

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および9月15日～9月16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
------	--------	----

## ■ 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。

### 1. 病院の特色

貴院は「人を愛し、病を究める」との大原記念財団の理念をもとに、「常に一歩先行く医療を探究し、優しさを持って最善を尽くす医療を実践」「地域から信頼される病院」を目指し、地域の医療機関はじめ介護事業所、福祉機関、行政との連携を強化し、地域医療支援病院としての役割を担いつつ患者本位の医療・介護を目指して取り組んでいる。

今回の病院機能評価は5回目の受審となるが、院長や病院管理者のリーダーシップのもと、組織が一体となって病院の質改善に取り組んでいることが伺えた。今後も引き続き病院の質向上に取り組まれ、ますます地域から信頼される医療機関として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

病院の理念と基本方針としての行動規範が策定・明文化され、適切に周知されている。院長や看護部長、事務部長など病院管理者は病院の運営上の課題を明確にし、運営の基本方針に掲げ課題克服に取り組んでいる。TQM活動に活発に取り組み、表彰制度を設置するなど、職員の就労意欲を高める工夫もあり評価できる。病院の意思決定会議として副院長以上が集まる朝会を開催し、そこでの決定・確認事項が組織内に報告されている。2026年度までの中期5ヶ年計画を策定し、それに基づき年次事業計画を立てている。情報管理ならびに文書管理は規程を遵守し適切に管理している。

病院は法定人員ならびに病院の定員を確保しており、採用計画や人員確保など適切である。人事・労務管理は、就業規則などの規程の整備・周知は適切に行われて

いる。衛生委員会を毎月開催し、職員健診、労働環境整備、メンタルヘルス、院内暴力への対応など適切である。職員の意見・要望は患者満足度・職員やりがい度活用支援プログラムの活用や財団の人事評価制度により把握している。福利厚生も充実しており、魅力ある職場づくりは高く評価できる。

必要な全職員対象の教育・研修は、研修欠席者へのフォローなど受講率向上を目指す工夫はされているが、医の倫理や個人情報保護に関する研修の位置付けについても検討を期待したい。職員の能力評価・開発については、財団の人事評価制度により把握・評価している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内外への周知含めおおむね適切である。説明と同意は、総合運営マニュアルにて方針を定めているが、同席範囲の見直しをされると良い。患者との情報共有と医療への参加の促進は、クリニカルパスや各種説明書などを活用しており、患者・家族への誤認防止などの協力要請も行っている。総合患者支援センター内に相談窓口を設置し、多様な相談に応じている。患者の個人情報保護は、方針と規程を整備し周知している。治療拒否や輸血拒否等の主要な倫理的課題はあらかじめ病院として検討し対応方針を明確にしている。臨床上の倫理的課題は把握され、Jonsen の 4 分割を利用して、多職種でカンファレンスが行われている。

病院へのアクセスなど含めた利便性や院内の快適性に適切に配慮されている。また、車椅子などの配置および整備、バリアフリーなど含めた安全に配慮したトイレや浴室など、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。敷地内禁煙の方針を院内外に周知し、禁煙外来の開設や職員喫煙状況の把握など受動喫煙防止はおおむね適切である。

### 4. 医療の質

患者・家族からの意見等は、院内に設置した投書箱や入院患者アンケート、患者満足度調査により把握し、改善に向けた取り組みを行っている。診療の質向上に向けた取り組みでは、CPC の定期開催や頻回な症例検討会が開催されている。また、クリニカルパスを運用・適用して、クリニカルパス検討委員会でバリエーション等を検討している。業務の質改善への取り組みは、働き方改革・業務改善推進委員会を定期的で開催し、医療従事者のタスクシフト・タスクシェアの検討、TQM 活動の活発な取り組みが行われ成果が出ている。新たな診療・治療方針や技術導入を定義しており、申請された新規の診療・治療・技術に関して倫理委員会で検討する手順を整備している。

病棟における診療・ケアの責任体制は表示含めおおむね明確となっている。診療記録については、診療録等記載マニュアルを定め、質的点検も実施されている。多職種による専門チームを複数設置しており、組織横断的な活動が積極的に行われている。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制では、安全管理室に専従の医療安全管理者を配置している。定期的開催している医療安全カンファレンス、医療安全管理委員会にて問題改善策の検討など含め管理体制を確立している。インシデント・アクシデント報告の収集・分析、改善策の検討、情報発信など、安全確保に向けた情報収集・活動は適切である。

