

病院機能評価
審査結果報告書

2025年度実施

徳島県立三好病院

訪問審査実施日 2025年12月4日～12月5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「一般病院2」及び副機能種別「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4日～12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	一般病院2	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 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、徳島県西部の医療充実を目的に1955年に県立中央病院の出張診療所として外来診療を開始し、翌年1956年に病院として認可・開設された。以来、過疎・高齢化が進む地域で中核病院としての役割を果たしてきている。救命救急センターを2005年に設置し、西部圏域唯一の救急拠点として四国中央部の広域救急にも二次・三次救急の対応をしている。地域がん診療病院や災害拠点病院として、がん治療や災害時の後方支援も担っている。「断らない医療」を掲げ、保健所や近隣医療機関、介護施設等との連携を深め、急性期から在宅まで切れ目ない医療を提供している。公開講座や医療体験イベントを通じて予防医療や地域協働に努めている。医療人材育成にも注力しており、地域に不可欠な医療拠点として進化を続けている。今回の審査では病院長はじめ病院幹部のリーダーシップのもとに多職種が積極的に協働しながら、質の高い診療・ケアに向けたより高いレベルを目指す姿勢が見受けられ、随所に優れた取り組みが見られた。今回の受審を機に、さらなる機能の向上へ引き続き努められることを期待するとともに、貴院がますます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

理念や基本方針とともに病院としての使命やビジョン、行動指針を策定し職員等

へ明確に示している。病院の運営方針等は管理会議で検討し、決定事項等は職員に周知を図っている。徳島県病院事業経営強化計画に基づき、病院の年度目標等を定め、各部門でも具体的な数値目標等を作成している。電子カルテシステムの管理・運用は要綱を整備しており、IT-BCPも策定している。文書は規程や要項を整備し、管理対象文書を定め、記録・管理している。法令等による必要人員数を満たしており、さらなる充実に向けて人材確保に努めている。人事・労務管理に関する規程を整備し、時間外勤務や有給休暇の取得状況を把握等している。職場巡視を実施し、衛生委員会では健康診断結果や時間外労働の状況などを報告・検討している。職員からの意見・要望の収集や各種福利制度により、職場環境等の充実を努めている。教育・研修は、年間計画を取りまとめ、各部門等が主体となり実施している。全職員を対象に個人目標を設定し、面接の実施等により、職員の能力評価・開発をしている。医師の臨床研修をはじめ、職種毎に教育プログラムを作成し実施している。養成校から学生実習を受け入れており、有資格者へは救急救命士の研修を実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利、子どもの権利を適切な項目で設定し、ホームページなどにより周知に努めている。説明と同意の指針と手順を整備し、同席基準を明記している。同席できない場合はルールに基づいて電子カルテに記載する手順としている。各職種が電子カルテで、患者情報を共有する仕組みとしている。患者へ感染・医療安全上の協力依頼等、医療への参加と協力をお願いしている。患者支援センターに看護師などの必要な人員を配置し、様々な相談に対応している。個人情報保護方針や関係規程を作成し、ホームページや入院案内にて周知している。患者情報の抽出や持ち出しについては、要綱等を定め運用している。臨床における主要な倫理的課題に対する病院の方針を整備している。臨床倫理認定士の養成や他施設との症例検討会も実施している。倫理的課題の解決には「4分割法」を用いて検討し、退院後も継続して「地域医療倫理カンファレンス」を開催しており高く評価できる。病院へのアクセスは、公共バスの乗り入れがあり、駐車場や駐輪場を整備している。障害者等のために駐車スペースがある。診療・ケア・療養に必要なスペースを確保し、快適な環境を提供している。療養上のプライバシーにも配慮している。敷地内禁煙とし、ホームページや入院案内等で周知している。警備員が巡視を実施するなど敷地内禁煙を徹底している。

4. 医療の質

未来づくり委員会により多職種で部門横断的に業務の質改善活動に取り組んでおり、院内の成果発表や学会での発表を行っている。多種多彩な勉強会や研修会、カンファレンスなど実施しており、臨床指標についてはQIを算出しているなど、診療の質向上に取り組んでいる。患者、家族からの意見収集のため意見箱を設置し、職員が直接聞いた苦情等を患者支援センターに集約しており、委員会で共有し職員へ周知している。新規導入手術や薬剤の適応外申請は委員会で審査し、必要に応じ

て職員研修などを行うなど、倫理面・安全面で検討等を行う体制を整備している。診療・ケアに関する管理・責任体制を明確にし、ベッドネームには主治医名と受け持ち看護師名を明記し患者に周知している。主治医不在時の連絡体制を規定に則り対応している。診療記録等記載マニュアル、略語集に準じて診療記録を多職種で記載しており、質的点検も実施し結果をフィードバックしている。多職種からなる複数の専門チームが職種横断的に活動し、患者にとってよりよい方策を検討し支援している。認定看護師や特定行為看護師も専門分野で活動している。

5. 医療安全

病院長直轄で医療安全体制を整備し、委員会やラウンド・報告会等の開催により安全文化の醸成に努めている。インシデント・アクシデントは報告システムにより迅速に収集しており、報告件数の増加に向けた取り組みも実施している。医療事故等の対応は、マニュアルとフローチャートにより明確化し、職員には電子カルテで周知している。患者確認体制を整え、ダブルチェックなどの誤認防止策を実施しているが、病理検体ラベルへの表示内容の検討が望まれる。電子カルテ指示を原則とし、口頭指示の制限や検査結果の確認体制を整備し、伝達エラーを防止している。薬剤師を中心としてアレルギーや重複投与などの確認や薬剤管理を実施し、安全管理と法令遵守を徹底している。全入院患者にリスク評価を行い、転倒転落の予防マニュアルに基づき、危険度に応じた予防策を実施している。医療機器はマニュアルに基づき安全に使用し、点検・教育・ラウンド等により適正管理と迅速な対応に努めている。急変時対応を整備し、院内BLSやICLS研修を定期的実施しており、救急カートは院内で内容を標準化している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御については、医療安全センター内に専従の認定看護師を配置し、委員会等の体制を整えている。院内感染防止対策チームによるミーティングやラウンドなどの活動やマニュアルを整備し、組織的な活動を推進している。アウトブレイクに関わる病原微生物が発生した際には、迅速に感染管理担当者へ情報が伝達されるシステムを確立している。院内ラウンドなどで感染情報の収集に努めており、情報共有やサーベイランスの実施・分析・周知などを行っている。感染対策マニュアルに基づき予防策を実施し、PPEの着用や手指衛生を徹底している。感染管理認定看護師とリンクナースが手指消毒剤の使用量を調査するなど実施状況の確認をしており、環境ラウンドや研修会を通じてや対策の周知と改善に努め、感染防止体制を強化している。抗菌薬の使用については、薬剤師を中心とした多職種の抗菌薬適正使用支援チームによる積極的な介入や指針の周知をしており、血液培養陽性患者などについてのカンファレンスを毎週実施し、フォローアップするなど、適正使用を推進している。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会を開催し、広報誌やホームページ、SNSによる広報等の内容について

検討している。ホームページには診療実績や臨床指標のほか、患者満足度調査の結果や医療安全への対応なども掲載しており、広報誌の発行や地域住民への講演も実施している。患者支援センター内に地域医療連携機能を設置し、医師や看護師等を配置している。院長を含む関係職員が連携医を訪問しているほか、地域医療連携運営委員会や研修会により連携の推進に努めている。返書率の向上に努め、システムを活用し地域の関係機関との診療情報の共有を図っている。県民公開講座をへき地も含め、会場を変更しながら開催し、ケーブルテレビでの放映も行っている。また、地域からの依頼による「生き生き講座」を実施している。さらに、将来の医療従事者確保に繋がる小学生に向けたオープンホスピタルを開催しているなど、病院全体で地域の健康増進と人材育成に向けた活動を活発に取り組んでいることは高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報をホームページや入院案内等で周知している。多職種連携に努め、専門外来を整備し各部門で患者中心の医療を提供している。診断的検査を急変のリスクなども考慮し安全に実施している。臨床的判断により、説明と同意に基づく入院決定を行っている。多職種で入院診療計画書を作成し、リスク評価し説明を徹底している。患者・家族からの相談窓口は患者支援センターで行い、適切な専門職に繋いでいる。予定入院患者に入院前支援を行い不安解消に努めている。多職種連携や役割分担、患者説明等に努め、看護基準・手順を整備し、病棟業務を円滑に行っている。薬剤師による指導や看護師による確認ルールの遵守、投与後の観察徹底により安全な薬剤管理を行っている。輸血実施手順を基本として輸血を安全に実施している。術前から術後まで、医師や看護師により各段階で安全かつ安心できる周術期対応に努めている。院内の各チームが関与し、最善の医療を提供するための協力体制を構築している。入院時に褥瘡リスク評価を行い、多職種で褥瘡予防に努めている。摂食嚥下支援チームが介入し、摂食嚥下困難な患者に対し工夫を行っている。症状・疼痛コントロールに沿って患者の症状緩和を実践している。リハビリテーションは医師の指示を基に計画作成し、リスク共有等を行い安全に実施している。マニュアルを整備し、身体拘束の軽減・解除に向けて最小化を図っている。入院前より患者・家族の意向を確認し、退院支援カンファレンスを実施している。多職種での退院前カンファレンスで必要時に院外の関係機関との連携を図っている。ターミナルステージは判断基準に基づき主治医が判断している。

〈副機能：緩和ケア病院〉

緩和ケア診療は、地域がん診療病院の役割を担う充実した緩和ケアの提供を行っている。外来は、がん専門看護師や緩和ケア病棟看護師が兼任し、外来時からACPに関わる支援へ繋げている。緩和ケアの方針を詳細に定め、夜間・休日でも当直医の判断で緊急入院が可能な体制としている。入院待機は短期間であり、施設入所中の患者も入院基準に沿って受け入れるなどの柔軟な対応は高く評価できる。入院後は、患者・家族の意向を把握しケア計画を作成している。意向の変化や症状緩和に

関しては、多職種が参加するカンファレンスで評価・検討し、ケアの変更についても患者・家族へ説明している。身体拘束は、傍にいたることなど様々なケアを実践して実施率0%を維持している。QOL向上への取り組みは優れており、季節のイベントやコンサートの開催、ペットとの面会や外出・外泊の支援などを通じて、患者・家族に豊かな季節感と交流の機会を提供している。さらに、景観を一望できるラウンジや瞑想室の設置など、環境面にも細やかな配慮をされており、包括的で質の高い緩和ケアを実践している。臨死期におけるケアは、多職種で情報共有して患者・家族の希望する看取りができるよう支援している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、バーコード監査等の安全対策を徹底し、採用薬の適正化や一包化を行っている。検査機能は精度管理を行っており、異常値やパニック値に対して迅速かつ適切に対応している。画像診断は24時間体制の検査提供と読影体制、緊急時の遠隔診断など体制を整備している。栄養管理は、適時適温で専用エレベーターにより配膳し調理室の衛生管理を徹底している。安全で質の高いリハビリテーションを充実した体制で提供している。電子カルテにより診療情報を一元管理している。全退院患者の診療記録に対し量的点検を実施している。医療機器管理は日常点検等を行い、マニュアルに基づいて安全な使用に努めている。洗浄・滅菌業務は安全な洗浄・滅菌の質を確保している。病理診断機能を適切に発揮している。放射線治療は治療計画や安全管理を徹底し、地域唯一の施設として根治・緩和治療を提供している。輸血治療は責任医師や担当検査技師を配置し、適切に実施するために最善の方法を常に検討している。麻酔科医や看護師の協力体制のもと、手術・麻酔を実施している。集中治療機能は、各職種やチームが協力し、機器管理も確実に実施している。救急機能は、断らない救急を最大のミッションとし、地域の最後の砦として積極的に対応していることは高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

予算は管理会議等を経て県議会で承認される仕組みであり、執行状況は経営戦略会議で検証している。規程に則り会計処理し、財務諸表を作成している。窓口会計については、業務手順書を作成し運用している。レセプト点検は医師が内容の点検などを行っている。施設基準の検証や返戻、査定状況等を委員会で検討している。委託については、競争契約により業者を選定し、業務の履行確認を業務日誌などにより行っている。委託業務従事者には必要な研修の受講を促している。施設・設備の点検を確実に実施しており、医療ガス設備の定期点検を実施し委員会を開催している。感染性廃棄物は適切に分別回収・保管している。医薬品、医療消耗品は委託業者が発注、在庫管理等を行っており、棚卸も毎月実施している。医療機器については、必要性等を委員会で検討している。地震発生時のBCPや災害対策マニュアルを策定し、消防訓練や大規模災害対策訓練を実施している。食料品や燃料等を備蓄し、非常用の自家発電装置も整備している。保安業務は24時間体制で実施し、休日や時間外の入館者管理を行い、院内外の必要な場所に防犯カメラを設置

し、警察への通報体制も整備している。

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>患者権利章典は2005年に、子どもの権利は日本小児科学会の「医療における子ども憲章」に準拠し2024年に県立の3病院共通のものとして徳島県病院局にて作成している。過不足なく必要な項目を満たしたものになっている。病院パンフレット、ホームページにて公開しており、病棟や外来にも掲示している。職員に対する研修も実施しており、周知を図っている。診療情報開示数は年20件あり、カルテ開示にも適切に対応している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
1.1.2	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指針」と手順の中に、説明と同意に関する方針や同席基準、意思確認が困難な患者への対応手順等を明示している。原則看護師等の同席を必要とする「リスクの高い検査・医療行為」についても明文化している。同席できない場合のルールとして患者・家族の反応を電子カルテに記載する手順となっている。書式は院内で統一し新規・更新の際は診療情報管理委員会で審査・承認している。セカンドオピニオンについては、院内掲示やホームページで紹介している。対応は患者支援センター内のセカンドオピニオン外来で行っており、2024年度他院への紹介は5件の実績を確認した。</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>各職種が、患者と面談・問診して得た患者情報を電子カルテ上で共有する仕組みがある。また、入院案内やホームページ、院内掲示などに「患者さんへのお願い」を明示している。感染・医療安全上の協力依頼を行い、適切な医療が受けられるように患者の参加と協力を求めている。情報提供は、入院診療計画書、クリニカルパス、疾患や治療方法の説明書などの各種パンフレットを活用して行っている。患者さん向けの糖尿病教室、がんサロン等も開催している。また、Wi-Fi環境を整備して、患者・家族が必要な情報を自由に取得できる環境を整えている。</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>患者支援センターを設置し、さまざまな相談に必要な看護師をはじめとするMSW、精神保健福祉士などの人員を配置している。患者、家族への案内、周知は院内掲示、入院案内、ホームページにより行っている。院内の他職種との連携では、月1回開催する患者支援センター会議により情報共有を行っており、また各診療科のカンファレンスへも参加している。児童、高齢者、障害者虐待および配偶者の暴力に対するマニュアルを作成し、それぞれに対応する外部機関の連絡先を明記したフローチャートを作成している。相談があった内容は電子カルテ内の患者支援記録に登録し、秘匿性が必要な情報については、閲覧等が職種ごとに限定される掲示板などを利用しながら情報共有を行っている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

