

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」及び副機能種別「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 9 月 30 日～10 月 1 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
機能種別	慢性期病院（副）	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。
- ・機能種別 慢性期病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、2005 年に徳洲会グループ病院として開設され、東京都北多摩西部医療圏における中核的な病院として、がん診療、救急医療などにおいて専門的かつ高度な医療を提供しており、設備・機器の充実を図りながら持てる機能を発揮している。特に、救急医療において断らない医療を掲げ、地域の多くの救急を受け入れている。また、新型コロナウイルス感染症患者や疑いのある患者を休日・時間外を問わず積極的に受け入れており、地域住民の信頼も厚いことは高く評価したい。医療の質向上においては、病院機能評価の受審や JCI（国際的な医療機能評価）の認定取得など、その取り組み姿勢には敬意を表したい。

今回の受審においても全般的に医療の質の水準は高く保たれているが、今後、貴院のさらなる医療の質向上に貢献することができれば幸いである。また、中・長期計画や目標の実現に向けて取り組まれ、貴院がますます発展し病院の基盤強化と地域医療に貢献されることを祈念する。

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、院内外への周知も適切である。組織運営は、病院運営に必要な会議・委員会は定期的に行われ会議録も整備されている。院長、看護部長、事務長をはじめ幹部職員はそれぞれの立場で診療機能のさら

なる充実、急性期医療提供での働き方改革への対応、人材確保、職員の教育、病院経営などの課題を把握し、その解決に取り組んでいる。院長は毎朝開催される8時台などで病院の課題や将来計画など自院の果たすべき役割を職員に周知しており、強力なリーダーシップを発揮している。病院の将来あるべき姿を示した中・長期計画は3か年の目標・計画および戦略が示されており、病院全体の計画・目標に沿って各部門の計画が策定され実績の把握・評価も行われている。情報管理および文書管理は適切である。

役割・機能に見合った人材確保では、必要な人材を確保しており、今後も奨学金制度や離職率低減への取り組みなどに期待したい。職員の安全衛生管理は適切に実施されている。職員の意見や要望は、職員満足度調査などの結果をもとに検討して就業支援や福利厚生など職員にとって魅力ある職場づくりに取り組んでいる。職員の教育研修は医療に携わる者にとって必要な研修の多くがeラーニングで実施され参加率も高い。病院運営に必要な専門資格の取得に対する支援体制も適切である。職員の能力評価は職階や職種に応じた人事考課制度が導入され組織の活性化や処遇などに活用されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内掲示や入院案内、ホームページへの掲載、職員にはポケットガイドへの掲載などで院内外に周知している。説明と同意に関する方針があり、基準・手順も整備され、セカンドオピニオンの対応も適切である。患者との診療情報の共有や医療への患者参画の促進は、ホームページや院内の案内を4か国語で表示するなど外国人への配慮も適切である。患者支援体制は医療相談室や入退院支援サポートセンターで多様な相談に対応し、院内外との連携を図りながら適切に行われている。個人情報保護およびプライバシーの保護は規程が整備され現場での対応も適切である。臨床における倫理的課題については、臨床現場での具体的な事例の積み重ねを行いながら、倫理的課題に関わる検討や理解を深める取り組みに期待したい。

患者に対する利便性は、施設・設備は整備され患者・家族に快適な空間が提供されている。院内コンビニやATMの設置など利便が図られ、障害者や車椅子対応についても適切に配慮している。病室、デイルームなど患者が利用するスペースが広く確保され、寝具類の清潔や適切なベッド・マットの提供など快適な環境が提供されている。敷地内禁煙が実施され禁煙外来の実施や患者・職員への啓発・教育はおおむね適切である。

4. 医療の質

患者意見箱の設置や患者満足度調査には適切に対応されている。患者の意見は管理者会議に汲み上げられ、診療、サービスに反映されている。患者満足度調査はグループ病院全体で実施しており結果のベンチマークや活用もなされている。多数の症例検討会、カンファレンス、Tumor Boardなど様々な検討会が開催されている。臨床指標については多くの項目を収集し、組織的な診療の質の改善に取り組んでい

る。クリニカル・パスについては各診療科で運用しているが、地域連携パスの取り組みにも期待したい。業務の質改善については、病院重点目標を設定して各部署がそれを達成するよう部署目標を設定しており、達成度評価なども適切に行われている。また、病院機能評価、JCI、JMIP、JCEP など多くの外部評価を受審し業務の質改善に積極的に取り組んでいる。新規の診療・治療方法や技術の導入に際しての支援体制は整備されており、検討は医の倫理委員会で行われ管理会議にて承認されている。

