

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」及び副機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 6 月 12 日～6 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 3 | 条件付認定（6 ヶ月） |
| 機能種別 | 精神科病院（副） | 条件付認定（6 ヶ月） |

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
 1. 紹介状に対する医師からの初回および退院時の返書の状況を継続的にモニタリングし、速やかに 100%返書するよう取り組んでください。（1. 2. 2）
 2. 臨床指標等を用いた質改善につき、整備した体制の下、改善活動を具体的に進めて成果を評価するなど、定常的・継続的に取り組んでください。（1. 5. 2）
 3. 高難度新規医療技術担当部門等による実施後の定期的なモニタリングを定常的に実施するよう取り組んでください。（1. 5. 4）
 4. カルテに異なる意味を持つ同一の略語がしようされないよう、院内で使用する略語の整理に取り組んでください。（2. 1. 2）
- ・機能種別 精神科病院（副）

該当する項目はありません。

1. 病院の特色

特定機能病院、高度救命救急センター、都道府県がん診療連携拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センターなど 25 有余の指定を受けている 3 次医療圏の中核的な病院である。特定機能病院として高度な医療の提供のほか、教育・研究機能を有し、優れた医療人の育成や未来の医学・医療の創造を基本方針の一部に組み入れている。病院機能評価は継続して受審しており、第三者評価の指摘への対応などを通じて、病院運営の改善の努力を継続している。今回の審査の総括コメントをカテゴリー別に以下に述べるが、詳細な報告書と併せて、貴院のこれからの発展に少しでも役立てば幸甚である。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が設定され、しっかりした病院の将来構想コンセプトが作成されている。病院長の選考は適切であるが、病院の適切な運用に資する人事権のあり方については検討の余地がある。病院の年次事業計画や部門・部署の目標管理の実効性を高める努力を期待したい。サイバーセキュリティ対策として、多層防御システムを構築している。総務課は文書管理ファイル管理簿を基に一元的な管理を行っている。必要な人材の確保には継続して努力されている。時間外労働時間の削減や有給休暇取得率の向上に向けた具体的な取り組みが望まれる。院内でのホルマリン管理は病理検査室で一元的に管理するように改善が図られている。職員の意見は、所属長の面接や病院長との定期的な懇談会などで把握している。全職員を対象とした教育研修計画が具体的に立案されている。看護師、医療技術者などのキャリアパスの整備や、専門・認定資格の支援を行っている。専門職種に対応した初期研修プログラムを整備している。研修医のフルマッチを目指したい。学生実習オリエンテーションのマニュアルが整備され、各職種により受け入れ時の導入教育が標準的に実施されるように改善されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は定期的に見直され、小児の権利が新たに明文化され擁護に努めている。説明と同意に関する基準はあり、説明書は病院で確認・承認して使用している。各種パンフレット、カンファレンス、ACPの取り組み等、あらゆる方法と機会を活用し、医療への患者参加を促進している。患者サポートセンターを設置し、患者家族からの様々な相談に対応している。また、虐待防止に努めている。個人情報保護方針を定め、職員や患者・家族への周知に努めている。患者情報を持ち出す際の運用管理規程を定めている。臨床倫理課題に対して、新設された臨床倫理検討部会での組織的、継続的な取り組みの発展が期待される。日常診療において倫理的な課題が生じやすいさまざまな事案に対して、看護部が中心に検討を行っている。来院時のアクセスをはじめ、入院生活や高齢者、障害者への安全性・利便性・快適性に配慮している。病室や処置室は診療・ケアに必要なスペースが確保され、トイレ、浴室に段差などはなく、ナースコール設置も適切である。健康増進のために敷地内全面禁煙とし、患者や職員の喫煙率低下に努めるなど禁煙の教育・啓発活動に取り組んでいる。

