

病院機能評価
審査結果報告書

2024年度実施

特定医療法人丸山会 丸子中央病院

訪問審査実施日 2025 年 3 月 11 日～3 月 12 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「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 3 月 11 日～3 月 12 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	慢性期病院（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 慢性期病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1959 年に丸子医院として開院し、1966 年に丸子中央病院として新築移転し、その当初より、上田市における急性期病院として、地域における急性期医療ニーズに応えてきた。その後、病床数の増床、1971 年には人工透析を開始。地域のニーズに応えるべく、急性期医療を中心に、透析治療も継続している。地域の高齢者の在宅療養支援を拡充するため、介護療養型医療施設、介護医療院への転換、その他の介護関連施設、訪問看護、訪問リハビリを開始し、退院後の生活も含めた地域での生活を支える仕組みの拡充を図ってこられた。診療機能の強化も図ってこられ、救急の受け入れ態勢も整備し、急性期医療に積極的に取り組むとともに、地域における医療・介護との連携を促進させ、この地域における地域医療提供体制の推進における重要な役割を担っている。地域の住民をはじめ、関係医療機関、介護施設、地域包括支援センターも含めた様々な機関との連携も積極的に推進している。

今回の受審においては、院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、改善が組織風土として確立し病院の質向上に取り組まれていることが随所で確認できた。組織的かつ継続的な改善活動を積極的に展開され、地域ニーズに応える姿勢は大いに評価できる。今後とも地域住民・患者の医療ニーズに応える医療提供体制の整備・充実に向け、一層の取り組みがなされることを期待したい。地域住民と関連

する医療機関からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々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

病院理念と基本方針を策定し、掲示やホームページへの掲載、職員ハンドブックへの掲載により院内外に周知している。経営会議を病院の意思決定機関として、課題の把握と方針の協議、決定が行われている。年次事業計画が策定され、各部門の目標が立案される仕組みとしている。病院情報システム運用管理規定に基づいた情報の管理により、真正性・保存性を担保している。文書管理規定を定め、起案から決裁、承認、保存の仕組みを整備している。

医療法、施設基準などに必要な人員を確保し、各職種の採用活動を積極的に実施している。就業規則をはじめとした給与規定、法律に基づく各種規定を整備している。衛生委員会の設置、定期的な開催による課題の対応により職員の労働安全衛生へ対応している。今回、キシレン使用による作業環境測定の未実施について指摘を受け、作業環境調査を実施。第1管理区分であることの確認ができた。病理検査室マニュアルの改訂、特別管理産業廃棄物処理マニュアルを新設し、病院としての仕組化がはかられた。職場長面談、福利厚生委員会、職員満足度調査の実施などにより職員の意見・要望を収集している。

教育委員会が年間研修計画を立案し、実施管理を行っており、必要性の高い研修を計画的に実施している。研修センターにおける多職種に対する研修体制が整っている。各職種がそれぞれの専門職のラダーに沿った能力評価、開発を行っている。各職種で初期研修プログラムを整備し、計画的な教育を行っている。指導者研修も実施している。医師、看護師、薬剤師など多職種の実習を受け入れ、カリキュラムに沿った実習を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族、職員に周知している。診療録開示は患者の権利として尊重し非開示例はない。説明と同意に関する基準・手順書を整備し、書式を統一し、説明と同意を必要とする手術・検査などの範囲はリスト化し、同席のルールを規定している。在宅ケアのパンフレットの作成や診療情報のオンラインツールで患者の個別性に合わせ分かりやすく説明し情報共有する工夫をしている。患者相談窓口として「医療と介護の総合相談ステーション」を設置し、各部署および行政等と多職種で連携し対応している。患者の個人情報、個人情報保護規定や個人情報保護マニュアル、医療情報システム運用管理規程により病院として保護する体制を整備している。終末期や患者が意思表示できない場合への対応などを臨床倫理指針として明文化し、現場で解決できない場合は倫理委員会に審査申請をする仕組みがある。

院内はバリアフリーとなっており、駐車場の設置、レストランや売店の設置、入院セットの準備など、来院や入院生活に配慮している。現場での倫理的課題は、受け持ち看護師だけでなく社会福祉士などの多職種が患者・家族の揺れ動く気持ちを

察知して倫理的課題の把握に努め、多職種合同カンファレンスで課題を検討している。病棟デイルームは広々と明るく患者・家族がくつろげる空間で、車椅子トイレ・シャワー室は清潔で安全に配慮され、整理整頓と清掃が行き届き快適な療養環境が保たれている。全館、敷地内禁煙を院内掲示などにより推進している。患者、職員への禁煙推進の取り組みも行っている。

4. 医療の質

業務の質改善については、QM（監査）委員会により部門横断的な改善に取り組み、各種立入検査の指摘事項に対しても迅速に対応している。診療の質の向上に向けた活動では、症例検討会やCPCなどを開催し、診療ガイドラインも整備するとともに臨床指標を集積してホームページで公表している。患者・家族の要望は、意見箱等により収集している。意見は、外来の掲示板で回答を行っている。患者満足度調査を実施し、結果をホームページで公表している。新規の診療・治療方法や技術の導入に際しては、倫理・安全面などについて倫理委員会で審査する仕組みが構築されている。

病棟入り口に病棟責任医師や看護師長のほか、薬剤師や療法士、管理栄養士、社会福祉士、退院支援看護師などの担当者名を掲示し、多職種は職種を明記した名札を着用して職種と業務を説明している。診療記録は必要な情報をSOAP形式で適時に記載している。略語集も整備し、診療記録の質的点検も実施している。多職種合同カンファレンスを週1回定期開催し、褥瘡対策、NST、緩和ケア、認知症ケアなどの多職種専門チームが介入している。

5. 医療安全

院長直属に医療安全管理室を設置し、室長および副室長は医師、医療安全管理者は理学療法士であり、それぞれに権限が与えられ組織横断的に活動している。携帯版の医療安全マニュアルを全職員に配布し活用している。院内のインシデント・アクシデント報告は専用システムで収集し、週1回の医療安全推進部会で共有して重要事例の分析・対策の検討を行っている。医療事故発生時の対応手順をフローとして整備し、発生から医師、管理者、患者・家族への連絡、医療安全管理者への連絡の流れを整備している。患者の確認は氏名・生年月日の名乗りとリストバンドを照合し、タイムアウトは手術安全チェックリストで確実にを行い、マーキングの方法は統一し、ドレーン・チューブ類は識別テープを貼付している。病棟での指示出しから実施確認は適切である。口頭指示は「口頭指示書」を運用して安全に行われている。病棟における向精神薬とハイリスク薬の管理は適切である。薬剤の重複投与や相互作用、アレルギーなどのリスクは、電子カルテのシステムと薬剤師の薬歴管理により回避されている。入院時全患者対象に転倒・転落アセスメントスコアシートでリスク評価し、危険度に応じた対策を計画し実施・評価している。医療機器使用マニュアルを作成し、使用中の確認は看護師が各勤務でチェックリストに沿って行ない、臨床工学技士が毎日ラウンドして確認している。院内緊急コード「コードブルー」を設定し、院内統一の救急カートの点検は看護師と薬剤師が行い、除細動器

や AED は臨床工学技士が点検し院内見取り図で設置場所を周知している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御を目的として権限が付与された感染制御室を設置し、実働組織としての ICT が適切に機能している。ICT は検査部門および病棟と連携し、院内の感染情報を収集・把握するとともに定期的に院内をラウンドし感染対策状況をチェックしている。標準予防策や感染経路別予防策の遵守状況は ICT ラウンドで確認し、各部署のリンクナースが手指衛生の直接観察や個人防護具の使用状況を確認している。AST は抗菌薬の使用状況を適切に把握・監視している。

7. 地域への情報発信と連携

病院における広報活動は、経営企画課と広報委員会が担当し、患者や関係機関向けに年 2 回発行する広報誌の内容の検討、ホームページの更新の検討を行い、休診情報やイベントの情報等、最新の情報を発信している。ホームページには診療実績も公表している。地域連携業務は、「医療と介護の相談ステーション」の地域・グループ連携室と入院・転院担当の看護師、退院支援担当の社会福祉士が、紹介患者の受入れや返書管理、検査紹介手続き、紹介・逆紹介件数等の管理を行っている。地域の医療機関との連携を強化するため、院長と地域連携室が連携医療機関への訪問を実施している。病院紹介用のパンフレットや連携室だよりを定期的に FAX での送付も行っている。地域の連携会議や情報交換会にも出席し、関係機関との情報を共有して病病連携の促進や在宅医療との連携も促進している。地域への医療に関する啓発活動として、地域住民向けに市民公開講座を開催している。動画共有サービスのチャンネルを開設し、病気や健康に関わる講座の配信を行っている。出前講座も地域の公民館で開催している。地域の小学生から中学生、一般市民へ「PUSH プロジェクトセミナー」を開催している。専門職向けの ICLS コースを開催するなど、医師をはじめとした多くの専門職による地域への啓発活動を実施し、地域と病院との連携促進に向けた活動を展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

正面玄関入口に総合案内を設置し受診科相談・案内を行っている。待ち時間短縮の取り組みも実施している。外来診療は安全性を確保し、適切に行っている。診断的検査の必要性は主治医が判断し、侵襲的検査は合併症やリスクを含めて十分な説明と同意を得た後に施行している。医師は医学的判断に基づいて適切に入院を検討・決定している。医師による診断と多職種による種々のリスク評価を適切に行い、入院診療計画を作成している。「医療と介護の総合相談ステーション」を設置し、内容によって社会福祉士、看護師、事務職員、医療安全管理室などへ対応を振り分けている。入院支援室で看護師が入院オリエンテーションと患者情報の聞き取りを行い、管理栄養士や薬剤師、麻酔コーディネート看護師が介入し、円滑に入院できる仕組みである。医師は毎日回診し、多職種との情報交換を適切に行っている。入院時の各種アセスメントに対応した看護計画を立案し、多職種合同カンファ

レンスで情報共有している。病棟業務は業務基準・手順に基づき実施し、看護／介護マニュアルに則った処置・ケアを実施している。薬歴管理、内服処方箋における5Rの記載、薬剤投与時の状態観察は適切である。輸血療法は輸血マニュアルに沿って確実・安全に実施している。周術期の対応では、手術・麻酔方法について、患者・家族へ必要性和リスクを説明して実施している。重症患者の管理は、チーム医療を展開して適切に実践している。入院時全患者に褥瘡危険因子評価票によるアセスメントを行ない、結果に基づき褥瘡対策計画書を作成し、多職種による褥瘡対策チームが介入している。入院時の栄養スクリーニングを行い、管理栄養士がGLIM基準で評価のうえ多職種で栄養管理計画書を作成し、必要に応じて栄養サポートチームが介入している。疼痛の評価と対応、麻薬の使用基準、疼痛以外の症状の評価と対応を含む院内の緩和ケアマニュアルを作成し、多職種による緩和ケアチームは定期的にラウンドして必要時に介入している。必要なりハビリテーションを速やかに開始し、安全・確実に実施している。身体拘束最小化マニュアルを作成し、身体拘束実施のフローチャートに沿って多職種カンファレンスで検討し必要最小限になるように努めている。入院前から患者・家族の意向を確認するとともに退院困難な要因を評価し、入院時全患者に退院支援スクリーニングを行い、必要時に退院支援計画書を作成している。患者・家族の意向や継続ケアの必要性を多職種合同カンファレンスで共有し、退院支援看護師と社会福祉士はケア継続のための転院先や在宅医療・ケアの調整を行っている。ターミナルステージの判断プロセスは「人生最終段階における医療・ケアマニュアル」に沿って行い、患者・家族の意向を尊重した診療・ケア計画を多職種合同カンファレンスで検討している。

<副機能：慢性期病院>

外来診療の案内、待ち時間の配慮、患者緊急性の配慮、患者指導を適切に行っている。主治医は検査の必要性等を患者・家族に説明し、病状に合わせて診断的検査を確実に行っている。入棟時に、療養病棟の特性などの説明を適切に行っている。多職種により入院診療計画書が作成され、診療計画と連携したケア計画を立案している。医療相談は社会福祉士が病棟担当として適切に対応している。医師は回診を行い、合同カンファレンスに参加しチーム医療におけるリーダーシップを発揮している。看護・介護職は、固定チームナーシングおよび機能別によって病棟業務を適切に行っている。定期的な血液検査・画像検査等を実施し全身状態の管理を適切に行っている。病棟薬剤師の配置があり、病棟の薬剤管理および薬剤の適正やリスクに対して専門的立場で関与している。輸血マニュアルが整備され適切に実施されている。重症患者の管理は、個室等の環境調整、生体モニタリングにより適切に行っている。褥瘡対策委員会による活動があり、全入院患者にリスクアセスメントを行い、適切に予防対策を行っている。褥瘡を有する場合は毎週創評価を行い、皮膚科医および形成外科医を含めた委員会で検討される。栄養スクリーニングや血液検査等から栄養状態の評価を行い、摂食・嚥下状態の評価を含め多職種がかかわったNSTの活動があり、終末期患者の要望に応じた食形態への対応を毎食に行われ高く評価できる。症状緩和の基準が整備され、疼痛緩和においては客観的評価にて適切

