

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2月20日～2月21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2005年の運営開始に始まり、地域の多様なニーズに応え、地域全体が安心して暮らせる社会づくりへ貢献されてきた。病床規模は運営開始時から県下の民間病院では最大であり、病院機能を向上させるため現在までスピード感のある展開を図られてきている。病棟は、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、障害者施設等一般病棟、特殊疾患病棟、医療療養病棟、緩和ケア病棟で構成され、健診センターや脳卒中リハビリセンター、血液浄化センターなども開設している。また、訪問診療や訪問看護など在宅サービスも機能させ、短期入院協力病院として国土交通省協力事業指定も受けている。「桜十字に関わる全ての人が幸せとなるモデルを全国へ」を理念に掲げ、「患者さま満足宣言」の7項目を基本方針とし、地域で安心して暮らせる社会づくりに貢献すべく病院の役割・機能発揮のため努力されている。病院と共にグループも様々なニーズに応え多様な事業を展開し、数多くの病院や施設、在宅サービスなどを運営している。病院機能を充実させ、地域における役割を十分に担うため、院長など幹部職員が組織をリードし、各部署や職種の業務への積極的な姿勢は高く評価できる。

この度の病院機能評価は3回目の受審であり、前回受審から継続的に取り組まれている項目は、病院機能の向上に大きく貢献していると判断できる。また、多くの項目で関係部署や職種の努力・工夫、積極的活動の成果が表れ、他機関への参考を推奨できる活動も窺える。なお、2025年に向けたグランドビジョンも明示されており、達成に向けた努力・工夫により地域ニーズに応えながら、さらに発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念や基本方針は、2019年に内容を見直し、全職員へ説明し、入院案内やホームページ、社員証裏面への記載などの手段で院内外に周知されている。2025年（病院開設20周年）に向けグランドビジョンを策定し、各部門・部署もビジョン達成に向け目標設定とアクションプランを策定している。院長を中心に幹部職員が組織をリードし、職員の就労意欲の向上に努めている。また、委員会でも目標管理シートを活用し、計画性をもった活動へと変化させている。なお、今後は実態に合った組織図などの再考を望みたい。電子カルテなどが稼働しており、情報システムの運用管理規程を定め、データの真正性や保存性は確保されている。文書管理は規程を改定され、管理文書を全病院的に確認している段階である。

人材は年間採用計画に則り採用しており、機能を十分に発揮できる人員体制の充実に努力されている。就労状況も把握され、介護職は外国人も受け入れ、教育・研修体制も整えている。就業規則などの必要な規程・規則類は整備されており、採用や昇格・昇給のプロセスも良好である。また、育児や介護休暇、再雇用制度なども確立している。安全衛生委員会が定期的開催され、産業医や衛生管理者の職場巡視も行い、職員健診や職業感染防止面も問題なく取り組んでいる。また、ストレスチェックも含め精神的サポート体制も確立し、安心して働ける職場作りに努力している。職員の意見・要望を把握する手段は各会議やミーティングなど多くの機会を設け、職員食堂は他機関も参考となる形態を整え、院内保育所の運営や数多くの福利厚生に取り組んでいる。また、夜勤専従看護師や育児短時間勤務、勤務時間のスライド制など就労面にも積極的に支援する姿勢であり、魅力ある職場環境への取り組みは高く評価したい。

全職員対象の研修は医療安全や感染制御などを行っており、全体的に高い参加率であるほか、不参加者へのフォロー体制も良好である。院外研修にも計画的に参加され、各職種で専門性を向上させる研修も積極的に奨励している。各職種で多くの専門資格の取得がされている。入職時の研修も確立しており、教育委員会が図書管理体制を主導している。各部門・部署で職員の資質や専門性を向上させるべく、独自に研修や評価体系を整え実施している。職員の個別能力は、客観的な評価基準に則り、医師も含め全職員に実施するよう検討を期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、入院案内や院内掲示、ホームページ等を通して周知されている。入職者のオリエンテーションも含め定期的に研修も実施している。説明と同意のガイドラインを作成し方針も明文化され、同意を必要とする治療・検査は纏められている。セカンドオピニオンは患者の権利で定められ、マニュアルも整備されている。診療情報の提供は、理解しやすいように図示やパンフレットを活用し、安全性を担保する視点で入院患者にはリストバンド装着や名前などの名乗りを行っている。地域連携室は入院調整チームと患者支援チームに分かれ、患者・家族からの様々な相談に応じている。相談機能は入院案内などで周知され、虐待・暴力への対応マニュアルも整備している。個人情報保護規程も策定され、利用目的など

