

# 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「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 9 月 14 日～9 月 15 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	緩和ケア病院（副）	認定

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2  
該当する項目はありません。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院の前身は 1925 年に開院され、その後、周辺自治体の病院組合への参加や増築、増床、診療機能の強化を経て、2013 年に阿伎留病院企業団に組織改編し現在に至っている。地域の中核病院の役割・機能を有し、22 の診療科と稼働病床 305 床のもとで、日々多くの患者の治療にあたっている。急性期・ケアミックス型の総合病院として、地域におけるシームレスな医療と救急医療の提供に日夜尽力されている。また、病院組織を挙げて病院の経営基盤の強化にも計画的に取り組んでこられ、医師の確保や地域医療連携の強化、医療収益の改善が着実に図られていることは大いに評価できる。

今回の病院機能評価の更新受審においては、病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、病院の質向上に継続して取り組んでこられた成果が随所で確認できた。今後とも積極果敢な取り組みを継続され、貴院の現状機能の更なる充実を図られたい。そして地域住民と関連する医療機関からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されることを祈願する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と 5 項目の基本方針は具体的な内容で明文化され、職員や院外への周知がされている。病院幹部は、課題の把握と問題解決に積極的に取り組んでいる。特に、病院長を中心に、長期にわたり病院経営改革と職員のモチベーション向上、地域医

療の発展に尽力しており、病院運営の健全化に積極的に取り組んでいる。また、取り組みの結果、収益も年々改善しているなど、病院長を中心とした病院幹部のリーダーシップは高いレベルで発揮されており秀でている。病院の組織運営は全般的に適切であり、情報管理や文書管理にも適切に対応している。

人材の確保では、貴院が地域の中核病院としての重要な役割を担っていることを鑑み、診療機能の更なる充実のため、医師確保に向けた更なる取り組みを期待したい。人事・労務管理はおおむね適切であるが、すべての職種において有給休暇取得率の一層の向上を期待したい。職員の安全衛生管理では、職業感染防止や職員のサポート体制、院内暴力への対応などは適切であるが、ホルマリンを使用する作業場所での適正な作業環境の整備に引き続き取り組まれない。また、医師を含めた全職員の健康診断受診率 100%達成に向けても継続的に取り組まれることを期待したい。魅力ある職場づくりは全般的に適切である。

職員の教育・研修は、年間の教育研修計画に基づき計画的に実施し、図書機能も充実している。職員の能力評価と能力開発では、人事評価制度の運用や学会・研究会等への参加支援、資格取得のための支援体制を整備し、適切に取り組んでいる。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は適切な内容で明文化され、院内外への周知にも適切に取り組んでいる。説明と同意に関する方針は明確であり、看護師等の同席する必須範囲も取り決めている。患者と診療情報を共有する体制や仕組みを整備し、医療への患者参加を促進する取り組みも行われている。患者・家族等の相談に応じるため、医療福祉相談窓口に対話推進者研修を受講した看護師を常時配置し、多様な医療相談に応じている。また、虐待への対応体制を整備し、休日・夜間でも対応できる体制を採っている。個人情報保護に関する規程・手順等を整備し、様々な方法で職員への周知に努めている。また、患者の個人情報漏洩防止のための仕組みを整備し、診療上や生活上のプライバシーにも配慮している。臨床における倫理的課題への体制と取り組みは、倫理委員会や倫理検討部会を設置し、倫理的な課題の共有および倫理的課題の事例に対する取り組みの方向性を明確にしている。臨床において日常的に生じる倫理的な課題は、各部署において関係する医師、看護職、診療技術部門の各スタッフで検討し、その内容をケアに活かしている。

病院敷地内には来院者用駐車場を整備するとともに、タクシー待機場所などが確保され、アクセスに配慮されている。また、院内に売店などを設置するなど、利便性・快適性に配慮した環境となっている。院内の通路・廊下等はバリアフリーとなっており、車椅子でも利用しやすく、高齢者・障害者にも配慮されている。デイルームが整備されているほか、安全性を確保した療養環境が整備されている。病院敷地内禁煙の方針を明確にし、周知しているほか、禁煙に向けて積極的な取り組みがなされている。