1.1.5	患者の個人情報適切に取り扱っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>徳島県の条例に基づき、死亡患者を含めた個人情報保護方針や関係規程を作成し、ホームページ、入院案内にて周知している。患者情報の抽出や持ち出しについては、要綱等を定め、情報を匿名化した後、病院が用意したパスワード付きUSBにて提供している。電子カルテのパスワード管理は90日ごとに更新し、サーバー室の入退室管理も行っている。患者の呼び出し、病棟内での表示、外部からの問い合わせ等については院内で定めた要綱、ガイドラインにより運用している。また、SNSの運用は県のソーシャルメディア利用ガイドラインにより運用している。学生、実習生については、個人情報保護に関する誓約書を徴取している。</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>臨床における倫理的課題を検討する委員会として臨床倫理委員会を設置している。下部組織として「臨床倫理コンサルテーションチーム」を設置し、現場で解決できない課題をタイムリーに検討している。迅速性が求められる解決困難な倫理的課題については、外部委員等を含めた臨時的臨床倫理委員会で検討する仕組みがある。2020年4月に「倫理的問題における意思決定プロセスについてのガイドライン」を作成し、主要な倫理的課題に対する病院の方針を明文化している。また臨床倫理認定士養成研修の受講を積極的に支援し、チーム活動の活発化や定期的な勉強会を開催している実態を議事録で確認できた。2025年11月時点で12名の臨床倫理認定士が在籍している。さらに、他施設とのWeb症例検討会も実施している。</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】 広報委員会をおおむね2か月1回開催し、主に広報誌やホームページ等の内容について検討している。2023年度からはSNSによる広報も開始しており、さらなる広報活動を行っている。ホームページやSNSの情報の更新は総務担当が行っており、ホームページには診療実績、臨床指標のほか、患者満足度調査の結果などを掲載し、2024年度より医療安全への対応についても新たに掲載している。広報誌は年6回程度発行し、地域住民への講演についても複数回開催している。ホームページの契約は県立病院3病院合同で県の病院局が行っているため、アクセス数等の管理内容については、年1回の定例会において病院局から報告を受けている。</p> <p>【課題と思われる点】 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】 患者支援センター内に地域医療連携機能を設置しており、医師、看護師等を配置している。連携登録医は74名であり、院内には連携医療機関の連携マップや連携医紹介カードを設置している。1カ月程度をかけて、院長を含めた関係職員とともに連携医療機関への訪問を行っている。地域との情報共有の場として地域医療連携運営委員会や西部連携研修会などを開催している。紹介元への返書管理はセンター職員により管理し、返書率の向上に努めている。紹介患者受け入れ拡大のため、FAXに加えフリーダイヤルの開設も行い、診療情報の共有のため、医師会が運用する診療情報共有システムや徳島大学が運用する「あわアイネット」の利用をしている。退院時には必要に応じて訪問看護との連携や病院職員による家屋調査などを実施している。</p> <p>【課題と思われる点】 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	S	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>県民公開講座については、より多くの住民が聴講できるよう、毎回会場を変更しながら開催している。特に情報が届きにくい、へき地においても配慮し開催しており、2025年度の訪問審査時点で3か所開催し、計4回の開催予定である。また、県民公開講座の内容は、ケーブルテレビでの放映も行っており、好評を得ている。疾病予防活動として、地域住民からのさまざまなテーマによる依頼を受け、「生き生き講座」として2024年度は21回、2025年度は12月時点で11回開催している。また、感染管理認定看護師が老人保健施設や保育園などに出向き、感染予防活動を2025年度に計6回実施している。将来の地域の医療従事者を増やすため、小学生に向けたオープンホスピタルを開催しており、近隣17校中10校の生徒32名が参加している。今後に向けて参加者を増やすため、院長から「三好病院サポーター任命書」を発行するなどの工夫も行っている。このような取り組みは、地域の健康増進に寄与するものであるとともに、将来の地域の医療従事者を増やすことに繋がり、これらの取り組みを病院全体で活発に実施していることは高く評価される。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
-------	---------------------------	---	--

1.3 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

【適切に取り組まれている点】

病院長直轄の医療安全センターを設置しており、センター長には医療局長を配置し、専従の看護師が医療安全管理者として業務を担っている。医療安全管理者をはじめ、医薬品・医療機器・医療放射線の各管理責任者の権限および業務内容は、指針に明文化している。毎月開催している医療安全管理委員会は多職種で構成し、発生事例の共有やチーム活動の報告を行っている。また、下部組織としてセーフティ・マネジメントチームを設置し、各部門のセーフティマネジャーが事故分析および対策の検討を実施している。週1回のウイークリーミーティングでは、発生したインシデント事例についてタイムリーに検討を行っている。医療安全マニュアルを整備し、定期的な見直しも実施している。さらに、毎月の医療安全ラウンドやヒヤリ・ハット報告会の開催を通して、5S活動の推進や決定した対策の周知・啓発など、医療安全文化の醸成に向けた取り組みを継続的に行っている。

【課題と思われる点】

特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】
			<p>院内のインシデント・アクシデントは報告システムを活用して、速やかに医療安全管理者へ報告している。報告件数の増加に向けては、医療安全管理者による全職員への啓発やセンター長による医師への働きかけもあり、2025年上半期の医師報告件数は64件と前年度を上回る実績を得ている。発生事例は部署単位でP-mSHELL分析を実施し、必要に応じて医療安全管理者も参加している。レポート内容に応じた柔軟な対応や再発防止策も適切に実施している。死亡事例については医療安全管理者が全例を把握し、予期せぬ死亡例への対応も適切である。院外情報は厚生労働省、日本医療機能評価機構、医療事故調査支援センター等から収集している。職員への必要な情報の周知や呼びかけについては、電子カルテ上の掲示板を活用しているが、定期的な医療安全ニュースの発行など多様な伝達手段により、さらなる周知体制の充実への取り組みをすとなお良い。</p>
			【課題と思われる点】
			特記なし。

1.3.3	医療事故等に適切に対応している	A	【適切に取り組まれている点】
			<p>医療事故等への対応については、医療安全マニュアルやフローチャートにより、対応を明確にしており、職員への周知は電子カルテ内の掲示板で行っている。医療事故が発生した際には、臨時の医療安全管理委員会を開催し、必要に応じて医療事故調査チームを発足することとしている。チームの職員が役割ごとに行動しやすいように、アクションカードを整備している。原因究明と再発防止等は医療事故調査チームからの報告を受け、医療安全管理委員会で行っている。委員会には必要に応じて、第三者の弁護士などが参加できることとしている。訴訟担当者は事務局長を指定しており、訴訟窓口として弁護士への対応などを行い、マスコミ等の対応は事務局課長が行うこととしている。訴訟に対して全国自治体病院協議会による団体保険に加入しており、県病院局において、県立3病院全体の弁護士契約を締結している。</p>
			【課題と思われる点】
			特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】
			<p>院長直轄の医療安全センター内に感染管理担当者を配置している。感染管理責任者である専従の感染管理認定看護師に各部署に対して必要な指示ができる権限を委譲し、院内感染対策に積極的に取り組んでいる。院内感染防止対策委員会は感染管理担当の医療局次長（ICD）が委員長を務め、事務局長、看護局長及び各部門の責任者等を主体に構成し、諮問機関として機能している。院内感染防止対策チーム（ICT）のミーティングやラウンドを毎週1回実施し、月1回の院内感染防止対策委員会でラウンド結果などを報告し情報共有と連携を図っている。院内感染マニュアルは、最新の知見に基づき年1回を目安に適宜改訂し、電子カルテ上で全職員が閲覧できる。</p>
			【課題と思われる点】
			特記なし。

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】</p> <p>伝播性の高いウイルスや耐性菌などアウトブレイクに関わる病原微生物が発生した際には、検査室や各部署より感染管理担当者に情報が迅速に伝達されるシステムを構築している。これらの情報を元に担当者が部署ラウンドなどで実態を把握し、ICT ミーティングで情報共有している。院内の実情に合わせて医療関連感染症サーベイランスとして SSI と CAUTI を対象に実施し、その分析結果を院内感染防止対策委員会で報告している。各種耐性菌、デバイス関連感染症の結果は、全国的なサーベイランス（JANIS など）に報告し、地域の連携医療機関と情報共有している。感染症発生動向や院内感染情報レポートなどで職員に感染症発生状況を周知している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>SSI のサーベイランスは、消化器外科と整形外科のみであるので、脳神経外科も対象とするなど、医療関連感染制御をさらに推進する取り組みが期待される。</p>
-------	---------------------------	---	--

1.5 継続的質改善のための取り組み

1.5.1	業務の質改善に向け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>QC 活動を業務改善委員会が中心となり、各病棟者部門ごとに年度目標を定めて、医療サービスの品質向上に取り組んでいる。2025 年度からは、「未来づくり委員会」と改名して、職員とともに夢に向かった取り組みを実行する方針となっている。部門間の垣根が低く、多職種での取り組みや部門横断的な活動が実施できている。年 1 回、成果発表会も行われており、優秀な活動には表彰を施し、全国自治体病院学会でも発表している。QI 活動が弱みと自覚しており、今後、TQM への取り組みを行うことも検討している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>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】 グランドカンファレンス、キャンサーボード、死亡症例検討会、認知症ケア研修、地域との倫理カンファレンス、臨床倫理勉強会など、多くの勉強会や研修会を開催している。診療の現場ではガイドラインを活用し、カルテにも記載、引用をしている。臨床指標については、全国自治体病院協議会の医療の質・医療安全の評価公表等推進事業、ならびに日本看護協会の DiNQL 事業にも参加して QI の算出を行うなど、医療の質改善に繋げている。クリニカルパス適用率は 37.5%と年度ごとに適用率が高まっており、使用件数増加に向けた取り組みを行っている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
1.5.3	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質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】 患者・家族からの意見収集のため、院内に 6 か所の意見箱を設置し、定期的に回収している。回収した意見等は、該当部署に振り分け、対策を検討したのち、院長の承認を受け、院内に掲示している。職員が直接受けた意見等は、意見・苦情等処理マニュアルにより、患者支援センターにて取りまとめられ、医療安全管理委員会で共有している。意見等の中で重要度が高い事案については、医療安全管理委員会へ引き継ぎ、検討することとしている。職員へ共有すべき事案については、医療安全管理委員会を通じて職員へ周知している。悪質なクレームへの対応は不当要求対応マニュアルを定め、対応している。</p>
			<p>【課題と思われる点】 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	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>昨年度までは新たな手術の導入、医薬品の適応外使用に関しては、臨床倫理委員会および管理委員会で審議していたが、今年度より「先進医療等医療の適応に関する審査部会」を設置し、倫理面・安全面での検討を行う体制を整備している。過去においては、免疫チェックポイント阻害薬や生物学的製剤に関する適応外申請について検討し、必要に応じて職員研修などを行い、安全運用などの取り組みがなされている。学会発表なども活発に行っている。臨床倫理委員会で審査されたものが臨床研究として発表につながっている。</p>
			<p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
<hr/>			
1.6	療養環境の整備と利便性		
1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>来院時のアクセスとして、公共バスが乗り入れしており、駐車場 190 台、駐輪場約 30 台を整備している。障害者用駐車スペースを正面入口付近に 4 台確保し、来院する障害者用に車椅子 12 台を設置している。車いすの定期的な点検、保守は、外来看護師と総務・管財担当が行っている。病棟には電子レンジ、給湯器、ランドリーなどの生活に必要な設備があり、手すりを設置し、バリアフリーとなっている。携帯電話の使用方法については、入院時のオリエンテーションにより、患者に周知している。外国人への対応として、翻訳機 3 台を関係部署に整備している。</p>
			<p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

1.6.2	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】</p> <p>外来・病棟とも診療・ケア・療養に十分なスペースを確保している。病棟内は静寂で患者・家族がくつろげる談話室を確保し、快適な空調で臭気対策も適切である。病棟の廊下は広く、器材倉庫、スタッフステーションの設備・備品も整理整頓している。廊下には手摺りが設置され、物品など置かずに転倒防止に配慮している。病室は静けさ、採光等快適な環境である。多床室のカーテンは閉められており、療養上のプライバシーにも配慮している。7階には屋上庭園、8階に展望ラウンジを設けており、患者・家族の癒しになっている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
1.6.3	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】</p> <p>病院敷地内は禁煙としており、入院案内、ホームページ、院内掲示により周知している。受動喫煙についてのDVDを定期的に外来待合室で放映をしている。施設内禁煙を徹底するため、警備員による巡視を行い、発見した場合には看護師等を通じ、注意を行っている。職員への禁煙を推進するため、呼吸器内科医師による受動喫煙についての研修を実施している。健康診断時にアンケートを実施し、2025年度の職員の喫煙率は5.2%である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>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

【適切に取り組まれている点】

病棟・外来等における管理・責任体制は確立しており、診療及びケアの責任者を掲示板に明示している。病棟入口に責任医師、看護師長、病棟担当コメディカル名等を表示し、入院患者のベッドネームには主治医名、受け持ち看護師名を明記して患者・家族に周知している。当日の担当看護師は、名札を明示して勤務開始時にベッド横で患者に挨拶している。主治医不在時の連絡や代行体制は規定に則り行っている。病棟、外来管理者の業務は、師長業務基準に従いカンファレンスへの参加、病棟ラウンドを行い業務状況や患者のニーズ把握に努めている。