は院内外に周知している。電子カルテ稼働に伴い、診療情報などの個人情報の取り扱い、ID・パスワード管理で徹底し、アクセス制限も行われている。個人情報の廃棄も規程に則り適切に処理されている。診察室や検査室の個室化など、プライバシーにも配慮されている。臨床倫理指針は作成され、現場で解決が難しい場合は医療倫理委員会で検討する仕組みとなっている。倫理的課題として、身体抑制や気管切開など現場で幅広く討議・検討されている。

バス停は病院前にあり、駐車場の確保も良好である。総合案内にはケアワーカーを配置し患者・家族を支援している。売店は365日稼働し、洗面など入院生活を支える設備が整備されている。正面玄関のエントランスを通ると「まってるラウンジ」があり、4つの機能を備えている。「フィルカフェ」のほか、「まってるライブラリー」には書籍・雑誌が整備され、それぞれ自然・動物や家族の在り方、噛みしめる言葉など11のジャンルで構成されている。また、「レタールーム」があり、複数の便箋を準備し、色鉛筆や水彩マーカーなどが配置され、入院患者、友人や家族などに宛てた手紙を投函できるようになっている。「シェアルーム」は、完全予約制で家族などと貸し切り、プライベート時間を過ごすことができ、誕生日などを患者と共に過ごすことができる。「まってるラウンジ」は、患者・家族の視点で快適性に大いに配慮されており、高く評価できる。

院内のバリアフリーはおおむね確保されており、スロープ仕様では「お助けボタン」の設置でスタッフがフォローするなど工夫されている。車椅子など整備・備品の点検は行われている。病院全体はゆったりとしたスペースが確保され、患者・家族などがゆっくりと過ごすことができる環境を整備している。臭気への配慮も窺え、車椅子でも見えるように鏡も低い位置に設置している。敷地内禁煙であり、2020年1月から禁煙外来も行っている。全職員対象の院内研修も行い、社員の喫煙率も年々低下しており、その努力が表れている。

4. 医療の質

意見・要望BOXを専用用紙と共に院内14か所に設置し、理事長直通便としてパンフレット類などで説明している。専用用紙は郵送も可能である。患者さま満足室を設置し、専従社員が意見・要望への対応を主導し、外来・入院の患者満足度調査は年2回実施している。患者さま満足度委員会で対応すべき課題を組織的に検討し、各部署にもフィードバックしている。原因を把握し、対策は実施後に1・3・6か月後に効果を評価し、継続的なモニタリングと評価も行い、その取り組み体制は大いに評価できる。

多職種参加の種々のカンファレンスによる情報共有や検討の体制が構築されている。診療ガイドラインは整備され、院内外の研修は積極的に行われており、学会でも発表されている。地域連携パスに参加し、院内のクリニカル・パスは胃瘻造設パスなどがあり、離床パスなども検討している。患者さま満足委員会や医療安全管理委員会を中心に活動し、毎年開催の院内学会では、各部署や多職種チームでの種々の取り組み成果を発表している。苦情を契機に看護・介護職のオムツ交換・体位変換等の技術研修を長期に行っている。また、毎月の社員表彰や、ケアリンピックと

称しトーナメント審査による表彰制度の確立など、質改善への継続的取り組みへの積極的姿勢は高く評価したい。新たな診療・治療方法などの導入を検討する体制も確立している。

各部署では職員一覧を掲示し、管理・責任体制も明確である。主治医不在時の対応も明確であり、診療・ケアの実施状況は確認されている。医師や看護師など各職種のカルテ記載はおおむね良好であり、主治医の回診や担当医と他職種での回診も行われている。退院サマリーの作成も評価できるが、定期的な質的点検の検討を期待したい。身体抑制やNST、褥瘡、リハビリなど多職種が参加するカンファレンスが行われ、栄養管理計画書は多職種の協働で作成され、多職種間の協働・連携は図られている。

5. 医療安全

医療安全管理委員会が機能し、医療安全管理部を設置され、専従の医療安全管理者が組織横断的に活動している。アクシデント・インシデント情報は、全職員から収集している。収集データの分析手法も整え、改善策も講じられている。また、改善策の効果等はラウンドで確認している。