#### 4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望は、意見箱や毎年実施している患者満足度調査等により把握し、患者サービス改善委員会等で改善に向け取り組んでいる。診療の質向上に向けては、症例検討会やCPC、死亡事例検討会などを開催し、クリニカル・パスも積極的に活用している。また、臨床評価指標の基本項目等の分析および各診療科別にDPC データをもとに分析し、ホームページなどに公開している。業務の質改善では、毎年、各部署で医療サービスや業務の質改善に関連した課題について、病院全体で共有できるBSCを作成している。また、TQM 研究発表会を開催するなど、業務の質改善に努めている。さらに、病院機能評価受審に向け継続的かつ組織的に取り組むなど、活発に活動している。新たな診療・技術の導入に関しては、原則として倫理委員会に諮ったのちに実施し、新技術導入に際しての支援体制も整備している。

診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、患者・家族にも明示している。診療記録等は、記載マニュアルに基づき電子カルテに必要な情報を記載し、診療記録の質的点検も適切に行っている。多職種による診療・ケアの実践では、多職種で構成される栄養サポートチーム・褥瘡対策チーム・感染対策チーム・口腔ケアサポートチーム・緩和ケアチームなどの専門チームが稼働し、専門性を発揮したケアが実施されている。高齢者の手術にあたっても、診療科間や他職種との連携が患者の状況に応じてタイムリーに行われており適切である。

#### 5. 医療安全

医療安全確保に向け院長直轄のTQM センター室を設置し、室長（医療安全管理責任者）と専従の医療安全管理者を中心とし、下部組織に各部署のリスクマネージャーを配置している。また、医療安全管理マニュアルを作成し、医療安全管理指針および各担当の役割を明確にしている。医療安全管理部門会は多職種でミーティングを行い、医療安全管理委員会を開催することで医療安全確保に向けた体制を確立している。院内のインシデント・アクシデント事例は報告システムを活用し、関連部署にて分析・検討を行い再発防止に向け取り組んでいる。また、「医療安全管理室だより」や「医療安全ニュース」で事故防止と見直しを積極的に行っている。

誤認防止対策は、名前と生年月日を名乗って貰うことを基本とし患者確認、手術部位のマーキング、手術室や内視鏡室などでのタイムアウトの実施などを徹底している。また、ドレーンの誤認防止もマニュアルを作成し、遵守している。情報伝達は、電子カルテシステムにより指示出しから実施確認まで手順に沿って行っている。一方で、放射線検査で予期せぬ悪性所見を認めた場合の伝達方法の明確化および禁忌薬の誤入力を防止する方法について、システムの検討を期待したい。薬剤の安全使用に向けては、麻薬やハイリスク薬の保管・管理および重複投与や相互作用、アレルギーなどのリスク回避を適切に行っている。全患者に転棟・転落の危険度アセスメントを行い、危険度に応じて看護計画を立案している。転倒・転落発生時は対応フローで観察を行い、必要時は脳外科医師がオンコールでフォローできる体制が整備されている。医療機器を安全に使用するための教育が実施され、使用中

の点検・確認は、チェックリストを機器別に作成し行っている。院内緊急コードがわかりやすい番号で設定され、各部署に共通の表示を行っている。また、BLS の研修も行われている。

