

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「リハビリテーション病院」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 25 日～2 月 26 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 1 認定

機能種別 リハビリテーション病院（副）認定

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1  
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。

### 1. 病院の特色

貴院は 1926 年に開設され、その後、幾多の変遷を得て、2019 年 7 月に新病院にて診療を開始し、患者・面会者の利便性・快適性、高齢者・障害者に配慮した施設・設備、療養環境の充実化を図るとともに、地域医療に貢献している病院である。病棟は病床数 199 床規模で、一般病床、地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟が稼働しており、急性期から包括ケアまで対応する地域完結型一般病院としての役割を担っている。診療科は、内科、外科、整形外科、脳神経外科、眼科、放射線科、麻酔科などを中心に 19 科目を標榜している。

病院機能評価を継続して受審するにあたり、前回の審査で指摘された項目が改善されるなど、病院の質向上、安全な医療提供に向けて準備してきており、評価できる。特に、診療記録の質的点検、地域の保健・医療・介護・福祉施設等からの患者の円滑な受け入れ、在宅療養支援活動、回復期リハビリテーション病棟に言語聴覚室も含めてリハビリテーション室を有していること、緩和ケア病棟（9 病棟）に ADL 室を整備していること、職員の就労意識を高める組織運営などの取り組みは秀でており、高く評価できる。今後も良質な医療の実践や地域医療の質向上に向けた取り組みを継続され、さらに発展されることを願うものである。

## 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いる。将来像を中期事業計画として明確に示している。課題を明確に示し、その実現に向けて病院幹部はリーダーシップを発揮して取り組まれている。一般事業主行動計画、育英資金規程、院内研究発表会、永年勤続表彰、経営情報の開示等、職員の就労意識を高める組織運営が行われている。法令にて求められる委員会や運営に必要な会議・委員会は適切に開催されている。診療情報の総合的な管理・活用方針は明確に示されており、IT システムは計画的に導入されている。SE を配置して全体的なシステム管理し、かつ、電子カルテの機能向上のため、内製機能を追加している。文書管理規程が整備され、院内外の文書管理は業務に係わる文書の責任者を明確にしている。医療機能のさらなる充実に向けて、医師、看護師をはじめとする様々な医療技術職の確保について取り組んでおり、適切である。

人事・労務管理の担当部署は明確にされ、昇格人事、職種別勤務情報・就労状況、退職事由も把握しており、就労管理は適切に行われている。職員の安全衛生管理を適切に行っている。従業員の子育てを応援する職場環境づくりが認められ、子育てモデル企業認定、くるみんマーク取得、越前市すくすくすまいる事業所などの認定を受けている。全職員を対象とした研修は、病院で必要性を検討され実施されることが望まれる。積極的に院外の学会発表、学会・研修会の参加を推奨している。人材育成など病院支援のもと、職員は積極的に各種資格の取得を目指しており、自己能力開発に取り組まれていることは評価できる。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利は適切に見直され、患者・家族および職員への周知は適切である。診療録の開示も適切に行われている。説明と同意については、方針や基準・手順の状況を整備しているが、同席者署名については手順の見直しなど検討されると良い。診療・ケアへの患者の参加はデータの提示・パンフレットの活用を行い適切である。個人情報保護に関する規程は整備されている。院内 IT 機器と外部ネットワークの完全分離は適切に行われている。全人的な医療を受ける権利とプライバシーの保護、法の順守、地域社会との連携等を謳った倫理綱領を基に倫理規程等で方針を明確にしている。倫理委員会の規程等は整備している。看護部は倫理事例検討シートの活用・多職種カンファレンスを実施し課題に取り組んでおり、困難な事例課題は倫理委員会に討議を依頼申請し倫理課題に誠実に取り組んでいる。

面会時間、消灯時間、入院生活の取り決めなど、入院患者の視点から配慮されており、適切である。病院全体のバリアフリーが確保され、外来の通路や病棟廊下は車椅子にも配慮した広さが確保されている。新しい病院でもあり療養環境は適切に整備している。敷地内禁煙の方針が明確にしており、啓発活動が行われている。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見・要望を収集している。対応策や回答については、記名者へのフィードバックや外来への掲示などの仕組みを調整中であり、早急な実施が望まれる。症例カンファレンスは日常的に行っている。診療ガイドラインは医局およびWiFi環境下で参照可能である。クリニカルパス委員会はバリエーションの情報を収集しているが、バリエーション分析やアウトカムの評価は今後の課題である。QC委員会を月3回開催し、職員満足度・やりがい度のアンケート調査から問題点や各部署より提案された業務改善案について検討を重ね、積極的な改善への取り組みが見られている。病院幹部は医師の能力把握を行い、実施時には病棟の師長や役職者が注意を払っている。新たな診療機器の導入に関しては診療機器購入委員会で検討している。薬剤の適用外使用は、薬事委員会で審議している。臨床研究に関する審査は倫理委員会で審議している。

