

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 10 月 19 日～10 月 20 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 1	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、旧荳崎町や穂坂村などによる国民健康保険直営の病院として開設され、伝染病棟や結核病棟の新築や増床などの充実を図りながら、荳崎市の発足を経て改称された。その後も、医療需要の高まりや変化に応じた増床や診療科の開設、診療管理棟の建設や病棟などの改築、診療機能の強化を目指した各種の高度医療機器の導入などの病院機能の強化・充実を進めてこられた。併せて、HIV 拠点病院および地域災害拠点病院の指定を受けるなど、医療技術の進歩発展や高度化、地域の医療ニーズ等に応じて機能強化を図り、地域の基幹的病院として「地域に愛され信頼される病院をつくろう」との理念を掲げて地域住民の医療の確保に大きな役割を果たしつつ、現在に至っている。

今般の病院機能評価は初めての受審であったが、病院理念の実践を目指し、医療の質向上や良好な療養環境の整備に努める職員の姿や、これまでに培ってきた貴院独自の取り組みなどを随所に拝見することができた。受審準備や訪問審査における気づき、以下に示す所見などを糧にされ、より良い病院創りに邁進されて、患者や地域住民の信頼と満足度を高め、併せて職員個々の成長を促しながら、地域の医療を護る貴院の発展の歴史が、さらに営々と刻まれていくことを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

組織運営とリーダーシップの領域では、地域に愛される病院をつくることを旨とする理念や患者の権利の尊重などからなる基本方針が明文化され、見直しも行われており、病院案内やホームページ、職員携帯カードへの掲載などにより院内外への周知に努められている。病院長からは機会を捉えて、病院運営方針や診療体制の課題等への取り組み方針が示され、幹部職員は診療機能の向上や経営・運営上の課

題、労働環境の改善など種々の課題を認識のうえ解決に取り組んでいるなど、おおむね適切なリーダーシップの発揮が認められる。病院運営の意思決定を担う会議の他、必要な会議・委員会が設けられ、組織図や職務分掌、情報伝達体制の整備、中・長期計画の策定等はおおむね適切に行われている。

情報管理については、電子カルテシステムを中心に種々のシステムが適切に管理・運用されており、活用方針等も明確である。文書の一元的管理では、文書管理規程に文書の作成や稟議、決裁・承認、收受・発信文書の記録などの作成・管理の仕組みが定められ、総務部門により一元的に把握・管理されている。

人事・労務管理の領域では、法令や施設基準等による配置標準数を満たし、必要とされる人員体制が整えられ、関係医科大学との折衝や奨学金制度の運用などの取り組みがみられる。人事管理体制や就労管理については、必要とされる規則・規程が整備され、労働時間の管理などが適切に行われている。職員の安全衛生管理では、衛生委員会の設置や定期的な開催、職員健康診断、職場環境の整備などがおおむね適切に行われている。魅力ある職場環境の整備については、復職支援への取り組みや院内保育所の整備などがみられるが、さらに、職員全体を対象とする意見・要望等の把握への取り組みと職務環境改善への反映などが望まれる。

職員の教育・研修では、全職員を対象とする研修計画が策定されて医療安全や感染制御、専門知識や技術の研修、医療従事者に必要とされる患者の権利擁護などのテーマに関する教育・研修が行われており、院外の教育・研修機会の活用などにも取り組まれているが、受講者の理解状況の把握や意見・要望等の把握と反映などが望まれる。職員の能力評価・能力開発では、人材育成型の人事評価制度が導入され始めたところであり、医師を含む職員全体に対して能力評価と能力開発、人材育成の取り組みが拡大・充実されるよう期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の意思を尊重した医療の領域では、患者の権利の明文化や適時の見直しが行われ、院内掲示や入院案内、ホームページへの掲載などによる周知に加え、院内研修による職員教育などが行われており、診療記録の開示も適切に行われている。説明と同意に関する方針やセカンドオピニオンの指針・手順が定められ、おおむね適切に実践されている。患者との診療情報の共有や参加促進では、患者の権利と責務の説明や治療等に関する自己決定の際のフォロー、治療方法や検査等に関するパンフレット等の活用、誤認防止のための氏名の名乗りへの協力要請など医療の安全や患者の理解の支援などへの取り組みがみられる。患者支援体制の整備と対話の促進では、地域医療連携室の医療相談担当者により社会福祉制度や経済的な課題に関する相談、退院先調整などの相談への対応が適切に行われているが、虐待や暴力への対応マニュアルについては、さらに実践的なものとするための内容の充実と、職員の教育・研修が望まれる。

