

# 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 30 日～10 月 1 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 1 都 1 府 4 件で 100 施設以上の医療・介護・福祉施設を展開する南東北グループに属し、一般財団法人脳神経疾患研究所の附属病院として 1981 年 12 月に開院した。県内最大の人口規模を持つ福島県県中医療圏の基幹病院としての機能を備え、県外からの来院実績も多く診療内容を質量ともに拡充し続けている。病院周辺施設には、第二病院、外来専門クリニック、がん陽子線治療センター、BNCT 研究センターなど 11 施設が連携しており、急性期から在宅医療、福祉サービスなどシームレスな医療・介護の展開を目指している。特に、二次救急病院として 24 時間体制の救急応需体制は、95%の応需率で運用され、毎日脳神経系診療科の医師が当直するなど、病院の強みを活かすような体制がとられており、365 日地域住民の生命を守る活動を継続している。施設基準として地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院などの認定も受けている。

この度の受審は 4 度目の更新であり、基本理念として院是である「すべては患者さんのために」を掲げ、理事長、病院長の強いリーダーシップの下で職員が一丸となって安全で良質な医療を目指す活動を推進している。一方で期待される項目も確認されており、今回の受審結果を十分に活用し、さらなる診療機能や医療安全の向上が図られるよう貴院の益々の発展を祈念したい。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

「すべては患者さんのために」を理念に掲げ、具体的な基本方針6項目を作成し、院内外に周知している。また、ISO9001品質マネジメントシステム(QMS)認証施設として、患者視点の重視を強く打ち出し、方針を具現化するための様々な取り組みがされている。また、構築されたシステムを継続的に維持し、向上させるためのマネジメントレビューや内部監査などを活用し、病院長、看護部長、事務部長は課題解決のためにリーダーシップを発揮している。ゼロ作戦など独自性のある目標設定により、職員一人ひとりの経営参画と労働意欲の向上につなげている点も評価される。意思決定会議は明確であり、部署別事業計画の達成状況は年2回の進捗・達成報告会にて評価され、PDCAサイクルが回る仕組みが確立されている。情報管理に関する方針は「情報システム運用管理規定」に基づき適切に運用されている。QMSに沿った文書管理体制が構築されており、これらの仕組みが適切に維持できるよう毎年内部監査にて確認し、課題については是正する仕組みが確立されており、文書管理の体制は極めて優れている。

採用計画に従って人材確保のための工夫は認められるが、病院機能や業務量に見合う必要人員数の確保のために今後も継続した取り組みを期待したい。人事・労務管理では、各種規則・規程類が整備され、労働基準法第36条に基づく協定の締結、超過勤務者への対策など適切である。毎月開催される労働安全衛生委員会の出席状況や月1回の職場巡視など法令に則った対応がなされており、職員の安全管理は適切である。職員の意見・要望の把握やフィードバック、数々の就業支援についても積極的な取り組みが認められている。2018年厚生労働省の「くるみん認定」を受けるなど「子育てサポート企業」としても力を入れている。

教育・研修を統括する教育研修室には専従職員が配置され、必要性の高い課題の研修計画と実践のほか、人材育成のための様々な教育体制が確立しており、極めて優れている。また、全職員の能力評価・能力開発は、職員共通のキャリアパス、専門性を高める部署別キャリアパスが設定され、各部署特有の必要なスキルや保有する力量を可視化し取り組んでいる。人事考課の資料としても活用されるなど、教育体制および能力開発どちらも極めて模範的な取り組みとして高く評価される。

## 3. 患者中心の医療

明文化された患者の権利は病院ホームページや院内への掲示、入院案内などにより周知しており、現場では職員がこれを擁護し、適切に対応している。説明と同意に関する方針は「インフォームドコンセントの指針」に規定されており、おおむね適切である。患者の理解を深める工夫として、患者用のクリニカルパスや、指導パンフレットを活用している。また、がんサロンや医学健康講座を開催し診療情報提供に努め患者参加を促進している。患者からの様々な相談に対応する窓口を設置し、わかりやすく案内している。家庭内暴力等を受けている疑いの有無を初診時に評価している。高齢者虐待の困難事例で居宅への訪問や地域ケア会議に参加するなど、患者支援の取り組みは適切である。個人情報保護規程や個人情報保護方針が整備され、プライバシーへの配慮についてはおおむね適切である。臨床倫理指針を定

