

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1月16日～1月17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

貴院は国保直営辰野病院として開設され、その後結核病床を有しながら56床、86床、100床と増床されている。1960年には、町営辰野病院と名称変更し、1967年には地域の救急医療に対応するため、救急指定病院となっている。町民の要望を受けながら耳鼻咽喉科・眼科・小児科等診療科目を増設、さらに透析センターを開設し、地域、町民の医療、介護を支えている。2012年には、現地に新築移転し、町立辰野病院として新たな歴史がスタートしている。

新公立病院改革ガイドラインに基づき、町立辰野病院改革プランが2017年に策定され、改革プラン達成のため、2019年に院長が病院改善宣言を発表し、病院幹部を中心に病院改善に取り組んでいる状況が見受けられた。ここに訪問審査の結果を報告させていただくが、報告内容を確認、検討し、今後もさらなる医療の安全と質の向上が図られるよう貴院の益々の発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、ホームページ、病院パンフレット、入院案内、院内掲示等で案内され、職員に対しては、職員配布の医療安全マニュアル内に掲載され、周知が図られている。院長、看護部長、事務長は、それぞれの立場で病院の抱える課題を認識して、解決のためにリーダーシップを発揮している。病院運営は、毎月開催の管理者会議で意思決定され、決定事項等は、院内代表者会議・医局会を通じて情報伝達されている。地震リスクに対応したBCPが作成されており、評価できる内容である。診療報酬情報は医事係が、診療録およびコンピューターシステムは、情報管理係が担当して管理されている。貴院の文書管理規程が作成され、庶務

係が文書管理担当となり対応されているが、院内規程、マニュアルの承認の仕組みを明確にし、一元管理する体制を構築されたい。

人員確保としては、医療法、施設基準に対応する人員は確保されており、おおむね適切である。衛生委員会を毎月開催し、職場環境ラウンドが実施され、職員の安全衛生管理はおおむね適切に行われている。人事評価のために個人面談が年3回実施され、各部署長が職員からの意見・要望を聞いている。

職員の教育・研修は、教育委員会が中心となり実施されているが、倫理に関する研修会等の必要性の高い研修の実施を望みたい。職員の能力評価は、人事評価制度の能力評価シート、目標管理シートで個別の能力が確認され、評価されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化されており、多様な手段で院内外へ適切に周知されている。病院案内、入院案内等では、統一した文面で明示されたい。説明と同意は、対象範囲と手順が明確化されており、確実に実施されている。患者と医療者のパートナーシップも明確化されており、双方向の情報共有によって医療への患者参加を促進している。医療連携支援室に社会福祉士3名、退院支援ナース2名、事務1名が配属され、4か所の相談室を利用し、様々な相談に対応されている。病院としての個人情報保護方針が作成され、患者の個人情報・プライバシーは適切に保護されている。倫理的課題に対応する基本方針を定めており、日常的な臨床現場においてはカンファレンスで検討し対応しているが、解決困難な事例では管理者会議で課題を共有して解決が図られている。主要な臨床的課題についての検討経過の記録蓄積、その後の振り返り、対応マニュアル等の整備、職員への教育・研修などの継続的な取り組みが望まれる。

院内全体はバリアフリーが確保され、高齢者等にも配慮した施設・設備となっている。診療・ケアに必要なスペースは十分に確保されており、トイレおよび浴室も清潔が保たれているなど、適切である。敷地内禁煙を明示し、院内掲示、入院案内等で周知が図られている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見を聞くために、院内3か所に「ご意見箱」を設置し、回収した投書に対し、回答文を作成し掲示されている。個人名記載の投書に対しては、個別対応されている。医師を中心とした多職種参加のカンファレンスが週1回開催されている。クリニカル・パスについては、さらなる運用と、具体的な臨床指標を明確にして医療の質の改善を目指す取り組みを望みたい。「接遇対策」「経費節減」「地域連携」「増収」の4つの分野で病院改革プロジェクトを組織し、業務の質の改善の取り組みが行われている。新たな診療・治療方針は医局会議などで論議し、管理者会議で承認して導入しているが、医薬品の保険外使用については、薬事委員会などでの組織的な検討が望まれる。

外来・病棟の管理・責任体制が定められ、診療とケアの管理責任者が患者・家族に明示されている。医師は必要な情報を適時電子カルテに記載しており、特に、患者への説明内容については詳細に記載されており適切である。診療録の質的点検は始まったばかりであり、今後の継続的な取り組みに期待したい。病棟では医師や看護師などが参加する多職種カンファレンスが開催され、NSTや褥瘡対策チームも活動しており、多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制としては、医療安全委員会が設置され、委員会規程、基本方針、医療安全マニュアルが整備されている。医療安全管理者により、医療安全管理業務は適切に管理されている。

