

病院機能評価
審査結果報告書

2022年度実施

公立大学法人
福島県立医科大学附属病院

訪問審査実施日 2022年8月8日～8月10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3」及び副機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および8月8日～8月10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3	条件付認定（6ヶ月）
機能種別	精神科病院（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院3
 1. 返書の組織的な管理について、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（1.2.2）
 2. 安全確保に向けた体制の確立に関して、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（1.3.1）
 3. 貴院で設定した臨床指標に関する指標を活用し、診療の質向上の活動と実績の積み上げに努めてください。（1.5.2）
- ・機能種別 精神科病院（副）

該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は福島県立女子医学専門学校附属病院を前身とし、1951年に福島県立医科大学附属病院として発足して以降、確実に福島県の医療を支え、様々な研究成果を内外に発信してきた。東日本大震災から10年が経過し、多くの新たな事業を展開し、次の10年という新しいフェーズに向けて、着実な一歩を進み始めている。総合内科、こども医療センター、脳疾患センター、移植医療部、心臓血管センター、小児・AYAがん長期支援センター、がんゲノム医療診療部、生殖医療センター、先端的低侵襲手術センター、呼吸器センターなど、時代に即した診療体制を順次整備し、診療機能の拡充に常に取り組んでいる。

「健康を支える医療・心温まる医療を目指して県民とともに歩む」という基本理念のもと、誰もが利用しやすい病院を目指し、様々な取り組みが実践されている。県民には高度な医療を提供する医療機関として、その位置づけが浸透し、ドクターヘリの運用を含めた救急医療、小児医療は、地域の中での最後と砦として、確実に求められる役割を果たしている。2020年10月に設置が認可された保健科学部から

は、今後は順次医療技術者が輩出され、より充実した診療体制の整備が期待される。良質な医療を提供すべく日々研鑽を積んでいる医療者は、誠実に患者対応を行い、倫理的課題にも向き合い、その真摯な姿勢は随所で確認することができた。今回の病院機能評価の受審を契機に、貴院がさらにその質を高め、信頼される大学病院として発展していくことを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

福島県立医科大学の理念に基づいて病院の理念を策定し、様々な手法、媒体を通じて広く関係者に周知している。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が、中・長期的な将来像の明示や、執行部の考えや決定事項が確実に現場で実践され、その状況がフィードバックされる体制の整備が期待される。組織運営は効果的・計画的に行われている。院内の情報の管理・活用の方針は明確であり、院内の情報システムを統合的に管理しており、導入や更新の年間計画を適切に策定している。病院として管理すべき文書については、規程により病院管理課が把握、管理しており、院内ポータルサイトに掲載して職員に周知している。

病院の機能に見合った人材、法令や施設基準に準拠した必要人員を確保している。就業規則や給与規程などを整備し、労働時間も把握しているが、医師、看護師以外の職種も労働時間軽減に向けた検討もされると良い。全ての職員が定期健康診断を受診しており、ストレスチェックも実施している。職員の意見・要望などを汲みあげる仕組みがあり、改善策等を検討し、改善を図っている。院内で開催された研修について、開催実績などを把握しており、医療安全管理部、感染制御部が担当する研修の受講率は100%である。自己評価や個人目標の設定、評価者面談を通じて指導・育成を進める人事評価が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務は明文化され、「子どもの患者さんの権利」が別途作成されている。患者への説明と同意の取得は、規程に基づき適切に行われ、説明書・同意書の使用状況や同席率等を把握し、患者の意思決定支援に努めている。各種相談窓口として医療連携・相談室が入院案内等により周知され、社会福祉制度や転院先調整、がん相談などの内容に応じて専門職種による患者支援に取り組んでいる。個人情報保護方針を整備し、患者へはホームページや入院案内で、職員へは研修等で周知している。臨床倫理コンサルテーションチームが組織され、現場の倫理的課題に関する相談に応じる仕組みがあり、検討実績もある。また、解決不可能な事例は、臨床倫理委員会で検討する仕組みとなっている。

患者用駐車場やタクシー乗降場等の整備とともに、院内にはコンビニエンスストアや喫茶、レストラン、理・美容室が設置されるなど、生活延長上の設備やサービスへの適切な配慮がなされているほか、バリアフリーが徹底され、手摺りや車椅子用トイレの設置、玄関等への車椅子の準備など高齢者等に配慮した施設・設備が整えられている。敷地内全面禁煙が周知され、禁煙外来診療や喫煙患者への受診推奨などの啓発、職員の喫煙習慣の把握や禁煙啓発への取り組みが行われている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見等が投書箱や退院時アンケート、患者満足度調査などにより収集され、委員会等での検討を経て対応内容が院内掲示等によりフィードバックされている。クリニカル・パスを含めた部門横断的な検討会は数多く開催され、臨床指標についても医療の質向上委員会が主体的に関与し、活動が開始されているところである。引き続き改善活動を継続し、臨床指標を診療の質改善に活用して実績を積み上げることが求められる。業務の質改善については、各部門が中心となってQC活動が行われ、「KAIZEN アワード」という全職員が能動的に参加する活動が行われている。今後は組織的・継続的改善活動に繋げる仕組みを期待したい。高難度新規医療技術、未承認新規医薬品、医薬品適用外使用とも、申請から承認、説明と同意の方法、モニタリングに対する体制が整備されている。

医師は診療録を適切な内容で作成しているが、退院時サマリーについては迅速な承認の徹底など手順を工夫して常に作成率 100%の達成・維持を望みたい。多職種による診療・ケアの実践では、NST や ICT、褥瘡対策チーム、緩和ケアチームなどの多くの専門チームが活動している。病棟・外来では医師、看護師、理学療法士、管理栄養士等の多職種が参加し、患者情報を共有しながら個別の診療・ケアにつなげているなど、チーム医療を積極的に展開している。

5. 医療安全

医療安全管理体制は整備されているが、体系的に整理された医療安全対策マニュアルを作成中であり、引き続き完成に向けた作業を進め、今後の適切な運用が期待される。報告されたインシデント・アクシデントの分析と対策立案を速やかに行う体制が構築され、死亡患者の随時の把握と検証の体制が確立している。

患者確認は2つ以上の識別子を用いて確認しており、医療行為前にタイムアウトを徹底している。誤接続・誤注入防止対策にも努めている。手術部位マーキングについては診療科毎に方法が決められ、チェック体制も整備されている。指示出し・指示受けなどの手順は規則通り正しく行われており、検体検査結果のうち緊急対応が必要なものは検査部から医師に直接連絡する手順を規定している。麻薬、向精神薬、毒薬、ハイリスク薬剤の安全な使用や保管・管理は適切に行われ、抗がん剤は適切にレジメンが管理・登録されている。高濃度カリウム製剤投与時の院内手順についても周知されている。転倒・転落防止対策は患者リスクに応じた適切な予防対策を行っており、多職種で転倒・転落ラウンドを行いリスク意識の向上へつなげている。日常的に使用する医療機器は、臨床工学技士のサポートのもと、教育を受けた職員が安全に使用する体制がある。24 時間 365 日運用の RRS を含め、院内の急変対応の体制は整備されている。

6. 医療関連感染制御

感染制御部は ICT および AST を組織して院内の感染に関する業務を適切に実行している。院内感染対策委員会と感染対策担当者会議が機能して院内各部署に適切な情報提供を行っている。感染制御部は細菌検査室からの分離菌情報を迅速に収集

し、院内の感染状況を適切にまとめている。また地域や専門組織から院外の感染情報を常時入手するだけでなく、地域の中核施設としての感染対策活動も積極的に行っている。現場には ICT が関与し、院内の手指衛生、標準予防策の徹底を図っている。また、感染性の廃棄物やリネンの処理も適切に行っている。院内抗菌薬マニュアルを整備し、感染制御部門で使用状況を監視しつつ AST が毎日モニタリングしており適切である。起炎菌・感染部位の特定、院内における分離菌感受性パターンの把握を適切に実施している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携については、患者向けや連携医療機関向けの広報誌、病院案内、入院案内の発行、ホームページなどによって、理念・基本方針をはじめ、外来受診や入退院の案内、各部門や施設・設備の案内、病院指標などを発信している。地域の医療機関等との連携については、医療連携・相談室により地域の医療関連施設等の機能やニーズの把握、医療連携ネットワークの運営、紹介患者の受け入れ、紹介元医療機関への受診報告などが行われている。医師の診療方針等の中間報告などに関しても病院の方針や取り扱いルールが定められ運用を開始したところであり、着実な実績の積み重ねが期待される。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動に関しては、地域住民の健康増進への寄与などを目的とする市民公開講座の開催のほか、高校生に向けた広報誌の発行による教育・啓発活動、地域の医療関連施設の職員に向けたセミナーや技術講習会の開催、WEB による研修会開催などの努力や工夫が行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者受診時に必要な情報はホームページに掲載し、外来は完全予約制を導入し、看護師・薬剤師による外来での指導も適切に行われている。造影剤の使用や侵襲的検査は患者・家族等に検査の必要性とリスクなどが的確に説明され同意が得られ、タイムアウトによる誤認防止のほか、患者の状態のモニタリングが確実になされている。入院の決定は適切に行われ、看護師、薬剤師、管理栄養士らも適切な計画を立案しており、患者の理解を助けるため患者用クリニカル・パスを利用した計画説明を行っている。入院を予定している患者は、患者サポートセンターの入退院支援担当者が入院治療に関する不安や、退院困難な要因を確認し必要なサービスへつなげている。

主治医および担当医は、毎日回診を行い患者の病態把握に努め、診療科長は、定期的な回診と診療科内カンファレンスにて診療内容等の確認・把握に努め、必要に応じて指導を行っている。看護師は、看護基準・手順に基づき日常の病棟業務を実施している。薬剤投与時の 6R 実施、投与中、投与後の患者の状態・反応の観察は適切に行われている。注射薬が薬剤部から病棟に払い出された後の運用・手順についても、チェック体制を含め、適切に実施されている。輸血・血液製剤は医療安全マニュアルの輸血に関する項を参照しながら安全で適正な投与に努めている。手術適応および術式が適切に検討され周術期の対応は適切に実施されている。重症患者

の管理は適切であり、一般病床では定められた規準により重症度に応じてナースステーション近くの重症個室病室に入室させるなど配慮している。褥瘡の予防・治療については、専従の管理者を配置するなど、さらなる組織的な取り組みが期待される。リハビリテーションはリスクを十分説明したうえで迅速な介入が行われている。栄養管理、緩和ケア、身体抑制、退院支援、ターミナルステージへの対応などは、いずれも適切に行われている。

<副機能：精神科病院>

主に精神科急性期治療および身体合併症治療に特化した49床の精神科閉鎖（個別開放処遇）病棟であり、措置入院患者、精神科急性期患者や身体合併症例の積極的な受け入れ、地域からの修正型電気けいれん療法の対応などを行っている。施設基準に基づいて適切な職員が配置され、入院時よりゴールを「退院」と設定してチーム医療の推進が図られている。外来は診療予約制となっており、精神保健福祉法を遵守した任意入院、医療保護入院、措置入院の患者管理が適切に実施されている。病棟専従の精神保健福祉士が患者・家族からの医療相談に積極的に対応し、投薬については定期的に精神科薬剤の単剤化率やCP換算の医療チームへの定時報告など、患者の視点に立った対応は評価できる。食物アレルギーは「聞き取りフローチャート」を用いて適切な食物を選定できるよう関与しており、適切な食事提供に対する科学的な検証を行っている。精神科作業療法は主治医指示のもと、病棟専従作業療法士により個々の患者の計画に則って実行され、早期退院に向けて対応している。隔離や身体拘束については精神保健福祉法を遵守したチーム医療により適切に実施し、隔離室は説明と同意のもと24時間モニターで管理している。病院内にある精神科デイケアやショートケアが機能し、地域の社会資源と連携を行い、優れた体制が構築されている。

9. 良質な医療を構成する機能

注射薬は夜間・休日を含めすべて1施用単位で取り揃えて病棟に払い出され、すべての抗がん剤とTPNを薬剤部で調製・混合するなど、薬剤管理機能は適切である。臨床検査機能では、検体検査は全自動化による検体交差の起こらないシステムが導入されている。検査結果のパニック値は、依頼医に直接電話連絡をするルールになっており、連絡がつかない場合には担当チームの他の医師に連絡している。画像診断機能では、安全で質の高い画像検査施行のために専門職が適切に関与している。放射線診断専門医は十分な人数が勤務し、夜間・休日を除いて常に迅速な検査結果読影を行っている。また、非専門医の読影所見を専門医が確認するだけでなく、専門医同士のダブルチェックも行う適切な体制である。栄養管理機能では、患者満足度の向上を目指した積極的な取り組みが行われている。リハビリテーション機能では、医師と療法士の迅速な介入により診療・治療が提供され、地域包括ケアシステムの中で県立中核施設としての役割を的確に果たしている。診療情報管理機能については、電子カルテ、紙カルテや原本書類を1患者1ID番号で管理し、診療録の量的点検も適切に実施している。医療機器管理機能では、医療機器は一元的に

管理され、保守点検・修繕業務が適切に行われている。洗浄・滅菌機能では、洗浄・滅菌が中央化されており、質保証は日常管理を中心に実施し、手術用 RMD に二次元バーコードを活用してトレーサビリティを確保している。

病理診断機能では、すべての工程でバーコード認証を用いた検体交差防止システムが確立しており、1 検体ごとに着実に作業を実施する体制が整備されている。放射線治療機能では、都道府県がん診療連携拠点病院の機能を満たし、安全な治療が提供されている。輸血・血液管理機能については、輸血・移植免疫部外にも血液製剤専用の保管庫が設置され、確実な品質管理が実施される体制である。手術・麻酔機能では、常勤専従麻酔科医 17 名の体制で予定手術は手術部で調整され、緊急手術へも適切に対応し、麻酔の覚醒基準や退室基準なども整備して遵守している。ICU では専従の集中治療医が支援する体制がとられ、集中治療機能を的確に発揮している。救急医療機能では、常時必要な職種が配置され、時間外の支援体制も確保されており、虐待が疑われる患者への対応等もマニュアルに基づき適切に行われている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、会計基準に基づく会計処理が行われ、監査法人等による監査を受けており、経営状況の向上について、積極的に取り組んでいる。医事業務では、窓口での収納、診療報酬請求、返戻や査定再請求等を行っており、未収金の回収に努めている。業務委託は、委託業者の選定は競争入札を基本としており、委託業務の実施状況を確認して、契約更新に際しては、業務の質が担保できることを確認している。施設・設備管理は法定・定期点検の年間計画に基づいた保守点検等が行われ、経年劣化に伴う設備・機器の予防保全や機能の維持管理、院内の清掃や医療ガスの安全管理、感染性廃棄物の処理などが適切に行われている。物品管理では、委員会審議による購入物品の選定等が行われ、院内物流管理システムが導入されて各部署への供給や在庫管理、使用期限管理などが適切に行われている。

災害時の対応については、消防計画や災害対応マニュアル、病院の機能存続計画が整備され、自衛消防訓練やヘリポート消防訓練等が実施されている。今後は、災害時に備えた自家発電能力の増強や職員用の食糧・飲料水の備蓄の検討が望まれる。保安業務は、警備業務実施要領に基づき、緊急時の対応などが適切に行われている。医療事故の報告から組織的な検討までの流れは確立しており、外部委員を含む評価委員会も適切に実施されている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、所定の医師卒後臨床研修プログラムに則った研修医の指導・教育、相互評価等が行われ、侵襲を伴う医療行為の試技基準も明確化されている。その他の専門職種の初期研修では、一定期間の指導プログラムにおいて習得内容や到達目標等が定められ段階的な教育・育成活動が適切に行われている。学生実習については、多くの職種を受け入れ、カリキュラムに沿った実習が行われ、評価を行っている。

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	<p>【適切に取り組まれている点】 患者の権利と責務は明文化され、院内掲示や病院ホームページ、「病院案内」、「入院のご案内」への掲載などで患者・家族等への周知が図られている。また、小児患者向けにも「子どもの患者さんの権利」を別途明文化し、同様に周知が図られている。職員に対してはイントラネットでの掲示、医療安全ポケットマニュアルでの周知が図られているほか、新人研修で患者の権利に関する意識啓発が適時行われている。そのほか、診療記録の開示請求は、開示が不適切と判断された1件、一部開示2件以外の30件すべて開示し適切に対応している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	------------------------	---	---

1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 説明と同意に関する方針や手順は、「インフォームド・コンセント指針」と「IC同席と意思決定支援における手順」で定められ、説明と同意取得を必要とする医療行為や説明時に言及し記載すべき事項（同意の撤回やセカンドオピニオンの可能性などを含む13項目）のほか、看護師の同席基準等が明記されている。院内で使用する説明・同意文書の管理や承認は、医療安全管理部長（医師）が責任を担い、医療安全管理室に所属する多職種での検討と監査、承認を経て電子カルテに登録される流れになっている。現在、院内で使用されている説明書・同意文書は865文書あり、承認された文書の使用件数や同席率等について年2回監査を実施している。同席率は46.2%であり、一部に同席者欄が追加されていない文書も存在するため、改訂を進めている。セカンドオピニオンに関しては、他院への紹介が51件（2021年度）行われていた。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	--------------------------	---	--

