

# 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」・「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 12 月 13 日～12 月 14 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
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 リハビリテーション病院（副）  
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

貴院は 1962 年の開設以来、当該医療圏北部地域での中核的病院として重要な役割と機能を発揮して発展してこられた。現在では救急医療機能において ER 型救急センターとして管内での救急搬入の 50%を引き受けており、また、地域医療支援病院さらには在宅療養支援病院として必要な体制を整備し、求められる機能を積極的に発揮している。これらの役割発揮の基礎には、効果的・組織的な高い水準の管理運営が土台となっており、職員の尊重と育成を重視した取り組みがあることも評価される。また、貴院は地域医療と住民にとってなくてはならない病院として、早期がんの発見と治療、さらなる救急医療の拠点、介護部門の充実と地域連携など、さらなる医療整備に取り組もうとしており、今後の取り組みが期待される。今回の病院機能評価の更新受審を機会として、全職員が一致してさらなる医療整備に挑戦されることを期待したい。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化されており、内外への周知も適切である。病院管理者・幹部は地域における自院の役割、今後の課題など病院の将来像を示し、数値目標を明確にした事業計画を策定している。また、目標管理など職員の意欲を高める運営に努力しているなど、リーダーシップが発揮されている。組織運営では、中・長期計画の確定とそれに基づく年次計画の数値化、各部署でのBSCの策定とその取り組み推進など、効果的・計画的であり、優れている。情報管理、文書管理も適切である。

人事・労務管理では、病院の役割にふさわしい豊富な人員体制が確保されている。時間外労働の大幅改善、有給休暇の計画的取得促進等、労務管理に積極的に取り組んでおり、評価できる。職員の安全衛生管理は、職員の健康診断受診の徹底や、作業環境測定と改善など、適切に行われている。職員満足度調査の実施、意見箱の運用など、職員の意見・要望を重視した運営が行われている。必要性の高いテーマでの全職員対象の教育・研修は適切に行われており、積極的な外部研修などへの参加保障など含め、教育・研修は適切に行われている。人事考課制度による職員の能力評価と能力開発のための専門分野資格取得の促進、院内認定制度の運用など、能力開発の取り組みは適切である。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化されており、内外への周知も適切である。診療録開示も規程が定められ、適切に開示されている。説明と同意への対応も適切に行われており、セカンドオピニオンについての周知を図っている。医療への患者参加の促進は、治療や検査・処置の説明書やパンフレットの整備、活用などがされている。また、入院案内やホームページでは、診療やケアに必要なアレルギーなどについて、正確な情報を提供する責務と協力を求めている。患者支援体制は、オープン窓口が設置され、社会福祉士などが多様な相談に応じている。また、相談ケースは必要により多職種参加の各種カンファレンスで検討されており、患者支援の取り組みは適切である。個人情報保護に関する規程が各種整備されており、個人情報の物理的・技術的保護では、セキュリティシステムが採用されている。診療上や入院生活上のプライバシー保護では、番号での呼び込みや面会を希望しない患者の情報共有の徹底などの措置が取られており適切である。外部弁護士を含む倫理委員会が設置されている。臨床倫理方針を定め、全部署責任者参加の毎朝の合同カンファレンスなどが臨床倫理の課題を検討・共有する場となっている。また、現場で発生する具体的倫理課題についてはカンファレンスなど適時・誠実に対応している。

来院時のアクセスは良く、駐車場も整備されている。年中無休の売店が設置され、入院生活に必要な品物が揃えられている。また、退院後自宅で使用する商品も揃え、退院後の支援も行っているなど、利便性の配慮は適切である。院内はバリアフリーとなっており、病棟など手摺りも設置されている。一部の病棟には右麻痺用・左麻痺用のトイレを設置しており、評価できる。診療・ケアにおいて必要かつ十分なスペースを確保し、全館を通して清潔で整理・整頓が行き届いている。ま