【課題と思われる点】

特記なし。

2.1.2 診療記録を適切に記載している A

【適切に取り組まれている点】

診療内容は速やかに電子カルテに記載し、診療記録等記載マニュアルに準拠した記載をしている。救急外来記録は過不足なく記載し、入院時記録、その後の入院経過、入退院支援を含めた多職種カンファレンス記録、退院決定など、記載を確実にしている。入院診療計画書は多職種参加のもと作成し、患者ごとの個別性を持った記載となっている。説明と同意においても、看護師が確認者として氏名を併記している。手術・麻酔記録も術前・術中・術後も含めてテンプレートを使用して確実に記載している。診療記録の質的点検を年2回実施し、記載に不備がある場合にはフィードバックしている。

【課題と思われる点】

退院時サマリーの2週間以内記載率は94.8%である。臨床研修病院であることを踏まえると100%に向けた作成率のさらなる向上を期待する。

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	B 【適切に取り組まれている点】 患者確認マニュアルを整備し、本人確認は患者自身によるフルネームでの名乗りと生年月日の確認を基本としている。入院患者にはリストバンド、外来患者には患者基本スケジュール表を用いた2段階認証を実施している。意思表示が困難な患者については、看護師によるダブルチェックや家族等の付き添い者の協力を得ることで、確認の徹底に努めている。入院時の患者登録は「カルテ作成・確認手順」に基づき実施している。手術や内視鏡検査時にはタイムアウトを行い、手術部位誤認防止として「手術部位マーキングマニュアル」に基準を定め、左右のある部位のマーキングを実施している。また、チューブ類の誤認防止対策も実施している。 【課題と思われる点】 病理検体へのラベル貼付時には、看護師と医師によるダブルチェックを実施しているが、検体本体のラベルは手書きであり、「年月日」「カタカナによるフルネーム」「検体番号」のみが記載されている。誤認防止対策として複数項目による確認ができるよう、患者IDなどラベルへの記載内容の見直しやラベル発行機の運用による患者識別の徹底が望まれる。
--------------------------------	--

2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A	【適切に取り組まれている点】
			電子カルテにより医師は指示を出す。指示出し・変更、指示受け、指示実施確認に関する手順は、医療安全マニュアルにある情報伝達エラー防止の項目に明確に記載し、現場においても確実に実施している。口頭指示伝達は原則的には行わない。ただし、緊急時など口頭指示伝達を実施する際は、マニュアルを参照し、数量や単位などの明記がある定式化された指示受け用紙に記載し、医師がその内容を確認した上で、速やかに電子カルテへ入力している。パニック値は検査部より直接医師へ伝達している。CT等の画像診断レポートの既読確認や外注検査結果については、各部門と医療安全部門が連携し、確認漏れを防ぐ仕組みを構築している。
			【課題と思われる点】
			特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】
			医薬品安全使用に関する業務手順書に従い、各病棟に配置している薬剤師と病棟看護師を中心に、入院時の持参薬、アレルギーや重複投与などについて確認を行い、薬剤の安全管理を実践している。麻薬は、堅ろうな保管庫に施錠保管している。毒薬・劇薬・向精神薬についても法令に基づき適切に管理している。ハイリスク薬は全病棟共通で指定し、研修会を行い、安全な使用に繋げている。抗がん剤200種類弱全てがレジメン登録されている。抗がん剤は薬剤師が安全キャビネットですべて調製している。病棟在庫薬剤は、病棟薬剤師の指導のもと定数管理を行い、緊急時等を除き原則として使用しない運用としている。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A	【適切に取り組まれている点】
			転倒転落の予防マニュアルを整備し、入院時には全患者に転倒リスク評価を実施している。危険度に応じて看護計画を立案し、定期的に再評価を行っている。具体的な防止策として、患者のリスク状態に応じたベッド配置や病室位置の調整、転倒予防具の使用を検討している。また、危険度リスクⅡ以上の患者についてはピクトグラムを活用しベッドサイドへ危険度リスクを表示することで情報共有を容易にしている。転倒・転落発生時の対応および報告手順を明確にし、頭部打撲時には頭部 CT 撮影及び観察基準を定めている。部署では年 1 回の KYT 訓練を実施するなど、職員の危険予知能力と意識向上に努めている。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

2.1.7	医療機器を安全に使用している	A	【適切に取り組まれている点】
			医療機器の取扱いはマニュアルに基づき実施し、使用前点検や確認を行い、使用中はチェックシートで動作確認を行っている。各勤務帯の引き継ぎ時には看護師 2 名でダブルチェックを行い、設定変更時の手順も遵守している。人工呼吸器使用中の患者については、臨床工学技士が毎日ラウンドによる動作確認を行い、観察したデータは電子媒体に入力しシステム内で管理している。新規採用者や新規機器導入時には臨床工学技士が勉強会を開催し、適正使用の徹底を図っている。また、機器トラブルにも迅速に対応している。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A	【適切に取り組まれている点】
			<p>院内緊急コードとして「コードブルー」を設定し、各部署内の目立つ場所へ掲示している。また、院内 PHS の裏面には黄色のテープでコードブルー番号を表示することを院内統一ルールとしている。救急カートは院内で標準化し、必要箇所に配置している。看護師が毎日点検し、薬剤師も週 1 回点検を実施している。点検内容は所定の用紙に記録し、点検済カートは専用札の表示により区別できるようにしている。全職員を対象とした BLS 研修を定期的実施し受講率も高い。看護師向けの院内 ICLS 研修も実施している。院内には DC や AED を設置し、臨床工学技士が定期的に点検を行うことで、急変時に速やかに対応できる体制を整備している。</p>
			【課題と思われる点】
			<p>院内急変対応委員会と呼吸ケアチームでは、今後 RRS の導入を検討しており、導入による急変対応のさらなる充実が期待される。</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	【適切に取り組まれている点】
			<p>感染対策マニュアルを整備し、感染経路別予防策、個人防護具、感染性廃棄物の取り扱い手順を明文化し、マニュアルに基づく感染対策を実践している。汚物処理室には手袋やエプロンを配置し、ゴーグルは原則個人管理としながら予備も備えている。血液透析室では穿刺時に PPE を着用し、終了後の血液回路は直接感染性廃棄容器へ廃棄している。手指衛生については病室前に手指消毒剤を配置するとともに、職員が各自携帯している。各部署のリンクナースが毎月の使用量を調査し、ICN を中心に改善活動を推進している。また、ICT が定期的に環境ラウンドを行い、各部署の実施状況の確認と対策の徹底に努めている。毎月の手洗い研修会では職員の手洗い評価を行っている。血液等が付着したリネン類の取り扱いも適切に実施している。</p>
			【課題と思われる点】
			<p>特記なし。</p>

2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	<p data-bbox="885 224 1244 257">【適切に取り組まれている点】</p> <p data-bbox="885 259 1386 918">抗菌薬の新規採用や中止に関する検討は2か月に1回開催される薬事審議会で審議している。抗菌薬適正使用指針を作成し、全職員に周知している。ASTチームは、薬剤師を中心に医師、微生物検査技師、看護師の4職種で構成され、特定抗菌薬が使用された患者や血液培養陽性患者について、毎週ASTカンファレンスを実施している。2024年度の実績として、ASTカンファレンスでは560件の症例検討を行い、フォローアップの血液培養の実施やDe-escalationなどの適切な処方提案を通じて、抗菌薬の適正使用を積極的に推進している。介入事例はICCで報告している。毎年改訂しているアンチバイオグラムや抗菌薬投与量は電子カルテのトップページから閲覧できるようにしている。手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率は約97%と高い水準である。</p> <p data-bbox="885 952 1141 985">【課題と思われる点】</p> <p data-bbox="885 987 1005 1019">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	S	<p>【適切に取り組まれている点】 患者・家族が抱えている不安や希望については、入院時に把握している。主な倫理的課題には、ACP などがある。課題解決には4分割法を用いて検討し、多職種で倫理カンファレンスを開催し検討内容を記録・共有している。現場で解決困難な倫理的課題については、倫理コンサルテーションの仕組みがある。「臨床倫理を地域に根付かす」という目標を掲げ、関係医療機関とも定期的に研修会を開催している。特筆すべきは、退院後も継続して地域の医療関連施設と「地域医療倫理カンファレンス」を実施し、多職種で倫理的課題について検討し、部署間で共有している実態を多数確認することができた。さらに、倫理カンファレンス開催時に患者・家族の参加の必要性が高いと判断された場合は参加を依頼している。様々な場面で生じる倫理的課題に対して、患者や家族、医療関係者が協働し患者にとって、より良い方針に進めるように様々な対応を実施しており高く評価できる。</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】 多職種による緩和ケアチーム、NST、ICT、AST、認知症ケアチーム、糖尿病対策チーム、RST 等、11 の専門チームが活動し、職種横断的に患者を支援している。認定看護師や特定行為看護師が多く在籍し、専門分野で活動している。特に感染管理室、病棟、外来に配置され、手順書に沿って安全に配慮しながらチーム医療を推進している。診療科カンファレンスも多職種が参加し方針を検討している。また、病状に応じて早期に他科コンサルトし共診体制をとっている。患者の問題に関して、よりよい方策を検討していることをチーム記録で確認した。</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 けることができる A

【適切に取り組まれている点】

受診に必要な情報は、ホームページや入院案内等により周知している。なお、前回課題とされた救急患者に対する受診案内については、ホームページ等に掲載している。紹介患者については、総合案内で予約状況を確認し、各診療科へ案内している。患者から病態等についての相談がある場合には、総合案内が一次的に対応を行い、必要に応じて、患者支援センターの看護師がサポートを行う体制としている。発熱者の対応は通常の診察室とは別とし、感染予防を行っている。患者待ち時間の対応として、各診療科のドア付近にホワイトボードを設置し現在の診察状況を掲示しているほか、WiFiの整備や公開講座等の放映などにより負担の軽減を図っている。待ち時間調査を患者満足度調査時に実施し、結果は外来部署会で報告し、改善策等についても検討している。外来受診時の患者急変等には救急部門が対応を行っている。

【課題と思われる点】

特記なし。

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>外来診察室は個室であり、患者のプライバシーを配慮している。医師は患者情報を問診や検査等で総合的に収集し、診療プロセスを電子カルテに記載している。担当医以外の医師や看護師を始め多職種が共有し、チーム医療を実践している。がん看護、ストーマケア、フットケアの認定看護師による看護外来も行っている。がん化学療法は、全ての患者を外来担当医が状態を確認し、化学療法室で安全に行っている。内視鏡室では、必要性和リスクについて文書を用いて説明を行い、実施前に全て同意を得ている。透析室では機器管理も適切に行い、安全な透析医療を提供している。外来各部署で災害時や急変時の対応についてのマニュアルや物品を整備し、緊急時の対応能力向上に努めている。</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>診断的検査は主治医が必要とする検査を選択し、患者にその必要性和リスクを説明し、必要な場合は同意を得て同意書を作成・取得している。家族がいる場合には家族にも説明し、家族の署名も得ている。リスクのある検査では看護師が付き添い、とくに運動負荷心電図検査は医師立ち合いのもとで実施し、患者の状態や反応を観察しカルテに記載している。急変に備え、一番近い救急カートやAEDの場所を把握している。鎮静剤を用いた内視鏡検査では鎮静に関する同意書を取得し、覚醒評価チェックシートを用いて覚醒状況を確認してから帰室・帰宅としている。自院で行えない検査は、他の県立病院に紹介・依頼している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】
			入院決定は、担当医が診断、治療、継続的観察など目的を明確にし、臨床的判断によって行っている。医師は患者と家族に必要性とリスク・入院以外の治療法の選択肢などを説明している。入院日の決定、個室や大部屋の利用など入院環境については、患者や家族の希望に配慮し、可能な限り対応している。緊急入院においては、看護師を中心にベッドコントロールを行い、当該病棟以外での受け入れも含め病棟間で緊密に連携している。これにより、患者が円滑に入院できるよう、弾力的な病棟運用を行っている。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】
			医師は診察に基づき、入院目的や予定期間、治療リスクを考慮した入院診療計画書を作成している。その際、看護師や管理栄養士も専門的な視点から関与している。患者の疾病や病態以外にも、褥瘡、転倒転落、深部静脈血栓症、認知症などに関して、チェックリストを用いて効果的なリスク評価を行い、その結果をカルテに記載し、多職種で情報共有することで、より安全な医療の提供に努めている。これらの取り組みにより、患者・家族に確実に文書で説明している。患者用クリニカルパスは、治療の流れやスケジュールを分かりやすく示すことで、患者が安心して治療を受けられるよう支援している。
			【課題と思われる点】
			転棟や転科や治療方針が変更となった際に、診療計画書の変更がされていない事例を確認したため、理解促進のためにも再作成し再発行を期待する。