病棟・外来等における管理責任体制は明確で患者・家族への明示も適切である。病棟担当医師、病棟看護責任者は毎日ラウンドを行い、患者の状態を把握し、状況に応じた診療・ケアに努めている。診療記録は電子カルテによりマニュアルに沿った運用が行われており、略語は略語集を作成し標準化が図られている。退院サマリーの期日内の作成率も適切である。質的点検については医師、看護師ともに毎月組織的に実施している。多職種協働では多くのチームが活動しており組織横断的にチーム医療が適切に展開されている。

5. 医療安全

医療安全の組織は医療安全管理委員会、医療事故防止委員会からなり、医療安全管理者の権限も明確にされている。病院長直轄の医療安全管理室が設置され看護師の専従医療安全管理者を配置している。インシデント・アクシデントの情報収集はシステムで報告され、医療事故防止委員会や各部署で分析手法を用いて分析や対策立案がなされ、評価・検証も行われている。

患者の誤認防止対策は適切に実施されている。情報のエラー防止対策については、電子カルテによるオーダーリングシステムが導入され、指示出し・指示受け・実施・確認の一連の流れは適切であり、口頭指示も手順に沿って実施されている。検査結果の報告については、画像検査や病理検査の悪性所見が否定できない場合に、未読・既読管理システムの導入や主治医に直接連絡を取るなどの取り組みがある。麻薬・向精神薬・毒薬の管理やハイリスク薬の明示と取り違い防止対策は適切に実施されており、電子カルテシステムを用いて重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を適正に行っている。転倒・転落防止対策は、入院時に全患者に対して転倒・転落アセスメントを行い、一定リスク以上の患者に看護計画が立案され対策が実践されている。医療機器の安全使用は医療機器使用マニュアルを整備し、病棟で使用する器材は中央管理され臨床工学技士により点検・整備が行われている。院内緊急コードを設定し、各部署への掲示や対応訓練等を通して職員への周知に努めている。救急カートの整備、AED・BLS 研修も定期的に行われている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、院内感染対策委員会が毎月開催され、実働部隊として ICT が組織されている。感染管理室を設置し、感染管理認定看護師の専従 ICN や専任の ICD が配置されている。感染制御チーム（ICT）や抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を整備し、院内の感染に関する情報収集と分析・検討が適切に行

われている。新型コロナウイルス感染症に対しては、発熱外来専用のプレハブ施設を設置し、自院で速やかにPCR検査が行える体制を確保していることは評価したい。ICTは院内ラウンドによる包括的サーベイランスとともにJANISに参加して多くのターゲットサーベイランスも実施し、感染発生状況を把握・検討して感染防止に努めている。アウトブレイクに対する手順マニュアルの整備も適切である。

手指消毒は各病室の入口に速乾性手指消毒剤を設置し、携帯型消毒剤も併用されている。感染性廃棄物についてはマニュアルが整備され適切に処理されている。院内感染予防マニュアルに基づき、個人防護用具の着用などの遵守や手指衛生の徹底などが指導され、環境ラウンドで確認・評価している。抗菌薬の適正使用では、ASTが院内の感染状況を収集し、分離菌感受性を検討して医師に適切な抗菌薬の使用を指導・フィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容や診療実績等の情報は、ホームページでは診療内容など病院として必要な情報がわかりやすく発信されている。会報誌に加え病院広報誌の発行も新たに始まり、患者・家族や地域の医療機関・施設等への適切な情報発信が行われている。また、クリスマスコンサートや看護の日のイベントも開催され病院への理解を深めているなど、地域等への情報の発信は適切に行われている。地域医療支援室に医療連携室を設置し、地域医療機関等との連携を図るため開業医や老健施設等を訪問して医師紹介や情報交換、地域連携懇談会の開催も行っており、返書管理も適切である。院内をはじめ、地域でのきめ細かな健康公開講座を開催し、地域の医療従事者向けには、西多摩地区症例検討会、地域連携懇談会等を開催しているなど、地域に向けての医療に関する教育・啓発活動は評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者が円滑に診療を受けられる体制は、総合案内の設置、4か国語による案内表示、予約制の導入などで適切に運営されている。紹介患者の円滑な受け入れは、医療連携室により実施されている。救急患者も含め受診から外来でのアセスメント、入院の適応、柔軟な入院病床の運営に至るまでのプロセスは適切に行われている。侵襲を伴い患者・家族の同意を必要とする検査は明確にされ、文書で患者・家族に必要性和リスクについて説明し同意を得て安全に実施している。入院の必要性は医学的に判断し、説明と同意を行って決定している。入院時の説明や退院支援も適切である。入院時には患者の病態に応じて多職種が各種リスク評価を行い、それに基づいて入院計画や看護計画を立案している。医療相談や看護相談は相談内容に応じて社会福祉士や看護師が連携しながら対応、記録している。退院困難事例では、入退院支援室と連携し支援を行っている。

