病院機能評価　審査結果報告書

２０１７年度実施

一般財団法人三宅医学研究所
附属三宅リハビリテーション病院

訪問審査実施日 2017 年 12 月 12 日～12 月 13 日

公益財団法人
日本医療機能評価機構

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。

当機構の医療機能評価事業は、評価によって明らかになった問題を改善することによって、病院サービスの質の向上を図ることを第一の目的としております。本報告書が貴院の業務の改善と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、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。

中項目の評価は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

※　評価結果の NA は、対象となった病院の機能に照らして当該評価項目で求めている機能を有さないことが妥当と判断される場合に付されるものです。Not Applicable（非該当）の略です。

総括

■　機能種別

主たる機能種別「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 12 月 12 日～12 月 13 日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別　　リハビリテーション病院　　認定

■　改善要望事項

・機能種別　リハビリテーション病院
　該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は、高松市の中心街に設立されて以来、同地において 80 有余年の歴史を刻まれ、戦禍をはじめ幾多の困難を乗り越え、病院建物の全面改築などを経て、現在はリハビリテーション医療と介護諸サービス、予防医学の提供を軸に地域貢献をされている。病院機能評価の受審を継続しており、今回の審査においても、多職種スタッフが病院長を中心に良く纏まり、病院運営に取り組まれている印象を受けた。将来に向けた病床機能の活用のあり方の検討、より重症度の高いリハビリテーションへの対応、リハビリテーションスタッフ等の医療人材育成に継続的に取り組むことなどが、今後取り組みが望ましい課題として挙げられる。

これからも、貴院が長年にわたって培ってきた地域社会との関係や、地域の医療機関・介護施設等との連携にさらに努め、地域の病院として一層愛され、発展されることを祈念したい。

２．理念達成に向けた組織運営

貴院は、地域社会に良質な医療を提供することを目的とした理念を掲げ、会議体で基本方針を含めた見直しを行い、周知に努めている。病院長は職員に、病院の進むべき方向性と将来構想を明確に説明し、そのための医療人材の安定的な確保と育成を課題に挙げ、病院運営全般にわたり積極的なリーダーシップを発揮している。各種の会議と委員会活動が定期に実施され、組織図は指揮命令系統が明確であり、職務分掌は職位規定が設けられて権限と責任、役割が明らかにされている。情報管理の方針は、情報システム管理規程に明示され、電子カルテシステムが運用されている。文書の一元的管理は、全ての文書がデータベース化され、適切な対応が図られている。

病院運営に必要な人材は確保され、採用計画に基づいた求人活動が行われている。人事・労務管理は、就業規則が説明・配布され、給与規程も整備されており、有給休暇の取得や時間外労働の状況把握と対策も適切である。職員の労働安全衛生は、安全衛生委員会が開催されており、おおむね適切な取り組みがみられる。職員の意見や要望は、所属長面談で把握され、労働環境への配慮として院内保育所、職員寮が設けられており、低負担での職員食が提供されている。また、職員互助会による各種福利厚生活動も充実している。職員の教育・研修は、委員会が担当し、医療安全管理、医療関連感染制御、医療倫理、個人情報保護等の必要性の高い研修が計画的に実施されている。職員の能力開発は、人事考課制度を継続的に実施され、考課結果は昇給・賞与、昇進に反映されており、看護部では業務実践能力の向上を目的にクリニカルラダーが導入されている。

３．患者中心の医療

患者の権利は明確にされ、患者・家族への周知に努められており、職員研修も実施され、診療記録の開示にも対応されている。説明と同意の基本方針が明文化され、同席者のルールや署名もあり、セカンドオピニオンも患者の権利として説明されている。入退院相談、介護相談、医療費などの経済的相談や社会資本の活用等、幅広い患者支援活動が行われており、また、患者の個人情報やプライバシーは、個人情報保護方針が定められ、周知にも努め、パスワードやアクセス権限の設定・管理も適切である。臨床における倫理的課題に関する病院方針は、倫理委員会が開催され、退院拒否や院内暴力についての検討事例がある。今後はさらに、日常業務の中で職員が抱いた疑問や迷いを倫理的な課題として取り上げ、多職種で検討し病院全体へ周知されることを期待したい。

病院内の待合室は、患者が寛げるよう十分な空間が提供され、患者のいやしに配慮した環境である。また、病室のテレビ端末からコンビニエンスストアに商品発注が可能であり、病院職員がベッドサイドまで届ける仕組みで、携帯電話も使用でき、インターネット環境も整備されている。院内のスペースやバリアフリーは十分に確保されている。病院では、患者の療養環境に配慮した院内清掃管理と美化活動に注力しており、院内随所に活け花が飾られ、中庭の植栽や屋上庭園は患者のいやしとなっている。

４．医療の質

患者・家族の意見や要望を収集し、診療の質改善に活かすことを目的に、院内に意見箱を設けフィードバックが行われており、患者のクレームへの対応は、当該所属長と事務長が連携し迅速に対応する仕組みである。また地域連携パスが活用され、院内のパスも作成・活用されており、治療成績モニター委員会が設けられているが、病院特有な臨床指標や全国的な臨床指標をベンチマークにすることなど、充実を期待したい。業務改善については運営会議で改善に向けた提案や解決すべき課題が持ち寄られ、各所属長による意見交換が行われて、方針が決められている。

病棟の管理・責任体制が表示され、ベッドネームには医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、管理栄養士等の名前が明示されている。各職種の責任者は調整会議を開き情報共有に努めている。診療記録は電子カルテが導入され、診療、看護、リハビリテーション、介護、相談員等の記録は、一元的に管理されているが、カンファレンス内容の記載の充実や退院時サマリーの作成率向上が望まれる。多職種参加のミーティングが行われて診療やケア計画の方向性が検討され、院内では NST や褥瘡チームが活動し、歯科衛生士の介入による患者の口腔ケアにも取り組まれている。

５．医療安全

医療安全管理体制の総括責任者は院長が務め、直轄の医療安全対策室に、権限委譲された医療安全管理者が配置されている。医療安全マニュアルの定期的な見直しが行われ、会議で医療安全に関する状況把握と対策検討に取り組まれている。医療安全情報はインシデント、アクシデント、クレーム、Good Job 事例等に分析され、PC への入力・保存後、全職員が閲覧可能な仕組みである。医療安全情報の報告件数は増加傾向にあり、医療安全については組織風土として定着している。

医師の指示出し・指示受けは手順に従い対応されている。多職種チームの一員として病棟薬剤師が配置されており、積極的な提案活動が行われ、特に医師の処方時におけるアドバイスは、診療の効率化と正確さに果たす役割が大きい。転倒・転落防止マニュアルに沿った、全入院患者に対するアセスメントシートを用いての、入院時点と 2 週間ごとの評価が行われ、評価結果は、多職種で協議を行い、危険度に応じたラベルが移動具の所定の場所に表示されている。医療機器は、医療機器安全管理者が選任され、機器は一般病棟で管理されて、点検・整備が行われている。患者等の急変時の対応はおおむね適切である。

６．医療関連感染制御

感染管理委員会が開催されており、院内感染責任者が配置され、委員会委員による感染ラウンドが行われている。感染マニュアルは、疾病ごとに作成されているが、より簡素で実用的なものに改訂されることを期待したい。院内でのカテーテル感染や尿路感染、インフルエンザ感染などの発生数が把握され、月次の感染管理委員会で検出菌のデータ管理も実施されており、今後の取り組みに期待したい。アウトブレイクは、過去にインフルエンザの事例があるが、発熱チェックやマスク着用の励行、無料のワクチン接種など十分な予防策が講じられている。

医療関連感染を制御するための活動については、手指衛生や個人防護用具の整備、汚染したリネン類の取り扱い等は、マニュアルに沿った対応がされている。なお、感染防止対策備品の配置について再検討が望まれる。抗菌薬は、院内の適正使用ガイドラインに準拠した使用に努めており、周術期の抗菌薬の種類や投与のタイミングは院内クリニカル・パスに規定されている。病院では抗菌薬の採用は最低限とされ、同定された菌の感受性により、必要に応じて臨時購入する仕組みである。

７．地域への情報発信と連携

広報委員会が設けられ、広報全般に関する情報の一元管理に努められており、フェイスブックを活用した病院情報の発信や、広報誌の発行・配布がなされている。診療実績はホームページで公表されている。地域連携室が設けられ、患者の入院に際しては、スタッフが紹介元医療機関を事前訪問し、患者情報の収集を行うなど、患者の円滑な入院と、診療計画への反映を目的とした地域の医療機関や介護・福祉施設との連携に努めている。病院の基本方針は、行政による地域医療構想や高齢者保健福祉計画を参考に策定され、地域医療連携における病院の課題は、院内の地域連携協議会で検討されている。病院は医療提供を通じて、地域住民が健康で安心して暮らせるよう地域創りを支援することを理念に掲げており、その具体例として、地域の介護予防教室や講演会に医師や看護師、管理栄養士、療法士等の専門職が、講師として派遣されている。地域活動の窓口は地域連携協議会が担当され、受け入れ手順も整備されている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は病院案内、入院案内、ホームページなどで周知されており、受付から診察、会計まで来院した患者には円滑な応対がなされている。外来診療は診察室も整理され、車椅子の患者や家族との同席にも配慮した空間設定がされており、外来リハビリテーション患者の訓練前の診察も確実に行われている。侵襲を伴う検査は、手順が整備され、実施時の医師や看護師による観察、対応も適切である。回復期リハビリテーション病棟の入院基準も明確にされ、紹介元への事前訪問による患者情報や診療情報提供書に基づく多職種による入院判定会議で決定される仕組みである。入院診療計画書には、主治医と多職種チームの構成員の氏名が記載され、責任は明確である。

リハビリテーションプログラムは、多職種が関与して作成され、充実した定期・臨時カンファレンスが行われており、患者個々の訓練内容やADL改善などの検討が行われている。患者・家族からの医療相談には、社会福祉士が対応し、相談内容は電子カルテ上で共有できる仕組みで、相談内容は入退院相談を中心に入院生活や入院費等の経済問題、行政対応による社会資本の活用など、多岐にわたっている。患者の入院に際しては、急性期病院に入院中の患者・家族からの転院に関する相談の時点で、看護師と医療ソーシャルワーカーが紹介元病院を訪問して、必要な患者情報を事前に収集している。

