

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および10月12日～10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	慢性期病院	認定
------	-------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、伊勢慶應病院として主に若手医師の研修機関としての役割を果たしつつ、伊勢赤十字病院等とともに伊勢市の総合病院として中核を担ってきた。伊勢慶應病院の閉院にあたりこれを引き継ぎ、2003年10月から医療法人全心会 伊勢慶友病院となり、現在は主にケアミックス型の慢性期病院として伊勢志摩地区の療養病床のほぼ半数を担っている。2023年4月には新築移転の計画があり、新病院での強化事業として、透析、リハビリテーション、栄養指導、人材育成、情報システムの充実を目指している。また、伊勢志摩サブ医療圏の主要4病院で地域が一つの病院の様に機能する医療連携を理想としており、その実現に向けて貴院の機能を十分に発揮され、地域医療にますます貢献されることを祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

グループ共通の理念が定められ、それを踏まえた基本方針とともに院内掲示やホームページなどにより、院内外に広く周知を図っている。2023年の新築移転を控え、幹部はそれぞれの立場で課題を明確にし、その解決に向けリーダーシップを発揮している。運営会議が病院の意思決定会議として位置付けられ、病院運営に必要な諸会議、委員会も適切に組織されている。中長期計画・事業計画の内容については明確な計画となるよう検討されたい。現在は部門別システムからのデータを診療実績、臨床評価指標の一部に活用しているが、新病院移転に併せて電子カルテ、オーダーリングシステムの導入が予定されており、今後の活用に期待したい。文書管理は、承認の仕組みおよび管理すべき文書の見直し、保存期間の設定を望みたい。

人事・労務管理は、諸規則の整備は適切であり、有給休暇取得率の向上について取り組みの成果がある。職員の安全衛生管理はおおむね適切であるが、特定化学物質作業主任者の配置が望まれる。職員の意見や要望の把握は、所属長との面接を通して行われており、職員意見箱の設置もある。福利厚生の一環としての取り組みも適切である。教育研修への取り組みは、教育研修委員会が中心となり計画的な研修体制がある。職員の能力開発は、従前から全部署に全職員・全職種を対象としたクリニカルラダーが実践されており、能力開発のみならず魅力ある職場づくりにも成果を上げていることは高く評価される。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内外への周知も適切に行われている。診療記録の開示対応も適切である。インフォームドコンセントの体制は整えられており、説明時の同席や同席者の記録も行われている。入院前の患者・家族との面談で診療情報の共有を図り、療養への協力を促している。患者との対話促進は地域連携室のMSWにより各種相談を含め適切に行われ、各種カンファレンスを通して院内の情報共有も図られている。個人情報保護は規程の整備、院内掲示など適切であり、診療現場のプライバシーも適切に保たれている。臨床における倫理的課題への取り組みは、方針・規程が整備され、外部委員を含めた倫理委員会や医局会で検討されており適切である。

療養環境の整備等については、駐車場の整備、外来患者の無料送迎、入院生活に必要なサービス提供など適切である。建物の老朽化は否めないが、バリアフリーの確保、車椅子等の配備など高齢者・障害者に対して配慮されている。療養環境については構造上手狭な部分もあるが、必要なスペースは確保され、整理整頓も行き届いている。受動喫煙防止については敷地内禁煙の実施、禁煙外来の開設があり、ポスター掲示など禁煙推進に取り組んでおり、職員喫煙率も減少している。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見は、ご意見箱、退院アンケート、外来アンケートで収集し、直接聞いた意見・苦情などはインシデント・レポートで集約されている。意見等は該当部署で対策を検討後、運営会議に諮られている。フィードバックのサイクルは工夫を望みたい。診療の質向上に向けて、定期的な医局会があり、新入院患者や画像診断の検討、デスカンファレンスなど適切に取り組んでいる。診療ガイドラインの活用もある。TQM活動を通して部門横断的な取り組みがある。各種立入検査等への対応体制も適切である。新たな診療・治療方法や技術導入については、ヒト型ロボットの導入や血液透析の導入実績があり、いずれも倫理的配慮を検討し導入を図っている。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟での責任者は明確になっており、当日の担当者、ベッドネームの明示も適切である。主治医不在時の対応も明確になっている。診療記録は適切に記載されており、病歴管理委員会による質的点検も実施されている。入院時の合同カンファレンス、医療安全、感染対策の委員会活動、褥瘡回

