

# 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「精神科病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 2 月 17 日～2 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
機能種別	精神科病院（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 精神科病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

2 つの市立病院が統合して新築された地域中核的機能を有する公的病院である。がん診療、脳・神経疾患診療、心・血管疾患診療、認知症疾患診療を 4 本の柱としているが、地域の医療需要をカバーする公的病院としての役割は常に求められる環境にある。病院が新築されて比較的新しく、患者動線と職員動線の分離や個室的多床室によるプライバシーやアメニティの確保、厨房や中央滅菌材料部門における清污動線の分離における最新の設計思想の導入など、ハードウェアとしての病院機能は優れた状況である。

新築後 2 回目の病院機能評価の受審であり、継続して外部評価を実施して病院の質的向上を目指している姿勢は評価される。今後は医療提供の運営面としてのソフトウェアのさらなる改善を継続し、一層質の高い病院機能の地域における提供を目指すことを期待したい。以下に今回の評価結果をカテゴリー別に総括するが、詳細な評価コメントも参照し、これらが貴院の改善に少しでも有効に活用されれば幸いである。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は明文化され、対外的に周知されている。総務省の示す指針に則った改革プランに沿って、病院幹部はリーダーシップを発揮して具体的な改善活動を行っている。病院事業を推進する組織は明確で、必要な規程や委員会を設置されている。院内各部門の年次目標は立てられているが、目標達成のための実施計画策定、実施、達成度評価のPDCAのサイクルをより明確に回していきたい。院内の文書管理は適切に行われている。

必要人員は満たしているが、医師1人の診療科の改善や、一部の職種のさらなる人的充実があればより望ましい。出退勤の管理は全職種に導入が決定しているので、早期に確実に開始したい。職員の安全衛生はおおむね適切に対応されているが、非常勤職員の健康診断の受診状況は確実に把握するよう望みたい。職員の能力評価と教育・研修を両輪とした人材育成を行っていくために、病院としての組織的な対応を可能とする仕組みを構築し、実践していくことが期待される。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族に対して院内掲示、入院案内、ホームページ等で明示され、職員にはグループウェア、ネームプレートなどの方法で周知されている。診療録は請求に対して全例開示している。説明と同意はマニュアルに沿って適切に実施されているが、代諾者の署名の運用については標準化し、マニュアルに明文化しておくといよい。患者用クリニカルパスや疾患別パンフレットなどを利用して患者自身の医療参加の促進を図っている。患者支援センターに社会福祉士や看護師等を配置して多様な相談に対応しており、虐待や暴力が疑われる場合の対応手順も整備されているなど、患者支援体制が確立している。個人情報保護に関する規程等は定められ、適切に実施されている。臨床の現場で生じた患者・家族の倫理的課題については、多職種でのカンファレンスが開始されており、臨床倫理委員会は設置されているが、当該委員会における臨床倫理的な課題の検討実績は乏しい。院内で共有すべき倫理的な課題については標準化された対応指針等を作成するなど、病院としての臨床倫理の検討の充実が期待される。

病院は、最寄り駅や路線バス停留所から徒歩1～3分であり、駐車場も必要数が確保されている。コンビニエンスストアや銀行ATMなどを設置して利便性・快適性へ配慮している。館内はバリアフリーであり、車椅子でも利用しやすい構造である。障害者専用駐車場を確保し、高齢者・障害者へ配慮している。診察やケアに必要なスペースは確保されている。病棟における患者動線と職員動線の分離や個室的多床室の採用など療養の快適性に配慮されている。院内掲示や看板設置、入院案内への記載により敷地内禁煙の方針を明確にし、禁煙外来を開設して患者への禁煙教育を推進している。一方、職員喫煙率は低下しているものの、いまだ比較的高い水準であり、喫煙率をさらに低減するための具体的な取り組みを望みたい。

#### 4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望、苦情は意見箱や患者満足度調査などで収集し、理事会などで対応を協議し、質の改善に役立てている。CPC、オープン病棟カンファレンス、症例検討会が開催され、クリニカルパス委員会でパスの評価、見直しが行われている。臨床評価指標は、全国自治体病院協議会の評価・公表事業に参加しておりホームページにも公表している。今後、検討されている指標を用いた質改善の取り組みが期待される。病院機能評価受審のための受審準備委員会で業務の質改善にかかる取り組みを始めているが、組織編成が始まった段階であり、今後体制が確立し継続的な取り組みが行われることを期待したい。新たな診療・治療方法や技術導入の倫理的検討は臨床研究審査委員会で行われているが、導入後の進捗をモニタリングする仕組みを望みたい。

