

病院機能評価
審査結果報告書

2021年度実施

長岡赤十字病院

訪問審査実施日 2021 年 12 月 16 日～12 月 17 日



公益財団法人 日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

ご 挨 拶

日本医療機能評価機構の事業の推進につきましては、日頃から何かとご理解とご協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、先般お受けいただきました病院機能評価について、審査結果報告書がまとまりましたので、ここにお届け申し上げます。報告書の取りまとめにつきましては十分に配慮したつもりですが、不明の点、あるいはご意見・ご要望などがありました場合は、文書にて当機構までお問い合わせください。

病院機能評価は、病院が組織的に医療を提供するための基本的な活動（機能）が、適切に実施されているかを第三者の立場から評価するものです。病院は、評価を受けることにより、自身の強みと課題を明らかにすることができます。そして、その強みを活かし、また課題を改善するための努力を行うことによって、医療の質向上を図ることを第一の目的としております。

本報告書が貴院の自主的で継続した質改善活動や患者サービスの向上の一助になることを願っております。

今後とも、当機構の事業の運営につきまして宜しくご支援を賜りますようお願い申し上げます。

公益財団法人日本医療機能評価機構
代表理事 理事長 河北 博文

審査結果報告書について

1. 報告書の構成

- ☐ ご挨拶
- ☐ 審査結果報告書について（構成と読み方の説明）
- ☐ 総括
- ☐ 評価判定結果

2. 報告書の内容

（１）総括

病院の役割や性格を踏まえたうえで、病院全体の総合的な所見を述べています。

情報提供に同意いただいた場合、公開の対象となります。

（２）評価判定結果

中項目（自己評価調査票の中で３ケタの番号がついている項目）の各評価項目の最終的な評価結果を示したものです。

評価にあたっては、評価調査者が「評価の視点」「評価の要素」および病院の「活動実績」について、資料（各種議事録、診療記録など、日々の活動実態が分かるもの）や現場訪問、意見交換などを通じて確認しております。

また、一時点（訪問審査当日）のみを対象とするのではなく、改善活動に継続的に取り組まれている状況や医療を取り巻く社会の動きなどを考慮して、総合的に中項目を評価したものです。

中項目評価は４段階で行われ、「S」「A」「B」「C」で表記しました。評価結果の解釈はおおむね以下の通りです。

評価	定義・考え方
S	秀でている
A	適切に行われている
B	一定の水準に達している
C	一定の水準に達しているとはいえない

※更新受審の場合は、前回受審の結果および期中の確認の内容と比較して評価しています。

※各項目で求められている事項が、病院の役割や機能から考えた場合に必要ない（当該事項が行われていなくても妥当である）と考えられる場合には「NA」（非該当）としています。

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 12 月 16 日～12 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 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、財団法人長岡病院から日本赤十字社新潟支部病院への移管を経て、長岡赤十字病院となった。その後、新築移転などの変遷を経て、地域の基幹病院として救命救急センターや総合周産期母子医療センターをはじめ、高度先進的な医療とともに特色ある医療の推進に取り組まれている。また、地域医療支援病院に認定されているほか、地域がん診療拠点病院、臨床研修病院、基幹災害拠点病院などに指定されている。

今回の病院機能評価では、継続的な質改善に向け全職員が一体となって努力されていることが確認できた。一部に課題も見受けられたが、今回の審査結果も参考に、さらに医療の質向上を図り、基幹病院としての役割を高められて行くことを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

日本赤十字社の使命をも念頭に地域の基幹病院として、患者中心と地域医療の推進を明確にした基本理念・基本方針を明文化し、院内・外へ適切に周知している。病院管理者・幹部は様々な機会において方針・将来像を明示している。また、人材確保と育成などの課題・問題を的確に把握し、解決に向けてリーダーシップを発揮している。意思決定機関である会議は有効に機能し、必要な会議や委員会も開催されている。中・長期計画に基づく事業計画が作成され、検証も行われている。情報の管理・活用の方針は明確で、電子カルテシステム更新も計画的に実行されており、診療情報データの二次的な活用への取り組みも行われている。文書は規程に基づいた管理が行われているが、議事録の取り扱いなどについて検討が期待される。

人事・労務管理では、採用計画に基づき医師をはじめとした必要な人材が確保されている。職員の安全衛生管理にはおおむね適切に取り組まれているが、院内巡視や、非常勤医師の健康診断に関する取り組みについて検討されたい。職員にとって魅力ある職場となるよう、職員の意見・要望が把握され、福利厚生への配慮なども適切に行われている。

職員への教育・研修では、医療機関にとって必要性の高い課題を網羅した教育・研修計画の作成と確実な実施が期待される。教育・研修に必要な院内の書籍や雑誌は一元的に管理されている。能力評価・能力開発では、専門分野の資格取得に向けた積極的な支援への取り組みは評価できるが、全職員を対象とした人事評価や人事考課の実施を期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、周知を図っている。なお、セカンドオピニオンや小児周産期医療にも配慮した文言の追加について検討されると良い。説明と同意では、説明すべき内容が具体的に示され、それに沿った運用がなされており、分かりやすくする工夫もあるが、同席における院内ルールに関して検討が望まれる。患者からの情報収集は的確に行われており、入院診療計画書やクリニカル・パス、書籍の整備など、患者の医療への参加促進が適切に行われている。

患者支援体制では、相談窓口が設置され、MSW を配置し、経済的負担や社会保障制度、入院・在宅療養などの多様な相談に対応しており、虐待が疑われる患者への対応体制も整備されている。個人情報保護について、方針・利用目的を整備し、院内掲示や入院案内などで周知を図っている。臨床における主要な倫理的課題についての病院の方針が整備されており、臨床現場における倫理的課題は多職種で検討されている。解決困難な事例は倫理コンサルテーションチームが、依頼を受けて積極的に介入している。

公共交通機関でのアクセスへの配慮、来院者用駐車場の整備などにより、患者・面会者の利便性は良好である。コンビニエンスストア、ATM、理・美容室やレストランが設置されているほか、病棟には生活延長上に必要な設備が整えられている。院内の施設・設備は、玄関をはじめとしたバリアフリーの確保、各所における手摺りの設置などにより、障害者や高齢者への適切な配慮がなされている。整理整頓が行き届き、診療・ケアに必要なスペースの確保、ラウンジの設置などにより快適な療養環境の整備に努められている。受動喫煙防止については、敷地内禁煙が徹底され、各種媒体でも周知が図られている。

4. 医療の質

提案箱の設置や患者満足度調査などにより患者・家族の意見・苦情が収集され、フィードバックも掲示などで適切に行われている。各科での症例検討会、CPC やキャンサーボードが開催され、学会診療ガイドラインも活用されている。臨床指標に関するデータを収集し、ホームページ等で公表している。クリニカル・パスの作成や見直し、また活用も適切に行われている。業務の質改善に向けては、部会やQC

サークルで改善に向けての取り組みが行われている。新たな診療技術の導入や薬剤の適用外使用に際しては、新規医療技術評価委員会や倫理委員会で安全面・倫理面について検討する仕組みが構築されている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確にされており、担当医師不在時の対応体制も確立している。診療記録は、指針に基づき必要事項が記載されており、質的点検も、委員会が中心となって適切に実施されている。多職種により栄養サポート・緩和ケア・褥瘡対策の各チーム等が組織され、協働して適切な指導や介入が行われている。

5. 医療安全

安全確保に向け、院長直轄の医療安全推進室が設置され、室長として専任副院長や、権限を付与された専従医療安全管理者を配置するなどの体制が確立している。また、医療安全管理委員会などを組織し、安全に向けた事項等を速やかに周知する仕組みが構築されている。医療安全に関するマニュアルも適宜改訂されている。インシデントについて、報告システムが整備され、医療安全推進室の取り組みにより、医師からの報告件数も増加している。院内で収集した情報は分析され、再発防止に向けての検討やフィードバックも適切に行われており、院外からの情報収集と職員への周知も院内 LAN などにより行われている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は、手順に基づき各部署で適切に実践されている。情報伝達エラー防止対策では、医師の指示出し・指示受け・実施確認などが口頭指示も含め、手順に沿って実施されている。薬剤管理では、様々なリスク回避の仕組みが構築されており、薬剤の取り違い防止に向けての工夫もなされている。転倒・転落防止に向け、全入院患者のリスク評価を行い、必要時にはリスクに応じた看護計画が作成され、対策が実施されている。また、転倒・転落発生時の対応手順も整備されている。医療機器の安全な使用に向け、職員の教育・研修が計画的に実施されており、人工呼吸器使用中の動作点検や設定確認も適切に行われている。急変時に備え、BLS 研修は適切に実施されているが、救急カートの使用や病院全体の緊急コード訓練についての検討が望まれる。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は確立し、院内感染対策委員会、下部組織の ICT や AST が積極的に活動している。ICT がラウンドし、対策や改善に向けての確認を行っている。感染制御に関するマニュアルは適宜改訂し、職員に周知している。感染関連情報は幅広く院内から収集され、情報に基づき分析・検討が行われており、結果は委員会に報告するとともに、各職場へ周知している。アウトブレイク発生時の体制は整備されており、対応実績もある。

感染制御活動は、マニュアルが整備され、手指衛生の取り組みなどが実践されている。医療現場での感染性廃棄物、血液・体液等の付着したリネン・寝具類の取り扱いなども適切である。抗菌薬は使用指針が整備され、使用状況は薬剤部で把握されており、必要に応じて担当医師へフィードバックされている。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービスの情報はホームページ、医療機関向け広報誌および患者向け広報誌などで、診療実績はホームページで発信されている。地域連携については、地域医療支援病院でもあり、後方支援病院・施設との意見交換会や空床状況の共有などにより地域の医療ニーズの把握に取り組み、連携および協力が適切に行われている。地域住民の健康増進活動では市民公開講座や赤十字講習、特定健診、各種がん検診等を行っている。地域の医療従事者に対しては学術講演会、技術研修会などを開催しており、地域に向けての医療に関する教育・啓発活動も適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合案内が設置され、受診に必要な情報の掲示、紹介患者の受け入れ、救急および感染が疑われる患者の受け入れ体制も整備されている。確実な情報収集や多職種による患者指導の実施など、安全な外来診療が行われている。侵襲性の高い検査に対する説明と同意、検査中、検査後の患者の状態の把握など診断的検査は確実・安全に実施されている。入院の決定は医学的判断に基づき適切に実施されている。病態に応じた入院診療計画書が迅速に作成され、見直しなども行われている。クリニカル・パスは有効に活用されている。患者・家族からの医療相談および患者の円滑な入院に向けて、いずれも適切な対応がなされている。

医師は日々の回診や病棟スタッフとの情報共有など病棟業務を適切に行っている。看護師の病棟業務は各種ニーズの把握と援助、他職種との情報共有などが行われている。薬剤師による服薬指導、薬歴管理、薬剤の投与中、投与後の観察など投薬・注射は確実・安全に行われている。輸血・血液製剤投与は、説明と同意後にマニュアルに沿って確実・安全に実施され、観察と記録もなされている。周術期の対応では、術前の検討、説明と同意、術前の麻酔科医による診察や看護師による面接、術後の病棟訪問などが適切に行われている。重症度に応じた病室管理や多職種の関与などにより、重症患者は適切に管理されている。褥瘡の予防・治療では、発生リスクに応じた計画の立案、対策チームのラウンドなど積極的な活動が実施されている。栄養管理と食事指導、および症状などの緩和は適切に行われている。リハビリテーションでは、実施計画書の作成、情報共有や危険性に対する説明などが行われている。身体抑制では、マニュアルに基づいた観察の記録、抑制の軽減・解除に向けてのカンファレンスなどが適切に行われている。早期から退院支援に取り組み、院外と連携して、必要な患者にする継続した診療・ケアの支援がなされている。ターミナルステージへの対応は、多職種協働で実施されており、逝去時の対応なども適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、持参薬の鑑別と管理、注射薬の1施用ごとの取り揃え、処方鑑査と疑義照会への対応などが行われている。臨床検査は、精度管理の実施、迅速な結果報告、パニック値への対応など機能が適切に発揮されている。画像診断機能

は、夜間・休日の読影実施に向けての対応体制が整備されている。栄養管理機能は、適時・適温への配慮、きめ細やかな個別対応食提供への取り組みなどがなされている。リハビリテーションは、連続性の確保への取り組みなどがなされ、機能が適切に発揮されている。診療情報管理機能は、一元的な管理や全症例に対する量的点検が実施されている。医療機器は、臨床工学技士による一元的管理、機器の標準化推進など、機能が適切に発揮されている。洗浄から滅菌、払い出しまでがワンウェイ化されており、既滅菌物の保管・管理も適切に行われている。

病理診断機能は、専門職員の配置、結果の速やかな報告がなされ、ブロック標本は永久保存されている。放射線治療機能は、医師や専門職員の確保、計画作成やシミュレーションなどが適切に行われている。輸血・血液管理機能は、血液製剤の迅速な発注や自己血の区分保管が適切であり、また廃棄率は非常に低く、総体的に極めて優れている。手術・麻酔機能はおおむね適切に発揮されているが、スケジュール管理や手術台帳の記載に関して取り組みが期待される。集中治療は、医師をはじめとした多職種での活動、入退室基準の明確化などにより適切に機能を発揮している。救急医療では、三次救命救急センターとしての患者受け入れ体制の整備、ドクターヘリ基地病院としての搬送実績など、機能が極めて適切に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

会計は規則に基づき適正に処理され、財務諸表の作成や監査の実施など財務・経営管理は適切に行われている。窓口収納業務、レセプト点検・査定等一連の診療報酬請求、未収金に対する取り組みなど医事業務は適切に行われている。委託業者は規則に基づき公正に決定されており、院内研修への委託業務従事者の参加にも配慮している。

施設・設備については、保守管理や定期点検が計画的に実施されている。物品管理は、院内供給・管理代行型の SPD 対応であり、実地棚卸や定数の見直しも適切に行われている。

災害時の対応マニュアルや連絡体制は整備され、防火・防災訓練も実施されている。基幹災害拠点病院として DMAT や救護班の編成機能を有し、大規模災害に備えての患者用食糧および飲料水も適切に備蓄されている。保安業務はおおむね適切に行われている。医療事故等の対応では、発生時からの対応マニュアルが整備されており、職員への周知も適切に図られている。事故が発生した場合は調査委員会を召集し、原因究明と再発防止に向けて検証を行う仕組みが確立している。

11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修は、環境が整備され、指導医により初期研修プログラムに基づきシミュレーターも活用した研修が実施されており、部会で内容の検討・見直しも行われている。また、研修医が単独で行える診療行為も定められている。その他の専門職種の初期研修については、看護部門でのラダー研修をはじめ、各コ・メディカル部門では独自のプログラムを作成し、適切に研修が行われている。

学生実習等は、看護部門をはじめ各部門で積極的に受け入れており、各部門のカリキュラムに沿っての実習・評価が行われている。また、医療安全、医療感染制御、個人情報保護などに関する研修が行われており、事故発生時における損害賠償等の契約も締結しているなど、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

【適切に取り組まれている点】

患者の権利は「患者さんの権利」として、個人情報保護、平等に治療が受けられることや自己決定など7項目について明文化されている。患者の権利の内容は適宜幹部会議で内容を検討しており、患者・家族や職員には院内各所への掲示、入院案内、ホームページへの掲載などにより適切に周知している。入職時に患者の権利についての研修を実施しており、開示手順などは診療マニュアルに明示されている。また、診療記録の開示請求に対しては全例開示の方針であり、診療情報提供委員会で検討のうえ、病院長の承認を得て開示している。