に対応されている。理学療法士の専任配置があり、医師の指示のもとにリハビリテーション実施計画書を発行し、患者・家族に説明・同意を得たうえでリハビリテーションを適切に行っている。病院行事への参加を中心に、患者個々の状態や特性に配慮した自立支援を行っている。身体拘束を行わないことを前提とした基本方針が定められており、認知症看護認定看護師の支援によって代替方法の工夫があり、拘束解除に向けた取り組みを適切に行っている。入院時に患者・家族の意向を確認し退院支援を行い、診療情報提供書や看護サマリー等を送付し、継続した診療・ケアは適切である。「人生最終段階における医療・ケアマニュアル」に沿ってターミナルステージの対応を行っており、緩和ケアチームの活動にて患者・家族の意向を尊重した対応が行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部における薬剤管理、薬剤師による処方への関与は、いずれも適切である。臨床検査は外部委託を含め病院の機能に応じた検査を実施している。パニック値については医師への迅速・確実な報告体制を築いている。必要な画像診断はタイムリーに実施され、緊急時も含め放射線診断医により読影されている。給食業務は清潔・不潔のゾーニングを適切に行っており、嗜好調査も実施し質改善に取り組んでいる。各種の急性期リハビリテーションを提供し、リハビリテーション機能を適切に発揮している。医事課診療録管理室が診療情報の一元管理を行い、診療情報を適切に管理している。医療機器はME室で中央管理し、日常の使用前後の点検、年間の定期点検の計画・実施・記録を医療機器管理台帳で一元管理している。使用済みの機器・器材の洗浄・消毒は中央化し、洗浄評価および各種インディケーターによる滅菌の質保証を行い、リコールへの対応手順を規定している。

病理診断は常勤医師1名、細胞検査士2名体制で診断精度の向上にも努めている。輸血部門は血液製剤の保管・管理・供給を適切に実施している。手術・麻酔機能は麻酔科医の管理下で安全な手術を実施し、薬剤管理や機器類の点検・整備も適切である。救急医療機能は、一次救急から二次救急症例を対象とし、地域のニーズに基づいて適切に発揮している。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に則って行っており、会計監査を決算時に実施している。予算も毎年度立案され、予算実績の確認や解決策の検討が毎月行われている。医事業務は窓口業務や診療報酬請求、レセプトの返戻・査定に対応を行っている。査定・返戻は保険診療委員会で共有し、分析・協議がなされている。未収金は手順に沿って適切な管理が行われている。業務委託の管理は、委託業者との業務範囲や損害賠償の範囲を契約書によって明確にしておき、事故発生時の対応手順も整備している。また、年度での更新の検討を原則としている。

病院機能に見合った施設・設備が整備されている。日常点検や月次点検、定期的な保守点検などを計画的に実施している。故障発生時等の緊急連絡網を整備している。物品購入管理として、医療材料等については発注後に納品・検収が行われ、内

部牽制機能も整備しており、購入から納品、検品、部署への配置までのプロセスを整備している。

火災や災害発生に対応する防災対策マニュアル、BCP などが整備され、緊急時の責任体制は明確になっている。年 2 回の消防訓練も実施している。夜間・休日の保安業務は 24 時間の保安体制を構築している。毎日定時の院内巡視や施錠管理等の保安業務を実施している。

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	【適切に取り組まれている点】 患者の権利は、「患者さんの権利憲章」として明文化している。毎年、意思決定機関である経営会議において内容を検討する機会を設けている。制定した7項目の内容はリスボン宣言に沿い、適正な医療、自己決定権、セカンドオピニオン、個人情報やプライバシー保護などに言及している。患者・家族、職員には、ホームページ、病院案内、入院案内、院内掲示板、院内ポータルサイトにて周知を図っている。診療録の開示請求は規程に基づいて審査し、2023年度は請求があった全27件に応じるなど、患者の権利擁護に努めている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 説明と同意に関する基準・手順書を整備し、必要な項目と内容を網羅した書式を統一し、説明と同意を必要とする手術・検査などの範囲はリスト化し、同席のルールを規定している。説明と同意の書式はICテンプレートで作成し、説明と同意の進め方のフローチャートに沿って実施している。同席した看護師は立ち合い者欄に署名し、同席の有無に関わらず患者・家族の反応を確認し記録している。説明と同意書を改訂する場合は院内規定のフォーマットで作成し、医療安全管理室で内容を確認した上、診療情報委員会で承認し管理する仕組みが確立している。セカンドオピニオンへの対応はホームページや院内掲示で案内している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 入院時に入退院支援室でアレルギーや日常生活などの患者情報を共有し、入院後の医療安全に関わるリストバンドの装着や氏名の確認、転倒・転落防止対策などへの患者参画と協力を促している。外来では各種パンフレット類を置き、情報にアクセスしやすい環境整備に努めている。疾患については「今日の診療サポート」を印刷し、患者の個別性に合わせわかりやすく説明する工夫をしている。高齢の患者が多く在宅で継続的なケアが必要とされるため、在宅ケアパンフレット（オムツの使用方法、胃瘻の取り扱い、大腿骨骨折後の脱臼予防など）を用いて患者・家族が積極的にケアに取り組めるよう工夫している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 患者相談窓口として「医療と介護の総合相談ステーション」を設置している。責任者である看護師1名、社会福祉士5名の配置により対応している。各部署とも連携した対応を行い、相談内容に応じて適切な部署に振り分けを行っている。患者相談の手順に沿って、多職種で連携して対応する仕組みを整備している。相談窓口は入院案内や掲示で公表している。行政や地域の関係機関との連携した対応も行っている。虐待への対応は、児童、高齢者虐待、障害者虐待、配偶者からの暴力に対するマニュアルも整備している。 【課題と思われる点】 虐待について定期的な研修の場を持つなど、職員が患者の虐待の恐れに気付く視点を標準化するための教育体制の整備が期待される。

1.1.5	患者の個人情報適切に取り扱っている	A	【適切に取り組まれている点】 個人情報保護規定、個人情報保護マニュアル等を整備し、毎年、全職員対象の研修を実施している。USB 取り扱いについては、医療情報システム運用管理規定を整備し、情報企画課管理のパスワード付き USB のみの使用としている。診療情報の使用時は、倫理委員会への申請、承認をもって、情報企画管理課がダウンロードから、返却までの管理を行い、個人情報を物理的・技術的に保護している。個人情報保護方針、個人情報の利用目的を院内各所やホームページに掲示し、院内外に周知するなど、患者の個人情報・プライバシーを保護している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 終末期の対応や患者が意思表示できない場合、治療拒否などについての方針を臨床倫理指針として明文化している。現場での倫理カンファレンスで解決できない場合は外部委員も含めた倫理委員会に審査申請をする仕組みがあり、審査後のフィードバックも含めて倫理問題対応フローチャートで明確にしている。患者が意思表示できない状況で家族が人工呼吸器を外してほしいと希望する事例を倫理委員会で検討した記録を確認できた。倫理研修は新入職者・中途採用者には毎年実施し、今年度は全職員対象に医療安全の倫理的側面をテーマに研修を行った。倫理的要素の高い虐待や人生の最終段階の治療・ケアの決定プロセスなどのマニュアルは、倫理委員会で定期的に検討し整備している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 病院における広報活動は、患者、関係機関向けに広報誌を発行している。病院広報誌「Marukko」を年2回各約3000部発行している。広報機能は、経営企画課、広報委員会が担当し、ホームページの内容や広報誌の内容について検討を行っている。診療実績は、「数字でみる丸子中央病院」としてホームページで公表している。広報誌、ホームページにより、病院の方針、診療機能、診療担当医一覧、診療実績、各種イベントの紹介等の情報発信を行っている。ホームページでは休診情報やイベントの情報等、最新の情報を発信している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 地域連携業務は、「医療と介護の相談ステーション」の地域・グループ連携室と入院、転院担当の看護師、退院支援担当の社会福祉士が、紹介患者の受入れ、返書管理、検査紹介手続き、紹介・逆紹介件数等の管理を行っている。地域の医療機関との連携を強化するため、院長、連携室が連携医療機関への訪問を実施している。病院紹介用のパンフレット、連携室だよりを定期的にFAXで送付も行っている。地域の連携会議、情報交換会にも出席し、関係機関との情報を共有し、病病連携の促進や在宅医療との連携も促進している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 地域への医療に関する啓発活動として、地域住民向けに市民公開講座を開催している。YouTube チャンネルを開設し、病気や健康に関わる講座の配信を行っている。その他の SNS も行い、定期的な情報発信を行っている。出前講座もホームページ上にコンテンツを掲載し、広く申込みを受ける体制を整備し、地域の公民館で開催している。地域の小学生から中学生、一般市民へ PUSH プロジェクトセミナーを開催している。専門職向けの BLS/ACLS コースを開催し、2024 年度からは ICLS コースを開催するなど、医師をはじめとした多くの専門職による地域への啓発活動を実施し、地域と病院との連携促進に向けた活動を展開している。これら地域の医療に関わる多職種や地域住民に対する教育・啓発活動は、積極的・継続的に実施しており高く評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	---------------------------	---	--

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】 院長直属に医療安全管理室を設置し、室長および副室長は医師、医療安全管理者は理学療法士でありそれぞれに権限が与えられ組織横断的に活動している。医薬品安全管理責任者（薬局長）、医療機器安全管理責任者（臨床工学技士長）、医療放射線安全管理責任者（放射線科技師長）はそれぞれの安全管理委員会を定期開催し、医療安全管理室の構成員としての職務や権限は医療安全指針に明記している。下部組織として外部の医療安全研修を修了した各部門・部署代表者で構成する医療安全推進部会があり、週1回情報共有やインシデントなどの検討を医療安全管理室と共同で行っている。同じく下部組織として多職種による転倒・転落防止対策チームを組織し現場へのラウンドなど活発に活動している。医療安全マニュアルの改訂は医療安全管理室・医療安全推進部会で検討し医療安全管理委員会に諮る仕組みである。改訂は適宜行い改訂記録を残している。携帯版医療安全マニュアルを全職員に配布し活用している。 【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】 院内のインシデント・アクシデント報告は専用システムで収集し、医療安全管理者が毎日確認している。緊急性のある場合は医療安全管理室会議を招集し迅速に対応している。報告された全事例は週1回の医療安全推進部会で共有し、重要事例の分析・対策の検討を行っている。必要時は当該部署へ改善依頼書を出し、対策の検討と改善を促している。院外の情報には日本医療機能評価機構やPMDA、その他医療ニュースなどから収集し、医療安全ニュースとして院内Webやポスターで周知している。死亡症例は全例医療安全管理室の多職種で検討しスクリーニングしている。 【課題と思われる点】 医師からのインシデント報告は全体の1.2%に留まっている。医局会で促すなどしているが、忙しい医師からも報告しやすい仕組みの工夫や、報告したことで業務が改善したと医師が実感できるような対策を積み重ね、医師からの報告件数の増加を期待したい。
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】 医療事故発生時の対応手順を医療安全指針、医療安全マニュアルにフローとして整備し、発生から医師、各部門長、患者・家族への連絡、医療安全管理者、病院幹部への連絡についての流れを整備して組織的に取り組む仕組みを整備している。職員ハンドブックに掲載して職員へ周知し、活用できる体制としている。重大事故発生時には事故調査委員会を開催し、対策の検討が行われる仕組みも整えている。医療安全管理室、医療安全推進部会による事故の発生原因、再発防止も含め協議している。病院賠償責任保険に加入し、訴訟の備えにしている。 【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】 感染制御に関する権限を持つ感染制御室を設置し、専従の ICN を 1 名配置している。各部門の責任者で構成される感染対策委員会を組織し、1 名の ICD、1 名の ICN を含む多職種で構成された ICT が感染制御の実務を担っている。ICT は毎週のカンファレンスと院内ラウンドを行い、結果を毎月開催される感染対策委員会で報告している。感染対策委員会への委員の参加はほぼ 100% である。感染対策マニュアルを策定し、年に数回改訂を行っている。 【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	【適切に取り組まれている点】 感染制御室は検査部門および病棟と連携し、院内の感染発生状況を収集・把握している。毎週行われる ICT ラウンドでは、手指衛生などの感染対策や環境管理などをチェックし、評価結果と改善策を現場へフィードバックしている。JANIS および J-SIPHE に参加し、また信州インフュクションコントロールサーベイランスにも登録を行い、SSI や CAUTI を比較検討している。アウトブレイクを定義し、インフルエンザやノロウイルスなどのアウトブレイク時の具体策も検討を行っている。「長野県感染症情報」や「感染症エクスプレス@厚労省」などから院外の感染情報を収集・活用している。 【課題と思われる点】 検査部門や各病棟のリンクスタッフを通じて院内の感染状況を収集できる仕組みを整備しているが、ターゲットサーベイランスは SSI と最近開始された CAUTI に留まっている。今後は、その対象範囲をさらに拡大し、また CLABSI、VAP などを実施して自院の機能に応じた感染状況の把握、分析と対策を期待したい。

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	【適切に取り組まれている点】 業務の質改善のため、「QM（監査）委員会」が中心となって部門横断的な改善活動に取り組んでいる。認定医療クオリティマネージャーを有する「QM（監査）委員会」は課題があると思われる部門や委員会の内部監査を行って評価している。そして、その課題が翌年改善されていることを確認して PDCA を回している。体系的な病院機能評価・改善については、今回の病院機能評価受審が3回目である。QM（監査）委員会の QM コアメンバーが病院機能評価の各担当者を総括して、前回受審時の指摘事項への対応や、病院全体、各部門における仕組みの見直しなどを行っている。厚生局・保健所などの立入検査の指摘事項に対しても迅速に対応している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 症例検討会としては、各診療科のカンファレンス、死亡カンファレンスに加えて、CPC を毎週開催している。必要な診療ガイドラインは電子カルテから「今日の臨床サポート」を通じて参照できる体制を整備している。クリニカル・パスは11種作成し、「クリニカルパス委員会」でバリエーション分析を実施している。臨床指標は日本病院会 QI プロジェクトの他、2024 年度からは診療の質可視化プロジェクトにも参加している。それら臨床指標はホームページで公表するとともに、ベンチマーク分析に基づいた改善策を検討している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 患者・家族の要望や意見は、外来、透析室、各病棟の13か所に意見箱を設置している。意見箱は週2回収し、関係部門で対応と回答の検討を行い、掲示板で回答を行う仕組みとしている。即時の対応が必要な場合は、患者相談窓口が対応している。月1回開催のサービス向上委員会で、改善策を検討している。その他、定期的に患者満足度調査を実施し、結果をホームページで公表している。苦情等への対応は、週1回開催の患者サポート連絡会で検討を行い、必要時、院長をはじめとした病院幹部での検討を行い、対策の検討、対応を行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 新規の診療・治療方法や技術の導入に際しては、各診療部門および関連部署内での検討に基づいて申請し、倫理委員会での審査を経て、院長の承認のもとに導入している。最近では、「下肢静脈瘤に対する血管内治療」の導入事例がある。医薬品の適応外使用に関しては倫理委員会で検討する手順を整備している。また、臨床研究に関する倫理的な審査も同委員会で行っている。 【課題と思われる点】 現在、院長が倫理委員会の委員長となっている。倫理委員会は院長からの諮問について審議する委員会であり、今後は「人を対象とする生命科学・医学的研究に関する倫理指針ガイダンス」などに基づき、院長以外の委員長のもとで審議されるような体制の構築を期待したい。

