

病院機能評価
審査結果報告書

2024年度実施

社会医療法人社団更生会
村上記念病院

訪問審査実施日 2025 年 1 月 29 日～1 月 30 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 1 月 29 日～1 月 30 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 認定

機能種別 リハビリテーション病院（副）認定

■ 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、1946 年に村上医院として開設された当初から病床を有し、長年にわたり地域のニーズを常に念頭に置きながら、規模や機能を拡充してきた。また、時代の背景や医療のあり方を見据え、リハビリテーション機能や予防医学にも力を入れるとともに、介護・福祉施設の開設を進め、地域包括ケア全般を担う医療機関として大きな役割を果たしている。病院理念として「病める人の立場に立った患者さん中心の医療を提供します」「地域の期待の応えられるよりよい保健、医療、介護及び福祉サービスの提供に努めます」を掲げ、総合力を発揮して地域貢献に臨む旨が明確に示されている。

今回の病院機能評価では、職員が一丸となって改善活動に取り組み、多くの評価項目で適切な水準を満たしていることが確認できた。今後は、審査によって新たに見出された課題にも取り組み、さらなる機能の充実と地域貢献を目指すことが期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、様々な媒体を通じて院内外に周知している。病院規模や機能に応じた組織体制を構築している。中期計画に基づき部門別活動計画書を作成し、計画的・効果的な病院運営を行っている。規程に基づき、電子カルテをは

じめとする院内の情報システム全般を管理している。文書管理規程を整備している。文書管理台帳は対象文書全体を網羅することが期待される。

法令や施設基準を満たす人員を確保している。医師、看護師、薬剤師等は、経営計画に沿って採用が進むよう期待したい。就業に関する各種規程を整備し、有給休暇や男性の育児休業の取得促進に取り組んでいる。職員の安全衛生管理においては、職場巡視の体制やハラスメント防止の取り組みに関する検討が期待される。職員の意見や要望を収集する仕組みがあり、自律的に課題解決や業務改善につなげる仕組みが定着している。看護部を中心に教育・研修を計画的に行う仕組みはあるが、全職員に共通する必要性の高い研修については、病院全体の教育計画に反映させることが望まれる。客観性・透明性に配慮した人事考課を実施しているが、賞与査定との連動について、検討が期待される。医療専門職の実習を適切に受け入れている。養成校と事前打ち合わせを行い、効果的な実習となるよう配慮している。

3. 患者中心の医療

患者の権利については「患者さんの権利と責務」として権利4項目、責務4項目を明文化しており、患者・家族、職員に対して周知している。病院全体で患者の権利の擁護に努めている。説明と同意については、わかりやすい説明を行い、同意を得ることを心がけているが、方針・手順を整備し、手順に沿って看護師の同席を行い、書式も統一させることが望まれる。医療福祉相談室で様々な相談に応じており、多職種と連携のうえ協力して解決のための支援を行っている。個人情報保護方針を定め、規程に基づいて個人情報の保護に努めている。倫理委員会で臨床課題を検討する仕組みがあるが、自院における主要な倫理課題について方針や基本的考え方などに関して、継続的な取り組みを推進することを期待したい。患者・家族の倫理的課題は、臨床で把握した後は多職種カンファレンスを開催し支援されるよう望みたい。

通路やトイレはバリアフリー化され、来院者や入院患者の利便性に配慮した設備を整えている。診療・ケアに必要な療養環境の整備を行い、患者のプライバシーを保護している。敷地内禁煙を周知し、受動喫煙防止の推進に取り組んでいる。

4. 医療の質

部門横断的な改善活動としては、CS向上委員会で職場内提案を受け入れて検討しており、医療サービスや業務改善につなげている。内科カンファレンス、消化器内視鏡カンファレンス、医局会で症例検討を行っている。クリニカルパスは利用率が低く、また、クリニカルパス委員会で検討しているものの、バリエーション分析およびアウトカム評価が行われていないため、クリニカルパスの充実と臨床指標や質指標の収集分析の充実が望まれる。意見箱を設置し、患者・家族からの意見や要望を収集している。投書の回収頻度が増えるとさらに良い。COVID-19感染拡大期に休止された「患者モニター会合」や患者満足度調査の再開が期待される。新しい技術や治療方法を導入する際は、病院幹部が出席する経営推進会議で検討しており、技術習得のための研修には積極的に支援して安全な導入につなげている。

診療・ケアの管理責任体制は明確であり、病室のベッドネームには、主治医と看護師名を表示し、日々の受け持ち看護師は挨拶を行っている。電子カルテを運用し、「診療記録記載マニュアル」に基づき必要な診療記録を作成している。看護記録の質的点検、医師診療記録の質的点検を行っており、結果を各部署にフィードバックしている。医師をはじめ各専門職種が必要に応じて適宜介入し、多職種協働で診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

医療の安全確保に対する方針を整備し、医療安全管理対策委員会や週1回のカンファレンス、看護部リスク検討会を定期的に開催して医療安全に関する情報の共有、内容確認や再発防止策の検討を行っている。インシデント・アクシデント情報を収集し、再発防止策を検討・実施・評価しているほか、院外からの情報収集を行い、職員に周知している。医療事故発生時の対応体制として「レッドコード」を制定し、対応手順をフロー図にまとめている。

患者のフルネーム確認、名乗れない場合のダブルチェック、手術室におけるタイムアウトなど、誤認防止対策を適切に実施している。指示出し・指示受け・実施・確認は、電子カルテのシステムを活用して行っている。緊急性のある検査結果については臨床検査技師や放射線科医師、診療放射線技師から指示医に直接連絡を行うなど、確実な情報伝達の仕組みを整えている。麻薬・向精神薬は保管庫で施錠管理し、看護師と薬剤師が毎日確認し、管理記録に記載している。ハイリスク薬剤の安全使用を目的に、各部署の薬品棚や救急カートに印をつけて明示している。医療機器の安全使用については医療機器安全管理責任者が関与し、職員の入職時や新規導入時の研修を実施して看護師は始業点検や動作確認を行っている。患者急変時の対応では院内緊急コードを設定し、救急カートを適所に配置して看護師による点検を行っている。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会を設置し、多職種で構成する感染制御チームとリンクナースが感染制御を担っている。院内感染対策マニュアルはわかりやすく記載されており、随時改定している。感染制御チームは院内での感染症発生状況を継続的に把握し、微生物サーベイランスおよび抗菌薬の使用状況の把握を行っており、収集データの分析や検討を行い、院内感染情報を院内に発信している。標準予防策・感染経路別予防策をマニュアルに則って確実に実施している。感染性廃棄物や血液・体液の付着したリネン等の取り扱いは適切である。抗菌薬の適正使用を推進するため、「抗菌薬の使用基準と適正使用」を整備している。抗菌薬の採用・削除は、感染対策委員会が関与して薬事審議委員会で協議している。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌「ひだまり」を定期的に発行するほか、ホームページやSNSでも情報を発信している。情報の更新を適時行い、正確な情報の発信に努めている。診療実績や

地域連携に関する業績は年報にまとめている。広報誌の内容や情報発信の方法を再検討し、地域住民の情報ニーズを模索している。近隣病院や開業医への挨拶回りによって直接ニーズを得る活動を継続している。地域連携交流会に積極的に参画し、情報交換や協力関係の構築に努めている。紹介患者の受け入れに際しては、事前に院内で情報を共有し、スムーズに受診できるよう調整を図っている。紹介患者の返書は独自のフォーマットで管理している。

「市民公開講座」を定期的開催し、健康教室を院内で毎月開催している。リハビリテーションスタッフによるスマイルサポート事業および刑務支所での体操教室、管理栄養士による「男の料理教室」など、数多くの事業に協力している。市内の病院と企業が共同で立ち上げた「よいとさ保健室」に参画し、健康維持に関する様々なイベントや講座を展開している。地域に向けた教育・啓発活動は病院一丸となって取り組んでおり、その優れた企画力・実行力は高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者がスムーズに受診できるよう案内方法を工夫している。外来患者に対しては、紹介医からの診療情報提供書や問診票、本人からの問診などで情報を収集している。療養指導は、個人に合わせた説明を行っている。地域の保健・医療・福祉などからの紹介患者を受け入れている。侵襲を伴う検査では、必要性和リスクについて説明し、同意書を取得している。検査中および検査後の観察は医師と看護師が行い記録している。他院へ紹介する際は、紹介先へ具体的な情報提供を行っている。必要に応じて他の診療科へ依頼し、合併症などの全身的な評価を行い、十分に検討したうえで入院の決定を行っている。病床管理は看護師長が担当し、弾力的な運用を行っている。様々なリスク評価を行い、迅速に診療計画書を作成している。計画には患者・家族の要望や心理状況、社会的背景などを把握し、医師、看護師だけでなく、療法士、管理栄養士など多職種が記載している。医療相談の対応は多職種が連携して支援している。入院時の案内と手続きはパンフレットを使用し丁寧な説明を行っている。

医師は医療チームの中でリーダーシップを発揮しており、毎日回診によって患者情報を把握し、投薬・処置など必要な指示を行っている。看護師は診療補助のほか、さまざまなリスク評価や患者・家族のニーズを把握し、ケアを実践している。薬剤師は持参薬および薬歴管理を行い、必要な患者に服薬指導を実施している。内服薬は薬剤師が調剤し、配薬カートにセットした薬剤を看護師が配薬している。輸血を施行する際には、検査データに基づき必要性を判断のうえ実施している。輸血の副作用は速やかに医師に報告し、対応している。手術と麻酔は十分に説明し、同意を得て行っている。手術が安全に行えるよう入退室時のチェック、タイムアウトを確実に実施しており、術後は退室基準に従って麻酔科医の指示で退室している。

全入院患者に褥瘡のリスク評価を行い、予防・治療を行っている。全入院患者の栄養評価を行い、喫食状況や患者の要望を把握しNSTも介入して支援している。疼痛緩和や症状緩和は基準・手順に沿って行っている。リハビリテーションの必要性を評価したうえで計画を立て、患者・家族の希望も確認してリハビリテーション総

合実施計画書を作成している。身体拘束は病院の対応方針・手順を整備し、必要とされた場合のみ行っている。入院早期より多職種の連携の下で患者・家族の意向に配慮した退院支援を行っている。退院後も自院で継続した診療・ケアを実践している。地域の連携施設に診療情報を提供し、スムーズな連携を行っている。ターミナルステージでは、患者・家族の意向に沿った対応を実施している。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

リハビリテーション機能は、急性期から回復期リハビリテーション病棟への転棟時、主治医の担当継続や円滑な情報伝達、医療保険でリハビリテーション提供の必要な患者への外来リハビリテーションに至るまで、病院機能の特性を活かして継ぎ目のない医療を提供している。また、回復期リハビリテーション病棟入院患者の約半数は急性期医療機関からの紹介であるため、患者サポートセンターを一元的な窓口とし、多職種で随時入院可否を判定のうえ、急性期病院へ迅速に結果を還元して本人診察を経ずに入院調整を行っている。定常的な判断ができるよう、入院判定基準は現状を反映しながら、明文化を図ることが期待される。

回復期リハビリテーション病棟では、患者あたり月1回のカンファレンスを軸に、職種間の日常的なコミュニケーションを促進し、病棟生活における患者の活動量の向上や在宅復帰達成に向けチーム力を発揮している。FIMは療法士が評価し、測定の信頼性向上のための取り組みも行っているが、職種間の共通言語として看護職も評価に慣れ、入浴動作等の短期目標に日常的に活用されるとさらに良い。リハビリテーション医療を行うための診断的検査の安全な実施、安全な療養環境整備、ケアの安全な実施、適切な頻度での栄養評価と管理を実践している。

退院後生活を想定した支援を入院当日から開始し、早期からの自宅情報収集、入院時および退院前訪問指導、介助指導や患者・家族を交えた生活期スタッフとの退院前カンファレンスの開催、退院後医療機関や生活期スタッフへの多職種で作成した「回復期リハビリテーション要約」による丁寧な情報提供など、回復期リハビリテーション病棟の標準的な取り組みを網羅し、細やかな支援を実践している。入院時からの標準的な臨床評価を定め、リハビリテーション治療転帰の検証や、自宅退院後の経過や介護状況を聞き取る仕組みを作り、回復期リハビリテーション病棟のチーム活動の振り返りと患者指導など、チーム介入の改善活動に活用することを期待する。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は、調剤業務や病棟薬剤管理業務を適切に行っている。臨床検査部門は、検体検査・生理検査など、必要な検査を実施している。緊急検査の結果報告は迅速に行っている。画像診断センターとして、CT・MRI・血管撮影を含めて多くの検査に対応している。ダブルチェックにより診断の質を確保している。栄養管理部門は、衛生管理を徹底し、適時・適温で食事を提供している。季節ごとに4種類のサイクルメニューを運用し、行事食も提供している。献立会議を毎週開催し、アンケートや聞き取り調査で得られた要望を、可能な限り食事内容に反映している。病

院と委託会社が協力し、様々な工夫を重ねながら食事の質を追求している点は高く評価できる。脳血管、運動器、呼吸器、廃用症候群などのリハビリテーションを提供している。リハビリは、主治医の処方箋に基づき、注意事項や中止基準を確認して行っている。専従の診療情報管理士を配置し、手順に従い厳格に診療情報を管理している。医療機器は、臨床工学技士による日常点検や定期の保守メンテナンスを行い、使用状況の管理や緊急時の対応を行っている。洗浄・滅菌は、各種インディケータを使用し、滅菌の質保証を確保している。