## 6. 医療関連感染制御

病院長以下、適正なメンバーで構成される院内感染防止対策委員会を毎月開催している。同委員会には清掃委託業者の責任者も参加し、出席率も良好であるなど、実効性を伴った感染関連事項の報告・審議がなされており評価される。また、院長直属の感染管理者である ICN が実務を担当し、TQM センター長を兼務する副院長はアドバイザー的役割を担っているなど、院内の感染制御に関する体制を整備している。感染制御に向けての情報収集では、総勢 29 名の ICT が ICN の指揮の下、環境班、サーベイランス班、教育・広報班に分かれ活動を展開している。ICT は毎週ラウンドを行い、結果を各部署にフィードバックしている。また、CLABSI、VAP、CAUTI、SSI のサーベイランスを行い、感染防止対策委員会などを通じて全部署で情報共有している。AST による抗菌薬適正使用に関する介入は適正に行われ、最近 3 年間アウトブレイクは発生していない。

医療関連感染制御の活動では、手指衛生や PPE の着用、感染性廃棄物の分別廃棄等を徹底している。なお、感染者の病室に蓋付きの感染性廃棄ボックスを設置しているが、設置場所や注意喚起の表示に配慮するなど、二次感染防止の徹底を期待したい。抗菌薬は、薬剤師や看護師など 10 名で構成される AST が適宜介入し、抗菌薬の適正使用が図られている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、リーフレット、広報誌などを活用して、診療実績や医療サービスに関する情報などを伝えている。広報誌は年 3～4 回定期発行して地域の医療関連施設と行政機関に配布し、リーフレットと「企業長ニューズレター」はほぼ毎月発行している。ホームページの内容は充実しており、適時に更新している。

地域医療連携の取り組みは、地域医療連携センターが中心となり、地域医師会や登録医との意見交換、地域ニーズの把握などに取り組んでいる。紹介患者の受け入れや転院調整、紹介先への返書管理は地域医療連携センターを窓口として行っている。紹介元医療機関への返書管理は、初回来院時の返書はおおむね適切に行われている。

地域に向けての医療に関する教育・啓発活動は、健康出前講座を積極的に開催し、感染管理認定看護師による介護施設での感染予防の啓発に取り組むとともに、医師会が主催する市民公開講座には医師を講師として派遣している。地域の医療関連施設に向けた取り組みでは、地域連携看護介護セミナーや公立阿伎留医療センター研修会を開催するなど、地域の医療技術の向上に努めている。

## 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、ホームページや院内掲示等を通して案内しており、待ち時間への配慮や患者急変時の対応も適切である。外来診療では、プライバシーに配慮し、必要時には上級医や他科の医師に相談し、助言を得られる体制が整っている。診断的検査は、医師が患者に必要性、リスク等を説明し同意を得て実施している。医師は入院の必要性を医学的に検討・判断し、入院後速やかに患者の病態を診断・評価して個別性のある入院診療計画書を作成している。患者・家族からの医療相談に対応する体制を整備し、円滑に入院できる仕組みも整っている。

医師と看護師は、各々の役割と責任に応じた病棟業務を適切に行っている。投薬・注射は安全に配慮して行っている。輸血・血液製剤投与や周術期への対応、重症患者の対応は、適切な管理体制のもと、確実・安全に実施している。褥瘡への対応と栄養管理・食事指導、症状緩和は、多職種による専門チームが関与し、専門職種が連携しながら取り組んでいる。リハビリテーションは、様々な角度から必要性を考慮し、目標や実施計画の作成、リスクの説明も行っている。急性脳梗塞や人工膝関節全置換術の早期リハビリテーション開始率が高いことは評価できる。身体抑制では、全患者を対象に身体抑制・行動制限の必要性を検討・評価し、抑制中の観察も適切に行っている。

患者・家族への退院支援と患者への継続した診療・ケアでは、院内外の専門職種等と連携しながら実施している。ターミナルステージの判定は主治医が行い、医師・看護師・栄養師・リハビリテーションスタッフなど多職種で情報共有し、診療・ケア計画を立案している。また、「人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスマニュアル」に基づき、適切な取り組みがなされている。