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	【適切に取り組まれている点】 患者用の駐車場として、229 台うち障害者用 15 台のスペースを整備している。無料送迎バスの運行や公共バスの時刻表も掲示し、ホームページにもアクセス方法について案内も行っている。玄関前には屋根があり、雨天時の出入りにも配慮している。院内にはレストラン、売店を設置し、入院生活に必要な日用品の購入ができるよう配慮し、入院セットも準備している。駐車場から正面玄関への入場、エレベーター、トイレ、フロア内はバリアフリーとなっている。正面玄関に貸出用の車椅子等を設置し、定期的な点検を実施している。 【課題と思われる点】 特記なし。
1.6.2	療養環境を整備している	A	【適切に取り組まれている点】 外来・病棟とも廊下が広く患者・職員の通行や患者の安全な移送に十分なスペースが確保されている。外来ロビーや病棟デイルームは広々とし明るい光や外部の風景が見渡せ患者・家族がくつろげる場所となっている。外来受付前にはテーブルと椅子を設置し、新患受付の問診票記入時に患者・家族が座って書けるよう配慮している。壁には心が和む置物や絵画・タペストリーを掲示し患者・家族の不安を和らげている。車椅子トイレ・シャワー室は清潔に保たれ安全に配慮されている。病室入口の患者名表示はカバーで覆い必要時のみ患者名を確認する方法にしている。リネン類は適切に保管し定期的な交換と汚染時の交換が行われている。全体的に整理整頓と清掃が行き届き快適な療養環境が保たれている。 【課題と思われる点】 特記なし。

1.6.3	受動喫煙を防止している	A	【適切に取り組まれている点】 全館、敷地内禁煙を推進している。正面玄関、病棟に院内、敷地内の禁煙のポスターを掲示している。入院案内にも掲載している。患者へは健康診断時に喫煙者には禁煙推進のリーフレットを配布し、啓発活動を行っている。職員の喫煙率は、喫煙率の調査を毎年行い、2023年度は9.8%となっている。職員の禁煙推進のため、喫煙者には、日本労働衛生コンサルタント会の禁煙資料を配布している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	-------------	---	---

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】

病棟入り口の掲示板に病棟責任医師や看護師長のほか、薬剤師、療法士、管理栄養士、社会福祉士、退院支援看護師など多職種の担当者名を掲示している。ベッドネームには主治医と受け持ち看護師名を明記し、日々の担当看護師は毎回名前を書いた札を患者のベッドサイドに置いて患者に紹介している。患者に関わる多職種は職種を明記した名札を着用し職種と業務を説明している。病棟責任者は毎日のカンファレンスと病棟巡視で患者の情報を共有し、診療・業務の状況を把握している。外来責任者は適宜巡回し診療の進行状況を確認している。医師の勤務体制や不在時の対応はイントラネットで共有し明確にしている。

【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】

医師の診療記録は診療録記載マニュアルに則り、SOAP形式で現病歴、理学的所見、入院診療計画、検査所見などを適時に記載している。看護記録や手術・麻酔記録、リハビリテーション訓練、栄養指導、服薬指導なども適切に記録している。また、略語集を整備し、略語の標準化を図っている。診療記録の質的点検は、診療録管理委員会において、それぞれの職種で約10項目の点検項目に基づく審議を行い、医局会などへフィードバックしている。退院時サマリーの2週間以内作成率は約95.5%となっている。

【課題と思われる点】

特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 医療安全マニュアルに患者の誤認防止対策を定めている。患者の確認は氏名と生年月日の名乗りを基本とし入院中はリストバンドと、外来では外来受診票との照合で行っている。手術室や消化器病センターではWHOの手術安全チェックリストを用いてタイムアウト等を確実にしている。手術部位の誤認防止として統一した方法でマーキングを行っている。検体の確認は複数職員でダブルチェックを行い、ドレーン・チューブ類は識別テープを貼付し誤認防止している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 電子カルテを用いて、病棟における指示出し・指示受け・実施・実施確認を行っており、指示の変更や中止は直接連絡することとしている。検査においては、パニック値や緊急報告が必要な画像所見や病理診断について規定と報告手順を定めている。放射線診断や病理診断における予期せぬ悪性所見がある場合などでは、診断結果が診療に反映されているかを医療安全部で追跡している。医師から看護師への口頭指示は原則禁止であるが、やむを得ない場合には「口頭指示書」を運用し、日時・指示者・指示受け者・患者氏名・ID・指示内容を記載し、復唱にて内容を確認している。 【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】 病棟に麻薬の定数配置はない。向精神薬は施錠された棚にて保管・管理している。ハイリスク薬を規定して、専用表記し確認事項を明確化して多職種で共有している。カリウム製剤はプレフィルドシリンジ製剤を薬剤部から払い出している。薬剤の重複投与や相互作用、アレルギーなどのリスクは、電子カルテのシステムおよび病棟薬剤師の薬歴管理により回避している。薬剤の取り違い防止のため、複数規格がある場合は注意喚起を表示している。抗がん剤のレジメンは、薬剤師も参加する癌化学療法委員会が管理している。病棟定数配置薬の使用の場合は準備・調整後の確認をダブルチェックで行っている。 【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】 医療安全管理室直轄の多職種による転倒・転落防止対策チームで事例検討やラウンドを行い、医療安全管理委員会で活動状況や事例の報告を行っている。転倒・転落防止対策手順書に基づき、防止対策や発生時の対応のフローチャートを作成し周知している。入院時全患者対象に転倒・転落アセスメントスコアシートでリスク評価し、危険度に応じた対策を計画し実施・評価している。転倒・転落防止対策チームのラウンドで、アセスメントの妥当性や環境リスク要因のチェックなどを行い、より効果的な対策の実施に向けたアドバイスをを行っている。転倒・転落防止についての研修や啓発活動、患者・家族へ協力と参画を促す活動も行っている。 【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】 医療機器を取り扱う看護師向けに多くの写真を含めたわかりやすい使用マニュアルを臨床工学部と看護部が協力し作成している。新採用職員向けの医療機器研修のほか、新規購入機器の研修会や部署ごとに使用する機器について少人数で臨床工学技士による研修を実施している。看護師による使用中の設定条件やアラームを含めた作動状況の確認は勤務ごとにチェックリストに沿って行ない、毎日臨床工学技士がラウンドして確認している。 【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】 院内緊急コード「コードブルー」を設定し、6時～21時はPHSから一斉コールし、21時以降は当直医師をコールすることを定めている。救急カートは院内統一し点検は看護師と薬剤師が毎日行っている。除細動器やAEDは臨床工学技士が点検し院内見取り図で設置場所を周知している。院内緊急対応のフローチャートとAEDの使い方は携帯版医療安全マニュアルにありすぐに参照できる。シミュレーション研修を取り入部署ごとの訓練も行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 標準予防策や感染経路別予防策の遵守状況は週1回のICTラウンドで確認し、各部署のリンクナースが手指衛生の直接観察や个人防护具の使用状況を確認している。感染経路別予防策は患者のプライバシーに配慮し個別の対策を掲示せず青のシールを貼って区別している。血液などで汚染されたリネンはビニール袋に入れ血液や尿など汚染物質を明記した上で業者の回収袋に入れている。 【課題と思われる点】 病棟の車椅子トイレ内に感染性廃棄物入れを設置していた。小型のごみ用ペールボックスにビニール袋を入れハザードマークを貼付したもので、車椅子トイレ内で使用した手袋やエプロンを個別のビニール袋に入れ廃棄している。ペールボックスが一杯になり次第内側のビニール袋ごと洗浄室に設置した段ボール製の感染性廃棄物容器の中に移し替えている。誰でも自由に使用できる車椅子トイレ内に感染性廃棄物入れを設置することはせず、職員以外入室しない洗浄室に置いた専用の感染性廃棄物容器に廃棄することが望まれる。
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	【適切に取り組まれている点】 抗菌薬の採用・中止はASTの検討のもと採用薬剤検討委員会で手続きを行っている。感染対策マニュアルには、抗菌薬適正使用の項目を設け、病原体の同定や感受性の確認、培養結果に基づく適切な抗菌薬への変更などの指針を示している。起炎菌や感染部位の特定のための培養検査については24時間受け付けており、またグラム染色の塗抹検査も行っている。アンチバイオグラムを作成し、毎年更新している。メロペネムなどの広域抗菌薬、抗MRSA薬を届け出制とし、これらの薬剤の長期使用や血液培養陽性例をASTが監視し、介入内容を電子カルテに記録している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 臨床現場での様々な倫理的課題は日常のカンファレンスや多職種合同カンファレンスで情報共有や検討を行っている。現場のカンファレンスで解決困難な事例は倫理問題対応フローチャートに沿って倫理審査申請書で倫理委員会に検討を依頼することができる。入院前から患者・家族の希望や想いを聴き、入院後も受け持ち看護師だけでなく社会福祉士などの多職種が患者・家族の揺れ動く気持ちを察知し倫理的課題の把握に努め、多職種合同カンファレンスで課題を検討している。高齢患者で自宅退院を希望する本人と介護に不安を持つ家族の葛藤への対応事例などが検討されていた。今後は4分割法による倫理課題検討シートの導入などでより整理された検討記録にするとお良い。 【課題と思われる点】 特記なし。
--------	----------------------------	---	--

2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	S	【適切に取り組まれている点】 日帰り入院以外の全入院患者に対し医師・看護師を始め介護士、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、社会福祉士など多職種が協働してケアの提供を行っている。病棟では多職種合同カンファレンスを週1回定期開催し、情報共有と患者個別の問題点の把握と解決策を検討し記録している。患者の必要に応じて、褥瘡対策、NST、緩和ケア、認知症ケアなどの多職種専門チームが介入している。周手術期管理チームとして麻酔科医師・周手術期管理チーム看護師・手術室看護認定看護師が術前から介入し、合併症予防や安全な麻酔の提供に努めている。多職種による転倒・転落防止対策チームの活動や看護師、管理栄養士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科医師が関わる接触・嚥下機能評価など、患者の入院から退院までの治療・ケアのプロセスで多職種が協働している。特に多職種合同カンファレンスは、ケア計画、退院支援、身体抑制の実施と解除、倫理的課題の検討、デスカンファレンスなど様々な目的と内容で定期以外にも話し合い、多職種がそれぞれの専門性から多角的に患者の課題や解決策を提示しながら患者・家族をサポートしていることは高く評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------------------------------	---	--