医師は、原疾患や併存症、合併症に関して専門医へのコンサルテーションを含め適切に対応しており、常勤医、非常勤医、当直医の役割も明確であり、良好な関係で診療活動が行われている。看護・介護職は、業務マニュアルが設けられ、業務分担に基づき協働している。看護師、介護福祉士はプライマリーの受け持ち患者があり、日々の業務は、チームナーシングと一部機能別看護方式が併用されている。投薬・注射の手順は周知され、薬剤師による服薬指導も充実しており、輸血・血液製剤投与は、適応決定、輸血時の説明、予測される合併症などの説明も十分であり、患者・家族からの承諾も得ている。周術期対応は、手術室担当看護師による術前訪

問が行われ、術後の疼痛管理や褥瘡、DVT 予防への対応も適切である。褥瘡の予防・治療は、入院時、全患者を対象とした OH スケールを使用した褥瘡リスク評価とカンファレンス開催がなされている。栄養管理と食事指導は、入院時のスクリーニングを行い、リハビリテーションの活動係数に応じた食事提供が行われ、それぞれの疾患に対応した治療食や VF（嚥下造影検査）による評価が行われている。症状緩和は、手術創痛、リハビリテーション訓練などによる疼痛、苦痛に関して、医師を中心に多職種での評価を行い対処している。理学療法・作業療法・言語聴覚療法は、365 日の訓練も行われており、各療法士間の情報共有にも努めている。患者の生活機能を目指した食事や入浴、更衣、排泄などの日常生活動作が多職種チームで実践されている。身体抑制は必要性の有無が多職種で検討されており、必要時には医師の指示のもとで実施され、観察も適切である。

患者・家族への退院支援では、患者の自宅訪問や、退院前の家族に対する訓練が実施され、退院後のサービス提供者を交えたカンファレンスも行われている。必要な患者には外来でのリハビリテーション訓練が実施されており、法人内または法人外の介護保険事業所に対し診療情報提供書や看護・リハビリテーションサマリーなどが提供されている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査や調剤鑑査、薬剤師の病棟業務も適切であり、電子カルテ機能を活用した患者個々の禁忌薬、重複・過量投与等のチェックが行われ、注射薬は 1 施用ごとの取り揃えである。臨床検査機能は、ブランチラボで運用されている。画像診断機能は CT、一般撮影、X 線テレビ、手術室用撮影機器等の画像診断機器が設けられており、読影は依頼医師により行われ、夜間対応はオンコールである。撮影部位の確認や方法は指示医と技師間で密接な連携が図られている。

栄養管理機能は直営方式であり、調理室の衛生環境にも配慮され、食材の納入時確認と調理済み食品の保管も適切である。また、選択食が実施され、朝食では患者に焼きたてのパンも提供されるなど、季節の素材や行事食が提供されている。リハビリテーション機能は、訓練に必要な療法士が十分に確保され、患者情報や療法士による訓練内容と評価は多職種で共有されている。

診療情報管理機能は、診療情報管理士が配置され、電子カルテ運用による診療情報の一元化に努めており、診療情報管理士による診療記録の量的監査が行われている。医療機器管理機能については、おおむね適切な対応がみられる。洗浄・滅菌機能は、オートクレーブのボウィー・ディックテストや各種のインディケーターを使用した滅菌精度の確認も行われ適切である。

輸血・血液管理機能は、輸血療法の適応・手順が規定され、実施も適切である。手術・麻酔機能は、外来・手術室担当の看護責任者により手術スケジュール管理が行われ、手術室看護師による術前訪問が実施されている。麻酔業務も適切に対応されている。救急医療機能は、受け入れ方針や時間帯別の救急患者対応がマニュアルとして明確にされ、これに基づいた救急患者対応が行われている。

１０．組織・施設の管理

財務・経営管理は、毎年度末までに前年度実績や経営環境を配慮して作成され、設備投資計画と併せて理事会承認を経る仕組みであり、予算の執行状況は管理会議で月次報告されている。医事業務は業務マニュアルに基づき受付から会計まで円滑に対応され、未収金対策やレセプト作成・点検への医師の関与、施設・人員基準の遵守も適切である。業務委託の業者選定は、マニュアルがあり、医療機器の保守やリース契約などの必要性の有無は会議で検討する仕組みである。また委託業務における課題は、各部門責任者から事務長を経て院長に報告される流れである。施設・設備の管理は、日常点検の他、定期的なラウンドが実施され夜間・休日時の緊急対応手順も周知されており、物品管理は、SPD によるシステムで対応され、院内で使用する物品はシステム内で統一している。

病院は耐震構造であり、災害対応マニュアルが整備され、防災訓練が行われており、医薬品や水、食糧の備蓄も適切である。保安業務についてはおおむね適切である。医療事故発生時の対応は、医療安全管理マニュアルに明記され周知されている。また医療事故調査委員会の設置も規定され、病院全体で組織的に対応する体制が整備されている。

１１．臨床研修、学生実習

病院では、セラピストや医療事務、調理師などの学生実習を受け入れている。学生実習は、受け入れ初日にオリエンテーションを行い、病院の運営方針や個人情報の取り扱い、病院諸規則、臨床実習の進め方・学習方法等が担当者から説明されている。

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	A	患者の権利は明確に規定され、ホームページ、入院のしおりや病院パンフレット等に記載されているほか、院内の各所に掲示され、患者・家族への周知が図られている。職員が携帯するネームホルダーには「患者様の権利」のポケットサイズ版も明記されている。年1回の研修会などで病院職員へ周知されているが、ブランチラボ等の委託業者の職員も研修に参加できる体制が取られると、更に良い。カルテ開示の手順は整備され活用は適切である。なお、2016年度は7件のカルテ開示が行われている。
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	説明と同意に関する基本方針は明文化されており、同意を必要とする範囲が19種類と基本方針に明示され、同席者のルールも定められている。対象者には文書・資料・図による説明が行われ、看護師が同席し、記録も残されており、説明と同意は適切である。セカンドオピニオンは、入院のしおりや入院時にも患者の権利として説明されているが、実績はない。
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A	患者から既往歴・服薬歴・アレルギー（薬剤・食物）などの情報を提供してもらう手順があり、検査データ・薬剤情報等は患者に提供するよう業務化され、クリニカルパスは8種類設けられている。リハビリテーション計画時には患者・家族の意見が反映された計画が立案され、看護計画も書面で説明された後、患者・家族に渡されており、患者と医療者の診療情報の共有は適切である。

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	患者支援体制は、相談業務の基準・手順が定められ、社会福祉士の資格を有する3名のスタッフが担当している。入退院の相談・支援や介護相談や医療費などの経済的相談をはじめ社会資本の活用紹介等が行われ、認知症の患者・家族への対応も適切である。また相談担当者のなかに、行政による在宅医療や介護連携を支援するコーディネーター資格者がおり、地域の患者・利用者からの幅広い相談に応じる体制が機能している。
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	A	病院では、個人情報保護方針が定められ、院内掲示による職員、患者・家族への周知が図られている。現在は、研修委員会が個人情報保護を推進する組織となっている。個人（私物）のパソコン持ち込みは禁止され、USBメモリの使用は制限され、電子カルテのパスワードは2か月ごとの変更が求められる仕組みである。また、すべての入院患者について病室の入口には氏名を表示しない方針である。
1.1.6	臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している	B	倫理委員会は不定期で開催されているが、主として学会発表等の倫理面で審査がなされている。倫理委員会で検討された2016年度の倫理課題としては、退院拒否、患者暴力についての病院全体での対応法がある。臨床倫理についての意識を更に高めるためには、治療方針や指導内容などについて職員が抱いた疑問や迷いを倫理的に、臨床現場で多職種で討議することが望まれる。また、更に倫理委員会にその結果が報告され、病院全体に周知されることも望まれる。そのため、臨床現場での問題が現場で話し合う手順、また現場で解決できない場合に倫理委員会まで上げる仕組みと、倫理委員会での検討内容の周知方法について、更に一考されたい。

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	広報委員会を設け、ホームページの更新管理と広報全般に関する情報の一元管理に努めている。またフェイスブックを活用した病院情報の発信も行われ、「みやけ通信」と称する広報誌が年4回・各1,000部発行され、近隣の連携先医療機関や介護・福祉施設に配布されている。ホームページでは診療実績が公表されているが、リハビリテーションのアウトカム評価などの指標についても積極的に公表することを期待したい。
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	S	独立する部門として地域連携室が設けられ、患者の入院に際しては、連携室スタッフが紹介元医療機関を事前訪問し患者情報の収集を行うなど、患者の円滑な入院と診療計画への反映を目的に、地域の医療機関や介護・福祉施設との連携に努めている。病院の基本方針は、行政による地域医療構想や高齢者保健福祉計画を参考に策定されており、地域連携における病院の課題は、院内の地域連携協議会で検討されている。 また、行政による医療機関、介護・福祉施設の機能情報が集約された「高松市在宅ケア便利帳」を活用して、地域の医療・介護・福祉連携会にも参加し、地域ネットワークの構築に努めている。
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	病院の理念に、医療提供を通じて地域住民が健康で安心して暮らせる地域創り支援を掲げており、その実行例として、地域の介護予防教室や講演会の講師として医師や看護師、管理栄養士、療法士など、院内のそれぞれの専門職を派遣している。地域活動の窓口は地域連携協議会が担当し、受け入れ手順も整備されている。また病院を会場として長年にわたり、地域医療従事者公開セミナーを継続開催しており、法人の関連施設では、人間ドックや行政による健康診断など予防医学にも取り組んでいる。法人全体で地域住民への医療を通じた教育・啓発や健康増進活動が積極的に推進されていることは評価したい。

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	医療安全管理体制の総括責任者を病院長とし、直轄の医療安全対策室に専任の医療安全管理者が配置され、組織横断的に活動できるよう権限移譲されている。医療安全マニュアルは定期的な見直しが行われ、患者誤認、伝達エラー、転倒・転落、誤薬、注射トラブル、自己抜去など、それぞれの防止対応策が整備されている。各部署から医療安全管理委員が選任され、毎月の会議で状況把握と対策検討が行われており、ワーキンググループとしての教育・研修などの事故防止活動の役割を果たしている。
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	医療安全情報は、インシデント・アクシデント・クレーム・goodJob 事例などに分類され、PC 入力・保存したものは、全職員が閲覧できるシステムである。2016 年は 800 件台の報告が挙げられており、2017 年も半年間は同様の件数推移で報告されており、安全情報の報告は、病院の組織風土として定着している。発生した事例に関しては各部署で分析・対策が講じられ、医療安全対策委員会ワーキンググループによる RCA も行われている。院外の情報も医療安全管理室が収集しており、その内容は、必要に応じて院内に適宜発信されている。