手術や内視鏡検査の病理検査を行っている。診断は、臨床検査室が責任部署となって外部施設へ委託している。臨床検査室が輸血用血液製剤の管理を担当し、輸血検査マニュアルに則って輸血の発注・保管・供給・返却・廃棄を行っている。輸血療法委員会で廃棄率低減に取り組んでいる。麻酔科管理の手術では、手術当日には麻酔医と手術室看護師で術前ミーティングを行い、情報共有している。手術前のマーキング、手術時のサインイン、タイムアウト、サインアウトも手順どおりに実施し、術中の観察も確実に行っている。救急医療は、夜間・休日を含めて主に内科系の救急患者を受け入れている。緊急入院の受け入れ体制は、急性期病棟で病床を確保し、救急患者の入院を随時受け入れる体制を整備している。

10. 組織・施設の管理

予算書の作成過程は明確であり、予算の進捗状況を把握しながら経営課題を検討している。医療法人会計準則を適用し、定期的に外部会計監査を実施している。医師との協働により保険請求業務を行っている。施設基準の管理は、看護部と協力して行っている。未収金は段階的に督促し、回収に努めている。業務委託基準を定め、委託先の選定や契約方法、管理方法、評価方法などを手順に沿って行っている。事故発生時の対応方法は契約書に明記している。

マニュアルに沿って諸設備の日常点検を行い、業者が実施する建物や消防設備の定期点検について結果を確認し、届け出を確実に行っている。感染性廃棄物の管理は法令に従って行っている。医薬品および医療消耗品の購買は、それぞれ所管する委員会で検討している。管理システムによって在庫数や使用期限、不働在庫等を管理し、内部牽制も機能している。マニュアルを整備し、大規模災害を想定した訓練を定期的に実施している。地域の特性を考慮し、患者用食料・飲料水は7日分を備蓄するなど、実際の影響を視野に入れた対策を講じている。夜間・休日の保安業務は事務職員が当直制で実施している。来訪者対応、巡回、施錠管理を行うとともに、セキュリティシステムを導入して保安体制を強化している。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1 患者の意思を尊重した医療

1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A	【適切に取り組まれている点】 患者の権利については「患者さんの権利と責務」として権利4項目、責務4項目を明文化しており、実際に患者の権利擁護に努めていることを確認した。患者・家族にはホームページや入院案内、玄関をはじめ院内各部署の掲示等で周知に努めている。職員に対しては、入職時のオリエンテーション、職員携帯カードへの記載等で周知を図っている。患者の請求に基づいた診療記録の開示は「診療記録開示について」の規程に則って開示しており、年間14件の診療録を開示している。病院全体で患者の権利の擁護に努めている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 ハイリスクの診断・治療・検査に関する説明と同意を行い、医師は電子カルテに説明内容を記録している。書式は電子カルテに格納し、一元化している。 【課題と思われる点】 説明と同意に関する基準・手順は、同席する場面のみ内容となっている。説明内容として病名、病状、治療目的、危険性や副作用などを整備し、自ら意思を表明できない場合の対応などについても手順化することを望みたい。また、手術やハイリスクの検査の説明と同意について、同席がない場面が散見された。手順に沿った対応とその後の患者・家族の観察記録を行うことが望まれる。さらに、書式は同席者欄を整備して統一した書式とすることが望まれる。

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】 入院オリエンテーション時に「患者・家族の安全対策 10 カ条」を活用し今後の入院生活に関するさまざまな情報共有を行っている。さらに、入院診療計画書や各種計画書、検査、手術説明書、透析関連の説明書などを提示して理解を促している。また、月 1 回の健康教室や糖尿病教育指導も活発に行われている。入院診療計画書に看護師としての記載はあるが、ケアの進捗に沿ったより具体的な方針や方法を患者・家族と情報共有するとさらに良い。 【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】 「医療福祉相談室」専従の社会福祉士を配置し、患者・家族からの様々な相談に応じている。各部署の患者サポート委員などと連携し、多職種が協力して支援を行っている。患者・家族には院内掲示、入院案内の冊子および利用方法のリーフレット、ホームページで案内している。虐待を受けた疑いがある場合は、子ども、高齢者、障害者、DV についてそれぞれのケースごとの対応手順に沿って対応している。相談内容や経過は電子カルテで共有することができ、秘匿性の高い内容については、アクセスできる職員を限定した別のフォーマットを使用している。患者サポート委員全員が参加する全体会を毎月開催し、支援体制の評価や課題の検討を行っている。 【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	A	【適切に取り組まれている点】 患者の個人情報は、「患者さんの権利と責務」で保護される旨を明記するとともに、個人情報保護方針を定め、規程に基づいて保護に努めている。電子カルテのパスワード管理やUSBメモリの取り扱い方法を定め、厳格に運用している。電子カルテ情報の抽出および外部への持ち出しは申請方式とし、許可された場合は匿名化などの必要な処理を施した上で指定されたUSBを使用して実行している。紙媒体に記載されている個人情報は定期的に業者に委託して処分し、マニフェスト管理によって万全を期している。診療場面では、番号による呼び出し案内やドアおよびカーテンを効果的に使用しながら日常的な個人情報保護を実践している。 【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】 倫理規程には主要な倫理課題として輸血拒否、臓器移植、生殖医療、末期がん治療、告知、臨床研究、医療行為全般に係る患者の基本的権利の擁護の7項目を定めている。倫理委員会の開催は臨床研究審査が主となっている。臨床で難渋する課題については倫理委員会に提出し検討する仕組みがあるが日常的には院長、看護部長、事務長等の参加する毎朝の会合で事案について検討している。 【課題と思われる点】 主要な倫理課題については自院の方針を具体的に明文化し、継続的に取り組むことが望まれる。さらに、朝会で検討した倫理的課題に関する内容・結果等についても、臨床倫理課題の検討記録として関連職員が共有できるようにすることを望みたい。

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】 「広報企画委員会」を中心に広報活動を推進している。広報誌「ひだまり」を年4回1,000部ずつ発行するほか、ホームページやSNSでも様々な情報を発信している。情報の更新は委員を中心に随時確認を行い、記事内容の正確性・適時性を維持している。診療実績や地域連携に関する業績は年報にまとめている。ロビーで持ち帰り自由にしてある広報誌が多く残っていることがあり、内容の振り返りや情報発信の方法を再検討するなど、患者や地域住民が必要としている情報の見直しを進めている。 【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】 地域医療連携室を中心に、近隣病院や開業医への挨拶回りによって直接ニーズを得る活動を継続している。地域の医療機関が開催する地域連携交流会にも積極的に参画し、情報交換や協力関係の構築に努めている。紹介患者の受入れに際しては、事前に院内で情報を共有し、スムーズに診療できるよう調整を図っている。紹介状の返書管理は独自のフォーマットを使用し、遅れが発生しないよう管理している。自院にない医療機能を必要とする場合のために紹介先リストを作成し、担当医からの相談に応じている。 【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	S	【適切に取り組まれている点】 患者・地域住民向けの「市民公開講座」を定期的開催し、健康教室を院内で毎月開催している。医師会や行政機関と連携し、学校医の派遣や乳幼児健診、リハビリテーションスタッフによるスマイルサポート事業および刑務支所での体操教室、管理栄養士による「男の料理教室」など数多くの事業に協力している。また、市内の病院と企業が共同で立ち上げた「よいとさ保健室」に参画し、誰もが気軽に健康維持に関する知識や生活上のヒントが得られるよう様々なイベントや講座を展開している。これらの地域に向けた教育・啓発活動は病院一丸となって取り組んでおり、その優れた企画力・実行力は高く評価できる。 【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	A	【適切に取り組まれている点】 安全確保の方針は明確である。2022年に医療安全管理部門を立ち上げ、医療安全管理加算Ⅱを取得している。医療安全管理者は看護部長が兼務し、医薬品、医療機器、診療放射線それぞれ安全管理責任者を配置して権限を付与している。医療安全管理対策委員会は各部門長が参加し、毎月開催している。さらに、週1回のカンファレンスや看護部リスク検討会も定期的開催している。マニュアルは定期的に見直し、「患者の安全を確保するための対策・手順」など、具体的な取り組みについて整備している。 【課題と思われる点】 医療安全対策に係る取り組みの評価等を行う週1回カンファレンスは、医療安全管理対策委員会の構成員も参加することを期待したい。

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】 インシデントはレベル0のニアミスも含めて800件余の報告がある。各部門で検討後医療安全対策委員会で報告し、さらに協議を重ねている。その後、参加者により部門に持ち帰って報告・共有がなされている。改善策の遵守状況の評価は、医療安全管理者によりラウンドや半年ごとの業務計画に沿って聞き取りを行っている。分析手法が確立していないため、今後の課題となっている。院外からの情報は、日本医療機能評価機構から収集し、委員会で報告している。 【課題と思われる点】 医師のインシデント報告は0件であったが、受審直前に放射線科医師より50件の報告があった。今後も継続的な報告体制を構築することや分析手法の確立などについて推進することを期待したい。
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】 医療事故発生時の対応体制として、緊急コードの一つである「コードレッド」を規定し、対応手順をフロー図によって明確にしている。医療事故発生時は、当該部署から状況の聞き取りと必要資料の提出を求め、調査委員会を招集して原因究明および原再発防止策の検討を行う仕組みがある。訴訟に発展する可能性がある場合などには顧問弁護士にも相談が可能である。病院賠償責任保険に加入し、万 one の場合に備えている。 【課題と思われる点】 患者・家族の説明にあたる職員の明確化や当事者である職員の精神的苦痛を軽減する配慮について、検討することが期待される。

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】 感染対策委員会（ICC）を設置し、医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師、療法士、臨床工学技士などで構成する感染制御チーム（ICT）とリンクナースが活動し、感染制御を行っている。委員会での決定事項は各部署に周知されている。ICTとICCのメンバーは毎週院内ラウンドを行い、結果を報告書で各部署にフィードバックしている。手指衛生サーベイランス・耐性菌サーベイランス・抗菌薬使用状況の確認を行い、定期的に感染対策の質向上に向けて検討し助言を行っている。院内感染対策マニュアルはわかりやすく記載しており、随時見直し、改定している。 【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は院内での感染症発生状況を継続的に把握し、微生物サーベイランスや耐性菌の報告、抗菌薬の使用状況の把握を行っており、収集データの分析や検討を行い、各部署に発信している。アウトブレイクの定義を定めており、アウトブレイク発生時の対応手順を作成し、感染防止対策マニュアルに明示している。また、院外での感染情報は、国立感染症研究所や愛媛県感染症情報センターなどから新型コロナウイルスやその他の感染症の発生状況などの情報を収集している。感染対策向上加算2を取得し、西条市感染対策地域連携カンファレンス等で情報を得て院内に発信している。 【課題と思われる点】 主要な医療関連感染の把握を行っていないため、手術部位感染（SSI）や尿道留置カテーテル関連尿路感染（CAUTI）など、院内で必要な医療関連感染の発生状況を把握することが望まれる。

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】 部門横断的な改善活動としては、医療安全管理対策委員会や感染対策委員会などの各委員会で定期的に検討している。CS向上委員会で職場内提案を受け入れて検討しており、医療サービスや業務改善に繋げている。外来トイレでの受付ファイル用ボックスの設置や病床運営管理部門の新設などを協議した実績がある。体系的な病院機能の評価としては、日本医療機能評価機構の病院機能評価を受審し、前回の指摘事項を院内で検討して改善につなげている。保健所の立入検査や厚生局の適時調査では軽微な指摘を受けたが、適切に対応している。 【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】 内科カンファレンス、消化器内視鏡カンファレンス、医局会で症例検討を行っており、死亡症例は全例症例検討を行っている。転棟カンファレンス、褥瘡カンファレンス、NSTカンファレンスなど多職種でのカンファレンスを行っている。各種診療ガイドラインは職員が図書室やインターネットでいつでも検索できる環境にある。クリニカルパスは、6種類を登録して各科で使用しており、診療の標準化に取り組んでいる。臨床指標については、臨床症例についてホームページや年報に症例数を掲載している。 【課題と思われる点】 クリニカルパスについては、適用率が6.5%と低く、クリニカルパス委員会で検討しているものの、バリエーション分析およびアウトカム評価は行っていない。臨床指標については各委員会等で収集しているものの、病院全体で分析・検討しておらずベンチマーク事業にも参加していない。クリニカルパスの充実と臨床指標や質指標の収集分析の充実が望まれる。

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】 各病棟および受付の5か所に意見箱を設置して患者・家族からの意見や要望を収集している。回収頻度を増やすとさらに良い。意見・要望、苦情は相談窓口や電話でも受け付けている。各部署の主任で構成する「患者サポート委員」を中心に内容を確認し、検討内容を直接回答や院内掲示板上でフィードバックしている。 【課題と思われる点】 COVID-19 感染拡大の影響により休止された「患者モニター会合」は、意見や要望を直接聴くことのできる機会であるため、患者満足度調査とともに早期の再開が期待される。
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	A	【適切に取り組まれている点】 新しい技術や治療方法を導入する際は、病院幹部が出席する経営推進会議で検討しており、AI 読影支援システム「EIRL Chest Screening」導入の際には、その有用性・安全性などについて検討のうえ決定に至った。また、技術習得のための研修には積極的に支援して安全な導入につなげている。薬剤の適応外使用については、保険適応外薬剤は病院では使用しない方針となっている。臨床研究については外部委員も参加する倫理委員会で審議する仕組みができています。 【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】 最寄り駅から徒歩圏内の立地であるが、来院車用駐車スペース 137 台、障害者用 2 台を確保しアクセス方法の選択に配慮している。院内には売店、食事・休憩に利用できる「イートラウンジ」、ATMなどを設置している。また、病棟ではWi-Fiが無料で利用でき、有料のテレビ、コインランドリー、理美容、入院セットも提供している。院内はバリアフリー化されており、歩行やトイレ利用時の安全性を確保している。 【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】 院内は静寂で整理整頓、清掃が行き届き、診療とケアに必要なスペースを確保している。外来は絵画や水槽など癒しの環境を提供し、各科の表示を色分けして患者・家族にわかりやすい工夫をしている。病棟には談話室、食堂として共有スペースを設け患者がくつろげる空間を提供している。さらに全病棟に一般浴室と特殊浴室を配置し、トイレも必要数を配置して利便性・安全性を担保している。リネン類は清潔に管理のうえ定期的に交換している。病室の扉前やベッドのカーテンを使用し、プライバシーの確保に努めている。 【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	B	【適切に取り組まれている点】 敷地内禁煙の方針を院内外に周知している。禁煙外来を開設し、ニコチン依存症の治療および禁煙教育を継続している。職員に対しては、入職時に受動喫煙防止の講義を行い、禁煙推進に取り組んでいる。 【課題と思われる点】 協会けんぽの「健康づくり推進宣言」に参加し、「健康づくり優良事業所」の認定を受けていることを鑑み、職員の喫煙率低下に向けた啓発活動をさらに推進することが望まれる。
-------	-------------	---	--