個人情報・プライバシーの保護については、個人情報保護に関する規程が定められ、電子カルテシステム等へのアクセス管理などが行われているが、療養生活上の

プライバシーへの配慮や委託業務従事職員の教育・研修が望まれる。臨床における倫理的課題については、患者・家族が抱える倫理的な課題の組織的な検討とともに、倫理委員会が機能を発揮できる体制の整備が望まれる。

療養環境の整備と利便性の領域に関しては、市民バスの構内乗り入れや駐車場の整備などのアクセス、売店や自動販売機、公衆電話、コインランドリー、携帯電話の使用などの生活延長上の設備やサービスなどへの適切な配慮がみられる。また、増改築が重ねられた施設であるが、随時改修工事が行われて館内全体のバリアフリーが確保され、さらに、高齢者や障害者のための車椅子や歩行器等の整備、診療・ケアに必要なスペースの確保、快適な療養環境の維持や整理整頓などへの配慮が適切に行われている。

4. 医療の質

継続的質改善のための取り組みの領域では、患者・家族の意見・要望等は入院・外来患者満足度調査や投書箱、ホームページへの意見等により収集され、分析・検討のうえ回答揭示によりフィードバックが行われており、意見等を反映した設備改修の対応実績も認められるなど適切である。診療の質向上に向けた活動では、多職種によるカンファレンスや診療科を跨いだ合同カンファレンス、デスカンファレンスの開催などが行われているが、診療ガイドラインの活用や臨床指標の収集・分析は、取り組みが始められた状況であり今後の充実を望みたい。また、クリニカル・パスの対象疾患の拡大やバリエーション分析などへの取り組みが望まれる。医療サービスの質改善では、委員会による改善提案事項の協議・検討や5S運動が行われ、活動成果の発表などが行われている。

診療・ケアにおける質と安全の確保の領域に関しては、管理・責任体制は明確に定められて揭示され、担当医師や看護師はベッドネーム等で示されており、主治医不在時の対応なども適切に周知されている。診療記録は診療録記載要領に基づき記載され、必要な内容がおおむね適切に記載されているが、診療記録の質的監査への取り組み、退院時サマリーの作成率の向上が望まれる。多職種協働による診療・ケアについては、多職種によるカンファレンスが積極的に開催されている他、リハビリテーションや褥瘡管理、転倒・転落防止などのチーム活動、皮膚・排泄ケアや認知症看護の認定看護師による専門性の高い活動などが展開されている。

5. 医療安全

患者の安全確保に向けた取り組みの領域では、医療安全に関する方針が明確に定められており、医療安全管理部のもとに医療安全管理委員会とリスクマネージャー専門委員会を置いた組織体制が整えられ、必要な会議・委員会の開催や医療安全事業計画の立案、重要アクシデントの分析などが行われているが、医療安全管理部の機能を踏まえた位置付けの見直し、権限や役割、業務量を踏まえた適切な運営体制の構築が望まれる。医療安全に関する情報収集体制も整備され、インシデント・アクシデント情報の収集・分析、再発防止対策等の検討、改善策の実施効果の検証な

どが行われている。

診療・ケアにおける安全の確保の領域に関しては、患者誤認防止マニュアルが作成され、リストバンドの着用や患者氏名の名乗り、手術部位のマーキング、手術時のタイムアウトなどが実施されている。情報伝達エラー防止については、医師による処方等の指示出しと看護師の指示受け・実施、確認の流れが明確であり、口頭指示はマニュアルに則って行われ、検査の異常値は医師に直接報告されているなど適切に運用されている。薬剤の安全使用に関しては、重複投与の防止やアレルギー等のリスク回避対策が行われ、ハイリスク薬や劇薬の表示、麻薬や向精神薬の施錠管理などがおおむね適切に行われているが、抗がん剤のレジメン管理の仕組みの早急な確立が望まれる。

