病院機能評価　審査結果報告書

２０２３年度実施

医療法人慶友会　城東病院

訪問審査実施日 2023 年 10 月 5 日～10 月 6 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「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5日～10月6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　　慢性期病院　　認定

■　改善要望事項

・機能種別　慢性期病院

該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は1983年11月に開設し、40年に渡って高齢者の医療・介護を通して地域に大きく貢献されている。さらに、在宅復帰の推進、慢性期急患の受け入れ、在宅診療・在宅支援サービスの充実、ACPと意思決定支援、環境整備を柱とした慢性期多機能病院への進化を目指して積極的に活動している。病棟では機能強化のため、看護部とリハビリテーションの組織を再編成して療養支援部とし、多職種を病棟配属とした特色ある病棟運営を行っている。

今回の訪問審査では、病院長を中心に職員一丸となって質改善に取り組んでいる様子がうかがえた。多くの評価項目は適切と評価された。報告書を活用し、慢性期多機能病院として地域に貢献するとともに、貴院のますますの発展を祈念する。

２．理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針はわかりやすい表現で明文化され、病院内外に周知している。必要に応じて検討・見直しを行っている。病院運営の意思決定会議は経営会議であり、その他、必要な会議・委員会が定期的に開催され機能している。中・長期計画に基づいた年次事業計画および部門・部署ごとの目標を設定し評価するなど、計画的・効果的な組織運営を行っている。院内で発生する情報や文書は適切に管理されている。

診療機能に見合った人材を確保し、採用計画策定のもと人材確保に向けて努力・工夫している。人事・労務管理に必要な各種規則・規程を整備し、職員の就労管理も適切に行っている。衛生委員会を毎月開催し、定期的に職場巡視を行っている。健康診断を確実に実施するとともに、労働災害や職業感染への対応も適切である。

職員の意見・要望は会議・委員会で集約するほか、職員満足度調査を実施して把握している。職員の就業支援や福利厚生に配慮している。

全職員を対象に計画的に教育・研修を実施している。面談シートを用い、職員の能力評価・能力開発を行っている。看護師はクリニカルラダーを導入し、看護実践能力を把握し、能力開発につなげている。受託実習生受け入れ要領を整備し、カリキュラムに沿った実習・評価を行っている。

３．患者中心の医療

「患者の権利」と「患者の責任」を定めている。説明と同意の方針を明文化し、説明と同意が行われる範囲を定めている。患者・家族への説明と同意の実施時においては、看護師が同席して患者・家族の反応を記録している。患者への情報提供の手段は、診療・ケアにおける面談対応のほか、転倒・転落、ADL 等のアセスメント、入院診療計画書や各種検査データの提示などがある。患者・家族からの様々な相談窓口として、患者相談窓口を設置し周知している。対応する専門職が配置され、必要に応じて多職種と連携している。個人情報保護に関する基本方針や院内規程を整備し、職員に周知している。臨床倫理指針が定められ、各部署からのメンバーで構成する倫理委員会が設置されている。倫理委員会では倫理的な課題の検討や共有を行っている。

院内はバリアフリーが確保され、高齢者・障害者に配慮した施設・設備・備品を整備している。患者が落ち着いて食事ができ、レクリエーションを通して離床が促されるよう、談話スペースを設置するなど、療養環境を整備している。敷地内は禁煙であり、入院案内や院内掲示等で周知されている。

４．医療の質

医療クオリティチームを立ち上げ、部門横断的な質改善に精力的に取り組んでいる。症例検討会を医師のみならず多職種で活発に実施し、診療・ケアに役立てている。患者・家族からの意見・要望は患者満足度調査や意見箱等で収集し、対応策を職員で共有するとともに、患者・家族にフィードバックしている。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、倫理委員会で審議し可否を決定する仕組みがある。

病棟では医師およびマネージャー代行チーフが明示され、当日の勤務者も掲示している。ベッドネームに担当看護師とリハビリ療法士の名前を表示し、入院時に患者・家族に周知されている。診療記録は、マニュアルに基づき多職種が丁寧に記載している。診療記録の質的点検も適切に行っている。看護師、介護士、理学療法士、作業療法士等の多職種が病棟で常に連携して患者の診療・ケアにあたっている。

５．医療安全

病院長直轄の安全管理室が設置され、療養支援部長が医療安全管理者となっている。医療安全対策マニュアルを整備し、必要に応じて改訂している。実態として医

療安全管理者に権限が付与され、安全管理に関するラウンド等を行っている。院内のアクシデント・インシデントを収集し、リスクマネジメントチームで対策を検討している。医療事故発生時の対応手順が明確にされ、原因究明や再発防止に向けて組織的に取り組んでいる。

誤認防止に関するマニュアルを整備し、院内で共有している。患者確認は2つの識別子によって確認し、患者取り違えを防止している。口頭指示は原則禁止であるが、やむを得ない場合は指示内容を口頭指示メモに記入し、復唱した上で実施する運用を取り決めている。薬剤の安全な使用に向けた対策を確実に実施している。全入院患者に転倒・転落のリスク評価を行っている。転倒・転落防止に向けて看護師とともに病棟配属の理学療法士や作業療法士が離床を促し、下肢筋力が増強するよう支援している。新入職者に対して、教育計画に基づき、使用する医療機器の説明を行っている。新規の医療機器導入時には説明会を開催している。院内緊急コードを設定し、全職員に周知するとともに、訓練を実施している。

６．医療関連感染制御

感染対策指針を定め、適時改訂・追加して内容の充実を図っている。感染対策委員会、ICT、感染対策チームを設置し活動している。重要な感染症発生時の連絡体制を整備している。新型コロナウイルス感染症患者の入院受け入れも積極的に行っている。感染対策指針および感染防止マニュアルに沿った標準予防策を遵守している。

感染対策委員会やリスクマネージャーが中心となった院内ラウンドを実施し、手指衛生や個人防護具の使用状況をチェックしている。抗菌薬の採用・採用中止については、ICTが感染管理の視点から積極的に関与している。抗菌薬適正使用基準を定め、適正に使用している。

７．地域への情報発信と連携

医療サービスの広報に関する基本方針を定め、組織体制を明確にしている。ホームページ、病院案内、入院案内、広報誌等で病院の提供する医療サービスや診療実績をわかりやすく地域に発信している。地域の医療関連施設等の状況や医療ニーズを把握し、適切に連携している。病病連携会議や病診連携会議に参加し、病院機能の理解を深めるよう努めている。患者・地域住民を対象に健康診断や予防接種を実施するなど、地域の健康増進に寄与している。フレイル予防・ACPの普及を目的とした活動を積極的に展開している。さらに、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりとして「オレンジカフェ」を開催している。近隣のケアマネージャーと定期的な研修会を実施するほか、管理栄養士の非常勤講師派遣やリハビリテーションの研修を行うなど、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を適切に行っている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

外来はかかりつけの高齢患者が主体で、医師はわかりやすい説明を心がけ、看護

師が患者・家族の理解の程度を確認している。主治医は診断的検査の必要性を検討・説明し、実施している。入院の決定は、入院紹介患者を断らないことを受け入れ方針とし、入院判断基準を定め、入院判定会議で最終判断している。入院時には担当医が患者の病状を診断・評価し、診療方針を決定し、看護師は高齢者総合的機能評価を活用し、患者のリスク評価を行っている。既往歴や身体的診療情報、心理的・社会的な情報などを診療計画に反映し、日々のケアが実践されている。看護師、社会福祉士等が、患者・家族からの多様なニーズに応じた相談を受けている。入院前から患者に関する情報を収集し、円滑な入院につなげている。

医師は身体測定、画像検査、検体検査をもとに全身評価しており、看護・介護職は、看護基準・手順に基づき、患者に寄り添った治療とケアを提供している。投薬・注射を実施する際は、医師が必要性とリスクを説明している。内服薬投与は、服用までを確認し記録している。輸血実施手順書を作成し、適正な輸血療法の実施体制を整備している。重症患者はスタッフステーションから近い病室で管理している。全入院患者に褥瘡発生リスク評価を行い、多職種が連携して褥瘡の予防・治療を適切に行っている。栄養管理と食事支援および症状などの緩和についても適切に行っている。リハビリテーションは、高齢入院患者の生活機能の維持・向上を目指し、入院早期からリハビリ療法士が多職種と連携・協働しながら、患者の廃用予防にも努めるなど、積極的に自立支援に関わる姿勢は高く評価できる。療養生活の活性化については、塗り絵や季節に応じたレクリエーションなどに取り組んでいる。身体拘束ゼロを基本方針とし、実際に身体拘束者はいないなど、最小化の取り組みは高く評価できる。入院時から退院困難状況をチェックし、退院支援活動を行っており、退院後の継続したケアも適切に実施されている。ターミナルステージの対応は、最期まで患者の希望を最優先してケアを行っている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤師は病院全体の薬剤の使用や管理に広く関与している。臨床検査機能は、一部の検査を除き外部委託している。血算、CRP、血液ガスに関しては今後、院内に分析装置を設置予定である。画像診断機能では、病院の規模・機能から、一般撮影、CT、ポータブル撮影に対応している。放射線科専門医による読影体制もある。栄養管理機能はクックチルを導入し、直営で運営している。温冷配膳車を活用し、適時・適温で食事を提供している。患者の特性や嗜好に応じて適切に対応している。リハビリテーション機能は、リハビリ療法士および看護師、介護士も含めた療養支援部チームが、高齢入院患者の多様なニーズに適切に対応している。診療情報管理機能は、電子カルテを導入し、1 患者 1ID 番号で一元的に管理している。診療記録の形式的な点検や診断名のコード化を適切に行っている。医療機器は、医療機器安全管理責任者のもと、医療機器保管室で一元的な管理を行っている。日常点検や定期的な保守点検も確実に実施している。

洗浄・滅菌業務は中央材料室で行っている。オートクレーブにより滅菌作業が行われ、化学的インディケーターを使用して滅菌済みを確認している。輸血・血液管理機能は、輸血担当部門を薬剤課内に置き、適切に機能を発揮している。救急医療

機能では、かかりつけ外来患者の病態悪化時や慢性期急患を 24 時間体制で受け入れる方針としている。

１０．組織・施設の管理

予算編成の手順が明確であり、予算は経営会議で審議・決定している。病院会計準則に基づいた会計処理を行い、必要な財務諸表を作成している。会計監査の仕組みも適切である。窓口業務の対応手順がマニュアル化され、収納業務においては合理的に計算された診療費が請求・収納されている。レセプトの作成・点検や施設基準を遵守するための仕組みも適切である。業務委託においては委託先が適正に選定され、委託業務の実施状況を確認・評価するなど、業務管理を適切に行っている。

施設管理課が施設・設備の日常点検を行うとともに、計画に基づく保守点検を確実に実施している。医薬品、医療消耗品、医療機器などの購入にあたっては、委員会や会議の審議を経て適正に購入している。各種物品の購入や在庫管理等は適切に行っている。