【課題と思われる点】

今後の見直し時において、セカンドオピニオン並びに小児周産期医療に配慮した文言の追加検討をされると良い。

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	【適切に取り組まれている点】 院内の説明書式は診療録管理委員会で承認・管理され、承認後は電子カルテ上でテンプレートとして利用できるようになっている。説明すべき内容はマニュアル上で具体的に示され、それに沿った運用がされている。実際の説明では、図を利用するほか、アンダーラインを引くなどして分かりやすい工夫もされている。看護師が同席者として外来の説明時に同席し、患者と家族の様子を記録している。また、かかりつけ患者のセカンドオピニオン希望は年間数件程度あり、地域連携が窓口となっている。 【課題と思われる点】 看護師は同席すべき対象を、深刻な病状説明の場合や医師から依頼があった場合に同席すべきと認識しているが、病院として統一した対象例は示されていない。同意書の取得や同席の対象を明確化し、院内ルールの標準化が推進されることを望みたい。また、診療録管理委員会で承認を開始する以前からの説明書がそのまま継続利用されており、見直されると良い。
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	【適切に取り組まれている点】 入院診療計画書には、担当の医師、看護師、薬剤師、管理栄養士名が示され、治療、看護、栄養管理面での記載を行い、変更があれば計画書を見直している。院内では208件のクリニカル・パス、患者用パスが作成され、積極的に活用している。また、転倒予防のための注意喚起やせん妄予防に関する情報を病院ホームページや入院案内で具体的に説明するなど、患者が医療安全に参画しやすい工夫が見られる。なお、患者が興味ある疾患や治療法があれば、地域連携・患者サポートセンターで医療関連の一般書籍を利用することができるようになっている。 【課題と思われる点】 入院診療計画書に記載された内容が一般的であり、患者の個別性に乏しい。入院前支援などでは、患者に関する情報が多方面にわたり詳細に収集されているので、その情報の利用や患者用パスを併用するなどして個別性の高い情報が提供されるとさらに良い。

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	【適切に取り組まれている点】 経済的負担や社会保障制度、入院・在宅療養等の様々な相談は、敷地内院外薬局2階の地域連携・患者サポートセンターに患者相談窓口を設置し、入院のご案内、院内掲示等により周知・案内されている。相談室が5室確保され、医療相談は福祉支援係のMSW6名が担当し、相談内容はMSW記録およびMSW業務日報に記載されている。また、相談内容によって、がん相談支援センター、入退院支援室等により、きめ細かい対応がされている。虐待防止対策は児童・高齢者・障害者・DVの各マニュアルが整備されているなど、患者支援体制は適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 個人情報保護方針・利用目的が整備され、ホームページ、院内掲示、入院案内等で周知している。職員および実習生より個人情報保護遵守に向けての誓約書が提出されている。電子カルテのログインパスワードは8桁で90日周期の変更としている。また、患者情報の電子媒体での持ち出しは、規程を整備しUSB等への出力が出来ない仕組みが確立している。病室の氏名表示や外来での呼び出しなどのプライバシーにも配慮されているなど、患者の個人情報・プライバシーは適切に保護されている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 病院の倫理的課題に対しては、「長岡赤十字病院の臨床倫理の方針」が整備され、意思確認のできない患者や、治療拒否、輸血拒否、延命治療、DNAR などに関する方針が明文化されている。臨床的に問題となった倫理的課題については、現場で多職種による倫理ケースカンファレンスで検討されており、現場で解決が困難な場合は、病院内で横断的に活動している倫理コンサルテーションチームが依頼を受けて積極的に介入している。倫理コンサルテーションチームが対応した事例は全て報告されており、その中で相談が増えている DNAR についてのフィードバック研修を行っている取り組みは評価できる。 【課題と思われる点】 「宗教的輸血拒否への対応」、「DNAR の考え方」、「治療拒否に対する対応」などの倫理的課題に関する方針は外部へは示されていないが、患者が病院を選択する際に事前に知り得ることが望ましく、公表に向けた検討を望みたい。
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	【適切に取り組まれている点】 医療サービスの内容等の地域への情報発信は、ホームページへの掲載や、医療機関向け広報誌「病診連携だより」・患者向け広報誌「あさのは」が年 4 回発行され、情報提供が行われている。ホームページにて、DPC データに基づく病院指標や各診療科・部門の診療・手術実績、京都大学 QIP 事業等が発信されており、広報誌にてイベントやトピック、スタッフ・部署紹介等が掲載されている。また、にいがた医療情報ネットへの適正な報告や、日本医療機能評価機構の評価結果が公表されている等、病院として必要な情報発信は適切に行われている。 【課題と思われる点】 ホームページの企画作成は、地域連携・福祉支援課および総務課によって行われているが、最新の情報に更新されていない事例が一部見受けられ、適時に更新されるよう、情報収集の仕組みの再検討が期待される。

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	【適切に取り組まれている点】 地域連携・患者サポートセンターの地域連携係の事務職員4名が病診連携を担っており、紹介患者や登録医によるPET/CT検査等の共同利用の受け入れ業務等が行われ、後方支援病院・施設との意見交換会や空床状況の共有等、地域ニーズの把握と顔の見える連携に取り組んでいる。登録医制度の連携施設は220か所に上り、紹介患者は中越圏域を中心に年間18,711名の受け入れが行われ、医療介護連携システム「フェニックスネット」の活用による診療情報の共有も行われている。紹介元への返答も行われており、地域医療連携体制は適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 地域の健康増進に寄与する取り組みとして、特定健診や各種がん検診の実施のほか、各診療科・センター等により、患者・市民向けに「赤十字講習」や「市民公開講座」、「患者会（乳がん・血液疾患・ストーマ等）」が開催され、多くの市民が参加されていたが、今般のコロナ禍において縮小されている。また、地域の医療・介護関係者に対して、「ドクターヘリ症例検討勉強会」や「がん診療連携拠点病院学術講演会」、「虐待被害者診察技術研修会」等、様々な取り組みが行われているなど、地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。

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

【適切に取り組まれている点】

院長直轄の医療安全推進室が設置され、室長に専任副院長、権限を付与された専従医療安全管理者、専任の看護師および薬剤師を配置し、組織横断的に活動している。また、各部門医療安全推進担当者との連携し、改善策の周知および評価を行っている。医療安全管理委員会を毎月開催し、積極的に医療安全活動に取り組んでいる。医療安全推進室では、週1回カンファレンスを開催し、発生事例の検証や医療安全に関する活動について検討し、委員会に報告している。医療安全管理指針を含む安全マニュアルは適宜改訂され、履歴も管理している。安全マニュアルは院内LANにより、職員が必要時に閲覧できる工夫をしている。専従リスクマネージャーは、報告書の検証、院内ラウンド、マニュアル等の管理、職員教育等を行い、医療安全実務担当者は継続的に研修に参加し研鑽に努めており、安全確保に向けた体制は確立している。

【課題と思われる点】

特記なし。

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

【適切に取り組まれている点】

院内のインシデントは、報告システムで収集され、インシデントおよび事故、有害事象発生別に報告フローを作成し、その方法を職員に周知している。2020年度からレベル0の報告の推進に取り組み、医師からの報告数も増加している。医療安全推進室では、毎朝、報告内容を確認し、内容により、専従医療安全管理者が現場訪問やラウンドを行い状況を把握している。医療安全推進室では、改善が必要な事例を選定し、ImSAFERを用いて多職種で分析し、再発防止対策を立案している。各部門医療安全推進担当者は、自部門の安全対策実施状況の確認や評価、職員への周知や再発防止に努め、医療安全推進チームが院内ラウンドにおいて再発防止策の評価を実施している。院外からの情報は、院内LAN・掲示・研修会等を活用し職員に発信している。

【課題と思われる点】

特記なし。

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

【適切に取り組まれている点】

院長直属の感染管理室を設置し、室長の兼任 ICD1 名、専従 ICN1 名と専任の薬剤師・検査技師が配置されている。下部に ICT、AST が組織され、各部署のリンクスタッフと共に感染管理活動を展開している。ICT、AST の活動は、毎週のラウンドや検討会を行い、その情報を基に院内感染対策委員会が定期的開催され、議論や方針を記録している。ICN は緊急時に必要と判断した際は、入院停止まで実施できる権限を付与されている。また、活動の主眼はここ 2 年間は Covid-19 の感染対策が中心である。感染対策マニュアルは 2001 年の作成から現在まで適宜改訂が図られているほか、抗菌薬の使用指針も同様に適宜改訂されている。感染に関する学習会は、Covid-19 以前はほぼ 100% の参加だったが、現在は制限等もあり、遠隔学習の参加者も少ないが、医療関連感染制御への体制はおおむね適切である。

【課題と思われる点】

Covid-19 のマニュアルについて全職員への周知と確認の徹底に向けて、一層の取り組みがされると良い。

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	【適切に取り組まれている点】 院内での感染発生状況は各病棟からの直接報告に加えて、検査科からは細菌培養や遺伝子検出等の結果が報告されている。また、抗菌薬の処方状況や画像診断情報など、幅広い部署から感染関連情報を収集している。収集した情報に基づき対策を立案・実施し、その評価も委員会議事録に記録されている。分析結果やそれに基づく対策などは各職場へはリンクスタッフにより伝達され、院内 LAN 等も活用されている。サーベイランスでは臓器別、科別に特定のターゲットサーベイランスを行い、JANIS へ報告されている。アウトブレイクは、年に 1～2 件発生しており、そのうち消化管感染症の記録では発生・認識から、対策・終息まで詳細に記録されている。地域の中核医療機関として地域の病院群と感染対策については相互訪問や情報交換を実施している。情報は保健所や厚生労働省に加えて WHO、CDC 等からも収集しているなど、情報収集と検討はおおむね適切である。 【課題と思われる点】 カテーテル感染を含む各種サーベイランスの拡充を期待したい。
1.5 継続的質改善のための取り組み			【適切に取り組まれている点】 意見・苦情の収集は、「提案箱」を院内 19 箇所に設置し、病棟看護師長と総務課が毎週および月末に回収している。寄せられた意見・苦情は当該部署での迅速な把握・対応を行った後、サービス向上委員会にて審議し、管理会議・幹部会議への報告が行われている。回答は 1 階コネクションホールでの掲示や記名者への直接回答が行われている。また、日本医療機能評価機構の「満足度調査支援システム」への参加、赤十字病院グループの「医療の質の評価・公表等推進事業における臨床評価指標」が継続的に行われているなど、質改善の取り組みは適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 各診療科単独のカンファレンスの他、合同カンファレンスとしてCPC、キャンサーボード等が開催されている。各診療科では学会の診療ガイドラインを活用している。各科で作成されたクリニカル・パスはクリニカル・パス推進委員会で内容を検討し、承認後に運用されている。クリニカル・パス推進委員会はパスの見直しやバリエーション分析にも関与し、全てのパスを適切に管理している。また、年1回開催のパス大会では、バリエーション分析の結果の報告もされている。各科でのDPC上位5疾患をホームページ上に公開している。赤十字病院臨床指標や京都大学QIPに参加している。臨床指標の分析により周術期における抗菌薬投与期間短縮等の改善例もあり、診療の質向上に向けた活動の取り組みは適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	A	【適切に取り組まれている点】 幹部会議が業務の質改善を統括し、病院全体のBSCを作成している。質改善の実務は病院機能向上部会、QCサークル推進チームが担当している。QCサークル活動では20以上のグループが業務改善に取り組んでおり、最優秀チームの成果は一般企業の発表会であるQCサークル新潟地区大会で発表している。外部評価では、2002年に初めて日本医療機能評価機構の認定を受け、その後継続して受審し院内全体の診療の質向上や機能の向上に役立っている。検査部門はISOの認証を得ている。なお、保健所や消防の立ち入り検査においては、文書での指摘事項はない。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 新たな治療法の導入では、保険適応がある治療法は新規医療技術評価委員会、保険適応がない治療法の場合は医療倫理委員会で審査する体制である。保険適応外薬や未承認薬の使用は倫理委員会で審査を行い、病院長に報告されている。新たな技術の導入のための指導者の招聘や職員研修のための他施設への派遣、院内での説明会の開催等、新たな技術の導入に際しては適切に対応している。臨床研究は倫理委員会で審査のうえ実施されており、臨床研究はホームページ上で公開している。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 来院者の多くは車利用であり、患者駐車場は648台分が確保され、正面出入口前は雨に濡れないよう、車やタクシーの乗り降り可能な配慮がある。公共バスロータリー・駐輪場の設置や、ホームページにてアクセスマップの掲示、コンシェルジュを配置し車両誘導を行う等、来院時のアクセスは配慮されている。院内には授乳室、レストラン、喫茶、コンビニ、ATM、理・美容室、Wi-Fiエリアの設置、また病棟には電子レンジやランドリー等、生活延長上に必要な備品が整備されているなど、患者・面会者の利便性・快適性は適切に配慮されている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 身体障害者専用駐車スペース 20 台が確保され、コンシェルジュやボランティアによるサポートが行われている。院内へは車椅子で容易に入ることができ、身障者用トイレの設置や通路・階段・浴室・トイレ等の手摺りの設置等、バリアフリーは確保されている。コネクションホール・外来中待合や、診察室・検査室等の診療スペースは、車椅子で利用可能なように整備されている。病院の機能と規模に見合った車椅子（約 180 台）が配置され、看護助手による点検、管財課による不具合時の対応が行われるなど、高齢者・障害者への配慮は適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
1.6.3	療養環境を整備している	A	【適切に取り組まれている点】 病棟は清掃と整頓が行き届き全体的に清潔感がある。廊下には障害物がなく、ストレッチャーや車椅子は病棟の一角にまとめて保管している。デイルームとラウンジ 2 箇所のくつろげるスペースが整備されている。インフォームドコンセントの場所として、プライバシーの確保されたカンファレンス室を設置している。浴室や車椅子トイレの使用中表示を大きく表示するなど患者視点での工夫も見られる。給湯器には温度表示があり、さらに蛇口にも注意喚起表示をするなど安全にも配慮されている。 【課題と思われる点】 浴室内のナースコールが少なく、位置がやや高いなど安全上の課題も見受けられ、ナースコールの位置を分かりやすく誘導するなど運用面での工夫を期待したい。

1.6.4 受動喫煙を防止している

A

【適切に取り組まれている点】

地域がん診療連携拠点病院として、敷地内は全面禁煙となっており、ホームページや入院のご案内、院内掲示等で周知されることにより、受動喫煙防止に向けた対策・啓発への取り組みが行われている。職員の喫煙状況は、職種別・年齢別等が把握されており、2021年のアンケート調査では職員の喫煙率は3.7%となっている。電子カルテ・職員用掲示板へのポスター掲示や院長による医局会での啓発、喫煙者への禁煙外来受診勧奨等の取り組みによって、前回審査時から減少傾向にあり、受動喫煙防止に向けた支援・啓発はおおむね適切である。

【課題と思われる点】

職員に対しての喫煙率の定期的なモニタリングが行われておらず、継続的に禁煙促進を図る取り組みが望まれる。

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

【適切に取り組まれている点】

病棟の入口近くに、病棟長、看護師長、薬剤師、栄養士、医事職員、退院支援看護師の氏名を写真付きで表示している。複数の診療科病棟であるが、病棟の責任者として1名の医師を決めており、毎週のカンファレンスを利用して病棟内の課題を共有している。ベッドサイドにチーム制の全担当医師名と担当看護師名を表示し、夜間はステーションのカウンター上に看護勤務者3名の氏名を表示している。担当医師が不在時には、ファーストコール、セカンドコールとして責任医師を決めてステーション内に表示している。

【課題と思われる点】

特記なし。

2.1.2 診療記録を適切に記載している A

【適切に取り組まれている点】

診療記録は電子カルテシステムによる運用であり、診療録の記載に関する指針に従って主訴、現病歴、入院時所見、入院診療計画、日々の所見や検査結果の評価等を適切に記載している。手術記録や麻酔記録などの診療記録を期限内に作成している。リハビリテーション訓練記録や各種指導記録は電子カルテに記録して情報共有に活用している。術前カンファレンスの結果は電子カルテに記載されている。退院後2週間以内の退院時サマリー記載率は96%前後で推移している。医師診療録の質的点検は30項目の評価シートを用いて診療録管理委員会で実施し、点検結果を記載のうえ医師に通知している。看護師の記載内容の質的点検は看護部で実施している。研修医の記載内容は指導医が評価している。

【課題と思われる点】

臨床研修病院として、退院後2週間以内の退院時サマリー記載率は100%に向けた取り組みを期待したい。

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	【適切に取り組まれている点】 患者確認は、入院は本人によるフルネーム申告とリストバンドで確認し、外来はフルネーム申告と外来基本スケジュール票での認証を基本としている。同姓同名患者の場合は生年月日も確認している。自分で意思表示ができない場合の対応は手順に沿って徹底されている。注射はバーコード認証で、手術室および内視鏡室などではサインイン・タイムアウト、サインアウトで誤認防止対策を実施し、記録も残されている。検体取り違い防止対策も手順が整備され、手術部位のマーキングは院内共通ルールが定められ遵守されている。チューブの誤認防止は、識別テープによる表示方法が院内統一方法として定められている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A	【適切に取り組まれている点】 処方箋はオーダーリングシステムによって電子的に発行され、薬剤部で紙の処方箋が発行されている。処方内容は薬剤部で複数回の監査で内容の確認を実施し、記載の適正性を保証している。病棟では実施時に処方内容を確認し、注射薬はバーコード認証で確認して実施している。口頭指示はやむを得ない時には手順に従って実施されている。看護師は指示を復唱し、2名で確認後に実施している。医師は後日、指示の結果を評価・記録し、指示の電子入力を行っている。放射線科のレポートは電子カルテ上で既読の確認が可能である。病理検査結果や放射線検査等では、悪性の所見や病理医・放射線科医が必要と認めた結果は電話で主治医に直接連絡されているなど、情報伝達エラーの防止対策はおおむね適切である。 【課題と思われる点】 一部の口頭指示で主治医の事後評価がみられなかったケースがあり、診療録の評価項目への組み込みを検討する等、記載の充実を図られたい。