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>患者・家族からの医療相談の受け付けは、患者支援センター内の総合相談窓口で行い、看護師、MSW、PSW、事務員等で分担している。医療相談は、年間約19,000件を超える内容に応じている。主に退院先の調整や在宅療養相談等の退院相談、社会福祉相談が多い。相談内容によっては、医師をはじめとする適切な専門職へ繋いでいる。相談内容は患者支援記録に記載しているが、診療に関係しないプライバシーに関わる情報は対象職種を限定し、必要な範囲で共有している。また、定期的な病棟カンファレンスで病棟スタッフと情報交換を行い、多職種間で情報共有している。必要時、院外社会資源スタッフとの顔合わせを行い、患者が医療福祉サービスを利用しやすいように努めている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.7	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】</p> <p>予定入院患者は、患者支援センターにおいて、入院前支援を行い、入院案内の冊子や各種パンフレット、DVDを用いて入院中の生活等の説明を行っている。入院時には、入院前に聴取した情報を周知し、入院後の不安解消に対応している。平日の入院時は、病棟クランクが入院時オリエンテーションを行い、夜間・休日は病棟看護師が実施している。日勤帯の入院は、病棟師長は空床状況を一元的に把握し、外来と患者支援センターの連携のもとベッドコントロールを行っている。夜間・休日は、管理師長が病床管理を行い、緊急入院に対応している。緊急入院時には入院セットがあり、必要物品の準備ができています。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.8	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>日々の患者回診（チーム回診および医師個人回診）と診療チームカンファレンスにおいて患者情報を共有している。これらには関連職種が適宜参加し、活発な意見交換を行っている。主治医と担当医の区別も明確である。医師のスケジュールは病棟スタッフステーションに掲示され、スタッフが医師の予定を把握できるようにしている。代診医への申し送りも電子カルテで適切に行われている。医師は適宜、患者・家族からの面談の機会を設け、診療方針や治療内容について分かりやすく説明し、必要な文書を迅速に作成している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.9	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>看護基準・手順を整備し、これに基づき業務を実践している。看護方式は固定チームパートナーシップナーシングシステムにより看護ケアを提供している。入院時には各種リスク評価を行い、身体的・心理的・社会的ニーズを把握したうえで看護計画を立案・評価し、多職種との情報共有と連携を図っている。看護師の育成にはキャリアラダーを用い、能力に応じた業務分担を行っている。病棟責任者は患者情報の把握のため定期的にラウンドを行い、情報収集と多職種連携の強化に努めている。院内には専門的な知識を持つ院内認定看護師やスキルフルナースが多数在籍しており、これらの人材を活用しながら適切な看護ケアの提供に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.10	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>使用する薬剤の必要性と副作用などについて病棟薬剤師が服薬指導を行い、看護師と共に自己管理の可否について検討している。持参薬は、薬剤部で鑑別し、薬剤の重複や相互作用を防いでいる。抗がん剤や高カロリー輸液製剤の調製は安全キャビネットを備えた薬剤部で行っている。薬剤投与を安全に行うために、患者名、薬剤名、投与量・方法、投与時間などの確認事項に関して明確にルールを規定し、投与プロセスを遵守している。初回抗菌薬投与時は、テンプレートを用いて看護師が患者のベッドサイドで状態を観察し、記録している。看護師が内服実施の確認と記録を行うことで、誤薬や内服忘れを防止している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・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>「輸血療法の実施に関する指針」ならびに「血液製剤の使用指針」に基づき、「輸血実施手順」を策定している。同意書の取得は、輸血治療の必要性とリスクを患者または家族に説明し、署名を得ている。頻回に輸血をする病態では、1入院ごとの同意書を有効として取り扱っている。緊急輸血が必要な場合の対応マニュアルを整備している。クロスマッチは間接抗グロブリン法で主試験のみを実施して払い出すこととしており、緊急輸血の場合には、担当医の指示により、生理食塩法のみで払い出すこととしている。自己血輸血は実施していない。輸血に関するアレルギー歴・副作用歴をシステム管理している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.12	周術期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】 手術の適応や術式は術前カンファレンスでの検討後、患者に提案し、目的と効果、リスクを記載した説明同意書を用いて同意を取得している。麻酔科医も同様に麻酔同意書を説明し同意を得ている。担当する麻酔医が、ほぼ全例に術前回診を行い、記録を残している。出棟後、手術入口にて、意識のある患者では、患者にも協力を得て、患者氏名・生年月日、手術部位の確認を医師、看護師とも行っている。サインイン、タイムアウト、サインアウトを確実に実行し、電子カルテに記録している。術後、抜管できないような場合には、執刀医・麻酔科医・看護師とともにICUへ搬送している。麻酔科医による術後訪問は1週間以内に行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.13	重症患者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】 断らない救急を掲げる病院として、重症患者に対しては病院スタッフが一丸となって対応する方針が明確である。患者の重症度に応じた病床を選択し、重症度が高い場合には、ICUや個室管理するなどの対応を行っている。状況によっては、ナースステーションに隣接する観察室にてケアする場合もある。患者の多くが高齢者である地理的背景から、重症患者を扱う病棟として、救急看護認定看護師、皮膚排泄ケア認定看護師を配置し、適切なタイミングでの介入ができる工夫をしている。また、多職種での対応により病院全体で重症患者を診ていく方向性を確立しており、呼吸ケアチームや栄養サポートチームなどが早期から介入して患者の救命や治療に関与している。各科の垣根が低く、複雑な病態であっても主治医ひとりに任せきりにならない診療を行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.14	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】 入院時に全患者へK式スケールを用いた褥瘡リスク評価を実施している。ハイリスク患者には褥瘡対策に関する診療計画書を立案し、マットレスの選択やポジショニングなどを検討してケアを実践している。褥瘡発生時にはDESIGN-Rで評価し、褥瘡発生報告書を作成のうえ褥瘡対策チームへ依頼している。外科医、皮膚・排泄ケア認定看護師、栄養士、理学療法士等による多職種チームが週1回介入し、評価や治療・指示を行っている。院内では低反発ウレタンフォームマットレスを採用し、状態に応じてエアマットも選択可能である。MDRPUやIADについては院内認定のスキルフルナースが中心となって対応し、褥瘡発生予防に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.15	栄養管理と食事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】 患者支援センターで各職種と連携し、入院直後から患者の栄養状態や嚥下機能、アレルギー情報等を把握している。入院時に栄養スクリーニングを実施し、患者に適した栄養療法を実施している。管理栄養士は病棟担当制で、日々病棟で患者に介入することで医師、看護師、コメディカルと情報共有し、食形態の内容に関しても医師に提案を行っている実態を確認した。また、摂食・嚥下困難な患者に対しては、摂食嚥下支援チームが介入し飲み込む力に適した食形態や食事方法を病棟スタッフに指導している。栄養状態に問題がある患者には、NSTにコンサルタントする仕組みを構築している。さらにNSTでは困難症例への栄養療法の検討を行い、病院全体の栄養管理の質向上に向けた取り組みをしている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.16	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>症状緩和に対して、緩和ケア・疼痛緩和・症状緩和のマニュアルを整備し、がん性疼痛や呼吸器・消化器症状、がん患者の気持ちのつらさと鎮静等のコントロールに対応している。疼痛は、NRSを用いて客観的に評価している。身体的・精神的苦痛の緩和に努め、患者の症状に応じてケアプランを立案し実施するなど評価できる。さらに症状が持続している患者に対しては、多職種からなる緩和ケアチームにより、週1回のカンファレンスと患者ラウンドを行い、がん患者、慢性疼痛等の患者に対して継続的なケアも実施している。精神科担当医が参加することにより、充実したチーム介入を実践している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.17	リハビリテーションを確実に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>リハビリテーションの必要性を主治医が判断し、処方箋にて指示を出している。指示を受けた療法士は、患者の身体機能や活動能力、生活状況、ニーズなどを総合的に評価し、個別的なリハビリテーション実施計画書を作成する。実施にあたっては、患者に分かりやすい言葉で実施内容について説明している。患者誤認防止対策として、フルネームによる氏名と生年月日を必ず確認するなど、適切な対策を講じている。毎回の実施前に療法士がカルテを確認し、リスクがあると判断した患者については、看護師に状態を再確認するなど、情報共有と安全確保に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化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>身体拘束に関するマニュアルを整備し、身体拘束を最小化するための指針、身体拘束の実施、身体拘束の解除について明記している。身体拘束の実施については、「身体抑制（拘束）に関する説明と同意書」に基づき患者・家族に説明している。やむを得ず身体拘束を行う場合は、身体抑制の3原則を厳守し、患者・家族の同意を得て医師の指示のもと開始している。観察は各勤務帯で実施し、記録している。身体拘束の軽減・解除に向けて定期的にラウンドを行っている。認知症ケアチームと協議し、多職種間で情報共有を行い、解除に向けた検討も実施している。各病棟での身体拘束の把握、廃止の検討を行い、2024年度の身体拘束実施率は8.9%で前年度より3%低減している実態を確認した。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.19	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>退院支援問診票により、入院前より退院支援に関する問題を把握しており、病態や患者・家族の意向を尊重した支援や療養先の選定を行っている。入院時に退院支援看護師による患者・家族面談を行い、意向のもとに退院支援計画書を作成し同意を得ている。退院支援カンファレンスには、医師や看護師、MSW、管理栄養士、療法士等とともに、必要に応じて連携先の施設職員や介護支援専門員が参加し情報を共有している。介入の記録は電子カルテに記載され、サマリーによる情報提供を行っている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.20	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>日々の退院支援に関するカンファレンスや多職種で開催する退院前カンファレンスで、治療方針、社会的背景等を踏まえて検討し、患者の継続療養に関する介入を行っている。退院後も継続的に診療・ケアが必要と判断した患者には、院内の外来に繋げる他、患者支援センターと連携し、地域の医療機関、訪問看護ステーション等を紹介している。在宅療養の希望がある場合、患者支援センターと病棟看護師が協働し、退院前後訪問を行っている。さらに在宅チームと連携し、住み慣れた生活へ戻れるように支援している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<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判断は「緩和ケアマニュアル」に基づき主治医が行い、必要に応じて多職種で検討している。院内には緩和ケア認定看護師やがん性疼痛看護認定看護師が在籍し、状況に応じて柔軟に介入している。また、必要時には緩和ケアチームへ依頼し、患者や家族の状況に応じた支援を提供している。看護師は患者・家族の意向や病状に合わせて療養環境を調整し、逝去時のケアについても家族の希望に応じて対応している。剖検は実施手順に沿って対応し、臓器提供の意思確認は入院時の問診で確認し、臓器提供マニュアルに基づいて対応している。</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	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>薬剤師は常勤11人体制で、薬剤管理、調剤、服薬指導など、質の高い薬剤業務を提供している。冷蔵が必要な薬剤は、非常用電源に接続された冷蔵保管庫で保管し、温度管理を徹底している。全ての持参薬の鑑別と薬袋作成などの管理は薬剤師が行い、重複投与や相互作用のリスクを最小限に抑えている。処方鑑査、調剤鑑査では、バーコードを用いて3点認証を行い、調剤エラーの防止に努めている。院内採用薬は約1,000品目で運用している。新規採用・採用削減は、薬事審議会で審議し、原則1品目増加につき1品目削減することで、薬剤の適正な管理とコスト削減を両立している。病棟への払い出しは、注射薬は原則1施用ごとで準備し、誤投与を予防している。院内採用薬品集は、電子カルテから常時閲覧可能であり、適宜改訂している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
------------------------	---	--

3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】
			院内で行う検査や委託検査に関しては、臨床検査適正化委員会が必要性なども考慮して検討し選定している。異常値やパニック値は検査室でのアラート報告が電子カルテに自動的に記録されるとともに、オーダー医師に電話連絡をして早期対応を促すシステムになっている。オーダー医師不在の場合は、主治医や診療科部長に連絡し確実に伝達されるようにしている。病理検査を除くすべての検体検査はバーコード管理されており、検体交差が起こらない体制になっている。採取段階での入れ違いがあったとしても、検査結果の時系列結果を確認し、不自然と思われる場合には主治医などに報告して確認している。内部精度管理は毎日実施している。外部精度管理は年1回、日本臨床衛生検査技師会と徳島県の臨床検査制度管理調査の調査を受けている。
			【課題と思われる点】
			特記なし。
<hr/>			
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】
			放射線科は、放射線診断医師1名、放射線技師14名（非常勤3人含む）、看護師1名で構成され、緊急であっても100%検査依頼を受け入れるなど、タイムリーな画像診断体制を確立している。緊急性の高い検査に対応できるよう、夜間・休日はオンコール体制を設け、CT検査、MRI検査、血管造影検査を含めた必要な画像検査を24時間体制で提供している。常勤の放射線診断医による平日日中のMRI検査の読影率は100%である。夜間の緊急時は遠隔での画像コンサルテーションも活用し、質の高い画像診断を提供している。また、緊急所見は、放射線診断医から依頼医に直接電話報告することで、迅速で確実な情報伝達に努めている。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】
			配膳は適時適温で専用エレベーターにより行っている。調理室は作業区域における清潔、不潔区域を区分し、調理器具や食器等についても衛生的な管理を行っている。患者の嗜好調査を年3回実施し、結果は栄養委員会で検討を行っている。選択食を月曜から金曜の昼食と夕食に実施している。行事食を月2回実施し、そのうち1回は「あわっ子の日」として地元食材を使用した郷土料理を提供している。調理担当職員は、日々、体調管理表により報告をしており、検便を月2回、ノロ検査を月1回実施している。使用食材は2週間分を冷凍保存により保管している。
			【課題と思われる点】
			特記なし。
<hr/>			
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	【適切に取り組まれている点】
			理学療法士8名、作業療法士4名、言語聴覚士2名の人員で、質の高いリハビリテーションを提供している。リハビリテーション介入前に電子カルテや看護師との話し合いで患者の身体状況や禁忌事項を確認し、安全確保を徹底している。連休中においても3日以上空白期間が生じないように介入を行い、治療の連続性を担保している。療法士による訓練がない場合は、分かりやすい説明書を用いた自主トレーニングを指示し機能回復を促進している。器具の保守点検を毎日実施しており、機器の故障や事故を未然に防ぎ、安全な環境を維持している。全療法士がBLSを受講するなど、緊急時の対応能力向上に努めている。自院の病院機能に合わせて、術後早期や緩和ケア病棟でのリハビリテーションを積極的に実施し、患者の日常生活動作の維持・向上に貢献している。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 1 患者 1ID により電子カルテを用いて診療情報の一元管理を行っている。診療記録の貸出等については、保存している紙カルテも含め、要綱により管理している。患者の取り違え防止のため、名前、生年月日の確認の他、同姓同名患者 ID には電子カルテ上に注意喚起が表示される。診療記録の量的点検については、マニュアル等により退院患者すべてに実施している。点検により不備を発見した場合は、関係部署にフィードバックを行い対応している。DPC コーディングについては、病院が定めた手順書により委託業者が行っている。DPC データなどは経営戦略会議や管理会議等の資料として二次的利用を行っている。災害時の対応のため IT-BCP を作成し、体制についても整備している。
			【課題と思われる点】 特記なし。
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 臨床工学技士は ME センター、手術室、透析室、心カテ・ペースメーカー室等で業務を行っている。ME センターでは輸液ポンプ、シリンジポンプ、PCA ポンプ、低圧持続吸引器、人工呼吸器などを整備・整理したうえで保管している。医療機器は中央管理とし、システムを用いて貸出管理を実施し、機器の貸出・返却が交差しないよう動線も整備している。各医療機器の取り扱いについては「ME 機器簡易マニュアル」に基づいて安全な使用に努めている。機器の標準化に向けた取り組みも推進している。日常点検や保守点検を計画的に行い、結果はシステムで記録・管理している。夜間・休日はオンコール体制をとり、必要時に速やかに対応できる体制を整備している。なお、輸液ポンプやシリンジポンプについては、点検済みであることが一目で分かるよう表示のさらなる工夫をされると良い。
			【課題と思われる点】 特記なし。

