

# 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 14 日～3 月 16 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 | 条件付認定（6 ヶ月） |
|------|--------|-------------|

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
  1. デバイスサーベイランスの対象となる機器を使用している全病棟を対象に、計画的・継続的なサーベイランスを実施し、実績を積み上げてください。（1. 4. 2）
  2. 貴院で設定した診療の質に関する指標を活用して改善活動を継続的に実施し、実績を積み上げてください。（1. 5. 2）

### 1. 病院の特色

貴院は、1971 年に北里大学病院として開院し、病院の理念として「患者中心の医療」「共に創りだす医療」を掲げ、患者の権利尊重、高度医療の提供、地域医療・社会への貢献、教育・研究活動の推進、国際学術交流の推進、安定した経営基盤と安全な職場環境の確立の 6 つを基本方針として、医療の実践および医療人の育成にその役割を果たしている。2014 年に新病院を開院、2020 年には西館が開館し、救命救急センター、総合周産期母子医療センター、災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院としての機能と役割を十分に発揮し、医療の発展のみならず、約 200 万人の医療圏における社会的な要請にも多大な貢献をしている。さらに、病院長のリーダーシップのもと、世界に先取る最新医療体制の実現、医療安全体制の確立、地域医療とのさらなる連携と推進に向けて、職員が一丸となって病院機能の向上に取り組んできたことを随所に拝見できた。今後も継続的な医療の質向上の活動に努められ、貴院のさらなる発展を期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、患者等に公開されるとともに職員に周知されている。中長期計画に基づいた病院の将来像が職員に明示され、運営上の課題は明確に把握されている。教職員表彰など職員の就労意欲の向上に向けた取り組みもなされている。病院長は、医療法で定める適正な選考過程のもと選出されており、病院運

営における意思決定会議は経営会議であり、組織内での情報伝達には複数のツールを用いた対応がなされている。大学病院としての中長期計画が定められ、職員への周知が図られているほか、部門・部署ごとの目標設定と達成度評価は定期的に行われており、機能存続計画も策定されている。情報管理については、ICT 推進センターが法人全体の情報システムを統括し、情報セキュリティの強化やシステム機能の向上に向けて対応している。文書管理については、法人の文書保存規程および病院の文書管理内規に基づき、院内の文書が管理されており、規程・マニュアルの承認と共有のプロセスも適切である。

必要な人材は確保され、ヒアリングに基づく採用計画や資格取得の推進などにより職員の意欲や資質の向上を図っている。人事・労務に関する諸規則・規程が整備され、労働時間の把握や働き方改革への対応も適切に行われている。健康診断の受診、職業感染症予防やメンタルヘルスへの対応がなされ、抗がん剤の調製や投与時の安全対策なども適切に行われている。院内暴力に対応する仕組みも整備されている。職員満足度調査を毎年実施し、職員の代表と病院執行部の意見交換を毎月実施している。グッドジョブカードによる職員表彰制度があり、24 時間対応の病児保育など、職員への支援も充実している。

院内における研修・教育を総合的に推進する研修統括部が設置され、全職員を対象とする研修・教育、看護研修・教育、特定行為研修、キャリア形成、臨床研修などの研修・教育全体の計画・推進を行っている。医学部の助教以上の医師は、教育・診療・研究に関する教員評価が行われ、専門医や指導医の取得状況を病院として把握している。看護師、薬剤師、診療放射線技師等の多くの職種においてラダー制を取り入れ、臨床能力の評価と育成が行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、分かりやすい文体で構成されており、患者・家族、職員への周知に努めている。診療記録の開示請求には原則全て応じる方針であり、開示実績もある。説明と同意に関する方針や基準・手順は明文化されており、病院共通の同意書が活用されている。診療・ケアに必要な情報の共有については、ホームページへの掲載や各種パンフレットのほか、入院患者に配布されるタブレット端末に診療・ケアなどに関するコンテンツが組み込まれており、病状や検査・手術などの説明に活用されている。Wi-Fi の環境も整備され必要な情報を容易に入手できるなど、診療情報の共有や理解を深める対応について高く評価できる。院内にトータルサポートセンターが設置され、相談機能のワンストップ化を実現しており、患者の声相談室、入院支援・退院支援・在宅療養支援相談、がんに関する相談等、様々な相談機能を有している。個人情報の保護方針や利用目的の表明、個人情報の利用における管理、不適切なアクセスの防止対策など適切に対応している。臨床における倫理的課題については、医学部・病院倫理委員会の中に「医の倫理委員会」が設置されており、相談者からの申請により随時審議される仕組みである。また、臨床倫理コンサルテーションの手順に則り多職種で支援する体制も整備されている。