4. 医療の質

QM委員会の下部に目標管理部会を設置し、質改善活動を組織的にサポートし、改善のPDCAを確立することを目指している。目標管理部会の今後の活動に期待したい。クリニカルパス運用の仕組みはある。患者・家族からのご意見は、各種相談窓口やご意見箱、患者満足度調査を通じて収集し検討の後、回答を患者へフィードバックしている。研究は手順に則り適正に行われている。高難度新規医療技術や未承認新規医薬品等の導入のプロセスも整備され適切な状況である。一方、導入後のモニタリングについては強化することが求められる。病棟の入り口に、部門責任者

名を提示している。病棟責任者の役割、主治医不在時の体制確保等、診療・ケアの管理・責任体制は明確である。カルテ記載に略語は使用しないという原則ではあるが、現時点では略語は散見される。また一つの略語で複数の専門用語に対応している略語は、診療科内では整理されているが、病院全体としては対策が必要である。多職種で構成した多くの専門チームが定期的な回診、依頼時等に活動している。診療科間、患者サポートセンターにおいても、恒常的に多職種が協働し、ケアを提供している。

5. 医療安全

医療安全管理室は医療安全管責任者（副病院長）を室長とし、専従医師・看護師・薬剤師を擁している。関連する会議・委員会も機能し体制は確立している。インシデントレポート、死亡事例の報告等、医療安全に係る情報を適切に収集・利活用し、対策の立案に繋げている。医療事故発生時の対応手順を明記し確実に周知している。再発防止策の検討等も適切に実施し、訴訟対策・損保への加入等、職員の擁護状況も良好である。患者・部位等の誤認防止対策は実施されている。新生児や入院時のリストバンド装着手順、内視鏡室での検体ラベル貼付手順等については適切に見直しがなされている。口頭指示は確認用紙を用いて記録され、復唱も確実に行われている。実施後に指示医師は可及的早期にカルテに入力し用紙にも署名を行う。入院時転倒・転落アセスメントを行い、リスクに応じた防止策立案と定期的な見直しがなされている。医療機器は、使用手順やチェックリストに基づいて使用・管理が行われ、使用者への必要な教育が行われている。緊急コードと RRS が設定され機能している。

6. 医療関連感染制御

ICT/AST ラウンドは毎週実施されており、情報の収集や現場の確認を行っている。リンクスタッフ会議を組織しており、現場の効率的な感染対策を支援する体制を構築している。また松本広域感染対策合同会議を開催するなど地域における重要な役割を担っている。医療器具関連感染サーベイランスは、CLABSI・CAUTI・VAEを全病棟で実施している。SSI については対象となる全症例を網羅する体制に変更して実施している。今後のデータの蓄積・分析・対応による発生率の低減が期待される。感染制御に関するマニュアルに基づき手指衛生や個人防護具の使用など実践されている。環境ラウンドを行い課題がある場合は部署へフィードバックされている。感染性の寝具類の管理や医療廃棄物の分別廃棄は適切である。培養結果を前提としたデ・エスカレーションの促進には、先ず適切な培養検査の実施が求められる。培養検査の実施率向上について、定期的な院内への周知、培養実施率の低い診療科への個別の働きかけに加え、検体採取のタスクシフトによる改善が進められ、効果を上げている。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けた情報発信は、病院年報やホームページ、広報誌、市民公開講座など

