

病院機能評価
審査結果報告書

2021年度実施

医療法人社団飯盛会 倉光病院

訪問審査実施日 2021 年 6 月 8 日～6 月 9 日



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

ご 挨 拶

日本医療機能評価機構の事業の推進につきましては、日頃から何かとご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、先般お受けいただきました病院機能評価について、審査結果報告書がまとまりましたので、ここにお届け申し上げます。報告書の取りまとめにつきましては十分に配慮したつもりですが、不明の点、あるいはご意見・ご要望などがありました場合は、文書にて当機構までお問い合わせください。

病院機能評価は、病院が組織的に医療を提供するための基本的な活動（機能）が、適切に実施されているかを第三者の立場から評価するものです。病院は、評価を受けることにより、自身の強みと課題を明らかにすることができます。そして、その強みを活かし、また課題を改善するための努力を行うことによって、医療の質向上を図ることを第一の目的としております。

本報告書が貴院の自主的で継続した質改善活動や患者サービスの向上の一助になることを願っております。

今後とも、当機構の事業の運営につきまして宜しくご支援を賜りますようお願い申し上げます。

公益財団法人日本医療機能評価機構
代表理事 理事長 河北 博文

審査結果報告書について

1. 報告書の構成

- ☐ ご挨拶
- ☐ 審査結果報告書について（構成と読み方の説明）
- ☐ 総括
- ☐ 評価判定結果

2. 報告書の内容

（１）総括

病院の役割や性格を踏まえたうえで、病院全体の総合的な所見を述べています。

情報提供に同意いただいた場合、公開の対象となります。

（２）評価判定結果

中項目（自己評価調査票の中で３ケタの番号がついている項目）の各評価項目の最終的な評価結果を示したものです。

評価にあたっては、評価調査者が「評価の視点」「評価の要素」および病院の「活動実績」について、資料（各種議事録、診療記録など、日々の活動実態が分かるもの）や現場訪問、意見交換などを通じて確認しております。

また、一時点（訪問審査当日）のみを対象とするのではなく、改善活動に継続的に取り組まれている状況や医療を取り巻く社会の動きなどを考慮して、総合的に中項目を評価したものです。

中項目評価は４段階で行われ、「S」「A」「B」「C」で表記しました。評価結果の解釈はおおむね以下の通りです。

評価	定義・考え方
S	秀でている
A	適切に行われている
B	一定の水準に達している
C	一定の水準に達しているとはいえない

※更新受審の場合は、前回受審の結果および期中の確認の内容と比較して評価しています。

※各項目で求められている事項が、病院の役割や機能から考えた場合に必要ない（当該事項が行われていなくても妥当である）と考えられる場合には「NA」（非該当）としています。

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および6月8日～6月9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	精神科病院	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 精神科病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1969年に開設され、福岡市の西部地区の精神科医療と福祉を担い、地域社会に貢献し、半世紀余年の幾星霜を重ねて現在に至る。「慈愛と奉仕の精神で心安らぐ医療と福祉を提供し、地域社会に貢献します。」の理念達成に精励し、精神科・内科・歯科を標榜し、精神科急性期治療病棟、精神療養病棟に機能分化した単科精神科病院である。

グループホームの開設や、社会福祉法人を設立し、多様なサービス提供に努める一方で、電子カルテの導入など、病院機能の多角的な強化を図っている。また、チーム医療を積極的に推進し、入院治療から社会復帰、自立への継続支援を行うために多彩なプログラムを展開している。社会福祉法人事業として、身体障害者療養施設、地域密着型特別養護老人ホーム、障害者支援施設、グループホーム、保育園などを整備し、地域の医療・介護・福祉の拠点とした活動が連綿と続いている。

積極的な治験への取り組み、依存症への治療強化、就労支援促進、地域企業と住民への貢献、経営の安定化および組織強化など、組織体制の強化を目指し、「今こそが変化の時」と不退転の決意に卓越したリーダーシップで、職員の就労意欲を高めていることは高く評価したい。貴院が52年の歴史を礎に、法人内外の連携を更に充実させ、この地において地域から信頼され、愛される病院を目指し、最善の医療提供をされることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明示し、患者・家族や病院関係者へ周知している。管理者は具体的な将来計画を職員に示し、課題の解決に組織的に取り組んでいる。また「最善と考えられる医療と福祉の提供」の達成に向けて、遺憾なくリーダーシップを発揮している姿勢は他の模範である。病院運営上の意思決定会議は、経営会議である。各種会議や委員会が定期的に行われ、議事録もある。診療情報管理マニュアルに沿って、円滑かつ効率的な運営を図るため組織横断的に活動している。IT推進室を新設し、電子カルテは2021年8月から稼働予定である。院内文書は文書管理規程に基づいて行い、組織として管理する体制がある。

常に人材確保に努め、病院機能に応じた職種・人数を配置している。人事・労務管理は、就業規則および各種規程を整備し、職員の労働意欲を向上させる取り組みがある。労働衛生委員会は毎月開催し、職員検診や職員への精神的なサポートも適切である。意見・要望は積極的に取り入れ、風通しの良い職場環境となっている。職員が意欲を持って業務に取り組むサポート体制や充実した福利厚生を提供している。

教育接遇委員会は機能し、全職員対象に継続的な教育・研修を行っている。職能資格制度運用規程に基づく人事考課を実施している。能力に応じた院内資格制度を設定し、職員の自己啓発の支援をしている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内掲示・ホームページ・病院案内などで、患者・家族や職員に周知している。権利の研修会を年1回行っている。説明と同意は丁寧に患者に実施し、セカンドオピニオンへの対応も行っている。多職種で作成した治療計画は、クリニカル・パス、入院診療計画書として提供している。疾病教育、心理教育は看護師と臨床心理士を中心に他の専門職との連携で患者参加を促進している。患者からの相談業務は医療福祉相談課がサポートし、内容の共有化と関連部署への報告を行い、プライバシーに配慮した上で患者の支援体制の確立に努めている。個人情報保護規程を整備し、研修会を継続的にしているほか、診療におけるプライバシーに配慮している。また、USBの使用は物理的に規制している。倫理臨床倫理の課題は人権擁護委員会で検討し、毎年、倫理・個人情報をテーマにした研修会を行っている。患者・家族の倫理的課題は、毎朝行う多職種参加のブリーフィングで共有し、検討している。

病院へのアクセスは、最寄り駅との循環シャトルバス駅を運行している。駐車場・駐輪場を設置し、歯科・理容・売店も整備されている。病院全体はバリアフリーで、手摺りの設置や車椅子の準備など、高齢者・障害者に配慮した施設・設備である。エントランスホールや待合室は、ゆとりがあり温かい家庭的な雰囲気であるなど、癒しの空間が提供されている。全館禁煙となっており、職員への禁煙促進として、禁煙チャレンジ奨励金制度がある。

4. 医療の質

各部署に意見箱を設置しているほか、満足度調査などを実施し、患者・家族の意見に対して真摯に取り組んでいる。診療の質の向上に向けて、毎週、医師全員が参加する症例検討会を行っている。業務の質改善は、部門横断的な活動を行っているほか、病院機能評価を継続的に受審するなど、継続的な改善活動に取り組んでいる。新たな診療・治療方法として、抗精神病薬の適用外使用について主治医が説明をし、病院独自の依存症認定専門士制度により知識・技術の支援を積極的に行っていることは高く評価される。

病棟の入り口に管理・責任体制を明示している。診療記録委員会で、診療の質を高める検討をし、退院時サマリーの作成率の徹底を図っている。患者の診療・ケアは、多職種によるカンファレンスを行い、更に多くの治療プログラムでカンファレンスの回復治療の支援に取り組んでいる。

5. 医療安全

医療安全管理委員が組織横断的に活動している。全職員対象の研修会の開催や医療安全ラウンドを行うなど、安全確保の体制は整備されている。医療安全管理委員会が、各部署からのアクシデント・インシデントレポートを収集・分析し、再発防止に継続的に取り組むなど、医療安全の文化が醸成されている。

患者・部位・検体の誤認防止対策は、複数職員によるダブルチェックで注意を喚起している。医師の指示出し・指示受けはマニュアルに基づいて適切に行っている。薬剤の安全使用については、重複投与や取り違いなどについて薬剤師が注意喚起をしている。全患者に転倒・転落アセスメントチェック表でリスク評価を行い、患者の個別性を考慮して防止策を図っている。医療機器は使用場所で日常点検を行い、医療機器安全使用に関する研修会を行っている。急変時マニュアルが整備され、緊急コールを設定し、救急カート内は点検整備されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染に関する体制を明文化し、マニュアルを整備している。また、院内感染防止対策委員会が定期的開催され、医療感染制御活動に継続的に取り組まれている。医療感染制御の情報は委員会で報告しており、アウトブレイクの対応も適切である。