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	<p>【適切に取り組みされている点】 患者・家族等への診療関連情報の提供には、病院ホームページ、院内Wi-Fi環境のほか、「外来診療のご案内」や「入院のご案内」などの冊子等が有効活用されている。また、各種疾患や治療等に関するパンフレットなども院内各所で使用されている。「入院のご案内」には患者誤認防止に向けたリストバンドの装着依頼や転倒・転落防止対策動画の紹介のほか、感染対策への対応手順などが記載され、円滑な入院診療への導入と対応につなげている。患者用のクリニカル・パスも389種類ほど用意され利活用されている。また、コロナ禍のため利用者が減少しているが、大学図書館の患者利用が可能となっており、良好な環境下での情報収集を促している。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組みされている点】 患者・家族の心配や困りごとなどの多様な相談への対応窓口として医療連携・相談室が設けられ、入院案内や掲示等により周知されている。相談は、社会福祉制度や転院先の調整、がん相談、苦情などの内容に応じて社会福祉士や看護師、精神保健福祉士などの専門職種に振り分けられ、相談内容は秘匿性等を考慮しつつ電子カルテに記録され、関係者と情報共有されている。児童や高齢者・障害者等の虐待対応マニュアルに虐待を疑うべき状況や対応協議、連絡手順などが明記され、ポケット版マニュアルには対応フローチャートが掲載されて職員への周知徹底が図られている。また、児童虐待初期対応チームが設けられ、発生部署からの通報を受けて積極的な対応協議等が行われており評価できる。</p>
			<p>【課題と思われる点】 児童虐待初期対応チームの親委員会である児童虐待対応委員会の開催がみられないが、状況把握や対応内容の検証、病院方針の検討・周知などのためにも活動の活性化に期待したい。</p>

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	<p data-bbox="885 161 1252 197">【適切に取り組みられている点】</p> <p data-bbox="885 197 1374 1131">個人情報保護については、方針を整備し管理規程等を策定して運用している。ホームページや入院案内に「個人情報保護方針」、「患者さんの個人情報の取扱い」を掲載して、患者へ利用目的等を案内している。職員へは、全職員対象の研修を実施しているほか、「情報セキュリティハンドブック」を配布し、周知している。実習学生に対しても個人情報保護を説明して、誓約書を受領している。電子カルテの個人情報については、運用や利用の管理基準等を整備して、ログインパスワード更新のほか、アクセス権限の設定、認証、監視する仕組みがあり、情報漏洩防止に取り組んでいる。職員の不正なアクセスへの対応として、必要によりログ検証を実施して、不正内容を所属長に報告するほか、電子カルテ掲示板等で職員に周知し防止に努めている。個人情報データの利用は、申請して承認を受ける仕組みがあり、外部への持ち出しに際してはデータの匿名化により運用しており、所属長、医療情報部が確認している。病室の患者名表示や外来の名前呼び出しについては、患者の希望による非表示の対応や、名前での呼び出しをしない対応の配慮をしている。</p> <p data-bbox="885 1164 1141 1200">【課題と思われる点】</p> <p data-bbox="885 1200 1005 1232">特記なし。</p>
----------------------------------	--

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	<p>【適切に取り組まれている点】 病院幹部職員が中心となっている臨床倫理委員会があり、臨床倫理に関する基本方針を策定し、輸血拒否患者への対応や終末期医療、生殖補助医療、臓器移植などを主要な倫理的課題として捉え、それらに対する方針等を決定していく仕組みが整備されている。実際、宗教的輸血拒否患者への対応手順や医療行為での合意形成に関する基本方針、DNARに関する指針など臨床倫理委員会で作成した経緯がある。また、院内で臨床倫理的な課題を検討・議論する場として、2022年4月には、心身医療科医師をリーダーとし、多職種で構成された「臨床倫理コンサルテーションチーム」が動き出し、機能している。すでに胎児死亡に関連する課題や未成年者の遺伝子検査など4事例を検討している。解決不可能な事例は、臨床倫理委員会で検討する仕組みとなっている。</p> <p>【課題と思われる点】 臨床倫理委員会は不定期開催であり、2021年度は2回開催していた。今後、「臨床倫理コンサルテーションチーム」との情報共有を促進し、臨床倫理委員会でも、現場で生じている倫理問題をタイムリーに把握し、より組織的、定期的、継続的に取り組まれるとさらに良い。</p>
<hr/>			
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	<p>【適切に取り組まれている点】 医療サービスに関する広報業務は大学法人の広報コミュニケーション室が担い、病院案内や入院案内、患者向け・連携医療機関向け広報誌、年報の発行、ホームページの定期的な更新などが行われている。ホームページには理念・基本方針、患者の権利をはじめ、外来受診や入退院の案内、各部門の紹介、施設案内、広報誌ニュースレターなどが掲載されている。また、診療実績として年齢階級別退院患者数や診断群分類別患者数などの病院指標が示されているなど、提供する医療サービスに関する情報がおおむね適切に発信されている。</p> <p>【課題と思われる点】 医療の質に関するクリニカル・インディケーターを掲載する準備が行われているため、早期の掲載・発信を期待したい。</p>

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	C	<p>【適切に取り組みされている点】</p> <p>医療連携・相談室に専従職員7名等が配置され、地域の医療機関等の機能やニーズの把握、県内医療機関からの要請に基づく応援医師の派遣、連携医療機関の訪問活動や広報誌の送付、福島県内の医療連携ネットワークの代表病院としての会務統括や連携強化活動、意見交換や要望等の収集などが行われている。また、特定機能病院として年間約12,000人の紹介患者の速やかな受け入れとともに、受診・入院直後の紹介元医療機関への受診報告等の返書管理が行われている。</p>
			<p>【課題と思われる点】</p> <p>受診・入院の翌日を目途とした定型的内容の返書が行われているが、その後の医師の診療方針等の中間報告、退院・転院の報告などに関する病院の方針やルールが曖昧で、進捗管理や作成督促も組織的に行われているとは言い難い状況であった。指摘を受けて、返書作成フローが整備され、医療連携・相談室で返書の未作成を月2回チェックし続報が作成されるまでチェックと督促を繰り返す手順を整備した。初回返書以降の経過報告についても、規程で定められたタイミング（検査結果が出たとき、入院（転院）時、手術後、退院時、次回受診時、外来通院終了時、終診時）に基づいて診療科担当医師が患者毎にチェックし、適切に返書作業が行われていることを電子カルテ上で確認できる体制が整備され2022年11月より運用を開始したところである。引き続き、改善活動を実践し、返書続報1回目の返書が100%に向上するよう着実に実績を積み上げることが求められる。</p>
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	<p>【適切に取り組みされている点】</p> <p>地域住民の健康増進への寄与などを目的とした食事の減塩やがんゲノム医療などに関する市民公開講座の開催とともに、県内高校生に向けた広報誌の発行による教育・啓発活動などが行われている。また、地域の医療関連施設の職員等に向けたセミナーや講演、技術講習会の開催、講師派遣などの支援が行われている。コロナ禍の影響により集合研修の縮小を余儀なくされるなか、WEBによる公開講座や研修会の開催の努力や工夫が行われている。</p>
			<p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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 C

【適切に取り組まれている点】

医療安全管理部には専従の医師1名、看護師2名、薬剤師1名、事務4名が配置されている。多職種の兼務者12名は、コアメンバー会議委員や、高難度新規医療技術および未承認医薬品の評価室員を務めている。週1回開催されるコアメンバー会議には、病院長、医療安全担当副病院長が参加し、アクシデント対応など医療安全上の課題を迅速に協議している。医療安全管理委員会、約130名から構成されるリスクマネージャー会議が月1回開催されている。

【課題と思われる点】

医療安全対策マニュアルは各部門の様々なルールの寄せ集めとなっており、患者確認など基本的な重要事項が各部門の細かいルールと同列に扱われ、手術に関するルールが複数個所に分散して記載されるなど、職員がルールを把握することが困難な構成であった。また、手術部位マーキングを必要とする手術が具体的に明示されないなど、遵守を求めるには記載内容が不十分であった。指摘を受けて、病院内共通項目と、部署に特有の項目の整合性が図られ、体系化された2023年度版医療安全対策マニュアルの作成を開始したところである。引き続き、2023年3月完成に向けて改訂作業を進め、改訂したマニュアルに沿った運用と医療安全ラウンドを利用した周知・遵守状況の確認など実績の積み上げが求められる。なお、手術部位マーキングについては、方法が策定され、リスクマネージャー会議や電子カルテ上で院内に周知され運用を開始している。また、課題であったリスクマネージャー会議の出席率についても出席者の管理を強化している。

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】 患者影響度レベル 3a 以下の報告はインシデントレポートシステムへの入力、3b 以上の報告は医療クオリティ審議依頼書の提出を求めている。3b 以上の報告は、翌週のコアメンバー会議を経て召集される医療クオリティ審議委員会において事実関係の把握・改善策の検討、外部評価委員会設置の判断が行われる。選抜したリスクマネージャーで構成されるインシデント評価部会が月 1 回開催され、多職種が関与するインシデントを中心に改善策を検討している。改善策は医療安全管理委員会で最終決定され、リスクマネージャー会議や毎月発行する医療安全ニュースで周知を図っている。全死亡事例は翌日に把握可能で、部長・副部長の医師 2 名が週間の死亡を精査し報告書を作成している。 【課題と思われる点】 2021 年度に 64 回開催された医療クオリティ審議委員会の実績経過まとめや議事録作成、全死亡事例の報告書作成、インシデント検討部会の開催準備など、書類作成に係る労力が膨大であり、医療職専従者 4 名の業務負担となっている。その一方で、マニュアルの整備や画像診断報告書の重要所見対応や確認など業務の増加が見込まれており、定期的に適正な人員配置の見直しを検討されるよう期待したい。
-----------------------------	---

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 A
が確立している

【適切に取り組まれている点】

感染制御部は組織図上病院長直下に位置し、部長をはじめとする3名の兼任ICDと2名の専従ICN・専従抗菌化学療法認定薬剤師・兼任感染制御認定臨床微生物検査技師らがICTとASTを編成して院内感染管理・予防・抗菌薬使用監視など感染に関する主要業務を担っている。また、専従看護師は県内ICNの中心として多施設間のICT連携を主導するなど地域の指導的役割も実践している。院内感染対策委員会は制御部長が委員長を兼ね、病院長・医療安全管理部長・各部門責任者などの委員が専門的な議論を毎月行っている。さらに各部門の感染対策担当者による定期会議も毎月開催してICCと医療現場との円滑な情報共有を図る適切な体制である。病院長はICTに職務権限を直接付与し、感染対策の迅速な実行を可能としている。院内感染対策マニュアルは業務規程・標準予防策・病原体別感染対策・職業感染予防策など必要な項からなり、改訂履歴も確認しやすい適切な内容構成である。

【課題と思われる点】

感染制御担当副病院長は感染制御部メンバーやICC委員に加わっておらず、病院長を補佐する立場としての感染制御への関与をより明確にされると良い。

1.4.2 医療関連感染制御に向けた情報 A
収集と検討を行っている

【適切に取り組まれている点】

感染制御室では細菌検査室での菌分離情報を毎日収集し、各部署からの発熱・下痢・嘔吐情報などとともに適切に把握・検討している。SSIは4診療科を対象とし、微生物サーベイランスも臨床的に重要な耐性菌を対象に継続的に行っている。ICTはチェックシートを設けて週1回の各部署ラウンドを行い、ASTも抗菌薬使用状況・TDM・血液培養2セット率など感染管理に必要なデータとその分析結果をICCで毎月報告している。院内感染対策マニュアルにはアウトブレイクの定義・対策・行政への報告手順などを明記し、遺伝子分析を行った事例もあるなど非常に適切な活動を実践している。さらにJANISや国公立大学附属病院感染対策協議会に参加して感染情報収集やベンチマークを行っている。

【課題と思われる点】

BSI・CRIとVAEのサーベイランスは母数、発生数ともにほぼ院内全体をカバーしているが、CAUTIは一部の病棟で一定期間の前向きサーベイランスを行っているのみである。病院全体の感染発生状況を把握して対策に繋げられる仕組みを構築されれば一層適切である。

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 B

【適切に取り組まれている点】

患者・家族の意見・要望等は、1階フロア2か所の投書箱や退院時アンケート、年1回の患者満足度調査により収集している。また、窓口への申し出や電話による意見等も所定の記録票に記載されている。投書箱の意見等は毎日回収され、関係部署や患者サービス向上委員会において協議のうえ対応策が立案され、経営企画会議に報告のうえ、おおむね1ヵ月を目途に院内掲示や広報誌によりフィードバックされている。意見等を踏まえた障害者用駐車場の見直しや病棟のドアの改修、コンビニエンスストアの販売飲料の見直しなどの実績もみられる。

【課題と思われる点】

投書箱は一般病棟ではなく、精神科病棟では設置されているものの、内部検討に留まり委員会協議には付されていない。入院患者の意見は退院時アンケートにより収集するとされているが、機会が退院時に限られるほか、結果の検討は病棟単位で行われ、1ヵ月分をまとめて委員会に報告するなど、意見等の収集や検討方法に病院として意見等を把握し、改善に資する仕組みとしての一貫性がない。患者の視点に立った意見収集とともに、病院として意見等への対応を協議のうえ業務の質改善に活かす仕組みへの検討を望みたい。

1.5.2 診療の質の向上に向けた活動に C
取り組んでいる

【適切に取り組まれている点】

各診療科での症例検討会のほか、小児腫瘍カンファレンス、死亡症例に対するCPCなど部門横断的な検討会が数多く開催されている。また、各診療科での日常診療は、ガイドライン等に準拠して適切に行われている。クリニカル・パスは、389件登録されており、年3回のクリニカルパス推進委員会で継続的にバリエーション分析に基づいて各診療科のパスの見直しが行われている。適用率も、昨年実績で52.1%と目標を達成し適切に運用されている。

【課題と思われる点】

臨床指標は収集されホームページに公表されているが、診療の質改善につながる指標が十分とは言えず、その分析、結果を用いた診療の質改善を担当する部門、会議体がないことにより、PDCAサイクルが回る仕組みとはなっていなかった。指摘を受けて、クリニカルパス推進委員会が医療の質向上委員会に改組され、国立大学病院の83項目の指標に加え、診療科として追加が望ましい項目の募集が始まり、ワーキンググループなどの立ち上げを含めた次年度のアクションプランが作成された。新規に設置された医療の質向上委員会の活動は2023年1月より開始される所であり、2023年度内に指標の評価、分析、質向上に向けた取り組みの計画・実行・評価を実施する計画である。引き続き改善活動を継続し、臨床指標を診療の質改善に活用して実績を積み上げることが求められる。

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B	<p>【適切に取り組まれている点】 各部門が中心となった QC 活動が行われている。2021 年度からは全職員が能動的に活動に参加を促すものとして「KAIZEN アワード」を開催し、病院内で行われている活動を職員に広く周知し、職員自ら問題提起し改善に取り組める環境を整えている。患者サービスの視点では、患者サービス向上委員会が患者アンケートを実施し改善点を検討している。体系的な外部評価に関して、検査部では ISO15189 の認証を受けているほか、病院として日本医療機能評価機構の病院機能評価を継続的に受審している。各種立入検査の指定事項にも速やかに対応している。</p> <p>【課題と思われる点】 患者サービス向上委員会では看護を中心に患者サービスの視点での対応検討がなされているものの、病院が主体的に質改善に取り組む場としては病院経営企画会議での報告、意思決定となっている。病院経営企画会議は、病院運営自体を対象とした会議であり業務改善を主体的に担当するには大局的であり、詳細な審議も行われていない。個別で行われている業務の質改善活動を集めて組織的改善活動を継続的に続けていく仕組みを望みたい。</p>
-------	--------------------	---	---

1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	B	<p>【適切に取り組みられている点】 高度管理医療機器・高難度新規医療技術評価室、未承認医薬品評価室が医療安全管理部に設置され、各5名の兼務者を配置し、それぞれの評価委員会が開催され適否を審査している。未承認・適応外の医療機器は前者で審査・承認が行われる。臨床研究の実施プロセスが確立し、医師以外の職種にも研修が適切に実施されている。</p> <p>【課題と思われる点】 高難度新規技術実施後は退院時の診療科からの記録文書提出、適応外使用の医薬品は投与終了時の有害事象有無の報告により短期モニタリングが実施され、中・長期モニタリングとして実施1年後の報告が2022年度に開始されたところであるが、評価室が診療録を監査するなど能動的な確認を行う仕組みがなかった。指摘を受けて、高難度新規医療技術導入後は、診療科からの実施報告書提出を受けて、担当部門（評価室）が診療録や手術記録を電子カルテより確認することとした。医薬品の適応外使用に関しては、その危険性に応じた承認プロセスが明確ではなかったため、承認プロセスの明確化、基準に沿った審査、承認、モニタリングの体制整備を求めた。あわせて、2020年度以降、適応外医薬品申請の半数前後が評価室内のメール審査のみで承認されており、メール審査の対象基準を定めないまま運用されていたため明確にするよう求めた。指摘を受けて、適応外医薬品はA、B、Cにリスク分類され、リスク分類に応じた申請・審査・承認・モニタリング方法が規定された。また、リスク別運用分類法を作成し審議の基準も明確にして運用していることを確認した。なお、説明・同意文書に副作用救済制度に関する説明を追加し改訂し運用している。</p>
-------	---	---	--