た、夜間 20 時までの入浴希望に応える等、適切な療養環境となっている。受動喫煙の防止のため、敷地内禁煙の措置、禁煙外来の開設、職員向け禁煙キャンペーンの実施などが行われており適切である。

#### 4. 医療の質

患者・家族等からの意見・要望は院内各所に設置された意見箱や患者満足度調査などで把握され、改善対応がされており適切である。診療の質の向上に向けた取り組みでは、TQM 委員会を毎週開催し、多くの臨床指標で医療の質のチェックや問題点の抽出を行い、現場へフィードバックしている。また、クリニカルパスの活用とアウトカム・バリエーション分析の実施、地域連携クリニカルパスの糖尿病循環連携パスを年 500 件近く運用・活用していることなどは高く評価できる。

業務の継続的な質改善は、TQM 委員会では臨床指標のみならず医療安全的課題や倫理的課題も取り上げ、組織横断的な検討を行い、業務改善活動に結びつけている。また、部門・部署の目標管理については BSC を継続しており、BSC の進捗は院長と部門管理者で定期的に確認しているなど、優れた取り組みがされている。自院で実績の無い新規手技の導入などは TQM 委員会で検討し、許可を出している。薬剤の適応外使用に関しても、医局会および倫理委員会にて審議している。臨床研究に関する審査は倫理委員会で審議しているなど適切である。

診療・ケアの責任体制は、ベッドネームには主治医、各病室前に日替わりの PNS 名を明示しているなど、明確にされている。診療記録の記載は、電子カルテのツールを用いて記録の標準化を図っている。略語については診療科別略語一覧を作成し、院内 LAN にアップして標準化している。質的点検は診療情報管理委員会において、医師および看護師がそれぞれ記載内容について診療記録の点検を定期的に行っている。多職種協働での診療・ケアは、多職種横断チームとしての緩和ケアチーム、糖尿病プロジェクト、NST、口腔ケアチーム、褥瘡対策、退院支援チームなどが活発に活動している。

#### 5. 医療安全

院長直轄の医療の質管理部（TQM）に医療安全管理室が設置され、職種横断的な医療安全推進委員会が定期開催されている。全職員の安全研修は毎年 2 回開催され、欠席者へのフォローも行われるなど、安全確保に向けた体制は適切である。安全確保に向けた情報収集は、各部署の職責者が医療安全推進委員となりインシデント報告が行われ、RCA を活用し、改善策の検討が行われている。安全管理者および各部署の推進委員は、毎日の朝会、合同カンファレンス、毎月の業務連絡会で改善策を徹底するなど情報収集と検討は積極的に行なわれている。

誤認防止対策は、患者確認は本人が名乗ることを原則とし、リストバンド、バーコードによる三点認証で確認している。また、点滴チューブの接続では三方活栓の色を本体と側管用に青と緑の 2 種類採用し、シリンジポンプには薬剤ラベルを貼用するなど、安全性を追求しており適切である。情報伝達エラー防止は、口頭指示は口頭指示受けマニュアルに従って実施している。検査結果のパニック値はマニユア

ルに従い医師に電話連絡を行うなど、適切に対応している。麻薬の定数配置は限定されており、保管・管理は厳重である。薬剤科や各病棟などの薬品棚のハイリスク薬は色分けして表示され、また、抗がん剤のレジメン登録・管理は化学療法管理委員会および薬剤科で管理していて適切である。転倒・転落防止対策は、入院時全患者にリスク評価を行っており、患者・家族には、転倒・転落予防のための履物、物品のストッパーの注意を呼びかけ協力を求めるなど、具体的な転倒・転落防止策を行い適切である。医療機器の安全使用は、シリンジポンプや除細動器、人工呼吸器などは臨床工学技士が中央管理し、看護師と協力し安全に使用にしている。急変時の対応は、院内救急コードとして、専用ダイヤルを設定し、ステーション室内に掲示して周知し、また、BLS と AED 使用訓練を実施して 100%の職員が参加しており適切である。