診など多職種が協働して適切に取り組んでいる。

## 5. 医療安全

医療安全管理マニュアルが整備され、医療安全管理委員会が設置されている。看護部長および看護師長が医療安全管理者研修の受講済みであり、実務を担当している。インシデント・アクシデント・クレーム報告書による情報が収集され、リスクマネジメント委員会で分析、現場へのフィードバックの体制も適切である。

患者誤認防止のためマニュアルに患者確認手順が明文化されており、誤接続防止のシリンジ、リストバンドなど物理的な対策も取られている。医師の指示出し・看護師の指示受けの体制、口頭指示への対応も適切である。薬剤については、麻薬の保管、ハイリスク薬の管理は適切であり、複数の規格がある薬剤の管理も工夫されている。転倒・転落防止は、リスク評価に基づく個別の対応がなされており適切である。転倒発生時の対処フローシートに基づき対処方法も定められている。医療機器は臨床工学技士による管理体制が整い、看護職への研修も実施されており適切である。急変時の院内緊急コードの設定、招集訓練も行われており、全職員を対象にBLS 訓練、AED 使用訓練が定期的に実施されている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染管理委員会が組織され、感染リンクナース委員会の活動や感染制御チームによる院内ラウンドが行われており適切である。耐性菌、薬剤感受性結果などを把握・検討しており、院内 LAN で情報発信を行っている。院外からの情報収集体制も確立している。

感染制御に向けた活動は、手指消毒剤の設置、手洗い励行、新型コロナウイルス感染症対策も含め常時マスクの着用、環境表面清拭消毒など適切に行われている。PPE の設置方法については工夫を期待したい。抗菌薬の採用・中止の検討は薬事審議会で行われており、使用状況等は医療関連感染管理委員会で把握・検討され、医師へのフィードバックの体制も適切である。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は主にホームページで行われているが、広報誌を年4回、各1,500部をポスティングで配布するなどの取り組みがある。診療実績や臨床指標の公開も適切である。地域医療機関や施設の情報は地域連携室が把握し、地域連携会議などを通して地域連携は密に行われている。紹介患者の管理方法に工夫を期待したい。地域に向けた教育・啓発活動は、現在はコロナ禍で制限があるが、地域のイベントでの健康相談や自院敷地での夏祭りの開催、「街の保健室」での講演活動など適切に取り組まれている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付に総合案内があり、スムーズな患者の受け入れが図られている。再来受付機の活用もある。新型コロナウイルス感染症への対応も含め建物外に発熱外来を設けている。全診療科共通の外来カルテで患者情報の共有が図られており、診断的検査は必要性の説明と同意のもと適切に実施されている。入院の決定は多職種で構成された病床コントロール委員会で判定され、受け入れ困難な場合の対応も適切である。診療計画は迅速に作成され、患者・家族の要望も取り入れている。ケア計画は入院時に多職種の合同カンファレンスで情報共有を図り、それぞれ診療計画に沿って作成されている。医療相談は看護師が受けることも多いが、地域連携室のMSWにつないで対応し記録も残している。入院は急性期病院からの転院が主で、一般病棟で受け入れてから療養病棟に転棟している。転棟時のオリエンテーションも適切に行われている。

