

# 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 10 月 12 日～10 月 13 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、2015 年に東京都西東京市に開設され、急性期医療から慢性期医療までを担っている。「“生命だけは平等だ”を主理念に基本方針を遂行し、最善の医療サービスを提供する」を理念に掲げ、地域の「かかりつけ病院」を目指している。また、最適なチーム医療で急性期から慢性期までシームレスな医療を提供し、地域医療に貢献することに努めている。新型コロナウイルス感染症対応と通常の急性期医療を両立できる診療体制を築くべく、病院幹部・職員が一体となって日夜努力している姿に敬意を表する。

この度の病院機能評価の受審に向けて、継続的な改善活動として、病院全体で熱心に取り組んでおり、いくつかの課題については、改善の成果が認められたところである。しかし、さらなる質向上を目指すうえで、取り組むべき課題も見出された。今後も引き続き改善活動に取り組み、医療機能と質の向上に向けた取り組みの充実と発展を祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化されている。患者・家族には玄関ホールに掲げるほか、ホームページ、病院案内、入院案内等に掲載して周知を図っている。病院管理者・幹部は、病院の将来像を示し、職員が目標意識を持てるようにしている。経営上の

課題を明確にして、その解決に向けて主導的に関わっている。病院の意思決定会議は管理会議であり、指揮命令系統は明確である。中長期計画に沿った年次事業計画を策定し、部門・部署ごとの具体的な目標を設定し、その達成度を評価している。また、リスクに対するBCPを策定するなど、組織運営を適切に行っている。情報管理は、情報システムの活用方針を整備し、計画的に情報システムを活用している。文書管理は規程に基づき一元的管理を行っている。

法定人員・施設基準に必要な人員を確保している。引き続き、人員の充実に向けた取り組みや法人本部の基準に沿った工夫が期待される。人事・労務管理は、就業規則などが整備され、職員に周知されている。多くの職種の週総労働時間が週平均所定労働時間を上回っており、働き方改革を推進し、業務の見直しなどを含めた職員の就労管理への対応が期待される。職員の安全衛生管理は、労働安全衛生委員会が設置され適切に機能している。健康診断、職場環境の整備や職業感染への対応等も適切である。職員満足度調査を実施し、職員の意見を収集している。職員の就業支援対策、福利厚生への配慮がなされている。

職員への教育・研修は、医療安全や感染制御の研修会を年複数回実施しており、いずれも95～100%の参加率である。全職員を対象とした必要な教育・研修について、病院として検討し、計画に基づいて継続的に行うことが期待される。職員の能力評価・能力開発は、医師を除いた職員を対象に人事考課制度を導入している。医師は病院長が面談により評価している。看護部門においては、キャリアラダーによる教育・研修などを行い、資質の向上に努めている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、病院エントランスに掲示するとともに、入院案内やホームページに掲載し、患者・家族への周知を図っている。説明と同意に関する方針に基準・手順や具体的な診療行為が示され、患者の知る権利やコミュニケーションが困難な患者の手順も明文化している。入院案内やホームページに患者参画が患者の義務や責務の一部であることを明記して促している。患者・家族からの相談は、地域医療連携室で対応し、相談内容によって医療相談室に案内されている。必要時は地域医療連携室や他の専門職と連携し、協力を得ている。個人情報保護方針に基づいた運用規定を定め、ネットワークのセキュリティー原則を遵守している。また、患者のプライバシーは、診療ならびに生活上の場面において適切に保護されている。医の倫理審査委員会が臨床研究審査や臨床の倫理的課題について検討している。患者の倫理的課題は、多職種によるカンファレンスで対応が検討されている。現場で解決困難な事例は、所属長を通じて病院幹部へ報告し、緊急性がある場合は即時に検討する仕組みが整備されている。

患者・面会者の利便性・快適性は、近隣駅からの無料シャトルバスの運行など来院時のアクセスが確保されている。院内にはコンビニエンスストアなどを設置している。院内は段差がなくバリアフリーであり、十分な広さを確保している。階段、トイレの手摺りは利用位置に配慮している。外来部門の待合室や診察室など十分なスペースを確保している。病棟は診療・ケアに必要な場所とスペースが確保され、

