

病院機能評価
審査結果報告書

2019年度実施

社会医療法人三宝会 南港病院

訪問審査実施日 2019 年 11 月 26 日～11 月 27 日



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

ご 挨 拶

日本医療機能評価機構の事業の推進につきましては、日頃から何かとご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、先般お受けいただきました病院機能評価について、審査結果報告書がまとまりましたので、ここにお届け申し上げます。報告書の取りまとめにつきましては十分に配慮したつもりですが、不明の点、あるいはご意見・ご要望などがありました場合は、文書にて当機構までお問い合わせください。

病院機能評価は、病院が組織的に医療を提供するための基本的な活動（機能）が、適切に実施されているかを第三者の立場から評価するものです。病院は、評価を受けることにより、自身の強みと課題を明らかにすることができます。そして、その強みを活かし、また課題を改善するための努力を行うことによって、医療の質向上を図ることを第一の目的としております。

本報告書が貴院の自主的で継続した質改善活動や患者サービスの向上の一助になることを願っております。

今後とも、当機構の事業の運営につきまして宜しくご支援を賜りますようお願い申し上げます。

公益財団法人日本医療機能評価機構
代表理事 理事長 河北 博文

審査結果報告書について

1. 報告書の構成

- ☐ ご挨拶
- ☐ 審査結果報告書について（構成と読み方の説明）
- ☐ 総括
- ☐ 評価判定結果

2. 報告書の内容

（１）総括

病院の役割や性格を踏まえたうえで、病院全体の総合的な所見を述べています。

情報提供に同意いただいた場合、公開の対象となります。

（２）評価判定結果

中項目（自己評価調査票の中で３ケタの番号がついている項目）の各評価項目の最終的な評価結果を示したものです。

評価にあたっては、評価調査者が「評価の視点」「評価の要素」および病院の「活動実績」について、資料（各種議事録、診療記録など、日々の活動実態が分かるもの）や現場訪問、意見交換などを通じて確認しております。

また、一時点（訪問審査当日）のみを対象とするのではなく、改善活動に継続的に取り組まれている状況や医療を取り巻く社会の動きなどを考慮して、総合的に中項目を評価したものです。

中項目評価は４段階で行われ、「S」「A」「B」「C」で表記しました。評価結果の解釈はおおむね以下の通りです。

評価	定義・考え方
S	秀でている
A	適切に行われている
B	一定の水準に達している
C	一定の水準に達しているとはいえない

※更新受審の場合は、前回受審の結果および期中の確認の内容と比較して評価しています。

※各項目で求められている事項が、病院の役割や機能から考えた場合に必要ない（当該事項が行われていなくても妥当である）と考えられる場合には「NA」（非該当）としています。

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 11 月 26 日～11 月 27 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 1

機能種別 リハビリテーション病院（副）

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
該当する項目はありません。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は 1962 年開設した南港外科を礎に、その後三宝会グループの本院として大阪市住之江区に新病院として開設された地域密着型の役割を担う病院である。稼働病床数 109 床で、診療科 15 科目を標榜しており、急性期の患者に対応するとともに地域医療・地域の健康増進に貢献されているケアミックス病院である。今回の病院機能評価の受審は、2004 年の初受審以来 4 回目の受審にあたり、病院管理者や幹部・職員が協働して、組織的・継続的に準備に取り組み、成果を十分に発揮していることが確認できた。審査の結果、多くの項目で水準を満たした適切な機能を維持し評価を得ているが、今後見直されると良いという指摘もあり、医療機能と質の向上に向けて一層の努力を期待したい。今後も貴院の果たす役割は益々重要になると期待され、良質な医療の実践や地域社会に貢献する活動を継続され、さらに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

理念・基本方針は明文化され、院内外への周知が図られている。病院幹部は現状抱えている課題を明確にして、その実現に向けて取り組まれており、評価される。診療情報の総合的な管理・活用方針は明確に示されており、IT システムは計画的に構築・導入され、SE2 名を配置して総合的な管理が行われている。文書は電子ファイル化して管理している。

役割に応じた人員を確保している。特に、医師は医師配置標準数以上の人員を配置して、就労時間内に業務が終えるよう取り組まれており、評価できる。有休取得、総労働時間等に配慮されており、家庭と仕事が両立しやすい満足度の高い労働環境に努められている。労働安全衛生委員会を開催し、健康診断の実施、腰痛症対策、労働災害への対応、職場の安全性の確認、適正な職員ワクチン接種、職員への精神的サポート体制、院内暴力防止および対応体制などが適切に行われている。

職員への教育・研修については、入職時オリエンテーションを実施しており、おおむね適切であるものの、全職員を対象とした各研修会への医師の参加を期待したい。各職員は院内外の勉強会、講習会、学会に積極的に参加して技能向上に努められており、評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利について定められ、入院案内や掲示板などに分かりやすく明示されている。説明と同意に関する方針や手順等が明文化されており、おおむね適切である。今後、同意書を得る範囲や病院側の同席者のルールを明確に定め、手順に沿って行われるよう望みたい。クリニカル・パスの活用に関して、今後はさらなるパス拡大に積極的に取り組み、患者の理解を深めるための取り組みに期待したい。社会福祉士と看護師を配置して多様な相談に応じる体制が確立されている。院内の関係者と協働して対応する仕組みや院外との連携支援体制も整備されている。個人情報保護に関する規程が整備されプライバシーに配慮しており、適切である。臨床現場で解決困難な事案について、倫理委員会等での審議や協議の活発化が望まれる。病棟等の臨床現場において、医師を含めて多職種で検討するとともに、記録の保管が望まれる。

患者・家族の視点から、駐車場を 50 台整備し病室にはテレビなどが設置されているなど、利便性に配慮されており適切である。高齢者・障害者や身体機能の低下した患者に配慮した設備・備品が適切に配置され、院内のバリアフリーも確保されている。ホスピタリティ委員会が毎月環境ラウンドを行っており、整理整頓などの取り組みが行われている。敷地内全面禁煙の方針を明確にし、禁煙外来が開設されているが、患者への喫煙防止に向けた啓発活動を強化されたい。

4. 医療の質

外来や各病棟に意見箱を配置し、患者・家族の意見・要望を収集している。これらの意見・要望は検討が行われ、その結果については院内外へ周知が行われるなど、適切に対応している。症例検討会については病院職員が全て参加できるような多職種カンファレンスの開催が望まれる。院内ラウンドチェックリストに基づき、環境調節や清潔管理を行っている。臨床研究や治験の実施について、倫理委員会での審議等の検討を期待したい。

各病棟や外来では、患者に分かりやすい診療科の責任医師および看護師長が紹介されるよう期待したい。2 週間以内の退院時サマリー作成や診療録の質的監査はおおむね適切に行われている。多職種によるカンファレンスが入院時やリハビリテー

ション、手術前、退院時などの際に積極的に開催されており、検討記録も適切に記載されている。

5. 医療安全

安全対策の体制は、医療安全管理部を置き、医療安全対策室が設置されている。医薬品安全管理責任者ならびに医療機器安全管理責任者等の役割および権限を明確化し、また、医療安全に関する職員の意識の醸成に努められることを期待したい。電子カルテ内にインシデント・アクシデント情報収集システムが導入され、おおむね適切に対応されている。

患者誤認防止対策として、リストバンドの着用や患者自身による氏名の名乗り、手術時のタイムアウトなどが実施されている。手術部位の術前マーキングが行われていないので、マニュアルを作成し、実施することを望みたい。医師の指示出しと薬剤師・看護師による指示受けは的確に行われている。院内で指定されているハイリスク薬の表示は、薬剤科内では表示されているが、病棟や救急カート内でも表示し、ハイリスク薬全般について、その使用上の注意喚起をマニュアル化して周知を図られたい。転倒・転落防止対策は、アセスメントシートによる危険性の評価が行われ、危険回避のためのセンサーベッドや離床センサーが整備されている。医療機器の使用は、人工呼吸器に関しては中央管理がなされ医療安全管理者により安全点検が適切に行われている。急変時の対応として院内救急コードが設定されているが、対応手順について院内に周知し、対応訓練を実施するとともに、全職員を対象としたBLS訓練の参加率を高め救急救命の質向上に期待したい。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止委員会が毎月開催され、多職種で構成されたICTによる院内ラウンドが実施されている。病院全体での部門別サーベイランスは全く行われていない状況であり、特にSSIは手術例も多いので今後積極的に行うことを期待したい。

医療関連感染制御の取り組みとして、手指衛生等の標準予防策が実施されている。汚染寝具やリネンの処理はおおむね適切に管理している。抗菌薬については抗菌薬使用方針が定められ、ICTにより抗菌薬に使用状況の指導を行うなど、適正に使用する体制が整っている。

7. 地域への情報発信と連携

病院案内、ホームページなどで病院情報を発信している。臨床指標や診療実績について、積極的な取り組みを期待したい。地域密着型病院としての役割と機能を明確にして、地域医療連携に取り組まれている。定期的に連携医療機関への訪問を実施して顔の見える地域連携を実施されており、評価される。地域医療連携室で紹介・逆紹介状況を一元的に管理しており、電子カルテ上で情報を共有する仕組みは整備されている。

温泉施設での栄養講座、地域健康教室、糖尿病教室、予防接種、栄養指導教室などで、医療班の参加や健康栄養相談を実施して地域の健康増進に寄与しており、評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診・再診・会計の手続き、緊急患者の対応などは適切に行われている。地域の患者やかかりつけ患者の病態に応じて、時間外を問わず 24 時間対応している。患者受け入れの方針は明確で、適切に行われている。入院時に患者のニーズが把握され、適切な連携先に紹介が行われている。迅速な入院決定を行い、患者・家族に説明を行っている。急性期病棟から地域包括ケア病棟へ転棟となる場合などは、入院診療計画書を作成しているが、その内容が急性期病棟入院時と同じなので、病状に応じた内容とすることが望まれる。相談対応は専門職種が対応する仕組みも構築されている。入院案内に入院手続き、入院生活の案内などが掲載され、時間外なども円滑に入院できる体制が整備されている。

主治医は毎日の回診を行い、必要に応じて患者・家族との面談も行っているが、説明内容などについて診療録への記載を確実に行うことが望まれる。固定チームナーシングとプライマリー制を併用した看護体制がとられている。抗菌薬注射時の観察・記録はおおむね適切に実施されている。手順に基づき、輸血の必要性やリスクについて説明と同意を得ている。周術期の対応は、麻酔は全て麻酔科医によって行われている。重症患者の対応は医師による細かい指示がされており、看護師による密な観察もされている。入院時に褥瘡に対する評価が行われ、ポジショニング表の活用による適切な体位交換の実践がされているなど、予防対策が適切に行われている。入院時に患者の栄養状態や食物アレルギーなどの評価がされ、多職種による NST の介入が積極的に行われている。疼痛緩和における麻薬の適正使用に関しては、WHO の除痛ラダーに従って適切に使用されている。患者・家族の希望を取り入れ、リハビリテーションのリスク評価と説明も確実に行っている。

身体抑制を行う場合は、説明のうえ同意が得られている。療養継続の検討や施設入所の場合の受け入れ先の連絡・調整等の支援も行われている。在宅療養支援が適切に実施されている。終末期の判定は、主治医により行われており、患者・家族への説明が行われている。看取りの方針やドナーカード所持者に対する方針・対応手順を明確にし、支援体制の充実を図られることを期待する。

<副機能：リハビリテーション病院>

外来におけるリハビリテーションは通院患者を中心に各科で受診、診察のうえで、医師の指示に基づいて適切に実施されている。一般病棟からは主治医の回復期リハビリテーション病棟への転棟指示を受け、毎朝のベッドコントロール会議で転入棟が確認されている。整形外科疾患に特化した回復期リハビリテーション病棟になっている。病院として多職種の意見を反映した受け入れに関する方針・入院判定基準を明確にすることが望まれる。また、病棟主専任医の入院選定参加も考慮することが望まれる。診療計画の作成、リハビリテーションプログラムの作成は適切で

ある。社会福祉士は病棟の多職種参加のスタッフミーティング、リハビリテーションカンファレンスに出席し、評価や治療方針の検討、援助の過程、課題を適切に共有し、医療相談は適切に行われている。入院生活とリハビリテーション予定の説明を行い、主治医等の担当者が紹介され、円滑な入院が図られている。

整形外科医の病棟専任医と部長が主治医を担当しており、毎日の回診とともに必要な指示と実施確認、検査結果の評価などが適切に行われている。褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導は適切である。薬物治療に頼るだけでなく、手術後の疼痛など回復期リハビリテーション病棟患者の特有の症状も含めて症状を積極的に把握・評価して看護師、療養士がチームとして症状緩和に取り組むことが望まれる。理学療法、作業療法、言語聴覚療法の取り組みは適切である。社会性の拡大を目指した取り組みが行われており、生活機能の維持・向上を目指したケアは適切に行われている。身体抑制、退院支援、継続した診療・ケアは適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、疑義照会も適宜行い、重複投与や薬剤相互作用など、処方・調剤鑑査も確実にやっている。臨床検査の異常値、パニック値の設定も明確であり、異常値は主治医あるいは当直医に直ちに報告されている。放射線科技師は夜間・休日問わず当直を行い、緊急検査を行っている。管理栄養士は食事ラウンドをして摂取状況の確認や聞き取りを積極的に行っているが、食事の変更などの検討を迅速に行うことを期待したい。リハビリテーション機能は充実したスタッフにより、年間 365 日を通じて必要なリハビリテーションを行っており、適切である。診療記録は電子カルテによる 1 患者 1ID で一元的に管理している。医療機器は機器により中央管理と現場管理がなされ、定期点検、保守点検、業者と共に実施され点検結果も保管されており、医療機器管理機能は適切である。滅菌の質保証はリコール規程が整備され、各種インディケーターによる評価が適切に行われている。

手術や内視鏡生検材料などの病理診断は、全て外部委託で行われている。輸血の廃棄率は低率であり、廃棄率低減の努力を継続しており、おおむね適切である。手術室内の機器は備わっており、術中の患者管理は確実にされている。在宅療養支援病院としてかかりつけ患者の急変時に対応しており、救急医療機能は適切に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に基づいて会計処理は適切に行われている。会計監査は会計士により実施しており、適切性は担保されている。時間外や休日を含む医事業務・窓口の手順は明確にされている。レセプト点検は事務職員と医師が協働してレセプトの確認が行われており、適切である。施設基準を遵守する仕組み、未収金の催促・回収する対応体制は確立している。院内ラウンドの実施や業者との意見交換により継続的に委託業務内容の品質管理に努めている。