病棟における標準予防策や、手洗いの遵守等を励行し、個人防護用具の必要な場所への配備と着用も適切に行われている。抗菌薬は抗菌薬使用マニュアルを整備し、使用は薬事審議会で検討している。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページ・入院案内・広報誌などで、病院理念や受診の流れなどを発信している。病院機能評価の結果も公表している。地域連携室が地域との円滑な連携を図り、地域とは顔の見える環境づくりを行い、地域包括ケアの充実に精励されている。特に医局とは円滑な連携を図り、断らない医療の徹底に尽力している。医師、

看護師、精神保健福祉士が、保健所の各種相談会に積極的に参加し、地域の健康教室に講師派遣を行い地域住民の健康増進、啓発に大きく寄与している。今般、地域住民を対象に新型コロナウイルス感染症のワクチン接種を病院で行うなど、地域への健康増進に大きく寄与している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者を円滑に受診できる体制を整え、外来患者の情報は関係者で把握している。自院で行えない検査は、他の病院と円滑な連携で安全に行っている。任意入院、医療保護入院および措置入院の管理は、精神保健福祉法を遵守し適切に行っている。医療保護・措置入院については、入院形態の変更をするための努力をしている。身体的合併症を把握し、患者・家族の意見を取り入れた診療計画が多職種で作成されている。患者・家族からの相談は、地域移行推進課が個別性を尊重し行っている。入院による不安軽減のために、患者は事前に丁寧な説明を受けた後に入院している。行動制限に関するマニュアルは整備され、主治医による説明が行われているなど、入院中の処遇は適切に対応している。

医師は定期的に回診し、チーム医療にリーダーシップを発揮し、毎日スタッフ間の情報交換をしている。看護師は看護基準・手順などに沿って、看護計画の立案とケアを適切に提供している。投薬・注射は確実・安全に行い、単剤化への取り組みも検討している。褥瘡発生のリスク評価は、褥瘡回診を行うなど医師を含めた多職種で防止対策をしている。入院時の栄養スクリーニングで栄養計画を立て、NST委員会が活動している。症状などの緩和については多職種カンファレンスで検討し、患者の苦痛緩和に努めている。急性期および慢性期のリハビリテーションは、入院当初から取り入れ、歯科医師・看護師など多職種で検討されている。隔離・拘束は精神保健福祉法を遵守し、多職種カンファレンスで情報の共有化を図って最小化に努めている。過去10年間、身体拘束した事例がなく、病院全体での拘束最小化への取り組みについては高く評価したい。患者・家族の意見を聞きながら多職種カンファレンスで退院支援を行い、社会復帰施設などとの連携により、きめ細かなサービスを提供している。ターミナルステージの対応はマニュアルを整備している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬局における薬剤管理や調剤は適切で、必要な情報を医師・看護師に提供している。今後、休日前にも注射薬の1施用調剤の実施を期待したい。臨床検査および画像診断は、病院の規模・機能に応じた適切な機能を発揮している。栄養管理は適時・適温の提供がされ、厨房内の清潔管理なども適正に行われている。リハビリテーションは入院当初から訓練を積極的に行い、定期的な評価も見直されている。診療情報はIT推進室を新設し、2021年8月から電子カルテを導入するなど、診療情報の一元化を更に充実する体制の整備を推進している。

医療機器は一元的に管理され、緊急時の対応も整備されている。洗浄・滅菌は滅菌の質保証および滅菌物の保管・管理は適切である。精神科救急は地域の精神科救急輪番制に参加している。

10. 組織・施設の管理

毎月の経営会議で予算管理、経営状況を把握している。また、幹部は安定した経営基盤の確立に向けリーダーシップを発揮している。医事課職員は親切で丁寧な受付対応および診療報酬業務など、広範囲におよぶ業務を迅速かつ適正に行っている。業務委託は厳正に委託業者を選定し、従業員教育や事故発生時の対応手順も整備している。

施設・設備管理は、総務課員が定期点検やラウンドで、全般的な施設管理をしている。物品管理は、外来治療部長の統括で、効率的な管理をしている。

防災計画を整備し、緊急時への対応も確立している。夜間緊急時の対応には30数名の職員が確保されている。夜間・休日は警備会社が保安業務を行い、緊急通報システムも整備している。医療事故は発生時マニュアルを整備し、対応も適切である。

11. 臨床研修、学生実習

医師、看護師および作業療法士の実習施設として、実習教育の質向上に取り組んでいる。特に医療安全、医療関連感染制御、実習中の事故対応および個人情報保護などの教育・指導を徹底している。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1 患者の意思を尊重した医療