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】

病棟には責任医師と看護師長、スタッフをわかりやすく掲示し、外来には診察室毎に医師、看護師名を掲示している。ベッドサイドには主治医と受け持ち看護師を表示し勤務ごとの受け持ち看護師は挨拶を行っている。主治医不在時は内科医の輪番などが決められ、職員に周知されている。看護体制はプライマリーケアと機能別看護を併用している。病棟師長はラウンドを行いケアの実施状況や療養環境を確認し患者の要望に対応している。

【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 B

【適切に取り組まれている点】

電子カルテを運用し、「診療記録記載マニュアル」に基づいて医師、看護師による記録はもちろん、薬剤師、管理栄養士、各療法士の指導・訓練記録なども含めて、必要な診療記録を作成している。電子カルテにより、記録を一元的に管理し、判読性の確保、各職種による情報の共有も容易である。記録は適時に記載しており、略語も略語集を参考にして記載している。退院後2週間以内の退院時サマリー作成率は95%である。看護記録の質的点検は看護記録委員会で行っており、医師診療記録の質的点検は診療録管理委員会が中心となっており、結果を各部署にフィードバックしている。

【課題と思われる点】

医師の診療記録は数日記載していない例や手術当日に記載がない例を確認した。診療した時には必ず診療記録に記載することが望まれる。

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	A	【適切に取り組まれている点】 外来では患者の氏名の名乗りと生年月日の確認を行い、病棟では氏名の名乗りとリストバンドの照合を行っている。患者が名乗れない場合は看護師間のダブルチェックを行っている。リストバンドは皮膚の脆弱性等が見受けられる場合は下肢への装着など工夫がなされている。チューブ類は接続できない形状のものを使用している。検体は1患者1トレイとし、ラベルの照合を行っている。手術部位のマーキングは2024年7月より手順化し、手術当日医師により実施している。タイムアウトは手術室に手順を大きく貼り出し、手術前に実施している。 【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】 指示出し・指示受け・実施・確認は、電子カルテのシステムを活用して行っている。緊急の指示変更は医師から担当看護師へ連絡した後、電子カルテに記載する手順になっている。電子カルテでは新たな指示出しがあると電子カルテに表示され、長時間放置されることはない。口頭指示は原則行わないことになっているが、時間外の緊急時などのやむを得ない場合に限り手順に従って指示受けを行い、指示した医師は事後に診療記録に記載している。緊急性のある検査結果については、臨床検査技師や放射線科医師、診療放射線技師から指示医に直接連絡を行うなど、確実な情報伝達の仕組みを整えている。 【課題と思われる点】 口頭指示は2名の看護師で対応しているが、記載方法が急性期病棟では電子カルテに直接記載、回復期病棟ではいったん紙に記載した後に電子カルテに記載するなど、病棟によって対応が異なっている。全病棟で統一した運用とすることが期待される。

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】 薬剤の重複投与や相互作用のチェックは患者からの情報や処方箋で行い、アレルギーのチェックは診療録やお薬手帳等で確認し、電子カルテに記載しており、チェックシステムでリスク回避している。麻薬・向精神薬は保管庫で施錠管理し、看護師と薬剤師が毎日確認し、管理記録に記載している。ハイリスク薬剤の安全使用を目的に、各部署の薬品棚や救急カートに印をつけて明示している。薬剤の副作用は薬剤師、安全管理委員会で収集し、必要に応じて医薬品医療機器総合機構に報告している。抗がん剤はレジメンを登録しており、薬剤師が全て安全キャビネットで調製・混合を行っている。 【課題と思われる点】 ハイリスク薬剤について、薬袋やシールなどでの注意喚起を行っているものの、病棟での薬剤師から看護師での勉強会を開催していない。必要に応じた勉強会の開催が期待される。
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】 入院時に全患者の転倒・転落のリスク評価を行い、危険度2以上の患者に看護計画を立案し、病室の配慮やベッドの高さ、環境整備などを行っている。入院3日目、5日目、7日目、1週間毎に再評価を行い、毎朝のカンファレンスで共有して予防に努めている。毎月多職種参加の転倒・転落防止対策委員会を開催し、リハビリスタッフも関与して病棟ラウンドを行い、ベッドサイドの環境整備等の確認を行っている。さらに、転倒・転落インシデント事例の薬剤使用について分析し、予防に努めている。転倒・転落発生時の対応は手順に沿って行われている。 【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】 入職時に臨床工学技士により医療機器の研修を実施し、理解度の確認を行っている。看護師は医療機器保守点検管理マニュアルに基づいて設定条件の確認や使用中の作動確認などを行っている。医療機器には操作ガイドを添付している。さらに、臨床工学技士は毎日ラウンドを行い看護師の指導や動作確認を行っている。一般病棟の器械室には人工呼吸器1台、除細動器1台、輸液ポンプ2台、シリンジポンプ1台、モニターを常設して臨床工学士の点検済み機器を安全に使用している。 【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	A	【適切に取り組まれている点】 院内緊急コードとして「コードブルー」を設定し、スタッフステーションに呼び出し手順を掲示のうえ周知している。救急カートは適所に配置し、看護師が週に1回点検のうえ記録を残している。BLS・AED研修は、看護部長他1名で毎年4月に入職者を中心に実施している。令和6年11月に詳細な手順書に基づいて緊急招集訓練を実施し、医師2名を含む72名の参加があった。今後も継続的に実施されることを期待したい。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 院内感染防止対策マニュアルに基づいて標準予防策や感染経路別予防策を実施している。ICTは手洗いの指導や手指消毒剤のチェックを行い全体研修では个人防护具装着の指導を実施して職員への意識づけを行っている。病院玄関に午前中担当者が常駐しトリアージを行い発熱患者等の対応をしている。感染性廃棄物は指定容器に分別し、梱包後所定の保管場所に置いて廃棄されている。汚染したリネン類は汚染内容を記載したビニール袋に入れて分別している。 【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】 抗菌薬の適正使用を推進するために「抗菌薬の使用基準と適正使用」を整備している。抗菌薬の採用・削除は、薬事審議委員会で協議しているが、感染対策委員会が関与する仕組みになっている。ICTは院内における分離菌の感受性パターンを把握しており、院内感染対策委員会に定期的に報告し周知しており、アンチバイオグラムを年1回作成している。医師は抗菌薬を手順書に従って使用しており、必要な時期に培養検査を行っている。カルバペネム系や抗MRSA薬などの特定抗菌薬は届出制で運用しており、ICTの薬剤師は届出制の抗菌薬の使用をモニタリングしており、投与が長期になる場合は継続の必要性を医師に確認している。 【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	B	【適切に取り組まれている点】 患者の抱えているさまざまな課題は、それぞれの職種により対応のうえ、診療録に記載している。解決が困難な難渋事例については、倫理委員会へ提出する仕組みとなっている。 【課題と思われる点】 臨床における倫理的課題に対する捉え方にばらつきがあり、現場では倫理的課題として取り上げるべきかどうかを戸惑っていることが認められた。今後は倫理的課題のテーマを明確にし、医師をはじめとする多職種カンファレンスで検討を行うなど、専門性のある意見をもとに幅広い解決策へ導くことを望みたい。その際には、診療録に倫理的課題と検討した結果を明確に記載されると良い。また、倫理研修などによって病院全体の倫理風土の醸成を望みたい。

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】 入院後1週間毎に内科カンファレンスを開催し、医師、看護師、社会福祉士が参加して入院目標に沿った患者支援をしている。さらに、多職種が参加して転棟時や退院前カンファレンスを開催している。各種専門委員会は多職種で構成され、診療とケアに関する課題の解決に向けた検討を行っている。専門チームはNST、褥瘡対策、ICT、糖尿病教育などを有し、診療・ケアへの介入を積極的に行うなど、協働体制を構築している。 【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られることができる	A	【適切に取り組まれている点】 診療時間内は「総合案内」に職員を配置し、受診案内や各種問い合わせに応じている。ロビーの掲示類はわかりやすく、色分けや番号表示によって目的の場所への案内に効果を發揮している。紹介患者の受け入れは地域連携室の担当者が対応し、スムーズに受診できるよう配慮している。待ち時間対策として再来受付機や自動精算機を導入し、心理的な緩和に配慮した熱帯魚水槽も設置している。感染症が疑われる患者の対応や容体の急変時は、外来看護師と連携し即座に対応できる体制を敷いている。 【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】 外来患者に対しては、紹介医からの診療情報提供書や問診票、本人からの問診などで情報を収集している。外来待合室では、問診票や患者対応により情報収集した後、看護師がトリアージを行っている。状態が悪いと判断した場合には、処置室に案内して休んでもらったり、医師に報告して必要な指示を受けたりしている。造影CTや内視鏡などの侵襲性のある検査については、医師が説明し同意書を得て実施している。必要な場合には他の診療科の医師に診療依頼ができる体制がある。糖尿病などの療養指導は医師が直接行ったり、医師の指示に基づき、外来看護師、管理栄養士などが個人に合わせた指導を行ったりしている。 【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】 患者サポートセンターの入院支援看護師を中心に円滑な受け入れを行っている。夜間・休日の受け入れは当直医師および救急外来看護師で対応している。看護部長、看護師長、社会福祉士が参加したベッドコントロールを毎日行い、医師の参加した入院判定会議や病床管理委員会などを開催して待期期間の短縮に努めている。紹介元には地域連携室より紹介時にFAXおよび途中治療経過、退院時に返書を送付して管理が行われている。 【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	A	【適切に取り組まれている点】 医師は診断的検査の必要性を適切に判断しており、造影 CT や血管撮影、内視鏡など侵襲を伴う検査では、必要性和合併症などについて説明し、同意を取得して実施している。造影 CT や MRI の検査時には事前に問診票にてリスクを評価し、緊急時に医師がすぐに対応できる体制を整えたうえで検査を実施している。検査中および検査後の観察はマニュアルに沿って医師と看護師が行い記録している。検査後の搬送については、状態によっては酸素投与したり、ストレッチャーや車椅子で搬送したりしている。核医学検査など自院で実施できない検査は必要に応じて実施可能な医療機関に紹介している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 病院の医療機能は、病院ホームページや入院案内で各診療科、病棟の役割を明確にしている。自院で専門外の医療や高度医療については担当医が判断し地域連携室看護師を通してスムーズな紹介が行われている。また、入院時より医師、看護師、社会福祉士により患者・家族の意向が確認され、転院、自院の継続療養、在宅療養等への早期介入が行われている。紹介先には診療情報提供書や看護サマリーなどを提供している。 【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】 患者の症状・検査所見に応じて、必要な場合は他の診療科へ依頼し、合併症などの全身的な評価を行い、十分に検討したうえで入院を決定している。手術目的の入院については常勤医が非常勤医と症例検討を行い、手術の適応等を検討している。患者・家族に入院の必要性を説明し、同意を得て入院の指示を行っている。予定入院においては、治療の予定だけでなく、患者の都合に配慮し入院日時を決定している。予定入院では外来看護師が入院前に入院案内などの入院に関わる様々な情報を提供している。病床管理は看護師長が担当し、緊急入院の場合も医師と相談して弾力的な運用を行っている。 【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	A	【適切に取り組まれている点】 患者の病状に応じた診断および評価を行い、医師が病状評価と治療に関する基本方針を決定している。転倒・転落リスク評価、せん妄リスク評価、褥瘡評価、栄養評価等を行い、迅速に診療計画書を作成し、患者・家族へ説明し同意を得ている。計画には患者・家族の要望や心理状況、社会的背景などを把握し、医師、看護師だけではなく、療法士、管理栄養士などの多職種が個別性に配慮して記載している。入院時の説明には、担当看護師が立ち合い、終了後理解できたか、要望等はないか確認し記載している。病状が変化し、治療方針が変更になった場合は、患者・家族に説明のうえ診療記録に説明内容を記載している。クリニカルパスは6種類のパスを活用しており、診療の標準化を図っている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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】 患者・家族からの各種相談については、病院ホームページや入院案内、院内掲示で案内している。入院案内に「医療福祉相談室の利用について」を挿入し、患者や家族が相談内容をチェックして病棟に提出するシステムである。各病棟、1階ブースに医療相談室を配備し、タイムリーな対応が可能となっている。患者相談窓口は、患者サポートセンターの社会福祉士4名で担当し、病棟看護師やコ・メディカルと連携して対応している。相談内容は電子カルテに記載し、重要事項などは文字色を反転する仕組みを取り入れている。 【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】 入院決定時に入院支援看護師や外来看護師が入院手続きや必要物品などについてパンフレットを用いて説明し、情報収集している。病棟では看護師が入院オリエンテーションを行い、リストバンドの装着や病棟の構造などを説明している。レンタルの入院セットも用意し、夜間・休日入院にも対応して円滑な入院支援を行っている。 【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	A	【適切に取り組まれている点】 医師は医療チームの中でリーダーシップを発揮し、定期的に病棟スタッフとの情報交換を行っている。毎日回診を行っており、患者情報を把握し、投薬・処置など必要な指示を速やかに行っている。血液検査や画像検査の結果を確認し、ガイドラインに基づき、患者に適切な治療を行っている。カルテ上で多職種の記録を確認し、看護師や、薬剤師、療法士、管理栄養士、MSWなどと適時に情報交換やミーティングを行っている。患者・家族に対する面談や病状説明などにも速やかに対応している。書類作成などの医師業務の負担軽減のため、医師事務作業補助者を配置している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 各勤務帯における業務手順に基づき、看護師による診療の補助業務や患者の日常生活援助は、安全・安楽に配慮しながら実践している。看護提供方式はプライマリーケアと機能別看護を取り入れている。各種カンファレンスで多職種と患者情報を共有し、適切なケアを実践している。クリニカルラダーは導入していないが、看護部教育計画を作成し、目標管理を導入して人材育成につなげている。 【課題と思われる点】 提出された症例の看護計画には、心理的・社会的ニーズを捉えた内容が見受けられなかった。患者情報に記録しているということであるが、看護初期計画から回復過程に沿った定期的評価は看護記録と連動するものであるため、必要な情報が適切に記録されるよう期待する。

