

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 7 月 27 日～7 月 28 日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院 1	認定
------	--------	----

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、1927 年に大町町営病院として開設され、1954 年に市立大町病院となり、以後、地域に密着した医療の実践を続け、地域住民の頼れる存在として地域医療に貢献されてきた。現在は 21 の診療科を持ち、日常の診療活動に取り組まれている。2018 年度から 2021 年度を期間とする「経営健全化計画」策定のもと、早期の経営健全化に向けた取り組みをすすめ、新型コロナウイルス感染症へ対応しながら予定通りに経営改善をすすめられた。現在は、計画通りに「経営強化プラン」へ着手する段階となり、将来のビジョンを軸に置き地域医療の実践に向けて健全な病院運営を目指している。高齢化社会を見据え、急性期から地域包括、療養病床への対応など幅広く対応する病院として暖かく誠実な医療の実践に努めている。地域のニーズに沿った総合病院として、医師をはじめとした医療スタッフの確保、安全・安心な療養環境の整備などの構想を基本方針に掲げており、その実践とともにさらなる発展を期待したい。

今回の病院機能評価は更新受審であり、院長をはじめ職員が一丸となり継続的な改善活動が各部署で展開されていた。今後、各項目の評価内容や評価所見を参考にさらなる改善活動に取り組み、外来・入院における医療の提供とともに、地域住民のニーズに応えるために貢献・発展されることを期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は病院の機能に準じた内容で確立し周知され、見直しなども必要に応じて検討されている。病院管理者・幹部は、各責任分野の課題を把握し解決に向け取り組んでおり、リーダーシップが適切に発揮されている。職員の労働意欲を高める組織運営では、資格取得の奨励や積極的な教育・研修への参加、節目ごとの目標に対する振り返りなど様々な取り組みが積極的に展開されている。病院として

将来像を掲げ、中期的な方向性を職員に周知している。意思決定会議の開催や組織内の情報伝達など、効果的・計画的な組織運営が行われている。文書管理の規程、保管、保存、廃棄の仕組み、改訂履歴の管理や運用が整備されている。

病院として必要な人材は確保されている。職員の意見や要望は、定期的な職員満足度調査とともに院長との意見交換が仕組みとして確立しており、働きやすい職場となるよう努めている。継続的に就労可能な労務管理が実践され、健康診断の実施や精神的なサポートなど職員の安全衛生についても整備されている。職員への教育・研修では、必要性の高い研修などが企画され、病院として職員教育や研修など適切に整備されている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化して周知に努め、セカンドオピニオンや診療録の開示も明文化され、患者の権利について適切に遵守されている。説明と同意に関する方針、手順、対応について明文化され適切に行われている。患者への情報提供や医療への参加促進では、外来および病棟において様々な媒体を使用し患者の療養に役立つ情報提供が適切に行われている。患者相談窓口として医療社会事業部のもと地域医療福祉連携室と医療相談室において、多様な相談に対応している。様々な患者サポート体制が確立しており、患者・利用者の視点で各種相談に応えている。個人情報保護に関する規程、体制や個人情報の取り出し基準などが整備されている。倫理的課題に関しては、現場で解決困難な事例は倫理委員会で検討されている。

市民バスなどの交通アクセスの整備、駐車場の設置、生活延長上のサービスの提供等、患者・面会者の利便性・快適性に配慮している。必要な場所に手摺りが設置され、院内はバリアフリー対応である。診療・ケアに必要なスペースが確保され、快適性や癒しの対応がされているなど、療養生活に必要な情報提供も含めて適切である。

### 4. 医療の質

患者・家族からの意見や相談に対して、意見箱の設置や患者満足度調査などが実施されている。患者・家族へは、外来と病棟の掲示板での回答や必要に応じて投書者に返信している。診療の質の向上に向けた活動では、多職種参加による症例検討会やカンファレンスが開催され、診療は学会等の診療ガイドラインに沿って行われている。臨床指標については、指標の選定や公表、他院との比較など診療の質改善に向けた活動にも期待したい。また、クリニカルパスについては、さらなる作成と活用を期待したい。各部署がBSCシートに基づく業務改善計画を立案・発表し、院内全体で取りまとめて目標と成果を共有する仕組みを開始している。

診療・ケアの管理・責任体制は明確である。診療記録は適時に記載されており、質的点検の体制について整備されている。院内には、多職種で構成された褥瘡対策チーム、NST、ICT、緩和ケアチーム、高齢者・認知症サポートケアチームなどがあり、患者の診療・ケアを行っている。