病院敷地内には、患者専用駐車場が十分に確保されている。入院患者は、配布されたタブレット端末から、コンビニエンスストアや医療衛生材料店への注文ができるなど、入院生活の利便性・快適性に配慮されている。バリアフリーの確保や手摺りの設置など、高齢者・障害者に配慮した施設・設備が整備されている。病棟の療養環境も安全面や清潔面について十分に配慮されている。病院敷地内の禁煙を徹底し、職員の喫煙率の把握、禁煙ポスターの掲示など啓発活動も行われている。

#### 4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、トータルサポートセンターが中心となって集約する体制が構築されており、タブレット端末のアンケート機能を利用して積極的に収集しており、病院の質改善に活用している。各診療科・診療科間の症例検討会のほか、病理医や画像診断医が参加するカンファレンス、カンサーボードなど、多くの症例検討会が活発に開催されている。病院独自の臨床指標を設定し、指標を活用した診療の質改善に向けた活動の充実が期待される。業務の質改善については、病院全体で QC 活動が継続されており、多職種でチームを構成してテーマを決めて改善活動に取り組み、優れた成果については毎年院内で表彰しているなど高く評価できる。高難度新規医療技術、未承認新規医薬品・医療機器を用いた医療の導入については、それぞれ規程の整備、担当部門と評価委員会の設置がなされている。高難度新規医療技術の実施における患者への説明文書の内容の見直しがなされ、医薬品の適応外・禁忌使用における体系的な管理体制が整備されたところである。

病棟・外来の診療・ケアの管理・責任体制は明確で、診療・ケアの実施状況、患者のニーズ等は定期的な回診やカンファレンス、病棟巡回などで各責任者が確認している。診療記録は電子カルテシステムの運用で、必要事項が指針に則り適時に記載されている。年間約 1,000 件の質的点検を実施し、各診療科および部科長会に報告している。院内には多職種が参画する専門診療チームや、10 種類以上のワーキンググループやプロジェクトが設置されており、組織横断的な活動が活発に行われている。専門診療チームの多くは院内ラウンドを行い、相談やケアの指導など迅速に対応しており、多職種が協働するチームとして有効に機能を発揮している取り組みは、ロールモデルとも言える活動であり高く評価できる。

#### 5. 医療安全

医療の質・安全推進室への専従の医療安全管理者および多数の兼任医師の配置、転倒・転落ワーキングなど 13 の部会の設置など、患者安全確保に向け実効性を伴う充実した体制が確立しており、安全確保に向けた体制は高く評価できる。また、インシデント・アクシデント、合併症・偶発症など年間 25,000 件を超える報告が行われ、医師による報告件数も年間 1,000 件を超えている。報告事例のトリアージおよび検討が迅速かつ綿密に行われており高く評価できる。

誤認防止対策にはバーコード認証が活用され、手術室や検査室においてもタイムアウトが徹底されている。情報伝達エラー防止対策では、口頭指示を含めて確実に伝達される仕組みが構築されている。臨床検査のパニック値は医師へ確実に報告さ

れており、画像診断や病理診断の報告についても、未読防止とともに緊急かつ重大な結果の場合は医師に連絡している。薬剤の安全な使用について、KCL の運用において小児領域では薬剤師が病棟内クリーンベンチで薬剤の調製に関与している。転倒・転落防止対策は、リスク評価に基づく対応とともにワーキンググループのデータ活用や取り組みは高く評価できる。病棟等で使用される医療機器については、使用時の点検やアラーム設定等が適切に行われている。緊急コードや備品の点検などの手順が確立し、BLS 研修は全職員が毎年受講している。RRS として数種類のコールの体制が整備され、運用実績も含めて高く評価できる。

