

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11月4日～11月5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

貴院は開設以降、現在では主に慢性期医療を担う機関であるが、地域における自院の役割・機能を明確にして連携機能を高め、地域医療に継続的に貢献し信頼を得られている。特に病院の機能水準を高めるために、病院幹部はもとより職員自らが「考え、実践する」風土が定着しており理念達成に向けた取り組みが展開されている。

病院機能評価を継続的に受審しており、この度の更新受審では、早期から改善に向けた取り組みが行われており、多くの項目が一定の水準に達していると評価された。また、近年には地域の医療ニーズに応えるために新築移転も果たされるなど進化されている。高い水準を目指す貴院が、「患者中心の医療」を実践の場でどのように展開されているかにも視点をあて評価した。以下に述べる総括を参考にされ、貴院が目指す医療の実現に向けた取り組みの充実と発展が期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

早期から自院の目標を明確にし、理念、基本方針には一貫して患者中心の医療を目指す地域の基幹病院としての精神が堅持されている。基本方針は適時見直し・検討が職員参加のもと行われている。さらに医師をはじめ各スタッフ部門が理念・基本方針の実現に向けた取り組みを意識し日々努力している状況は評価できる。また、社会に役立てる病院を目指し、優秀な人材の確保と育成に努めチーム医療の実践に努力され、研究・研修を推進し専門性の向上に向けても指導力を発揮されている。さらに、幹部会議のほか、主任会議、診療会議などを中心とした組織運営が行われ、必要な情報が職員・組織全体に浸透している。病院の将来に向けた課題を明

確にして、人材の育成など次の世代を見据えた組織的な取り組みが行われている。情報システムの運用については、管理規程を作成し、患者情報の適正な管理に努めデータの真正性・保存性・見続性を確保しているなど情報管理は適切に実施されている。

施設基準などの法定人員は充足されている。地域の慢性期医療の中核を担う機関としては診療機能の更なる充実に向けて看護師、介護職員など様々な医療技術職の確保について継続的な活動が期待される。衛生委員会は定期的開催され、会議録も整備されている。職員の定期健康診断も定期的実施され、労働災害への対応や職員の精神的サポート体制も適切である。職員の意見を収集するための検討は「主任会議」で検討され職場環境整備などについて要望聴取や対応が行われ、多様な勤務形態が可能な体制が構築されている。また、子育て支援など家庭と仕事の両立を可能とする保育所が早期から開設されるなど、働きやすい職場づくりに努力されている。

職員の教育・研修への取り組みは、「医療安全」、「感染管理」を中心に年間教育・研修計画が立てられ実施後の検証も適切に行われている。能力開発については積極的に奨励され部門ごとに職員も資格取得などに努力している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、入院案内、ホームページ、院内掲示等で明文化され、職員ハンドブック内にも明記され職員に周知されている。説明と同意については基準が定められ、患者・家族の署名や、同席者による記録がある。セカンドオピニオンの対応については手順が整備されている。入院診療計画、診察やケア時の面談、検査データの説明などの機会に行われている。入院時には転倒・転落防止のパンフレット説明や呼称参加なども行っており、医師は患者の理解を深めるため、画像の提供やパンフレットを使用して説明している。相談機能は社会福祉士や看護師を配置して、医療福祉相談や退院支援、医療安全に関する相談などに対応している。相談内容によっては他職種も相談に応じているなど、患者支援体制は適切である。個人情報保護方針はよく検討してホームページに掲載され、個人情報の利用目的も記載されており適切である。電子カルテシステムの物理的、技術的保護は適切である。病室でのプライバシーも確保されている。医療倫理への取り組みは外部委員を含む倫理委員会の設置があり 2020 年には 4 度開催されているが、病院として主要な倫理的課題への方針を明確にすることが望ましい。臨床での倫理的課題について、病棟では倫理の 4 分割法を使用した書式で検討、記録を行っているなど適切である。

