

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11月9日～11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、2018年12月に病院の新築工事を完了し、施設・設備も一新し高度な医療機能と患者にとって快適な空間を提供している。病院の位置する鳥取県東部のみならず県内および山陰地方の基幹的な病院として高度医療、がん診療、高度救急医療、周産期医療などの医療提供を行っている。機能的には、地域医療支援病院、基幹災害拠点病院、へき地拠点病院、救命救急センター、がん診療拠点病院、周産期母子医療センターなど多くの指定を受け、地域および県民の貴院に対する期待および信頼は大きく、日々その負託に応えるべく努力を重ねている。

病院長は2020年4月に着任し、日も浅いが業務改善や働きやすさ改革、広報戦略など7項目のタスクフォースを立ち上げ、その達成に向けて様々な取り組みを開始していることは評価したい。病院の中・長期計画の実現や院長が掲げるタスクフォースは全体計画のみでなく、それに基づいた各部門の具体的なアクションプランとその実行があつてこそ目標や計画が達成・実現できるものであり、計画や戦略が数値なども含めさらに具体的に示され、達成度評価などによりPDCAサイクルの展開により組織運営がさらに効率的に行われることを期待したい。今回の病院機能評価の更新受審が、貴院のさらなる質の向上やチーム医療の推進に資することができれば幸いである。また、貴院が「高度急性期病院」として益々発展されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は分かりやすく明文化されており、内容の検討についても適切に行われている。院内外への周知も適切である。年度当初に病院長自ら将来に向けたミッションを提示し、課題解決のためのタスクフォースを立ち上げている。病院幹部は会議や委員会に積極的に関与し、職員の就労意欲を高めるための検討にも前向きに取り組んでいる。組織図および職務分掌規程によって部門・部署の役割が明確であり、意思決定会議である「経営管理会議」をはじめとする会議体や各種課題を検討する委員会が適切に設置されている。情報管理に関する病院方針は明確であり、各種データの管理方法やルール等は規程を定めて厳格に運用している。各種データは、医療の質や安全性の向上、経営の効率化等の改善に活用している。業務に使用するマニュアルや様式類は、院内ポータルサイトよりダウンロードする仕組みとなっており、新版と旧版が混在することはない。今後は、最終承認者や改訂履歴が一覧できる仕組みを整え、文書体系の全容が把握できるよう検討を期待したい。

人事・労務管理は人材の確保・育成、職員の衛生管理、福利厚生なども含めて適切に実施されている。職員の教育・研修は、年度計画に沿って各種研修を実施している。医療安全対策や感染制御に関する全体研修は複数回実施する他、eラーニングを活用して受講率向上に努めている。図書室は24時間利用でき、各種文献検索も随時可能となっており適切である。医師を含む全職員に人事評価制度を適用している。専門資格の資格取得に対する病院方針は明確であり、積極的に資格取得を推奨している。「トレーニングラボ室」を設置し、各種シミュレーターは院外の専門職も利用が可能となっており評価できる。

3. 患者中心の医療

病院の基本理念と運営方針に沿った「患者の皆様への権利」と「患者の皆様へのお願い」を明文化しており、患者・家族や職員への周知に努めている。診療記録の開示請求についても、原則すべて開示している。説明と同意に関する指針と手順は明文化され適切に実施されている。患者との診療情報の共有や医療への患者参画の促進は、クリニカルパスや疾患に関する書籍の配備など様々な取り組みや工夫が行われている。患者支援体制は、患者支援センターで多様な相談に対応し院内外との連携を図りながら適切に行われている。個人情報保護およびプライバシーの保護は規程が整備され現場での対応も適切である。臨床における倫理的課題については、指針を作成し検討の実績もあるが記録の充実を望みたい。現場での倫理的課題については看護部を中心に検討・対応されている。

病院施設・設備は新しく整備され、患者・家族に快適な空間が提供されている。院内コンビニエンスストアやレストランの設置などの利便が図られており、障害者、車椅子対応についても適切に配慮がなされている。療養環境については病室、デイルームなど患者が利用するスペースも広く確保され寝具類の清潔や適切なベッドマットの提供など快適な環境が提供されている。受動喫煙防止対策については敷地内禁煙が実施され禁煙外来の実施や職員教育・研修など啓発・教育は適切に実施されている。