自然災害や感染症に対する BCP を策定している。また、大規模災害時の訓練や備蓄を行っている。保安業務の内容が明確にされ、確実に実施されている。日々の業務実施状況は日当直日誌に記録し報告している。緊急時の連絡や応援体制も整備されている。

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	B	**【適切に取り組まれている点】** 「患者の権利」として、情報提供、自己決定、プライバシーの尊重、情報開示の4項目を明文化している。また、「患者の責任」として、患者の主体的な医療参加を促している。「患者の権利」と「患者の責任」は、ホームページ、入院案内、院内掲示等で病院内外へ周知している。職員には入職時研修、部署内掲示、朝礼等で浸透を図っている。現場では理念の達成を目指す姿勢がうかがえた。診療記録開示は厚生労働省が定めた指針に則っている。 **【課題と思われる点】** 「患者の権利」に、患者の尊厳重視やセカンドオピニオンについて明文化されていない。患者の権利に関するWMAリスボン宣言などを参考に、権利の内容の検討・見直しが望まれる。
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	A	**【適切に取り組まれている点】** 説明と同意の方針を明文化し、説明と同意が行われる範囲が定められている。患者・家族への説明と同意の実施時においては、看護師が同席して患者・家族の反応を診療録に記録している。緊急時は家族に電話で説明し同意を得ることもあるが、その際は診療録に記録し、家族の来院時に署名を得ている。患者が意思決定できなくても、患者の表情や単発の言語を大切にし、日常生活の中での反応をSOAP形式で詳細に記録している。セカンドオピニオンの希望や実績はないが、手順を整備している。 **【課題と思われる点】** 特記なし。

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】** 患者への情報提供の手段として、診療・ケア等における面談対応のほか、転倒・転落、ADL、褥瘡、嚥下機能等のアセスメント、入院診療計画書や各種検査データの提示などがある。褥瘡発生時には写真を撮って患者・家族に説明し、介入への参加を促している。外来患者には初診時から ACP プログラムに沿って丁寧に面接を行い、診療録に記録している。入院患者には入院時に ACP プログラムによる意思決定支援が行われ、入院後も看護師、介護士、理学療法士、作業療法士が専門職としての立場から意思決定支援を行い、カンファレンスで情報共有している。相談機能を通して、理解を深めるためのパンフレットや薬剤等の情報が患者に提供されている。 **【課題と思われる点】** 特記なし。
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】** 患者・家族の相談に対応する窓口として患者相談窓口を設置し、院内の表示、ホームページ、入院案内等で周知している。相談の担当者として社会福祉士、看護師、作業療法士、事務職員を配置し、相談内容により多職種で対応している。地域包括支援センターや在宅事業所等と連携している。高齢者虐待への対応マニュアルを整備し、研修会等で職員に周知している。患者・家族が認知症などにより理解力が乏しい場合は、パンフレットや資料の活用や、同席者を依頼している。相談内容は受付相談票や電子カルテに記録している。 **【課題と思われる点】** 特記なし。

1.1.5	患者の個人情報を適切に取り扱っている	B	【適切に取り組まれている点】 個人情報保護に関する基本方針と院内規程を整備し、研修会等で職員に周知している。委託業者や学生実習依頼元と個人情報保護に関する契約を交わしている。職員の退職時には機密保持に関する誓約書の提出を求めている。診療情報等の外部への持ち出しは、申請を経て可能とし、診療情報管理士から病院所有のUSB等で提供される仕組みとなっている。診察室・相談室は個室化され、外来での患者呼び出しは番号で行っている。病室入口の患者名の表示は、患者・家族の希望で表示しないことも可能としている。 【課題と思われる点】 電子カルテのログインパスワードは6桁以上の文字列で設定し、6ヶ月以内で変更するルールとなっている。「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参考に、英数文字や記号を混在した13文字以上の設定、または8文字以上の設定で2ヶ月以内に変更するなど、パスワードのより安全な管理が望まれる。
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	【適切に取り組まれている点】 臨床倫理指針が定められ、意思決定が困難な患者への対応や輸血拒否などの方針を定めている。各部署からのメンバーによって構成された倫理委員会が設置され、臨床における倫理的な課題の検討や共有、臨床研究における審査を行っている。臨床倫理に関しては、患者・家族を含め、チームで協議されている。臨床現場で倫理的課題が生じた場合は、現場で倫理的な課題の共有が図られ、現場で解決できない課題や重大な問題等は倫理委員会で検討する仕組みとなっている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 医療サービスの広報に関する基本方針を定め、組織体制を明確にしている。広報は事務部と地域連携委員会が担当している。病院が提供する医療サービスは、ホームページ、病院案内、入院案内、広報誌等でわかりやすく発信し、必要に応じて情報の更新を行っている。開院記念日に発行する広報誌は年1回、1,000部発行している。入院経路、緊急入院数、医療区分、リハビリテーション単位数、退院経路などの診療実績をホームページで公開している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 甲府市主催の病病連携会議や病診連携会議に参加し、地域の医療状況やニーズを把握するとともに、連携強化を図っている。SINGENネットを活用し、情報発信を行うほか、毎日、地域の病院や介護施設等と連絡を取り、スムーズな紹介・逆紹介が行えるよう努めている。入院前から在宅復帰を意識し、入院時、入院から1ヶ月にスクリーニングシートを用いて評価し、退院困難ケースへの取り組み強化につなげている。必要に応じて家屋調査を行い、在宅支援事業所と連携を図っている。「紹介元への報告書の取り扱いについて」で返書のルールを定め、紹介元への返書を確実に行っている。 【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】 患者・地域住民を対象に、定期健康診断、雇入時健康診断、特定健康診断、インフルエンザ予防接種、新型コロナウイルスワクチン接種等を行っている。フレイル予防・ACP の普及を目的とした活動を展開し、各種会合への参加や高齢者講座等を実施している。認知症になっても安心して暮らせる地域づくりとして、「オレンジカフェ」を開催している。近隣のケアマネージャーと定期的な研修会を実施するほか、管理栄養士の非常勤講師派遣、リハビリテーションの研修など、地域の医療関連施設等に向けて教育・啓発活動を行っている。 【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】 病院長直轄の安全管理室が設置され、療養支援部長が医療安全管理者となっている。医療安全対策マニュアルを整備し、必要に応じて改訂している。医療安全対策委員会の下部組織としてリスクマネジメントチームが設置され、転倒予防チームと各部署安全会議がある。リスクマネジメントチームでは、臨床現場のアクシデント・インシデント報告書の共有・分析を行い、再発防止策などを協議し、医療安全対策委員会に報告している。医療安全対策委員会は、病院長、療養支援部長、事務長はじめ各部署から委員が選出され、毎月 1 回定期的に開催している。 【課題と思われる点】 実態として医療安全管理者に権限が付与され、安全管理に関するラウンドや病院長不在時に率先して指揮をとっているが、権限が明文化されていない。権限付与について明文化が望まれる。また、医療安全管理者研修受講から 5 年以上経過しているため、早急な受講が望まれる。

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】 医療安全対策マニュアルにおいてレベル3aまでをインシデント、レベル3b以上をアクシデントと定めている。提出されたインシデントレポートは各部署で集約し、リスクマネジメントチームで対策を検討している。部署ごとのインシデントレポート数の目標値を定め、提出数の多い職員を表彰するなど、院内全体で提出が促進されるような仕組みが構築されている。医療安全管理者は集計されたインシデントレポートを基に、時間ごとの発生数等を分析し、院内で共有して再発防止に取り組んでいる。死亡事例については退院時病歴要約を管理者に回覧し、疑義を認めた場合は医療事故調査制度の対象であるか判断している。 【課題と思われる点】 特記なし。
1.3.3	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】 医療安全対策マニュアルに、医療事故発生時の対応手順、原因究明、再発防止について明記されている。医療事故が発生した場合は速やかに医療安全管理者に報告し、医療安全管理者が病院長に報告する体制となっている。重大な医療事故が発生した場合は、早期に医療事故対策委員会を設置し、患者・家族への対応や当事者への対応を検討するとともに、原因究明と再発防止に向けた検討を行っている。予期しない死亡事例については、医師会等に相談し、医療事故調査・支援センターへ報告することになっている。訴訟に備えて病院賠償責任保険に加入している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	B	【適切に取り組まれている点】 感染対策指針を定め、感染対策委員会を毎月定期開催している。感染対策委員会のもと、感染制御の実践組織として、医師、感染管理認定看護師、薬剤師等の多職種からなるICTを設置し、さらに、ICTと現場とのつなぎ役として、各現場のスタッフも加えた感染対策チームも設置している。ICTは院内ラウンド、予防策の指導、感染発生時の対応等を担当し、感染対策チームは教育・研修、現場の日常的な感染予防策の実施について活動している。感染対策指針は種々のガイドライン等に準拠し、適時の改訂・追加で内容の充実を図っている。 【課題と思われる点】 医療関連感染制御活動の責任者は、実質的に専従の感染管理認定看護師が担っているが、感染対策指針には活動権限付与の記載がないため、権限付与について明記することが望まれる。
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】 薬剤耐性菌等の重要な感染症の発生時には、最初に主治医、発生病棟の責任者、感染管理認定看護師の3者へ報告があり、感染管理認定看護師から連絡網で院内全体に情報が伝わる仕組みである。JANISには院内感染サーベイランス（全入院部門）で参加している。アウトブレイク発生時の対応はマニュアルに定めているが、最近発生例はない。院内外の感染流行情報を収集・分析し、その情報を院内に周知している。近隣連携病院との合同カンファレンス等の取り組みも適切である。新型コロナウイルス感染症患者の入院受け入れも積極的に行っている。 【課題と思われる点】 アウトブレイクの定義を耐性菌で患者が2名以上発生した場合に限定している。多剤耐性菌の発生なども想定した検討が望まれる。

1.5　継続的質改善のための取り組み

1.5.1	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	A	**【適切に取り組まれている点】** 多職種による医療クオリティチームを立ち上げて、部門横断的な質改善に精力的に取り組んでいる。今回の病院機能評価受審の取りまとめも、医療クオリティチームが担当している。「持続可能な高齢者支援のため邁進いたします」を念頭に、院内全部門がそれぞれ独自の目標を掲げて、その達成に向けてアクションプランを作成している。アクションプラン達成度は数値化し評価している。今後の活動継続による成果が十分に期待できる。厚生局施設基準等適時調査、保健所立入検査等の外部立入り検査での指摘事項に速やかに対応している。 **【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】** 症例に関する検討会は、新患カンファレンス、ケアカンファレンス、デスカンファレンスなど開催している。医師のみならず、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーション療法士、介護士、MSW、事務職員等も参加して多職種で活発に実施し、臨床倫理 4 分割法を活用して情報を整理・共有し、その後の診療・ケアに役立てている。また、内容は電子カルテに記録している。自院で頻度の高い疾患や病状に関する診療ガイドラインを揃え、院内文書一覧から閲覧可能とし、活用を促している。臨床指標・質指標については、複数の指標を定めて一部公表するとともに、データを蓄積中である。 **【課題と思われる点】** クリニカル・パスについては未作成で利活用に至っていない。診療内容の標準化を目指したクリニカル・パスの作成と利活用が望まれる。臨床指標・質指標については一部公表しているものの、データを蓄積するだけでなく、経時的変化の分析や他院とのベンチマークなどにより質改善への利活用が望まれる。