病棟、外来に責任医師と看護師長等が明示され、ベッドネームには、主治医、受け持ち看護師名が記載されている。医師が不在時の連絡体制は整っており、代理責任者や緊急連絡先が誰でもわかる形で掲示されている。診療記録は、適時記載されている。診療録の質的点検は、診療情報管理委員会にて無作為抽出で行われており、フィードバックも行われている。緩和ケア、褥瘡対策、NST、医療安全、感染対策など多職種で構成された専門チームが組織横断的に活動しており、患者の診療とケアを行っている。

#### 5. 医療安全

安全担当者の役割や責任は明確にされ、定期的な委員会の開催、院内ラウンドの実施、安全情報の発信等、安全確保の体制は確立されている。マニュアル・手順書は適宜確認し改訂することが望まれる。収集した報告書から必要な事例に対して、現場確認、分析、改善策の検討・提案を行い、職員への周知徹底と注意喚起を行っているなど、安全確保に向けた情報収集と検討は適切である。

患者の誤認防止対策は、患者からの呼称確認と生年月日の確認、外来は診療受付票での認証、入院患者はリストバンド等バーコード認証を行っている。検体や複数のチューブ類や輸液ポンプ・シリンジポンプにおいても誤認防止対策が行われており、適切である。検査技師がパニック値を速やかに医師に電話で伝え記録していること、放射線技師が読影報告に未読が無いことを毎月確認している。薬剤の安全な使用に向けた対策も実践されている。転倒・転落アセスメントと評価結果により危険防止対策シートを用いて看護計画を立案している。入院当初から安全に療養生活が送れるようオリエンテーションを行い注意喚起し、転倒・転落の発生時は、対応手順がルール化され院内全部署で情報の共有と予防策に取り組んでいる。医療機器は、臨床工学技士が使用前点検を、また、看護師は動作中の確認を行い、問題発生時は臨床工学技士に報告・相談を行うことになっている。人工呼吸器の装着時と作動点検は、1日1回臨床工学技士が行い、アラームの設定方針も定めている。BLS訓練は、全職員の受講状況を把握するとともに定期的な訓練と更新の仕組みづくりなど組織的な対応が望まれる。医療事故発生時の対応はマニュアルに明記され、事故原因究明と再発防止策を検討する委員会が設置され、必要に応じて外部専門家の

参加を求める規程もある。

## 6. 医療関連感染制御

院長直属の感染防止対策室が感染制御チームと抗菌薬適正使用支援チームを擁し、医療関連感染制御に向けた監視、介入を行い、報告と審議は院内感染対策防止委員会で行うという体制が確立している。感染制御チームは定期的なラウンドやサーベイランスにより、院内感染についての情報収集と検討を行っており、耐性菌発生の状況など臨床側にフィードバックしている。これから充実させてゆく SSI のサーベイランスと術前からの予防的抗菌薬の投与率のデータ等により、さらに有意義な検討がなされることを期待したい。

感染マニュアルが整備され、標準予防策の徹底や汚染されたりネン・寝具類の取り扱い・個人防護用具の着用等、感染防止対策を実施している。抗菌薬適正使用支援チームが抗菌薬の適正使用に向けて臨床側に情報を提供・介入し、抗菌薬の採用・削除にも提言をしている。抗菌薬の適正使用の指針は良く整備されており、特定の抗菌薬使用時の届け出制は有効に機能している。

## 7. 地域への情報発信と連携

自院の医療サービスや診療情報の地域への発信は、広報誌や病院誌、ホームページで行っている。ホームページには病院紹介や受診方法のほか、診療実績や臨床指標も掲載している。病院まつりの開催などの取り組みも適切に行われている。約 150 施設の連携登録医療機関があり、訪問活動や定例会議により情報を収集している。電子カルテ情報の一部を開示する取り組みやオープン病床の運用、オープンカンファレンス開催などにより、かかりつけ医からの紹介受診を推進して適切に連携を図っている。

地域住民向けには定期的にセミナーを開催し、地域の医療従事者向けにも地域の研修会や学術講演会へ多くの講師派遣を行っている。また、北海道の認知症疾患医療センターの指定を受け、地域住民や医療・介護従事者向けの研修会を多く主催するなど、地域に向けての医療に関する教育・啓発活動を積極的に行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者は紹介患者を含めて適切に受付され、診察順番が表示されるので待ち時間の苦痛は軽減されている。外来診療では、患者確認、説明と同意の取得、指導、外来化学療法の実施の安全性への配慮や患者の帰宅後状態悪化時の対応が適切に行われている。診断的検査は、必要性を主治医が判断し、患者・家族に説明し同意をとっている。検査は手順を遵守して確実、安全に行われている。医師は医学的な判断に基づいて入院の必要性を判断し、管理師長は病院全体の空床を把握して、緊急の場合でも滞りなく入院できる体制がとられている。医師、看護師、病棟薬剤師など多職種で診療計画を作成している。患者支援センターが設置され、医療相談、がん相談等に対応している。緩和ケアでは、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）のパンフレットを用いて相談を行っている。必要に応じて、保健所保健師、地域包括支援