患者の確認は、患者自身に名乗ってもらうことを基本に、点滴・注射・輸血等を安全に実施している。情報伝達エラー防止では、医師の指示出し・看護師の指示受け・実施、実施確認の流れは口頭指示含め適切に行われている。薬剤の安全使用に向けた取り組みは、麻薬、向精神薬、ハイリスク薬は適切に管理されている。転倒・転落防止対策は、全入院患者へアセスメントを実施し、危険度に応じた防止対策を看護計画に反映している。医療機器は臨床工学技士が関与して適切に管理している。急変時の対応については、院内急変コードを設定し対応している。救急カートは統一した内容で院内各所に配置され、看護師・薬剤師により適切に整備している。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策室を設置するとともに、感染制御チーム（ICT）を組織して感染防止対策を実践している。院内感染の情報は微生物検査担当者とリンクナースから感染対策室に収集され、ICTにて分析が行われ、取りまとめられた耐性菌などの情報は週1回 ICT ニュースとして職員に向けて発信されている。アウトブレイクの定義・対応も適切に行われている。

医療関連感染制御は、スタンダードプリコーションを基本としたマニュアルを整備し、適切に感染対策を実施している。抗菌薬の使用は抗菌薬使用指針に沿って適切に使用している。また、抗菌薬の使用状況について把握・確認するとともに、ASTは院内ラウンドを通じ血液培養陽性例を中心に抗菌薬の適正な使用についての評価が行われている。アンチバイオグラムも作成され、耐性菌の比率の経年的推移が検討されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院として必要な情報は、ホームページ、フェイスブック、広報誌などにより発信されている。総合患者支援センターを設置し、紹介患者受け入れ業務、返書対応・報告書などの管理を行っている。かかりつけ医との連携を円滑にするため、「登録医制度（ふたり主治医制）」を提唱している。地域に向けた医療についての教育・啓発活動では、地域住民を対象として、「大原けんこう講座」を開催するほか、地域医師会と連携して、心不全・画像診断などの勉強会に専門スタッフを講師派遣している。また、「地域と病院をつなげる会」を設け、医療、介護、行政が定期的に勉強会を開催するなど、医療に関する教育・啓発活動は適切である。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診や再来患者、紹介状を持参した患者の手続き含め、受付から外来診療への流れはおおむね良好である。患者情報は問診票などにより収集している。診断的検査は医師による必要性の判断のもと、説明・同意を得て実施している。入院の決定は病態や検査結果に基づき、患者の希望等を踏まえて説明し同意を得ている。入院診療計画書は多職種が関与し迅速に作成され、説明・同意を得ている。患者・家族からの医療相談は、総合患者支援センターが窓口となり、患者相談室が設置されて相談内容に応じて社会福祉士や看護師などと連携し、多様な相談に応じている。

医師は定期的に回診し、得られた情報は診療録に記載している。多職種カンファレンスにも参加し診療チームにおけるリーダーシップを発揮している。看護業務は看護基準・看護手順を整備し、固定チームナーシングや日替わり受け持ち、パートナーシップを組み合わせた方式で病棟ごとに設定している。病棟薬剤師を配置し、持参薬確認や薬歴管理、服薬指導を行っており、病棟配置薬や救急カート内の医薬品にも関与している。輸血は輸血療法マニュアルに則って確実・安全に実施している。手術の必要性や術式を診療科カンファレンスにて検討・決定し、手術および麻酔について患者・家族に説明し同意を得ている。重症患者は、重症個室、HCU、NICU などにて治療が行われ、多職種・各種チームが関与して治療にあたっている。栄養管理と食事指導、症状緩和はいずれも適切に実施している。リハビリテーションは主治医の指示に基づき、患者の状態とリハビリテーションのリスク評価が行われ、患者・家族の要望を取り入れた実施計画が立案され実践されている。身体抑制は医師による説明と同意を得て、医師の指示のもと実施している。