誤認防止策は、入院患者にはリストバンドで確認している。名前や生年月日の名乗りによる確認も行い、点滴や注射はバーコードによる確認も実施している。また、検体やチューブ類もルールに沿って対応している。情報伝達エラー防止策では、医師の指示出し・指示受け・実施・確認は適切に行われ、指示の中止や変更も問題なく良好である。口頭指示も復唱や複数確認し、事後の転記も適切である。薬剤の安全使用は、ハイリスク薬の使用や保管・管理は適切に行われ、アレルギーや禁忌薬の記載ルールも遵守されている。医薬品安全ラウンドの実施により、病棟への薬剤師の関わりが強化されている。転倒・転落防止策は、アセスメントシートにより入院時、2週間後、ADL 変化時にリハビリ療法士も関与し評価している。評価に基づき対応策を実施し見直しも行い適切に取り組まれている。人工呼吸器などは中央管理され、人工呼吸器の設定や設定変更も適切に行われている。安全使用の研修が行われ、安全使用にも配慮されている。患者急変時の対応は、院内緊急コードを定め、召集訓練も行っている。救急カートは必要な場所に配置され、BLS 研修も各部署で毎年実施している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は毎月開催され、下部組織である ICT と各部署に配置されたリンクスタッフが実際の活動を担っている。ICD を中心とした種々の活動や院内研修は適切である。院内の微生物サーベイランスが実施され、アンチバイオグラムも作成されている。アウトブレイクへの体制も確立され、疥癬への早期発見などに努めている。今後も院内の感染発生状況や主要な医療関連感染の把握に取り組み、自院の感染制御に活用する体制への充実を継続されたい。

手指衛生は、速乾式手指消毒剤を携帯しモニタリングされている。CV カテーテル挿入などは手術室で実施している。抗菌薬の使用実績は把握され、医師へフィー

ドバックし、適正使用に努めている。培養提出件数は増加傾向であるが、エンピリックセラピーを避けるためにも、今後も原則として培養提出を行うことで感染制御活動を継続されたい。

7. 地域への情報発信と連携

病院案内などパンフレット類は、病院機能やサービス内容を分かりやすく掲載し、ホームページも適宜更新している。広報誌は年2回作成し、関連機関や地域住民、行政など幅広く配布している。診療実績や臨床指標はホームページに掲載され、「口から食べるプロジェクト」や「まってるラウンジ」、「リハビリテーション」など特徴ある活動はパンフレットを作成し、情報発信している点は評価できる。地域の医療機関や施設などの情報は把握している。また、地域包括ケア病棟も機能しており、レクリエーションの充実や摂食への工夫など在宅復帰に向け努力されている。地域連携パスも活用し、地域のネットワークには積極的に関与し、連携機能を強化させ良好に取り組まれている。健診センターでは巡回バスによる健診も行っている。生き生き健康教室は毎月開催し、ケアや介護など多彩な内容で2007年より継続している。公民館などへの出前講座を行い、健康講座も年3回実施している。小児科医は各学校で感染予防など保護者への啓発活動を行い、失語症友の会が主催する「ともにスピーチ」を2015年から地域の医療機関・施設と協働で実施している。NST研究会は毎年、地域の医療従事者を対象に研修会を開催し、口から食べるプロジェクトでは、食事サポーター養成講座や食事サポーターインストラクターコース、介護食料理教室、有料老人ホームなどへの「クチタベ」（口から食べる）の出前講座を行い、地域への諸活動は積極的であり、その取り組みは高く評価される。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療科目など必要な情報は掲示している。初診・再診の受け入れはスムーズに行われ、待ち時間にも配慮されている。外来では種々の指導も行われ、再診はほぼ予約制である。患者のトリアージは看護師が行い、専門外来や禁煙外来も行っている。侵襲的検査への説明・同意や検査中・検査後の観察も適切であり、緊急時の対応も確立している。入院は、地域連携室の情報収集などで受け入れ検討シートを作成し、院長決裁で決定しているが、多職種による入院判定会議の活用を望みたい。入院時、病状や患者・家族の要望を踏まえ、多職種で診療計画書を作成している。入院時カンファレンスを実施し、種々の評価や診療計画の見直しも行っているが、高齢者総合機能評価は継続的に実施されたい。退院支援計画書では、退院支援シートの活用と退院支援チームの立ち上げ、活動が期待される。ケア計画は、診療計画に基づき多職種で立案され、計画に沿ってケアを展開し記録されている。医療相談は地域連携室が対応し、入院調整チームと相談支援チームに分かれ、多様な相談に応じている。入院時のオリエンテーションは、資料を用いて看護師が説明している。