センターや民生委員と情報共有し連携している。患者支援センターの看護師が入院前面談を行い、入院後は、看護師、クラーク、看護助手が病棟の構造、設備の説明、注意事項の案内を行い、安心して快適に過ごせるようにしている。

医師は毎日患者の状態を把握し、記録しており、病棟業務は適切に行われている。看護基準・手順などで業務内容を明確にし、患者のベッドサイドではプライマリ看護を実践し患者の療養環境や患者サービスの質向上に努めている。薬剤師が服薬指導、薬歴管理を実施、薬剤の必要性和リスクについて説明し、抗菌薬、抗がん剤、造影剤投与時はマニュアルに沿って投与開始後の十分な観察を行っている。輸血の必要性、リスクについて患者・家族に説明し同意をとっている。輸血はマニュアル通りに行われ、投与中、後の患者の状態も観察され診療録に記載されている。手術の適応、術式は診療科で検討、決定され、患者・家族に説明のうえ同意を得ている。麻酔科医による術前診察は麻酔科受診で行われ、説明、同意がとられている。合併症のリスクも評価され、必要な予防処置がとられている。重症度、疾患に応じて、HCU、SCU、病棟の重症室、一般病室が選択され、適切に運用されている。

院内にスキンケア管理室が設置され皮膚・排泄ケア認定看護師を中心に専門的な支援が行われている。入院時に患者の栄養アセスメントがなされ、必要に応じて栄養計画が作成され、NSTの介入が検討されている。また、入院時に嚥下アセスメントが行われており、適切な形態で食事提供が行われている。緩和ケアマニュアルは整備され、疼痛緩和はがん疼痛ガイドラインに基づいて行われている。麻薬の使用基準も明確である。患者担当医によるリハビリテーション処方に応じて療法士が患者の状態を評価し、多職種によるカンファレンスを通して目標を設定、安全性を確保して実施計画を作成しているが、リハビリテーション担当医師のより一層の関与を期待したい。身体抑制はフローチャートに基づいて必要性を評価し説明と同意書を得て実施している。抑制中は、早期解除に向けた検討も適切に実施されている。入院時に退院支援スクリーニングを行い、患者・家族の意向を確認しながら退院支援を行っている。退院後の地域医療機関や介護サービス事業者と連絡調整を行い、不安なく退院できるように支援している。入院時に在宅療養支援の必要性を検討し、病院内外の多職種（MSW・訪問看護師・ケアマネージャー・リハビリテーション療法士）と情報共有を行い、患者・家族が望む在宅療養が実現できるように、病状や生活状況に応じた支援を行っている。患者・家族の希望や主治医の治療方針を受け多職種で診療・ケアの計画を立案し、カンファレンスを通して患者・家族と信頼関係を築きながら配慮したケアが行われている。

#### <副機能：精神科病院>

病院の運営理念を基に精神科では、「最大限に人権に配慮した、最良の精神科医療を目指して、みんなが考え、みんなが実践する」との運営理念を掲げ、多職種チームが一丸となって医療の実践が行われている。入院から退院、地域支援において、職種間の情報共有・交換が活発でありチームワークの良い多職種連携が展開さ

れている。特に、隔離・身体拘束については、医師間での検討、病棟でのスタッフカンファレンスが日々活発に行われ、行動制限最小化に向ける姿勢は理念を反映している。さらに、退院支援の過程において、患者の個別性に合わせた疾病教育を多職種が検討し実践に向けられており、「みんなで考え、みんなで実践する」ことの実現化が行えていると考える。今後さらに、一般病院の中の精神科の存在意義を高め、他科との連携を強化されることを期待する。