病院機能に応じた施設・設備が整備されている。施設管理担当者により施設・設備の点検・管理、応急的な修理は適切に行われている。SPD 業者の棚卸や病院の棚卸（年 2 回）を実施して余剰在庫、使用期限切れ在庫物品の動向を把握している。医薬品については、保管場所の室温管理、期限切れの確認など、適切に行われている。消防計画、防災マニュアル、緊急時の責任体制などが整備され、緊急時に迅速に対応する体制が整備されている。地域防災訓練に参加して地域との連携が図られており、評価できる。保安全管理規程は整備されており、保安全管理は適切に実施されている。事故発生時の初動体制、連絡体制、医療安全対策委員会の招集体制は明確にされている。紛争化の恐れがある事案について、情報の把握・報告・検討などを適切に対応できる仕組みが整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習の受け入れは、療法士、医療事務の学生実習を受け入れている。実習生の受け入れ時には、個人情報保護の取り扱いを含め、守秘義務など説明し契約を締結している。また、実習中に患者との接触がある場合は、あらかじめ患者の了承を得ている。実習プログラムに沿って学生実習は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	【適切に取り組まれている点】 患者さんの権利6項目と責務5項目が2011年に倫理委員会で分かりやすい言葉で定められている。「三宝会グループ案内」、「入院ご案内」に掲載され、各病棟の掲示板などに掲示し、患者・家族への周知が図られている。ホームページへの掲載は2020年3月末までに行う予定となっている。患者・家族からの診療録の開示については、全て1か月以内に迅速に行われている。 【課題と思われる点】 患者さんの権利・責務は定期的に見直すとさらに良い。また、患者の権利に関わる啓発活動を活性化して、職員への周知をさらに徹底することが期待される。
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	B	【適切に取り組まれている点】 説明と同意に関する方針や手順等が明文化され、インフォームドコンセントやセカンドオピニオンの指針・手順も整備されている。同意書は診療情報管理室で一括管理しており、治療や検査に必要な同意書を一覧表にするなど、追加・修正が一元管理されている。説明と同意は一定の書式の中で行われており、おおむね適切である。 【課題と思われる点】 説明のうえ同意書を得る範囲や病院側の同席者のルール、同席できなかった場合の対応や記録の手順、さらに患者の家族以外の者が同席する場合の取り扱い等について明確に定め、手順に沿って行われるよう望みたい。また、説明後の患者・家族の理解状況等の様子について診療録や看護記録に記載されるよう努力されたい。説明・同意書は診療情報管理士により管理されているが、基本的な書式や記載内容の統一を図られるよう望みたい。セカンドオピニオンへの対応について、ホームページや病院案内、院内掲示等での患者への情報提供に積極的に取り組まれることを期待したい。

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	【適切に取り組まれている点】 入院計画書やクリニカル・パスを用いて診療・ケアの計画が説明され、患者との情報共有に務めている。患者誤認防止対策として患者自身による名乗りの協力を得て安全な医療への参加を促進している。さらに、診療に際して医師による病状説明や検査説明には看護師も同席し、疾患や治療についての理解の促進や自己決定の際のフォローが適切に行われている。また、説明の際は模型・絵図・パンフレット等が活用され、安全な医療の提供に向けての取り組みや患者の理解を深めるための支援と工夫は適切に行われている。 【課題と思われる点】 クリニカル・パスの活用に関しては、胃妻造設・大腸内視鏡・大腿骨頸部骨折の3つのパスが事実上運用されている。今後はさらなるパス拡大に積極的に取り組み、患者の理解を深めるための取り組みに期待したい。
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	【適切に取り組まれている点】 社会福祉士と看護師を配置して多様な相談に応じる体制が確立されている。相談窓口は院内掲示、入院案内等で院内外への案内・周知が適切に行われている。医療安全の管理マニュアルに虐待に関するマニュアルが整備されており、虐待が疑われる事例はフローチャートを活用して、対応している。患者支援機能は適切に機能を発揮している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 個人情報保護に関する規程は整備されており、厚生労働省が発信する最新のガイドランスを参考に適時更新されている。電子カルテシステムのパスワードの管理・変更、院内 IT 機器と外部ネットワークの完全分離は適切に行われている。個人情報の記載のある紙媒体についてはシュレッダー処理、溶解処理が行われている。データ、画像は匿名化して貸し出している。患者の要請による病室入口の患者名はひらがなで名字のみの表記としており、病室の扉は常時閉じられており、相談室の個室化など、患者のプライバシーに配慮しており、適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	B	【適切に取り組まれている点】 院内に倫理委員会が設置され倫理綱領や臨床倫理指針などが示されて委員会は随時開催される規程となっている。臨床現場で日常的に発生する倫理的課題については、倫理委員会等で検討・審議されるレベルの事案は発生していない。また、臨床研究や学会発表に関する倫理的課題の審査は医局症例検討会の中で審議されている。 【課題と思われる点】 臨床現場で解決困難な事案への適切な対応や頻発する事案への病院方針の明確化、職員の臨床における倫理的課題に対する認識の統一・共有などのためにも、倫理委員会等での審議や協議の活発な活動が望まれる。
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	B	【適切に取り組まれている点】 病院案内、ホームページ、ちらしなど各種広報媒体を通じて、地域住民に病院情報を発信している。広報担当者はホームページ委員会で担当している。最新の情報の収集や定期的な更新は適切に行われている。 【課題と思われる点】 ホームページに診療科、部門の紹介は行っているが、臨床指標、診療実績は公表していない。診療実績の提供に向けて積極的な取り組みを検討されたい。

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	【適切に取り組まれている点】 地域密着型病院としての役割と機能を明確にして、地域医療連携に取り組まれている。地域医療よろず連携室を窓口として、診療圏における医療ニーズと連携先医療機関の役割・機能を把握している。阪南6区病院連絡会、大阪急性期総合医療センター連絡会、たこ焼きの会、すみずみ勉強会、大阪脳卒中連絡ネットワークなど地域の勉強会の参加や定期的に連携医療機関への訪問を実施して顔の見える地域連携を実施されており、評価される。地域医療連携室で紹介・逆紹介状況を一元的に管理しており、電子カルテ上で情報を共有する仕組みは整備されている。また、返信状況を把握しており、医師に確認、催促して返信漏れをなくす取り組みが行われており、評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 温泉施設での栄養講座、地域健康教室、糖尿病教室、予防接種、栄養指導教室、リハビリ出前教室、住之江区の区民祭り、桜まつり、ゲートボール大会などへの医療班の参加、健康栄養相談会を実施して、地域の健康増進に寄与しており、評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。

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

【適切に取り組まれている点】

安全対策の体制は組織として医療安全管理部を置き、医療安全対策室が設置されている。院長より適切な権限と役割を付与された専任の医療安全管理者（看護主任）を配置し、16名の多職種から構成されている。医療安全対策委員会が毎月開催され、課題分析や対策立案とともに医療安全研修会の企画・実施、医療安全マニュアルの見直し改訂などが行われており、おおむね適切である。

【課題と思われる点】

安全にかかわる現場活動は2018年に設置された医療安全管理部と医療安全対策委員会によって行われているが、各々の構成メンバーが看護部長はじめ各部署長という現状の中、現場の主導的役割が求められる医療安全管理者が積極的な活動と判断がしづらい実態がある。医療安全管理指針に則した権限や職務が確実に遂行できる環境を整える意味で、部門や委員会の役割を明確化し、メンバー編成等の再検討を望みたい。医薬品安全管理責任者ならびに医療機器安全管理責任者等の役割・権限の明確化も併せて望みたい。医療安全に係る年間事業計画や研修テーマなど、さらに検討を重ね、職員全体の安全意識の醸成に努められたい。

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	【適切に取り組まれている点】 電子カルテ内にインシデント・アクシデント情報収集システムが導入されている。発生部署で検証のうえ医療安全管理室へ報告される手順であり、再発防止や改善策が立案・実施されたうえで、改善効果の検証が行われている。インシデント報告は各職種から活発に報告されているなど報告体制は確立されている。分析手法はRCAが用いられ、事故防止対策に努められている。また、具体的事例や集計結果が委員会活動を通じて院内にフィードバックされており、おおむね適切である。 【課題と思われる点】 職員への教育研修をさらに充実し分析・改善計画・実践・評価のルールを明確化して、再発防止に役立てられるシステム運営を期待したい。また、レポート提出や研修参加において医師への啓発を望みたい。
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	【適切に取り組まれている点】 「院内感染防止委員会」が毎月開催され、毎年改訂されている。「院内感染防止マニュアル」に基づき、検出菌のデータ分析などがされている。感染防止対策加算2を取得し、他病院と感染に関する情報交換を実施している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 ICTは、多職種で活動を行っている。ICTによる院内ラウンドは、各病棟には毎週感染対策相互チェックリストに基づいて行われている。アウトブレイクの基準に基づいた対応手順や、保健所への届出基準もあり、2019年2月のインフルエンザのアウトブレイクに適切に対処している。 【課題と思われる点】 病院全体での部門別サーベイランスは全く行われていない状況であり、特に、SSIは手術例も多いのでサーベイランスを積極的に行うことが望まれる。今後はICNやICDを養成すれば、さらに良い。

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	【適切に取り組まれている点】 意見箱は、外来、各病棟に配置して毎日回収しており、満足度調査の実施や各部署からの報告書などを通して、患者・家族の意見・要望を収集している。ホスピタリティ委員会で検討が行われ、その結果については記名ありの意見に対しては記名者に適切にフィードバックしている。また、回答は病棟・外来に掲示している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 各病棟では、多職種カンファレンスが毎週開催されており、適切である。毎週行われている医局会では、デスカンファレンスが行われている。診療ガイドラインは医局でいつでも閲覧できる環境となっている。 【課題と思われる点】 症例検討会については病院職員が全て参加できるような多職種カンファレンスの開催が望まれる。クリニカル・パスは患者用パスの3種類のみでその適用率も低いので、さらなる活用が望まれる。臨床指標の活用も望まれる。
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	A	【適切に取り組まれている点】 ホスピタリティ委員会では、院内ラウンドチェックリストに基づき、環境調節や清潔管理を行っている。患者の満足度調査や外来待ち時間調査を、年数回行っている。2017年3月に行われた厚生局の適時調査では、入院診療計画書などに関する指摘を受け、迅速に対処している。2019年8月の保健所の医療監視では書面での指摘はなかった。 【課題と思われる点】 接遇研修には医師も参加することが期待される。患者満足度調査の結果について考察は十分にされているので、今後は医療サービスや業務改善などの実施に結び付けることが期待される。

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	B	【適切に取り組まれている点】 新たな医療機器の購入や学会発表などで、稟議書を提出し審議する手順があり、適切に運用されている。薬剤の保険適応外の使用については、原則として認めない方針がある。 【課題と思われる点】 臨床研究や治験の実施については、治験委員会での審議のみとなっているので、倫理的側面からの審査を行うよう倫理委員会での審議も望まれる。
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	【適切に取り組まれている点】 駐輪場は50台確保している。来院時のアクセスの利便性も良い。コンビニエンスストア、スーパー、飲食店、喫茶店などが病院周辺にあり日常生活に支障はない。病室はロッカー、冷蔵庫、テレビ、床頭台、セーフティボックスが設置されている。携帯電話は使用制限なしの方針、公衆電話の設置、郵便物・宅配・新聞の取り次ぎ、面会時間、消灯時間の取り決めなど、入院患者の視点から利便性に配慮されており、適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 院内のバリアフリーが確保されている。高齢者・障害者や身体機能の低下に配慮した設備・備品が適切に配置されている。これらの設備・備品の点検・整備は適切に管理されている。 【課題と思われる点】 特記なし。

1.6.3	療養環境を整備している	B	【適切に取り組まれている点】 建物の構造上、診療やケア、処置などに十分なスペースを確保することが困難な状況にあるが、ホスピタリティ委員会が毎月環境ラウンドを行っており、整理整頓などの取り組みが行われている。デイルームや食堂は整備され、くつろぎの空間が確保されている。 【課題と思われる点】 院内にある患者・家族との面談室は狭い。机・椅子の配置を見直して利用しやすいよう工夫されたい。また、患者食堂に配茶用の給湯器が設置されているが、給湯器は90度の温度設定となっており、警告表示も見当たらないことから使用者の熱傷のリスクを回避できない状況にある。職員だけでなく高齢となった患者や家族が使用することが予測でき、安全確保のため給湯器設置場所や温度設定、取り扱いのルールを再検討されることが望まれる。
1.6.4	受動喫煙を防止している	B	【適切に取り組まれている点】 敷地内全面禁煙の方針を明確にし、禁煙外来を開設されており、評価できる。受動喫煙防止に向けた取り組みとして職員の就業中禁煙を実施している。 【課題と思われる点】 患者に対して入院案内、院内掲示により受動喫煙防止の啓発を行っているが、病院玄関付近で入院患者が喫煙しているなどの状況が見受けられたため、喫煙防止に向けた啓発活動を強化されたい。

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	【適切に取り組まれている点】 管理・責任体制は明確にされ、病棟には当日の勤務者が掲示され、医師の勤務状況や不在時の対応も明確にされている。各病室のベッドには主治医・担当看護師が示され、患者・家族に周知されている。看護の体制は、固定チームナーシングとプライマリー制がとられ、患者にも説明されている。医師の回診や病棟師長の病棟ラウンドが毎日行われるルールがあり、診療・ケアの状況を把握しており、おおむね適切である。 【課題と思われる点】 各病棟や外来では患者に分かりやすい診療科の責任医師および看護師長が紹介されるよう期待したい。
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B	【適切に取り組まれている点】 2019年7月より電子カルテが運用され、患者の病状に応じて、必要な記録は経時的に多職種でされ、情報共有がなされている。看護記録は、チェックリストによって、質的監査が行われており、最近医師記録も質的監査が行われるようになった。 【課題と思われる点】 退院時サマリーの2週間以内の作成率は低く、紙カルテのサマリーも未完成なものも見られたため、改善が求められた。指摘を受けて、退院時サマリーの完成率向上に取り組まれた結果、2週間以内の作成率は100%となり、過去の未完成サマリーにおいても100%作成された。医師記録については、現病歴や入院目的、家族歴などの記載がない診療録が見られ、また、医師の質的監査が行われていなかったため、改善が求められた。指摘を受けて、本格的に医師記録の質的監査を開始し、医師診療録の確実な記載や診療記録の質的監査を行うよう改善された。今後も継続した取り組みが望まれる。

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	【適切に取り組まれている点】 誤認防止対策は、リストバンド着用と氏名の名乗りによる確認が並行して行われている。手術時のタイムアウトは、執刀前に執刀医の主導で全員で行われている。検体ラベルが医師の指示入力と同時に打ち出され、患者氏名・患者 ID の確認呼称とダブルチェックが行われている。チューブ類は、栄養と注射の誤認を防ぐためカラーシリンジが使用されている。点滴ラインには薬剤名を記入したタグの貼付とともに呼称とダブルチェックによる確認がなされている。また、検体誤認防止は採血・採尿・病理細胞の検体確認についても適切に行われている。 【課題と思われる点】 年間の手術は 300 件以上行われており、特に整形外科においては骨折などの緊急手術が行われている。タイムアウトは実施されているものの、以前実施されていた手術部位の術前マーキングは行われていない。より確実な誤認防止のために、組織的な課題として捉え、マーキングを実施するなど、誤認防止のためのさらなる工夫が求められる。
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A	【適切に取り組まれている点】 「指示受け手順」に基づき、医師の指示出しと薬剤師・看護師による指示受けは的確に行われている。医師による口頭指示は、「緊急時以外は口頭指示を受けないことを原則とする」と明確にされており、やむを得ない場合に口頭指示があった場合の手順も明確である。医師による口頭指示後のカルテ記載も行われている。病理結果の悪性所見は、外部委託から届いたファックスを主治医に直接渡すシステムが運用されている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を 実践している	B	【適切に取り組まれている点】 薬剤科での薬剤管理や病棟、手術室での定数配置での薬剤管理は適切に実施されている。 【課題と思われる点】 院内で指定されているハイリスク薬の表示は、薬剤科内では表示されているが、病棟や救急カート内でも、ハイリスク薬の表示をすることが望まれる。ハイリスク薬全般について、その使用上の注意喚起をマニュアル化して、勉強会をすることも望まれる。また、劇薬は表示がされているが、他薬と区別して配置することも望まれる。
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A	【適切に取り組まれている点】 全入院全患者を対象に、入院時と随時に転倒・転落アセスメントシートによる危険性の評価が行われ、標準看護計画により個別性を重視した予防対策が立案・実施され、家族にも説明されている。また、危険回避のためのセンサーベッドや離床センサーが整備されている。転倒・転落リスク状態にある患者の状況を多職種間で共有するためのカンファレンスも開催され、患者の履物などについて対策の検討が活発に行われている。また、事故発生時の対応マニュアルも整備されており、適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A	【適切に取り組まれている点】 人工呼吸器2台、輸液ポンプ4台、シリンジポンプ6台、除細動器1台が各現場に分散されて現場管理されているが、外来および病棟は使用開始前、就業時の日常点検が毎日行われており、点検記録も記載されている。人工呼吸器に関しては中央管理がなされ医療安全管理者により、安全点検が適切に行われている。使用方法の職員教育に関して、新人および中途採用者を対象に実施するほか、機器メーカーの協力を得て院内研修を実施しており、適切である。 【課題と思われる点】 中央管理となっている2台の人工呼吸器には「点検済み」、「未点検」などの表示を付け、さらに安全に取り出せる工夫を期待したい。