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	B	感染マニュアルは、疾患別に作成されているが、さらに簡潔で実用的なものへ改訂していくことが期待される。例えば、リハビリテーション訓練を中止すべき感染症や、個室対応が適当と思われる感染症の定義と、リハビリテーション訓練に際しての個別の感染症対策が行われるようなマニュアルへの改訂が望まれる。感染管理委員会は月次開催され、院内感染対策の報告会として位置付けられている。専任の院内感染責任者が配置され、感染委員会の委員により毎週感染ラウンドが実施されている。ノロウイルス感染予防については、物品整備や実習が行われているが、物品点検を綿密に行うとさらによい。

1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	A	2017 年度から院内でのカテーテル感染や尿路感染、インフルエンザ感染などの発生数が把握され、月次の感染管理委員会で院内全体の検出菌のデータ管理が実施されており、今後の分析と検討に期待したい。菌の培養検査の結果は、ブランチラボから速やかに主治医へ連絡される仕組みである。過去にはインフルエンザのアウトブレイク事例があるが、それを元に職員の発熱チェック、マスクの着用指示、希望者へのワクチン無料接種等、十分なアウトブレイク予防策が実践されている。周術期の予防的抗生剤投与は院内パスで規定されている。
1.5	継続的質改善のための取り組み		
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	A	患者・家族の意見や要望を収集して診療の質改善に活かすことを目的に、外来・病棟・リハビリテーション室に意見箱が設置されている。意見や要望に対しては、当該部署が対応策や回答を取り纏め、病院幹部の確認を経た上で院内掲示されている。なお、日本医療機能評価機構が実施する患者・職員満足度調査支援事業への参加を予定している。患者のクレーム対応は当該所属長と事務長が連携して迅速に対応する仕組みがある。
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	病棟食堂に臨床指標の一部が掲示されているが、患者・利用者にはさらに分かりやすい表示でリハビリテーション効果を説明すると、病院の特徴がさらに理解しやすいと思われる。地域連携パスが活用され、大腿骨骨折や脳卒中などの障害度に応じた院内クリニカルパスも作成・活用されている。リハビリテーション課内に治療成績モニター委員会が設けられているが、病院特有の臨床指標や全国的な臨床指標をベンチマークにすることも期待したい。診療部規程・入院診療基本指針では、医師による症例検討会が規定されているが、現在は行われていない。

1.5.3	医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	A	体系的な医療機能評価の受審は今回で4回目であるが、各部署での業務改善は病院運営会議で報告・検討されており、運営会議では、改善に向けた提案や解決すべき課題が持ち寄られ、また各所属長による意見交換が行われて、方針が決定されている。近年はIT機器の導入による、院内業務の効率化が業務改善のテーマとされている。
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	B	効果と安全面を考慮した新たな診療や治療方法を導入する手順は整っているが、倫理委員会での検討は実施されていない。新たな医薬品の導入については、不定期の薬事委員会で協議・検討が行われている。保険適応外の薬品使用については、専門医との協議を経た上で、採用の是非が決定されている。シングルユースの医療器材の再生は行わない方針である。
1.6	療養環境の整備と利便性		
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A	病院玄関前に車寄せが設けられている。また、入院患者・外来患者およびグループ内関連施設の利用者向けに、隣地に64台収容の無料の立体駐車場が整備されている。院内の待合室は環境整備に配慮され、患者が寛げるよう十分な空間が提供されている。病棟デイルームには貴重品ロッカー、電子レンジ、冷蔵庫が備えられ新聞の購読や宅配便への対応も行われており、携帯電話の使用も可能である。売店・食堂は設けられていないが、病室に設置されているTV端末からコンビニエンスストアへの商品注文が可能なシステムが導入され、病院職員が患者のベッドサイドに届ける仕組みである。また、院内には無料Wi-Fiが完備されており、インターネット環境は整備されている。

1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A	院内は、外来および病棟のスペースとバリアフリーが十分に確保され、清潔管理された毛足の短い絨毯が張られており、廊下幅も広く階段の幅や踏みしろは患者が使用しやすい構造である。病院玄関横には身障者用駐車スペースが設けられ、院内の洗面所は車椅子の患者が使用しやすくなっている。施設・設備の確認は、法人事務局の営繕担当者が毎週院内ラウンドを実施し、軽微な修理に対応しており、故障等の不具合で対応が難しい場合は、事務長が状況を確認し、院長に報告をした上で対応する仕組みである。車椅子はリハビリテーション課が点検・修理を担当している。
1.6.3	療養環境を整備している	S	診療・ケアに必要なスペースは十分に確保されており、温湿度管理や病棟・病室の環境は十分に整備されている。院内のロビーやリハビリテーション訓練室には熱帯魚の大きな水槽が設けられ、院内の随所には華道部の職員による活け花が飾られて、廊下の壁面には和洋のアートが施されている。病棟は自然光を採光した中庭が、また屋上には患者の歩行訓練に利用される庭園が設けられ、植栽が患者のいやしにもなっている。院内の清掃管理による美化活動に注力されており、美化委員会と職員による美化チームが組織され、清掃管理は、委託業者の清掃実施状況を毎日事務長がラウンドを行い確認している。院内の整理整頓は車椅子等の収納スペースも確保されている。トイレは患者が利用しやすい動線に配慮され、浴室は3階・4階病棟ともに改修を行い、ストレッチャー使用やADL入浴の介護浴槽が設置され、患者の利便性・安全性に配慮されている。
1.6.4	受動喫煙を防止している	A	病院の立地する地域が市の禁煙条例エリアにあり、敷地内禁煙が徹底されている。病院では毎年、職員の定期健康診断時に問診票による職員の喫煙に関する調査を実施しており、その結果と対策は労働安全衛生委員会で検討され、全体朝礼時などでも禁煙への意識付けの訓示が行われている。職員の喫煙率の推移は2016年度調査で前年に比べ減少しており、禁煙への取り組みの成果が現れている。

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	病棟の管理・責任体制が表示され、ベッドネームには医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、管理栄養士名が明示されている。リハビリテーションは365日実施されており、1週間分のリハビリテーション訓練時間と担当者が分かるスケジュール表が患者に渡され、電子カルテ内でも確認が可能である。各職種の責任者は毎週、調整会議を行い、情報共有に努め管理業務を行っている。看護師や療法士の業務時のユニフォームは全職種が同じであるため、患者から声を掛けられた者が担当者に伝えることとなっている。
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B	2週間以内のサマリー作成率は約70%であり、内容もさらに充実を図る余地が残されている。診療記録は電子カルテが導入され、診療・看護・リハビリテーション・介護・相談員等の記録は電子カルテで一元管理されている。とりわけ、介護職も適切なカルテ記載をしている点は評価される。なお、電子カルテと一部紙カルテの併用であるため、煩雑な状況も見受けられ、カンファレンス内容が記載されていないなど、診療行為や患者の変化の記録が十分に行われている状況とは言い難い。今後は退院時サマリーの作成率の向上や、質的監査への取り組みなど、さらなる取り組みが望まれる。

2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	B	患者の誤認防止対策は、医療安全マニュアルの手順に沿って実施されている。手術患者のみ手書きのリストバンドを使用し、患側は、患側バンドを装着し、手術室入室後、タイムアウトも実施されている。リストバンドは手術室利用患者以外の入院患者には装着されておらず、患者認証システムも設けられていない。患者には氏名を名乗ってもらい確認をしているが、服薬時に介助が必要な患者の服薬を薬カートから出して与薬する際などは、氏名を文字として確認することが難しく、病院全体でリストバンドを導入・活用するなどの患者誤認防止システムの仕組みについて、検討をされたい。
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A	医師の指示出し、看護の指示受けは手順に従って行われており、口頭指示は原則禁止であるが、必要時にはメモを活用し、内容は復唱確認されている。緊急の検査結果やパニック値は、結果が FAX で届き次第、電子カルテに入力され、同時に指示出しした医師に電話連絡されている。リハビリテーション依頼も適切に処理され、電子カルテ上の指示確認は画面でのフラグの消失の有無で確認される仕組みである。
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	病棟薬剤師が配置され、多職種チームの一員として積極的な活動を行っている。特に、医師の処方時における薬剤師の的確なアドバイスは、診療の効率化と正確さに果たす役割が大きく、評価したい。ハイリスク薬の注意喚起と周知に十分に努めており、麻薬の保管・管理も適切である。薬剤師不在時の薬局への立ち入りおよび処方薬の持ち出しの手順は遵守され、確実に実施されており、病棟配置薬の管理も適切である。
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A	転倒・転落防止マニュアルに沿って、全入院患者に対する転倒・転落アセスメントシートを用いた、入院時と 2 週間ごとの評価が行われている。評価結果は多職種で協議を行い、危険度に応じた赤青黄のラベルを選択し、移動具の所定の場所に表示している。ベッドサイドにはセンサーの位置を示した環境配置図が掲示され、全職員の統一した介助が実践されている。転倒・転落発生時の対応は手順に沿って行われ、夜間の場合は翌日に多職種によるカンファレンスが速やかに実施されており、適切である。

2.1.7	医療機器を安全に使用している	A	医療機器は一般病棟で管理され、輸液ポンプ・シリンジポンプ・人工呼吸器・除細動器は、毎月マニュアルに沿った点検・整備が実施されている。輸液ポンプの使用後は、医療機器安全管理責任者が整備・点検を行い、人工呼吸器は、ここ数年使用された実績はないが、毎年研修が行われ、使用に際しての教育も実施されている。
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	B	ICLS コースディレクター医師による、全職員を対象とした ICLS 研修が年 3 回実施されているが、参加者は 10 名以下という状況であり、参加者の増加を期待したい。救急カートは病棟・外来に設置されており、医薬・装備品の定期点検も実施されている。院内救急コードは、病院規模の状況などから設けられておらず、緊急時対応は職員が持つ iPhone を活用するとのことであるが、緊急時における連絡・召集訓練などの実施が望まれる。また、AED は外来とリハビリテーション室に設置されているが、それ以外の病棟等への増設についても検討をされたい。
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	B	手指衛生や個人防護用具の整備、汚染したリネン類の取り扱いなどはマニュアルに沿って対応されている。全職員が携帯用の手指消毒剤を携帯し、個別の使用量追跡・指導も行われ、全職員を対象とした年 2 回の感染管理研修も実施されている。リハビリテーション室・レントゲン室に感染性医療廃棄物ボックスが設けられておらず、ノロウイルス対策はゴーグル・ガウン・シューズカバー・薬液などに関して物品の不足が見受けられたので、発生時の拡散防止のため迅速な対処が可能なマニュアルと、感染防止対策関連物品セットの配置見直しが望まれる。
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	抗菌薬は適正使用ガイドラインが設けられ、それらに準拠した使用に努めている。周術期の抗菌薬の種類や投与のタイミングは院内クリニカル・パスに規定されている。抗菌薬の採用は最低限とされ、同定された菌の感受性により、必要な場合に臨時購入する仕組みである。届出制の特殊抗菌薬使用は漫然と投与されることのないよう、薬剤師から抗菌薬の変更喚起が促されている。