1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>患者の権利は具体的に6項目を挙げ、病院パンフレットなどに適切に示されている。職員へは入職時と毎年10月に周知され、2か月に1回、第1木曜日に開催される人権擁護委員会にて各部署で検討がなされている。診療記録の開示は毎年3件程度あり、診療録開示委員会を速やかに開催し、原則的に全例開示を原則に適切に行われている。患者預り金の管理および農作業からの作業収益金の処理も適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>説明と同意に関する方針・手順は、明確に整備され統一書式を院内で使用している。入院や治療に関する全ての同意書に署名を得る手順を確立している。入院時には病院パンフレットを活用し、患者の権利について説明し、同意を得ている。その際に同席している職員は、その記録も診療録に残している。セカンドオピニオンについての提示や手順は、マニュアルを整備されているが、実績はない。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>治療に必要な患者の情報収集は、主に地域移行推進課の精神保健福祉士が担当し、その情報を多職種で共有している。多職種で作成した治療計画はクリニカル・パスや入院療養計画書として、患者・家族に提供されている。クリニカル・パスは統合失調症・認知症・気分障害・アルコール依存症・ギャンブル依存症の5種類が確立されおり、疾患に合わせて活用されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>総合的な相談窓口を設置しており、パンフレットへの記載もある。医療福祉相談課の精神保健福祉士が、年間 7,953 件の相談（社会福祉相談・退院相談・その他の医療相談・受診相談）に対応している。相談記録はまとめており、情報の共有化を図っている。担当者はカンファレンスに参加し、退院後の患者、家族のフォローを行っている。児童虐待や高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力に関するマニュアルを整備し、対応している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>個人情報保護・セキュリティに関する研修会で、職員への意識付けや周知を行っている。USB は厳重な管理で運用し、院外に持ち出せない。また、パソコンは外部から持ち込みできない。外来・病棟は個室の診察室を整備している。外来の呼び出しは、原則的に個人名であるがそばで小声で話すように配慮されている。病室の患者氏名はプライバシーの観点から表記されておらず、ベッドネームに記載している。診療および生活上のプライバシーは配慮されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>人権擁護委員会が設立されており、月 1 回委員会が開催され、臨床倫理の指針・規程が整備されている。毎月、多職種で患者の権利を含めた倫理課題を検討するカンファレンスがあり、その場での判断が困難な事例に対しては、人権擁護委員会で更に検討される仕組みができており適切である。倫理の研修も院内の研修スケジュールに組み込まれている。臨床研究においてもその倫理指針は明文化され、適切に活用されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>ホームページや入院案内などで病院理念、基本方針、患者の権利および受診の流れを分かりやすく掲載している。休診情報、イベント、感染予防対策などの最新情報をタイムリーに発信している。広報誌「山鳩」を年3回発行し、新しいプログラム、各科の取り組み、新型コロナウイルス感染症情報を行政、家族、職員などに配布している。病院機能評価の結果も公表している。年報はないが、ホームページで診療実績を公表している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>地域移行推進課の精神保健福祉士が、受診相談支援の充実、医療機関との連携の強化、外来に関わる部門間の連携を図っている。県内の医療機関、クリニックを訪問し、地域移行推進課の案内および診療実績を紹介している。行政との合同研修会や地域のネットワーク会議に参加し、地域との連携を図り、顔の見える関係を構築している。地域とのネットワーク会議を毎月行い、施設間の紹介・逆紹介への対応も適切である。特に医局との連携は円滑で、医師は担当者からの診察や入院要請には快く応じている組織風土は評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>保健所の巡回相談や相談会に医師を派遣し、認知症・統合失調症・自殺防止などに幅広く対応している。初期集中支援チームに医師、看護師、精神保健福祉士が参画し、地域医療に積極的に取り組んでいる。講師派遣や講演を主催し、地域の健康増進に貢献している。今般、地域住民対象の新型コロナウイルス感染症のワクチン接種を病院で行うなどの取り組みも行っている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>医療安全対策マニュアル・指針は整備され、必要に応じて改訂も適切に行われている。医療安全委員会は、多職種での組織横断的な組織として活動し、医療安全ラウンドも適切に行われている。インシデント・アクシデントの分析・対策・防止策を検討している。マニュアルの定期的な見直しや事故防止のための教育・広報活動も行っており、適切である。全職員対象の研修も年2回確実に実施され、リスクマネージャーの研修も行われている。研修参加率100%を目指すためにリスクマネージャーは個別指導も実施しており、組織としての安全に関する意識付けに向けた取り組みとして手厚いフォローが行われていることは評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>院内のアクシデント・インシデントレポートの収集は適切に行われており、分析・防止対策についても検討されている。その結果を毎月、職員に周知できるように「インシデント管理表」が作成され開示されている。リスクマネージャーの活動において、医局からのレポートに対する意識が向上している傾向は評価したい。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>院内感染管理に関する体制は明文化し、マニュアルが整備されている。院内感染防止対策委員会は、看護師をリーダーとした多職種で構成し、毎月定期的に開催し、適時必要な改定も行っている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】 感染の発生状況は感染対策委員会で毎月把握され、データの分析と検討が適切になされている。アウトブレイクは7年前にインフルエンザ感染症で発生しているが、適切に収束を迎え、その後の発生はみられていない。院外での流行情報は福岡西部地区感染対策ネットワークに参加し、地元医師会からの情報により収集され、適切に分析と検討がなされている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 意見箱は外来・各病棟などに設置している。人権擁護委員会が毎週回収し、毎朝のブリーフィングで検討後に回答を掲示している。また、待ち時間調査、満足度調査を定期的の実施するなど、病院として患者・家族からの苦情に対して真摯に取り組んでいる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 症例検討会は毎週火曜日に開催され、精神科のみならず内科の医師も参加し適切に行われている。診療ガイドラインは必要時にインターネットから検索し、治療方針の参考としている。クリニカル・パスは、気分障害・統合失調症・認知症・ギャンブル依存症およびアルコール依存症のパスが新たに作成され、見直しも適切になされている。臨床指標は適切に収集・分析がなされ、ホームページにも掲載されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>毎週、月曜日に各部門責任者でミーティングを行い、部門横断的な改善活動が行われている。病院機能評価は5回目の受審となり、継続的な改善活動に取り組んでいる。精神科病院実地指導や医療法に基づく立入検査は、特に指摘事項は認められない。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	S	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>「臨床倫理の方針」として明文化され、大きく6項目に纏めて患者の視点からも十分な対応がなされている。治験の取り組みは2009年、依存症に関する薬剤からスタートし、現在7件で積極的に行われている。治験への取り組みを研鑽することは医師のみならず、他の医療従事者の向上心に直結しており評価したい。院内独自の取り組みで依存症への理解・啓発と治療に役立てるべく病院独自の依存症認定専門士制度を新設し、現在3名の看護師がこの資格を取得し、積極的に治療に参加している。新たな知識・技術の習得のための組織的な支援は高く評価される。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>最寄りの地下鉄駅と病院間の巡回バスを運行（平日・土曜日の午前中）している。駐車場は広く、歯科、理容、売店を設置するなどの配慮もある。面会室はテーブルと椅子が並び、車椅子でも利用しやすい。携帯電話は原則病棟内への持ち込みは禁止であるが、病状に応じて使用場所が決められている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】 障害者専用駐車場が整備されている。外来者が使用できる車椅子を設置し、受付職員は患者からの支援要請がなくても、気付いた時点で車椅子の必要な患者への支援を行っている。院内はバリアフリーである。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
1.6.3	療養環境を整備している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病棟内は患者がくつろぐスペースや個人のプライバシーが保護され、清潔で安全な環境が整備されている。病棟内の中庭はいつでも自由に出入り可能で、近くの「飯盛山」を望むことができ、開放的な療養環境が整備されている。院内はバリアフリーで安全で、安心・快適な環境が提供されている。保護室はモニターが設置され、空調・臭気など衛生面にも配慮されているほか、患者とのコミュニケーションがしやすい環境である。エントランスホール・外来待合室は家庭的な雰囲気、緊張感を和らげ、陽光が差し込む明るい空間と緑豊かな癒しの空間が提供されている。また、生花が随所に飾られ、安らぎを与えている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
1.6.4	受動喫煙を防止している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 2019年から全館禁煙で、喫煙場所は敷地内に指定している。喫煙場所は受動喫煙を防止する措置が取られている。職員の喫煙状況は定期検診で把握し、禁煙に向けた啓発教育を行っている。職員への禁煙対策として、禁煙外来を受診する場合には禁煙チャレンジ奨励金を支給している。また、採用の面接時には喫煙有無を確認して職員の喫煙状況の把握に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>病棟および外来の管理責任体制は病院入り口に明示され、職員紹介も写真入りで分かりやすい。病棟責任者の業務は、看護部業務マニュアルに明記にされている。主治医不在時の対応についての体制も明確にされている。ベッドネームには主治医・受け持ち看護師名・担当精神保健福祉名が明記されている。診療・ケアの状況は定期的に巡回するなど、把握に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.1.2	診療記録を適切に記載している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>一元化された診療録に多職種で必要な情報が、丁寧かつ適切に記載されている。診療記録の内容に関する質的点検は、看護師・作業療法士・医事課職員・臨床心理士および精神保健福祉士からなる記録改善委員会が毎月第2木曜日に開催され、適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>患者の誤認防止は、誤認防止マニュアルを基本とした手順で行われている。処置・配薬・検査など看護ケアを行う時は、必ず2名のスタッフのダブルチェックを行い誤認防止に努めている。検体には氏名・ID番号を明記し確認している。名乗れる患者には生年月日・氏名を名乗ってもらい、名乗れない患者には、職員のダブルチェックを実施し確認している。同姓同名の場合は、漢字とカタカナ表記に分け誤認防止に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>処方箋・指示箋の記載は適切で、医師の指示は、指示出し・指示受けマニュアルとして明文化され、実施確認も確実になされている。検査結果は確実に報告され、適切に把握されている。口頭指示は原則として行わないが、必要時には十分に確認を行い、可及的速やかにカルテに記載する仕組みが構築されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>ハイリスク薬は明確に定義され、安全に保管・管理がされており、麻薬は使用されていない。薬剤の重複投与や取り違い防止の取り組みとして、薬剤師が適時注意喚起を行うシステムを確立している。具体的には数種類の容量がある薬剤にはメモを添付し、注意を促している。副作用の発現状況を把握すべく、常時、医師・病棟看護師と情報交換がなされ、適切に対応している。カリウム製剤は使用されていない。また、一部の病棟で、インスリン製剤や嫌酒薬が保管されているが、適切に管理されている。病棟在庫薬剤使用時の確認は看護師が朝夕2回、薬剤師も1回確認する仕組みが確立している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>転倒・転落リスクアセスメント評価は、入院時、全患者に転倒・転落危険度別対応表を活用し評価が行われている。その後、週1回チェックリストを活用し、多職種で評価して対策を検討している。履物の検討・ベッドの位置や高さ調整・センサーマット・マットレスの工夫・体動コール「うーご君」の活用など、患者の個別性を考慮して転倒・転落防止対策を検討されており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.1.7	医療機器を安全に使用している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>医療機器は機器使用マニュアルに則って、使用する場所を適切に管理されており、日常点検も実施されている。故障・不具合が生じた場合の対応策は、適切に明記されている。モニターのアラーム消音は、禁止事項として周知されている。医療機器安全に関する研修会も行われており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>院内緊急コードは身体急変時・精神運動興奮時・離院時の3種類が設定されており、病棟はステーションから直接発信できる放送環境が整備されている。訓練も定期的に行われており、応援体制も確立されている。急変時の研修も教育委員会が計画・実施している。救急カートは全部署で統一し、点検は病棟では1日2回、薬剤師は月1回である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>院内感染対策マニュアルが整備され、院内感染対策は適切に行われている。病棟における標準予防策、1処置1手袋、手洗いの遵守を励行し、个人防护用具の必要な場所への配備と着用も適切で、速乾性消毒薬の個人用携帯も行われている。医療廃棄物・感染性廃棄物の取り扱いも適切で、汚染寝具の取り扱いもマニュアルに則って行われている。新型コロナウイルス感染症対策として、外来診察室にアクリル板を設置し、外来入り口で手指消毒を徹底している。また、検温や体調チェック、マスク着用を徹底し、毎週、新型コロナウイルス対策BCPミーティングを開催し、その状況を把握して感染対策を検討していることは評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 抗菌薬の採用・採用中止に関する検討は、医師・薬剤師・看護師の多職種で構成された薬事審議会が月1回開催され、適切に行われている。抗菌薬使用マニュアルが整備され、抗菌薬の使用状況は院内感染資料として提出され、適切に運用されている。院内における分離菌感受性パターンの把握は、常勤の臨床検査技師がいないため外注で行われ、月1回開催される院内感染委員会に報告がなされている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 病棟における倫理的課題については、積極的に検討する組織風土が醸成されている。現場で対応することが困難な課題については、毎日、幹部が集合するブリーフィングや経営会議・人権擁護委員会でも検討される仕組みが構築されている。倫理綱領は各部署に掲示され、職員に周知されている。毎月1回多職種で倫理課題検討カンファレンスが行われており、参加したメンバーがそれぞれ診療録に詳細に記録を残している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 病棟の申し送りに作業療法士・精神保健福祉士・公認心理師が参加し、相互の連携を図っている。NST・褥瘡ラウンドでは、定期的な多職種参加の活動が行われている。SST・疾病教育・心理教育では、看護師・作業療法士・公認心理師が協働で行っている。病棟とデイケアとの共同でのプログラムなど組織横断的なプログラムを提供し、患者の個別性を重視し治療・回復を目指す支援をすることに取り組んでいる。家族会などの支援は、部署間を越えたプログラムの展開を専門チームで提供するなど、幅広く多職種が協働して患者の診療・ケアを行っていることは評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>初診患者には医療福祉相談課が対応している。相談時に緊急性や入院の必要性などを確認し、緊急性がある場合には医師に報告している。再診は原則予約制で、待ち時間短縮に努めている。電話相談・直接相談は精神保健福祉士が対応し、診察に結びつけている。外来待ち時間調査を実施し、意見・要望については結果を回答している。受付から診察、会計、薬局に至るプロセスは円滑である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>患者に関する情報は精神保健福祉士により収集され、患者への説明と同意も医師・看護師により適切に行われている。必要に応じて、上級医、内科医に相談できる体制がある。外来診察時に精神運動興奮や身体合併症の患者にも臨機応変な対応が可能となっている。医療観察法の指定通院は現在2名の通院実績があり、適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>侵襲的検査は原則的に行われていない。必要時には院外の施設と連携がとられており、安全に行われている。自院で行えない検査も他の施設と連携をとり、必要時には依頼できるシステムがある。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.4	任意入院の管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>入院時の精神医学的診察において同意能力が判断され、法の定める種々の手続き、書類などは適切に行われている。入院時閉鎖処遇に関する説明と同意も適切に行われている。入院中の精神症状のみならず、身体症状に対しても多職種がかわるカンファレンスなどで適切に検討され、比較的短期間で施設へ退院した。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 ポケットサイズの病棟豆知識を作成し、常時携帯可能で職員間での周知がなされている。精神保健指定医による病状評価と入院届および診療録への記載、入院継続の必要性と診断根拠の記載、患者への告知・家族の同意手続きなど、適切に行われている。退院後生活環境相談員は早期から選任され、デイケアや訪問看護の導入など退院後の必要なサービスが検討されている。多職種が参加する退院支援委員会が適切に開催されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 措置入院に関する手順や処遇マニュアルが整備され、年間約3件の受け入れが行われている。病院管理者による状況把握、定期的な検討は適切に行われている。必要な事務手続きと届け出も確実にされている。入院形態を変更するために入院後から症状に応じた適切な多職種によるカンファレンスを行い、その努力がなされている。多職種で検討した結果、5か月で医療保護入院への切り替えが可能となっている事例が見受けられるなど、措置入院の管理は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA	<p>【適切に取り組まれている点】 医療観察法による入院管理は行われていないのでNAとする。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 患者の身体的な合併症も把握し、病態に応じた診断・評価が多職種により検討され、診療計画が迅速に作成されている。その内容には患者本人および家族の希望が取り入れられ、必要時には見直しがなされている。クリニカル・パスや診療ガイドラインは必要時に適切に活用されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 患者・家族からの相談窓口は、地域移行推進課の精神保健福祉士が患者の個別性に合わせた対応策を展開している。年間に寄せられる相談は昨年度 7,953 件で、そのうちの 800 件ほどが受診・入院へと繋がっている。精神保健福祉士は 5 名在籍しており病棟担当制を取っており、病棟担当と訪問支援を交互に行いシームレスな患者支援を実施している体制は評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A	<p>【適切に取り組まれている点】 入院に関する説明は、入院前に必要に応じて精神保健福祉士が行い、案内をすることもある。事前に対応することで患者の入院時の負担、不安軽減、待ち時間の削減に努めている。入院時には病棟にて、入院担当看護師が丁寧に説明し、オリエンテーションを行っている。その後、確認のサインを得て患者・家族から説明を受けた旨の署名を得るシステムになっており適切である。病棟内の決めや構造については、掲示物で周知されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 行動制限に関するマニュアルは整備され、改訂も適切に行われている。任意入院患者の開放処遇の制限は病棟に掲示されている。主治医により説明され、同意書にサインを得ている。病棟内には面会室が整備され、適宜対応されている。公衆電話はプライバシーが確保されている。携帯電話は依存症疾患などの特異性に配慮し、個別で対応し適切である。郵便物の取り扱いは、遅延なく適切に行われている。行動制限に関する研修会は定期的に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>医師は回診を適切に実施することで、患者の病態を把握し、病棟スタッフと毎日13時30分から30分間の情報交換を行い、診療上のリーダーシップを発揮している。必要な書類作成や患者・家族との面談も適切に行われている。医師の勤務基本スケジュールが報告され、出張などの予定が病棟でも把握されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>病棟運営基準・看護基準・看護手順・看護管理基準は整備され、改訂も適宜行われている。日常業務を円滑に行い、効果的な業務分担にするため職務内容を明確にしている。5種類のクリニカル・パスが導入され、病態・病状に合わせて観察することが可能であり、ケアの展開に際しては効果的である。病棟管理業務については、看護管理基準に沿って行われており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>薬剤は安全に準備され、誤投与が起らないよう十分な確認が行われている。薬剤投与中の患者観察も適切に行い、必要性・リスクも十分に説明し、理解を得ている。服薬指導は必要な患者に毎月約10件行われている。抗精神病薬の多剤・大量処方患者には、主治医にフィードバックし、減量あるいは単剤化への取り組みは、多職種を交えて検討されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>輸血・血液製剤投与は行われていないのでNAとする。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	NA	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>電気けいれん療法（ECT 治療）は行われていないので NA とする。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>入院時に全患者に対し褥瘡のリスク評価を行い、診療計画者を作成している。毎週、褥瘡回診は医師を含めた多職種で行い、褥瘡の状態観察・栄養状態・治療方法を検討している。その記録は褥瘡巡視管理日報に記載されており、発生率の低下に努めている。状況に合わせてポジショニング・体圧分散マットレスなどを多職種による委員会で検討されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>入院時に主観的、包括的評価や摂食嚥下機能評価を行い、多職種協働で栄養介入が行われている。管理栄養士が中心となり、栄養サポートチームが構成され、活動されている。栄養改善委員会では、多職種で食物アレルギーの把握・残食量の報告など、個別性を重視した栄養管理の必要性を検討し栄養計画を立案している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>症状別の症状緩和マニュアルが整備され、精神症状における苦痛の対応ができるように工夫されている。痛みのフェイススケールは特に作成していないが、痛みも含めた苦痛・不安・不穏に対応できるように標準看護計画が整備されている。スケールを必要としなくとも、痛みを感じ寄り添う気持ちを持つことができるケアの力は評価したい。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 作業療法士が入院時に患者と直接面談を行い、リハビリテーションの必要性和評価や今後の目標・訓練計画を多職種で検討・立案し、適切に行っている。必要性和リスクについては「精神科リハビリテーションに関するお知らせ」として説明され、必要に応じて承諾書を取得している。訓練前後の評価は、多職種を交えた検討会で適切に評価されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 慢性期のリハビリテーションは、訓練開始後おおむね3か月を経過した後のリハビリテーションと定義している。急性期からの移行時には改めて作業療法士が説明し、新たな目標設定を患者および家族の希望を取り入れながら行っている。必要に応じて身体的なリハビリテーションや嚥下訓練も看護師、歯科医師と相談しながら行われている。訓練前後の評価も多職種で適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.22	隔離を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 隔離についての方針・手順は明文化され、行動制限最小化委員会における最小化・最適に向けた取り組みが行われている。早期の隔離解除に向けて、多職種でカンファレンスを行い検討されている。医師の診察は1日1回、看護師の観察は30分ごとの観察が行われており適切である。保護室に集音装置はないが、モニターでの観察・意思疎通が可能な環境で適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.23	身体拘束を適切に行っている	S	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>身体拘束に関する手順・基準は明文化され、適切な対応をする手順は整備されている。身体拘束を開始した場合、医師の診察手順や看護師の観察手順などのマニュアルは見直しを行っている。身体拘束装置はマグネットボタン式で、現在、使用事例はないが、安全管理点検は怠らず実施されている。看護のケアにおいて、安易に拘束をしないで患者の状態を注意深く見守り患者の心に寄り添う心を持ち合わせている看護チームの看護力は高く、病院一体としての取り組みの結果、過去 10 年間の拘束事例はない。拘束最小化への取り組みは高く評価したい。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>5 種類の疾患別クリニカル・パスを十分活用し、個別性を重視した状態把握・ニーズの把握ができるよう努め、退院支援を展開している。早い段階から退院前訪問を行い、患者の退院後の生活環境を確認し、退院計画を立案し転帰先に対応している。訪問支援チームによる訪問看護の提供も含めて、退院後も切れ目のない環境の調整を行っている。また、7 名の退院患者を就労に結び付けた事例がある。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>退院後の支援については、毎朝の申し送りに参加している多職種メンバーで、デイケア参加や地域の資源活用が望ましいかどうかを検討し対応している。カンファレンスにはデイケアスタッフ・訪問看護のスタッフも参加し、退院後の継続した治療方針について確認している。体験デイケアなどは積極的に活用している。デイケア治療計画は患者参加型であり、医師と患者と一緒に 3 か月ごとに指示の見直しや振り返りを行っている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.26	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>ターミナルステージの対応は、マニュアルが整備され適切である。患者・家族の意向を尊重して、病状に合わせて説明と同意のもと多職種で検討し、診療計画が立案されている。逝去時には、一緒に過ごせる時間を提供することも可能である。臓器提供の意思の確認手順も整備されており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
--------	------------------------	---	---

