

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 9 月 13 日～9 月 14 日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院 2	認定
------	--------	----

## ■ 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。

### 1. 病院の特色

貴院は長野市制 80 周年記念の選定事業として、市民の高い期待を担い開院された。今日では多数の診療科と最新の診療設備を整え、がん診療、脳・心臓・血管診療、救急医療などの地域における拠点病院として活躍されている。また、地域の高齢化に対応した介護・福祉分野の機能充実と山間地域の医療過疎に対する医療支援を行っている。さらに、病院機能の特性を活かした地域住民への啓発活動や医療職の人材育成に積極的に取り組んでいる。このような地域貢献の取り組みは病院理念の実現と市民病院としての役割を果たすものとして高く評価できる。

この度の病院機能評価の更新受審は、医療の質向上と病院機能のより一層の発揮を目的とし、職員が一丸となった準備の下で行われた。前回と異なる新たな評価視点に基づいた受審であったが、前回指摘に対する改善点も多く、評価できる取り組みが多くみられた。しかし、一部でなお検討を要する事項も見受けられた。今後は、評価結果をもとに継続して改善活動に取り組み、さらに地域に愛される市民病院に発展されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は平易な言葉で明確に定め、明文化している。基本方針を中長期計画と年度目標に具体化させるとともに、院内外への周知にも適切に努めている。病院幹部は病院の将来像を職員に示し、組織運営に必要な各種委員会の整備と率先した参加・実践により課題達成に向けたリーダーシップを発揮している。また、病院目標に対する検討段階からの職員参加や部署での具体化・実践の取り組みは、職員の意識高揚と参加を促進するものとして評価できる。

組織運営は適切になされ、運営実態に沿った組織図と職務分掌、各種規程を整備している。独法化とともに作成された中長期計画は、年度目標と部署目標に反映され、病院全体の指針となっている。院内情報の管理・活用では、診療情報の一元的管理とともに各部署の診療実績を年報にまとめ、QI 事業やベンチマーク調査への参加により医療上の課題把握と改善活動に活かされている。文書管理においては、院内で使用するマニュアル、手順書等の管理方針の明確化と改訂履歴の管理について検討が望まれる。

病院機能を発揮するための人材確保は適切に行われている。特に、診療の質向上を図るために、放射線科医、麻酔科医、放射線治療医等の専門医師を多数確保しており、その努力は評価できる。人事・労務管理は適切に実施されている。働きやすい職場づくりでは、職員の意見・要望を定期的に把握するとともに、時短勤務制度の実施や院内託児所の運用など、就業支援への工夫と努力があり適切である。

職員への教育・研修は教育・研修センターを中心におおむね適切に実施されている。職員の能力評価と能力開発においては、目標による管理制度が5年目を迎え、一定の効果を発揮している。また、能力開発における各種シミュレーターの活用や院内認定制度の実施など、評価できる取り組みがみられる。専門職種に応じた初期研修は、医師の臨床研修をはじめ看護、検査、リハビリテーションなど主な職種においても育成プログラムの作成と実施、評価に基づく個別面接など適切な研修体制が確立している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、病院玄関や各病棟に掲示するとともに、各種印刷物により患者・家族への周知に努力されている。また、職員に対しては、入職時の研修やカードとして常に携帯し実践者としての自覚を向上させるための工夫があり適切である。患者・家族への説明と同意への対応は、院内方針に沿って実施されている。患者との情報共有と医療への参加促進では、疾患や治療に関する各種のパンフレット作成と配布、情報ラウンジでの図書とインターネット環境の整備、患者用クリニカル・パスの活用、「わたしのカルテ」の取り組みなど、患者の理解を高めて、治療への参加を促進する工夫がなされており評価できる。患者を支援するための体制では、患者サポートセンターを設置し、看護師・MSW・社会保険労務士・事務職員などの充実した体制で各種の相談に応じており適切である。

患者の個人情報・プライバシーへの対応は、規程の整備と施設的配慮に加え、研修会等により職員への啓発と周知に努めており適切である。臨床における倫理的課題への対応においては、臨床現場での具体的課題を倫理委員会で検討する仕組みの構築については、今後の課題となっており実施に期待したい。病棟や外来での診療・ケアの管理体制が整備され明示されている。患者・家族には担当する医療者がわかりやすく紹介され、主治医不在時の対応ルールも定めており適切である。