転倒・転落防止対策では、入院時にアセスメントが行われ、危険度別に標準看護計画により転倒・転落防止対策が立案・実施されて、その後も評価により必要な見直しが行われているなど適切である。医療機器は全て使用場所において管理・点検されているが、臨床工学技士の関与や医療機器の中央管理体制の検討を期待したい。患者急変時の対応では、院内緊急コードが設定され、AEDの取り扱い研修が行われているが、召集レベルを考慮した実践的な緊急召集訓練の実施や救急カートの医薬品等の適切な点検などの検討が望まれる。

万一、医療事故が発生した場合の対応については、医療安全管理規程等に報告体制や対応手順、患者・家族への説明、外部への公表等の手順が明示され、原因究明や再発防止の検討を行う委員会の設置についても定められているなど適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた取り組みの領域については、医療安全管理部のもとに院内感染予防対策委員会と感染制御専門委員会（ICT）が設けられ、会議による情報共有や院内ラウンドによる問題点の洗い出し、改善への取り組み、マニュアルの見直し・改訂が行われるなど、医療関連感染制御に向けた体制は適切に確立されている。

医療関連感染制御に向けた情報収集と検討では、院内の感染症発生状況の報告と分析、院外からの情報収集などが行われ、アウトブレイクの定義や発生時の対応手順なども明確にされているが、手術部位感染等の感染サイト別サーベイランスの実施が望まれる。

診療・ケアにおける安全の確保に関する領域では、手指衛生等の標準予防策や感染経路別の予防策に基づく対応、医療感染予防対策委員会による情報把握や分析・評価、ICTラウンドによる標準予防策等の遵守状況の評価・指導等が行われているが、感染性廃棄物の分別廃棄の徹底や適切な表示などについては見直しが望まれる。抗菌薬の適正な使用に関しては、抗菌薬の使用指針が定められており、特別な抗菌薬の使用は届出制とされ、使用量が把握されて関係医師にフィードバックされているなど適切である。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報の地域等への発信については、病院の理念や基本方針、診療内容、受診や入院時の手続きなどの情報が病院案内や入院案内、ホームページに掲載され、また、市の広報に Q&A コーナーを設けて健康啓発等に取り組まれている。地域の医療機関等との連携については、地域医療連携室により地域の医療機関・施設等の機能や状況の把握、紹介患者の受け入れ、医療関連施設等への患者の紹介などが行われているが、患者紹介元医療機関への返書の管理には取り組み始められたところであり、今後の管理の徹底などが望まれる。

地域活動への参加に関しては、市の健診事業への協力の他、市民や地域住民を対象とする講演会や出前講座等への講師派遣、地域イベントへの病院ブースの開設による緩和ケアの紹介や相談への対応など、診療機能等を活かし地域の健康増進に寄与しようとする活動が認められる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診や会計などの手続きに必要な情報がホームページに示され、受診時には受付職員による高齢者・障がい者等の案内や支援、外来看護師による病態や緊急性への配慮などがなされるルールであるが、診察待ち患者への配慮などへの一層の取り組みが望まれる。看護師による新患の予診や紹介患者情報の事前把握などによる情報収集が行われ、侵襲的な検査や薬物投与は説明と同意取得のもとに実施されており、看護師の状況観察を踏まえて医師による帰宅の判断がなされるなど、適切な外来診療機能が行われている。地域医療機関等からの患者受け入れの方針は明確で、時間外・休日を問わず、患者の円滑な受け入れに努められている。診断的検査は病態別に必要性が判断されており、必要性和リスクが説明されて、同意を得て実施され、検査中・検査後の観察記録も適切に行われている。連携先への患者紹介に関しては、入院時にニーズが把握され、病棟看護師と退院支援看護師の連携により、患者のニーズや家族の QOL などを尊重しつつ医療ニーズに沿った患者紹介が行われている。

