

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、麻酔コーディネーター看護師が介入し、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している。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り、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
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	患者の個人情報を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	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	S
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	A
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

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
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・治療方法や技術を導入している	A
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	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	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	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	S
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	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	A
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	S
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	
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	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
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	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	S
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	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	B
-------	-----------------	---

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：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
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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
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
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
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
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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	S
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
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
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
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

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

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