患者・面会者の利便性・快適性の確保については、来院者数に見合った駐車場や駐輪場の整備とレストランや売店、自動販売器等の諸施設が設置されている。また、営業時間等の運用面においても来院者への配慮が行き届いており適切である。高齢

者・障害者への配慮では、専用駐車場の確保と視覚障害への職員による誘導など、安全面での工夫がなされている。療養環境の整備では、清潔で広い病室環境とともに周囲の景観が眺望できるデイスペースや院内のギャラリースペース、リハビリ庭園など癒しの環境が随所に整備されている。受動喫煙防止においては、職員の喫煙率を継続的に把握するとともに、その分析に基づいた禁煙啓発活動を組織的に実践する取り組みが望まれる。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見に基づく改善では、院内各所に設置された意見箱や定期に実施される患者満足度調査により意見を把握し、待ち時間対策や設備改善などに活用する取り組みが実施されており適切である。診療の質の向上に向けた活動では、がんセンターを中心とするカンファレンス、カンサーボード、研修活動が積極的に取り組まれている。また、日本病院会 QI プロジェクト、全国自治体病院協議会の「医療の質の評価・公表等推進事業」等への参加と実績は評価できる活動である。

業務の質改善の活動では、院内の各所において職種横断的で具体的かつ創意ある取り組みが確認できる。新たな診療・治療方法や技術を導入する際の対応では、必要に応じて倫理委員会での検討を行い、導入前には他院の見学、研修を経て実施するなど、安全性や倫理面への配慮がなされており適切である。

外来・病棟における診療・ケアの管理・責任体制は明確に定められ適切に実施されている。診療記録の記載はおおむね適切に実施されている。多職種の協働した診療とケアの実践においては、診療科を超えて組織された各種の専門チームが活発に活動し、多職種連携のもとで機能しており適切である。

#### 5. 医療安全

医療安全確保に向けた体制は、医療安全管理委員会の下に医療安全チーム会を設置し、院長直属の医療安全管理室に医療安全管理者 1 名を配置するなど、重層的な体制が構築されている。医療安全管理室を中心としたミーティングや指針・マニュアルの整備は適切に実施されている。安全確保に向けた情報収集と検討では、電子カルテのレポートシステムにより情報を収集し、報告内容の分析・検討を行っている。また、分析結果や院外情報などは「医療安全便り」「インシデント情報 NOW」等を通じて職員に周知されており適切である。

誤認防止の取り組みは、患者本人が氏名を名乗ることを原則とし、リストバンドやバーコードの活用とタイムアウトの実施、マーキング、各種の識別表示によりルールに沿って安全に実施されている。情報伝達エラー防止は、オーダーリングシステムの活用とダブルチェックにより実施されている。口頭指示・代行入力 は原則禁止であり、やむを得ない場合の対応体制も確立している。

薬剤の安全な使用に向けた対策では、全病棟に薬剤師を配置し、医薬品管理を行っている。調剤鑑査時はチェックシステムを遵守し、抗がん剤はすべてレジメン登録のうえ薬剤師により安全キャビネットを使用して調剤されるなど、薬剤管理は適切に行われている。転倒・転落防止対策では、全患者に対するリスク評価と評価に

応じた対応体制が工夫され、事故発生時の対応手順も整備されており適切である。

医療機器の安全使用では、安全使用に向けたマニュアルの整備と臨床工学技士による機器の点検・管理体制が確立している。また、新人研修をはじめ機器を使用する職員を対象とした研修が計画的に実施されており適切である。患者等の急変時対応では、院内救急コードを定め各部署で招集訓練を実施している。また、全職員を対象とした BLS・ICLS 研修を計画的に実施するなど、患者急変時への対応体制が適切に構築されている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染対策委員会の下に感染対策チームと抗菌薬適正使用支援チーム（AST）を置き、院長直轄の感染対策室には兼任の ICD と ICN を各 1 名配置するなど充実した体制が確立している。ICN の権限は指針に明記されており、会議開催やラウンドは適切に実施されている。