3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】
			手術室看護師長を責任者とし、洗浄・滅菌業務は全面委託で運営している。使用済器材は部署で一次洗浄を行わず、密閉容器に保管して運搬している。洗浄から滅菌・保管・払い出しまでをワンウェイ方式で実施し、清潔・不潔の動線が交差しない運用となっている。滅菌機器の物理的・化学的・生物学的検知は毎日または都度実施し、結果確認後に払い出すことで滅菌の質保証を徹底している。また、滅菌トラブル発生時のリコール対応手順も明確にしている。委託業者との情報共有や教育を適切に行っている。在庫調査を年2回実施し、在庫管理の適正化に取り組んでいる。委託業者に滅菌技士やEOG滅菌器使用に関する作業主任者等の有資格者を配置している。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】
			病理医が不在のため、すべての病理検査は外部委託となっている。検査技師が臓器の固定まで行い、検体を搬送している。術中迅速病理検査は3名の技師が院内でHE染色まで行い、電子画像を送信してテレパソロジーを行っている。病理診断の結果はUSBでやり取りをしているが、緊急時はFAXで対応している。ホルムアルデヒドは、分注済みの小容器を購入し、内視鏡室などには必要な分のみ提供している。手術室のホルムアルデヒドは安全キャビネット内で分注している。剖検はここ数年実績がないが、行う場合には病理医を招聘する体制になっている。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 週2回非常勤の放射線治療医1名、看護師1名、診療放射線技師2名、放射線治療品質管理士1名、医学物理士1名の体制で運営している。地域で唯一の放射線治療可能な施設として、年間平均で約50症例の緩和及び根治放射線治療を提供しているほか、緊急照射も行っている。医師と医学物理士により線量計算等の治療計画を行い、月1回はWeb症例カンファレンスを行っている。フルネームによる氏名確認、生年月日による本人確認をしている。治療機器については、日常点検に加え、年4回の定期メンテナンスを実施している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	-------------------	---	---

3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 輸血業務を担当する責任医師を配置し、検査部門が輸血の実施管理を担当している。発注から保管、供給、廃棄まで担当する専従の検査技師も配置している。24時間対応で、電子カルテと連動したシステムで管理している。温度記録装置付き専用保冷庫・冷凍庫で適切に温度管理を行っている。必要時の迅速な供給に努めているが、県の赤十字血液センターから病院までの距離が遠く、最速でも搬入に1時間かかってしまうことから、追加発注が難しいため予定手術の輸血発注量が多めになることが多い。輸血療法委員会でも年間廃棄率2.08%を把握しており、廃棄率低下に向けた取り組みを行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	---------------------	---	--

3.2.4	手術・麻酔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】 全身麻酔 1,169 件、緊急手術 104 件を含む年間 2,147 件の手術を 4 名の麻酔科医と 17 名の手術室看護師で対応している。手術室 3 室と DSA（心臓カテーテル検査治療＋脳血管内治療）に対応している。清潔区域と不潔区域を適切にゾーニングしている。原則として時間内に手術が終わるようにスケジュール調整を行っている。入室患者と退室患者が同時にならないよう時間調整を行い、誤認防止などに努めている。覚醒、抜管、帰室の基準も定めている。緊急手術であっても、外科医、麻酔科医、看護師が緊密に連携をとり、術前から術後まで安全な手術・麻酔をチームとして行っている。麻酔科医や手術室看護師のオンコール体制に関しては、居住地から病院への距離や家族生活にも配慮して勤務負担軽減に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.2.5	集中治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】 未算定のオープン ICU であり、各診療科の主治医が集中治療を行っている。人工呼吸器を使用する場合は RST ラウンドを実施し、適切な設定と安全な呼吸器設定と管理が行われるよう努めている。IABP や血液浄化装置などの医療機器は ME センターで臨床工学技師が管理し、安全かつ早急に対応できる体制としている。救急看護認定看護師、摂食・嚥下障害看護認定看護師、皮膚排泄ケア認定看護師を配置し、病態改善に寄与している。入退室基準に基づき、主治医と相談しながら退室を決め、病棟管理を行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	S 【適切に取り組まれている点】 県西部の唯一の救命救急センターであり、香川、高知との県境に近いことから「四国のへその要」として地域医療の最後の砦となっている。山間地でありながら「断らない救急」を病院最大のミッションとし、救急科医師4名、看護師15名のもと各科医師や部門が協力し、総力をあげて24時間体制で対応している。2024年度は救急患者5,415人、救急車搬入患者2,370人の受け入れを行っている。地理的に緊急輸血対応が困難であり、腹腔内出血患者や大量出血を伴う多発外傷患者は対応困難患者としているが、断ることなくワンストップとして応需し、対応可能な処置を行い病態安定化を少しでも進め、受け入れ病院を選定後、医師同乗搬送を行っている。運行時間帯であればドクターヘリも積極的に活用している。虐待対応マニュアルを定め、対応フローに従い対応している。薬物大量服薬などの自殺未遂患者に関しては、保健所などと連携して再発予防を支援している。救命救急センター運営委員会で各種診療実績をまとめており、患者動向、体制整備に活用している。総じて、救急対応については院内体制も含め様々な工夫や積極的な取り組みをしており、高く評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	------------------	---

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

4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 徳島県病院局が制定した基本理念・基本方針とともに病院独自で策定した「誠実で信頼される病院となる」という理念に掲げ、院内掲示やホームページ、各職場での掲示などにより、病院の内外に広く発信している。また、理念達成に向け、使命やビジョン、行動指針を職員の意見を取り入れ作成し周知している。2023年度から開始された5か年の中期計画「徳島県病院事業経営強化計画」を理念・基本方針や公立病院経営強化ガイドラインなどを踏まえ策定している。管理会議などで職員への周知を図っており、各部門においても、中期計画に沿った形でそれぞれの取組目標を数値化し作成している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A	<p>【適切に取り組みされている点】 院長は病院で人選し、病院事業管理者を経て県知事より任命される仕組みである。副院長や看護部長は院長が人選したうえで病院事業管理者へ報告し、承認・任命される。事務局長は、県庁人事となっている。病院の運営方針等を決定する会議として、全部門の責任者が参加する管理会議を週1回開催し、議事録を作成している。管理会議等での決定事項等は診療会議や院内報のほか、部門の責任者を通して各部署の職員に周知を図っている。組織構造や指揮命令系統を示す組織図を作成している。病院運営に必要な委員会や各種会議を設置し、規程等を整備のうえ定期的に行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A	【適切に取り組まれている点】
			中期計画「徳島県病院事業経営強化計画」の課題に基づき、救急応需率や紹介・逆紹介率、専門・認定看護師育成などの年度目標や予算を策定している。これらの課題は各部門や委員会で具体的な数値目標を設定している。中期計画や年度目標、各部門等の目標については、管理会議で定期的に達成度を評価し、検討などを行っている。また、個人ごとに目標設定し、部門長がアドバイスや評価などを行うことで、職員の就労意欲を高めている。院長をはじめ、副院長、看護部長などの病院幹部は、役割・責任を分担して部門、委員会を担当している。人材の確保・育成を最も重要な課題と捉え、地域住民の安全・安心な日常生活を守るという使命の下に計画的かつ効果的に課題を達成するための努力をしている。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

4.1.4	院内で発生する情報を有効に活用している	A	【適切に取り組まれている点】
			システムの管理・運用は、医療情報システム運用管理要綱などに基づき、経営・情報担当により電子カルテやオーダーリング、各部門システム、ネットワークの管理をしている。システム障害やサイバー攻撃などの非常時における対応手順として、IT-BCPを整備している。電子カルテのバックアップについては1日1回の遠隔バックアップを実施しており、診療情報管理委員会により患者情報の適正な管理に努め、代行入力については実施者に権限を付与し、承認についてもモニタリングするなど、データの真正性・保存性を確保している。診療情報管理室で情報システムから必要とするデータを抽出し、経営分析などに活用している。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

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>公文書管理規程や要項などに基づき、文書管理責任者、担当者を定め、文書の発信、受付、保管、廃棄などを実施している。文書管理は総務・管財担当により一元的に管理している。管理対象文書をファイル管理表に取りまとめ、保存年限、件名等を記録して、担当部署や改訂日、保管先なども記録し管理している。各種規程やマニュアル等の作成・改訂の際は委員会で検討し、管理会議で審議・承認している。職員は電子カルテの掲示板から、常に最新の文書の閲覧が可能である。</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>院長、事務局長、事務局次長がヒアリングを実施し、各部門の情報を集約して採用計画を作成している。取りまとめた採用計画をもとに徳島県病院局へ定数要求し協議を行っている。医療法や健康保険法で定められた必要な人員は満たしており、診療機能の充実に向けて人員の拡充を進めている。徳島県病院局では一括して募集・採用活動を行っている。医学生の積極的な実習の受け入れや先輩看護師帯同による学校訪問など、人材確保のための有効な手段を講じている。また、臨時職員の採用やタスクシフトの推進などにより、人材の確保や業務負担軽減を推進している。</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>就業や給与に関する各種の規程を整備し、職員は電子カルテの掲示板から閲覧可能である。勤怠管理システムにより出勤の記録がなされ、職員の勤務時間を把握している。時間外労働等の状況は衛生委員会で報告・検討している。職員代表者との間で労働基準法第36条に基づく協定を締結し、就業規則とともに労働基準監督署に届け出ている。有給休暇の取得状況を勤怠管理システムにより把握し各部門の責任者に伝え取得を促進している。育児や介護の短時間勤務等の制度を整備し、多様な勤務形態の適用などを進めている。徳島県病院局人事評価実務要領に基づき業績評価など内容による人事評価を実施し、面談時に各自へフィードバックしている。昇給には反映しないが、業務実績に基づく勤務成績優秀表彰の仕組みがある。</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>産業医、衛生管理者等を選任し、職場巡回を行い、衛生委員会を毎月開催している。委員会では定期健康診断の結果や時間外労働、公務災害の発生状況などについて報告・検討している。特定化学物質の作業環境測定は、ホルムアルデヒド、キシレン、EOG について必要な箇所を実施し、適切な作業環境を維持している。職業感染への対応として、病院負担で肝炎やインフルエンザワクチン等の接種を行っている。ストレスチェックを実施し、産業医と面談ができる仕組みがある。職員の健康診断は未受診者への働きかけを徹底して受診率の向上に努めており、受診率は100%である。院内暴力に対してマニュアルを作成し、警察OB1名を採用し苦情処理などの担当としている。ハラスメントに関しては、要綱を整備し相談員を配置している。</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】 人事評価で用いる自己申告書による所属長との面談や未来づくり委員会が設置している意見箱などにより職員の意見・要望を把握している。把握した意見等に対して、管理会議などで検討し、出入り口の風対策や清掃などの対応実績がある。職員の就労支援に向けた取り組みとして、復帰プログラムを作成し職場復帰へのサポートをしており、夜勤免除や短時間勤務、介護休暇、永年勤続表彰などの各種制度を整備している。休憩室や職員宿舎を整備しているほか、住居手当の支給、リフレッシュ休暇制度、職員旅行など福利厚生の実施に向けた取り組みをしている。</p> <p>【課題と思われる点】 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】 全職員を対象とした教育・研修は、医学教育センターで年間計画をとりまとめ、各担当部門や委員会が主体となって実施している。e-ラーニングを活用し受講しやすい環境を整備している。全職員を対象とした研修は、医療安全や感染対策、医療の倫理、ハラスメント等において実施している。入職時オリエンテーションは、医療安全や感染制御、医療の倫理、個人情報保護など共通の研修内容を定め、中途入職者へも確実に実施している。院外の教育・研修への参加を奨励しており、職員から希望を調査し、各種学会への参加費の助成などしている。図書室は24時間利用可能であり、インターネットでの文献入手が可能な環境を整備している。</p> <p>【課題と思われる点】 医療安全、感染対策に関する研修は全職員に年2回の受講を必須としているが、受講率はそれぞれ97.2%、93.0%であったので、100%に向けたさらなる取り組みを期待したい。</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>全職員を対象に徳島県病院局人事評価実務要綱による人事評価を実施している。職員は自己申告書を作成・提出し、評価項目は役職などによる要素別評価、業績評価などを設定し5段階で評価している。提出された自己申告書をもとに、所属長が個人面談を実施し、設定された目標等に対する評価のフィードバックや能力開発の方向性を定めている。看護師については、個人面談のほか、県立3病院で統一されたキャリアラダーに沿って能力開発を行っている。また、特定専門領域において院内認定看護師制度を設け、より専門技術の高い看護師育成に努めている。侵襲的な行為については院内研修を実施し業務を行っている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>基幹型・協力型の臨床研修病院として臨床研修医を受け入れている。臨床研修医の評価はPG-EPOCで行い、多職種が参加する臨床研修管理委員会で研修の進捗状況等を管理している。研修医による指導医やプログラムに対する意見収集や評価なども院長のヒアリングなどにより把握している。研修医が単独で行って良い処置や処方・手技をマニュアルに明示している。看護師はプリセプター制度を導入し、初期研修プログラムに沿って教育している。医療技術局などの職種では、各部門で教育プログラムを作成し計画に沿った研修を実施し、チェックリストを用いて段階的な評価を実施し研修者へフィードバックしている。また、研修内容の評価や見直しも適宜行い、面談や発表会での振り返りなどにより研修者から意見等を収集している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】
			<p>看護師、薬剤師、療法士等の実習生を地域の養成校などから受け入れている。また、有資格者の実習として、救急救命士も受け入れている。医学教育センターが実習の受け入れ窓口を担当し、実習内容や事故発生時の対応などを確認し、養成校との契約等を一元的に管理している。実習生のワクチン接種状況や抗体価の確認をしており、事故や個人情報保護に関する誓約書の提出も求めている。実習生に対して、安全管理や感染制御などのオリエンテーションを共通の内容で実施し、実習はカリキュラムに沿って行われている。実習生受け入れについての周知は、入院案内や院内掲示などに明示し、直接実習生と関わる患者や家族に対しては、目的や内容の説明を行い同意を得ている。</p>
			【課題と思われる点】
			特記なし。
<hr/>			
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	【適切に取り組まれている点】
			<p>予算案は経営・情報担当において、前年度実績等により作成し、院内の管理会議を経て、県病院局に提出し、最終的に県議会で承認される。予算の執行状況は、定期的に開催している経営戦略会議で検証している。病院局財務規程による会計処理を行い、財務諸表を作成している。会計監査は、毎年、県監査委員による監査が実施され、不定期ではあるが県立3病院がローテーションで受ける公認会計士等によるテーマ別監査を実施している。決算については、決算書を決算認定委員会に提出し、報告を行い認証される。経営状況については病院局も参加する経営戦略会議にて、DPC データや患者データを用いて改善策等を検討している。</p>
			【課題と思われる点】
			特記なし。