2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	B	【適切に取り組まれている点】 院内救急コード「コードブルー」が設定され、救急カートは院内の4か所に設置され、看護師による毎日の点検と薬剤師による月に1回の点検が行われている。患者等急変時の対応が明文化されている。 【課題と思われる点】 患者等急変時における院内緊急コードの対応訓練は、1年以上実施が滞っており、全職員を対象とするBLS訓練は年に1回実施されているが、参加率は向上していない。また、コードブルー対応手順が院内に周知されていないところが見受けられた。患者等急変時における院内緊急コードを周知し、対応訓練を実施するとともに、全職員を対象としたBLS訓練の参加率を高め救急救命の質向上に期待したい。また、リハビリテーション室は立地状況からみて、AEDと救急カートの設置を検討されるよう期待したい。救急カートの管理・点検について、点検記録は看護師・薬剤師が別々に記載しているため、点検基準・マニュアルを作成し、共通の管理が望まれる。
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	【適切に取り組まれている点】 手指衛生等の標準予防策や感染経路別の予防策に基づいた対応が実践されており、環境ラウンドの実施により、1処置1手洗いなどの確認が行われている。 【課題と思われる点】 病棟では、血液汚染リネンは委託処理業者の処理ルールに従い、ビニール袋に入れ、一時保管場所である汚物室の指定のランドリー容器に入れて保管していた。指定のランドリー容器は、患者の入浴時間の午前・午後の数時間の間は浴室など、汚物室内外の不特定の場所に移動し置かれており、安全な管理とは言い難いため、改善が求められた。指摘を受けて、リネンの一時保管場所の変更を行い、適切に管理ができるよう改められた。また、院内の各現場で一次洗浄が行われているが、一次洗浄場所にPPEが設置されていない実態が見受けられたため、改善が求められた。指摘を受けて、汚物室内にPPEを設置し手順書も改められ、洗浄時はPPEを着用するよう周知がされた。今後も継続した取り組みを望みたい。

2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	【適切に取り組まれている点】 「抗菌薬使用方針」が定められ、ICTによって、抗菌薬の使用状況の指導を行っている。耐性菌を生じやすい特定抗菌薬5品目については届出制とし、その投与期間にも関与しており、抗菌薬を適正に使用する体制が整っている。周術期における抗菌薬の使用については、「予防的抗菌薬投与の原則」に基づいて行っており、適切である。 【課題と思われる点】 アンチバイオグラムを作成し、医師に情報提供を行うようにすると、さらに良い。
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	B	【適切に取り組まれている点】 患者・家族の抱える倫理的な課題が認められたときは、まず看護師が病棟カンファレンスなどで協議・検討され、必要に応じて主治医が介入している。 【課題と思われる点】 病棟等の臨床現場において、患者・家族が抱える倫理的課題や診療・ケアにおける倫理的課題の検討は、看護師による検討記録が数例確認できた。医師を含めた多職種による積極的な検討と記録の保管が望まれる。臨床の様々な場面で生じる個別具体的な倫理的課題について、敏感に対応できる職員を育成するために、職員の倫理に関する教育や研修を充実されることを期待したい。
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	【適切に取り組まれている点】 医師や看護師、療法士、管理栄養士、社会福祉士など多職種によるカンファレンスが入院時やリハビリテーション、手術前、退院時などの際に積極的に開催されており、検討記録も適切に記載されている。また、感染管理や褥瘡管理、栄養サポート、リハビリテーション、退院支援など専門チームによる活動や法人全体でユマニチュードによるケアへの取り組みや研修会が活発に展開されており、適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 外来運営の手順は明確化されており初診・再診・会計の手続き、地域連携室による紹介患者の対応、緊急患者の対応などは適切に行われている。外来受診の案内、診療科の紹介、外来診察表、医師紹介など患者が必要とする診療情報は院内掲示やインターネット上で提供している。待ち時間調査を実施し、状況を把握している。電子カルテの導入、予約制、再来受付機の設置、代行入力クラークの配置など、待ち時間短縮に向けた取り組みが行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 地域の患者やかかりつけ患者の病態に応じて、時間外を問わず 24 時間対応し、診療を行っており、地域医療を支える病院として適切である。外来診療では、待合室、診察室ともに十分なスペースがあり、初診来院から、診察、検査、処方など円滑な流れで診療を行っている。インフルエンザ流行期などでの感染症の恐れのある患者の初診では、待機室を準備し迅速に対応しており、適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.3	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A	【適切に取り組まれている点】 患者受け入れの方針は明確で、近隣の医療機関や施設からの要請に応じており、時間外・休日等の受け入れも適切に行われている。また、毎朝ベットコントロール会議が行われ迅速な入院判定により、受け入れ患者の待機期間の短縮を図るとともに、地域医療よろず連携室が中心となり病棟と診療科間の調整を図りながら円滑な受け入れに努めており、適切である。毎朝地域医療よろず連携室で「病床管理委員会」が開かれ、空床状況の把握が行われている。連携医療機関ごとに、地域医療よろず連携室の担当者が決められており、緊急入院などに対応しており、適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	B	【適切に取り組まれている点】 侵襲的な検査は、消化器内視鏡検査、CTでの造影検査などであり、患者への検査の必要性の説明も、文書を用いて分かりやすいように工夫し、同意書を作成している。 【課題と思われる点】 検査中の観察記録は、記載漏れがみられるので確実に実施することが望まれる。鎮静薬を用いた消化器内視鏡検査では、検査終了後に綿密な観察を行う手順を作成し、実施することが望まれる。
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A	【適切に取り組まれている点】 入院時に、社会福祉士や看護師、退院調整看護師により患者のニーズが把握され、高齢や障害などの患者状態、家族のQOLなどを尊重しつつ、患者・家族の同意のもとに医療ニーズに応じた紹介が行われている。紹介先については、関係病院ならびに訪問診療や訪問看護との連携も活発に行われている。また、転院の際には専門医療機関への紹介の必要性が医師により患者・家族に説明され、同意が得られたうえで患者紹介が行われており、適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 医師・看護師は、「入院受け入れ基準」、「入院時対応」に基づき、迅速な入院決定を行い、入院の必要性について患者・家族に説明を行い、患者の希望にも配慮している。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B	【適切に取り組まれている点】 入院診療計画書はまず医師が記入し、その後看護師によって迅速な作成と診療・ケアに関する説明がされ、他職種もサインし共有している。看護計画は入院後早期に作成され、療法士や管理栄養士、薬剤師などの他職種の介入も入院後早期に行われており、適切である。 【課題と思われる点】 急性期病棟から地域包括ケア病棟へ転棟となる場合などは、あらためて入院診療計画書を作成しているが、その内容が急性期病棟入院時と同じなので、病状に応じた内容とすることが望まれる。
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A	【適切に取り組まれている点】 相談対応は社会福祉士により行われている。内容により医師や看護師、療法士、管理栄養士、薬剤師等の専門職種が対応する仕組みも構築されている。相談内容は電子媒体で記録して電子カルテにより関係職員間で情報の共有が行われている。社会福祉士のみが閲覧できる相談記録と組織で情報共有する相談内容は明確に分けて記録している。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A	【適切に取り組まれている点】 入院案内に入院手続き、入院生活の案内、各種の注意事項、施設案内図などが分かりやすく掲載され、時間内・外、休日ともに円滑に入院できる体制が整備されている。入院後には病棟看護師によるオリエンテーションが行われ、その後も多職種による個々の患者に必要な案内を行っている。また施設入居者の場合は、必ずキーパーソンに連絡を入れてもらい了解を得てから入院となる。入院後病棟では病棟の特殊性を踏まえオリエンテーションが行われるなど、受け付けから外来、病棟の連携によりスムーズに入院できる仕組みが整えられている。また、緊急入院患者については、祝祭日等を問わず食事や整容道具等の柔軟な対応がなされ、付き添い家族に対する配慮もあり、適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	B	【適切に取り組まれている点】 「医師の業務管理規程」に基づき、主治医は毎日の回診を行い、患者の状態に応じた指示が行われている。主治医不在時の代理医師も決められており、適切である。 【課題と思われる点】 必要に応じて、患者・家族との面談も行っているが、その説明内容などの診療録への記載は医師も確実にを行うことを期待したい。
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 固定チームナースングとプライマリー制を併用した看護体制がとられており、10対1施設基準に則した看護人員が配置されている。看護体制を補うための報告・連絡・相談のルールを徹底して情報の共有化に日々努力している。看護カンファレンスは毎日開催され、多職種連携カンファレンスは毎週2回開催しており、日常の身体的・精神的・社会的ニーズは標準看護計画に反映され、ケアの実際も評価され記録されている。さらに看護基準・手順やマニュアル等の作成・改訂も適切に行われている。病棟管理ならびに看護ケアの実践は適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B	【適切に取り組まれている点】 薬剤師によって内服薬は配薬箱に整理され病棟へ払い出されている。看護師による服薬確認も確実に行われている。病棟や外来での点滴の配合はすべて看護師が行っている。 【課題と思われる点】 抗菌薬の点滴静注の投与は、看護師による観察が行われていなかった。抗菌薬注射時における院内で統一した手順が整備されているが、看護職員に周知徹底されていなかった。また、薬剤管理指導料を算定しているが、薬剤師の減少に伴いこの数か月は病棟での服薬指導などが行われていないなどの状況が見られ、改善が求められた。指摘を受けて、抗菌薬注射時の観察・記録手順について看護職員への周知徹底を行い、実施するよう改められた。また、2020年4月に薬剤師を増員し、薬剤指導等の薬剤師業務の改善に向けた取り組みが行われている。今後も継続した取り組みが望まれる。
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 「輸血の準備・管理・観察」に基づき、輸血の必要性、合併症などの説明が行われ、同意書を得るようにしている。輸血実施時の患者の観察も確実に行われている。 【課題と思われる点】 輸血実施約3か月後に行われる感染症検査の実施は最近行っているが、その実施状況を把握することが期待される。
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	B	【適切に取り組まれている点】 麻酔は全て常勤麻酔科医によって行われている。手術担当看護師は、術前訪問を行っている。手術でのタイムアウトは実施され記録されている。麻酔科医などによって、周術期の患者の状態把握がされており、麻酔記録も確実で、手術室退室基準の運用も行われている。 【課題と思われる点】 麻酔科医による術前訪問があればなお良い。手術と麻酔の説明書・同意書が一部一体化しているが、手術と麻酔の説明は分離して行うことが望まれる。

2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 重症患者の対応として、病棟ナースセンター近くのプライマリー部屋に移動し治療を行っている。重症例での医師の指示は細かくされており、看護師による密な観察もみられる。患者・家族の希望に応じて、他の医療機関に紹介するシステムがあり、適切な対応がなされている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院時には褥瘡に対する評価が行われている。褥瘡対策委員会が設置され、褥瘡発生リスクの評価やカンファレンスが定期的に行われ、予防策が立案・実施されている。褥瘡回診は褥瘡対策委員ならびに NST 委員により毎週実施され、DESIGN-R 分類により評価・記録されている。必要に応じ皮膚科医師のコンサルテーションが受けられる体制が整備されている。さらに、ポジショニング表の活用による適切な体位交換の実践が徹底されるほか、体圧分散式マットレス使用基準が設けられ、エアマットの導入等も含めた予防対策が図られており、適切である。 【課題と思われる点】 院内発生率や有病率などの数値化管理をより充実させ、褥瘡対策の評価・改善に役立てられることを期待したい。
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 管理栄養士 4 人体制で、1 人 1 病棟の担当制を導入している。入院時に患者の栄養状態や摂取状況、食物アレルギーの有無等が評価され、栄養管理計画の立案に反映されている。NST 介入は月に 34 件で、多職種によるチーム活動が積極的に行われている。また、嚥下リハビリおよび退院支援サポートも加わるカンファレンスにて、患者の状況に応じた栄養管理・栄養指導、摂食・嚥下支援を行い、医師や他職種と情報共有している。入院時には、患者全員を対象に栄養管理計画書を作成し、栄養状態評価・摂食・嚥下機能評価を行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 看護師を中心にマニュアルの作成・見直しが行われており、症状緩和に関する方針も明確化されている。疼痛に対してはNRS・FPS スケールを用いて統一的・客観的に評価され、疼痛緩和マニュアルに基づいた疼痛コントロールやケアが行われ、ケア記録も記載されている。疼痛緩和における麻薬の適正使用に関しては、WHO の除痛ラダーに従って適切に使用されている。使用時は薬剤師の関与もあり適正に使用されている。また、その他の症状別ケアについては標準看護計画による症状別看護によりケアが実施されており、全人的な視点から必要に応じ臨床心理士の介入もあり、精神的サポートも考慮した基準・手順書が作成されており、適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 医師によりリハビリテーション指示箋が出され、リハビリテーション実施計画書が協働で立案・実施されている。術後早期のリハビリテーションも行っている。患者・家族の希望を取り入れ、リハビリテーションのリスク評価と説明も確実に行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 身体抑制に関する方針や適応基準が定められ、転倒・転落アセスメントなどの評価に基づいて身体抑制の要否が検討されている。身体抑制を行う場合は、抑制の必要性や目的、使用物品、抑制部位、抑制期間などが記載された説明・同意書により説明のうえ同意が得られている。 【課題と思われる点】 身体抑制後に毎日行われている回避や軽減、解除に向けたカンファレンスは、原則として医師をはじめとして関係職種が参加することとなっているが、医師の参加率が低迷していることから積極的な参加が期待される。観察記録は各勤務帯で記録されているが、4点柵による行動抑制であっても各勤務帯の1記録ではなく、観察の実態を記載するよう検討を期待する。
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院直後から退院支援に関するスクリーニングが行われており、退院支援看護師を配置し多職種の協働により退院支援計画書が作成されている。退院相談には退院支援看護師が中心となり対応し、さらに、患者・家族の同意のもとに、医師や社会福祉士、療法士などのチームによる対応も行われている。退院前には、地域のケアマネージャー等の外部機関とのカンファレンスも積極的行われており、療養継続の検討や施設入所の場合の受け入れ先の連絡・調整等の支援も行われている。関係機関への情報提供も充実しており、評価できる。 【課題と思われる点】 退院支援体制は確立しているが入院から退院までの流れを明文化し、医師・看護師・MSWの役割分担を明確にし、医師の積極的な退院支援カンファレンスの参加が期待される。

