

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10月29日～10月30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1898年に創業され、1961年には医療法人の認可を受け、100年以上の歴史を経て現在に至っている。また、1922年に現在地に岡波病院として移設され、継続的に施設・設備・医療機器等の拡充を図り、この間、救急告示病院、臨床研修指定病院、地域医療支援病院等の指定を受け、高度な診療体制の整備を進めてきた。病院の理念に“人々の健康と幸せのために、「人間としての愛」の精神をもって心からの医療と福祉を提供していきます”と掲げ、4項目の基本方針を明示し、中勢伊賀医療圏の地域中核病院として多くの住民から厚い信頼を受けている。

今回の医療機能評価受審は2005年の初受審以来、4回目の受審にあたり、病院管理者や幹部・スタッフが協働して組織的・継続的に準備に取り組み、訪問審査ではその成果を十分に発揮している。審査の結果、ほとんどの項目で水準を満たした適切な機能を維持しており、高い評価を得ている。総括や各領域の評価所見に記した内容を参考に、医療機能および質の向上に向けて、より一層の努力を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化し、院内外への周知に努めている。病院管理者や幹部は、将来展望と経営状況を職員に示し、担当業務の課題を把握し解決に努め、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や委員会運営は適切に行われており、中期計画と事業計画の策定、部署別年度計画作成と評価等を行う仕組みが確立している。電子カルテを導入し、情報システムや情報の管理、安全確保体制等を適切に整備している。文書管理規程に基づく公文書等管理体制を整備し、診療情報管理職務

分掌による診療関係書類管理を含め管理は適切である。

医療法等を満たす人員を配置し、年度要員計画と随時採用による人材確保体制があるが、薬剤師採用に向けた努力を期待したい。就業規則等の人事・労務管理体制、客観的なデータに基づく人事管理システム等を整備している。衛生委員会の実施、健康診断・労働災害等の管理体制、職場巡回、職場環境整備等の衛生管理体制は適切である。職員意見の聴取・反映体制や福利厚生施設・制度・活動等、魅力ある職場づくりを行っている。医療安全・感染対策研修会等の院内研修体制が整備されているほか、院外教育や研修参加と予算確保がされている。また、図書室機能を適切に整備している。全職員対象の人事考課制度があり、年2回の上司面接を通して評価し、能力把握・開発と育成を図っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利・責務を明文化しており、ホームページ（以下 HP）や院内掲示を用いて患者・家族に周知している。説明と同意については医療安全管理マニュアルに定め、また、書式を院内で統一し管理している。セカンドオピニオンについては、「入院のご案内」や HP に掲載し、申し出や対応の仕組みを説明している。入院診療計画書やクリニカル・パスの活用、医療情報棚の設置、ポスター掲示等で、患者の医療参加促進を図っている。相談窓口を設置し、各種相談、入退院支援、がん支援相談等に対応し、虐待対応指針・手順を適切に整備している。個人情報保護方針を明記し、USB の管理体制や廃棄 HDD の処理について定められているなど、プライバシー確保への配慮等は見られるが、パスワード管理については運用の周知徹底を望みたい。医療倫理委員会を設置し、臨床における倫理的課題に取り組んでいる。今後、多面的な倫理的課題について、対応方針が整備されるよう継続的な取り組みを望みたい。現場の倫理的課題には、多職種カンファレンスやチームで相談し、現場で解決困難な課題は、倫理コンサルティングチームへ諮る仕組みが整備されているので、活用を期待したい。

駐車場が整備され、駅と病院間の無料送迎バスを運行しているなど、来院時のアクセスに配慮している。また、院内にはコンビニエンスストアや、公衆電話、理髪室等を設置し、患者・面会者の利便性・快適性に配慮している。病院建物は順次、増改築されているが、高齢者・障害者に十分に配慮されており、利便性を維持するために工夫して整備されている。また、診療・ケアに適切なスペースを確保し、プライバシーや安全性にも配慮している。敷地内禁煙方針を掲げて、方針を HP や院内掲示、入院案内等に明示している。職員の喫煙率は経年的に減少しており、患者・職員向けの禁煙啓発活動もおおむね適切である。