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】 病棟担当薬剤師の配置はないものの、持参薬および薬歴管理を全患者に対して行い、服薬指導はハイリスク薬の使用時や退院前の必要な患者に対して行っている。内服薬は薬剤師が調剤し、配薬カートにセットした薬剤を看護師が電子カルテと薬袋を持って配薬しており、服薬確認も看護師が確実に行っている。注射薬については、1 施用毎に調剤した薬剤を看護師が調製・混合している。投与にあたっては、看護師がダブルチェックを行い、患者に名乗ってもらいネームバンドで確認し、薬剤確認を行った後に電子カルテで6原則を確認してから投与している。抗菌薬やハイリスク薬の投与時は、看護師が手順に沿って観察している。 【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】 輸血療法の実施に関する指針に従って輸血検査マニュアルを作成し、輸血を施行する際には必ず採血のうえ、検査データに基づき必要性を判断してから実施している。必要性や実施に伴うリスクを患者・家族に説明し、同意書を得て輸血を実施しており、緊急の輸血にも対応している。輸血の実施は、看護師が手順に沿ってダブルチェックを行い、誤認防止につなげている。輸血投与前にはバイタルの記録を行い、輸血中の患者の観察をマニュアルに沿って行っている。輸血の副作用は速やかに医師に報告したうえで対応しており、副作用の報告や検討は多職種で構成する輸血療法委員会で行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2. 2. 14	周術期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】 手術の適応と術式選択は症例検討会で決定し、手術と麻酔について説明のうえ同意を得ている。併存疾患があるが自院で対応可能な疾患の場合には、内科の診察を受けて全身状態の評価を行っている。全身麻酔を行う全症例に対し、手術担当看護師の術前訪問を行うことで安全な手術・麻酔を実践しており、術後訪問も行っている。手術が適切に安全に行えるように入室時の確認、執刀前のタイムアウト、手術室退出前の安全チェックを実施している。手術後は退室基準に従って麻酔科医の指示で退室している。手術当日は病棟の重症室で管理を行い、手術室と病棟の看護師間で必要な情報を共有しており、病室への移送には必ず執刀医と看護師が同行している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 施設基準を満たす集中治療室はないが、急性期病棟のスタッフステーションに隣接して重症個室2床と術後観察室2床を設置している。重症室にはモニターや酸素、吸引、人工呼吸器、除細動器などを使用できる体制を整備しており、術後患者や重症患者、人工呼吸患者などを管理している。機器の点検や保守管理は看護師と臨床工学技士がマニュアルに沿って行っている。重症患者や術後の患者には療法士、薬剤師、管理栄養士などの多職種や、感染制御チーム、栄養サポートチーム、褥瘡ラウンドなど多職種によるチームが必要に応じて介入できる体制を整えている。 【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、全入院患者に「褥瘡に関する危険因子評価表」で危険因子を評価し、リスクがある患者には看護計画に基づいて予防策を実施している。褥瘡発生時にはDESIGN-R 分類を用いて評価し、写真等で記録し関連職種で共有している。外科医が参加した褥瘡対策委員会のメンバーは、月 1 回褥瘡回診を実施して治療・ケアの支援を行い、必要に応じて NST が介入している。スキンケアや MDRPU への対策も行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.17	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】 入院時に看護師が全患者に対して栄養スクリーニングを行い、管理栄養士が GLIM 基準を基に栄養管理計画書を作成している。管理栄養士は入院翌日患者訪問し、アレルギーの再確認や嚥食状況、嚥下状況などを確認している。摂食・嚥下障害が認められる患者には言語聴覚士が介入し、VE などで評価のうえ、管理栄養士や看護師と連携して適切な食形態の提供を行っている。低栄養患者には NST の介入もあり栄養指導は外来で月 33 件、入院で月 11 件実施している。 【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】 患者の訴えは詳細に記録があり、丁寧な対応がなされている。疼痛は NRS による評価基準を使用し、訴えができない患者にはフェイススケールで評価して苦痛の緩和に取り組んでいる。電子カルテの共有フォルダに症状緩和・麻薬取り扱い手順を掲載し、関連職種で共有している。主治医により麻薬の使用は WHO 方式がん治療法使用基準に沿った緩和方法が選択されている。必要時には、夜間当直医師の指示の下で適切な症状緩和がなされている。 【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】 主治医からの依頼に基づきリハビリテーションの必要性を評価して計画を立て、患者家族の希望も確認のうえ、リハビリテーション総合実施計画書を作成して早期から訓練を開始している。担当療法士はベッドサイドから介入し、レベルに応じて離床を進めている。手術後は術後翌日から介入し、早期離床を図っている。実施状況や患者の状態に関する経過記録を電子カルテに記載し、医師・看護師などのスタッフが情報を共有している。急性期病棟と地域包括ケア病棟では日曜日以外はリハビリを休むことがないようにスケジュールを組んでいる。リハビリの実施前後の評価はFIMを用いて行っている。 【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	A	【適切に取り組まれている点】 医師は患者の病態や今後の治療計画により身体拘束の包括的指示を指示簿に記載し、患者・家族からの同意を得ている。看護師の判断により身体拘束を実施するときは家族に連絡し、同意を得て実施している。看護師は身体拘束アセスメントおよびスコアシートを活用し、勤務帯毎に観察記録を行い医師の確認もなされている。内科医師は回診において情報共有している。解除に向けたカンファレンスを看護師とリハビリスタッフで実施している。 【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】 入院時のスクリーニングで退院困難が予測された場合は、病棟担当の社会福祉士が中心となって早期から支援を開始している。必要時には、医師や多職種が参加した退院支援カンファレンスを開催し、患者・家族の意向に沿ったゴールに向けて検討・指導を行っている。連携先には診療情報提供書や多職種のサマリーなどで情報を提供している。 【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】 入院中から在宅療養を視野に入れた支援を行っている。医師や多職種により継続的な診療・ケアが必要とした場合は、地域の担当ケアマネジャーと連携している。必要時に退院前カンファレンスを開催し、訪問サービスの提供等について検討のうえ、退院後の体制を整えている。退院時には必要時緊急受診用受付カードを患者・家族に手渡して電子カルテに記載するなど、患者の受け入れ態勢を整えている。 【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の判断は、医師と看護師による検討後、医師が臨床的に判断している。急変時の DNAR は家族の意向を確認し、電子カルテの掲示板に記載して関連職種で共有している。医師の回診や定期的な内科回診時に診療・ケア計画を多職種で共有し、患者・家族に説明と同意がなされている。療養環境の配慮や逝去時の対応は、看取りの指針に沿って家族に寄り添った対応を行っている。在宅で看取りを希望する場合は、地域の在宅医と連携している。 【課題と思われる点】 ドナーカードの対応手順を整備し、職員間で共有することを期待したい。

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】 薬剤師常勤 3 名、非常勤 1.1 名の体制で、調剤業務や病棟業務を行っている。処方鑑査はすべての処方で行い、必要に応じて疑義照会を行っている。調剤鑑査は調剤に関与しない薬剤師が実施している。夜間・休日は、看護管理当直者が薬剤室の鍵を管理しており、入退室管理を行っている。新規薬品の採用・削減は 1 増 1 減の原則で、隔月に開催する薬事審議委員会で検討している。注射薬の 1 施用ごとの取り揃えを行っており、看護師に対して薬剤に関わる必要な情報を提供している。注射薬の調製・混合は看護師が行っており、抗がん剤はすべて薬剤師が安全キャビネットで行っている。薬剤室内の温・湿度管理を常に行っており、院内医薬品集は採用薬をすべて収載しており、電子カルテで参照することが可能である。 【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】 臨床検査技師常勤 5 名、非常勤 0.6 名の体制で、検体検査・生理検査などの必要な検査を実施している。緊急検査の結果報告は 30 分以内に迅速に行っている。夜間・休日の輪番日は当直、輪番日以外はオンコール体制をとり、必要な検査に 24 時間体制で対応している。機器の保守点検を行っており、内部精度管理は毎日実施し、外部精度管理は日本臨床検査技師会、日本医師会、愛媛県サーベイに参加している。異常値やパニック値の取り扱いも手順通り、迅速に依頼医師に報告している。検査後の血清は 7 日間保存しており、後日の依頼にも対応しており、検体の廃棄も手順に沿って行っている。 【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】 画像診断センターとして放射線科医師 1 名、診療放射線技師 7 名、臨床検査技師 1 名の体制で、CT・MRI・血管撮影・超音波検査を含めて多くの画像検査に対応している。診療時間内の緊急検査には時間調整を行い速やかに対応し、夜間・休日の輪番日は当直、輪番日以外はオンコール体制をとり、必要な検査に 24 時間体制で対応している。造影剤投与は看護師が血管確保を行っており、病状変化時に医師が迅速な対応を行う体制を整えている。医療用画像管理システム（PACS）を導入しており、過去の画像との比較検討も容易に行える環境である。CT・MRI は常勤放射線科医師がすべて読影しており、依頼医師も読影を行い、ダブルチェックによって診断の質を確保している。緊急性のある所見は放射線科医師または技師より依頼医に報告している。 【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 S	【適切に取り組まれている点】 栄養課に専従の管理栄養士を配置して栄養管理業務を行い、調理業務は外部委託している。温冷配膳車を使用し、適時・適温での配膳を実施している。入院時に栄養アセスメントを行い、アレルギーや禁忌、摂食機能に応じた個別対応を実施している。季節ごとに4種類のサイクルメニューを運用するとともに、行事食も取り入れ、長期入院患者でも季節感を感じる食事の提供に取り組んでいる。嗜好調査やアンケート、個別の聴き取り調査をもとに委託会社と献立会議を毎週開催し、味や量、盛り付け方や彩り、食べやすさに至るまで検討を重ね、食事内容に反映している。病院と委託会社双方が協力して様々な工夫を重ねながら食事の質を追及している点は高く評価できる。HACCPに準拠した衛生管理マニュアルに従い、清潔動線の確保や温・湿度管理、食材ごとの取り扱い方法を遵守し、衛生的な環境で調理業務を行っている。法令に基づく使用食材および調理済食品の冷凍保存、各種帳票類の整備・保管状況も良好である。 【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科医師1名、理学療法士18名、作業療法士11名、言語聴覚士4名を配置し、脳血管、運動器、呼吸器、廃用などのリハビリテーションを提供している。リハビリは主治医の処方箋に基づき、注意事項や中止基準を確認して行っている。総合リハビリテーション実施計画書を作成し、患者・家族に丁寧に説明して実施している。回復期リハビリテーション病棟では毎日、急性期病棟と地域包括ケア病棟でも週6日のリハビリを提供している。療法士は病棟でのカンファレンスやミーティングで医師や看護師などの多職種と情報共有しており、内容を記録に残している。リハビリテーション機器の点検は定期的に行っており、必要な機器はメーカーの保守点検を受けている。 【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】 診療部門に診療情報管理室を置き、専従の診療情報管理士が診療情報全般の管理を一元的に行っている。2013年の電子カルテ導入以前の紙カルテは診療情報管理室内で一括管理しており、貸し出し手順に従って迅速な貸し出しが可能である。患者署名のある同意書等は診療情報管理士が電子カルテに取り込み、原本は診療情報管理室内で保管している。電子カルテデータの閲覧・開示は申請方式とし、院長の承認を得て診療情報管理士が手順に従って厳格に実施している。退院ごとに診療情報管理士の業務指針に沿った量的点検を全件行っている。診断名・手術名のコーディングを行い、DPCデータを施設基準の取得検討や診療体制の充実のための参考に行っている。 【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ME室で一元管理し、臨床工学技士が日常および定期点検を行い記録に残している。使用済みのポンプ類はME室に運んで臨床工学技士が点検後、点検済みシールを貼付して定位置に置かれている。また、台帳によりアリバイ管理も行われている。夜間・休日はオンコールで対応し、医療機器の標準化もなされている。 【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、現場での一次洗浄は行わず、密閉容器に入れて業務課 SPD センターの職員により中央の洗浄滅菌室へ搬送されている。洗浄から組み立て、滅菌、保管、払い出しまでワンウェイ化している。日常始業点検としてボウイー・ディックテストを初回の滅菌前に毎日行っている。さらに、物理学的インディケーターで常時モニターし、化学的インディケーターはパック内外に使用して精度を確認している。生物学的インディケーターはその都度実施し、確認後に払い出しを行っている。洗浄滅菌室の職員は滅菌管理士や特定化学物質・四アルキル鉛等作業初任者の資格を有している。リコール規程も整備している。 【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】 年間約1,000件の手術や内視鏡検査の病理検査を扱っている。内視鏡センターでは、検体取り違い防止策を整え、遵守している。診断はすべて外部委託であり、臨床検査室が責任部署となって外部施設へ委託している。病理報告書を電子カルテに取り込み、検査室で保管管理している。悪性所見のある報告は臨床検査技師が依頼医師に連絡し、報告書を確認してもらっている。病理報告書やプレパラートは検査室で一元管理しており、必要時には検索することが可能である。ホルムアルデヒドなどの危険性の高い薬品類の保管・管理は、設置場所を固定のうえ施錠管理している。 【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】 放射線治療は行っていないためNAとした。放射線治療が必要となった場合は、実施可能な施設へ紹介している。 【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】 臨床検査室が輸血用血液製剤の管理を担当している。輸血検査マニュアルに則って、輸血の発注・保管・供給・返却・廃棄を行っている。製剤の在庫はないが、至急の依頼に対応可能な体制にある。輸血製剤を専用の自記温度計付きの冷蔵庫や冷凍庫で保管・管理している。使用した血液のロット番号を記録し保存しており検索は容易である。自己血は実施可能な体制はあるものの、ここ数年実績はない。輸血の副作用、廃棄率、輸血後感染症検査の実施など、輸血療法に関わる諸問題を輸血療法委員会で検討しており、廃棄率低減に取り組み直近の同種血の廃棄率は1.5%となっている。 【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	A	【適切に取り組まれている点】 専任看護師5名を担当スタッフとして配置している。手術スケジュールの管理は手術室責任看護師と非常勤麻酔科医が行い、事前申し込み制になっている。緊急手術は院内発生の緊急手術に対応している。手術室は2室、手術件数は年間202件であり、麻酔科管理手術は147件で非常勤麻酔科医が麻酔を行っている。麻酔科管理の手術では、手術当日には麻酔医と手術室看護師とで術前ミーティングを行い情報共有している。手術前のマーキング、手術時のサインイン、タイムアウト、サインアウトも手順どおりに実施し、術中の観察も確実にを行い記録している。手術後の観察、手術室の退出基準も明確であり、安全に帰室している。 【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】 集中治療室の設備および機能はないため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】 「救急医療運営マニュアル」に従って夜間・休日を含めて救急医療を提供しており、年間600件を超える救急車を含め、主に内科系の救急患者を受け入れている。夜間・休日の輪番日は医師1名、看護師2名、臨床検査技師、診療放射線技師、薬剤師、事務員は各1名の当直体制となっており、緊急入院の受け入れ体制は、急性期病棟で1床以上の病床を確保し、救急患者の入院を随時受け入れる体制がある。救急車不応症例は経営推進会議に報告し確認している。虐待事例に対する対応手順も定めており、自院の診療機能に見合った救急医療を発揮し、地域の要望に込えている。 【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】 理念・基本方針をわかりやすい言葉で明文化し、パンフレットやホームページ、院内掲示などで周知している。職員は携帯カードによっていつでも確認が可能となっている。基本方針は3か年中期経営計画の策定時に見直しを行っており、理念・基本方針との整合のもとに経営計画を遂行している。経営方針や病院の将来像は、院長からの発信や研修などで職員全員に示されている。 【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】 「運営・診療管理会議」を病院の意思決定会議と定め、経営推進会議とともに病院運営の重要事項や方針の決定を行っている。病院規模や機能に即した組織構成であり、各部門・部署は職務分掌規程に沿った役割を発揮している。円滑な病院運営のために必要な会議体や委員会を設置し、決定事項や周知事項は院内メールなどによって確実に伝達している。 【課題と思われる点】 手術・麻酔部門は外来との兼務であるため、組織図に名称が掲げられていないが、実態として存在することから組織図上に明記することが期待される。