## 9. 良質な医療を構成する機能

処方箋の鑑査、調剤、調剤の確認、抗がん剤の調製・混合、持参薬の鑑別・同効薬の提案・再調剤等、薬剤師が関与して適切に実施されている。患者、検体の誤認防止が図られ、広範にシステム化した検査機器で迅速な運用が行われている。パニック値も基準が設定され、主治医に電話連絡が行われ、不在時には診療科の別の医師に伝達され記録も部門システムに保存されている。放射線技師はオンコールで夜間・休日のニーズにも対応し、医師はCT・MRI・核医学検査の読影オーダーに対応している。造影検査を安全に行う体制も適切である。栄養管理では、アセスメントやアレルギーのチェック、嗜好調査の実施、献立会議での食事の評価・改善、厨房内の衛生管理など、いずれも適切に実施されている。急性期リハビリテーションが中心であるが、廃用症候群の予防として特に緩和ケアを受けている患者にもリハビリテーションを行っている点は評価できる。診療情報は電子カルテシステムにより一元的に管理されている。疾病統計の作成やDPC・がん登録業務、カルテ開示、サマリー督促業務などが規程に沿って実施され、診療情報は適切に管理されているが、診療記録の量的点検については見直しの余地がある。病院で取り扱う医療機器は臨床工学科で一元管理され、24時間医療機器が安全に使用できるよう管理されている。専門的な資格を有している職員を配置し、洗浄・滅菌業務の質向上を図るために部署内で研修を行うなど、洗浄・滅菌機能は適切に発揮されている。

病理診断機能では、検体の受付から標本の作製のすべての過程で部門システムがQRコードを自動で検体に紐づける仕組みが完成しており、人為的な誤認が排除されているうえ専従の検査技師による目視とQRコード読み取りによる確認を行い検体取り違い防止が徹底されている。専従医師のもとでリニアックによる確実に安全な放射線治療が行われている。説明と同意取得の後に治療室を案内するなど患者の不安な気持ちへの配慮がうかがえる。輸血委員会で血液製剤の使用状況の管理、ガイドラインに即したマニュアルの見直しも行われている。当直の技師はすべて輸血業務ができる修練を積んでおり休日、夜間を含めて迅速、確実な対応がとられている。増員により常勤麻酔科医師7名体制をとっており年間全身麻酔手術2,400件程度に対応している。手術スケジュールの管理、誤認防止、サインイン、タイムアウト、サインアウトも担当医、麻酔科医、手術スタッフによって適切に行われている。HCU6床、SCU6床を運用しており、必要な体制が確保されている。入室退室基準が整備され、基準に基づいて機能が発揮されている。専従の救急医は配置できていないが、管理当直以外にHCU、SCU対応、研修医の3名の当直体制をとっており、要請のあったほぼすべての救急患者に応需している。

## 10. 組織・施設の管理

年度予算の編成や財務諸表の作成、会計監査、月次の経営分析などは適正に実施されている。医師によるレセプト点検や返戻・査定への組織的対応、未収入金の督促管理など医事業務は適切に実施されている。委託業者は入札により選定し、委託業務の実施状況や質の評価が定期的に実施されている。

施設・設備は24時間体制で管理され、緊急時応援体制や緊急連絡網が整備されている。医薬品や診療材料、医療機器の選定は、各委員会での採用の可否を決定するなど購入プロセスは適切である。災害時の対応では、法定の防火訓練、大規模災害訓練を定期的に実施している。また、災害拠点病院としてDMATや自家発電設備を保有し、食料や水、医薬品、燃料などを備蓄して災害に備えている。保安業務は、院内巡視や時間外の来館者受付、施錠管理などの保安管理を常時複数名の体制で適切に行われている。

## 11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として研修の基本理念やプログラム、研修医が単独で行うことができる診療行為などを明文化している。また、研修医への多職種評価、レポート提出状況や到達度の確認、修了判定なども適切に行っている。医師以外の専門職種でも、職種ごとに新人教育プログラムや業務目標を定め、チェックリストを用いて評価するなど、初期研修を適切に行っている。

多くの職種で学生実習を受入れており、事務課で契約内容等のチェックを行っている。医療安全や感染対策に関するオリエンテーションは標準化され、学生への必要な教育研修を適切に実施する仕組みが確立している。

# 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	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	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	B
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	B

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	B

## 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	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	B
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	B
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	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	S
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	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	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
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：精神科病院（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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	A
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A

2. 2. 20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2. 2. 21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2. 2. 22	隔離を適切に行っている	A
2. 2. 23	身体拘束を適切に行っている	S
2. 2. 24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	S
2. 2. 25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2. 2. 26	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	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 4 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：小樽市立病院

I-1-2 機能種別：一般病院2、精神科病院(副機能)

I-1-3 開設者：市町村

I-1-4 所在地：北海道小樽市若松1-1-1

## 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	302	302	+0	91	12.8
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	80	80	+0	71	155.2
結核病床	4	4	+0	21	25.3
感染症病床	2	2	+0	8	4.8
総数	388	388	+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)	0	-6
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	6	+6
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+0
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	20	+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		
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

災害拠点病院(地域)、エイズ治療拠点病院、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： 6 人 2年目： 5 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