4. 医療の質

相談窓口や意見箱、患者満足度調査等を通じて患者・家族の意見・苦情を収集し、手順に沿って検討し、回答を公開している。診療の質向上に向け、症例検討会や合同症例検討会、CPC の開催、クリニカル・パスの活用がされており、適切である。業務の質改善に向けて病院機能評価受審準備委員会を設置し、課題の改善を行

っている。また、サービス向上委員会が中心となって QC サークル活動や業務改善活動を行い、立ち入り検査指摘事項への対応等も適切である。新たな診療・治療方法や手術の導入、医薬品等の適応外使用等については、医療倫理委員会、薬事委員会、物品購入検討委員会で検討する仕組みがあり、経済的な支援、臨床研究支援体制も含めて適切である。

病棟での診療・看護等の責任・管理体制を確立し、主治医不在時の対応体制、外来の診療に関する責任体制も明確である。診療記録記載基準に沿って診療記録を記載する仕組みがあり、適切に記載されている。なお、診療録の質的点検については、仕組みの整備と医師による実施を期待したい。各種委員会や多職種チーム

(NST・緩和ケア・ICT・AST・褥瘡対策・安全管理・骨粗しょう症・脳卒中ケアなど)が定期的に活動し、活動内容を電子カルテに記載し、診療計画やケアに反映している。チーム医療の必要性を認識しており、専門性を発揮して、患者のケアに適切に取り組んでいる。

5. 医療安全

医療安全管理室に、専従看護師を配置している。医療安全管理室会議を週1回開催し、対応事例や議題の検討、データ分析を行っている。また、医療安全管理委員会、リスクマネージャー会議を設置し、適宜協議している。医療安全管理マニュアルは年1回以上、改訂し、院内 LAN 上で周知している。インシデントレポートは当事者が入力し、事例原因等はリスクマネージャーが確認し報告している。レポート分析を医療安全管理室で行い、医療安全管理委員会に諮っている。医療安全に関するニュースを随時発信し、注意喚起事項を周知している。

患者自身の名乗りを基本に、リストバンドの確認等で誤認防止に努め、手術室ではタイムアウト等を実施している。医師の指示出し、看護師の指示受けと実施を確認する仕組みがあり、口頭指示は手順に従って対応している。麻薬・向精神薬・ハイリスク薬の管理体制を整備し、カリウム製剤や抗がん剤の使用・管理も適切である。入院時に転倒・転落アセスメントシートで評価し、ハイリスク患者は看護計画に反映し、転倒・転落発生時の対応手順で対応している。臨床工学技士による職員への教育研修を徹底し、医療機器をマニュアルに基づき安全に使用している。院内緊急コードを設定し、患者の急変時対応について整備している。また、救急カートを院内で統一し、薬剤師、看護師が定期的に点検している。BLS 研修や ICLS 訓練も実施している。

6. 医療関連感染制御

感染対策室を設置し、専従看護師 (ICN) を配置している。ICT、AST によるラウンドを毎週実施し、その結果を毎月開催の感染対策委員会に報告および検討している。感染対策マニュアルを整備し、随時改訂を行っている。感染防止対策加算1の病院として相互評価や合同カンファレンスを行っている。感染管理システムを導入し、各種薬剤耐性菌を把握し、各種サーベイランスを行っている。また、アウトブレイク対応マニュアルを整備しており、発生時にも対応手順に基づき速やかに処理