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】 ホームページでは受診に必要な最新の情報を掲載している。正面玄関入口に、相談案内としてOB ボランティア、事務、看護師を配置し、受診科相談、案内を行い、スムーズに診察が受けれる体制を整備している。院内に、医師の配置状況、診療時間など診察における必要な情報を掲示している。救急や感染症が疑われる患者へも発熱外来の案内や救急受入れの対応が適切に行えるよう、一般患者との区別を行い対応している。待ち時間調査を実施し、待ち時間の表示を行い、ホームページから問診を可能にして、待ち時間の短縮をはかっている。 【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	【適切に取り組まれている点】 患者による氏名および生年月日の自己申告によって誤認を防止している。外来では問診票を用いて情報を収集し、電子カルテに入力するとともに、看護師がトリアージを行っている。医師は診察に続いて診断・治療計画を立案し、患者・家族に説明と同意を得て医療を提供し、内容を診療録に記載している。経験の浅い医師が診察する場合でも、上級医にすぐに相談できる環境である。療養指導が必要な際は、専門の看護師、薬剤師、管理栄養士らが指導している。化学療法室は2床を運用し、治療の際には患者の状態を定期的に観察・記録している。帰宅基準も設け、帰宅後も電話相談などで対応する体制をとっている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 診断的検査の必要性は主治医が判断し、内視鏡検査、造影剤使用の画像検査などの侵襲的検査は、合併症やリスクを含めて説明と同意を得た後に施行している。安全な検査の実施のために、負荷心電図や造影剤使用検査では医師の待機などに配慮し、安全性を考慮した患者の移送も適切に実施している。内視鏡検査などの侵襲的検査時の検査中・検査後の患者状態や反応を観察し、記録も残している。なお、PET 検査など、自院で行えない検査は必要に応じて他院へ紹介している。 【課題と思われる点】 CT 検査などの被ばく線量の高い放射線使用検査では、被ばくの正当化と最適化について確実に説明し、同意を得ていることを記録に残すことを期待したい。
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】 医師は病歴、診察・検査結果などの情報を医学的に判断し、入院の必要性を検討している。患者・家族に診断、診療計画、入院の必要性を説明し、同意を得たうえで入院を決定している。その際、患者・家族の希望に配慮し、診療録に記載している。入院病床の決定にあたっては、担当師長が空床状況を一元的に把握して、診療科等の枠組みに捕らわれない弾力性のある病床活用を行っている。 【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】 医師は病歴や診察所見、検査結果などに基づいて患者の病状・病態を評価し、確定診断および治療方針を決定している。一連のプロセスを診療録に記載している。病棟では転倒・転落、褥瘡、せん妄など、各種リスクを評価し、看護師はリスク評価に基づいて看護計画を策定している。各職種の担当者が記載した入院診療計画書を作成し、患者・家族に説明し同意を得ている。診療計画の変更時には患者・家族に説明を行い、入院診療計画書を再提出する運用としている。 【課題と思われる点】 クリニカル・パスは徐々にその数を増加してはいるものの、現時点で11種類に留まり、また病院全体でのパス適応率は24.6%である。バリエーション分析も実施しているが、パスの中止率などが主体である。診療の効率性、安全性あるいはエビデンスに基づく医療の進展のためにもクリニカル・パスの適応を広め、さらにバリエーション分析の内容を充実していくことを期待したい。
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	【適切に取り組まれている点】 外来ロビーの右手奥に「医療と介護の総合相談ステーション」を設置し、まず受付担当看護師が相談を聞き、内容によって社会福祉士、看護師、事務職員、医療安全管理室などへ対応を振り分けている。プライバシーに配慮した個室の相談室が設置され、相談の記録は電子カルテ内で共有し、相談者が知られたくない情報は診療やケアに支障がない範囲で記録に残さないように配慮している。総合相談ステーション内に地域連携や同一法人による訪問看護ステーションの事務局があり、院外や地域の資源との連携もスムーズにできる体制となっている。週1回多職種でカンファレンスを行い、相談内容や対応を振り返り評価している。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.7	患者が円滑に入院できる	A	【適切に取り組まれている点】 入院決定後に入院支援室で看護師が入院オリエンテーションと患者情報の聞き取りを行い、管理栄養士・薬剤師・麻酔コーディネート看護師が介入し、入院病棟への情報提供と申し送りを行い円滑に入院できる仕組みである。入院案内は冊子と合わせてホームページからも閲覧できる動画を活用し入院時の説明を行っている。緊急入院決定後の手続きはフローを作成し、夜間の緊急入院時には必要事項のみ聴取し、翌日手続きを行うようにし家族の負担に配慮している。病棟では施設案内や入院生活の予定、医療安全についてのオリエンテーションを行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 医師は毎日回診しており、その結果とアセスメントを診療録に記載し、スタッフと情報を共有している。病棟における日常的な打ち合わせのほか、診療科のカンファレンス、毎週開催される合同カンファレンス、退院支援カンファレンスを通じて、多職種で情報を交換し、患者状態の把握と共有を行っている。患者・家族とは適宜面談を行っている。医師事務作業補助者と協働し、書類を作成している。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院時の各種アセスメントに対応した看護計画を早期に立案し、入院診療計画書と共に患者・家族に手渡し同意のサインを得てケアを提供している。固定チームナーシングの受け持ち看護師を中心に患者・家族のニーズを把握し、ケア計画の評価や変更を行っている。週1回定期的に多職種合同カンファレンスを行い、情報共有と課題を明確にし退院支援に繋げている。病棟業務は業務基準・手順に基づき実施し、「看護／介護マニュアル」に則った処置・ケアを実施している。新入職員や中途採用者にはプリセプターが中心となって指導し、実践能力を評価しながら業務拡大を進めている。看護補助者にはポケットマニュアルで役割や業務を明確にし、必要な研修を行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 病棟薬剤師は全患者の持参薬鑑別と薬歴管理を行い、医師へ情報提供するとともに服薬指導を実施している。服薬しない持参薬は薬剤部において別に保管され、混同しないようにしている。処方箋には患者名、薬剤名、用量、用法、時間の5原則が記載されており、注射においても同様に5原則の確認をダブルチェックで実施している。プレフィルドシリンジのカリウム製剤などでは、薬剤部からの払い出しの際に用法に関する注意事項を貼付している。抗がん剤投与はマニュアルに従い、定期的な観察と薬剤ルートの確認を行っている。服薬の確認は看護師が行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 輸血療法は、ガイドラインに基づいた輸血マニュアルに沿って必要な血液製剤を選択している。患者・家族への説明用紙には必要性、製剤の種類、リスク、救済制度などを記載し、十分な説明のうえで同意を得ている。輸血中、輸血後の患者の状態や反応の観察と記録をテンプレートを使用して行っている。緊急輸血のマニュアルを整備している。輸血療法委員会を1ヶ月に一度の頻度で開催し副作用報告などを行うとともに、副作用が生じた場合の対応の仕組みも確立している。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 手術は外科系各科カンファレンスで検討し、主治医が手術と麻酔方法について、患者・家族へ必要性和リスクを説明し同意書を取得している。麻酔科医は、麻酔科医が関わる手術の術前診察を行い、術前に周術期管理チーム看護師、手術看護認定看護師と情報を共有・検討している。また麻酔の説明とともに同意書も取得している。手術時にはWHO基準によるサインイン、タイムアウトを実施し、出血量チェック・ガーゼカウント・機器カウントなどのサインアウト、そして褥瘡・肺塞栓などの合併症予防対策を実施している。術前術後の申し送り事項も明確に定めており、術直後の患者ケアや搬送の安全にも配慮している。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 一般病棟では、重症患者はモニターや酸素・吸引などが可能なスタッフステーションに隣接した「集中ケア室」で管理している。診療・ケアの責任者を明確にしておき、必要時には速やかに医師が来棟し、診療を行う体制を整備している。看護師は症状に応じたケアを行い、臨床工学技士や薬剤師、理学療法士などの関連職種が治療に参画している。さらに ICT や NST などによるチーム医療を展開している。「病棟重症病床運用マニュアル」において入室と退室基準を設けている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院時全患者に褥瘡危険因子評価票によるアセスメントを行ない、結果に基づき褥瘡対策計画書を作成している。多職種による褥瘡対策チームが回診し、皮膚科医師・形成外科医師による早期治療を開始し治癒に繋がっている。褥瘡対策委員会内に QI 活動として褥瘡プロジェクトを立ち上げ、広報誌の発行や勉強会で意識を高め、褥瘡発生率の改善活動を行っている。多職種の褥瘡委員でマニュアルの更新や体圧分散マットレスやポジショニングクッションの見直しを行ない、今年度からは医療機器関連圧迫創傷についてのマニュアル作成と勉強会を実施している。 【課題と思われる点】 特記なし。

2. 2. 15	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院時の栄養スクリーニングは看護師が行い、管理栄養士が GLIM 基準で栄養評価をし、多職種で栄養管理計画書を作成している。EAT-10 による嚥下スクリーニングや 75 歳以上の患者対象の嚥下機能評価を行い、言語聴覚士や歯科衛生士・歯科医師が介入している。アレルギーの有無の確認は入院時に行い、あれば初回の食事摂取前に管理栄養士が患者・家族に詳細を確認し個別の献立を作成している。多職種カンファレンスで食事内容・形態・自助具などの調整をしている。喫食状況は主食・副食・その他で看護師・補助者がチェックし、管理栄養士はミールラウンドで直接確認している。必要に応じて栄養サポートチームが介入している。 【課題と思われる点】 特記なし。
2. 2. 16	症状などの緩和を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 日本緩和ケア医療学会や医師会のガイドラインなどを参考に、疼痛の評価と対応、麻薬の使用基準、疼痛以外の症状の評価と対応を含む院内の緩和ケアマニュアルを作成している。多職種による緩和ケアチームは定期的にラウンドし、主治医や病棟スタッフからの依頼により介入している。チームラウンドや介入の内容は病棟内の緩和ケアリンクナースを通じてフィードバックがスムーズに実施できている。認知症や疾患により本人の訴えを把握しづらいことも多く、疼痛をはじめとする苦痛のアセスメントについて、緩和ケアチームを中心に検討を深めていくとさらに良い。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 リハビリテーションの適応は主治医が判断するが、入院早期のADL・口腔評価を実施して主治医にリハビリテーションの必要性を助言している。早期にリハビリテーションを開始し、4日以内の開始率は脳梗塞で95.45%、人工膝関節術後では100%である。主治医からの依頼と処方、処方に基づく療法士と多職種による計画書の作成を経て訓練を開始している。患者の要望とリスクが記載された実施計画書の説明は療法士が行っている。リハビリテーションは日曜・祝日を含む365日体制を整備し、進捗状況は多職種による合同カンファレンスで共有している。訓練に際しては中止基準を設定し、実施前後にはBIを用いて評価している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 身体拘束最小化マニュアルを作成し、身体拘束実施のフローチャートに沿って多職種カンファレンスで検討し必要最小限になるように努めている。拘束部位の観察方法や向精神薬の使用、代替案の検討・実施についてマニュアル内容を改訂し周知している。身体拘束は必要な項目を記載した説明書に沿って説明し同意の署名を得て実施している。身体拘束中の観察と記録、多職種による解除に向けたカンファレンスの記録はテンプレートで毎日記載している。身体拘束最小化委員会では多職種で病棟ラウンドを行い、身体拘束の実施状況の確認や解除に向けた提案を行っている。拘束中にもリハビリ実施やレクリエーション参加時などの見守り下で解除時間を設けている。リハビリやレクリエーションなどの身体活動や気分転換、安らげる環境調整などにより身体拘束実施率が減少するとさらに良い。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院前から入院支援室で患者・家族の意向を確認するとともに退院困難な要因を評価し、入院時全患者に退院支援スクリーニングを行い必要時退院支援計画書を作成し早い段階から退院支援に取り組んでいる。職員向けの入退院支援フローや各部署・職種の役割表を作成し、多職種合同カンファレンスで情報共有し退院に向けた問題点の抽出や方向性の確認を行いながら進めている。退院前調整会議では院外の関係者も参加し、情報の共有と連携を深めている。退院時は看護サマリーだけでなく、多職種によるサマリーも提供している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 入院時からの退院支援プロセスで患者・家族の希望や継続ケアの必要性を多職種合同カンファレンスで共有し、退院支援看護師と社会福祉士は患者・家族の意向を尊重しケア継続のための転院先や在宅医療・ケアの調整を行っている。退院前調整会議では多職種と院外の関係者で継続ケアの情報を共有して。機能強化型在宅療養支援病院となり院内医師による退院後の訪問診療が増え、同一法人内の訪問看護ステーションや外部の訪問看護との連携で在宅看取りへも対応している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 ターミナルステージの判断プロセスは「人生最終段階における医療・ケアマニュアル」に沿って行い、患者・家族の意向を尊重し心理的・精神的苦痛に配慮した診療・ケア計画を多職種合同カンファレンスで検討し立案している。立案した診療・ケア計画は丁寧に説明し同意書にサインしてもらうがいつでも撤回はできることも十分説明している。緩和ケアチームもラウンドしサポートしている。看護マニュアルに沿って逝去時の対応を行い、多職種でデスカンファレンスを行い振り返っている。臓器提供意思表示者の対応マニュアルを整備し、剖検は院内では行っていないが、大学病院への紹介の手順を定めている。 【課題と思われる点】 特記なし。
--------	------------------------	---

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	【適切に取り組まれている点】 入院患者の薬歴管理と持参薬の鑑別はすべて薬剤師が行っている。処方については、薬剤師が電子カルテのシステムを用いて腎機能・併用薬などを確認し、処方鑑査と疑義照会を行っている。ヒアリハットは集計・分析を行い薬局内で周知し、また医局へもフィードバックしている。ピッキングに続き薬剤師が調剤鑑査を行っている。入院外来において、ほぼ全ての注射薬を1施用ごとで払い出ししており、TPN 製剤、病棟および化学療法室で使用される抗がん剤はすべて薬剤師が適切な環境で調製・混合している。薬剤の採用・採用中止は採用薬剤検討委員会が決定している。現在医薬品数は約 800 品目となっている。院内医薬品集を整備・更新し、医薬品に関する情報を院内ネットワークを通じて発信している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	------------------	---	---

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】 12 名の臨床検査技師を配置し、時間外ではオンコール体制をとり、病院の輪番日は当直体制をとっている。外部委託を含め、病院の機能に応じた検査を実施し、緊急検査においても検査結果を速やかに報告している。内部精度管理を毎日実施し、外部精度管理は日本医師会など毎年 3 か所の審査を受けており、外部委託業者の精度管理も定期的に確認している。検査後の血清検体は 7 日間保管した後、感染性廃棄物として適正に処理している。パニック値の報告は、まず主治医に報告し、主治医不在時には当該科の医師に、それでも連絡がつかない場合は当直医に報告する決まりとなっている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	------------------	---	---

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】 CT、MRI に実質的な予約待ちはなく 24 時間実施可能な体制であり、常勤および非常勤の放射線診断医が読影している。放射線科医による読影率は CT、MRI とともに 100% である。夜間・休日でも主治医から依頼があれば、緊急画像診断を行っている。画像診断結果が緊急性を要する所見ではその場で診断医が依頼医へ直接連絡している。また、悪性所見などでは追跡すべき症例をリスト化し、診療への反映を定期的に確認する仕組みを運用している。主治医の判断に基づき造影は依頼されるが、検査前には腎機能、アレルギー、休薬などを看護師と診療放射線技師が確認している。 【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	S	【適切に取り組まれている点】 給食業務は業務委託により行っている。衛生管理については、HACCP に基づき適切に管理している。夕食は 18 時以降である。温冷配膳車による適時適温での配膳を行っている。厨房内は適切な温度が保たれている。調理器具や食器の洗浄から乾燥・保管まで清潔に維持している。食材の搬入から配膳に至るまで、清潔・不潔のゾーニングを適切に行うなど衛生管理を徹底している。入院時の嗜好調査やミールラウンドでの摂取量の確認を行い、高齢者でも食べやすい「なごみ食」という病院独自の食事形態を取り入れ、食事の形態や内容の調整を個別に対応していることは高く評価できる。季節に合わせた行事食、月 1 回の院内のレストランのシェフによる特別ディナーを実施するなど、入院生活の中での食事の楽しみを提供する取り組みは患者から好評を得ており高く評価できる。委託業者と検食結果、残食調査の結果から、質改善の打ち合わせを行い、改善策の検討、実施と PDCA サイクルによる管理体制を整備している。 【課題と思われる点】 特記なし。