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	<p>【適切に取り組まれている点】 市街地から距離があり、来院方法は自家用車や路線バスが中心であり、アクセスはホームページや入院案内に明示されている。一般患者用 868 台や障害者用 98 台の駐車場、タクシー乗降場等が整備され、ボランティアによる案内など来院者の安全への配慮が行われている。館内にはコンビニエンスストアや喫茶、レストラン、ATM、理・美容室、洗濯・乾燥機などが整備されている。また、携帯電話は定められた場所で利用可能とされ、フリーWi-Fi が整備されているなど、患者・家族等の利便性や生活延長上の快適性などへの適切な配慮がなされている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	B	<p>【適切に取り組まれている点】 ロータリーからの平坦な歩行通路や玄関への自動扉の設置、段差のない廊下などの院内・外のバリアフリーが確保されている。また、ボランティアによるタクシー乗降サポートや総合案内職員による高齢者・障害者等の受診支援などが行われている。館内の廊下や階段など必要箇所には手摺りが設けられているほか、車椅子用トイレが設備されている。また、病棟廊下への備品配置など、患者の通行の障害になる状態もなく適切である。玄関や病棟などには車椅子等が配置されて定期的な点検・補修が行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 一部病棟ではシャワー室などに段差があるほか、洗面・整容設備は車椅子の患者では利用困難な状況が見受けられるので、引き続き計画的かつ速やかな対応に努められるよう望みたい。</p>

1.6.3	療養環境を整備している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病棟や処置室等には診療・ケアに必要なスペースが確保され、デイルームなども採光が良好で患者がくつろげる環境となっている。一部、建物的にやや古い構造であることは否めないが、トイレは清潔に保たれ、手摺りやナースコールの適切な設置によって安全性への配慮がなされている。浴室やシャワー室には段差があるが、現場での注意喚起や看護師が適宜付き添うことで、転倒の危険性を減らす努力がなされている。外来や病棟の廊下は障害物がなく、車椅子やストレッチャー、リネン類の物品置き場も整理整頓が行き届き、清潔・不潔の区分も適切になされている。寝具類も定期的に交換され清潔な寝具を提供している。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
1.6.4	受動喫煙を防止している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 地域がん診療連携拠点病院であり、病院敷地内全面禁煙とされて院内掲示や入院案内、ホームページ等により患者・家族や職員、教員・学生等への周知が図られている。また、毎月5日、15日、25日を禁煙デーと定めて院内放送により敷地内禁煙の遵守を呼びかけるとともに、月に1度の衛生委員会委員による巡回点検が行われている。禁煙外来診療が行われ、喫煙習慣のある患者や職員への禁煙啓発や受診推奨など、受動喫煙防止に向けた取り組みが行われている。職員の喫煙習慣は、定期健康診断の際に職種ごとに把握され経時的に管理されており、年々減少傾向を示し、2022年度の喫煙率は4.6%とされている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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】

病棟の入口に病棟責任医師、看護師、病棟薬剤師、病棟担当管理栄養士、退院支援看護師の名前を表記して、部門責任者の所在を明らかにしている。ベッドネームには主治医のほか、担当医師、受け持ち看護師名が記載されている。当日の担当看護師は患者に挨拶と自己紹介をする手順となっている。看護師長等の役割は看護管理基準に明記され、求められる役割と機能を果たしている。診療科責任医師と看護師長は病棟内ラウンドを毎日行い、患者とのコミュニケーションを図りながら診療やケア等の実施状況把握に努めている。病棟運営に関わる課題等があれば、病棟責任医師と看護師長ほかで協議を行い決定する仕組みも確保されている。医師による日常診療は主治医と担当医が主導しており、緊急時や主治医不在時の連絡先などもステーション内等に掲示されている。そのほか、外来担当医表なども電子カルテ等に明示されている。

【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 B

【適切に取り組みられている点】

診療録作成指針で診療録の記載方法を規定しており、医師は電子カルテの機能も利用して適切な内容の診療録を作成している。看護師も看護部のマニュアルに則り看護計画・経過記録などを正しく記載している。医師は入院直後、急変時、手術前後など臨床上の必要時を中心にグループ診療も活用しながら適時の記載を行っている。医療情報診療録管理委員会では全診療科から診療録 1-2 件を抽出し、他診療科医師や他の職種を交えた点検者による年 2 回の記載内容点検を行っている。さらに看護部内でも各病棟から抽出した年約 100 件の看護記録を点検する適切な運用を実施している。

【課題と思われる点】

退院後 2 週間以内の退院時サマリー作成率は毎年 95%以上であるが、迅速な承認の徹底など手順を工夫して常に作成率 100%の達成・維持を望みたい。また、医師は診療録で多様な略語を用いており、指針に略語の使用規程があるものの遵守されていない。医師以外も記載内容を共有できるように院内共通の使用可能略語集の作成を考慮されたい。

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	B	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>患者確認は、2つ以上の識別子を用いて確認するルールである。患者から、氏名・生年月日を名乗ってもらうことを原則とし、リストバンドや患者カルテ等と照合し確認しており、バーコードラベルがあるものは電子認証している。名乗れない患者はリストバンドや診察券の氏名・生年月日・患者ID等の識別子を用いて確認している。手術・検査・治療室等では、チェックリストに沿って、サインイン・タイムアウト・サインアウトを実施している。チューブ類の誤接続・誤注入防止のためのマニュアルも整備し予防に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>手術患者は「必要な場合は手術部位に合わせてマーキングする」と定めていたが、「必要な場合」を判断するための詳細なルールがなく、実際に左右がある臓器手術においてマーキングをしていない診療科もあった。指摘を受けて、「手術における患者部位・左右の確認手順」が整備され、診療科毎にマーキング方法が決められ、電子カルテの掲示板で周知された。病棟出棟時、サインイン時、タイムアウト時、それぞれの場面でマーキングの有無を確認する体制も整備され、2022年11月より運用を開始した。また、患者確認のためにリストバンドが使用されているが、装着できない場合には寝衣に貼る運用となっており、更衣や移動の際に落下の危険性があったため、リストバンドをストラップホルダーに入れこととし、周知された。</p>
--------------------------------	---	---

2.1.4 情報伝達エラー防止対策を実践している	B 【適切に取り組まれている点】 医療安全管理マニュアルでは指示伝達の原則をまとめ、処方箋や指示箋の記載法・指示出し・指示受け・準備・実施手順などを明記しており診療現場でもそれを適切に実行している。口頭指示発生の際の指示受け手順も別途規定し、薬剤規格などの伝達ミスを防ぐ工夫を施したメモ用紙を使用している。また、検体検査結果のうち緊急対応が必要なものは検査部から医師に直接連絡する手順を規定している。さらに画像検査の読影所見は医療安全管理部が定期的に未読管理を行っているが、予期せぬ異常所見などで放射線科医師が注意喚起したものには事後の対応まで確認する適切な運用を実行している。 【課題と思われる点】 薬剤や食品などのアレルギー歴情報は、医師はじめ看護師・薬剤師・栄養士らがそれぞれ適切に聴取して診療記録内にテキスト記述しているが、アレルギー歴なしの場合は患者プロフィール欄への入力が行われなため未聴取と区別し難い。さらに患者掲示板の利用法も規則がなく、電子カルテの機能を有効活用して重要な患者情報を全職種で正しく共有・伝達できるようなルールの運用が望まれる。また、より確実な未読管理のために医師は画像と読影所見を閲覧する手順を徹底されたい。
--------------------------	--

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 【適切に取り組みられている点】 ハイリスク薬は院内で統一したマークで表示しており、高濃度カリウム製剤はプレフィルドシリンジ製剤のみを採用し、使用の都度、薬剤部からの払い出しを原則とし、医療安全管理部門で決められた部署のみに定数配置している。また、注射剤を希釈して使用することが多い小児科では、注射処方箋に、具体的な希釈方法を医師が指示するよう取り組んでいる。抗がん剤は適切にレジメン管理・登録され、アンストラサイクリン系薬剤の蓄積投与量は、担当薬剤師が電子カルテより確認し把握している。 【課題と思われる点】 高濃度カリウム製剤は2種類のプレフィルドタイプに限定され、「医薬品の安全使用のための業務手順書」内に処方・調製方法についての取り決めが明記されているが、これとは異なる手順で調製・混合が行われている部署があり、現場での手順の周知徹底に課題があった。また、医薬品安全管理責任者が専従配置された薬剤部リスクマネージャーに依存し、薬剤部全体で関与する体制とはなっていなかった。指摘を受けて、医療安全ニュースや会議を通してカリウム製剤の使用に関する院内周知が行われるとともに、医療安全ラウンドに必ず薬剤師が参加して薬剤の安全な使用に関するチェックを行う体制となったほか、担当部署での薬剤師による周知及び研修会開催状況が、医薬品安全管理責任者に報告されることとなり、手順書に基づく業務が実施されているかを確認する管理体制が確実に整備された。
---------------------------------	--

2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 全入院患者に転倒・転落リスク評価を行い危険度に応じた看護計画を立案し、予防策を実施している。患者には、転倒・転落オリエンテーションと、危険度別予防策の説明を行っている。リスク評価は定期的または状態変化時に再評価し対策の見直しを行っている。危険度別のカラーシグナルとピクトグラムを用いて多職種と危険度・介助方法を共有している。医療安全専従者と薬剤師、理学療法士で月2回、転倒・転落ラウンドを実施し、結果を資料にまとめ部署にフィードバックするなど、転倒・転落防止策は適切に実施している。</p> <p>【課題と思われる点】 転倒・転落発生時の対応手順を定めているが、患者に必要な検査・処置・治療についての手順がない。患者の異常を早期に発見し遅滞なく治療・処置につなげる必要があることから、明確な手順を定めるよう検討を期待したい。</p>
-------	------------------	---	--

2.1.7	医療機器を安全に使用している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 部署で使用する医療機器は、点検済みのものを使用し、使用後は臨床工学センターへ返却している。人工呼吸器使用中は、臨床工学技士がラウンドし、作動中の安全点検を行っている。また、臨床工学技士は各部署の要望や課題に応じた、医療機器の適正使用・手順の研修を毎年部署ごとに実施している。生体監視モニターのアラームは医師の指示に基づき設定・管理し、「監視装置点検表」でアラーム設定や作動中の安全点検を行い、適切に使用・管理している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	----------------	---	---

2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 患者急変時の対応としてコードブルーシステムを設定し職員に周知している。全職員を対象に院内BLS・AED研修を実施しており、患者急変が発生しやすい部署では多職種で定期的なシミュレーション訓練を実施している。Critical Care Outreach Team (CCOT) がICU退室患者と何らかの懸念のある患者を定期的にラウンドし、急変リスクの早期発見や、患者管理についてのサポートを行っている。救急カート内の医薬品・医療器材等は中央部門を除き院内で標準化しており、配置部署の看護師・薬剤が定期的に点検している。</p>
			<p>【課題と思われる点】 急変の兆候を捉え対応する仕組みとしてRRSが設置され、看護師で構成したRRTと、各科医師が交代で担当しているMETが連携し対応しているが、RRSは平日9時から16時に限定した活動にとどまっていた。指摘を受け、2022年11月1日よりRRSの活動が24時間体制となり、夜間・休日の着実な稼働実績が確認できた。RRS稼働は年間100件前後の実績があり、急変時に適切に対応する体制が整備された。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 院内感染を防止するため、マニュアルに基づき標準予防策を実施している。ICTラウンドでは標準予防策・感染性廃棄物の取り扱い等の遵守状況をモニタリングし、フィードバックすることで改善につなげている。感染経路別の予防策が必要な患者情報は病室入口のピクトグラムで多職種と共有している。感染性のリネンや寝具・医療廃棄物容器は患者が直接触れないようゾーニングしており適切である。</p>
			<p>【課題と思われる点】 病棟には保冷庫が1台しか設置されていない。そのため薬品・消毒薬・患者検体が同一の保冷庫内に保管される運用になっている。患者検体はゾーニングし一時的な保管にとどめるようにしているが、適切とは言い難い。感染防止の観点から、検体採取後は速やかに提出し、保冷庫には保管しないよう運用の変更を期待する。</p>

2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 院内抗菌薬マニュアルを整備し、感染制御部門で使用状況を監視しつつ、届け出制抗菌薬のカルバペネム系、ニューキノロン系、抗MRSA薬等を、また許可制抗菌薬のチゲサイクリン、コリスチンをASTが毎日モニタリングしており適切である。起炎菌・感染部位の特定、院内における分離菌感受性パターンの把握を実施している。周術期予防抗菌薬はセファゾリン、スルバシリン等5種類とし投与タイミングを含め院内抗菌薬マニュアルに明記しており、その遵守状況について毎月確認しており適切である。抗菌薬の採用・削除は、ICTメンバー含む抗菌薬審議委員会で審議のうえ薬事委員会に上程している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 日常診療において倫理的な課題が生じやすい終末期医療、患者が不安を抱く治療やケア方針への意思決定支援、主治医の治療方針への疑問などの事案に対して院内各所で多職種による話し合いが行われている。また、各部署での解決が困難な事例については、臨床倫理コンサルテーションチームに相談できる体制が確保され、職員へフロー図で周知している。実際、2022年4月に臨床倫理コンサルテーションチームが立ち上がり、関与した事例も4件ほどあり、胎児死亡に対する今後の対応、化学療法患者の意思決定支援等、多岐にわたる相談内容に対応している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

<p>2.1.12 多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている</p>	<p>A</p> <p>【適切に取り組まれている点】 院内には多職種が参画する専門診療チームとして ICT や AST、NST、褥瘡対策チーム、緩和ケアチーム、臨床倫理コンサルテーションチームなどがあり、各々の専門領域において積極的な活動を展開している。実際、多くのチームが定期的な院内ラウンドを行い、必要に応じて、迅速に各部署からの相談対応に応じている。そのほか、TAVI チームや呼吸ケアチーム、RRT、補助人工心臓チームなど診療科横断・職種横断的な医療チームもいくつか存在し、専門的な診療を安全かつ確実に実践している。また、災害時には DMAT や緊急被ばく医療チームが出動する体制がある。小児腫瘍疾患や TAVI 実施事例では、関連する専門チームや移植コーディネータ等が関わり、カンファレンスを行い、治療方針やケアについて共有と検討をしていた。集中治療室では多職種チームカンファレンスが毎朝行われ、治療方針や早期リハビリテーション等の検討をしている。患者サポートセンターでは看護師と社会福祉士、薬剤師などが院外の関係者とも連携を図りながら適切な入院支援を行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
--------------------------------------	---

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られることができる A

【適切に取り組まれている点】

患者が受診するために必要な情報は、ホームページに「外来診療の案内」として、診療科、受付時間、受診方法、外来受診の流れなどで、分かりやすく案内しているほか、外来診療担当医表、セカンドオピニオン外来などを掲載している。外来は完全予約制を導入しており、紹介患者については、診療予約を受け付けて、事前に各部署と連携することにより、円滑に受診ができるように努めている。会計窓口を1階と2階に設け、自動精算機等を増設して、待ち時間短縮に努めている。待ち時間調査を実施しており、直近の調査では、検査予約枠の導入前と約6ヶ月後の待ち時間状況について比較して、改善されていることを確認している。今後も調査、分析、改善の取り組みを継続されることを期待したい。発熱等による感染が疑われる患者に対しては、救急外来などで対応している。総合案内を設置して、受診についての案内や患者への声かけをしているほか、ボランティアを配置して、車椅子患者の補助などを行っている。

【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】
			<p>医師は患者の主訴と経過を聴取し、他施設からの紹介状・看護師による問診票・お薬手帳などからの情報を加えて外来患者の病歴を適切に作成している。さらに身体所見、検査結果などと合わせて診断や検査・治療計画などをアセスメントするが、その際必要に応じて自科上級医や他科医師に容易に相談できる適切な体制である。診察・化学療法・処置・検査など外来の場合はいずれでもリストバンドは装着しないが、姓名での呼び込み後に姓名・生年月日の2識別子の名乗り確認を徹底して安全な外来診療に努めている。呼び込み時は匿名希望も受け付けるが、今後患者プライバシーに配慮した手順の導入も考慮されれば一層適切である。看護師によるリンパ浮腫・ストマ外来や薬剤師による患者支援センターでの術前中止薬確認など多職種による外来指導も適切である。</p>
			【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	B	【適切に取り組まれている点】
			<p>診断的検査の必要性は担当医によって判断され、患者・家族等には、検査の必要性や発生しうるリスクなどが的確に説明されている。造影剤の使用や侵襲的検査の実施にあたっては、所定の書式を用いた説明のもと同意が取得されている。また、侵襲的検査を実施する際には、タイムアウトによる誤認防止のほか、患者の状態のモニタリングが確実になされ、観察記録とともに診療録に記載されている。さらに、鎮静剤を使用する検査においては、鎮静後の患者の状態が確認され、退出基準も整備されている。</p>
			【課題と思われる点】
			<p>鎮静剤使用時の注意点や投与方法、拮抗薬使用時の注意点などを含め、病院でオーソライズされた鎮静剤使用マニュアルの整備が望まれる。</p>