医師は他科との合同カンファレンスや多職種が介入した検討会で治療方針や支援方針を決定し、患者・家族の意向に沿った治療方針の説明と同意を行うなど適切に病棟業務を行っている。看護師の病棟業務は看護基準・手順に基づき行われており、患者基本情報の収集と支援、他部署との連携も適切である。薬剤師は各病棟に

配置され、持参薬管理、服薬指導や薬歴管理などを行っている。投薬・注射は3点認証にて確実・安全に実施されている。輸血・血液製剤の実施については、マニュアルに沿って適切に実施されており、輸血中・輸血後の観察・記録も適切である。重症患者、術後患者の管理・ケア等はHCUの活用、ICT・NST・褥瘡対策チームなどの関与もあり適切に実施されている。褥瘡の予防・治療に関しては、入院時にリスク評価が行われ、評価結果に基づいた対応・対策が取られている。皮膚排泄ケア認定看護師を中心に多職種からなる褥瘡対策チーム回診が週1回行われ、必要に応じて形成外科医師などが関与できる仕組みがある。栄養管理と食事指導では、栄養状態がアセスメントされ患者に見合った栄養管理が行われている。症状緩和については、院内共通の評価スケールがあり、鎮痛剤の使用等医師・看護師で検討され実施・評価されている。

リハビリテーションについては、医師を含む多職種で個別性に応じた実施計画書を作成し、安全に提供されている。安全確保のための身体抑制はおおむね適切であるが、日々の抑制の確認やサイン、解除の検討などは医師の積極的な関与が望まれる。患者・家族への退院指導、必要な患者への継続した診療・ケアへの支援は適切に実施されている。ターミナルステージの方針は明確で、院内基準により主治医や多職種による対応のもと患者・家族の意向を尊重した診療・ケアが実施されている。必要に応じてデスカンファレンスを開催しケア等の振り返りを行っており適切である。

<副機能：慢性期病院>

療養病棟は2病棟95床で2名の専従医師が配置されている。他院からの紹介患者は地域連携室のMSWが窓口となり適切に対応している。入院患者情報は病棟担当のMSWが収集し、その後多職種で構成する入院判定会議で入院の可否を決定している。入棟当日に医師は患者の診察ならびに患者・家族と面談を行い、診療計画を作成している。看護師、薬剤師、療法士などは医師の診察に同席し、医師の指示や聴取した患者情報を踏まえて、診療・ケア計画を作成している。患者・家族からの医療相談は病棟専任のMSWや医事課、地域連携室との連携により適切に行われている。

医師、看護師は病棟業務を適切に実施している。介護福祉士を配置しているが、看護補助者としての位置づけであり、介護の専門性を生かした職務分担を明確化されると良い。カンファレンスを毎週開催するほか、定期的に採血検査・検尿を実施し代謝・栄養障害など疾患の治療を行っている。薬剤師・管理栄養士は業務を適切に行っている。褥瘡の予防・治療は発症リスクを評価し、予測に基づいてきめ細かな予防策を講じている。形成外科医を含む褥瘡チームが毎週回診して必要な指導を行っており、褥瘡の年間発生率を目標値以下に抑えていることは高く評価したい。症状緩和や身体抑制は必要時に決められた手順に基づいて適切に実施している。慢性期のリハビリテーションは摂食・嚥下機能、移動能力やコミュニケーション能力の維持・向上に積極的に取り組んでおり適切である。入院患者の約2割に膀胱留置カテーテルが挿入されているため、抜去に向けてさらなる取り組みを期待したい。

療養生活の活性化や患者・家族への退院支援への取り組みは適切である。退院後自宅での継続治療を希望する在宅患者に対しては、家屋調査を実施し、訪問看護や訪問リハビリテーションを提供している。DNARを含めターミナルステージには適切なケアを提供しており、死後の振り返りも行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤業務は処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会、抗がん剤の調製・混合、持参薬鑑別、薬剤情報管理、注射薬の取り揃えなど多岐にわたる業務を実施している。臨床検査機能は、迅速な報告、精度管理、時間外体制等で適切に発揮されている。画像診断機能は安全に画像検査が実施され、迅速に放射線科専門医による読影報告が行われている。CT・MRI 各2台、PET-CT2台を設置して年間30,000件以上の検査を実施しており、悪性が疑われる所見の主治医の確認システムなどもあり評価できる。栄養管理機能はマニュアルが整備され、衛生管理は行き届き、調理室内の温湿度も適切に保たれている。リハビリテーション機能は十分な人員を配置し、プログラムには適応、訓練方法、効果評価や注意事項などが組み込まれており適切である。診療情報管理機能は規程が整備され病歴管理や量的点検が適切に行われている。医療機器管理は一元管理がなされ時間外の対応も適切に行われている。洗浄・滅菌機能は中央化され、滅菌の質保証やリコール規程の整備など適切である。