4. 医療の質

患者意見箱の設置や患者満足度調査の実施、結果の分析・検討は適切な対応がなされており改善に活かされている。診療の質向上については、各診療科の定期的な症例検討会の他、多職種・多診療科が参加するカンファレンスを開催している。臨床指標については、がんの診療実績などを収集して検討している。クリニカルパスについても、300種類以上を作成して適用し、適時に見直しを行っている。今回の病院機能評価の更新受審にあたって、多くのマニュアルの見直しを行うなど、業務の質改善に対するさまざまな取り組みを行っている。また、患者サービス委員会が、その他の質改善に取り組んでいる。各種立入検査の指摘にも適切に対応している。今後は業務改善タスクフォースおよび働きやすさ改革タスクフォースの活動が期待される。新たな診療・治療方法や技術を導入する場合や臨床研究を実施する場合には、申請に基づいて検討した上で許可する仕組みがある。高難度新規医療技術評価委員会における検討活動の一層の充実については今後の課題である。

診療・ケアの管理・責任体制は明確になっている。診療記録は、マニュアルなどのルールに基づいて、適時に記録・記載されている。同意書などの用紙も適時にスキャンして保存している。診療記録の質的点検も適切であるが、略語の記載ルールについては、今後の課題である。病棟における多職種カンファレンスは定期的で開催され、協働してチームで患者の診療・ケアの向上が図られている。各チーム活動においては感染管理、AST、NST、褥瘡、緩和ケアなど多くの横断的チームが編成され活動しているが、チームの組織上での位置付け、構成員、活動内容などの明確化を期待したい。

5. 医療安全

医療安全の組織は医療安全管理委員会、医療安全推進担当者会議からなり、医療安全管理者の権限も明確にされている。病院長直轄の医療安全対策室が設置され副院長を室長とし、看護師の専従医療安全管理者を配置している。マニュアルも適宜改訂され、毎年多くの職員を医療安全担当者研修参加で育成し適切な組織作りを行っている。アクシデント・インシデントは当該部署で分析、再発防止策を検討し、重要な報告は医療安全推進委員会や医療安全管理委員会で検討している。再発防止策の周知も適切に行われている。

患者誤認防止、部位誤認防止、検体取り違い防止、チューブ類の誤認防止、手術室内での安全確認などは適切に実施されている。情報のエラー防止対策については、電子カルテによるオーダーリングシステムが導入され、指示出し・指示受け・実施・確認の一連の流れは適切である。口頭指示は院内統一書式で運用されており実施後の医師の確認、カルテ記載も確実に実施されている。パニック値の伝達もルール化されている。麻薬等は適切に保管・管理され、ハイリスク薬の注意喚起も適切に行われている。重複投与、相互作用、アレルギーの情報はシステムで管理され、画像検査前の造影剤アレルギーなどの事前チェックを行いリスク回避にも努めており、薬剤の安全な使用に向けた対策は適切に実践されている。転倒・転落防止対策は、入院時に全患者に対して転倒・転落アセスメントを行い、一定リスク以上の患

者に看護計画が立案され対策を実践している。医療機器の安全使用は医療機器使用マニュアルを整備し、病棟で使用する人工呼吸器、輸液ポンプ・シリンジポンプ等は中央管理し、臨床工学技士により点検・整備されている。使用する職員への教育・研修も適切に実施されている。患者急変時の対応は緊急招集システム「コードブルー」の設定を行い、コードブルー召集後は振り返りを行い診療会議等で情報共有している。救急カートは小児と成人の2種類を必要な部署に設置している。AEDも必要部署に設置しBLS・AEDの訓練を定期的に全職種対象に行っている。ICLSも積極的に受講し急変時の対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、病院長を委員長とする感染防止管理委員会が毎月開催され、院内感染に関する情報共有と協議を行っている。ICT、ASTは毎週多職種で会議を行い院内感染・耐性菌検出状況、抗菌剤適正使用の鑑査を行い、関係部署へ通知・指導すると同時に、速やかに電子カルテ上で全職員へ周知している。院内での感染発生状況はICTが速やかに把握し、院外での感染症流行状況については保健所も参加した近隣の10病院での情報交換を行っている。ターゲットサーベイランスは、VAP、UTIは行われておらず、今後さらに感染制御対策を充実していく上では、高度急性期病院として重要な感染症に対してさらにターゲットを広げていくことが望まれる。

医療感染制御活動は標準予防策として速乾式消毒剤は各病室前に取り付け、標準予防策の遵守状況はICTラウンドで確認し各部署にフィードバックしている。PPEはすぐ使用できる場所に準備し、感染性廃棄物および血液、体液の付着したりネン・寝具類の取り扱いも適切である。

抗菌薬適正使用については、抗菌薬マニュアルが整備されている。ASTは毎週カンファレンスを行い、院内での抗菌薬使用状況を把握し、必要に応じて医師へ提案を行っている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページ、広報誌や病院年報等によって行っている。広報誌は最近初版が発刊されたところであり、地域の医療機関や患者・家族に有益な情報提供ツールとして継続した発刊を期待したい。ホームページは、適時更新され診療実績や病院情報等、地域への情報発信は適切に行われている。地域連携機能は、患者支援センターに地域連携部門を設置し、地域における地域医療連携の中核的な役割を果たし、市内の主要な6病院との情報交換、がんセミナーの開催やCPCの公開など、医療関連施設等と適切に連携している。地域へ向けた教育・啓発活動は、手術や疾病に関する市民講座や院内での糖尿病教室の開催などが行われている。地域では認定看護師による講演や助産師による学校での性教育の実施などの活動を行っており、医療に関する教育・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

