

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 5 月 16 日～5 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

貴院は開設以降、幾多の変遷を経て、地域の基幹病院として発展され、現在では、360 床の急性期病院として地域の二次救急医療を担うとともに、周産期医療の維持、重症患者の人工透析の提供、地域包括ケア病棟を持つ在宅療養後方支援病院としての役割も担うなど、一貫して地域医療の実現に向けて努力されている。さらに、災害拠点病院、基幹型臨床研修病院などにも指定されており、岐阜県美濃地方東部および長野県南部地域の広大な診療圏の中核病院として地域住民の信頼を得られていることは高く評価される。

貴院の理念は、「患者さまの立場を十分理解し、質の高い医療を目指します」を掲げ、5 つの基本方針を基に多職種による活動が意欲的に実践されている。とくに、在宅医療への強いニーズを受け、東濃地域の人命救助を使命に 5 年前に導入したドクターカーは、在宅看取り患者の救急時搬送に加え、2018 年は 132 事例の在宅看取りを行っているなどその活動は特筆すべき事項として高く評価したい。

この度の更新受審では、病院長の強いリーダーシップの下で職員が一丸となって安全で良質な医療を目指す取り組みが確認された。一方では、さらなる充実が期待される事項もあり、今回の受審結果を十分に活用し、診療機能や医療安全のさらなる向上が図られるとともに、貴院のますますの発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針はわかりやすく明文化され、定期的な見直しとともに病院内外への周知も適切に行われている。病院管理者・幹部は、中期事業計画と新公立病院改革プランに基づき策定された病院の将来像や取り組むべき重点項目を職員に

明示するとともに、その解決にリーダーシップを発揮している。病院運営に必要な会議・委員会も適切に開催されており、効果的・計画的な組織運営がなされている。情報の管理・活用の方針は明確であり、医療の質や安全性、効率性に向けた取り組みも積極的に推進されるなど適切である。規程に則った院内の文書管理の仕組みが構築されている。

病院の規模・機能や業務量に見合った人材確保のための努力が見受けられるが、救急体制の拡充に向けた救急医の確保や、多くの領域、部門において人材の充足に向けた一層の取り組みに期待したい。就業規則をはじめ人事・労務管理に必要な規程類が整備され、職員への周知も適切になされている。安全衛生委員会が毎月開催されており、職員の健康診断は非常勤医師を含め確実に実施されている。職員の意見・要望の把握は、PS 向上委員会による満足度調査による把握と検討がされている。就業支援に向けた配慮や福利厚生など、魅力ある職場とするための様々な努力がなされており適切である。全職員を対象とした計画に基づく教育・研修は、総務人事課および職員研修委員会が主管となり、実施されている。また、研修会終了後の理解度確認もなされている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明確にされており、ホームページや入院案内で周知されており適切である。職員に対しても名札への記載や入職時のオリエンテーションでも繰り返し周知されている。診療録の開示状況も適切である。院内統一の同意書により患者・家族より同意を得ているが、説明書の内容は、病院として承認するシステムが望まれる。アレルギー有無、既往歴は入院時に確認して、電子カルテで情報を共有している。転倒・転落予防、氏名の名乗りなど患者・家族の協力を求めるなど患者参画を促している。患者・家族からの相談は「医療なんでも相談室」に一本化しており、患者からの要望、苦情などを含む相談支援に係わる情報が集約されている。個人情報保護方針が明示され、診療・研究・教育における個人情報・プライバシーの保護および生活上のプライバシーへの配慮についても適切な対応がなされている。臨床で発生する倫理的課題は倫理委員会で検討されている。医療倫理ワーキングを立ち上げたところであり、今後の活用が期待される。倫理的な課題は、看護師が主体となり Jonsen の 4 分割法を用いて分析し、医師や社会福祉士も分析に加わることもあるなど適切に対応している。