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 22 名、作業療法士 7 名、言語聴覚士 5 が在籍し、脳血管疾患・運動器・呼吸器の急性期リハビリテーションを提供している。主治医のオーダーと処方によってリハビリテーションを開始している。多職種が参加する合同カンファレンスを毎週開催し、主治医・病棟スタッフと情報を共有している。標準的なプログラムを設定し、患者の状況によってプログラムを適切に追加変更している。またプログラムはガイドラインの変更などにあわせて適宜見直している。訓練は日曜・祝日を含む 365 日体制で行う方針としている。機器を定期的に点検し、急変を想定した訓練を定期的に行っている。 【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】 情報管理機能は、医事課診療録管理室の診療情報管理士 4 名を配置し管理を行っている。電子カルテによる診療情報の一元管理を行い、1 患者 1ID を付与している。退院患者全件に量的点検を実施している。診療情報管理士、病棟事務が連携しコーディングを行っている。電子カルテのシステムダウン時は、ダウンした場合を想定した対応策として紙カルテを使用するマニュアルも整備している。退院時サマリーは、作成の有無の確認がなされ、未作成の場合は、個別に医師に依頼をかける仕組みとし、現在の 2 週間以内の作成率は 95.5%となっている。 【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】 臨床工学科技士長が医療機器安全管理責任者で医療機器安全管理委員会を定期的に開催し、医療安全管理室の構成員として活動している。医療機器は ME 室で中央管理し、日常の使用前後の点検、年間の定期点検の計画・実施・記録を医療機器管理台帳で一元管理している。輸液ポンプなどの機器は ME 室から借用・返却し借用簿で管理している。臨床工学技士は手術室・中央機器管理と透析業務を行ない、夜間・休日はオンコール体制でトラブルに対応している。臨床工学技士は毎日病棟をラウンドし使用中の機器の作動状況を確認している。輸液ポンプ・除細動器は標準化し、その他の機器に関しては診療材料等購入検討委員会に臨床工学技士が参加することで標準化を進めている。 【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】 使用済みの機器・器材の洗浄・消毒は中央化し、専用の閉鎖容器で中央材料室に搬送している。中央材料室は手術室看護師長が管理し、専属の職員 2 名（うち 1 名は滅菌管理士）と兼務の手術室看護師で業務を行っている。師長は毎日ラウンドし、管理日誌による報告で情報交換を行う課題に迅速に対応している。洗浄評価および各種インディケーターによる滅菌の質保証を行い記録し、リコールへの対応手順を規定している。既滅菌物の保管と払い出しは専用の個室とパスボックスから行っている。EOG 滅菌は必要器材のみ外注滅菌をしている。SUD の再使用は行っていない。 【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】 常勤医師1名、細胞検査士2名の体制で対応している。組織診約1,100件、細胞診約2,000件を行い、組織標本の診断結果は可及的すみやかに報告している。細胞検査士が行う細胞診は、陰性例は2名の細胞検査士でダブルチェックを行い、陽性例は病理医が確認している。診断困難例での大学などへのコンサルテーションなどにより、診断精度の向上にも努めている。報告書とブロック標本は施設保管が許す限り永久に保管している。病理室でのホルマリンなどの危険性の高い薬品類は、施錠管理を行っている。また環境測定も行い、ホルマリンは第1管理区分となっている。 【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	NA	【適切に取り組まれている点】 放射線治療機能がないためNAとした 【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】 輸血部門は臨床検査科に設置し、兼任の責任医師と専任の検査技師を配置して、血液製剤の保管・管理・供給を実施している。血液センターからの製剤供給に約40分を要するが、必要時発注に心掛け、血液製剤の廃棄を極力なくすよう努めている。血液製剤は自記式温度計付き専用保冷庫で保管し、自己血も管理している。必要時に払い出す仕組みであり、病棟での保管はない。輸血療法委員会を毎月開催し、血液製剤の使用状況や副作用発生などについて検討している。2023年度の廃棄血液は赤血球製剤で2単位のみであり、廃棄率は0.30%で総数においても0.24%であった。全製剤において、納入日、氏名、期限、使用日そして製剤ロット番号の管理を、台帳を用いて行っている。 【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	【適切に取り組まれている点】 手術室は4室（うちバイオクリーン1室）で、常勤麻酔科医が1名、非常勤麻酔科医が常勤換算で0.6名、常勤看護師8名を配置し、年間約800件（うち全身麻酔約250件）の手術に対応している。手術室師長がスケジュール管理を行い、必要に応じて麻酔科医が関与している。空調ダウフローやHEPAフィルターの交換など、清潔管理を適正に実施している。麻酔科医と周術期管理チーム看護師によって術中および覚醒時の管理や退室などの術後管理を実施している。薬剤は薬剤師により管理され、臨床工学技士が機器管理や術中の専門的な操作補助を実施している。 【課題と思われる点】 特記なし。
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA	【適切に取り組まれている点】 集中治療の機能がないため、NAとした。 【課題と思われる点】 特記なし。

3.2.6	救急医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】 上小医療圏の一次から二次救急症例を対象とし、年間約 9,600 名の救急患者と約 1,500 台の救急車を受け入れている。救急対応は、日中は救急担当医、時間外・休日は兼任の当直医 1 名と看護師 1 名が対応し、輪番日には兼任の医師 2 名、看護師 2 名で対応している。臨床検査技師と診療放射線技師は輪番日には 24 時間体制で対応している。急性心筋梗塞、重度の出血性外傷など自院で受け入れ不能の症例は近隣の救急病院と適切に連携している。高齢者虐待、小児虐待、障害者虐待また配偶者からの暴力の疑いのある場合の対応マニュアルを整備している。 【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	【適切に取り組まれている点】 病院理念、基本方針を策定し、院内掲示、ホームページ、病院案内等により、院内・外へ周知されている。院内に理念、基本方針の掲示、職員ハンドブックへの掲載により職員への周知を図っている。理念、基本方針に基づく第4次中長期事業計画として2023年度からの今後3年の中期計画を立案し、年次事業計画も策定している。年次事業計画に基づき、各部署目標、業務計画を策定する仕組みとしている。年次事業計画立案時に、理念、基本方針の再検証を行う仕組みとしている。 【課題と思われる点】 特記なし。
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A	【適切に取り組まれている点】 病院幹部職員が中心となり、病院運営の課題解決に取り組んでいる。病院運営の意思決定は、月2回開催する経営会議として、各部門との連絡会、委員会への諮問、病院幹部による定期的な院内ラウンドにより、課題の把握と運営方針の協議が行われ、議事録が作成されている。決定事項は、医局会、職場長会議で医師、各部署長へ周知している。各委員会については、組織図、会議、委員会組織図を整備し、病院運営に必要な各種の会議や委員会が設置され、定期的を開催されている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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】 理念、基本方針に基づいた中長期事業計画の策定、年次事業計画が策定され、事業計画に沿って各部署の目標が作成され、各部門目標を立案する仕組みとしている。定期的に目標の進捗確認を行い、職員の経営への参画意識を高める仕組みとしている。経営会議で収入分析とともに課題の検討、解決策の立案がなされ、PDCA サイクルにより運用する仕組みがある。病院幹部職員は、各自が関わる分野に関する課題と問題点を把握し、会議や委員会に主導的に出席するなど、適切に役割を果たしている。 【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】 病院の医療情報システムは情報企画課が3名体制で担当し、病院情報システム運用管理規定に基づいて電子カルテシステムや部門システムなど、病院全体の運用を管理している。電子カルテのアクセス権限の設定、パスワード管理、データのバックアップもオフライン環境でのバックアップも行っており、真正性・見読性・保存性を担保している。情報システムの導入や活用においても計画を立案し実行している。経営指標の作成、分析のための情報の活用、業務効率化、医療事故、インシデント等の実態把握にも活用している。 【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	【適切に取り組まれている点】 文書管理規程による、文書の定義、取扱ルールを定め、患者の診療に関わる文書は医事課診療情報管理室、それ以外の院内文書管理は、経営企画課による一元管理の体制としている。起案、決裁、承認、保存の仕組みを整備し、台帳により、一覧化し管理している。文書の改訂を定期的に行い、改訂日、改定内容を明記し、必要時には業務通知の発行を行い、職員へ周知している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 医療法、施設基準等に必要な人員確保を行っている。人員採用については、人員計画に沿った採用を行っている。看護補助者の海外人材の採用、看護部における学校訪問活動、リハビリ職の実習生の受入れ、医師の大学病院との連携などにより確保策を実践している。企業主導型病院内保育園、病児保育所を開設し、環境整備をはかるとともに、職場復帰者、育児従事者、定年再雇用者など、時短雇用の採用も含め、働き方の多様性に対応する仕組みとしている。職員の資格取得支援制度の整備、研修センターの整備を行い、就労意欲を高める活動も行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。

4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 就業規則をはじめ給与規程や法律に基づく制度等の各種規程を整備し、ポータルサイトや職員ハンドブックへの要点の記載により、職員に周知している。労働基準法第36条に基づく協定は労使合意の上、適切に行っている。育児・介護休業、育児短時間勤務、再雇用などの制度も確立している。勤怠管理は人事課で一元管理を行っている。給与や賞与については、年に2回、業務実績評価を実施し、賞与を査定する仕組みとして、組織的に検討している。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	------------------	---	---

4.2.3 職員の安全衛生管理を適切に行っている	B 【適切に取り組まれている点】 職員の労働安全衛生への対応として、衛生委員会が設置され毎月開催されている。職場環境の整備では、病理室におけるホルマリン使用による作業環境測定を年2回実施し、第1管理区分となっており、適切に管理している。職業感染防止を目的とした抗体検査や各種ワクチン接種も実施している。院内暴力対策にも適切に対応するための体制が整備されている。職場ハラスメントへの対応についても適切に対応している。健康診断は94.5%の受診率となっている。ストレスチェックの受診率の向上への取り組みを実施している。 【課題と思われる点】 病理室においてキシレンを使用しているが、作業環境測定を実施していなかった。職員の安全衛生管理の観点から、キシレンの作業場所では作業環境測定を実施し、結果に応じた対応を行うよう改善を求めた。指摘を受けて、病理室のホルムアルデヒド、キシレンの作業環境測定を実施し、第1管理区分であることを確認した。病理検査室マニュアルを改定して特別管理産業廃棄物処理マニュアルを新設し、病院として継続性のある体制の整備を行い、改善が図られていることを確認した。医師の健康診断受診率が64%となっており、非常勤医師の健康診断結果も確実に把握・管理されていなかったが、未受診の医師への早期健康診断受診の実施について周知し実施するとともに、非常勤医師の健康診断結果の受理を開始したことを確認した。
---------------------------------	--

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	【適切に取り組まれている点】 職員の意見や要望は、人事考課における年2回の職場長面談や、職員満足度調査における意見聴取で把握している。また福利厚生委員会を各部署の職員により構成し、各職場の要望を検討する仕組みとしている。フレックス勤務、育児短時間勤務制度、企業主導型院内保育園、病児保育所の設置、研修費補助などの取り組みを実施している。職員の食事は、院内のレストランでの食事を食事補助制度により職員に提供している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	S	【適切に取り組まれている点】 全職員参加の必要性の高い法定研修等の院内研修については、院内教育委員会において年度計画の立案、実施管理を行っている。医療安全、感染制御、個人情報などの法定研修が実施され、出席率の管理も行っている。委託業務従事者に対しても実施している。新入職者研修も実施している。院外研修や専門学会参加の支援体制も整え、積極的な参加を促している。2018年に研修センターを設置し、多職種連携のシミュレーション教育を推進している。院内研修の動画の作成、実施も教育委員会が行い、海外研修への参加支援も行っている。介護職員向けの研修を実施し、全職種への教育体制の整備を行っている。多職種を対象とした教育体制の整備、介護職も含めた全職種への教育体制の整備、実施は高く評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。