医療関連感染制御に向けた情報収集と検討では、院内監視菌の検出状況や抗菌薬の使用状況が適切に把握・検討されている。また、ICT ラウンドの実施や JANIS の部門別サーベイランスへの参加が積極的に取り組まれている。今後は多数のサーベイランス結果に基づく分析・評価・対策の効果検証を行うとともに、現場へのフィードバックを実施されたい。また、感染制御に対する知識を全職員に向けて周知するための研修会の積極的な開催と医師の参加率向上に取り組まされたい。

診療現場での医療関連感染を制御するための活動は適切に実施されている。抗菌薬は抗菌薬適正使用に関する基本指針に沿って安全に使用されている。使用状況の把握・検討と医師へのフィードバックも行われている。また、2018 年度からは AST 活動を開始し、抗菌薬の適正使用を促す取り組みが強化された。今後は診療科別・医師別の使用状況を把握するとともに、薬剤師・検査技師による評価結果の医師への定期的なフィードバック、術後早期の中止状況の把握などに留意した取り組みを実践されたい。

## 7. 地域への情報発信と連携

情報の地域等への発信では、主に病院ホームページと患者向け広報誌「あしたの元気になるあれ」、市内回覧「公衆衛生だより」、院内掲示等を通じて発信されている。また、診療実績は年報や市民病院学術雑誌にまとめられ、関係医療機関に配布されており情報発信の活動は適切である。

地域連携については、地域医療連携室に職員 15 名を配置し紹介患者の受け入れと情報提供、逆紹介、相談等を行っている。地域の医療者に向けた研修会は多彩なテーマで積極的に開催されており地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院としての機能と役割が発揮されている。脳卒中、大腿骨頸部骨折、乳がん、前立腺がん連携などの地域連携パスも活用されており、地域との連携体制は適切に構築されている。

地域に向けた医療に関する教育・啓発の活動は、健康診断事業をはじめ市民公開講座、「出前講座」や「がん教室」が積極的に開催されている。地域医療従事者に

向けては医療講座が定期的に実施されている。これらの教育・啓発活動はほぼ全職種にわたる多数の職員により取り組まれており評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者の診察までの誘導は、正面玄関に配置したコンシェルジュにより大まかな案内が行われ、事務受付、外来看護と連携を取りながら円滑に実施されている。受診から会計までの対応は電子カルテ、自動精算機等を活用し待ち時間に配慮されている。外来診療には多くのスタッフを配置し安全な診療体制が整備されている。外来担当医師に看護師が1対1で対応し、1日約960名の診療を行っている。診断的検査は、主治医により必要性が判断され、患者・家族に対して必要性とリスクを説明したうえで、同意を得て安全に実施されている。

入院の決定は医学的判断に基づき外来担当医が行い、多職種との情報共有や必要に応じた他科との相談や助言が行われており適切である。入院後は診断・評価に基づく診療計画を速やかに作成し、看護計画書や多職種が関与するクリニカル・パスに反映している。

医療相談への対応では、患者サポートセンターとがん相談支援センターを設置し、専門がん相談員4名と社会保険労務士資格を有する職員等を配置するなど充実した体制で相談に応じている。認定看護師の活躍とともに、社会保険労務士が関与する患者の生活・就労支援も含めた幅広い支援を実施している。就労世代にとって相談しやすい体制が確保されるとともに、患者の復職事例につながるなど医療相談への体制と実践は秀でており、高く評価できる。

医師の病棟業務は、多職種での回診や病棟スタッフとの情報交換を常に行い、必要時にはカンファレンスを開いている。各科の枠を超えて他科医師との協力関係も円滑であり医師のリーダーシップが適切に発揮されている。看護師の病棟業務は、看護の管理基準、業務基準、看護手順に沿って日常業務が進められ、定期的な業務の見直しと評価も実施されている。入院時の患者情報、病態等を正確に把握し、患者ニーズに沿った援助に努めている。また、専門看護師2名と認定看護師21名による組織横断的な活動は看護部全体のキャリアアップにもつながっており評価できる。

投薬・注射は、全病棟に配置された薬剤師の関わりにより確実・安全に実施されている。薬剤の投与前、投与中、投与後の安全対策が確立しており適切である。輸血・血液製剤投与については、おおむね適切に実施されている。周術期の対応は、ハイリスク症例に対する麻酔科医との事前の連携や、麻酔科医による術前訪問が実施されており適切である。

