

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 17 日～9 月 18 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 1936 年、現在地に産業組合高岡病院として開設され、1975 年には厚生連高岡病院と名称を変更し、現在に至っている。開設以来、施設・設備・医療機器等を継続的に拡充し、臨床研修病院、救命救急センター、地域医療支援病院、地域災害拠点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「患者さんと職員が信頼・安心・満足でき、幸せになれる病院を目指します」と掲げ、9 項目の基本方針を明示し、人口約 30 万人を抱える高岡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。

病院機能評価は 2005 年に認定を取得以降、継続的に認定更新の審査を受審しており、病院管理者や幹部・職員が協働して、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た。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、とりわけ、画像診断機能、診療情報管理機能、放射線治療機能、救急医療機能については秀逸との評価を得るなど、全般的に高い評価を得ている。今後、各領域の評価所見や総括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、中期計画と事業計画の策定、部署別年度計画作成と評価、組織図等は適切である。電子カルテを導入し、情報システムや情報の管理、安全確保体制等を整備している。文書管理などについても、適切な管理体制を整備している。

医療法等を満たす人員を配置し、年度要員計画に基づいた採用と随時採用による柔軟な人材確保体制がある。就業規則等の人事・労務管理体制を適正に整備しているが、客観的なデータに基づく人事管理システムの整備を望みたい。衛生委員会の実施、健診・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。医療サービス委員会による職員満足度調査の実施や管理者による職場巡回等を通して、要望・意見等の情報を把握し、職場環境の改善に反映するなど、職員の意見・希望を聞く仕組みがある。また、福利厚生を充実させるなど、魅力ある職場づくりに努めている。

医療安全・感染対策研修会等の院内研修が行われ、院外教育や研修参加の予算確保もされている。全職員対象の人事考課制度があり、能力の評価・把握・開発と育成に努めている。また、臨床研修医教育体制の整備、看護部・診療支援部等にも能力把握や育成体制がある。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内外への周知と情報開示に努めている。説明と同意の方針・手順を明文化している。また、セカンドオピニオンについてもマニュアルを整備し、適切に対応している。診療・ケアへの患者理解を深めるために、入院診療計画書やクリニカル・パス等を活用し、分かりやすく説明している。さらに、医療情報コーナーの設置やWi-Fi環境整備等を行い、患者の医療参加促進を図っている。相談窓口を設置し、各種相談に対応し、内容に応じて社会福祉士や看護師、医療メディエーターなど関係部門と連携を図っている。個人情報保護に関する基本方針を整備し、個人情報保護に関する問題点を、個人情報保護委員会で検討している。また、個人情報保護に関する研修会を毎年開催し、職員の教育に努めている。主要な倫理的課題に関する方針として、マニュアルを作成し、倫理的な課題への具体的な対応手順および対応指針例を明示している。患者・家族の倫理的課題については、多職種を交えたカンファレンスで検討し、解決困難な事例は認定看護師、院内の緩和ケアチームなどの専門チームに相談するなどして問題解決に取り組んでいる。また、部署で解決が難しい場合は倫理コンサルティングチームや倫理委員会で検討する体制がある。

駐車場やタクシー待機箇所などを設置しているほか、送迎バスを運行するなど、患者・面会者の利便性・快適性に配慮している。院内は、バリアフリーとなっており、必要な場所に手摺りが設置されているなど、高齢者や障害者に配慮した適切な環境となっている。また、院内は清掃が徹底され、病室は診療・ケアに必要なスペースを確保し、整理・整頓が行き届いているなど、療養環境の整備に努めている。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

患者満足度調査や意見箱、相談窓口等を通して患者・家族の意見・苦情を収集し、検討のうえ回答を公開している。診療の質向上に向け、症例検討会や死亡症例検討会を実施しており、地域医師会と共同で症例検討会も開催している。また、クリニカル・パス委員会を設置し、パス大会の開催やアウトカム指標の検討など活発に活動しており、標準的な医療を提供する姿勢は適切である。医療安全や ICT、NST 等では多職種のスタッフが参加して部門横断的な業務改善活動を継続的に行っている。また、病院機能向上委員会では、院内サーベイを定期的の実施しており、業務の質改善に取り組む文化を醸成している。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、倫理委員会、医療安全管理委員会で検討する仕組みがあり、病院として支援する体制が整備されている。

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・看護・診療支援に関する責任体制も明確である。診療記録は、診療記録記載基準に沿って記載しており、診療録管理委員会を中心に質的点検が実施されている。病棟では多職種によるカンファレンスを毎日開催し、必要に応じて NST や認定看護師などが介入し、専門的な立場からサポートを行っており、多職種での診療・ケアに積極的に取り組んでいる。