2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A	【適切に取り組まれている点】 在宅療養支援は入院直後から進められており、社会福祉士と退院支援看護師により制度の紹介や支援が行われている。医師や病棟師長、外来師長、退院支援看護師、療法士、外部ケアマネージャーなどが情報を共有し、必要に応じた計画の見直しなども行われている。患者が必要とする継続ケアを提供するための訪問診療や訪問看護、在宅サービス事業所等と積極的に連携するなどして在宅支援は適切に実施されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	B	【適切に取り組まれている点】 終末期の判定は、主治医により行われ、患者・家族への説明と意向確認が行われている。意思決定は繰り返し患者・家族の意向が確認され、QOLにも配慮した診療・ケア計画が多職種による検討を経て立案されているなど、患者・家族の意向の反映に努めている。 【課題と思われる点】 看取りの方針を明確にし、訪問診療・看護と連携しながら在宅医療を受けている患者の支援体制の充実を図られることを期待する。臓器提供についての患者の意思の確認と、対応手順について病棟等の職員に周知されていない実態がある。ドナーカード所持者に対する方針・対応手順などを明文化し、手順に従った適切な対応が望まれる。

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	【適切に取り組まれている点】 薬剤師は常勤3人の体制で、病棟、外来を担当し、疑義照会も適宜行い、重複投与や薬剤相互作用など、処方・調剤鑑査も確実にやっている。夜間は薬剤師が不在のため、必要な薬剤を職員2人が薬剤部に入室し持ち出すことになっており、その入室記録も確実に記載されている。また、麻薬の持ち出しについては、オンコールで薬剤師の許可を得て看護師が取り出す体制となっており、その管理は確実である。薬事委員会が毎月1回行われ、採用薬品の検討を行っている。患者持参薬は、すべて薬剤師が電子カルテのオーダーリングに持参薬入力を行っている。 【課題と思われる点】 点滴・注射薬の病棟への払い出しは、1施用ごとに区分けすれば、さらに良い。
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 臨床検査技師は常勤3人体制で検体検査、生理機能検査等を行っている。夜間休日はオンコール体制であるが、簡易な検体検査は看護師が代行している。外部の精度管理を年1回受けている。異常値、パニック値の設定も明確であり、異常値は主治医あるいは当直医に直ちに報告されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 放射線科技師は常勤6人で、夜間・休日問わず当直を行い、緊急検査を行っている。造影CT検査などを行う場合、患者確認も確実に安全に行っている。CT検査結果の読影所見記載は非常放射線科医師が行い、記載率が100%となっている。 【課題と思われる点】 主治医が読影所見を閲覧したという記録も期待したい。

3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	B	【適切に取り組まれている点】 厨房設備がなく、食事は委託業者の工場で製造された完全院外調理を採用しており、再加熱カートでカート搬入されている。委託業者の工場を視察して、衛生管理、食事の調理・盛り付け状況、完成品検査の実態の有無を調査している。給食委員会で食事の品質や内容について検討している。 【課題と思われる点】 管理栄養士は食事ラウンドをして摂取状況の確認や聞き取りを積極的に行っているが、患者からの食事へのクレームや給食内容の不満に対して、食事の変更などの検討を迅速に行うことを望みたい。
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	【適切に取り組まれている点】 理学療法士 20 人、作業療法士 5 人、言語聴覚士 4 人のスタッフで、専従医はいないが施設・設備も兼ね備え、病棟でのベッドサイドのリハビリテーションにも応じており、リハビリテーション機能は適切に発揮されている。充実したスタッフで年間 365 日を通じて、必要なリハビリテーションを行っており適切である。各病棟でのカンファレンスで、医師や病棟看護師との情報共有を行っている。訓練内容などについても、患者の状況に応じた内容への変更を医師に求めるなど、療法士任せになっておらず適切である。療法士は院内勉強会の講師を務めるなど、リハビリテーションの必要性などを広めている。 【課題と思われる点】 特記なし。
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 診療記録は電子カルテによる 1 患者 1ID で一元的に管理している。診療記録の量的点検は診療記録確認票を用いて実施している。同意書等の紙媒体は名寄せして管理している。診断名や手術名をコード化して DPC データ、がん登録に使用するなど診療記録の価値の充実化に取り組まれている。 【課題と思われる点】 特記なし。

3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 医療機器は機器により中央管理と現場管理がなされ、医療機器安全管理責任者と病棟・外来師長が管理責任者となり管理されている。日常点検は看護師により実施され、定期点検は6か月に1回、保守点検は年に1回、業者と共に実施され点検結果も保管されている。時間外・休日のトラブル発生時には、代替機器が常に用意されており安全を確保するための体制も確立されている。また、医療機器の標準化に向けた検討も医療機器安全管理委員会にて検討されており、医療機器管理機能は適切である。 【課題と思われる点】 医療機器の点検については年間の点検スケジュールを明確にし、計画的に実施されることを期待する。また、点検済みである医療機器の保管棚の表示を分かりやすくし、さらに安全な管理運営が期待される。
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 外来看護師長が責任者を兼務し、滅菌技師の資格を有する看護師が定期的に関与し担当看護師や看護助手の作業指揮や指導、感染対策教育等が行われ、使用済み器材の滅菌・消毒の中央化が図られている。中央滅菌室の作業環境は、不潔・清潔のエリアが一部交差する通路があるが、時間による使用制限のルール化を図るなど工夫しながら作業が遂行されている。医療材料の保管管理や払い出し、滅菌物を含めた滅菌期限の管理は適切に管理されている。滅菌物は扉のある棚や種類別滅菌コンテナに収納され、滅菌の質保証はリコール規程が整備され、物理学的・生物学的・化学的インディケーターによる評価が適切に行われている。 【課題と思われる点】 中央材料室のスペースが狭いという問題から、各現場での一次洗浄が余儀なくされているが、安全な取り扱いの観点から今後は中央化が図られることを期待したい。

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	【適切に取り組まれている点】 手術や内視鏡生検材料などの病理診断は、全て外部委託で行われている。検査の提出や検査結果の報告の管理は、臨床検査科で行っている。 【課題と思われる点】 病理検査結果を主治医が閲覧したという記録を確実に行うシステムがあれば、さらに良い。
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	NA	【適切に取り組まれている点】 放射線治療機能はないので NA とした。 【課題と思われる点】 特記なし。
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	B	【適切に取り組まれている点】 輸血の担当部署は検査科であり、輸血管理料Ⅱを算定しているが輸血療法委員会はない。検査科で輸血件数や廃棄率などが把握されている。定数配置せず、必要時に血液供給センターから取り寄せている。廃棄率は1%以下であり、廃棄率低減の努力を継続している。 【課題と思われる点】 自記温度記録装置付き冷蔵庫では、他の血液製剤（免疫グロブリン製剤）と共用であり、輸血製剤は上段の棚を専用として区別されているが、専用の冷蔵庫での保存が望まれる。
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 全身麻酔は年間 265 例であり、常勤の麻酔医 1 人によって行われている。全麻手術は、主に整形外科骨折手術などである。手術室内の機器は備わっており、術中の患者管理は確実に行われている。HEPA フィルターは年 1 回検査を行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。

3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA	【適切に取り組まれている点】 独立した集中治療機能はないので NA とした。 【課題と思われる点】 特記なし。
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 救急患者を受け入れる方針があり、救急患者は年間 2,000 人以上を受け入れている。「在宅療養支援病院」としてかかりつけ患者の急変に対応しており、救急医療機能は適切に発揮されている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 理念・基本方針はで明文化され、院内ホームページ、インターネット入院案内および院内掲示により院外への周知が図られている。名札の裏、部署掲示、昼会により職員への周知に努められている。経営会議、理事会の場で理念・基本方針の内容を検討して、現状維持か否かを議論している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 5か年計画に将来ビジョンを明確にして示している。将来像は院内インターネット、説明会を通して職員に周知されている。病院幹部は現状抱えている課題（新病院の建て替え、看護師の指導体制、事務業務の煩雑さの解消）を明確にして、その実現に向けて取り組まれており、評価できる。個別目標管理シートの作成と評価、幹部面談の実施、病院幹部は担当する委員会に出席して委員会の意見を吸い上げるなど、職員の就労意識を高める取り組みが行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。

4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A	【適切に取り組まれている点】 運営に係わる事項は幹部出席のもと毎月開催される経営会議で協議・決定されている。協議内容は院内インターネットにより、組織的に伝達・周知される仕組みは確立されている。組織図、職務分掌、会議・委員会規程は整備されている。各委員会は適切に開催され、議事録も残されている。30年計画、3年計画、年次計画、部門目標、個人目標を策定され達成度も確認されている。目標設定から達成度評価に至るPDCAのサイクルは確立されている。 【課題と思われる点】 組織の改編について2019年11月より検討を始めており、新組織の構築については今後の取り組みに期待したい。
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	【適切に取り組まれている点】 診療情報の総合的な管理・活用方針は明確に示されており、ITシステムは計画的に構築・導入されている。担当者としてSE2名を配置してITシステムの総合的な管理が行われている。システム情報は履歴管理、セキュリティ面においても留意されており、適切である。また、「真正性」、「見読性」、「保存性」の3要件は担保されている。サーバー室の鍵管理も適切に行われている。電子カルテがシステムダウンした場合の紙カルテ移行と対応策は明確にされている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 文書は電子ファイル化して管理している。文書管理規程は作成され、文書作成から承認まで明確に定められている。文書を管理する部署、責任・担当者を明確にしている。院内文書の承認の流れは文書登録申請書により管理している。改訂履歴、作成責任者、承認の仕組み等は整備されている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 施設基準などの法定人員は確保されている。医師、看護師、療法士、薬剤師等、病院の機能、役割に応じた人員を確保している。特に、医師は医師配置標準数 6.2 人に対して、非常勤を含め 17.44 人を配置して、就労時間内に業務が終えるよう取り組まれており、評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 就業規則、給与規程などの諸規程は策定されており、定期的に更新されている。36 協定は職員の代表者と協議して適切に締結している。人事・労務管理の担当部署は明確にして、昇格人事、職種別勤務情報・就労状況は適切に把握・管理している。退職事由も把握しており、就労管理は適切に行われている。週 37.5 時間制の採用、有休取得、総労働時間に配慮されており、家庭と仕事が両立しやすい満足度の高い労働環境に努められている。 【課題と思われる点】 特記なし。
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 労働安全衛生委員会は産業医を含む適切な構成メンバーにより毎月開催されており、記録もある。健康診断受診状況は 100% の受診率となっている。腰痛症対策として療法士による腰痛研修を実施している。労働災害は事務処理、再発防止策の立案と実施、追跡確認を行うなど適切である。抗がん剤の注射薬のミキシングは薬剤師によってのみ安全キャビネットで行われている。職場環境測定を実施して職場の安全性を確認している。ワクチン接種についてはワクチンの原価のみ個人負担で実施している。職員への精神的サポートはストレスチェック、臨床心理士との面談が行われている。院内暴力防止および対応手順を作成している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 休職明けのリターン勤務、夜間専従看護師の配置、2時間単位の有休制度、院内保育施設、住宅手当、職員食堂など職員の就業を支援する取り組みが行われている。病院行事の開催、スポーツジム、宿泊施設の割引券配布、慶弔金の支給など魅力ある職場づくりに取り組まれている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 新人研修は入職時オリエンテーションを実施している。出張扱い、参加費用補助、時間的配慮の支援により積極的に院外の学会発表、学会・研修会の参加を推奨している。 【課題と思われる点】 全職員を対象とした研修・教育は医療安全、感染制御、医療の倫理、個人情報保護、接遇が行われているが、患者の権利、ハラスメントの全体研修は行われていない。各研修会に医師の参加が全くない状況であるので、医師は各研修会に積極的に参加して全体研修に対する関心の向上を望みたい。患者の権利に関する研修会を病院全体で開くなど、院内職員への周知をさらに徹底することが期待される。全職員対象の感染に関する研修会を、年2回開催しているが、参加数が少ない。欠席者にはハンドアウトを配り、アンケートにて理解度を確認しているが、その実施率の把握も望みたい。職員用図書は医局に収納されているが、一部の図書目録しか作成していない。図書目録を整備されたい。

4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 人事考課制度による職員の能力評価が実施されている。各職種の特性に応じた専門能力育成を積極的に支援している。看護師の教育・研修はキャリア・ラダー、目標管理が導入され、看護教育委員会の指針に則り指導・評価がされている。部門ごとに職員個々の目標に沿った教育・研修活動が行われており、職員個別の能力を開発する仕組みは確立している。各職員は院内外の勉強会、講習会、学会に積極的に参加して、技能向上に努められており、評価できる。 【課題と思われる点】 認定看護師の育成が図られることを期待したい。
4.3.3	学生実習等を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 学生実習の受け入れは、療法士、医療事務の学生実習を受け入れている。実習生の受け入れ時には、個人情報保護の取り扱いを含め、守秘義務などを説明し契約を締結している。また実習中に患者との接触がある場合は、あらかじめ患者の了解を得ている。実習プログラムに沿って学生実習は適切に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
4.4 経営管理			【適切に取り組まれている点】 前年度の経営状況のデータを参考に、各部署の意見（企画書、稟議書）を反映した予算書が作成されている。財務諸表は毎月作成されている。病院会計準則に基づいて会計処理は適切に行われている。会計監査は会計士により実施しており、適切性は担保されている。財務会議で経営状況の分析・検討を行い、効率かつ安定した病院運営の推進に向けて取り組まれており、評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。

4.4.2	医事業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 時間外や休日を含む医事業務・窓口の手順は明確にされている。時間外、夜間・休日は医事課職員または夜間当直者を配置して対応が行われている。レセプト点検は事務職員と医師が協働してレセプトの確認が行われており、適切性は担保されている。医師の関与のもと診療報酬の返戻・査定の対応は適切に行われている。職員の配置状況や基準を満たす情報は常時把握しており、適時に見直しを行うなど、施設基準を遵守する仕組みは確立している。高額療養費の説明など未収金の発生を抑える仕組み、未収金の催促・回収する対応体制は確立している。 【課題と思われる点】 特記なし。
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A	【適切に取り組まれている点】 委託業務の是非については業務の質、専門性、効率性の観点から検討されている。委託業務の選定手順は定められており、病院の仕様に基づいて適正に選定されている。契約書についても業務内容、契約金額、賠償責任範囲などが明記されている。院内ラウンドの実施や業者との意見交換を持つことで継続的に委託業務内容の品質管理に努められている。委託業務従事者には安全、感染防止に関する研修報告書を提出させて状況を確認している。事故発生時の対応、その他問題発生時に対処する仕組みは確立している。 【課題と思われる点】 清掃、食事業務については委託の是非を含め、委託業者の見直しなど検討している。今後の展開に期待したい。