4.4.2	医事業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 窓口会計については、業務手順書を作成し運用している。会計収入の責任者は事務局長であり、現金やカード決済、振込等の管理を行っている。レセプト点検は委託業者が1次点検を行い、点検結果のポイントを記載し、医師へ症状詳記の作成、内容の点検を依頼している。施設基準の検証や新たな取得案、返戻、査定状況については、診療報酬委員会で内容を検討している。未収金は対応手順を定めており、委託職員等が電話等による督促を行い、回収が難しい事案は病院局が契約している弁護士法人による督促が行われる。
			【課題と思われる点】 特記なし。
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A	【適切に取り組まれている点】 委託の是非については院内で検討し、予算計画に計上し予算の承認をもって、公募型や一般競争等の契約方式により委託業者を選定している。委託業務の履行確認は、業務日誌などにより行っている。委託業者に対して感染管理、医療安全の研修会を開催している。また、一部で病院が実施しているe-ラーニングについても受講できるよう工夫を始めている。病院運営に支障が大きい給食業務委託、基準寝具業務委託については、履行保証条項を契約書に明記している。
			【課題と思われる点】 特記なし。

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

【適切に取り組みされている点】

施設・設備の管理は総務・管財担当が主管となり、中央監視室で平日日中は4名、休日日中は1名、夜間は防災センターにより日常の運用管理等を実施している。定期点検や保守点検は業者により実施している。点検結果は業者からの保守報告書で実施状況の確認をしており、点検時などに業者と協議し課題等を検討している。故障発生時等の各設備業者への緊急連絡体制を整備している。医療ガス安全管理委員会を年1回開催し、医療ガス設備の日常・定期点検も確実に実施している。清掃は業務委託し、院内は清掃が行き届いている。一般廃棄物や感染性廃棄物の分別回収を行い、院内の最終保管場所で保管し、紙媒体および電子マニフェストで処理状況の確認を行っている。

【課題と思われる点】

特記なし。

4.5.2 購買管理を適切に行っている A

【適切に取り組みされている点】

医薬品については、SPD委託業者により発注、在庫管理等が行われ、納品の際の検収を抜き打ちで病院薬剤師が行っている。医薬品の採用、廃止、在庫の状況などは薬事審議会にて内容を検討している。医療消耗品についてもSPD委託業者により、発注、在庫管理等が行われ、医療消耗品の採用、廃止、在庫の状況などを診療材料部会で検討している。納品検収は病院職員が行ったのち、SPD倉庫に納品している。医薬品、医療消耗品ともに病院が入札を実施しており、委託業者による棚卸を毎月実施している。医療機器については、医療器械等必要性検討委員会にて検討したのち、予算計画に計上し、計画承認後の競争契約で選定を行っている。

【課題と思われる点】

特記なし。

4.6 病院の危機管理

4.6.1	災害時等の危機管理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>地震発生時のBCPや災害対策マニュアルを整備し、緊急時の連絡や責任体制を明記している。災害対策委員会を月1回開催して、訓練計画等を検討している。日中や夜間を想定した消防訓練を年2回実施しているほか、大規模災害訓練を年1回実施している。DMATは2チーム保有しており、能登半島地震ではJMATとして参加活動している。停電時に備え、平常時の80%の発電容量を持つ自家発電装置を屋上階に設置し、燃料も4日間稼働可能な量を確保し、燃料の優先供給についての協定を業者と締結している。非常時用の食料品・飲料水の備蓄は、患者用220名と職員用300名を3日分確保している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>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>保安・警備業務は、委託事業者により24時間体制で実施している。防災センターに日中2～3名、夜間1名の警備員が常駐し、定期的な巡回などを行っている。警備実施要領を整備し、保安業務の状況は1日6回実施する巡回状況等を警備日誌に記載し病院担当者が確認している。夜間・休日の出入口は、警備員が常駐する夜間休日出入口のみであり、入館者は記帳のうえ入館証を携行することとしている。非常時連絡体制を整備し、院内各所に39台の監視カメラを設置し、防災センターでモニター監視している。警察OB1名が事務職員として常勤し、暴言・暴力等発生時の対応は院内3か所に警察直通の非常通報装置の設置やホワイトコールによる緊急放送などの対応体制を整備している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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

【適切に取り組まれている点】

緩和ケア内科外来の診療体制は、病院ホームページや病棟案内などで受診に必要な情報を明示している。診察は、外来通院中や入院中の患者を対象にした院内紹介、かかりつけ医からの紹介として受け入れている。かかりつけ医のいない場合は、いったん一般外来へ紹介後に、院内紹介として緩和ケア外来へ紹介する手順で受診体制を整備している。他施設からの紹介は、患者支援センターが窓口となり MSW や看護師が対応して緩和ケア医師と連携して受診予定を調整している。緩和ケア内科外来は週 2 日実施しているが、患者の状態や併診の状況により外来日以外にも受け入れており、柔軟な診察受け入れ体制を整備し、待ち時間はほとんどない。外来受付時に発熱等があれば、救急外来を受診するなど感染症への対応も行っている。

【課題と思われる点】

特記なし。

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>緩和ケア内科外来は週2日実施しており、紹介初診は原則1日2名で受け入れている。緩和ケア外来の看護師は、がん看護専門看護師やがん性疼痛看護認定看護師、緩和ケア病棟看護師が主に担当しており、看護の専門性を発揮すると同時に薬剤師やMSWらとの連携をスムーズにしている。初診時には、患者・家族に「患者と家族の話し合いノート」として緩和ケアに関わる意向や希望などのACPに関わる問診を行い基礎情報やニーズの把握を行っている。緩和ケア病棟への入院が前提となる場合は、診療情報提供書に併せて独自の緩和ケア質問票（医師用）も依頼して、予後や今後の治療方針の共有を行うなど紹介医との連携を密にしている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	S	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>他施設からの紹介については、患者支援センターが窓口となり、緩和ケア内科医師と患者支援センター担当のMSWや看護師らが協議のうえ外来診察日を決定している。他院に入院中の場合や患者の状態により、家族のみの診察や外来日以外の診察、夜間・休日の診察・相談に応じるなど柔軟な対応体制を整備している。入院待機期間は、院内転棟1.8日、院外含む紹介患者の入院待機も2.2日と短期間であり、夜間・休日の緊急入院でも他病棟を介さず緩和ケア病棟に入院できる環境を整備している。施設から直接入院した事例として、特別養護老人ホーム入所中の患者を受け入れた実績を確認することができた。入棟判定会議前の患者についても、受診時の詳細な医師記録や患者掲示板への記録を残しており、記録などを基に緊急の場合は、救急外来担当医師の判断で入院の受け入れが可能である。これらの取り組みにより、地域で生活する患者を円滑に受け入れる体制を確立しており、高く評価したい。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査・処置を确实・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】
			緩和ケア病棟では、予後予測や患者の希望、苦痛の緩和などを踏まえ、医療行為の必要性、効果、侵襲性を多角的に検討している。検討後は、説明と同意の取得基準に則り、緩和ケア内科医師が患者・家族に対して十分な説明を行い、同意書を取得している。説明時には必ず看護師が立ち会い、患者・家族の不安や心理的負担に配慮した支援を行っている。外来および入院患者に対して実施する侵襲的検査・処置には、画像検査（単純CT）や腹腔穿刺・胸腔穿刺、そして苦痛緩和目的の輸血、放射線照射などがある。外来で実施する場合は主科に依頼する手順で実施し安全性を確保している。緩和ケア病棟で対応が困難な治療の継続などは、転科・転棟して実施する体制を整えている。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】
			緩和ケア病棟への入院を希望する患者・家族に対しては、緩和ケア内科医師および外来担当看護師が入院前面談を実施し、患者・家族の意向や希望を確認している。入棟判定会議は週1回開催し、緩和ケア病棟の入棟基準に基づき、緩和ケア内科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、MSW等の多職種で入院の適応を検討している。症状や療養環境、予後予測等の入院待機順位マニュアルを整備して、緩和ケア病棟入院決定の優先度を明確にしている。判定結果は患者カルテに記載し、関係職員間で情報を共有している。他病棟入院中の患者は、緩和ケアチームが継続的に介入して転棟時期の再検討を行うなど、状況に応じた支援を実施している。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】
			入院診療計画書は、緩和ケア内科医師により疾患名や症状、予測される期間、入院における治療計画などを記載し、各種アセスメントに基づいたケア計画を看護師によって作成し、患者・家族に説明して同意を得ている。患者・家族の意向や希望は、緩和ケア内科外来や患者支援センターでも確認しており、症状や個別に対応した計画書となるよう配慮している。医師の指示に基づき管理栄養士は、栄養状態の評価を基に栄養管理計画書を作成し、必要に応じて療法士はリハビリテーション実施計画書を作成して患者・家族に説明し同意を得ている。医師や看護師は、毎日の回診等で患者の状態や意向を記録に残し、多職種で行う症例カンファレンスで共有し、診療計画の見直しや病状や意向の変化に伴う方針の確認を行っている。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A	【適切に取り組まれている点】
			看護師は入院時の医師の診療方針を把握し、転倒・転落、せん妄、褥瘡、栄養などの各種アセスメントや4側面による苦痛の状況、患者・家族の意向や希望を考慮して初期看護計画を立案している。緩和ケア内科外来初診時の「患者と家族の話し合いノート」や入院時の状況も加味して、患者・家族の意向や希望に沿うよう配慮している。ケア計画に関する検討は、多職種が参加する症例カンファレンスでも行い、必要に応じてケアの追加や修正、患者目標の共有や検討を行っている。
			【課題と思われる点】
			特記なし。