5. 医療安全

医療安全管理部を設置し、医療安全管理委員会や医療安全推進部会を毎月、医療安全カンファレンスを週 1 回開催している。医療安全管理者は院内巡視やマニュアルを見直し、活動計画を立て、教育・指導している。インシデント・アクシデント報告を電子カルテシステムに入力し、医療安全管理部で集約し、必要事例を RCA や ImSAFER で分析している。日本医療機能評価機構等からの院外情報を院内 LAN や資料で周知している。医療安全リンクスタッフ委員会では 6 チームを作り、週 1 回ラウンドして改善・周知活動を行っている。

患者確認は、患者自身の名乗りを基本に、リストバンド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、口頭指示も手順に従い対応している。重複投与や相互作用、アレルギー等のリスク回避を電子カルテシステムで実施し、ハイリスク薬・麻薬・向精神薬の管理体制は適切である。全入院患者に対し、入院時に転倒・転落アセスメントシートで評価している。ハイリスク患者は看護計画に反映し、転倒・転落チームの巡回等で対応している。人工呼吸器や輸液ポンプなどはマニュアルに基づき安全に使用している。臨床工学技士による職員への教育・研修を徹底し、出張講義も行っている。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 研修を RRS 部会の BLS チームが計画し、院内 LAN を通して全職員が受講している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染管理部を設置し、院内感染防止対策委員会、感染対策部会を毎月開催している。ICT と AST を置き、ICC や ICT、AST に必要な権限を付与し、感染防止と抗菌薬の指導を行っている。感染防止マニュアル内容を毎年改訂し、院内 LAN 等で周知している。各種薬剤耐性菌を把握し、各種サーベイランスを把握している。ICT、AST によるラウンドを毎週実施し、感染制御用の情報を収集している。JANIS や外部機関から情報を収集し、院内研修なども行っている。

手指衛生を消毒剤使用状況のモニタリングで把握し、1 処置 1 手袋や感染経路別の予防策を遵守している。汚染リネン・寝具類の取扱い、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検討している。院内分離菌のアンチバイオグラムを年 2 回作成し、委員会に感受性パターンを報告後、電子カルテの初期画面に掲載し医師に伝えている。AST が毎週ラウンドし、外科的予防投与を含めて、抗菌薬使用について医師に助言している。特別な抗菌薬については届け出制となっている。

7. 地域への情報発信と連携

地域住民向け広報誌「厚生連だより」、地域医療機関向け広報誌「れんけい」を発行し、病院案内や入院のしおり等で診療内容や医療サービスを広報している。また、HP 上では受診に関する情報、診療実績、診療担当医師の変更等を更新し掲載している。地域医療連携室を設置し、医師・看護師・社会福祉士等を多数配置している。前方連携業務、後方連携業務等を手順に沿って行い、紹介元への受診報告、情報提供は確実である。近隣の病院と共同で「高岡れんけいネット」を運用し、地域医療機関からの診療・検査予約や紹介患者のカルテ内容の共有・参照を通して連携を密にしている。地域の健康増進を図るために、患者や地域住民対象に「がん治療セミナー」や「がんサロン」等の講座や各種教室を開催している。健康管理センターが、保健師や管理栄養士を派遣する出前講座を行っている。地域医療従事者向けに、研修、講演会、医師会の症例検討会など年間 50 回以上開催し、医師の講師派遣を積極的に行っている。中学生や高校生の 1 日看護体験や職場体験学習も積極的に受け入れるなど、地域への情報発信と連携は適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を HP 等に掲載して提供しているほか、待ち時間調査などを実施し、待ち時間の短縮に努めている。初診時には、院内共通の問診票に各科別の質問を追加し、患者に関する情報収集と緊急性の判断をしている。検査データなどは電子カルテ上で共有している。診断的検査は、患者の状態により医師が判断し、検査の必要性・リスクを説明した後に実施している。侵襲的な検査は同意を得たうえで実施している。入院の決定は診療科ごとに医学的判断に基づいて検討し、必要時は他診療科と協議している。入また、入院の必要性を患者に十分に説明し、患者の社会的な背景も考慮し、希望にも配慮するなどしている。患者の病態に応じた医師の診断と評価がなされ、入院診療計画書が迅速に作成されている。医療相談機能と

して、相談室に医療メディエーターを配置している。また、患者・家族からの相談内容によって、医療相談室、相談支援窓口、地域連携室、がんセンターに振り分けて対応している。入院当日の病棟オリエンテーションは、病棟看護師が冊子やツールを用いて入院生活に必要な情報提供を行い、安心した入院生活が送れるよう配慮している。