1.5.3	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	A	【適切に取り組まれている点】 患者・家族の意見・要望は、定期的な満足度調査の実施や、意見箱の設置などで収集している。意見・要望の収集の窓口として、患者相談窓口を設置し、入院前から案内して意見・要望を言いやすい雰囲気作りに努めている。意見・要望は全て苦情処理委員会で報告・検討され、診療会議で共有している。該当部署は具体的な解決策を周知するために、カンファレンスを実施している。患者・家族へのフィードバックは院内掲示や直接回答している。患者・家族の意見・要望から、診療費の口座引落やエントランスの改修など質改善を図っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、倫理委員会で内容を審議し、可否を決定する仕組みがある。安全面で問題があれば、安全管理室会議で検討している。最近では新型コロナウイルス感染症対応に関連する医療器材の導入例がある。導入にあたっては、器材の販売業者によるスタッフ向けの説明会や当該部署における勉強会を開催している。医薬品の適応外使用についての検討例はない。臨床研究については看護研究も含め、倫理申請書を提出し、倫理委員会で審議の上で許可を得て実施している。 【課題と思われる点】 特記なし。

1.6　療養環境の整備と利便性

1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A	**【適切に取り組まれている点】** 来院者用駐車場を整備するとともに、タクシーの依頼は受付の職員が手配するなど、来院時のアクセスに配慮している。正面入口に車椅子を配備し、来院時速やかに使用可能となっている。受付カウンターは車椅子でも利用しやすい高さであり、必要に応じて事務職員がサポートする体制がある。病室ではテレビや冷蔵庫が利用でき、入院中の情報入手や通信手段として、新聞、携帯電話、Wi-Fi の利用が可能となっている。院内に売店は設置されていないが、病院横にコンビニエンスストアがあり、必要に応じて職員が付き添うなど配慮している。院内はバリアフリーが確保されている。 **【課題と思われる点】** 特記なし。
1.6.2	療養環境を整備している	A	**【適切に取り組まれている点】** 患者が落ち着いて食事ができ、レクリエーションを通して離床が促せるよう、既存のナースステーションの一部を改装し、患者の談話スペースを設置している。酸素吸入中の患者も積極的に離床が進むよう、談話スペースに医療ガスの配管設備がある。病室やリネン庫等は整理整頓されている。病棟内にはスペースを十分に確保した身体障害者用トイレを 3 ヶ所設置し、手摺りも適切に設置している。浴室は、個人浴、ミスト浴、リフト浴が配置されている。ベッドは 3 種類用意し、理学療法士のアセスメントのもと、患者の状態に合わせて使用している。病室や面談室は患者のプライバシーに配慮し整備している。 **【課題と思われる点】** 特記なし。

1.6.3	受動喫煙を防止している	A	**【適切に取り組まれている点】** 外来者・職員を含めて敷地内禁煙の方針であり、入院案内や院内掲示等で周知している。敷地内禁煙の方針は総合集会や会議等で職員への周知・徹底を図っている。各所属長が職員指導を行っている。外来では必要に応じて、患者に禁煙指導を行っている。職員には健康診断時に喫煙状況を確認するとともに、喫煙者には禁煙指導を行っている。 **【課題と思われる点】** 特記なし。

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】 外来は外来マネージャーが責任を持ち、責任体制の基準が明文化されている。外来での診療状況は、インカムを使用し、看護師間で情報共有している。病棟では医師およびマネージャー代行チーフが明示され、当日の勤務者も掲示している。ベッドネームに担当看護師と理学療法士または作業療法士の名前を表示し、入院時に患者・家族に周知されている。全職員が職種と役職を入れた名札を使用している。主治医不在時は代行医師を明示している。マネージャー代行チーフは、定期的にラウンドを行い、病棟の状況を把握するとともに、病棟目標に基づき、患者対応や療養相談などの体制を整えている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.1.2	診療記録を適切に記載している	A	【適切に取り組まれている点】 診療記録は診療記録記載マニュアルに基づき、関連多職種が電子カルテシステムで適時に必要事項を丁寧に記載している。略語の使用は一般的な範囲内のものに限定しているが、実際には使用例は少なく、多職種が閲覧・利用する観点からは望ましい状態である。退院時サマリーの２週間以内の作成率は、ほぼ 100％である。診療記録管理委員会で点検項目を定め、多職種で診療記録の質的点検を行っている。点検の結果は担当医へ直接伝えている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 誤認防止に関するマニュアルは、「安全のための確認基準」を整備し、院内で共有されている。患者の確認については、入院患者はリストバンドを装着し、フルネームでの名乗りを原則としている。名乗れない患者は職員と名前確認を行っている。外来患者は外来受付票とフルネームでの名乗りとしている。外来患者で名乗れない患者は、付き添い家族からの名乗りの後、ID 確認を行っている。輸血と注射については、2 人同時双方型または連続型で確認を行っている。検体採取時は指示内容の確認を行い、採取時に本人確認と検体ラベルのバーコードで名前を確認している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 電子カルテで指示出し・指示受け・実施・確認まで一連の過程を伝達し、変更・中止指示にも適時対応している。口頭指示は原則禁止で、その都度医師へ指示入力を依頼している。緊急時などやむを得ない場合は、医師の指示内容を口頭指示メモに記入し、復唱した上で実施する運用を取り決めている。検体データのパニック値、緊急対応を要する画像所見、病理検査の悪性所見などは、主治医に直接連絡する仕組みが確立している。 【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	A	【適切に取り組まれている点】 病棟における麻薬や向精神薬等の保管・管理を手順書に定めている。ハイリスク薬は救急カートでは赤字でわかりやすく表示している。カリウム製剤の病棟配置はなく、抗がん剤の使用はない。重複投与、相互作用、アレルギー等は電子カルテ画面上に表示し、薬剤師が確認・対応している。薬剤の取り違え防止、副作用発現の把握と対応、服薬指導等についても、薬剤師が積極的に対応している。病棟在庫薬剤は処方箋に基づく使用を原則とするが、緊急時等やむを得ず使用する場合には、看護師のダブルチェックによる確認を手順としている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 入院時、全患者に転倒・転落アセスメントシートによるリスク評価を行っている。危険度Ⅱ、Ⅲの患者に関しては、療養支援記録にアセスメントを行い、計画を立案している。リスクが高くなったと判断される場合には、転倒・転落アセスメントシートで再評価し、看護計画に反映させている。転倒・転落の発生時には、医療安全対策マニュアルに沿って対応を行い、当日または翌日に多職種カンファレンスを実施し、アセスメントや予防策を検討している。看護師とともに病棟配属された理学療法士や作業療法士も日常生活の中で離床を促し、下肢筋力が増強するよう支援している。 【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】 新入職者に対して、教育計画に基づき、使用する医療機器の説明を行っている。新規の医療機器導入時には説明会を行っている。医療機器の安全使用のために個々の点検マニュアルを整備している。医療機器ごとに取扱説明書を設置し、速やかに確認できるようにしている。輸液ポンプ使用時は医師の指示に従い、機器の設定後にダブルチェックを行っている。検温時や勤務交代時に設定と作動確認を行っている。モニターや機器使用中の患者の観察と機器のチェックを記録している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 院内緊急コードとして、急変が発生した場合の「コードブルー」、患者の離院時の「コードイエロー」の2種類を設定し、全職員に周知するとともに、訓練を実施している。認知症患者が多いため、「コードイエロー」は夜間・休日も電話連絡と安否確認システムを活用し、緊急招集ができるようシステム化されている。AEDは1台設置され、到着時間等に支障なく対応できる体制であり、心肺蘇生訓練は全職員を対象に年3回実施している。 【課題と思われる点】 入院患者に救急蘇生が必要な状況が起こらないとの理由から、救急カートに挿管チューブが備えられていない。入院・外来患者だけではなく、家族・見舞い客も、時として意識消失や心肺停止といった緊急事態が発生することもあり、救急カートに気道確保器具等の常備が望まれる。救急カート内の備品の収納場所が標準化されていないため、収納場所の標準化が望まれる。救急カートの引き出しにストッパー機能がないため、引き出した際に薬剤が落下する可能性があるため、検討が望まれる。

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	A	**【適切に取り組まれている点】** 感染対策指針および感染防止マニュアルに沿った標準予防策を遵守している。外来でも感染経路別の予防策の徹底に努めている。感染対策委員会やリスクマネージャーが中心となった院内ラウンドを月 1 回実施し、擦式アルコール手指消毒薬の使用量や PPE の使用状況などをチェック表に基づき確認している。血液・体液の付着したリネン・寝具類の取り扱いは、飛散・曝露などの防止策が図られている。インフルエンザやノロウイルス等についても標準予防策の徹底で、集団感染を防ぐ努力をしている。感染性廃棄物の取り扱いも手順に従い、適切に行っている。 **【課題と思われる点】** 特記なし。
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】** 抗菌薬の採用については ICT メンバーが中心となり、薬剤耐性の観点から検討している。最終的な採用・採用中止は薬事委員会で審議・決定している。抗菌薬適正使用基準を定め、抗菌薬投与前に血液培養 2 セットを含めた細菌検査の実施を奨励し、エンピリックセラピーから細菌培養結果を参照し、デ・エスカレーションするように医師へ啓発している。カルバペネム系や抗 MRSA 薬などの抗菌薬を届出制とし、長期使用例などに対しては、ICT が担当医に注意喚起している。院内分離菌のアンチバイオグラムを院内で参照・利用できる体制を検討中である。 **【課題と思われる点】** 特記なし。

