

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」及び副機能種別「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21日～22日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

| | | |
|-------|----------------|----|
| 機能種別： | 一般病院2 | 認定 |
| 機能種別： | 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2

該当項目はありません。

- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）

該当項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は平成元年に、8診療科・一般病床127床で開設された。その後、地域の医療ニーズに応え、診療科の増設、増床、高額医療機器の導入などを図り、基本理念にもある「地域のための病院（コミュニティーホスピタル）」を目指してこられた。さらに、平成24年に100床の回復期リハビリテーション病棟を新設すると共に、予防医療センターと内視鏡センターを開設するなど、病院の役割や機能を明確にして現在に至っている。また、平成27年に特定医療法人の承認を受けられた。

このたびの病院機能評価は2回目の更新審査となるが、病院機能の向上のために全職員が一丸となって取り組んでいる様子がうかがえた。評価項目の多くは適切と判断されたが、一部でさらなる取り組みが期待される項目も認められた。

本報告書を十分活用し、「地域の安心の病院」「地域の信頼の病院」「地域の良質な病院」として、さらに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

理念・基本方針がわかりやすく明文化され、病院内外への周知も適切に行われている。

る。年始の挨拶で病院長が前年の成果のまとめや、今年度の課題・目標を全職員に話すと共に、病院の将来像を明示している。経営実績報告会が病院運営の意思決定会議であり、その他必要な会議や委員会も適切に開催されている。なお、病院の組織図が作成されているが、一部現状の実態と相違があり検討が望まれる。将来を見据えた中・長期計画や年次事業計画が策定され、部署ごとの目標設定と達成度の評価も行われている。病院医療情報システムを使用する職員は、病院医療情報システム利用申請書を医療情報室に提出し、IDの発行を受けるなど、使用権限を設け利用者を明確にしている。文書管理規程が整備され、総務課が一元管理している。なお、診療録等は診療録管理規程に基づき、診療情報管理士が適切に管理している。法令や施設基準を満たす人材が確保されているが、今後、薬剤師の増員による病棟薬剤師の配置が期待される。人事・労務管理や安全衛生管理は、適切に行われている。職員アンケート調査などで職員の意見・要望を把握すると共に、職員の就業支援に向け適切に取り組んでいる。職員の教育・研修では、全職員を対象に、患者の権利・医療の倫理・個人情報保護など必要性の高い研修の計画的な実施について検討されたい。目標管理制度の導入によって職員の能力を把握している。また、外部の教育・研修の参加が推奨されると共に、人財育成委員会が年間教育計画を立て若手職員研修や昇格者研修を行うなど、能力開発にも適切に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

適切な文言で患者の権利が明確にされると共に、擁護されている。病院の役割・機能に照らし、障害者や子どもの権利についても言及されると、さらに適切と期待される。

患者への説明については絵の利用や、高齢者や認知的な制限のある患者には家族同席の下に行うなど、工夫している。また、説明・同意の指針について、新入職員研修や中堅職員のフォロー研修で周知している。診療指針や説明と同意に関する指針・手順においては、わかりやすい説明について言及しており、患者説明用パスの利用で入院や治療の流れが理解しやすいよう工夫している。患者の個人情報・プライバシーの保護については、おおむね適切に対応されているが、病棟における患者との面談がナースステーションの一隅や、場合によって廊下で行われており検討が望まれる。臨床における倫理的課題への対応では、病院としての主要な倫理的課題を明確にすることが望まれる。患者や家族の倫理的課題の把握や対応は現場で適切に行われ、解決困難な事例の上部機関への上申するシステムが確立されている。療養環境の整備と利便性については、来院時のアクセスへの配慮がなされ、院内のバリアフリーが確保されるなど、高齢者や障害者に配慮した施設・設備となっている。さらに、トイレ・浴室の利便性・清潔性・安全性が確保されると共に、快適な病棟・病室環境が提供されている。また、敷地内禁煙が徹底され、禁煙外来を実施するなど、患者・職員の禁煙教育にも適切に取り組んでいる。