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	【適切に取り組まれている点】 病棟での薬剤は病棟薬剤師がほぼ毎日チェックし、向精神薬・麻薬等は鍵のかかる保管庫に個別に保管されている。麻薬の定数配置はなく、全て処方済みである。薬剤の重複投与、相互作用は薬剤師による鑑査に加えて、処方鑑査システムを併用している。取り違い防止の為に調剤・実施の各段階でチェックが行われ、アレルギーは診療録上に表示され、薬剤師によりチェックされている。抗がん剤は約 700 種のレジメンが登録され、投与量の積算も記録されている。 【課題と思われる点】 異なる病棟で、複数のハイリスク薬（セレネース、ニカルジピン）が定数より多く保管されており、薬剤部には複数の病棟から在庫過剰による返却の記録が認められ、過剰在庫が常態化している。病棟薬剤師の鑑査は視認が主で、定数チェックは月 1 回程度であることから、薬剤師の積極的な関与のもと、適切な病棟在庫薬の運用ができる体制の整備を望みたい。また、向精神薬の保管庫に患者の預り金が入っていたため、向精神薬の適切な保管が望まれる。抗がん剤は薬剤部から化学療法室まで蓋の無いトレイに乗せて運ばれているが、安全に配慮した取り扱いを検討されたい。
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A	【適切に取り組まれている点】 入院時に、全患者に対して「転倒・転落アセスメントスコアシート」と「せん妄スクリーニングシート」を用いて、リスク評価を行い、危険度を数値化し、危険度に応じて看護計画を立案し、対策を実施している。入院中は定期評価に加え、変化時にリスクを再評価し、必要に応じて看護計画を見直している。また、入院時に患者・家族に対して、「入院のご案内」や病室に配備の「転倒・転落を防止ぐために」を用いてのオリエンテーションを行い、危険度 2 以上の場合は転倒・転落防止に関する動画の視聴を勧めるなどの工夫をしている。転倒・転落発生時の手順を整備し、有害事象発生時には、多職種で構成の転倒予防対策チームが 3 日以内にラウンドを行い対策について検討している。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.1.7 医療機器を安全に使用している B**【適切に取り組まれている点】**

医療機器は中央管理され、安全性が担保された状態で使用している。輸液ポンプ、シリンジポンプ、人工呼吸器などの使用手順は、必要時に確認できるよう整備されている。また、医療機器使用についての教育は、臨床工学技士が年間複数回、看護師が安全に使用できるよう実技を取り入れた研修会を開催している。人工呼吸器使用中の動作点検や設定の確認は、臨床工学技士2名で毎日ラウンドし、看護師は使用中の観察や記録、勤務交代時の引き継ぎを実施している。さらに、心電図モニターのアラーム設定は医師の指示により設定している。

【課題と思われる点】

一部の病棟で、心電図モニターのアラーム音が微音であり、警報に反応していないケースが見受けられた。心電図モニターの警報音に気づかず発生した事故事例報告があったことから、病院として再発防止策を立案し、医療安全推進室主導で周知徹底に努めているが、異常の早期発見のため、警報音量、警報値の設定等、心電図モニター管理について検討を望みたい。

2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A	【適切に取り組まれている点】 院内緊急コールとして、「コードブルー」が設定され、24 時間対応できる仕組みとなっている。外来は直接救急外来に連絡し対応するルールとなっている。また、2017 年度から急変予防対応チーム（RRT）活動が開始され、実績もある。コードブルー・RRT 要請基準は各部署の分かりやすい場所に掲示し、運用手順も職員に浸透している。救急カートは、救急看護認定看護師と救急科医師が検討し、安全対策委員会で承認の上、薬剤・物品を院内で統一している。速やかに使用できる場所に設置し、所属長による毎日の点検と薬剤師による定期点検が行われている。BLS 研修は入職時とその後 2～3 年ごとに更新研修を全職員が受講しており、実績も管理している。 【課題と思われる点】 院内共通で救急カートの上に、AED や呼吸管理セットを置いているが、急変時に円滑に使用する観点から、救急カート上には物品を置かないような運用を期待したい。また、病院全体の緊急コード訓練は未実施であるため、計画的な実施をされると良い。
-------	-------------------	---	--

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	【適切に取り組まれている点】 手指衛生は、手洗いの基準を定め、速乾性手指消毒剤の各病室入口への設置や個人携帯で使用している。速乾性手指消毒剤の使用状況およびハンドソープの使用状況をモニタリング・分析のうえ、結果・改善策を委員会等で報告し、遵守率向上に向けて継続的な取り組みを行っている。个人防护用具はマスク、ゴーグル等の使用基準をマニュアルに明記し各部署で実践している。現場での感染性廃棄物および血液・体液・排泄物の付着したリネン類の取り扱いはマニュアルに沿って行われている。 【課題と思われる点】 中心静脈カテーテル挿入時のマキシマル・バリア・プリコーションは、実施率が90%となっているが、100%に向けた取り組みが望まれる。また、一部の病棟で注射ミキシング台の上に、使用済みシリンジポンプや注射薬搬送に使用するカゴが置いてあった。ミキシング台は清潔スペースであることから、運用を再度検討されたい。また、血液・体液等で汚染されたリネン類を一次洗浄する際の个人防护用具としてエプロンを使用しているが、汚染物による曝露防止の観点から袖付きガウンの使用を検討されるとさらに良い。
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	【適切に取り組まれている点】 抗菌薬の採用や採用中止は医師からの申請を薬事委員会で審査・決定されており、薬剤全般は1採用1削減を原則にしている。抗菌薬の適正使用は、感染防止対策マニュアルおよび抗菌薬の使用指針が定められ、早期介入によるTDM実施率の向上等の成果を上げている。院内で分離された細菌の感受性パターンは集計されアンチバイオグラムとして院内LAN上で確認が可能である。抗菌薬は処方時から薬剤部でモニターされ、2週間の期限の前に主治医とICTによる検討が行われ継続の可否が決定されている。抗菌薬はおおむね適正に使用されている。 【課題と思われる点】 カルバペネム系などの薬剤使用の届け出の徹底を期待したい。

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	【適切に取り組まれている点】 日常的に発生する倫理課題については、精神科医師、看護師、社会福祉士などによる倫理カンファレンスを実施している。認知症患者に対する DNAR、意思疎通ができない患者の治療方針決定、患者と家族間で退院先への希望が異なる場合などを倫理的問題と捉え、多職種での協議を日常的に実施している。看護師を中心に 4 分割表で分析する手法もおおむね定着している。また、医療現場で解決が困難な場合は、院内の倫理コンサルテーションチームに介入を依頼しているなど、倫理的課題等の把握と対応は適切に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 院内では、栄養サポートチーム、緩和ケアサポートチーム、褥瘡対策チーム、せん妄・認知症ケアチーム、倫理コンサルテーションチームなど多職種で構成の専門チームが組織横断的に活動している。病棟では曜日ごとに開催するカンファレンスを決め、それぞれ多職種で検討を行っている。日常的には、内服薬説明や化学療法時の副作用説明は薬剤師が、栄養に関する問題抽出と計画は管理栄養士が、退院支援に関する取り組みは担当の退院支援看護師が、それぞれに専門性をもって取り組んでおり、その情報は全てカルテやカンファレンスを通して共有されている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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 けることができる	A	【適切に取り組まれている点】 正面玄関フロアーに総合案内を設置し、午前中は看護師が、それ以降は受け付け事務員が来院患者等への対応を行っている。施設基準や医療法に基づいた診療時間、療養費の自費負担などの受診に必要な情報は適切に掲示されている。紹介患者の受け入れは専用窓口を設置し、速やかな対応がなされている。待ち時間調査を毎年定期的の実施し、苦痛軽減対策として、図書スペースの設置、受診番号表示や無料 Wi-Fi サービスなどを行っている。また、外国人患者へのサポートとして、外国人患者受入れ認証制度（JMIP）を取得している。さらに、緊急患者や発熱などを伴う感染が疑われる患者に対しては、入口を別にし、一時的に隔離しているなど病態・緊急性への配慮も適切に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 外来診療は紹介状の有無によって受診経路は変わるが、外来総合案内の師長によるトリアージも行われ、速やかに適切な診療科で診療を受ける仕組みがある。紹介状の無い新患は、看護師による事前問診を添えて医師の診察へ進む事で効率化を図っている。患者への説明はそれぞれの診断と治療法に応じた同意書が作成され、医師により説明が実施されている。一部の手術症例に関しては入院決定後に、外来の入院支援センターで様々なオリエンテーションが実施され効率化が図られている。看護師によるデータ取得は外来診察時から始まって、病棟看護へ引き継がれているなど、外来診療はおおむね適切に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 侵襲的検査の適応は担当医、あるいはカンファレンスで判断している。説明と同意に関するマニュアルに従い患者・家族に必要性とリスクについて十分な説明を行い、文書で同意を取得後に検査を安全に実施している。消化器内視鏡検査での抗血小板薬の服用の有無、トレッドミル検査での医師の立ち会い、MRI 検査での体内金属の有無、CT 検査での造影剤アレルギーや腎機能等、検査の実施前に確認している。CT や心臓カテーテル、消化器内視鏡検査の経過は、電子カルテに確実に記録している。患者の状態により、車椅子やベッドでの搬送など、安全な搬送にも配慮している。院内で実施できない検査は外注あるいは実施可能な医療機関に紹介している。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院の適否は、患者の紹介状の有無や受診経緯を問わず外来担当医によって医学的判断に基づいて決定されている。必要に応じて即日検査を実施し、入院の必要性の確認を行っている。外来では医師の説明に加えて看護師は患者の精神面の観察を行い、医師の説明を補足して患者・家族を支えた旨の記録を行っている。患者の希望は医学的に無理の無い範囲で最大限に尊重されている。病気とその治療計画について十分な説明を受け、同意することで入院が決定している。病床コントロールに関してはそれぞれの時間帯でベッド管理をする師長が決められており、患者の状態や治療法に応じて最適の病床が決定されているなど、入院の決定は適切に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 外来診療に際して医師は詳細な問診および診察所見を診療録に記載し、必要に応じた検査を追加し全身状態の把握・評価を行っている。診療計画は主たる治療法についての方針が決定次第作成され、患者・家族へ説明され同意を得ている。患者・家族への説明は外来で入院決定後直ちに行われるが、その際の希望などは立ち会った看護師が外来診療録に記載し、入院時期等は可能な限り患者・家族の希望に沿った方針決定がなされている。入院後に治療方針の変更、合併症の出現や治療期間の延長等の際には、今後の方針が説明され同意を得ているなど、診療計画の作成はおおむね適切である。 【課題と思われる点】 入院診療計画書の記載は主治医だけでなく、多職種がそれぞれの専門性に基づいた記載がされることを期待したい。
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	【適切に取り組まれている点】 入院案内や病棟内の掲示で具体的な例を示し、各種の相談窓口を案内している。地域連携・患者サポートセンターでは、6名の社会福祉士が入院費用や介護相談などに対応している。専門的な医療相談に対しては、センター内の病診連携部門、入退院支援部門、がん相談支援部門と協力して対応している。内容は電子カルテ上の記録で関係者が閲覧することができる。病棟での相談に対しては、最初に病棟内で協議して解決を目指す、より専門性の高い事例の場合は、地域連携・患者サポートセンターへ依頼する仕組みとなっている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.7	患者が円滑に入院できる	A	【適切に取り組まれている点】 地域連携・患者サポートセンターで入院前オリエンテーション、病歴聴取、各種スクリーニングを実施している。主に入院が決定した周術期の患者を対象としているが、対象外の患者でも依頼がある場合は柔軟に対応し、認知症患者には日常的に使用している物品の持参を促すなど、きめ細かな対応が行われている。聴取された情報は電子カルテを利用して病棟や担当医間で共有している。入院パンフレットには、入院前の準備、入院中の過ごし方や支払いに関する事などに加え、感染予防、転倒・転落予防、せん妄予防などについて患者・家族にとって分かりやすい内容や文言で記載されている。 【課題と思われる点】 地域連携・患者サポートセンターで入院前支援を実施しているのは周術期患者を中心に7診療科と内科の一部であり、対象患者の拡充を期待したい。
2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 医師による患者の診療は、主治医は決められているが、診療科によっては主治医団としてチーム全体で診療に当たっている。医師はほぼ毎日回診し、記録している。科長は様々なカンファレンスや回診を通して、必要な指導を行いスタッフの能力把握に努めている。病棟では医師、看護師、療法士、薬剤師等多職種を交えた検討会が、褥瘡や緩和といったテーマ別も含めて、ほぼ毎日実施されている。退院支援の検討会は入院当初から組織され、MSWも参加している。患者・家族との面談は、インフォームドコンセントの実施など、重要と判断される際には実施され記録している。また、迅速な書類作成が行われているなど、医師の病棟業務はおおむね適切に行われている。 【課題と思われる点】 書類の作成に当たっては外来では多くの科でドクタークラークを採用し、迅速な書類作成を行っているが、病棟ではまだ限られた診療科のみであるため、医師の負担軽減に向けて取り組みの推進を期待したい。

2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 看護管理基準・業務基準が整備され、看護師は看護補助者と協働し業務を実践している。看護体制は固定チームナーシング方式であり、勤務構成は、看護師長が個々の能力に合わせた業務分担を管理している。入院時は各種アセスメントおよび患者の身体的・心理的・社会的ニーズが把握され、患者状態を総合的に評価し、個別性のある看護計画を立案のうえ、看護ケアを実践している。看護師長は病棟内をラウンドし、療養環境や患者の状態を把握し、看護記録から提供されているケア状況を把握して、看護師に必要な指導を行っている。専門看護師 1 領域・2 名、認定看護師 15 領域・25 名が在籍しており、医療チームのメンバーとして積極的に活動している。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 治療に際して使用する薬剤は主治医により説明が行われ、同意を得ている。また、病棟薬剤師は服薬指導・薬歴管理を通じて患者と面談し、薬剤に対する理解度を確認し、必要な追加・補足説明を行い、患者の薬物療法に対する理解を促進している。これらは診療録上に記録され、スタッフ間で共有している。薬剤の準備は各部署で複数回のチェックを経ているが、投与直前でも薬剤名、投与法、時間などは指示用紙に記録され、実施者の確認を受けている。抗菌薬、輸血製剤や特定の神経作動薬などは投与中および投与後一定期間の監視をする手順が定められている。自己管理が出来ない入院患者の服薬は看護師が直接手渡し、その場での服薬を確認しているなど、投薬・注射は確実・安全に実施されている。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A	【適切に取り組まれている点】 担当医は輸血マニュアルに従い輸血適応、輸血量を適切に判断して輸血を実施している。院内統一書式を用いて患者・家族へ輸血の必要性や効果、リスクについて説明して文書で同意を得ている。輸血拒否の信条を持つ患者への対応手順も整備されている。看護師は実施時にバーコードによる患者・輸血製剤・実施者の3点確認を行い、輸血実施中の観察は取り決めに従って適切に実施し記録している。輸血の効果の検証も確実に行っている。医師が必要と判断した輸血患者には感染症検査を実施している。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 手術・麻酔では術前カンファレンスを開催し、ハイリスク患者については関連診療科の意見を収集している。主治医は手術に関して説明を行い、同意は文書で取得している。術前に麻酔科医は診察、手術室看護師は面接を行い、術後は病棟に訪問している。肺塞栓症等の合併症予防策を実施している。周術期の抗菌薬は指針に従い投与されている。手術患者マーキング実施マニュアルに従いマーキングが実施されている。サインイン・タイムアウト・サインアウトを確実に実施している。麻酔の覚醒は麻酔科医が確認している。術後に集中的な治療が必要な際にはICUを使用している。病棟看護師と手術室看護師の術前・術後の申し送りも確実に実施している。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 集中治療が必要な重症患者や手術患者はICUに入室して治療を行っている。全身管理が必要な場合は救急科が主治医となり、術後の経過観察の場合は担当科が主治医となっている。ICTや栄養サポートチーム、褥瘡チームなどの多職種チームや臨床工学技士が適切に関与している。毎朝、担当診療科医と看護師は患者情報を共有している。入退室の基準を整備し、病態が軽快すれば速やかに一般病棟に転出している。一般病棟では、重症者は病棟で取り決めた重症者用個室に入室して治療を行い、病態の軽快とともに一般病床で治療を行うなど、重症患者の管理を適切に行っている。 【課題と思われる点】 特記なし。
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 予防的・治療的ケア等を明記した褥瘡マニュアルを整備し、ケアの標準化を図っている。褥瘡対策委員会では、院内褥瘡発生率や治癒率等を分析、検討し、褥瘡対策の質向上に努めている。入院時全患者に日常生活自立度およびスケールを使用し危険因子評価を行い、ハイリスク患者や褥瘡保有患者には、計画を立案してケアを提供している。ハイリスク患者には、皮膚・排泄ケア認定看護師が関与し、褥瘡の患者には、皮膚・排泄ケア認定看護師や、多職種で構成の褥瘡対策チームのラウンドで褥瘡状態の評価・ケア方針の立案を実施し、ポジショニング・体位変換・寝具・除圧用具の使用等、現場の教育・指導を行うなど、総合的な褥瘡対策を実践している。 【課題と思われる点】 特記なし。