駐車場が整備され、路線バスやタクシーも敷地内へ乗り入れている。ロビーには「総合案内」を設け、入院生活に必要な設備も整っている。院内はバリアフリーとなっており、トイレや待合いスペースも高齢者や車椅子利用者が安全に使用することができるよう配慮されている。病棟の廊下に写真や絵画が展示され、窓は大きく山々の景観がいやしの空間になっている。外来者トイレを設置して面会者への配慮を行うなど療養環境は整備されている。受動喫煙の防止に対する方針を明確にし、来院者への周知が適切に行われている。ニコチン依存症外来を開設し、禁煙啓発にも積極的に取り組んでいる。

4. 医療の質

院内に意見箱を設置し患者満足度調査を定期的実施して、患者や家族からの意見をもとに質改善に積極的に取り組んでいる。各診療科において症例検討会が行われており、CPC も年 3 回行われており適切である。クリニカルパス委員会が活動しており、バリエーション分析も行われている。自治体病院協議会の定めた臨床指標を公開しており適切である。PS 委員会が組織され、患者満足度調査が行われている点は評価できるが、病院機能評価における期中の確認についてさらに強力に取り組まれない。新しい医療技術や術式を取り入れる場合、倫理委員会において検討が行われている。また、そのような場合は外部のエキスパートを招聘する仕組みがあり適切である。

外来には当日の外来診察医師の氏名を表示し、病棟には責任医師・師長・薬剤師・退院支援者の氏名を表示している。医師不在時の代行医師は明確で、確実に伝達されている。医師は毎日回診し、師長はラウンドにより患者状態を把握している。医師の記載、看護師の記載ともに、診療録記載マニュアルに沿って適切に書かれている。手術・麻酔記録も適時に記載されており適切である。また、診療情報委員会において、定期的に質的点検が行われている。週 1 回以上多職種が参加する診療科別のリハビリテーションカンファレンスを実施しており、とくに外科と内科は定期的開催し、治療方針を検討している。そのほかにも NST、緩和ケア、摂食・嚥下などの多職種でカンファレンスやラウンドを行っており、チーム医療は適切である。

5. 医療安全

医療安全マニュアルで院内の医療安全管理方針は明文化され、適宜内容の見直し、修正が行われている。院長直下での安全に関する組織体制も適切であるが、専従の安全管理者の権限を行使できるよう、さらなるバックアップ体制を期待したい。日々のアクシデント・インシデントの報告はされているが、特に診療部門への働きかけを強化されるよう期待したい。患者確認は、患者本人から名前を名乗ってもらうことを原則とし、協力依頼の掲示を各所にしている。部位や検体誤認は指示票やリストにバンドによる照合を行っている。侵襲的検査や手術室ではタイムアウトを励行し、誤認防止に努め適切である。電子カルテを用いての指示出し、指示受けは手順に沿って適切に運用されている。パニック値については医師への報告のルールが定められ、病理検査や画像診断は、医師の既読確認を行っている。病棟に薬剤師が配置され、持参薬、薬歴管理、服薬指導、薬剤情報の周知、TMD などの業務を行っている。また、抗がん剤のレジメン管理、登録が適切に運用されている。入院時転倒・転落のリスク評価を実施し、危険度に合わせた看護計画立案につなげている。医療機器安全マニュアルを整備し、使用後や定期点検が行われている。職員の教育は採用時や必要に応じての出前講座を実施している。人工呼吸器等は毎日ラウンドしチェックリストによる作動確認を行い、看護師等との情報交換が実施されている。院内緊急コードは、昼間、夜間に分けて設定され、各所に掲示されており、救急カートの点検も適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

感染予防対策室を設置して、ICT、AST を構成、院内感染制御に取り組んでいる。感染予防対策委員会は、サーベイランスの報告や分析を受け、審議、決議を定期的に行っている。感染予防対策マニュアルが作成されて、職員に周知されており、取り組みは適切である。ICT は、定期的なラウンドや医療関連感染のサーベイランスにより、感染状況を早期に把握している。アウトブレイク発生時は ICT 緊急会議にて、迅速な対応が実施されており、地域の感染対策のレベル向上の為に院外研修会も開催しており、その活動は優れている。