駐車場が整備、公共交通の確保、売店の営業など、患者・家族の利便性に配慮されている。入院中の情報入手としてテレビが設置されインターネットが利用できる環境も整備されている。病院敷地内から院内はバリアフリーが確保され、院内の廊下や階段、浴室、トイレなどには手摺りが設置され、多目的トイレも設置されている。2018 年に新築移転しており、診療やケアに必要なスペースは十分に確保され、患者・家族がくつろげるスペースとして食堂、談話室があり全般において清潔でゆとりがある。病棟内は空調や照度、静寂も適切に管理され臭気はない。入浴機

器も充実しており、浴室には乾燥室として使用できるようにサンルームが設置されている。職員の発案により患者の利便性に配慮された特注のタンスと床頭台が全病床に設置されているなど、療養環境に配慮した取り組みについて高く評価できる。病院は敷地内禁煙の方針を掲げており、院内および敷地内へのポスター掲示の他、ホームページや入院案内、院内の掲示板に掲載して禁煙の周知が図られている。

4. 医療の質

患者・家族の意見の収集は各病棟と外来に意見箱を設置して意見を収集し会議体で提言内容と対応策を検討して回答が院内掲示され、職員にも周知されている。患者満足度調査も毎年実施され、意見や要望等については、各部署で改善策等の検討が行われている。症例検討会は新入院患者カンファレンス、死亡症例カンファレンスとして行われている。臨床指標への取り組みは自院における診療の質の向上に繋がるような検討が期待される。新たな診療・治療法などは積極的に受け入れられている。

患者のベッドネームには主治医と担当する看護師、介護士、理学療法士、作業療法士が明示されている。責任者はケアの状況、患者・家族の意見、部下の業務遂行状況の把握をラウンドなどで行っている。主治医不在時の対応は明確である。多職種での合同カンファレンス、栄養科とのカンファレンス、リハビリテーションとのカンファレンス、デスカンファレンス、麻薬カンファレンス、退院支援カンファレンスなど様々なカンファレンスが行われている。退院前カンファレンスでは院内多職種と患者・家族、外部のケアマネ、サービス事業所も交えて開催されている。各委員会や小委員会、退院指導、家屋調査、ミールラウンドなど多職種が協働して行っている。

5. 医療安全

医療安全管理委員会では院内外の医療安全に関する情報が集約され方針・施策が決定されている。アクシデント・インシデントの収集・分析・再発防止策の検討、MRM 安全パトロール、院内外の医療安全情報の周知、マニュアルの整備が行われている。医療安全管理者、医療機器安全管理責任者、医薬品安全管理責任者が配置されその役割は明確であり、必要な権限が付与されている。アクシデント・インシデントは報告の手順があり医療安全管理委員会に収集されている。必要な報告には対策が実施され、対策の成果確認は症例ごとに期間を決め適切に行われている。

誤認防止対策では、マニュアルに則り適切に実践されている。電子カルテが導入され。医師の指示、看護師の指示受け・実施・実施確認などの一連の業務は電子カルテ画面上で確認できる。パニック値・異常値は迅速に主治医に伝えられる手順があり遵守されている。麻薬・ハイリスク薬は安全に保管・管理され適切に使用されている。薬剤の重複投与・相互作用・アレルギーなども電子カルテ上で警告されるシステムがある。転倒・転落のリスク評価は入院時全患者に行われる。危険度による対応があり、必要時は看護計画へ反映される。多職種による転倒・転落事故対策委員会の設置があり、月1回開催され、事例検討や転倒予防機器の使用状況を管理

し機器の点検を行っている。使用中の呼吸器は設定指示書により使用場所で設定条件の確認が行われている。指示が変更される際には、使用場所で使用する設定指示書に医師により変更指示が記載され勤務交代時の引き継ぎでは点検表を元にダブルチェックが行われている。救急カートは各病棟と外来、リハビリテーション室に配置され、点検は配置場所の職員により毎日行われ、薬剤師に定期的な点検も行っている。院内緊急コードとしてコード・ブルーが設定され毎年訓練が実施されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染対策は医療関連感染対策委員会を中心に組織として積極的に活動している。マニュアル・指針は整備され毎年見直されている。院内感染状況は「感染情報レポート」として毎週取り纏められ、委員会で検討され、定期的に現場にフィードバックされている。ICT ラウンドは毎週行われている。ICT は現場の状況把握に努め、適宜・適切にアドバイスしている。委員会だけでなく現場で意見交換がなされており ICT が有効に機能している。アウトブレイクも基準が定められ発生時に適切に対応できる準備ができています。抗菌剤適正使用は AST（抗菌剤適正使用支援チーム）が立ち上げられ、多くの医師が参加して積極的に取り組んでいる。院外の感染流行情報も適宜収集できる体制を整備している。