医師は定期的な回診、カンファレンスでの情報共有など病棟業務を適切に実施している。看護・介護職の業務手順等は整備されチームナースिंगおよび一部機能別で適切に業務が行われている。介護福祉士の組織的な位置付けを明確にされることが望まれる。必要に応じて専門職との情報共有、脳神経外科や神経内科の医師に対診を求めるなど、心身両面からの診療・ケアに配慮している。投薬・注射は確実・安全に実施されているが、薬剤師による薬剤管理指導への積極的な取り組みを望みたい。輸血はマニュアルに従い適切に実施されており、患者の観察記録も適切である。重症患者の管理、褥瘡の予防・治癒への取り組みは適切である。栄養管理は適切であるが、栄養指導の積極的な取り組みとNSTの活動を期待したい。症状緩和は、緩和ケアマニュアルに基づき適切に対応している。リハビリテーションは、多職種が連携して対応する体制がある。自立支援に向けて院内デイケアなどを取り入れている。身体抑制はやむを得ない場合に限られ、説明と同意のもとに実施している。退院支援は入院時から退院スクリーニングが行われ、多職種が協働して取り組んでおり、退院後の継続した診療・ケアへの体制も適切である。ターミナルステージへの対応は同意書による意思確認のもとに適切に対応されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬局における処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査は適切に行われている。臨床検査における異常値・パニック値への対応、精度管理は適切である。画像診断における放射線科専門医の読影体制もある。栄養科はハサップ対応の衛生管理体制があり、新築移転に備え現在のクックチル方式からクックサーブ方式への変更を目指している。リハビリテーションは病棟スタッフとの情報共有を図りながら実施され、退院後の継続体制も適切である。診療情報は、新築移転後に電子カルテの導入を予定している。現在の紙カルテにおける量的点検等は適切に実施され、退院時サマリーの2週間以内作成率も100%である。医療機器は、臨床工学技士により一元管理されている。洗浄・滅菌の作業環境は手狭であるものの、一次洗浄・消毒は中央化されている。

病理検査は外部委託で行われている。輸血の件数は限られているが、手順に従い安全に実施されている。救急患者の受け入れ方針と手順が整備され、受け入れ不可の場合の対応も適切である。

#### 10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に従い適切である。月別予算の策定、経営状況の院内での把握・情報共有の体制について検討を期待したい。医事業務の窓口体制などは整っているが、レセプトの点検体制については検討を望みたい。業務委託は限られており、障害者施設との清掃委託など前向きな取り組みがある。

施設・設備の保守点検などは計画的に実施され、全職員によるクリーンタイムの設定など清潔管理・感染予防への取り組みは適切である。感染性廃棄物の取り扱いについては確実に行われたい。物品管理は中央材料室が物品庫を兼ね、発注・検収、棚卸の体制など適切である。防災マニュアル、災害時の対応はBCPも整備され、訓練の実施、非常時の飲料水・食料品・医薬品の確保など適切である。保安業務は事務と施設課職員による当直の体制があり、防犯カメラの配備もなされている。医療事故への対応はマニュアルが整備され、原因究明や再発防止に向けた組織的な対応、弁護士参加の体制など適切に取り組まれている。

#### 11. 臨床研修、学生実習

学生実習は、看護やリハビリテーション療法士の定期的な受け入れ、栄養士や事務職の受け入れも行われている。いずれも学校側との取り決めをもとに必要なオリエンテーションを経て受け入れており、患者・家族への説明・承諾も適切に行われている。

# 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
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	A
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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
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



2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体抑制を回避・軽減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	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	A
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	NA
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	NA
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	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	B
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	B
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
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	S
4.3.3	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	B
4.4.2	医事業務を適切に行っている	B
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	B
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

年間データ取得期間： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2021 年 7 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人全心会 伊勢慶友病院

I-1-2 機能種別：慢性期病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：三重県伊勢市常磐2-7-28

## 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	40	40	+0	71.7	19
療養病床	173	173	-40	88.6	108
医療保険適用	173	173	-40	88.6	108
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	213	213	-40		

## I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析		
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床	47	+0
地域包括ケア病床		
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

## 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

[illegible]

## I-2-2 年度推移

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
1日あたり外来患者数	85.67	104.93	109.44	81.64	95.88
1日あたり外来初診患者数	7.28	7.90	8.84	92.15	89.37
新患率	8.50	7.53	8.08		
1日あたり入院患者数	184.61	209.68	205.67	88.04	101.95
1日あたり新入院患者数	1.79	3.33	2.10	53.75	158.57