明るく清潔なデイルームを完備し、くつろげる快適な環境を提供している。受動喫煙の防止は、敷地内禁煙の方針のもと、ホームページ、院内掲示、入院案内などにより広く周知している。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見や要望は、意見箱、ホームページの問い合わせフォーム、患者満足度調査により収集・把握している。収集した意見・要望は関係部署やサービス向上委員会で検討し、回答は院内掲示等で公開している。診療各科は病棟で多職種による症例検討会を定期的に行っている。クリニカル・パスの適用を増やし、バリエーション分析を積極的に行い、パスの改定により適切なクリニカル・パスの策定・運用が期待される。業務改善について、部門横断的な問題に対してはサービス向上委員会が対応する仕組みである。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入は、導入時に医の倫理審査委員会にて検討され、承認後、院内で安全に実施している。薬剤の適応外使用については、薬事委員会にて検討される仕組みが整備されている。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟では診療と管理責任者が患者に分かりやすいよう写真とともに掲示板に表示している。主治医不在時の責任の所在は、スタッフステーションに明示している。診療記載等の記載と保存に関する規定が策定され、医師は入院目的や身体的所見などの患者情報や毎日の回診の記録など診療情報を適時記載している。診療記録の質的点検は行われているが、多職種による点検および点検件数の増加が期待される。多職種での役割の発揮およびチーム連携により、外来から入院における一連の診療・ケアにあたっている。ICT、NST、褥瘡対策チームなど専門チームが積極的に介入している。

#### 5. 医療安全

医療安全管理室を設置して医療安全管理者として専従の看護職員を配置し、役割と権限を明文化している。医療安全管理委員会やセーフティーマネージャー会議は多職種で構成され、毎月定期で開催しており、定例医療安全カンファレンスを週1回開催している。医療安全マニュアルは適時改訂を行い、全職員に周知している。アクシデント・インシデント情報は、医療安全管理室で収集している。医療安全カンファレンスで検討・分析され、医療安全管理委員会に報告している。

入院患者の確認は、患者本人がフルネームと生年月日を名乗ることを基本とし、リストバンドによる確認で誤認防止を実施している。検体等はバーコードシステムを用いて誤認防止に取り組んでいる。手術室では、サインイン・タイムアウト・サインアウトの実施や全診療科共通の部位のマーキングを行うことにより誤認防止を実施している。口頭指示は原則禁止であるが、やむを得ない場合は看護師が院内統一の口頭指示メモに記載、復唱し、ダブルチェックのもと実施、その後医師が診療録に記載したことを確認している。画像検査で予期せぬ所見や専門外の所見が発見された場合は、放射線科医が電話で依頼医に伝えている。さらに、診療放射線技師が毎月未読の読影報告の有無を確認している。ハイリスク薬は一覧表にして注意事

項を記載し、各部署に掲示している。最もリスクの高い薬剤をハイアラート薬と定め、同様に各部署に掲示し、注意喚起している。入院時に全患者に転倒・転落アセスメントシートを用いてリスク評価を行い、危険度を評価している。危険度Ⅱ以上の患者には、看護計画が立案され対策を実施している。医療機器の安全な使用は、臨床工学技士が医療機器の導入時や各部署からの依頼に応じて看護師を対象に使用説明等の研修を実施している。医療機器の作動中に問題が発生した場合は、臨床工学技士に報告・相談する手順が整えられている。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードを設定し、全ての電話機や院内 PHS、ポケットガイドブックに使用方法を掲載している。BLS 訓練は定期的実施されている。