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】 3年ごとの中期経営計画をもとに部門別活動計画書を毎年作成し、年間の達成目標を定めている。目標は半期ごとに達成度を評価しており、アクションプランに対してはToDoリストを活用して毎月開催する経営推進会議で目標を達成するための施策を検討している。「Hit-Bit 活動」を通じて職員からの提案を促し、職場内の改善活動や病院経営への参画意識を高めている。 【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】 総務課内にシステム管理担当者を配置し、規程に基づき電子カルテをはじめとする情報システム全般を管理している。システム管理者の執務室およびサーバー室は厳格に施錠管理され、許可なく立ち入ることはできない。また、電子カルテに接続する許可された USB 以外やストレージは使用できない構造とし、データの物理的保護を徹底している。院内の情報管理体制の課題や活用方針は「電子カルテ管理委員会」で検討している。現行の電子カルテシステムは 2022 年 6 月に更新され、従来のシステムよりデータの真正性や保存性が向上しているが、サイバー攻撃などの脅威に対してはベンダーの協力を得ながら随時対策を講じている。 【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】 文書管理規程を見直し、管理対象、管理責任者および担当者、承認方法、管理部署を明確にした。また、保存期間や廃棄時のルールを追加し、管理方法や運用手順の向上を図っている。今後は管理対象から外れているものや文書名の相違等を再確認し、整理するとさらに良い。 【課題と思われる点】 文書管理台帳は情報システム内の NAS に格納されているが、文書の一部が掲載されておらず、文書検索に対応できていない。管理台帳は体系的な管理に欠かせないものであるため、対象文書全体を網羅することが期待される。
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】 いずれの職種も医療法や施設基準上の法定人員を満たしている。採用は必要性を検討し計画的に行っている。医師の高齢化が進んでいることから関連大学への派遣依頼や紹介会社を利用しながら追加採用を目指しているところである。看護師については養成校への訪問や就職フェアへの参加をはじめ、院内保育所の開設など幅広い活動や子育て世代でも働きやすい就業環境を整備するなどして人材の確保に努めている。薬剤師についても病棟配置や当直体制の実現に向け、増員を目指している。 【課題と思われる点】 医師、看護師、薬剤師の増員は、貴院の経営計画上の課題でもあることから、必要人員の採用が進むよう期待したい。

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】 就業規則および賃金規定は各部署に配備し、職員はいつでも閲覧が可能である。就業規則および労働基準法第36条に基づく協定書、定期健康診断結果等は労働基準監督署へ確実に届け出を行っている。職員の就労管理は勤怠管理システムで行い、休日勤務や夜勤、オンコール勤務の回数、時間外勤務等の管理状況も良好である。有給休暇の時間単位制導入、男性の育児休業促進など、ワークライフバランスにも配慮している。 【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】 「（安全）衛生委員会」を設置し、職員の安全衛生管理に関する課題を検討している。長時間労働や有給休暇の取得状況、労災事案の発生状況、メンタルヘルスの動向などを踏まえ、委員会としての検討結果を上層部に伝えている。職員の定期健康診断は確実に実施され、毎年100%の実施率を維持している。有害物質を取り扱う職場の環境測定を定期的に行い、第1管理区分を維持している。労働災害発生時は法令に基づいて対応し、再発防止策も検討している。職業感染防止のための予防接種は必要に応じて病院が費用の全額を負担している。ストレスチェックを定期的に行い、高ストレス状態が認められた場合は、産業医との面談やカウンセリングの利用を案内している。院内暴力発生時の対応については、応援要請や警察との連携手順を定め、各部署に周知している。 【課題と思われる点】 産業医や衛生管理者による職場巡視を実施しているが、法令で定められた頻度で実施するための体制整備が期待される。また、ハラスメントへの対応として相談窓口を設けているが、防止対策をテーマとした研修を実施するなど、良好な職場作りを推進するための啓発も期待される。

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】 職員の意見や要望は、年1回「自己申告書」によって把握する仕組みがある。また、「Hit-Bit 活動」を通じて日常的に自由に意見を発信し、自律的に課題解決や業務改善につなげる仕組みが定着しており、職員のモチベーション向上に役立てられている。就業支援策として、育児休業明けに利用できる短時間勤務制度や病児保育にも対応する院内保育所が利用できる。職員厚生会では慶弔金の支給や医療費の割引制度のほか、各種福利厚生制度が充実している。 【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】 看護部を中心に教育・研修を計画的に行う仕組みがある。法令で定められた医療安全および感染制御に関する研修を実施しているが、いずれも受講率は82%台であり、受講率向上の工夫をするとさらに良い。入職時のオリエンテーションでは、理念・基本方針をはじめ、接遇、職務規定、医療安全、感染制御、個人情報保護に関する講義を実施している。院外研修への参加については、必要に応じて費用を病院負担としている。図書室を整備し、書籍や雑誌類を揃えている。 【課題と思われる点】 必要性の高い研修である倫理、患者の権利、虐待に関するテーマが、病院全体の教育計画に反映されていない。看護部主体の研修だけではなく、病院として全職員対象の研修を体系的に推進する仕組みを構築し、実効性の高い教育体制を実現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】 人事考課を年1回実施し、自己評価および上席者による二次評価、面接によって客観性・透明性に配慮した能力評価に努めている。職能要件を明確にし、経験年数や職位に応じたスキルアップ研修も実施している。各専門職とも明確なラダー制度は取り入れていないが、部署ごとの活動目標に照らした役割を設定している。 【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】 医学生、臨床工学技士、リハビリテーション療法士の実習を受け入れている。実習に際しては養成校と事前の打ち合わせを行い、カリキュラムや実習方法、評価方法について確認している。事故発生時の対応方法は契約書で定め、オリエンテーションで医療安全や感染防止、個人情報の保護等に関する教育を行っている。指導者は患者に承諾を得てから実習を始めることを徹底している。 【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】 前期の実績や各部署の意見・要望を踏まえて経営本部が予算書を作成し、院長、事務長が検討したうえで理事会の最終承認を得る仕組みである。予算の執行状況は月ごとに把握し、「運営・診療管理会議」で収支報告に基づく経営課題を検討している。社会医療法人として適切に財務諸表を作成し、会計処理は医療法人会計準則に基づき適正に行っている。法人との独立性を確保した公認会計士2名による外部会計監査を実施している。KPI指標に基づく収支分析を行い、経営推進会議を中心に経営改善活動に活かしている。 【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】 窓口業務の手順を整備し、業務の標準化を図っている。医事業務担当者は、医師との協働により精度の高い保険請求業務を行っており、返戻・査定への対応も良好である。人員配置要件のある施設基準は看護部と協力して維持に努め、それ以外の施設基準は医事課が管理している。未収金対策会議を毎月開催し、段階的な督促によって回収に努めている。困難事例は顧問弁護士に相談して対応している。診療報酬の改定時には影響度のシミュレーションを行い、新たな施設基準や加算の取得などを提案している。 【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】 給食調理、清掃、滅菌業務等を委託化しており、業務委託基準を定め、委託先の選定や契約方法、管理方法、見直し方法など業務委託に関する一連の手順に沿って行っている。購買管理委員会で年1回業務委託全般の状況や質の評価を行っている。委託先の選定では、価額面だけではなく業務内容や仕様書、導入実績等を確認し、コストと質の両面を精査して決定している。委託社員の教育については、会社側が実施する教育内容を確認するとともに、自院で実施する研修会や消防訓練の参加を要請し、職員と同じ認識が持てるよう配慮している。事故発生時の対応法は委託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・設備の管理は業務課が所管し、「施設・設備管理マニュアル」に沿って対応している。諸設備の点検・保守の多くは委託化され、「業者点検稼働表」によって月別に管理している。建物の定期点検や消防設備点検等は法令に基づき確実に実施し、届け出も遅滞なく行っている。緊急時の対応方法や連絡体制を明確にし、夜間・休日でも病院機能の維持に必要な事項を定めている。医療ガス安全管理委員会を年1回開催し、委託会社による定期点検を実施している。日常点検で不良個所が認められた場合は直ちに補修を依頼している。感染性廃棄物の処理は、運搬方法およびルート、感染性廃棄物庫の施錠管理、マニフェスト管理のいずれも法令に従って行っている。 【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】 医薬品の購入については、「薬事審議委員会」で新規採用や変更を検討している。医薬品在庫管理システムを導入し、医薬品の入庫、払い出し状況、使用期限などを確実に管理している。医療消耗品の選定は年1回の一斉入札に向けて同種・同等品の提案を依頼し、各部署での試用結果も踏まえて「医療材料購入検討委員会」で決定している。発注および払い出し、返品等の一連の処理はSPD方式で行い、物流管理システムによって在庫数や使用期限、不動態在庫等を管理し、定数の見直しも行っている。医療機器の購入については、機器選定に必要な仕様・性能などの資料確認、デモ機の試用などを経て機種を絞り、相見積りを取得した上で決定している。発注者と検収者を分離し、納品書と請求書を突合後に経理課へ送る仕組みにより内部牽制が機能している。 【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	【適切に取り組まれている点】 災害対策委員会を中心に「大災害マニュアル」を整備し、大規模災害を想定した訓練を自治会と合同で毎年実施している。アクションカードによって初動時の役割が定められているが、勤務者の少ない夜間を想定した役割分担と対応手順が明確になるとさらに良い。自衛消防隊を結成しており火災発生時の対応訓練を年2回実施している。緊急時の連絡体制も明確である。停電に備え、所要電力の60%を10時間供給できる自家発電機を備え、燃料の優先供給を受けるための協定も締結している。大規模地震発生時には地域の特性として液状化が懸念されており、道路の復旧に相当な時間を要することが見込まれることから患者用食料・飲料水は7日分（栄養課での通常在庫と合わせて約14日分）を確保しており、ほかに職員用として延べ900人分を備蓄している。 【課題と思われる点】 病院機能存続計画は、リスク評価に基づく対応方法が検討されている段階であり、完成には至っていない。地域における貴院の役割を鑑み、危機管理の優先課題として早期の完成が期待される。
------------------------------	--

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】 「夜警業務基本マニュアル」を整備し、夜間・休日の保安業務は事務職員が当直制で実施している。緊急時の連絡網を定め、応援要請の手順も明確になっている。当直者は、マニュアルに従って時間外出入り口での来訪者対応、巡回、施錠管理を行い記録を残している。院内の重要エリアはセキュリティシステムによって立ち入りを制限している。患者支援センターの相談室には防犯カメラを設置しており、相談者からの暴言・暴力の抑止に活用しているほか、緊急時には手動で録画を開始することが可能となっている。 【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病棟への入院相談・対応窓口は、患者サポートセンターで一元化して社会福祉士が担っており、入院相談目的での初診外来は原則行っていない。初診は、他医療機関からの外来リハビリテーション紹介目的であり、完全予約制としているため待ち時間は生じない。初診時に必要な情報はホームページで周知している。来院者への対応は、正面玄関内に総合受付を設け事務職員が行っている。再来受付機・自動精算機を整備し、患者の利便性を図っている。発熱などトリアージが必要な場合は、別途外来看護師に連絡し、動線が混在しないよう速やかに対応している。