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	【適切に取り組まれている点】 病院機能に応じた施設・設備が整備されている。設備・備品の補修・修繕・更新計画、年間の施設・設備の保守管理は計画書を作成し、適切に行われている。施設管理担当者により施設・設備の点検・管理、応急的な修理は適切に行われており、緊急時対応体制は明確に定められ、24 時間体制で迅速に対応する仕組みとなっている。掲示物は必要最小限に止めるよう心掛けている。院内の清掃は行き届いている。廃棄物の院内最終保管場所も適正に管理されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
4. 5. 2	物品管理を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 購買に関する議案については関係する各委員会・会議で検討・見直しが行われている。購入希望備品の選定から決定までのプロセスは規程に基づいて行われている。消耗物品は物品管消化払い方式院外型 SPD を導入している。SPD 業者の棚卸しや病院の棚卸（年 2 回）を実施して余剰在庫、使用期限切れ在庫物品の動向を把握している。医薬品については、保管場所の室温管理、期限切れの確認など適切に行われている。ディスプレイ製品の再利用は行われていない。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 消防計画、防災マニュアル、停電時の対応マニュアル、緊急時の責任体制・連絡網は整備され、職員に周知されている。消防訓練は年2回実施されている。大規模災害時の対応体制は医薬品、飲料水、食料品の備蓄など適切に整備されている。緊急時に院長が1分以内に病院に到着するなど職員が迅速に対応する体制は整備されている。地域防災訓練に参加して地域との連携が図られており、評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。
4. 6. 2	保安業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 保安管理規程は整備されており、夜間は事務当直を配備して保安業務が行われている。緊急時の連絡・応援体制が明確にされている。夜間帯の出入り口管理、防犯カメラの設置、施錠管理、院内巡回の実施、来院者カードの導入、業務日報による報告・確認など、保安管理は規程に基づき適切に実施されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
4. 6. 3	医療事故等に適切に対応している	A	【適切に取り組まれている点】 医療事故対応に関するマニュアル・手順は明文化されている。医療事故発生時のフロー図は作成されており、職員に周知されている。事故発生時の初動体制、連絡体制、医療安全対策委員会の招集体制は明確にされている。紛争化の恐れがある事案について、情報の把握・報告・検討などを適切に対応できる仕組みが整備されている。また、訴訟が発生した場合の対応手順に基づき状況に応じて弁護士、医師会が関与して対応する仕組みとなっており、訴訟に至った事例は適切に対応しており、評価できる。損害賠償保険にも加入しており、適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。

機能種別：リハビリテーション病院（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	【適切に取り組まれている点】 回復期リハビリテーションに入院する患者は骨折などの整形外科関連患者がほとんどである。急性期病棟で手術と急性期リハビリテーションが行われている。急性期病院からの紹介で回復期リハビリテーション病棟に入院予定の患者は外来受診し、診察・検査を行い、入院としている。入院相談は地域医療連携室の社会福祉士が情報を収集し、家族と面談を行っており、適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 外来におけるリハビリテーションは1日あたり3～4人であるが、整形外科、外科通院患者を中心に各科で受診、診察のうえで、医師の指示に基づいて適切に実施されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 診断的検査は入院時に胸部X線撮影、心電図検査、血液生化学検査、尿検査などが、疾患別に安全・確実に実施されている。回復期リハビリテーション病棟では侵襲を伴う検査は行われていない。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.4	入院の決定を適切に行っている	B	【適切に取り組まれている点】 一般病棟からは主治医の回復期リハビリテーション病棟転棟指示を受け、毎朝のベッドコントロール会議（各病棟師長、外来師長、リハビリテーション部門責任者、訪問看護師長、看護副部長、地域連携室、入退院係・事務次長が参加）で転入棟が確認されている。紹介・直接入院の場合は、地域医療連携室が紹介病院からの入院申込書、診療情報提供書、看護サマリーなどをもとに病棟副専任医（整形部長・副理事長）に判断を求め、ベッドコントロール会議に提出している。 【課題と思われる点】 入院判定基準は診療報酬上の基準が運用されているが、整形外科疾患に特化した回復期リハビリテーション病棟になっている。高齢かつ高度認知症の運動器疾患患者も積極的に受け入れており、病院として多職種の意見を反映した独自の受け入れに関する方針・入院判定基準を明確にすることが望まれる。また、病棟主専任医の入院選定参加も考慮することが望まれる。
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	【適切に取り組まれている点】 診療情報提供書、医師が取得した病歴や身体的所見、入棟時における看護師による患者・家族の要望の聴取、転倒・転落、褥瘡、栄養の各リスク評価とADL評価が行われ、入院診療計画書・看護計画書が作成されている。さらに、療法士による初期評価などが行われ、リハビリテーション総合実施計画書が作成され、患者・家族への説明と同意が得られており、診療計画の作成は適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A	【適切に取り組まれている点】 治療内容を具体的に記載した主治医のリハビリ指導依頼箋に基づき各療養士が評価を行い、患者・家族の要望も考慮してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、同意が得られている。患者情報を共有するために看護師・介護士・療法士・MSW・管理栄養士・病棟クラークが参加して朝のスタッフミーティングを行い、「病棟内 ADL 表」を確認している。看護師・介護士・各療法士・MSW・管理栄養士が参加し医師の参照を確認する定期的なリハビリカンファレンスで計画実施の評価と必要な変更が行われており、リハビリテーションプログラムの作成は適切である。 【課題と思われる点】 医師は手術、外来診療で多忙のためにカンファレンスには参加できない状況があるようだが、参加されるとさらに良い。
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	【適切に取り組まれている点】 入院前には地域医療連携室の社会福祉士が、入院以降は病棟専従の社会福祉士が患者・家族の要望を収集し、療養・生活上の必要な援助を記載し、情報の共有を図っている。また、社会福祉士は病棟の多職種参加のスタッフミーティング、リハビリテーションカンファレンスに出席し、評価や治療方針の検討、援助の過程、課題を適切に共有し、医療相談は適切に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A	【適切に取り組まれている点】 一般病棟からの転入棟の際にはあらかじめ、回復期リハビリテーション病棟クリニカル・パスを用いて説明している。紹介入院時は外来看護師が病棟まで案内している。入棟時に看護師による病棟独自の「回復期リハビリテーションオリエンテーション」を用いて入院生活とリハビリテーション予定の説明を行い、主治医等の担当者が紹介され、円滑な入院が図られている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 整形外科医の病棟専任医と部長が主治医を担当している。毎日の回診とともに必要な指示と実施確認、検査結果の評価などが適切に行われている。「リハビリ指導依頼」を発行し、多職種でリハビリテーション総合実施計画書を作成している。看護師・介護福祉士・各療法士・MSW・管理栄養士が参加するリハビリテーションカンファレンスには事前の指示、記録の参照を行い、治療方針等を説明し、指導している。毎月と必要時には患者・家族との面談や装具の処方なども行われ、チーム医療における医師のリーダーシップは適切に発揮されている。なお、外来・手術でカンファレンスに直接参加できないようであるものの、参加が可能となるよう検討されると、さらに良い。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 看護師、看護補助者の役割と業務を明確にしてタイムスケジュールが明示され、病棟業務が行われている。「入院時データベース」で転倒・転落・褥瘡・栄養の各リスク評価、患者・家族の要望の聴取を行い、看護問題リストを整理し、看護計画書を作成している。毎日のスタッフミーティング、リハビリテーションカンファレンスに参加し、計画の検討・評価・変更に参加するなど病棟業務は適切に行われている。 【課題と思われる点】 介護福祉士6名が参加しているが、看護補助者として位置づけられている。介護福祉士の独自の役割と業務を明確にし、専門性を生かした積極的な介護活動が望まれる。

2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	B	【適切に取り組まれている点】 内服薬は1内服ごとに分包され、配薬時には患者ごとの薬剤を確認して確実な投薬を進めている。注射薬は病棟で調整・混合後、手順に従って実施されている。 【課題と思われる点】 抗菌薬注射時の観察と記録が不十分である。抗菌薬注射時における院内で統一した手順が整備されていないので、抗菌薬注射時の観察・記録手順を整備し、記録を徹底されたい。
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA	【適切に取り組まれている点】 輸血・血液製剤投与は行っていないのでNAとする。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA	【適切に取り組まれている点】 手術は行っていないのでNAとする。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院時にOHスケールを用いた「褥瘡に関する基本表」でリスク評価を実施し計画書が作成され、説明・同意を得ている。発生時には「褥瘡発生と転帰報告書」を運用してカンファレンスで取り上げるとともに離床、ベッド・マットの工夫などの取り組みが行われている。新規発生はなく、持ち込み例も早期に治癒させており、褥瘡の予防・治療は適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 「栄養管理アセスメント」を用いて栄養状態、摂食・嚥下機能の評価を行い、計画を作成している。昼食時に喫食状態の把握とともに、食形態、器具、食事方法の工夫、安全性などの検討が行われ、栄養管理と食事指導は適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	B	【適切に取り組まれている点】 入院時医師指示項目に便秘、疼痛時、不眠時、血圧上昇、発熱嘔気などについて、あらかじめ医師が有症状時の指示を記載して対応されている。 【課題と思われる点】 薬物治療に頼るだけでなく、手術後の疼痛など回復期リハビリテーション病棟患者の特有の症状も含め、症状を積極的に把握・評価して看護師、療養士がチームとして症状緩和に取り組むことが望まれる。
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 短期・長期の目標を明確にした個別のプログラムが作成されている。リスク評価とともに毎朝のスタッフミーティング、リハビリテーションカンファレンスで情報を共有して訓練が実施されている。実施内容は評価に基づいて毎日、「病棟内ADL表」に記載し、医師はじめ、他職種に共有されている。リハビリテーションカンファレンスでプログラムの評価、成果の確認、変更が行われている。在宅の環境整備も含めて取り組まれ、理学療法は確実・安全に実施されており、適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 運動機能などの評価を基に短期・長期の目標を明確にした個別の作業療法プログラムが作成されている。リスク評価とともに毎朝のスタッフミーティング、リハビリテーションカンファレンスで情報を共有して訓練が実施されている。実施内容は評価に基づいて毎日、「病棟内ADL表」に記載し、医師はじめ、他職種に共有されている。リハビリテーションカンファレンスでプログラムの評価、成果の確認、変更が行われている。理学療法士・看護師と家庭訪問を行い、在宅の環境整備も含めて取り組み、作業療法は確実・安全に実施されており、適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 言語聴覚士は、少数ではあるが脳血管障害患者の認知機能などの高次脳機能評価、言語機能評価および嚥下機能評価、摂食機能を評価している。食事形態・嚥下姿勢の介助などの個別のプログラムが作成され、訓練が実施されている。経管栄養で入棟した患者をとろみ食を利用して経口摂取可能にするなど、言語聴覚療法の取り組みは適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A	【適切に取り組まれている点】 入院前の家庭でのADLをフェイス・シートで入院時に確認し、安全に在宅復帰までの課題別の取り組みが実施されている。術後の認知機能低下による食欲低下に対して、患者同士で積極的に摂食を促して自立させ、ポータブルトイレでの排泄・パット交換などの日常生活習慣の維持・向上に向けたリハビリテーション指導が個別に行われている。脳血管障害患者の障害者スポーツへの参加など社会性の拡大を目指した取り組みが行われており、生活機能の維持・向上を目指したケアは適切に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 「短期的に身体拘束をせざるを得ない場合の要件と拘束を解除する基準」、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明と同意書」、「身体経過観察表」などを整備している。回復期リハビリテーション病棟では基本的に身体抑制は行わないこととしており、入棟時にミトン・看護衣などは全て外して対応されており、身体抑制は適切に行われている。「身体拘束」は「身体抑制」と記載するよう勧められる。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 退院支援手順により、入棟時に入院前のADL、自宅環境情報、介護保険の利用、居住地のケアマネージャーなどが看護師により明らかにされ、退院に向けての「入退院支援計画書」を作成している。退院前訪問における自宅での動線を確認し、退院後の具体的援助が多職種により取り組まれている。退院前カンファレンスで退院支援策や社会的資源の活用が検討されており、退院支援は適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A	【適切に取り組まれている点】 医師の「診療情報提供書」、看護師の「継続看護サマリー」、療法士の「リハビリテーション科サマリー」、「栄養管理情報提供書」が作成されている。訪問診療、訪問栄養管理指導に取り組み、連携している法人関連施設で訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問薬剤指導に取り組むなど、継続した診療・ケアは適切に実施されている。 【課題と思われる点】 特記なし。

病院機能評価 書面審査サマリー

書面審査 集計結果報告書

公益財団法人

日本医療機能評価機構

年間データ取得期間： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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： 社会医療法人三宝会 南港病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 大阪府大阪市住之江区北加賀屋2-11-15

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	64	64	+0	92	20.3
療養病床	45	45	+0	91	28.5
医療保険適用	45	45	+0	91	28.5
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	109	109	+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)		
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		
人工透析		
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床	28	+0
地域包括ケア病床	45	+45
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
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

在宅療養支援病院

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

2. 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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	97.42	97.37	95.81	100.05	101.63
1日あたり外来初診患者数	18.31	18.51	17.60	98.92	105.17
新患率	18.80	19.01	18.37		
1日あたり入院患者数	99.67	100.17	97.72	99.50	102.51
1日あたり新入院患者数	3.13	3.38	3.43	92.60	98.54

I-3 職員の状況

I-3-1 職種別職員数（施設基本票 5-1 職員数より）

*1 職員総数には表示された職種以外の職員数も含まれます。

*2 各部門の合計は、部門別調査票 各部門 職員の配置状況 総数から抜粋していますが、各職種は院内の総数を計上しているので、必ずしも各部門に配置されていない場合があります。

また、各職種合計数と部門合計の数値が一致している場合でも、必ずしもその職種が部門に配置されていない場合があります。（栄養部門を除く）

	職種総数	常勤 職員数	非常勤 (常勤換算)	病床100対	患者規模100対
医師	17.44	7	10.44	16	12.58
うち研修医	0	0	0	0	0
歯科医師	0	0	0	0	0
うち研修医	0	0	0	0	0
看護要員 合計	96.79	89	7.79	88.8	69.81
保健師	0	0	0	0	0
助産師	0	0	0	0	0
看護師	74.2	69	5.2	68.07	53.52
准看護師	11.53	11	0.53	10.58	8.32
看護補助者	11.06	9	2.06	10.15	7.98
薬剤部門 合計*2	3	3	0	2.75	2.16
薬剤師	3	3	0	2.75	2.16
臨床検査部門 合計*2	2	2	0	1.83	1.44
臨床検査技師	2	2	0	1.83	1.44
画像診断部門 合計*2	5.08	5	0.08	4.66	3.66
診療放射線技師(X線技師)	7.08	6	1.08	6.5	5.11
栄養部門 合計	4	4	0	3.67	2.89
管理栄養士	4	4	0	3.67	2.89
栄養士	0	0	0	0	0
調理師	0	0	0	0	0
リハビリ部門 合計*2	30.15	29	1.15	27.66	21.75
理学療法士	21.1	20	1.1	19.36	15.22
作業療法士	5	5	0	4.59	3.61
言語聴覚士	4	4	0	3.67	2.89
診療情報管理士	3	3	0	2.75	2.16
臨床工学技士	0	0	0	0	0
社会福祉士	3	3	0	2.75	2.16
精神保健福祉士(PSW)	0	0	0	0	0
医療ソーシャルワーカー(MSW)	1	1	0	0.92	0.72
ケアマネージャー	0	0	0	0	0
介護福祉士	15	15	0	13.76	10.82
臨床心理士	0.48	0	0.48	0.44	0.35
事務部門	26.8	24	2.8	24.59	19.33
職員総数*1	226.57	202	24.57	207.86	163.43
医師配置標準数 (人)	6.2				
薬剤師配置標準数 (人)	1.3				