## 6. 医療関連感染制御

感染制御に向けた体制は、感染対策委員会、感染対策推進委員会（ICT）、感染対策室の組織体制はそれぞれ適切に構成・機能している。ICT は毎週院内ラウンドを行い、感染対策推進委員会を月 1 回開催して情報を共有している。感染対策に関する指針・マニュアルの閲覧、改訂も適切に行っている。また、感染症の発生状況や耐性菌検出状況の把握を適切に実施している。医療関連サーベイランスも SSI 等多くに取り組んでいる。UTI のサーベイランスに関して尿道留置カテーテルのラウンドを行い、使用率の低下を確認している。アウトブレイクへの対応、近隣の医療機関とも相互ラウンドを適切に実施しているなど、感染制御に向けた情報収集と検討は適切である。

感染制御のための活動は、手指衛生や PPE について院内感染対策マニュアルに明記し、実施状況を各病棟のリンクスタッフや ICT にて点検している。手指衛生に関して、速乾式消毒剤は各病室や訓練室・検査室などに設置し使用している。抗菌薬の適正使用は、感染管理室の認定看護師および薬剤師がグラム染色所見や患者背景を考慮し、担当医へ推奨抗菌薬を提示し、狭域抗菌薬からの開始を可能にしている。10 日以上抗菌薬が使用されている患者には薬剤科より必要性の有無について担当医へ確認を行っている。培養検査の受け付け、アンチバイオグラムの作成など、適切に実施している。

## 7. 地域への情報発信と連携

必要な情報の発信は、提供している医療サービスや診療実績の発信をホームページや広報誌で行っており、内容も充実している。他の医療関連施設等との連携は、多数の登録医やアザレアネットへの参加医療機関等との連携が積極的に行われており適切である。また、糖尿病連携パスの取り組みは特筆される。地域に向けた教育・啓発活動は、健康教室の毎月実施、市民講座の開催などが年間数十回行われており、多数の住民が参加している。また、地域の医療従事者や介護職を対象とする教育活動も、地域連携講演会、糖尿病を学ぶ会、出張糖尿病教室、認定看護師によるセミナー等々活発に行われており、その活動は高く評価される。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者の円滑な受診のための様々な取り組みは適切であり、外来診療も適切に行われている。侵襲性や危険性の高い検査等は、同意書を得て、安全に配慮して実施されている。入院の決定は、医学的判断に基づき判断のうえ、患者・家族の同意を得て決定されており適切である。入院診療計画書は医師が、看護師・薬剤師など多職種と協力して作成しており適切である。医療相談室は多職種が多様な相談に応じている。入院時は、病棟案内や入院生活スケジュール、診療や手術に関わる説明と確認、持参薬対応など、適時・適切に対応している。

医師の病棟業務は、医局合同カンファレンスや多職種参加での治療方針を決定など、適切に行われている。看護師は病棟業務に関する看護基準・手順に沿った看護を実践し、各種アセスメントにより、身体的・精神的・社会的ニーズを把握し、看護計画に反映して援助に努めている。投薬・注射の確実・安全な実施のため、注射薬は1施用ごとに準備され、高カロリー輸液、抗がん剤の調製・混合なども適切に行われている。輸血・血液製剤投与も、確実・安全に実施されている。全症例について手術の必要性和リスクが説明され、麻酔科医、手術室看護師により術前訪問および術後訪問が実施されている。重症患者の管理は、ICU への入室基準が定められ、多職種連携での管理など適切である。