標準予防策に準ずる院内感染マニュアルに基づき、実施されている。専従の ICN やリンクナースが中心になり、院内ラウンドを行い、評価・指導を行っている。感染経路別予防策が該当する病室のドアに掲示され、職員の周知を図っている。AST は毎週ラウンドを行い、病院内の感染症発生状況、抗菌剤の使用状況を詳細に把握している。感染情報の周知、抗菌薬使用に関する介入、医師への働きかけも良好である。

7. 地域への情報発信と連携

経営企画課を中心に情報発信活動を推進し、広報内容は広報委員会を定期的で開催して検討している。広報誌を定期的に発刊し、地域の医療機関や患者・住民へ広く配付している。またホームページを開設し、病院の特色や受診案内、診療科の紹介、診療実績などの情報を発信している。地域医療部を中心に「MSW 情報交換会」、医師向けの症例報告会、地域連携パス会議を定期的を開催し、ニーズの把握と情報交換の場を設けている。年間の紹介患者数は 9,000 人を超えており、社会福祉士、看護師、事務員が協力してスムーズな受け入れを行うとともに担当副院長が自ら開業医を訪問するなど積極的な連携に取り組んでいる。糖尿病教室や健康週間にちなんだポスター掲示、「健康福祉まつり」での出展および健康相談などを継続して実施している。また、地域巡回型の出前講座を実施し、病院の特色や地域医療に対する住民の関心を高めるとともに、医療専門職による講演やコンサルテーションを駆使して地域に向けた医療に関する教育・啓発活動に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はわかりやすく案内がされており、総合案内には看護師、事務職員が配置され、丁寧な案内や緊急性に応じた優先度の判断やトリアージも即座に行われている。患者相談への対応も適切に行われており、待ち時間調査の分析や取り組みなど、来院患者に対する円滑な受診体制は適切である。病診連携体制が構築されており、外来予約はスムーズに行われ、紹介状や問診票による患者情報は、電子カルテに掲載されて共有されている。必要な検査はルールに従って安全に実施されている。侵襲的な検査については、適切に説明と同意が行われおり、造影剤アレルギー対策や MRI 撮影の禁忌について防止対策がとられている。診療、入院基本方針をもとに、入院治療の判断がされており、医師の説明と患者・家族の同意により入院が決定されている。外来では患者の状況や希望を把握し、同意のもと病棟への

申し送りを適切に行っている。医師により入院診療計画書が作成され、看護師の記載を経て、患者および家族に説明、交付されているが、多職種の間での関与については今後の充実が望まれる。入院に際してはリスク評価が行われ、看護計画に反映されている。社会福祉士、看護師が相談に応じ電子カルテに進捗状況を記載し、情報を共有している。入退院支援センターで入院決定時に必要な事項・中止薬等の説明を行っている。入院当日は病棟看護師により入院オリエンテーションを行い、その後各種リスク評価を行っている。医師は、チーム体制で患者の診察を行い、病態の把握と治療方針の検討、診療録の記載を行っている。多職種参加のカンファレンスも積極的に開催され、情報の共有や治療方針への協力を図ってチーム医療を進めている。看護体制はPNS（パートナーシップナーシングシステム）方式がとられており、看護業務や診療補助業務は看護管理基準や看護手順などにに基づき業務を行っている。病棟に管理薬剤師を配置しており、全症例の服薬指導、薬歴管理、持参薬管理、医薬情報の伝達、TDM への積極的な関与、多職種との協働に取り組んでおり、投薬、注射の安全な実施が行われている。輸血に関する説明と同意は適切に実施され、クロスマッチは夜間・休日を問わずに可能となっており、投与中・投与後の患者の状態の観察も適切である。手術や麻酔の説明と同意の取得は適切に実施され、医師と看護師の術前訪問もなされており適切である。重症患者の管理は重症室にて行われ、責任医師が決められており、看護師も専従1名のほかに病棟からの応援体制があり適切である。入院時全患者へ、褥瘡アセスメントシートによるリスク評価を行い、看護計画に反映させ1週間後に見直しを行っている。ベッドマットは体圧式であり、必要時エアーマットを使用し、褥瘡発生時には皮膚科部長を委員長とした対策チームが介入している。全患者の栄養状態を評価し、栄養管理計画書を作成し、定期的に見直しを行っている。患者の嚥下状態にあった食事の提供や自助具の工夫なども適切になされている。症状緩和のマニュアルを整備し、WHO 方式のがん性疼痛治療に基づき疼痛緩和を行っている。療法士がリハビリテーション治療計画書を作成して、各種のリハビリテーションを急性期から適切に取り組んでいる。身体抑制の同意を得て抑制を開始しているが、医師の開始指示の明確化と、解除に向けたさらなる取り組みが望まれる。入院時より退院スクリーニングを行い、多職種で検討し退院支援を適切に行っている。患者・家族の希望に柔軟に対応して、訪問看護師・開業医・ケアマネージャーなどと連携し、在宅支援を行っている。ドクターカーによる在宅看取りは高く評価できる。病名や予後の告知は多職種のカンファレンスをもとに、患者・家族の意向を尊重し、慎重に実施されている。