4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 能力評価・能力開発については、毎年度、個人の能力開発目標を設定し、職場長による年2回の評価面談時に進捗確認、評価を行う仕組みとしている。看護部はクリニカルラダーに基づく目標管理と能力評価を実施し、評価項目に基づいた自己評価と上司評価を、年2回実施している。評価結果は、フィードバックを行い、人材育成につなげている。各職種それぞれの教育プログラムに基づいた個人の能力開発を行うなど、教育、支援体制を構築している。組織として、事業運営において必要とする専門資格を定め、公募により取得希望者を募り、資格取得のための費用を負担する仕組みを整備している。 【課題と思われる点】 特記なし。
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A	【適切に取り組まれている点】 各職種における初期研修の体制は、看護部はクリニカルラダーに沿った研修、薬剤師、管理栄養士、リハビリ職、事務職などにおいて、初期研修プログラムをラダーとして整備している。プログラムに即した計画的な教育体制を整備し、評価を行う仕組みとしている。指導者の養成においても、指導者研修への参加により、体制を整備し、初期研修の体制の整備を行っている。また研修センターでは、多職種横断の、「シミュレーション医療教育指導育成チーム」による指導者研修、職種間連携教育を行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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】 学生実習生の受け入れは、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、社会福祉士と臨床検査技師に対して行っている。実習中は指導者を配置し、学校側と打ち合わせを行いながら、カリキュラムに沿った実習を行っている。実習内容の評価は評価項目に沿って行っている。実習に際しては、オリエンテーション時に病院として各職種共通の医療安全や感染管理、個人情報扱い、事故発生時の対応など、必要な教育を教育委員会で作成している動画視聴により実施し周知している。実習に際しての患者への関わり方については、患者への確認を事前に実施している。 【課題と思われる点】 特記なし。
4.4	経営管理		【適切に取り組まれている点】 会計期間は4月から3月となっており、会計処理は病院会計準則に則って行っている。予算は、毎年度、前年度実績と年間経営方針、人員計画等を基に策定・検討を行い、経営会議による検討・確認後、理事会で予算承認が行われる仕組みとしている。経営会議で毎月の収支の分析、課題の抽出と対応策の検討を行い、職場長会議においても周知、進捗の報告を行っている。財務諸表も毎月作成している。顧問税理士による法人内部監査を実施し、決算時における公認会計士による外部会計監査を実施している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 会計期間は4月から3月となっており、会計処理は病院会計準則に則って行っている。予算は、毎年度、前年度実績と年間経営方針、人員計画等を基に策定・検討を行い、経営会議による検討・確認後、理事会で予算承認が行われる仕組みとしている。経営会議で毎月の収支の分析、課題の抽出と対応策の検討を行い、職場長会議においても周知、進捗の報告を行っている。財務諸表も毎月作成している。顧問税理士による法人内部監査を実施し、決算時における公認会計士による外部会計監査を実施している。 【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】 医事業務は医事課を主幹とし、各種マニュアルを整備し、窓口業務、診療報酬請求、介護報酬請求、レセプトの返戻、査定の対応を行っている。入院レセプトは医師による点検を行う仕組みとしている。査定、返戻は医事課で検討を行い、副院長を委員長とする多職種で構成する保険診療委員会では原因の分析、協議、周知を図っている。未収金は未収金対応マニュアルにより手順を整備し対応している。収納はクレジットカード支払いにも対応している。施設基準の管理は、多職種で構成する施設基準委員会により、定期的に施設基準、算定要件等の確認を行う仕組みとしている。 【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】 業務委託の管理は、業務内容、契約金額、賠償責任の範囲を明確に行い、適切な契約締結を行っている。事故発生時の報告、指示の手順を整備している。委託業者の更新や選定においては、年次事業計画立案時に委託の是非、更新、見直しの検討を業務の質、価格の評価を行っている。選定決定においては、複数社からの提案を受ける決まりとし、安全、品質と費用、納期、サポート体制を総合的に判断し、経営会議で決裁を受ける仕組みとしている。委託業者職員の教育については、院内研修への参加や委託業者で実施した研修を報告してもらう仕組みとしている。 【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	B	【適切に取り組まれている点】 病院機能に見合った施設・設備が整備されている。施設・設備は総務課が管理し、日常点検や月次点検、定期的な保守点検などを計画的に実施している。中長期の修繕計画を立案し、計画的な管理を行っている。夜間・休日、緊急時の連絡網を整備し、管理者および業者への連絡がとれる体制としている。医療ガス安全管理委員会を年1回開催している。感染性廃棄物処理については、マニフェスト管理および最終保管庫の表示や施錠管理も行っている。 【課題と思われる点】 感性感性廃棄物保管庫に、感性感性廃棄物ではない廃棄キシレンも一緒に保管がなされている状況であり、保管体制の早急な整備が望まれる。
4.5.2	購買管理を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 物品購入管理は、医薬品は薬剤部、食材は栄養科が管理している。診療材料は外部のSPDにより実施している。診療材料は、診療材料等購入検討委員会で検討が行われ購入を決定する仕組みとしている。年2回の棚卸し、SPDによる、期限切れ、在庫管理を行う仕組みとしている。各部署で発注後、納品、検収が行われており、発注者と納品、検収者を別にするなど内部牽制機能も整備し、購入から納品、検品、部署への配置までのプロセスを整備している。 【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	【適切に取り組まれている点】 火災や災害発生に対応する消防計画や大規模災害対応マニュアル、BCPなどを整備し、緊急時の責任体制は明確にしている。年2回の消防訓練や火災のみでなく、様々な災害を想定した災害対処訓練を毎年実施している。停電時の対応手順は停電時対応マニュアルを整備し対応ができるようにしている。自家発電装置を設置し、非常用電源を必要箇所に設置している。非常時の備えとして、患者用、職員用の食料・飲料水を3日分備蓄している。また災害時における燃料などの供給の協定を近隣給油所と締結するなど、非常時の備えとしている。 【課題と思われる点】 特記なし。
4.6.2	保安業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 保安業務は、総務課が管理している。日中は総務室長の巡視、夜間・休日は業務委託として警備員を配置し、24時間の保安体制を構築している。毎日定時の院内巡視や施錠管理等の保安業務を実施している。警備報告を翌日の朝報告を受ける体制としている。防犯カメラが院内各所に45台設置している。夜間の入室管理も適切に行っている。緊急時および夜間・休日の連絡・応援体制も整備されている。院内暴力等の対応として、対応マニュアルが策定され対応を可能としている。 【課題と思われる点】 特記なし。

機能種別：慢性期病院（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】 外来受診の方法・案内および外来診療担当医表は、ホームページおよび外来掲示板に掲示してある。外来診療は予約制であり、紹介患者の受け入れ窓口は地域連携室が担っている。正面玄関に看護師および事務職員が常駐し、検温と初診患者の間診を聴取しトリアージを行うとともに、受け付けに案内する。再来患者は自動受付機で受付を行い、各診療科にて情報収集を行う。発熱患者の動線は一般来院患者とは区別されており、診察室、検体採取場所など専用の建物で対応している。 【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	【適切に取り組まれている点】 来院患者の情報収集は、タブレットおよび紙ベースで聴取する。タブレットにて聴取された情報は電子カルテに取り込まれる仕組みである。紙ベースにて聴取された情報は、受付票と一緒に診察室に送られ担当医師へ伝達している。また、ホームページに発熱患者等が記入できるオンライン問診システムがある。同意書が必要とする検査説明および病状説明時には、看護師の同席があり、説明後には患者・家族の理解状況を確認している。糖尿病、透析患者の患者会活動があり、慢性疾患患者への療養指導や交流が行われている。また、医師の指示の下で管理栄養士による個別栄養指導が行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 入院時、外来にて主治医より病状説明が行われ、血液検査、レントゲン検査等を行い病棟へ案内される。侵襲的検査・処置として胃瘻造設、中心静脈カテーテル挿入の実施があり、説明・同意書の取得をする。なお、胃瘻造設のクリニカル・パスがあり活用している。自院で実施できない検査は、連携する病院に紹介する仕組みがあり、診断的検査を確実・安全に実施している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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】 入院相談および受け入れ窓口は地域連携室が担っており、紹介があった時点で患者情報を収集し、病態に応じた医師に入院可否の判断を依頼する。判断に迷う場合は、院長および看護部長に相談する。療養病棟は、院内他病棟からの転病棟患者の受け入れが多く、電子カルテにて急性期病棟からの依頼を確認し、師長間で日時を決定している。受け入れに際して、医療区分、長期療養を必要とする等の要件を考慮している。基本、受け入れを断ることはないが感染症などの対応については検討を要することがある。 【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】 主治医は、紹介元からの診療情報提供と入院時の診察をもとに治療方針を決定し、入院診療計画書の作成を行い患者・家族に説明し同意を得る。入院診療計画書には、看護師、管理栄養士が関わり多職種で計画立案されている。さらに、療養病棟転棟時に改めて入院診療計画の見直しが行われ入院診療計画書が再発行される。病状変化時は、その都度、診療計画を見直し患者・家族への説明を行う。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.6	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】 入院時および転病棟時に、転倒・転落アセスメント、褥瘡リスク評価、認知症高齢者自立度評価、栄養スクリーニングの評価を行い、患者プロフィール画面の項目にそって患者情報および患者・家族の要望を収集把握し、ケア計画を立案する。立案されたケア計画は、患者・家族に説明し同意を得ている。初期ケア計画を立案した後は、毎日のチームショートカンファレンスで経過を確認し2週間後に評価を行い、その後は、多職種参加合同カンファレンスにて情報を共有し定期的に評価・見直しを行う。 【課題と思われる点】 療養病棟転棟時に立案したケア計画の評価は行われていたが、終末期状態になった時、病状変化時のケア計画の見直し・変更が行われていなかった。病状変化時はケア計画を見直すとのマニュアルになっていることから病状変化時のケア計画の見直しを速やかに行われることを期待したい。
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	【適切に取り組まれている点】 病棟担当社会福祉士の配置があり、療養病棟入院患者の相談に応じている。相談内容の多くが入退院支援に関する事であり、多職種と協働して退院支援に対応している。症例では、搬送業者や多職種と連携し、患者の要望に応じてストレッチャーにての自宅外出を可能としている。相談内容は電子カルテに記録し共有する。秘匿性の高い内容については、上司と相談し部内のパソコン端末に記録される。なお、院内に「医療と介護の総合相談ステーション」窓口が設置されておりワンストップ窓口として機能している。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A	【適切に取り組まれている点】 入院の手続きは、入院支援看護師および医事課事務員で説明をおこない手続きが行われる。入院当日は、外来にて医師の診察および必要な検査が行われ、病棟看護師に引き継ぐ。入院時オリエンテーションは、「入院のしおり」をもとに、当日の入院受け入れ看護師によって実施される。療養病棟入院患者の多くは、院内転病棟患者であり、転棟時に療養病棟用入院の案内・説明パンフレットをもとにオリエンテーションが行われ、看護職員用の転病棟時チェックリストを用いて日用品等の確認が行われる。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 「医師のための診療業務指針」に医師の業務基準が整備されている。主治医は、毎日回診を行い、患者の状態把握、情報の共有を多職種間で行う。回診時は、リーダー看護師の同行があり、必要な指示や患者依頼に速やかに対応している。。主治医不在時は、担当医が主治医代行をする仕組みである。さらに、多職種合同カンファレンスに参加し、現場でのリーダーシップを発揮している。検査の結果説明や病状説明など、患者・家族との面談が必要となった際には適宜行い、内容は電子カルテに記載されている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 「看護管理基準」「看護部申し合わせ事項」に看護基準、手順、職種の役割と責任が整備されており、看護管理および看護業務が適切に運営されている。看護方式は、固定チームナーシング・機能別にて日々の看護業務が行われている。身体的・心理的・社会的ニーズは、電子カルテの患者プロフィール画面を用いて情報収集、把握しており、各種のリスク評価の結果を考慮したケア計画を立案している。看護職の教育にラダー教育の導入、介護職の教育に「介護職ポケットテキスト」を作成して教育を行っている。看護補助者として介護福祉士を配置し主任介護福祉士の登用がある。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 医師は、必要時に血液検査、画像検査、心電図検査等を実施し全身状態の管理を行っている。栄養状態の把握は、血清アルブミン値、体重、血液検査等を実施して評価する。低栄養状態が認められた場合は、管理栄養士による栄養管理計画書が作成され食事内容の検討・指示が出される。また、NST、緩和ケアチームの介入があり多職種でのアプローチがなされる。精神面では、入院時にせん妄リスク評価、認知症自立度評価を実施し、状態によっては精神科医のコンサルテーションを受ける仕組みがある。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 薬剤師は、入院患者の持参薬を鑑別し医師に報告する。また、服薬指導と薬歴管理を行い、電子カルテで情報共有している。注射薬は、1患者1施用ごとに薬局から払い出され、末梢点滴は看護師が調製・混合を行う。内服薬は、薬剤カートに1週間分セットされ、看護師のダブルチェックにて1日分が準備される。点滴投与時は施行者、薬品、患者リストバンドの三点認証を行い、内服薬は、経管栄養患者、経口投与患者ともに要介助者として管理しており、確実に服用したことの確認をしている。抗菌薬の初回投与時は、投与前のアレルギーの有無の把握、投与前、直後、5分後、終了後の患者状態や反応を観察し記録している。 【課題と思われる点】 抗菌薬初回当時の手順が明文化されていないので整備されることを期待したい。
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 「輸血マニュアル」「輸血の手順」に輸血療法の実施手順が定められており、適正に実施される。輸血の適応と血液製剤の種類の検討は主治医によって判断されており、「輸血に関する説明・同意書」をもとに輸血の必要性和リスク説明が行われ同意を得て実施する。実施時は、輸血払い出し時点から患者氏名、輸血の種類、ロット番号を複数人で確認し、輸血開始から15分間患者サイドにての観察が行われている。状態観察と記録は、輸血前、開始後5分、15分、終了時に行われ、終了後24時間観察を継続する。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 重症管理が必要な状況になった時は、家族に病状を説明し、意向に沿って治療方針を確認する。急性期治療を必要とする場合は、一般病棟に転病棟を行う。療養病棟で看取りをする場合は、患者と家族の時間をつくれるよう環境を整え、病状に応じて個室利用も可能であり、状況によっては、生体モニタリング等にて観察を行う。主治医および担当医に常時連絡が取れる体制であり、患者の病状変化に対応している。DNARの確認が出来ている場合は情報を共有し対応する。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院患者全員に褥瘡のリスク評価を行い、必要時、褥瘡対策に関する治療計画書を立案する。また、褥瘡予防として除圧マット、エアーマットの選択を行いほぼ全例に使用し、ポジショニングの工夫などの実践がある。褥瘡評価はDESIGN-R2020を用いて評価し創の経過を記録している。毎週、皮膚科医および形成外科医を含む多職種参加の褥瘡回診およびカンファレンスがあり、褥瘡の早期治療に向け取り組んでいる。さらに、褥瘡対策委員会を月1回開催し、広報誌の発行や医療関連機器圧迫創傷予防マニュアルの整備等を行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2. 2. 16	栄養管理と食事支援を適切に行っている S	【適切に取り組まれている点】 入院時、看護師により SGA シートを用いて栄養スクリーニングを実施し、栄養リスク有と判断された場合は、管理栄養士が GLIM 基準を活用して低栄養状態の有無を判断し、栄養管理計画を立案する。その後は毎月評価を行う。症例は、病状に伴う食思不振および咀嚼、嚥下機能の低下があり低栄養状態であった。医師、看護師、介護士、理学療法士、管理栄養士が掲示板を活用して情報を共有し、患者の要望する食材・食品の提供や咀嚼しやすいきざみ菜の工夫を行った。変更時は、その都度ベッドサイドにて摂取状況を観察し、食形態の更なる工夫や食品の変更をきめ細かく実施した。その結果、患者・家族の希望である古希祝の食事を自宅で行うことができたことは高く評価できる。さらに、緩和ケアチーム、NST の介入がある。食物アレルギー有無は入院時に把握しプロフィール画面にて共有する。なお、栄養指導は必要に応じて行っており個別指導を 2～3 か月に 1 件実施している。 【課題と思われる点】 特記なし。
2. 2. 17	症状などの緩和を適切に行っている A	【適切に取り組まれている点】 「緩和マニュアル」に、がん性疼痛緩和、症状別緩和ケアの基準が明文化されている。疼痛の客観的評価ツールとして、NRS およびフェイススケールを用いて疼痛の程度を把握し看護記録に記録している。また、麻薬の使用基準と必要時の使用方法についても整備されており、療養病棟では処方済みの麻薬の管理を適切に実施している。さらに、緩和ケアチームの活動があり、がん性疼痛や苦痛を伴う患者を対象として介入し、精神的サポートを含めた症状緩和の実践がある。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 療養病棟では理学療法士の専任配置があり、看護師とともに ADL の維持・拡大と QOL の向上を目標に、リハビリテーションおよび看護ケア等が実践されている。一般病棟で入院時に主治医よりリハビリテーションの指示が出され、作業療法士が初期評価を行い、リハビリテーション実施計画書を発行し、患者・家族に説明・同意を得て具体的な機能訓練が実施される。ADL の評価は BI で評価を行い、摂食・嚥下機能の評価は看護師による EAT-10 評価を行い必要時言語聴覚士に依頼する。一般病棟から療養病棟へ転病棟したときは、再評価を行いながらリハビリテーション内容を引き継ぎ、端坐位、車椅子座位訓練を継続している。また、多職種合同カンファレンスにて情報を共有し、看護師によるリハビリテーションの実施がある。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	B	【適切に取り組まれている点】 入院患者の多くが寝たきり度 B および C ランク状態であり、療養生活の活性化や自立支援は個別ケアプランにて行われている。具体的には、理容サービスの利用、売店への買い物支援、見当識障害患者への日付と居場所記入カードの実施である。病院全体のレクリエーションとして、春のバラ祭り、夏祭りと花火開催、冬のイルミネーション装飾があり参加が可能な患者は参加する。 【課題と思われる点】 療養病棟としてのアクティビティを高めるプログラムの計画・実施がないので、計画を立案して実践されることを望みたい。