## 6. 医療関連感染制御

感染管理室に ICD、ICN（専従）、薬剤師、臨床検査技師、事務職員が配置され、ICT と AST を構成している。専従の ICN を感染管理者として、役割と権限を明文化している。院内感染対策委員会は、感染管理室からの報告を受け、課題を審議し、決議している。感染対策マニュアルは適宜改訂され、職員に周知されている。血液培養陽性や耐性菌発生の情報を収集して病棟ラウンドで患者の状態を確認後、ICT・AST 合同カンファレンスで対策を協議している。アウトブレイクの定義を明確に定め、基準・対応手順を整備している。

手指消毒励行のため、各病室入口に速乾性手指消毒剤を設置し、全職員が携帯している。また、各部署の速乾性手指消毒剤や携帯用消毒薬のサーベイランスを行い、啓発活動を行っている。標準予防策の遵守状況は ICT ラウンドで確認し、各部署にフィードバックしている。感染性廃棄物は分別・梱包・保管を適切に行っている。感染対策マニュアルに抗菌薬の適正使用のための指針、具体的な使用方法が詳細に記載されている。AST は毎週 ICT との合同カンファレンスで抗菌薬の使用状況や細菌検査の結果を協議し、主治医へ抗菌薬や培養検査に関して推奨事項を提案している。アンチバイオグラムを作成し職員に周知している。特定の抗菌薬の使用は届出制、許可制の二段階で制限しており、使用量が漸減しているなど適切に機能している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、地域医療連携室が担当し、広報委員会で組織的な検討を行っている。広報は、主にホームページを活用し、病院案内、入院案内、診療科案内等で情報を提供している。また、診療実績を病院指標として発信し、定期的に更新している。広報誌を年 3 回発行している。地域医療連携室が地域の医療関連施設との連携機能を担っている。地域の医療機関等との連携に必要な情報を一元管理し、紹介・逆紹介、検査依頼などにも対応している。紹介元への医師の返書も速やかに作成している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、コロナ禍で中止としたものもあるが、毎月地域住民を対象として「むさとく医療勉強会」を開催している。認知症や膝痛、糖尿病など地域住民の要望を踏まえたテーマで開催している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるよう受診に必要な情報は、正面玄関、待合ホールなどに表示・掲示し、ホームページにも掲載している。侵襲的検査や造影検査などでは必要性和リスクについて説明と同意が実施され、患者の状態は手順に沿って観察・記録されている。入院は、医師が病状、検査所見に基づき医学的に判断し決定している。管理栄養士、病棟薬剤師などを加えて多職種で入院診療計画を立案し、医師が看護師の同席のもと説明し、同意を得ている。患者・家族からの医療相談は、地域医療連携室が対応している。患者が円滑に入院できるよう入院のしおりを使用し、看護師がオリエンテーションを行っている。

医師は回診して患者の状態を把握し、治療方針などを診療録に記録している。看護師と患者情報を共有し、毎週多職種カンファレンスを開催している。看護師は、入院時に転倒・転落などのアセスメントや、患者の身体的・精神的・社会的なニーズを把握し、看護計画の立案と患者・家族への説明を行っている。看護師と薬剤師で内服薬の自己管理の可否を判断し、看護師が服薬の確認をしている。輸血はマニュアルに沿って実施され、輸血開始時は15分間程度ベッドサイドを離れることなく観察し、その後も観察および輸血終了後の患者の状態、副作用の有無を確認し、記録している。手術について各診療科カンファレンスで適応を検討し、必要時は他診療科へのコンサルテーションを行い決定している。重症患者は、HCUや重症個室等にて適切な管理が行われている。全入院患者に褥瘡発生リスクを評価し、発生リスクの高い患者には看護計画を立案して適切なケアにつなげている。管理栄養士は病棟担当制で、入院患者の栄養状態の評価と摂食・嚥下に対する支援をしている。必要性のある患者に対して管理栄養士が栄養管理計画を立案している。患者の様々な症状や苦痛に対して個別性のある看護計画を立案し、担当医とともに症状緩和の評価を行っている。術後疼痛に対しては術後疼痛管理チームが組織され、積極的に介入し適切に対応している。リハビリテーションの確実・安全な実施は、専任医師と療法士が患者の病態や社会的背景、要望に基づいて目標を設定、実施計画を作成し、リスクを含めて説明、同意取得後に早期からリハビリテーションを開始している。安全確保のための身体抑制は、事前に必要性などについて説明を行い、実施時は医師により必要性を判断したうえでやっている。全ての病棟で計画的に退院支援カンファレンスを実施し、個別の退院支援計画書を作成している。近隣や自宅近くのクリニックへの逆紹介をすすめ、退院サマリーでの情報提供を徹底している。在宅医療が必要な場合は自施設の訪問診療と近隣の訪問看護ステーションとの連携を図っている。ターミナルステージへの対応は、主治医が患者・家族の意向を確認し、病棟カンファレンスにおいて診療・看護ケアについて検討し、終末期ケアを実践している。