2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A	患者・家族の倫理的課題等は、現場においては日々の業務の中で個別に対応することが多い状況ではあるが、真摯な態度で医療者は患者と相談し、解決している様子がうかがえる。さらに日常業務の様々な場面で、臨床医療上の倫理問題に気づけるよう事例検討などの積み重ねに努力されたい。また、倫理面での討議についての記録は、保存されることを期待したい。
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A	多職種参加のミーティングが毎日午後30分間実施され、診療・ケア計画、方向性の検討と情報交換が行われ、その内容は電子カルテに記載されている。患者の必要時には、非常勤の循環器内科医師や脳外科医の定期診察も行われている。NST・褥瘡チームが活動しており、リハビリテーションスタッフは早出・遅出勤務を行い、患者の入院生活における早朝・夕刻時の日常生活動作支援とその状況評価を行い、看護・介護スタッフと協働したケアが実践されている。また、歯科衛生士による患者の口腔ケアにも取り組まれていることは、摂食・嚥下機能と併せ、患者の食事に関する経口移行促進の一助でもあり評価したい。
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	受診に必要な情報は病院案内・入院案内・ホームページなどで周知され、初診・再診患者の受付から診療・会計まで、円滑に対応されている。紹介患者や入院相談への対応は地域連携室（相談室）が窓口となり随時行われており、待ち時間調査も実施され、患者の診療状況に応じてその所用時間を伝えるなどの配慮がなされている。患者情報の収集は看護師により行われ医師に伝えられており、病態や緊急性にも対応され、感染の疑いのある患者には待合室のエリアを区分するなどの対処が行われている。

2.2.2	外来診療を適切に行っている	A	診察室は十分に整理されており、車椅子の患者や家族の同席などに配慮した空間設定となっている。外来リハビリテーション患者の訓練前の診察も確実に行われている。外来リハビリテーション訓練は、設定目標に従って施行され、目標達成後は介護保険を利用したリハビリテーションケアへのスムーズな移行が促進されている。外来リハビリテーションカンファレンスへの看護師の積極的な参加や、看護介護課とリハビリテーション課におけるカンファレンス内容の共有が図られるとさらによい。
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A	侵襲的検査の件数はほとんど実施がないが、手順は整えられており、実施に際しての検査中の患者状態の観察は医師や看護師により対応されている。
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A	回復期リハビリテーション病棟への患者の受け入れ条件が設定されており、紹介元病院との連携が図られている。病院機能は紹介元病院にも十分に理解されており、紹介された患者のほとんどを円滑に受け入れる体制になっている。入院決定は、地域連携室に届いた診療情報提供書に基づき、多職種による入院判定会議で決定される仕組みである。紹介元病院への訪問活動は、通常は看護師によって行われているが、必要に応じてリハビリテーションスタッフが同行することもある。入院患者の急変時などにおける急性期病院への逆搬送は、病院間の良好な連携関係によりスムーズに取り組まれている。
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A	入院診療計画書には、主治医と多職種チームの構成員の氏名が記載され、責任は明確にされているが、併存症・合併症・二次障害などの記載や、各職種の治療目的や方針の記載をさらに充実させるとよい。リハビリテーション総合実施計画書は、医師による説明も行われているが、把握された患者・家族の意向が十分に記載され、各療法士の治療方針に反映されるとさらによい。

2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A	病棟チームには看護師・介護士・療法士・相談員・薬剤師が属しており、多職種協働が図られている。患者個々の訓練内容やADL改善などの検討は、充実した定期的および臨時カンファレンスが行われ、相談・検討内容や連絡事項が記録されている。今後は、院内クリニカル・パスの適応方法やパス適合が困難な事例などを検討し、随時クリニカル・パス運用の見直しを行うことで、これまでのリハビリテーション訓練内容や実施期間の再検討、チーム内の情報共有やチームの意思決定の仕方の検討を行うことも期待したい。FIMは、療法士と介護士が研修を受けているが、看護師も研修を受講することが望まれる。また、院内外でのFIM研修への参加等、FIMの信頼性を担保するための方策についての検討も期待したい。
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A	地域連携室が設置され、3名の社会福祉士が患者・家族の相談・問題に対応している。急性期病院からの患者・家族の入院相談時点から同一のMSWが関わる仕組みであり、入院中の多職種によるチームカンファレンスにも参加している。多職種のそれぞれのメンバーが対応した相談内容についても報告・相談が行われ、相談・情報内容は電子カルテ内で共有されている。またMSWは、退院に向けた地域の社会資源活用についても行政や他の医療機関・介護施設との連絡・調整に努めており適切である。
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A	市内の急性期病院に入院中の患者・家族からの、転院に関する入院相談に際しては、看護師・MSWが入院前に紹介元病院を訪問し、入院に関する説明を行い、その際必要な患者情報も取得している。また、希望者に対しては入院前の病院見学にも対応し、入院時には病棟看護師が外来に出向き、病棟オリエンテーションが実施されるなど、患者は円滑な入院が可能である。

2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A	医師の対応は、原疾患や併存症、合併症に関して専門医へのコンサルテーションを含め、適切である。常勤医、非常勤医、当直医の役割分担も明確にされ、良好な関係の中で円滑な診療業務が行われている。義肢装具は主治医・療法士、義肢装具士の間で十分な検討を経た上で、処方および適合判定が行われている。病棟スタッフと療法士との関係も密接であり、協力し情報共有に努めている。
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A	看護師・介護福祉士の業務マニュアルがあり、業務分担に基づいて協働している。看護師、介護福祉士はプライマリーの受け持ち患者があり、日々の業務はチームナーシングと一部機能別看護方式が併用されている。入浴介助は、作業療法士と実施しているケースもあり、介護福祉士はリハビリテーション訓練実施時以外にも週 2 回アクティビティ活動を実践するなど、看護・介護職の病棟業務は適切である。
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A	投薬・注射の手順は明確にされ、周知されており、薬剤師による服薬指導も充実している。電子カルテ内のオーダリングによる投薬・注射・処方がなされ薬剤の準備が行われている。投薬の際の患者確認は、氏名を名乗る、生年月日を名乗ることで実施されており、失語症や認知症の場合には、食札との照合が行われている。
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A	輸血・血液製剤投与は、適応決定、輸血時の説明、予測される合併症などの説明が十分になされており、患者・家族からの承諾も得られており適切である。また、輸血時の観察もマニュアル通りに行われ記録も残されているが、輸血後のフォローアップ検査の実施規程を作成されることを期待したい。
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	A	周術期の対応は、手術室担当の看護師による術前訪問が実施され、術後の疼痛管理や褥瘡、DVT 予防への対応も適切である。術後のリハビリテーションは院内クリニカル・パスに従って、迅速に開始される仕組みである。手術室から帰室した患者に対しては 30 分ごとのベッドサイド訪問で観察と記録が行われている。内科的合併症が懸念される場合には、手術前に非常勤の循環医による心エコーが実施される場合もある。

2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	入院時、全患者を対象としたOHスケールを使用した褥瘡リスク評価が行われている。褥瘡発生率は2016年0.03%、2017年度は2名であり、持ち込み患者に対しても褥瘡対策チームのラウンドが実施され、毎週実施されるカンファレンスで評価が行われている。患者のポジショニングはベッドサイドに写真で表示されている。マットの使用は、2台のエアーマットが使われているが、他の耐圧分散マットの使用なども検討されたい。
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A	管理栄養士は入院時のスクリーニングを行い、リハビリテーションの活動係数に応じた食事提供を行っている。それぞれの疾患に対応した治療食やVF（嚥下造影検査）評価による、嚥下状態に応じた5段階の嚥下食が提供されいる。また、患者の嗜好に応じた選択食や毎月実施されるバイキング形式による食事提供など、患者の満足度の向上に取り組むとともに、香川県におけるオリーブ牛肉提供に関した研究にも参加されている。栄養指導については2016年度、月2件の実施であったが必要な患者への栄養指導への取り組みも期待をしたい。
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A	症状緩和は、手術創痛、リハビリテーション訓練などによる疼痛・苦痛に関しては、医師を中心に多職種での評価が行われ、対処されている。統一された基準としてFPSやVASを用い、看護師は数値評価を経過表に記録し、効果の共有が行われている。今後は、患者の心理的・精神的支援にもさらに配慮した取り組みを期待したい。
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	A	回復期リハビリテーション病棟では、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士により併せて8.5単位程度の訓練が提供されている。365日リハビリテーション訓練が行われ、療法士間の情報交換も密接である。実施記録は、ipadを用いることでデータベースへの入力の効率化が図られている。また、ipadでの動画撮影が可能な歩行分析ソフトが導入され、患者の歩容確認や改善点指摘などに活用されている。病院の屋上庭園も歩行練習に活用されている。今後とも新しい機器を導入するなどして、さらに効果的かつ効率的なリハビリテーションが提供されることを期待したい。

2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A	回復期リハビリテーション病棟では理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により併せて8.5単位程度の訓練が提供されている。患者の入浴時に看護・介護職とともに立ち会い、患者の入浴動作の評価も行われている。2017年度は、病棟の浴室に可動式の手摺りを設置し、患者の日常生活活動の一助とするなどの取り組みも行われており、住宅改修時のモデルとしても患者・家族に提示されている。また、ADL室も活用され、365日リハビリテーション訓練が実施され、療法士間の情報交換も密接である。リハビリテーション課では、自動車運転の復帰に必要な高次脳機能の評価も実施されている。
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A	回復期リハビリテーション病棟では理学療法士・作業療法士・言語聴覚士により併せて8.5単位程度の訓練と365日リハビリテーションが実施されている。嚥下障害への介入も行われ、VFは医師と看護師、言語聴覚士のみならず、歯科衛生士や管理栄養士も参加して行われ、また口腔ケアや嚥下の間接訓練においても看護・介護職の他に歯科衛生士が参加している。リハビリテーション提供については療法士間の情報交換も密接である。
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	食堂へは、食事や移動に見守りや介助が必要な患者が移動し、看護・介護・リハビリテーションスタッフによる介助と訓練が実施されている。口腔ケアは洗面所で実施され、歯科衛生士の関与もなされている。更衣は病衣のリースではなく、患者が持参した寝衣や普段着に、毎朝・夕に着替え、早出・遅出のリハビリテーションスタッフによる日常生活動作支援の介入が行われている。入浴は週3回、3種類の浴槽を使用し、必要な患者には作業療法士が支援・介入している。休日と平日の体制に差はなく、週ごとのスケジュール表配布により、家族のリハビリテーション参加も可能である。