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	【適切に取り組まれている点】 「身体拘束最小化マニュアル」に身体拘束を行わないことを前提とした基本方針が定められている。身体拘束廃止委員会を設置し身体拘束患者へのラウンドを行い、身体拘束解除に向けた取り組みを実施している。やむを得ず身体拘束を行う場合は、必要性を検討し三原則を踏まえた判断を行ったうえで実施し、書面にて必要性を説明し同意を得ている。拘束中は1日4回状態等を観察し記録している。解除に向けたカンファレンスを看護師、介護職で行い一時的に解除を行うなどの取り組みがある。また、認知症看護認定看護師による提案でミトンの代替えとしてスタッフ手作りのマフを活用した拘束を行わない取り組みが進められている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院前および入院時に患者・家族の意向を把握・確認し、退院支援スクリーニングを行い、退院困難な要因を明らかにし、合同カンファレンスにて在宅復帰に向けた検討を行う。在宅での看取りを希望し、自宅への外出に向けた取り組みをすすめ、家族指導として、管理栄養士による食事形態の指導や理学療法士による移動動作の指導が行われ、さらに、移送サービス業者との連携・調整を行い、自宅への外出が実現した。 【課題と思われる点】 特記なし。

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】 院内に訪問診療、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの機能を有し、在宅医療が行われている。同一法人内に、訪問看護ステーションもあり連携している。退院後も継続的に診療・ケアが行われるよう、退院前に患者・家族、ケアマネジャー、訪問看護ステーション等とのサービス調整会議を開催し、必要に応じた在宅サービスの調整・計画を行う。退院時に、紹介元および紹介先医療機関、介護サービス事業所、居宅に、診療情報提供書や看護サマリー、必要時リハビリテーション実施計画書等を送付し情報の提供、共有を行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 「人生の最終段階における医療・ケアのマニュアル」にターミナルステージの判断基準や対応等を定めており、患者・家族の意向に沿ったターミナルステージの対応を行っている。ターミナルステージの判断は複数の医師をはじめとしたその他職種の診療チームで行う。病状説明時に、患者・家族の意向を確認し、DNR（DNAR）の確認を行い「意向確認書」を取得する。また、エンディングノートなどを持参している場合は、その事を尊重した対応を行う。緩和ケアチームが毎週ラウンドを行い患者のQOLに配慮した診療・ケアの提案を行う。臓器提供に関する意思確認は入院時に行い、申し入れのある場合は院内移植コーディネーターに連絡する仕組みである。基本死亡症例全例にデスカンファレンスを行い今後のケアに繋いでいる。 【課題と思われる点】 特記なし。

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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 年 11 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 特定医療法人丸山会 丸子中央病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2、慢性期病院(副機能)

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 長野県上田市中丸子1771-1

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	149	149	+0	92.16	20.12
療養病床	50	50	+0	88.95	135.03
医療保険適用	50	50	+0	88.95	135.03
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	199	199	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床		
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	46	+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	50	+0
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		
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

DPC対象病院 (DPC標準病院群), 在宅療養支援病院

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

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

I-1-8-2 研修医の状況

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

I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

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

I-2-2 年度推移2

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ので、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	34.3	26	8.3	17.24	9.69
うち研修医	0	0	0	0	0
歯科医師	2	2	0	1.01	0.57
うち研修医	0	0	0	0	0
看護要員 合計	205.9	155	50.9	103.47	58.2
保健師	6.7	6	0.7	3.37	1.89
助産師	0	0	0	0	0
看護師	111.5	82	29.5	56.03	31.51
准看護師	51.1	43	8.1	25.68	14.44
看護補助者	36.6	24	12.6	18.39	10.34
薬剤部門 合計*2	14.3	13	1.3	7.19	4.04
薬剤師	12.6	11	1.6	6.33	3.56
臨床検査部門 合計*2	18.1	12	6.1	9.1	5.12
臨床検査技師	18.1	12	6.1	9.1	5.12
画像診断部門 合計*2	11.7	11	0.7	5.88	3.31
診療放射線技師(X線技師)	10.7	10	0.7	5.38	3.02
栄養部門 合計	8	8	0	4.02	2.26
管理栄養士	8	8	0	4.02	2.26
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	34.8	34	0.8	17.49	9.84
理学療法士	22	22	0	11.06	6.22
作業療法士	7	7	0	3.52	1.98
言語聴覚士	5.8	5	0.8	2.91	1.64
診療情報管理士	4	4	0	2.01	1.13
臨床工学技士	15	15	0	7.54	4.24
社会福祉士	0	0	0	0	0
精神保健福祉士(PSW)	0	0	0	0	0
医療ソーシャルワーカー(MSW)	5	5	0	2.51	1.41
ケアマネージャー	6	6	0	3.02	1.7
介護福祉士	15.9	14	1.9	7.99	4.49
臨床心理士	0	0	0	0	0
事務部門	83.6	73	10.6	42.01	23.63
職員総数*1	499.8	408	91.8	251.16	141.27
医師配置標準数 (人)	17				
薬剤師配置標準数 (人)	3				

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	1900	20 %	1	4	15.38 %
看護師	2065	45 %	7	9	10.98 %
准看護師	2001	47 %	2	1	2.33 %
看護補助者	2006	37 %	3	3	12.50 %
薬剤師	2012	42 %	0	0	0.00 %
臨床検査技師	2008	44 %	2	0	0.00 %
診療放射線技師	1956	61 %	1	1	10.00 %
管理栄養士・栄養士	1972	39 %	1	0	0.00 %
理学療法士	1981	50 %	1	1	4.55 %
作業療法士	1988	54 %	1	0	0.00 %
言語聴覚士	1911	61 %	0	0	0.00 %
診療情報管理士（診療録管理士）	2066	36 %	0	0	0.00 %
臨床工学技士	1982	43 %	0	0	0.00 %
ソーシャルワーカー*	1999	65 %	0	0	0.00 %
事務職員	2010	45 %	26	7	9.59 %

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		2
看護師		7
薬剤師		2
その他のコ・メディカル		3
事務職員		4
全体	0	18

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	187	678
医師	5	8
看護師	135	489
薬剤師	0	21
その他のコ・メディカル	47	125
事務職員	0	35
その他		

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	8	4.28 %	144	21.24 %
輸血に関するもの	0	0.00 %	2	0.29 %
治療・処置に関するもの	13	6.95 %	31	4.57 %
医療機器等に関するもの	0	0.00 %	13	1.92 %
ドレーンチューブに関するもの	41	21.93 %	26	3.83 %
検査に関するもの	1	0.53 %	37	5.46 %
療養上の世話に関するもの	117	62.57 %	304	44.84 %
その他	7	3.74 %	121	17.85 %

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		1
うちICD		1
看護師	1	
うちICN	1	
薬剤師		1
その他コ・メディカル		1
事務職員		
全体	1	3

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）	41
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）	31
βラクタマーゼ陰性ABPC耐性インフルエンザ菌（BLNAR）	0
メタロβラクタマーゼ産生菌	0
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	
手術部位感染	0

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	9
常勤専任・兼任（実人数）	1
常勤専任・兼任（常勤換算）	0.2
非常勤（常勤換算）	4
常勤換算 合計	13.2
病床100対 担当者数	6.63

I-7-3 紹介状持参患者数

紹介状持参患者数（人/年）	4717
紹介率	40.13 %
1日あたり紹介患者数（外来）	15.94
紹介状持参患者のうち入院患者数（人/年）	327
紹介入院患者割合	11.72 %
入院に繋がった紹介患者の比率	6.93 %

I-8 患者相談機能

I-8-1 担当者の配置状況

	人数	
常勤専従	6	職種・資格： 看護師
うち社会福祉士	5	
常勤専任・兼任（実人数）	1	職種・資格： 看護師
常勤専任・兼任（常勤換算）	0.5	
非常勤（常勤換算）	1	
常勤換算 合計	7.5	
病床100対 担当者数	3.77	

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）	128	10.7	1.42
社会福祉相談（福祉制度に関する内容）	1285	107.1	14.28
退院相談（退院先の調整）	2958	246.5	32.87
苦情相談（医療事故 クレーム）	46	3.8	0.51
看護相談（退院後のケア等）	56	4.7	0.62
がん相談	1	0.1	0.01
その他の医療相談	228	19.0	2.53
その他	205	17.1	2.28
総数	4907	408.9	54.52

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	0.31 %
分子：Ⅱ度以上の褥瘡の発生件数	208 件
分母：延入院患者数	66506 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	0.02 %
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	10 件
分母：延入院患者数	66506 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	5.35 %
分子：計画的再入院件数	149 件
分母：全入院件数	2785 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	4.92 %
分子：計画外の再入院件数	137 件
分母：全入院件数	2785 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 %
分子：予定外の再手術件数	0 件
分母：総手術件数	2076 件

● 把握している ○ 把握していない

入院患者のパス適用率	24.63 %
分子：パス適用入院患者数	646 人
分母：全退院患者数	2623 人

● 把握している ○ 把握していない

術後の肺塞栓発生率	0 %
分子： 術後肺塞栓発生件数	0 件
分母： 全手術件数	2076 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	95.45 %
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	42 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	44 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	2 人
分母： 人工膝関節全置換術が施行された退院患者数	2 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	46.98 %
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	381 人
分母： 手術を受けた退院患者数	811 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	0 %
分子：医療区分の改善した患者数	0 人
分母：医療区分の変化した患者数	1 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	0.23 %
分子：抜去できた患者数	12 人
分母：留置されていた患者数	5290 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	21.96 %
分子：抑制が行われた患者数	3575 人
分母：全入院件数	16278 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		
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		
皮膚・排泄ケア		
集中ケア		
緩和ケア		
がん化学療法看護		
がん性疼痛看護		
感染管理	1	
訪問看護		
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	1	
乳がん看護		
摂食・嚥下障害看護		
小児救急看護		
認知症看護	1	
脳卒中リハビリテーション看護		
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	13	0	0	1.3	14.3
薬剤師	11	0	0	1.3	12.3
その他(事務)	2	0	0	0	2
その他()	0	0	0	0	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	12222	41.29	3.36	9.63
外来 院外処方箋枚数	53257	179.92	14.63	41.94
入院処方箋枚数	27239	74.63	6.07	13,687.94
注射処方箋枚数	28940	79.29	6.45	14,542.71
薬剤管理指導	2665	7.30	0.59	1,339.20

院外処方率	81.33 %
-------	---------

医薬品 品目数	800
---------	-----

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	67
抗がん剤の調製・混合への対応	1)全て対応

抗がん剤対象患者数 外来*	6
抗がん剤対象患者数 入院*	1
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： 2
○ 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