病理診断部門は必要な人員が確保され、ダブルチェック体制やグループ病院および大学病院などへのコンサルトの体制もあり病理診断の質の確保・向上に努めている。放射線治療はリニアックの通常照射や強度変調放射線治療（IMRT）を実施している。治療計画プログラムやCTシミュレーターなどを用いて高度な治療計画を立てており、安全管理、品質管理も適切で放射線治療の体制は秀でている。公開講座での啓発活動や地域医療機関との研究会を主催するなどの活動も高く評価できる。輸血部門は24時間体制で適切に対応している。手術・麻酔機能は緊急手術も含め常勤の麻酔科医により適切に発揮されている。集中治療機能ではHCUを有効に活用して多職種チームなどが積極的に関与し治療がなされている。救急医療機能は北米型ER救急を導入しており、24時間365日の救急医療を展開している。救急応需率は98%以上であり、近隣の2次救急医療機関が受け入れ困難なケースの受け入れも積極的に行っており、その機能は高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

毎年度、予算計画、年次目標が策定されている。予算編成では各所属長のヒアリング等に基づき管理会議で方針決定をしている。病院会計準則に基づく会計処理が行われ、外部監査法人による会計監査、グループによる経理面監査が行われている。院内では各部門でQIによる達成度評価を行い診療運営戦略会議で報告しており、財務・経営管理は適切である。窓口収納業務を含む一連の医事業務では、再来受付機、自動精算機を導入し、クレジットカードにも対応している。レセプト請求事務は職員と主治医による点検も行い、診療運営戦略会議等で返戻・査定への協議・検討等を行っている。未収金対応は、グループ本部での弁護士対応を行っている。

るほか、生活困窮者対応は MSW 等と連携し適切に行われている。業務委託では、四半期毎に指標に基づく報告を求め評価表による委託内容の検討、指導を行っている。委託業者とは月 1 回委託会議を行うほか、病院の医療安全や感染制御の研修を受講し、事故発生時の対応も明確となっているなど適切である。

施設・設備については職員が 24 時間監視し、日常・定期の点検・保守管理、医療ガス管理や感染性廃棄物の処理も適正に行われている。物品管理は、資材課職員による医療材料・消耗品の発注・納品業務を行っている。発注・納品の内部牽制機能も適切に行われている。備蓄倉庫に食料、飲料水を備蓄しているが、今後は職員用食料の計画的備蓄増を期待したい。保安業務は緊急時の連絡体制や休日・夜間の安全管理も含めて適切に行われている。医療事故への対応は手順が整備され、原因究明や再発防止策を組織的に検討する委員会規程が整備されており、顧問弁護士契約や病院賠償責任保険の加入なども適切になされている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修は、臨床研修管理委員会のもとでプログラムに沿って実施されている。評価は、多職種評価、研修医からの相互評価が行われている。また、病院として指導医を増員していく方針もある。看護師や各専門職種においても教育研修プログラムと達成度評価、相互評価が実施されている。

学生実習は委託契約を締結した上で、多くの職種で受け入れを行っている。個人情報保護、事故発生時の対応等は契約で取り決め、医療安全、感染制御、個人情報保護、事故時の対応に関する教育も適切に行われている。

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	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	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	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	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	S
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	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	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

機能種別：慢性期病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	NA
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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	S
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	B
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	A

2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 6 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人徳洲会 東京西徳洲会病院

I-1-2 機能種別：一般病院2、慢性期病院(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：東京都昭島市松原町3-1-1

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	391	391	+0	85	14.1
療養病床	95	95	+0	91.9	434.6
医療保険適用	95	95	+0	91.9	434.6
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	486	486	+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)	0	+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)	8	+0
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	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+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

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： 3 人 2年目： 4 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

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

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
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	772.23	776.75	743.14	99.42	104.52
1日あたり外来初診患者数	72.87	70.94	71.77	102.72	98.84
新患率	9.44	9.13	9.66		
1日あたり入院患者数	420.87	417.39	415.98	100.83	100.34
1日あたり新入院患者数	23.80	23.51	22.17	101.23	106.04

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
		2019	2018	2017	2019	2018
	1日あたり外来患者数	772.23	776.75	743.14	99.42	104.52
	1日あたり外来初診患者数	72.87	70.94	71.77	102.72	98.84
	新患率	9.44	9.13	9.66		
	1日あたり入院患者数	420.87	417.39	415.98	100.83	100.34
	1日あたり新入院患者数	23.80	23.51	22.17	101.23	106.04