

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「慢性期病院」・「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および1月25日～1月26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 | 慢性期病院（副） | 認定 |
| 機能種別 | リハビリテーション病院（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 慢性期病院（副）
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。

1. 病院の特色

貴院は、人口減少・高齢化社会が進行している長野医療圏において、急性期医療に加え、回復期リハビリテーション病床・人工透析など地域から必要とされる医療の提供に努力している。膝関節と股関節を対象とした人工関節センターの開設については、市民から信頼を得ている取り組みの一つである。また、社会・在宅復帰支援、訪問看護・訪問リハビリなど在宅支援への活動にも取り組み、地域住民が安心して暮らしていける環境づくりに医療面から積極的に関わっていることも特徴となっている。地域の健康増進に寄与する活動として、予防医療への取り組みは活発であり、健康管理センターを設置して人間ドック、団体健康診断、生活習慣病予防健診、特定健診などの各種健診コースに加え、子宮がん検診、乳がん検診にも対応している。地域住民への医療啓発活動は積極的であり、市民講座の開催、医療講演会への医師の派遣等を実施している。医療人の育成として、看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士等多くの医療技術職の養成に尽力している。職員の医療の安全と質への向上意欲は高く、今後も院長・幹部職員を中心に良質な地

域医療の提供に努力されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は、地域における自院の役割や取り組むべき内容を考慮して定めている。定期的な見直しの検討に加え、理念達成に向けて近年職員より理念・基本方針を公募し採用した実績もある。中長期計画は、理念・基本方針に基づいて策定している。理念・基本方針の周知については、ホームページ、院内掲示、病院の広報誌を活用し、職員には合同朝礼や研修会等を通して周知している。病院運営の意思決定会議は、管理者会議であり、院長はじめ病院幹部職員で構成し、毎週開催している。職員の就労度を高める取り組みとして、各部署の責任者が集まる会議において、病院の経営状況を毎月説明して、経営参画の意識を高めている。

院内で発生する情報の有効活用については、電子カルテシステムを中心に多様な情報システムを構築し、確実・安全な受診を運用するとともに医療の質・安全性の向上に活用している。人事・労務管理においては、有給休暇の取得率に職種の偏りが発生しないよう配慮することを期待したい。

全職員を対象にした教育・研修は、各委員会・部署から意見・要望を収集し開催案を管理者会議に提出して決めている。また、教育・研修については予算化している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化して、患者の権利の擁護に努めている。患者・家族・職員への周知については、ホームページ、入院案内、院内掲示等を利用している。説明と同意に関する指針や同意を得る手術・検査等の範囲は明文化している。また、セカンドオピニオンの指針があり、患者や家族に分かりやすく説明した文書を掲示している。入退院支援業務を兼ねた医療相談室が中心となり患者・家族からの相談に対応しており、相談内容に対する専門職への振り分けも行われている。個人情報取り扱いについては、個人情報保護規程を定め、入院案内、院内掲示で、患者・家族・地域住民へ周知している。診察室の遮音、病室のドアについてもプライバシーに対応している。臨床における倫理的課題への取り組みについては、主要な倫理的課題を設定している一方、倫理委員会での臨床倫理の検討については、活発化が期待される。

来院者のアクセス手段は、駐車場・公共交通機関の利用も容易であるなど至便である。院内は整理・整頓・清掃が行き届き、清潔性を保っている。受動喫煙防止対策として敷地内禁煙であり、ホームページ、入院案内・院内掲示等で禁煙を推奨している。職員の喫煙も低率である。

4. 医療の質

業務の質改善に向けて、病院機能評価の初回受審に取りまれたことは、評価できる。

診療の質の向上に向けた活動として、医局会で症例検討会を開催し、各診療科に

においても診療科ごとのカンファレンスを開催している。患者・家族からの意見や要望・苦情を収集する手段として、院内に提案箱を設置している。また、患者満足度調査として、日本医療機能評価機構のプログラムを実施して患者の要望をくみ取り、自院の医療の質を高める取り組みも行っている。新たな診療・治療・技術や医療機器の導入においては、診療会議・管理者会議で論議して、導入の判断をしており、必要な場合には倫理委員会でも検討している。