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>薬剤に応じた温・湿度管理は適切に行われている。持参薬は薬剤師が管理し、使用しない薬剤は薬局で預かり、退院時に返却あるいは破棄する仕組みが確立している。院内医薬品集は半年に1回整備され、コンパクトにポケットサイズに纏められ、職員が常時携帯できるよう工夫がなされている。新規薬品の採用や品目削減は、薬事審議会において適切に行われている。処方鑑査・疑義照会もダブルチェックにより、適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>注射薬は平日では1施用ごとの取り揃えであるが、休日前は1日分ごとである。今後、注射薬のより安全な使用のために1施用ごとの取り揃えを望みたい。</p>
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>常勤の臨床検査技師は不在であるが、医師・看護師の協力のもと、必要な検査は外注で適切に実施され、結果も迅速に報告されている。夜間・休日には検査は行わず、必要に応じて近隣の医療機関への受診の体制が整えられており、適切に運営されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>常勤の放射線技師は不在であるが、医師・看護師の協力のもと必要な撮影は行われている。画像診断の質担保に関して、主治医の読影に加えて常勤内科医によるダブルチェックや、週1回当直勤務の呼吸器科医が胸部レントゲンの読影を行い、適切である。夜間・休日は検査を行っていないが、必要に応じて近隣の医療機関への受診の体制が整えられており、適切に運営されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>温冷配膳車による適時・適温給食である。嗜好調査は年2回、ミールラウンドは週2回実施し、食事の評価と改善の取り組みを実施している。食材の検収から下処理、調理、配膳、下膳に至る工程の衛生管理は適切である。栄養改善委員会が機能し、安全な食事の提供に努めている。調理室、配膳室は清掃が行き届いている。給食マニュアル、職員教育マニュアル、作業・衛生・設備管理マニュアル、給食事故マニュアル・災害時対応している。マニュアルを整備している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>入院時から主治医と連携して、リハビリテーションの必要性の説明と同意が取られ、適切に運用されている。リハビリテーションの情報は多職種で共有され、年末年始・連休などでも系統的な実施と連続性の確保がなされている。リハビリテーションに用いる使用機器の点検整備を行い、ハンマーなどの道具は訓練終了後に数量確認し、保管庫で管理している。年度末には患者・家族や看護師に聞き取り調査を行い、次年度のプログラムの作成の参考にしている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>入院・外来カルテともに同一患者のカルテは年次ごとに同じ場所に保管している。退院時サマリーの作成および診療録の量的点検も行っている。診療情報の全体管理者はIT推進室長である。日常業務は医事課で運営している。診療録管理規程、診療録記載マニュアルを整備している。2021年1月にIT推進室を新設し、同年8月から電子カルテが導入される。診療録の閲覧・貸出しなどは、診療録管理規程、カルテ管理業務、貸出し返却規程で管理している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>医療機器管理対応マニュアルが整備され、保有する医療機器に関する把握は適切になされている。日常点検・定期点検が行われ記録されている。夜間・休日の対応も明記されているが、実際には稼働の実績はほとんど見られない。医療機器は管理者が明確になっており、AEDは3階と外来に設置され、点検・作動訓練も定期的に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>歯科診察室に高圧滅菌器が設置され、歯科・外来・各病棟の滅菌を行っている。使用マニュアルは整備され、定期的なメンテナンスは行われている。物理的・化学的・生物学的インディケーターを行い、確実に滅菌が実施されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>病理診断機能は有していないのでNAとする。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	NA	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>放射線治療機能は有していないのでNAとする。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	NA	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>輸血・血液製剤投与は行われていないのでNAとする。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	NA	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>手術・麻酔は行われていないのでNAとする。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>集中治療機能は有していないのでNAとする。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>救急マニュアルが制定され、地域の精神科救急システムに参加し、毎月2回、第1・3土曜日に対応されている。自院での受け入れが困難な場合や、夜間・休日には近くの県立精神医療センター大宰府病院や回生病院などと連携がとられ、適切に対応している。患者の虐待が疑われる場合には、マニュアルに従い適切に対応する体制が整備されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>理念と基本方針が明文化され、ホームページ、パンフレットで分かりやすく示している。理念と基本方針は、外来、病棟、デイケアなどに掲示し、ホームページ、広報誌などで患者・家族、病院関係者に発信している。理念は毎月の全体朝礼、年1回の講和、管理者研修会で院長が理念と基本方針を遵守する大切さを教育している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>院長は中期計画を明示し、運営上の課題を明確にしている。半期ごとに見直すアクションプランを通して、管理職との連携を図っている。幹部の課題は経営の安定、組織力の強化、アメーバ経営の確立、外国人技能実習生の受け入れおよび管理職の育成などである。院長は職員を「宝」として信頼し、対話することで職員のモチベーション向上、組織へのコミットメントを高める組織づくりに努めている。院長はトップダウンではなく、職員の意見を聞き出して病院経営のコーディネーターとして、リーダーシップを遺憾なく発揮していることは他の模範となる取り組みである。また、院長は職員の家族が病に伏せた際には、自院で入院治療を勧めて家族に励ましを与えている。日常的な院長と職員の強い信頼感が職員の勤労意欲を高めており、高く評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>意思決定会議は毎月開催の経営会議である。具体的にはマネジメント会議で周知を図り、毎朝のブリーフィングではタイムリーに情報を共有化している。事業計画は年度ごとに策定し、中長期計画との評価と進捗状況の把握を行っている。所定の会議は開催し、それらの議事録もある。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>情報システムは主に医事会計システムであるが、情報の管理・活用は適切である。ID パスワード管理で業務の効率化、セキュリティ対策、端末操作の確認など、情報管理の適正運用に配慮している。医事会計システムのメンテナンスや更新作業時には情報漏れや不正アクセス防止に努めている。2021 年 8 月から電子カルテを導入する予定である。IT 推進室を新設し、情報管理の総合的管理を図っている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>文書管理の責任者は事務部長である。文書管理規程で公文書管理、文書管理一覧表、取り扱い業務（文書収受・集配・保管・保存・廃棄・掲示物管理）、保存期間と根拠条文などを定めている。院内規程、マニュアルなどを承認する仕組みもある。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>病院運営に必要な人材を確保し、法定人員・施設基準は満たしている。人員確保対策として、職員紹介による採用の場合に紹介職員に紹介料、入職者には支度金を支給している。また、現在の介護職員の高齢化から外国人技能実習生の受け入れも検討している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>人事労務管理に必要な就業規則および各種規程を整備し、職員に周知している。各規則は必要時に改訂している。医師の働き方改革や待遇の改善など、職員にとって健全な労働意欲の向上に努めている。有給消化率は一部に職種間格差はあるものの、おおむね適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>安全衛生委員会を毎月開催し、職員の健康管理や職場環境の整備に努めている。職員検診やストレスチェックは確実にを行い、個人情報も遵守している。院内暴力への対応はCVPPPなどの研修を実施している。インフルエンザ予防接種は職員とその家族の個人負担金を助成し、接種しやすい環境を提供している。コロナ感染対策として病院独自に抗原検査・PCR検査を行い、職員が安心して勤務できるよう体制を整備している。労働災害は年間数件発生しているが、適正に対応している。また、CVPPPへの取り組みや職業感染への対応も適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>中長期計画に「スタッフが働きやすい環境整備」を宣言し継続している。職員の要望で法人内に託児所や女子寮を設置した。福利厚生として職員旅行、クラブ助成制度などで職員間の親睦を深めている。新型コロナウイルス感染対策として、職員へ毎日マスクを支給している。医師の働き方改革も行われている。常に院長は職員の意見・要望を積極的に聞く姿勢で、職員との風通しは良好で、職員にとって魅力ある職場環境である。職員のための意見箱を設置している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>教育・研修は教育接遇委員会が年間計画に基づき継続的に実施している。また、院長講話・倫理・コミュニケーション・接遇・救急・交通安全・院内研究発表会も行っている。年1回の院内研究発表会は外部の発表へ繋げている。各部門の専門的研修も各部署にて毎月開催されている。専門セラピストの認定制度がある。図書室（蔵書1,300冊）があり、図書情報は一元的に管理し、新書の情報も提供している。適正な研修・研究費の予算を確保している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>全職員に対し年間2回の人事考課を実施し、能力評価と業績評価を行っている。職能資格制度運用規程がある。能力評価は業務で必要な能力を評価し、業績評価では専門職として個々のスタッフに対応したキャリア評価・目標設定を行っている。また、依存症治療スタッフに対して、当院独自のアディクション認定制度を導入し、専門職育成に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