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>患者・家族からの様々な相談は、看護師やMSW等を配置している患者支援センターで一元的に対応している。緩和ケアに関する外来受診や入院希望などの相談も、患者支援センターが窓口となり緩和ケア内科と連携して対応している。がん相談支援センターでは、患者・家族ががんに関する様々な相談や社会資源などに関する相談に対応している。入院中の患者・家族の各種相談には、緩和ケア内科医師や病棟師長とMSWが連携して対応している。緩和ケア病棟では家族もケアの対象としており、ケアに対する満足や後悔の思いなども含めて相談対応し、その内容も各種カンファレンスで共有している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.9	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】</p> <p>緩和ケア病棟への入院希望がある患者・家族には病棟見学や概要説明を行い、安心して入院できるよう配慮している。患者の状態により、病棟見学が困難な場合でも、動画視聴による説明を行っている。入院が前提の場合には入院前面談を行い、患者・家族の意向や希望を確認し、緩和ケア病棟看護師や薬剤師、MSW等の多職種と連携している。入院や転棟時にも患者の状態に合わせ、細やかなオリエンテーションを行っている。夜間・休日でも直接緩和ケア病棟に入院受け入れできるよう、「緊急入院受け入れマニュアル」を整備している。また、レスパイト入院も受け入れており、患者・家族の安寧への支援を行っている。入院時に必要な病衣や日用品は、レンタルや病院内の売店でも購入可能である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.10	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】 病棟責任者である緩和ケア内科部長（緩和医療専門医）を中心に、他の緩和ケア内科医師2名を加えた3名体制で夜間・休日を含めた診療体制を整備している。緩和ケア内科医師の不在時には、オンコールよりサポートする体制を整備している。医師は、毎日の回診で病状把握や診療方針を確認して必要な指示を行い、看護師等と情報共有して日々の緩和ケアを提供している。患者の病状や希望の変化に応じて患者・家族へ説明し、必要に応じて意向を確認している。説明内容や意向は、診療記録に詳細に記載している。また、緩和ケアチームのリーダーとして、入棟判定会議、症例カンファレンス、メモリアルカンファレンス等に参加して、診療やケアの方針について専門性を発揮するとともに、指導的役割を担っている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.11	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】 緩和ケア病棟には、がん看護専門看護師（緩和ケア認定看護師）・精神科認定看護師を含む16名を配置して緩和ケアの専門性を発揮している。看護体制はパートナーシップナーシングシステムをとり、各勤務帯の担当を明確にしている。看護師は緩和ケア病棟運営マニュアル（看護基準・手順）に準拠し、診療の補助業務や日常生活支援などの業務を行っている。緩和ケア運営マニュアルには、ボランティアの活動も明記しており、看護チームとの協働を円滑にしている。入院時には、様々な苦痛の状況や転倒・転落、せん妄、褥瘡、栄養などのアセスメントを実施し、患者・家族の意向や希望を反映した看護計画を立案し、必要な援助やケアを行っている。また、ELNEC-J（End-of-Life Nursing Education Consortium Japan）受講を推進し、看護ケアの質向上に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.12 患者主体のケアを心身両面から適切に行っている A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>緩和ケア内科外来の初診時から「患者と家族の話し合いノート」による問診票を用いて、患者・家族が抱える苦痛を身体的、精神心理的、社会的および患者自身が表現できない苦痛の把握にも努めている。緩和ケア病棟看護師が外来を兼任しているため、外来受診時から全人的苦痛に対応できるよう積極的に関与し、継続的な緩和ケアを提供している。精神科認定看護師は、がん患者特有の精神症状やせん妄に対するケアの方針に対するケアの実践やアドバイスをを行うなど専門性を発揮している。多職種が参加する症例カンファレンスでも、緩和ケア特有のスピリチュアルなニーズに関する情報を共有することやSpiPasを活用して、各職種が専門性を発揮できる環境を整備している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.13 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>各種ガイドラインに準拠した「緩和ケアマニュアル」を整備して、身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペインなどの症状マネジメントやケアの方針を整備している。がん性疼痛に関する医療用麻薬の使用基準は「がん性疼痛治療フローチャート」を作成して院内統一している。症状緩和に関する検討は、緩和ケア内科医師や薬剤師を含む症例カンファレンス等で行い、症状の評価はNRSやFRS、STAS-Jを活用して多職種間で共有し、症状緩和への介入を行っている。せん妄に関しては、せん妄スクリーニングシートによるアセスメントを行い、早期予防対策の検討やせん妄発生時のケアを実施している。薬剤による鎮静も使用基準を明確にしており、多職種で検討や家族への説明・同意の手順も明確にして実施している。</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>注射薬は、1施用ごとに調剤した薬剤を看護師が調製・混合し、バーコードを用いて患者確認および薬剤確認を行った上で投与している。内服薬は、「内服薬自己管理判断フロー」、医療用麻薬に特化した「レスキュー薬自己管理フローチャート」などにより自己管理の判断を行い、自己管理が困難な患者については看護師が与薬しており、服薬確認は担当看護師が確実に行っている。病棟担当の薬剤師（緩和ケア薬物療法認定薬剤師）は、医療用麻薬使用時に医師からの必要性の説明に加えて補足的な説明を行っている。医療用麻薬は、患者ごとに処方し病棟の麻薬保管庫で管理している。</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	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>緩和ケア病棟では、輸血の実施は少ないが貧血等の苦痛緩和目的に実施する場合がある。実施する場合は、厚生労働省の指針に基づく「輸血用血液製剤取り扱いマニュアル」に沿って行っている。また、輸血に伴うメリットとデメリットを十分に説明した上で、同意を得て実施している。輸血の適応を決定した後に準備し、赤血球輸血のみを実施している。輸血の実施については、投与中、投与後の患者の状態や反応を観察し、輸血後の効果判定は症状緩和の確認により行っている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.16	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、日常生活自立度やK式スケールを用いた褥瘡に関するアセスメント、体圧測定を実施してリスク評価を行っている。リスク患者に対しては、褥瘡診療計画書およびケア計画を立案している。「褥瘡対策・排泄ケアマニュアル」を整備して、リスクアセスメントに対応した体圧分散寝具の選択やポジショニングなどの予防策を実施している。褥瘡の持ち込み、新規発生や悪化した場合は、DESIGN-R2020 分類を用いて経時的に評価している。病棟の褥瘡リンクナース（褥瘡対策・排泄ケア委員会所属）が早期に介入し、皮膚・排泄ケア認定看護師や皮膚科・形成外科医師への相談体制も整備している。多職種で行う褥瘡カンファレンスでは、予防ケアへのアドバイスや治療方針の検討を行っている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
2.2.17	栄養管理 と食事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>入院時に、看護師が栄養スクリーニングを行っている。その後、管理栄養士により栄養状態の評価を行い、栄養管理計画書を作成している。嚥食状態の把握は看護師が行うが、必要に応じて管理栄養士が面談をしている。食べることの楽しみや満足を提供するため、緩和ケア独自の選択メニューがあり、患者の状態や嗜好に対応した個別メニューにも対応するなどの工夫を行っている。嚥下機能低下による患者が食事摂取を希望するときには、摂食・嚥下障害看護認定看護師の関与も可能な体制を整備している。病院食で対応が困難な場合には、家族の持ち込みにも対応できるよう病棟ラウンジにはファミリーキッチンを設置している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.18	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】 入院時に把握する患者・家族の意向に沿い、移動、排泄などの日常生活動作の自立性を保つためのリハビリテーションを行っている。緩和ケア内科医師の依頼により作成するリハビリテーション総合実施計画書は、療法士により患者・家族の意向を加味して作成している。本人が望む「できることを支える」リハビリテーションを実施し、リラクゼーションや外出・外泊、自宅退院を目指した患者の希望への支援につなげている。患者の意向や希望は多職種カンファレンスなどで情報を共有し、日々のリハビリテーションに反映しており、ADLの維持およびQOLの確保につなげている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.19	自律支援およびQOL向上に向けて取り組んでいる	S	<p>【適切に取り組まれている点】 緩和ケア病棟の理念「がん患者さんに寄り添い、安らぎを大切にした緩和治療を行う」に沿った日常生活支援や環境を整備している。病棟のラウンジ兼談話室や展望ラウンジは、季節の移り変わりを展望できるよう窓が広く開放的であり、地域性を活かした景観と安らぎの環境を提供している。病棟に隣接する屋上庭園は車いすやベッドでも散歩可能にしている。多目的室は、瞑想室としても使用でき、心を落ち着かせる空間として活用している。家族の面会制限はなく、24時間の付き添いも可能にしている。全室個室であり、家族も休める和室のある個室や家族控室の利用も可能である。ペットとの面会や外出・外泊も患者の希望を尊重し、患者と家族が可能な限り快適に過ごせる機会としている。患者の誕生日会、様々な季節のイベントやコンサートなどを開催し、患者・家族の日常に季節感や交流の機会を提供している。約130名登録しているボランティアは、定期的に行うティーサービスや各種イベントを看護師と協働して取り組んでいるなど、QOL向上に向けた姿勢は高く評価できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化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>「身体拘束予防マニュアル」を整備している。緩和ケア病棟では、身体拘束を行わない方針のもと取り組み、緩和ケア病棟での身体拘束は行っていない。入院時には、転倒・転落、せん妄等でリスク評価を行っている。ベッド位置の工夫や床マットセンサーの活用、看護師によるリアリティーオリエンテーション、見守りや付き添いなど患者の自立と安全のバランスを考慮したケアや患者の療養環境の調整に努めている。尊厳に配慮したケアとなるよう、経過を詳細に記録するとともにスタッフ間で情報共有している。せん妄が持続する場合でも、療養環境の調整や患者の意向に沿った過ごし方ができるようにケア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>
2.2.21	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>がんに伴う症状緩和や積極的な治療を希望する場合などの退棟基準は、パンフレット等に明示し入院時にも説明している。初診時に記入する「患者と家族の話し合いノート」や入院時にも患者・家族の療養上の希望や意向を把握し、早期から患者支援センターも関与して、在宅療養支援を行っている。多職種が参加する退院支援カンファレンスでも、患者・家族の意向の共有や退院支援の方向性を検討している。患者と家族の意向が異なる場合でも、双方の意向を尊重した支援となるよう複数回のカンファレンスを開催している。在宅緩和ケアや在宅看取りを希望する場合には、退院前に訪問診療医や訪問看護師などを含めて合同カンファレンスを開催し、連携先への必要な情報提供を行っている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

2.2.22 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A 【適切に取り組まれている点】 退院後の症状に関する支援は緩和ケア内科外来で行っており、必要に応じて患者支援センターでも継続的に療養生活上の支援を行っている。患者支援センター担当者と緩和ケア病棟看護師は、必要に応じて退院前後訪問を行っており、在宅療養に関する調整や連携を行い、在宅緩和ケアの提供を支援している。退院後に訪問診療を依頼する場合には、診療情報提供書や看護サマリーなどを通じて、地域の訪問診療医や訪問看護師へ緩和ケア病棟入院中の情報を提供している。薬剤師は、医療用麻薬を中心とした情報提供を行っている。必要に応じて管理栄養士や療法士もサマリーの提供を行っている。退院前カンファレンスには、救命救急センター看護師も参加しており、緩和ケア病棟退院後の患者が夜間・休日でも優先的かつ直接的に緩和ケア病棟に再入院できる体制を整備して、患者と家族の安心を支えている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------------------------------	--

2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	A	<p data-bbox="885 224 1383 985">【適切に取り組まれている点】 緩和ケア内科初診時に記入する「患者と家族の話し合いノート」や入院後もACPシートとしての意向確認を繰り返しつつ、患者の病状や今後の見通しを説明している。臨死期は、PPSやPPIで評価して医師の判断のもと多職種で検討し、家族へはパンフレットを使用して丁寧に説明して希望する看取りが実現できるよう支援している。在宅での看取りを希望する場合には、訪問診療や訪問看護との連携を迅速に行っている。多職種によるメモリアルカンファレンスを月2回開催し、看取りの共有や関与するスタッフの感情面に配慮したケアの振り返りを行い、臨死期におけるケアの質向上につなげている。遺族へのグリーフケアとして、逝去後約3か月後に担当看護師による手書きの手紙を送付し悲嘆への支援を行っている。現在準備をしている遺族外来を開設し、遺族ケアの質向上につなげるとさらに良い。</p> <p data-bbox="885 1019 1383 1088">【課題と思われる点】 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： 2024年 4月 1日 ~ 2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025年 9月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 徳島県立三好病院
- I-1-2 機能種別 : 一般病院2、緩和ケア病院(副機能)
- I-1-3 開設者 : 都道府県
- I-1-4 所在地 : 徳島県三好市池田町シマ815-2

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	206	157	+0	80.3	14.8
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	8	8	+0	9.4	110
感染症病床	6	6	+0	64.1	11.1
総数	220	171	+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	10	+0
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	1	+0
人工透析	9	+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		
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床	20	+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, 災害拠点病院(地域), へき地拠点病院, 救命救急センター, エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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 : 1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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

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ため、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	43.09	35	8.09	25.2	19.08
うち研修医	1	0	1	0.58	0.44
歯科医師	0	0	0	0	0
うち研修医	0	0	0	0	0
看護要員 合計	207.2	167	40.2	121.17	91.74
保健師	0	0	0	0	0
助産師	3	3	0	1.75	1.33
看護師	185.49	164	21.49	108.47	82.13
准看護師	5	0	5	2.92	2.21
看護補助者	13.71	0	13.71	8.02	6.07
薬剤部門 合計*2	13	12	1	7.6	5.76
薬剤師	12	12	0	7.02	5.31
臨床検査部門 合計*2	13.74	9	4.74	8.04	6.08
臨床検査技師	12	9	3	7.02	5.31
画像診断部門 合計*2	13	10	3	7.6	5.76
診療放射線技師(X線技師)	14	11	3	8.19	6.2
栄養部門 合計	4	2	2	2.34	1.77
管理栄養士	4	2	2	2.34	1.77
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	14	13	1	8.19	6.2
理学療法士	8	7	1	4.68	3.54
作業療法士	4	4	0	2.34	1.77
言語聴覚士	2	2	0	1.17	0.89
診療情報管理士	4.5	3	1.5	2.63	1.99
臨床工学技士	4	4	0	2.34	1.77
社会福祉士	0	0	0	0	0
精神保健福祉士(PSW)	1	1	0	0.58	0.44
医療ソーシャルワーカー(MSW)	2	2	0	1.17	0.89
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	0	0	0	0	0
事務部門	21.71	16	5.71	12.7	9.61
職員総数*1	361.54	275	86.54	211.43	160.07

医師配置標準数 (人)	13.4
薬剤師配置標準数 (人)	2

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	2056	44.9 %	7	9	25.71 %
看護師	1761	58.7 %	10	9	5.49 %
准看護師	0	0 %	0	0	0.00 %
看護補助者	0	0 %	1	0	0.00 %
薬剤師	1732	55.8 %	1	0	0.00 %
臨床検査技師	1759	46.1 %	0	1	11.11 %
診療放射線技師	1716	49.2 %	0	0	0.00 %
管理栄養士・栄養士	1746	53.2 %	0	0	0.00 %
理学療法士	1664	70.9 %	0	0	0.00 %
作業療法士	1783	57.2 %	1	0	0.00 %
言語聴覚士	1269	88.3 %	0	0	0.00 %
診療情報管理士（診療録管理士）	1724	45.8 %	1	0	0.00 %
臨床工学技士	1815	74 %	0	0	0.00 %
ソーシャルワーカー*	1713	79 %	0	0	0.00 %
事務職員	1964	27.4 %	1	1	6.25 %

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		8
看護師	1	39
薬剤師		2
その他のコ・メディカル		10
事務職員		3
全体	1	62

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	32	1073
医師	9	43
看護師	23	908
薬剤師		32
その他のコ・メディカル		61
事務職員		13
その他		16

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	6	18.75 %	325	30.29 %
輸血に関するもの	0	0.00 %	0	0.00 %
治療・処置に関するもの	3	9.38 %	13	1.21 %
医療機器等に関するもの	0	0.00 %	12	1.12 %
ドレーンチューブに関するもの	0	0.00 %	124	11.56 %
検査に関するもの	1	3.13 %	53	4.94 %
療養上の世話に関するもの	17	53.13 %	234	21.81 %
その他	5	15.63 %	312	29.08 %

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	0	5
うちICD	0	2
看護師	1	11
うちICN	1	1
薬剤師	0	1
その他コ・メディカル	0	5
事務職員	0	0
全体	1	22

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)	5
バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE)	0
多剤耐性緑膿菌 (MDRP)	0
ペニシリン耐性肺炎球菌 (PRSP)	0
バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌 (VRSA)	0
多剤耐性アシネトバクター属 (MDRA)	0
基質特異性拡張型βラクタマーゼ (ESBLs)	15
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	1

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	
人工呼吸器関連による肺炎	
尿路カテーテル関連感染	11
手術部位感染	3

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	2
常勤専任・兼任（実人数）	7
常勤専任・兼任（常勤換算）	7
非常勤（常勤換算）	
常勤換算 合計	9
病床100対 担当者数	5.26

