

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 9 月 28 日～9 月 29 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、1946 年に開設された。その後、診療体制の整備を重ね、地域に向き合った医療提供体制を構築し、2013 年に現在地に新築移転した。

現在は、救命救急センター、地域医療支援病院、地域中核災害拠点病院、愛知県がん診療拠点病院、臨床研修病院などの指定を受け、地域を支える基幹病院として安全で信頼される医療の提供に日々尽力している。今回の病院機能評価の受審結果を踏まえて、一層の医療の質の向上に取り組まれることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、明文化されている。院内掲示、入院案内、病院案内、ホームページ等で院内外に周知している。病院管理者・幹部の病院運営に関するリーダーシップでは、病院長は、当該年度の病院の目指す方向性を、科長会議で発言し、イントラネットの掲示板で全職員に向けて発信している。病院幹部職員は各会議や委員会に適切に参加している。働きやすい職場環境の醸成、経営基盤の安定化や人材育成などを課題に掲げ、リーダーシップを発揮しながら組織運営を行っている。効果的・計画的な組織運営は、病院の意思決定会議は執行部会である。病院機能に応じた会議や委員会が整備されている。各診療科や部署は、病院の年次事業計画をもとに具体的な活動内容や目標値を掲げた計画を作成し、実績確認を年度末に行っている。情報管理に関する方針は、医療情報活用方針を明文化している。システムの導入・更新等は計画的に実施され、情報管理も適切に行われている。文書管理は、文書管理規程に従って行われている。

人材確保は、年度ごとの採用計画を立て、採用活動を行い、おおむね人材は適切に確保できている。人事・労務管理は、就業規則などが定められている。さらなる時間外労働の抑止に向けた取り組みがあれば良い。職員の安全衛生管理は、労働安全衛生委員会を毎月開催し、年1回院内ラウンドを行い労働作業環境の確認を行っている。全職員は健康診断を確実に受診しており、非常勤医師の受診結果も収集・管理している。各種労働災害発生時には適切に対応している。職員にとって魅力ある職場づくりは、職員満足度調査を毎年行い系統的な満足の度合いを確認している。また、2019年より病院職員意見募集制度を開始し職場環境の改善などの要望に対応している。

職員への教育・研修は、全職員対象に医療安全、感染防止、倫理、接遇、情報セキュリティ等の研修を年間で計画的に行っている。参加率向上に向けた取り組みが望まれる。職員の能力評価・能力開発は、医師を含め全職種対象の人事評価制度があり、目標管理を行いながら能力の評価や開発を進めている。職種ごとに階層別に求める知識やスキルをまとめ、役割の明確化や能力向上を図っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、明文化している。ホームページ、入院案内などへの掲載や玄関フロアなどに提示し周知を図っている。説明と同意は、医療行為の「説明と同意」に関する基本方針が定められている。同席や同意書を必要とする治療や検査等の取り決め、同意書の書式の統一などについて検討を望みたい。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、医療への患者参画を促進する姿勢を明瞭にしている。患者支援体制は、相談室を設け個別の相談に対応している。相談内容に応じて振り分けを行い、医療安全管理センターや専門職種と連携している。患者の個人情報保護は、個人情報保護方針や利用目的を明確化し、入院案内、ホームページ等で院内外に周知している。情報セキュリティポリシーに基づき、システムや情報を管理している。電子カルテから診療情報等をダウンロードする際のプロセスの検討と情報セキュリティの強化が望まれる。患者のプライバシーには、外来診察室での患者呼び込みや会計での患者表示は番号を用いるなどの配慮をしている。

臨床における倫理的課題への取り組みは、臨床倫理委員会が検討している。多職種による検討をより推進するために、臨床倫理コンサルテーションチームが発足したので、継続的な活動を期待したい。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、臨床上の日常的な患者・家族の抱える様々な倫理的な課題については、医師、看護師、医療ソーシャルワーカーなどの職種が参加する病棟カンファレンスで検討している。当該部署で解決困難な事例の場合には、臨床倫理コンサルテーションチームで検討する仕組みがあり、相談に対応した実績もある。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は、最寄りの駅から徒歩圏内にあり、路線バスおよび巡回バスの停留所もある。患者用駐車場を確保している。院内サービスとして、コンビニエンスストアなどを整備している。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、院内はバリアフリーで車椅子での移動が可能である。洗面・整容設備も車椅子で利用できる。介助が必要な来院者は、職員およびボランティアが対応