4.3.3	学生実習等を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 医師の精神科臨床研修に対応している。 また、看護師・作業療法士の実習生を受け入れている。実習中の受け入れ体制、教育、事故への対応は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 事業計画と整合性のある予算書が作成されている。予算は各部署からの要望を基に経営会議で検討している。会計事務所による外部監査を行っている。病院会計準則による会計処理を行っている。幹部は常に経営状況の把握と分析をして、経営の安定基盤の確立に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 受付は患者と密に接する場の1つとして、丁寧かつスマートな対応で業務に努めている。窓口業務手順に基づき受付・会計・レセプト作成・点検業務をしている。査定・返戻の情報を医局と共有している。未収金はマネジメント会議で、各部署責任者と毎月情報共有して発生防止に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 委託業者の管理は事務部長が行い、経営会議に報告し、検討している。委託業者の教育研修内容を確認している。事故発生時の対応マニュアルを整備している。委託業者には病院理念・基本方針、遵守事項を説明している。委託業務従事者への教育は、病院研修会に出席させている。業務の全部委託は、食事提供・寝具洗濯・医療機器保守点検、また、一部委託は検体検査・設備管理である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】 施設管理は総務課の担当で、施設・設備の日常点検と年次保守計画を整備している。定期的に保守管理履歴を記録している。医療ガス安全管理委員会を行っている。院内の清掃や感染性廃棄物処理などは手順を整備している。廃棄物の処理は適切で、最終処分場の現地確認をしている。</p> <p>【課題と思われる点】 適切である。</p>
-------	-----------------	---	---