外来・病棟における管理・責任体制を明確にし、診療とケアの管理責任者を掲示して、患者・家族に明示している。医師や看護師などのスタッフは必要な事項をマニュアルに従い診療録に記載しており、診療録の質的点検も実施している。患者の診療・ケアに際しては、医師や看護師、薬剤師、療法士などの多職種によるカンファレンスが毎週行われ、感染対策チーム、褥瘡チーム、NST等多職種協働の専門チームを組織し患者の診療・ケアの向上に努めている。

5. 医療安全

医療安全管理部が設置され、専任の医師がリスクマネジメント・医療安全管理委員会の委員長を務め、医療安全管理者は専任の看護師が実務を担当している。インシデント・アクシデントレポートは医療安全管理者が集約し、毎月インシデント・アクシデント事例会で検討・分析を行い、対策・改善案を現場にフィードバックしている。医療事故発生時の対応については、医療安全マニュアル、職員ハンドブックに掲載しており、事例発生時の対応手順をインシデント・アクシデントフロー図で示している。

誤認防止マニュアルが整備されており、患者の確認は患者自身による名乗り、リストバンドの確認などの2つ以上の組み合わせ確認を実施している。内服・注射や検査、画像診断の指示は電子カルテのオーダーリングシステムを用いて指示がされ、指示受け・実施は確実に行われている。また、検査結果や画像診断の結果が未読の場合には、未読をチェックする仕組みがある。手術室における麻薬については、使用の都度処方された麻薬を薬局から受け取るなど麻薬の保管が発生しない体制としている。患者等急変時の院内緊急コードが設定され、分かりやすい場所に掲示されている。BLS研修は、インストラクターの資格のある看護師により定期的に行われている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御における責任者である院長の下に、院内感染対策委員会を設置し、実働組織として感染制御チーム（ICT）、リンクナースを各部署に配置している。医療関連感染制御に向けては、院内感染防止対策マニュアルを整備し、必要に応じて改定をしている。院内でのすべての検出菌は院内感染レポートとしてまとめている。近隣の病院との感染防止対策合同カンファレンスに参加し、長野県の感染情報を常時情報収集し対策に生かしている。アウトブレイクの基準は明確であり、フローチャートも作成している。

ICTによるラウンドは毎週行い、問題点が見受けられれば現場にフィードバック

のうえ改善を行い、院内感染対策委員会に改善状況を報告している。抗菌薬の採用・採用取り消しは、薬事審議委員会で行っている。抗菌薬の適正使用に関してはマニュアルを整備しており、抗菌薬の選択、周術期の予防的抗菌薬の投与等に関して具体的な指針を示している。院内におけるアンチバイオグラムは毎年作成し、医局等に情報提供している。カルバペネム系の抗菌薬、抗MRSA薬は届け出制となっており、抗菌薬の長期投与に関しては一定期限を越える投与は、薬剤師が注意喚起している。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けた情報発信は、ホームページや広報誌を通して、病院の理念、運営方針、診療サービス、診療機能、診療実績等を発信している。広報誌は、患者への配付、院内や近隣施設に配付すると共に地域新聞と合わせて地域住民へも配付している。ホームページには、タイムリーな内容も含めて発信しており、地域住民・地域の医療関連施設等が自院を選択する際の有用な情報源になっている。自院に求められる病院運営を目指し、地域の人口統計・高齢化率・疾病構造等の把握に努めている。地域の医療関連施設等との連携は、地域医療連携課を中心に北信地域に所在する病院と千曲地域に所在する開業医・介護老人保健施設と連携している。紹介先との連携を深める取り組みについては、北信地区連携協議会、地域連携パスの会議の参加に加え、紹介先の病院に医師・看護師長・担当者等が直接訪問している。返書管理については、紹介先への返書の漏れ、未返書の発生は見られない。地域への医療に関する啓発活動については、市民講座を開催して、地域の健康増進に努めている。また、リハビリテーション科を中心に専門職種が介護予防通所事業所等に出向き、技術指導等を実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者への配慮として、玄関フロアにコンシェルジュを配置して患者来院時の利便性に配慮している。常に館者受け入れが可能であるようベッド調整を行っており、入院依頼はその日のうちに返事を行っている。入院当日に各職種が共同して入院診療計画を作成し、患者・家族に説明と同意を得ている。