重症患者の管理は、病態に応じた病室の決定や診療・ケアが実施されており適切である。褥瘡の予防・治療は、褥瘡予防対策マニュアルに基づき対策計画書を立案し、発生予防を考慮して患者に適したケアを実施している。栄養管理と食事指導は、NST・褥瘡回診、呼吸サポート等の専門チームが組織横断的に適切に対応し、医師・看護師・栄養士など多職種の参加により、病態に応じた食事摂取のための工夫と指導が行われており適切である。症状などの緩和はマニュアルに沿って適切に

実施され、非がん患者の疼痛緩和についてもがん相談支援センターが対応する体制が図られており適切である。

病棟でのリハビリテーションは主治医から必要性を説明し、療法士の実施計画に基づき安全に実施されている。安全確保のための身体抑制は、医療安全マニュアルに基づき、おおむね適切に実施されている。

患者・家族への退院支援については、地域医療連携室の入退院支援センターや病棟看護師が連携して適切に実施されている。また、必要な患者に対する退院後の継続した診療・ケアは担当者会議やカンファレンスで検討され、家屋調査が必要な場合は家族を含めて多職種で訪問するなど、退院後の課題解決に向け実践的に取り組んでいる。ターミナルステージへの対応では、主治医によりターミナルステージの判定が行われ患者・家族への説明とともに、必要時には緩和ケア認定看護師や緩和ケアチームが関与している。また、家族と過ごせる病室環境を整備し、エンゼルケアにも家族の希望を取り入れるなど、家族への配慮が行き届いており適切である。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では薬剤師 19 名を擁し、うち 9 名を病棟薬剤師として常駐配置している。疑義照会、処方・調剤鑑査等が手順に沿って適切に実施されている。持参薬の鑑別管理および薬剤情報の発信も適切である。臨床検査部門では検体検査、微生物検査、生理検査、輸血関係検査・管理の各業務が適切に実施されている。内部精度管理とともに外部精度管理のサーベイにも参加し異常値、パニック値の医師への報告連絡体制も構築されている。画像診断部門は専従放射線診断専門医師 3 名、専従診療放射線技師 18 名が 365 日 24 時間体制で検査を実施している。画像診断医の読影率は 100% であり、読影結果報告の確認チェックも電子カルテ上で可能なシステムである。

栄養管理部門は、調理から配膳までの業務が十分なスペースと衛生的な環境で安全に実施され、朝夕の選択食に加え、行事食も工夫して提供されている。嗜好調査や残食調査により献立改善に努めるなど、快適で美味しい食事提供に努めており適切である。リハビリテーション部門では地域包括ケア病棟の機能が加わり体制が強化された。今後は療法士 1 人当たりの単位数の増加とリハビリテーションの連続性の確保の観点から 365 日対応への検討を期待したい。

診療情報管理機能は、電子カルテによる診療情報の一元管理や活用を前提としたコーディング、がん登録などが取り組まれており適切である。医療機器管理部門は臨床工学技士 10 名が 24 時間体制で担当し、医療機器の中央管理と点検整備を行っている。点検や貸し出しの履歴を ME システムで一元管理し、必要な医療機器が適時かつ安全に使用できる環境を整えている。少人数の体制でありながらも各職員が各種の専門資格を取得し業務の質を高めるなど、職員の専門教育体制、医療機器の安全使用についての意識は秀でており、高く評価できる。

洗浄・滅菌は一次洗浄を中央化し、洗浄・滅菌から供給までの一連の業務が安全に配慮して実施されており適切である。病理診断部門には病理医 1 名が在籍し、細胞診スクリーナーと協働して業務に当たっている。診断困難例は大学医学部病理部

門との連携が確立しており、外部サーベイに参加して診断精度の向上に努めるなど適切に機能が発揮されている。

放射線治療は専門医資格を有する放射線治療医 2 名と医学物理士 3 名、放射線治療品質管理士 2 名など充実した体制で行われている。治療計画の作成、シミュレーションの実施、計画線量の確認、照射設定の確認などの一連の行為が安全、確実に実施されており適切である。輸血・血液管理部門は臨床検査部が対応し、認定輸血検査技師の専任配置とともに責任医師も明確にされている。