9. 良質な医療を構成する機能

すべての病棟に病棟薬剤師を配置して、持参薬の管理をはじめ病院内の薬剤管理に取り組んでいるが、1 施用ごとの運用の徹底や疑義照会の把握について対応が望まれる。検査科では、検体検査、生理検査、輸血、細菌、病理を扱っており、外部精度管理も定期的に受けており適切である。夜間・休日の検査実施体制も整っている。24 時間体制で画像撮影、診断に取り組んでおり、遠隔読影を活用や非常勤の放射線読影医の協力により、読影率の向上に努めている。ダブルチェックの体制も

とられ、画像診断機能を適切に果たしている。安全・衛生管理が行き届いた環境で調理が行われ、選択食や行事食も充実している。管理栄養士が患者から直接要望を聴くなど、普段から食の改善に努めている。病院内のニーズに応え、各種（心大血管、脳血管、がん、呼吸器、運動器）リハビリテーションに取り組んでいる。疾患別プログラムの実施、評価を行い、有効性を示している。電子カルテシステムを中心に院内の情報が集約され、管理も行き届いている。データの活用方針は明確であり、実務や経営分析に利用されている。医療機器管理機能は、機器の一元管理が出来る見通しが出てきたため今後に期待したい。洗浄・滅菌機能は、全面委託で責任者を置き、一次洗浄も中央化されて、滅菌の質の保証は適切である。

常勤の病理医はいないが、週2回の非常勤の医師とテレパソロジーにより、毎日術中迅速診断が可能となっている。病理検体の保存・管理も適切である。放射線治療は、主科の医師、放射線治療技師、非常勤の放射線治療医の協力体制が築かれ、治療計画の立案、患者の説明、同意、治療の実施、計画線量の検証等が行われている。輸血の体制は、血液センターが遠方にあるため従来は在庫を多くもつ傾向にあったが、輸血委員会で在庫の適正化に取り組み始めている。地域の救急病院であり、緊急時の輸血に対応できるように工夫されており、夜間・休日の対応も適切である。手術に際しては、責任体制、スケジュール管理など、手術室情報管理システムが導入され、手術室の効率運用が計られている。麻酔記録は自動記録式となっており先進的である。麻酔科医、外科医、看護師が連携して安全に手術が行える体制ができている。重症患者の管理体制は、施設基準を満たすユニットはないが、院内3か所に重症室があり、看護体制の整備とともに入退室基準も決められており適切である。岐阜県東濃医療圏とその周辺地区の救急医療の最後の砦として少ない人員の中で断らない救急医療が行われている。当直医は、平日は1名であるが土日は2名であり、それに加えて産婦人科の医師が毎日当直している点は評価できる。また、すべての診療科に待機医が決められており必要時にはすぐ応援に来られる体制が整っている。