め、電子カルテやホームページに提示し院内外に発信している。倫理的課題は病棟カンファレンスや診療科ごとのカンファレンスで検討され、解決困難な場合は倫理委員会や臨床倫理検討会で協議する仕組みがあり、検討の手順が確立している。今後は、病棟ごとの課題把握や認識を深めるとともに、病院全体として倫理的課題に対する感受性を上げるための教育を期待したい。

病院へのアクセス面では、主要駅と病院間の巡回バス、関連施設間のシャトルバスの運行や、食堂、売店、理容室等のサービス施設の整備など、利便性に配慮している。入院生活に必要な設備の整備やWi-Fi環境の設置など、快適性にも配慮している。駐車場に障害者専用スペースを確保し、玄関、廊下は車椅子での移動も可能であり、玄関前ではボランティアの協力により、車の乗り降りや受付等をサポートしている。院内のバリアフリー確保もされている。病棟は療養に必要なスペースが整備され、デイルームなどくつろげる環境にも配慮されており、トイレ、浴室の利便性、安全性および清潔性も確保されている。敷地内禁煙の方針が示されており、喫煙患者に対する医師の指導を強化し、禁煙外来診療も実施している。職員向けには、喫煙状況を把握し、禁煙推進活動を継続的に行っている。

#### 4. 医療の質

意見箱を設置し、検討結果を院内掲示とホームページで周知しており、おおむね適切である。患者アンケートを実施し、結果を院内掲示で患者に周知するとともに、職員にフィードバックしており、質改善のモチベーション維持に活用している。診療の質の向上に向けた活動では、診療科ごと、また、診療科を越えたカンファレンスにより患者に最良の医療を提供するための仕組みがあり、機能している。業務の質改善では、ISO9001品質マネジメントシステム(QMS)が活用され、部署別の事業計画や進捗状況の確認、目標達成度評価などが適切に行われている。新たな診療方法の導入時には倫理委員会で検討されており、導入後の経過報告、有害事象などの把握、関連する他部門からの情報収集など適切に行っている。薬剤の適応外使用の検討も同様の手順で行っている。

病棟や外来の各部署には関係職種の職員名を写真付きで明示しておりわかりやすく適切である。主治医や受け持ち看護師氏名はベッドネームに表記され、患者・家族に対し明確にされている。診療録の記載基準があり、記載内容に関する質的点検も多く医師を動員して行っている。実際の記載では不十分な記載もあり、質的点検後は科ごとではなく、個々にフィードバックすることも検討されるとなお良い。多職種からなる専門チームが設置され、多職種協働で取り組みが行われている。診療部では、定期的なカンファレンスが開催され、困難症例については診療科の垣根を越えて検討するがんサージカルボードが実施されており、協働体制が確立されている。

## 5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室を設置し、医療安全管理者、専従の RM、リスク調査員（室員）で構成され、各部署に RM を配置している。委員会は、MRM 委員会とリスクマネジメントにより活動報告・再発防止策・フィードバックを行っており、適切である。インシデント・アクシデント情報はヒヤリハット電子システムで医療安全管理室に提出し収集したデータのレベルが高い事例は MRM 委員会で検討しリスクマネジメント部会で共有し各部署に浸透させているなど、適切である。

患者の確認は、フルネームで名乗ってもらうことを原則としている。また、各部署の特殊性に合わせ誤認対策を作成しマニュアル化している。治療部位の誤認防止策は、タイムアウトは手術室だけでなく心臓カテーテル室と内視鏡室でも実践されており評価できる。外来診療における代行入力は定められた規程に沿い、医師の確実な承認のもとで実施されており、おおむね適切である。薬剤の使用については、薬剤師が関与した対策をおおむね適切に実践している。