手術・麻酔部門は、麻酔科医を数多く配置し管理・責任体制が確立している。また、安全管理や各種の記録類の整備と医療機器や危険薬剤等の管理も適切に行われている。集中治療機能として ICU、HCU（CCU）、SCU、ECU の各施設が整備されている。入室後の主治医が明確にされ、日勤帯、夜勤帯での当直体制が定められている。また、当直医が離室する場合も診療体制が継続するシステムが整備されている。各種医療機器の整備、薬剤の配備等も適切に行われるなど集中治療機能は適切である。救急医療部門は、「365 日 24 時間断らない」をモットーに救急外来を行っている。医師会急病センターの支援医師と協働し医師体制を整え、各診療科とのオンコール体制を整備するなど、受け入れ体制が確立している。救急応需不能例の全例を救急委員会で検討するなど、救急医療機能は適切に発揮されている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は地方独立行政法人会計基準に基づき適切に処理されている。新たな方針と管理体制のもとで実質的な経営到達は改善している。医事業務は各業務のマニュアルに則り適切に実施されている。業務委託は契約や業務内容を適切に管理し、定期的見直しを行っている。

施設・設備管理では病院機能に必要な施設・設備を整備し、施設管理課を責任部署にした日常点検と保守点検が年次計画に沿って適切に行われている。また、院内の清掃・清潔管理の状況も良好で、廃棄物の処理過程および保管・管理の状況も適切である。物品管理においては、ディスプレイ製品の再利用における安全使用のための院内統一ルール策定と再利用の在り方についての検討が望まれる。

災害時の対応では、大規模災害や火災時の責任・対応体制を定め年 2 回の防火避難・防災訓練を実施している。停電時の備えも整備されており災害時の対応体制は適切である。院内の保安業務では総務人事課の責任により、警備員の配置と防犯カメラ等の設置、敷地内巡視を行っている。また、院内暴力などへの対応には、他部門との連携体制も構築されている。

医療事故等への対応体制は、発生時の速やかな報告と緊急対応の手順を定め、原因究明と再発防止を検討するための事故調査委員会の設置が定められている。また、2018 年から医療メディエーションセンターを設置し、緊急時の対応体制をさらに整えるなど医療事故等への対応体制は適切である。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習は医師、看護師、薬剤師、検査技師、リハビリ療法士、栄養士、事務など年間約 200 名の学生を受け入れている。実習受け入れにあたっては、実習委託契約を締結し守秘義務、損害賠償など必要な事項を明確にしている。また、実習開始時には病院の方針や注意事項、医療安全、感染、個人情報保護などの内容を含めた教育を行うとともに、事前に対応患者への説明と了解を得るなど学生実習は適切に実施されている。



# 1 患者中心の医療の推進

## 評価判定結果

1.1	患者の意思を尊重した医療	
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	B
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	A
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	B
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	A
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	B
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	B
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	A
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	B

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

## 2 良質な医療の実践 1

### 評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	A
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	A
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	B
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	B
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A
2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	A
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	S
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

### 3 良質な医療の実践 2

#### 評価判定結果

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

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 評価判定結果

4.1	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	A
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	B
4.2	人事・労務管理	
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	A
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A
4.3	教育・研修	
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A
4.4	経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

4.5	施設・設備管理	
4.5.1	施設・設備を適切に管理している	A
4.5.2	物品管理を適切に行っている	B
4.6	病院の危機管理	
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	A
4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

年間データ取得期間： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2018 年 4 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：長野市民病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：地方独立行政法人

I-1-4 所在地：長野県長野市大字富竹1333-1

## 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	400	385	-9	89.6	11.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	400	385	-9		

## 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	+10
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	8	-4
脳卒中ケアユニット (SCU)	12	+6
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	17	+0
小児入院医療管理料病床	10	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	43	+43
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床		
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, がん診療連携拠点病院(地域), DPC対象病院(Ⅲ群)

## I-1-8 臨床研修

### I-1-8-1 臨床研修病院の区分

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

### I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無 ☒ 1) いる 医科 1年目： 8 人 2年目： 5 人 歯科： 1 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