

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」及び副機能種別「リハビリテーション病院」・「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 11 月 20 日～11 月 21 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
機能種別	リハビリテーション病院（副）	認定
機能種別	緩和ケア病院（副）	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。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、回復期リハビリテーション病棟を開設後、訪問看護ステーションの併設により在宅医療への取り組みを強化している。また、石川県で最初の地域がん診療拠点病院の指定を受け、消化器を中心としたがん疾患の診断から治療、緩和ケアまでの一貫した取り組みを開始している。急性期病棟の一部を地域包括ケア病棟に転換し、急性期医療から回復期医療・在宅復帰支援へと総合的な医療・福祉サービスの提供に組み込み、病診連携、病・病連携を推進していることは高く評価できる。

継続して受審される中で、医療の質改善も図るべく院長を中心に、幹部・職員が一体となって日夜努力している姿に深く敬意を表したい。本報告書が地域住民に益々信頼される病院として発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院組織運営の方針として理念が明文化され、理念の実現のため経営理念と基本方針がわかりやすく内外に示され適切に周知が図られている。将来像を明確にして諸会議で職員に周知を図っている。また、課題を明確にして解決に向けて管理者・

幹部がリーダーシップを良く発揮している。意思決定機関は経営管理会議であり、定期的に開催され、定款・職務分掌規程・服務規程等があり、職員に周知されている。中・長期計画に基づいた年次事業計画が策定され、部門・部署ごとの目標を設定し、効果的・計画的な組織運営を行っている。情報は適切に管理され、有効に活用されており、文書管理も規定に基づき組織として適切に管理されている。

法定人員や施設基準上の必要人員は確保されている。しかし、役割・機能に応じた人材という観点から、医師部門と薬剤師については、やや不足感がある。引き続き人材確保に努力されたい。職員の安全衛生管理を適切に行い、職員が安心して働けるよう、また、意欲を持って仕事に取り組むための支援を行っている。

研修委員会が設置され、毎月1回開催して、全職員を対象とした教育・研修の年間計画・プログラムを作成している。安全管理についての研修は同一テーマを数回にわたり実施して、教育・研修効果を高める工夫がなされている。職員の能力評価と能力開発は、済生会本部が統括して行い、病院は、個人別目標管理制度を実施し、人事考課に役立てるなど適切に行っている。

3. 患者中心の医療

「患者の権利」は、職員の提案により見直されるなど職員の日常的な意識の高さは評価できる。説明と同意に関しては、インフォームドコンセントの方針、基準・手順書は整備されており、おおむね遵守されている。セカンドオピニオンについてもおおむね良好である。診療・ケアに関する情報はパンフレットや説明文書を使って共有されている。病院独自で作成したタブレットも活用され患者との情報の共有をされている。患者支援は、医療福祉相談室、地域連携室、入退院支援室を設け、様々な相談に対応する体制が整備されている。患者との連携や情報共有が適切に行われている。個人情報保護規程等を明文化し、職員に周知している。ダウンロード規約や物理的・技術的保護についても適正に実施している。診察におけるプライバシーを保護し、生活上のプライバシーへの配慮を適切に行っている。倫理審査委員会では研究倫理に関する検討が多く、臨床倫理に関する検討が少ないように見受けられた。現場発生している多様な倫理的課題をくみ上げる努力を病院全体で取り組まれることが望まれる。

病院アクセスの利便性に配慮するとともに、障害者用駐車スペースの確保、正面玄関から受付、診療ブースまでのバリアフリー化など障害者や高齢者へ配慮した設備となっている。療養環境に関して整理・整頓が行われ、患者がくつろげるように各病棟のフロアにはデイルームを設置し、多岐にわたり活用されている。トイレの清潔、浴室の保温、寝具類の清潔に関しても配慮されており適切である。敷地内禁煙が実施され、患者へも周知されている。職員の喫煙率も減少傾向である。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望等は患者満足度調査および意見箱により収集され、内容に応じて対応・改善しホームページ等へ公開している。内科単独また内科外科、多職種参加など、多彩な形式で学習会や症例検討会が開かれており、活発な活動を認める。診療ガイドラインは適切に準備され、クリニカルパスも積極的に活用されている。今後のバリエーション分析とパス改訂、適応の拡大が期待される。医療品質管理対策室を中心に多部門にわたって継続的に実施されている。保健所、厚生局の指摘事項の対策から投書箱への回答など、様々な改善が実施された記録を認める。新たな治療方法や技術の導入を行う際には、倫理面や安全面などについて、倫理委員会の中で審査を受ける仕組みがある。