■ 1) 個人別(1施用ごと)	対 注射処方箋(%)	95 %
□ 2) 個人別(1日ごと)	対 注射処方箋(%)	0 %
■ 3) 定数配置		
□ 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	12	0	0	6.1	18.1
うち医師	0	0	0	0	0
うち臨床検査技師	12	0	0	6.1	18.1
うち衛生検査技師	0	0	0	0	0

II-4-2 検査報告所要時間 (分)

ルーチン検査	40
緊急検査	40

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、日本医師会臨床検査精度管理調査、
長野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
☐ 常勤専従	
☐ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
☐ 非常勤(常勤換算)	
☒ 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	3367	35	3402
うち組織診	1133	30	1163
うち細胞診	2084	0	2084
うち免疫組織化学	150	5	155

II-5-3 術中迅速凍結切片病理検査 (件/年)

☒ 1) 自院で実施	0
☐ 2) 外部委託	
☐ 3) 実施していない	

II-5-4 術中迅速細胞診検査 (件/年)

☒ 1) 自院で実施	0
☐ 2) 外部委託	
☐ 3) 実施していない	

II-5-5 術前病理検査報告所要日数 (日)

7

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	12.42 %
死亡数 (再掲)	348
退院患者数 (再掲)	2803

II-5-8 剖検率

	院内	院外	総数
剖検数			0
剖検率	%	%	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	11	0	0	0.7	11.7
うち医師	1	0	0	0	1
うち診療放射線技師	10	0	0	0.7	10.7
うち診療X線技師	0	0	0	0	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	7567	3,802.51	7567	0	100.00 %
うち頭部CT	1566	786.93	1566	0	100.00 %
MRI撮影	2354	1,182.91	2354	0	100.00 %
うち頭部MRI	795	399.50	795	0	100.00 %
核医学		0.00			0.00 %

II-6-3 保有機器（台）

一般撮影装置	1
X線テレビ装置	2
血管撮影装置	0
乳房軟線撮影装置	1
パノラマ撮影装置	1
CT	1
MRI	1
ポータブル撮影装置	1
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	0	0	0	0	0
うち医師					0
うち看護師					0
うち診療放射線技師					0

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)	
ガンマナイフ(台)	
IMRT 強度変調放射線治療(台)	

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
☐ 常勤専従	
☒ 常勤専任・兼任(常勤換算)	0.1
☐ 非常勤(常勤換算)	
☐ 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	832	418.09	2	0.24 %
赤血球製剤	662	332.66	2	0.30 %
血小板	170	85.43	0	0.00 %
凍結血漿	0	0.00	0	0.00 %
その他	0	0.00	0	0.00 %

II-8-5 血液専用の保冷库

● 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	
☐ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
☒ 非常勤(常勤換算)	0.6
☐ 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	8	0	0	0.7	8.7
うち看護師	6	0	0	0.3	6.3

II-9-4 手術室数・手術件数

		病床100対
手術室数 (室)	4	2.01
手術総件数 (件/年)	835	419.60
うち全身麻酔件数	255	128.14
うち緊急手術件数	30	15.08
うち短期滞在手術件数	626	314.57
うち悪性腫瘍手術件数	68	34.17

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	48	心カテ	
硬膜外麻酔	11	冠動脈バイパス術	
脊椎麻酔	4	弁膜症手術	
		開心術	
		大動脈瘤切除術	
神経・脳血管領域	件/年	救急領域	件/年
頭蓋内血腫除去術	4	緊急開頭術	0
脳動脈瘤根治術		緊急開胸術	
脳動静脈奇形摘出術		緊急心大血管手術	
脳血管内手術		緊急帝王切開術	
脳腫瘍摘出術			

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	2
Washer Sterilizer	0
オートクレーブ	3
EOG滅菌器	0
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	
☐ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
☐ 非常勤(常勤換算)	
☒ 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	4	4	4	0	8
うち看護師	1	1	1	0	2

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	0	0	0	1	0	2
うち研修医	0	0	0	0	0	0
看護要員	1	1	0	0	0	0
うち看護補助者	0	0	0	0	0	0
薬剤師	0	0	0	0	0	1
臨床検査技師	0	0	0	0	0	1
診療放射線技師	0	0	0	0	0	1
事務職員	0	1	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0

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	0	0	0	2	0	2
うち研修医	0	0	0	0	0	0
看護要員	0	2	0	0	0	0
うち看護補助者	0	0	0	0	0	0
薬剤師	0	0	0	0	0	1
臨床検査技師	0	1	0	0	0	0
診療放射線技師	0	1	0	0	0	0
事務職員	0	1	0	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0

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	9629	26.38
救急車搬入患者数	1597	4.38
救急入院患者数	1316	3.61

	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)	1037	3.50
救急車搬入患者数	489	1.65
救急入院患者数	234	0.79

	年間総数	1日あたり患者数
休日の救急患者数(再掲)	925	7.77
救急車搬入患者数	338	2.84
救急入院患者数	202	1.70

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	8	0	8
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)	28.2	15.2
集団実施回数(回/月)	0	0
月間対象延患者数(人)	0	0
栄養士1人当たり栄養指導件数(個別実施)	3.53	1.9
栄養士1人当たり栄養指導件数(集団実施)	0	0

II-13-5 選択メニュー ● 1) あり 実施回数(1 回/月)
○ 2) なしII-13-6 栄養サポートチーム ● 1) あり 実施回数(5.6 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
☐ 常勤専従	
☒ 常勤専任・兼任(常勤換算)	1
☐ 非常勤(常勤換算)	0
☐ 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	34	0	0	0.8	34.8
うち理学療法士	22	0	0	0	22
うち作業療法士	7	0	0	0	7
うち言語聴覚士	5	0	0	0.8	5.8

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)		
☐ I ☐ II	療法士1人1日あたり (人)		
脳血管疾患等リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	2.8	1.67
☒ I ☐ II ☐ III	療法士1人1日あたり (人)	3.1	4
運動器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	2	2.2
☒ I ☐ II ☐ III	療法士1人1日あたり (人)	6.2	5.5
呼吸器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	2	0
☒ I ☐ II	療法士1人1日あたり (人)	0.1	0

	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	5092	2476
摂食機能療法	56	5457
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	4	0	0		4
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： (STEM7)
☐ 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	94.15 %
分子：退院後2週間以内にサマリーを作成した患者数	2639 件
分母：昨年度の年間退院患者数	2803 件

II-15-7 診療情報の開示件数 (件/年)

件数	病床100対
27	13.57

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：医事課
 2) 診療録 (情報) 管理：医事課診療録管理室
 3) コンピュータシステムの管理： 情報企画課

II-16-3 システム担当者の配置状況

	人数
☐ 常勤専従	
☐ 常勤専任・兼任 (常勤換算)	
☐ 非常勤 (常勤換算)	
☒ 委託職員 (常勤換算)	3
☐ 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)

■ 訪問診療	35
□ 訪問看護	
□ 訪問薬剤指導	
■ 訪問リハビリテーション	116
□ 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	37	37	37	19.5	93.5
うち看護師	12	12	12	10.3	34.3

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 8 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	2	
抗がん剤の対象患者数 (人/週)	6	(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
■ 常勤専従	15
□ 常勤専任・兼任 (常勤換算)	
□ 非常勤 (常勤換算)	
□ その他	
□ 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	9	■ 1) 中央管理	□ 2) 使用場所での管理	□ 3) その他
輸液ポンプ	64	■ 1) 中央管理	□ 2) 使用場所での管理	□ 3) その他
シリンジポンプ	15	■ 1) 中央管理	□ 2) 使用場所での管理	□ 3) その他
除細動器	4	■ 1) 中央管理	□ 2) 使用場所での管理	□ 3) その他
モニター	43	■ 1) 中央管理	□ 2) 使用場所での管理	□ 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	
	2023	2022	2021	2023	2022
医業収益 (繰入金を除く)	5,556,712	5,540,401	5,625,114	100.29 %	98.49 %
医業費用	5,558,028	5,588,842	5,523,606	99.45 %	101.18 %
医業損益 (繰入金を除く)	-1,316	-48,441	101,508	2.72 %	-47.72 %
医業収支率	99.98 %	99.13 %	101.84 %		

Ⅲ-1-2 患者1人1日あたりの収益 (単位：円)

年度(西暦)	2023
外来収益	13,632
入院収益	39,648

Ⅲ-1-3 100床あたりの入院収益 (単位：千円)

2023 年度(西暦)	1,651,926
-------------	-----------

Ⅲ-2 繰入金の状況 (推移) (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対 前年比	
	2023	2022	2021	2023	2022
総収益 (繰入金を除く)	5,602,826	5,610,177	5,676,906	99.87 %	98.82 %
繰入金 (他会計負担金 等)				%	%
上記合計に占める繰入金の割合	0.00 %	0.00 %	0.00 %		

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		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021
入院診療収益	3,287,333	3,302,429	3,187,326	59.16 %	59.61 %	56.66 %
室料差額	32,515	30,764	32,662	0.59 %	0.56 %	0.58 %
外来診療収益	1,677,563	1,632,971	1,725,875	30.19 %	29.47 %	30.68 %
保健予防活動	304,683	303,989	298,573	5.48 %	5.49 %	5.31 %
受託検査・施設利用収益	1,950	1,734	1,924	0.04 %	0.03 %	0.03 %
その他の医業収益	258,104	272,922	383,610	4.64 %	4.93 %	6.82 %
保険等査定減	-5,436	-4,408	-4,856	-0.10 %	-0.08 %	-0.09 %
医業収益 合計	5,556,712	5,540,401	5,625,114	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		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021
給与費	3,355,187	3,417,310	3,322,844	60.38 %	61.68 %	59.07 %
常勤 (再掲)	2,178,019	2,249,470	2,225,867	39.20 %	40.60 %	39.57 %
非常勤 (再掲)	351,045	360,718	375,686	6.32 %	6.51 %	6.68 %
材料費	846,896	721,215	781,409	15.24 %	13.02 %	13.89 %
医薬品費 (再掲)	487,708	364,897	416,038	8.78 %	6.59 %	7.40 %
診療材料費 (再掲)	343,343	338,830	349,081	6.18 %	6.12 %	6.21 %
給食用材料費 (再掲)	15,845	17,488	16,290	0.29 %	0.32 %	0.29 %
医療消耗器具備品費 (再掲)				%	%	%
委託費	451,856	472,811	448,237	8.13 %	8.53 %	7.97 %
設備関係費	542,803	601,761	617,739	9.77 %	10.86 %	10.98 %
減価償却費 (再掲)	173,207	184,475	179,957	3.12 %	3.33 %	3.20 %
器機賃借料 (再掲)	179,003	217,470	230,575	3.22 %	3.93 %	4.10 %
研究研修費	10,603	9,730	12,178	0.19 %	0.18 %	0.22 %
経費	350,684	366,015	341,199	6.31 %	6.61 %	6.07 %
その他の医業費用				%	%	%
医業費用 合計	5,558,028	5,588,842	5,523,606	100.02 %	100.87 %	98.20 %

II-21療養病棟部門

II-21-1療養病棟の状況

病棟番号*			04											
病棟名称			6階病棟											
医療保険適用病床数			50											
介護保険適用病床数														
医療区分2,3の割合			80%以上											
入院期間			人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
	3ヶ月未満		13	28.89	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	3～6ヶ月		8	17.78	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	6ヶ月～1年		5	11.11	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	1～2年		10	22.22	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	2～5年		7	15.56	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	5年以上		2	4.44	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
特殊治療・処置			人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
	気管切開		5	7.94	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	呼吸器装着		1	1.59	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	酸素吸入		26	41.27	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	持続点滴		2	3.17	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	経管栄養		10	15.87	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	IVH		3	4.76	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	人工肛門		0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	尿道カテーテル挿入		13	20.63	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	透析		3	4.76	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
医療区分とADL区分			人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
	医療区分1	ADL区分1	4	8.89	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分2	1	2.22	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分3	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	医療区分2	ADL区分1	7	15.56	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分2	10	22.22	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分3	12	26.67	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	医療区分3	ADL区分1	2	4.44	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
		ADL区分2	1	2.22	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
ADL区分3		8	17.78	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%	
要介護度			人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
	要支援			0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	要介護1			0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	要介護2			0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	要介護3			0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	要介護4			0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	要介護5			0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
	平均要介護度				%			%			%			%

*病棟番号は「部門調査票(Ⅰ)病棟部門」で記載した病棟番号

II-21-2 療養病棟への入院経路

病棟番号*	04											
病棟名称	6階病棟											
入院患者数（人/年）	人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
他病棟から	130	68.42	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
急性期病院から	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
その他の病院診や療所から	1	0.53	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
介護保険医療施設から	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
老健施設から	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
福祉施設から	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
居宅（自宅以外）から	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
居宅（自宅）から	59	31.05	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
その他	0	0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
入院 全体	190	100%		0	100%		0	100%		0	100%	
退院患者数（人/年）	人数	割合		人数	割合		人数	割合		人数	割合	
他病棟へ		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
他急性期病院へ		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
他慢性期病院へ	1	0.56	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
介護医療施設へ	1	0.56	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
老健施設へ	2	1.11	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
福祉施設へ	2	1.11	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
居宅（自宅以外）へ		0.00	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
居宅（自宅）へ	64	35.56	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
死亡退院	100	55.56	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
その他	10	5.56	%		0.00	%		0.00	%		0.00	%
退院 全体	180	100%		0	100%		0	100%		0	100%	

*病棟番号は「部門調査票(1)病棟部門」で記載した病棟番号

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す。
- ・ 「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
$$\{(\text{常勤職員数} + \text{非常勤職員数}) \div \text{稼働病床数}\} \times 100$$
 で算出しています。
- ・ 患者規模100対職員数
$$\{(\text{常勤職員数} + \text{非常勤職員数}) \div \text{患者規模※}\} \times 100$$
 で算出しています。
※患者規模 = 1日当たり入院患者数 + (1日当たり外来患者数 ÷ 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