医師は回診と記録を行い、病状変化時には患者・家族に説明し同意を得ている。看護師や准看護師、介護福祉士など各職種の役割は定められ、業務基準・手順も作成している。ケアリンピックと称して、介護技術の競技大会も4年ごとに実施し質向上に努めている。入院時、全患者に栄養評価を行い、リスクに応じ評価を継続するなど種々の評価を行っている。また、定期的検査も実施し状態を把握している。服薬や薬歴管理は行われ、重複投与や禁忌疾患の有無なども確認している。輸血も適正使用指針に従って実施されている。重症患者の管理は適切であり、家族へのケアにも配慮されている。全入院患者に褥瘡発生リスク評価が行われ、専任看護師も配置し褥瘡カンファレンスで全身状態などを検討している。入院時に、管理栄養士が評価し、歯科衛生士は口腔ケアの状態を確認している。NST チームによる評価・計画立案も行っている。特に、「口から食べるプロジェクト」は、マネージングドクターとディレクター看護師を中心に多職種がチームを組み活動され、1年間食べられなかった患者が5か月後に必要カロリーを経口摂取できるなど活動成果も表れ、その他多様な取り組みもあり、関係スタッフの努力は高く評価したい。

緩和ケア病棟による症状緩和サポートチームが関与し、心の痛みにも配慮され、麻薬使用も適切である。リハビリテーション・ケアは、ほとんどの患者にリハビリ療法士が介入し、廃用維持に努めている。経管栄養患者が比較的多いが、歯科衛生士や看護師、言語聴覚士などが口腔ケアや摂食機能療法などに関わり、「クチャベ」入院患者も含め経口摂取が可能となった事例も多くあるなど、積極的な取り組みは高く評価できる。療養生活の活性化に向け、毎月のイベント時に行事食を提供し、家族も参加している。家族と共に誕生日など特別な日を迎えられるように、「シェアルーム」も頻繁に活用している。また、家族からの手紙や退院時の自分に宛てた患者自身の手紙など、社会復帰への意欲を高める取り組みは高く評価したい。身体抑制は基準・手順は整備され、説明・同意も良好であるが、観察記録の充実を期待したい。入院早期から在宅復帰への可能性を多職種で検討し、退院困難な場合は退院困難計画書を作成し、多職種が役割に応じ支援している。在宅療養が必要な場合も病状や生活状況などを考慮し適切に支援している。ターミナルステージは判定基準に沿って対応され、患者・家族の意向にも配慮されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方や調剤業務、処方鑑査、疑義照会などが適切に行われている。全入院患者について持参薬の鑑別や薬歴管理も実施し、注射薬は1施用ごとに取り揃えている。抗がん剤使用の患者が入院した場合でもレジメン管理を行うなど、各部署への薬剤師の関わりは良好であり、薬剤管理機能は適切に発揮されている。臨床検査機能は、病院機能に応じた検査体制を確立し、外部委託検査も行っている。院内検査機器の内部・外部精度管理は行われ、異常値やパニック値への対応も確立しており、適切に機能を発揮されている。画像診断機能は、2019年4月から常勤の放射線科医による読影体制となり、検査当日の診断体制を確立されている。医師指示後の患者受付や部位の確認、適応判断なども評価でき、造影CT等は放射線科医が立ち会い、診断機能の向上に努力され評価できる。

栄養管理は、食材搬入から配膳・洗浄まで一連の流れにおける衛生面は良好である。嗜好調査は年2回実施し、嗜好多様化に伴い「リクエストボックス」を病棟に設置し、患者のリクエストに応ずる「リクエストメニュー」にも取り組んでいる。

「日本を旅する故郷の味めぐり」と称し、摂食量増加を目的に各県の代表的な食を週1回提供している。四季を飾る食材や普段使用しない食材を取り入れ、家族も同じ食事を楽しめる行事食にも取り組んでいる。また、誕生日にはバースデーケーキを作り、バイキング形式でおやつを選ぶことができる楽しい企画も行っており、その取り組みは秀でている。