入院時に全患者に転倒・転落のリスク評価を行いリスクの高低により患者や家族に転倒・転落の危険性と防止策を説明し同意を得る参加型看護計画を行っている。リハビリテーション開始時は、理学療法士も活動を中心とした評価を行い、多職種と協働し転倒・転落防止対策を実践している。転倒・転落が発生した場合は、看護師・薬剤師・療法士協働によるラウンドを行い、各職種の専門的な視点から振り返りと改善に取り組んでおり適切である。医療機器の使用後点検は臨床工学技士が行い、使用部署に定数はなく常に点検済みの機器が貸し出される仕組みである。使用中の点検は呼吸器使用中の患者に 1 日 2 回のラウンドで安全確認を行うなど適切である。院内緊急コードとしてコードブルーを設定し、コードブルー発生報告書に基づき医療安全管理室で症例の追跡調査と分析を集積している。BLS の研修は計画的に全職員を対象に実施し急変時の対応は適切である。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けて、複数名の ICD および ICN を配置し、院内感染対策委員会の下、感染対策室、ICT、AST、リンクスタッフ会および看護部感染対策委員会を組織・連携して活動・機能している。院内分離菌・菌種別薬剤感受性・MRSA 等各薬剤耐性菌出現頻度などを把握し、各種サーベイランスを実施し、結果を活用している。また、専従 ICN を中心に院外の医療関連感染に関する情報を収集し、必要部署に提供している。今後は人工呼吸器関連肺炎サーベイランスにも着手されたい。

標準予防策として、各部屋の入口にマスク・手袋等の設置と速乾式消毒剤の設置を行い、感染患者の部屋に経路別シグナルを用い曝露しないようスタンダードプリコーション・経路別予防策を徹底し、血液や体液汚染寝具感染性廃棄物の取り扱いも適切である。AST を立ち上げ、抗菌薬使用指針・手順書を整備し、特別な抗菌薬使用については必要な薬剤を許可制・届け出制にしている。院内における抗菌薬の使用状況を把握し、必要時指導するなど、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

ホームページや広報誌を使い、最新の病院機能やサービス、診療実績等の具体的な内容を定期的に発信している。自院の特長である高度・先進がん医療に関する市民公開講座を各地で開催している。健康情報誌の発行や、医学健康講座、病院まつりの開催等、病気予防や健康増進に関する情報を地域へわかりやすく提供している。病診連携室は連携に関するデータを収集・分析するとともに、地域の連携施設に対するアンケート実施や訪問による聞き取りなど、ニーズの把握に努めている。画像診断機器や開放病床等の共同利用や地域連携パスの活用、施設間の診療情報共有システムへの参加など、地域の関連施設との連携に取り組んでいる。提供された紹介状を集中管理し、返書や紹介状の提供状況を把握している。がんサロン、高次脳機能障害サロンの開催により、患者・家族に情報交換の場を提供し、患者・家族への支援活動を通じて地域との関わりを深めている。地域医療やがん診療の向上のため、地域の医療関連施設等に向けた研修会を開催している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページでは受診に必要な情報が定期的に更新されており、看護師等が配置された総合案内では来院形態に応じた対応がされている。外国人患者の受け入れに関する「ジャパンインターナショナルホスピタル」の認証施設でもある。外来診療は、患者情報を共有し、十分な説明・同意のもと検査・治療にあたっており、看護師によるトリアージ、フロアラウンド等を行っている。侵襲的検査では、事前のチェックや必要な医師のスタンバイ、検査中の患者観察など手順を遵守して安全な実施に努めている。入院の決定については、医学的判断に基づいた入院の適応が検討され、患者・家族に入院の必要性を十分に説明し希望にも配慮している。患者の病態に応じた医学的評価に基づき、多職種が関わって入院診療計画が迅速に作成されている。医療相談課は、病棟担当制を導入し患者家族からの多様な相談に対応している。地域連携パス協議会など院外の社会資源との連携も良好である。予約入院、緊急入院とも適切に行っている。