2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A	身体抑制は、入院時と2週間ごとに転倒・転落アセスメントを実施し、身体抑制の必要性の有無が多職種のカンファレンスで検討され、必要時には主治医の指示のもと患者・家族に説明した後に実施されている。身体抑制の実施中は毎日3回、抑制実施アセスメント・観察シートを手順に沿って使用している。抑制の実施は、4点柵が多く、日中解除・夜間使用という状況であり、5種類のセンサー類が有効に使用されている。
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	毎月、患者・家族、医師を含めた多職種による個別のカンファレンスが実施され、入院時・退院前には看護師・介護福祉士・理学療法士、作業療法士、医療ソーシャルワーカーなどによる自宅訪問が行われて、環境に合わせた訓練が実施されている。自宅退院が困難な場合は施設の情報提供を行い施設訪問をするケースや、外泊が困難なケースには個室を準備して、家族が宿泊し介護指導を受けるといった患者支援も実施されており適切である。退院後に必要なサービスの提供者に対し、退院前にカンファレンス参加招請や情報提供も行われている。
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	退院後も継続的に病院の外来診療や外来リハビリテーション・訪問リハビリテーションを受ける場合、同一法人内の介護サービスを受ける場合、法人外のサービス提供を受ける場合などでは、それぞれの事業所や紹介元の医療機関に対する診療情報提供書・看護サマリー・リハビリテーションサマリー等が提供されており、継続した診療・ケアの実施にも配慮されるなど、適切である。

3　良質な医療の実践２

評価判定結果

3.1　良質な医療を構成する機能１

3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	A	薬剤管理機能は、処方鑑査や調剤監査の実施も適切に行われ、病棟担当者は、カンファレンスへ積極的に参加している。電子カルテの機能が活用され、患者個々の禁忌薬、投与薬の重複、過量投与などのチェックが行われている。注射薬は１施用ごとの供給方法である。薬剤師は病棟製剤室にて点滴薬の調製・混合が行われており、持参薬の鑑別と管理は薬剤科で実施されている。服薬指導も積極的に行われ、必要な場合には一包化が勧められている。薬局への入室は限られた職員のみが可能であり、夜間の薬剤師不在時の薬局入室の規則は遵守され、入室記録も正確に記載されている。なお、輸血製剤の保管・管理は薬剤師が担当している。
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B	検体検査は、ブランチラボとして委託されている。通常検査および緊急検査の結果は60分程度で電子カルテに表示されている。パニック値や前値との乖離した結果については、FAXまたは電話で報告が行われる仕組みである。一般病棟には、血液ガス分析装置や限定的な血液生化学測定機器が設けられ、看護師により使用されているが、検査機器の使用にあたっては、取り扱い説明書や手順を、機器の近くに表示するなど、正確かつ迅速に検査を行える体制にされたい。生理検査のうち、心電図は看護師が測定しており、心・腹部超音波検査は、医師が実施している。今後は、リハビリテーション病院の検査科として、リハビリテーションの成果を評価できる機器の整備と、検査技師の配置も含めた生理検査の充実を図られることを期待したい。

3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A	画像診断機能は、CT・一般撮影・X線テレビ・手術室用撮影機器等の画像診断機器が設けられ、読影は、検査依頼した医師によって実施されている。遠隔読影のシステムは設けられているが、現状では活用されていない。夜間はオンコール対応であるが、医師が撮影する場合も多々ある。撮影部位の確認や推奨撮影法等は、技師と指示医の間で密接な連携が図られている。急性期病院から患者が持参した画像は、電子カルテ内にコピーされ、院内どこでも参照できる仕組みである。女性の放射線技師がマンモグラフィー研修に参加している。
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A	栄養管理機能は、直営方式で運営され、調理室の衛生環境にも配慮されている。食材の納入時確認と調理済み食材の保管も適切である。選択食が実施され、患者には焼きたてのパンも提供されるなど、季節の素材や行事食の提供に努めている。摂食・嚥下障害への食事の提供には十分に配慮されている。現状の課題としては、調理師の確保が挙げられている。
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	病院の機能として、必要な療法士の配置数は十分に確保されている。療法室のみならず、必要に応じて病室や廊下でも訓練がなされ、患者情報および療法士による評価は多職種とも共有され、状態により見直しが行われるなど適切な運用に努めているが、今後は、看護職もFIM研修を受講するなど、多職種による共通の尺度としての理解をさらに推進されたい。訓練に使用する備品の管理や訓練室の清掃も適切である。通院リハビリテーション、訪問リハビリテーションも活用され、入院から在宅までのケアが推進されている。今後は、患者データベースを活用した回復期リハビリテーション病棟での治療効果の検討や、退院した患者の在宅生活における日常動作の改善状況のフォローアップとそのデータ化など、提供するリハビリテーション医療の質の向上にも繋がるそれらの取り組みに期待するとともに、安全面での注意点の再確認のために急変時緊急コールのシミュレーションを行うことにも配慮されたい。また訓練室には、感染性廃棄物用ハザードボックスの設置も検討されたい。

3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A	診療情報管理機能は、病院長直轄の診療情報管理室が設けられ2名の診療情報管理士が配置されており、電子カルテ運用による診療情報の一元管理に努めている。他科の診療内容の参照や薬歴・検査歴の確認が可能な仕組みが機能し、DPC準備病院として診療情報の活用を目的としたコーディングとデータ提出が行われている。診療情報管理士による量的監査も行われている。
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B	院内で使用される医療機器については、各部署で医療機器管理マニュアルに沿った管理が行われている。医療機器の管理は、医療機器安全管理者でもある看護職が医療機器管理者となり、機器の配置や保守点検・管理・記録・台帳の一元管理が行われている。手術室内の機器は、外部点検が実施されているが、その他の機器は保守点検計画が2年間策定されておらず、医療機器の教育・研修と定期点検などについて、業者との連携強化も含めさらなる取り組みが望まれる。
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A	洗浄・滅菌機能は、使用場所での一次洗浄は行わず、使用済みの機材は、密閉容器に入れ、受け取り用の容器と一緒に運搬されている。施設の構造上、不潔区域と清潔区域の作業エリアが、わずかに交差する部分が見受けられたので、動線や運搬方法の検討が望まれる。EOG滅菌は研修を受けた職員が担当し、オートクレーブのボウィー・ディックテストや、各種インディケーターを使用した滅菌精度の確認も実施されている。オートクレーブは中型機器を使用しているため、記録装置がなく温度や圧力は目視での確認である。
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	NA	病理診断機能は、実施されていないのでNAとする。
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	NA	放射線治療機能は、実施されていないのでNAとする。

3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A	輸血・血液管理機能は、輸血療法の適応や手順が規定され、適切に実施されている。血液センターへの輸血の発注は、該当患者のいる病棟看護師が行っており、配送された血液製剤は薬剤師が受け取り、輸血管理簿に必要項目を記載した後、クロスマッチ検査が実施されている。血液管理は、自動温度記録付き専用保冷庫が設置され、クロスマッチが済んだ輸血製剤が保管されている。一度冷蔵庫から搬出した製剤は、他者に使用できない決まりになっている。輸血管理委員会では、1年間の発注量・使用量・廃棄量・廃棄率が報告・検討されている。今後は、輸血後検査の実施規程についても検討をされたい。
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A	手術・麻酔部門の管理責任者は病院長であるが、手術スケジュールは外来・手術室担当の看護責任者により管理されている。麻酔業務は2名の整形外科医が相互に行っている。術前には手術室看護師が患者訪問を行い、手術部位と患者状態の確認を行っている。術後訪問や術中の患者管理、覚醒、入退室等は全てマニュアルに従って実施されている。執刀前のタイムアウトも確実に行われ、空調管理やHEPAフィルターの交換および術前・術後の清掃も適切である。
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA	集中治療機能は、実施されていないのでNAとする。
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A	救急医療機能は、救急患者の受け入れ方針や時間帯別の救急患者対応がマニュアルとして明確にされ、これに基づいた救急患者対応が行われている。夜間・休日は、当直医師と一般病棟看護師による対応体制である。自院で受け入れ不能な患者の対応指針も明確にされ、周知されている。児童・高齢者虐待やDVの対応マニュアルも設けられているが、救急外来診察室におけるAEDの設置についての検討が期待される。

4　理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1　病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ

4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A	貴院は、地域社会に良質な医療を提供することを目的とし「医療・福祉を通じて、地域の皆様と共に健康で安心して生活できる地域創りを支援します。」との理念を掲げ、その具現化のために「良質・安全・安心」「病院の機能強化」「シームレスな地域医療」の3項目の基本方針を明示している。また、理念・基本方針は管理者会議で毎年見直しを行い、病院案内や入院案内、ホームページ、広報誌、院内掲示などで周知に努めている。
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A	病院長は、患者と医療者のこれからの時代におけるあり方や患者情報の共有と、計画的で質の高い効率的なリハビリテーションの提供の必要性を説くとともに、病院の方向性と将来構想を明示しており、そのために医療人材の安定確保と育成を課題に挙げ、病院運営全般にわたって積極的なリーダーシップを発揮している。また、職員とのコミュニケーションを大切にし、毎月誕生月を迎えた職員との懇親会を開催するなど、職員の就労意欲を高めることにも配慮している。
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A	病院運営の意思決定は病院運営会議で行われており、各種会議が機能し委員会活動も定期実施され、実施規程と議事録が整備されている。組織図は指揮命令系統が明確にされて、職務分掌は職位規程として設けられ権限と責任、役割は明確になっている。組織内の情報伝達は院内共有サーバーにより各種規程の閲覧が可能である。年次事業計画が策定され、平成29年から31年度までの中期計画も進められ、部門・部署ごとの目標設定と達成度の評価は、KPIなどの数値目標を明確化したバランススコアカードが活用されているが、病院全体の目標としてのスローガンを設けられると、なお良い。BCP（事業継続計画）については、より具体的な内容を考慮した策定を期待したい。