## 6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理室を設置し、感染症内科医師が室長として実務の責任を担っている。感染管理室には、室長を含む医師、専従の ICN、薬剤師、臨床検査技師、事務職員が配置され、感染管理室の構成員を中心に、ICT と AST が活動している。病院長が委員長を務め、各部署の責任者が参加する院内感染防止対策委員会が感染対策に関する病院の意思決定機関として機能している。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討では、感染対策に関する多くのデータを収集し、改善活動に活用している。SSI の対象領域が拡大されたところである。デバイス関連感染サーベイランスについてはさらなる充実を期待したい。

標準予防策への対応は感染管理室が主導して実施され、毎週の ICT 環境ラウンドで療養環境、リネン類の衛生管理、使用後のケア用品の処理状況などが確認されている。抗菌薬の適正使用については、指定抗菌薬等は届け出制で運用され、感染管理室が積極的に処方医に介入している。長期投与例については全例 AST が介入し、介入後も全例について日々モニタリングを行い適正使用に向けた指導をしている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院のホームページは患者に分かりやすく作成され、受診手続きや診療機能等が丁寧に紹介されている。また、病院が患者向けに発行する広報誌「けやき」、地域医療機関や行政等に向けた「窓」・「受診案内」等を発行し、診療機能の紹介や病院のイベント等の情報が発信されている。地域の医療ニーズの把握については、医療機関の表敬訪問や、地域連携協議会、医療連携の会など地域の医療機関との会合等を開催することにより医療ニーズを広く把握し、院内の地域連携推進委員会において情報を共有している。紹介患者に対する返書については、紹介患者の入退院、手術などの重要な診療のイベントに応じた返書の手順を明確化し徹底することを期待したい。地域に向けた教育・啓発活動については、市民公開講座や地域がん診療連携拠点病院として「がんサロン」の定期的な開催、緩和ケア研修会の実施に加え、肝疾患、難病、依存症、認知症の拠点病院としても、疾病や病態に応じた様々な研修会を定期的な開催している。貴院が有する多くの教育資源を地域の医療機関や医療従事者と共有するなど、地域連携医療機関との相互成長を図るための継続的な取り組みは高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療では、診察順が分かる番号表示があり、看護師が待合を巡回して患者の様子を観察している。患者情報は問診票などで把握して共有し、認定資格を有する多職種が質の高い指導を行っている。診断的検査は必要性が医学的に判断され、十分な説明と同意のもと施行されており、侵襲性を伴う検査においては、検査中の患者状態を観察し記録している。鎮静に関する院内指針が改訂され、個別の鎮静薬に関する対応と観察項目・観察方法が院内で標準化された。また、鎮静に関する説明・同意文書が見直されたところであり、今後も継続した取り組みを期待したい。入院は、必要性を医学的に判断して決定し、患者・家族に対して療養上の希望にも配慮しながら同意を得ている。診療計画は、多職種が個別性に配慮して作成し、看護計画も患者に説明して同意署名を得ている。