を活用し、必要な情報を市民や県民へ広く周知するよう努めている。また、ホームページを活用し、「病院概要」や「診療のご案内」「診療科一覧」を掲載するなど必要な情報をわかりやすく発信しているが、スタッフの専門資格や診療実績の掲載を充実させると良い。地域医療連携室を中心に、各種会議や地域の医療機関の訪問を通じて、地域の医療機能やニーズを把握するために、顔の見える連携に取り組み信頼関係の構築に努めている。地域医療連携ネットワーク「信州メディカルネットワーク」を活用し患者情報を共有している。今後、紹介状の返書に関する運用ルールを再確認し、返書を徹底することが望まれる。患者・市民・県民を対象に、市民公開講座や相談会・教室などを開催し、わかりやすい内容で地域へ発信している。地域医療機関を対象とした研修会や症例検討会を開催し、連携の強化や地域医療の貢献に努めている。また、学生や医療者向けに社会問題や医療現場を楽しみながら学べるアプリゲームを開発し公開するなど教育・啓発活動に力を入れている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者が受診するために必要な情報をわかりやすく発信している。外来での侵襲的な検査では、帰宅の最終判断は医師が行っている。診断的検査は確実・安全に実施されている。入院の決定は上級医の判断やカンファレンスで検討するなど適切に行われている。初期評価記録は適切に記載されており、入院診療計画書も多職種で作成されている。患者サポートセンター等で多岐にわたる相談内容に応じている。円滑な入院に向けて入院前から支援が行われているが、全患者への拡大が望まれる。医師は多職種と情報共有し、病棟業務を適切に行っている。看護師の病棟業務は管理基準や手順に基づき行われている。患者認証システムを活用し投薬・注射の確実・安全な実施に努めている。血液製剤の確認や投与開始から終了するまでの記録など適切に実施されている。手術・麻酔の適応、説明と同意や麻酔科による訪問等、搬送や術後ケアについても適切に実施されている。ICU等多種類のケアユニットでは、多職種が連携し、適切に重症患者の管理が行われている。褥瘡リスク評価を行い必要なケアが実施されている。管理栄養士は栄養管理計画書や摂食状況モニタリングで、適切な食事支援を行っている。苦痛症状を把握し多職種で症状緩和を図っている。リスク評価も含めてリハビリ総合実施計画書が作成されている。小児に関する抑制基準の明確化と最小化に向けたアセスメントの強化が図られ、新たに説明同意書が整備されている。退院支援スクリーニングから退院前カンファレンスの開催など、適切な支援が行われている。退院後の診療・ケアについては、情報シートや地域との連携を活用し、継続性を保っている。終末期について多職種で判断し対応が行われている。

副機能（精神科）

「特定機能病院入院基本料精神病棟 7 : 1」の 32 床の病棟で、主に急性期医療を広域に行う大規模大学附属病院の中での精神科病棟であり、地域において精神科急性期、児童・思春期治療に貢献している。精神科病棟においては、適切な人員配置と治療空間などを確保し、精神保健指定医、看護師、公認心理師、精神保健福祉士

が適切に配置され、薬剤師、管理栄養士等の多職種が協働して退院をゴールとした診療を行っている。外来では精神科急性期・児童・思春期精神科外来がある。診療は予約制で来院した患者が円滑に診察が行えるとともに診断的検査が適切に実施されている。精神保健福祉法を遵守した任意入院、医療保護入院、措置入院の患者管理については、精神保健指定医の関与により適切に行われている。患者・家族からの医療相談等は、病棟専従の精神保健福祉士が適切に対応している。医師や看護師による病棟業務は適切に実施し、投薬・注射は 6R 活動を通じ、誤認のない安全な対応に努めている。登録の必要な薬剤（コンサータ等）やクロザピン、LAI についても適切に対応されている。プライマリーナーシングを効果的に実施し、精神科看護の質を高めている。栄養管理や食事指導の実施などは医療チームによる対応が定期的になされ適切である。症状緩和については、各種精神薬の副作用の確認に対しての DIEPSS（薬原性錐体外路症状評価尺度）などのツールを活用し、錐体外路症状（EPS）などとともに副作用が早期発見ができるよう構築されている。精神科作業療法が定期的実施され日常生活動作（ADL）の向上に努めている。行動制限は、マニュアルを整備し、隔離の実施や身体拘束については精神保健福祉法を遵守し、適切に実施されている。隔離室は、24 時間モニターで管理されており、入室時にカメラ使用について説明と同意が実施され記録されている。患者への継続した診療・ケアについても対応部署との連携が図られ、適切に実施されている。精神科ケアの継続に関しては、外来精神科作業療法や精神科デイケアのリワークプログラムが提供され、地域での患者支援が継続されている。今後とも質の高い児童・思春期精神科治療における診療・ケアの充実と質の向上、地域における貢献などの継続に期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師の勤務シフトを調整し、定時以降の注射薬の 1 施用払い出しにも対応しており適切である。臨床検査機能は、安全や正確性に配慮し、休日・夜間対応を含め適切に発揮されている。画像検査の待ち日数、読影率やレポート未開封率は継続して努力し改善が図られている。臨床栄養部では、美味しい食事の提供と患者の栄養管理に努めている。多職種回診を入院早期から実施し早期リハに繋げ、家族も含め退院後の生活をイメージした訓練が行われている。診療記録は一元的に管理されている。診療記録の量的点検項目の見直しが望まれる。臨床工学部は、医療機器の管理、臨床における高い専門性の発揮のみならず、医療機器統括管理室として経営面にも貢献しており高く評価できる。洗浄・滅菌業務は中央化されており各種の質評価も適正に実施されている。SUD 製品の再利用は行っていない。病理診断機能は安全な手順に基づき適切に行われている。放射線治療医と専門技師はチェックシートを用いて適宜修正を行いつつ適切な照射の治療計画を立案している。専従医師のもと、休日時間外も含め、輸血医療は適切に行われている。手術・麻酔機能は手順が確立され、適切な環境で安全に実施されている。集中治療機能は医師の配置、多職種の関わりを含め、情報共有がなされ適切に行われている。救急医療機能は体制が