【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】 リハビリテーション外来診療は予約制であり、医療保険で外来リハビリテーション治療の必要な患者を中心に地域ニーズに応じた継続的なリハビリテーション医療を提供しており、2025年1月から介護保険によるみなし診療を開始したところである。新規リハビリテーションを導入する際、入院患者の場合は入院経過等の患者情報を書面やカンファレンスシートで入院・外来担当者間で共有し、地域からの新規紹介の場合は、かかりつけ医からの診療情報提供書やケアマネジャーからの事前情報を得て、リハビリテーション医学会認定臨床医や担当療法士らによる新患カンファレンスやリハビリテーション計画立案に活用している。診察時は患者の誤認防止、感染対策のうえ、必要な書類説明や同意取得を行っている。症例数は少ないが、必要に応じて補装具の作製や修理に対応している。ボツリヌス治療など、侵襲的な専門的診療は行っていない。 【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、医師の指示の下、リハビリテーション医療を行うために必要な検体検査、生理検査、X線検査、CT・MRI検査等を院内で実施している。検査実施は手順に則り、誤認防止や画像撮影時の安全性に配慮し実施している。リハビリテーション関連では、消化器内科医が嚥下内視鏡検査に対応している。必要性を担当者で決定し、主治医が説明と同意書を用いて患者・家族に行ったうえで、誤嚥・窒息予防や感染対策を講じて実施している。検査中の患者の状態や反応など観察項目を記録している。 【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】 回復期リハビリテーション病棟への入院患者は、急性期医療機関からの紹介が半数を占め、患者サポートセンターの社会福祉士に相談窓口を一元化している。FAXで得た診療情報提供書・薬剤情報・手術記録等と、定型の患者情報シートをもとに、主病態の診療科医師、看護師・療法士・社会福祉士・管理栄養士・薬剤師・事務職からなる入院判定委員会を随時開催し、検討事項を記録のうえ、結果は紹介元に速やかに還元している。対応困難な場合は、院内の地域包括ケア病棟・療養病棟や関連施設を提案したり、地域の資源に関する情報を提供したりしている。残り半数を占める院内一般病棟からの転棟は、各病棟看護師長を含む多職種からなる週4回の病床運営会議で合議し、転棟日を決定している。地域連携パスは稼働していない。入院判定通過後は、社会福祉士が電話で入院前オリエンテーションを実施し、家族の意向や希望を確認している。入院予定の患者情報は、電子カルテ上において入院担当職種間で事前に共有できるようになっている。 【課題と思われる点】 入院判定過程は記録に残しているが、出席者が変わっても均質な判断をするため、変化する現状や多職種の意見を反映しながら入院判定基準を明文化することが期待される。
------------------------	---

2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	【適切に取り組まれている点】 急性期医療機関からの紹介入院では、医師は急性期医療機関の診療情報と入院時診察と検査所見を踏まえ、患者の健康状態や合併症を把握して検査・診療計画を立案している。入院診療計画書は、転棟時含め全例に発行し、各職種の項を設け、多職種で作成して初日に医師が説明している。社会福祉士は担当制とし、患者・家族の意向を踏まえた退院支援計画を立案して説明している。リハビリテーション治療は、主治医のリハビリテーション処方に基づき初日に開始し、初日にリハビリテーション実施計画書を立ち上げ、おおむね1週間以内に各職種の評価や目標を入力し完成させている。また、療法士が説明して署名を得ている。 【課題と思われる点】 リハビリテーション実施計画書は、療法士が説明して署名を得る運用だが、回復期リハビリテーション病棟での主目的であるリハビリテーション治療方針や退院計画に関する要所においては、原則として医師がわかりやすく説明したうえで同意を得ることが望まれる。
-------	-------------------------	---

2.2.6 リハビリテーションプログラム B を適切に作成している	【適切に取り組まれている点】 リハビリテーションプログラムは、入院当日に看護師・療法士・社会福祉士・管理栄養士による合同評価を行い、患者像を把握している。自宅復帰の可能性がある場合は、早期から家屋情報を収集したうえで、必要に応じて社会福祉士と療法士で入院時訪問指導を実施し、環境把握のほか、家族やケアマネジャーから直接希望や意向を聴取してテンプレートを用いて情報を共有している。月1回の定期的な多職種カンファレンスを開催し、各職種の進捗状況を把握のうえ、リハビリテーション実施計画書を更新している。必要に応じて、退院前自宅訪問指導や社会福祉士が中心となった地域関連機関との連絡調整、患者・家族を交えた退院前カンファレンスや家族指導を行っている。FIMは各患者の担当療法士が2週間ごとに評価しており、実行状況は看護師測定の日常生活機能評価を参考にしている。FIM評価の信頼性向上のため、院外研修参加者を講師にした院内研修を2024年度は1回開催した実績がある。 【課題と思われる点】 看護師や介護福祉士もFIM評価の理解を深め、病棟場面の実行状況の十分な客観的評価と職種間共有が行われることを期待する。
--------------------------------------	---

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】 医療福祉相談室の窓口を設けて社会福祉士らが対応し、年間 1,179 件の退院相談を筆頭に多岐にわたる内容が寄せられ、相談の内容により各職種に振り分け専門性を活かして対応している。回復期リハビリテーション病棟には専従の社会福祉士を配置し、入院時から担当制としたうえで、患者相談内容は電子カルテに記載して他職種との情報共有を図っている。必要に応じて入院時訪問指導を療法士とともに実施し、生活期スタッフとの情報交換、家族の希望や意向を直接確認している。プライバシーに関わる保護情報は、職種ごとのアクセス制限機能がなく電子カルテの視認やマーキング等の工夫で注意喚起している。情報共有は、患者あたり月 1 回のカンファレンスのほか、看護師や療法士との日々の「昼会議」でも密に図っている。院外連携では、患者の生活保護申請や公的機関との連絡調整、生活期サービス担当者とは患者家族を交えたカンファレンスを開催し、介護保険サービス導入の橋渡しや見直しにおける情報提供など、積極的に患者ニーズに応えている。 【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】 急性期医療機関からの紹介が約半数を占め、入院決定後速やかに連携先病院の担当者を介して入院手続きに必要な書類や入院生活概要の案内書類を渡し、社会福祉士が患者家族に電話で入院前の説明を行い、質問への対応、希望時には家族面談を行っている。入院案内は、ホームページからも確認可能である。予定入院の当日は、病院到着後に看護師が玄関まで迎えに行き、病棟で患者・家族に対してパンフレットを併用した入院オリエンテーションを実施し、病棟内設備の案内や回復期リハビリテーション病棟の入院期間の流れも図示化して、わかりやすく説明している。病衣やアメニティのレンタルにも対応している。入院予定患者の事前情報を参考に、適切な病室選択や必要な福祉用具の準備を整える体制がある。 【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	B	【適切に取り組まれている点】 回復期リハビリテーション病棟では、一般病棟と兼務して内科・整形外科の常勤医が病棟業務に携わっている。医師の専門性に合わせた疾患構成や病状の安定度などを調整した病床管理を行い、合併症に対する他科の専門的治療を必要と判断する時や状態増悪時は、一般病棟への転棟や他医療機関と連携して受診や転院依頼を行っている。週1回程度の病棟回診と、患者あたり月1回の病棟カンファレンスに参加し、スタッフからの情報を得て医学的管理を行っている。リハビリテーションに関連する嚥下機能検査は、嚥下内視鏡検査を消化器内科医が実施し、病態把握やリハビリテーション計画に活かしている。歯科介入の必要性は多職種で検討し、院内で対応している。 【課題と思われる点】 回診頻度や病棟カンファレンス後のリハビリテーション治療の方針等に関連した主治医からの患者・家族面談の機会が十分とは言えない。患者中心医療のニーズに応え、回診頻度の向上と、定期的に設定するなど、面談機会の向上が望まれる。また、補装具の作製頻度は少ないが、療法士と義肢装具士による検討に義肢装具等の適合判定への寄与・助言など、リハビリテーション医療のリーダーシップの視点からチーム医療により参画することを期待したい。
-------	------------------	---	--

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】 看護基準・手順マニュアルに沿って、看護実践に取り組んでいる。看護助手は看護師と協働し、患者の清潔ケアと間接業務を行っている。看護体制はプライマリナーシングであり、看護師は、基礎情報の収集、転倒・転落、褥瘡、せん妄等のアセスメント情報を収集し、日常生活機能評価を用いて病棟生活の実行状況を評価している。それらの情報を踏まえて看護計画を立案・実践し、月1回の定期的な評価を行い、日々の記録も計画に沿って行っている。口腔環境はOHATでスクリーニングし、必要に応じて歯科受診につないでおり、歯科衛生士と協働して口腔衛生の改善を図っている。病棟で週4回開催している「昼会議」というミーティングでは、療法士ら他職種とリアルタイムな情報を交換し、リハビリテーションの進捗状況や患者コンディション変化を組み込み、日常生活の自立に向けた最適な援助のための調整を行っている。看護助手には介護福祉士の資格保有者も配置されている。 【課題と思われる点】 介護福祉士は、介護専門職として「目標評価基準」が適用されているが、例えば入浴での指導的役割の付与など、より専門性を活かした介護の質向上に取り組むことが期待される。
--------	------------------------	---

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】 薬剤師は入院前に薬歴情報、入院時に持参薬鑑別と服薬状況を把握している。注射薬は1施用毎に払い出され、調製・混合は病棟で看護師がダブルチェックで実施している。注射実施は実施者・患者・注射薬に貼付したラベルのバーコード認証により誤認防止、抗菌薬初回投与のモニタリングはテンプレートを用いて標準化し、観察・記録している。内服薬は、薬剤師が一包化調剤を配薬カートにセットのうえ鑑査している。一包化の薬袋には薬剤名を印字している。看護師の与薬時は、詰所でカートから患者名を貼付した1日単位の小ケースを持ち出し、ベッドサイドで患者を呼称確認し服薬を確認、患者一覧に手書きチェックし、各勤務帯で電子カルテに入力して与薬漏れを確認している。時間配薬や自己管理練習患者にはマーキング等により誤薬リスクを回避している。 【課題と思われる点】 与薬時に電子カルテの処方内容と薬袋内容や用法の照合が行われていない。安全実施の手順向上が望まれる。また、人手不足を理由に薬剤師による患者・家族への服薬指導が困難となっている状況を確認した。そのような状況下においても、アドヒアランスの重要な薬剤の自己管理例などに理解を高めるための資料を渡すなど、工夫して患者・家族と関わることを望まれる。
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】 回復期リハビリテーション病棟では、輸血・血液製剤投与が行われていないためNAとした 【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】 回復期リハビリテーション病棟では、周術期対応を行っていないためNAとした。 【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、全患者に対して厚生労働省の危険因子評価表を用いて褥瘡発生危険因子のリスク評価を行い、褥瘡がすでに発生している場合または評価点数に応じて、褥瘡対策の診療計画を毎月立案してケアを実践している。また、転棟の際は、自立度変化や評価点数に応じて再評価を行っている。全例に高機能体圧分散マットを導入している。褥瘡発生時は DESIGN-R2020 で評価し、医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・療法士からなる褥瘡回診を月 1 回開催しケア指導の下、治癒まで状態に応じて 1～2 週に 1 回再評価を行っている。難治症例は外科医にコンサルテーションを行っている。 【課題と思われる点】 スキンテアと医療関連機器褥瘡（MDRPU）の予防・管理について、マニュアル上で整備することを期待したい。
2.2.15	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】 管理栄養士は入院時からアレルギーの有無、食習慣、喫食量等を確認し、看護師が MNA-SF、管理栄養士が MUST を用いて栄養状態のスクリーニングを実施のうえ、GLIM 基準を用いて低栄養評価を行い、栄養管理計画書を作成・立案している。昼食時にミールラウンドを実施し、患者の喫食状況や嗜好を直接確認している。NST 活動は回復期リハビリテーション病棟患者も対象とし、低栄養改善を目指したチーム活動に取り組んでいる。嚥下機能評価や身体機能評価に基づき、看護師・作業療法士・言語聴覚士・歯科衛生士らで協働し、適切な嚥下調整食や自助食器の提供、口腔環境改善を目指した検討を行っている。管理栄養士は多職種カンファレンスに参加し、必要に応じて患者・家族への栄養指導や療法士と協働して嚥下調整食の調理指導等を実施している。 【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】 症状に沿った対応と看護計画を作成し、症状コントロールを行っている。疼痛スケールにはフェイススケールやNRSを整備し、疼痛緩和のためのポジショニングは生活場面で療法士と看護師が情報交換をしながら試行錯誤している。審査時に麻薬使用例はなかった。 【課題と思われる点】 苦痛や疼痛に対する評価と記録が十分とは言えないものが散見された。肩手症候群や神経障害性疼痛など、回復期リハビリテーション病棟で頻度が多い病態や、リハビリテーションの阻害因子となりうる重要な病態のマニュアルを整備し、客観的スケールを用いた評価と多職種による取り組みの記録、経時的な症状変化の記録が望まれる。
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】 理学療法士は初期評価を行い、多職種カンファレンスで決定したチーム目標に基づき、短期・長期ゴール設定と荷重制限などの患者ごとのリスク指示に従いながら、系統的な理学療法を実施している。リハビリテーションの進捗状況はカンファレンスで他職種と共有し、実施計画は1か月ごとに見直し、リハビリテーション実施計画書を作成して患者に説明している。多様な患者の状態や要望に配慮し、安全に配慮しながら屋外歩行など実践的な歩行練習にも取り組んでいる。また、義肢装具士と協働し義肢装具作製や、装具歩行療法に携わり、退院後生活を想定した移動能力獲得に努めている。病棟での自主練習指導を行い生活時間の活動量増加を促進している。担当は主担当制であり、各患者のリハビリテーション進捗の問題や懸案は療法士間で相談できる体制である。 【課題と思われる点】 疾患別や運動器の部位別など、疾患や病態に応じた定量的評価セットを作成して標準化し、リハビリテーション転帰や身体機能回復の検証に活用することを期待する。