外来患者が円滑に診療を受けられる体制は、総合案内、診察順番表示装置の設置、看護師によるトリアージなどで適切に運営されている。紹介患者の円滑な受け入れは、患者支援センターにより実施されている。外来では情報収集、医師の診察、患者へ説明と同意、安全対策などのプロセスを適切に行い、ろうあ者、外国人への対応も整備されている。医師は、医学的根拠に基づいて個々の患者に対するリスク評価を考慮した上で、診断的検査の必要性を判断して実施している。侵襲性の高い検査については説明書を準備し、書面で説明して同意を得ている。入院適応は、必要に応じて他診療科の医師とも協議し医学的に判断している。入院の決定は患者への病状説明と同意を得て行っている。医師は医学的な診断・評価に基づき入院診療計画書を速やかに作成している。転倒・転落等リスク評価は看護師が行い、社会的背景に配慮しながら入院診療計画書に反映している。

医師は病棟回診を毎日行い、治療の進捗状況を把握・評価の上、患者・家族と情報共有を行い、診療録の記載等を行っている。患者・家族から病状説明の要請があれば、速やかに行っている。看護師の病棟業務は看護基準・手順に基づき適切に行われており、患者基本情報の収集と支援、他部署との連携も適切である。また、病院の機能に必要な専門および認定看護師を育成し適材適所に配置している。薬剤師は全入院患者の薬歴管理と服薬指導を行い、電子カルテにより情報共有・活用している。処方薬は、投与中・後の観察、服薬確認も手順に沿って適切に実施している。輸血については主治医がその必要性やそのリスクを検討の上、患者に説明し、同意を得て実施している。輸血の手順や患者観察、観察記録、副作用が発生した場合の把握・報告ルールも適切である。手術適応や適切な術式・麻酔の選択については、術前に各診療科で検討し、主治医が患者・家族に説明して同意を得ている。深部静脈血栓症予防、ガーゼ類の体内残存防止対策、退室基準の遵守も確実である。成人の重症患者はその病状に応じ、ICUやHCUで適切に管理しており、新生児の重症患者については、NICU・GCU・小児病棟が連携して管理している。これらの重症患者に対して、多職種が日常的に協働し、関与する体制がある。

褥瘡予防は、患者全員にリスク評価を行い、マットを選択し、リスクの高い患者、褥瘡発生患者は皮膚科医師や認定看護師を含む多職種で構成された褥瘡対策チームが介入し治療・ケア方法を支援している。栄養管理と食事指導では、栄養状態がアセスメントされ患者に見合った栄養管理が行われている。症状緩和については基準・手順が整備され適切に実施されている。リハビリテーションについては、病態に応じ、医師を中心に多職種で患者の社会的背景や要望に配慮しながら実施計画の設定・立案を行っている。実施計画書は多職種で協議の上作成されているが、リスク評価については安全に配慮した評価や記載を期待したい。身体抑制は原則行わないとしているが安全確保のためにやむを得ず実施する場合は適切に行っている。

ターミナルステージの方針は明確で、院内基準により多職種で判断して患者・家族の意向を尊重し診療チームや緩和ケアチームを中心とした多職種でケア介入している。必要があれば、緩和ケア病棟に転棟も可能である。臓器提供意思の確認と対応も適切になされている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、病院全体の医薬品の品質管理、持参薬の鑑別、医薬品情報の収集・提供、処方鑑査・疑義照会、調剤鑑査、副作用の把握等を適切に実施している。臨床検査機能については、院内で迅速に検査を実施できる体制を整えており、救急診療に必要な検査も24時間365日提供可能である。パニック値検出時の報告手順や検体の保存や廃棄のルールも遵守している。画像診断機能は、休日・夜間も含め、必要時には速やかに診断が行われている。画像所見の未読は電子カルテで確認でき、さらに月1回の監査で未読に対しては医師へ伝達している。栄養管理機能は新築された施設で清潔管理が行き届き、温・湿度管理も適切である。化学療法等で食欲不振患者に対するメニューの工夫などは評価できる。リハビリテーションの必要性は主治医を含め多職種でカンファレンスを行い、確実に行われている。年間を通して継続したリハビリテーションを行っており適切である。ICUにおける早期リハビリテーションも積極的に行われ、評価できる。診療情報管理機能は規程が整備され病歴管理、量的点検など適切に行われている。医療機器管理は呼吸器・輸液ポンプなど生命維持に必要な機器の一元管理を実施しているが、さらなる徹底を期待する。洗浄・滅菌は全面委託で、回収から洗浄・滅菌・部署への払い出し等全て中央化している。滅菌効果の確認も適切に実施されている。