2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院前に地域連携・患者サポートセンターで、アレルギー情報確認や70歳以上の患者を対象にSTによる嚥下機能評価を行っている。管理栄養士が、入院時の栄養評価に応じた計画を症例毎に作成している。計画開始後も管理栄養士と看護師は日常的に情報交換を行い、栄養サポートチームとの連携も行っている。患者個々の栄養摂取状況を確認し、経口摂取が進まない化学療法患者に専用メニューを出すなど、患者個々の状態に応じた食種や形態の食事提供を行っている。また、経管栄養患者の退院時には、栄養指導を実施しているなど適切である。 【課題と思われる点】 入院当日に栄養スクリーニングに沿った栄養治療計画が立てられているが、入院診療計画書欄にはその内容が反映されていない定型文であり、個々の患者に分かりやすい計画が示されるとさらに良い。
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 院内には14床の緩和ケア病棟と緩和ケアサポートチームが組織され、がん患者の緩和ケアを積極的に行っている。院内ではNRSを使用して疼痛評価を行い、緩和ケアマニュアルに沿って疼痛コントロールを実施している。緩和ケアサポートチームは、緩和ケア科医師、精神科医師、緩和ケア認定看護師、がん看護専門看護師、薬剤師、臨床心理士、リハビリテーション療法士、管理栄養士などで構成され、身体的・精神的な苦痛緩和に努めている。さらに、職員を対象に苦痛緩和に関する研修会や医療用麻薬の学習会を開催するなどの活動も行われている。2021年9月からは、がん関連病棟にリンクナースを配置しており、現場の緩和に対してのスキルアップに向けての取り組みは評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 リハビリテーションの必要性は主治医がそれぞれの専門性と必要性に応じたリハビリテーション処方を発行し、療法士が実施計画書を作成する。リハビリテーションはベッドサイドでも開始されるが、急性期病院で入院期間が短くその後の長期の療養を想定し、廃用防止に最も重点を置いた計画を立てている。実施計画書には目的・実施内容と共に実施に伴う危険性も記載され、主治医による説明後に同意を得ている。その際、患者・家族の希望にも配慮している。計画書に基づくリハビリテーションが実施されるとその記録は電子カルテに記載され、主治医やスタッフで共有されている。また、各病棟では療法士を交えた症例検討会が定期的の実施され、その場でも情報共有と評価、その後の方針が決定されている。実施前後ではFIMスコア等を用いた評価がなされているなど、リハビリテーションは確実・安全に実施されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 入院時に、せん妄・認知症スクリーニングを実施し抑制の必要性判断の参考にしている。患者の状態を医師を含めた複数の職種で確認した上で抑制の開始を決定し、院内の書式を使って説明と同意を行っている。説明書には、抑制の必要性、実施する抑制の種類、抑制時間、抑制による危険性、抑制を解除する基準なども記載されている。また、抑制開始後にはマニュアルに沿った観察が記録されると同時に毎日解除に向けてのカンファレンスを行い、抑制継続の場合はその理由も記録している。 【課題と思われる点】 医師による身体抑制開始の指示について、明確に分かる記載の工夫を期待したい。

2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 入院前支援の段階で看護問題点の抽出、退院支援の必要性がスクリーニングされカルテを通して関係者で情報共有している。入院後は、病棟で曜日を決めて病棟看護師、担当退院支援看護師、社会福祉士、退院支援部門看護師による退院支援カンファレンスが行われている。入院時から患者・家族の退院先に関する意向を確認した上で調整を行い、ケースによっては家族や訪問看護師、ケアマネージャーも参加して退院先を調整している。家族と患者の退院に対する希望が異なる場合や本人が退院に関して不安がある場合は、何度も面談を重ね退院先との調整や合意形成を図っている取り組みは評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 退院前に実施の退院支援カンファレンスに退院後担当する訪問看護師やケアマネージャーが参加し、ケアの継続に向けての取り組みが行われている。ケースによっては、退院前に自宅訪問を実施して環境調整を行い、行政サービスとの調整を図っている。入退院の情報はタイムリーに担当訪問看護師やケアマネージャーへ伝えられ、退院時サマリーによる情報提供がされている。また、近隣の医療機関、施設の介護支援専門員などを対象に講演会、勉強会や「もっとクロスカフェ（情報交換会）」を通じて情報の共有と協力体制の強化を図っているなど、継続した診療・ケアは適切に実施されている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 終末期ケア移行の判断およびターミナルステージの判断基準は、診療ガイドラインや看護業務基準に明記されており、主治医を中心に多職種によるカンファレンスで検討し決定されている。終末期患者の状態に合ったケアが提供できるよう、緩和ケアマニュアルを整備し、医療チームで情報共有し、患者・家族の心理状態やQOLに配慮した診療・ケアを実践している。逝去時の対応も手順に沿って実施している。院内臓器移植コーディネーターを配置し、臓器提供意思表示有無の確認や臓器提供の体制も整備され臓器提供の実績もある。剖検が必要になった場合の手順も定められ、2020年度は9件の実績もある。 【課題と思われる点】 特記なし。
--------	------------------------	---	--

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	【適切に取り組まれている点】 薬剤は適正な温・湿度で保管されている。持参薬の確認は外科や呼吸器外科入院症例は外来の入院支援センターで実施され、その外は入院後に確認し、入院中も医師の指示により使用することがある。院内医薬品集は年 4 回改定され、院内 LAN でも閲覧できる。薬剤の情報収集は、厚生労働省や製薬企業および CDC 等から入手し、月 2 回の DI ニュースとして院内 LAN 上で報告している。緊急時や重大事には関係者へ紙ベースで周知している。新規医薬品は薬事委員会で 1 増 1 減を原則としており、現時点では約 2,500 品目である。薬剤部での注射薬の調製は安全キャビネット 3 台、クリーンベンチ 10 台を整備し、抗がん剤と高カロリー輸液の全てに加え、50mL 以上の注射製剤も年間 2,000 件以上調製・混合している。注射薬は 1 施用ごとに取り揃えられている。処方鑑査は調剤後の確認まで手順に則り実施され、疑義照会も詳細に記録しているなど、薬剤管理機能はおおむね適切に発揮されている。 【課題と思われる点】 安全キャビネットとガウンを着替える部屋は隣接しているが、着替える際は着用したまま移動するため、一旦薬剤部内に入ることになり、汚染の可能性が排除できず、その場で着脱するなどの検討をされると良い。
------------------------	---	---

3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 専従の医師と臨床検査技師で検体、細菌、生理などの検査業務を担当している。内部精度管理を毎日実施し、外部機関の精度管理は日本臨床衛生検査技師会や新潟県臨床衛生検査技師会にて行っている。検査結果の報告ではルーチン検査、緊急検査とも適切な時間内に報告している。パニック値や異常値の発生時には依頼医に直接報告しており、報告した医師名や内容を記録している。測定後の検体の保管や廃棄は決められた手順を遵守している。夜間・休日は技師が日当直制で担当している。細菌検査も24時間受け付けるなど、臨床検査機能を適切に発揮している。 【課題と思われる点】 特記なし。
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 放射線科医4名（うち3名は専門医）、診療放射線技師25名により24時間体制で撮影および読影に対応している。読影は勤務時間内は撮影後直ちに読影され、1時間以内にはレポートが作成され電子カルテで報告している。その際、悪性や臨床医が気付いていない病変など、放射線科医が重要と判断した読影結果は直ちに主治医へ連絡されている。電子カルテ内に未読チェックシステムがあり、未読がある場合は主治医に報告している。専攻医1名の診断は全て専門医がダブルチェックし、報告書が作成されている。夜間・休日の撮影で緊急を有する際は、当番の専門医が読影のため病院へ出勤している。さらに、地域の医療機関からの撮影依頼を月に約120件受けているなど、画像診断機能は適切に発揮されている。 【課題と思われる点】 特記なし。

3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 栄養課に、管理栄養士 9 名・栄養士 1 名のほか、調理師・派遣調理補助等が配置され、下膳・洗浄業務は委託職員により対応されている。HACCP による衛生的な管理、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 2 週間冷凍保存、職員の検便・健康診断等が適切に行われている。病棟配置の管理栄養士・栄養士によるアセスメントや残食調査が行われ、食事の改善に努めている。産科お祝い膳・イベント食を行い、緩和ケア・禁忌等に対応したきめ細やかな個別対応食を行うなど、快適で美味しい食事が提供されており適切である。 【課題と思われる点】 厨房内の床はほぼ乾燥した状態であるものの、多くの箇所が経年劣化と思われる破損が見受けられ、早急な修繕を期待したい。
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	【適切に取り組まれている点】 リハビリテーション部では常勤専従のリハビリ専門医 1 名と療法士 21 名体制で業務を行っている。心臓・大血管、脳神経、呼吸器および整形外科のリハビリが実施されているが、在院日数の短い病院の性格上、術後の廃用防止目的のリハビリが比較的多く見られる。主治医の処方箋と実施計画書を経て日々のリハビリが実施され、診療録へ記載している。診療録の記載や病棟でのリハビリカンファレンスを通じて患者の状態がスタッフで共有されている。リハビリの継続性に関しては 3 日以上休まない体制を維持し、療法士不在の際は患者自身や看護師の付き添いでも実施可能なリハビリのレシピにより、連続性の確保に努めている。機器の始業時点検や業者の定期点検が実施されている。リハビリテーションプログラムの見直しは常時行われており、術後のパスを短縮・変更し、在院期間短縮への対応を図っているなど、リハビリテーション機能はおおむね適切である。 【課題と思われる点】 勤務体制の変更を伴うリハビリテーションの継続性については、データに基づき病院全体で議論することが期待される。

3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 診療情報管理機能は病歴管理課により所管され、病歴室に職員 12 名（うち、診療情報管理士 8 名）を配置している。診療記録は電子カルテおよび E-文書法対応のペーパーレス化が進んでおり、各マニュアル（スキャン、記録方針等）に基づき、一元的に管理されている。診療情報は 1 患者 1ID で管理され、活用を前提としたコーディング（ICD-10、K コード）、がん登録等が行われている。診療記録の量的点検は適切な点検項目によって 100% 実施され、紙カルテには「貸し出し返却処理マニュアル」を設けているなど、診療情報管理は適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 臨床工学技士を 17 名配置し、医療機器管理のほか、透析室、手術室、ICU などの業務を担当しており、緊急時に常時対応できるよう、夜間・休日は当直およびオンコールでの対応体制である。臨床工学技術課では、人工呼吸器や輸液・シリンジポンプ、モニター類、人工呼吸器等を中央管理し、医療機器はバーコード管理され、使用部署や貸し出し期間等を把握している。使用後と点検後の機器の配置場所を明確に区分し、貸借の手続きと管理を専用システムで行い、未点検機器の貸し出しは出来ない仕組みである。病院内の医療機器は機器管理システムで管理し、定期点検・保守点検等の計画と進捗状況も管理している。医療機器の標準化に向けた取り組みも臨床工学技術課が中心となり進めている。臨床工学技士の知識・技術の取得に向けた教育や資格取得支援も積極的に行われている。 【課題と思われる点】 臨床工学技術課へ入室する際は、職員なら誰でも入口のテンキーを解除して入室でき、機器の持ち出しも可能な状態である。また、入室記録も整備されていないため、盗難や安全の観点からも管理の厳格化を検討されると良い。

3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 管理責任者は看護副部長が兼務し、委託業者による洗浄・滅菌業務が行われている。委託業者と管理責任者は定期的な話し合いを行い質の高い洗浄・滅菌業務を実践されている。現在は、EOG 滅菌の外注化について検討している。使用済み器材は、現場では一次洗浄せず、密封容器で中央材料室に搬送し、洗浄から滅菌、保管、払い出しまでワンウェイ化されている。高圧蒸気滅菌装置の始業前点検や滅菌効果の確認として物理的、化学的インディケーターを毎日実施し、生物学的インディケーターは毎回行う等、滅菌の質を適正に管理している。滅菌作業手順やリコール手順も整備されている。また、EOG 滅菌器材使用に関する作業責任者は、有資格の病院職員および委託業者が担当し、適切に運用されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 病理部門は常勤病理医 1 名、非常勤医 0.3 名と細胞診断士でもある技師 6 名の体制で運営している。生検、細胞診や術中迅速病理検査は速やかに報告している。診断困難例は院外の専門家と相談できる体制がある。報告書の既読確認のシステム機能はないので、悪性所見の場合は印刷して依頼医に届けている。病理診断報告書は病理システムで保管しており、報告書は電子カルテに取り込まれている。ブロック標本は永久保存されている。CPC は年 8 回開催し、初期研修医は CPC を確実に担当できている。危険性の高い薬品類の保管・管理も適切であり、病理診断機能を適切に発揮している。 【課題と思われる点】 特記なし。

3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 放射線治療は、常勤専門医1名、放射線治療品質管理士2名（うち1名は治療専門技師有資格者）、医学物理士2名、専従看護師4名で業務を行っている。機器はリニアック、IMRTで、治療開始に際しては専門医の診察により適応の有無を検討している。また、がんセンターボードや院内の呼吸器内科との定期的なカンファレンスで治療開始からその後の経過まで検討している。計画作成やシミュレーションは医師と技師が別々に行い、比較検討することでダブルチェック評価され、適正性を確認している。機器の保守点検はメーカーの基準に沿った定期点検が実施されている。放射線同位元素は適切に管理されている。なお、小児症例は専門性の高い病院での治療が行われるので、実施していない。放射線治療機能はおおむね適切に発揮されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	S	【適切に取り組まれている点】 輸血・血液管理部門は臨床検査室内に設置され、3名の専従技師（うち2名は認定輸血検査技師）を配置している。当該業務の監督・指導は輸血療法委員会委員長が担当し、夜間・休日は臨床検査技師が日・当直体制で対応している。血液製剤の発注・保管・供給を迅速かつ適切に行っている。自己血は感染者と非感染者それぞれに専用の保冷庫に保管している。使用された血液のロット番号の記録は20年間以上保存している。払い出した血液製剤が使用されなかった場合の取り決めも明確になっている。輸血委員会を隔月で開催し、輸血関連情報は共有化され使用状況も確実に把握している。日本輸血・細胞治療学会の輸血機能評価（I&A制度）の更新認定を取得している。さらに、廃棄率は0.07%と低く輸血・血液管理は総体的に優れており、高く評価できる。 【課題と思われる点】 特記なし。