I-7-3 紹介状持参患者数

紹介状持参患者数（人/年）	3483
紹介率	56.97 %
1日あたり紹介患者数（外来）	14.33
紹介状持参患者のうち入院患者数（人/年）	224
紹介入院患者割合	6.94 %
入院に繋がった紹介患者の比率	6.43 %

I-8 患者相談機能

I-8-1 担当者の配置状況

	人数	職種・資格
常勤専従	7	職種・資格： 看護師
うち社会福祉士	3	
常勤専任・兼任（実人数）		職種・資格：
常勤専任・兼任（常勤換算）		
非常勤（常勤換算）		
常勤換算 合計	7	
病床100対 担当者数	4.09	

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）	99	8.3	1.18
社会福祉相談（福祉制度に関する内容）	2335	194.6	27.80
退院相談（退院先の調整）	4481	373.4	53.35
苦情相談（医療事故 クレーム）	2	0.2	0.02
看護相談（退院後のケア等）	45	3.8	0.54
がん相談	367	30.6	4.37
その他の医療相談	12813	1,067.8	152.54
その他			
総数	20142	1,678.5	239.79

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	28 件
分母：延入院患者数	47671 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	0.01 %
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	6 件
分母：延入院患者数	47671 人

一般病院1・2・3

● 把握している ○ 把握していない

退院後4週間以内の計画的再入院件数	2.79 %
分子：計画的再入院件数	90 件
分母：全入院件数	3229 件

● 把握している ○ 把握していない

退院後4週間以内の計画外の再入院件数	4.34 %
分子：計画外の再入院件数	140 件
分母：全入院件数	3229 件

● 把握している ○ 把握していない

24時間以内の再手術率	0.09 %
分子：予定外の再手術件数	2 件
分母：総手術件数	2147 件

● 把握している ○ 把握していない

入院患者のパス適用率	37.1 %
分子：パス適用入院患者数	1205 人
分母：全退院患者数	3248 人

● 把握している ○ 把握していない

術後の肺塞栓発生率	0.09 %
分子： 術後肺塞栓発生件数	2 件
分母： 全手術件数	2147 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	93.33 %
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	98 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	105 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	100 %
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	95 人
分母： 人工膝関節全置換術が施行された退院患者数	95 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	96.58 %
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	1129 人
分母： 手術を受けた退院患者数	1169 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	
	%
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	人
分母： 前年6月1ヶ月間の新入院患者数×12	人

○ 把握している ○ 把握していない

退院率	
	%
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	人
分母： 入院期間が1年以上となった患者数	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）	
	%
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	人
分母： 入院期間が5年以上となった患者数	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	1	
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・重症患者看護		
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	1	
皮膚・排泄ケア	1	
集中ケア		
緩和ケア	1	
がん化学療法看護		
がん性疼痛看護	1	
感染管理	1	
訪問看護	1	
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	2	
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	1	
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	12	0	0	1	13
薬剤師	12				12
その他(看護師・薬剤補助)				1	1
その他()					0

病棟担当薬剤師(常勤換算)	4
---------------	---

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	1575	6.48	0.54	2.72
外来 院外処方箋枚数	26691	109.84	9.15	46.13
入院処方箋枚数	19096	52.32	4.36	11,167.25
注射処方箋枚数	47653	130.56	10.88	27,867.25
薬剤管理指導	3906	10.70	0.89	2,284.21

院外処方率	94.43 %
-------	---------

医薬品 品目数	962
---------	-----

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
一包化の実施：外来	4)院外処方
一包化の実施：入院	2)一部
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	1)使用
レジメン登録・管理の実施有無	1)実施
レジメン登録・管理件数	197
抗がん剤の調製・混合への対応	2)原則対応

抗がん剤対象患者数 外来*	18
抗がん剤対象患者数 入院*	1.8
薬剤師による抗がん剤調製 外来*	100 %
薬剤師による抗がん剤調製 入院*	100 %

*1週間の平均値

クリーンベンチの設置

● 1) あり 台数 1
○ 2) なし

安全キャビネットの設置

● 1) あり 台数： 1
○ 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 checked="" type="checkbox"/> 1) 個人別(1施用ごと)	対 注射処方箋(%)	97 %
<input type="checkbox"/> 2) 個人別(1日ごと)	対 注射処方箋(%)	%
<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	9	0	0	4.74	13.74
うち医師					0
うち臨床検査技師	9			3	12
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	30
緊急検査	30

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： 日臨技臨床検査精度管理調査、徳島県臨床検査精度管理調査

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	2626	2626
うち組織診	0	974	974
うち細胞診	0	1313	1313
うち免疫組織化学	0	339	339

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 checked="" type="checkbox"/> 2) 外部委託	8
<input 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)

5

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	7.85 %
死亡数 (再掲)	255
退院患者数 (再掲)	3248

II-5-8 剖検率

	院内	院外	総数
剖検数	0	0	0
剖検率	0.00 %	0.00 %	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	10	0	0	3	13
うち医師	1				1
うち診療放射線技師	9			3	12
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	10421	6,094.15	0	7731	74.19 %
うち頭部CT	1752	1,024.56	0	0	0.00 %
MRI撮影	3571	2,088.30	0	3571	100.00 %
うち頭部MRI	1842	1,077.19	0	1842	100.00 %
核医学	0	0.00	0	0	0.00 %

II-6-3 保有機器(台)

一般撮影装置	2
X線テレビ装置	1
血管撮影装置	1
乳房軟線撮影装置	1
パノラマ撮影装置	0
CT	2
MRI	1
ポータブル撮影装置	2
外科用イメージ	2
核医学診断装置	0
うち PET CT	0

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	3	0	0	0.13	3.13
うち医師	1	0	0	0.13	1.13
うち看護師	0	0	0	0	0
うち診療放射線技師	2				2

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)	1
ガンマナイフ(台)	0
IMRT 強度変調放射線治療(台)	0

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 checked="" type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	0.2
<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	2008	1,174.27	42	2.09 %
赤血球製剤	1304	762.57	40	3.07 %
血小板	650	380.12	0	0.00 %
凍結血漿	54	31.58	2	3.70 %
その他		0.00		%

II-8-5 血液専用の保冷庫

● 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
■ 常勤専従	4
□ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
□ 非常勤(常勤換算)	
□ 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	16	0	0	1	17
うち看護師	16			1	17

II-9-4 手術室数・手術件数

		病床100対
手術室数 (室)	3	1.75
手術総件数 (件/年)	2147	1,255.56
うち全身麻酔件数	1169	683.63
うち緊急手術件数	104	60.82
うち短期滞在手術件数	96	56.14
うち悪性腫瘍手術件数	91	53.22

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	1121	心カテ	実施
硬膜外麻酔	22	冠動脈バイパス術	0
脊椎麻酔	17	弁膜症手術	0
		開心術	0
		大動脈瘤切除術	0
神経・脳血管領域	件/年	救急領域	件/年
頭蓋内血腫除去術	8	緊急開頭術	12
脳動脈瘤根治術	5	緊急開胸術	0
脳動静脈奇形摘出術	0	緊急心大血管手術	0
脳血管内手術	1	緊急帝王切開術	0
脳腫瘍摘出術	1		

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	1
ジェットウォッシャー	4
Washer Sterilizer	1
オートクレーブ	3
EOG滅菌器	1
プラズマ滅菌装置	1

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
 ・ 特定の病棟に固定した救急専用病床を有している病院
 ・ 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
■ 常勤専従	4
■ 常勤専任・兼任(常勤換算)	1
■ 非常勤(常勤換算)	1
□ 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	13	0	0	4	17
うち看護師	13			2	15

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			1	1		
うち研修医						
看護要員	2					
うち看護補助者						
薬剤師			1			
臨床検査技師			1			
診療放射線技師			1			
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						
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-12-7 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	5415	14.84
救急車搬入患者数	2370	6.49
救急入院患者数	1659	4.55

	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)	1417	5.83
救急車搬入患者数	723	2.98
救急入院患者数	395	1.63

	年間総数	1日あたり患者数
休日の救急患者数(再掲)	2121	17.82
救急車搬入患者数	820	6.89
救急入院患者数	535	4.50

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 %) ○ 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	2	2	4
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)	7	24
集団実施回数(回/月)	0	1
月間対象延患者数(人)	0	6
栄養士1人当たり栄養指導件数(個別実施)	1.75	6
栄養士1人当たり栄養指導件数(集団実施)	0	0.25

II-13-5 選択メニュー ● 1) あり 実施回数(40 回/月)
○ 2) なしII-13-6 栄養サポートチーム ● 1) あり 実施回数(29 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 checked="" 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	13	0	0	1	14
うち理学療法士	7			1	8
うち作業療法士	4				4
うち言語聴覚士	2				2

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	患者1人1日あたり (単位)	0	1.18
■ I □ II	療法士1人1日あたり (人)	0	3.24
脳血管疾患等リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	0	1.2
■ I □ II □ III	療法士1人1日あたり (人)	0	3.85
運動器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	0	1.31
■ I □ II □ III	療法士1人1日あたり (人)	0	4.52
呼吸器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	0	1.08
■ I □ II	療法士1人1日あたり (人)	0	1.58

	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	0	334
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	3			1.5	4.5
上記以外	0	0	0	0	0

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	94.8 %
分子：退院後2週間以内にサマリーを作成した患者数	3079 件
分母：昨年度の年間退院患者数	3248 件

II-15-7 診療情報の開示件数 (件/年)

件数	病床100対
20	11.7

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：事務局経営・情報担当
- 2) 診療録 (情報) 管理：事務局経営・情報担当 (診療情報管理室)
- 3) コンピュータシステムの管理：事務局経営・情報担当

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 checked="" type="checkbox"/> 常勤専任・兼任 (常勤換算)	2
<input type="checkbox"/> 非常勤 (常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 委託職員 (常勤換算)	
<input 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
- オーダーリングシステム 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	7	0	0	27.18	34.18
うち看護師	7			7.18	14.18

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 2024 年 11 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	4	
抗がん剤の対象患者数 (人/週)	18	(II-3-4 再掲)
薬剤師による調製・混合への対応状況 (%)	100	(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 checked="" type="checkbox"/> 常勤専従	4
<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 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	13	<input checked="" 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	75	<input checked="" 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	37	<input checked="" 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	6	<input checked="" 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	55	<input checked="" 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

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	
	2024	2023	2022	2024	2023
医業収益(繰入金を除く)	4,550,772	4,407,135	3,873,902	103.26 %	113.76 %
医業費用	6,092,531	5,834,327	5,502,643	104.43 %	106.03 %
医業損益(繰入金を除く)	-1,541,759	-1,427,192	-1,628,741	108.03 %	87.63 %
医業収支率	74.69 %	75.54 %	70.40 %		

Ⅲ-1-2 患者1人1日あたりの収益 (単位：円)

年度(西暦)	2024
外来収益	18,220
入院収益	65,112

Ⅲ-1-3 100床あたりの入院収益 (単位：千円)

2024 年度(西暦)	2,001,201
-------------	-----------

Ⅲ-2 繰入金の状況(推移) (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対前年比	
	2024	2023	2022	2024	2023
総収益(繰入金を除く)	4,867,745	4,723,694	4,200,624	103.05 %	112.45 %
繰入金(他会計負担金等)	1,001,683	972,477	1,012,806	103.00 %	96.02 %
上記合計に占める繰入金の割合	17.07 %	17.07 %	19.43 %		

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		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022
入院診療収益	3,422,053	3,274,598	2,791,455	75.20 %	74.30 %	72.06 %
室料差額	46,640	49,375	41,252	1.02 %	1.12 %	1.06 %
外来診療収益	1,056,733	1,051,213	1,012,508	23.22 %	23.85 %	26.14 %
保健予防活動	3,304	4,320	4,770	0.07 %	0.10 %	0.12 %
受託検査・施設利用収益	40	40	44	0.00 %	0.00 %	0.00 %
その他の医業収益	22,002	27,589	23,873	0.48 %	0.63 %	0.62 %
保険等査定減						
医業収益 合計	4,550,772	4,407,135	3,873,902	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		
	2024	2023	2022	2024	2023	2022
給与費	3,306,613	3,180,882	3,055,597	72.66 %	72.18 %	78.88 %
常勤(再掲)	2,523,049	2,402,228	2,310,887	55.44 %	54.51 %	59.65 %
非常勤(再掲)	122,599	129,871	119,740	2.69 %	2.95 %	3.09 %
材料費	1,169,627	1,097,574	974,139	25.70 %	24.90 %	25.15 %
医薬品費(再掲)	525,318	502,967	512,685	11.54 %	11.41 %	13.23 %
診療材料費(再掲)	641,735	590,654	457,254	14.10 %	13.40 %	11.80 %
給食用材料費(再掲)	356	593	1,582	0.01 %	0.01 %	0.04 %
医療消耗器具備品費(再掲)	2,218	3,360	2,618	0.05 %	0.08 %	0.07 %
委託費	725,963	690,344	660,963	15.95 %	15.66 %	17.06 %
設備関係費	594,429	598,865	553,385	13.06 %	13.59 %	14.28 %
減価償却費(再掲)	466,602	455,383	447,462	10.25 %	10.33 %	11.55 %
器機賃借料(再掲)	51,461	59,803	45,242	1.13 %	1.36 %	1.17 %
研究研修費	22,014	17,468	14,167	0.48 %	0.40 %	0.37 %
経費	270,865	244,488	241,442	5.95 %	5.55 %	6.23 %
その他の医業費用	3,020	4,706	2,950	0.07 %	0.11 %	0.08 %
医業費用 合計	6,092,531	5,834,327	5,502,643	133.88 %	132.38 %	142.04 %

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、病院から提出期限までに提出された現況調査に基づき作成しています。

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せん。
- ・ 「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
$$\{(常勤職員数 + 非常勤職員数) \div 稼働病床数\} \times 100$$
 で算出しています。
- ・ 患者規模100対職員数
$$\{(常勤職員数 + 非常勤職員数) \div 患者規模※\} \times 100$$
 で算出しています。
※患者規模 = 1日あたり入院患者数 + (1日あたり外来患者数 ÷ 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(リスクマネージャー等)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