

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 6 月 28 日～6 月 29 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 1981 年に発足し、以後増床や診療科の拡大、機器の導入、患者サポートセンターの設置など、病院機能の充実を図り、地域の基幹病院として幅広い医療を提供してきた。また、2020 年には地域包括ケア病棟を増床し、地域連携の推進を図っている。病院運営としては、院長をはじめとする病院幹部の強いリーダーシップのもと、「病院機能再編プロジェクト」を制定し、地域ニーズを踏まえながら組織的に病院機能の向上に取り組んでいる。今後も組織一丸となって病院機能の一層の充実を図り、地域の中心を担う病院として益々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・基本方針は明確にされており、各種媒体による院内外への周知、基本方針の見直しの体制など適切である。病院機能再編プロジェクトが制定され、幹部のリーダーシップの下で進行している。病院の意思決定会議として運営委員会が機能しており、代表者会議を通した情報伝達など組織運営も適切である。情報管理は、情報の可視化に向けたシステム構築など計画的な取り組みがある。文書管理は規程が整ったところであり運用の定着を期待したい。

施設基準上の必要な人員が確保されている。就業規則等の各種規則・規程が整備され、ライフワークに沿った勤務体系の整備など努力している。健康診断受診率は 100%であり、ホルマリンの取り扱いなどを含め安全衛生管理は適切である。人事評価制度や職員満足度調査などにより職員からの意見を収集し、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。教育・研修はビデオ研修や e-ラーニングシステムの活用など適切である。能力評価・能力開発は人事管理・人事評価システムを導入

し、目標管理と連動した運用が開始されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、各種媒体を通して周知に努めている。診療録の開示請求についても積極的に対応している。説明と同意は、同席者の署名欄について検討を期待したい。患者との診療情報の共有はクリニカル・パスなどが活用されている。患者相談の受け入れ体制は確立しており、家庭内暴力疑いへの対応も適切である。個人情報保護は規程の整備や周知など適切であり、診療現場でのプライバシー保護にも配慮している。臨床における倫理的課題および患者・家族がかかえる倫理的課題については適切に対応しており、特に身近な課題については看護部倫理委員会が適切に機能している。

療養環境の整備については、駐車場の確保、案内機能、売店などの生活延長上のサービス、院内のバリアフリー、車椅子等の保守点検、トイレ・浴槽の利用環境、臭気対策などいずれも適切に取り組んでいる。受動喫煙防止に向けて取り組んでおり、職員喫煙率などを含め適切である。

4. 医療の質

質改善への取り組みは、意見箱、患者満足度調査などで患者・家族の意見を聞く体制が整えられている。診療の質向上に向けては症例カンファレンスでの検討や診療ガイドラインの利用、クリニカル・パスの活用が積極的に行われている。「病院機能再編プロジェクト」による取り組みがあり、現状把握や課題解決に向けた改善活動が継続的に行われている。新たな診療・治療方法や技術への取り組みは、診療部内等で協議のうえ導入前に勉強会を開く体制があり、随時倫理委員会での検討も行われている。

診療・ケアの責任者は明確にされ、病棟では担当の薬剤師や管理栄養士なども明示している。診療記録は電子カルテによりマニュアルに従って記載され、退院時サマリーの作成率の向上にも取り組んでいる。なお、診療記録などの質的点検については、さらなる充実を期待したい。多職種による専門チームが活動しており、認定看護師も関与して専門性を発揮している。多職種参加のカンファレンスによる情報共有も適切に行われている。

5. 医療安全

患者の安全確保に向けた取り組みは、医療安全部門として専任のリスクマネージャーをはじめ医薬品安全管理責任者、メディエーター、看護部長など多職種で構成された組織体制が整備されている。アクシデント・インシデント情報の収集、対応も適切に行われ、職員の安全に対する意識向上および事故防止に積極的に取り組んでいる。

誤認防止のルールが定められており、手術室のタイムアウトなど確実に実施されている。情報伝達エラー防止は、やむを得ない場合の口頭指示の対応ルール、緊急指示の対応など適切に取り組まれている。麻薬・向精神薬の管理は適切で、ハイリ

スク薬投与に関する薬剤師から看護師への教育・指導体制が整備されている。転倒・転落防止策は危険度評価に基づく個々の対策が適切に行われている。医療機器は、臨床工学技士と看護師が連携して安全使用に努めている。院内緊急コードを設定するほか、発動手順の周知も行われている。救急カートの点検やBLS訓練も確実に実施されている。

6. 医療関連感染制御

感染制御に向けた取り組みは、院内感染防止対策委員会が設置され、専従のICNを中心としたICTと実働部隊としてのリンクナースが活動しており、院内ラウンドなど適切な体制がある。微生物サーベイランスが実施され、アウトブレイクへの対応手順も整備されている。感染防止対策加算1を取得し、参加病院との連携も図られている。