4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	A	病院の情報システム管理規程が定められ情報管理の方針は明示されており、外部と遮断された電子カルテシステムが院内ネットワークとして運用されている。患者の診療情報の統合的管理と活用は、診療情報管理室において診療情報管理士により一元的な管理がなされている。情報管理部門は、情報管理室に2名の専任職員が配置されている。診療情報の真正性は、記録の消去が不可能な仕組みとして機能し、情報の保存性は、データのバックアップが行われ、カートリッジの形態で保存されている。病院では、院内サーバーのクラウドへの移行が課題とされている。
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	A	病院の文書管理は、文書管理規程に基づき事務課と情報管理担当職員が協力して取り組んでいる。病院で使用する全ての文書は、文書管理規程を含めデータベース化され、それぞれの文書の右側上部に文書区分番号と文書の名称が明示されており、文書管理は適切である。
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	病院運営に必要な人材は確保され、法人事務局総務課による院内各部署の配置基準を考慮した採用計画に基づいた求人活動が展開されている。求人対策は、職員紹介制度をはじめ就業支度制度の導入や計画的な休暇の付与などを行い、医療人材の確保に努められている。現状の人材確保の課題は、急性期も含めた幅広いリハビリテーション提供のための内科医確保が挙げられるが、病院では2018年度より神経内科の医師の入職が予定されている。
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A	就業規則と給与規程が整備されており、就業規則は職員採用時に説明され、書面で配布されている。労働基準法36条に基づく協定、変形労働時間制に関する届け出も行われ、労働法制の改正への対応や労務管理は適切である。職員の就労管理については、有給休暇取得や時間外労働の状況と職員の勤務予定表は把握・管理され、人事考課制度が活用されている。

4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B	職員の安全衛生管理は、労働安全衛生委員会が月次開催され、職場環境や予防接種を含む職業感染対策、喫煙対策等における課題が検討されている。職員の精神的サポートは、院内に相談窓口が設けられているものの、ほとんど利用はされていない状況である。職員の健康診断は年2回必要な職種を含め実施され、行政への結果報告も行われている。しかし、医師の実施率が低い状況であり、感染防止の観点などからも、取り組みを進められたい。
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	職員の意見や要望は、年2回行われる所属長面談で把握され、幹部職員に対しては、理事長面談が実施されている。病院では、日本医療機能評価機構が実施する患者・職員満足度調査支援事業への参加も予定している。職員の労働環境への配慮としては、院内保育所や職員休憩室、病院の近くには社員寮が設けられ、患者食と同額の負担による職員食（昼食）が提供されている。職員の福利厚生として互助会が活動し、旅行の実施や慶弔金制度が設けられている。
4.3	教育・研修		
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	A	職員の教育・研修は、研修委員会が担当し、医療安全管理や医療関連感染制御、医療倫理、個人情報保護等の必要性の高い研修が、計画的に実施されている。教育・研修の実施に際しては、職員が参加しやすいような実施日時の検討が行われ、不参加者への対応は「フィードバック報告書」の活用により出席者から不参加者への研修内容が伝達される仕組みである。職員の入職時研修は、毎年4月と10月に実施されている。職員の学会や外部研修への参加は、必要性の判断に基づいて病院の旅費規程により全額支給されている。病院の図書室は病院事務課により管理され、文献検索も可能である。今後は、療法士の新人・中堅・幹部職員の育成の仕組みの構築を期待したい。

4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A	職員の能力評価は、人事考課制度が活用されており、半期ごとに年2回の上司面談を経て個人目標の設定と、達成度の評価が行われ、結果は昇給・賞与、昇進などに反映されて、考課結果は職員に伝えられている。また、看護介護課では、2017年度から業務実践能力の向上を目的にクリニカルラダーが導入された。職員の能力開発では、病院運営に必要な各種資格取得支援にも取り組まれ、回復期リハビリテーション看護師やマンモグラフィー撮影診療放射線技師、医療メディエーター養成などの実績もある。
4.3.3	学生実習等を適切に行っている	A	病院では、セラピストや医療事務、調理師等の学生実習を受け入れている。学生実習は、受け入れ初日にオリエンテーションを行い、病院の運営方針や個人情報の取り扱い、病院諸規則、臨床実習の進め方・学習方法等が、担当者から説明されている。なお、学生実習を受け入れていることについて患者・家族に対する明示を院内掲示で行うと良い。
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	予算は毎年度末までに、前年度実績や院内外の経営環境などを考慮して作成され、設備投資計画と併せて、法人の理事会承認を経る仕組みである。予算の執行状況は管理会議で月次報告が行われている。財務諸表は顧問先である会計事務所が作成し、公認会計士である法人の監事が内部監査を行い、決算書が作成されている。経営状況の把握・分析は医事統計や経営指標等の資料を基に管理会議で検討され、病院運営会議で情報共有されている。経営課題としては、医療人材の安定確保と適正人員の配置や委託業務、諸経費の見直しなどが挙げられ、院内で対策が検討されている。

4.4.2	医事業務を適切に行っている	A	医事業務は業務マニュアルに基づき受付から診察、会計まで円滑に行われ、休日・時間外などの外来患者には預かり金制度で対応されているが、窓口収納と未収金対策は適切である。未収金対策における回収困難事例は事務課から事務長に引き継ぐ対応手順が設けられている。レセプト作成は病院事務課職員による作成・点検を経た後、各担当医師による点検確認が行われ、返戻・査定対策は、月次の病院運営会議で原因分析の検討と情報共有が行われている。施設基準の届け出と月次確認には、事務長も関与しており適切である。
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A	業務委託の業者は、「業者選定マニュアル」に基づいて選定されており、医療機器の保守やリース契約更新の必要性は、運営会議の議題として検討される仕組みである。業務委託の実施状況も把握されており、課題が生じた時には各部門部署の責任者から事務長を経て、病院長に報告される仕組みがあり、病院と委託業者による対応検討の場が持たれ、その結果は記録としても残されている。
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	施設・設備の日常点検管理は、法人事務局の病院担当職員が対応しており、毎週、定期的な院内ラウンドが実施され、軽微な補修に対応している。夜間・休日時の施設・設備の不具合には、緊急時の連絡網が職員に周知され、業者連絡の手順も明確である。病院の環境整備として清掃管理は業務委託で行われているが、毎日、事務長による院内清掃後の実施状況確認のための院内ラウンドを行うなど、病院では特に院内の環境整備に注力されている。感染性医療廃棄物の処理・運搬・保管は手順が遵守され適切である。

4.5.2	物品管理を適切に行っている	A	物品管理は、SPD による物品発注システムが稼働し、院内で使用する物品の規格はシステム内で統一されている。物品の購入が必要な際には、各部署と病院事務課による協議を経て、1 万円以上の物品は稟議規程に基づき選定・購入している。医薬品や医療材料、食材等は、使用する現場からの直接発注であるが、発注者と検収者が区分され、経理担当者による発注書と請求書の突合と確認が行われている。在庫管理は年 1 回の棚卸が行われ、使用期限の確認と調整も実施されている。病院では、ディスポーザブル製品は再使用しない方針である。

4.6	病院の危機管理		
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	A	病院は耐震構造であり、災害時の対応は、災害対応マニュアルが整備され、年 2 回の消防訓練を主とする防災訓練も実施されている。また、屋上には、軽油を燃料とする 22 時間発電が可能な自家発電機が、各病棟には非常用コンセントが設けられている。さらに水や食糧、医薬品などの備蓄にも対応されており、適切である。
4.6.2	保安業務を適切に行っている	B	病院の保安業務は、防犯カメラが設けられて、入館証が活用され、緊急時の連絡体制も周知されており、夜間は、電話連絡や来院者への対応を病棟夜勤スタッフが行っている。今後は、防犯体制の強化と危機管理推進の観点から、院内の施錠・解錠時の院内巡視などを検討し、日々の保安に関する日誌を作成することなども望みたい。
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A	医療事故発生時の対応は、医療安全管理マニュアルに明記され職員に周知されている。また、医療事故調査委員会の設置も規定されており、発生した事故に関する医療行為上の責任や事故原因の究明、再発防止対策の検討を行う仕組みである。病院では、医事紛争を未然に防止する観点から事務長が医療メディエーターの資格を有し対応する体制も整備されており、顧問弁護士も選任され、医師賠償責任保険にも加入している。

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： 2016 年 4 月 1 日 ～ 2017 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2017 年 9 月 19 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名 ： 一般財団法人三宅医学研究所 附属三宅リハビリテーション病院

I-1-2 機能種別 ： リハビリテーション病院

I-1-3 開設者 ： 公益法人

I-1-4 所在地 ： 香川県高松市天神前5番5号

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	61	61	+0	81.5	48.7
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	61	61	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)	0	+0
ハイケアユニット(HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット(SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	36	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等 ：

DPC対象病院(準備病院)

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	0	0.3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
脳神経外科	0	0.05	0.45	1.29	16.95	34.15	6.02	83.59	8.99	338.96
整形外科	3	0.5375	34.26	98.71	32.68	65.85	18.34	39.57	9.68	9.24
研修医	0	0								
全体	3	0.8875	34.71	100.00	49.63	100.00	18.18	48.24	8.93	12.77

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)	2016	2015	2014	2016	2015
1日あたり外来患者数	34.71	38.99	36.74	89.02	106.12
1日あたり外来初診患者数	6.31	6.58	6.77	95.90	97.19
新患率	18.18	16.89	18.42		
1日あたり入院患者数	49.74	52.65	41.11	94.47	128.07
1日あたり新入院患者数	1.04	1.12	0.98	92.86	114.29

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	3.8875	3	0.8875	6.37	6.11
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	41.5	35	6.5	68.03	65.23
保健師	0	0	0	0	0
助産師	0	0	0	0	0
看護師	30.9	26	4.9	50.66	48.57
准看護師	8.8	8	0.8	14.43	13.83
看護補助者	1.8	1	0.8	2.95	2.83
薬剤部門 合計*2	3	3	0	4.92	4.72
薬剤師	3	3	0	4.92	4.72
臨床検査部門 合計*2	0	0	0	0	0
臨床検査技師	0	0	0	0	0
画像診断部門 合計*2	3	3	0	4.92	4.72
診療放射線技師(X線技師)	3	3	0	4.92	4.72
栄養部門 合計	4	4	0	6.56	6.29
管理栄養士	1	1	0	1.64	1.57
栄養士	0	0	0	0	0
調理師	3	3	0	4.92	4.72
リハビリ部門 合計*2	40.85	40	0.85	66.97	64.21
理学療法士	24.05	24	0.05	39.43	37.8
作業療法士	9.8	9	0.8	16.07	15.4
言語聴覚士	5	5	0	8.2	7.86
診療情報管理士	2	2	0	3.28	3.14
臨床工学技士	0	0	0	0	0
社会福祉士	3	3	0	4.92	4.72
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	5	5	0	8.2	7.86
臨床心理士	0	0	0	0	0
事務部門	5	5	0	8.2	7.86
職員総数*1	115.4375	103	12.4375	189.24	181.44