3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	B	【適切に取り組まれている点】 麻酔科医は常勤・非常勤合わせて7.1名体制のもと、年間3,350件の全身麻酔手術を麻酔科医が麻酔管理を行っている。手術部運営委員会の開催は年1回であるが、関係部署とは随時手術室運営について検討している。各科スケジュール等の管理・運営は各科と手術部門で調整している。時間内の緊急手術は麻酔科内で担当医を調整している。誤認防止のためのマーキング手順を定め、サインイン・タイムアウト・サインアウトの実施記録は確実である。術後は麻酔科医が覚醒を確認して退室させている。手術エリアの清潔管理では、手術器具等の搬入・搬出はワンウェイであり、HEPA フィルターを定期的に点検し、空気清浄度を常時基準内に維持している。 【課題と思われる点】 手術実施画面には手術に関係した担当医師、麻酔科医、看護師名が記録されているが、手術台帳には麻酔科医や看護師名の記述が無く、確実な記載が望まれる。なお、手術時間が予定よりも延長された場合には並列麻酔になる可能性があるため、手術スケジュールは余裕をもって作成されたい。
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組まれている点】 集中治療機能として8床のICUを設置している。入室中の患者は病状により担当科あるいは救急科が主治医となり、治療を行っている。毎朝、主治医グループと看護師は情報を共有している。多職種カンファレンス開催や各種チーム協力体制は適切である。医療機器や生体監視モニター装置等の集中治療に必要な機器を整備し、臨床工学技士による点検も行っているなど、多職種の協力体制がある。入退室基準も明文化されており、集中治療機能を適切に発揮している。 【課題と思われる点】 特記なし。

3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	S	【適切に取り組まれている点】 診療できる救急患者はすべて受け入れる方針を掲げ、地域の三次救命救急センターとして年間約 4,640 件の救急搬送患者を受け入れている。ドクターヘリ基地病院であり、年間約 700 件の搬送実績がある。救急隊や近隣の救急病院との救急懇談会が定期的に開催されている。当直医以外にもオンコール制で救急患者に対応している。2 名の救急認定看護師が配置され、看護師によるトリアージが適切に行われている。薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師はそれぞれ 1 名が日・当直制で対応し、医師との緊密な連携も確立している。救急患者の入院に際し、病棟の決定は柔軟に対応できている。虐待が疑われる症例には、マニュアルに従って適切に対応しているなど、救急医療機能は極めて高く発揮されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	------------------	---	---

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	【適切に取り組まれている点】 患者中心と地域医療の推進を明確にした理念および基本方針が明文化され、随時、意思決定会議である幹部会議で見直しの協議も行われている。患者・家族へは、ホームページ、病院施設概要、入院案内、院内掲示などで、職員にはネームカードへの携帯、院内掲示、新採用者オリエンテーションなどで周知に努めており、適切である。
-------	-----------------	---	---

【課題と思われる点】

特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 病院の将来像や方針は、院長の年頭の挨拶や管理会議をはじめとした各種会議を通して全職員に明示している。就労意欲を高める工夫としては、QCサークル活動における業務改善の優秀者に対する表彰を実施している。また、医療部門では先進的な医療推進に対する優秀な人材確保と育成、看護部門においては、病院の将来を担う人材確保と育成、病院運営では、建物老朽化に対する設備投資および財政基盤の確立などの問題・課題を的確に把握し、解決に向けても積極的に関与するなど、病院長をはじめとした病院幹部のリーダーシップは適切に発揮されている。
-------	------------------------------	---	---

【課題と思われる点】

特記なし。

4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A	【適切に取り組まれている点】 意思決定会議である幹部会議を毎月1回開催し、記録も作成されている。また、幹部で早朝会議を行い、病院経営をはじめとして各種懸案事項についての協議を行っている。決定事項等は各部門責任者で構成する毎月開催の管理会議や運営協議会などを通して全職員に周知を図っている。法令・施設基準・病院運営に必要な会議・委員会は開催され、記録も残されている。また、日本赤十字本社による中・長期計画が示され、これに基づいた独自の事業計画を毎年作成し、進捗状況の検証も行われている。災害時の医療体制維持などリスクに対応する病院機能存続計画は整備されている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 副院長をトップとした医療情報システム委員会の主導により、システムの安全性、医療の質確保に向けての仕組みの整備および業務の効率性向上などの取り組みを行っている。2017年に電子カルテシステムを更新し、データの真正性、保存性なども確保されており、臨床指標の作成や診療情報の二次的活用にも取り組まれている。さらに、厚生労働省のガイドラインに沿った「医療情報システム運用管理規程」を整備し、適正な運用に努めているなど、情報管理に対しての取り組みは適切に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 「日本赤十字社文書取扱規程・取扱要領」に沿った発信・受付・保管・保存・廃棄などが記述された文書管理規程は整備されている。文書管理責任部署を総務課文書係とし、担当者も明確になっており、機密性の高い人事関係・経理関係・契約書類等は施錠できる棚で保管・管理されている。契約書締結などに際しては、決裁規程に基づき処理されており、規程などを改訂した場合の改訂履歴も記載されている。また、一部の各種マニュアル、基準・手順などの一覧表は作成されている。 【課題と思われる点】 決裁・押印された会議、委員会議事録の原本は各委員会で保管している現状であるが、病院運営上重要な書類であり、改ざんや紛失なども踏まえて一元的に管理する仕組みの構築が望まれる。また、医療現場で使用する全ての各種マニュアル、基準・手順などを網羅した一覧表を作成し、組織として把握されることを期待したい。
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	【適切に取り組まれている点】 医療法および施設基準に基づく必要な人員は適正に確保されている。また、業務量に見合った採用や増員に向けては、毎年度の採用計画に基づいて実施されている。人材確保に向けての取り組みとしては、大学当局への要請、学校訪問、病院見学の開催、ホームページへの掲載等を活用している。有給休暇取得率向上に向けての取り組みが行われている。さらに、医師事務作業補助者や看護助手を積極的に採用し、医師・看護師の業務負担軽減に向けても努力しているなど、役割・機能に見合った人材確保への取り組みは適切である。 【課題と思われる点】 地域の基幹病院として、役割・機能の充実に向け、医師・看護師・薬剤師等の確保に引き続き取り組まれることを期待したい。

4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B	【適切に取り組まれている点】 人事・労務管理は人事課人事係担当で行われている。就業規則をはじめとした各種規程は整備され、入職時のオリエンテーションや常時院内 LAN で閲覧可能としている。労働組合が組織されており、代表者との締結による労働基準法第 36 条に基づく協定などの届け出も適切に行われている。 【課題と思われる点】 一部の職種に年間総労働時間の長い職種が見受けられた。また、有給休暇 5 日間取得義務に努力はされているものの、有給休暇取得率は総体的に低く、50%を超えているのは 1 部であり、10%～20%台の職種も見受けられる。総労働時間の適正な維持と有給休暇取得率向上に向け、組織的としての実効性の高い取り組みを望みたい。
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B	【適切に取り組まれている点】 安全衛生委員会は毎月開催され、産業医および衛生管理者も適切に選任されている。全職員に対する健康診断はほぼ 100%の実施であり、抗がん剤の調製・混合、診療放射線技師の被曝状況の把握、ホルムアルデヒドの保管・管理等は適切に行われている。滅菌室および病理検査室は年 2 回の作業環境測定を実施し、環境整備の向上に取り組まれている。職業感染予防に向けてのインフルエンザ予防接種や抗体価測定とワクチンの接種も推進されている。針刺し事故を含めた労働災害に対する手続きや、ストレスチェックと必要な職員に対する対応、職員への精神的サポートへの取り組み、院内暴力対策の対応などは適切に行われている。 【課題と思われる点】 労働安全衛生規則に基づいた産業医および衛生管理者の院内巡視の実施および記録は確認できず、コンプライアンス、職員の安全・健康確保に向けての確実な取り組みが望まれる。また、非常勤医師全員の健康診断提出に向けた取り組みを期待したい。

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	【適切に取り組まれている点】 職員の意見・要望の把握は、毎年実施の職員満足度調査および労働組合との団体交渉や協議などで行われている。要望に対する実績として、ユニフォームの切り替え、院内の危険箇所へのミラーの設置などがある。就業支援に向けては、育児短時間勤務や育児休業制度の導入、院内保育所を設置し、毎週2日間は夜間保育も実施している。また、職員用寄宿舎として病院近隣の3階建てマンションに60室を確保している。福利厚生では、慶弔見舞金制度、住宅補助、またコロナ禍前には費用の助成などが行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 職員全体に対する年間の教育・研修は教育研修推進室が担っている。医療安全や感染制御の研修は年に複数回実施され、参加率を高める取り組みも行われている。その他の必要性の高い課題の教育・研修である患者の権利、医療の倫理、個人情報保護、接遇、各種ハラスメント等の研修は入職時研修において実施されている。専門看護師や認定看護師など専門分野の資格取得に対する支援体制は確立している。教育・研修に必要な図書は、司書を配置し、各部門に保管されている書籍・雑誌などを含め一元的な管理が行われており、インターネットで外部から文献を入手するシステムも構築されている。 【課題と思われる点】 全職員を対象とした年間の教育・研修計画は、必要性の高い課題を網羅した内容への検討が望まれる。2021年および2020年の研修はコロナの関係でほとんど実施されておらず、2019年については、患者の権利、医療の倫理、接遇、個人情報保護、虐待等の研修の参加率はいずれも低く、中には10%に満たないケースも見受けられた。必要性の高い課題の教育・研修に対しての必要性の周知と確実な実施を望みたい。

4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B	【適切に取り組まれている点】 事務部門は目標管理・評価が行われている。看護部門は個別または経験年数による目標管理制度により、能力評価を行い個々の水準に見合った教育プログラムが構築されている。なお、職員個別の能力開発に向け、コロナ禍以前は院外研修会への参加が推進されていた。また、専門看護師、認定看護師などの専門分野の資格取得や特定行為研修に向けての支援は行われている。2022年度から給与連動型勤務評価制度の導入が予定されている。 【課題と思われる点】 医師およびコ・メディカルを含めた全職員を対象とした人事評価や人事考課は実施されていないため、実施が望まれる。また、看護スタッフのケア技術に対しての能力に応じた院内資格等の設定に向けての取り組みを望みたい。
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A	【適切に取り組まれている点】 基幹型・協力型臨床研修病院として、研修医は医科22名が在籍し、指導医31名により、長岡赤十字病院初期研修プログラム等に沿って、AEDトレーナー等のシミュレーターを活用した研修が実施されている。また、研修医が単独で行える診療行為も明確になっている。研修内容は医師初期臨床研修部会（年4回）にて検討・見直しが行われ、EPOC、CPC等による評価とフィードバックが実施されている。ラダー研修が行われている看護部をはじめ、薬剤部、事務部、医療技術部等の多職種においても教育・研修計画に基づき、初期研修が実施されており、専門職種に応じた初期研修は適切に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。

4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 隣接する看護専門学校も含め、看護師、薬剤師、臨床検査技師、救命救急士等の養成課程から、2020年度は201名の学生実習を受け入れており、毎年、積極的に学生実習が行われている。総務課が窓口を担い、損害賠償条項を含む契約書の締結等が行われている。実習生に対しては感染症検査や予防接種状況が確認され、各部門のカリキュラムに沿って実習・評価をしている。また、医療安全・感染制御・個人情報保護等のオリエンテーションを実施しており、入院のご案内や院内掲示による患者・家族への理解を求めているなど、学生実習は適切に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
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	【適切に取り組まれている点】 予算管理は、各部署のヒアリングや要望、財政の状況等を参考に、会計課で予算編成が行われ、日本赤十字本社に提出されている。また、損益計算書・貸借対照表等の財務諸表が作成され、日本赤十字社会計規則に基づいた会計処理が行われている。会計監査は、日本赤十字本社の内部監査や監査法人による外部監査が行われている。経営状況の把握や経営分析も行われており、幹部会議・管理会議での検討、職員への周知による意識付けが行われているなど、財務・経営管理は適切である。 【課題と思われる点】 特記なし。

4.4.2	医事業務を適切に行っている	A	【適切に取り組まれている点】 医事業務は、入院業務を担う第一医事課職員と、外来・窓口を担当する第二医事課の職員、派遣職員および委託職員により、受け付け窓口業務、会計・支払業務、レセプト業務等が行われている。収納業務は会計窓口や自動精算機（3台）で行われ、クレジットカードによる対応も可能である。返戻・査定への対応は、課員・医師への情報共有、保険診療検討部会の審議等が行われており、施設基準は第一医事課にて定期的な確認点検が行われている。未収金は窓口会計マニュアルに基づき、督促や弁護士への委託等で回収に取り組まれているなど、医事業務は適切に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A	【適切に取り組まれている点】 委託業者の選定は、日本赤十字社会計規則に基づき、一般競争入札、プロポーザル方式による入札制度等により実施され、ホームページにて公表されている。委託業者の受け入れ部署長が、勤務状況や仕様書等の履行確認を行い、報告や連絡会等から、実施業務や質について人事課が検討を行っている。委託業務従事者の教育は、医療安全や感染管理の院内研修会への参加が実施され、事故発生時の対応として連絡網が整備されている。また、業務仕様内容、損害賠償、契約解除、個人情報保護等は契約書に明記されているなど、業務委託は適切に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。

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	【適切に取り組まれている点】 施設・設備の管理は管財課の下、委託業者との連携により、防災センターの24時間体制で業務が遂行されている。年間保守計画に基づいた保守管理や日常点検が行われ、定期点検報告書による報告体制や緊急時の連絡体制が整備されている。医療ガスの安全管理は、定期点検・日常点検が行われ、医療ガス安全管理委員会も開催されている。院内の清掃は行き届いており、感染性廃棄物は廃棄物処理マニュアルに基づき処理し、分別・表示等が行われ、電子マニフェストの活用や職員による院外最終処分場の確認も行われているなど、施設・設備はおおむね適切に管理されている。 【課題と思われる点】 院内における感染性廃棄物の最終保管場所について、衛生害虫への対策としてドアは隙間のない防虫構造とするなどの検討をされると良い。
4.5.2	物品管理を適切に行っている	B	【適切に取り組まれている点】 物品管理は、物品管理室で院内供給・管理代行型（病院購入品）のSPDが導入されており、物品の発注と検収は管財課の異なる職員によって行われ、内部牽制機能が図られている。赤十字病院グループの衛生材料等の共同購入やベンチマークが行われているほか、医療材料等の調達支援委託等により、経費削減に努めている。診療材料は、診療材料購入検討委員会・推進部会、機械備品は医療機械器具選定委員会、医薬品・検査試薬は薬事委員会で審議・選定されている。半年ごとの実地棚卸や定数の見直しが実施されているなど、物品管理はおおむね適切である。 【課題と思われる点】 前回審査時に指摘されていたディスプレイ製品の再利用について、体内への使用はないものの、創外固定器や電極等のディスプレイ製品の再利用が行われており、病院として明確な基準を定めた要綱等は未整備となっている。医療安全や感染防止の観点から病院として早急に検討することを望みたい。

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	【適切に取り組まれている点】 災害時の対応は、「BCPに基づく病院災害対応マニュアル」が整備され、緊急連絡体制・緊急時における職員一斉呼び出し網も明確にされている。災害拠点病院（基幹）且つ赤十字病院として災害支援を行い、日本 DMAT 隊員 30 名・赤十字救護班 10 班の編成や衛星電話等が整備されている。また、防火防災訓練および部署防災訓練が実施されている。停電時の備えとして契約電力の 77%をまかなう自家発電装置の設置と燃料が適量備蓄され、食糧・飲料水の患者用備蓄として 400 名×3 日分、医薬品も 3 日分が確保されている。 【課題と思われる点】 食糧・飲料水の職員用備蓄は 960 名×3 食分が確保されているが、災害拠点病院指定の要件である 3 日分程度を備蓄して置くことが望ましい。また、病院立地は市の洪水ハザードマップにて浸水想定区域であり、病院の規模や地域にて求められている機能等から、水害を含めたオールハザードの BCP 策定への検討を期待したい
4. 6. 2	保安業務を適切に行っている	B	【適切に取り組まれている点】 保安業務は総務課管轄の下、委託職員が担当し、院内巡視、時間外入口の監視等が行われている。コロナ禍において原則面会禁止とされているが、来訪者は面会票を記入し、各病棟への提出にて把握が行われている。夜間・休日の出入口は、時間外入口と救急外来入口に制限されており、院内には防犯用カメラ 10 台を設置し、24 時間の映像監視が行われ、録画は 2 週間保存されている。警備日誌による報告、緊急連絡網の整備、ホワイトコールの設定など、保安業務はおおむね適切に行われている。 【課題と思われる点】 保安業務を担当する委託職員は 1 名であり、院内巡視時の際には時間外入口の監視は行われていない。病院規模を踏まえて、不審者等の侵入を防止する監視体制を整備し、患者および職員の安全・安心確保に向けた検討が望まれる。