褥瘡の予防・治療および栄養管理も、入院時チェックの基づく計画と多職種によるケアなど、いずれも適切に行われている。症状緩和は、緩和ケアマニュアルが定められ、様々な症状に対して体位の取り方や安寧支援など、多職種・家族と協働した緩和ケアを重視して、積極的に取り組んでいる。リハビリテーションの必要性は、リハビリテーション療法士がスクリーニングを行い、評価している。主治医は多職種と協力し、患者・家族の要望も入れてリハビリテーション実施計画書を作成している。また、リハビリテーション専従医を含めた多職種でカンファレンスを開催しているなど、リハビリテーションは確実・安全に実施されている。身体抑制は、患者状態の適切な観察、毎日の解除に向けたカンファレンスの実施など適切である。退院支援は、退院支援看護師と相談員が病棟カンファレンスに同席して、退院後の方向性を検討している。特に糖尿病管理に関して、多職種が積極的に患者・家族に関わり、高い成果を上げていて評価される。退院後の継続した診療・ケアは、地域連携での取り組みなど、いずれも適切である。ターミナルステージへの対応は、終末期医療ガイドラインに基づき、倫理委員会と協力しながら、誠実に取り組んでいる。また、死亡から3年以内の家族を対象に遺族会も年1回開催しているなど、評価される。

### <副機能：リハビリテーション病院>

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示板等で周知されており、来院した患者には必要な案内と誘導を行っている。外来リハビリテーションは適切に実施されており、外来診療も適切である。診断的検査は、主治医による必要性の判断がされ、必要に応じて患者・家族への説明と同意を得て実施している。侵襲的検査の前には医師が同意書を取得しているが、同席者の署名や、カルテへの記載などについて

て徹底を望みたい。入棟当日には多職種で初期評価を行い、入棟翌日に医師も含めた多職種による転棟カンファレンスを実施し、初期の支援方針を検討・共有している。ハビリテーションプログラム作成への評価は多職種で行い、患者・家族の希望も取り入れ支援計画を立案している。その後も定期的に多職種カンファレンスを実施し、退院後の社会生活復帰も念頭に支援計画を見直している。患者・家族からの様々な医療相談は、病棟配置の社会福祉士が窓口となり対応しており、相談内容によって専門職種や担当者に振り分けて対応しているほか、院内の他の社会福祉士とも、必要に応じて情報共有をしている。病棟への入棟時には、病棟配置の社会福祉士が家族面談を行い、入院前の生活状況や入院生活への希望等を確認し、情報提供している。

医師の病棟業務は、日常的に多職種との情報交換もしながら医学的な管理を行い、患者・家族に随時、治療方針、経過等を説明している。また、原則毎日回診し、リハビリテーションカンファレンスへの出席をはじめ、患者の多職種支援にリーダーシップを発揮している。看護師は疾病・健康管理を中心に、介護職は移動・セルフケアなどの支援を中心に、協働して日常生活動作改善に取り組んでいる。薬剤師は持参薬鑑査を行うほか、患者の服薬状況を確認し医師に処方提案をしている。

全患者を対象に、褥瘡発生リスクの評価判定を行っている。褥瘡患者に対しては、褥瘡診療計画書を作成し、非常勤の形成外科医、皮膚・排泄ケア認定看護師を含む褥瘡チームが定期的に回診を行い、処置内容の検討などを行っている。疾患症状別の看護基準と手順が整備されており、状況に応じて患者個別性にも配慮しながら、看護計画の見直しやリハビリテーションプログラムを修正し、症状緩和は適切に行われている。理学・作業・言語の各療法士は多職種と連携して系統的なリハビリテーションを365日提供している。簡易型ドライブシュミレーターと実車評価を組み合わせた自動車運転再開支援は、多数の運転再開実績もあり、高く評価できる。患者・家族への退院支援は多職種で取り組まれ、生活期の支援者とも連携しており適切である。

#### <副機能：緩和ケア病院>

受診に必要な情報は、パンフレットやホームページで公開している。電話での問い合わせには、緩和ケア病棟直通電話で病棟看護師が対応している。外来は予約制であり、待ち時間は少なく、早急な対応が必要な場合は、緩和ケア科医師の空き時間に予約時間以外にも対応できる。緩和ケアに関する相談窓口は、緩和ケア病棟直通の電話となっており、病棟師長、病棟主任が担当している。入院は基準を定めており、入棟判定会議で検討している。入院までの流れはスムーズで、待機期間は数日と短くなっており適切である。診療計画は、患者・家族の希望を反映した入院診療計画書を作成され、状態の変化に応じて、多職種カンファレンスで検討し、診療計画・ケア計画は見直されている。