医師は毎日回診し、患者の病態を把握して診療録に記載している。病棟スタッフとの日々の情報交換のほか、診療科カンファレンスに参加し、チーム医療に積極的に関わっている。看護基準を整備し、看護手順はナースングスキルを活用するなどして、看護師は病棟業務を適正に行っている。また、カンファレンスにおいて、他職種との連携を図り、患者・家族のニーズを把握し、必要な援助に努めている。担当薬剤師により、全入院患者の持参薬管理と薬歴管理を行っている。必要な患者には、服薬指導を行っている。輸血・血液製剤の投与は、輸血療法マニュアルが定められ、医師の判断に基づき適正な使用に努めている。輸血過誤防止のため、血液型検査用と交差適合試験用血液の別採血、患者認証システムを用いた輸血を実施するとともに、投与中、投与後の患者の観察、副作用のチェック等を実施している。すべての手術患者で手術カンファレンスを実施し、手術・麻酔の適応とリスクについて検討している。担当医が重症度を判断し、重症度に合わせた病床の選択を行っている。

全入院患者に褥瘡リスク評価を行っており、褥瘡チームが介入し、皮膚科医師、形成外科医師も一緒に回診するなど、コンサルトできる体制である。入院時に看護師が全患者に栄養評価を行い、管理栄養士が栄養管理計画書を作成している。栄養指導が必要とされた患者などには、1週間後に再評価を行い、栄養状態・摂食嚥下機能の確認や、NSTと相談しながら栄養状態の改善に向けて食事の提供を行っている。緩和ケアマニュアルを作成しており、緩和ケア認定看護師が病棟コンサルテーションを行うなど、組織横断的に活動している。リハビリテーションは医師の処方指示に基づいて、療法士が患者情報を収集し、患者・家族の要望やリスクに配慮した上で計画・実施している。身体抑制は、原則行わない方針であり、治療上やむを得ないと判断した場合にはマニュアルに沿って実施する。

入院時に退院支援スクリーニングを行い、多職種でカンファレンスを行い退院支援の方向性を検討している。患者の状態に応じ、患者・家族の意向を配慮し、適切な在宅生活の検討、転院先や施設への案内を行っている。在宅療養の方向性を、多職種で検討し、退院支援計画書に基づいて入院時から病状や生活状況に合わせた支援を実施している。転院先施設への情報提供など積極的な取り組みを実施し、院外の担当者に入院中の経過や医療処置、残された問題の対応等の情報提供している。ターミナルステージの判定は主治医が行い、家族に説明している。ケアについては、多職種によるカンファレンスにおいて、患者・家族の思いに沿った計画を立案している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師が持参薬を鑑別し、持参薬と薬袋が違う場合等は、必ず医師の判断を経て投与の可否を決定している。新規医薬品の採用は、薬事委員会にて審議し、院内採用医薬品集を適宜更新している。臨床検査部は、病院の規模・機能に応じた設備・機器を整備しており、パニック値を超える結果は担当医師に直接連絡している。

画像診断機能は、救急を含む院内のニーズに迅速に対応しており、安全・安心に撮像する体制を整備している。さらに、地域の医療施設からの依頼に対しても、読影結果を可能な限り迅速に報告する体制が確立しているほか、読影結果について主治医の報告見落としがないように配慮し、緊急性のあるものは主治医に直接連絡する仕組みを整備するなど、画像診断機能は秀でており、高く評価できる。

衛生管理および栄養管理はマニュアルに基づいて厨房全体を運営し、温冷配膳車と専用エレベーターを用いて、適時・適温の提供を実現している。必要なリハビリテーションを早期から提供する体制が整っており、多職種カンファレンスを行い主治医・病棟との情報共有を図っている。

診療情報は医療情報部で管理され、診療情報管理士が中心となって量的点検の実施や、退院時サマリーの迅速な作成に積極的に関与している。また、データバックアップ体制の整備や、システムダウン時の対応手順を整備しているなど、診療情報管理機能は秀でており、高く評価できる。

臨床工学技士が医療機器を一元的に管理しており、センター内は感染予防を徹底し、整理整頓が行き届いている。洗浄・滅菌業務を完全に中央化し、中央滅菌材料室は清潔と不潔の区分を明確にしてワンウェイで運営している。各種インディケーターを適正に使用しており、滅菌の精度保証を確実にしている。

病理部門は、病院の規模・機能に応じた設備・機器を整備している。専門領域の異なる非常勤病理医を確保するなど、診断精度の確保を心掛けている。

放射線治療は、放射線治療科部長を中心に、各職種の協力体制下に様々な放射線治療を積極的に行っている。医師、放射線技師の共同で治療計画を作成し、安全に配慮した体制を構築するなど、放射線治療機能は極めて適切に発揮されている。