退院支援は退院支援スクリーニングを行い、患者・家族と面談の上、退院支援計画書を立案している。退院後の継続療養に向け、総合患者支援センターの社会福祉士や退院支援看護師と連携して、ケアマネージャーや在宅医、財団グループ内外の訪問看護ステーションなどと退院支援カンファレンスを行うなど、在宅支援を適切に実施している。ターミナルステージへの対応は適切に行っている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は処方・調剤鑑査を適切に実施し、注射薬は1施用ごとに取り揃え、処方の疑義照会についても記録を行っている。高カロリー輸液の調製・混合については、より安全な運用を期待したい。臨床検査機能は24時間体制を確立し機能を発揮している。画像診断機能の体制は確立しており、緊急対応も血管造影含め適切に対応している。栄養管理機能は職員体制、厨房内の衛生管理、温冷配膳車での適時適温の食事提供、調理食材・調理後食品の保存など適切である。リハビリテーション機能は、急性期を中心としたリハビリテーションを適切に提供している。診療情報管理機能は、診療記録の一元管理や量的点検の体制含めおおむね適切である。医療機器管理機能では、主な医療機器について一元管理を適切に行っている。洗浄・滅菌機能については、滅菌の質保証の確保含め適切に機能が発揮されている。

病理診断機能は、常勤医師・細胞検査士等が配置され、病院機能に見合った適切な病理診断体制を整備している。輸血・血液管理機能は輸血療法マニュアルに則り、安全・確実な輸血を行っている。手術・麻酔機能は体制含め確実・安全に機能を発揮している。集中治療機能はHCU、NICUが設置され、人員体制の確立と施設・機器等の整備含め適切に機能を発揮している。救急医療機能は「断らない」方針のもと、年間3,000台の救急車を受け入れており、不応需の妥当性の検討含め適切に機能を発揮している。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、適正に会計処理が行われ、公認会計士による監査体制と予算管理、経営報告・分析など含め適切である。医事業務は窓口収納業務、レセプト業務、返戻・査定、未収金など適切に処理されている。業務委託は毎年委託の是非を検討している。業者との定期的な協議も行っており適切である。

施設・設備管理は24時間監視体制がとられており、医療ガス安全管理や感染性廃棄物処理も適切である。物品管理は、診療材料等の購入・管理はSPDにより行われ、医薬品の購入など含め適切に行っている。災害時の対応については、災害対策マニュアルを整備しており、防火・防災訓練も定期的の実施している。病院は免震構造であり、無停電装置の設置やDMATの配置等されている。保安業務は体制含め適切に行っている。医療事故等の対応は、事故発生時の対応手順や組織的な検討体制、委員会の設置、訴訟対応が整備されており、適切である。

#### 11. 臨床研修、学生実習

医師の臨床研修指定病院として、研修プログラムはじめ研修環境の整備を行い、多くの臨床研修医の育成に取り組んでいる。研修内容は臨床研修管理委員会によって評価や見直しを行っている。研修医の評価はEPOC2により実施するなど、医師の臨床研修は適切である。看護師、薬剤師、臨床検査技師、医療技術関連の専門職種の初期研修についても、初期研修計画・プログラムを作成・実践しているなど、専門職種に応じた初期研修を適切に行っている。

学生実習は、医学生、看護学生、薬学生など多くの学生実習を積極的に受け入れている。医療安全、感染制御等はオリエンテーションを行うなど周知・徹底しており、カリキュラムに沿って実習・指導と評価が行われているなど、適切である。

# 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	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	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	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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
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	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	S
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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 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：一般財団法人大原記念財団 大原綜合病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：公益法人

I-1-4 所在地：福島県福島市上町6-1

## 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	353	344	+0	68.8	11
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	353	344	+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	3	+0
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)	12	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	45	+0
小児入院医療管理料病床	20	+0
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		
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

地域医療支援病院, DPC対象病院(Ⅲ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： 8 人 2年目： 8 人 歯科： 0 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

2年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数		791.79	752.91	731.31	105.16	102.95
1日あたり外来初診患者数		52.32	45.79	50.56	114.26	90.57
新患率		6.61	6.08	6.91		
1日あたり入院患者数		236.76	252.81	282.81	93.65	89.39
1日あたり新入院患者数		21.56	21.35	24.13	100.98	88.48