している。院外での流行情報を収集し、院内に情報を発信している。

ICT が定期的にラウンドし、標準予防策の遵守や感染患者対応を確認している。手指衛生は、速乾式手指消毒剤の病室前配置と個人携帯で対応している。速乾式消毒剤の使用状況を把握し、新入職員にも教育を行っている。汚染リネン・寝具類の取り扱い、感染性廃棄物等の分別・管理も適正である。抗菌薬の採用・削除は薬事委員会で審議し、抗菌薬の適正使用に関する指針は「抗菌薬ガイドライン」として整備している。AST が主治医へ指導・アドバイスをを行い、特殊な抗菌薬は届け出制としている。院内のアンチバイオグラムを作成し、抗菌薬使用状況を医師へフィードバックし、手術開始 1 時間以内の予防的抗菌薬投与の実施率はほぼ 100% を達成している。

7. 地域への情報発信と連携

広報を地域医療連携室が担当し、患者・地域住民向けの広報誌「おかなみ」を発行し、院内情報を掲載している。HP を開設し、病院受診情報、機能情報、DPC データに基づく病院情報、診療実績等を適宜更新して掲載している。毎年、病院の各種活動を掲載した「業績集」を発行している。地域医療連携室に事務職員等を配置して、登録医療機関と連携している。CT・MRI 等の検査機器の共同利用を、HP を通して院外に働きかけ、紹介患者の電話予約受付を行い、来院時の紹介元への受診報告を FAX で実施し、情報提供を確実にし、紹介率 69%、逆紹介率 78% に達している。連携室職員が登録医療機関を対象に訪問活動を行い、施設側のニーズや要望に対する具体的な改善事例があるなど、医療関連施設等との連携は適切である。地域の健康増進を図る活動として、住民向けに、毎年市民公開講座を開催している。

「おかなみ出前講座」の講師として、看護師およびコメディカル職員を派遣している。そのほか、人間ドックを設置し、生活習慣病検診、がん検診、婦人科検診などの各種検診を行い、医療従事者対象のセミナーや勉強会を開催する等、地域向けの教育啓発活動は適切である。

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 HP 等によって案内され、外来問診票や紹介医からの診療情報提供書を活用して患者情報の収集を行っている。主治医は、診断的検査の必要性を検討の上、患者へ説明、同意を得て検査を実施している。侵襲的検査に関しては、さらに具体的なリスクに関する説明がなされ、検査施行時には医師が立ち会いのもと急変時対応に備えている。入院の決定は医学的な判断に基づき行われ、患者・家族の要望に配慮されている。また、毎朝ベッドコントロール会議を実施して空床状況を把握し、弾力的な病床の活用がされている。患者の病態に応じた診断・評価として、入院後早期に患者基本情報の収集と、必要に応じた各種リスク評価を実施し、結果を反映した入院診療計画・看護計画を作成している。医療福祉相談室を設置し、家族からの相談を受けている。相談の内容に応じて、院外関係機関やケアマネージャーなどと調整や連携をして対応している。入院が決定すると、外来において書類や入院時の必要物品について説明が行われ、入院後については病棟にて

オリエンテーションが実施されているなど、スムーズな入院に配慮している。

医師は毎日回診し、病態の把握、検査や治療の評価を行っている。また、基本方針を決定し、情報交換のために多職種でのカンファレンスを実施するとともに、患者・家族との面談を必要に応じて行っている。看護師は、看護チームカンファレンスや多職種合同カンファレンスを日々実施し、専門分野チームと協働して患者情報を把握し、適切なケアを行っている。薬剤投与に際しては6原則を確認し、抗がん剤とTPNは薬剤師が調製・混合している。輸血・血液製剤投与について輸血マニュアルを整備し、遵守している。また、輸血管理システムを活用しながら、血液製剤の認証や取り違え防止を実施している。手術に関しては、術前カンファレンスで検討し、必要性とリスクを十分に説明した上で、同意を得ている。麻酔科医あるいは手術室担当看護師は、全て術前訪問を行っており、術後の覚醒基準に沿って麻酔科医の判断のもと、帰室が許可されている。重症患者は、状態に応じて重症観察室で管理・治療しており、病入退室基準も明確になっている。