4. 医療の質

入院患者満足度調査・外来患者満足度調査や待ち時間調査を実施し、患者の意見を収集している。また、院内各所に意見箱を設置し、患者・家族の意見・苦情を収集すると共に、対応策を立案し患者・家族にフィードバックするなど、適切に取り組んでいる。

症例検討会や外部講師による講演会などを実施し、医療の質の向上に努めている。医療サービスの一環としてサービス内容の可視化を目指した病院年報の内容は、極めて充実しており評価できる。病棟の診療・ケアの管理・責任体制が明確にされ、主治医不在時の対応も適切である。一部の看護管理者が複数部署や役割を兼務しており、看護管理手順により権限移譲は明確にされているものの、業務の円滑な遂行の視点から検討が期待される。診療記録は必要な情報が適時記載されているが、略語集の整備と医師記録の質的監査の実施について検討されたい。また、退院時サマリーの作成率の向上が期待される。患者の診療・ケアにあたっては、定期的なカンファレンスや電子カルテにより情報共有が図られている。また、褥瘡のある患者に対しては、形成外科医や理学療法士・作業療法士などのチームがラウンドを行い、摂食・嚥下障害のある患者に対しては、言語聴覚士や歯科衛生士が関与するなど、多職種が協働して診療・ケアを適切に行っている。

5. 医療安全

院長のライン上に医療安全室を置き、専任の医療安全管理者を配置している。しかし、管理者の権限付与について明文化したものはなく、医療安全室を院長直轄機関とし、管理者の権限付与について明確にすると共に、安全確保に向けての体制整備が望まれる。院内で発生したアクシデント・インシデント事例は年間集計し職員に伝達し、年報としてまとめられている。なお、看護職以外からのインシデント報告は少なく、医師をはじめ他職種の積極的な取り組みによる報告の文化の醸成が期待される。患者誤認防止マニュアルが整備・遵守されている。手術時のタイムアウトの実施は診療科によって異なることから、手術に限らず重要な場面でのタイムアウトなどの誤認防止策の導入について、組織的な検討が望まれる。電子カルテを2014年に導入し、医師の指示箋・処方箋は遅滞なく関係部署に伝達されている。各種検査は結果が出次第、感染症結果は3日から4日後に電子カルテに掲載され、異常値やパニック値は電話やファックスで適切に報告されている。口頭指示は指示を受けた看護師がメモし、電子カルテに入力した後、メモを破棄している。口頭指示の内容確認については明確ではないため、メモ用紙の統一や保存などの運用規定の見直しが望まれる。

薬剤の安全使用において、調剤および抗がん剤のレジメン登録・管理、麻薬や向精神薬の鍵管理は適切に行われている。しかし、夜間は薬剤師がオンコール体制であるため、麻薬が病棟在庫されている。在庫麻薬の使用頻度は年2回から3回であり、麻薬の紛失リスク回避に向け対応の検討が望まれる。医療機器の使用時は使用マニュアルを活用し、始業点検が実施されている。新規医療機器導入時は関連部署での研修が行われ、院

