

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「リハビリテーション病院」・「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 11 月 19 日～11 月 20 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
機能種別	リハビリテーション病院（副）	認定
機能種別	緩和ケア病院（副）	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。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は開設以降、幾多の変遷を経て 2006 年には回復期リハビリテーション病棟、2013 年には緩和ケア病棟を増床して医療機能の充実を図ってこられた。2004 年より臨床研修病院として、医師の養成に取り組んでいる。また、地域の医療機関として救急医療に積極的に取り組んでいるほか、開放型病院として開業医との共同診療や在宅医療の患者への支援にも取り組んでいる。

今回の更新受審を機に、院長を先頭に病院の体制および機能を全面的に見直しされたことが、随所で伺うことができた。また、見直しに伴い新たな課題も見つかっており、今後も継続的な改善に取り組み、地域医療に対応した医療サービスの提供に邁進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・基本方針等は明確で、見直しも行われている。院長は、地域に応じた病院づくりに向けた取り組みや、人材確保等に対する課題を明確にし、病院幹部と共にリーダーシップを適切に発揮して、職員の労働意欲を高める努力を図っている。組織運営では、組織図および各種委員会の構成メンバーなどの見直しを望みたい。情報は管理規程等に基づき一元管理され、医療の質向上や地域への情報発信に活用されている。文書管理は、方針・規程等は定められているが、更なる見直しを望みたい。

人材確保が法定人員は確保されていることに加え、医療の質向上および将来の人材確保のために努めている。人事・労務管理では、規程は整備されているが、各職種に労働時間のバラつき等の見直しを望みたい。職員の安全衛生は適切に行われている。

職員の教育・研修は、法人の教育委員会が年間計画により実施している。また、外部研修会にも積極的に参加し、医療活動の向上に努めている。職員の能力開発には、目標管理制度を導入し目標シートにより評価されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、患者・家族・職員に周知し患者の権利擁護に適切に努めている。説明と同意に関する指針と手順が作成されており、説明と同意の範囲が定められている。説明と同意時には看護師やコメディカルが同席し、同席者署名欄のある様式に関しては署名している。セカンドオピニオンに関しては、他医療機関にセカンドオピニオンを求める患者への対応が明記され、院内掲示にてその仕組みがあることが周知されている。診療・ケアの情報提供と共有は、入院診療計画書の作成や患者用クリニカル・パスの活用および疾患を理解できるパンフレットなどを活用し適切に行われている。患者の支援体制として地域医療連携室の看護師、社会福祉士が、受診や入院および転院の相談・支援を行っている。患者のプライバシー保護に配慮した運用を図っており、入職時にも個人情報に関する研修を行っている。臨床倫理指針が作成されており、個々の事例は倫理委員会に審議・検討している。また、現場で発生する倫理的課題については、延命処置や、治療の継続・選択などを倫理的課題として把握し、カンファレンスで検討するほか、事例によっては4分割法を活用している。

患者・家族への利便性は適切に確保され、院内のバリアフリーも整備され安全が確保されている。院内は整理整頓され、採光や清潔に配慮しており、診療・ケア、処置に必要なスペース等は確保されている。癒しへの配慮や安全性への配慮も適切である。敷地内禁煙の方針で、禁煙外来を中心に啓発活動が適切に行われている。

4. 医療の質

院内 5 か所に投書箱を設置し、定期的に委員会が回収し、内容の検討および回答を作成して、病院玄関ホールに掲示している。また、全入院患者からは退院時にアンケートの記載を依頼し、その内容を分析・検討を行っている。症例検討会は各診療科カンファレンスに加えて、全診療科が参加するメディカルカンファレンス、CPC などを実施している。また、診療ガイドラインおよび病院が定める診療基準を活用し、臨床指標については全日本民医連 QI 推進事業に参加している。今後はクリニカル・パスの作成・見直しの充実が期待される。業務の質改善については、業務改善プロジェクトが部門横断的に活動し実績もある。診療ガイドラインおよび病院が定める診療基準に沿った診療が行われている。新たな診療・治療技術などの導入には、倫理委員会で審議・検討する仕組みがあり、最近の検討実績もある。

診療・看護・薬剤の管理・責任体制は明確であり、掲示により患者・家族に周知されている。外来・入院共に電子カルテ運用の下、必要な情報がおおむね適時記載されている。看護記録の質的点検は看護部で組織的に実施しているが、診療記録の質的点検についても実施を望みたい。多職種によるカンファレンスが開催され、診療、ケアの適切性や退院調整が検討されている。ICT、NST、認知症の専門チームが設置され、多職種による協働活動は適切である。

5. 医療安全

医療安全管理室が設置されており、医療安全推進委員会が開催されて、患者の安全確する検討やラウンドなどを行っている。インシデント・アクシデントが収集され改善策が検討されている。市中病院との医療安全連絡会議や研修会等に参加し、情報の共有や相互評価が行われている。