構築され、救急車等への対応、緊急入院の体制を含め適切である。

10. 組織・施設の管理

予算および財務諸表の作成は、手順および会計処理の基準を明確にしている。会計監査を実施している。収支分析を継続し、更なる経営改善活動を期待する。医事課は、収納業務の効率化や未収金の回収に努め、適正な保険請求業務および施設基準の遵守、経営分析に取り組んでいる。業務委託は、委託化の検討や選定方法は明確であり、導入後の業務内容や質についても確認している。また委託業務従事者に対する必要な研修を実施している。病院機能に見合った施設・設備が整備され、中長期修繕計画のもと、エレベーターの新規更新や全病棟の改装など、建物・設備の計画的な修繕を行っている。各種物品等の購入は、透明性や公平性を確保するための手順を明確にし、購買管理体制を整備している。物品管理は SPD 方式を採用している。病院のリスクや脅威を想定した危機対応方針と体制を整備し、BCP に基づいた対策本部の設置・稼働や多数傷病者受け入れ訓練を実施している。保安警備業務は警務員室が 24 時間 365 日対応しており、昼間は警察 OB が勤務している。緊急時および夜間・休日の連絡・応援体制も整備している。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

| | | |
|-------|---------------------------------------|---|
| 1.1 | 患者の意思を尊重した医療 | |
| 1.1.1 | 患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている | A |
| 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 | 患者の個人情報適切に取り扱っている | 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 | B |
| 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 | C |
| 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 |
| 1.3.3 | 医療事故等に適切に対応している | A |
| 1.4 | 医療関連感染制御に向けた取り組み | |
| 1.4.1 | 医療関連感染制御に向けた体制が確立している | A |
| 1.4.2 | 医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている | B |
| 1.5 | 継続的質改善のための取り組み | |
| 1.5.1 | 業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる | B |

| | | |
|-------|---|---|
| 1.5.2 | 診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる | C |
| 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 |
| 1.5.4 | 倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している | C |
| 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 |
| 1.6.2 | 療養環境を整備している | A |
| 1.6.3 | 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 | C |
| 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 | B |
| 2.1.9 | 医療関連感染を制御するための活動を実践している | A |
| 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 | A |
| 2.2.7 | 患者が円滑に入院できる | B |

| | | |
|--------|-------------------------|---|
| 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 | B |
| 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 | 栄養管理と食事支援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 | 身体拘束（身体抑制）の最小化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 | B |
| 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 | 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 | 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 | |
| 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 |
| 4.1.2 | 病院運営を適切に行う体制が確立している | B |
| 4.1.3 | 計画的・効果的 な組織運営を行っている | B |
| 4.1.4 | 院内で発生する情報を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 | B |
| 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 | A |
| 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 | B |
| 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 | 購買管理を適切に行っている | A |
| 4.6 | 病院の危機管理 | |
| 4.6.1 | 災害時等の危機管理へ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 |