入院の決定は、医学的必要度の判断に基づいて行われており、患者・家族に入院目的や必要性などが丁寧に説明され同意が得られている。また、病状や病態評価を踏まえて入院診療計画等が多職種により作成され、患者・家族への説明と同意取得が行われ、さらに、褥瘡発生リスクや転倒・転落リスクの評価などが行われて看護計画に反映されている。患者・家族からの社会福祉相談や退院支援などの種々の相談への対応と情報共有、入院生活に関するオリエンテーション、転倒・転落防止への協力要請などはいずれも適切に行われている。

医師の病棟業務においては、回診や診療記録への必要な事項の記載とともに、多職種カンファレンスなどを通じてリーダーシップが適切に発揮されている。看護師の病棟業務では、看護基準や看護手順が明確に定められており、カンファレンスによる情報共有、日常の身体的、精神的、社会的な看護ケアや記録などの業務が適切に行われている。投薬・注射の確実・安全な実施に関しては、持参薬管理や薬歴管

理、服薬指導、薬剤投与時のバーコードの3点認証、薬剤の投与中などの患者の状態・反応の観察などがおおむね適切に行われているが、注射薬の個人別1施用ごとの取り揃え供給への取り組み、抗がん剤のレジメン登録・管理の実施などが望まれる。輸血・血液製剤投与は、適正使用指針に基づいて患者・家族への説明と同意のもとに行われ、輸血の種類と型、ロット番号等の記録、輸血時の観察・記録などが適切に行われている。周術期の対応については、手術・麻酔の適応や方法等の検討が行われ、主治医による患者・家族への手術・麻酔等に関する説明と同意取得が行われており、看護師による術前・術後訪問が行われて記録が残されている。また、タイムアウトなどの誤認防止対策や合併症予防、状態観察や覚醒確認などが適切に行われている。

なお、重症患者の管理、褥瘡の予防と治療、症状などの緩和、急性期リハビリテーションの実施、患者・家族への退院支援、必要な患者への継続した診療・ケアの実施、ターミナルステージへの対応はいずれも適切に行われているが、栄養管理と食事指導については、課題であったNSTの発足による多職種連携による栄養サポートの充実や、栄養指導の充実が望まれる。また、安全確保のための身体抑制に関しては、身体抑制時の観察基準の明確化などが望まれる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、処方および調剤の鑑査や疑義照会、抗がん剤の調製・混合、持参薬の鑑別と管理、医薬品集の定期的な改訂などの業務がおおむね適切に行われているが、注射臨時処方のダブルチェック、注射薬の個人別1施用ごとの取り揃えへの取り組み、抗がん剤のレジメン管理などが望まれる。臨床検査機能では、一般検査や血液、生化学などの必要な検査と精度管理が行われるとともに、検査結果の報告や異常値への対応なども適切に行われている。画像診断機能では、予定検査に加えて緊急を要する検査の優先度等を踏まえた実施、遠隔診断による専門医の読影などが行われ、造影剤使用検査など侵襲性が高い検査の場合には急変時対応の医師の待機がなされているなど、適切に機能が発揮されている。栄養管理機能に関しては、厨房内の清潔区域管理や温・湿度管理、適時・適温提供などがおおむね適切に行われているが、NST活動の開始による一層の充実を望みたい。

リハビリテーション機能では、主治医や各療法士、看護師の協働によりリハビリテーション計画の立案や多職種による情報共有、計画の見直し・変更、継続的なリハビリテーションの提供などが適切に行われている。診療情報管理機能では、診療情報の一元管理や病名のコーディング、診療記録の量的監査などがおおむね適切に行われている。医療器機管理機能については、医療機器が各病棟で保管・管理され日常的な点検は看護師により行われているが、種々の課題等を踏まえた臨床工学技士の関与の確保や、中央一元管理などの検討を期待したい。洗浄・滅菌機能では、洗浄・消毒処理は中央化され、各種インディケーターによる滅菌精度の保証管理などがおおむね適切に行われている。