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	S	**【適切に取り組まれている点】** 患者・家族が抱える倫理的課題は、4 分割法を用いて入院前から医療連携係が情報を把握し、入院後、多職種でカンファレンスを行っている。ACP に対しては、いかに本人の希望に添えるかを考え、ケアを行っている。個別性を重視し、言語での意思表示が困難になった段階でも、意思がない訳ではないという共通認識のもと、患者が発する単語や表情を細やかに観察し、個別性のある記録に残すことで多職種での情報共有を行っている。時に困難事例があったとしても、カンファレンスを重ね、多職種が協働して対応している。転倒やルート類の抜去の可能性がある患者に対しても、基本的には身体拘束をしないという方針が徹底され、拘束なしでの生活が送れるかというアイデアを出し合い、ケアにあたっている。常に患者・家族の立場に立って、倫理的課題等を把握し、誠実に対応する取り組みは高く評価できる。死亡症例に関しても、退院後 1 ヶ月以内にデスカンファレンスを行い、各職種の立場から振り返りを行い、振り返りをもとに多職種で今後の患者のケアに生かしている。 **【課題と思われる点】** 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 機能強化のため、病棟では看護部とリハビリテーション課を中心に、多職種から成り立つ療養支援部に組織の再編成を行い、看護師、介護士、理学療法士、作用療法士が病棟に常駐している。理学療法士や作業療法士はリハビリテーション室ではなく、生活の場に行き、排泄や移動介助もリハビリテーションの視点でケアを行い、ADL の維持や向上に努めている。入院時から多職種で 4 分割法を用いて情報収集を行い、その情報をもとに多職種カンファレンスを行っている。新設された談話スペースでは、多職種が連携してレクリエーションを行っている。隣接するスタッフステーションには多職種とともに病棟医が頻回に滞在することで、疑問点はすぐに医師と情報共有し、ケアに生かしている。摂食にも力を注ぎ、管理栄養士はミールラウンドを行い、摂食不良の患者には栄養補助食品を提供するほか、看護師と協働して経口摂取ができるよう工夫している。個別性を重視した多職種協働による診療・ケアの実践は高く評価できる。 【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】 診療内容、診療時間、診療科の特徴など受診に必要な情報は、ホームページ、病院案内、入院案内等でわかりやすく案内している。紹介患者は医療連携係が円滑な受診につなげている。定期的に待ち時間調査を実施するとともに、待つことの苦痛軽減のため、テレビの設置や各種パンフレットを配架するなど配慮している。外国人への対応として、外来にポケトークを用意している。感染症が疑われる患者については、発熱外来として別スペースで通常の経路と分けて対応している。予定の入院患者をはじめ、緊急入院患者も速やかに病棟で受け入れている。 【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】 外来はかかりつけの高齢患者が主体である。外来看護師が患者から情報収集し、医師に伝達している。情報を臨床倫理の 4 分割表の項目、医学的適応、患者の意向、QOL、周囲の状況を活用し、整理して診療録に記載している。医師は患者情報を得た上で資料、リーフレット、模型等を利用して、わかりやすい説明を心がけている。必要時の他医への相談も円滑である。同意を必要とする検査や処置を取り決め、医師からの説明の際には看護師が必ず同席し、説明後には患者・家族の理解の程度を確認している。薬剤師による服薬指導、管理栄養士による栄養指導も適宜実施している。 【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】 主治医は診断的検査の必要性を検討し、患者・家族にその内容や意義を説明している。造影剤使用などの侵襲的検査は行っていないため、口頭同意が基本であるが、医師業務マニュアルで同意書取得を要する侵襲的処置の範囲を具体的に定め、胃瘻造設などでは同意書を取得している。生理検査や画像検査には技師の他、看護師も立ち会って患者の状態と反応を観察している。MRI など自院で実施できない検査は、医療連携係を通して、速やかに他院へ紹介している。検査時の患者搬送は看護手順に則って安全に対応している。 【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	A	**【適切に取り組まれている点】** 入院紹介患者を断らないことを受け入れ方針とし、入院判断基準を定め、入院判定会議を定期開催している。入院判定会議では、医師、看護師、リハビリテーション療法士、事務職員などの多職種が、紹介状の内容、患者の ADL、医療区分に基づいて入院の可否を最終判断している。議事内容を記録し保存している。抗癌剤投与や人工透析、自発呼吸のない人工呼吸器管理等で受け入れができない患者については、照会元に理由を丁寧に説明の上で他施設を紹介している。在宅療養支援病院であることから、かかりつけ患者の緊急入院にも対応している。 **【課題と思われる点】** 特記なし。
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】** 入院時に入退院支援看護師が患者の ACP を含めた情報を収集し、4 分割法にて情報を整理している。担当医が患者の病状を診断・評価し、診療方針を決定している。入院診療計画書の作成には医師、看護師、リハビリテーション療法士、薬剤師、管理栄養士など多職種が関与し、患者・家族の要望にも配慮している。看護師は高齢者総合的機能評価も活用し、転倒・転落、栄養状態、褥瘡、認知機能、嚥下機能等についてリスク評価し、必要時に適宜見直している。病態の変化などにより、当初作成した入院診療計画に変更が生じた場合には、新たな入院診療計画書を作成し、内容を改めた上で患者・家族に説明している。 **【課題と思われる点】** 特記なし。

2.2.6	診療計画と連携したケア計画を作成している	A	【適切に取り組まれている点】 入院前の通院段階から ACP に力を入れ、事前に患者・家族の希望を聴取し、記録に残している。入院時には既往歴や病態など身体的診療情報に加え、4 分割法によって得られた心理的・社会的な情報などを多職種で検討し、診療計画に反映している。日々のケア計画は病棟配属の看護師、介護士、理学療法士、作業療法士が各職種の専門的立場から実践され、病状の変化による計画の変更も適切に行われている。要望を言葉として伝えることが困難な高齢の患者や終末期の患者に対しても、表情を細かく観察し記録に残し、ケア計画に反映させている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 看護師、社会福祉士、作業療法士、事務職員を中心に相談に対応している。外来および入院患者や家族からの多様なニーズに応じた相談を受けている。相談室は静かで落ち着いた空間づくりに配慮している。院内スタッフとの調整や院外の社会資源との連携・調整も円滑に実施されている。相談内容は 4 分割法を用いて紙ベースで記録し、相談者の個人情報に配慮しつつ、多職種で共有すべきと判断した内容を電子カルテに記載している。退院調整や社会復帰支援における各種制度の活用支援、医療連携係と部署間の連携も適切である。 【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】 入院前から医療連携係や外来看護師により、患者に関する情報収集が行われている。入院案内や病棟紹介の冊子に基づき、オリエンテーションを実施している。患者・家族の希望に応じて、院内の見学も可能とするなど、より具体的に入院生活がイメージできるよう支援している。保険外費用や個人情報保護に関する掲示のほか、病棟設備の案内表示等も適切に行っている。高齢者にわかりやすいよう、大きな文字でトイレ等の場所案内が表示されている。当日の緊急入院にも対応し、外来マネージャーがスムーズな受け入れに努めている。 【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】 主治医は原則として、毎日、受け持ち患者を診察して、遅滞なく診療録に所見を記載している。必要な指示出しや看護師からの依頼にも速やかに対応するなど、現場でのリーダーシップを発揮している。多職種による様々なカンファレンスに参加し、患者の病態に関する情報の共有を図っている。検査の結果説明や病状変化など、患者・家族との面談が必要となった際には、随時調整の上でプライバシーを保った病棟のカンファレンス室で実施している。意見書や指示書、診断書等の各種書類の作成にも迅速に対応している。 【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】 各病棟の責任者としてマネージャー、看護師は主任、介護士はチーフが配置されている。職務規程や組織図を整備し、看護基準・手順に基づく病棟運営を行っている。マネージャーは朝礼において連絡事項や決定事項の周知に努めるとともに、個々の能力に合わせた業務分担を管理している。看護方式は継続受け持ち制であるが、一部で機能別を取り入れている。看護師、介護士、理学療法士、作業療法士がそれぞれの立場で 4 分割法で情報収集を行い、情報共有のもとカンファレンスを行い、患者の希望を重視して協働しながら病棟業務を適切に行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 入院時に、医師は身体測定、画像検査、検体検査を基に全身評価している。病棟看護師は高齢者総合的機能評価に基づき、看護計画を立案している。管理栄養士が中心となり栄養管理計画書を作成し、多職種で情報共有している。入院後も定期的な体重測定、検体検査を実施して診療チームで身体疾患の状況把握に努めている。認知機能低下を疑う場合は認知機能検査を実施し、積極的に認知症ケアチームが介入するなど、患者に寄り添った治療とケアを実施している。 【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	A	【適切に取り組まれている点】 投薬を実施する際には、医師が患者に必要性とリスクを説明し、同意を得ることを原則としている。病棟配属薬剤師は患者の病状、理解力などについて病棟看護師と相談し、必要な患者に服薬指導と薬歴管理を行い、その内容を電子カルテで情報共有している。注射薬の調製・混合は、病棟で看護師が実施している。高カロリー輸液については、平日は病棟のクリーンベンチで薬剤師が調製している。注射の実施にあたっては、看護師は手順に基づき、患者名・薬剤名等を確認し、バーコード認証の上で実施している。抗菌薬の初回投与時には手順に則り、投与中、投与後の患者状態や反応を観察・記録している。内服薬の投与は患者の病態に応じて配薬し、状態により服用までを確認し記録している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 厚生労働省の「血液製剤の使用指針」、「輸血療法の実施に関する指針」に則って、「輸血実施手順書」を作成し、適正な輸血療法の実施体制を整備している。主治医は輸血の適応を決定し、患者・家族に必要性やリスクを説明し、同意書を取得した上で電子カルテで指示している。輸血実施時には製剤の属性と指示内容、患者との三点照合をダブルチェック後、バーコードシステムを利用して開始している。開始時、投与 5 分間、15 分後、投与終了時に患者観察し、結果を診療録に記載している。緊急輸血が必要な場合は、日赤の血液センターに請求する手順になっているが、実例はない。副作用が生じた場合は直ちに主治医、輸血部門へ報告し、対応する仕組みとなっている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.14	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】 集中治療室や重症者等療養環境特別加算室は設置されていない。患者アセスメントに基づき、状態が不安定で頻回な観察が必要と判断した場合などは、患者をスタッフステーションから近い病室または個室へ移送し、モニター類を装着した上で管理している。医師には常時連絡が取れる体制であり、患者の病状変化に対応している。病状と患者本人の意思に基づいて、医師から DNAR 指示が出ている場合には、情報を多職種で確実に共有し、適切に対応している。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.15	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】 褥瘡対策委員会および褥瘡予防チームが構成されている。入院時、全患者に対してブレーデンスケールを用いてリスク評価を行っている。必要な患者には褥瘡診療計画を多職種で立案し、定期的に多職種チームが褥瘡管理を実施している。褥瘡発生時には DESIGN-R で評価を行い、写真とともに経過を記録している。体圧分散マットレスやエアマットレスの選定等も適切に行っている。ポジショニングや体位変換については、病棟配属の理学療法士が看護師や介護士と協働して計画を立案し、ベッドサイドに掲示して実践している。困難事例については非常勤皮膚科医に相談できる体制である。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院時、栄養管理計画として栄養状態や嚥下機能等、栄養アセスメントを多職種で行っている。食物アレルギーについては、入院時に情報収集し、電子カルテで情報共有している。水飲みテストを全例行い、摂食・嚥下チームが中心となり摂食支援が行われている。食事は嚥下状態に合わせた形態で提供され、摂食量の少ない患者に対しては、ケア計画の見直しを行い、定時の食事時間以外でも栄養補助食品を提供するなど、栄養状態の向上に努めている。管理栄養士はミールラウンドを行い、患者の摂食量の観察や食形態について適切であるかを判断している。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.17	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】 疼痛、発熱、呼吸困難、吐き気等に関する症状別看護基準や疼痛緩和マニュアルを整備している。患者の痛みの評価スケールとして、NRS や FRS を使用している。意思を表現することが困難になった患者に対しては、単語や表情を個別性のある記録に残し、多職種とも情報共有を行い、評価している。症状緩和を行う際は、患者・家族に説明し同意を得ている。麻薬の使用基準については疼痛緩和マニュアル内に記載され、必要時には基準に基づいて使用している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	S	**【適切に取り組まれている点】** 高齢入院患者の生活機能の維持・向上を目指し、主治医の処方後、入院早期からリハビリテーション療法士が多職種と連携・協働しながら、積極的にリハビリテーションを提供し、患者の廃用予防にも努めている。訓練室での機能訓練だけでなく、ベッドサイドや病棟の談話スペースでの日常生活を想定したリハビリテーションを重視している。患者情報をカンファレンスにより、リハビリテーション療法士間のみならず、医師、看護師、介護士等、多職種で共有し、常に患者の ACP を尊重している。入院時、患者のほぼ全例に水飲みテストと外部の歯科医・歯科衛生士による口腔内評価を実施し、言語聴覚士や管理栄養士も加わった摂食嚥下チームが経口摂食を支援し、ADL 回復を図っている。排泄機能についてはリハビリテーション療法士も排泄支援チームに参加し、尿道カテーテル抜去や自力排泄回復に効果を上げている。認知症患者には HDS-R、MMSE 等で評価し、認知症ケアチームに加わってリハビリテーションを実施している。積極的なリハビリテーションにより退院患者数が増加し、在宅復帰率も向上している。リハビリテーション療法士が多職種と協働して、積極的に自立支援に関わる姿勢は高く評価できる。 **【課題と思われる点】** 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 「いつまでもあなたらしくいられるために寄り添います」という理念のもと、多職種で患者の自立支援に取り組んでいる。リハビリテーション療法士はリハビリテーション室から病棟配属になり、看護師や介護士とともに、排泄介助や移動介助を行い、患者の自立に向けてケアを行っている。酸素吸入が必要な患者に対しても離床を促すために、談話スペースに酸素配管を整備し、他の患者との交流ができるよう配慮している。塗り絵等のアクティビティを提供するほか、多職種が連携しながら季節に応じたレクリエーションを開催するなど、療養生活の活性化を図っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	S	【適切に取り組まれている点】 身体拘束ゼロを基本方針としており、実際に身体拘束者はいない。身体拘束に関する方針や適応基準を定め、切迫性、非代替性、一時性の3つの要件を全て満たす場合のみの拘束としている。他院から拘束した状態で転院してきた患者に対しても、どのようにしたら身体拘束なしでケアができるかを多職種で話し合い、入院時から拘束せずに対応している。やむを得ず身体拘束を行う場合は医師が拘束指示書を作成し、患者・家族に内容とリスクを説明し、同意を得て拘束を開始することとしている。身体拘束実施の際には2時間ごとに観察・記録し、毎日のカンファレンスにおいて解除に向けた検討を行っている。かつて、身体拘束が実施された患者の記録では説明と同意を確実に行い、皮膚、関節可動域、精神状態、バイタルサイン等を観察し、記録している。低床ベッドやセンサーの使用についても、使用・解除基準を作成・運用するなど、身体拘束の最小化への取り組みは高く評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。