医師および看護師の役割と責任体制は明確である。看護師長は外来・病棟を一元管理されている。病棟責任者が明示しており、看護業務内容は看護基準で明確にされており、適切である。診療録監査は監査件数が少なく、かつ、フィードバックができないので、形式について検討されたい。看護記録の監査も実施が望まれる。褥瘡対策チーム、栄養サポートチーム、緩和ケアチーム、認知症ケアチーム、CKD チームなどがあり、多職種が協働して診療・ケアを行っている。成果の可視化などを行い、共有するための工夫をされれば、なお良い。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全部に医療安全対策室が設置され、医療安全管理者は権限を付与され組織横断的に活動している。医薬品および医療機器の安全対策は各部署で検討され医療安全管理委員会で報告される仕組みであるが、病院全体で検討し改善策が立案されると更に良い。安全確保に向けた情報収集では、アクシデント・インシデント報告書はインシデント報告分析システムで報告され、発生した事例を円滑かつ継続的に収集できる仕組みが構築されている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は手順が遵守され、手術室ではタイムアウトが実施されている。情報伝達エラー防止対策については、適切に実施されている。薬剤の安全な使用については、おおむね適切に実施されているが、麻薬の保管・管理に関しては薬剤部のより積極的な関わりと向精神薬の管理方法の検討が望まれる。転倒・転落防止対策は全患者に対してリスク評価が実施され、患者・家族にもリスクや対応策を説明し協力を得ている。医療機器を安全に使用するため、看護師が理解しやすい内容で医療機器マニュアルが整備されている。医療機器の教育は臨床工学技士と看護部が協働し計画的に実施している。院内緊急コールが設定され定期的な訓練も実施されている。救急カート内の薬剤、物品は院内統一され、配置場所も十分検討し決定している。BLS 研修は、全職員が受講でき定期的に更新できるように継続した活動を期待したい。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の医療安全部に感染対策室があり、専従の院内感染管理者(ICN)が配置され、ICT・ASTが定期的ラウンドを通じて的確に活動しているが、感染管理者およびICT・ASTの権限の明文化が望まれる。院内感染発生状況として、院内分離菌、感受性、各種耐性菌の出現頻度などが把握され、アウトブレイクの対応手順は整備され、速やかな対応実績もある。部門別サーベイランスとしてSSIの実施、および収集したデータの分析・検討の充実のためにJANISの複数部門への参加を期待したい。

手洗いの基準を定め、手指衛生徹底のための継続した取り組みがなされている。感染経路別予防策は対策マニュアルに基づき実施されているが、個人防護用具の配備についてマニュアルに沿うよう周知徹底が望まれる。一部病棟での血液や体液等で汚染された寝衣の取り扱いや感染性廃棄物の廃棄方法については工夫や周知徹底が望まれる。抗菌薬の使用に関しては、指針に基づきASTよりアドバイスが行われ、抗MRSA剤、広域スペクトラム剤など8種類は届け出制とし、院内の分離菌感受性パターンについてもアンチバイオグラムが作成されるなど適切である。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信については、ホームページや広報誌を通じて、病院の目的や機能、医療サービス、診療情報など多種多様な情報を患者、医療機関、地域住民に分かり易く発信している。地域の医療関連施設等との連携では、地域連携室を設置し、定期訪問を行い、連携施設等の情報を把握するとともに、紹介・逆紹介、連携パスを含めた地域連携機能を充実させている。特に開放病床については、登録医との連携が積極的に行われ運用・管理機能は優れている。地域住民を対象に、糖尿病教室や骨粗しょう症教室、認知症予防研修会等を開催している。医療関連施設向けには、介護ケア研修会や緩和ケア研修会等を実施しており、地域への継続的な教育・啓発活動が活発に行われている。