### <副機能：慢性期病院>

主治医は毎日回診を行い、回診時に主任看護師やリーダー看護師と情報共有している。受け持ち看護師を中心に身体的・心理的・社会的なニーズを把握している。療養病棟では、今年度より看護師と看護補助者がペアで病室を担当し、ケアを行っ

ている。褥瘡の予防・治療では、褥瘡対策委員会が活動し、褥瘡を有する患者のコンサルテーションができる仕組みである。予防ラウンドを行い、褥瘡新規発生の予防に努めている。入院時に栄養アセスメントを行い、リスクがある患者に対して栄養管理計画を作成している。入院患者への摂食・嚥下評価フローチャートに基づき、言語聴覚士の介入を検討している。季節行事として、病棟クラークを中心に患者参加の壁画作成や工作などを毎月行っている。リモート面会を活用して社会や家族との接点を保つよう配慮している。身体抑制が必要と想定される患者には、事前に説明・同意書を用いて説明し、同意を得ている。抑制解除に向けて週1回カンファレンスを行い、評価および代替の対応などについて検討している。入院・転棟1週間以内に退院支援初回カンファレンスを開催し、患者・家族の意向の把握や在宅復帰の可能性等について多職種で検討している。病棟看護責任者は、退院1週間後に患者・家族の声を聴くために電話連絡している。ターミナルステージへの対応は、適切な看取りに対する指針に、終末期医療に関する対応が整備され、人生の最終段階の定義が明文化されている。療養病棟で看取りを行う場合は、個室への転室や付き添いに配慮している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤師が全病棟とオンコロジーセンターに配置され、薬歴管理と服薬指導を行っている。疑義照会は院外からのものを含めて薬剤部で一元管理し、毎月薬局会議で報告、解析して対策を立て、照会を減らすよう努めている。臨床検査機能は、24時間体制で検査を実施し迅速に結果報告を行っている。検体検査のパニック値に関して、医師に直接伝達することが期待される。画像診断機能は、24時間体制で検査に対応している。放射線科医が1～2日以内に読影し、適宜依頼医と検討の場を設けている。栄養管理機能は、食事を温冷配膳車にて専用エレベーターで搬送している。リハビリテーション機能は、急性期を中心に幅広い領域のリハビリテーションを行っている。診療情報管理機能は、診療情報を1患者1IDによって一元的に管理している。診療記録の量的点検をチェックリストに沿って実施し、記載不備に対する督促も行っている。医療機器管理機能は、臨床工学科が医療機器を管理し、365日24時間対応している。保守点検や定期点検は一元管理され、記録が残されている。洗浄・滅菌機能は、使用済み機器の一次洗浄・消毒の中央化を行っている。滅菌精度の質保証の仕組みも整備されている。

病理診断機能は、組織診、細胞診ともに外部委託、術中迅速検査は自院で行われている。輸血・血液管理機能は、薬剤部で血漿分画製剤、検査部門で血液製剤を管理しており、輸血療法マニュアルの手順に従い、製剤の発注・保管・供給や返却業務を行っている。血液製剤は、自記温度記録計付き専用保冷库と冷凍庫で保管・管理している。手術・麻酔機能は、スケジュール管理方法は確立しており、調整が必要な際は麻酔科医と看護師長が協議している。麻酔科医による術中・覚醒時の管理や退室の判断がなされている。集中治療機能は、集中治療機能を有するHCUを運用している。入退室手順が明文化され、病室の管理も適切である。救急医療機能は、「断らない救急」を理念として掲げ、受け入れ困難事例は救急委員会で検討されて