4.5.2	物品管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 物品管理は外来治療部長が総合的に管理し、合理的な購入および経済的な運用に努め、補給サイクルを適切に行っている。マスクなど医療物品の在庫管理は週1回行い、必要に応じて在庫量および必要数を検討している。薬剤は病院協会の共同購入を活用し、在庫も管理している。発注と検収の内部牽制システムは確立している。ディスプレイ製品の再利用はない。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	---------------	---	--

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	<p>【適切に取り組まれている点】 防災計画を整備し、緊急時の責任体制は確立している。それらを各部署に周知し、年2回は定期的な防災訓練を実施し、停電時の対応も整備している。災害時の備蓄品も入れ替えを定期的に行っている。非常食・飲料水は、患者・職員とも各3日分備蓄している。夜間の災害発生時は30名程の職員が30分以内に病院に急行可能となっている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	-----------------	---	---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>夜間・休日は、当直医師と夜勤看護師および警備会社の巡回警備による保安体制である。緊急連絡網は整備し緊急時への対応も適切である。敷地内の防犯カメラ（病院本館4台・デイケア棟3台・駐車場1台）による24時間監視体制が確立している。無断離院の対応手順がある。夜間帯の業務日誌は、翌朝に事務部長が確認している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>医療事故発生時の対応手順を整備している。医療安全対策委員会のインシデントレポートのみでなく、内容により事故報告書を速やかに作成し、情報を共有している。訴訟に至った場合は、弁護士へ相談している。日本精神科病院協会の医師賠償責任保険に加入している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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： 2019 年 10 月 1 日 ～ 2020 年 9 月 30 日
 時点データ取得日： 2021 年 1 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人社団飯盛会 倉光病院

I-1-2 機能種別：精神科病院

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：福岡県福岡市西区飯盛664-1

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					
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	130	130	+0	84.8	150
結核病床					
感染症病床					
総数	130	130	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析		
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		
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	10	+0
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床	45	+0
精神療養病床	85	+0
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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	146.91	157.00	153.11	93.57	102.54
1日あたり外来初診患者数	1.52	0.85	0.65	178.82	130.77
新患率	1.04	0.54	0.43		
1日あたり入院患者数	110.50	115.29	114.91	95.85	100.33
1日あたり新入院患者数	0.72	0.81	0.75	88.89	108.00

I-3 職員の状況

I-3-1 職種別職員数（施設基本票 5-1 職員数より）

*1 職員総数には表示された職種以外の職員数も含まれます。

*2 各部門の合計は、部門別調査票 各部門 職員の配置状況 総数から抜粋していますが、各職種は院内の総数を計上しているので、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	5.92	5	0.92	4.55	3.5
うち研修医	0	0	0	0	0
歯科医師	0.5	0	0.5	0.38	0.3
うち研修医	0	0	0	0	0
看護要員 合計	74.6	73	1.6	57.38	44.07
保健師	0	0	0	0	0
助産師	0	0	0	0	0
看護師	39.4	39	0.4	30.31	23.28
准看護師	8	8	0	6.15	4.73
看護補助者	27.2	26	1.2	20.92	16.07
薬剤部門 合計*2	2	2	0	1.54	1.18
薬剤師	2	2	0	1.54	1.18
臨床検査部門 合計*2	0.38	0.3	0.08	0.29	0.22
臨床検査技師	0.08	0	0.08	0.06	0.05
画像診断部門 合計*2	0.42	0.3	0.12	0.32	0.25
診療放射線技師(X線技師)	0	0	0	0	0
栄養部門 合計	1	1	0	0.77	0.59
管理栄養士	1	1	0	0.77	0.59
栄養士	0	0	0	0	0
調理師	0	0	0	0	0
リハビリ部門 合計*2	0	0	0	0	0
理学療法士	0	0	0	0	0
作業療法士	8.2	8	0.2	6.31	4.84
言語聴覚士	0	0	0	0	0
診療情報管理士	0	0	0	0	0
臨床工学技士	0	0	0	0	0
社会福祉士	0	0	0	0	0
精神保健福祉士(PSW)	7	7	0	5.38	4.14
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	0	0	0	0	0
臨床心理士	2.2	2	0.2	1.69	1.3
事務部門	11.1	10	1.1	8.54	6.56
職員総数*1	121.4	113	8.4	93.38	71.72
医師配置標準数 (人)	4.4				
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	1309	84 %	0	1	20.00 %
看護師	1416	86 %	10	6	15.38 %
准看護師	1666	84 %	1	1	12.50 %
看護補助者	1842	80 %	2	3	11.54 %
薬剤師	1904	94 %	0	0	0.00 %
臨床検査技師		%	0	0	0.00 %
診療放射線技師		%	0	0	0.00 %
管理栄養士・栄養士	1904	20 %	0	0	0.00 %
理学療法士		%	0	0	0.00 %
作業療法士	1666	84 %	2	3	37.50 %
言語聴覚士		%	0	0	0.00 %
診療情報管理士（診療録管理士）		%	0	0	0.00 %
臨床工学技士		%	0	0	0.00 %
ソーシャルワーカー*	1904	91 %	1	3	42.86 %
事務職員	2077	83 %	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		
看護師		1
薬剤師		
その他のコ・メディカル		
事務職員		
全体	0	1

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	8	385
医師	0	4
看護師	4	217
薬剤師	0	11
その他のコ・メディカル	0	19
事務職員	0	18
その他	4	116

I-5-4 報告されるアクシデント・インシデントレポートの主な内容別報告件数（年間）

	報告件数			報告件数		
	アクシデント件数 (件/年)	総数に占める割合		インシデント件数 (件/年)	総数に占める割合	
薬剤に関するもの	0	0.00 %		99	25.71 %	
輸血に関するもの	0	0.00 %		0	0.00 %	
治療・処置に関するもの	0	0.00 %		0	0.00 %	
医療機器等に関するもの	0	0.00 %		0	0.00 %	
ドレーンチューブに関するもの	0	0.00 %		0	0.00 %	
検査に関するもの	0	0.00 %		3	0.78 %	
療養上の世話に関するもの	8	100.00 %		97	25.19 %	
その他	0	0.00 %		186	48.31 %	

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		1
うちICD		0
看護師		1
うちICN		0
薬剤師		1
その他コ・メディカル		3
事務職員		
全体	0	6

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	1
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	
常勤専任・兼任（実人数）	4
常勤専任・兼任（常勤換算）	0.4
非常勤（常勤換算）	0
常勤換算 合計	0.4
病床100対 担当者数	0.31

I-7-3 紹介状持参患者数

紹介状持参患者数（人/年）	146
紹介率	40.11 %
1日あたり紹介患者数（外来）	0.61
紹介状持参患者のうち入院患者数（人/年）	60
紹介入院患者割合	22.99 %
入院に繋がった紹介患者の比率	41.10 %

I-8 患者相談機能

I-8-1 担当者の配置状況

	人数	
常勤専従	1	職種・資格： 精神保健福祉士
うち社会福祉士		
常勤専任・兼任（実人数）	4	職種・資格： 精神保健福祉士
常勤専任・兼任（常勤換算）	2.8	
非常勤（常勤換算）	0	
常勤換算 合計	3.8	
病床100対 担当者数	2.92	