### <副機能：緩和ケア病院>

緩和ケアに関する情報は病院ホームページに詳しく掲載されており、入院相談を週3日の予約枠で医師と病棟看護師、MSWが同席して行われている。患者の病態やニーズに合わせて柔軟に入院を受け入れており、地域の患者ががん治療から緩和医療へシームレスに移行することができるように、円滑な患者受け入れ体制を整備している。入院適応を検討するためや診療計画を立てるために必要な検査が行われ、確実・安全に配慮して実施している。入院の決定については患者受け入れに関する方針を明確化し、患者に十分な説明と同意が行われている。医師が中心となり評価を行い、患者・家族の要望だけでなく、他の職種の視点からの評価も加味して診療計画を立案している。また、看護計画、ケア計画についても患者・家族の要望や多職種との情報共有をもとに作成している。患者・家族からの相談には、MSWや緩和ケアチームが対応している。

人生の最終段階において患者・家族が納得のいく治療・ケアを受けることができるように、医師や看護師、MSW、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、栄養士などの多職種が、患者の訴えを受け止め、痛みを緩和し、希望を叶えることに専心している。医師がリーダーシップを発揮し、地域医療連携センターのMSWが積極的に患者を受け入れ、病棟看護師が他部署と連携し患者に寄り添いケアを展開してい

る。薬剤師は、緩和ケア患者の服薬指導や医師、看護師などからの薬剤に関する問い合わせに随時対応している。すべての入院患者に対し、褥瘡発生のリスク評価を実施し、必要に応じて適切なケアを実践している。また、食事については患者・家族の意向の尊重、嚥下機能への配慮に努め、病状の進行に合わせた栄養管理がなされている。

疼痛緩和の評価が実施されカンファレンスでは、痛みのケアに関する評価を多職種で行っている。リハビリテーションは患者病態やニーズに応じて処方され、QOLを高めるプログラムの実施などもされている。身体抑制は行わないことを原則に、身体抑制回避、早期解除に向けた取り組みがなされている。退院支援は、カンファレンスの中で様々な情報を共有し、病状の変化をみながら行っている。退院後にも継続が必要なケア内容は、診療情報提供書、看護サマリーに記載し、申し送られている。患者の病態や症状変化をもとに、医師、看護師などによる多職種カンファレンスにおいて生命予後の判断を行っている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

各部門・部署はおおむね適切に機能を発揮しており、良質な医療提供と高度な診療機能に大きく貢献している。薬剤管理機能では、処方鑑査や疑義照会、持参薬管理を適切に行い、情報の収集・発信も随時行っている。臨床検査機能は24時間体制で対応し、迅速な検査結果の報告とパニック値の確実な伝達、精度管理への対応など、適切に機能を発揮している。画像診断機能は24時間体制で検査を行うとともに、CT・MRIでは全例で放射線科医による読影と報告書作成を行っている。誤認防止や転倒・転落防止対策、造影剤アレルギー対策など、安全面にも配慮がなされている。

栄養管理機能は、調理室の衛生管理を徹底し、管理栄養士による年4回の嗜好調査や毎日の残食調査等により献立の見直しや食事の質改善を進めている。リハビリテーションは、各科の主治医や病棟スタッフと連携を密にして、定期的なカンファレンスなどによりリハビリテーションの評価を共有している。なお、連続性の更なる向上に向け取り組まれることを期待したい。診療情報管理機能では、診療情報の一元的な管理や量的点検を適切に行っている。医療機器は、原則、病棟や各部署には定数は置かず、臨床工学室から必要分の貸し出しを行うなど、一元的に管理している。洗浄・滅菌では、中央滅菌室内の入り口から払い出しまで完全にワンウェイ化され、滅菌精度の保証も確実に行っている。

病理診断業務は、非常勤病理医の体制ではあるが、数多くの病理検査を行っており、剖検や術中迅速診断にも対応している。放射線治療機能は定期的に精度管理がなされ、安全・確実に行う体制を整備している。輸血・血液管理機能も確実・安全な輸血療法を行う仕組みを整備している。手術・麻酔機能は、充実した体制のもとで確実・安全に機能を発揮している。救急医療機能は、原則断らないER型救急医療を実践し、24時間365日、主に西多摩医療圏の救急患者を受け入れている。虐待やドナーカード保持者への対応も適切に行っている。