内機器講習会も全職員を対象に年2回実施されている。人工呼吸器使用時は設定条件の確認や使用中の作動確認を看護師・臨床工学技士で行うなど適切である。院内緊急コード「ハリーコード」が設定され、救急カート・蘇生装置の整備や全職員を対象とした心肺蘇生訓練も適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策室を設置し、病棟師長が兼務で院内感染対策管理者になっている。感染対策委員会を毎月開催し、細菌検査状況・指定抗菌薬使用状況・院外の感染情報などを報告している。しかし、ICTは組織されてなく、医療安全のラウンドで同時に院内感染項目をチェックしている。看護部のリンクナースは中心静脈ルート・末梢静脈留置・医療廃棄物など、チェックリストを用いてラウンドしている。しかし、院内感染対策委員長の存在や院内感染対策管理者の権限が明らかではなく、明確にされると共に、ICTの設置についての検討が望まれる。院内の感染発生状況は検査科から院内感染対策室に報告され把握しているが、情報の分析・対応は必ずしも十分ではない。また、アウトブレイクの定義はあるが、より具体的な定義が望まれる。部門別サーベイランス・アンチバイオグラムの作成・JANISへの参加などについて検討されたい。院内感染防止マニュアルを整備し、標準予防策や感染経路別予防策が実践されている。各部署での感染性廃棄物はマニュアルに沿って取り扱われているが、一部の部署で遵守されていない状況が見受けられた。マニュアルの見直しと職員への周知について検討されたい。抗菌薬使用マニュアルが整備され、抗菌薬の採用・削除、カルバペネム系抗菌薬など指定抗菌薬の届け出制は適切に実施されている。起炎菌の特定、細菌分離同定検査や薬剤感受性試験は適切に実施されているが、院内の分離感受性パターンは把握されておらず、また、手術開始1時間以内の予防的抗菌薬使用状況も把握されていないため、検討が望まれる。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページや広報誌などで、病院の診療内容や医療サービスを広報している。さらに、年報やホームページで診療実績を発信しており、情報の定期的な更新も適切に行われている。医療連携課が中心となり、近隣公立病院や診療所、介護福祉施設等と情報交換を密に行い、地域の医療の状況やニーズを把握している。また、各種パス会議、病院協会や医師会等の会議・研修会に参加し、連携を深めている。施設間の紹介・逆紹介への対応も適切に行われている。特定健診・生活習慣病予防検診・胃がん検診の実施、また、地域住民向け健康講座を毎月開催するなど、地域の健康増進に向けて積極的に活動している。さらに、地域病診連携学術講演会の開催や、地域リハビリテーション講座を開催するなど、地域の病院・診療所・薬局・介護福祉施設等に向けた教育・啓発活動も適切に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療においては看護師が初診患者を問診し、各診療科へのトリアージを行っている。外来担当医は診察結果・検査・処置・入院・手術などの治療を適切に説明し同意を得ている。紹介や地域連携パスを用いた入院は、入院判定会議で医師など多職種での協議を経て入院を決定している。一般外来からの入院は医師が医学的に判断し、患者に入院の必要性を説明し患者・家族の希望も考慮するなど、適切に決定されている。診療計画は患者の病態を診断・評価し、患者・家族の要望にも配慮して説明と同意の下、作成され手渡されている。クリニカル・パスは約10件活用されているが、パスの適応率の把握やバリエーション分析には至っていない。

病棟業務において主治医は毎日回診し、病棟スタッフやコ・メディカルに適切な指導を行うと共に、情報交換している。看護師は看護基準・看護手順に基づき、診療補助業務と日常生活援助を行っている。看護方式はチームナーシング方式であり、業務マニュアルに沿って日常看護業務を適切に行っている。投薬・注射にあたっては、医師は薬剤の必要性和リスクを説明し、同意を得ている。薬剤師は薬歴管理・服薬指導を適切に実施し、看護師が注射を実施する際は、PDAを用いた3点認証で実施している。輸血・血液製剤は適正使用指針に基づいて、確実・安全に投与されている。輸血療法後の感染症検査は患者に文書で周知し、100%の実施率であり高く評価できる。手術・麻酔の適応は十分検討され、患者に説明し同意書を取得している。重症患者の管理は病状によって、個室・観察室・院内呼称のICUで適切な管理が行われている。褥瘡の予防・治療にあたっては、入院時に発生予測スケールにより危険因子・日常生活自立度・栄養状態を評価すると共に、必要に応じ褥瘡計画書を立案し栄養褥瘡委員会が介入する仕組みも確立されている。症状緩和については方針や手順が看護基準にあるものの、病院としての統一した基準の整備が望まれる。さらに、麻薬の適正使用に関するガイドラインや評価基準の整備も期待される。急性期リハビリテーションの実施例は少ないが、対象患者にはリハビリテーションの必要性・目標・方法・リスクなどを説明し同意の下、適切に実施されている。身体抑制については身体抑制に関する基本方針に沿って、適切に実施・記録されている。今後、身体抑制の解除に向けた話し合いや記録の充実が期待される。ターミナルステージへの対応では、治療方針やケア計画・DNRについて患者・家族の意向が反映されているが、今後、組織的なターミナルステージへの対応マニュアル整備が望まれる。