医師配置標準数 （人）	3
薬剤師配置標準数 （人）	1

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	1664	0 %	0	0	0.00 %
看護師	2102.7	55.7 %	4	1	3.85 %
准看護師	2087.5	67 %	3	4	50.00 %
看護補助者	2079.9	64.4 %	0	0	0.00 %
薬剤師	2072	102.5 %	0	0	0.00 %
臨床検査技師		%	0	0	0.00 %
診療放射線技師	2072.3	102.8 %	0	0	0.00 %
管理栄養士・栄養士	2124.8	50 %	0	0	0.00 %
理学療法士	2083.3	50.7 %	4	2	8.33 %
作業療法士	2079	53 %	3	0	0.00 %
言語聴覚士	2077.8	66 %	1	0	0.00 %
診療情報管理士（診療録管理士）	2099.8	91.3 %	0	0	0.00 %
臨床工学技士		%	0	0	0.00 %
ソーシャルワーカー*	2086	68 %	1	1	33.33 %
事務職員	2079.5	67.2 %	0	0	0.00 %

I-4 外部委託状況

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

I-5医療安全管理の状況

I-5-1 医療安全管理担当者（リスクマネージャー等）の配置状況

	常勤専従	専任・兼任（実人数）
医師	0	1
看護師	0	8
薬剤師	0	1
その他のコ・メディカル	0	9
事務職員	0	1
全体	0	20

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	24	849
医師	0	2
看護師	7	484
薬剤師	0	39
その他のコ・メディカル	11	292
事務職員	4	16
その他	2	16

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	1	4.17 %	175	20.61 %
輸血に関するもの	0	0.00 %	0	0.00 %
治療・処置に関するもの	2	8.33 %	19	2.24 %
医療機器等に関するもの	6	25.00 %	59	6.95 %
ドレーンチューブに関するもの	0	0.00 %	10	1.18 %
検査に関するもの	1	4.17 %	4	0.47 %
療養上の世話に関するもの	8	33.33 %	425	50.06 %
その他	6	25.00 %	157	18.49 %

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	0	5
うちICN	0	0
薬剤師	0	1
その他コ・メディカル	0	5
事務職員	0	2
全体	0	14

I-6-2 サーベイランスまたは院内感染に関する検討会

● 行っている　　○ 行っていない

I-6-3 微生物サーベイランス

○ 行っている　　● 行っていない

I-6-3-1 微生物サーベイランスの対象種類と発生件数

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

I-6-4 主要な医療関連感染の発生状況の把握

● 把握している　　○ 把握していない

I-6-4-1 把握している主要な医療関連感染の内容

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

I-7 地域医療連携機能

I-7-1 地域連携担当部署の有無 ● あり　　○ なし

I-7-2 担当者の配置状況

	人数
常勤専従	3
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	3
病床100対 担当者数	4.92

I-7-3 紹介状持参患者数

紹介状持参患者数 （人/年）	340	
紹介率	18.20	%
1日あたり紹介患者数(外来)	1.15	
紹介状持参患者のうち入院患者数 （人/年）	180	
紹介入院患者割合	47.49	%
入院に繋がった紹介患者の比率	52.94	%

I-8 患者相談機能

I-8-1 担当者の配置状況

	人数	
常勤専従	3	職種･資格： ―
うち社会福祉士	3	
常勤専任･兼任（実人数）	0	職種･資格： ―
常勤専任･兼任（常勤換算）	0	
非常勤（常勤換算）	0	
常勤換算 合計	3	
病床100対 担当者数	4.92	

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）	40	3.3	1.11
社会福祉相談（福祉制度に関する内容）	142	11.8	3.94
退院相談（退院先の調整）	167	13.9	4.64
苦情相談（医療事故　クレーム）	92	7.7	2.56
看護相談（退院後のケア等）	84	7.0	2.33
がん相談	10	0.8	0.28
その他の医療相談	21	1.8	0.58
その他			
総数	556	46.3	15.44

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	5 件
分母： 延入院患者数	18155 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	0.02 %
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	3 件
分母： 延入院患者数	18155 人

一般病院1・2

○ 把握している　○ 把握していない

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

○ 把握している　○ 把握していない

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

○ 把握している　○ 把握していない

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

○ 把握している　○ 把握していない

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

○ 把握している　○ 把握していない

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

○ 把握している　○ 把握していない

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

○ 把握している　○ 把握していない

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

○ 把握している　○ 把握していない

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

○ 把握している　○ 把握していない

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

慢性期病院

○ 把握している　○ 把握していない

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

○ 把握している　○ 把握していない

肺炎の新規発生率	%
分子： 発生件数	件
分母： 延入院患者数	人

○ 把握している　○ 把握していない

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

○ 把握している　○ 把握していない

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

リハビリテーション病院

主な疾患等に関する日常生活自立度の改善状況

※回復期リハビリテーション病棟の全入院患者数が対象

FIM（運動）

	実施前	退院・転床時	変化値
心大血管疾患に関するもの			
脳血管障害に関するもの	46.9	63.1	16.2
廃用症候群に関するもの	52	61	9
運動器疾患に関するもの	56.6	75.2	18.6
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	26.5	2.3
廃用症候群に関するもの	24.8	26.3	1.5
運動器疾患に関するもの	29.5	29.9	0.4
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）	74.25 %
分子：　退院先が「居宅」の患者数	124 人
分母：　退院患者数	167 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･重傷患者看護	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	3	0	0	0	3
薬剤師	3	0	0	0	3
その他（　　）					0
その他（　　）					0

病棟担当薬剤師（常勤換算）	1.6

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	169	0.57	0.19	1.64
外来 院外処方箋枚数	3380	11.42	3.81	32.90
入院処方箋枚数	4489	12.30	4.10	7,359.02
注射処方箋枚数	2910	7.97	2.66	4,770.49
薬剤管理指導	2546	6.98	2.33	4,173.77

院外処方率	95.24 %

医薬品 品目数	400

II-3-3 処方鑑査･薬歴管理

相互作用、重複処方などのチェック	1)実施
1回量包装の実施：外来	4)院外処方
1回量包装の実施：入院	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	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(%)	100 %
□ 2) 個人別(1日ごと)	対 注射処方箋(%)	%
□ 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	0
うち医師	0	0	0	0	0
うち臨床検査技師	0	0	0	0	0
うち衛生検査技師	0	0	0	0	0

II-4-2 検査報告所要時間（分）

ルーチン検査	60
緊急検査	60

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：

II-5 病理診断部門

II-5-1 医師の配置状況

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

II-5-2 病理検査件数　(件/年)

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

II-5-3 術中迅速凍結切片病理検査　(件/年)

□ 1) 自院で実施	
□ 2) 外部委託	
■ 3) 実施していない	

II-5-4 術中迅速細胞診検査　(件/年)

□ 1) 自院で実施	
□ 2) 外部委託	
■ 3) 実施していない	

II-5-5 術前病理検査報告所要日数　(日)

II-5-6 臨床病理検討会・病理学的検討会 (件/年)

開催回数	

II-5-7 死亡率

死亡率	0.27　%
死亡数　(再掲)	1
退院患者数　(再掲)	372

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	3	0	0	0	3
うち医師	0	0	0	0	0
うち診療放射線技師	3	0	0	0	3
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	0	0.00	0	0	0.00 %
うち頭部CT	0	0.00	0	0	0.00 %
MRI撮影	0	0.00	0	0	0.00 %
うち頭部MRI	0	0.00	0	0	0.00 %
核医学	0	0.00	0	0	0.00 %

II-6-3 保有機器（台）

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

II-6-4 画像の電子保管　● 1）あり　○ 2）なし

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

II-7 放射線治療部門

II-7-1 放射線治療の実施有無　○ 1）あり ● 2）なし

II-7-2 職員の配置状況

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

II-7-3 保有機器

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

II-8 輸血･血液管理部門

II-8-1　輸血の実施有無　● 1) あり　○ 2) なし

II-8-2 保管管理担当部署　■ 1) 薬剤部門　□ 2) 検査部門　□ 3) その他

II-8-3 医師の配置状況

	人数
□ 常勤専従	
■ 常勤専任･兼任(常勤換算)	0.1
□ 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	2	3.28	0	0.00 %
赤血球製剤	2	3.28	0	0.00 %
血小板	0	0.00	0	0.00 %
凍結血漿	0	0.00	0	0.00 %
その他	0	0.00	0	0.00 %

II-8-5 血液専用の保冷庫　● 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	2	1.1	1.5	2.6
うち看護師	0	2	1.1	1	2.1

II-9-4 手術室数・手術件数

		病床100対
手術室数　(室)	2	3.28
手術総件数　(件/年)	112	183.61
うち全身麻酔件数	40	65.57
うち緊急手術件数	0	0.00
うち短期滞在手術件数	5	8.20
うち悪性腫瘍手術件数	0	0.00

II-9-5主な手術の年間症例数（診療機能調査票より）

麻酔領域	件/年
麻酔科標榜医 麻酔管理	
硬膜外麻酔	1
脊椎麻酔	75

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

II-10-3 滅菌効果の確認

滅菌の物理的検知状況の記録　○ 1）あり　● 2）なし

滅菌の化学的検知の実施　● 1）あり　○ 2）なし

滅菌の生物学的検知の実施　● 1）あり　○ 2）なし

生物学的検知ありの場合の頻度　● A）1日1回　○ B）週1回程度　○ C）それ以下の頻度

II-11集中治療機能

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

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

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

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

	稼働病床数	3年前からの増減数
集中治療管理室（ICU）	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)	0	+0
新生児集中治療管理室（NICU）	0	+0
周産期集中治療管理室（MFICU）	0	+0

II-12 時間外･救急診療部門

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

II-12-2救急医療の水準　（自己評価）

○ 水準1：救命救急センターを有する病院
○ 水準2：次のいずれかに該当する病院
・救急部門の専用の病床を有している病院
・救急専用病床はないが、救急部門より入院患者が1日平均2名以上いる、
または、時間外・救急患者が1日平均20名以上いる病院
● 水準3：その他の救急病院であり、時間外・救急患者が1日平均2名以上いる病院
○ 水準4：時間外･救急患者が1日平均2名未満の、救急医療を告示していない病院

II-12-3 医師の配置状況　（水準1または水準2が対象）

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

II-12-4 職員の配置状況　（水準1または水準2が対象）

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

II-12-5 時間外勤務体制（通常日）

	交代制		当直制		オンコール制	
	専従	兼任	専従	兼任	専従	兼任
医師	0	0	0	1	0	1
うち研修医	0	0	0	0	0	0
看護要員	0	5	0	0	0	0
うち看護補助者	0	1	0	0	0	0
薬剤師	0	0	0	0	0	1
臨床検査技師	0	0	0	0	0	0
診療放射線技師	0	0	0	0	0	3
事務職員	0	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0