患者誤認防止はマニュアルに基づいて行っている。電子カルテシステムにより、医師の指示出し・実施確認、看護師の指示受け・実施等が適切に行われている。また、病理検査等の重要な診断結果についても、情報伝達エラー防止対策を確実に実施している。病棟の薬剤保管・管理は、ハイリスク薬などに注意喚起表示をするなどの対応を望みたい。転倒・転落リスクがアセスメントされ、危険度ごとの対策が立案実施されている。医療機器は臨床工学技士が一元管理し、安全に使用できるよう配置している。患者等の急変時に備え、院内緊急コードが設定されている。招集訓練は過去に 2 回実施されているが、招集訓練および BLS 訓練は今後、計画的・定期的に実施されたい。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が組織され、専任 ICN 等が配置された ICT が機能している。感染対策のマニュアルを整備し、必要時に改訂され、医療関連感染制御に向けた体制は適切である。院内分離菌・MRSA 等各薬剤耐性菌を把握し、ICT は環境ラウンド・抗菌薬ラウンドを定期的に行っている。専任 ICN および臨床検査技師を中心に ICN ネットワーク等も活用して、院内外の医療関連感染に関する情報を収集し、毎週感染情報レポート等として必要部署に提供している。

標準予防策に基づき感染対策がなされ、ICT ラウンドにて実施状況が確認されている。感染性廃棄物の分別、投棄は規程に沿って実施されている。病棟の汚染されたりネン収集容器も適切に保管されている。抗菌薬の適正使用指針を整備し、特別な抗菌薬使用については、抗 MRSA 薬剤・カルバペネム系薬剤などを届け出制にしている。院内における分離菌感受性パターンを把握し、起炎菌の同定、感受性試験に基づいた抗菌薬の選択を行っているなど、外科的予防投与を含めて、抗菌薬を適正に使用している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報誌を複数作成し、医療スタッフの医療活動、医師の紹介、外来および入院診療の案内、各部門の診療活動等を掲載している。ホームページにでも、医療活動を分かりやすく広報されている。地域連携室と相談室および医事課が協働して、地域の医療機関と連携を図っている。地域医療連携室により紹介・逆紹介も適切に運用されている。

相談室、地域連携協議会等と連携し、地域の医療関係施設一覧表により、紹介・逆紹介が適切に行われている。地域への医療活動は、医療生協組合員の斑会において全職種職員が参画し、健康チェックや保健学習の援助を年約 600 回以上実施しており、高く評価できる。また、地域への健康推進のために、学校医の他に各種の健康活動の啓発活動が積極的に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診・再診・紹介患者は、受診手続き手順に沿って円滑に受診できる。外来診療は、本年度より電子カルテシステムが導入され、患者情報を一元化・共有して診療計画を作成している。地域連携室が窓口となって、地域の医療機関や施設からの紹介や入院に対応している。ベッドコントロール看護長が配置され入院ベッドの調整により、患者が待機することなく入院できるよう配慮されている。医師は検査の必要性和リスクを患者・家族に説明し、同意書に署名を得て実施している。実施時は誤認防止手順、検査実施手順を遵守し、検査中・検査後の状態観察・記録など、診断的検査の確実性・安全性に配慮している。地域連携室が患者・家族のニーズを把握し、適切に紹介が行われている。診療科ごとに入院の適応が検討され、必要時は他診療科医と協議する仕組みが確立している。入院の決定に際しては、入院の必要性を患者に十分に説明し、患者の希望にも配慮しているなど、入院の決定は適切に行われている。患者の病態に応じて、患者・家族の希望にも配慮し、十分な説明と同意が得られた診療計画を迅速に作成している。なお、クリニカル・パス活用については、更なる充実を期待したい。社会福祉士は、カンファレンスや面談により多様な相談に対応している。入院が決定されると外来看護師・入院窓口事務・入院担当看護師等が、入院時オリエンテーションが実施され、患者が円滑に入院できるよう支援している。