I-3-2 職員の就業状況（常勤職員）

*医療ソーシャルワーカー(MSW)・社会福祉士・精神保健福祉士(PSW)の合算

	総労働時間	有休取得率	採用数	退職者数	退職率
医師	1891	40.3 %	1	0	0.00 %
看護師	1715	57 %	21	10	14.49 %
准看護師	2098	59 %	0	1	9.09 %
看護補助者	1702	56 %	3	7	77.78 %
薬剤師	1865	25.8 %	0	2	66.67 %
臨床検査技師	2127	12.9 %	1	2	100.00 %
診療放射線技師	2792	42.9 %	1	0	0.00 %
管理栄養士・栄養士	2125	44.3 %	0	0	0.00 %
理学療法士	1920	44.3 %	5	1	5.00 %
作業療法士	2157	48 %	0	3	60.00 %
言語聴覚士	1461	100 %	2	1	25.00 %
診療情報管理士（診療録管理士）	1786	23.4 %	0	0	0.00 %
臨床工学技士	0	%	0	0	0.00 %
ソーシャルワーカー*	1480	47.7 %	0	0	0.00 %
事務職員	2042	22.9 %	0	0	0.00 %

I-4 外部委託状況

患者等に対する食事の提供	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
寝具類洗濯	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
滅菌消毒	● 非委託	○ 一部委託	○ 全部委託
検体検査	○ 非委託	● 一部委託	○ 全部委託
「ブランチラボ	○ あり	● なし	
清掃	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
ガス供給設備保守点検	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
医療機器保守点検	○ 非委託	● 一部委託	○ 全部委託
医事業務	● 非委託	○ 一部委託	○ 全部委託
物品管理	○ 非委託	● 一部委託	○ 全部委託
設備管理	● 非委託	○ 一部委託	○ 全部委託
その他	● 非委託	○ 一部委託	○ 全部委託

I-5医療安全管理の状況

I-5-1 医療安全管理担当者（リスクマネージャー等）の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (実人数)
医師		2
看護師		7
薬剤師		1
その他のコ・メディカル		5
事務職員		1
全体	0	16

I-5-2 アクシデント・インシデントの院内報告制度の有無

● あり ○ なし

I-5-3 職種別アクシデント・インシデントの報告件数（年間）

	報告件数	
	アクシデント件数 (件/年)	インシデント件数 (件/年)
総数	38	197
医師	0	0
看護師	11	115
薬剤師	0	8
その他のコ・メディカル	2	39
事務職員	1	29
その他	24	6

I-5-4 報告されるアクシデント・インシデントレポートの主な内容別報告件数（年間）

	報告件数		報告件数	
	アクシデント件数 (件/年)	総数に占める割合	インシデント件数 (件/年)	総数に占める割合
薬剤に関するもの	2	5.26 %	30	15.23 %
輸血に関するもの	0	0.00 %	1	0.51 %
治療・処置に関するもの	1	2.63 %	17	8.63 %
医療機器等に関するもの	0	0.00 %	11	5.58 %
ドレーンチューブに関するもの	2	5.26 %	5	2.54 %
検査に関するもの	1	2.63 %	7	3.55 %
療養上の世話に関するもの	5	13.16 %	55	27.92 %
その他	27	71.05 %	71	36.04 %

I-6 感染管理の状況

I-6-1 感染管理担当者の配置状況（院内全体）

	常勤専従	専任・兼任 (実人数)
医師		2
うちICD		1
看護師		7
うちICN		2
薬剤師		1
その他コ・メディカル		4
事務職員		2
全体	0	16

I-6-2 サーベイランスまたは院内感染に関する検討会

○ 行っている ● 行っていない

I-6-3 微生物サーベイランス

○ 行っている ● 行っていない

I-6-3-1 微生物サーベイランスの対象種類と発生件数

対象となる種類【薬剤耐性菌】	発生件数 (件/年)
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）	
バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）	
多剤耐性緑膿菌（MDRP）	
ペニシリン耐性肺炎球菌（PRSP）	
バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）	
多剤耐性アシネトバクター属（MDRA）	
基質特異性拡張型βラクタマーゼ（ESBLs）	
βラクタマーゼ陰性ABPC耐性インフルエンザ菌（BLNAR）	
メタロβラクタマーゼ産生菌	
その他	

I-6-4 主要な医療関連感染の発生状況の把握

● 把握している ○ 把握していない

I-6-4-1 把握している主要な医療関連感染の内容

内容	件数（件/年）
中心ライン関連血流感染	0
人工呼吸器関連による肺炎	0
尿路カテーテル関連感染	0
手術部位感染	0

I-7 地域医療連携機能

I-7-1 地域連携担当部署の有無 ● あり ○ なし

I-7-2 担当者の配置状況

	人数
常勤専従	4
常勤専任・兼任（実人数）	
常勤専任・兼任（常勤換算）	
非常勤（常勤換算）	
常勤換算 合計	4
病床100対 担当者数	3.67

I-7-3 紹介状持参患者数

紹介状持参患者数（人/年）	1615
紹介率	30.41 %
1日あたり紹介患者数（外来）	5.57
紹介状持参患者のうち入院患者数（人/年）	813
紹介入院患者割合	71.25 %
入院に繋がった紹介患者の比率	50.34 %

I-8 患者相談機能

I-8-1 担当者の配置状況

	人数	
常勤専従	3	職種・資格：
うち社会福祉士	3	
常勤専任・兼任（実人数）		職種・資格：
常勤専任・兼任（常勤換算）		
非常勤（常勤換算）		
常勤換算 合計	3	
病床100対 担当者数	2.75	

I-8-2 相談内容（対応している相談内容）

	年間相談件数	月平均相談件数	職員1人あたり月平均相談件数
社会福祉相談（経済的な内容）	150	12.5	4.17
社会福祉相談（福祉制度に関する内容）			
退院相談（退院先の調整）	150	12.5	4.17
苦情相談（医療事故 クレーム）	6	0.5	0.17
看護相談（退院後のケア等）	60	5.0	1.67
がん相談	0	0.0	0.00
その他の医療相談	120	10.0	3.33
その他			
総数	486	40.5	13.50

I-9臨床評価指標

共通

● 把握している ○ 把握していない

Ⅱ度以上の褥瘡の新規発生率	0 %
分子：Ⅱ度以上の褥瘡の発生件数	0 件
分母：延入院患者数	36381 人

● 把握している ○ 把握していない

入院患者で転倒・転落の結果、骨折または頭蓋内出血が発生した率	0 %
分子：入院患者で転倒・転落の結果、骨折または頭蓋内出血が発生した件数	0 件
分母：延入院患者数	36381 人

一般病院1・2・3

○ 把握している ● 把握していない

退院後6週間以内の計画的再入院率	
	%
分子： 計画的再入院件数	
	件
分母： 全入院件数	
	件

○ 把握している ● 把握していない

退院後6週間以内の（計画的ではないが）予期された再入院率	
	%
分子： 予期された再入院件数	
	件
分母： 全入院件数	
	件

○ 把握している ● 把握していない

退院後6週間以内の予期せぬ再入院率	
	%
分子： 予期せぬ再入院件数	
	件
分母： 全入院件数	
	件

○ 把握している ● 把握していない

24時間以内の再手術率	
	%
分子： 予定外の再手術件数	
	件
分母： 総手術件数	
	件

○ 把握している ● 把握していない

入院患者のパス適用率	
	%
分子： パス適用入院患者数	
	人
分母： 全退院患者数	
	人

○ 把握している ● 把握していない

術後の肺塞栓発生率	
	%
分子： 術後肺塞栓発生件数	
	件
分母： 全手術件数	
	件

○ 把握している ● 把握していない

急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率	
	%
分子： 分母のうち、入院してから4日以内に リハビリテーションが開始された患者数	
	人
分母： 急性脳梗塞（発症時期が4日以内）の退院患者の うち、リハビリテーションが施行された退院患者数	
	人

○ 把握している ● 把握していない

人工膝関節全置換術患者の早期リハビリテーション開始率	
	%
分子： 分母のうち、術後4日以内にリハビリテーションが 開始された患者数	
	人
分母： 人工膝関節全置換術が施行された退院患者数	
	人

○ 把握している ● 把握していない

手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	
	%
分子： 手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が 投与開始された退院患者数	
	人
分母： 手術を受けた退院患者数	
	人

慢性期病院

○ 把握している ○ 把握していない

入院時医療区分の3ヶ月後の改善率	%
分子：医療区分の改善した患者数	人
分母：医療区分の変化した患者数	人

○ 把握している ○ 把握していない

肺炎の新規発生率	%
分子：発生件数	件
分母：延入院患者数	人

○ 把握している ○ 把握していない

入院時、膀胱留置カテーテルが留置されていた患者が1ヶ月以内に抜去できた割合	%
分子：抜去できた患者数	人
分母：留置されていた患者数	人

○ 把握している ○ 把握していない

抑制が行われている患者割合	%
分子：抑制が行われた患者数	人
分母：全入院件数	件

リハビリテーション病院

主な疾患等に関する日常生活自立度の改善状況

※回復期リハビリテーション病棟の全入院患者数が対象

FIM（運動）

	実施前	退院・転床時	変化値
心大血管疾患に関するもの			
脳血管障害に関するもの	59	66.6	7.6
廃用症候群に関するもの			
運動器疾患に関するもの	48.5	67.6	19.1
呼吸器疾患に関するもの			

FIM（認知）

	実施前	退院・転床時	変化値
心大血管疾患に関するもの			
脳血管障害に関するもの	15.8	18.2	2.4
廃用症候群に関するもの			
運動器疾患に関するもの	19.1	25.7	6.6
呼吸器疾患に関するもの			

B. I

	実施前	退院・転床時	変化値
心大血管疾患に関するもの			
脳血管障害に関するもの			
廃用症候群に関するもの			
運動器疾患に関するもの			
呼吸器疾患に関するもの			

日常生活機能評価点数

	実施前	退院・転床時	変化値
心大血管疾患に関するもの			
脳血管障害に関するもの	8	5	-3
廃用症候群に関するもの			
運動器疾患に関するもの	26	12	-14
呼吸器疾患に関するもの			

在宅復帰率 （部門別調査票（23）回復期リハビリテーション病棟部門より）	70.55 %
分子：退院先が「居宅」の患者数	115 人
分母：退院患者数	163 人

I-9臨床評価指標

精神科病院

○ 把握している ○ 把握していない

平均残存率	
	%
分子： 前年6月1ヶ月間の新入院患者の当年6月～翌年5月末 の毎月の残存者数の合計	人
分母： 前年6月1ヶ月間の新入院患者数×12	人

○ 把握している ○ 把握していない

退院率	
	%
分子： 入院期間が1年以上となった患者のうち、 その後1年間以内に退院した患者数	人
分母： 入院期間が1年以上となった患者数	人

○ 把握している ○ 把握していない

5年以上入院患者の退院率（再掲）	
	%
分子： 入院期間が5年以上となった患者のうち、 その後1年間以内に退院した患者数	人
分母： 入院期間が5年以上となった患者数	人

II 各部門の活動状況

専門看護師・認定看護師の状況

II-1 専門看護師

	常勤	非常勤
がん看護		
精神看護		
地域看護		
老人看護		
小児看護		
母性看護		
慢性疾患看護		
急性・重傷患者看護		
感染症看護		
家族支援看護		

II-2 認定看護師

	常勤	非常勤
救急看護		
皮膚・排泄ケア		
集中ケア		
緩和ケア		
がん化学療法看護		
がん性疼痛看護		
感染管理		
訪問看護		
糖尿病看護		
不妊症看護		
新生児集中ケア		
透析看護		
手術看護		
乳がん看護		
摂食・嚥下障害看護		
小児救急看護		
認知症看護		
脳卒中リハビリテーション看護		
がん放射線療法看護		

II-3薬剤部門の状況

II-3-1 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
薬剤部門 総数	3	0	0	0	3
薬剤師	3				3
その他()					0
その他()					0

病棟担当薬剤師（常勤換算）	
---------------	--

II-3-2 処方箋枚数等

	枚数・件数（枚/年）	1日あたり 枚数・件数	薬剤師 1人1日あたり	外来患者(病床) 100対
外来 院内処方箋枚数	1095	3.78	1.26	3.88
外来 院外処方箋枚数	9336	32.19	10.73	33.05
入院処方箋枚数	18276	50.07	16.69	16,766.97
注射処方箋枚数	11444	31.35	10.45	10,499.08
薬剤管理指導	60	0.16	0.05	55.05

院外処方率	89.50 %
-------	---------

医薬品 品目数	811
---------	-----

II-3-3 処方鑑査・薬歴管理

相互作用、重複処方などのチェック	1)実施
1回量包装の実施：外来	4)院外処方
1回量包装の実施：入院	1)実施
入院患者の薬歴管理	1)全患者

II-3-4 抗がん剤の使用状況

抗がん剤の使用状況	1)使用
レジメン登録・管理の実施有無	2)未実施
レジメン登録・管理件数	
抗がん剤の調製・混合への対応	2)原則対応

抗がん剤対象患者数 外来*	0.25
抗がん剤対象患者数 入院*	0
薬剤師による抗がん剤調製 外来*	100 %
薬剤師による抗がん剤調製 入院*	100 %

*1週間の平均値

クリーンベンチの設置

● 1) あり 台数： 1
○ 2) なし

安全キャビネットの設置

● 1) あり 台数： 1
○ 2) なし

閉鎖式薬物混合器具使用の有無

○ 1) あり
○ 2) なし

II-3-5 薬品の供給・在庫管理

注射薬（入院）の供給方法

☐ 1) 個人別(1施用ごと)	対 注射処方箋 (%)	%
☒ 2) 個人別(1日ごと)	対 注射処方箋 (%)	99 %
☒ 3) 定数配置		
☐ 4) 箱渡し		

II-4 臨床検査部門

II-4-1 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
臨床検査部門 総数	2	0	0	0	2
うち医師					0
うち臨床検査技師	2				2
うち衛生検査技師					0

II-4-2 検査報告所要時間 (分)

ルーチン検査	240
緊急検査	30

II-4-3 検査実施状況

プランチラボ (I-4 外部委託状況 再掲) ☐ 1) あり ☒ 2) なし

一般検査 ☒ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

血液検査 ☒ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

生化学検査 ☒ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

血清検査 ☒ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

微生物検査 ☐ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

II-4-4 外部委託業者の精度管理状況の把握有無

☒ 1) 定期的な把握 ☐ 2) 必要な場合のみ ☐ 3) 把握していない

II-4-5 内部精度管理

管理試料を用いた内部精度管理 ☒ 1) 実施 ☐ 2) 未実施

血液検査 ☒ 1) 毎日 ☐ 2) 週1回程度 ☐ 3) それ以下 ☐ 4) 未実施

生化学検査 ☐ 1) 毎日 ☐ 2) 週1回程度 ☐ 3) それ以下 ☒ 4) 未実施

血清検査 ☐ 1) 毎日 ☐ 2) 週1回程度 ☐ 3) それ以下 ☒ 4) 未実施

II-4-6 異常値への対応

前回結果との比較 ☒ 1) 実施 ☐ 2) 未実施

II-4-7 外部精度管理の参加状況

☒ 1) 毎年 ☐ 2) 参加経験あり ☐ 3) 不参加

参加サーベイ名: 大阪府医師会臨床精度管理

II-5 病理診断部門

II-5-1 医師の配置状況

	人数
☐ 常勤専従	
☐ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
☐ 非常勤(常勤換算)	
☒ 医師はいない	