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）	373	31.1	8.18
社会福祉相談（福祉制度に関する内容）	3598	299.8	78.90
退院相談（退院先の調整）	1702	141.8	37.32
苦情相談（医療事故 クレーム）			
看護相談（退院後のケア等）			
がん相談			
その他の医療相談	1468	122.3	32.19
その他	812	67.7	17.81
総数	7953	662.8	174.41

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	0.06 %
分子：Ⅱ度以上の褥瘡の発生件数	24 件
分母：延入院患者数	40334 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	8 件
分母：延入院患者数	40334 人

一般病院1・2・3

○ 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			
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			

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			
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			

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）	0 %
分子：退院先が「居宅」の患者数	0 人
分母：退院患者数	0 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	17.92 %
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	43 人
分母： 前年6月1ヶ月間の新入院患者数×12	240 人

● 把握している ○ 把握していない

退院率	26.79 %
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	15 人
分母： 入院期間が1年以上となった患者数	56 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）	13.33 %
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	2 人
分母： 入院期間が5年以上となった患者数	15 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		
精神看護		
地域看護		
老人看護		
小児看護		
母性看護		
慢性疾患看護		
急性・重傷患者看護		
感染症看護		
家族支援看護		

II-2 認定看護師

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

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	2	0	0	0	2
薬剤師	2			0	2
その他()					0
その他()					0

病棟担当薬剤師（常勤換算）	
---------------	--

II-3-2 処方箋枚数等

	枚数・件数（枚/年）	1日あたり 枚数・件数	薬剤師 1人1日あたり	外来患者(病床) 100対
外来 院内処方箋枚数	922	3.86	1.93	2.63
外来 院外処方箋枚数	11758	49.20	24.60	33.49
入院処方箋枚数	16238	44.49	22.24	12,490.77
注射処方箋枚数	772	2.12	1.06	593.85
薬剤管理指導				0.00

院外処方率	92.73 %
-------	---------

医薬品 品目数	554
---------	-----

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	2)一部
1回量包装の実施：入院	1)実施
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

<input type="checkbox"/> 1) 個人別(1施用ごと)	対 注射処方箋 (%)	0 %
<input checked="" type="checkbox"/> 2) 個人別(1日ごと)	対 注射処方箋 (%)	83 %
<input checked="" type="checkbox"/> 3) 定数配置		
<input type="checkbox"/> 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	1	0.3	0.08	0.38
うち医師					0
うち臨床検査技師				0.08	0.08
うち衛生検査技師					0

II-4-2 検査報告所要時間 (分)

ルーチン検査	1440
緊急検査	180

II-4-3 検査実施状況

プランチラボ (I-4 外部委託状況 再掲) ☐ 1) あり ☒ 2) なし

一般検査 ☒ 1) 院内実施 ☐ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

血液検査 ☐ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

生化学検査 ☐ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

血清検査 ☐ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

微生物検査 ☐ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

II-4-4 外部委託業者の精度管理状況の把握有無

☒ 1) 定期的な把握 ☐ 2) 必要な場合のみ ☐ 3) 把握していない

II-4-5 内部精度管理

管理試料を用いた内部精度管理 ☐ 1) 実施 ☒ 2) 未実施

血液検査 ☐ 1) 毎日 ☐ 2) 週1回程度 ☐ 3) それ以下 ☐ 4) 未実施

生化学検査 ☐ 1) 毎日 ☐ 2) 週1回程度 ☐ 3) それ以下 ☐ 4) 未実施

血清検査 ☐ 1) 毎日 ☐ 2) 週1回程度 ☐ 3) それ以下 ☐ 4) 未実施

II-4-6 異常値への対応

前回結果との比較 ☒ 1) 実施 ☐ 2) 未実施

II-4-7 外部精度管理の参加状況

☐ 1) 毎年 ☐ 2) 参加経験あり ☒ 3) 不参加

参加サーベイ名:

II-5 病理診断部門

II-5-1 医師の配置状況

	人数
<input type="checkbox"/> 常勤専従	
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	
<input checked="" type="checkbox"/> 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
うち細胞診			0
うち免疫組織化学			0

II-5-3 術中迅速凍結切片病理検査 (件/年)

<input type="checkbox"/> 1) 自院で実施	
<input type="checkbox"/> 2) 外部委託	
<input checked="" type="checkbox"/> 3) 実施していない	

II-5-4 術中迅速細胞診検査 (件/年)

<input type="checkbox"/> 1) 自院で実施	
<input type="checkbox"/> 2) 外部委託	
<input checked="" type="checkbox"/> 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	1.44 %
死亡数 (再掲)	4
退院患者数 (再掲)	277

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	0	1	0.3	0.12	0.42
うち医師				0.12	0.12
うち診療放射線技師					0
うち診療X線技師					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			0.00 %
うち頭部CT	0	0.00			0.00 %
MRI撮影	0	0.00			0.00 %
うち頭部MRI	0	0.00			0.00 %
核医学	0	0.00			0.00 %

II-6-3 保有機器（台）

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

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
<input type="checkbox"/> 常勤専従	
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 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	0	0.00	0	0.00 %
赤血球製剤		0.00		%
血小板		0.00		%
凍結血漿		0.00		%
その他		0.00		%

II-8-5 血液専用の保冷库

○ 1) 自記式専用

○ 2) 自記なし専用

○ 3) 専用ではない

II-8-6 凍結血漿専用の冷凍庫

○ 1) 自記式専用

○ 2) 自記なし専用

○ 3) 専用ではない

II-8-7 GVHD対策

○ 1) 院内照射

○ 2) 日赤照射

○ 3) 対策なし

II-9 手術・麻酔科部門

II-9-1 手術の実施有無 ○ 1) あり ● 2) なし

II-9-2 麻酔科医の配置状況（麻酔科部門の業務を主とする医師の配置状況）

	人数
<input type="checkbox"/> 常勤専従	
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 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	0	0	0	0
うち看護師					0

II-9-4 手術室数・手術件数

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

II-9-5 主な手術の年間症例数（診療機能調査票より）

麻酔領域	件/年	循環器系領域	件/年
麻酔科標榜医 麻酔管理		心カテ	
硬膜外麻酔		冠動脈バイパス術	
脊椎麻酔		弁膜症手術	
		開心術	
		大動脈瘤切除術	
神経・脳血管領域	件/年	救急領域	件/年
頭蓋内血腫除去術		緊急開頭術	
脳動脈瘤根治術		緊急開胸術	
脳動静脈奇形摘出術		緊急心大血管手術	
脳血管内手術		緊急帝王切開術	
脳腫瘍摘出術			

II-9-6 術前訪問（術前の患者チェック）の有無

麻酔担当医 ○ 1) 術前訪問実施 ○ 2) 訪問無し(手術室内で術前確認) ○ 3) 未実施
 手術担当看護師 ○ 1) 術前訪問実施 ○ 2) 未実施

II-10 中央滅菌材料部門

II-10-1 機能的な役割 ☐ 1) 滅菌および診療材料の管理 ☐ 2) 滅菌のみ ☒ 3) その他

II-10-2 保有機器 (台)

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

II-10-3 滅菌効果の確認

滅菌の物理的検知状況の記録

☒ 1) あり☐ 2) なし

滅菌の化学的検知の実施

☒ 1) あり☐ 2) なし

滅菌の生物学的検知の実施

☒ 1) あり☐ 2) なし

生物学的検知ありの場合の頻度

☐ A) 1日1回☒ B) 週1回程度 ☐ C) それ以下の頻度

II-11 集中治療機能

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

ICU/CCU

☐ 1) 算定、独立☐ 2) 未算定、独立☐ 3) 未算定、非独立 (病棟の一部)☒ 4) 機能なし

NICU

☐ 1) 算定、独立☐ 2) 未算定、独立☐ 3) 未算定、非独立 (病棟の一部)☒ 4) 機能なし

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

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

II-12 時間外・救急診療部門

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

II-12-2 救急医療の水準（自己評価）

○ 水準1：救命救急センターを有する病院

○ 水準2：次のいずれかに該当する病院

・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
<input type="checkbox"/> 常勤専従	
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 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						
うち研修医						
看護要員						
うち看護補助者						
薬剤師						
臨床検査技師						
診療放射線技師						
事務職員						
その他						

II-12-6 時間外勤務体制（輪番日）

	交代制		当直制		オンコール制	
	専従	兼任	専従	兼任	専従	兼任
医師	1					
うち研修医						
看護要員		1				
うち看護補助者						
薬剤師						
臨床検査技師						
診療放射線技師						
事務職員	2					
その他	1					

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	12	0.03
救急車搬入患者数	7	0.02
救急入院患者数	5	0.01

	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)	0	0.00
救急車搬入患者数	0	0.00
救急入院患者数	0	0.00

	年間総数	1日あたり患者数
休日の救急患者数(再掲)	5	0.04
救急車搬入患者数	1	0.01
救急入院患者数	5	0.04

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 100 %) ○ 3) 未実施

II-13-2 患者個別の栄養摂取状況の把握 ● 1) 全患者 ○ 2) 一部の患者(平均 %) ○ 3) 未実施

II-13-3 職員の配置状況 (施設基本票5-1職員数より)