医師の業務は適切に行われ、チーム医療のリーダーとしての役割を発揮している。看護師は、外来やトータルサポートセンターと連携して患者のニーズを把握し、患者への看護計画の説明と同意など丁寧に実践している。多くの領域に渡る専門看護師や認定看護師の活用、看護補助者の育成など組織体制や運用は秀でており高く評価できる。投薬・注射は、医師、薬剤師、看護師が協働して安全に実施しており、要観察薬の投与時の記録も適切に行われている。輸血・血液製剤はマニュアルに従って確実・安全に実施され、記録も行われている。手術・麻酔の適応や術式の検討、説明と同意は適切に行われている。各種の集中治療室では、多職種の協働により重症患者の管理が行われている。褥瘡の予防・治療については、全入院患者を対象に褥瘡リスク評価が行われ、認定看護師のラウンドや専門チームの介入が行われている。特に、MDRPU やスキン・ケアなどハイリスク要因のデータ化や活用、対応は、治療・ケアとともに予防対策の成果が出ているなど高く評価できる。栄養管理・食事指導は、病棟担当管理栄養士と多職種によるチームが協働して介入している。症状などの緩和は、患者の訴えを把握し実施されている。リハビリテーションは、主治医とリハビリテーション科医師が連携して目標設定や実施計画が立案され、リスクに応じて療法士が複数で対応するなど適切に実施されている。身体抑制は、必要性の判断や説明・同意、実施中の対応などが適切に行われている。退院支援は、入院時の患者基本情報とリスク評価により、早期に対応する体制が整備されており、在宅療養を必要とする事例では在宅医や行政担当者などと連携し、調整がなされている。退院後の診療・ケアの継続には、看護専門外来での対応、退院前に地域の医師やケアマネジャー、訪問看護師などと退院準備カンファレンスで情報交換や情報共有が行われている。ターミナルステージにおける多職種カンファレンスが実施され、専門職種の活用や患者・家族の意向が尊重されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、医療の質・安全推進室に薬剤師を配置し、医薬品安全管理責任者と情報共有、連携している。注射薬はほぼすべて1施用ごとに取り揃えられ、配置薬は供給薬剤等のデータをもとに必要最低限の配置薬定数で運用している。臨床検査機能は、検体検査、生理検査等に対応し、迅速に結果を提供できる体制が整

備されている。異常値やパニック値の報告手順は確立しており、検体交差防止の取り組みも適切に実施されている。画像診断機能では、迅速に検査を実施し、専従の画像診断医が速やかに読影して報告書の作成に努めている。また、撮影手技の標準化やカンファレンスへの参加などにより、画像診断の質の確保や技師の能力向上に努めている。患者の食事は栄養部が所掌し、ほとんどを直営で運営している。食事の評価は患者、医療者、栄養部の3つの視点で評価し、必要に応じて修正を行うなどの対応をしており、食事に関する患者満足度が向上している。リハビリテーション機能では、必要なリハビリテーションを適切に実施し、担当療法士は主治医や病棟スタッフと連携を図り、連続性への配慮もなされている。診療記録は電子化して適切に管理しており、量的点検が確実に実施されている。カルテ内容からインシデントが疑われる所見については、医療の質・安全推進室にインシデント報告の有無を照会し、左右の記載間違いを確認するなど、医療安全を目的とした記録の確認が行われており、診療情報管理機能は高く評価できる。医療機器管理機能では、機器の不具合のみならず、職員による使用方法の誤りについても検討し、インシデント内容に応じた研修会を実施しており、秀でた取り組みである。洗浄・滅菌機能は、滅菌の質保証、既滅菌物の管理などが適切に行われている。

病理診断機能では、検体交差を防止し、多くの病理診断を迅速に実施する体制が整備されている。放射線治療部門は、高機能に見合う専門的な人員の確保と治療装置が整備され、必要な放射線治療を提供している。輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄が円滑に行われており、輸血・血液管理は適切に行われている。手術・麻酔機能では、麻酔科医によりすべての全身麻酔が管理され、充実した設備と人員を有して多くの高度治療が実施されている。集中治療機能では、各種集中治療室において多職種も関与し、重症患者の管理が行われている。救急医療機能は、救命救急センターとして地域の救急医療の中核を担い、人員や設備も優れ、心肺停止例の家族に対するグリーフケア、地域でのECMO勉強会や症例検討会などの教育・啓発活動の実績もあり、高く評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、予算作成、執行管理がなされ、内部監査、外部監査が適切に行われている。月次収支資料が作成され、経営状況の推移も分析されている。医事業務については、未収金の回収や管理、診療報酬請求業務、返戻・査定への対応、施設基準要件の遵守状況の確認など、適切に実施されている。業務委託については、原則年度契約で、業務実績評価に基づき委託業者が選定されている。

施設・設備については、長期修繕計画が策定され計画的に管理されている。医療ガスの定期点検がなされ、廃棄物についての電子マニフェストがあり、最終処分場の定期的現認も実施されている。物品管理については、医療材料は委員会で検討され新規の採用品の手続きの仕組みが確立しており、病棟の過剰在庫の防止へ向けた部署間の連携も図られている。