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】 入院時、全患者に新患カンファレンスを実施し、1ヶ月位までの間のスクリーニングによって、退院困難状況をチェックし、退院支援を開始している。退院まで多職種によるカンファレンスを行い、患者の退院支援活動を積極的に実施している。在宅復帰に向けた家屋調査では、事前に家族に家屋の写真を依頼し、患者・家族の希望も聴取している。退院前の訪問時には、看護師、介護士、理学療法士等の多職種が福祉用具の提案やケアの方法について、患者・家族と意見交換している。医療連携係は在宅サービスや介護保険サービスにつなげる役割を果たしている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 元気なうちからACPを行っていくという方針のもと、外来通院時から患者の意思決定支援を行っている。医療連携係は入院前にも再度、患者・家族の希望を聴取し、退院時にも調整機能を果たしている。患者・家族の希望は随時聴取され、希望に沿って継続的な支援を行っている。在宅療養支援について入院時から入退院支援フローに基づいた検討を行い、退院後の継続したケアが実施されている。退院前の自宅訪問にはケアマネージャー、訪問看護職員、訪問リハビリテーションの職員も同行し、連携先には退院サマリーで情報を提供するなど、退院後の生活支援につなげている。 【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	A	【適切に取り組まれている点】 ターミナルステージに関するケアの指針やマニュアルが整備されている。指針に基づき終末期の判断は主治医が行い、患者・家族への説明と意向確認が行われている。意向確認は入院前から行われているが、終末期に入ってからも繰り返し行われ、4 分割法を用いて多職種で検討し、都度ケア計画に反映させている。終末期と判断された場合でも、付き添いにて近所のコンビニへ同伴して買い物に行くなど、最期まで患者の希望を最優先にケアが行われている。在宅での看取りを希望する際には、訪問看護との連携を行っている。全症例に多職種でデスカンファレンスを行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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】** 薬剤師は調剤指針に則して処方鑑査を適切に実施している。疑義照会も患者の検査データを参考に用量調製を提案するなど、積極的に対応している。調剤、調剤鑑査はダブルチェックを遵守し、処方過誤や調剤過誤をインシデント報告している。注射薬の１施用ごとの取り揃えは約92％である。病棟配属薬剤師が持参薬を管理している。院外情報を収集し、毎月、院内へ発信している。医薬品の新規採用は、一増一減を原則に薬事委員会で検討している。院内医薬品集は年１回更新し、院内文書一覧から利用可能である。薬剤の温・湿度管理、紛失防止対策も適切であり、薬剤師は病院全体の薬剤管理に広く関与している。 **【課題と思われる点】** 特記なし。
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】** 検査室に非常勤の臨床検査技師１名を配置し、心電図検査、尿検査、COVID-19 関連の定量・定性検査を実施している。血液検査、生化学検査、血清検査等は全て外部委託である。検査報告所要時間はルーチン検査で 24 時間、緊急検査で 120 分となっている。外部委託業者の精度管理実施状況については、適宜確認している。検体検査ではバーコード管理を導入し、検体交差を防止している。異常値やパニック値は、委託先から連絡を受けた臨床検査技師が、依頼医に電話で直接報告している。今後、血算、CRP、血液ガスに関しては、院内に分析装置を設置予定である。 **【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】 放射線室は一般撮影、CT、ポータブル撮影に対応する体制である。日中必要時には迅速な撮影が可能である。CT については非常勤の放射線科専門医が週 1 回来院し、95%以上を読影している。問題例はその際にコンサルトできる体制である。診療放射線技師が異常・偶発所見などを発見した場合は、主治医に直接口頭で報告している。夜間・休日はオンコール制であるが、実際のコールは少ない。 【課題と思われる点】 特記なし。
3.1.4	栄養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】 クックチルを導入し、直営で運営されている。食材の検収から調理・配膳・下膳・食器の洗浄など、一連のプロセスが衛生的に実施されている。温冷配膳車を活用し、適時・適温で食事を提供している。エレベーターは専用ではないが、配膳時間を指定して専用とし、搬送中の衛生管理にも配慮している。病棟に管理栄養士を配置し、患者からの聞き取りや毎週、嗜好調査を行い、献立の改善などにつなげている。毎月 1 回、行事食や郷土料理を提供するほか、選択メニューにも対応している。職員の健康管理や衛生管理が行き届いている。使用食材や調理済み食品は、2 週間冷凍保存している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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】 リハビリテーション療法士のみならず、看護師や介護士も含めた療養支援部チームが、「365日、生活リハを目指す」を方針としている。医師の指示のもと、脳血管疾患等リハビリテーションや運動器リハビリテーションをはじめ終末期の患者にも、高齢入院患者の多様なニーズに対し、慢性期リハビリテーションを積極的に実施している。リハビリテーション療法士は患者のADLやFIM評価により、患者ごとにプログラムを随時更新している。訓練室の機器・器具の保守点検は、チェックリストを用いて定期的に実施している。主治医、看護師、介護士等の多職種協働で患者情報を日々交換し、電子カルテで進捗状況を共有している。在宅サービスへの継続についても積極的に関与している。 【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】 電子カルテを導入し、1患者1ID番号で診療情報を一元的に管理している。必要な診療記録は迅速かつ容易に検索・閲覧できる環境となっている。診療記録の取り違え防止策として、氏名と生年月日での確認を徹底している。紙カルテは保管場所での閲覧のみとしている。診療記録の形式的な点検は、病棟に配属した医事係が実施している。診療情報を二次活用するために、診断名はICD10でコード化している。診療記録管理委員会を設置し、診療情報管理に関するマニュアルを整備・周知している。 【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】 療養支援部長が医療機器安全管理責任者となり、医療機器保管室で一元的な管理を行っている。使用する主な医療機器は、輸液ポンプ、シリンジポンプ、除細動器、モニター、AED である。医療機器管理マニュアルに沿って保守点検が行われている。夜間・休日にトラブルが発生した場合は、所属長に報告し対応している。対応が困難な場合は、医療機器安全管理責任者に報告し、業者に対応を依頼している。機種は同一規格を採用するなど、標準化を図っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 使用済み器材は蓋付き容器に収納し、中央材料室に搬送している。中央材料室で一次洗浄を行い、オートクレーブによる滅菌作業を行っている。滅菌物は主に鑷子であり、滅菌作業は週 2 回程度である。器材の返却、洗浄、滅菌、保管、動線を含む払い出し業務の環境は適切である。滅菌の精度保証では化学的インディケーターを毎回使用し、滅菌済みを確認している。生物学インディケーターも準備し、今後、使用予定である。 【課題と思われる点】 特記なし。

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】 病理検査は全て外部委託している。病理検査件数は少なく、2022 年度は組織診 1 件、細胞診 10 件である。組織診では検体をホルマリン固定した後、臨床検査技師が委託業者へ送っている。約 1 週間程度で病理診断報告書が返送され、電子カルテに取り込んでいる。悪性所見などが判明した際には、臨床検査技師が主治医に直接報告する仕組みである。ブロック標本やプレパラートは、外部委託業者が保存している。ホルマリンの院内在庫はなく、必要時に小容器を取り寄せている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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ため、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	A	【適切に取り組まれている点】 輸血担当部門を薬剤課内に置き、病院長が輸血責任医師となっている。輸血療法委員会を隔月に開催し、血液製剤の適正使用の推進を図っている。医師の指示による血液製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄は、管理システムにより薬剤師が行っている。血液製剤は薬剤課内の自記温度記録計・警報器付きの専用保冷庫のみで保管し、他部門での保管はない。使用済み血液製剤は、ロット番号等を記録・保存し、使用後の輸血バックを使用後 1 週間保管している。血液製剤の使用量は輸血療法委員会で報告している。最近の血液製剤の廃棄はない。 【課題と思われる点】 特記なし。
3.2.4	手術・麻酔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】 手術・麻酔機能はないため、NA とした。 【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】 集中治療機能はないため、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】 救急告示病院ではないが、在宅療養支援病院として、かかりつけ外来患者の病態悪化時や慢性期急患を 24 時間体制で受け入れる方針としている。受け入れは外来診察室で行っている。新型コロナウイルス感染症患者の受け入れを契機に、日中はかかりつけ患者以外でも、救急隊からの搬送依頼があり、可能な範囲での受け入れを心がけている。虐待の疑い事例にはマニュアルに従って対応している。 【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