リハビリテーション機能は、長期療養患者にもリハビリ介入され、多職種によるカンファレンスも行われている。入院当日にリハビリテーション総合実施計画書を作成し、定期的に見直されている。診療情報管理は、中央病歴管理室が担当され、医科の診療情報は全て電子カルテで管理し、歯科は紙カルテで対応している。歯科の診療情報は、申し送りを電子カルテに入力し情報共有を図っている。電子カルテの量的点検が行われ、紙カルテの貸し出しも適切に行われている。医療機器管理は、人工呼吸器など主要な機器は中央管理であり、臨床工学技士が対応している。医療機器安全管理委員会も機能し、標準化も図られている。洗浄・滅菌は、中央材料室が洗浄・消毒を行い、滅菌業務は外部委託している。防護手袋やガウンの装着など標準予防策も講じている。

病理診断は、全て外部委託であり、適切に処理されている。病理診断報告書や標本の保管、小分けホルマリンの管理手法なども適切である。輸血・血液管理は、発注から実施までマニュアルに則り行われている。また、輸血管理委員会で使用状況の把握や検証もされている。手術・麻酔機能は、CVカテーテル挿入が主であり、気管切開や胃瘻造設などを行っている。全身麻酔は実施していない。外科の責任医師と看護師は、全例の術前訪問を行い、清潔管理なども適切である。救急医療機能は、かかりつけ患者の対応が主であり、受け入れができない場合の対応も適切である。

10. 組織・施設の管理

予算は経営企画室や医療企画管理センター、経理が連携して作成し、月次決算により予算の進捗状況などを確認している。財務諸表なども作成され、監査体制も確立している。また、経営状況を組織的検討する仕組みも機能している。医事業務は、電子カルテと医事会計システムが連動しており、窓口会計はスムーズに対応している。POSレジを導入し、未収も確認できている。未収回収にも努力され、レセプト作成や査定等への対応も良好である。医事業務を的確に推進するため、保険請求の勉強会や新入職者の研修など多様な研修・勉強会を実施し、質向上への姿勢は評価できる。委託業者は見積りなどの比較などをもとに選定し、業務内容は関係部署で確認している。

施設・設備の日常点検は問題なく取り組まれ、業者による保守点検も行われている。緊急時の体制も確立し、清掃は行き届いている。廃棄物の処理も適切に実施されている。診療材料など定数管理の物品は、SPDシステムを導入し業者が管理して

いる。SPD 以外の物品は、医療支援室が発注し各部署に搬送している。使用期限などの確認も行い、ディスプレイ製品の再利用は行っていない。

防火・防災は、消防法令の遵守状況が優秀であることを評価され、特例認定を受けている。防火避難訓練や防災訓練が行われ、消火栓や消火器の操作方法も毎月研修し、全社員が使用可能となるよう努力されている。停電時のマニュアルは策定され、非常用発電機の機能も確認し、災害対策委員会も月 2 回開催しており、災害への組織体制は確立している。警備会社が保安業務を担い、防犯カメラを設置しているなど、保安体制が整備されている。施設管理や院内巡視も行い、業務日誌と共に状況を報告している。医療事故発生時の組織体制は整い、原因究明により再発防止を検討する仕組みである。また、必要時には顧問弁護士も関与し、全職員を対象に賠償責任保険にも加入している。

1 1. 臨床研修、学生実習

実習受入実施要綱や手引きなどを作成し、どの職種の实習でも遵守事項など共通のルールを適用し、実施されている。実習カリキュラムや評価は、養成校の指定に則り適切に対応されている。

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	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	S
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	S
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	B
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	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	A
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	B
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
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	S
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	S
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	S
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	B
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	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	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	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	S
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	B
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 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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 10 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 桜十字 桜十字病院

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：熊本県熊本市南区御幸木部1-1-1

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	293	293	+17	82	209.1
療養病床	337	337	-28	95.2	322.5
医療保険適用	337	337	-28	95.2	322.5
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	630	630	-11		

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	10	+0
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床	60	+16
地域包括ケア病床	45	+0
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床	60	+0
緩和ケア病床	25	+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

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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	95.61	94.57	93.56	101.10	101.08
1日あたり外来初診患者数	15.61	17.82	20.30	87.60	87.78
新患率	16.33	18.84	21.69		
1日あたり入院患者数	605.19	610.68	618.40	99.10	98.75
1日あたり新入院患者数	3.77	3.66	3.58	103.01	102.23