地域災害拠点病院として、多数の傷病者の受け入れ等の訓練をはじめ災害医療訓練を定期的に行っている。食料の備蓄や井水の利用、自家発電による電力供給体

制等も適切で、DMAT の活動実績もある。保安業務は総務課が所掌し、防災センターに 24 時間必要な人員を配置し、警察官 OB が院内を巡視している。緊急時の病院幹部への報告、連絡体制も整備されている。医療事故等に対しては、リスクマネジメント委員会や院内事故調査委員会による検証が行われ、原因究明と再発防止に向けた組織的な取り組みが行われている。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

職員の教育・研修を統括する部門として研修統括部が設置され、その下に臨床研修センター、職員研修・教育センター等が設置され、様々な教育・研修に関する委員会を運営している。臨床研修センターでは、初期臨床研修医のプログラム管理や研修を実施し、EPOC2 での評価と医療スタッフによる 360 度評価を行い、メンター制も導入されている。看護師に対しては、入職から 10 か月の研修プログラムが用意され、薬剤師はレジデント制度により 2 年間で基礎的な実務能力と実践的な臨床薬学能力が修得できるようになっている。臨床検査技師は ISO15189 における研修プログラムに則って初期研修がなされ、診療放射線技師、療法士、管理栄養士、臨床工学技士、診療情報管理士等においても新人教育のプログラムに沿って教育・実践されている。

医師、看護師、薬剤師のほか、様々なメディカルスタッフを目指す学生の実習に幅広く対応している。法人の各学部の学生のほか、他校からの依頼にも対応しており、地域の医療従事者に対する教育・研修も行っている。

# 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           | S |
| 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 | B |
| 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             | S |
| 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                     | S |
| 1.3.2 | 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている                 | S |
| 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             | C |
| 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                 | C |



|       |   |   |
|-------|---|---|
| 1.5.3 | 業務の質改善に継続的に取り組んでいる                      | S |
| 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                             | B |

## 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           | S |
| 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          | S |
| 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     | S |
| 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         | B |
| 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      | S |
| 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      | S |
| 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      | 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    | S |
| 3.1.7 | 医療機器管理機能を適切に発揮している    | S |
| 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      | S |

## 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              | B |
| 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              | 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 | 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 3 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 学校法人北里研究所 北里大学病院

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： 神奈川県相模原市南区北里1-15-1

### 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   | 1143  | 1138  | +105       | 72.4     | 12        |
| 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   | 42    | 42    | +42        | 74.9     | 54.4      |
| 結核病床   | 0     | 0     | +0         | 0        | 0         |
| 感染症病床  | 0     | 0     | +0         | 0        | 0         |
| 総数     | 1185  | 1180  | +147       |          |           |

### 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              | 38    | +0        |
| 集中治療管理室 (ICU)       | 18    | +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)      | 14    | +0        |
| 脳卒中ケアユニット (SCU)     | 6     | +0        |
| 新生児集中治療管理室 (NICU)   | 23    | +2        |
| 周産期集中治療管理室 (MFICU)  | 9     | +0        |
| 放射線病室               | 0     | +0        |
| 無菌病室                | 20    | +0        |
| 人工透析                | 25    | +0        |
| 小児入院医療管理料病床         | 71    | +13       |
| 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              | 7     | +7        |
| 精神科救急入院病床           | 42    | +42       |
| 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

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), 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： 38 人 2年目： 47 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

I-2-2 年度推移

| 2020年度推移     | 実績値      |          |          | 対 前年比% |        |
|--------------|----------|----------|----------|--------|--------|
|              | 昨年度      | 2年前      | 3年前      | 昨年度    | 2年前    |
|              | 2020     | 2019     | 2018     | 2020   | 2019   |
| 1日あたり外来患者数   | 2,334.67 | 2,244.63 | 2,272.46 | 104.01 | 98.78  |
| 1日あたり外来初診患者数 | 112.31   | 129.43   | 133.52   | 86.77  | 96.94  |
| 新患率          | 4.81     | 5.77     | 5.88     |        |        |
| 1日あたり入院患者数   | 894.52   | 931.79   | 944.36   | 96.00  | 98.67  |
| 1日あたり新入院患者数  | 67.39    | 73.12    | 72.57    | 92.16  | 100.76 |