全患者を対象に褥瘡発生リスク評価を行い、対策の立案やマットレスの選択やポジショニングにより予防を実施している。また、サポートチームによるラウンドを実施し、病棟看護師とケアの妥当性について協議している。病棟に担当管理栄養士を配置し、入院早期に情報収集を行い、患者の症状に合わせた食事提供に努めている。また、患者の希望を取り入れた食形態、食器や自助具などを工夫し、適正に対応している。マニュアルに沿って症状などの緩和を実施しており、継続的なケアを行っている。がん専門看護師が中心となり、緩和ケアチームが介入し、多職種協働で症状緩和に努めており適切である。

主治医がリハビリテーションの必要性を判断し、指示を出している。また、各種計画書を作成し、早期より訓練を開始している。身体抑制は、リスクアセスメントの後に抑制の必要性と方法を検討し、医師の指示に基づいて、人権を尊重して実施している。必要性と解除の時期について、医師を含め多職種でカンファレンスを行い、できる限り早期に抑制が解除できるように努めている。全入院患者を対象に、退院支援スクリーニングを行い、介入が必要な患者には、早期に退院支援カンファレンスを経て、計画的な支援を行っている。訪問看護師やケアマネージャーと退院前カンファレンスを開催し、継続して診療・ケアを提供できるよう取り組んでいる。また、同法人内の施設と連携を取り、生活状況に応じた支援が確実に継続できる体制を構築するなど、適切に運用している。ターミナルステージ患者のケアについて、多職種カンファレンスを開催し、環境にも配慮した取り組みがある。

9. 良質な医療を構成する機能

良質な医療を構成する機能については、多くの機能で貴院の役割に相応しい責任と管理体制を整備し、適正人員を配置して機能を発揮されている。全病棟に薬剤師を配置し、全ての持参薬の鑑別と管理を行っているほか、処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会も手順に沿って行っており、薬剤管理機能は適切に発揮されている。臨床検査機能は、内部精度管理に加え、複数の外部サーベイ受審により検査精度の維持・向上に努めている。また、検査結果報告、異常値・パニック値の取り扱い、検査後

の検体取り扱い等を確実にしている。画像診断は受付から撮影、読影診断まで円滑に行われ、読影結果は電子カルテ上に報告されるなど、主治医の見落としがないように配慮されている。食事はワゴン型配膳車を使用して適時・適温に努め、病棟担当管理栄養士が毎日病棟を訪問しアレルギーや食形態への配慮など、患者の特性や嗜好に応じて対応している。リハビリテーションは、広範なニーズに対応し、患者の状態に合わせたリハビリテーションの実施に努めている。また、BIやFIMを用いて評価をし、状態に応じて実施計画を見直している。電子カルテシステムで、診療情報を一元的に管理し、診療情報管理士が全診療録の量的点検を確実に実施している。臨床工学技士は医療機器を一元管理し、日常点検を実施している。また、現場での管理についても看護師と臨床工学技士が協働して行っている。使用済み器材は中央材料室で一次洗浄を行っており、ワンウェイで運用されるなど、清潔・不潔が明確にされている。また、各種インディケータを実施し、滅菌の質の保証をしている。

病理診断報告書を電子カルテで閲覧でき、読影レポートを見落とさないように、未読・既読のチェックを臨床検査科技師長が行っており、安全な体制を整備している。輸血は24時間体制で対応し、管理も適切に行われている。また、マニュアルを遵守し、ラウンドを行うなど安全な実施に取り組んでいる。手術については、タイムアウトやガーゼカウント、サインアウトを実施し安全性を担保している。また、手術担当看護師は術前・術後訪問を実施し、患者情報や不安要因を把握している。救急患者への応需率は高く、365日断らない救急を目標に取り組んでいる。受け入れ手順が明確にされ、緊急入院・緊急手術にも確実に対応し、断らない救急の実践に努めている。