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】 作業療法士は、上肢機能および日常生活動作、高次脳機能障害に関して言語聴覚士と協働して評価している。多職種カンファレンスで決定したチーム目標に基づき、ゴール設定と個別的なリスク管理のもと、系統的な作業療法を提供している。進捗状況はカンファレンスで他職種と共有し、実施計画は1か月ごとに見直し、リハビリテーション実施計画書を作成して患者に説明している。患者の状態に応じて自助具の指導にも対応している。病室・病棟内の治療時間を活用してADL訓練を行い、生活機能を高める介入を行っている。自宅構造を模したリハビリテーション室構造を利用し、退院後生活に近い環境でのADL/IADL練習や介助指導を積極的に行っている。自動車運転再開希望者への対応は、評価項目やフローは定めておらず、事例ごとに医師へ報告・相談する仕組みである。 【課題と思われる点】 主要疾患や自動車運転前評価など、疾患や病態や目的に応じた定量的評価セットを作成して標準化し、リハビリテーション転帰や機能回復の検証に活用することを期待する。
--------	-------------------	---	---

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、病態や認知機能に応じて、測定可能なスケールを選択しながら音声言語機能や摂食嚥下機能を評価している。高次脳機能障害評価は作業療法士と協働している。リハビリテーションの進捗状況はカンファレンスで他職種と共有し、実施計画は1か月ごとに見直し、リハビリテーション実施計画書を作成している。摂食嚥下機能障害に関しては、嚥下内視鏡検査に同席し、一部患者の治療計画に活かしている。医師、看護師、管理栄養士らと協力して摂食機能療法の支援を行い、食事時間帯の直接嚥下訓練も含め、患者の生活機能向上に努めている。 【課題と思われる点】 高次脳機能障害の症候別や、自動車運転前評価としての高次脳機能障害など、症候や目的に応じた定量的評価セットを作成して標準化し、リハビリテーション転帰や機能回復の検証に活用することを期待する。
--------	---------------------	---	---

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】 患者の具体的な移乗・排泄動作や自立・監視介助レベル、摂食嚥下状況などをカードに記入し、ベッドサイド表示だけでなく車椅子・歩行補助具に付け、療法士と看護職とで随時更新して最新情報を共有し、適切な介助方法を統一している。目指す退院後生活を想定して、病棟のユニットバスによる入浴訓練やリハビリテーションゾーンでの調理や屋外歩行など、実践的な訓練や家族介助指導を行っている。病棟内にリハビリテーション室を設け、訓練や生活場面の状況を多職種で観察可能となっており、現場での情報交換は容易である。療法士は訓練時間での個別訓練のほか、「昼当番」として理学・作業療法士計3名が日中のケア集中時間に病棟でのケアに専ら携わる枠を設け、看護職と協働しつつ、患者の生活場面での実行状況を知ることによって治療計画にも活かしている。理学療法士が設定した歩行自主練習に看護師が関わり、病棟内リハビリテーション室での上肢作業課題を生活時間の余暇活動でも継続し、リハビリテーション時間と生活時間とのシームレスな活動量向上が図られている。 【課題と思われる点】 特記なし。
--------	---------------------------	---	---

2.2.21 身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている B	【適切に取り組まれている点】 急性期に身体拘束歴がある患者には医師が身体拘束の検討可と包括的に指示し、やむを得ず身体拘束を開始する際には、看護師が切迫性・非代替性・一時性に基づき必要性の有無を合議のうえ、その具体的な状況と必要な身体拘束を説明と同意文書に入力し、看護師が家族に説明して同意を得ている。身体拘束中は観察項目に基づいた観察と記録を2交代性の各勤務帯に行い、カンファレンスを実施しながら身体拘束の低減と早期解除の取り組みを行っている。 【課題と思われる点】 身体拘束の低減や解除に向け、認知症など病態への介入を含めて病棟カンファレンス等で検討した事実は確認できたが、多職種で協議した記録や医師による開始・解除時の指示記載が確認できなかった。身体拘束に対して医師は包括的指示だけではなく、身体拘束の必要性、方法、開始時期、解除の検討などに積極的に関与することが望まれる。また、記録については、看護師だけでなく多職種で検討した内容の記録を徹底することが望まれる。
----------------------------------	--

2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	【適切に取り組まれている点】 入院時、初期評価と患者・家族の意向を確認したうえで退院支援計画書を作成し、同意を得ている。入院中は多職種によるカンファレンスを軸にリハビリテーション実施計画書を作成し、患者・家族には療法士が説明して同意と署名を得ている。入院時訪問指導では、家族やケアマネジャーから得た家屋環境や介護情報だけでなく、直接聴取した家族の希望や退院後生活の具体的な意向も含めてテンプレートにまとめ、多職種で情報共有している。入院期間中に各職種がやることを列挙したクリニカルパスがあり、進捗状況の確認ツールとして使用している。必要に応じて退院前自宅訪問指導を実施している。入院経過は「回復期リハビリテーション病棟要約」として多職種で作成し、かかりつけ医やケアマネジャーに提供している。患者・家族や生活期スタッフを交えた退院前カンファレンスを行い、退院後の継続可能な生活支援・介護方法、病態や重症度に応じたりハビリテーション資源の選定などについて意見交換している。復学や復職希望者に対して、学校・職場側との情報共有や退院後の障害福祉サービス等への引き継ぎを行っている。 【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】 退院後に医療保険で外来リハビリテーションを提供する場合、外来担当療法士は、リハビリテーション実施計画書や「回復期リハビリテーション病棟要約」を参照し、退院前から入院担当者と情報共有してシームレスなリハビリテーションの提供が可能となるよう努力している。退院前訪問指導や退院前カンファレンスでは、患者・家族やケアマネジャー、生活期スタッフを交えて課題の共有や支援方法などを具体的に検討している。社会福祉士はケアマネジャーや地域の事業所と退院後の情報共有に取り組んでいる。 【課題と思われる点】 自宅退院患者を対象に、例えば患者・家族への電話調査等を行い、退院後の身体・生活機能や介護者の状況を積極的に把握し、予後予測とのギャップや入院中の介入や指導が適切であったかを振り返る場を設けることを期待したい。
--	--

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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2024 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人社団更生会 村上記念病院
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： 愛媛県西条市大町739

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	99	86	+0	64.4	14
療養病床	100	100	+0	76.8	151.9
医療保険適用	100	100	+0	76.8	151.9
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	199	186	+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	39	+0
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	50	+4
地域包括ケア病床	38	+0
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

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
オーダーリングシステム ☒ 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

① 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
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	219.10	211.45	206.84	103.62	102.23
1日あたり外来初診患者数	26.16	18.74	16.33	139.59	114.76
新患率	11.94	8.86	7.90		
1日あたり入院患者数	132.56	125.40	131.42	105.71	95.42
1日あたり新入院患者数	4.71	4.20	4.53	112.14	92.72

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ため、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	16	11	5	8.6	7.27
うち研修医	0	0	0	0	0
歯科医師	1	1	0	0.54	0.45
うち研修医	0	0	0	0	0
看護要員 合計	130.6	103	27.6	70.22	59.31
保健師	1	1	0	0.54	0.45
助産師	0	0	0	0	0
看護師	90.8	75	15.8	48.82	41.24
准看護師	17.6	11	6.6	9.46	7.99
看護補助者	21.2	16	5.2	11.4	9.63
薬剤部門 合計*2	6.1	5	1.1	3.28	2.77
薬剤師	4.1	3	1.1	2.2	1.86
臨床検査部門 合計*2	6.6	6	0.6	3.55	3
臨床検査技師	6.6	6	0.6	3.55	3
画像診断部門 合計*2	9.1	9	0.1	4.89	4.13
診療放射線技師(X線技師)	5	5	0	2.69	2.27
栄養部門 合計	5	5	0	2.69	2.27
管理栄養士	5	5	0	2.69	2.27
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	35	35	0	18.82	15.89
理学療法士	18	18	0	9.68	8.17
作業療法士	11	11	0	5.91	5
言語聴覚士	4	4	0	2.15	1.82
診療情報管理士	1	1	0	0.54	0.45
臨床工学技士	11.8	11	0.8	6.34	5.36
社会福祉士	5	5	0	2.69	2.27
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	12	10	2	6.45	5.45
臨床心理士	0	0	0	0	0
事務部門	31.1	29	2.1	16.72	14.12
職員総数*1	287.7	244	43.7	154.68	130.65
医師配置標準数 (人)	10.2				
薬剤師配置標準数 (人)	1.6				

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	2250	31.73 %	1	1	9.09 %
看護師	1805	49.65 %	2	3	4.00 %
准看護師	1718	55.06 %	0	0	0.00 %
看護補助者	1733	58.01 %	2	3	18.75 %
薬剤師	1896	57.01 %	0	0	0.00 %
臨床検査技師	1947	74.91 %	0	0	0.00 %
診療放射線技師	2104	60.44 %	0	0	0.00 %
管理栄養士・栄養士	1783	41.48 %	0	0	0.00 %
理学療法士	1762	56.93 %	0	1	5.56 %
作業療法士	1753	42.16 %	0	0	0.00 %
言語聴覚士	1765	59.21 %	0	0	0.00 %
診療情報管理士（診療録管理士）	1796	38.75 %	0	0	0.00 %
臨床工学技士	1785	63.13 %	1	2	18.18 %
ソーシャルワーカー*	1757	55.73 %	1	0	0.00 %
事務職員	1777	53.13 %	5	4	13.79 %

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	10
薬剤師	0	1
その他のコ・メディカル	0	7
事務職員	0	2
全体	0	21

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	6	873
医師	1	0
看護師	3	423
薬剤師	0	31
その他のコ・メディカル	2	335
事務職員	0	52
その他	0	32

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 %	156	17.87 %
輸血に関するもの	0	0.00 %	3	0.34 %
治療・処置に関するもの	2	33.33 %	40	4.58 %
医療機器等に関するもの	0	0.00 %	15	1.72 %
ドレーンチューブに関するもの	0	0.00 %	27	3.09 %
検査に関するもの	2	33.33 %	71	8.13 %
療養上の世話に関するもの	2	33.33 %	486	55.67 %
その他	0	0.00 %	75	8.59 %

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	2
うちICD	0	1
看護師	0	7
うちICN	0	0
薬剤師	0	1
その他コ・メディカル	0	6
事務職員	0	2
全体	0	18

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）	36
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）	48
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	
人工呼吸器関連による肺炎	
尿路カテーテル関連感染	
手術部位感染	

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	1
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	1
病床100対 担当者数	0.54

I-7-3 紹介状持参患者数

紹介状持参患者数（人/年）	1213
紹介率	15.83 %
1日あたり紹介患者数（外来）	4.14
紹介状持参患者のうち入院患者数（人/年）	300
紹介入院患者割合	17.45 %
入院に繋がった紹介患者の比率	24.73 %

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	1
うち社会福祉士	1
常勤専任・兼任（実人数）	5
常勤専任・兼任（常勤換算）	5
非常勤（常勤換算）	
常勤換算 合計	6
病床100対 担当者数	3.23

職種・資格：

職種・資格：社会福祉士、看護師

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）	216	18.0	3.00
社会福祉相談（福祉制度に関する内容）	798	66.5	11.08
退院相談（退院先の調整）	1179	98.3	16.38
苦情相談（医療事故 クレーム）	98	8.2	1.36
看護相談（退院後のケア等）	0	0.0	0.00
がん相談			
その他の医療相談	2712	226.0	37.67
その他	2460	205.0	34.17
総数	7463	621.9	103.65

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	0.03 %
分子：Ⅱ度以上の褥瘡の発生件数	16 件
分母：延入院患者数	48386 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	2 件
分母：延入院患者数	48386 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	2.97 %
分子：計画的再入院件数	40 件
分母：全入院件数	1346 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	2.67 %
分子：計画外の再入院件数	36 件
分母：全入院件数	1346 件

● 把握している ○ 把握していない

24時間以内の再手術率	0 %
分子：予定外の再手術件数	0 件
分母：総手術件数	689 件

● 把握している ○ 把握していない

入院患者のパス適用率	6.54 %
分子：パス適用入院患者数	111 人
分母：全退院患者数	1696 人

● 把握している ○ 把握していない

術後の肺塞栓発生率	0 %
分子： 術後肺塞栓発生件数	0 件
分母： 全手術件数	0 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	42.86 %
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	18 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	42 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	0 %
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	0 人
分母： 人工膝関節全置換術が施行された退院患者数	5 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	100 %
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	202 人
分母： 手術を受けた退院患者数	202 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	38.8	58.3	19.5
廃用症候群に関するもの	31.4	44.3	12.9
運動器疾患に関するもの	38.8	66	27.2
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	24.2	28.2	4
廃用症候群に関するもの	28.4	30	1.6
運動器疾患に関するもの	27.8	28.9	1.1
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）	66.83 %
分子：退院先が「居宅」の患者数	133 人
分母：退院患者数	199 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	0	0
精神看護	0	0
地域看護	0	0
老人看護	0	0
小児看護	0	0
母性看護	0	0
慢性疾患看護	0	0
急性・重症患者看護	0	0
感染症看護	0	0
家族支援看護	0	0