医師は原則毎日回診し、必要事項を電子カルテに記載している。また、医師は病棟での多職種カンファレンスに参加し、指導力を発揮している。看護師は、入院後速やかに看護計画を立案し、他職種と連携を図りケアの提供に努めている。身体抑制・行動制限の必要性は入院時のリスク評価に基づいてカンファレンスで検討し、医師から患者・家族に説明のうえ同意を得て実施している。また、家族の面会時や患者が落ち着いている時には、看護師や療法士などの監視下で一時的に抑制を解除するなどの取り組みも行われている。入院時全患者に退院支援に関するスクリーニングを行い、必要に応じて退院支援計画書を作成している。入院患者が退院後に安心して療養を継続出来るよう、必要に応じて訪問診療や訪問看護の他、栄養指導やリハビリテーションを目的とした専門スタッフの訪問も行なっている。

(副機能：リハビリテーション病院)

入院の決定は、急性期病院から MSW が入院申し込みを受けた後情報収集を行い、療法士、担当の看護師長、回復期リハビリテーション病棟医が入院審査を行い、最終的には専従医の判断で入院を決定している。地域での各病院の役割分担を共有しており、顔の見える関係の中で運用している。診療計画の作成については、入院時に担当医と療法士と一緒に診察し、情報共有をしながら治療方針を決めている。

医師の業務において、指示した内容等は、漏れなく診療録に記載することが望まれる。看護計画の作成の際には具体的な記載と変更が生じた際には、速やかに計画の修正を期待したい。理学療法、作業療法は、機能障害の評価の充実、主な疾患、系統ごとの評価バッテリーの策定等で、治療介入が評価できる体制を構築し、質の向上につなげることを期待したい。言語聴覚療法においては、失語症、構音障害などに対する介入、高次脳機能に対する評価、訓練、嚥下障害に対する取り組み等おおむね適切に実施されている。退院後の医療については、適切な医療機関に紹介し治療を継続している。また、訪問リハビリテーションが必要な状況などでは、自法人の施設の利用も含め適切に行われている。

(副機能：慢性期病院)

外来診察では、診療時間や診療科目、医師の体制などを掲示し、ホームページでも案内している。また、初診・再診・紹介・緊急的な患者の受け入れ体制を整備している。入院診療計画書は多職種が関与し、計画内容と各職種の担当者名を記載している。計画書への記入後、患者・家族に説明したうえ、同意を得ている。転棟時には新たに診療計画書が作成され、説明と同意が行われている。

医療相談室に社会福祉士を配置して各種相談に対応している。相談内容により専門職種や担当者に振り分けて対応している。医師は、毎日回診を実施して記録を残している。回診時やカンファレンスなどを通じて他職種と情報を共有している。看護業務において、患者・家族の身体的・精神的・社会的ニーズの把握は、患者ケア時などに行われている。管理栄養士はミールラウンドを行い、嚥下に問題がある場合は言語聴覚士が関与し、必要時、VE 検査・VF 検査を実施し、多職種で食事形態や投与方法などを検討している。連携先への入院中の経過は、診療情報提供書、看護・リハビリテーションのサマリー等で提供し、訪問診療、訪問看護・介護サービスにつなげる仕組みを構築し、レスパイト入院も病院として受け入れている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬局では、薬剤師が処方鑑査、調剤鑑査を確実にを行い、薬剤を供給している。注射薬は1患者1施用ごとの取り揃えであり、抗がん剤は薬剤師が安全キャビネットを用いて調製・混合を行っている。検査科は検体検査、生理検査、超音波検査などを実施しており、精度管理も実施している。画像診断については、CT と MRI は予約制であるが、緊急の場合は待ち時間なしで対応している。栄養管理機能については、大量調理施設衛生管理マニュアルに沿って衛生的に管理しており、美味しい食事の提供に努めている。リハビリテーション部門は、自院での急性期の対応と近隣

の急性期病院からの回復期、維持期のリハビリテーションを担い、患者が望む自宅や施設などで療養できるように援助している。診療記録の量的点検はチェックリストを使用して、退院患者全件に実施している。