10. 組織・施設の管理

予算編成手順があり、病院会計準則に準じて財務・経営を管理している。毎月、幹部会議等で予算と実績を対比・評価し、監査法人による会計監査を受け、診療科別原価計算を実施する等、財務・経営管理は適切である。医事業務は、受付から収納まで一連の医事業務を手順に則って行っている。レセプトも医師による点検が行われているほか、査定・返戻対応未収金管理も手順に沿って適切に行われている。業務委託は管理体制および業者選定の手順などが明確にされ、業務内容の確認と評価が行われている。また、委託業者社員教育の実施、事故発生時対応体制なども定められ、適切である。

施設課が施設・設備を管理し、職員が日常管理、委託業者が大型施設・設備の定期・保守管理を担当している。院内は清潔が保持され、医療ガスの安全管理や、感染性廃棄物等の管理は適切である。医薬品・診療材料・医療機器・給食材料等は薬剤部・総務課・栄養科等を通して発注・検収し、在庫管理、実地棚卸、購入手順も明確になっている。

災害・避難マニュアルが整備され、避難訓練の実施や、緊急時対応体制が整備されている。また、自家発電能力の確保、患者用備蓄食品等の整備はおおむね適切である。保安業務の責任・管理体制が明確にされ、院内巡視やモニター監視による日

常・夜間管理体が実施されている。医療事故発生時の対応マニュアルや報告フローチャートを整備し、事故発生時の医療安全管理委員会や医療事故調査委員会の設置、発生時の対応体制が明確になっている。また、原因究明と再発防止に向けた組織的検討や対外的な対応手順も定められているほか、損害賠償責任保険に加入するなど、医療事故への対応は適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、臨床研修プログラムに基づいて研修を実施し、県内全臨床研修病院での研修を選択できる MMC 臨床研修プログラムにも参加している。看護部門では、年間の教育計画に基づき 4 段階に分けて、病院独自のチェックリストを使って、成長が目に見えるように工夫した仕組みがある。薬剤部門、臨床検査部門、画像診断部門、リハビリ部門 (PT・OT)、臨床工学部門、栄養管理部門等で新人教育計画に基づいて研修を実施しており、初期研修は適切に行われている。

実習受け入れ規則に基づき、医学生、薬学生、看護学生、臨床検査技師、PT・OT・ST、管理栄養士、医療事務の養成課程の病院実習を受け入れている。窓口を総務課人事係が担当し、養成学校と実習契約や覚書を締結し、院内規則遵守、個人情報保護の確約と予防接種およびワクチン接種状況等を確認している。職種ごとの実習カリキュラムを作成し、実習生や実習内容を評価している。医療安全や感染対策教育は、学校・病院で実施し、実習中の事故や損害賠償等にも対応する等、病院実習は適切に行われている。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1	患者の意思を尊重した医療	
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	A
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	B
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	B
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	B
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	A
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	A
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	A
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	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	A
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している	A
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	受動喫煙を防止している	A

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B
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	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1	良質な医療を構成する機能 1	
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	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	NA
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	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	A

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営と管理者・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	A
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A
4.3	教育・研修	
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	A
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	B
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	A
4.4	経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

4.5	施設・設備管理	
4.5.1	施設・設備を適切に管理している	A
4.5.2	物品管理を適切に行っている	A
4.6	病院の危機管理	
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	A
4.6.2	保安業務を適切に行っている	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： 2018年 4月 1日～2019年 3月 31日
 時点データ取得日： 2019年 10月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人 畿内会 岡波総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 三重県伊賀市上野桑町1734

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	335	326	+0	74.9	18.4
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	335	326	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床		
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	1	+0
人工透析	23	+1
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床	50	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等：

地域医療支援病院, 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： 3人 2年目： 3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