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、院内掲示・入院案内・ホームページなどで掲示・表示している。初診・再診、会計などの手続きは適切に案内され、患者は円滑に診察を受けることができる。外来診療は、情報収集の仕組み、検査などの説明と同意、外来療養指導など、適切に行われている。侵襲を伴う検査は内容の説明から観察、所見の判断まで適切に実施・記録されている。内視鏡室では鎮静剤使用症例が多いため、看護師による術後の観察も充実されたい。入院に際しては、医学的判断に基づいて必要性が検討され、十分な説明・同意に基づいた入院の決定が行われている。患者病態の診断・評価をもとに、入院診療計画書、看護計画書などが迅速に作成され、各種リスク評価も適切に行われている。医療福祉相談室では社会福祉士などが配置され多岐にわたる相談に適切に対応している。入院案内には患者目線に立った案内がされており適切である。予定入院には多職種でかわる体制があり、より円滑に患者が入院できるようになっており適切である。医師および看護師の病棟業務は適

切に行われている。投薬・注射では、薬歴管理や服薬指導などはおおむね適切に実施されている。輸血業務、周術期の対応は何れも適切に実施された記録を認める。重症症例管理は集中治療室がない中、各病棟でそれぞれ対応し、また必要に応じて内科病棟での管理を行う体制が作られている。褥瘡の予防・治療では入院時、全患者にリスク評価を行い、リスクが高い患者には褥瘡対策に関する計画を立案し、ケアにあたっている。管理栄養士は入院時より全患者の栄養状態を把握、アセスメントし栄養管理計画書を作成している。おおむね適切である。症状別看護基準が整備され標準的な評価は実践されている。痛みのスケールは院内統一のスケールでマニュアル化されると良い。リハビリテーションは、リハビリテーション科医師により必要性の評価がなされ、確実・安全に実施されている。身体抑制は原則として行わない方針であるが、やむを得ない場合は基準に沿って適切に実施している。入退院支援センターには各病棟担当の退院支援看護師を配置し、入院時から退院後を見据えた医療が展開されている。継続した診療・ケアに関して、入院中から訪問看護師との退院に向けた情報共有のカンファレンスなどが開催されて、連携・調整が行われており適切である。ターミナルステージへの対応については、終末期医療移行の判断およびターミナルステージの判定は、主治医を中心に複数の医師もしくは多職種カンファレンスで検討し決定されている。終末期患者の看護手順が整備され、心理過程やQOLに配慮した診療・ケアが提供されている。

<副機能：リハビリテーション病院>

回復期リハビリテーション病棟はリハビリテーション専門医のリーダーシップのもと、多職種の専門性を活かして運営されており、高い治療実績を上げている。入院から退院までの一貫したシステムが整い、また併設の石川県リハビリテーションセンターとの連携ができることで、先進的な機器や福祉用具についての学習環境も整っている。充実した内容が実践されているが、さらなる病院機能向上のため、薬剤師や栄養士などの関連職種の関与と専門性発揮、療法士の訓練単位増加や訓練時間の拡大などが期待される。