医師は毎日回診し、診療録に患者の病態や検査結果の評価などを適時記載している。各診療科カンファレンス等を定期的開催し、診療上の指導力を発揮している。看護基準・手順に基づいて、看護師は診療の補助や日常生活援助を行っている。感染制御実践看護師が専門的知識を活用し、看護の質向上に寄与している。薬剤師が指導対象入院患者の薬歴管理を行い、服薬指導やリスクなどの説明を実施し、記録している。輸血・血液製剤投与は、医師が必要性とリスクを説明した後、同意を得て実施されており、輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施されている。疾患および重症度に応じて、一般病棟重症室・重症個室・一般病棟個室などの病床選択が行われ、診療・ケアが適切に行われている。褥瘡発生リスク評価が行われ、褥瘡診療計画が立案されて DESIGN-R で評価されている。管理栄養士は栄養状態を評価し、栄養管理計画を立案している。栄養状態不良と評価された患者に対しては NST が介入し、改善を図っている。緩和ケアマニュアル、看護基準を運用し疼痛や不快な症状の緩和に努めている。麻薬使用基準が作成され、適切に運用している。主治医・リハビリテーション専門医師・療法士・看護師等により、総合実施計画書を作成し、リハビリテーションの必要性とリスクなどを説明し同意を得て実施している。身体抑制はマニュアルに基づいて実施し、医師と看護師で評価してから開始している。抑制中は患者の状態・反応を記載し、継続や中止が検討されている。社会福祉士が中心となり多職種で退院調整カンファレンスを開催し、患者の要望を把握して退院支援を適切に行っている。また、患者の状況に応じて在宅復帰、施設への入所など、継続した療養を行うための支援を行っている。「ターミナル期の各段階における患者・家族のケア」が作成され患者・家族の意向に沿った入所対応を行っている。臓器提供の意志確認、死亡症例カンファレンスが実施されている。

<副機能：リハビリテーション病院>

受診に必要な情報はホームページや入院案内で提供している。入院判定会議を多職種で週3回開催するなど、迅速な患者受け入れに努めている。入院当日に医師は診察し、看護師や療法士など多職種も同席して情報を収集している。その後、診療計画書、看護計画やリハビリテーション計画書を作成し、患者・家族の同意を得ている。さらに、入院後に医師・看護師と療法士による患者・家族との三者面談を行い、予後予測や退院の方向性を説明している。また、ドクターカンファレンスやリハビリテーションカンファレンス毎月開催し、リハビリテーションの進捗状況を踏まえて診療やリハビリテーション計画を見直しており、適切なチーム医療を展開している。医療相談には社会福祉士が適切に対応している。相談記録をはじめ診療経過に関する資料も含めて患者ごとにファイリングしている点は評価できる。

リハビリテーション専門医が主治医となり良質なリハビリテーション医療を実践している。また、内科医を配置することにより併存症や合併症の医学的管理も適切に行っている。看護師は患者・家族の心理的・社会的ニーズも把握し、看護計画に反映して援助している。投薬・注射や栄養管理業務は適切に行っている。褥瘡の予防・治療、症状緩和や身体抑制回避への取り組みは適切である。日常生活機能向上に向けては、多職種が共同で適切に取り組んでいる。入院生活の活性化には介護福

祉士が中心となったレクリエーションの実施や介護教室などを開催している。特に、重症患者比率がかなり高いにもかかわらず、改善率が7割を超えている取り組みは高く評価できる。在宅復帰が可能な患者に対しては、原則として医師、看護師、療法士を含む多職種に患者・家族やケアマネージャーも参加するサービス担当者会議を開催し、在宅生活支援体制を構築している。

<副機能：緩和ケア病院>

貴院の緩和ケア病棟は福島県県北地域で唯一の緩和ケア病棟として近隣の基幹病院から多くの困難症例を受け入れ、緩和ケア病棟や在宅診療の提供を通じて地域の緩和ケアを必要としている患者の支えとなっているなど、存在意義を十分に発揮している。

受診に必要な情報は地域連携室を通じて地域の医療機関に周知され、病院広報誌にも記載されている。外来診察時には、緩和ケア科医師と病棟看護師、担当社会福祉士が同席し、具体的な説明をした上で入院に関する同意を得ている。地域連携室が窓口となり診療情報提供書や前医の検査結果、画像データなどの情報が適切に収集され、受診報告や返信の確認もなされている。また、緩和ケア講演会や病棟主催の勉強会を通じて、周囲の施設との顔の見える関係作りに務めている。必要な検査については患者の状態に応じて担当医師により必要性が適宜判断され、患者・家族の同意を得て実施されている。入院については定期的に受け入れ会議が開催され、多職種で入院の適否が検討されている。入院診療計画書は多職種により作成され、入院早期に患者・家族への説明が行われている。入院早期に褥瘡、転倒・転落、栄養・嚥下などのリスクに関するスクリーニングが行われ、診療計画に基づいた看護計画が立案されている。