病棟の診療ケアの管理・責任者体制を明確にしている。診療記録は適切に記載され、2週間以内の退院時サマリーの作成率はほぼ100%である。略語は診療科別略語一覧を作成している。診療記録の質的点検は医師の記載、看護師の記載についても他者によるピアレビューを適切に行っている。日常的に多職種カンファレンスが実施されており、がんリハビリ、嚥下、認知症についてはチーム活動が行われている。

#### 5. 医療安全

医療安全推進委員会は月1回開催され、医療安全室は週1回会議している。各部署に推進委員を配置し、体制の確立と機能を発揮している。医療安全確保に向けた情報収集と検討が適切に行われている。アクシデント3b以上は、RCA分析を電子カルテ内に取り込み実施し、改善レポートや医療安全ニュースとして職員会議等で報告し、PDCAを動かしている。

誤認防止対策はマニュアルを整備し、手術前日に主治医がマーキングするなど手順も明確にして適切に実施している。電子カルテシステムにより、指示出し・指示受け・実施・確認は適切に実施している。異常値やパニック値、放射線画像で緊急を要する所見は、速やかに電話で直接主治医に報告する体制を確立している。口頭指示もマニュアルに即して適切に運用している。ハイリスク薬の表記は適切である。抗がん剤のレジメン登録・管理、抗がん剤注射薬の薬剤師による調製・混合は適切である。転倒・転落防止対策はルールが明確であり、テンプレートに基づいて観察記録をしている。臨床工学技士が中心となって医療機器の安全使用を適切に実施している。新人看護師の教育研修に参加して、個別指導も実施している。急変時の対応については、BLS訓練が全職員において習得できるように計画実施されるよう期待したい。

## 6. 医療関連感染制御

感染防止対策委員会、感染防止対策室、ICT の組織体制・人員配置・感染対策に関する権限の付与等、適切である。検査室および感染防止対策室が耐性菌検出状況や抗菌薬使用状況等を把握し、MRSA 等の微生物サーベイランスを実施している。それらのデータは JANIS および他施設と共有している。各種医療関連感染サーベイランスは病院の機能や役割を鑑み、今後、早期に開始されたい。

寝具の汚染物はビニール袋に入れて明示し委託業者がわかるようにしているが、病棟によって手順が異なる点は統一されたい。抗菌薬適正使用指針を整備し、培養検査での分離菌について抗菌薬の適正使用に繋げるようにしている。2 週間以上の抗菌剤使用患者のリストを作成し、ICT ラウンドを行い、必要性の有無について担当医へ確認を行っている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院案内、入院案内、ホームページ、広報誌、地域連携通信誌を活用して広報活動が行われている。病院の診療案内や機能の紹介、外来・入院案内、医師紹介、診療実績、お知らせなど、内容を適切に発信している。越前市の市立病院に準じる病院としての役割と機能を明確にして、地域医療の活性化に取り組まれている。年 4 回各施設を訪問して顔の見える交流が行われている。特に、連携室前の廊下に連携先病院一覧表を表示した連携医療機関マップ・連携先医療機関のパンフレットを置き、患者・家族に連携先医療機関の機能を紹介するなど適切に情報を発信しており、高く評価できる。生活習慣病予防検診、ドック・健診、健康増進活動、糖尿病教室、出前講座、在宅事業支援、看護フェア、看護学校非常勤講師派遣等、地域に向けた教育・啓発活動が行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付窓口業務等のマニュアル、手順を遵守して、初診、再診、紹介患者の受け入れは適切に行われている。外来診療については電子カルテによる情報の一元化・多職種による共有など適切に行われている。外来化学療法室、透析室、内視鏡室の運営も適切に行われている。また、専門外来、看護外来なども適切に行われている。他施設からの患者の受け入れはルールが定められ、夜間・休日問わず円滑な受け入れを行っている。侵襲的検査の必要性、副作用について説明し、同意を得た上で実施している。その際、看護師は可能な限り同席し患者支援に努めている。入院治療の必要性を説明し、患者の希望も配慮して、患者・家族の同意を得て入院の決定を行っている。担当看護師は院内の病棟の状況を把握し、病棟と相談しながら入院ベッドを決定している。