患者等の取り違え防止対策として、患者自らの名乗りやリストバンド等の確認のほか、タイムアウト等が確実に実施されている。情報伝達エラー防止では手順に従って機能しており、例外的な口頭指示の場合でも定められた手順を遵守して確実に実施されている。薬剤の安全な使用に向けた対策では、ハイリスク薬や劇薬の表示や管理について改められ、職員への周知徹底が行われた。今後も継続した取り組みが望まれる。転倒・転落対策では、患者が入院時に転倒・転落リスク評価を行い、危険度レベルごとの看護計画を作成し、環境整備や離床センサーなどを活用し実施されている。医療機器の安全使用については、職員採用時に機器研修を実施し、使用中の機器については臨床工学技士が関与し安全に使用されている。患者等の急変時に備えて、全職員対象にBLS研修を定期的で開催している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制としては、院内感染対策委員会、ICTが組織され、定期的で開催されている。感染対策マニュアルは整備されており、おおむね適切である。医療関連感染菌に関する情報の収集だけでなく、その分析、評価の結果を明確にして、医師や看護師などへの周知徹底を期待したい。

手指衛生のため、速乾式手指消毒剤の使用がモニタリングされ、個人防護用具は標準予防策に基づき手順に従って実践されている。感染性廃棄物の容器の設置場所は検討されることを期待したい。抗菌薬の使用に関しては、「抗菌薬の適正使用の院内指針」が整備されているが、今後、定期的な見直しを期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌「辰野病院だより」が年4回発行され、近隣の医療・介護施設および町内全戸に配布されている。病院ホームページは、情報管理係により定期的な更新、内容変更が行われている。辰野病院年報に診療実績を掲載しているが、ホームページや広報誌を利用した診療実績の発信を検討されたい。医療連携支援室に担当者が配置され、地域の中核となる病院および地区の開業医、介護施設等との連携を行っている。医療関連施設からの紹介受け入れ、逆紹介に対しても窓口となり対応されている。

地域住民やグループからの要請に基づき担当講師を派遣する出前講座を開催し、健康に関する啓発活動を積極的に行っている。毎年、辰野病院祭を開催し、患者や地域住民に対して、楽しみながら病院・医療について理解してもらう取り組みを行っている。本格的なドック・健診とは別に、お手軽検査として、自身の健康を手軽に確認できる仕組みも実施されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療科・診療時間等の受診に必要な情報の案内は、ホームページ等に掲示されている。受付ではマニュアルに基づき、初診・再診患者への案内が適切に行われている。外来診療は、医師は丁寧な診療と十分な説明を行っている。看護師は、検査などの説明を行い、糖尿病などの療養指導も行っている。医療連携支援室が窓口となり地域の開業医や介護・福祉施設等からの患者を円滑に受け入れ、紹介元への返書も確実に行われている。

造影CT、内視鏡検査、MRI検査などの侵襲を伴う検査に対しては、その必要性とリスクを十分に説明し同意を得て実施している。多職種によるカンファレンスで患者の病態等が把握され、患者・家族のニーズおよび病態に対応可能な施設が紹介されている。入院の判断は外来医が行うが、入院後の病棟カンファレンスでその入院の妥当性などが評価され、治療方針なども確認されている。入院時に、医師・看護師・管理栄養士が中心となり入院診療計画書を作成し、患者・家族に説明し同意を得ている。医療相談機能は、担当者により適切に対応されている。入院時は、外来で必要書類の説明が行われ、病棟では、担当看護師により入院オリエンテーションが実施されている。

医師は、日常的に看護師や他のスタッフと情報交換を行い、多職種参加のカンファレンスに参加して指導力を発揮している。看護師は、看護基準や業務手順に基づき適切に病棟業務を実施している。内服薬の配薬カートへのセットは薬剤師が行い、看護師が確認して投与を行っている。初回の抗菌薬の投与の手順、観察、記録も適切に行われている。輸血は必要性とリスクを説明し同意を得て実施しており、輸血の手順や投与中の患者の観察、記録も適切である。主な手術は眼科の白内障の手術であり、クリニカル・パスを使用して実施されている。サインイン、タイムアウトが行われているが、その記録の充実を期待したい。