## 5. 医療安全

医療安全部の管轄のもと医療安全管理室が設置され、専従の医療安全管理者が配置されている。医療安全管理委員会、リスクマネージャー会が定期的開催されている。医療事故防止マニュアルが整備され、毎年の見直しと必要時の改訂もなされている。院内のインシデント・アクシデント報告の分析・検討、再発防止策の作成なども適切に行われている。

検査・治療の部位、検体の誤認防止対策は適切に実施されているが、患者確認に関しては全部門・部署において院内で定められた確認方法を実施することを期待したい。医師の指示出しや看護師による指示受けなどは、確実かつ安全に行われており記録も含めて適切である。注射用の向精神薬の管理について、より安全な薬剤管理の徹底とさらなる薬剤師の関与が望まれる。転倒・転落防止対策では、リスク評価に基づき看護計画が立案され、転倒・転落発生時の手順が明文化されている。医療機器のマニュアルを整備し、安全使用や点検について明文化している。臨床工学技士は毎日ラウンドし、使用中の人工呼吸器などの作動点検・設定条件・アラーム設定を確認している。院内救急コードが設定され、職員に周知されている。BLS 訓練は全職員を対象とし、毎年訓練している。

## 6. 医療関連感染制御

院長直下に感染対策部の感染対策管理室を設置して ICD および ICN を配置し、院内の感染制御活動に取り組んでいる。また、感染対策委員会で専門的な議論を行うだけでなく、ICC ラウンドを行い医療現場の現状を把握している。医療関連感染制御に関するマニュアルが整備され適宜改定されており、アウトブレイクの定義や対応方法なども記載されている。院内での感染発生状況、デバイスサーベイランスなど、収集したデータの分析と検討が適切に行われている。抗菌薬の使用状況や培養結果を確認し、必要に応じて医師にフィードバックする仕組みがあり、抗菌薬適正使用の指針も含めて体制は整備されている。

医療関連感染制御のための活動については、マニュアルに基づいた標準予防策が行われており、毎週の ICT ラウンドで手指消毒の徹底を呼びかけている。病棟における感染性廃棄物の取り扱いについては、マニュアルを遵守することを期待したい。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報委員会が中心となり、情報発信が一元管理されている。医療・保健・福祉事業について、病院パンフレットや入院案内、院内掲示、ホームページ、地域に密着したメディアの活用などで情報を提供している。患者・利用者向けに広報誌が発行され、地域医療機関や施設などを対象として年報も作成されている。地域の病院としての活動を患者・利用者へ広げるための工夫がなされている。地域の医療関連施設等との連携では、病院主催の会議や地域ケア会議への参加など、情報の収集や発信が積極的に行われている。地域に向けた教育・啓発活動では、新型コロナウイルス感染症に関する予防や対応など、患者・利用者のための学習会が実施されてお

り、Webでの地域への健康増進に寄与した学習会などにも取り組んでいる。各種検診、予防接種、企業の健康診断、産業医の活動なども含め、地域に向けた教育・啓発活動が実践されている。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診・再来患者、紹介患者など円滑に診察が受けられる仕組みが確立している。初診時の患者情報の収集は、外来看護師の問診を踏まえて担当医が非常に適切に行っている。大北地域入退院時支援ルールに沿って、病病・病診などの連携を行っている。地域における貴院の役割・機能を明確にした地域連携は適切に図られている。患者・家族からの医療相談への対応では、患者相談窓口が設置されており、相談内容に応じて地域医療福祉連携室の社会福祉士や看護師が対応している。入院が決定すると、外来看護師が入退院支援看護師と連携して患者・家族に説明し、患者の状態を把握して不安や患者の意向に沿うよう努めている。医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、管理栄養士、事務職員等の多職種が協働して、チーム医療による適切な診療・ケアを実践している。各部署の体制はおおむね適切に整備されており、手順等を遵守して診療・ケアを実践している。診断・評価に基づく診療計画の作成、医師や看護師による病棟業務の実施、褥瘡の予防と治療、栄養管理と食事に関する対応、安全確保のための身体抑制、患者・家族への退院支援や退院後の継続した診療とケアの実施などが適切に行われている。診断的検査の実施では、鎮静薬使用時の同意書への明記などについて検討を期待したい。薬剤師による服薬指導や薬歴管理は充実した体制のもとで積極的に行われている。症状などの緩和では、疼痛の把握や評価方法が整備され、麻薬の使用についてもガイドラインに基づき実施されている。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を尊重し適切に行われている。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