主治医は患者・家族の意向を踏まえつつ、速やかに入院診療計画書を作成し、多職種と共同した入院診療計画書について患者の同意を得ている。クリニカルパスの適用率を向上させるため、クリニカルパス委員会のさらなる検討が望まれる。医療相談は適切に実施しているが、今後、他職種で共有する仕組みなどを検討されると良い。円滑な入院については、外来と入院が連携し、外来が入院患者情報シート等

を用いて患者説明等を行って病棟に繋げている。主治医は毎日の病棟回診を行い、病棟スタッフと情報交換・共有に努めている。各診療科においては定期的もしくは随時のカンファレンスを行い多職種が参加している。看護の手順基準が整備し、患者の入院目的に沿って適切に看護業務を実施している。一般注射薬は1施用ごとに取り揃えて払い出している。今後、薬剤師の積極的な薬歴管理・服薬指導の実施、さらに注射薬調製への積極的関与などが望まれる。輸血に関する説明と同意は適切に行われており、緊急輸血には臨床検査技師が24時間体制で対応している。輸血投与前、投与中・投与後の患者の観察および記録は適切に実施している。主治医が手術の必要性和リスクを説明後、同意書を取得している。手術室看護師は術前訪問を行い、周術期合併症の予防計画立案とそれに基づいたケアについて患者に説明を行い、実践している。

全身麻酔による術後患者や重症患者は主治医と病棟師長と協議して入室を決定している。褥瘡の予防および治療は適切に実施しており、リスク評価も適切に行われている。栄養スクリーニングを全患者の実施している。NSTなどチーム活動にも参加し、摂食・嚥下療法は作業療法士・言語聴覚士とともに3,000件を行い、退院時は福井県内共通の栄養連絡票を使用して栄養管理の機能を発揮している。安全確保のための身体抑制については「行動制限」としてマニュアル整備、アセスメント、カンファレンスを実施し、早期解除に向けたカンファレンスも定期的に実施している。患者の退院支援は患者・家族の思いを受け止めながら、時に要望と患者の支援の状況の狭間で悩む事例は、倫理委員会での検討を依頼するなど適切に支援を実施している。在宅での継続したケアでは、退院時の多職種での退院カンファレンスや訪問看護・訪問診療との連携がスムーズに行われ、退院後のリハビリ指導なども実施している。病院としてのターミナル判定基準を整備しているが、ターミナルステージの判断プロセスは個々の主治医の判断となっているため今後の対応を望みたい。

#### <副機能：リハビリテーション病院>

入院相談、外来リハビリテーションは適切に行われている。診断的検査は同意書の必要な検査も含めて確実・安全に実施されている。他院からの転入院を受ける手順は医師間での協議となっている。院内からの転棟入院も含めて多職種で入院判定をする仕組みの整備が望まれる。診察所見、初期評価、リスク評価などを基に多職種参加の入院診療計画書が適切に作成されている。患者・家族を含む、多職種参加の初回カンファレンス、個別カンファレンスを経てリハビリテーション総合実施計画書が作成され、適切である。患者・家族からの医療相談には適切に対応されている。独自のパンフレットなどを使用し、安心して入院が図れるようなオリエンテーションは評価できる。

医師は多職種と積極的に関わり、指導性を発揮しており適切である。看護・介護業務はほぼ適切に行われているが、介護福祉士の役割と業務の明確化が望まれる。投薬・注射、褥瘡の予防・治療は適切である。栄養状態の改善のため、嗜好に沿った個別の栄養管理に積極的に取り組み、経口摂取と栄養改善の成果を上げているこ

とは適切である。術後疼痛などの症状緩和は適切に実施されているが、さらに患者の多面的な症状を積極的に把握し、対応する症状緩和の取り組みが望まれる。早期に家屋調査を行い、在宅復帰に向けたプログラムを課題別に写真・イラストを作成して、家族も含めて具体的に指導・訓練していることは評価したい。患者の日常生活や家庭環境を詳細に把握し、早期在宅復帰に向けて多職種との取り組みが積極的に行われており、生活機能の維持・向上を目指したケアは適切である。安全確保のために身体抑制は適切に行われている。早期に家庭訪問を行い、在宅復帰の支援プログラムを策定し、退院前にはさらに職種別に具体的な課題を明確にして、実地訓練、外泊訓練などの退院支援を行い、その取り組みは秀でている。必要な患者への継続した診療・ケアは適切に行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