手指消毒用の速乾性消毒薬は病室等入口への設置と、患者と直接接触する職員は個人携帯され使用期限、使用量のモニタリングが行われている。1 処置 1 手袋が実践され PPE の着用も適切である。CV 挿入時のマキシマル・バリアプリコーションは遵守されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院案内に病院の概要や院内各部門の紹介が掲載され、ホームページには各診療科の診療内容や医師の紹介、外来診療予定表、病院施設などが掲載されている。広報誌を定期的に発行し、近隣の医療機関や介護関連事業所への送付、入院患者への配布、ホームページへの掲載を行っている。ホームページは広報委員会で記事の取りまとめを行って随時更新されており、地域への必要な情報発信は適切である。地域医療連携室で、医療および介護・福祉施設等との紹介・逆紹介の対応などが行われている。地域の医療機関との研修会や地域医療連携会議などに参加して、地域のニーズなどを情報収集している。また、地域医療連携室や総務課の職員が連携施設などに広報誌の配布を行い、施設の専門性や特色などを把握している。返書の発行状況の管理が行われ、連携の状況が分かる記録が毎月作成されており、医療および介護・福祉関連施設等と適切に連携している。

地域の健康増進に寄与する活動として、体力測定会の開催や市町村の介護予防事業の研修への講師派遣など積極的な活動も見られる。また、地域の医療従事者に向けては、外部講師を招いた超音波検査技術向上のセミナーを開催し近隣医療機関の医師や技師の参加もある。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者への適切な受け入れ態勢があり外来は適切に運用されている。患者情報は外来看護師によって適切に整理され医師の診療に繋いでいる。患者の病状の変化にも適切に対応している。侵襲的検査・処置と認識しているものは整理され、患者・家族に適切に説明がなされ同意を得る体制にある。入院受け入れ判定基準は明文化され、依頼された入院は原則「断わらない」方針である。入院可否は多職種（医師、看護師、MSW、リハビリテーションスタッフなど）による入院判定会議で決定される。入院時診療計画書は医師により迅速に作成され、他職種による種々のアセスメント、治療計画が立てられる。診療計画は看護計画・リハビリテーション計画・栄養管理計画、在宅支援計画に反映される。ケア計画の評価・見直しは適時行われている。患者・家族に説明と同意が行われ要望は計画に反映されている。医療相談は相談内容により専門職種や担当者に振り分けて相談に対応する仕組みがある。院内スタッフと、院外社会資源との調整・連携を行い相談に対応されている。入院時のオリエンテーションは看護師により行われ、緊急入院は療養病棟ではほとんど無いがスムーズに受け入れる仕組みがある。

