

## 総括

### ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院1」及び副機能種別「リハビリテーション病院」・「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8月25日～8月26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
機能種別	リハビリテーション病院（副）	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1  
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 精神科病院（副）  
該当する項目はありません。

#### 1. 病院の特色

貴院は1951年に開設され、地域密着型病院、在宅療養支援病院、へき地拠点病院としての役割を果たす中新川郡唯一の公立病院である。病院機能評価を継続して受審しており、前回の審査で指摘された項目が改善されるなど、病院の質向上や安全な医療の提供に向けて取り組んでいる。特に、院長はじめ病院幹部は、まともりの良い組織づくりにリーダーシップを発揮しており高く評価される。また、地域連携活動、地域の健康増進活動、患者・家族の倫理的課題等の把握と対応、ターミナルステージへの対応、洗浄・滅菌機能、効果的・計画的な組織運営、職員の能力評価・能力開発、学生実習への取り組みは秀でており高く評価される。今後も良質な医療の実践や地域医療の質向上に向けた取り組みを継続され、さらに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

病院組織運営の基本として理念・基本方針を定めている。幹部職員は、院長の目指すところをよく理解して補佐するとともに、一体となってまとまりの良い組織づくりにリーダーシップを発揮していることは高く評価できる。取り組むべき計画や目標がBSCで評価され、目標設定から達成度評価に至るPDCAのサイクルは確立している。看護部においてもBSCを活用して目標管理を実践しており、高く評価できる。診療情報の総合的な管理・活用方針は明確に示されている。自治体の事務決裁規程に基づき文書は適切に管理されている。

医療機能のさらなる充実に向けて、医師をはじめ職員の確保に取り組んでおり適切である。職員の安全衛生管理は適切に行われており、DiNQL事業に参加して看護職が健康で安心して働き続けられる環境整備と看護の質向上を目指している。全職員を対象とした教育・研修は、教育・研修委員会が取りまとめて年度計画を立案し、実施している。院外研修については、規程を定めて積極的に取り組んでいる。職員は業務検討会やカンファレンス、科内勉強会等により知識の習得に努めている。看護部ではクリニカルラダー、マネージメントラダーを導入している。病院支援のもと、職員は新たな専門知識・技術の取得に積極的に取り組まれており高く評価できる。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利を制定し、組織的に検討して適宜見直しを行っている。インフォームドコンセントの指針に基づき、説明と同意の一覧を整備している。病状説明を実施する場合にはパンフレットを用いて患者の理解を促進している。窓口相談コーナーに医療メディエーターを配置して気軽に相談できる対応体制が整備されている。虐待対応チームを設置して、迅速に対応をする仕組みが整備されている。個人情報保護方針は定められており、患者・家族への周知が図られている。また、個人情報保護に関する規程は更新されており、遵守されている。臨床における倫理的課題については、臨床倫理に関するコンサルテーションラウンドを行い、臨床現場における倫理的課題を把握している。多職種による倫理コンサルテーションチームがタイムリーに臨床現場の倫理的課題をカンファレンスの検討課題にすることができおり、カンファレンスの充実が図られている点は高く評価できる。

患者のニーズに合わせた施設的なサービスは整備している。入院患者の視点から利便性に配慮されており適切である。病院全体のバリアフリーが確保されている。診療・ケアに必要なスペースやデイルームは、アルプスが望める開放感のあるスペースが確保できている。敷地内全面禁煙の方針を明確にし、禁煙外来を開設している。

## 4. 医療の質

患者・家族の意見・要望を相談窓口や意見箱で収集し、重要な意見等については院長が出席する患者サポートカンファレンスで対応策が検討されている。定期的に院内検討会や医師会・救急隊などとの合同症例検討会を行っている。クリニカルパ

スの適用率やバリエーションの評価を行い、必要に応じて見直しを検討している。病院機能評価を定期的に受審しており、質改善に取り組んでいる項目が多岐にわたって確認できた。新規に導入しようとする診療・治療方法は、倫理委員会において倫理的な審査を受け、実際に導入するには各種ガイドラインに配慮し、施設基準を満たすとともに関係職員への教育や周知を行っている。