<副機能：リハビリテーション病院>

受診に必要な情報がわかりやすく明示され、リハビリテーションの継続を必要とする患者が整形外科や内科などに受診している。急性期病院からの入院依頼については、医療連携課の相談員が事前に診療情報提供書や地域連携パスを整えている。全例に家族面談を行い、必要時には紹介病院を訪問して得られた情報を「フェイスシート」としてまとめ、医師・看護師・療法士・相談員の参加する入院判定会議で入院が決定されてい

る。医師が取得する病歴・身体的所見、看護師による転倒・転落、褥瘡、栄養の各リスク評価と療法士による詳細な初期評価などが適切に行われている。その上で入院診療計画書・リハビリテーション総合実施計画書が作成され、説明・同意を得ている。医師業務・看護師業務、褥瘡予防・治療、栄養管理、生活向上を目指したケアは、適切に実施されている。リハビリテーションはプログラムに基づいて、確実・安全に実施されている。特に、自主トレーニングや家族トレーニングの取り組み、言語聴覚士と歯科衛生士による嚥下自立への取り組み、退院支援や継続した診療・ケアの実施は高く評価できる。今後、患者・家族の心理的・社会的ニーズや患者の症状を把握し、看護計画として援助することが望まれる。身体抑制については早期に解除するための積極的な取り組みが望まれる。また、介護業務の質向上のために、介護福祉士の活用が期待される。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師6人が配置され、処方監査と調剤は薬剤師がダブルチェックを行っている。疑義照会は院内・院外共に薬剤科で適切に対応している。抗がん剤の調製・混合は休日も含め薬剤師が行っており適切である。持参薬の鑑別、D I 室における情報収集・情報発信、院内医薬品集の発行など、薬剤管理機能を適切に発揮している。検体検査はブランチラボと外部委託であり、緊急検査への対応も迅速である。診療放射線技師5人で、C T・MR I 検査は待ち日数なく速やかに実施されている。夜間・休日などにおける画像診断ニーズへの対応も適切である。リハビリテーションにおいては医師の指示に基づいて、リハビリテーション総合実施計画書やリハビリテーションプログラムを作成し、プログラムの評価と改善も適切に行われている。診療情報は電子カルテの活用と診療録管理規程に基づき一元的に管理され、診療情報の二次的利用にも取り組むなど、診療情報管理機能を適切に発揮している。医療機器は臨床工学技士が使用場所をラウンドし、安全使用について点検すると共に一元管理している。数種類の人工呼吸器が稼働しており、標準化が今後の課題と認識されている。使用済み器材の一次洗浄は中央化され、蓋付き回収ボックスで安全に回収されている。

滅菌の質が保証されると共に、リコール発生時の対応マニュアルを整備するなど、洗浄・滅菌機能を適切に発揮している。病理組織検体は院内で迅速に対応し、細胞診・迅速診断・剖検は外部に委託している。報告書・標本の保存、薬品の保管・管理、ホルマリンの対策も適切に行われている。輸血用血液の発注・供給は迅速かつ適切に行われている。血液製剤の廃棄率は0%であり評価できる。手術・麻酔機能や救急医療機能はおおむね適切である。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に基づいた会計処理がなされ、財務諸表も適切に作成されている。会計監査も適切に行われている。医事業務においてレセプトはレセプトチェック機能ソフトによる一次点検の後、紙ベースで出力し事務による点検を行っている。その後、入院レ

セプトはすべて医師が点検を行うなど、適切に取り組んでいる。返戻・査定、未収金への対応も適切である。業務委託の内容や委託の是非については、経営実績報告会で半年に1回検討している。さらに、検討の結果を踏まえ委託業者が適切に選定されている。病院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、年間計画に基づき業者による定期点検や保守管理が行われている。購入物品は医療材料委員会で検証・協議され、物品の選定と購入先が決定されている。物品の入出庫はバーコード等を利用して管理し、すべての物品について年2回実地棚卸を行うなど、在庫管理を含め物品管理は適切に行われている。