## 10. 組織・施設の管理

予算編成から会計処理まで規程に則って実施し、財務諸表等も適切に作成している。会計監査は、企業団の監査委員による出納検査を毎月実施し、経営状況は毎月の執行部経営会議で把握・分析され職員に周知している。医事業務では、窓口収納業務やレセプト請求業務を手順に基づき実施し、施設基準遵守のための体制を整備しており、未収金管理も適切である。業務委託では、業者選定や委託業務の実施状況の把握、委託職員に対する教育・研修なども適切に行っている。

病院の機能に応じた施設・設備を整備し、管理体制も明確である。中・長期保全計画を作成し、医療ガス設備体制や廃棄物処理も適切に行っている。購入物品の選定や在庫管理、ディスプレイ製品の管理も適切である。

災害時への対応体制は災害拠点病院としての各種要件を満たしており、保安業務では病院内の安全性の確保に適切に取り組んでいる。医療事故発生時の対応手順を整備し、訴訟時の対応体制も整備しており適切である。

## 11. 臨床研修、学生実習

基幹型の臨床研修病院として、現在5名の初期臨床研修医に対して研修プログラムに基づき教育を実施している。指導医によるマンツーマンの指導を行い、指導記録や評価、研修レポートが適正に作成されている。また、研修医に対する看護師の評価も取り入れ、2年目修了時には指導医に対する研修医の意見を聞く体制となっている。その他の職種においても、新規採用者研修を担当する部署を明確化し、院内統一のツールで全ての部署において研修プログラムや研修計画の策定・評価を実施している。専門職種の初期研修は適切に行われている。

学生実習では、医学生や看護学生、養護教諭、理学療法士など、様々な職種で多くの実習生を積極的に受け入れている。受け入れ窓口を総務課人事係とし、受け入れ契約書を確認した後、決裁で承認を得ている。実習は担当部署の実習指導者がカリキュラムに沿って実施し、学生の評価と指導内容を依頼元と学生に確実に報告している。医療安全や感染防止、個人情報保護など、実習生への教育・注意喚起が行われ、事故発生時の対応はあらかじめ依頼元と協議して取り決めているなど、学生実習への対応は適切である。

# 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
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
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
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
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
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	A
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
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
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
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
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
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
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
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
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	A



1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	A
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
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
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
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	受動喫煙を防止している	A

## 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
2.1.2	診療記録を適切に記載している	A
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
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
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
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A
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
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A
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
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
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
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
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
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
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	A

## 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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A
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
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A
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
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	B
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A

## 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
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	S
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
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
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
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	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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
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
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A
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
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

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
4.5.2	物品管理を適切に行っている	A
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
4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

# 機能種別：緩和ケア病院（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
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
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
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
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
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	A



年間データ取得期間： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2020 年 3 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公立阿伎留医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 東京都あきる野市引田78-1

## 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	305	305	-5	69.8	15.7
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	305	305	-5		

## I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床	6	+0
集中治療管理室 (ICU)		
冠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	17	+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	40	-5
地域包括ケア病床	43	+43
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	16	+0
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

災害拠点病院(地域), DPC対象病院(Ⅲ群)

## 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： 3 人 2年目： 2 人 歯科： 0 人  
☐ 2) いない

## I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

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

## I-2 診療科目・医師数および患者数

## I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

[illegible]

## I-2-2 年度推移

		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)		2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数		638.34	650.32	654.90	98.16	99.30
1日あたり外来初診患者数		88.32	89.40	85.28	98.79	104.83
新患率		13.84	13.75	13.02		
1日あたり入院患者数		212.88	215.51	222.69	98.78	96.78
1日あたり新入院患者数		13.62	12.67	12.83	107.50	98.75