4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A	【適切に取り組まれている点】 安全対策マニュアルに「医療事故発生時の報告と対応フロー」が記載され、全職員には院内 LAN 等でも周知が図られている。また、医療事故が発生した場合には「医療事故調査委員会」を召集するとともに、原因究明と再発防止に向け検討する仕組みが構築されている。訴訟が発生した場合の全ての対応責任者は事務部長となっており、事故の事案によっては病院顧問弁護士も参画する対応体制が確立している。損害賠償保険の加入などを含め、医療事故等への対応は適切に行われている。 【課題と思われる点】 特記なし。
-------	-----------------	---	---

病院機能評価 書面審査サマリー

書面審査 集計結果報告書

公益財団法人

日本医療機能評価機構

年間データ取得期間： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 年 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 長岡赤十字病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 日赤

I-1-4 所在地： 新潟県長岡市千秋2-297-1

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	582	550	-42	75.8	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	10	10	+0	27.7	13.2
総数	592	560	-42		

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	20	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
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)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室		
無菌病室	5	+0
人工透析	39	-1
小児入院医療管理料病床	36	+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	14	+14
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, 災害拠点病院 (基幹), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (Ⅲ群), 総合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： 11 人 2年目： 11 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

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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	1,480.92	1,585.23	1,550.93	93.42	102.21
1日あたり外来初診患者数	97.78	119.16	119.70	82.06	99.55
新患率	6.60	7.52	7.72		
1日あたり入院患者数	466.73	502.19	494.01	92.94	101.66
1日あたり新入院患者数	38.74	39.99	39.76	96.87	100.58

I-3 職員の状況

I-3-1 職種別職員数（施設基本票 5-1 職員数より）

*1 職員総数には表示された職種以外の職員数も含まれます。

*2 各部門の合計は、部門別調査票 各部門 職員の配置状況 総数から抜粋していますが、各職種は院内の総数を計上しているので、必ずしも各部門に配置されていない場合があります。また、各職種合計数と部門合計の数値が一致している場合でも、必ずしもその職種が部門に配置されていない場合があります。（栄養部門を除く）

	職種総数	常勤 職員数	非常勤 (常勤換算)	病床100対	患者規模100対
医師	170.1	162	8.1	30.38	16.06
うち研修医	23	23	0	4.11	2.17
歯科医師	4.4	4	0.4	0.79	0.42
うち研修医	0	0	0	0	0
看護要員 合計	821.3	808	13.3	146.66	77.55
保健師	0			0	0
助産師	33.8	33	0.8	6.04	3.19
看護師	720.5	708	12.5	128.66	68.03
准看護師	1	1	0	0.18	0.09
看護補助者	66	66	0	11.79	6.23
薬剤部門 合計*2	37	34	3	6.61	3.49
薬剤師	34	34	0	6.07	3.21
臨床検査部門 合計*2	51.7	47	4.7	9.23	4.88
臨床検査技師	47.2	46	1.2	8.43	4.46
画像診断部門 合計*2	32.8	32	0.8	5.86	3.1
診療放射線技師(X線技師)	29	29	0	5.18	2.74
栄養部門 合計	30.8	30	0.8	5.5	2.91
管理栄養士	10.8	10	0.8	1.93	1.02
栄養士	1	1	0	0.18	0.09
調理師	19	19	0	3.39	1.79
リハビリ部門 合計*2	21	21	0	3.75	1.98
理学療法士	12	12	0	2.14	1.13
作業療法士	6	6	0	1.07	0.57
言語聴覚士	3	3	0	0.54	0.28
診療情報管理士	8	8	0	1.43	0.76
臨床工学技士	17	17	0	3.04	1.61
社会福祉士	6	6	0	1.07	0.57
精神保健福祉士(PSW)	0	0	0	0	0
医療ソーシャルワーカー(MSW)	1	1	0	0.18	0.09
ケアマネージャー	0			0	0
介護福祉士	0			0	0
臨床心理士	2	2	0	0.36	0.19
事務部門	83.4	76	7.4	14.89	7.87
職員総数*1	1319.4	1286	33.4	235.61	124.58
医師配置標準数 (人)	61.6				
薬剤師配置標準数 (人)	6.8				

I-3-2 職員の就業状況（常勤職員）

*医療ソーシャルワーカー(MSW)・社会福祉士・精神保健福祉士(PSW)の合算

	総労働時間	有休取得率	採用数	退職者数	退職率
医師	2235	25.7 %	65	58	35.80 %
看護師	1902	47.2 %	37	50	7.06 %
准看護師	2008	45.8 %	0	1	100.00 %
看護補助者	1877	48.1 %	5	3	4.55 %
薬剤師	1973	36 %	3	2	5.88 %
臨床検査技師	2088	34.5 %	3	5	10.87 %
診療放射線技師	2024	36.2 %	1	3	10.34 %
管理栄養士・栄養士	2056	22.1 %	3	0	0.00 %
理学療法士	1932	39.4 %	0	0	0.00 %
作業療法士	1907	48.3 %	1	0	0.00 %
言語聴覚士	1903	47.2 %	0	0	0.00 %
診療情報管理士（診療録管理士）	2046	18.5 %	0	0	0.00 %
臨床工学技士	1988	51.7 %	1	0	0.00 %
ソーシャルワーカー*	1942	27 %	2	1	14.29 %
事務職員	2125	21 %	4	7	9.21 %

I-4 外部委託状況

患者等に対する食事の提供	○ 非委託	● 一部委託	○ 全部委託
寝具類洗濯	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
滅菌消毒	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
検体検査	○ 非委託	● 一部委託	○ 全部委託
「ブランチラボ	○ あり	● なし	
清掃	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
ガス供給設備保守点検	○ 非委託	○ 一部委託	● 全部委託
医療機器保守点検	○ 非委託	● 一部委託	○ 全部委託
医事業務	○ 非委託	● 一部委託	○ 全部委託
物品管理	○ 非委託	● 一部委託	○ 全部委託
設備管理	○ 非委託	● 一部委託	○ 全部委託
その他	○ 非委託	○ 一部委託	○ 全部委託

I-5医療安全管理の状況

I-5-1 医療安全管理担当者（リスクマネージャー等）の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (実人数)
医師		1
看護師	1	1
薬剤師		1
その他のコ・メディカル		
事務職員		
全体	1	3

I-5-2 アクシデント・インシデントの院内報告制度の有無

● あり ○ なし

I-5-3 職種別アクシデント・インシデントの報告件数（年間）

	報告件数	
	アクシデント件数 (件/年)	インシデント件数 (件/年)
総数	0	2520
医師		105
看護師		2147
薬剤師		97
その他のコ・メディカル		118
事務職員		51
その他		2

I-5-4 報告されるアクシデント・インシデントレポートの主な内容別報告件数（年間）

	報告件数		報告件数	
	アクシデント件数 (件/年)	総数に占める割合	インシデント件数 (件/年)	総数に占める割合
薬剤に関するもの		0.00 %	759	30.12 %
輸血に関するもの		0.00 %	9	0.36 %
治療・処置に関するもの		0.00 %	86	3.41 %
医療機器等に関するもの		0.00 %	131	5.20 %
ドレーンチューブに関するもの		0.00 %	615	24.40 %
検査に関するもの		0.00 %	206	8.17 %
療養上の世話に関するもの		0.00 %	233	9.25 %
その他		0.00 %	481	19.09 %

I-6 感染管理の状況

I-6-1 感染管理担当者の配置状況（院内全体）

	常勤専従	専任・兼任 (実人数)
医師		1
うちICD		1
看護師	1	1
うちICN	1	1
薬剤師		1
その他コ・メディカル		1
事務職員		1
全体	1	5

I-6-2 サーベイランスまたは院内感染に関する検討会

● 行っている ○ 行っていない

I-6-3 微生物サーベイランス

● 行っている ○ 行っていない

I-6-3-1 微生物サーベイランスの対象種類と発生件数

対象となる種類【薬剤耐性菌】	発生件数 (件/年)
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）	204
バンコマイシン耐性腸球菌（VRE）	0
多剤耐性緑膿菌（MDRP）	0
ペニシリン耐性肺炎球菌（PRSP）	11
バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）	0
多剤耐性アシネトバクター属（MDRA）	0
基質特異性拡張型βラクタマーゼ（ESBLs）	100
βラクタマーゼ陰性ABPC耐性インフルエンザ菌（BLNAR）	32
メタロβラクタマーゼ産生菌	4
その他	3

I-6-4 主要な医療関連感染の発生状況の把握

● 把握している ○ 把握していない

I-6-4-1 把握している主要な医療関連感染の内容

内容	件数（件/年）
中心ライン関連血流感染	3
人工呼吸器関連による肺炎	
尿路カテーテル関連感染	
手術部位感染	17

I-7 地域医療連携機能

I-7-1 地域連携担当部署の有無 ● あり ○ なし

I-7-2 担当者の配置状況

	人数
常勤専従	4
常勤専任・兼任（実人数）	6
常勤専任・兼任（常勤換算）	3
非常勤（常勤換算）	
常勤換算 合計	7
病床100対 担当者数	1.25

I-7-3 紹介状持参患者数

紹介状持参患者数（人/年）	18711
紹介率	79.08 %
1日あたり紹介患者数（外来）	77.32
紹介状持参患者のうち入院患者数（人/年）	3417
紹介入院患者割合	24.17 %
入院に繋がった紹介患者の比率	18.26 %

I-8 患者相談機能

I-8-1 担当者の配置状況

	人数	
常勤専従	4	職種・資格： 看護師
うち社会福祉士	2	
常勤専任・兼任（実人数）	2	職種・資格： 看護師、事務職
常勤専任・兼任（常勤換算）	0.1	
非常勤（常勤換算）		
常勤換算 合計	4.1	
病床100対 担当者数	0.73	

I-8-2 相談内容（対応している相談内容）

	年間相談件数	月平均相談件数	職員1人あたり月平均相談件数
社会福祉相談（経済的な内容）	92	7.7	1.87
社会福祉相談（福祉制度に関する内容）	212	17.7	4.31
退院相談（退院先の調整）	2533	211.1	51.48
苦情相談（医療事故 クレーム）	65	5.4	1.32
看護相談（退院後のケア等）	227	18.9	4.61
がん相談	627	52.3	12.74
その他の医療相談	107	8.9	2.17
その他			
総数	3863	321.9	78.52

I-9臨床評価指標

共通

● 把握している ○ 把握していない

Ⅱ度以上の褥瘡の新規発生率	0.1 %
分子：Ⅱ度以上の褥瘡の発生件数	170 件
分母：延入院患者数	170356 人

● 把握している ○ 把握していない

入院患者で転倒・転落の結果、骨折または頭蓋内出血が発生した率	0 %
分子：入院患者で転倒・転落の結果、骨折または頭蓋内出血が発生した件数	4 件
分母：延入院患者数	170356 人

一般病院1・2・3

● 把握している ○ 把握していない

退院後6週間以内の計画的再入院率	12.77 %
分子：計画的再入院件数	1805 件
分母：全入院件数	14140 件

● 把握している ○ 把握していない

退院後6週間以内の（計画的ではないが）予期された再入院率	3.64 %
分子：予期された再入院件数	514 件
分母：全入院件数	14140 件

● 把握している ○ 把握していない

退院後6週間以内の予期せぬ再入院率	5.93 %
分子：予期せぬ再入院件数	838 件
分母：全入院件数	14140 件

○ 把握している ● 把握していない

24時間以内の再手術率	%
分子：予定外の再手術件数	件
分母：総手術件数	件

● 把握している ○ 把握していない

入院患者のパス適用率	37.79 %
分子：パス適用入院患者数	5345 人
分母：全退院患者数	14143 人

● 把握している ○ 把握していない

術後の肺塞栓発生率	0.13 %
分子： 術後肺塞栓発生件数	8 件
分母： 全手術件数	6135 件

● 把握している ○ 把握していない

急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率	91.89 %
分子： 分母のうち、入院してから4日以内に リハビリテーションが開始された患者数	272 人
分母： 急性脳梗塞（発症時期が4日以内）の退院患者の うち、リハビリテーションが施行された退院患者数	296 人

● 把握している ○ 把握していない

人工膝関節全置換術患者の早期リハビリテーション開始率	62.22 %
分子： 分母のうち、術後4日以内にリハビリテーションが 開始された患者数	28 人
分母： 人工膝関節全置換術が施行された退院患者数	45 人

● 把握している ○ 把握していない

手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	65.79 %
分子： 手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が 投与開始された退院患者数	3745 人
分母： 手術を受けた退院患者数	5692 人

慢性期病院

○ 把握している ○ 把握していない

入院時医療区分の3ヶ月後の改善率	%
分子：医療区分の改善した患者数	人
分母：医療区分の変化した患者数	人

○ 把握している ○ 把握していない

肺炎の新規発生率	%
分子：発生件数	件
分母：延入院患者数	人

○ 把握している ○ 把握していない

入院時、膀胱留置カテーテルが留置されていた患者が1ヶ月以内に抜去できた割合	%
分子：抜去できた患者数	人
分母：留置されていた患者数	人

○ 把握している ○ 把握していない

抑制が行われている患者割合	%
分子：抑制が行われた患者数	人
分母：全入院件数	件

リハビリテーション病院

主な疾患等に関する日常生活自立度の改善状況

※回復期リハビリテーション病棟の全入院患者数が対象

FIM（運動）

	実施前	退院・転床時	変化値
心大血管疾患に関するもの			
脳血管障害に関するもの			
廃用症候群に関するもの			
運動器疾患に関するもの			
呼吸器疾患に関するもの			

FIM（認知）

	実施前	退院・転床時	変化値
心大血管疾患に関するもの			
脳血管障害に関するもの			
廃用症候群に関するもの			
運動器疾患に関するもの			
呼吸器疾患に関するもの			

B. I

	実施前	退院・転床時	変化値
心大血管疾患に関するもの			
脳血管障害に関するもの			
廃用症候群に関するもの			
運動器疾患に関するもの			
呼吸器疾患に関するもの			

日常生活機能評価点数

	実施前	退院・転床時	変化値
心大血管疾患に関するもの			
脳血管障害に関するもの			
廃用症候群に関するもの			
運動器疾患に関するもの			
呼吸器疾患に関するもの			

在宅復帰率 （部門別調査票（23）回復期リハビリテーション病棟部門より）	0 %
分子：退院先が「居宅」の患者数	0 人
分母：退院患者数	0 人

I-9臨床評価指標

精神科病院

○ 把握している ○ 把握していない

平均残存率	
	%
分子： 前年6月1ヶ月間の新入院患者の当年6月～翌年5月末 の毎月の残存者数の合計	人
分母： 前年6月1ヶ月間の新入院患者数×12	人

○ 把握している ○ 把握していない

退院率	
	%
分子： 入院期間が1年以上となった患者のうち、 その後1年間以内に退院した患者数	人
分母： 入院期間が1年以上となった患者数	人

○ 把握している ○ 把握していない

5年以上入院患者の退院率（再掲）	
	%
分子： 入院期間が5年以上となった患者のうち、 その後1年間以内に退院した患者数	人
分母： 入院期間が5年以上となった患者数	人

II 各部門の活動状況

専門看護師・認定看護師の状況

II-1 専門看護師

	常勤	非常勤
がん看護	2	
精神看護		
地域看護		
老人看護		
小児看護		
母性看護		
慢性疾患看護		
急性・重傷患者看護		
感染症看護		
家族支援看護		

II-2 認定看護師

	常勤	非常勤
救急看護	2	
皮膚・排泄ケア	1	
集中ケア	2	
緩和ケア	1	
がん化学療法看護	4	
がん性疼痛看護	2	
感染管理	2	
訪問看護		
糖尿病看護	1	
不妊症看護		
新生児集中ケア	2	
透析看護	1	
手術看護	1	
乳がん看護	1	
摂食・嚥下障害看護	1	
小児救急看護		
認知症看護	2	
脳卒中リハビリテーション看護	2	
がん放射線療法看護		

II-3薬剤部門の状況

II-3-1 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
薬剤部門 総数	34	0	0	3	37
薬剤師	34				34
その他(業務員(派遣))				3	3
その他()					0

病棟担当薬剤師(常勤換算)	21
---------------	----

II-3-2 処方箋枚数等

	枚数・件数(枚/年)	1日あたり 枚数・件数	薬剤師 1人1日あたり	外来患者(病床) 100対
外来 院内処方箋枚数	15302	63.23	1.86	4.27
外来 院外処方箋枚数	158383	654.48	19.25	44.19
入院処方箋枚数	70616	193.47	5.69	12,610.00
注射処方箋枚数	119484	327.35	9.63	21,336.43
薬剤管理指導	13265	36.34	1.07	2,368.75