II-12-6 時間外勤務体制（輪番日）

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

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	478	1.31
救急車搬入患者数	157	0.43
救急入院患者数	80	0.22

	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)	66	0.22
救急車搬入患者数	66	0.22
救急入院患者数	27	0.09

	年間総数	1日あたり患者数
休日の救急患者数（再掲）	412	3.46
救急車搬入患者数	91	0.76
救急入院患者数	37	0.31

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 10 %) ○ 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	1	0	1
栄養士	0	0	0
調理師	3	0	3

II-13-4 栄養指導・栄養相談

	外来	入院
個別実施回数 (回/月)	0	2
集団実施回数 (回/月)	0	0
月間対象延患者数 (人)	0	0
栄養士1人当たり栄養指導件数 (個別実施)	0	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 (90 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	
■ 常勤専任･兼任(常勤換算)	0.7
□ 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	40	0	0	0.85	40.85
うち理学療法士	24	0	0	0.05	24.05
うち作業療法士	9	0	0	0.8	9.8
うち言語聴覚士	5	0	0	0	5

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人あたり　(単位)		
□ Ⅰ □ Ⅱ	療法士1人1日あたり　(人)		
脳血管疾患等リハビリ	患者1人あたり　(単位)	0.3	2.8
■ Ⅰ □ Ⅱ □ Ⅲ	療法士1人1日あたり　(人)	0.2	3.4
運動器リハビリ	患者1人あたり　(単位)	0.5	3.7
■ Ⅰ □ Ⅱ □ Ⅲ	療法士1人1日あたり　(人)	0.4	4.5
呼吸器リハビリ	患者1人あたり　(単位)		
□ Ⅰ □ Ⅱ	療法士1人1日あたり　(人)		

	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	575	789
摂食機能療法	0	928
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	12	1	2	4	5	0
脊髄損傷、その他の脊髄疾患（二分脊椎など）	3	0	1	0	2	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	0	0	0	0	0
骨関節疾患など（ﾘｳﾏﾁ、外傷、軟部組織の外傷を含む）	18	1	7	6	4	0
切断・四肢欠損	0	0	0	0	0	0
呼吸器疾患	0	0	0	0	0	0
心筋梗塞、狭心症、大動脈瘤、心不全など	0	0	0	0	0	0
外科手術、肺炎等の治療時安静による廃用症候群	0	0	0	0	0	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)	33	2	10	10	11	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	0	2	1.75	0	1.75
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	71.77 %
分子：退院後2週間以内にサマリーを作成した患者数	267 件
分母：昨年度の年間退院患者数	372 件

II-15-7 診療情報の開示件数（件/年）

件数	病床100対
1	1.64

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：病院事務課
2) 診療録（情報）管理： 病院事務課
3) コンピュータシステムの管理：　総務課情報管理

II-16-3 システム担当者の配置状況

	人数
□ 常勤専従	0
■ 常勤専任･兼任（常勤換算）	1
□ 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	
□ 訪問看護	
□ 訪問薬剤指導	
■ 訪問リハビリテーション	12
□ 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)	0
患者1人あたり月平均訪問回数	0
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	1	3	1.9	1.7	4.6
うち看護師	0	2	0.9	1.2	2.1

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 2017 年　7 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	1	□ 1) 中央管理	■ 2) 使用場所での管理	□ 3) その他
輸液ポンプ	3	□ 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	2	□ 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 2016	実績 2015	実績 2014	対 前年比 2016	対 前年比 2015
医業収益（繰入金を除く）	808,001	855,719	811,384	94.42 %	105.46 %
医業費用	718,217	705,209	716,843	101.84 %	98.38 %
医業損益（繰入金を除く）	89,784	150,510	94,541	59.65 %	159.20 %
医業収支率	112.50 %	121.34 %	113.19 %		

Ⅲ-1-2 患者1人1日あたりの収益　（単位：円）

年度(西暦)	2016
外来収益	5,949
入院収益	40,757

Ⅲ-1-3 100床あたりの入院収益　（単位：千円）

2016　年度(西暦)	1,163,475

Ⅲ-2 繰入金の状況（推移）　（単位：千円）

年度(西暦)	実績 2016	実績 2015	実績 2014	対 前年比 2016	対 前年比 2015
総収益（繰入金を除く）	810,382	856,522	812,267	94.61 %	105.45 %
繰入金（他会計負担金 等）	0	0	0	0.00 %	0.00 %
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 2016	実績 2015	実績 2014	医業収益100対 構成比 2016	医業収益100対 構成比 2015	医業収益100対 構成比 2014
入院診療収益	709,720	749,986	712,054	87.84 %	87.64 %	87.76 %
室料差額	30,232	31,537	26,062	3.74 %	3.69 %	3.21 %
外来診療収益	61,117	68,225	65,105	7.56 %	7.97 %	8.02 %
保健予防活動	0	0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %
受託検査・施設利用収益	1,441	1,210	1,313	0.18 %	0.14 %	0.16 %
その他の医業収益	5,111	5,828	6,160	0.63 %	0.68 %	0.76 %
保険等査定減	380	-1,067	690	0.05 %	-0.12 %	0.09 %
医業収益 合計	808,001	855,719	811,384	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 2016	実績 2015	実績 2014	医業収益100対費用 2016	医業収益100対費用 2015	医業収益100対費用 2014
給与費	537,522	524,502	530,424	66.52 %	61.29 %	65.37 %
常勤（再掲）	488,378	473,525	479,621	60.44 %	55.34 %	59.11 %
非常勤（再掲）	49,144	50,977	50,803	6.08 %	5.96 %	6.26 %
材料費	53,574	55,264	53,990	6.63 %	6.46 %	6.65 %
医薬品費（再掲）	13,025	14,636	11,780	1.61 %	1.71 %	1.45 %
診療材料費（再掲）	23,867	24,323	27,645	2.95 %	2.84 %	3.41 %
給食用材料費（再掲）	16,682	16,305	14,565	2.06 %	1.91 %	1.80 %
医療消耗器具備品費（再掲）	0	0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %
委託費	20,152	16,727	19,286	2.49 %	1.95 %	2.38 %
設備関係費	56,299	58,403	60,707	6.97 %	6.83 %	7.48 %
減価償却費（再掲）	41,604	44,400	46,896	5.15 %	5.19 %	5.78 %
器機賃借料（再掲）	14,695	14,003	13,811	1.82 %	1.64 %	1.70 %
研究研修費	244	0	0	0.03 %	0.00 %	0.00 %
経費	40,294	40,110	42,283	4.99 %	4.69 %	5.21 %
その他の医業費用	10,132	10,203	10,153	1.25 %	1.19 %	1.25 %
医業費用 合計	718,217	705,209	716,843	88.89 %	82.41 %	88.35 %

II-22 回復期リハビリテーション病棟の状況

休日リハビリテーション提供体制加算　■ 有　□ 無

リハビリテーション充実加算　■ 有　□ 無

病棟番号		1								
病棟名称		回復期病棟								
一般病床数		36								
療養病床数										
回復期リハビリテーション病棟入院料		□ 1 ■ 2 □ 3		□ 1 □ 2 □ 3		□ 1 □ 2 □ 3		□ 1 □ 2 □ 3		□ 1 □ 2 □ 3
平均患者年齢		75.4								
病棟配置人数										
	医師	1								
	看護師・准看護師	15								
	介護職（含：看護助手）	6								
	理学療法士	17								
	作業療法士	8								
	言語聴覚士	5								
	社会福祉士・MSW	3								
	管理栄養士									
	事務職	1								
	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
	他病棟から	64	38.32 %		%		%		%		%
	急性期病院から	101	60.48 %		%		%		%		%
	他の回復期リハ病院から	0	0.00 %		%		%		%		%
	介護老健施設から	2	1.20 %		%		%		%		%
	その他	0	0.00 %		%		%		%		%
	入院 全体	167	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
	居宅（自宅）へ	118	70.66 %		%		%		%		%
	居宅（自宅以外）へ	6	3.59 %		%		%		%		%
	介護老健施設へ	10	5.99 %		%		%		%		%
	福祉施設（特養など）へ	26	15.57 %		%		%		%		%
	他院の回リハ病棟へ	0	0.00 %		%		%		%		%
	院内の急性期病棟へ	0	0.00 %		%		%		%		%
	他の急性期医療機関へ	7	4.19 %		%		%		%		%
	院内の慢性期病棟へ	0	0.00 %		%		%		%		%
	他の慢性期医療機関へ	0	0.00 %		%		%		%		%
	その他	0	0.00 %		%		%		%		%
	退院 全体	167	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、病院から訪問1日目の前日までに病院機能評価ファイル送受信システムにて修正・送信（再提出）された病院機能の現況調査に基づき作成しております。よって、訪問審査中に評価調査者へご報告いただいた訂正内容などについては、本資料には反映しておりません。

1.サマリーの構成

書面審査サマリーは、下記構成となっております。

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

2.本資料中の指標の作成ルール

＜全体に関する事柄＞

・ 回答選択型の項目では、該当するものを■や●で表示しています。

・病床100対： 各項目の数値÷稼働病床数×100 で算出しています。

＜各項目に関する事柄＞

■「I 病院の基本的概要」

□「Ⅰ-1-3 開設者」

評価機構が有する病院データより、下記種類から抽出・表示されます。

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

□「Ⅰ-2-1 診療科別医師数および患者数」

・ 診療科名：診療科にチェックのあるもの、もしくは数値入力のあるものについて、表示しています。

・ 各項目について、下記のとおり算出しています。（「I-2-2 年度推移」の各項目も同様です）

・ 1日当たり外来患者数
年間外来延患者数÷診療日数

・ 1日当たり入院患者数
年間入院延患者数÷365

・ 外来新患割合
(年間外来新患数÷年間延外来患者数)×100

・ 平均在院日数
年間延入院患者数÷{(年間新入院数＋年間退院数)÷2}

・ 医師1人当たりの患者数
1日当たり患者数÷所属医師数

□「Ⅰ-3-1 職員数」

・ 薬剤部門、臨床検査部門、リハビリ部門の合計は、部門別調査票における職員の配置状況から算出しています。栄養部門のみ管理栄養士、栄養士、調理師の職員数の合計数を部門人数として計上しています。

・ 「看護要員」とは、保健師･助産師･看護師･准看護師および看護補助者を指します。

・ 「看護職員」とは、保健師･助産師･看護師･准看護師を指します。

・ 病床100対職員数

{(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