医師の病棟業務は、緩和ケア科医師 2 名で担当しており、回診や病状変化時の面談が行われ、診療に関する記録と指示も適切に行われている。看護師の病棟業務は、病棟には看護師とケアワーカーが適切に配属されており、プライマリーナーシングでケアを担当している。緩和ケア基準・手順も整備されていて適切である。心身両面からのケアは、臨床心理士が 1 名配属されており、患者や家族の心理面に深く関わることで、患者・家族の意向や希望に対応した援助が行われている。薬剤師により薬歴や持参薬は管理されている。

褥瘡マニュアルに従って入院時にリスク評価を行い、予防的なスキンケアや体圧分散マットの使用など、発生予防に努力している。定期的に評価し、発生時は褥瘡対策チームに相談できる体制となっている。管理栄養士が食事の個別対応を行い、「デザートの日」や季節の病棟イベントを行う際のイベント食を提供し、患者の QOL 向上を図っている。症状緩和に関しては、各種ガイドラインを参考にして、標準的な評価方法や治療方法を実施している。リハビリテーションは、がんリハビリテーション研修を修了した理学療法士 2 名が担当しており、ADL の維持を目的としてリハビリテーションが実施されている。退院前には、家屋調査も実施している。QOL 向上に向けて、季節の行事やボランティアによるオカリナ演奏など、患者・家族の QOL を高める活動が頻繁に行われている。また、希望があれば、外出や買い物にも取り組んでいる。退院支援および継続した診療・ケアは、入院時から在宅療養への患者・家族の希望を把握し、退院基準に基づき、多職種カンファレンスで、多面的に検討している。緩和ケア科医師による訪問診療が行われ、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所との連携を図って、切れ目のない緩和ケアを提供し、在宅移行率が 21% と高く、退院支援の体制は秀でている。臨死期への対応は、手紙の送付や遺族会の開催など、遺族ケアに積極的に取り組んでおり、J-HOPE4 研究にも参加され、遺族からの意見をケアの改善に活かしている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、内服薬の調剤、処方鑑査、薬剤重複・薬剤アレルギーなどのチェック、持参薬の鑑別など適切に実施されている。注射薬は、1 施用毎の払い出しを実施している。抗がん剤や高カロリー輸液製剤など安全下の調製が必要な薬剤はクリーンベンチ・安全キャビネットで作製しているなど、薬剤管理は適切である。検体検査および生理機能検査のほとんどが院内で実施可能であり、夜間・休日は日・当直体制で対応しているなど、検査機能は適切である。ほぼ全ての画像検査は技師の当直体制により 24 時間検査が可能である。放射線科医は現在 3 名の常勤体制で、CT・MRI の読影報告は翌受診日までに全例について報告できている。夜間・休日は当直医からの要請によって、ID-Link システムを用いて画像診断を実施している。

栄養管理機能は衛生管理に留意された食事の提供がされ適切である。リハビリテーション機能は、専従医師 1 名、リハビリテーション療法士 47 名で早期からのリハビリテーションの介入を行っている。特に摂食嚥下リハビリテーション認定歯科衛生士を言語聴覚士チームの一員として専従で配置し、摂食機能療法に早期から介

入していることは高く評価できる。土・日・祝日も平日と変わらない体制でリハビリテーションを実施している。診療情報管理機能は、3名の診療情報管理士によって、診療記録の量的点検、コーディング、各種データの作成等適切に行われている。医療機器管理は、医療機器の中央管理と責任体制を確立している。使用中の人工呼吸器やシリンジポンプなどの機器は、臨床工学技士と看護師の協力により安全に使用されている。洗浄・滅菌機能は、看護師2名の滅菌技士養成が行われている。また、使用済み器材の滅菌過程はワンウェイ化に努力し、滅菌効果の確認は適切に行われている。