している。療養環境は、外来診療や病室の療養スペースを十分に確保し、病院全体が安全で患者がくつろげる環境を整備している。受動喫煙の防止は、敷地内禁煙であり、入院案内、ホームページ、院内掲示等によって周知している。

4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善は、メッセージボックスを設置し、投書内容と対応策は院内に掲示するとともにホームページでも公開している。スマートフォンによる意見受付窓口も整備しており評価できる。外来および入院患者の満足度調査を実施している。診療の質向上に向けた活動は、症例検討会はカンファレンスが開催され、医師、看護師を中心に多職種が参加している。クリニカル・パスのバリエーション分析を行っている。DPC データに基づいた指標を中心にホームページに掲載している。自院の改善につながる臨床指標を再考し、それらの結果の分析や他施設との比較により、さらなる質の向上を目指す取り組みを検討されたい。業務の質改善は、5S 活動、安全管理活動や病院機能評価更新の準備活動を組織横断的に行っている。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入は、倫理的課題がある場合は臨床倫理委員会で審査され、医療安全管理センターを経て最終的に執行部会で審議・決定する体制である。

診療・ケアの管理・責任体制は、各病棟に責任者である医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・退院調整看護師・医療ソーシャルワーカーの氏名を表示している。主治医不在時の責任体制も明確になっている。診療記録の記載は、医師・看護師は、患者の病状に応じて、必要な医療情報を毎日遅滞なく記載している。質的点検の件数や点検項目の充実を図り、点検結果をフィードバックすることで記録の質向上につなげることが望まれる。多職種が協働した患者の診療・ケアは、緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、認知症サポートチーム、呼吸サポートチームなどの専門チームが組織され、専門的な支援を行う仕組みを整えている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全と感染制御を統括する医療安全管理センターを設置している。医療安全管理者には必要な権限を付与している。医療安全管理委員会とその下部組織にセーフティマネージャーWG を置き、安全カンファレンスで情報共有・分析・検討を行っている。医療安全対策マニュアルは適宜改訂している。安全確保に向けた情報収集と検討は、インシデント・アクシデント報告は医療安全管理センターが集約する仕組みである。当該部署のセーフティマネージャーが事例を分析し対策を検討している。その後さらにセーフティマネージャー部会や医療安全カンファレンスで再検討され、最終的に医療安全管理委員会で議論し全職員に周知している。

患者・部位・検体などの誤認防止は、患者確認は、フルネームと生年月日の名乗り、リストバンドなどで実施している。検査や治療部位の確認は適切である。情報伝達エラー防止は、医師からの指示は電子カルテの指示オーダーシグナルに反映され、看護師は定期的に確認し、指示を確実に実施している。パニック値は院内で基

準を定め、休日も含め直接医師に伝達するルールである。画像レポートや病理所見の未読があると、電子カルテ立ち上げ時に通知される仕組みになっている。口頭指示の運用についてマニュアルに明文化することを望みたい。薬剤の安全な使用は、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ている。抗がん剤はがん化学療法プロトコールWGで協議し、レジメン登録してあるもの以外の使用は認めていない。職員が不在になる時間帯がある部署での向精神薬の管理について検討されたい。転倒・転落防止は、入院当日全患者に転倒・転落危険度についてアセスメントを行い、危険度レベルにより計画を立案し実施している。転倒対策チームが年間を通し活動を行っている。医療機器の安全な使用は、医療機器を使用する職員の教育・指導を実施している。医療機器ごとの使用マニュアルがあり、生命維持装置の使用中は看護師が毎日観察表を用いて記録し、臨床工学技士がラウンドで確認を行い適切である。患者等の急変時の対応は、緊急コードを設定している。BLS・AED訓練は新採用職員入職時には100%実施している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、医療安全管理センター内に感染対策グループを置き、専従ICN、兼任ICDを配置している。院内感染対策委員会を設置し毎月開催している。実践チームとしてICTを設置している。ICTは毎週ラウンドを行い、マニュアルの遵守状況などを確認している。関連するマニュアルは定期的に見直し、必要に応じて改訂している。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、院内での耐性菌発生状況はICTが常に把握しており、耐性菌出現時は直接担当医へ報告する仕組みである。最近の院内感染発生状況やアンチバイオグラムは電子カルテ上で全職員が閲覧できる。アウトブレイク発生時はICTで協議し対策を立案している。ターゲットサーベイランスは中心静脈ライン、手術部位感染などで行っており、JANISへは全入院部門、検査部門、手術部位感染部門で参加している。