2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 外来担当医は診療アセスメントに基づき入院適応を決定し患者・家族に入院の説明を行うが、説明内容は電子カルテの既定の様式で患者側の反応なども含めて適切に記載している。予定入院の場合はベッドコントロールの権限を持つ患者支援センター看護師が個室使用などの患者希望を聴取し、入院病棟と情報を共有している。患者支援センターでは対象となる場合の入退院支援と薬剤師による全例の持参薬・中止薬管理は入院前に行っている。予定手術患者には診療科担当医による手術説明と別に麻酔科外来で麻酔の説明と同意取得を適切に行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 一部診療科を除いてリスク評価やクリニカル・パス説明の事前実施などは行えていない。今後はPFMに沿った支援業務の拡大に期待したい。</p>
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	<p>【適切に取り組みされている点】 入院主治医は外来からの患者情報や経過サマリーに加え入院時に改めて問診・診察により得た情報を統合して入院後の診療計画をアセスメントし、既定の様式に沿った適切な入院時診療録を作成している。看護師は転倒転落・褥瘡・せん妄・肺血栓塞栓などのリスク評価を適切に行って看護計画を立案している。病棟担当薬剤師は持参薬確認と薬歴管理を全例で行い、管理栄養士も全例で栄養評価と栄養管理計画を立案している。入院診療計画書には関与した多職種が記名する適切な様式であるが、診療科によっては患者用クリニカル・パスを利用した計画書を多く用いており、患者の理解を助ける優れた手順である。計画書の説明後に患者署名を取得したものを入院後早期に手交する手順も適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】 患者・家族等からの医療相談に対しては、患者サポートセンターやがん相談支援センターなどでの対応がなされている。それらの相談窓口では、MSW や PSW、事務、看護師が対応している。相談内容に関しては、随時部署内での情報共有がなされ、患者等相談内容記録票への記載が原則なされ、医療安全管理部や病院長へ回覧している。なお、相談内容によっては、自部署内のみで閲覧可能な仕組みもあり、状況により活用している。具体的な相談事例としては、がん患者の就労支援やがん再発患者への不安および家族の心理的動揺に対する援助、セカンドオピニオン、医療者の対応に関する不満、その他の生活支援など多岐に亘っており、必要に応じて、関係する行政機関や各種団体等への連絡および調整対応などが行われている。また、コロナ禍では相談内容の調整に必要な施設等とのリモート会議も取り入れ、問題解決につなげている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A	<p>【適切に取り組まれている点】 入院を予定している患者は、患者サポートセンターの入退院支援担当者が入院治療に関する不安や、退院困難な要因を確認し必要なサービスへつなげている。入院当日は、患者サポートセンターで手続きを済ませ、その後、病棟まで入退院支援担当者が案内して病棟看護師に引き継ぎをしている。病棟看護師は患者に、入院中の注意事項や設備の使用方法などオリエンテーションを行っている。緊急入院時は、院内レンタルシステムを 24 時間使用することが可能であり、患者が円滑に入院できるよう適切に対応している。</p> <p>【課題と思われる点】 入院前の転倒・転落、褥瘡など各種リスクスクリーニングやアセスメントを含めた PFM は開始したばかりで、整形外科に限定した運用である。今後は、対象患者を拡大し、より多くの患者が安心して入院できるよう活動の強化が期待される。</p>

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 チーム担当制がとられており、主治医および担当医は、毎日回診を行い患者の病態把握に努めている。また、診療科長は、定期的な回診と診療科内カンファレンスにて診療内容等の確認・把握に努め、必要に応じて指導を行っている。さらに、医師以外の職種を交えた多職種カンファレンスが適宜開催され、関係者間の情報共有につなげられている。そのほか、他科の専門医にも随時コンサルテーションが行われている。スタッフステーションには医師の勤務表が掲示され、主治医が不在時の連絡体制を明確にしている。診断書などの医療文書に関しては、迅速に作成・提供されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 看護基準・手順に基づき日常の病棟業務を実施している。看護提供体制は固定チームナーシングで、受け持ち看護師またはチームメンバーが入院時の患者状態を多角的に捉え必要な看護計画を立案しチームで継続的なケア提供をしている。新人はプリセプターとともに受け持ち患者の看護計画を立案するなど、クリニカルラダーレベルに応じた業務分担をしている。身体・社会・心理的なニーズに合わせた個別的なケア提供のために、多職種と定期的なカンファレンスを開催し、連携しながら看護実践しており適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	B	<p>【適切に取り組まれている点】 服薬指導と薬歴管理は入院患者のほぼ全例に実施され、必要な情報は医師や看護師等に適宜提供している。薬剤投与での6Rの実施、抗がん剤や抗菌薬投与での投与中、投与後の患者の状態・反応の観察、高齢者や小児など特に管理が必要な患者や1回管理の薬剤を対象に服薬確認も適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 注射薬は1施用単位で病棟に払い出されているものの、その後1施用単位でケースから調製台に並べ混合に至るまでの運用・手順が病棟毎に異なっていた。患者を取り間違えないよう調製・混合までの標準手順の再確認と周知徹底が望まれる。</p>
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 臨床現場では電子カルテ端末内に配備された医療安全マニュアル内または医療安全ポケットマニュアル内の輸血に関する項を参照しながら安全で適正な輸血の実施に努めている。輸血の適応や血液製剤の種類・量に関して輸血・移植免疫部が直接介入することは稀であるが、担当医が上級医らとの検討を経て必要最小限の輸血を行う姿勢が適切な輸血廃棄率の実現に繋がっている。輸血の説明・同意書は内容も的確で必要と予測される製剤種類・量のみ同意を得ている。マニュアルには血液型検査と交差試験用検体の別途採血、輸血準備・確認手順、輸血開始後の観察・記録手順や超緊急時の輸血法を明記しており、現場の実態に沿った適切な内容である。副作用発現時は輸血・移植免疫部に連絡する仕組みも徹底されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 診療科の術前カンファレンスで手術適応および術式の検討がなされる体制がとられている。必要に応じて専門診療科へのコンサルトがなされ、麻酔科外来で麻酔専門医が診察し評価と説明の後、麻酔同意書を取得している。また、術前日の訪問も行っている。誤認防止策として、サインイン・タイムアウト・サインアウトが実施されているほか、手術部マニュアルで規定された症例全例に覚醒前にレントゲン撮影が行われ、遺残物の確認が行われている。深部静脈血栓のリスク評価および予防策が所定の基準に則って行われている。入退室基準が定められ、覚醒まで麻酔科医が対応している。ICUには麻酔科医が、病棟には主治医が搬送に付き添っている。</p> <p>【課題と思われる点】 術後のレントゲン撮影による遺残物確認の手順は、手術部マニュアルに記載があるが、医療安全マニュアルには記載がないなど職員が混乱する状況も認められたので、院内で統一した記載を期待したい。</p>
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 集中治療対応病床としてICU8床、NICU15床、MFICU6床、救急専用病床（救命救急センター内）21床を有しており、患者の重症度に応じた治療およびケアを行っている。また、多職種が病状や治療方針を共有して、各職種が適切に役割を果たしている。退室基準に基づいて、一般病室へ転棟し、臨床経過に応じて、必要な診療および看護が適切に提供できる体制を整えている。一般病床では定められた規準により重症度に応じてナースステーション近くの重症個室病室に入室させるなど配慮しており、重症患者の管理は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 モニターアラームがナースコールと連動しない病棟では、モニターを業務に携帯できるタブレット端末で確認できる工夫もされているが、アラームコントロールチームを検討するなどモニターアラームに対するより一層の関与を期待したい。</p>

2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	B	<p>【適切に取り組まれている点】 入院時に全患者に対し、自立度・褥瘡危険因子評価を行っている。ハイリスク患者・褥瘡保有者に褥瘡対策治療計画書を作成し、予防策を実施している。ハイリスク患者や、褥瘡形成を認めた場合、専門の診療科または、認定看護師や褥瘡対策チームへ介入を依頼している。褥瘡対策委員会が中心となり院内の褥瘡発生予防対策の検討や、マニュアル作成・見直しをしている。医療関連機器圧迫創傷やスキンテア防止策に関する予防策の記述がマニュアルにあるとなお良い。</p>
			<p>【課題と思われる点】 過去5年間の褥瘡発生率は1.26～1.55%である。皮膚・排泄ケア認定看護師は3名いるが、院内には専従の褥瘡管理者を配置していない。急性期医療施設では褥瘡ハイリスク患者が多いことから専従の管理者を配置するなど、褥瘡予防・治療への組織的な取り組みが望まれる。</p>
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 管理栄養士は病棟担当制をとっており、患者が入院後、医師と看護師と情報共有し、全入院患者のスクリーニング、アセスメントを行い、提供する食事を決定する仕組みになっている。また、患者サポートセンターでは看護師が患者の食物アレルギー情報や栄養状態などを確認しているが、問題のある症例については管理栄養士との連携が適切になされている。管理栄養士は全入院患者について栄養管理計画書、栄養スケジュールを作成している。多職種で構成されたNSTは週1回の病棟ラウンドを行って、患者の嚥食状況などを評価しながら各種指導や相談等に当たっており、2021年度は月平均44件ほどの実績がある。嚥下機能の評価等に関しては、必要時に耳鼻咽喉科医師や摂食・嚥下障害認定看護師や言語聴覚士が対応することになっている。そのほか、食形態の工夫、小児食や化学療法食、経腸栄養患者への指導等にも看護師と管理栄養士が連携して対応している。今後は、管理栄養士が入院前（患者サポートセンター）の段階から、より積極的かつ能動的に介入対応できると良い。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 苦痛症状があると考えられる患者に対し「痛みと辛さに関する質問票」を用いて、痛みの程度や痛み以外の症状確認を行っている。痛みは患者に合わせたスケールで継続的に評価している。院内に緩和ケアセンターを設置し、医師・看護師・薬剤師・理学療法士・心理士・MSWを配置している。緩和ケアセンターが統括する緩和ケアチームは、がん性疼痛や術後等の急性疼痛、他の苦痛症状・精神症状や社会的な困りごとに対応している。ガイドラインに準じた麻薬の使用や、患者による自己管理も適切に行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.17	リハビリテーションを確実に安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 当院では整形外科、心臓血管外科およびリハビリテーションが組み込まれている場合のクリニカル・パス症例では診療科主治医から直接リハビリテーション処方を受け付けるが、それ以外は診療科医師からリハビリテーション科医師への診察依頼を経由して施療が開始される。リハビリテーション科医師は依頼受領後の迅速なリハビリテーション開始を実践しており、脳卒中急性期のリハビリテーションも適切な時期に開始されるようになっている。さらに看護師やリハビリテーション療法士らによる各種カンファレンスを通じた主治医への働きかけも適宜行われており、リハビリテーション適応症例選択とその開始時期は適切な水準に達している。リハビリテーション総合実施計画書でリハビリテーション実施によってもたらされるリスクを記述しているが、別途リスクに関する説明・同意書を全例で用意して患者・家族の正しい理解を得ている点は高く評価できる。実施前後のFIMにより、リハビリテーション効果の客観的な評価を可能にしている。</p> <p>【課題と思われる点】 脳卒中症例が多くないこともあり摂食機能療法施行例が年間33例となっている。リハビリテーション認定看護師、摂食・嚥下認定看護師が勤務しており、NSTや耳鼻咽喉科との連携なども考慮して脳卒中以外の症例に対する嚥下機能評価の拡大が図られれば一層適切である。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>身体抑制に関しては、「身体抑制ゼロを目指すフローチャート」を策定している。抑制を実施する際には患者アセスメントを行い、その結果に基づき、昼夜のリズム調整や排泄管理等のケアを提供している。ケアの効果が無い場合は、「やむを得ず実施する身体抑制」に則った対応が取られている。具体的には、せん妄リスク因子などによる事前評価を実施して、医師と看護師が必要性を判断したのちに、患者・家族への書面による説明と同意のもと身体抑制を行う流れになっている。なお、全身麻酔や集中管理が必要な患者に対しては、事前に身体抑制の可能性を別途説明し、実際に抑制を行う際には再度説明して同意を得るようにしている。また、抑制開始後の状態観察は直後15分、巡回毎などに行われ、その記録は確実に残されている。さらに、身体抑制の継続や解除等については関係スタッフ間での検討が毎日行われ、早期の解除に向けた取り組みや配慮がなされている。なお、身体抑制の件数は看護部にてモニタリングされており、抑制率は2020年20%より2021年14%に減少している。抑制率のさらなる減少は経年的な課題として取り組んでいる。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
--------	-----------------------	---	---

2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>患者サポートセンターに入退院支援部門を設置し、入院前面談の中で患者基本情報の収集や退院支援スクリーニングを実施している。病棟には退院支援看護師を配置して入退院支援等の業務にあたっている。具体的には、「退院スクリーニングシート」で評価をし、退院支援の必要性が高いと判断した患者に対しては、退院支援計画書を作成するとともに、必要に応じて病棟の退院支援看護師が患者・家族への説明のもと介入し対応している。さらに、週1回程度、病棟看護師と退院支援看護師、社会福祉士、そして必要に応じて医師も参加する退院支援カンファレンスが各病棟で開催されている。なお、退院困難事例や転院症例などに関しては患者サポートセンターの社会福祉士が主導して調整を行うほか、在宅療養を開始する事例には在宅医やケアマネージャー、行政担当者などとの連携や調整が可能な環境も確保されている。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>退院後の診療・ケアの継続性に関して、自施設の外来で対応する患者については、看護サマリーやアセスメントシートなどでの情報共有が図られている。外来看護師は退院後の初回外来患者には診察前に対面で退院後の状況確認を行っている。また、緩和ケアチームやストマケア外来、がん看護外来等の専門看護外来において引き継ぐケースもある。医師は、入院時の主治医がそのまま外来の担当医となる場合が多い。一方、在宅医療としての対応や転院した上での継続的な診療とケアが必要な患者については、退院前カンファレンスを地域の医師やケアマネージャー、訪問看護師などで行い、連携および調整のもと、診療情報提供書や看護サマリーなどを退院先の施設や訪問看護ステーションなどに提供している。コロナ禍ではリモート会議を積極的に行っており、2022年4月から8月で50件実施している。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】 緩和ケアガイドラインに、ターミナルケアの判断プロセスを明記している。ACP 倫理カンファレンスを開催し、患者・家族の意向を踏まえ多職種で判断している。検討した方針は患者・家族へも説明し参加を促している。ケアプロセスでも多職種の取り組みを確認した。臓器提供意思の確認は、院内にお知らせのポスターを掲示し、患者からの申告があった場合に電子カルテに登録している。臓器提供マニュアルも整備しておりターミナルステージへの対応は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
--------	------------------------	---	--

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】

院内処方箋の処方鑑査と疑義照会、調剤鑑査、持参薬の鑑別と管理は適切に行われている。内服薬の取り揃えは計数調剤鑑査システムを導入し、誤処方率低減に向け成果を上げている。院内医薬品集は電子カルテから採用状況が閲覧できるよう整備され、毎月更新を行っている。また、注射薬はアンプルピッカーを導入し、夜間・休日を含め、すべて1施用単位で取り揃え病棟に払い出している。注射薬の調製・混合は、すべての抗がん剤とTPNを薬剤部で実施している。抗がん剤レジメンを院外に公開するなど地域連携を実施している。

【課題と思われる点】

院外疑義照会は医師に直接連絡が入る仕組みのため、薬剤部では把握されておらず、集計から改善活動につなげられるよう、さらなる検討が期待される。また、院外処方箋には個別の検査データが記載される仕組みがなく、投薬の適否を保険薬局もチェックできる体制の構築が期待される。院内採用医薬品（2022年4月時点）は院内2,135、院外1,326であるが、削減に向け成果を出すには至っていない。安全性向上に向け、同種同効薬の見直し、不動態在庫品の削除等、薬事委員会を中心として病院で一体となった削減への取り組みに期待したい。