全入院患者に対して褥瘡リスク評価が行われ、評価に基づいて多職種によるNST・褥瘡委員会が関わり、褥瘡予防と治療方法が検討・実施されている。栄養管理面では、管理栄養士が関与して個別栄養アセスメントが実施され、評価に基づき栄養管理計画書の作成と栄養方法の選択が行われている。症状緩和については、患者の訴えを把握し標準看護計画をもとに、主治医と相談しながら個々の患者に合った対応をしているが、院内で統一された標準的な評価方法・治療方法の手順に基づく実施が望まれる。リハビリテーションは医師の指示箋に従ってリハビリテーション実施計画書が作成され、患者・家族の同意を得て実施されている。身体抑制や行動制限は、必要最小限とする考えのもと、必要な患者へは説明を行い、同意を得て実施されている。患者が安心して退院・転院できるよう適切な支援が行われ、訪問

看護ステーション、ケアマネジャー等との連携を図り、併せて自院での訪問診療、訪問リハビリテーションなどにより、退院後も継続した診療ケアが提供されている。患者カンファレンスの場で、主治医によるターミナルステージであることの判断が多職種で共有されており、診療・ケア計画の立案は患者・家族の意向を尊重して行われている。療養環境への配慮や逝去時の対応は、看護手順に従って適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、薬剤師による注射薬の調剤鑑査が実施され、休日や祝日の注射薬も1施用ごとに準備するよう改められた。臨床検査機能は検体検査、生理検査、輸血機能を担っており、適切に運営されている。画像診断機能もほぼ適切であり、緊急の画像診断に対応している。清潔・不潔の区分けが明確で、清掃が行き届いた衛生的な厨房施設で調理され、保温・保冷配膳車で食事が提供されている。地元の食材を使用した「じもと弁当」の提供や年4回実施されている病棟ラウンジを利用したバイキングを開催し、楽しく食事を取り、適切に栄養摂取する取り組みが行われており、高く評価したい。リハビリテーション部門は、辰野町唯一の基幹病院として、地域包括システムのセンター的な役割を担い、さらに町立病院として町の介護予防においても重要な役割を果たしている。診療情報管理機能は、診療録管理士により適切に行われている。医療機器は、一元的に管理され、同一機種 of 標準化が図られている。中央滅菌材料室では、確実な滅菌の質保証が行われている。

病理診断機能は病理科が担っており、生検材料、細胞診の対応を行っており、適切に行われている。輸血を担当する部署は検査科であり、輸血の発注・供給・保管は適切に行われており、廃棄率は0%である。輸血後の感染症の検査も適切に行う仕組みがある。手術は眼科の白内障の手術が中心で、その他、シャント造設術を行っているが、手術機能は適切である。地域の救急告示医療機関として地域の救急患者を適切に受け入れている。

10. 組織・施設の管理

辰野病院事業計画予算は、町議会承認後に執行され、人事院勧告に伴う人件費の変化に合わせて補正予算の作成も行われている。毎月の監査、年度監査は、適切に実施されている。医事業務は外部委託で適切に実施されている。業務委託の必要性は、管理者会議で検討され、委託業者選定は、町の入札制度に基づき選定されている。施設・設備管理、物品管理は、担当者により適切に行われている。

災害時の対応としては、防災マニュアルがあり、消防計画に基づき年2回の災害訓練が実施されている。火災発生時、地震時に区分けされた災害発生時フローチャートが作成されている。保安業務は、錠管理、夜間巡視等が適切に実施されており、防犯カメラの設置により、監視できる体制となっている。医療事故は、アクシデント3b以上として医療安全管理マニュアルに明記され、発生後の連絡体制も示されている。発生報告を受け、医療安全管理者と院長が事故内容を確認し、必要に応じて医療事故調査委員会を立ち上げる仕組みがとられている。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習は、看護学生を中心に、リハビリ療法士、管理栄養士、医療事務の実習生の受け入れを行っている。受け入れ前には、医療安全、感染制御等に関する教育を行い、患者・家族の同意を得て実習が開始されている。特に、看護学生の実習の受け入れに関しては、院内掲示や入院案内で病院実習の必要性について説明し周知が図られている。

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	B
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	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	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	B
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	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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	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	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： 2018年 4月 1日～2019年 3月 31日
 時点データ取得日： 2019年 10月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 町立辰野病院
 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： 長野県上伊那郡辰野町大字辰野1445-5

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	100	100	+0	84.7	32.8
療養病床	0	0			
医療保険適用	0	0			
介護保険適用	0	0			
精神病床	0	0			
結核病床	0	0			
感染症病床	0	0			
総数	100	100	+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	2	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	0	
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	0	
人工透析	30	+0
小児入院医療管理料病床	0	
回復期リハビリテーション病床	0	
地域包括ケア病床	27	+7
特殊疾患入院医療管理料病床	0	
特殊疾患病床	0	
緩和ケア病床	0	
精神科隔離室	0	
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	0	
認知症治療病床	0	

I-1-7 病院の役割・機能等

--

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