II-5-2 病理検査件数 (件/年)

	院内実施	外部委託	総数
病理検査 総件数	0	0	0
うち組織診	0	0	0
うち細胞診	0	0	0
うち免疫組織化学	0	0	0

II-5-3 術中迅速凍結切片病理検査 (件/年)

☐ 1) 自院で実施	
☐ 2) 外部委託	
☒ 3) 実施していない	

II-5-4 術中迅速細胞診検査 (件/年)

☐ 1) 自院で実施	
☐ 2) 外部委託	
☒ 3) 実施していない	

II-5-5 術前病理検査報告所要日数 (日)

II-5-6 臨床病理検討会・病理学的検討会 (件/年)

開催回数

II-5-7 死亡率

死亡率	7.86 %
死亡数 (再掲)	89
退院患者数 (再掲)	1132

II-5-8 剖検率

	院内	院外	総数
剖検数			0
剖検率	%	%	0.00 %

II-6画像診断部門

II-6-1 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
画像診断部門 総数	5	0	0	0.08	5.08
うち医師	0	0	0	0.08	0.08
うち診療放射線技師	5				5
うち診療X線技師	0	0	0	0	0

II-6-2 放射線科医による読影体制 ● 1) あり ○ 2) なし

II-6-2-1 年間の撮影件数と報告書作成件数（読影件数）

	撮影件数 (件/年)	病床100対	左記のうちの読影件数		読影率
			自院で読影	他施設へ依頼	
CT撮影	2711	2,487.16	2711	0	100.00 %
うち頭部CT	520	477.06	520	0	100.00 %
MRI撮影	0	0.00	0	0	0.00 %
うち頭部MRI	0	0.00	0	0	0.00 %
核医学	0	0.00	0	0	0.00 %

II-6-3 保有機器（台）

一般撮影装置	1
X線テレビ装置	1
血管撮影装置	0
乳房軟線撮影装置	1
パノラマ撮影装置	0
CT	1
MRI	0
ポータブル撮影装置	1
外科用イメージ	1
核医学診断装置	0
うち PET CT	0

II-6-4 画像の電子保管 ● 1) あり ○ 2) なし

II-6-5 フィルムの保管方法 ● 1) 中央 ○ 2) 併用 ○ 3) 各科 ○ 4) 外部 ○ 5) その他

II-7 放射線治療部門

II-7-1 放射線治療の実施有無 ○ 1) あり ● 2) なし

II-7-2 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (実人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
放射線治療部門 総数	0	0	0	0	0
うち医師					0
うち看護師					0
うち診療放射線技師					0

II-7-3 保有機器

粒子線治療機器	○ 1) あり ○ 2) なし
小線源治療機器	○ 1) あり ○ 2) なし
リニアック・マイクロトロン(台)	
ガンマナイフ(台)	
IMRT 強度変調放射線治療 (台)	

II-8 輸血・血液管理部門

II-8-1 輸血の実施有無

● 1) あり

○ 2) なし

II-8-2 保管管理担当部署

□ 1) 薬剤部門

■ 2) 検査部門

□ 3) その他

II-8-3 医師の配置状況

	人数
☐ 常勤専従	
☐ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
☐ 非常勤(常勤換算)	
☒ 医師はいない	

II-8-4 年間購入・廃棄血液単位数 (件/年)

	購入数	病床100対	廃棄数	廃棄率
総数	212	194.50	2	0.94 %
赤血球製剤	212	194.50	2	0.94 %
血小板	0	0.00	0	0.00 %
凍結血漿	0	0.00	0	0.00 %
その他	0	0.00	0	0.00 %

II-8-5 血液専用の保冷库

○ 1) 自記式専用

○ 2) 自記なし専用

● 3) 専用ではない

II-8-6 凍結血漿専用の冷凍庫

○ 1) 自記式専用

○ 2) 自記なし専用

● 3) 専用ではない

II-8-7 GVHD対策

○ 1) 院内照射

● 2) 日赤照射

○ 3) 対策なし

II-9 手術・麻酔科部門

II-9-1 手術の実施有無 ● 1) あり ○ 2) なし

II-9-2 麻酔科医の配置状況（麻酔科部門の業務を主とする医師の配置状況）

	人数
☐ 常勤専従	
☒ 常勤専任・兼任(常勤換算)	0.5
☐ 非常勤(常勤換算)	
☐ 医師はいない	

II-9-3 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
手術・麻酔部門 総数	5	0	0	0	5
うち看護師	3				3

II-9-4 手術室数・手術件数

		病床100対
手術室数 (室)	1	0.92
手術総件数 (件/年)	315	288.99
うち全身麻酔件数	265	243.12
うち緊急手術件数	0	0.00
うち短期滞在手術件数	4	3.67
うち悪性腫瘍手術件数	0	0.00

II-9-5 主な手術の年間症例数（診療機能調査票より）

麻酔領域	件/年
麻酔科標榜医 麻酔管理	315
硬膜外麻酔	0
脊椎麻酔	50

循環器系領域	件/年
心カテ	
冠動脈バイパス術	
弁膜症手術	
開心術	
大動脈瘤切除術	

神経・脳血管領域	件/年
頭蓋内血腫除去術	
脳動脈瘤根治術	
脳動静脈奇形摘出術	
脳血管内手術	
脳腫瘍摘出術	

救急領域	件/年
緊急開頭術	
緊急開胸術	
緊急心大血管手術	
緊急帝王切開術	

II-9-6 術前訪問（術前の患者チェック）の有無

麻酔担当医 ○ 1) 術前訪問実施 ● 2) 訪問無し(手術室内で術前確認) ○ 3) 未実施
 手術担当看護師 ● 1) 術前訪問実施 ○ 2) 未実施

II-10 中央滅菌材料部門

II-10-1 機能的な役割 ☐ 1) 滅菌および診療材料の管理 ☒ 2) 滅菌のみ ☐ 3) その他

II-10-2 保有機器 (台)

超音波洗浄器	0
ジェットウォッシャー	0
Washer Sterilizer	0
オートクレーブ	1
EOG滅菌器	1
プラズマ滅菌装置	0

II-10-3 滅菌効果の確認

滅菌の物理的検知状況の記録 ☒ 1) あり ☐ 2) なし
 滅菌の化学的検知の実施 ☒ 1) あり ☐ 2) なし
 滅菌の生物学的検知の実施 ☒ 1) あり ☐ 2) なし
 生物学的検知ありの場合の頻度 ☐ A) 1日1回 ☒ B) 週1回程度 ☐ C) それ以下の頻度

II-11 集中治療機能

II-11-1 集中治療機能の状況 (施設基準の算定有無と、独立したICU/CCUまたはNICUの有無)

ICU/CCU ☐ 1) 算定、独立
☐ 2) 未算定、独立
☐ 3) 未算定、非独立 (病棟の一部)
☒ 4) 機能なし

NICU ☐ 1) 算定、独立
☐ 2) 未算定、独立
☐ 3) 未算定、非独立 (病棟の一部)
☒ 4) 機能なし

II-11-2 集中治療機能の状況 (I-1-6 特殊病床・診療設備 再掲)

	稼働病床数	3年前からの増減数
集中治療管理室 (ICU)		
冠動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		

II-12 時間外・救急診療部門

II-12-1 救急告示等の有無 ● 1) 救急告示病院である ○ 2) 救急告示病院ではない

II-12-2 救急医療の水準 (自己評価)

○ 水準1: 救命救急センターを有する病院

○ 水準2: 次のいずれかに該当する病院

・救急部門の専用の病床を有している病院

・救急専用病床はないが、救急部門より入院患者が1日平均2名以上いる、または、時間外・救急患者が1日平均20名以上いる病院

● 水準3: その他の救急病院であり、時間外・救急患者が1日平均2名以上いる病院

○ 水準4: 時間外・救急患者が1日平均2名未満の、救急医療を告示していない病院

II-12-3 医師の配置状況 (水準1または水準2が対象)

	人数
☐ 常勤専従	
☐ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
☐ 非常勤(常勤換算)	
☐ 医師はいない	

II-12-4 職員の配置状況 (水準1または水準2が対象)

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
時間外・救急部門 総数	0	0	0	0	0
うち看護師					0

II-12-5 時間外勤務体制 (通常日)

	交代制		当直制		オンコール制	
	専従	兼任	専従	兼任	専従	兼任
医師	0	0	0	1	0	1
うち研修医	0	0	0	0	0	0
看護要員	0	0	0	1	0	0
うち看護補助者	0	0	0	0	0	0
薬剤師	0	0	0	0	0	0
臨床検査技師	0	0	0	0	0	1
診療放射線技師	0	0	0	1	0	0
事務職員	0	0	0	1	0	0
その他	0	0	0	0	0	0

II-12-6 時間外勤務体制 (輪番日)

	交代制		当直制		オンコール制	
	専従	兼任	専従	兼任	専従	兼任
医師						
うち研修医						
看護要員						
うち看護補助者						
薬剤師						
臨床検査技師						
診療放射線技師						
事務職員						
その他						

II-12-7 時間外・救急患者数 (人/年)

	年間総数	1日あたり患者数
救急患者数	2324	6.37
救急車搬入患者数	1137	3.12
救急入院患者数	495	1.36

	年間総数	1日あたり患者数
平日の時間外救急患者数(再掲)	1109	3.82
救急車搬入患者数	367	1.27
救急入院患者数	125	0.43

	年間総数	1日あたり患者数
休日の救急患者数(再掲)	1187	9.97
救急車搬入患者数	166	1.39
救急入院患者数	51	0.43

II-13 栄養管理部門

II-13-1 患者個別の栄養アセスメント ● 1) 全患者 ○ 2) 一部の患者(平均 %) ○ 3) 未実施

II-13-2 患者個別の栄養摂取状況の把握 ● 1) 全患者 ○ 2) 一部の患者(平均 %) ○ 3) 未実施

II-13-3 職員の配置状況 (施設基本票5-1職員数より)

	常勤職員	非常勤 (常勤換算)	職員総数
管理栄養士	4	0	4
栄養士	0	0	0
調理師	0	0	0

II-13-4 栄養指導・栄養相談

	外来	入院
個別実施回数(回/月)	21.3	1.1
集団実施回数(回/月)	0	0.1
月間対象延患者数(人)	0	0.1
栄養士1人当たり栄養指導件数(個別実施)	5.33	0.28
栄養士1人当たり栄養指導件数(集団実施)	0	0.03

II-13-5 選択メニュー ● 1) あり 実施回数(4 回/月)
○ 2) なしII-13-6 栄養サポートチーム ● 1) あり 実施回数(34.5 件/月)
○ 2) なし

II-14 リハビリテーション部門

A 共通部分

II-14-1 医師の配置状況

	人数
☐ 常勤専従	
☐ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
☐ 非常勤(常勤換算)	
☒ 医師はいない	

II-14-2 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
リハビリテーション部門 総数	29	0	0	1.15	30.15
うち理学療法士	20			1.1	21.1
うち作業療法士	5				5
うち言語聴覚士	4				4

II-14-3 リハビリテーション実施状況

		外来	入院
心大血管疾患リハビリ	患者1人1日あたり (単位)		
☐ I ☐ II	療法士1人1日あたり (人)		
脳血管疾患等リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.2	2.5
☒ I ☐ II ☐ III	療法士1人1日あたり (人)	0.17	0.43
運動器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1	2.6
☒ I ☐ II ☐ III	療法士1人1日あたり (人)	0.96	1.83
呼吸器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	0	1.4
☒ I ☐ II	療法士1人1日あたり (人)	0	0.16

	年間外来延患者数	年間入院延患者数
リハビリテーション総合計画評価	165	527
摂食機能療法	0	0
集団コミュニケーション療法		

B 機能種別でリハビリテーション病院版で受審する病院

II-14B 疾患別・期間別の入院患者構成 (人)

	リハビリテーション起算日からの経過期間					
	合計	1ヶ月未満	1ヶ月～ 2ヶ月	2ヶ月～ 3ヶ月	3ヶ月～ 6ヶ月	6ヶ月～
脳卒中、脳外傷、脳炎、急性脳症、 脳腫瘍など	0					
脊髄損傷、その他の脊髄疾患 (二分脊椎など)	0					
神経筋疾患(筋ジストロフィー、ギランバレー症候 群、パーキンソン病、脊髄小脳変性症など)	0					
骨関節疾患など(リウマチ、外傷、軟部組織 の外傷を含む)	103	41	38	14	9	1
切断・四肢欠損	0					
呼吸器疾患	2		2			
心筋梗塞、狭心症、大動脈瘤、心不全な ど	0					
外科手術、肺炎等の治療時安静による 廃用症候群	7	3	3	1		
脳性麻痺を含む小児疾患	0					
その他()	125	46	48	18	12	1
合計(人)	237	90	91	33	21	2

II-15 診療録管理部門

II-15-1 診療録管理業務担当者の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
診療録管理士・診療情報管理士	2	1	0.5		2.5
上記以外	0	0	0	0	0

II-15-2 診療録の形式

- ☒ 1) 電子カルテ
☐ 2) 入院・外来共通の1患者1診療録
☐ 3) 入院・外来別で、入院は1入院ごとに1冊作成、外来は1患者1診療録
☐ 4) 入院・外来別で、入院は1入院ごとに1冊作成、外来は科別に1冊ずつ作成
☐ 5) 入院・外来別で、入院は転科ごとに1冊作成、外来は科別に1冊ずつ作成
☐ 6) その他：

II-15-3 病名のコード化およびコードの種類

- ☒ 1) ICD-10 ☐ 2) その他： ()
☐ 3) コード化していない

II-15-4 手術名のコード化およびコードの種類

- ☐ 1) ICD-9-CM ☐ 2) Kコード ☐ 3) その他： ()
☒ 4) コード化していない

II-15-5 不完全な診療録のチェック ☒ 1) 行っている ☐ 2) 行っていない

II-15-6 退院時サマリーの2週間以内の作成率

作成率	%
分子：退院後2週間以内にサマリーを作成した患者数	件
分母：昨年度の年間退院患者数	件

II-15-7 診療情報の開示件数 (件/年)

件数	病床100対
24	22.02

II-16 医療情報システム部門

II-16-1 全体を管理する部署の有無 ☒ 1) あり ☐ 2) なし

II-16-2 院内の担当部署 (施設基本票 8-2 管轄している院内の担当部署 より)

- 1) 診療報酬情報管理：医事課
 2) 診療録 (情報) 管理：診療情報システム
 3) コンピュータシステムの管理：診療情報システム

II-16-3 システム担当者の配置状況

	人数
☒ 常勤専従	2
☐ 常勤専任・兼任 (常勤換算)	
☐ 非常勤 (常勤換算)	
☐ 委託職員 (常勤換算)	
☐ 担当者はいない	

II-16-4 システムの稼働状況 (I-1-9 再掲)