医師は多くの症例カンファレンスなどを開催し、病棟における多職種カンファレンスに参加してスタッフと情報交換し、診療上の指導力を発揮している。看護師による情報収集、患者参加型看護計画の実践など適切に病棟業務がなされているが、看護記録のさらなる充実のために質的な評価を行うことを期待する。薬剤師は全入院患者の薬歴管理、持参薬管理ならびに服薬指導やリスクなどの説明を実施し、全ての抗がん剤および高カロリー輸液の調製・混合を確実・安全に実施している。輸血の適応についてはガイドラインを遵守しており、緊急輸血に対しても緊急度に応じた手順を設けるなど、適切に実施している。手術適応の検討は緊急を除いて外来で行っており、多くは同時に麻酔科受診、術後の合併症予防も行っている。手術部位のマーキング、タイムアウトの実施なども適切である。患者の重症度に応じてICU、重症個室などの病床を選択している。ICUでは多職種が積極的に関わり、チーム医療を行っている。褥瘡発生予防や褥瘡ケアチームのラウンド、褥瘡回診など適切に実施している。管理栄養士は入院時に全患者の栄養管理計画を作成し、定期

的に評価しており、アレルギー情報についても迅速に対応している。疼痛への客観的評価はNRSを用いており、緩和方法などは疼痛治療マニュアルが整備されており、緩和ケアチームが適切にサポートしている。

リハビリテーションはカンファレンスを開催し、電子カルテ上に「リハビリ経過報告」を作成し病棟スタッフ等との情報共有に努めている。なお、多職種が関与する総合実施計画書完成までの暫定的な実施計画書においてもリスク等についての記載を期待したい。身体拘束は手順に沿って適切に実施されている。継続療養を支援するために、多職種および関連施設の担当者が集まり「地域医療・在宅医療支援会議」を開催し、退院後の課題の共有や連携を図っている。2019度は通算1,000回の継続開催をしており、評価できる。終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン、DNARに関する方針についても患者・家族の希望に沿って実践しており、適切である。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、処方鑑査、調剤鑑査、持参薬管理、注射薬の取り揃え、抗がん剤および高カロリー輸液の調製・混合、必要な薬剤の情報収集・提供など適切に行われている。臨床検査は、ブランチラボを活用し、夜間緊急時への対応やパニック値での医師への報告手順も適切である。微生物検査では遺伝子解析や陰圧室を整備し抗酸菌培養も行うなど評価できる。画像診断機能については、必要な画像検査全てを放射線診断専門医がダブルチェックし、速やかに主治医に報告しているなど、適切である。

栄養管理は、嗜好調査、喫食率調査で食事や献立を評価し、継続的改善に取り組んでおり、患者の特性や嗜好に応じた個別的な対応もある。作業プロセスにおいて衛生管理を徹底し、職員に対する衛生教育に努め、食事の安全性を確保している。リハビリテーション機能については、多職種が協働して訓練を立案し、カンファレンスおよび電子カルテ上に作成した「リハビリ経過報告」を活用して、適切に情報共有に努めている。診療記録の量的点検を確実に実施している。電子カルテのアクセスに権限を設定し、個別の診療記録ごとにパスワードを設定できる機能があるなど、目的外アクセスを防止する仕組みがある。医療機器は主要5種を管理システムで一元管理し、貸出返却システムで使用後に点検されたものが払い出されている。夜間・休日はオンコール体制で対応している。看護師等の研修は演習も含めて積極的に行い適切である。洗浄・滅菌は非委託で手術室師長が兼務で管理している。一次洗浄は中央材料室で行い、質的保証の化学的検知・生物学的検知は毎日実施し物理的検知の状況も適切に記録している。看護師は特定化学物質の専門資格をもち、滅菌保証ガイドラインに基づき実施し適切である。

常勤専門医を中心に多くの組織診断を行い、術中迅速病理診断や免疫染色を行う一方、CPCおよび臨床とのカンファレンスなどに参加するなど適切に機能を発揮している。放射線治療機能については、リニアック（IMRT）2台、イリジウム線源治療ユニットを整備し、放射線治療専門医、放射線治療品質管理士、医学物理士および、がん放射線治療認定看護師など、多数の専門スタッフを配置し、関連施設の陽