医師は、病棟業務を適切に行っている。患者情報はカルテやカンファレンスで他職種に共有されている。新人職員、中途採用者、異動者への教育体制も整備されている。病棟の物品管理、リネン類、衛生材料や医療物品など明確に表示され使いやすいよう整理、整頓されている。作業療法士により離床しリハビリテーションが行われている。投薬・注射が安全に行われるよう病棟薬剤師が適切に関与している。看護師も観察が必要な薬剤はマニュアルに則り適切に観察・投与している。入院時、全患者に褥瘡リスク評価が行われている。褥瘡がある場合は、毎週 DESIGN-R による評価が行われ、形成外科医師、看護職、介護職、管理栄養士、薬剤師、リハビリテーション職員による褥瘡回診が行われ治療効果の判定・検討が行われている。栄養管理は栄養アセスメントを行い栄養管理計画が作成され、全患者の喫食量は記録、把握され、管理栄養士はミールラウンドを行っている。嚥下に問題がある場合は言語聴覚士による摂食・嚥下評価が実施され、多職種と連携して適した食事形態、投与方法等について検討している。疼痛評価には各種スケールが使用されており、症状緩和には緩和ケアマニュアルによる対応がある。麻薬の使用は WHO 方式のがん疼痛治療法に則り行われ必要時は適切に使用されている。麻薬・疼痛カンファレンスが多職種で行われ適切な疼痛評価、麻薬の使用や効果の判定が行われている。リハビリテーションはスタッフが熱心に関与し提供されている。摂食・嚥下機能には言語聴覚士が病棟スタッフと共働し切れ目ない訓練ができるよう関わっている。また退院へ向けても細かく準備している。排泄機能の向上・改善に向けては ICT が感染対策の面からも膀胱留置カテーテルの抜去を推進する姿勢にある。認知機能・コミュニケーション機能・向上も積極的な関わりで改善に繋げており、コロナ禍での面会を安全なものとするための工夫や取り組みも見られている。身体抑制を行わないことを前提とした基本方針はあるが、やむを得ず実施する場合、必要性和リスク、方法、期間等について説明と同意が行われている。抑制中の観察、記録も各勤務帯で行われている。行動制限対策委員会があり多職種でカンファレンスを

行い回避・軽減・解除に向け毎月検討を行っている。

入院から3日以内に入院時スクリーニングで在宅復帰の可能性と退院支援について検討されている。患者・家族の意向が確認され退院先は患者主体で検討されている。家屋調査が行われ必要な指導も多職種で行われる。かかりつけ医との調整や在宅・介護保険サービスの利用に繋げる支援も行っている。退院前カンファレンスが院内多職種と患者・家族、外部のケアマネージャー、サービス事業所などで行われている。入院中の経過は、診療情報提供書、看護サマリー、リハビリテーションサマリーなどで提供され、連携先での訪問看護・介護サービスにつなげる仕組みがある。療養病棟では在宅退院後1週間以内に病棟看護師により退院後訪問指導が行われる取り組みがあり必要な在宅療養支援が適切に行われている。ターミナルステージの判断後、患者・家族に病状説明を行い、冊子を渡して心の準備をすすめ、希望に沿った対応が行われる。デスカンファレンスは多職種で全例に行われている。ACPの取り組みが地域包括ケア病棟で開始されており、病院としての取り組みとなるよう期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

院内医薬品集は院内LANに整備されており適宜更新され、処方鑑査・疑義照会への対応も行われ、薬剤管理機能は適切である。臨床検査機能では、自院で必要な検査を提供できる体制にあり、異常値・パニック値の主治医への迅速報告も手順も整備され遵守されている。画像診断はタイムリーに対応でき、MRI、CT、胃透視の画像は遠隔診断され遅くとも翌朝には報告されている。栄養管理機能は毎食、主食・形態・物性・食器に選択肢を設けている。管理栄養士がミールラウンドで、摂取量や栄養状態の確認を行っており継続した栄養計画にも反映し、食事の評価と改善にも取り組んでいる。調理は大量調理施設衛生管理マニュアルに沿って行われ、職員の健康管理も適切に行われている。食材・調理済み食品も適正な温度で保管・管理されており、栄養管理機能は総じて高く評価できる。リハビリテーションは、専門医が常勤配置され、リハビリテーションスタッフと有効に患者情報共有を行い良質なリハビリテーションを提供できる体制にある。主治医・病棟スタッフとの情報共有は電子カルテ上でなされる。リハビリテーションプログラムは毎月総合リハビリテーション計画書が作成され見直されている。リハビリテーションセンターに置かれている機器点検は適切になされている。診療情報管理機能は業務マニュアルに沿って臨床指標・統計データの作成などが行われ、診療録の量的点検も実施している。退院サマリーの未作成分の督促も行われている。電子化以前の紙カルテについては全件スキヤニングが行われ診療情報の一元化が図られている。医療機器管理機能では医療機器管理台帳、医療機器点検計画が整備され保有する医療機器は必要なタイミングで定期・日常点検が実施されている。夜間・休日のトラブル時の対応手順もあり適切である。滅菌・洗浄機能は各種インディケーターが実施され、適切に記録、保管されている。滅菌物の保管、管理、払い出しも適切である。