- 電子カルテ ☒ 1) あり ☐ 2) なし
 オーダリングシステム ☒ 1) あり ☐ 2) なし
 院内LAN ☒ 1) あり ☐ 2) なし

II-17 在宅療養医療支援部門

II-17-1 訪問サービス対応状況 (件/月)

■ 訪問診療	103
□ 訪問看護	
□ 訪問薬剤指導	
□ 訪問リハビリテーション	
■ 訪問栄養指導	77.5

II-17-2 訪問看護 担当者の配置状況等

看護職員数 (人)	
患者1人あたり月平均訪問回数	
看護職員1人あたり月平均訪問回数	

II-18 外来部門

II-18-1 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
外来部門 総数	16	0	0	1.6	17.6
うち看護師	6			1	7

II-18-2 外来患者の待ち時間調査

- 1) 調査したことがある 直近の調査 2019 年 3 月
○ 2) 調査したことはない

II-18-3 他科の診察内容を参照する仕組みの有無

- 1) あり ○ 2) なし

II-18-4 外来がん化学療法実施有無

- 1) あり ○ 2) なし

II-18-5 外来がん化学療法の実施状況

専用ベッド数	2
抗がん剤の対象患者数 (人/週)	0.25 (II-3-4 再掲)
薬剤師による調製・混合への対応状況 (%)	100 (II-3-4 再掲)

II-19 医療機器管理部門

II-19-1 臨床工学技士の配置状況

	人数
□ 常勤専従	
□ 常勤専任・兼任 (常勤換算)	
□ 非常勤 (常勤換算)	
□ その他	
■ 臨床工学技士はいない	

II-19-2 臨床工学技士の対象業務

1) 中央器材室	○ 1) あり ● 2) なし
2) 透析室	○ 1) あり ● 2) なし
3) 手術室	○ 1) あり ● 2) なし
4) ICU	○ 1) あり ● 2) なし
5) 病棟	○ 1) あり ● 2) なし
6) その他	○ 1) あり ● 2) なし

II-19-3 主な医療機器台数と管理の仕組み

	台数	管理形態		
人工呼吸器	2	■ 1) 中央管理	□ 2) 使用場所での管理	□ 3) その他
輸液ポンプ	4	■ 1) 中央管理	□ 2) 使用場所での管理	□ 3) その他
シリンジポンプ	6	■ 1) 中央管理	■ 2) 使用場所での管理	□ 3) その他
除細動器	1	□ 1) 中央管理	■ 2) 使用場所での管理	□ 3) その他
モニター	5	□ 1) 中央管理	■ 2) 使用場所での管理	□ 3) その他

Ⅲ 経営の状況

Ⅲ-1 医業収支の状況

Ⅲ-1-1 医業収支の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対 前年比	
	2018	2017	2016	2018	2017
医業収益 (繰入金を除く)	1,670,149	1,514,919	668,899	110.25 %	226.48 %
医業費用	1,636,869	1,479,745	730,937	110.62 %	202.44 %
医業損益 (繰入金を除く)	33,280	35,174	-62,038	94.62 %	-56.70 %
医業収支率	102.03 %	102.38 %	91.51 %		

Ⅲ-1-2 患者1人1日あたりの収益 (単位：円)

年度(西暦)	2018
外来収益	7,215
入院収益	37,982

Ⅲ-1-3 100床あたりの入院収益 (単位：千円)

2018 年度(西暦)	1,302,127
-------------	-----------

Ⅲ-2 繰入金の状況 (推移) (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対 前年比	
	2018	2017	2016	2018	2017
総収益 (繰入金を除く)	1,692,045	1,542,396	681,956	109.70 %	226.17 %
繰入金 (他会計負担金 等)				%	%
上記合計に占める繰入金の割合	0.00 %	0.00 %	0.00 %		

Ⅲ-3 医業収益の内訳の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			医業収益100対 構成比		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016
入院診療収益	1,419,318	1,302,304	552,772	84.98 %	85.97 %	82.64 %
室料差額	17,405	17,890	9,450	1.04 %	1.18 %	1.41 %
外来診療収益	224,585	210,393	107,085	13.45 %	13.89 %	16.01 %
保健予防活動	863	623	1,027	0.05 %	0.04 %	0.15 %
受託検査・施設利用収益	0	0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %
その他の医業収益	16,943	14,913	10,918	1.01 %	0.98 %	1.63 %
保険等査定減	-8,965	-31,204	-12,353	-0.54 %	-2.06 %	-1.85 %
医業収益 合計	1,670,149	1,514,919	668,899	100%	100%	100%

Ⅲ-4 医業費用の内訳の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			医業収益100対費用		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016
給与費	1,144,477	1,016,011	500,105	68.53 %	67.07 %	74.77 %
常勤 (再掲)	1,023,298	902,692	446,598	61.27 %	59.59 %	66.77 %
非常勤 (再掲)	121,179	113,319	53,507	7.26 %	7.48 %	8.00 %
材料費	172,325	153,315	78,171	10.32 %	10.12 %	11.69 %
医薬品費 (再掲)	64,258	57,871	29,716	3.85 %	3.82 %	4.44 %
診療材料費 (再掲)	103,021	91,238	45,856	6.17 %	6.02 %	6.86 %
給食用材料費 (再掲)	2,711	2,235	1,909	0.16 %	0.15 %	0.29 %
医療消耗器具備品費 (再掲)	2,335	1,971	690	0.14 %	0.13 %	0.10 %
委託費	98,155	98,009	45,128	5.88 %	6.47 %	6.75 %
設備関係費	20,241	22,565	10,992	1.21 %	1.49 %	1.64 %
減価償却費 (再掲)	18,789	21,724	10,925	1.12 %	1.43 %	1.63 %
器機賃借料 (再掲)	1,452	841	67	0.09 %	0.06 %	0.01 %
研究研修費	4,192	2,878	3,577	0.25 %	0.19 %	0.53 %
経費	195,307	184,819	91,656	11.69 %	12.20 %	13.70 %
その他の医業費用	2,172	2,148	1,308	0.13 %	0.14 %	0.20 %
医業費用 合計	1,636,869	1,479,745	730,937	98.01 %	97.68 %	109.27 %

II-22 回復期リハビリテーション病棟の状況

休日リハビリテーション提供体制加算 ☒ 有 ☐ 無
 リハビリテーション充実加算 ☐ 有 ☒ 無

病棟番号	03											
病棟名称	回復期リハビリテーション病棟											
一般病床数	28											
療養病床数												
回復期リハビリテーション病棟入院料	☐ 1	☐ 2	☒ 3	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 1	☐ 2	☐ 3
平均患者年齢	88											
病棟配置人数												
医師												
看護師・准看護師	17											
介護職（含：看護助手）	8											
理学療法士	3											
作業療法士	2											
言語聴覚士	1											
社会福祉士・MSW												
管理栄養士	1											
事務職												
その他1（ ）												
その他2（ ）												
入院患者数（人/年）	人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
他病棟から	157	92.35 %			%			%			%	
急性期病院から	12	7.06 %			%			%			%	
他の回復期リハ病院から	0	0.00 %			%			%			%	
介護老健施設から	0	0.00 %			%			%			%	
その他	1	0.59 %			%			%			%	
入院 全体	170	100%		0	100%		0	100%		0	100%	
退院患者数（人/年）	人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
居宅（自宅）へ	99	60.74 %			%			%			%	
居宅（自宅以外）へ	16	9.82 %			%			%			%	
介護老健施設へ	18	11.04 %			%			%			%	
福祉施設（特養など）へ	8	4.91 %			%			%			%	
他院の回りハ病棟へ	0	0.00 %			%			%			%	
院内の急性期病棟へ	15	9.20 %			%			%			%	
他の急性期医療機関へ	3	1.84 %			%			%			%	
院内の慢性期病棟へ	0	0.00 %			%			%			%	
他の慢性期医療機関へ	1	0.61 %			%			%			%	
その他	3	1.84 %			%			%			%	
退院 全体	163	100%		0	100%		0	100%		0	100%	

※ 病棟番号は「部門調査票(1)病棟部門」で記載した病棟番号

病院機能評価 書面審査サマリー

本資料は、病院機能評価事業における書面審査のうち、病院機能の現況調査の結果を要約したものです。書面審査サマリーは、訪問審査に先立って評価調査者が病院の概要を把握するための基礎資料とすること、並びに、調査票を提出して頂いた病院に対して分析結果をフィードバックし、病院機能の向上に役立てて頂くことを目的としております。

なお、本資料は、病院から訪問1日目の前日までに病院機能評価ファイル送受信システムにて修正・送信（再提出）された現況調査に基づき作成しています。

よって、訪問審査中に評価調査者へご報告いただいた訂正内容などについては、本資料には反映しておりません。

1.サマリーの構成

書面審査サマリーは、下記構成となっております。

- I 病院の基本的概要：施設基本票に関するデータを中心にまとめています。
- II 各部門の活動状況：部門別調査票に関するデータを中心にまとめています。
- III 経営の状況：経営調査票に関するデータを中心にまとめています。

2.本資料中の指標の作成ルール

＜全体に関する事柄＞

- ・ 回答選択型の項目では、該当するものを■や●で表示しています。
- ・ 病床100対： 各項目の数値÷稼働病床数×100 で算出しています。

＜各項目に関する事柄＞

■「I 病院の基本的概要」

□「I-1-3 開設者」

評価機構が有する病院データより、下記種類から抽出・表示されます。

厚生労働省、その他（国）、都道府県、市町村、日赤、済生会、厚生連（厚生農業協同組合連合会）、その他（公的）、独立行政法人地域医療機能推進機構、共済組合及びその連合会、健康保険及びその連合会、その他（社保）、公益法人、医療法人、学校法人、会社、その他法人（社会福祉法人等）、個人、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、地方独立行政法人

□「I-2-1 診療科別医師数および患者数」

- ・ 診療科名：診療科にチェックのあるもの、もしくは数値入力のあるものについて、表示しています。
- ・ 各項目について、下記のとおり算出しています。（「I-2-2 年度推移」の各項目も同様です）
 - ・ 1日当たり外来患者数
年間外来延患者数÷診療日数
 - ・ 1日当たり入院患者数
年間入院延患者数÷365
 - ・ 外来新患割合
(年間外来新患数÷年間延外来患者数)×100
 - ・ 平均在院日数
年間延入院患者数÷{(年間新入院数+年間退院数)÷2}
 - ・ 医師1人当たりの患者数
1日当たり患者数÷所属医師数

☐ 「I-3-1 職員数」

- ・ 薬剤部門、臨床検査部門、リハビリ部門の合計は、部門別調査票における職員の配置状況から算出しています。栄養部門のみ管理栄養士、栄養士、調理師の職員数の合計数を部門人数として計上しています。
- ・ 「看護要員」とは、保健師・助産師・看護師・准看護師および看護補助者を指します。
- ・ 「看護職員」とは、保健師・助産師・看護師・准看護師を指します。
- ・ 病床100対職員数
$$\{(\text{常勤職員数} + \text{非常勤職員数}) \div \text{稼働病床数}\} \times 100$$
 で算出しています。
- ・ 患者規模100対職員数
$$\{(\text{常勤職員数} + \text{非常勤職員数}) \div \text{患者規模※}\} \times 100$$
 で算出しています。
※患者規模 = 1日当たり入院患者数 + (1日当たり外来患者数 ÷ 2.5)

☐ 「I-3-2 職員の就業状況」

- ・ 常勤者を対象としています。
- ・ 退職率
$$(\text{退職数} \div \text{当該職種の常勤職員数}) \times 100$$
 で算出しています。

☐ 「I-5-1 医療安全管理担当者(リスクマネジャー等)の配置状況」☐ 「I-6-1 感染管理担当者の配置状況(院内全体)」

- ・ 専任・兼任者は実人数で算出しています。

☐ 「I-7-3 紹介状持参患者数」

- ・ 各項目は、以下の計算式により算出しています。
 - ・ 紹介率
$$(\text{紹介状持参患者数} \div \text{初診患者数}) \times 100$$
 - ・ 1日あたり紹介患者数(外来)
$$\text{紹介状持参患者数} \div \text{外来診療日数}$$
 - ・ 紹介入院患者割合
$$(\text{紹介状持参入院患者数} \div \text{新入院患者数}) \times 100$$
 - ・ 入院に繋がった紹介患者の比率
$$(\text{紹介状持参入院患者数} \div \text{紹介状持参外来患者数}) \times 100$$

☐ 「I-9 臨床指標」

- ・ 各指標について、分子 ÷ 分母 × 100 で算出しています。

■「Ⅱ 各部門の活動状況」

□「Ⅱ-3-2 処方箋枚数等」

- ・ 1日あたり枚数・件数は、下記計算式で算出しています。

外来：院内(院外)処方箋枚数÷年間診療実日数

入院：入院(注射)処方箋枚数÷365

- ・ 外来患者（病床）100対は、下記計算式で算出しています。

外来：(院内(院外)処方箋枚数÷外来延患者数)×100

入院：(入院(注射)処方箋枚数÷稼働病床数)×100

□「Ⅱ-5-8 剖検率」

- ・ 剖検率

(剖検数÷昨年度死亡退院数)×100 で算出しています。

□「Ⅱ-6-2-1 年間の撮影件数と報告書作成件数(読影件数)」

- ・ 読影率

(読影件数(自院)＋読影件数(他院))÷撮影件数×100 で算出しています。

□「Ⅱ-8-4 年間使用・廃棄血液単位数」

- ・ 廃棄率

(廃棄数÷購入数)×100 で算出しています。

□「Ⅱ-12-7 時間外・救急患者数」

- ・ 救急患者数における1日あたり患者数

年間総数÷365 で算出しています。

- ・ 平日時間外救急患者数における1日あたり患者数

年間総数÷外来診療日数 で算出しています。

- ・ 休日の救急患者数における1日あたり患者数

年間総数÷119 で算出しています。

(外来診療日数が365日の病院対応のため、便宜上、休日日数を119日で算出)

□「Ⅱ-13-4 栄養指導・栄養相談」

- ・ 栄養士1人当たり栄養指導件数は下記計算式で算出しています。

- ・ 個別実施回数

個別実施回数÷(管理栄養士総数＋栄養士総数)

- ・ 集団実施回数

集団実施回数÷(管理栄養士総数＋栄養士総数)

□「Ⅱ-14B 疾患別・期間別の入院患者構成(人)」

- ・ 機能種別でリハビリテーション病院版を受審する病院のみが対象の設問です。

□「Ⅱ-17-2 訪問看護 担当者の配置状況等」

- ・ 看護職員1人あたり月平均訪問回数

「Ⅱ-17-1 訪問サービス対応状況(件/月) 訪問看護件数」÷「Ⅱ-17-2 訪問看護 担当者の配置状況等 看護職員」で算出しています。

■「Ⅲ 経営の状況」

□「Ⅲ-1-1 医業収支の推移」

- ・ 対前年比

(当該年度÷前年度)×100 で算出しています。

- ・ 医業収支率

(医業収益÷医業費用)×100 で算出しています。

□「Ⅲ-4 医業費用の内訳の推移」

- ・ 医業収益100対費用

当該年の医業収益における各科目の割合で算出しています。
(医業費用における割合ではありません)

書面審査サマリーについてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

公益財団法人日本医療機能評価機構
評価事業審査部 審査課
Tel 03-5217-2321 Fax 03-5217-2328