いる。また、救急外来受診後に帰宅した患者に対して、看護師が電話で状態確認を行う ER アフターコールシステムが 100%の実施率であることは評価できる。

## 10. 組織・施設の管理

予算の編成は各部門の要望、目標値を参考に毎年スケジュールに沿って作成している。予算の執行管理は、毎月収支実績を作成し、進捗状況を把握している。会計は、病院会計準則に基づき損益計算書など財務諸表を作成している。顧問税理士による毎月の監査のほか、毎年監査法人による法人監査を受けている。医事業務は、窓口の収納業務、レセプトの作成・点検、返戻・査定など一連の医事業務をマニュアルに沿って迅速に処理している。未収金は個別に管理し、督促を計画的に実施している。業務委託は、毎年度予算作成時や契約更新時に必要性や委託内容等について組織的に検討している。委託業者の選定にあたっては、複数の業者責任者との面談や見積徴取により比較検討をしている。委託業者と定期的に意見交換を行うなど、質の維持・向上に努めている。

施設設備の管理は、施設管理課と防災センターの職員が 24 時間常駐し、施設・設備の稼働状況の監視、事故・トラブル発生時の対応を行っている。施設・設備の更新や保守は年間計画実績表により進捗を管理している。診療材料等の購入・管理は資材課で行われている。診療材料の新規購入や変更については、必要性や使い勝手、安全性等を担当部署、医療安全管理室において検討している。医薬品の購入については薬事委員会で検討している。実地棚卸を定期的に行い、定数の調整や使用期限の管理も適宜行われている。

災害時の対応は、防災マニュアル、消防計画を整備し、防火・防災訓練を定期的実施している。BCP が整備され、災害発生時の対応は明確である。東京都災害拠点連携病院に指定され、屋上にはヘリポートを設置するなど、災害医療にも対応している。保安警備業務として、警備員が 24 時間体制で対応している。防犯・防災を目的とした院内巡視が複数回行われ、不審者等に対応している。暴力対応マニュアルを策定し、緊急時の連絡体制や応援体制についても明確になっている。医療事故等への対応は、医療安全マニュアルにおいて、医療事故発生時の対応手順を明確にしている。原因究明と再発防止に向けて事故調査委員会を設ける仕組みがある。訴訟が発生した場合は、法人の規定により本部が対応の中心となり、顧問弁護士も参画して会議が開催される仕組みを整備している。

## 11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、療法士等の各専門職種において、初期研修計画・プログラムが策定され、到達目標を明確にした研修の実施と評価を行っている。

学生実習等は、看護師をはじめ薬剤師、管理栄養士等の多くの職種の学生実習を受け入れている。事前に各教育機関と打合せを行い、それぞれのカリキュラムに沿った実習を実施している。個々の実習に関しては、事故発生時の対応方法を明確にしたうえで総務課において書面により契約を交わしている。

# 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	B



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	B
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	B
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	B
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	NA
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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
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	B
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	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	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	A
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	A
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	B

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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 7 月 1 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 武蔵野徳洲会病院

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：東京都西東京市向台町3-5-48

## 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	222	222	+62	71.3	17.3
療養病床	50	50	+0	98.2	214.3
医療保険適用	50	50	+0	98.2	214.3
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	272	272	+62		

## 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)	10	+10
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	42	+7
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： 人 2年目： 人 歯科： 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	327.55	232.38	266.61	140.95	87.16
1日あたり外来初診患者数	41.38	24.69	29.71	167.60	83.10
新患率	12.63	10.62	11.14		
1日あたり入院患者数	195.29	174.59	194.66	111.86	89.69
1日あたり新入院患者数	8.59	6.39	7.57	134.43	84.41