病理診断部門は、常勤医師と細胞検査士の資格を持つ臨床検査技師により運営している。診断は院内でダブルチェックしており、診断困難な事例は、他の病理医と協議する仕組みがある。また、病理医は剖検やCPC、研修医の教育にも積極的に取り組んでいる。放射線治療は適応や治療計画は複数診療科とカンファレンスで決定している。治療計画の作成や計画線量の確認は放射線治療医と医学物理士や放射線治療品質管理士が協働で行い、精度管理、機器の保守・点検も定期的に行っている。輸血用血液製剤の発注から検収・保管・使用までの業務は適切であり、血液製剤は専用保冷庫・冷凍庫で適切に保管・管理している。返品についてもルールを定めて遵守している。また、輸血委員会で、血液製剤の使用状況の検証を定期的に行っている。手術・麻酔部門では、全身麻酔での手術を年間約2,500件行っている。各診療科医師と麻酔科医師、手術室看護師が調整して、手術スケジュール管理を適切に行っており、薬剤や各種医療機器についても、担当職種が適正に管理している。手術中の観察、手術終了後の覚醒・帰室の判断や、手術室でのタイムアウトについても確実である。NICUとGCUは小児病棟、産科病棟、MFICUとともに、5階フロア全体で一体運用しており、地域で中心的な役割を果たしている。成人についても、ICU、HCU、救急病棟をベッドコントロールしてスムーズな運営を行っており、多職種で連携しながら確実な集中治療機能を発揮している。救急医療機能は、救命旧センターが設置され、各診療科の医師および看護師が協力して24時間365日診療可能な体制を整備している。さらに、虐待に対応するマニュアルを整備し、疑われる事例には適切に対応している。

10. 組織・施設の管理

地方公営企業法および財務規程等に基づいて会計処理は適切に行われ、会計監査も適切に実施されている。経営状況は経営管理会議等で予算の執行状況や前年度、前々年度との経営状況比較および各種医事統計等が報告・把握・分析されている。医事業務は、全面委託にて実施され未収金の対応も適切である。業務委託の検討および業者選定は業務の遂行能力や経済原理などに基づいて行われており、委託業務の実施状況把握と評価は部署の担当者により適切に行われている。

施設・設備の管理は職員が毎日24時間常駐し、保守および点検は適切に実施されている。緊急時の対応も定められている。廃棄物の回収・処理も適切実施されている。物品管理は委託業者によるSPD管理方式により行われ、新規材料導入時は組織的な検討体制がある。ディスプレイ製品の再利用は行わない方針である。基幹災害拠点病院でありDMAT5チームを有し、災害訓練も行われている。備蓄倉庫が完備され、必要な物品が保管されている。保安業務は委託により適切に実施されている。医療事故への対応は、対応手順を明文化し、要因分析や再発防止策を組織的に検討する仕組みを整備している。紛争に発展する場合は、県病院局や顧問弁護士と連携して対応する体制となっている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院であり、1、2年目の研修医が12名ずつ在籍している。医師の初期研修は、臨床研修管理委員会のもとでプログラムに沿って実施されており、臨床研修委員会や症例検討会等を通じて、研修医と指導医との意見交換を図っている。また、指導医やプログラム責任者が定期的に研修医と個別面談を行い、要望等を聴取している。看護師や薬剤師など医療技術職についても初期研修プログラムが策定されているが、全職種について目標の達成期間などの明確化を期待したい。学生実習の受け入れは、体制を整備し、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、放射線技師、リハビリテーション療法士等の養成課程から実習生を受け入れており、医療安全管理、感染管理、個人情報保護などに配慮しながら、カリキュラムに沿って実習や評価を適切に行っている。

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
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
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	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	B
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	B
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	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	A
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	A
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B
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	B
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	B
4.2	人事・労務管理	
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	A
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	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	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： 2019年 4月 1日～2020年 3月 31日
 時点データ取得日： 2020年 6月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 鳥取県立中央病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 都道府県
 I-1-4 所在地： 鳥取県鳥取市江津730

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	504	498	+81	74.3	13.1
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	10	10	+0	7.2	36.2
感染症病床	4	4	+0	0	0
総数	518	512	+81		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床	20	+6
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)	22	+6
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	22	+11
人工透析	6	+1
小児入院医療管理料病床	40	+1
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	20	+20
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (基幹), へき地拠点病院, 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (Ⅲ群), 地域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： 13人 2年目： 13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