内服薬の処方鑑査、調剤および調剤鑑査、持参薬の鑑別は適切に行われている。注射薬は1患者1施用ごとに取り揃えている。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、休日は日直、夜間はオンコール体制で24時間対応している。異常値・パニック値を確認した時は、検査依頼医に直接連絡を行っている。ほぼ全ての画像検査は、診療放射線技師の日当直体制により24時間検査が可能である。放射線科医は常勤医と非常勤医の体制で、CT・MRIは当日または翌診療日までに全例読影し、報告書を作成している。厨房業務のプロセスは衛生的に行われている。嗜好調査結果報告を参考に食事の評価を行い、献立変更や食事の改善など質の高い食事の提供に努めており、評価できる。リハビリテーションの兼任医師と理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を配置し、急性期病棟のみならず回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟にも関与している。長期の祝祭日を含め、毎日担当交代で訓練を行い、連続性を確保している。2016年から診療記録は電子カルテに移行しており、診療情報は各種統計資料の作成に活用するなど、診療記録の価値の充実化に取り組まれており、評価できる。医療機器は中央で臨床工学技士が一元管理をしており、稼働中の人工呼吸器なども管理点検するなど適切である。滅菌効果の確認や既滅菌物の保管も適切に行われている。

組織診は標本作成を外部委託業者に、作成された標本の病理診断は大学分子病理学講座に委託している。輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却は、輸血システムを作成して一元管理・運営している。使用血液製剤記録や輸血情報の記録の保管は適切である。手術中は各種モニター監視等を行い、麻酔科医と看護師は情報共有し、麻酔覚醒は麻酔科医が確認している。救急告知病院および地域の中核病院として24時間365日体制で年間時間外救急患者約5,500名以上、救急車は約1,000台以上を受け入れている。消防とのホットラインにより状況を確認し、可能な限り救急車の受け入れを可能にしている。

## 10. 組織・施設の管理

病院会計準則に基づいて会計処理は適切に行われている。経営状況については、効率かつ安定した病院運営の推進に向けて取り組まれており、評価できる。医療事務業務は規程に沿って適切に行われている。委託業務は定期的に業者との話し合いを持つことで継続的に委託業務内容の品質管理に努められている。

新病院は2019年7月より稼働しており、病院機能に応じた施設・設備が整備されている。院内各所の清掃は行き届いており、整理整頓しているなど清潔感あふれる環境づくりに努めている。発注から納品に至る経緯は内部牽制が働く仕組みが確立している。物品管消化方式院外型SPDを導入しており、院内SPDラボ室で病院内の物品の動向を制御している。

消防計画、防災マニュアル、緊急時の責任体制・連絡網は整備されている。原子力災害時避難計画等、大規模災害に関する計画書は作成されている。保安マニュアルは整備されている。24時間体制の保安業務が行われている。医療事故発生時の対応に関する医療事故調査委員会規程、患者・家族への説明規程、公表規程・公表基準は明文化されている。原因究明と再発防止を組織的に検討する仕組みは整備されている。紛糾に対応する仕組みは明確にされている。

## 11. 臨床研修、学生実習

医師、看護師、薬剤師、リハビリ療法士、管理栄養士、医療事務などの養成課程の学生実習を、多くの学校から積極的に受け入れている。受け入れは病院の方針・規則や事務手続きなどを記載した文書に基づき対応している。実習者のワクチン接種状況も確認している。実習開始時にはオリエンテーションを開催し、医療安全・感染防止・個人情報保護等に関する教育を実施し、カリキュラムに沿って実習指導と評価が行われている。患者に接する機会がある場合は、実習生の紹介も行われ、入院案内に実習生受け入れの掲示案内もされており、学生実習等は適切に行われている。

# 1 患者中心の医療の推進

## 評価判定結果

1.1	患者の意思を尊重した医療	
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	A
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	A
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	A
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	S
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	B
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	B
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	A



1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	A
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	A
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	受動喫煙を防止している	A

## 2 良質な医療の実践 1

### 評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	A
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	A
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	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	B
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	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	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療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	B
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	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	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	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	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	S
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	B

## 3 良質な医療の実践 2

### 評価判定結果

3.1	良質な医療を構成する機能 1	
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	A
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	A
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A
3.2	良質な医療を構成する機能 2	
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	B
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	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	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

## 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	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	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	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.11	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	B
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	A
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	S
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



年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2020 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 林病院

I-1-2 機能種別：一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：福井県越前市府中1-3-5

## 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	199	199	-17	87	30.8
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
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	-17		

## 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	8	+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	23	+2
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	37	-13
地域包括ケア病床	117	+1
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

DPC対象病院(Ⅲ群)

## 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

①-② 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
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	278.31	276.82	275.46	100.54	100.49
1日あたり外来初診患者数	34.28	35.29	34.00	97.14	103.79
新患率	12.32	12.75	12.34		
1日あたり入院患者数	174.58	176.22	178.18	99.07	98.90
1日あたり新入院患者数	6.26	6.19	6.22	101.13	99.52