10. 組織・施設の管理

予算編成の手順は明確であり、予算・実績の推移が毎月の「病院会議」に報告され、収支改善の検討が行われている。会計監査も適切に実施している。再来受付機や自動精算機を導入し、待ち時間短縮を図っている。レセプトの点検体制、返戻・査定対応は適切であり、清算後に会計違算が生じた場合は適正な処理が行われている。未収金は手順に従って回収に努めている。施設基準の点検は関連部署が協力して行っている。業務委託の方針は明確であり、委託業者の選定は入札によって適正に行われている。委託業務の評価は業務日誌の確認や委託業者とのミーティングを通して行われているが、目標達成度や質改善の取り組みなど、より客観的な視点で評価されるとさらに良い。施設・設備の日常点検は「中央監視室」が24時間体制で日常点検を実施し記録を確実にしている。緊急時の連絡体制が確保され、夜間・休日の対応も迅速である。感染性医療廃棄物の処理は法令に従って適切に行われている。SPDによる定数管理システムを導入し、同一用途複数採用品の削減にも

取り組んでいる。定期的な棚卸と使用量データをもとに定数の見直しを行っている。

災害拠点病院に相応しい体制と機能を具備しており、DMAT を中心に広域医療支援や防災訓練等に積極的に取り組んでいる。災害時の電力や患者用食料・飲料水の確保は適切であるが、初動にあたる職員用の食料や飲料水も確保されるよう早期の検討を望みたい。専従の保安要員を常時配置し、院内巡視や夜間・休日の施錠管理を行い記録も確実にしている。院内暴力や職員に対するストーカー対策は警察OB と連携して対応している。医療事故発生時の対応手順については、医療安全対策マニュアルに明記され、事故の連絡体制、医療事故調査会の開催、原因究明と再発防止に向けた審議の流れ等が明文化され、職員に周知されているなど、医療事故等への対応は適切に行われている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、医科指導医 20 名、歯科指導医 2 名の体制で毎年研修医を受け入れている。臨床研修管理委員会において、質の向上に向けた検討を行うとともに他の専門職による多面的評価を実施している。看護師および薬剤師は、教育計画に基づく初期研修体制が確立しており、今後は、他の専門職も同様の体制となるよう期待したい。

実習生の受け入れに関する病院方針は明確であり、看護師、薬剤師ほか多くの専門職種の実習生を受け入れている。安全で効果的な実習が実現できるよう指導方法や評価方法が予め検討され医療安全・感染防止対策や接遇面のオリエンテーションにも力を入れている。実習契約書や誓約書が整備され、患者・家族への周知方法も適切である。

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
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	B
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	A
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	A
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	A
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	B
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	S
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	A
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	A

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	A
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	受動喫煙を防止している	A

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	A
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	A
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	A
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	A
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	A
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	A
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	A
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	A
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A
2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	A
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	B
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	S
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1	良質な医療を構成する機能 1	
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	A
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	A
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	A
3.2	良質な医療を構成する機能 2	
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	A
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	A
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	A
4.2	人事・労務管理	
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	A
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A
4.3	教育・研修	
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A
4.4	経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

4.5 施設・設備管理

4.5.1	施設・設備を適切に管理している	A
-------	-----------------	---

4.5.2	物品管理を適切に行っている	A
-------	---------------	---

4.6 病院の危機管理

4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	B
-------	-----------------	---

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

4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A
-------	-----------------	---

年間データ取得期間： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 2 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 総合病院 中津川市民病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 岐阜県中津川市駒場1522-1

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	360	316	+43	87.7	12
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					
総数	360	316	+43		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	24	+0
小児入院医療管理料病床	10	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	79	+39
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		
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

災害拠点病院(地域), DPC対象病院(Ⅲ群)

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

医科 ☒ 1) 基幹型 ☒ 2) 協力型 ☐ 3) 協力施設 ☐ 4) 非該当
 歯科 ☒ 1) 単独型 ☒ 2) 管理型 ☐ 3) 協力型 ☐ 4) 連携型 ☐ 5) 研修協力施設
☐ 非該当

I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無 ☒ 1) いる 医科 1年目： 5 人 2年目： 0 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