医師・看護師・社会福祉士・薬剤師・リハビリテーション療法士、管理栄養士、カウンセラー等の多職種が積極的に、有機的に緩和ケア病棟に関与していて、標準的な病棟運営が円滑に進められていて優れている。治療やケアの詳細に関しては、カンファレンス等を通じて多職種でよく共有され、決定に関して担当医師は適切にリーダーシップを発揮している。看護師は、個別性に配慮した看護計画を立案し、業務手順・看護手順に基づいて必要な援助に努めている。薬剤の必要性に関しては多職種カンファレンス等で慎重に検討されている。症状緩和については入院時に評価し、定期的な検討を行っている。なお、苦痛症状の継時的変化や臨時対応の効果の評価などをわかりやすく記録していく方法の導入に関して検討すると良い。リハビリテーションは複数のリハビリテーション療法士が積極的に介入し、病棟看護師とともに患者・家族の希望に応じたリハビリテーションが検討され、患者の日々の状態に合わせた訓練が行われている。また、患者の意思を尊重した日々のケアが検討され、自律性の維持に配慮している。身体抑制は基本的に実施しない方針としている。退院支援は入院時に患者・家族の意向を確認した上で、具体的な支援方法が入院早期から検討されている。医師・看護師を中心にカンファレンス等を通じて看取りの時期であることが共有され、家族の希望を尊重した終末期ケアがなされている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方鑑査、院外処方も含めた疑義照会対応、持参薬の鑑別・管理、DI活動などをおおむね適切に実施している。採用医薬品集の改訂、必要なDI活動、薬事委員会での1増1減に基づく採用医薬品の検討などを行っている。臨床検査は検体検査、生理機能検査、輸血検査などに対応しており、オーダーリングシステムを通じて検査結果を迅速に報告している。画像診断機能は、時間外・休日のニーズにも遅番およびオンコール体制で対応している。CTの読影は非常勤読影専門医および内科専門医が行っており、読影レポートは速やかにシステム上で確認できる。食事の提供は温冷配膳車により適時・適温の配膳を行っている。管理栄養士は病棟担当制を採用し、患者・家族から個別にアレルギーや嗜好の聞き取りを行い、個別の献立に対応している。リハビリテーションについては主治医・専門医・療法士・看護師が協働して訓練を立案している。積極的に早期から訓練を開始し、大型連休にも2日以上連続した訓練の休止がないよう、当番制で継続した訓練を実施している。電子カルテの導入に伴い、診療情報の一元管理が開始された。院内の医療機器は中央管理されており、標準化された医療機器が計画に沿って点検され、点検状況などの情報も一元管理されている。使用済み器材の返却、洗浄、組み立て、滅菌はワンウェイとなっており、安全な取り扱いに工夫されている。

病理診断は年間約1,200件の病理組織診断を院内で実施し、必要時病理医と他科医の協議や他施設病理医とのダブルチェックも行われている。輸血・血液管理機能は臨床検査科が担当し、おおむね適切に機能を発揮している。二次救急病院として、原則として救急患者は断らない方針であり、2019年度の応需率93%である。特に、小児の二次救急輪番は月10日程度を担っており、評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、医療生協会計基準に基づき処理されている。必要な試算表および財務諸表等は、適切に作成され、管理部会議で検討・評価されて、内部監査と外部会計事務所の監査が適切に行われている。医事業務は、窓口業務、レセプト業務、未収金業務の処理などおおむね適切に管理されている。業務委託は選定基準に基づいて適切に契約が締結され、検討も行われている。施設・設備は、病院の機能に見合った施設設備が整備されており、年間の保守計画に基づき点検が実施されている。物品管理は庶務課が担当し、適切な管理が行われている。

保安管理は庶務課が管轄し、夜間は事務職員の当直で対応している。緊急時の連絡網も整備されている。医療事故等は、安全管理指針が定められ、レベルに応じた対応報告ルートや対応が明確になっている。また、対応責任窓口は事務長が担当し、必要時は顧問弁護士が関与する手順を明確にしている。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習は、医師の他看護師・臨床工学技士・理学療法士・社会福祉士等と多くの職種を受け入れている。受け入れは各部門で担当者を明確にし、それぞれカリキュラムを策定し、各職種の実習が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	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	B
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	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	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	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	B
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	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	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	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	NA
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	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	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	NA
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	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	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

機能種別：リハビリテーション病院（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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A

機能種別：緩和ケア病院（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	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	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア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	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
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	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・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	B
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	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	臨死期への対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 福島医療生活協同組合 医療生協わたり病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地： 福島県福島市渡利字中江町34

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	135	115	+0	72.6	20.3
療養病床	61	61	+0	84.1	79.8
医療保険適用	61	61	+0	84.1	79.8
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	196	176	+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)		
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	20	+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	57	+0
地域包括ケア病床	20	+12
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	15	+0
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(準備病院), 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： 3 人 2年目： 1 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%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	248.86	256.79	275.82	96.91	93.10
1日あたり外来初診患者数	30.76	31.55	33.69	97.50	93.65
新患率	12.36	12.28	12.21		
1日あたり入院患者数	153.45	143.69	146.63	106.79	97.99
1日あたり新入院患者数	7.31	7.04	7.33	103.84	96.04