数	19.49	18.79	17.94	103.73	104.74