子線治療機能も活用するなど、優れた高精度放射線治療を行っている。輸血用血液製剤の保管および管理は自己血も含め適切に行っている。払い出し手順を厳格に定め、払い出し後 30 分以内の不使用分は返却させるなど、適切に対応している。手術室ではサインイン、タイムアウト、サインアウトを確実にっており、全身麻酔はすべて麻酔科医が担当している。集中治療室には明文化された入退室基準があり、対応はおおむね適切である。必要な設備・機器は適切に整備されている。救急専従医は不在であるが、各専門家の医師が協力し合って多くの救急患者を受け入れている。すべての患者を受け入れるよう努め、応需率は 95%に達している。

## 10. 組織・施設の管理

予算は、各部門の要求を反映させて院内で取り纏め、理事会で決定している。公益法人会計基準に準拠して会計処理し、財務諸表を作成している。法人監事による監査と公認会計士による監査を実施している。財務や経営管理の分析結果を統括会議で検討し、経営改善に向けて取り組んでいる。医療費計算、窓口収納業務を時間外・休日も行っている。レセプトの返戻・査定を適正保険診療委員会で検討し、未収金の管理を未収金対策委員会で検討している。施設基準に関する監査チームを設置し、実地調査を徹底して行うなど、施設基準の遵守体制は評価したい。外部委託管理規程に基づき、委託の是非の検討、業者の選定を実施している。業務の実施状況を把握し、見直しを検討しており、また、委託業務従事者に対して、医療安全、感染制御、個人情報保護、接遇等に関する研修を実施している。施設・設備の保守管理の年間計画を立てて、日常点検や定期点検を実施している。緊急時の対応体制を整備されている。感染性廃棄物の処理は法令に沿って対応している。

購入物品の選定は、一定の金額により検討手順を定め、組織的に検討する仕組みがある。医療材料の補充業務を委託し、病院の担当者は状況把握に努めており、おおむね適切である。緊急時の連絡網、責任者、役割分担等を防災マニュアルに明記している。消防訓練を実施し、アンケートをとって評価している。大規模災害対策要綱を策定し、地域の災害共同訓練に参加している。非常用の食品と飲料水は、患者・職員用ともに 3 日分以上の量を備蓄している。保安業務は適切に発揮されている。医療事故発生時の対応手順は「医療安全管理マニュアル」に明文化されており、職員手帳にも記載されている。病院長への報告や医療事故調査委員会の開催・検討とともに、必要に応じて第三者を交えた検証を行う体制が構築されている。訴訟への担当者の明確化や病院賠償責任保険への加入状況についても適切である。

## 11. 臨床研修、学生実習

全職種共通の初期研修計画があり、これに加えて各職種・部署ごとの初期研修計画を作成している。指導者は、設定した基準に沿って研修者を評価している。研修医の評価には看護師の関与もみられる。研修医の単独行為と指導医管理下行為を明示し、診療録に指導医の記録を随時記載している。

学生実習の受け入れは、必要事項を記載した協定書を締結し、ワクチン接種状況等を確認している。実習生に対しては、協定書に記載された必要事項のほか、実習上の病院の規則をオリエンテーションにより周知している。カリキュラムに沿った実習を実施し、アンケートで内容进行评估している。実習マニュアルを整備し、実習中の事故等の対応も定めている。



# 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	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	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	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	B
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	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	B
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	B
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	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	S
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	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	S
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	S
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	B
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 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：一般財団法人脳神経疾患研究所 附属 総合南東北病院

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：福島県郡山市八山田7-115

## 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	461	461	+0	95.7	14
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	461	461	+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	12	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	82	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, がん診療連携拠点病院(地域), DPC対象病院(Ⅱ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： 14 人 2年目： 14 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-2-2 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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	404.12	413.59	407.09	97.71	101.60
1日あたり外来初診患者数	68.73	70.85	68.59	97.01	103.29
新患率	17.01	17.13	16.85		
1日あたり入院患者数	441.17	449.85	450.80	98.07	99.79
1日あたり新入院患者数	31.59	31.90	30.65	99.03	104.08