<副機能：緩和ケア病院>

緩和ケア病棟は、整然とした環境作りの上に、チームスタッフの穏やかな表情、コミュニケーションがあふれている。緩和ケア病棟だけではなく、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、相談室など、患者ニーズに合わせたフレキシブルで、包括的な緩和ケアを推進している状況が確認された。患者に残された限りある日々の中で、苦痛を和らげることに専念し、患者の自宅に帰りたい希望を叶えながら、多職種が寄り添っていることが提示された。緩和ケア病棟医長のリーダーシップ、病棟・外来における認定看護師の臨床実践、教育研修活動、さらに多くの職種が協調し、安全安心を大切にした緩和ケアを展開している。今後、より期待される点としては、緩和ケアの現場で薬剤師が専門性を発揮されること、そして緩和ケアの診療科標榜がなくても存在感を外向けにアピールされることが挙げられる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、温・湿度管理、調剤鑑査、処方鑑査、疑義照会への対応、注射薬の1施用ごとの取り揃えなど、適切に発揮されている。臨床検査業務は全般的に適切に実施されている。画像診断は、タイムリーな実施や迅速な報告など、機能は適切に発揮されている。栄養管理機能では、調理室内の衛生の徹底と各作業工程における時間、温度、方法等を管理した調理法による安全な食事提供が行われており適切である。リハビリテーション機能は、専従医師2名が配置され、系統적かつ連続性を確保して実施されているが、機器の保守・点検の充実が望まれる。診療情報管理機能では、IDの一元管理のもと電子データを適切に保管し、診療データは統計等に有効活用されており適切である。医療機器管理機能では、医療機器の安全使用に向けた点検頻度や表示区分等の再検討が望まれる。洗浄・滅菌機能では滅菌の質保証のための取り組みが確実に行われている。

病理は常勤医不在のための制約はあるが、診断業務やCPC等ほぼ適切に実施されている。放射線治療は適切に実施されている。輸血業務はおおむね適切であるが、血液製剤の現場への供給時間や廃棄率については検討が望まれる。手術・麻酔機能は、入室から退室までほぼ適切に実施されている。救急医療は地域のニーズに応じて、また病院の体制に応じて適切に実施されている。虐待に関しては全部署で意識の共有を図るなど、適切に対処している。

10. 組織・施設の管理

予算管理や会計処理は適切に実施され外部監査に付すなど、経営状況の把握や分析が確実に実施されている。窓口収納業務や診療報酬請求事務は適切に行われ、未収金については早期に着手できる体制が備わっている。委託業者の選定、契約、日常管理は規程に基づき実施されている。

施設管理では、年間の設備点検を計画化し、非常時に備えた電源等の体制も整備している。院内清掃や感染性廃棄物の処理等も各種規程に基づいて実施されている。物品管理については、購入手順は明確であり、SPDによる定数管理が行われている。

災害発生時の体制は確立され、患者食の備蓄も確保されている。職員食の確保については検討されたい。保安業務は、24時間体制で適切に実施され患者・職員の安全に配慮されている。医療事故に対する対応手順、原因究明と再発防止に向けた組織的な検討等は医療安全管理マニュアルに記載されている。訴訟に対応する仕組みも適切に備わっている。

1 1. 臨床研修、学生実習

協力型臨床研修病院として運営しており、臨床研修管理委員会でプログラムを定め、研修医への指導や評価の体制も整っている。看護部や薬剤部などでも初期研修プログラムが作成され新人教育にあたっている。学生実習の受け入れでは、各教育施設の依頼に応じ、診療部、看護部、薬剤部、検査部、放射線部などが実習担当者を決め実習カリキュラムに沿って履行および評価を行っている。実習に際しては、個人情報保護の遵守や健康診断の受診を義務付けている。

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	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	B
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	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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	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	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	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

機能種別：リハビリテーション病院（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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A

機能種別：緩和ケア病院（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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	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： 2018 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： 石川県済生会金沢病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 石川県金沢市赤土町ニ13-6

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	260	252	-8	83.2	20.4
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	260	252	-8		

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	43	+0
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	45	+0
地域包括ケア病床	42	+42
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	28	+0
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

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： 人 2年目： 人 歯科： 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 診療科目・医師数および患者数

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

[illegible]

I-2-2 年度推移

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	427.05	442.20	450.11	96.57	98.24
1日あたり外来初診患者数	21.01	21.43	25.21	98.04	85.01
新患率	4.92	4.85	5.60		
1日あたり入院患者数	220.01	204.68	207.55	107.49	98.62
1日あたり新入院患者数	10.32	10.30	10.52	100.19	97.91