輸血部門は臨床検査部内にあり、責任医師を定め、専任の輸血管理室技師がマニュアルに則って対応している。手術室スケジュールは、麻酔科医の協力のもと、各診療科医師と手術室看護師長が連携して管理している。手術中における災害発生時のシミュレーションを多職種スタッフが参加して実施している。集中治療室は病院の規模・機能に応じた設備・医療機器を整備しており、医療機器は、臨床工学技士が定期的に点検するとともに、看護師が日常点検を行っている。病棟薬剤師をはじめ、臨床工学技士、管理栄養士など多職種のスタッフがケアに携わっており、集中治療機能を適切に発揮している。

救急医療機能は、24時間365日救急要請を断らない方針が病院全体に徹底している。救急科専門医が救急外来、ECU、ICUの救命救急センターを統括し、救急車専用ホットラインを持って、搬送受け入れ指示を行っている。医師以外の各職種の献身的な努力に支えられた救急医療機能は模範的であり、富山県西部の救急医療の最後の砦として、高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

年度予算は、各部門からの要望やヒアリング等に基づいて、事務部で予算案を作成し、病院管理者会議で審議・決定し、厚生連本所の決裁を得て策定・執行している。また、病院会計準則に準拠しつつ、各種法令や基準に沿った会計処理を行い、適正な財務諸表を作成している。医事業務は医事課が担当し、一部窓口業務等を業務委託しており、委託仕様書に基づいて行っている。DPC コーディング全件に診療情報管理士が関与し、レセプトは医師の確認を受けてから請求している。委託業務は、厚生連本所が契約等を管理し、各委託業務を担当する部署が業務遂行を管理している。各担当部署は委託業者と定期的に会議を開き、質の維持と向上を図っている。

施設・設備は管理課が管理し、年間保守計画に基づいて、24 時間 365 日の日常点検のほか、定期点検・年次点検を確実に実施している。医療材料は医療材料検討委員会、薬品は薬事委員会で選定と採用を検討している。在庫管理や診療材料等の使用期限管理は、棚卸を年 2 回実施している。

地域災害拠点病院として、大規模災害時をはじめ各種マニュアルを設定し、職員の対応手順や連絡体制等を定め、全職員に周知している。また、近隣企業と契約を結び、災害時には 24 時間以内に飲食料の提供が得られる体制を整備している。保安業務については防災センターを設置し、マニュアルに基づいて防犯管理を行っている。医療事故等はマニュアルに対応を明記している。必要に応じて委員会や会議を開催し、協議する仕組みがある。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型臨床研修病院として、各年 10 名以上の研修医を受け入れ、研修医ミーティングで進捗管理や問題点、研修医の意見や要望を確認しプログラムの改善や更新に活かしている。研修の 360 度評価など各種評価を行う仕組みがある。看護部門、薬剤部門、臨床検査部門、診療放射線部門、リハビリ部門、臨床工学部門の各職種でも、段階的な初期研修プログラムを整備し、目標管理、OJT 研修などを通して、プログラムに則った研修、評価を行う体制を整備している。

医師、看護師、薬剤師、救急救命士、理学療法士、作業療法士等の多職種の実習学生を受け入れ、実習受入れ窓口を臨床研修センターの事務局に一本化している。感染症抗体価報告書の提出を明示し、実習生のワクチン接種状況を確認する等、契約や受入れに関する必要な情報を得ている。各大学・専門学校と実習契約を交わし、カリキュラムに沿って実習している。実習中の事故発生時には、院内の医療安全対策や院内感染対策手順に沿って対応するなど、学生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	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	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	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	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	S
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	S
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	S
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	B
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	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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 5 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 富山県厚生農業協同組合連合会 高岡病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 厚生連（厚生農業協同組合連合会）

I-1-4 所在地： 富山県高岡市永楽町5-10

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	533	533	+0	79.6	11.95
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	533	533	+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	8	+0
集中治療管理室（ICU）	12	+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）	3	+0
周産期集中治療管理室（MFICU）		
放射線病室		
無菌病室	2	+0
人工透析	40	+0
小児入院医療管理料病床	23	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	49	+49
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	16	+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：

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, がん診療連携拠点病院(地域), DPC対象病院(II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： 10 人 2年目： 11 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

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

	実績値					対 前年比%	
	年度(西暦)			年度(西暦)		年度(西暦)	
	2019	2018	2017	2019	2018	2017	2016
1日あたり外来患者数	972.54	955.17	960.55	101.82	99.44	100.00	100.00
1日あたり外来初診患者数	69.09	71.01	70.74	97.30	100.38	100.00	100.00
新患率	7.10	7.43	7.36				
1日あたり入院患者数	434.15	432.27	447.51	100.43	96.59	100.00	100.00
1日あたり新入院患者数	35.00	33.42	33.04	104.73	101.15	100.00	100.00