3.1.2	臨床検査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】
			<p>検体検査のほか生理検査、微生物検査などを取り扱っている。夜間・休日も臨床検査技師1名の当直体制で緊急時に対応している。検体検査においては、受付時に部門システムと連動したバーコード認証が実施され、その後のプロセスは測定機器による全自動化が行われており検体交差の起こりうる工程は排除されている。なお、検査結果の報告はおおむね60分以内に行われている。検査部としてISO15189の認証を取得しており、精度管理に関しても複数機関での外部精度管理に参加している。検査結果のパニック値は、依頼医に直接電話連絡をするルールになっており、連絡がつかない場合には担当チームの他の医師に連絡する運用がされている。生理検査はプライバシーにも配慮して行われ、急変時の対応手順なども明確になっている。</p>
			【課題と思われる点】
			<p>検体検査では、通常検体以外の例えば骨髄検体のスミアなど自動機器が対応できない用手的技が必要な検体処理の手順等を明確にすることが望まれる。</p>
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】
			<p>放射線科医師と診療放射線技師、放射線部看護師らが協働で当院の機能に合致した画像診断機能を提供している。CT・MRIの撮像枠は豊富で臨床的な必要性に応じて緊急・至急・予約撮像が随時施行可能で、休日・夜間もすべての検査が施行可能である。乳房撮影はすべて女性技師が担当しており患者プライバシーの保護状況も適切である。放射線診断専門医は十分な人数が勤務し、夜間・休日を除いて常に迅速な検査結果読影を行っている。また、非専門医の読影所見を専門医が確認するだけでなく、専門医同士のダブルチェックも行う適切な体制である。さらに緊急対応を要する撮像結果がある場合には放射線技師から放射線科医師を通じて診療科医師に直接報告して対応を求めている。検査施行時の造影の必要性や患者被曝管理に関して専門医や技師が介入できる点も適切である。</p>
			【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	<p>【適切に取り組みされている点】 専従の管理栄養士 10 名、調理師 31 名等が配置され、食器洗浄等の一部業務は委託されている。厨房内の清潔区域管理をはじめ、清掃、温・湿度、排水・換気、防虫等の衛生管理、食材や調理済食品の 2 週間冷凍保存、職員の健康状態管理などが適切に行われている。配膳は温・冷配膳車により適温維持に配慮しつつ専用エレベータで搬送されている。下膳には下膳車が使用され、配膳・下膳のルート交差が避けられている。調理はクックサーブ方式で、食欲低下患者の嗜好や患者の嚥下機能に応じた食事提供の工夫などの積極的な取り組みがみられる。食事の評価・改善は、検査や満足度調査の結果、委員会協議等を踏まえて検討されている。検査等に伴う遅延食についても軽食対応が行われるなど適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組みされている点】 リハビリテーション科医師とリハビリテーションセンターの療法士らは、急性期患者の 1 日でも早い離床を目指して迅速に介入し必要な場合には速やかに回復期リハビリテーションへ連携する、という病院機能に応じた目標を明確に定めて診療・治療を行っている。また小児や手の外科への専門的な対応や、唯一の県地域リハビリテーション支援センターとして他施設への人的支援を行うなど県立中核施設の役割も的確に果たしている。主治医からのリハビリテーション処方が可能な診療科の場合を含めてリハビリテーション科専門医は主治医と適切に連携しており、療法士も各種カンファレンスを通じて主治医や病棟看護師と密接に患者情報を共有している。疾患別リハビリテーションのプログラムを整備し、効果を定量的に測定して必要に応じて再評価を行っている。使用機器の保守点検・管理も適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A	【適切に取り組みされている点】
			<p>電子カルテのほか、紙カルテの管理を行っており、診療情報は1患者1ID番号で一元管理している。入院診療計画書、同意書や診療情報提供書等はスキャンして電子カルテに取り込んでいるが、タイムスタンプを導入していないことから、原本書類を1患者1ID番号の資料袋に入れて管理している。二重登録の防止や取違え防止にも対応している。診療に際しては診療記録が迅速に検索できるとともに、他科の診療内容等が速やかに参照できる。システムダウン時の対応として、「システム障害対応マニュアル」を作成している。机上シミュレーションを実施して、課題を把握し今後の対応を検討している。紙媒体の診療録の貸出しは、当日返却としており、未返却は翌日督促して管理している。診療録の量的点検は、退院時サマリー、入院診療計画書、手術記録、同意書など多数の確認項目を定め、入院患者全件について退院時を機会として日々確認している。確認結果は診療録管理委員会に報告して、診療科へもフィードバックしている。診断名や手術名のコーディングを行い、診療情報の二次利用が可能としている。</p>
			【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	<p>【適切に取り組みられている点】 医療機器安全管理責任者である心臓血管外科部長の医師が臨床工学センター部長を務め、医療安全管理部を兼務する他、高難度新規医療技術評価室長、医療安全管理委員会委員として医療安全管理部と連携している。臨床工学センターには臨床工学技士 20 名が配置され、機器管理業務の他、ICU・救急センター、人工透析センター、血管撮影室、内視鏡室、手術室、外来などの臨床業務を担当している。生命維持装置、ポンプ類、生体情報モニターなど共用の医療機器は中央管理され、当直者により 24 時間対面での貸し出しに対応している。診療科で購入した医療機器も病院内資産登録により一元的に把握管理され、臨床工学技士も年 3 回院内をラウンドし未登録医療機器の有無を確認している。中央管理された医療機器は管理計画に基づき日常点検、定期点検が行われ、保有医療機器のメンテナンス資格を技士が積極的に取得することにより多数の医療機器の院内修繕が可能となっている。臨床工学センターが主導的役割を果たし、ポンプ類、モニター、除細動器、人工呼吸器などの標準化が進んでいる。医療機器管理機能は適切に発揮されている。</p>
-------	--------------------	---	---

【課題と思われる点】

特記なし。

3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組みられている点】 材料部では、再使用可能な医療機器（RMD）の洗浄・滅菌を中央化し実施している。材料部部長（医師）を責任者とし、手術室師長の業務管理のもと業務委託し行っている。手術用の RMD には洗浄・消毒後の器材検査や組立作業に二次元バーコードを活用したトレーサビリティシステムを導入し、使用した手術・患者履歴の記録・管理をしている。ガイドラインに準拠し、洗浄・滅菌の工程を実施しており、洗浄インディケーターによる洗浄の評価、オートクレーブのボウイー・ディックテストや CI・BI などによる滅菌の質評価を行っている。定期的な在庫量の把握・適正化、リコール発生時の対応マニュアルも整備しており、安全に器材を提供する仕組みは適切である。</p>
-------	-------------------	---	---

【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 B

【適切に取り組みられている点】

病理診断部門は、常勤専従病理医3名、専任・兼任医師4名（常勤換算）の体制で2021年度は年間18,916件の病理診断検査を行っている。また、新たな病理支援システムが導入され、検体の到着からプレパラート標本の作製までの過程にて一部を除いて検体交差が起こりにくい仕組みが構築されている。診断の精度を確保するための内部での検討会の他、外部精度評価も受けている。なお、病理診断の結果報告は、手術標本でも7日以内に行われており、重要かつ迅速な報告が必要だと思われる診断結果については、主治医に直接電話連絡する仕組みもある。そのほか、病理部内のホルムアルデヒド・有機溶剤等への対応管理も適切になされ、作業環境測定などに問題はない。

【課題と思われる点】

新たに導入された病理支援システムでは、バーコード認証した後に同時に複数の検体を病理診断運用に則した順番に入れ替える作業を行っており、検体交差が起こる可能性のある運用となっていた。また、薄切後の標本をプレパラートに移す工程も、複数の患者検体を一か所の作業場所で扱う運用となっていた。指摘を受けて、システム改修により、すべての工程でバーコード認証が可能な管理体制となり、さらに薄切後の標本をプレパラートに移す工程も、1ブロック毎に行うよう改められた。

3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組みられている点】 放射線治療科には放射線治療専門医・放射線治療品質管理士・医学物理士・放射線治療専門放射線技師・がん放射線療法看護認定看護師など専門資格を有する職種が専従勤務し、都道府県がん診療連携拠点病院の機能を満たす放射線治療を提供している。主治医からの依頼はすべて放射線治療科外来を経由し、放射線治療科医師は患者情報を的確に共有して治療適応を判定している。がん放射線療法看護認定看護師は化学療法室や病棟の看護師と連携して治療室内だけでなく専門性の高いケアを実践している。治療計画作成とシミュレーションの実施には放射線治療専門医はじめ医学物理士らが関与し、チェックも多職種で行っている。放射線治療専門医はプロトコールに則って計画線量を確認し、照射時には専門技師らが必ずダブルチェックを行っている。治療機器の品質管理は項目・間隔・記録ともに適切で、小線源治療時はがん放射線療法看護認定看護師が医療安全管理部監修のもとタイムアウトを行って安全な実施に努めている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	-------------------	---	---

3.2.3 輸血・血液管理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】

輸血・移植免疫部は日本輸血・細胞治療学会の輸血機能評価認定および ISO15189 の認証を受けている。専従医師 2 名、専任医師 1 名、専従臨床検査技師 12 名が配置され、自己血や末梢血幹細胞採取時には看護師が患者ケアを担当している。日本輸血・細胞治療学会認定医、認定輸血検査技師、細胞治療認定管理師などの有資格者により、輸血関連業務、移植関連検査など専門性の高い業務を行っている。血液製剤の発注・保管・供給は専従技師が 24 時間対応可能である。

【課題と思われる点】

手術室の一部で輸血・移植免疫部による監視が月 1 回程度で、アラーム設定も血液製剤の保管に適さない設定となっている一時保管庫があり、手術室からいったん病棟に移送された後に輸血・移植免疫部に返却される血液製剤の保冷バック内の温度管理も十分ではなかった。また、輸血用保冷庫のない部署において保冷バッグ内で数時間一時保管され、10℃で変色するシールが変色した場合のみ廃棄するなど輸血・移植免疫部以外で使用する輸血用血液製剤の保管について、輸血・移植免疫部と同等以上の環境が担保されていなかった。指摘を受けて、手術室内には血液製剤専用の保管庫が設置され、輸血・移植免疫部により確実な品質管理が実施される体制となった。また、新たに血液搬送装置が導入され、移送時や輸血用保冷庫のない部署の一次保管の際にも確実に温度管理が行われ、記録される体制が整備された。

3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病院として手術室が16室、常勤専従麻酔科医17名の体制で年間6,450件（うち全身麻酔が4,248件）の手術に対応している。予定手術のスケジュールは手術部で調整され、緊急手術への対応にも配慮した効率的な手術室運用がなされている。誤認防止策としてのサインイン・タイムアウト・サインアウトなども確実に行われ記録が残されている。手術終了後のガーゼカウントや器材カウントも手順に沿って実施されている。遺残物確認は、対象症例の規準を定めX線写真で確認した後手術を終了させるルール行われている。麻酔の覚醒基準や退室基準なども整備され遵守されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 集中治療機能を担う病床として、ICU8床、NICU15床、MFICU6床を備えているほか、救命救急センターには救急専用病床21床が確保されている。ICUは当該科を主治医とし、専従の集中治療医が支援する体制がとられている。入退室は、規準に基づき集中治療医が判断している。また、医師だけでなく看護師・薬剤師・臨床工学技士など多職種が参加するカンファレンスが定期的開催され、入院患者の病態や治療方針等の共有を図り患者中心の診療に努めている。ICU内の設備や機器等も適切に整備され、施設として期待される集中治療機能を的確に発揮している。そのほか、院内で運用しているRRSの支援担当部署ともなっている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 高度救命救急センターとして三次救急に対応し、救急病床 21 床で年間 2,188 人の救急車搬入患者を受け入れている。同センターには救急科医師 13 名と看護師 73 名が配置され、時間外は交代制の専従医師 1 名、当直制の専従医師 3 名と専従看護師 8 名で診療にあたっている。なお、救急科医師のうち 9 名は救急科専門医である。また、県全域をカバーするドクターヘリを運用している。薬剤師 1 名、臨床検査技師 1 名、放射線技師 2 名が交代制のもと兼任配置され、時間外の支援体制は確保されている。虐待が疑われる患者への対応等もマニュアルに基づき適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	------------------	---	--

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
		<p>【適切に取り組みされている点】</p> <p>2019年に策定された教育、研究、医療に関する福島県立医科大学の3つの理念に基づいて、「高い倫理観に基づいた医療の提供」「最高水準医療、先進医療の提供」「誠実で優秀な医療人を育成」「より良い医療の創造」「成果の発信」という5つの病院の理念が策定され、電子カルテトップページ、ネームプレート、院内掲示、入院案内などにより広く関係者に周知している。看護部でも「県民の健康を守るため豊かな人格と感受性を持ち、質の高い看護を提供する」という理念が策定されているほか、薬剤部にも理念・基本方針が策定され、各部署の職員に周知されている。理念・基本方針の明文化、必要に応じた検討、関係者への周知は適切に行われている。なお、理念・基本方針は病院全体の方向性を関係者に明示し、それに基づいて各部署で部署ごとの目標が定められ、達成度の評価が行われることになるため、より統一感のある理念・基本方針の策定と、病院としての把握があると、なお良い。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>

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	B	<p>【適切に取り組まれている点】 病院長をはじめとする幹部職員は現状における経営上の課題や医療提供に際しての課題を確実に把握し、病院の意思決定機関である病院経営企画会議で対策を立案し、着実に実行し成果を出している。全職員が能動的に改善活動に取り組むための「KAIZEN アワード」という仕掛けなど、職員の就労意欲を高める工夫も実施されている。</p> <p>【課題と思われる点】 病院長が提示している「常に患者さんにつくす」「誇りを持つ」「診療に集中できる環境整備」「互いへの思いやり」「職員同士の信頼」という5つの思いが十分に職員に浸透しておらず、医療安全管理マニュアルとは異なる手順書が現場で策定されていたり、薬剤部の指示とは異なる希釈方法が現場で実施されているなど、執行部、病院幹部の決定が十分に現場には伝わらず、その状況を幹部が適切に把握できる環境が十分ではない。また、短期的な経営課題の把握は行われているが、病院長の任期を越えた中・長期的な病院の将来像の明示も十分ではない。決定事項が現場で確実に実行され、その状況が報告される体制の整備と、中・長期的な将来像を明示し、中・長期的な課題の抽出ができる環境を整備することが望まれる。</p>
-------	------------------------------	---	--

<p>4.1.3 効果的・計画的な組織運営を行っている</p>	<p>B</p>	<p>【適切に取り組みされている点】 病院幹部は規程に基づいて適切に選任され、その業務実態が役員会により評価・監督されている。病院運営の意思決定会議である病院経営企画会議が週2回開催され、重要な決定事項を実行し、病院運営連絡会議や定例部長会を通して周知徹底を図っている。中長期計画は福島県の方針に則り、病院の理念・基本方針に基づいて作成され、年次計画に落とし込んでいる。</p>
		<p>【課題と思われる点】 これまで大学の組織図上は学長が管轄する事務局長の下に業務担当の事務局次長が置かれ、病院の事務業務を統括していた。その後、新たに病院の規程内に、事務局次長は病院長の命に従い業務を実施することが明記されたが、大学組織図上は病院管理課、医事課、経営企画室、医療連携・相談室は院外組織として位置付けられている。また、新たに各副病院長の所管業務が明確にされたが、感染制御担当副院長が感染対策委員会の委員ではない、病院機能改善担当副院長の医療や業務の質改善に関する活動がないなど、職務分掌については一層の検討が望まれる。また、部署ごと年度ごとの目標設定や達成度評価が十分ではなく、管轄する組織体の設定と、改善活動の組織的な拡充が期待される。</p>
<p>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</p>	<p>A</p>	<p>【適切に取り組みされている点】 院内の情報の管理・活用の方針は明確であり、院内の情報システムの統合的な管理は、医療情報部が担当している。電子カルテ、オーダーリングシステムのほか、医事会計、栄養、放射線、薬剤などでシステムを導入しており、各部署と調整して、導入や更新の年間計画を策定し、医療情報システム管理委員会で審議している。情報システム運用管理要綱を整備し、サーバー室の安全管理、パスワード管理など、データの真正性、保存性を確保している。患者の診療に関する情報は、病院経営に資する資料として作成し、委員会や会議などで分析・検討している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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	<p>【適切に取り組まれている点】 医科大学文書管理規程に、文書の発信、受付、保管、保存、廃棄の仕組みがあり、病院として管理すべき文書については、規程により病院管理課が把握、管理している。各部署の長を管理責任者として定め、年度当初に文書分類表を作成して所属内の文書を把握し、病院管理課へ報告している。病院管理課が把握、管理している文書は、院内ポータルサイトに掲載して、職員に周知しているほか、感染制御部から職員に、医療安全管理部からリスクマネージャー会議になど周知している。院内規程やマニュアル等の承認については、担当部門での決定、委員会での決定を受けて、担当部署等からの発議による仕組みとしている。</p> <p>【課題と思われる点】 各部署のマニュアル等の新規作成、改訂があることを踏まえ、病院管理課は、今後も各部署との連携を密にして、病院として管理すべき文書の把握、管理を徹底することを期待したい。</p>
<hr/>			
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	<p>【適切に取り組まれている点】 特定機能病院の機能に見合った専門職種の人材を確保しており、医師、薬剤師、看護師などについては、医療法等の法令や施設基準の必要人員を確保している。各部門、部署に必要な人材の確保に向けては、毎年、退職、育児休業者等の状況を把握して、定数内での欠員補充の採用計画を検討し、病院人事・予算委員会で決定し、法人役員会に報告している。人員の確保については、公募を基本としており、ハローワークやホームページでの募集、就職説明会への参加などにより確保に努めている。看護師については、育児休業取得者等が多いことから、欠員を予測して、定数とは別に看護職特別採用枠を導入して、早めの採用活動を積極的に行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A
<p>【適切に取り組まれている点】</p>		
<p>勤務時間等に関する就業規則や給与規程などを整備し、時間外労働に関する「労働基準法 36 条」に基づいた協定を締結し、労働基準監督署に届けている。就業規則や給与規程などは、院内ポータルサイトで閲覧できるようにして、職員に周知している。出勤時間、退勤時間を出退勤管理システムにより把握し、時間外を含む労働時間については、所属長が確認して承認している。医師の時間外を含む労働時間については、負担軽減の検討会や勤務環境改善検討のワーキングで検討しており、看護師についても診療支援部委員会で業務改善を検討している。医師、看護師の改善に協力している他の職種についても、時間外労働の状況を検討して、軽減につながるとより良い。有給休暇の取得率の職種による偏りがないように、また、年間 5 日を取得するように、有給取得推進に係る通知を各所属に発出したり、有給休暇付与日数の範囲内で記念日に取得する「アニバサリー休暇」を創設して、取得しやすい環境を整えており、年々取得日数が増えてきている。</p>		
<p>【課題と思われる点】</p>		
<p>特記なし。</p>		