機能種別：精神科病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

| | | |
|--------|---------------------------------------|----|
| 2.2 | チーム医療による診療・ケアの実践 | |
| 2.2.1 | 来院した患者が円滑に診察を受けることができる | A |
| 2.2.2 | 外来診療を適切に行っている | A |
| 2.2.3 | 診断的検査を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.4 | 任意入院の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.5 | 医療保護入院の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.6 | 措置入院の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.7 | 医療観察法による入院の管理を適切に行っている | NA |
| 2.2.8 | 診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している | A |
| 2.2.9 | 患者・家族からの医療相談に適切に対応している | A |
| 2.2.10 | 患者が円滑に入院できる | A |
| 2.2.11 | 入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している | A |
| 2.2.12 | 医師は病棟業務を適切に行っている | A |
| 2.2.13 | 看護師は病棟業務を適切に行っている | A |
| 2.2.14 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.15 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.16 | 電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている | S |
| 2.2.17 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | A |
| 2.2.18 | 栄養管理と食事支援を適切に行っている | A |
| 2.2.19 | 症状などの緩和を適切に行っている | A |

| | | |
|----------|----------------------------------|---|
| 2. 2. 20 | 急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている | A |
| 2. 2. 21 | 慢性期のリハビリテーションを適切に行っている | A |
| 2. 2. 22 | 隔離を適切に行っている | A |
| 2. 2. 23 | 身体拘束を適切に行っている | A |
| 2. 2. 24 | 患者・家族への退院支援を適切に行っている | A |
| 2. 2. 25 | 必要な患者に継続した診療・ケアを実施している | A |
| 2. 2. 26 | ターミナルステージへの対応を適切に行っている | A |

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 信州大学医学部附属病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院3、精神科病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 国立大学法人
 I-1-4 所在地： 長野県松本市旭3-1-1

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 | 677 | 584 | +0 | 80.1 | 10.6 |
| 療養病床 | | | | | |
| 医療保険適用 | | | | | |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | 40 | 32 | +0 | 73.8 | 33.6 |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 717 | 616 | +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 | 20 | +0 |
| 集中治療管理室 (ICU) | 14 | +0 |
| 冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU) | | |
| ハイケアユニット (HCU) | 14 | +0 |
| 脳卒中ケアユニット (SCU) | | |
| 新生児集中治療管理室 (NICU) | 9 | +0 |
| 周産期集中治療管理室 (MFICU) | | |
| 放射線病室 | 3 | +0 |
| 無菌病室 | 21 | -4 |
| 人工透析 | 15 | +0 |
| 小児入院医療管理料病床 | 23 | -1 |
| 回復期リハビリテーション病床 | | |
| 地域包括ケア病床 | | |
| 特殊疾患入院医療管理料病床 | | |
| 障害者施設等入院基本料算定病床 | | |
| 緩和ケア病床 | | |
| 精神科隔離室 | 12 | +3 |
| 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

特定機能病院, 災害拠点病院(地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(都道府県), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院(大学病院本院群), 地域周産期母子医療センター

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： 14 人 2年目： 3 人 歯科： 4 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 |
| | 2022 | 2021 | 2020 | 2022 | 2021 |
| 1日あたり外来患者数 | 1,429.71 | 1,425.21 | 1,341.53 | 100.32 | 106.24 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 70.81 | 69.02 | 62.18 | 102.59 | 111.00 |
| 新患率 | 4.95 | 4.84 | 4.64 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 471.33 | 521.93 | 536.75 | 90.31 | 97.24 |
| 1日あたり新入院患者数 | 42.81 | 44.56 | 43.27 | 96.07 | 102.98 |