病理診断は上部・下部内視鏡の組織生検、小手術の摘出標本、尿・喀痰の細胞診などであり適切に管理・実施されている。輸血業務は輸血療法委員会が中心となっ

て適切に管理・施行されている。使用状況の検証も委員会でなされている。検査室で保管・管理がなされており、数は少ないが緊急輸血にも対応している。血液製剤は自記温度記録計付き冷蔵庫・冷凍庫で保管されている。救急医療は主にかかりつけの患者に対応しており、受け入れの可否は管理当直看護師が当直医と相談し決定している。

10. 組織・施設の管理

年度事業計画に基づいて予算が策定され進捗状況が毎月把握されている。病院会計準則で会計処理が行われ財務諸表が作成されており、監査も実施されている。経営状況は毎月の幹部会議で討議を行い主任会議での報告を通して職員に周知されている。各種業務マニュアルに基づいて医事業務が遂行されており、医師によるレセプト点検が実施され必要に応じて医師への照会が行われている。業務委託は契約更新時等に業務内容の見直しが行われている。業務報告書の確認や委託業者との打ち合わせなどを実施して把握している。

施設・設備の管理は、電気・空調・給水・医療ガス・消防設備などの日常点検が行われ、主要設備年次保守計画一覧表に沿って定期点検が実施されている。火災や災害発生時の緊急連絡網や応援体制も整備している。廃棄物の収集・運搬や処分状況も、マニフェストに基づき適切に行われている。物品管理は購入検討委員会が機能し院内各部署からの申請に基づいて物品が購入されている。納入業者は入札等を実施して選定され、発注と検収の担当者が区別されている。物品の使用期限のチェックはシステム上で管理が行われており、棚卸も年2回実施され、不動態在庫が発生しないよう管理されるなど物品管理は適切に行われている。

災害時の対応は防災マニュアルに緊急時の責任体制、役割分担、連絡網が明示され、火災や地震の対応手順も網羅されており、院内各部署に配布して周知している。災害への備えとして、備蓄食品や飲料水、経管栄養食が、患者用、職員用とも3日分を確保している。災害対策委員会が毎月開催されており、災害も想定した年2回の消防避難訓練が実施されている。震災など大規模災害を想定したライフライン確保の対策では、病院新築を機にガスコージェネレーション設備、地下水設備、非常用発電設備、太陽光発電設備を導入されるなど特段の配慮がなされており高く評価できる。保安業務は適切に行われている。医療時事故発生時の対応についても、原因究明や再発防止に向けた取り組みも速やかに行われる仕組みがあるなど適切である。

11. 臨床研修、学生実習

看護師、リハビリテーション、栄養課の実習生を受け入れており、医療安全、感染制御、個人情報保護などへの取り決めも明確であり、受け入れ体制は適切である。

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	B
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	B

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	S
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	B
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	A
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	A
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	S
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	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	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	A
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	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	S
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 12 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 特定医療法人東筑会 東筑病院

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： 福岡県北九州市八幡西区八枝1-7-20

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	121	121	+0	94.8	28.3
療養病床	78	78	+0	99.5	136.9
医療保険適用	78	78	+0	99.5	136.9
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	199	199	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	30	+0
地域包括ケア病床	76	+30
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

在宅療養支援病院

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

医科 ☐ 1) 基幹型 ☐ 2) 協力型 ☒ 3) 協力施設 ☐ 4) 非該当
 歯科 ☐ 1) 単独型 ☐ 2) 管理型 ☐ 3) 協力型 ☐ 4) 連携型 ☒ 5) 研修協力施設
☐ 非該当

I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無 ☐ 1) いる 医科 1年目： 人 2年目： 人 歯科： 人
☒ 2) いない

I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

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

I-2 診療科目・医師数および患者数

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

[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	111.49	107.28	113.32	103.92	94.67
1日あたり外来初診患者数	9.82	7.38	7.40	133.06	99.73
新患率	8.81	6.88	6.53		
1日あたり入院患者数	192.46	185.27	195.32	103.88	94.85
1日あたり新入院患者数	3.34	3.02	3.49	110.60	86.53