4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A	**【適切に取り組まれている点】** 「いつまでもあなたらしくいられるために寄り添います」、「医療・介護を通して地域と共存し、貢献いたします」の理念のもと、理念を達成するための基本方針をわかりやすく明文化している。理念・基本方針は必要に応じて理事会で検討し、見直しも行っている。理念・基本方針はホームページ、病院案内、入院案内、院内掲示などで病院内外に周知している。職員は総合集会で理念・基本方針を唱和している。中・長期計画が策定され、職員に周知することで、病院の将来像や運営方針を職員に明示している。 **【課題と思われる点】** 特記なし。
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A	**【適切に取り組まれている点】** 病院運営の意思決定会議は、理事長、病院長、療養支援部長、事務長をメンバーとする経営会議であり、毎月 2 回開催され、議事録を整備している。決定事項は主要会議である月例会や病院運営会議を通して、職員に周知している。病院の組織構造や病院運営に見合った組織図や職務分掌を整備している。経営会議のもと、病院運営に必要な会議・委員会が設置され、会議規程や委員会規程に基づき、必要な事項を検討している。 **【課題と思われる点】** 特記なし。

4.1.3	計画的・効果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】** 中・長期計画に基づいた年次事業計画が策定され、年次事業計画を反映した部門・部署ごとの年度目標が設定されている。毎月１回開催する病院運営会議で、年度目標の達成状況を報告するとともに、達成度を評価している。目標管理による人事考課制度を導入し、定期的に評価することで、職員の就労意欲や経営参画意識を高めている。病院幹部は病院運営上の課題を明確にし、会議・委員会等を通して課題の解決にリーダーシップを発揮している。 **【課題と思われる点】** 特記なし。
4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	A	**【適切に取り組まれている点】** 情報システムの安全管理に関する運用管理規程を策定し、情報の管理・活用の方針を明確にしている。情報システム管理委員会が、院内で取り扱う情報の統合的な管理にあたっている。診療情報の管理は診療情報管理士を配置し、診療録の入力チェックや正確な入力の管理を行っている。セキュリティ対策として、サーバールームの入退室管理やアクセスログ解析等を行っている。院内で発生する情報は、医療安全や病院経営に資するデータとして活用している。情報システムの更新は全てのシステムで保守契約を締結し、定期的にプログラムやマスタともに更新を行っている。電子カルテは電子保存の三原則を確保している。 **【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】** 文書管理規程を整備し、規程に基づき院内文書の発信・受付・保存・保管・管理・廃棄を行っている。文書のタイプ分類ごとに、作成・保管・承認を定めている。経理課庶務係が文書管理責任部署となっている。院内文書やマニュアルは、文書作成責任者が承認後、文書承認書と該当文書を経理課庶務係に提出し、文書管理簿に記載している。院内で保管されている文書は共有フォルダを活用し、常時誰でも閲覧可能な環境を整備している。 **【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】** 医療法による標準人員や施設基準の必要人員を満たしている。毎月、入退職者一覧を基に人員配置を確認し、施設基準に基づいて人員数を検討後、病院機能に見合った人材を確保している。現場での業務遂行上無理のない労働時間や勤務体制となっている。新卒採用計画書および中途採用計画書を作成し、学校訪問、説明会への参加、ハローワークへの求人票の提出のほか、広告などの媒体や紹介会社を利用するなど、人材の確保に努力している。職員採用紹介制度や採用に特化したホームページを開設するなど、人材の確保と充実に向けて工夫している。 **【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】 就業規則や給与規程など、人事・労務管理に必要な規則・規程が整備されている。人事・労務管理の担当は総務課であり、法務管理係、労務管理係、人事管理係を配置している。「時間外・休日労働に関する協定」が結ばれ、労働基準監督署に届出されている。院内文書や就業規則は各部署に配布し、全職員が必要時に閲覧可能となっている。就業規則が改定された場合には、月例会等を通して職員に周知している。昇格や異動等は要件に従って対象者を選出し、面談後に経営会議で決定している。職員の退勤管理はICカードで打刻するシステムを導入している。 【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】 衛生委員会を毎月開催し、定期的な職場巡視を行っている。健康診断が確実に実施され、非常勤医師には健康診断結果の提出を依頼している。勤務中の事故による検査や治療は、速やかに労災保険の手続きを行っている。職業感染への対応では、肝炎ウイルス検査、HBVワクチン接種、インフルエンザワクチン接種などを全額病院負担で行っている。職員の精神的なサポートでは、ストレスチェックの実施や産業医の相談サポートのほか、院外のメンタルヘルスカウンセリングサービスを利用できるよう配慮している。院内暴力やハラスメントへの対応として、マニュアルを整備するとともに、相談窓口を設置している。 【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】 会議・委員会で意見を集約するほか、定期的に職員満足度調査を実施し、職員の意見・要望を把握している。職員の就業支援に向けて、育児・介護短時間勤務、産休・育休後の時短制度、子の看護休暇、介護休暇等の制度を導入している。福利厚生として、職員寮の整備、住宅手当の支給、女性職員を対象としたPET検査の実施、医療費補助制度、財形貯蓄制度および確定拠出年金制度がある。永年勤続表彰、慶弔見舞金、職員紹介制度などの配慮がある。 【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】 全職員を対象として、医療安全、感染対策、個人情報保護、虐待防止、身体拘束、認知症ケアなどの教育・研修を計画的に実施している。研修後にアンケートを実施し、理解度の確認を行うとともに、その後の教育・研修に活かしている。出席できなかった職員には、資料を配付して研修内容がわかるよう配慮している。院外研修の受講や学会参加を奨励し、病院が認めている学会参加の旅費等を支援している。入職時のオリエンテーションでは、医療安全、感染対策、個人情報保護などの教育・研修を行っている。 【課題と思われる点】 全職員を対象に必要性の高い教育・研修を実施しているが、参加率は80%程度になっている。開催時間、開催曜日、開催頻度を検討するほか、人事評価の要素とするなど、全ての職員が参加できるよう工夫することが望まれる。

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】 医師は病院長が個人面談を行い、能力を評価している。医師以外の職員は、仕事の成果・改善点・問題点、経験したい仕事や伸ばしたい能力、キャリアプランなどからなる面談シートを作成し、面談を行いながら能力を評価している。看護師はクリニカルラダーを導入し、看護実践能力を把握するとともに能力開発につなげている。新入看護職員教育計画を作成しているほか、新入介護士職員教育計画を作成し、業務ごとのチェックリストを用いて確認・評価している。介護職員初任者研修や介護福祉士実務者研修など、職員のスキルアップや資格取得に向けて支援している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 受託実習生受け入れ要領を整備し、リハビリテーション課、薬剤課、栄養課、医療事務課で学生実習生を受け入れている。学生実習の受け入れ窓口は総務課人事係となり、実習依頼元と交わす契約内容を一元的に管理している。必要とするワクチン接種を明示し、ワクチン接種状況を確認している。実習生受け入れ時に、医療安全、感染制御、個人情報保護等についてのオリエンテーションを実施している。実習依頼元から指定されるカリキュラムに沿って実習・評価を行っている。実習中の事故については、予め実習依頼元と確認し、契約書を締結している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	**【適切に取り組まれている点】** 予算編成は前期実績を基に経理課が予算案を立案し、経営会議で審議・決定している。予算の執行状況は毎月開催する月次報告会で把握している。病院会計準則に基づいた会計処理を行い、必要な財務諸表を作成している。月次会計処理後に会計事務所の会計監査を受けている。決算時には法人の監査人による監査を受けている。毎月、月次処理後に会計事務所の外部月次監査を受けた後、会計報告を行い、収益改善やコスト適正化に対する改善策を検討している。 **【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】** 窓口業務の対応手順はマニュアル化されている。収納業務においては、合理的に計算された診療費が請求され、収納されている。レセプトの作成・点検は医療事務課医事係が行い、レセプトチェックシステムも活用している。必要に応じて、担当医に点検を依頼している。施設基準を遵守するため、各病棟に配置した医療事務課医事係が算定要件を満たす条件をチェックしている。診療報酬改定の際は、新規算定や算定要件変更などをまとめ、診療会議で周知している。病院経営に資するデータとして、診療単価や加算件数等を毎月報告している。 **【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】** 委託の是非の検討は現場所属長と経理課で協議し、経営会議で審議・決定している。委託先の選定にあたっては、委託業務の内容等を確定した後、見積書を受けて契約条件を決定している。委託業務の実施状況は日報の提出を受けて確認している。委託業務従事者に病院職員向けの教育・研修の場に出席できるよう配慮するとともに、委託業者が従業員を対象に実施している教育・研修を把握している。事故発生時の対応は、契約書に明記している。 **【課題と思われる点】** 特記なし。
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】** 施設・設備の管理は施設管理課が担当している。電気、水道、空調、エレベーター、防災設備等は年次保守計画に基づき、保守管理が行われ、記録も残している。日常点検も確実に実施され、業務保安日誌に点検項目および点検結果を記録している。緊急時の対応や連絡は、施設管理課職員に携帯電話で常に連絡が取れる体制になっている。必要に応じて、委託業者に対応を依頼している。医療ガス安全管理委員会を年１回開催し、安全管理に関する検討を行っている。感染性廃棄物は発生現場から直接最終保管場所に搬出されている。最終保管場所は適正な表示があり、施錠管理されている。 **【課題と思われる点】** 特記なし。

4.5.2	購買管理を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 医薬品の購入は薬事委員会で審議し、承認後、購入している。ジェネリック医薬品への切り替えを推進するなど、コストの低減にも取り組んでいる。医療消耗品の購入は各委員会・会議等で審議し、承認後、購入している。医療機器や高額医療機器の購入にあたっては安全管理室会議、倫理委員会、経営会議で審議し、承認後、購入している。経理課庶務係が物品購入、品質管理、在庫管理を担当している。医療消耗品は各部署に定数配置し、庶務係が定数補充している。医薬品は年1回、医療消耗品は毎月、棚卸を実施して定数在庫量を調整している。 【課題と思われる点】 特記なし。

4.6	病院の危機管理		
4.6.1	災害時等の危機管理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】 災害対策委員会で自然災害に対応するBCPを策定・見直している。感染症については安全管理室主幹でBCPを策定・見直している。緊急時の責任体制はBCPに明記されている。年2回の消防訓練を実施し、夜間・休日の火災を想定した避難訓練も実施している。大規模災害時の対応では、地区の自治会連合や市との災害時における応急活動の支援に関する協定を締結している。地域で開催する防災訓練に職員が参加している。大規模災害に備えて、患者用や職員用の飲料水や食品を備蓄している。 【課題と思われる点】 病院の規模・機能に見合った自家発電装置が設置されていないため、消防用非常発電機で対応している。消防用非常発電機は備蓄の燃料も含め、24時間程度の電力供給能力に止まっているため、3日間程度稼働できる燃料の確保など、停電時の対応についての検討が望まれる。