医療関連感染を制御するための活動は、手指消毒剤は病室前や電子カルテワゴンなどの要所に設置している。個人防護服の着脱訓練を行い、ラウンドで確認、指導を行っている。透析室の使用済みダイアライザーの廃棄方法は、運用の見直しを望みたい。抗菌薬の適正な使用は、適正抗菌薬使用ガイドラインを整備している。院内の抗菌薬使用状況はASTが全て把握しており、必要に応じて主治医へ提案している。抗MRSA薬やカルバペネム系薬の使用は届出制とし、5日以上継続投与の場合ASTで検討し、必要に応じて医師に提言している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、病院案内やホームページで行っている。診療実績、臨床研究実績一覧等をホームページで公開するとともに、年報にも掲載している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携は、地域の医療関連施設等のデータを収集している。「豊川市民病院地域医療連携システム」により地域医療機関と患者情報を共有している。紹介患者の受け入れや逆紹介の手順を明確にして、情報を一元管理している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、地域

住民向けの市民健康講座等を定期的に行っている。中学校での職業講話なども実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるよう、受診に必要な情報はホームページで案内し、院内は初診や紹介受付、会計等のサインも大きく分かりやすく表示している。総合案内で来訪者からの問い合わせや受診相談等に対応している。緊急性のある患者のトリアージを行っている。患者待ち時間を定期的に調査している。外来診療では、患者・家族への説明は医師が行うが、必要時は看護師が同席し、特に侵襲性のある処置や検査については、医師の説明後に看護師が補足説明している。診断的検査は、必要性和リスクを十分説明し同意書を取得している。患者の安全対策や緊急時の対応手順を整備し、必要部署には救急カートを配備している。入院の決定は、各診療科で協議の上、医学的判断のもとに行っている。患者サポートセンターの入退院支援グループが情報を一元的に把握し、個室希望などの要望に配慮して病床を決定している。診断・評価の実施と診療計画の作成は、医師は医学的な診断・評価に基づき、治療方針を診療録に記載すると同時に、多職種と協働して患者の病態や個別性に対応した入院診療計画書を速やかに作成している。入院後も定期的に多職種でカンファレンスを行い、必要に応じて入院診療計画書の見直しを行っている。患者・家族からの医療相談は、患者サポートセンターの患者相談グループが対応している。相談内容に応じて専門性を持ったスタッフが対応している患者が円滑に入院できるよう、入院決定後に外来看護師が患者用クリニカル・パスを用いて説明を行い、その後患者サポートセンターの看護師と事務職員が入院説明室で、入院案内を用いて入院生活に関する入院前説明と書類手続きなどの説明を行っている。

医師の病棟業務は、回診を毎日行い、治療の進捗状況を把握・評価の上、病棟看護師や患者・家族と情報を共有し、必要な指示出しや処置、診療録の記載を行っている。診療科内および多職種でのカンファレンスを定期的に行い、患者の治療方針などの情報共有を行っている。看護師の病棟業務は、様々なリスク評価や、データベースから看護問題を抽出し看護計画を立案し実践している。病棟では、様々なカンファレンスを多職種で行っている。投薬・注射の確実・安全な実施は、薬剤師は持参薬を含め入院患者の薬歴管理と服薬指導等を行っている。投薬時には、看護師がリストバンドおよびフルネーム呼称で患者確認し誤認防止に努めている。抗菌薬・抗がん剤などは、投与方法・投与量・速度をダブルチェックし、テンプレートを用いて一定時間ごとに患者の状態を観察している。輸血・血液製剤投与の確実・安全な投与は、輸血実施前には患者氏名、輸血の種類・型・ロット番号などを電子カルテの認証システムを利用しながらダブルチェックし、投与開始から投与後の患者の状態・反応を観察・記録している。周術期の対応は、手術の適応は各診療科カンファレンス等で検討・決定し、主治医から患者・家族に手術適応や方法、合併症、輸血の必要性等を説明し、同意を得ている。麻酔科医と手術室看護師は術前・術後に訪問し、術前診察では患者の病態やリスクを検討して全身状態を把握している。

患者の搬送時の安全性確保に向けた配慮も適切である。重症患者の管理は、重症患者は救急病棟、集中治療病棟で治療を行い、退室後も重症度に応じた病床を選択して継続的に治療を実施している。