各部署から搬出された使用済み器材は中央材料室へ搬送し、滅菌の質保証も確認している。麻酔管理については、全身麻酔の場合は麻酔科医が管理し、覚醒・帰室は基準に基づき判断している。救急医療は地域の2次救急医療機関として、積極的な役割を果たしている。救急科を開設し救急受け入れ態勢を強化してなど、評価できる。

10. 組織・施設の管理

予算の作成は、昨年度実績・各部署からの整備計画の提出等を考慮して予算額を計上している。会計は病院会計準則に基づいた会計処理が行われ、財務諸表の作成、会計監査も実施している。医事業務については、受け付けから会計までの業務手順を定めレセプトの作成、返戻・査定、再請求については、いずれも医師の関与がある。未収金の督促は、マニュアルに従って督促している。業務委託をする際には、見積もりと仕様書を確認して採用を決めている。

業務内容の履行と質の維持・向上のため、委託先責任者と頻繁に打ち合わせを実施している。医療ガス安全管理委員会は規程に則り開催している。医薬品の採用については薬事審議会で検討し、医療消耗物品については現場からの意見を確認して採用している。発注と受け取りが別部署であるなど購買の際の内部牽制は図られている。

災害発生時の責任・連絡体制は休日・夜間を含めて明確に定め、防火・防災マニュアルを整備しマニュアルに定めた訓練を実施している。BCPについては現在作成中であるが、早急な策定を期待したい。保安業務については、出入り口の施錠時間、院内巡視の方法等の手順が定められ、緊急時の連絡体制も明確になっている。

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 | 患者の個人情報適切に取り扱っている | 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 | 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 |
| 1.3.3 | 医療事故等に適切に対応している | 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 | 業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる | B |

| | | |
|-------|---------------------------------------|---|
| 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 | 患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる | 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 | 施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている | A |
| 1.6.2 | 療養環境を整備している | A |
| 1.6.3 | 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 | 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 | 栄養管理と食事支援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 | 身体拘束（身体抑制）の最小化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 | B |
| 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 | |
| 4.1.1 | 理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている | A |
| 4.1.2 | 病院運営を適切に行う体制が確立している | A |
| 4.1.3 | 計画的・効果的な組織運営を行っている | A |
| 4.1.4 | 院内で発生する情報を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 | 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 | 購買管理を適切に行っている | A |
|-------|---------------|---|

4.6 病院の危機管理

| | | |
|-------|------------------------|---|
| 4.6.1 | 災害時等の危機管理への対応を適切に行っている | B |
|-------|------------------------|---|

| | | |
|-------|---------------|---|
| 4.6.2 | 保安業務を適切に行っている | A |
|-------|---------------|---|

機能種別：慢性期病院（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 | 診療計画と連携したケア計画を作成している | 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 | 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 |
| 2.2.12 | 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 | 重症患者の管理を適切に行っている | A |
| 2.2.15 | 褥瘡の予防・治療を適切に行っている | A |
| 2.2.16 | 栄養管理と食事支援を適切に行っている | A |
| 2.2.17 | 症状などの緩和を適切に行っている | A |
| 2.2.18 | 慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている | A |
| 2.2.19 | 療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる | A |
| 2.2.20 | 身体拘束（身体抑制）の最小化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 |

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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 2.2.10 | 看護・介護職は病棟業務を適切に行っている | B |
| 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 | 栄養管理と食事支援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 | B |
| 2.2.18 | 作業療法を確実・安全に実施している | B |
| 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 | 身体拘束（身体抑制）の最小化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 |

年間データ取得期間： 2022年 4月 1日～2023年 3月 31日
 時点データ取得日： 2023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： 特定医療法人財団大西会 千曲中央病院
 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)、慢性期病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 長野県千曲市大字杭瀬下58

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 | 165 | 146 | +10 | 79.8 | 46.6 |
| 療養病床 | 30 | 30 | -10 | 86.4 | 84.5 |
| 医療保険適用 | 30 | 30 | -10 | 86.4 | 84.5 |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 195 | 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 | | |
| 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 | 26 | +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 | 52 | +0 |
| 地域包括ケア病床 | | |
| 特殊疾患入院医療管理料病床 | | |
| 障害者施設等入院基本料算定病床 | | |
| 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

| |
|----------|
| 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： 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