4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 安全衛生委員会を設置して、産業医、衛生管理者を選任し、毎月開催しており議事録を整備している。職員の定期健康診断を実施しており、未受診者状況を把握して受診を促し、受診率は100%である。非常勤医師については、勤務日数により病院の健康診断を受診、または本務地における健康診断の結果の提出により、受診を確認している。すべてのがん化学療法は、安全キャビネットを用い、薬剤部で調製・混合を行っており、抗がん剤の準備と投薬の際には、看護師は抗がん剤投与キットを使用して、曝露防止に努めている。ホルムアルデヒドの使用場所の作業環境測定を年2回実施しており、測定結果は第1管理区分である。労働災害の手続きでは、担当部署が発生後速やかに申請している。肝炎ウイルス検査やワクチン接種などの職業感染への対応をしている。ストレスチェックを実施しており、職員の精神的なサポートを行っている。院内暴力対策では、患者サポートセンター内に担当部署を設置して、警察OBを配置し、院内で発生する暴力に対応できるようにしている。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
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	<p>【適切に取り組まれている点】 職員の意見・要望については、評価制度における管理職員との面談、月1回の病院長による職場訪問における職員の意見聴取、また労働組合との協議における職員の労働条件等の要望などを汲みあげる仕組みにより、法人総務課と病院管理課が共有して職員からの意見等を集約し、病院としての改善策等を決定し、改善を図っている。職員からの要望等を受けて、職員へは託児所のセキュリティ対策や休憩室の増設、また患者に向けては、病棟シャワー室の手摺り設置や外来カーテンの交換などの改善をしている。食堂、宿舎を整備するほか、託児所を設置し、夜間保育、病児保育を実施しているなど、職員の就業支援に取り組んでいる。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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

【適切に取り組まれている点】

全職員対象の研修や院内で開催された研修については、病院管理課が担当部署として、開催実績、研修プログラム、参加人員などを把握している。医療安全管理部、感染制御部が担当する研修は、複数回開催し、参加できなかった職員には小テスト付 e-ラーニングで対応し、受講率は 100%である。院外の学会や研修会への参加費や旅費については、病院で負担している。図書館には必要な雑誌、書籍等を確保しており、新着の書籍等は図書館ホームページで案内しているほか、電子ジャーナルの閲覧や文献検索が可能であり、図書館は時間外も利用可能としている。

【課題と思われる点】

院内で開催される研修についての月別年度計画表は、今年度から作成して、実施状況を把握していくとのことである。必要性の高い課題の研修は今までも実施しているが、今年度は、医療機器安全、患者急変時、BLS・AED シミュレーション、虐待、医療倫理、個人情報保護のほか、医療安全対策、感染管理などを年度計画表で計画している。今後も年度計画表による計画的な実施の継続を期待したい。

<p>4.3.2 職員の能力評価・能力開発を適切に行っている</p>	<p>B</p>	<p>【適切に取り組みられている点】 医師の能力評価は、研究の質向上や地域貢献、管理運営等に関する業務実績評価で行われ、看護・医療技術・事務職員に関しては、県の人事評価制度に則り勤務等に関する自己評価とともに個人目標を設定し、評価者面談により達成度や能力を評価しつつ、指導・育成が進められ、昇任・昇格等に反映されている。職員個別の能力開発では、看護職におけるキャリア開発ラダーによる能力開発への取り組みなどが行われている。また、看護管理者や専門・認定看護師の育成をはじめ、各職種の専門資格取得への支援、シミュレーター活用による技術習得、静脈注射や緩和・認知症リンクナースに関する院内認定制度などの能力開発・人材育成への取り組みが行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 職員個別の能力開発に関しては、看護職のようにラダー設定されている部門から、専門資格取得支援やセミナー・研修会等への参加推奨、OJTに止まっている部門まで、取り組みに濃淡がみられる状況である。職員の育成・能力開発に関する病院の方針を明確化のうえ、職種固有の具体的な習得目標などを定めた一定期間の継続教育プログラムを作成し、職員個別の育成進捗管理に取り組みられるよう望みたい。</p>
------------------------------------	----------	--

4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】</p> <p>基幹型臨床研修病院として、ベーシック、たすき掛け、小児・産婦人科コースの各プログラムに基づいた医師卒後臨床研修が行われている。臨床研修医は1年目9名、2年目13名、歯科1名が在籍し、指導医300名以上の厚い体制とともに、メンター配置や休止病棟を活用した広いシミュレーション設備など充実した教育施設・設備等が整えられており評価できる。また、EPOC2による管理とともに指導医や看護師等による相互評価、研修医による指導医の評価とフィードバックなどが適切に行われ、侵襲的なCVカテーテル挿入は、指導医立ち合いの下で実施可能とされている。その他の専門職種の初期研修では、新卒看護師年間教育計画など、一定期間の指導プログラムにおいて習得内容や到達目標等が定められ、段階的な教育・育成活動が行われているなど適切である。</p> <p>【課題と思われる点】</p> <p>特記なし。</p>
-------	--------------------	---	---

4.3.4 学生実習等を適切に行っている B

【適切に取り組まれている点】

医学生をはじめ、看護師、薬剤師、放射線技師、検査技師、療法士、栄養士など多くの職種の学生実習を受け入れており、病院管理課が実習についての契約を依頼元と締結するほか、ワクチン接種等の必要事項や手続きを確認している。患者・家族と関わる場合について、入院時に包括同意を患者から得ているほか、個別にかかわる際にも説明して了承を得ている。個人情報保護に関しては誓約書を受領し、カリキュラムに沿った実習が行われ、実習後の評価を行っている。医療安全に関する教育については、ポケットマニュアルを全学生に配布し、感染制御に関する教育については、全学生共通のオリエンテーション資料により感染対策を説明しているほか、医学生と看護学生については、感染制御部が実習前に依頼元で説明している。

【課題と思われる点】

病院管理課において、実習についての契約を依頼元と締結し、実習料を徴収しているが、昨年度までの実績において、契約を交わしていない事例が見受けられたこと、実習料の基準がなかったことから、今後は必ず契約を締結し、基準に基づく実習料を徴収することとし、依頼元に説明している状況であり、確実に契約を締結し対応することを望みたい。

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】

予算作成に当たっては、毎年9月頃から翌年度の予算編成方針を策定し、年内には所属長が予算案を作成して、その後財務担当部署による点検、ヒアリングを実施し、人事予算委員会で調整のうえ、経営企画会議で予算案を承認して、3月末には役員会の承認を得ている。地方独立行政法人会計基準に基づく会計処理が行われて、損益計算書、貸借対照表などの必要な財務諸表のほか、予算書、決算報告書を作成している。監査法人の公認会計士による監査、大学法人の監査人による監査のほか、県の財政支援団体による監査を受けている。経営状況の向上については、収益面では、DPC係数を高める取り組みや、在院日数の適正化のほか、新入院患者数確保、新規施設基準の取得などに、支出面では、診療材料費等の削減などに取り組んでいる。数値目標を設定して実績を確認し、比較分析して具体的な対策を設定するなど、病院経営に対して積極的に取り組んでいる。

【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

【適切に取り組みられている点】

窓口の収納業務では、会計窓口、POSレジ、自動精算機を増設したほか、クレジットカード等での支払いも可能で、利便性、待ち時間短縮に配慮している。診療報酬請求では、医事課でシステムを活用したチェック後、確認が必要なレセプトについて、担当医が点検してから請求している。返戻や査定については、医局会、保険委員会に報告し、内容分析、対策について医師と調整して、再請求等を行っている。施設基準の遵守では、医事課において、人員配置変更などの定期的な検証と必要な手続きを行っている。未収金については、医事課においてリストなどで一元的に管理して、電話督促、文書督促、弁護士事務所への依頼等により回収に努めている。未収金の回収には、手間や時間がかかっていることから、発生させない工夫をするとより良い。

【課題と思われる点】

毎月末の未収金額を把握して、手順に沿って督促に努めているが、督促や弁護士事務所への依頼等の機会が、発生から数か月後単位で実施しており、また、それぞれの督促等機会の回収状況の分析をしていない。未収金額が高額であることを踏まえて、回収実績を向上させるためにも、回収状況分析等により、督促期間の見直しなどの工夫を期待したい。

4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 委託業務の有効性や経済的効果を踏まえて、業務内容や委託の是非等を検討し、委託業務の新規導入、更新を決定している。委託業者の選定は、競争入札を基本として、内容によっては随意契約やプロポーザル形式等の手段を用いて決定している。委託業務について、業務日報や毎月の報告書などで実施状況を確認して、必要により打ち合わせを行い、質の検討を行っており、質の改善を指示し確認している。毎年の契約更新に際しては、業務実績を評価して、業務の質が担保できることを確認している。委託職員に必要な研修は、委託業者での研修の実施状況を確認しているとともに、医療安全、感染制御については、院内研修に参加できるようにしており、参加状況を確認しているほか、ポケットマニュアル等を配布している。患者の権利、個人情報保護についても研修等により徹底されると良い。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	----------------	---	--

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	<p>【適切に取り組みされている点】 病院施設の規模や診療機能等に応じた施設・設備が整備され、日常の管理・点検や運用とともに、法定・定期点検の年間計画に基づいた専門業者との契約による確実な保守点検の実施、緊急・障害時のオンコール対応等が行われている。また、経年劣化に伴う設備・機器の長期にわたる修繕・建設改良計画が策定され、受・変電や給湯・給水、防水、空調、照明等の設備劣化状況の管理とともに、計画的な改修・修繕による予防保全と機能の維持管理が行われていることは評価したい。さらに、医療ガス設備の日常点検や医療ガス安全管理委員会の適切な委員選任と開催、院内清掃の徹底、産業廃棄物や感染性廃棄物の搬送と保管・管理、最終処分場の実地確認などが適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
-------	-----------------	---	---

4.5.2 物品管理を適切に行っている

A

【適切に取り組まれている点】

医療機器は医療機器整備審議会、医薬品・試薬は薬事委員会、医療材料は材料委員会により機能や効果、安全性等を審議のうえ選定されている。医療材料等の物品の購入は、各部門・部署からの要請に基づき、委員会における有効性や同種同効品の比較・検討等を経て決定され、稟議・承認による購入・調達が行われている。院内各部署への供給には院内物流システム（SPD）が導入されており、院内倉庫から病棟等への払い出し量は定数管理され、患者動向による定数の見直しや不動在庫の管理、使用期限の確認などが行われている。なお、ディスポーザブル製品は単回使用が徹底され滅菌再利用は行われていない。

【課題と思われる点】

特記なし。

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 B

【適切に取り組まれている点】

地域災害拠点病院で、きぼう棟は1988年建設の耐震構造、みらい棟は2017年建設で免震構造である。消防計画や災害対応ガイドライン・マニュアルとともに、大規模地震のリスクを想定した病院の機能存続計画（BCP）が策定され、災害発生時における指揮・命令任体制や初期対応、停電時の対応、緊急連絡網などの必要事項が定められている。また、自衛消防訓練やヘリポート消防訓練、BCPの机上訓練や見直しなどが行われている。さらに、災害発生によるライフライン途絶時に備えた患者用の食糧や飲料水5日分の備蓄や入れ替え補充が行われている。40余名の災害派遣医療チーム（DMAT）や災害派遣精神医療チーム（DPAT）隊員が在籍し、被災地への派遣実績もある。

【課題と思われる点】

現状の自家発電能力は通常使用容量の30%程度であるため、60%程度を賄える能力への自家発電装置の増強が計画されているが、速やかな機能強化が望まれる。また、患者用の食糧・飲料水は備蓄されているものの、職員用は備蓄されていない。飲料水の備蓄が始められ、大手コンビニエンスストア業者との供給協定が締結されているが、過去の災害発生時の実態等を踏まえた備蓄の検討が望まれる。

4.6.2	保安業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みられている点】 委託警備員による24時間体制の院内・外の巡視、来院者の監視、玄関や院内諸室の施錠管理、防犯カメラによる監視などが警備業務実施要領に則り行われている。また、セキュリティ強化を目的に院内の要所に電子錠が設置されており、セキュリティカードキーを持つ者のみが立ち入りを許されている。時間外・休日の面会者や来院者は、警備員の受付で面会受付票に氏名・時刻を記載し、面会許可証を貼付したうえで入館を許可するなどの保安・盗難事故等防止対策がとられている。また、患者の無断離棟・離院への対応などの手順も明確にされている。警備実施状況は日々の警備業務日誌に記載されて病院の責任者に報告され承認を受けているなど、保安業務は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A	<p>【適切に取り組みられている点】 医療事故発生時の連絡体制は医療安全ポケットマニュアルなどで職員に周知されている。夜間・休日の報告先となる携帯電話は副部長を含めた複数名で持ち回りとしており、特定の個人に負担が集中しない仕組みとなっている。医療クオリティ審議委員会において重大な医療事故と判断された場合は、外部委員を含む医療行為関連有害事象外部評価委員会を設置し、原因究明と再発防止策を検討している。医療事故調査・支援センターにはこれまで4件の報告実績がある。患者からの苦情対応には医師が対応することを原則としているが、必要に応じて患者サポートセンター職員の同席、医療連携・相談窓口での対応を行っている。訴訟に至る事例では医事紛争対策専門委員会を設置し対応を協議する仕組みとなっている。</p> <p>【課題と思われる点】 医療メディエーター研修の受講歴を有する職員は、患者サポートセンターでは11名に対し、医療職は看護師1名のみである。医療職を積極的に参加させ、現場での対話を推進する環境を整備するとなお良い。</p>

機能種別：精神科病院（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られることができる A

【適切に取り組まれている点】

受診に必要な情報は、「患者サポートセンター」からの広報やホームページなどを通じて利用者に周知され、外来診療においては、診療時間や医師配置などを掲示板に掲示し、周知されている。精神科外来は、完全予約制であるが、精神科救急患者や地域の精神科単科病院における身体合併症患者および修正型電気けいれん療法についても適宜、受け入れている。受診に際しては、外来スタッフ（看護師）が対応し、精神保健福祉士や薬剤師、管理栄養士などとの連携が適切に図られている。受付から外来診療への案内や手続きは適切である。外来待ち時間調査も定期的に行っている。感染症が疑われる患者に対してもフローチャートに沿って対応している。紹介患者の受診については、「患者サポートセンター」と精神科外来との事前情報に関する情報の共有が行われ診療が適切に実施できるよう連携がなされている。