褥瘡の予防・治療は、全入院患者に褥瘡危険因子評価表を用いリスク評価を行っている。リスクのある患者は褥瘡対策計画表を作成している。褥瘡発生時は皮膚・排泄ケア認定看護師に連絡している。状態によっては皮膚科医師と認定看護師を含む褥瘡対策チームが介入し、病棟看護師と共に処置・ケアを行っている。褥瘡の状態によっては皮膚科医師と認定看護師を含む褥瘡対策チームが介入している。栄養管理と食事指導は、入院時に全患者の栄養状態の評価を行い、栄養管理計画書を作成している。ハイリスク患者には早期から栄養サポートチームによる支援を実施している。嚥食状態の確認などミールラウンドも実施している。症状などの緩和は、方針や手順は「緩和ケアマニュアル」に定めている。必要時には緩和ケアチームが介入し、継続的に症状緩和に努めている。リハビリテーションの確実・安全な実施は、リハビリテーション実施計画書は、患者の希望に配慮しながら、病状や社会的背景を踏まえたリスク評価を行い、患者・家族の同意を得て作成している。実施中のリハビリテーションの把握と評価を多職種カンファレンスで行い、リハビリテーション実施計画書の見直しも定期的に実施している。身体抑制は、できるだけ行わない方針であるが、必要性が予測される場合は、必要性とリスク等について説明の上、同意を書面で得ている。医師の指示により開始し、毎日解除に向けた検討を医師と看護師が行った上で、終了・継続を判断している。

患者・家族への退院支援は、入院時、全患者にスクリーニングを行い、退院支援が必要とされる患者を把握している。患者サポートセンターの退院調整看護師が中心となり退院支援計画書を作成している。退院困難事例には早期から退院支援看護師、医療ソーシャルワーカーをはじめ、多くの職種が介入している。継続した診療・ケアは、退院後も継続した支援が必要な患者に対して、多職種が関わっている。在宅医、介護支援専門員、訪問看護師などを交えての退院前カンファレンスを行い、情報共有や退院後の検討を実施している。ターミナルステージへの対応は、ターミナルステージの移行は、病棟で行われるカンファレンスで検討・判断され、多職種を含め計画を立案し、説明を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤を適切に保管・管理している。疑義照会は全て薬剤師が電子カルテに反映している。注射薬は1施用ごとに取り揃え、調剤鑑査も薬剤師がダブルチェックを行っている。持参薬の鑑別と管理は入院時に薬剤師が行い、中止薬等を確認して持参薬鑑別報告書を作成し、医師・看護師と情報共有を行っている。臨床検査機能は、24時間体制で対応している。内部精度管理を毎日実施し、外部精度管理は複数のサーベイに参加するなど、適切である。画像診断機能は、必要時には速やかに画像診断が行える体制である。放射線専門医による読影率向上に向けたさらなる検討を期待する。栄養管理機能は、大量調理施設衛生管理マニュアルに準じて業務を行っている。全患者に対して個別の栄養アセスメントを行い、アレ

ギーへの対応も実施している。嗜好調査や栄養管理委員会、および毎日の検食による献立の改善を実施している。リハビリテーション機能は、がん、心大血管疾患、脳血管疾患、運動器、呼吸器、廃用症候群など必要なリハビリテーションに対応している。休日についてはリハビリ療法士の関与が2日以上空かないよう体制を整備している。診療情報管理機能は、電子カルテシステムで診療情報を一元的に管理している。診療情報管理士が全診療録をチェックリストに基づき量的点検を確実に実施している。医療機器管理機能は、人工呼吸器や輸液ポンプ・シリンジポンプなど多くの機器を、医療機器管理システムでバーコードにより一元的に管理し、日常・定期点検を計画的に実施している。機器のメーカーおよび機種を統一化し、機器マニュアルを整備している。洗浄・滅菌機能は、各部署で一次洗浄はしていない。滅菌効果を確認後、使用部署に払い出している。リコール発生時は手順に沿ってすぐに対応できる体制にあり適切である