病理診断機能は、非常勤病理診断医と細胞検査士・認定病理検査技師でほぼ全ての組織診、細胞診を実施している。輸血・血液管理は、輸血療法委員会が毎月開催され、血液製剤の使用状況を検証している。製剤の発注は必要時に行うなど備蓄を置かないことで廃棄率の1%以下を維持している。手術・麻酔機能は、サインイン・サインアウトおよびタイムアウトも安全チェックリストマニュアルに沿って実施し、必ず看護記録に記載しており、手術室における清潔管理なども適切である。集中治療機能は、ICU8床を有し、集中治療医学会専門医を配置している。入室2～4日以内に医師を含めた多職種でカンファレンスを開催し、治療方針に関する情報共有を行っている。特に専従の管理栄養士はNSTと協力して早期栄養の開始に寄与しており、高く評価できる。救急医療機能は、救急告知病院として病院理念を基に24時間365日体制で、ER型救急センターとして年間時間外救急患者約7,700名以上、救急車は約2,000台以上を積極的に受け入れている。ERセンターには救急科の専門医師を配置している。受け入れなかった事例については毎朝院長に報告し、救急委員会にて月1回検証しているなど、救急医療機能は適切に発揮されている。

## 10. 組織・施設の管理

予算は年度事業計画の基づき、詳細な経営データを活用して作成され、月次経営結果が検討されるなど予算管理は適切である。医事業務では、窓口収納は電子カルテと連動したPOSレジが採用されている。未収金対応、返礼・査定への対応も、手順が定められ、いずれも適切である。業務委託は、月1回の委託業者との面談、業者との院内ラウンドなど、委託業務の管理は適切に行われている。

施設・設備の管理は、2名の常勤職員が担当しており、日常点検と計画的保守管理は適切である。年1回一級建築士による建物・設備の定期点検が行われている。物品管理は、SPDシステムで行われ、年2回の棚卸が行われるなど適切である。

災害時の対応は、大規模災害マニュアルをはじめ各種マニュアルなどが整備されており、訓練も適切に行われている。保安業務は、夜間の保安は事務職員の当直者が担当し、保安に関する研修に参加しているなど適切である。医療事故に対する対応は、発生時の対応などフローチャートなどで明らかにされているが、原因究明と再発防止の組織的取り組みの規定に不明確さがあるため、検討を望みたい。



## 1 1. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研については、看護部門の初期研修はラダー制度が整備されている。また、療法士、臨床検査技師、管理栄養士などでも初期1～2年目研修計画や業務遂行レベルチェック表を使つての初期研修が進められており適切である。学生実習の受け入れは、看護師・セラピスト・栄養士・検査技師・MSW等々の実習を受け入れているが、受け入れ体制の一本化が図られ、適切な体制整備を行っている。また、医療安全などの必要なオリエンテーションを行つており適切である。

# 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	S
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	S
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	B
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	B
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	B
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	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	S
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	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A
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	S
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	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	B
-------	-----------------	---

---



## 機能種別：リハビリテーション病院（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	診断的検査を確実・安全に実施している	B
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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	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	B
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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	S
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
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	A

2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	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	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
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	S
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： 2019 年 8 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人シマダ 嶋田病院

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)、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 福岡県小郡市小郡217-1

## 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	150	150	+0	97.1	13
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	150	150	+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	4	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
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	36	+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	14	+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

地域医療支援病院, DPC対象病院(Ⅲ群), 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

2年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数		199.86	178.63	177.92	111.88	100.40
1日あたり外来初診患者数		43.18	38.84	40.01	111.17	97.08
新患率		21.60	21.75	22.49		
1日あたり入院患者数		145.71	147.93	144.98	98.50	102.03
1日あたり新入院患者数		9.21	8.61	8.06	106.97	106.82