院外処方率	91.19 %
-------	---------

医薬品 品目数	2500
---------	------

II-3-3 処方鑑査・薬歴管理

相互作用、重複処方などのチェック	1)実施
1回量包装の実施：外来	2)一部
1回量包装の実施：入院	2)一部
入院患者の薬歴管理	1)全患者

II-3-4 抗がん剤の使用状況

抗がん剤の使用状況	1)使用
レジメン登録・管理の実施有無	1)実施
レジメン登録・管理件数	704
抗がん剤の調製・混合への対応	2)原則対応

抗がん剤対象患者数 外来*	253
抗がん剤対象患者数 入院*	162
薬剤師による抗がん剤調製 外来*	100 %
薬剤師による抗がん剤調製 入院*	100 %

*1週間の平均値

クリーンベンチの設置

● 1) あり 台数： 12
○ 2) なし

安全キャビネットの設置

● 1) あり 台数： 3
○ 2) なし

閉鎖式薬物混合器具使用の有無

○ 1) あり
○ 2) なし

II-3-5 薬品の供給・在庫管理

注射薬(入院)の供給方法

☐ 1) 個人別(1施用ごと)	対 注射処方箋(%)	%
☒ 2) 個人別(1日ごと)	対 注射処方箋(%)	95 %
☒ 3) 定数配置		
☒ 4) 箱渡し		

II-4 臨床検査部門

II-4-1 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
臨床検査部門 総数	47	0	0	4.7	51.7
うち医師	1				1
うち臨床検査技師	46			1.2	47.2
うち衛生検査技師					0

II-4-2 検査報告所要時間 (分)

ルーチン検査	60
緊急検査	30

II-4-3 検査実施状況

プランチラボ (I-4 外部委託状況 再掲) ☐ 1) あり ☒ 2) なし

一般検査 ☒ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

血液検査 ☒ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

生化学検査 ☒ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

血清検査 ☒ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

微生物検査 ☒ 1) 院内実施 ☒ 2) 外部委託 ☐ 3) 未実施

II-4-4 外部委託業者の精度管理状況の把握有無

☒ 1) 定期的な把握 ☐ 2) 必要な場合のみ ☐ 3) 把握していない

II-4-5 内部精度管理

管理試料を用いた内部精度管理 ☒ 1) 実施 ☐ 2) 未実施

血液検査 ☒ 1) 毎日 ☐ 2) 週1回程度 ☐ 3) それ以下 ☐ 4) 未実施

生化学検査 ☒ 1) 毎日 ☐ 2) 週1回程度 ☐ 3) それ以下 ☐ 4) 未実施

血清検査 ☒ 1) 毎日 ☐ 2) 週1回程度 ☐ 3) それ以下 ☐ 4) 未実施

II-4-6 異常値への対応

前回結果との比較 ☒ 1) 実施 ☐ 2) 未実施

II-4-7 外部精度管理の参加状況

☒ 1) 毎年 ☐ 2) 参加経験あり ☐ 3) 不参加

参加サーベイ名: 日本医師会臨床検査精度管理調査・
日本臨床衛生検査技師会主催臨床検査精度管理調査・
新潟県臨床検査技師会主催臨床検査精度管理調査

II-5 病理診断部門

II-5-1 医師の配置状況

	人数
☒ 常勤専従	1
☐ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
☒ 非常勤(常勤換算)	0.3
☐ 医師はいない	

II-5-2 病理検査件数 (件/年)

	院内実施	外部委託	総数
病理検査 総件数	22758	151	22909
うち組織診	9381	0	9381
うち細胞診	9901	0	9901
うち免疫組織化学	3476	151	3627

II-5-3 術中迅速凍結切片病理検査 (件/年)

☒ 1) 自院で実施	314
☐ 2) 外部委託	0
☐ 3) 実施していない	

II-5-4 術中迅速細胞診検査 (件/年)

☒ 1) 自院で実施	64
☐ 2) 外部委託	0
☐ 3) 実施していない	

II-5-5 術前病理検査報告所要日数 (日)

4

II-5-6 臨床病理検討会・病理学的検討会 (件/年)

開催回数 8

II-5-7 死亡率

死亡率	5.3 %
死亡数 (再掲)	749
退院患者数 (再掲)	14143

II-5-8 剖検率

	院内	院外	総数
剖検数	9	0	9
剖検率	1.20 %	0.00 %	1.20 %

II-6画像診断部門

II-6-1 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
画像診断部門 総数	32	0	0	0.8	32.8
うち医師	4				4
うち診療放射線技師	25				25
うち診療X線技師					0

II-6-2 放射線科医による読影体制 ● 1) あり ○ 2) なし

II-6-2-1 年間の撮影件数と報告書作成件数（読影件数）

	撮影件数 (件/年)	病床100対	左記のうちの読影件数		読影率
			自院で読影	他施設へ依頼	
CT撮影	24725	4,415.18	24434	0	98.82 %
うち頭部CT	3613	645.18	3326	0	92.06 %
MRI撮影	7267	1,297.68	6837	0	94.08 %
うち頭部MRI	3050	544.64	2634	0	86.36 %
核医学	1915	341.96	1907	0	99.58 %

II-6-3 保有機器（台）

一般撮影装置	5
X線テレビ装置	4
血管撮影装置	2
乳房軟線撮影装置	1
パノラマ撮影装置	1
CT	2
MRI	2
ポータブル撮影装置	5
外科用イメージ	3
核医学診断装置	2
うち PET CT	1

II-6-4 画像の電子保管 ● 1) あり ○ 2) なし

II-6-5 フィルムの保管方法 ○ 1) 中央 ○ 2) 併用 ○ 3) 各科 ○ 4) 外部 ● 5) その他

II-7 放射線治療部門

II-7-1 放射線治療の実施有無 ● 1) あり ○ 2) なし

II-7-2 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (実人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
放射線治療部門 総数	9	0	0	0.7	9.7
うち医師	1				1
うち看護師	4			0.7	4.7
うち診療放射線技師	4				4

II-7-3 保有機器

粒子線治療機器	○ 1) あり ● 2) なし
小線源治療機器	○ 1) あり ● 2) なし
リニアック・マイクロトロン(台)	
ガンマナイフ(台)	
IMRT 強度変調放射線治療(台)	1

II-8 輸血・血液管理部門

II-8-1 輸血の実施有無

● 1) あり

○ 2) なし

II-8-2 保管管理担当部署

□ 1) 薬剤部門

□ 2) 検査部門

□ 3) その他

II-8-3 医師の配置状況

	人数
☐ 常勤専従	
☒ 常勤専任・兼任(常勤換算)	0.5
☐ 非常勤(常勤換算)	
☐ 医師はいない	

II-8-4 年間購入・廃棄血液単位数 (件/年)

	購入数	病床100対	廃棄数	廃棄率
総数	44561	7,957.32	31	0.07 %
赤血球製剤	7486	1,336.79	4	0.05 %
血小板	35330	6,308.93	15	0.04 %
凍結血漿	1745	311.61	12	0.69 %
その他	0	0.00	0	0.00 %

II-8-5 血液専用の保冷库

● 1) 自記式専用

○ 2) 自記なし専用

○ 3) 専用ではない

II-8-6 凍結血漿専用の冷凍庫

● 1) 自記式専用

○ 2) 自記なし専用

○ 3) 専用ではない

II-8-7 GVHD対策

○ 1) 院内照射

● 2) 日赤照射

○ 3) 対策なし

II-9 手術・麻酔科部門

II-9-1 手術の実施有無 ● 1) あり ○ 2) なし

II-9-2 麻酔科医の配置状況（麻酔科部門の業務を主とする医師の配置状況）

	人数
■ 常勤専従	6
□ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
■ 非常勤(常勤換算)	1.1
□ 医師はいない	

II-9-3 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
手術・麻酔部門 総数	41	0	0	0	41
うち看護師	37				37

II-9-4 手術室数・手術件数

		病床100対
手術室数 (室)	9	1.61
手術総件数 (件/年)	6135	1,095.54
うち全身麻酔件数	3350	598.21
うち緊急手術件数	882	157.50
うち短期滞在手術件数	2538	453.21
うち悪性腫瘍手術件数	916	163.57

II-9-5 主な手術の年間症例数（診療機能調査票より）

麻酔領域	件/年
麻酔科標榜医 麻酔管理	3909
硬膜外麻酔	4
脊椎麻酔	531

循環器系領域	件/年
心カテ	
冠動脈バイパス術	7
弁膜症手術	5
開心術	24
大動脈瘤切除術	8

神経・脳血管領域	件/年
頭蓋内血腫除去術	10
脳動脈瘤根治術	2
脳動静脈奇形摘出術	0
脳血管内手術	20
脳腫瘍摘出術	25

救急領域	件/年
緊急開頭術	19
緊急開胸術	0
緊急心大血管手術	29
緊急帝王切開術	102

II-9-6 術前訪問（術前の患者チェック）の有無

麻酔担当医 ● 1) 術前訪問実施 ○ 2) 訪問無し(手術室内で術前確認) ○ 3) 未実施
 手術担当看護師 ● 1) 術前訪問実施 ○ 2) 未実施

II-10 中央滅菌材料部門

II-10-1 機能的な役割 ● 1) 滅菌および診療材料の管理 ○ 2) 滅菌のみ ○ 3) その他

II-10-2 保有機器 (台)

超音波洗浄器	1
ジェットウォッシャー	3
Washer Sterilizer	0
オートクレーブ	4
EOG滅菌器	1
プラズマ滅菌装置	0

II-10-3 滅菌効果の確認

滅菌の物理的検知状況の記録 ● 1) あり ○ 2) なし
 滅菌の化学的検知の実施 ● 1) あり ○ 2) なし
 滅菌の生物学的検知の実施 ● 1) あり ○ 2) なし
 生物学的検知ありの場合の頻度 ● A) 1日1回 ○ B) 週1回程度 ○ C) それ以下の頻度

II-11 集中治療機能

II-11-1 集中治療機能の状況 (施設基準の算定有無と、独立したICU/CCUまたはNICUの有無)

ICU/CCU ● 1) 算定、独立
 ○ 2) 未算定、独立
 ○ 3) 未算定、非独立 (病棟の一部)
 ○ 4) 機能なし

NICU ● 1) 算定、独立
 ○ 2) 未算定、独立
 ○ 3) 未算定、非独立 (病棟の一部)
 ○ 4) 機能なし

II-11-2 集中治療機能の状況 (I-1-6 特殊病床・診療設備 再掲)

	稼働病床数	3年前からの増減数
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0

II-12 時間外・救急診療部門

II-12-1 救急告示等の有無 ● 1) 救急告示病院である ○ 2) 救急告示病院ではない

II-12-2 救急医療の水準 (自己評価)

● 水準1: 救命救急センターを有する病院

○ 水準2: 次のいずれかに該当する病院

・救急部門の専用の病床を有している病院

・救急専用病床はないが、救急部門より入院患者が1日平均2名以上いる、または、時間外・救急患者が1日平均20名以上いる病院

○ 水準3: その他の救急病院であり、時間外・救急患者が1日平均2名以上いる病院

○ 水準4: 時間外・救急患者が1日平均2名未満の、救急医療を告示していない病院

II-12-3 医師の配置状況 (水準1または水準2が対象)

	人数
■ 常勤専従	7
■ 常勤専任・兼任(常勤換算)	3
■ 非常勤(常勤換算)	0.2
□ 医師はいない	

II-12-4 職員の配置状況 (水準1または水準2が対象)

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
時間外・救急部門 総数	27	0	0	0	27
うち看護師	26				26

II-12-5 時間外勤務体制 (通常日)

	交代制		当直制		オンコール制	
	専従	兼任	専従	兼任	専従	兼任
医師	0	0	0	3	8	132
うち研修医	0	0	0	0	0	0
看護要員	2	0	0	0	0	0
うち看護補助者	0	0	0	0	0	0
薬剤師	0	0	0	1	0	0
臨床検査技師	0	0	0	1	0	0
診療放射線技師	0	0	0	1	0	0
事務職員	0	0	0	1	0	0
その他	0	0	0	0	0	1

II-12-6 時間外勤務体制 (輪番日)

	交代制		当直制		オンコール制	
	専従	兼任	専従	兼任	専従	兼任
医師	0	0	1	6	7	133
うち研修医	0	0	0	4	0	0
看護要員	3	0	0	0	0	0
うち看護補助者	0	0	0	0	0	0
薬剤師	0	0	0	1	0	0
臨床検査技師	0	0	0	1	0	0
診療放射線技師	0	0	0	1	0	0
事務職員	0	0	0	1	0	0
その他	0	0	0	1	0	1

II-12-7 時間外・救急患者数 (人/年)

	年間総数	1日あたり患者数
救急患者数	14201	38.91
救急車搬入患者数	4644	12.72
救急入院患者数	4183	11.46

	年間総数	1日あたり患者数
平日の時間外救急患者数(再掲)	6099	25.20
救急車搬入患者数	2110	8.72
救急入院患者数	1582	6.54

	年間総数	1日あたり患者数
休日の救急患者数(再掲)	3687	30.98
救急車搬入患者数	921	7.74
救急入院患者数	890	7.48

II-13 栄養管理部門

II-13-1 患者個別の栄養アセスメント ● 1) 全患者 ○ 2) 一部の患者(平均 %) ○ 3) 未実施

II-13-2 患者個別の栄養摂取状況の把握 ● 1) 全患者 ○ 2) 一部の患者(平均 %) ○ 3) 未実施

II-13-3 職員の配置状況 (施設基本票5-1職員数より)

	常勤職員	非常勤 (常勤換算)	職員総数
管理栄養士	10	0.8	10.8
栄養士	1	0	1
調理師	19	0	19

II-13-4 栄養指導・栄養相談

	外来	入院
個別実施回数(回/月)	222	118
集団実施回数(回/月)	0	0
月間対象延患者数(人)	15	0
栄養士1人当たり栄養指導件数(個別実施)	18.81	10
栄養士1人当たり栄養指導件数(集団実施)	0	0

II-13-5 選択メニュー ○ 1) あり 実施回数(回/月)
● 2) なしII-13-6 栄養サポートチーム ● 1) あり 実施回数(45 件/月)
○ 2) なし

II-14 リハビリテーション部門

A 共通部分

II-14-1 医師の配置状況

	人数
■ 常勤専従	1
□ 常勤専任・兼任(常勤換算)	
□ 非常勤(常勤換算)	
□ 医師はいない	

II-14-2 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
リハビリテーション部門 総数	21	0	0	0	21
うち理学療法士	12				12
うち作業療法士	6				6
うち言語聴覚士	3				3

II-14-3 リハビリテーション実施状況

		外来	入院
心大血管疾患リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.94	1.08
■ I □ II	療法士1人1日あたり (人)	2.16	4.67
脳血管疾患等リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.73	2.05
■ I □ II □ III	療法士1人1日あたり (人)	0.39	4.62
運動器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.19	1.37
■ I □ II □ III	療法士1人1日あたり (人)	1.07	3.21
呼吸器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.26	1.46
■ I □ II	療法士1人1日あたり (人)	0.11	1.93

	年間外来延患者数	年間入院延患者数
リハビリテーション総合計画評価	0	895
摂食機能療法	0	515
集団コミュニケーション療法		

B 機能種別でリハビリテーション病院版で受審する病院

II-14B 疾患別・期間別の入院患者構成 (人)

	リハビリテーション起算日からの経過期間					
	合計	1ヶ月未満	1ヶ月～ 2ヶ月	2ヶ月～ 3ヶ月	3ヶ月～ 6ヶ月	6ヶ月～
脳卒中、脳外傷、脳炎、急性脳症、 脳腫瘍など	0					
脊髄損傷、その他の脊髄疾患 (二分脊椎など)	0					
神経筋疾患(筋ジストロフィー、ギランバレー症候 群、パーキンソン病、脊髄小脳変性症など)	0					
骨関節疾患など(リウマチ、外傷、軟部組織 の外傷を含む)	0					
切断・四肢欠損	0					
呼吸器疾患	0					
心筋梗塞、狭心症、大動脈瘤、心不全な ど	0					
外科手術、肺炎等の治療時安静による 廃用症候群	0					
脳性麻痺を含む小児疾患	0					
その他()	0					
合計(人)	0	0	0	0	0	0

II-15 診療録管理部門

II-15-1 診療録管理業務担当者の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
診療録管理士・診療情報管理士	8				8
上記以外	1	0	0	0.8	1.8