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】** 保安業務は施設管理課の所管であり、日当直マニュアルに保安業務の内容を明記している。緊急時の連絡や応援体制はBCPに明記し、職員の役割等を明確にしている。夜間・休日の保安・警備や施錠管理は、事務当直者が行っている。夜間・休日の出入口は、事務当直室が設置されている夜間通用口１ヶ所であり、出入り者の監視を容易にしている。院内の必要な場所に防犯カメラを設置している。緊急時の安全確保のために、警備保障会社と契約している。日々の業務実施状況は、日当直日誌によって把握している。 **【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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2023 年 3 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 医療法人慶友会 城東病院

I-1-2 機能種別 ： 慢性期病院

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 山梨県甲府市城東4-13-15

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					
療養病床	120	117	+5	92.9	169.5
医療保険適用	120	117	+5	92.9	169.5
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	120	117	+5		

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		
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等 ：

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

診療科名	医師数(常勤)	医師数(非常勤)	1日あたり外来患者数(人)	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数(人)	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数(日)	医師1人1日あたり外来患者数(人)	医師1人1日あたり入院患者数(人)
内科	4	2.4	15.62	100.00	108.25	100.00	31.53	215.31	2.44	16.91
研修医										
全体	4	2.4	15.62	100.00	108.25	100.00	31.53	215.31	2.44	16.91

I-2-2 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
年度(西暦)	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	15.62	11.90	10.59	131.26	112.37
1日あたり外来初診患者数	4.93	1.66	0.82	296.99	202.44
新患率	31.53	13.94	7.77		
1日あたり入院患者数	108.25	109.01	107.11	99.30	101.77
1日あたり新入院患者数	0.47	0.45	0.44	104.44	102.27

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みます。
*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	6.4	4	2.4	5.47	5.59
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	45.14	40	5.14	38.58	39.42
保健師	0	0	0	0	0
助産師	0	0	0	0	0
看護師	27.6	25	2.6	23.59	24.11
准看護師	8.7	7	1.7	7.44	7.6
看護補助者	8.84	8	0.84	7.56	7.72
薬剤部門 合計*2	2.5	2.5	0	2.14	2.18
薬剤師	3	3	0	2.56	2.62
臨床検査部門 合計*2	0.4	0	0.4	0.34	0.35
臨床検査技師	0.4	0	0.4	0.34	0.35
画像診断部門 合計*2	0.8	0	0.8	0.68	0.7
診療放射線技師(X線技師)	0.78	0	0.78	0.67	0.68
栄養部門 合計	3	3	0	2.56	2.62
管理栄養士	2	2	0	1.71	1.75
栄養士	1	1	0	0.85	0.87
調理師	0	0	0	0	0
リハビリ部門 合計*2	6	6	0	5.13	5.24
理学療法士	2	2	0	1.71	1.75
作業療法士	3	3	0	2.56	2.62
言語聴覚士	1	1	0	0.85	0.87
診療情報管理士	1	1	0	0.85	0.87
臨床工学技士	0	0	0	0	0
社会福祉士	1	1	0	0.85	0.87
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)	0	0	0	0	0
ケアマネージャー	0	0	0	0	0
介護福祉士	14.4	14	0.4	12.31	12.58
臨床心理士	0	0	0	0	0
事務部門	20.93	18	2.93	17.89	18.28
職員総数*1	104.05	92	12.05	88.93	90.87

医師配置標準数 （人）	2.4
薬剤師配置標準数 （人）	0.7

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	1748	59 %	0	0	0.00 %
看護師	1721	83 %	5	4	16.00 %
准看護師	1774	93 %	0	1	14.29 %
看護補助者	1721	77 %	1	5	62.50 %
薬剤師	1850	77 %	1	0	0.00 %
臨床検査技師	0	%	0	0	0.00 %
診療放射線技師	0	%	0	0	0.00 %
管理栄養士・栄養士	1827	100 %	1	0	0.00 %
理学療法士	1654	10 %	3	0	0.00 %
作業療法士	1831	96 %	1	0	0.00 %
言語聴覚士	1968	0 %	1	0	0.00 %
診療情報管理士（診療録管理士）	1965	100 %	0	0	0.00 %
臨床工学技士	0	%	0	0	0.00 %
ソーシャルワーカー*	1758	100 %	0	0	0.00 %
事務職員	2018	72 %	1	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	0	1
看護師	0	4
薬剤師	0	1
その他のコ・メディカル	0	1
事務職員	0	1
全体	0	8

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	0	776
医師	0	11
看護師	0	462
薬剤師	0	26
その他のコ・メディカル	0	221
事務職員	0	56
その他	0	0

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	0	0.00 %	201	25.90 %
輸血に関するもの	0	0.00 %	1	0.13 %
治療・処置に関するもの	0	0.00 %	9	1.16 %
医療機器等に関するもの	0	0.00 %	35	4.51 %
ドレーンチューブに関するもの	0	0.00 %	60	7.73 %
検査に関するもの	0	0.00 %	31	3.99 %
療養上の世話に関するもの	0	0.00 %	318	40.98 %
その他	0	0.00 %	121	15.59 %

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	0	1
うちICD	0	0
看護師	1	4
うちICN	1	0
薬剤師	0	1
その他コ・メディカル	0	4
事務職員	0	1
全体	1	11

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）	54
バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）	0
多剤耐性緑膿菌（MDRP）	0
ペニシリン耐性肺炎球菌（PRSP）	0
バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）	0
多剤耐性アシネトバクター属（MDRA）	0
基質特異性拡張型βラクタマーゼ（ESBLs）	11
βラクタマーゼ陰性ABPC耐性インフルエンザ菌（BLNAR）	0
メタロβラクタマーゼ産生菌	0
その他	0

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	
常勤専任･兼任（実人数）	3
常勤専任･兼任（常勤換算）	3
非常勤（常勤換算）	
常勤換算 合計	3
病床100対 担当者数	2.56

I-7-3 紹介状持参患者数

紹介状持参患者数 （人/年）	393	
紹介率	32.83	%
1日あたり紹介患者数(外来)	1.62	
紹介状持参患者のうち入院患者数 （人/年）	170	
紹介入院患者割合	100.00	%
入院に繋がった紹介患者の比率	43.26	%

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		職種･資格：
うち社会福祉士		
常勤専任･兼任（実人数）	3	職種･資格： 社会福祉士、看護師、作業療法士
常勤専任･兼任（常勤換算）	3	
非常勤（常勤換算）		
常勤換算 合計	3	
病床100対 担当者数	2.56	

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）	10	0.8	0.28
社会福祉相談（福祉制度に関する内容）	0	0.0	0.00
退院相談（退院先の調整）	34	2.8	0.94
苦情相談（医療事故　クレーム）	3	0.3	0.08
看護相談（退院後のケア等）	0	0.0	0.00
がん相談	0	0.0	0.00
その他の医療相談	3	0.3	0.08
その他	17	1.4	0.47
総数	67	5.6	1.86

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	0.02 %
分子：　Ⅱ度以上の褥瘡の発生件数	6 件
分母：　延入院患者数	39313 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	0.07 %
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	27 件
分母：　延入院患者数	39313 人

一般病院1・2・3

○ 把握している　○ 把握していない

退院後４週間以内の計画的再入院件数	%
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４週間以内の計画外の再入院件数	%
分子： 計画外の再入院件数	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	34.78 %
分子： 医療区分の改善した患者数	8 人
分母： 医療区分の変化した患者数	23 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	4.76 %
分子： 抜去できた患者数	3 人
分母： 留置されていた患者数	63 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	30 %
分子： 抑制が行われた患者数	51 人
分母： 全入院件数	170 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			
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			

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			
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			

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			
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			

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）	0 %
分子：　退院先が「居宅」の患者数	0 人
分母：　退院患者数	0 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･重症患者看護		
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	1	
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	1	
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	2	1	0.5	0	2.5
薬剤師	2	1	0.5	0	2.5
その他（　　）					0
その他（　　）					0

病棟担当薬剤師（常勤換算）	2

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	325	1.34	0.53	8.56
外来 院外処方箋枚数	2582	10.63	4.25	68.02
入院処方箋枚数	4973	13.62	5.45	4,250.43
注射処方箋枚数	21519	58.96	23.58	18,392.31
薬剤管理指導				0.00

院外処方率	88.82 %

医薬品 品目数	513

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
一包化の実施：外来	3)未実施
一包化の実施：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	2)未使用
レジメン登録･管理の実施有無	
レジメン登録･管理件数	
抗がん剤の調製･混合への対応	

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

*1週間の平均値

クリーンベンチの設置
○ 1) あり 台数
● 2) なし

安全キャビネットの設置
○ 1) あり　台数：　0
● 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(%)	95 %
■ 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	0	0	0	0.4	0.4
うち医師					0
うち臨床検査技師				0.4	0.4
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	1440
緊急検査	120

II-4-3 検査実施状況

ブランチラボ（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：　日本医師会、山梨県医師会、日本臨牀検査技師会、日本臨牀衛生検査技師会

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	11	11
うち組織診		1	1
うち細胞診		10	10
うち免疫組織化学			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	84.71 %
死亡数 (再掲)	144
退院患者数 (再掲)	170

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	0	0	0	0.8	0.8
うち医師					0
うち診療放射線技師				0.7	0.7
うち診療X線技師					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	369	315.38	352	0	95.39 %
うち頭部CT	79	67.52	79		100.00 %
MRI撮影		0.00			0.00 %
うち頭部MRI		0.00			0.00 %
核医学		0.00			0.00 %

II-6-3 保有機器（台）

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

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	110	94.02	0	0.00 %
赤血球製剤	110	94.02	0	0.00 %
血小板		0.00		%
凍結血漿		0.00		%
その他		0.00		%

II-8-5 血液専用の保冷庫　○ 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)	
□ 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	0	0	0	0	0
うち看護師					0

II-9-4 手術室数・手術件数

		病床100対
手術室数　(室)		0.00
手術総件数　(件/年)	0	0.00
うち全身麻酔件数		0.00
うち緊急手術件数		0.00
うち短期滞在手術件数		0.00
うち悪性腫瘍手術件数		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	
硬膜外麻酔	
脊椎麻酔	

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	
ジェットウォッシャー	
Washer Sterilizer	
オートクレーブ	2
EOG滅菌器	
プラズマ滅菌装置	

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)		
冠状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
・特定の病棟に固定した救急専用病床を有している病院
・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				1		
うち研修医						
看護要員						1
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				1		

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	3	0.01
救急車搬入患者数	0	0.00
救急入院患者数	0	0.00

	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)	0	0.00
救急車搬入患者数		
救急入院患者数		

	年間総数	1日あたり患者数
休日の救急患者数（再掲）	3	0.03
救急車搬入患者数	0	0.00
救急入院患者数	0	0.00

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	2	0	2
栄養士	1	0	1
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）	2	4
集団実施回数（回/月）		
月間対象延患者数　（人）		
栄養士1人当たり栄養指導件数（個別実施）	0.67	1.33
栄養士1人当たり栄養指導件数（集団実施）		

II-13-5 選択メニュー　● 1) あり　実施回数（　2 回/月）
○ 2) なし

II-13-6 栄養サポートチーム　○ 1) あり　実施回数（　　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)	3
□ 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	6	0	0	0	6
うち理学療法士	2				2
うち作業療法士	3				3
うち言語聴覚士	1				1