災害発生時対応マニュアルが整備され、災害対策本部組織表や緊急時連絡先一覧が明確にされている。また、職員の安否確認システムの導入や、通信手段の確保のためアマチュア無線局を開設している。院内の消防訓練のほか、毎年数多くの災害医療従事者研修や、県・市が開催する総合防災訓練・医療救護訓練に参加するなど、大規模災害時への対応にも積極的に取り組んでおり、極めて高く評価できる。保安業務や医療事故等への対応も適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

臨床研修については、基幹型臨床研修病院ではないのでNAとした。看護・薬剤・リハビリテーション・栄養・医療事務など、多くの学生実習を受け入れている。学生実習の受け入れにあたっては、患者・家族の承諾を取ると共に、医療安全や医療関連感染制御に関する教育を行っている。また、各学校のカリキュラムや指導要綱に則り、実習が行われている。実習生の健康状態や実習中の事故への対応については、「実習に関する協定書」を締結するなど、学生実習は適切に行われている。

□ 患者中心の医療の推進

評価判定結果

□□□ 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 | □ |
| 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 | □ |
| 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 | □ |
| 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 | □ |
| 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 | □ |
| 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 | □ |

□□□ 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 | □ |
| 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 | □ |
| 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 | □ |

□□□ 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 | □ |
| 1.3.2 | 安全確保に向けた情報収集と検討を行っている | □ |

□□□ 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 | □ |
| 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 | □ |

□□□ 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 | <input type="checkbox"/> |
| 1.5.2 | 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |

□□□ 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 | <input type="checkbox"/> |
| 1.6.2 | 高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている | <input type="checkbox"/> |
| 1.6.3 | 療養環境を整備している | <input type="checkbox"/> |
| 1.6.4 | 受動喫煙を防止している | <input type="checkbox"/> |

□ 良質な医療の実践 1

評価判定結果

| | | |
|--------|----------------------------|--------------------------|
| □□□ | 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 | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.2 | 診療記録を適切に記載している | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.4 | 情報伝達エラー防止対策を実践している | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.5 | 薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.6 | 転倒・転落防止対策を実践している | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.7 | 医療機器を安全に使用している | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.8 | 患者等の急変時に適切に対応している | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.10 | 抗菌薬を適正に使用している | <input type="checkbox"/> |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.12 | 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている | <input type="checkbox"/> |

□□□ 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 | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.2 | 外来診療を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.3 | 診断的検査を确实・安全に実施している | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.4 | 入院の決定を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.5 | 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.6 | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.7 | 患者が円滑に入院できる | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.8 | 医師は病棟業務を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.9 | 看護師は病棟業務を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.10 | 投薬・注射を确实・安全に実施している | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.11 | 輸血・血液製剤投与を确实・安全に実施している | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.12 | 周術期の対応を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.13 | 重症患者の管理を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.14 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.15 | 栄養管理と食事指導を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.16 | 症状などの緩和を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.17 | 急性期のリハビリテーションを确实・安全に実施している | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.18 | 安全確保のための身体抑制を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.19 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.20 | 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.21 | ターミナルステージへの対応を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |

□ 良質な医療の実践 2

評価判定結果

□□□ 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 | □ |
| 3.1.2 | 臨床検査機能を適切に発揮している | □ |
| 3.1.3 | 画像診断機能を適切に発揮している | □ |
| 3.1.4 | 栄養管理機能を適切に発揮している | □ |
| 3.1.5 | リハビリテーション機能を適切に発揮している | □ |
| 3.1.6 | 診療情報管理機能を適切に発揮している | □ |
| 3.1.7 | 医療機器管理機能を適切に発揮している | □ |
| 3.1.8 | 洗浄・滅菌機能を適切に発揮している | □ |

□□□ 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 | □ |
| 3.2.2 | 放射線治療機能を適切に発揮している | □□ |
| 3.2.3 | 輸血・血液管理機能を適切に発揮している | □ |
| 3.2.4 | 手術・麻酔機能を適切に発揮している | □ |
| 3.2.5 | 集中治療機能を適切に発揮している | □□ |
| 3.2.6 | 救急医療機能を適切に発揮している | □ |