感染防止対策マニュアルが定められ、必要な場所でのPPEの装着など適切に行われている。抗菌薬についても薬事委員会での検討、ASTの活動、院内感染防止対策委員会との連携、特定抗菌薬の届け出制など適切な運用が図られている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページや病院案内などで詳細に行われている。特に広報誌は年4回の発行があり、近隣医療施設のほか地域全世帯に配付され医療に関する情報を幅広く発信していることは評価できる。「患者サポートセンター」が地域連携業務を適切に遂行しており、オンライン会議等で情報共有も図られている。地域への教育・啓発活動においては、病院の専門職が講師となり要請に応じて開催する「出前講座」が年20回～30回行われるほか、地域の各種集まりへの講師派遣、医療関連施設へのICNの派遣など、その取り組みは秀でており高く評価される。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者には総合案内のボランティアが案内・誘導する体制がある。紹介患者は患者サポートセンターを通して円滑な受け入れを行っている。外来患者のトリアージの体制、侵襲性のある検査の対応、必要に応じた他院への紹介などいずれも適切に行われている。入院は主治医の医学的判断のもと決定され、予定入院は事前の情報収集により柔軟に対応しており適切である。入院診療計画はおおむね適切であるが、医師・看護師以外の職種の関与を期待したい。医療相談は患者サポートセンターで適切に対応されている。

医師・看護師の病棟業務は、回診や患者・家族への説明、情報共有など適切に行われている。投薬・注射、輸血は安全・確実に実施されており、薬剤師の関与、投与時・輸血時の観察、輸血後検査も適切に行われている。周術期の対応は看護師の術前訪問など手順に沿って行われており、重症患者の病床選択、専門チームの関与など適切である。褥瘡対策は全患者のリスク評価が行われ、多職種が関与した褥瘡回診が行われている。栄養管理はNSTによる管理が適切に行われている。症状緩和

は法人内の緩和ケア認定看護師の協力を得る体制があり、麻薬の使用も医師の指示に基づき適切に対応している。

リハビリテーションは電子カルテおよび病棟カンファレンスで情報共有が図られている。身体抑制は行わないことを基本としているが、やむを得ない場合は最小限に留め、きめ細かなチェック体制で評価している。退院支援は入院時から患者サポートセンターが支援しており、退院後の継続した診療・ケアに繋げている。ターミナルステージへの対応は病室環境や面会への配慮、自宅での看取り希望に対する対応など適切であるが、病院としてのターミナルステージの判断プロセスを定めた指針の作成を期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は調剤鑑査、疑義照会の体制、医薬品集の情報共有など適切に行われている。臨床検査は精度管理、異常値・パニック値への対応など適切に取り組まれている。画像診断は誤認防止体制、造影剤投与時の体制、放射線科医師による読影体制など適切である。栄養管理は、適時、適温の体制、嗜好調査の実施とアレルギーなどの個々の患者対応、清潔管理・衛生管理などいずれも適切である。リハビリテーションは注意事項や中止基準を確認し安全に実施されており、3日以上間隔が空かないようシフトが組まれている。診療情報は診療情報管理士によりコーディネート、量的点検など適切に行われている。医療機器は中央管理体制にあり、使用方法や手技についてビデオや写真を使用したマニュアルを作成し、電子カルテ上で閲覧できる取り組みは評価できる。滅菌は各種インディケーターを使用し適切に行われている。

病理検査は外部委託で院内の報告体制は適切である。輸血は検査技師のオンコールにより、休日・夜間も対応している。手術・麻酔管理は、医師による確実な麻酔管理について継続した取り組みを望みたい。救急は水準3の体制であるが、地域ニーズにより輪番制に参加している。救急患者の受け入れ方針・体制も整備され周知されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は毎月運営委員会で経営状況の把握と分析が行われている。医事業務は受付から会計、収納業務までスムーズに行われている。医師のレセプトへの関わり、未収金の管理ルールなど適切である。業務委託は総務課により毎年見直されており、自院の研修への参加もあるなど配慮されている。

施設・設備の点検・管理、感染性廃棄物の処理体制は適切である。また、SPD方式による物品管理も適切に行われている。災害時の対応は大規模災害マニュアル、BCPが整備され、防災訓練も実施されている。災害用食料品・飲料水の備蓄は職員分を含めて対応するとさらに良い。保安業務は総務課管理係による24時間体制が確立している。防犯カメラの設置も行われている。医療事故への対応はマニュアルが整備され、発生時の対応、必要な会議の招集、弁護士参加の仕組みなど適切であり、必要な賠償責任保険も加入している。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習は医学部生、看護師、栄養士、理学療法士、作業療法士と幅広い受け入れがあり、それぞれのカリキュラム調整、受け入れにあたっての初期教育、事故発生時の取り決めなど適切に行われている。

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	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
1.4	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	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	A

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	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	A
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	A
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	B

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	B
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	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	B
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 1 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 国民健康保険 依田窪病院
 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： 長野県小県郡長和町古町2857

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	140	131	+0	68.8	17.7
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	140	131	+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	16	-6
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	88	+49
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

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： 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	213.92	223.27	232.95	95.81	95.84
1日あたり外来初診患者数	18.76	21.19	24.47	88.53	86.60
新患率	8.77	9.49	10.50		
1日あたり入院患者数	90.14	83.99	89.82	107.32	93.51
1日あたり新入院患者数	5.42	5.16	4.64	105.04	111.21