【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	<p>【適切に取り組みされている点】 自己記入式問診表を外来患者が記入し、診療に活用している。患者情報は、電子カルテにより多職種に対して情報の共有化が図られ、説明と同意についても適切に行われている。入院時の同意書については、紙ベースにて取得し、スキャンしてデジタル化して管理している。検査や処方重複防止に対する仕組みも整備している。外来新患者の診療については、新患担当医が、1時間ほどかけ診療を行い、適切な評価を行うとともに、その後の診療に活かしている。入院時には、精神保健福祉法を遵守した説明を行い同意を得ている。服薬指導や生活指導、家族支援、患者の状態などを電子カルテに記載し、外来診療は適切に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組みされている点】 精神科領域においての侵襲的な検査は、腰椎穿刺などが該当するが、検査実施前に脳神経内科などの担当医が患者、家族に、その必要性やリスクについて説明し、同意および同意書を得ている。また、誤認防止策や検査中の患者観察なども適切に実施している。ほとんどの検査が自院で実施できる。入院患者については、ダブルチェックおよびリストバンドによる誤認防止対策を実施している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.4	任意入院の管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 任意入院についての同意能力を確実に判断するとともに、電子カルテに記載し、同意書や入院に必要な各書類等の紙ベースの書類を保存し管理している。入院に当たっては、他の担当医師や看護師、精神保健福祉士などが同席している。精神科病棟は閉鎖病棟（個別開放処遇病棟）であるため、任意入院の患者については、閉鎖的環境による入院についての説明と同意を実施している。また、それに関連した院内掲示もされている。任意入院患者への隔離・拘束など、行動制限を行うことがあるが、精神保健指定医の判断で、その処遇や入院形態の変更を適切に行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 医療保護入院は、精神保健指定医が確実に関与し、病状評価を判断するとともに電子カルテに記載し、紙ベースの入院届や入院診療計画書など、必要な各書類を保存、管理している。入院に当たっては、他の担当医師や看護師、精神保健福祉士などが同席している。病棟は閉鎖病棟（個別開放処遇病棟）であるが、日常生活における処遇など適切に対応している。退院後生活環境相談員を入院時に選任（精神科病棟専従の精神保健福祉士）し、医療保護入院者退院支援委員会も必要時に開催している。多職種による入院継続の是非に関するカンファレンスと「行動最小化委員会」を月1回開催し、早期の解除に向けて積極的に対応している。精神保健福祉法や行動制限に関する研修会を2回以上実施し、精神科スキルアップのための学習会も適宜、実施している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 措置入院は、年間に数名の受け入れがある。措置患者マニュアルが整備され、その治療と処遇などについて適切に行われている。入院に当たっては、他の担当医師や看護師、精神保健福祉士などが同席している。措置症状消退による早期の入院形態変更の取り組みも適切に行われている。その際の期限内の書類提出などの法的な手続きも適切で、書類も整備されている。仮退院の実績はないが対応手順はある。医師、看護師、精神保健福祉士などは定期的に措置入院の妥当性を検討している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA	<p>【適切に取り組まれている点】 医療観察法による入院指定は対応していないためNAとした。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 精神科における治療計画と身体合併症治療の入院診療計画書は、入院時に医師および看護師、薬剤師、精神保健福祉士、管理栄養士など、多職種による症例検討会が実施され、治療方針が決定され、書面等を通じて患者、家族に周知している。入院後、定期的な多職種によるカンファレンスを開催し、治療計画の調整を行っている。同時に、主治医や担当看護師により転倒・転落、褥瘡、自死、日常生活動作、認知機能などの評価を実施している。再評価した看護計画は、患者・家族に提示し、説明した上で同意を得ている。症状変化時には、診療計画変更の説明や看護計画の修正を随時行い、患者家族の同意を得ている。m-ETC 治療については、クリニカル・パスに沿って、施行患者に一連の実施記録が確実に行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 入院患者および外来患者については、病棟専従の精神保健福祉士が主に担当し、適切に対応している。意見箱による意見は組織的に対応している。外来患者などに対しては、多様なニーズに応じた相談を受け付け、状況により医師・看護師・精神保健福祉士などが対応し、院内スタッフとの調整や院外の社会資源との連携や調整を実施している。特に病棟専従の精神保健福祉士が多様な相談業務に積極的に対応しており、その件数は、年間3,878件である。相談内容は経時記録として管理され、全職種での共有ができ、適切な対応を実施している。退院調整、社会復帰支援における各種制度の活用支援についても適切である。病院の精神科身体合併症および精神科急性期に特化した視点からスタッフのマンパワー、地域連携、部署間の連携は適切である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A	<p>【適切に取り組まれている点】 精神科病棟の特性に対応した「病棟オリエンテーション」冊子が利用され、精神科病棟の構造の紹介や病棟の日課、入浴方法などが説明されている。公衆電話内の行政機関の電話番号や個人情報などや病棟設備の案内表示、任意入院患者の処遇に関することも掲示されている。平日、日勤帯については備品購入も可能である。院内に売店（コンビニエンスストア）があり、また、病棟内には給湯器によるサービスが提供されている。急な入院依頼についても対応されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A	<p>【適切に取り組みされている点】 精神科病棟関連の各種マニュアルが整備され、それに基づき、入院案内や病棟紹介文書が作成され、精神科病棟の特性に見合ったルールが決められ入院生活に支障がないよう配慮している。病棟は閉鎖病棟であるが、個別開放処遇を実施している。任意、医療保護、措置入院などの入院生活における療養環境にも配慮しており、適切である。郵便物の受発信は、遅延などなく適切である。院内での携帯電話の使用は、ルールを設け対応している。行動制限に関するマニュアルを整備し、遵守している。面会は、午後8時までであるが、柔軟な対応ができる。ただし、現在は、新型コロナウイルス感染症制御の観点からガラス越しでの面会を行い、非接触的な面会となるよう工夫されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組みされている点】 精神科医師11名（内、精神保健指定医6名）が病棟配置されている。病棟業務は、2グループ制で配置し、グループリーダーを中心に診療が行われ、チームとして担当した患者に対して診療を行い、一般的な治療状況や病態を把握している。主治医不在時は、グループ内の医師が対応している。患者・家族との面談を積極的に行い、主治医を含めた医師・看護師・精神保健福祉士などの多職種合同のカンファレンスを週1回開催し、情報の共有を積極的に図り、医師による患者全体の検討会や症例検討会、指導医、後期研修医、初期研修医による病状評価や治療の妥当性などの検討会が定期的実施されている。また、精神科の医師は、院内他科からの診察依頼についてもリエゾンチームとして定期的に対象患者を診察している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 看護基準・看護手順および精神科病棟マニュアルに日常生活援助、精神科疾患、安全な技術、症状別対応など、精神科特有の項目などを含めて整備されている。看護ケアのツールとして業務分担制、チームナーシングシステムを導入し、精神科看護の質の向上が図られている。患者の身体的、精神的、社会的ニーズは把握され、電子カルテ上で多職種との共有がなされている。病棟管理者は、毎日、病棟ラウンドを実施し、患者の訴えや病状の把握、入院環境の把握などに努めている。定期的に関連委員会、会議にて医療安全、感染制御、行動制限、褥瘡、業務検討、倫理などの院内情報を共有するシステムがある。また、院内には精神科認定看護師が1名配置され、精神疾患や認知症やせん妄などに対して適切な指導を行っている。</p> <p>【課題と思われる点】 看護技術的手順については感染制御に視点に置いたものも含めて定期的な改訂を期待したい。</p>
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 医師は、ほぼすべての患者に対し、薬剤管理指導を指示し、薬剤師は、適切に薬剤管理指導を行っている。ハイリスク薬剤については、救急カートなどにハイリスクである旨の表示をして、スタッフへの周知に努めている。薬歴管理は、電子カルテ上で確認でき、服薬の確認も適切に行っている。月に1回、CP換算や単剤化率などを積極的に算出し、医師への情報提供を行っている。入院患者の抗精神病薬などの副作用情報は、発生時に情報が入り、早急な対応ができるようシステムが構築されている。持参薬や重複投与防止などについても適切に対応している。服薬状況などカンファレンスを通じ、その適切性を検討している。新規の入院患者に対しては、積極的に単剤化を導入している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 当該病棟における、輸血・血液製剤投与の事例は極めて少ないが厚生労働省による輸血療法指針に基づいた「輸血療法マニュアル」を整備し、手技や副作用へ対応できるよう体制を整備しており、輸血・血液製剤の投与は、安全で確実に実施している。輸血実施後の感染症チェックも適切に実施している。また、副作用時についても輸血・移植免疫部と連携し、適切にコンサルテーションが行われている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 m - ECT 治療を実施しており、年間 40～50 件程の実績がある。m - ECT 治療については、事前の諸検査によって身体の安全性を確認の上、その適応を精神科医局で検討し決定している。麻酔科医師からの説明が行われ、同意を確認した上で、病院内の手術室において実施している。クリニカル・パスに沿って、術前・術中、術後の観察と記録は、適切である。術中は、チェックリストに基づいて必要項目の確認が確実に行われている。他院からの m-ECT 治療の受け入れや自院の施行事例は、年間 5 名程度の実績である。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 褥瘡対策委員会が組織されている。入院時に全患者を対象とした褥瘡発生リスクの評価が行われている。治療計画が必要な患者には、担当看護師が関与し、適切な計画が講じられ、定期的に多職種チームにより褥瘡管理が行われている。体圧分散マットレスやエアマットレスの選定基準がマニュアルで規定され、適切に実施されている。難治例については、院内の皮膚科医との連携にて治療依頼できる体制である。褥瘡予防のための定期的な教育が実施されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 管理栄養士は、医師、看護師、作業療法士などと連携し、入院時に全患者に対して栄養状態や嚥下機能、アレルギーなど栄養アセスメントを作成している。栄養リスクの高い患者については、管理栄養士が適切に介入している。対象患者については、栄養指導の実施やNSTが定期的に回診を行い、病棟スタッフと情報を共有し、栄養管理の状況を適切に把握している。患者の食物アレルギーや毎食の喫食量、BMI、アルブミンなどの情報が共有されている。該当患者については、嚥下機能アセスメントを行っている。必要時には、作業療法士などと連携し、嚥下リハビリテーション、栄養指導などを行うことができる。また、食物アレルギーの患者についての対応は、「聞き取りフローチャート」を用いて、対象の入院患者に対して適切な食物を選定できるように積極的に対応し、患者に適切な食事の提供がなされることを科学的に検証していることは、高く評価できる。</p>
			<p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 「院内緩和ケアガイドライン」が策定され、「緩和ケアチーム」が機能し、適切に対応している。精神症状緩和および疼痛緩和については、毎日の医師の診察や看護師の観察で、異常症状の早期発見、早期対応に努めている。また、訴えることが困難な患者や重篤な訴えのある患者についても早急に報告する体制が構築されている。情報は多職種合同カンファレンスにて共有している。現在、麻薬を使用する対象者はいない。</p> <p>【課題と思われる点】 錐体外路症状などの抗精神病薬の副作用をチェックするシステムが確立され、副作用の状況把握が統一化されようよう配慮するとなお良い。</p>

2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病棟の特性として精神科急性期治療の性格を有し、病棟専従の作業療法士が1名配置され、精神科作業療法が該当患者に対して実施されている。また、医師、作業療法士、看護師等が関与した患者の病態に合った計画目標が設定され、定期的にカンファレンスを開催してADLの向上を目指すとともに、患者の退院に向け活用している。療法実施前には、必要性やリスクについての説明と同意を実施し、初期評価を行い、病状変化時やプログラム変更時等にも評価を適宜行っている。状況により隔離室から精神科作業療法が実施できる環境も設定されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	NA	<p>【適切に取り組まれている点】 当該病棟における慢性期の定義として入院期間が3か月以上となった場合であり、平均入院日数35.6日である病棟の特性として精神科急性期治療の性格を有しており、年間を通じ対象者は少ないためNAとした。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.22	隔離を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 隔離室は4室あり、隔離に関する対応手順が整備され、精神保健指定医の指示に基づき適切に対応している。また、診察や観察および記録も適切である。行動制限最小化委員会は、月1回開催され、隔離による行動制限が検討され、早期解除に努めている。保護室内は整理・整頓され、プライバシーに配慮している。任意入院患者の保護室への入室がある場合は、早期の解除に向けた毎日のカンファレンスや入院形態の変更などで適切に対応している。保護室内は24時間モニターで管理され、患者への説明と同意は、「カメラ使用についてのお知らせ」を策定し、実施している。観察は1時間に2回実施され、問題事項をチェックし、特記事項があれば記載している。モニターの排泄画面には目隠しシールが貼付され、プライバシーに配慮されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 身体拘束に関する対応手順が整備され、精神保健指定医の指示に基づき適切に対応している。また、診察や観察、および記録も適切である。四肢拘束患者においては、弾性ストッキング使用による対応や定期的な血液凝固検査（D-ダイマー）が行われている。行動制限最小化委員会は、月1回開催され、身体拘束による行動制限が検討され、早期解除に努めている。行動制限に関する病棟研修会を年2回以上開催し、精神科におけるスキルアップやコンプライアンス、倫理的配慮等に関する質的向上に努めている。また、早期の解除に向けたカンファレンスも行われている。観察は1時間に4回実施され、問題事項をチェックし、特記事項があれば記載している。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
--------	---------------	---	---

2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 医師や受け持ち看護師、専従の精神保健福祉士などが連携した退院支援カンファレンスが実施され、入院時から退院まで多職種による検討会として機能し、患者の退院支援活動が積極的に実施されている。入院時よりゴールを「退院」と設定し、早期退院を目指している。病棟においては、退院後の患者・家族の意向などが把握され、担当の精神保健福祉士や担当看護師などが退院支援について介入するシステムも構築されている。必要時には、「精神科退院前訪問看護」が実施され、また、病院付設の精神科デイケアやショートケア、地域の精神科デイケア、訪問看護ステーションなど、地域における社会資源との調整や連携が適切に実施されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
--------	----------------------	---	--

2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A	<p>【適切に取り組まれている点】 入院中の患者の経過は、看護サマリーや退院時サマリーで把握し、外来などに提供して、療養支援を継続している。精神科デイケアやショートケア、地域の訪問看護ステーションなどとの連携が構築され、患者のニーズに合った対応を提供することができる。退院後の相談機能は、精神保健福祉士が中心となり、外来窓口や相談窓口で対応できるシステムである。精神科領域での退院時サマリーは100%作成され活用されている。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>
2.2.26	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A	<p>【適切に取り組まれている点】 病棟の性格上、ターミナルステージの患者は、ほぼ事例はない。該当時、身体科への転科、転棟するシステムがある。DNAR 対象患者は十分な説明と意思確認が行われ、記録されるシステムである。ドナーカード保持者がいれば、病院の統一ルールにより適切に対応できる。</p> <p>【課題と思われる点】 特記なし。</p>

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： 2021年 4月 1日～2022年 3月 31日
 時点データ取得日： 2022年 5月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公立大学法人福島県立医科大学附属病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3、精神科病院(副機能)

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 福島県福島市光が丘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	713	713	+2	78.9	13.39
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神科病床	49	49	+0	42.3	35.57
結核病床	14	14	+0	24	19.14
感染症病床	2	2	+0	31.5	9.39
総数	778	778	+2		

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	21	+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)		+0
ハイケアユニット (HCU)		+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	15	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室	9	+0
無菌病室	24	+0
人工透析	5	+0
小児入院医療管理料病床	53	+0
回復期リハビリテーション病床		+0
地域包括ケア病床		+0
特殊疾患入院医療管理料病床		+0
特殊疾患病床		+0
緩和ケア病床		+0
精神科隔離室	4	+0
精神科救急入院病床		+0
精神科急性期治療病床		+0
精神療養病床		+0
認知症治療病床		+0

I-1-7 病院の役割・機能等：

特定機能病院, 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(都道府県), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院(I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： 9人 2年目： 13人 歯科： 1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-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ため、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	551.75	421	130.75	70.92	45.62
うち研修医	22	22	0	2.83	1.82
歯科医師	10.06	4	6.06	1.29	0.83
うち研修医	1.55	0	1.55	0.2	0.13
看護要員 合計	962.8	941	21.8	123.75	79.6
保健師	0	0	0	0	0
助産師	40	40	0	5.14	3.31
看護師	842.31	831	11.31	108.27	69.64
准看護師	0.35	0	0.35	0.04	0.03
看護補助者	80.14	70	10.14	10.3	6.63
薬剤部門 合計*2	57.2	57.2	0	7.35	4.73
薬剤師	52.77	52	0.77	6.78	4.36
臨床検査部門 合計*2	55.5	53	2.5	7.13	4.59
臨床検査技師	78.42	77	1.42	10.08	6.48
画像診断部門 合計*2	55.14	47	8.14	7.09	4.56
診療放射線技師(X線技師)	49.41	49	0.41	6.35	4.08
栄養部門 合計	43.4	41	2.4	5.58	3.59
管理栄養士	10.8	10	0.8	1.39	0.89
栄養士	0	0	0	0	0
調理師	32.6	31	1.6	4.19	2.7
リハビリ部門 合計*2	24.5	24	0.5	3.15	2.03
理学療法士	15	15	0	1.93	1.24
作業療法士	6	6	0	0.77	0.5
言語聴覚士	4	4	0	0.51	0.33
診療情報管理士	0	0	0	0	0
臨床工学技士	20	20	0	2.57	1.65
社会福祉士	7	7	0	0.9	0.58
精神保健福祉士(PSW)	2	2	0	0.26	0.17
医療ソーシャルワーカー(MSW)	5.09	1	4.09	0.65	0.42
ケアマネージャー	0	0	0	0	0
介護福祉士	0	0	0	0	0
臨床心理士	7.77	7	0.77	1	0.64
事務部門	116.1	84	32.1	14.92	9.6
職員総数*1	1990.57	1790	200.57	255.86	164.57

医師配置標準数 (人)	143.2
薬剤師配置標準数 (人)	19

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	2204	39.3 %	97	75	17.81 %
看護師	1992	47.2 %	79	63	7.58 %
准看護師	0	0 %	0	0	0.00 %
看護補助者	1885	51.6 %	5	7	10.00 %
薬剤師	2126	34.4 %	0	1	1.92 %
臨床検査技師	2105	46 %	3	4	5.19 %
診療放射線技師	2055	44.4 %	1	0	0.00 %
管理栄養士・栄養士	2084	44.4 %	2	0	0.00 %
理学療法士	2061	50.7 %	0	0	0.00 %
作業療法士	1977	81.7 %	1	0	0.00 %
言語聴覚士	1924	58.8 %	0	0	0.00 %
診療情報管理士 (診療録管理士)	0	0 %	0	0	0.00 %
臨床工学技士	2192	38.8 %	3	2	10.00 %
ソーシャルワーカー*	2097	54 %	0	0	0.00 %
事務職員	2070	55.9 %	15	17	20.24 %

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	7
看護師	2	1
薬剤師	1	2
その他のコ・メディカル	0	1
事務職員	4	1
全体	8	12

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	190	5125
医師	149	280
看護師	37	4409
薬剤師	0	133
その他のコ・メディカル	3	293
事務職員	1	10
その他	0	0

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	5	2.63 %	1852	36.14 %
輸血に関するもの	0	0.00 %	59	1.15 %
治療・処置に関するもの	122	64.21 %	355	6.93 %
医療機器等に関するもの	9	4.74 %	184	3.59 %
ドレーンチューブに関するもの	10	5.26 %	997	19.45 %
検査に関するもの	16	8.42 %	529	10.32 %
療養上の世話に関するもの	16	8.42 %	544	10.61 %
その他	12	6.32 %	605	11.80 %

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		2
うちICD		2
看護師	2	
うちICN	2	
薬剤師	1	2
その他コ・メディカル		2
事務職員		
全体	3	6

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)	259
バンコマイシン耐性腸球菌 (VRE)	0
多剤耐性緑膿菌 (MDRP)	2
ペニシリン耐性肺炎球菌 (PRSP)	1
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)	82
βラクタマーゼ陰性ABPC耐性インフルエンザ菌 (BLNAR)	9
メタロβラクタマーゼ産生菌	0
その他	12