良質な医療を構成する機能について、病院の規模や地域の需要に見合った体制が整備されている。部門ごとに責任体制、管理体制などが整備され、機能は適切に発揮されている。個々の機能としては、薬剤管理機能、臨床検査機能、画像診断機能、栄養管理機能、リハビリテーション機能、診療情報管理機能、医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能、病理診断機能、輸血・血液管理機能、手術・麻酔機能、救急医療機能など、各部門がそれぞれ効率的に運営し、必要な業務が遂行されている。特に、大北地域広域の二次救急告知病院として、断らないことを基本とした救急医療を実行するという病院の役割に沿い、積極的に救急車を受け入れている。また、薬剤科では全病棟に担当薬剤師を配置して全入院例の持参薬管理を行っており、薬事委員会での審議による採用品目数の適正化にも努めている。臨床検査機能においては、精度管理の徹底や質の向上に向けた職員の資格取得などを積極的に奨励し業務や現場の管理にも活かしている。画像診断機能では、機能に見合った検査を適切に提供しており、緊急・至急検査なども柔軟に対応できる体制が整っている。病理診断機能や輸血・血液管理機能では、臨床検査科の一部門が担当しており委員会で

の検討など適切に機能が発揮されている。リハビリテーション科は、急性期の QOL 改善、維持期の ADL 維持という明確な目標を掲げて取り組んでいる。

## 10. 組織・施設の管理

予算管理体制が整備され、会計処理に関する監査も実施されている。経営会議で経営報告と分析・評価がなされ、運営会議で各部門に周知している。受付・収納業務、未収金の管理など医事業務は適切であり、医師の関与のもとレセプト点検、査定・返戻の対応が行われている。業務委託では、業務の質や効率性、費用対効果を検討したうえで決定され、評価も含めて適切に行われている。

主要な施設・設備の日常点検や年次保守計画に基づく保守管理と緊急時の体制は整備され、院内の清掃および感染性廃棄物の取り扱いや管理などは適切に行われている。病院敷地内は禁煙であり、ポスターや禁煙外来により患者や職員への啓発が行われている。災害時の対応として、緊急時の責任体制、火災時の対応が整備され、災害訓練なども適切に行われている。災害用の物品や食料品・飲料水・医薬品は患者・職員分が備蓄されている。保安業務については、緊急時の対応や応援体制などが確立しており、全部門に周知している。入院患者への面会や病棟への出入りに関してチェック機能があり、入院患者の安全が確保されている。

## 11. 臨床研修、学生実習

学生実習は、医学生、看護学生、療法士、薬剤師などの分野で専門学校の学生を中心に継続的に受け入れが行われている。直近の2年間は新型コロナウイルス感染症の影響があり規模を縮小しているが、特に看護部門とリハビリテーション部門では臨地実習指導者養成講習を修了した指導者が指導にあたり、院内で統一された臨地実習マニュアルが整備されている。各部署での実習はカリキュラムに沿った内容で実施され、評価も適切である。守秘義務や、実習前に実施する医療安全や感染管理に関する研修、実習中の事故等に対応する内容も確認されている。研修医については、臨床研修管理委員会での管理となり、臨床研修プログラムに沿って研修が実施されている。

# 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	A
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	A
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	A
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	A
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	S
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	B
1.6.4	受動喫煙を防止している	A

## 2 良質な医療の実践 1

### 評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	A
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	B
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	B
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	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	A
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A
2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	A
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	B
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A



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

### 3 良質な医療の実践 2

#### 評価判定結果

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

## 4 理念達成に向けた組織運営

### 評価判定結果

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

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

年間データ取得期間： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 2 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 市立大町総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 長野県大町市大町3130

### 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	147	147	+0	78.7	14.8
療養病床	48	48	+0	87.5	285.2
医療保険適用	48	48	+0	87.5	285.2
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	4	4	+0	69.4	15.2
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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	29	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	48	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

### I-1-7 病院の役割・機能等

災害拠点病院(地域), へき地拠点病院, DPC対象病院(Ⅲ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 診療科目・医師数および患者数

## I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

[illegible]

## I-2-2 年度推移

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	350.60	381.48	383.76	91.91	99.41
1日あたり外来初診患者数	29.44	37.84	38.73	77.80	97.70
新患率	8.40	9.92	10.09		
1日あたり入院患者数	152.76	165.02	164.70	92.57	100.19
1日あたり新入院患者数	7.61	9.82	9.39	77.49	104.58