	常勤職員	非常勤 (常勤換算)	職員総数
管理栄養士	1	0	1
栄養士	0	0	0
調理師	0	0	0

II-13-4 栄養指導・栄養相談

	外来	入院
個別実施回数(回/月)	0	0
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	0
栄養士1人当たり栄養指導件数(集団実施)	0	0

II-13-5 選択メニュー ○ 1) あり 実施回数(回/月)
● 2) なしII-13-6 栄養サポートチーム ● 1) あり 実施回数(1 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
<input type="checkbox"/> 常勤専従	
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 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	0	0	0	0	0
うち理学療法士					0
うち作業療法士					0
うち言語聴覚士					0

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 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	患者1人1日あたり (単位) 療法士1人1日あたり (人)		
脳血管疾患等リハビリ <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	患者1人1日あたり (単位) 療法士1人1日あたり (人)		
運動器リハビリ <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	患者1人1日あたり (単位) 療法士1人1日あたり (人)		
呼吸器リハビリ <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	患者1人1日あたり (単位) 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		
摂食機能療法		
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	0					
脊髄損傷、その他の脊髄疾患 (二分脊椎など)	0					
神経筋疾患(筋ジストロフィー、ギランバレー症候 群、パーキンソン病、脊髄小脳変性症など)	0					
骨関節疾患など(リウマチ、外傷、軟部組織 の外傷を含む)	0					
切断・四肢欠損	0					
呼吸器疾患	0					
心筋梗塞、狭心症、大動脈瘤、心不全な ど	0					
外科手術、肺炎等の治療時安静による 廃用症候群	0					
脳性麻痺を含む小児疾患	0					
その他()	0					
合計(人)	0	0	0	0	0	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
上記以外	0	1	0.3	0	0.3

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	99.64 %
分子：退院後2週間以内にサマリーを作成した患者数	276 件
分母：昨年度の年間退院患者数	277 件

II-15-7 診療情報の開示件数 (件/年)

件数	病床100対
3	2.31

II-16 医療情報システム部門

II-16-1 全体を管理する部署の有無 ☐ 1) あり ☒ 2) なし

II-16-2 院内の担当部署 (施設基本票 8-2 管轄している院内の担当部署 より)

- 1) 診療報酬情報管理：医事
 2) 診療録 (情報) 管理：医事
 3) コンピュータシステムの管理： 総務

II-16-3 システム担当者の配置状況

	人数
<input type="checkbox"/> 常勤専従	
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任 (常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 非常勤 (常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 委託職員 (常勤換算)	
<input checked="" type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> 訪問診療	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤指導	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	
<input type="checkbox"/> 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)	
患者1人あたり月平均訪問回数	
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	0	3	1.7	0	1.7
うち看護師		2	1.3		1.3

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 2019 年 3 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
<input type="checkbox"/> 常勤専従	
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任 (常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 非常勤 (常勤換算)	
<input type="checkbox"/> その他	
<input checked="" type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
輸液ポンプ		<input type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
シリンジポンプ		<input type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
除細動器		<input type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
モニター	1	<input type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input checked="" type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他

Ⅲ 経営の状況

Ⅲ-1 医業収支の状況

Ⅲ-1-1 医業収支の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対 前年比	
	2020	2019	2018	2020	2019
医業収益 (繰入金を除く)	1,070,239	1,136,522	1,092,098	94.17 %	104.07 %
医業費用	1,070,984	1,063,620	1,054,027	100.69 %	100.91 %
医業損益 (繰入金を除く)	-745	72,902	38,071	-1.02 %	191.49 %
医業収支率	99.93 %	106.85 %	103.61 %		

Ⅲ-1-2 患者1人1日あたりの収益 (単位：円)

年度(西暦)	2020
外来収益	7,286
入院収益	17,033

Ⅲ-1-3 100床あたりの入院収益 (単位：千円)

2020 年度(西暦)	528,470
-------------	---------

Ⅲ-2 繰入金の状況 (推移) (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対 前年比	
	2020	2019	2018	2020	2019
総収益 (繰入金を除く)	1,092,232	1,154,699	1,108,655	94.59 %	104.15 %
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			医業収益100対 構成比		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018
入院診療収益	687,011	710,674	663,980	64.19 %	62.53 %	60.80 %
室料差額	171	594	1,036	0.02 %	0.05 %	0.09 %
外来診療収益	255,813	278,030	277,858	23.90 %	24.46 %	25.44 %
保健予防活動	2,097	78,018	2,747	0.20 %	6.86 %	0.25 %
受託検査・施設利用収益	0	0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %
その他の医業収益	125,287	69,459	146,817	11.71 %	6.11 %	13.44 %
保険等査定減	-140	-253	-340	-0.01 %	-0.02 %	-0.03 %
医業収益 合計	1,070,239	1,136,522	1,092,098	100%	100%	100%

Ⅲ-4 医業費用の内訳の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			医業収益100対費用		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018
給与費	718,456	702,055	678,072	67.13 %	61.77 %	62.09 %
常勤 (再掲)	714,688	663,822	639,367	66.78 %	58.41 %	58.54 %
非常勤 (再掲)	3,768	38,233	38,705	0.35 %	3.36 %	3.54 %
材料費	49,445	49,507	48,738	4.62 %	4.36 %	4.46 %
医薬品費 (再掲)	29,611	30,497	30,130	2.77 %	2.68 %	2.76 %
診療材料費 (再掲)	7,556	7,064	6,404	0.71 %	0.62 %	0.59 %
給食用材料費 (再掲)	11,679	11,807	11,856	1.09 %	1.04 %	1.09 %
医療消耗器具備品費 (再掲)	599	137	348	0.06 %	0.01 %	0.03 %
委託費	81,446	85,279	86,286	7.61 %	7.50 %	7.90 %
設備関係費	84,358	87,217	87,037	7.88 %	7.67 %	7.97 %
減価償却費 (再掲)	48,989	47,751	44,720	4.58 %	4.20 %	4.09 %
器機賃借料 (再掲)	35,369	39,466	42,317	3.30 %	3.47 %	3.87 %
研究研修費	8,443	14,281	12,326	0.79 %	1.26 %	1.13 %
経費	105,216	107,516	121,244	9.83 %	9.46 %	11.10 %
その他の医業費用	23,620	17,765	20,324	2.21 %	1.56 %	1.86 %
医業費用 合計	1,070,984	1,063,620	1,054,027	100.07 %	93.59 %	96.51 %

	常勤	非常勤
精神保健指定医	3	

	延実施人数（年）	実施回数（週）	現在登録数
精神科作業療法	17194	24	113
生活技能訓練法（SST）	0		
ショートケア	971		43
デイ・ケア	13949	5	105
ナイト・ケア			
デイ・ナイト・ケア			
重度認知症デイケア	4633	5	28

病棟 番号 ※1	病棟名称	開放度	稼働 病床数	入院形態別 患者数（人）					平均 患者 年齢	平均在院 日数	拘束数	隔離数
				医療観察法 入院	措置入院	医療保護 入院	任意入院	合計※2				
01	2 病棟	開放	45	0	0	2	37	39	63	147.1	0	366
02	3 病棟	閉鎖	45	0	0	1	3	34	57	51.3	0	4829
03	4 病棟	開放	40	0	0	10	27	37	70	355.2	0	143
	合計			0	1	15	98	114			0	5338

*2 合計には「その他入院」を含む

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）された現況調査に基づき作成しています。

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
$$\{(\text{常勤職員数} + \text{非常勤職員数}) \div \text{稼働病床数}\} \times 100$$
 で算出しています。
- ・ 患者規模100対職員数
$$\{(\text{常勤職員数} + \text{非常勤職員数}) \div \text{患者規模※}\} \times 100$$
 で算出しています。
※患者規模 = 1日当たり入院患者数 + (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
$$(\text{退職数} \div \text{当該職種の常勤職員数}) \times 100$$
 で算出しています。

☐ 「I-5-1 医療安全管理担当者(リスクマネジャー等)の配置状況」☐ 「I-6-1 感染管理担当者の配置状況(院内全体)」

- ・ 専任・兼任者は実人数で算出しています。

☐ 「I-7-3 紹介状持参患者数」

- ・ 各項目は、以下の計算式により算出しています。
 - ・ 紹介率
$$(\text{紹介状持参患者数} \div \text{初診患者数}) \times 100$$
 - ・ 1日あたり紹介患者数(外来)
$$\text{紹介状持参患者数} \div \text{外来診療日数}$$
 - ・ 紹介入院患者割合
$$(\text{紹介状持参入院患者数} \div \text{新入院患者数}) \times 100$$
 - ・ 入院に繋がった紹介患者の比率
$$(\text{紹介状持参入院患者数} \div \text{紹介状持参外来患者数}) \times 100$$

☐ 「I-9 臨床指標」

- ・ 各指標について、
$$\text{分子} \div \text{分母} \times 100$$
 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