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	20
人工呼吸器関連による肺炎	2
尿路カテーテル関連感染	3
手術部位感染	53

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	7
常勤専任・兼任（実人数）	6
常勤専任・兼任（常勤換算）	5.2
非常勤（常勤換算）	2.4
常勤換算 合計	14.6
病床100対 担当者数	1.88

I-7-3 紹介状持参患者数

紹介状持参患者数（人/年）	10627
紹介率	62.10 %
1日あたり紹介患者数（外来）	43.91
紹介状持参患者のうち入院患者数（人/年）	5421
紹介入院患者割合	34.69 %
入院に繋がった紹介患者の比率	51.01 %

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	2
うち社会福祉士	1
常勤専任・兼任（実人数）	9
常勤専任・兼任（常勤換算）	7.8
非常勤（常勤換算）	1.6
常勤換算 合計	11.4
病床100対 担当者数	1.47

職種・資格： 看護師

職種・資格： 精神保健福祉士、医師、看護師、事務

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）	485	40.4	3.55
社会福祉相談（福祉制度に関する内容）	2138	178.2	15.63
退院相談（退院先の調整）	1084	90.3	7.92
苦情相談（医療事故 クレーム）	169	14.1	1.24
看護相談（退院後のケア等）	117	9.8	0.86
がん相談	1423	118.6	10.40
その他の医療相談	5330	444.2	38.96
その他	4611	384.3	33.71
総数	15357	1,279.8	112.26

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	220 件
分母：延入院患者数	214436 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	214436 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	12.81 %
分子： 計画的再入院件数	826 件
分母： 全入院件数	6450 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	%
分子： 予期された再入院件数	件
分母： 全入院件数	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	4.53 %
分子： 予期せぬ再入院件数	292 件
分母： 全入院件数	6450 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	52.1 %
分子： パス適用入院患者数	8140 人
分母： 全退院患者数	15625 人

○ 把握している ● 把握していない

術後の肺塞栓発生率	
	%
分子： 術後肺塞栓発生件数	
	件
分母： 全手術件数	
	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	82.61	%
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	38	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	46	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	94.67	%
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	71	人
分母： 人工膝関節全置換術が施行された退院患者数	75	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	79.19	%
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	4976	人
分母： 手術を受けた退院患者数	6284	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	5.09 %
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	11 人
分母： 前年6月1ヶ月間の新入院患者数×12	216 人

● 把握している ○ 把握していない

退院率	0 %
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	0 人
分母： 入院期間が1年以上となった患者数	0 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）	0 %
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	0 人
分母： 入院期間が5年以上となった患者数	0 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	1	
地域看護		
老人看護		
小児看護	1	
母性看護		
慢性疾患看護		
急性・重傷患者看護	2	
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	3	
皮膚・排泄ケア	3	
集中ケア	1	
緩和ケア	2	
がん化学療法看護	2	
がん性疼痛看護		
感染管理	3	
訪問看護		
糖尿病看護		
不妊症看護	1	
新生児集中ケア	3	
透析看護		
手術看護	2	
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	1	
脳卒中リハビリテーション看護		
がん放射線療法看護	1	

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	57	2	0.2	0	57.2
薬剤師	49	2	0.2		49.2
その他(技能職員)	8				8
その他()					0

病棟担当薬剤師(常勤換算)	23
---------------	----

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	17228	71.19	1.45	4.58
外来 院外処方箋枚数	183042	756.37	15.37	48.64
入院処方箋枚数	144611	396.19	8.05	18,587.53
注射処方箋枚数	292145	800.40	16.27	37,550.77
薬剤管理指導	19586	53.66	1.09	2,517.48

院外処方率	91.40 %
-------	---------

医薬品 品目数	2135
---------	------

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	1094
抗がん剤の調製・混合への対応	1)全て対応

抗がん剤対象患者数 外来*	156
抗がん剤対象患者数 入院*	122
薬剤師による抗がん剤調製 外来*	%
薬剤師による抗がん剤調製 入院*	%

*1週間の平均値

クリーンベンチの設置

● 1) あり 台数： 2
○ 2) なし

安全キャビネットの設置

● 1) あり 台数： 6
○ 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

<input checked="" type="checkbox"/> 1) 個人別(1施用ごと)	対 注射処方箋(%)	95 %
<input type="checkbox"/> 2) 個人別(1日ごと)	対 注射処方箋(%)	%
<input checked="" type="checkbox"/> 3) 定数配置		
<input type="checkbox"/> 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	7	6	2.5	55.5
うち医師	1	2	1.4		2.4
うち臨床検査技師	43	5	4.6		47.6
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、日本臨床検査技師会、福島臨床検査技師会、CAP

II-5 病理診断部門

II-5-1 医師の配置状況

	人数
■ 常勤専従	3
■ 常勤専任・兼任(常勤換算)	4
■ 非常勤(常勤換算)	3.07
□ 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	18916	168	19084
うち組織診	8248	0	8248
うち細胞診	8063	0	8063
うち免疫組織化学	2605	168	2773

II-5-3 術中迅速凍結切片病理検査 (件/年)

■ 1) 自院で実施	719
□ 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	445
□ 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)

7

II-5-6 臨床病理検討会・病理学的検討会 (件/年)

開催回数 5

II-5-7 死亡率

死亡率	2.27 %
死亡数 (再掲)	355
退院患者数 (再掲)	15644

II-5-8 剖検率

	院内	院外	総数
剖検数	31	0	31
剖検率	8.73 %	0.00 %	8.73 %

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	47	0	0	8.14	55.14
うち医師	7			7.64	14.64
うち診療放射線技師					0
うち診療X線技師	40			0.5	40.5

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	28124	3,614.91	28074	0	99.82 %
うち頭部CT	4708	605.14	4658	0	98.94 %
MRI撮影	10262	1,319.02	10247	0	99.85 %
うち頭部MRI	4985	640.75	4978	0	99.86 %
核医学	5486	705.14	5348	0	97.48 %

II-6-3 保有機器(台)

一般撮影装置	7
X線テレビ装置	7
血管撮影装置	4
乳房軟線撮影装置	2
パノラマ撮影装置	1
CT	5
MRI	4
ポータブル撮影装置	12
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	19	3	1.2	0.4	20.6
うち医師	6			0.4	6.4
うち看護師	4	1	0.2		4.2
うち診療放射線技師	6	2	1		7

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)	3
ガンマナイフ(台)	0
IMRT 強度変調放射線治療(台)	2

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
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専従	2
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	0.5
<input type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 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	42272	5,433.42	122	0.29 %
赤血球製剤	10546	1,355.53	42	0.40 %
血小板	25680	3,300.77	70	0.27 %
凍結血漿	6046	777.12	10	0.17 %
その他		0.00		%

II-8-5 血液専用の保冷庫

 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	17
■ 常勤専任・兼任(常勤換算)	0.8
■ 非常勤(常勤換算)	14.71
□ 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	61	0	0	0	61
うち看護師	58				58

II-9-4 手術室数・手術件数

		病床100対
手術室数 (室)	16	2.06
手術総件数 (件/年)	6450	829.05
うち全身麻酔件数	4248	546.02
うち緊急手術件数	585	75.19
うち短期滞在手術件数	0	0.00
うち悪性腫瘍手術件数	1338	171.98

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	循環器系領域	件/年
麻酔科標榜医 麻酔管理	2223	心カテ	
硬膜外麻酔	701	冠動脈バイパス術	18
脊椎麻酔	278	弁膜症手術	44
		開心術	114
		大動脈瘤切除術	25
神経・脳血管領域	件/年	救急領域	件/年
頭蓋内血腫除去術	14	緊急開頭術	9
脳動脈瘤根治術	6	緊急開胸術	3
脳動脈奇形摘出術		緊急心大血管手術	41
脳血管内手術	69	緊急帝王切開術	117
脳腫瘍摘出術	85		

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	6
Washer Sterilizer	0
オートクレーブ	6
EOG滅菌器	2
プラズマ滅菌装置	3

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)		+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	15	+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
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専従	13
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	
<input checked="" type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	1
<input type="checkbox"/> 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	73	0	0	0	73
うち看護師	73				73

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	1	2	3	24		
うち研修医			2			
看護要員	8					
うち看護補助者						
薬剤師		1				
臨床検査技師		1				2
診療放射線技師		2				
事務職員						
その他		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						
うち研修医						
看護要員						
うち看護補助者						
薬剤師						
臨床検査技師						
診療放射線技師						
事務職員						
その他						

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	7700	21.10
救急車搬入患者数	2188	5.99
救急入院患者数	770	2.11

	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)	2499	10.33
救急車搬入患者数	777	3.21
救急入院患者数	375	1.55

	年間総数	1日あたり患者数
休日の救急患者数(再掲)	5083	42.71
救急車搬入患者数	805	6.76
救急入院患者数	426	3.58

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 64 %) ○ 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 64 %) ○ 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	0	0	0
調理師	31	1.6	32.6

II-13-4 栄養指導・栄養相談

	外来	入院
個別実施回数(回/月)	43	99
集団実施回数(回/月)	0	13.4
月間対象延患者数(人)	0	115
栄養士1人当たり栄養指導件数(個別実施)	3.98	9.17
栄養士1人当たり栄養指導件数(集団実施)	0	1.24

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(44 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	4
□ 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	24	0	0	0.5	24.5
うち理学療法士	15				15
うち作業療法士	5				5
うち言語聴覚士	4				4

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)	2.4	1.36
■ I □ II	療法士1人1日あたり (人)	0.002	1.01
脳血管疾患等リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	2.26	2.25
■ I □ II □ III	療法士1人1日あたり (人)	0.25	3.23
運動器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	1.38	1.35
■ I □ II □ III	療法士1人1日あたり (人)	0.26	1.75
呼吸器リハビリ	患者1人1日あたり (単位)	2	1.2
■ I □ II	療法士1人1日あたり (人)	0.005	1.25

	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	1995
摂食機能療法	1	33
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	9				9
上記以外	4	2	0.4	0.8	5.2

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	95.71 %
分子：退院後2週間以内にサマリーを作成した患者数	14973 件
分母：昨年度の年間退院患者数	15644 件

II-15-7 診療情報の開示件数 (件/年)

件数	病床100対
30	3.86

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：医事課
- 2) 診療録(情報)管理：医療情報部
- 3) コンピュータシステムの管理：医療情報部

II-16-3 システム担当者の配置状況

	人数
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専従	1
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専任・兼任(常勤換算)	4
<input checked="" type="checkbox"/> 非常勤(常勤換算)	1
<input checked="" type="checkbox"/> 委託職員(常勤換算)	7
<input type="checkbox"/> 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
- オーダーリングシステム 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)

<input type="checkbox"/> 訪問診療	
<input type="checkbox"/> 訪問看護	
<input type="checkbox"/> 訪問薬剤指導	
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	
<input type="checkbox"/> 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)	0
患者1人あたり月平均訪問回数	0
看護職員1人あたり月平均訪問回数	

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	92	0	0	5.9	97.9
うち看護師	85			5.4	90.4

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 2022 年 3 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	34	
抗がん剤の対象患者数 (人/週)	156	(II-3-4 再掲)
薬剤師による調製・混合への対応状況 (%)		(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
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤専従	20
<input type="checkbox"/> 常勤専任・兼任 (常勤換算)	
<input type="checkbox"/> 非常勤 (常勤換算)	
<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 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

機器名	台数	管理形態		
		<input checked="" type="checkbox"/> 1) 中央管理	<input type="checkbox"/> 2) 使用場所での管理	<input type="checkbox"/> 3) その他
人工呼吸器	76	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
輸液ポンプ	395	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シリンジポンプ	300	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
除細動器	34	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
モニター	506	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)	26,173,019	27,119,916	25,567,105	96.51 %	106.07 %
医業費用	31,350,958	31,719,910	30,153,186	98.84 %	105.20 %
医業損益(繰入金を除く)	-5,177,939	-4,599,994	-4,586,081	112.56 %	100.30 %
医業収支率	83.48 %	85.50 %	84.79 %		

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	25,118
入院収益	87,527

Ⅲ-1-3 100床あたりの入院収益 (単位：千円)

2020 年度(西暦)	2,285,470
-------------	-----------

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)	27,009,634	27,959,852	26,067,689	96.60 %	107.26 %
繰入金(他会計負担金等)	5,607,749	4,275,254	3,556,659	131.17 %	120.20 %
上記合計に占める繰入金の割合	17.19 %	13.26 %	12.01 %		

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	17,780,954	18,955,779	18,121,821	67.94 %	69.90 %	70.88 %
室料差額				%	%	%
外来診療収益	8,425,616	8,156,428	7,428,251	32.19 %	30.08 %	29.05 %
保健予防活動	0	0	0	0.00 %	0.00 %	0.00 %
受託検査・施設利用収益	124	158	243	0.00 %	0.00 %	0.00 %
その他の医業収益	112,167	125,307	107,452	0.43 %	0.46 %	0.42 %
保険等査定減	-145,842	-117,756	-90,662	-0.56 %	-0.43 %	-0.35 %
医業収益 合計	26,173,019	27,119,916	25,567,105	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	11,485,588	11,341,656	11,087,715	43.88 %	41.82 %	43.37 %
常勤(再掲)	8,387,055	8,527,626	8,449,809	32.04 %	31.44 %	33.05 %
非常勤(再掲)	1,583,534	1,364,324	1,227,105	6.05 %	5.03 %	4.80 %
材料費	11,631,905	12,003,456	10,848,361	44.44 %	44.26 %	42.43 %
医薬品費(再掲)	7,544,329	7,537,864	6,818,943	28.82 %	27.79 %	26.67 %
診療材料費(再掲)	3,881,815	4,251,660	3,813,270	14.83 %	15.68 %	14.91 %
給食用材料費(再掲)	171,882	176,547	167,623	0.66 %	0.65 %	0.66 %
医療消耗器具備品費(再掲)	33,879	37,193	48,499	0.13 %	0.14 %	0.19 %
委託費	2,683,607	2,601,859	2,554,171	10.25 %	9.59 %	9.99 %
設備関係費	2,964,948	3,127,483	3,048,310	11.33 %	11.53 %	11.92 %
減価償却費(再掲)	2,025,883	2,101,662	2,180,293	7.74 %	7.75 %	8.53 %
器機賃借料(再掲)	183,341	187,168	163,638	0.70 %	0.69 %	0.64 %
研究研修費	12,095	18,256	16,776	0.05 %	0.07 %	0.07 %
経費	1,195,151	1,255,810	1,328,566	4.57 %	4.63 %	5.20 %
その他の医業費用	1,377,664	1,371,390	1,269,287	5.26 %	5.06 %	4.96 %
医業費用 合計	31,350,958	31,719,910	30,153,186	119.78 %	116.96 %	117.94 %

II-20 精神科診療機能

- II-20-1 精神保健福祉法による指定 ● 1) 指定あり ○ 2) 指定なし
- II-20-2 医療観察法による指定 ○ 1) 指定あり ● 2) 指定なし
- II-20-3 精神科救急医療体制 ● 1) 毎日対応 ○ 2) 特定日に対応 ○ 3) 必要に応じて対応
- II-20-4 電気けいれん療法の実施 ● 1) 実施している ○ 2) 実施していない
- II-20-5 精神科訪問看護 ○ 1) 実施している ● 2) 実施していない
- II-20-6 障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス ○ 1) 実施している ● 2) 実施していない

II-20-7 精神保健指定医の配置状況

	常勤	非常勤
精神保健指定医	6	8

II-20-8 精神科リハビリテーションの実績

	延実施人数 (年)	実施回数 (週)	現在登録数
精神科作業療法	3507	4.2	14
生活技能訓練法 (SST)	205	0.5	34
ショートケア	242		34
デイ・ケア	480	2	34
ナイト・ケア			
デイ・ナイト・ケア			
重度認知症デイケア			

II-20-9 精神科病棟の構造と機能

病棟番号 *1	病棟名称	開放度	稼働 病床数	入院形態別 患者数 (人)					平均 患者 年齢	平均在院 日数	拘束数	隔離数
				医療観察法 入院	措置入院	医療保護 入院	任意入院	合計*2				
12	心身医療科病棟 (10対1 精神)	閉鎖	49	0	1	7	6	14	44.6	35.6	776	765
	合計			0	1	7	6	14			776	765

*1 病棟番号は「部門調査票(1)病棟部門」で記載した病棟番号

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

$\{(常勤職員数 + 非常勤職員数) \div 稼働病床数\} \times 100$ で算出しています。

・ 患者規模100対職員数

$\{(常勤職員数 + 非常勤職員数) \div 患者規模※\} \times 100$ で算出しています。

※患者規模 = 1日あたり入院患者数 + (1日あたり外来患者数 \div 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

$(退職数 \div 当該職種の常勤職員数) \times 100$ で算出しています。

□「I-5-1 医療安全管理担当者(リスクマネージャー等)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

$(紹介状持参患者数 \div 初診患者数) \times 100$

・ 1日あたり紹介患者数(外来)

$紹介状持参患者数 \div 外来診療日数$

・ 紹介入院患者割合

$(紹介状持参入院患者数 \div 新入院患者数) \times 100$

・ 入院に繋がった紹介患者の比率

$(紹介状持参入院患者数 \div 紹介状持参外来患者数) \times 100$

□「I-9 臨床指標」

・ 各指標について、分子 \div 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