II-2 認定看護師

	常勤	非常勤
救急看護	0	0
皮膚・排泄ケア	0	0
集中ケア	0	0
緩和ケア	0	0
がん化学療法看護	0	0
がん性疼痛看護	0	0
感染管理	0	0
訪問看護	0	0
糖尿病看護	0	0
不妊症看護	0	0
新生児集中ケア	0	0
透析看護	0	0
手術看護	0	0
乳がん看護	0	0
摂食・嚥下障害看護	0	0
小児救急看護	0	0
認知症看護	0	0
脳卒中リハビリテーション看護	0	0
がん放射線療法看護	0	0

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	5	0	0	1.1	6.1
薬剤師	3			1.1	4.1
その他(助手)	2				2
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	7126	24.32	5.93	11.10
外来 院外処方箋枚数	34037	116.17	28.33	53.02
入院処方箋枚数	15189	41.61	10.15	8,166.13
注射処方箋枚数	12976	35.55	8.67	6,976.34
薬剤管理指導	15	0.04	0.01	8.06

院外処方率	82.69 %
-------	---------

医薬品 品目数	1400
---------	------

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	2)一部
一包化の実施：入院	2)一部
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	1)実施
レジメン登録・管理件数	25
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*	1
抗がん剤対象患者数 入院*	1
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：
● 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(%)	90 %
☒ 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	6	0	0	0.6	6.6
うち医師					0
うち臨床検査技師	5			0.6	5.6
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	45
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: 日本医師会・日臨技・愛媛県サーベイ

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	1065	1065
うち組織診	0	596	596
うち細胞診	0	452	452
うち免疫組織化学	0	17	17

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)

14

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	5.66 %
死亡数 (再掲)	96
退院患者数 (再掲)	1696

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	9	0	0	0.1	9.1
うち医師	1	0	0	0.1	1.1
うち診療放射線技師	5	0	0	0	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	4073	2,189.78	4073	0	100.00 %
うち頭部CT	452	243.01	452	0	100.00 %
MRI撮影	1293	695.16	1293	0	100.00 %
うち頭部MRI	93	50.00	93	0	100.00 %
核医学	0	0.00	0	0	0.00 %

II-6-3 保有機器（台）

一般撮影装置	2
X線テレビ装置	1
血管撮影装置	1
乳房軟線撮影装置	1
パノラマ撮影装置	1
CT	1
MRI	1
ポータブル撮影装置	1
外科用イメージ	2
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	0	0	0	0
うち看護師	0	0	0	0	0
うち診療放射線技師	0	0	0	0	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)	0
ガンマナイフ(台)	0
IMRT 強度変調放射線治療(台)	0

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	410	220.43	6	1.46 %
赤血球製剤	358	192.47	6	1.68 %
血小板	10	5.38	0	0.00 %
凍結血漿	42	22.58	0	0.00 %
その他		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)	
☐ 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	7	2.2	0	2.2
うち看護師		5	1.8		1.8

II-9-4 手術室数・手術件数

		病床100対
手術室数 (室)	2	1.08
手術総件数 (件/年)	202	108.60
うち全身麻酔件数	147	79.03
うち緊急手術件数	0	0.00
うち短期滞在手術件数	65	34.95
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	循環器系領域	件/年
麻酔科標榜医 麻酔管理	202	心カテ	
硬膜外麻酔	53	冠動脈バイパス術	
脊椎麻酔		弁膜症手術	
		開心術	
		大動脈瘤切除術	
神経・脳血管領域	件/年	救急領域	件/年
頭蓋内血腫除去術		緊急開頭術	
脳動脈瘤根治術		緊急開胸術	
脳動静脈奇形摘出術		緊急心大血管手術	
脳血管内手術		緊急帝王切開術	
脳腫瘍摘出術			

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	3
Washer Sterilizer	0
オートクレーブ	2
EOG滅菌器	1
プラズマ滅菌装置	1

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

・ 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				1		
その他						

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				1		
うち研修医						
看護要員				2		
うち看護補助者						
薬剤師				1		
臨床検査技師				1		
診療放射線技師				1		
事務職員				1		
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	2287	6.27
救急車搬入患者数	687	1.88
救急入院患者数	246	0.67

	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)	1070	3.65
救急車搬入患者数	443	1.51
救急入院患者数	127	0.43

	年間総数	1日あたり患者数
休日の救急患者数(再掲)	1217	10.23
救急車搬入患者数	244	2.05
救急入院患者数	119	1.00

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 95 %) ○ 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	5	0	5
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)	33	11
集団実施回数(回/月)	0	0
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)	6.6	2.2
栄養士1人当たり栄養指導件数(集団実施)	0	0

II-13-5 選択メニュー ○ 1) あり 実施回数(回/月)
● 2) なしII-13-6 栄養サポートチーム ● 1) あり 実施回数(7 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	1
□ 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	35	0	0	0	35
うち理学療法士	18				18
うち作業療法士	11				11
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)	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)	2.45	4.66
■ I □ II □ III	療法士1人1日あたり (人)	2.18	1.79
運動器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	2.08	3.83
■ I □ II □ III	療法士1人1日あたり (人)	2.97	1.76
呼吸器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	0	2.43
■ I □ II	療法士1人1日あたり (人)	0	1.6

	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	584	1277
摂食機能療法	0	634
集団コミュニケーション療法	0	0

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	27	1	8	6	10	2
脊髄損傷、その他の脊髄疾患 (二分脊椎など)	0	0	0	0	0	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)	6	0	0	0	0	6
骨関節疾患など(リウマチ、外傷、軟部組織 の外傷を含む)	1	0	0	0	0	1
切断・四肢欠損	0	0	0	0	0	0
呼吸器疾患	1	0	0	0	0	1
心筋梗塞、狭心症、大動脈瘤、心不全な ど	2	1	1	0	0	0
外科手術、肺炎等の治療時安静による 廃用症候群	10	5	3	1	1	0
脳性麻痺を含む小児疾患	0	0	0	0	0	0
その他()	0	0	0	0	0	0
合計(人)	47	7	12	7	11	10

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
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	75.12 %
分子：退院後2週間以内にサマリーを作成した患者数	1274 件
分母：昨年度の年間退院患者数	1696 件

II-15-7 診療情報の開示件数 (件/年)

件数	病床100対
14	7.53

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：診療情報管理室
 3) コンピュータシステムの管理：総務課

II-16-3 システム担当者の配置状況

	人数
☒ 常勤専従	1
☐ 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	17
☐ 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	

II-17-2 訪問看護 担当者の配置状況等

看護職員数 (人)	8
患者1人あたり月平均訪問回数	3
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	21	0	0	5.6	26.6
うち看護師	10			5.2	15.2

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 2024 年 9 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	0
抗がん剤の対象患者数 (人/週)	1 (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)	10
☒ 非常勤 (常勤換算)	0.8
☐ 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	68	☒ 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	11	☒ 1) 中央管理	☐ 2) 使用場所での管理	☐ 3) その他
除細動器	2	☐ 1) 中央管理	☒ 2) 使用場所での管理	☐ 3) その他
モニター	26	☒ 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	
	2023	2022	2021	2023	2022
医業収益（繰入金を除く）	2,863,466	2,906,405	2,732,921	98.52 %	106.35 %
医業費用	3,040,531	2,979,461	2,945,535	102.05 %	101.15 %
医業損益（繰入金を除く）	-177,065	-73,056	-212,614	242.37 %	34.36 %
医業収支率	94.18 %	97.55 %	92.78 %		

Ⅲ-1-2 患者1人1日あたりの収益 (単位：円)

年度(西暦)	2023
外来収益	14,405
入院収益	36,376

Ⅲ-1-3 100床あたりの入院収益 (単位：千円)

2023 年度(西暦)	940,691
-------------	---------

Ⅲ-2 繰入金の状況 (推移) (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対 前年比	
	2023	2022	2021	2023	2022
総収益（繰入金を除く）	2,872,855	2,918,608	2,748,081	98.43 %	106.21 %
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		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021
入院診療収益	1,749,685	1,681,823	1,684,715	61.10 %	57.87 %	61.65 %
室料差額	72,117	68,634	72,113	2.52 %	2.36 %	2.64 %
外来診療収益	924,748	922,237	870,835	32.29 %	31.73 %	31.86 %
保健予防活動	55,028	58,139	58,281	1.92 %	2.00 %	2.13 %
受託検査・施設利用収益				%	%	%
その他の医業収益	112,002	247,734	94,555	3.91 %	8.52 %	3.46 %
保険等査定減	-50,114	-72,163	-47,578	-1.75 %	-2.48 %	-1.74 %
医業収益 合計	2,863,466	2,906,405	2,732,921	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		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021
給与費	1,703,119	1,676,308	1,735,821	59.48 %	57.68 %	63.52 %
常勤（再掲）	1,458,433	1,442,862	1,499,077	50.93 %	49.64 %	54.85 %
非常勤（再掲）	244,686	233,446	236,744	8.55 %	8.03 %	8.66 %
材料費	483,367	463,577	444,101	16.88 %	15.95 %	16.25 %
医薬品費（再掲）	334,848	306,426	280,627	11.69 %	10.54 %	10.27 %
診療材料費（再掲）	140,804	150,768	153,835	4.92 %	5.19 %	5.63 %
給食用材料費（再掲）	7,274	6,191	5,642	0.25 %	0.21 %	0.21 %
医療消耗器具備品費（再掲）	442	191	3,996	0.02 %	0.01 %	0.15 %
委託費	176,515	151,186	149,983	6.16 %	5.20 %	5.49 %
設備関係費	314,654	313,389	287,412	10.99 %	10.78 %	10.52 %
減価償却費（再掲）	283,758	284,336	255,769	9.91 %	9.78 %	9.36 %
器機賃借料（再掲）	30,897	29,053	31,643	1.08 %	1.00 %	1.16 %
研究研修費	10,597	9,170	5,167	0.37 %	0.32 %	0.19 %
経費	352,277	365,832	323,052	12.30 %	12.59 %	11.82 %
その他の医業費用	0	0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %
医業費用 合計	3,040,531	2,979,461	2,945,535	106.18 %	102.51 %	107.78 %

II-21療養病棟部門
II-21-1療養病棟の状況

病棟番号*			03														
病棟名称			4病棟														
医療保険適用病床数			50														
介護保険適用病床数																	
医療区分2,3の割合			80%以上														
入院期間			人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
		3ヶ月未満	2	4.44	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		3～6ヶ月	9	20.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		6ヶ月～1年	8	17.78	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		1～2年	10	22.22	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		2～5年	10	22.22	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		5年以上	6	13.33	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
特殊治療・処置			人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
		気管切開	11	15.71	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		呼吸器装着	1	1.43	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		酸素吸入	4	5.71	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		持続点滴	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		経管栄養	27	38.57	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		IVH	1	1.43	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		人工肛門	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		尿道カテーテル挿入	18	25.71	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		透析	8	11.43	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
医療区分とADL区分			人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
	医療区分1	ADL区分1	5	11.11	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分2	21	46.67	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分3	9	20.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	医療区分2	ADL区分1	7	15.56	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分2	3	6.67	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分3	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	医療区分3	ADL区分1	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分2	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
ADL区分3		0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%	
要介護度			人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
		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(Ⅰ)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*	03											
病棟名称	4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	
他病棟から	50	98.04	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
急性期病院から		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
その他の病院診や療所から	1	1.96	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
介護保険医療施設から		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
老健施設から		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
福祉施設から		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
居宅（自宅以外）から		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
居宅（自宅）から		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
その他		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
入院 全体	51	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	
他病棟へ	8	17.02	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
他急性期病院へ		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
他慢性期病院へ		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
介護医療施設へ		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
老健施設へ	2	4.26	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
福祉施設へ	3	6.38	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
居宅（自宅以外）へ		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
居宅（自宅）へ	2	4.26	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
死亡退院	32	68.09	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
その他		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
退院 全体	47	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

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

病棟番号	04											
病棟名称	5病棟											
一般病床数	50											
療養病床数												
回復期リハビリテーション病棟入院料	■	1 □ 2 □ 他	□ 1 □ 2 □ 他	□ 1 □ 2 □ 他	□ 1 □ 2 □ 他	□ 1 □ 2 □ 他	□ 1 □ 2 □ 他	□ 1 □ 2 □ 他	□ 1 □ 2 □ 他	□ 1 □ 2 □ 他	□ 1 □ 2 □ 他	□ 1 □ 2 □ 他
平均患者年齢	76.14											
病棟配置人数												
医師												
看護師・准看護師	19											
介護職（含：看護助手）	10											
理学療法士	10											
作業療法士	7											
言語聴覚士	2											
社会福祉士・MSW												
管理栄養士												
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	人数	割合	人数	割合
他病棟から	97	48.50 %		%		%		%		%		%
急性期病院から	103	51.50 %		%		%		%		%		%
他の回復期リハ病院から		%		%		%		%		%		%
介護老健施設から		%		%		%		%		%		%
その他		%		%		%		%		%		%
入院 全体	200	100%	0	100%	0	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	人数	割合
居宅（自宅）へ	133	66.83 %		%		%		%		%		%
居宅（自宅以外）へ		%		%		%		%		%		%
介護老健施設へ	16	8.04 %		%		%		%		%		%
福祉施設（特養など）へ	19	9.55 %		%		%		%		%		%
他院の回りハ病棟へ		%		%		%		%		%		%
院内の急性期病棟へ	21	10.55 %		%		%		%		%		%
他の急性期医療機関へ	9	4.52 %		%		%		%		%		%
院内の慢性期病棟へ	1	0.50 %		%		%		%		%		%
他の慢性期医療機関へ		%		%		%		%		%		%
その他		%		%		%		%		%		%
退院 全体	199	100%	0	100%	0	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
$$\{(\text{常勤職員数} + \text{非常勤職員数}) \div \text{稼働病床数}\} \times 100$$
 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日あたり入院患者数 + (1日あたり外来患者数 ÷ 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