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)	0	0
□ Ⅰ □ Ⅱ	療法士1人1日あたり　(人)	0	0
脳血管疾患等リハビリ	患者1人1日あたり　(単位)	0	0.31
□ Ⅰ ■ Ⅱ □ Ⅲ	療法士1人1日あたり　(人)	0	9.705
運動器リハビリ	患者1人1日あたり　(単位)	0	0.28
■ Ⅰ □ Ⅱ □ Ⅲ	療法士1人1日あたり　(人)	0	1.68
呼吸器リハビリ	患者1人1日あたり　(単位)	0	0
□ Ⅰ □ Ⅱ	療法士1人1日あたり　(人)	0	

	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	0	0
摂食機能療法	0	60
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（筋ｼﾞｽﾄﾛﾌｨｰ、ｷﾞﾗﾝﾊﾞﾚｰ症候群、ﾊﾟｰｷﾝｿﾝ病、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）	0					
切断・四肢欠損	0					
呼吸器疾患	0					
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	0					
脳性麻痺を含む小児疾患	0					
その他(　　)	0					
合計(人)	0	0	0	0	0	0

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		1	1		1
上記以外	0	1	1	0	1

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	99.41 %
分子：退院後2週間以内にサマリーを作成した患者数	169 件
分母：昨年度の年間退院患者数	170 件

II-15-7 診療情報の開示件数（件/年）

件数	病床100対
0	0

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：医療事務課
2) 診療録（情報）管理： 医療事務課
3) コンピュータシステムの管理：　施設管理課

II-16-3 システム担当者の配置状況

	人数
□ 常勤専従	
■ 常勤専任･兼任（常勤換算）	2
□ 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	11
□ 訪問看護	
□ 訪問薬剤指導	
■ 訪問リハビリテーション	253
■ 訪問栄養指導	2.2

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	2	0	0	1.5	3.5
うち看護師	2			1.5	3.5

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 2023 年　4 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		
抗がん剤の対象患者数 (人/週)		(Ⅱ-3-4 再掲)
薬剤師による調製・混合への対応状況 (%)		(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	0	□ 1) 中央管理	□ 2) 使用場所での管理	□ 3) その他
輸液ポンプ	63	□ 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	1	□ 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	4	□ 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 2021	実績 2020	実績 2019	対 前年比 2021	対 前年比 2020
医業収益（繰入金を除く）	1,652,553	1,608,029	1,530,508	102.77 %	105.07 %
医業費用	1,472,686	1,514,349	1,496,067	97.25 %	101.22 %
医業損益（繰入金を除く）	179,867	93,680	34,441	192.00 %	272.00 %
医業収支率	112.21 %	106.19 %	102.30 %		

Ⅲ-1-2 患者1人1日あたりの収益　（単位：円）

年度(西暦)	2021
外来収益	8,506
入院収益	18,515

Ⅲ-1-3 100床あたりの入院収益　（単位：千円）

2021　年度(西暦)	627,010

Ⅲ-2 繰入金の状況（推移）　（単位：千円）

年度(西暦)	実績 2021	実績 2020	実績 2019	対 前年比 2021	対 前年比 2020
総収益（繰入金を除く）	1,660,362	1,616,627	1,538,644	102.71 %	105.07 %
繰入金（他会計負担金 等）	25,541	33,763	1,296	75.65 %	2,605.17 %
上記合計に占める繰入金の割合	1.51 %	2.05 %	0.08 %		

Ⅲ-3 医業収益の内訳の推移　（単位：千円）

年度(西暦)	実績 2021	実績 2020	実績 2019	医業収益100対 構成比 2021	医業収益100対 構成比 2020	医業収益100対 構成比 2019
入院診療収益	733,602	724,560	680,502	44.39 %	45.06 %	44.46 %
室料差額	6,821	8,831	6,058	0.41 %	0.55 %	0.40 %
外来診療収益	33,681	29,461	30,138	2.04 %	1.83 %	1.97 %
保健予防活動	28,612	10,530	10,248	1.73 %	0.65 %	0.67 %
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	859,507	852,199	809,131	52.01 %	53.00 %	52.87 %
保険等査定減	-9,670	-17,552	-5,569	-0.59 %	-1.09 %	-0.36 %
医業収益 合計	1,652,553	1,608,029	1,530,508	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 2021	実績 2020	実績 2019	医業収益100対費用 2021	医業収益100対費用 2020	医業収益100対費用 2019
給与費	1,024,249	1,073,028	1,044,150	61.98 %	66.73 %	68.22 %
常勤（再掲）	997,538	1,045,869	1,016,874	60.36 %	65.04 %	66.44 %
非常勤（再掲）	26,711	27,159	27,276	1.62 %	1.69 %	1.78 %
材料費	150,627	152,470	178,689	9.11 %	9.48 %	11.68 %
医薬品費（再掲）	52,016	50,731	46,764	3.15 %	3.15 %	3.06 %
診療材料費（再掲）	45,900	45,685	49,745	2.78 %	2.84 %	3.25 %
給食用材料費（再掲）	52,711	56,054	82,180	3.19 %	3.49 %	5.37 %
医療消耗器具備品費（再掲）	0	0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %
委託費	35,407	33,103	30,682	2.14 %	2.06 %	2.00 %
設備関係費	113,635	112,768	103,980	6.88 %	7.01 %	6.79 %
減価償却費（再掲）	73,153	69,984	68,919	4.43 %	4.35 %	4.50 %
器機賃借料（再掲）	2,252	2,603	2,488	0.14 %	0.16 %	0.16 %
研究研修費	718	749	1,109	0.04 %	0.05 %	0.07 %
経費	148,050	142,231	137,457	8.96 %	8.85 %	8.98 %
その他の医業費用	0	0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %
医業費用 合計	1,472,686	1,514,349	1,496,067	89.12 %	94.17 %	97.75 %

II-20 精神科診療機能

II-20-1 精神保健福祉法による指定　○ 1）指定あり　● 2）指定なし

II-20-2 医療観察法による指定　○ 1）指定あり　● 2）指定なし

II-20-3 精神科救急医療体制　○ 1）毎日対応　○ 2）特定日に対応 ○ 3）必要に応じて対応

II-20-4 電気けいれん療法の実施　○ 1）実施している　○ 2）実施していない

II-20-5 精神科訪問看護　○ 1）実施している　● 2）実施していない

II-20-6 障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス
○ 1）実施している　● 2）実施していない

II-20-7　精神保健指定医の配置状況

	常勤	非常勤
精神保健指定医		

II-20-8 精神科リハビリテーションの実績

	延実施人数（年）	実施回数（週）	現在登録数
精神科作業療法			
生活技能訓練法（SST）			
ショートケア			
デイ・ケア			
ナイト・ケア			
デイ・ナイト・ケア			
重度認知症デイケア			

II-20-9 精神科病棟の構造と機能

病棟番号*1	病棟名称	開放度	稼働病床数	入院形態別 患者数（人）					患者平均年齢	平均在院日数	拘束数	隔離数
				医療観察法入院	措置入院	医療保護入院	任意入院	合計*2				

II-21療養病棟部門

II-21-1療養病棟の状況

病棟番号*			01			02											
病棟名称			1階病棟			4階病棟											
医療保険適用病床数			59			58											
介護保険適用病床数			0														
医療区分2,3の割合			80%未満			80%以上											
			人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
入院期間	3ヶ月未満		16	45.71	%	15	36.59	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	3～6ヶ月		2	5.71	%	5	12.20	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	6ヶ月～1年		4	11.43	%	4	9.76	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	1～2年		6	17.14	%	8	19.51	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	2～5年		4	11.43	%	7	17.07	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	5年以上		3	8.57	%	2	4.88	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
			人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
特殊治療・処置	気管切開		3	7.32	%	2	4.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	呼吸器装着		0	0.00	%	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	酸素吸入		7	17.07	%	7	14.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	持続点滴		2	4.88	%	2	4.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	経管栄養		14	34.15	%	15	30.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	IVH		8	19.51	%	14	28.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	人工肛門		0	0.00	%	1	2.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	尿道カテーテル挿入		7	17.07	%	9	18.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	透析		0	0.00	%	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
			人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
医療区分とADL区分	医療区分1	ADL区分1	1	2.78	%	1	2.44	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分2	3	8.33	%	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分3	1	2.78	%	2	4.88	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	医療区分2	ADL区分1	1	2.78	%	1	2.44	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分2	4	11.11	%	3	7.32	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分3	19	52.78	%	21	51.22	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	医療区分3	ADL区分1	0	0.00	%	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分2	0	0.00	%	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分3	7	19.44	%	13	31.71	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
			人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
要介護度	要支援			0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	要介護1			0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	要介護2			0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	要介護3			0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	要介護4			0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	要介護5			0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	平均要介護度				%			%			%			%			%

*病棟番号は「部門調査票(1)病棟部門」で記載した病棟番号

II-21-2 療養病棟への入退院経路

病棟番号*	01		02							
病棟名称	1階病棟		4階病棟							
入院患者数（人/年）	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
他病棟から	11	13.25 %	17	20.24 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
急性期病院から	59	71.08 %	53	63.10 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
その他の病院診や療所から	0	0.00 %	0	0.00 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
介護保険医療施設から	0	0.00 %	0	0.00 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
老健施設から	0	0.00 %	0	0.00 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
福祉施設から	5	6.02 %	1	1.19 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
居宅（自宅以外）から	0	0.00 %	0	0.00 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
居宅（自宅）から	8	9.64 %	13	15.48 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
その他	0	0.00 %	0	0.00 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
入院 全体	83	100%	84	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	人数	割合
他病棟へ	20	19.42 %	17	18.68 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
他急性期病院へ	4	3.88 %	3	3.30 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
他慢性期病院へ	0	0.00 %	0	0.00 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
介護医療施設へ	0	0.00 %	0	0.00 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
老健施設へ	0	0.00 %	0	0.00 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
福祉施設へ	2	1.94 %	0	0.00 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
居宅（自宅以外）へ	0	0.00 %	0	0.00 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
居宅（自宅）へ	9	8.74 %	3	3.30 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
死亡退院	68	66.02 %	67	73.63 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
その他	0	0.00 %	1	1.10 %		0.00 %		0.00 %		0.00 %
退院 全体	103	100%	91	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、病院から提出期限までに提出された現況調査に基づき作成しています。

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
｛(常勤職員数＋非常勤職員数)÷稼働病床数｝×100 で算出しています。

・患者規模100対職員数
｛(常勤職員数＋非常勤職員数)÷患者規模※｝×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
(退職数÷当該職種の常勤職員数)×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
(紹介状持参患者数÷初診患者数)×100

・1日あたり紹介患者数(外来)
紹介状持参患者数÷外来診療日数

・紹介入院患者割合
(紹介状持参入院患者数÷新入院患者数)×100

・入院に繋がった紹介患者の比率
(紹介状持参入院患者数÷紹介状持参外来患者数)×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