病理診断機能は、業務委託処理であるが、適切な病理標本の準備や速やかな診断報告に取り組まれている。輸血・血液管理機能では、責任医師が明確に定められ、

輸血・血液製剤の発注から保存、供給、返却などの管理が適切に行われている。手術・麻酔機能では、タイムアウトなどの誤認防止対策や術中の麻酔管理、覚醒の確認、退室などの術後管理が適切に行われ、救急医療機能については、二次救急病院として救急患者の受け入れ方針が明確に定められており、役割や診療機能に応じた救急医療機能が適切に発揮されているものと認められる。

10. 組織・施設の管理

経営管理の領域では、近年の運営状況や施設設備・備品等の整備要請等を踏まえた予算編成が行われ、月次執行管理や経営状況の把握・分析、決算時における所定の財務諸表の作成、市監査委員会による決算監査が行われるなど、財務・経営管理は適切である。医事業務は一部委託処理で、総合受付や窓口受付、会計収納、未収金管理、レセプトの作成や点検、再審査請求などが適切に行われている。業務委託に関しては、市財務規則に則って業者選定が行われ、一部業者との間では業務の質管理や課題の共有・協議が行われているが、他の業者への拡大・充実を望みたい。

施設・設備管理の領域では、病院規模や診療機能に応じた施設・設備が整えられ、定期点検や障害時対応、医療ガスの安全管理、感染性廃棄物の処理などが適切に行われている。受動喫煙の防止に関しては、敷地内禁煙とされ、入院案内やホームページ、院内掲示により周知されており、禁煙外来診療も行われているが、職員の喫煙状況調査や禁煙啓発研修の開催など、より一層の取り組みが望まれる。物品管理では、同種同効品の抑制等の基準の明確化や、病棟など各部署の在庫定数の見直しなどが望まれる。

病院の危機管理の領域においては、消防計画や地震防災応急計画、災害時対応マニュアルが策定されており、緊急時の責任・連絡体制や行動計画等が定められ、定期的な訓練の実施や食料、飲料水等の備蓄、災害時用の器材の整備などの適切な対応が認められる。保安業務は、委託警備員による入・退館者の監視や院内巡視、施錠管理、緊急事態への対応などが行われているが、入退室記録の在り方などの検討を望みたい。

11. 臨床研修、学生実習

看護師や薬剤師などを目指す学生の臨地実習の受け入れは行われていないが、受け入れにあたっては、個人情報保護や医療安全、医療関連感染制御、院内規程の遵守、実習中の事故防止や対応などに関するオリエンテーションの実施、特定の患者を担当する場合に患者・家族の承諾を得る手続きなどが要綱として定められているなど、学生実習を適切に受け入れる体制が整えられている。

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	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	B
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病院の方針を決定している	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	B
1.2.3	地域活動に積極的に参加している	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	医療サービスの質改善に継続的に取り組んでいる	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	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	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	B
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	B
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	B
2.2.2	かかりつけ医機能としての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	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療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	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	B
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
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	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	B
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	B
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	B
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	NA
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	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	B
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	文書を一元的に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	B
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	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	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	B
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	B
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： 2016 年 4 月 1 日 ～ 2017 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2017 年 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 韮崎市国民健康保険韮崎市立病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 山梨県韮崎市本町3-5-3

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	141	131	-10	60.6	18.7
療養病床	34	34	+0	79.2	294.9
医療保険適用	18	18	+0	81.8	386.1
介護保険適用	16	16	+0	76.2	229.4
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	175	165	-10		

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		
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

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
	2016	2015	2014	2016	2015
1日あたり外来患者数	284.07	314.73	309.91	90.26	101.56
1日あたり外来初診患者数	35.16	43.21	43.91	81.37	98.41
新患率	12.38	13.73	14.17		
1日あたり入院患者数	124.43	133.47	128.38	93.23	103.96
1日あたり新入院患者数	5.57	5.91	5.78	94.25	102.25