病理診断機能は、組織診、迅速病理診、免疫組織診などの検査を自院で行っている。精度管理として複数の団体の評価を受けている。放射線治療機能は、IGRT（画像誘導放射線治療）、IMRT（強度変調放射線治療）、定位放射線治療に対応している。精度管理や機器の保守点検も定期的に行っている。輸血・血液管理機能は、臨床検査科の中にあり、臨床検査技師が業務を一元的に管理している。輸血・血液製剤の発注から保管、供給、返却、廃棄に至る一連のプロセス、使用血液製剤の記録・保存は部門システムで適切に行っている。輸血療法委員会では血液製剤の使用状況、輸血療法に関わる副作用情報、廃棄率低減への対策などを検討し、廃棄率を低く維持するなど適切である。手術・麻酔機能は、麻酔科責任医師と看護責任者が各診療科手術枠の設定、スケジュール管理を行っている。麻酔導入前のサインイン、執刀時のタイムアウトを手順に沿って行い、術中の患者管理、麻酔覚醒時や退室時の安全確保も問題なく実施している。集中治療機能は、ICUを設置している。集中治療専門医と各科主治医が連携し、24時間体制で重症患者の診療・ケアを実施している。救急医療機能は、各科がオンコール体制で協力し、全ての領域（精神科を含む）の救急医療に対応している。全国的に患者の搬送困難が多くみられた2020年に応需率をさらに上げており、ドクターカーを整備しているなど、救急医療機能は秀でている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算案は、事業計画に基づき、ヒアリング結果等も参考に、前年度の実績を踏まえて作成している。その後、執行部会を経て議会に申請し、承認を受け執行される。月次経営状況分析をもとに、執行部会において経営状況の把握と分析を実施し、改善への取り組みを行っている。医事業務は、医事課が所管し、窓口収納・レセプトへの対応・施設基準の遵守・未収金への対応などを適切に行っている。業務委託は、業務委託の必要性や費用について、必要に応じて選定委員会で協議・検討する仕組みがある。契約書および業務仕様書に基づいての業務履行確認を行っている。

施設・設備の管理は、職員および委託業者が日常点検ならびに保守点検を計画的に実施している。感染性廃棄物の分別・回収・管理の院内ルールを明確にし、最終保管場所では一般廃棄物と区分している。物品管理は、診療材料は診療材料委員会、薬品は薬事委員会、医療機器および器具等は機種選定委員会において必要性や購入金額を検討し購入している。毎月1回、薬局倉庫の棚卸を実施し、在庫管理および使用期限を確認している。ディスプレイ製品は、再利用する場合の院内基準を明確化し、所轄保健所の確認も得ている。

災害時の対応は、地域中核災害拠点病院として、防災・防火に対する対応と責任体制を災害医療マニュアル、消防防災計画等で明確にしている。BCPを策定している。2チームのDMATを編成している。保安業務は、24時間の保安業務を実施している。夜間や休日であっても迅速に対応できる連絡や応援体制を整備している。医療事故等への対応は、「患者の事故発生時の対応」が定められている。原因究明や再発防止への検討が行われている。患者・家族、マスコミ等の対応窓口が定められ、顧問弁護士がおり、病院賠償責任保険も加入しており適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、基幹型臨床研修病院であり、初期研修医が在籍し、臨床研修プログラムによる研修を実施し、評価・管理を行っている。その他の職種は、「豊川市民病院人材育成計画」に基づき、部署ごとに作成した研修マニュアルや研修テキストを使用し、研修を行っている。

学生実習等は、医師や看護師、薬剤師、その他の職種の履修学生の実習を積極的に受け入れている。医療安全や感染管理等に関する教育の実施については明確に定められていないため、病院の方針としてオリエンテーションの内容に組み込むことを検討されたい。

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	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	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	B

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	B
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
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	B
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	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	B
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	S

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	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	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	B
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	B
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	B

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

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 豊川市民病院

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： 愛知県豊川市八幡町野路23

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	428	428	-26	80.2	11.9
療養病床	0	0			
医療保険適用	0	0			
介護保険適用	0	0			
精神病床	65	65	+0	60.4	49.4
結核病床	8	8			
感染症病床	0	0			
総数	501	501	-26		

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	18	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)		
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	4	+0
人工透析	17	+0
小児入院医療管理料病床	15	-12
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	0	-26
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	6	+0
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 (地域), へき地拠点病院, 救命救急センター, 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： 12 人 2年目： 10 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-2-2 年度推移

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数		1,105.21	1,062.58	1,231.71	104.01	86.27
1日あたり外来初診患者数		113.67	97.95	124.79	116.05	78.49
新患率		10.28	9.22	10.13		
1日あたり入院患者数		403.53	390.09	447.08	103.45	87.25
1日あたり新入院患者数		29.09	26.43	32.18	110.06	82.13