□ 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

□□□ 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 | □ |
| 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 | □ |
| 4.1.3 | 効果的・計画的な組織運営を行っている | □ |
| 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 | □ |
| 4.1.5 | 文書を一元的に管理する仕組みがある | A |

□□□ 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 | □ |
| 4.2.2 | 人事・労務管理を適切に行っている | □ |
| 4.2.3 | 職員の安全衛生管理を適切に行っている | □ |
| 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 | □ |

□□□ 教育・研修

| | | |
|-------|-----------------------|----|
| 4.3.1 | 職員への教育・研修を適切に行っている | □ |
| 4.3.2 | 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている | □ |
| 4.3.3 | 医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている | □□ |
| 4.3.4 | 学生実習等を適切に行っている | □ |

□□□ 経営管理

| | | |
|-------|------------------|--------------------------|
| 4.4.1 | 財務・経営管理を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 4.4.2 | 医事業務を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 4.4.3 | 効果的な業務委託を行っている | <input type="checkbox"/> |

□□□ 施設・設備管理

| | | |
|-------|-----------------|--------------------------|
| 4.5.1 | 施設・設備を適切に管理している | <input type="checkbox"/> |
| 4.5.2 | 物品管理を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |

□□□ 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 | <input type="checkbox"/> |
| 4.6.2 | 保安業務を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 4.6.3 | 医療事故等に適切に対応している | <input type="checkbox"/> |

機能種別：リハビリテーション病院（副）

□ 良質な医療の実践 1

評価判定結果

| | | |
|--------|--------------------------|----|
| □□□ | 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 | □ |
| 2.2.2 | 外来診療を適切に行っている | □ |
| 2.2.3 | 診断的検査を確実・安全に実施している | □ |
| 2.2.4 | 入院の決定を適切に行っている | □ |
| 2.2.5 | 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | □ |
| 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 | □ |
| 2.2.7 | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | □ |
| 2.2.8 | 患者が円滑に入院できる | □ |
| 2.2.9 | 医師は病棟業務を適切に行っている | □ |
| 2.2.10 | 看護・介護職は病棟業務を適切に行っている | □ |
| 2.2.11 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | □ |
| 2.2.12 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | □□ |
| 2.2.13 | 周術期の対応を適切に行っている | □□ |
| 2.2.14 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | □ |
| 2.2.15 | 栄養管理と食事指導を適切に行っている | □ |
| 2.2.16 | 症状などの緩和を適切に行っている | □ |
| 2.2.17 | 理学療法を確実・安全に実施している | □ |
| 2.2.18 | 作業療法を確実・安全に実施している | □ |
| 2.2.19 | 言語聴覚療法を確実・安全に実施している | □ |

| | | |
|--------|---------------------------|--------------------------|
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.21 | 安全確保のための身体抑制を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.22 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.23 | 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している | <input type="checkbox"/> |

年間データ取得期間： 2014年 4月 1日 ～ 2015年 3月 31日
 時点データ取得日： 2015年 9月 30日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 特定医療法人駿甲会 コミュニティーホスピタル甲賀病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2、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： 静岡県焼津市大覚寺2-30-1

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 | 379 | 379 | 0 | 55.6 | 43 |
| 療養病床 | 28 | 28 | 0 | 96.6 | 300 |
| 医療保険適用 | 28 | 28 | 0 | 96.9 | 300 |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 407 | 407 | +0 | | |

I-1-6 特殊病床・診療設備

| | 稼働病床数 | 増減数(3年前から) |
|--------------------|-------|------------|
| 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 | 8 | 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 | 208 | 0 |
| 亜急性期入院医療管理料病床 | 0 | -30 |
| 特殊疾患入院医療管理料病床 | | |
| 特殊疾患病床 | | |
| 緩和ケア病床 | | |
| 精神科隔離室 | | |
| 精神科救急入院病床 | | |
| 精神科急性期治療病床 | | |
| 精神療養病床 | | |
| 認知症治療病床 | | |

I-1-7 病院の役割・機能等：

| |
|-------------|
| 肝疾患診療連携拠点病院 |
|-------------|

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： 3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