II-15-2 診療録の形式

- ☒ 1) 電子カルテ
☐ 2) 入院・外来共通の1患者1診療録
☐ 3) 入院・外来別で、入院は1入院ごとに1冊作成、外来は1患者1診療録
☐ 4) 入院・外来別で、入院は1入院ごとに1冊作成、外来は科別に1冊ずつ作成
☐ 5) 入院・外来別で、入院は転科ごとに1冊作成、外来は科別に1冊ずつ作成
☐ 6) その他：

II-15-3 病名のコード化およびコードの種類

- ☒ 1) ICD-10 ☐ 2) その他： ()
☐ 3) コード化していない

II-15-4 手術名のコード化およびコードの種類

- ☐ 1) ICD-9-CM ☒ 2) Kコード ☐ 3) その他： ()
☐ 4) コード化していない

II-15-5 不完全な診療録のチェック ☒ 1) 行っている ☐ 2) 行っていない

II-15-6 退院時サマリーの2週間以内の作成率

作成率	96.53 %
分子：退院後2週間以内にサマリーを作成した患者数	13649 件
分母：昨年度の年間退院患者数	14139 件

II-15-7 診療情報の開示件数 (件/年)

件数	病床100対
52	9.29

II-16 医療情報システム部門

II-16-1 全体を管理する部署の有無 ☒ 1) あり ☐ 2) なし

II-16-2 院内の担当部署 (施設基本票 8-2 管轄している院内の担当部署 より)

- 1) 診療報酬情報管理：第一医事課、第二医事課
 2) 診療録 (情報) 管理：病歴管理課
 3) コンピュータシステムの管理：第一医事課

II-16-3 システム担当者の配置状況

	人数
☒ 常勤専従	3
☒ 常勤専任・兼任 (常勤換算)	0.1
☐ 非常勤 (常勤換算)	
☐ 委託職員 (常勤換算)	
☐ 担当者はいない	

II-16-4 システムの稼働状況 (I-1-9 再掲)

- 電子カルテ ☒ 1) あり ☐ 2) なし
 オーダリングシステム ☒ 1) あり ☐ 2) なし
 院内LAN ☒ 1) あり ☐ 2) なし

II-17 在宅療養医療支援部門

II-17-1 訪問サービス対応状況 (件/月)

☐ 訪問診療	
☒ 訪問看護	220
☐ 訪問薬剤指導	
☐ 訪問リハビリテーション	
☐ 訪問栄養指導	

II-17-2 訪問看護 担当者の配置状況等

看護職員数 (人)	4
患者1人あたり月平均訪問回数	4
看護職員1人あたり月平均訪問回数	55

II-18 外来部門

II-18-1 職員の配置状況

	常勤専従	専任・兼任 (人数)	専任・兼任 (常勤換算)	非常勤 (常勤換算)	職員総数
外来部門 総数	84	0	0	68.47	152.47
うち看護師	59			3.97	62.97

II-18-2 外来患者の待ち時間調査

- 1) 調査したことがある 直近の調査 2020 年 11 月
○ 2) 調査したことはない

II-18-3 他科の診察内容を参照する仕組みの有無

- 1) あり ○ 2) なし

II-18-4 外来がん化学療法実施有無

- 1) あり ○ 2) なし

II-18-5 外来がん化学療法の実施状況

専用ベッド数	40	
抗がん剤の対象患者数 (人/週)	253	(II-3-4 再掲)
薬剤師による調製・混合への対応状況 (%)	100	(II-3-4 再掲)

II-19 医療機器管理部門

II-19-1 臨床工学技士の配置状況

	人数
☒ 常勤専従	17
☐ 常勤専任・兼任 (常勤換算)	
☐ 非常勤 (常勤換算)	
☐ その他	
☐ 臨床工学技士はいない	

II-19-2 臨床工学技士の対象業務

1) 中央器材室	● 1) あり ○ 2) なし
2) 透析室	● 1) あり ○ 2) なし
3) 手術室	● 1) あり ○ 2) なし
4) ICU	● 1) あり ○ 2) なし
5) 病棟	○ 1) あり ● 2) なし
6) その他	● 1) あり ○ 2) なし

II-19-3 主な医療機器台数と管理の仕組み

	台数	管理形態		
人工呼吸器	39	☒ 1) 中央管理	☐ 2) 使用場所での管理	☐ 3) その他
輸液ポンプ	165	☒ 1) 中央管理	☐ 2) 使用場所での管理	☐ 3) その他
シリンジポンプ	145	☒ 1) 中央管理	☐ 2) 使用場所での管理	☐ 3) その他
除細動器	10	☒ 1) 中央管理	☐ 2) 使用場所での管理	☐ 3) その他
モニター	265	☒ 1) 中央管理	☐ 2) 使用場所での管理	☐ 3) その他

Ⅲ 経営の状況

Ⅲ-1 医業収支の状況

Ⅲ-1-1 医業収支の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対 前年比	
	2020	2019	2018	2020	2019
医業収益（繰入金を除く）	20,768,146	21,047,660	20,426,472	98.67 %	103.04 %
医業費用	20,932,423	21,042,277	20,940,381	99.48 %	100.49 %
医業損益（繰入金を除く）	-164,277	5,383	-513,909	-3,051.77 %	-1.05 %
医業収支率	99.22 %	100.03 %	97.55 %		

Ⅲ-1-2 患者1人1日あたりの収益 (単位：円)

年度(西暦)	2020
外来収益	20,291
入院収益	75,253

Ⅲ-1-3 100床あたりの入院収益 (単位：千円)

2020 年度(西暦)	2,289,261
-------------	-----------

Ⅲ-2 繰入金の状況 (推移) (単位：千円)

年度(西暦)	実績			対 前年比	
	2020	2019	2018	2020	2019
総収益（繰入金を除く）	21,017,261	21,280,042	20,639,256	98.77 %	103.10 %
繰入金（他会計負担金 等）	1,549,430	753,051	749,170	205.75 %	100.52 %
上記合計に占める繰入金の割合	6.87 %	3.42 %	3.50 %		

Ⅲ-3 医業収益の内訳の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			医業収益100対 構成比		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018
入院診療収益	12,819,859	13,059,812	12,592,905	61.73 %	62.05 %	61.65 %
室料差額	353,625	345,871	339,828	1.70 %	1.64 %	1.66 %
外来診療収益	7,272,019	7,289,798	7,145,232	35.02 %	34.63 %	34.98 %
保健予防活動	191,030	214,004	206,084	0.92 %	1.02 %	1.01 %
受託検査・施設利用収益	11,764	5,989	455	0.06 %	0.03 %	0.00 %
その他の医業収益	157,346	170,343	174,219	0.76 %	0.81 %	0.85 %
保険等査定減	-37,497	-38,157	-32,251	-0.18 %	-0.18 %	-0.16 %
医業収益 合計	20,768,146	21,047,660	20,426,472	100%	100%	100%

Ⅲ-4 医業費用の内訳の推移 (単位：千円)

年度(西暦)	実績			医業収益100対費用		
	2020	2019	2018	2020	2019	2018
給与費	9,860,407	10,055,806	10,289,392	47.48 %	47.78 %	50.37 %
常勤（再掲）	6,572,780	6,827,201	6,765,708	31.65 %	32.44 %	33.12 %
非常勤（再掲）	1,475,962	1,134,097	1,152,688	7.11 %	5.39 %	5.64 %
材料費	7,132,458	7,280,670	7,075,187	34.34 %	34.59 %	34.64 %
医薬品費（再掲）	5,169,665	5,213,919	5,073,495	24.89 %	24.77 %	24.84 %
診療材料費（再掲）	1,679,782	1,747,234	1,701,047	8.09 %	8.30 %	8.33 %
給食用材料費（再掲）	125,620	130,466	129,699	0.60 %	0.62 %	0.63 %
医療消耗器具備品費（再掲）	156,054	187,962	169,194	0.75 %	0.89 %	0.83 %
委託費	1,408,373	1,277,148	1,241,185	6.78 %	6.07 %	6.08 %
設備関係費	1,915,967	1,762,778	1,659,090	9.23 %	8.38 %	8.12 %
減価償却費（再掲）	966,183	955,340	863,131	4.65 %	4.54 %	4.23 %
器機賃借料（再掲）	277,808	278,176	255,614	1.34 %	1.32 %	1.25 %
研究研修費	22,090	53,312	52,632	0.11 %	0.25 %	0.26 %
経費	593,128	612,563	622,895	2.86 %	2.91 %	3.05 %
その他の医業費用				%	%	%
医業費用 合計	20,932,423	21,042,277	20,940,381	100.79 %	99.97 %	102.52 %

	常勤	非常勤
精神保健指定医	1	1

	延実施人数（年）	実施回数（週）	現在登録数
精神科作業療法			
生活技能訓練法（SST）			
ショートケア			
デイ・ケア			
ナイト・ケア			
デイ・ナイト・ケア			
重度認知症デイケア			

[illegible]

*2 合計には「その他入院」を含む

病院機能評価 書面審査サマリー

本資料は、病院機能評価事業における書面審査のうち、病院機能の現況調査の結果を要約したものです。書面審査サマリーは、訪問審査に先立って評価調査者が病院の概要を把握するための基礎資料とすること、並びに、調査票を提出して頂いた病院に対して分析結果をフィードバックし、病院機能の向上に役立てて頂くことを目的としております。

なお、本資料は、病院から訪問1日目の前日までに病院機能評価ファイル送受信システムにて修正・送信（再提出）された現況調査に基づき作成しています。

よって、訪問審査中に評価調査者へご報告いただいた訂正内容などについては、本資料には反映しておりません。

1.サマリーの構成

書面審査サマリーは、下記構成となっております。

- I 病院の基本的概要：施設基本票に関するデータを中心にまとめています。
- II 各部門の活動状況：部門別調査票に関するデータを中心にまとめています。
- III 経営の状況：経営調査票に関するデータを中心にまとめています。

2.本資料中の指標の作成ルール

＜全体に関する事柄＞

- ・ 回答選択型の項目では、該当するものを■や●で表示しています。
- ・ 病床100対： 各項目の数値÷稼働病床数×100 で算出しています。

＜各項目に関する事柄＞

■「I 病院の基本的概要」

□「I-1-3 開設者」

評価機構が有する病院データより、下記種類から抽出・表示されます。

厚生労働省、その他（国）、都道府県、市町村、日赤、済生会、厚生連（厚生農業協同組合連合会）、その他（公的）、独立行政法人地域医療機能推進機構、共済組合及びその連合会、健康保険及びその連合会、その他（社保）、公益法人、医療法人、学校法人、会社、その他法人（社会福祉法人等）、個人、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、地方独立行政法人

□「I-2-1 診療科別医師数および患者数」

・ 診療科名：診療科にチェックのあるもの、もしくは数値入力のあるものについて、表示しています。

・ 各項目について、下記のとおり算出しています。（「I-2-2 年度推移」の各項目も同様です）

- ・ 1日当たり外来患者数
 $\text{年間外来延患者数} \div \text{診療日数}$
- ・ 1日当たり入院患者数
 $\text{年間入院延患者数} \div 365$
- ・ 外来新患割合
 $(\text{年間外来新患数} \div \text{年間延外来患者数}) \times 100$
- ・ 平均在院日数
 $\text{年間延入院患者数} \div \{(\text{年間新入院数} + \text{年間退院数}) \div 2\}$
- ・ 医師1人当たりの患者数
 $\text{1日当たり患者数} \div \text{所属医師数}$

☐ 「I-3-1 職員数」

- ・ 薬剤部門、臨床検査部門、リハビリ部門の合計は、部門別調査票における職員の配置状況から算出しています。栄養部門のみ管理栄養士、栄養士、調理師の職員数の合計数を部門人数として計上しています。
- ・ 「看護要員」とは、保健師・助産師・看護師・准看護師および看護補助者を指します。
- ・ 「看護職員」とは、保健師・助産師・看護師・准看護師を指します。
- ・ 病床100対職員数
$$\{(\text{常勤職員数} + \text{非常勤職員数}) \div \text{稼働病床数}\} \times 100$$
 で算出しています。
- ・ 患者規模100対職員数
$$\{(\text{常勤職員数} + \text{非常勤職員数}) \div \text{患者規模※}\} \times 100$$
 で算出しています。
※患者規模 = 1日当たり入院患者数 + (1日当たり外来患者数 ÷ 2.5)

☐ 「I-3-2 職員の就業状況」

- ・ 常勤者を対象としています。
- ・ 退職率
$$(\text{退職数} \div \text{当該職種の常勤職員数}) \times 100$$
 で算出しています。

☐ 「I-5-1 医療安全管理担当者(リスクマネジャー等)の配置状況」☐ 「I-6-1 感染管理担当者の配置状況(院内全体)」

- ・ 専任・兼任者は実人数で算出しています。

☐ 「I-7-3 紹介状持参患者数」

- ・ 各項目は、以下の計算式により算出しています。
 - ・ 紹介率
$$(\text{紹介状持参患者数} \div \text{初診患者数}) \times 100$$
 - ・ 1日あたり紹介患者数(外来)
$$\text{紹介状持参患者数} \div \text{外来診療日数}$$
 - ・ 紹介入院患者割合
$$(\text{紹介状持参入院患者数} \div \text{新入院患者数}) \times 100$$
 - ・ 入院に繋がった紹介患者の比率
$$(\text{紹介状持参入院患者数} \div \text{紹介状持参外来患者数}) \times 100$$

☐ 「I-9 臨床指標」

- ・ 各指標について、
$$\text{分子} \div \text{分母} \times 100$$
 で算出しています。

■「Ⅱ 各部門の活動状況」

□「Ⅱ-3-2 処方箋枚数等」

- ・ 1日あたり枚数・件数は、下記計算式で算出しています。

外来：院内(院外)処方箋枚数÷年間診療実日数

入院：入院(注射)処方箋枚数÷365

- ・ 外来患者（病床）100対は、下記計算式で算出しています。

外来：(院内(院外)処方箋枚数÷外来延患者数)×100

入院：(入院(注射)処方箋枚数÷稼働病床数)×100

□「Ⅱ-5-8 剖検率」

- ・ 剖検率

(剖検数÷昨年度死亡退院数)×100 で算出しています。

□「Ⅱ-6-2-1 年間の撮影件数と報告書作成件数(読影件数)」

- ・ 読影率

(読影件数(自院)＋読影件数(他院))÷撮影件数×100 で算出しています。

□「Ⅱ-8-4 年間使用・廃棄血液単位数」

- ・ 廃棄率

(廃棄数÷購入数)×100 で算出しています。

□「Ⅱ-12-7 時間外・救急患者数」

- ・ 救急患者数における1日あたり患者数

年間総数÷365 で算出しています。

- ・ 平日時間外救急患者数における1日あたり患者数

年間総数÷外来診療日数 で算出しています。

- ・ 休日の救急患者数における1日あたり患者数

年間総数÷119 で算出しています。

(外来診療日数が365日の病院対応のため、便宜上、休日日数を119日で算出)

□「Ⅱ-13-4 栄養指導・栄養相談」

- ・ 栄養士1人当たり栄養指導件数は下記計算式で算出しています。

- ・ 個別実施回数

個別実施回数÷(管理栄養士総数＋栄養士総数)

- ・ 集団実施回数

集団実施回数÷(管理栄養士総数＋栄養士総数)

□「Ⅱ-14B 疾患別・期間別の入院患者構成(人)」

- ・ 機能種別でリハビリテーション病院版を受審する病院のみが対象の設問です。

☐「Ⅱ-17-2 訪問看護 担当者の配置状況等」

- ・ 看護職員1人あたり月平均訪問回数

「Ⅱ-17-1 訪問サービス対応状況(件/月) 訪問看護件数」÷「Ⅱ-17-2 訪問看護 担当者の配置状況等 看護職員」で算出しています。

☒「Ⅲ 経営の状況」☐「Ⅲ-1-1 医業収支の推移」

- ・ 対前年比

(当該年度÷前年度)×100 で算出しています。

- ・ 医業収支率

(医業収益÷医業費用)×100 で算出しています。

☐「Ⅲ-4 医業費用の内訳の推移」

- ・ 医業収益100対費用

当該年の医業収益における各科目の割合で算出しています。
(医業費用における割合ではありません)

書面審査サマリーについてのお問い合わせは、下記までお願いいたします。

公益財団法人日本医療機能評価機構
評価事業審査部 審査課
Tel 03-5217-2321 Fax 03-5217-2328