病棟・外来等における管理・責任者体制は明確であり、車椅子の患者が見える位置に掲示している。診療記録は遅滞なく必要な情報を記載している。退院時サマリーの2週間以内の作成率は100%である。入院前や入院後、退院時、リハビリテーション時、ターミナル期、手術前後など、患者の診療・ケアのあらゆる場面で多職種が協働してカンファレンスを開催し情報共有を行うなど適切である。

## 5. 医療安全

医療安全管理室が設置され、専従の医療安全管理者を配置している。医療安全マニュアルは整備され、毎年見直しや改訂しており安全確保に向けた体制は確立している。院内アクシデント・インシデントの収集は院内ルールに基づいて機能している。院内インシデント・アクシデントは、医療安全管理カンファレンスに報告・検討され、再発防止に向けた対策がとられている。

患者確認や手術部位の誤認防止、検体確認などの誤認防止対策は適切に行われている。電子カルテにより、指示出し・指示受け・実施・確認の仕組みが確立され、適切に行われている。電子カルテと調剤システムを用いて、薬剤の重複投与、相互作用、アレルギー等のリスク回避等の安全管理を実施している。麻薬・毒薬・劇薬・向精神薬はそれぞれ別の施錠された場所で保管している。入院時から転倒・転落フローチャートに基づいて、アセスメントシートで評価している。臨床工学技士が医療機器を管理し、安全な使用について活動をしている。作動中の点検は、チェックリストに基づいて現場で実施している。院内緊急コードが設定されており、訓練も実施している。AEDの使用法、BLSの訓練等は全職員を対象に定期的実施しており、修了者にはネームにハートシールが貼られている。

## 6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は院長直轄であり、院長は各委員に感染対策に関する一定の権限を付与している。感染制御チームは週1回院内ラウンドを実施し、感染発生状況の把握と対応等について協議している。感染対策マニュアルは適宜改訂が行われており、電子カルテで閲覧可能である。院内の感染症情報レポートを作成し、院内感染対策委員会に報告している。アウトブレイクは、サーベイランス等により早期に察知し、緊急委員会を開催する体制としている。近隣の福祉施設における新型コロナウイルス感染症のクラスター発生に際して、院内の感染管理認定看護師が出張して対応されたことは評価できる。

感染管理認定看護師2名を含む院内感染対策委員会を中心に医療関連感染を制御する活動を適切に実践している。新型コロナウイルス感染症に関する対策についてBCPを作成し、実施している。抗菌薬の採用・削除は薬事委員会で審議している。

抗菌薬の使用は抗菌薬マニュアルに準拠して実施し、培養結果に基づいてデ・エスカレーションしている。特別な抗菌薬は届け出制とし、バンコマイシンはTDMを実施している。大学病院の感染症専門医による外来でコンサルテーションできる体制をとっている。術前の予防的抗菌薬の投与率は全手術例で95.3%であるなど抗菌薬の使用は適正である。

#### 7. 地域への情報発信と連携

地域住民向けの「広報かみいち総合病院」、連携施設向けの「地域連携室だより」、産婦人科の「かみいちはぐくみガイドブック」を発刊している。診療実績として、病院指標、かみいち総合病院改革プラン、病院機能評価の認定結果を公表している。地域の人口動態を把握しており、地域医療や地域住民の健康を守るための病院の立ち位置を明確にしている。地域医療連携館に「地域医療連携室」、「かみいち居宅介護支援事業所」、「中新川訪問看護ステーション」が設置されており、速やかに連絡ができる体制が整備されている。地域連携に関わるコールセンターや総合相談窓口の設置など、地域連携の中心的な役割を担っており、これらの取り組みは高く評価できる。紹介・逆紹介の状況を一元的に管理する仕組みは適切である。院長・副院長をはじめ医師全員が当番制で対応する在宅診療・訪問診療、在宅看取り、へき地巡回診療が行われている。総合診察医を中心とした上市・地域医療支援学講座、乳房再建サテライトセンターを開設している。医師をはじめ認定看護師などによる地域施設への啓発活動が行われている。これらは地域医療の健康増進に寄与する活動として高く評価できる。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者は円滑に受診することができ、外来診療を適切に行っている。地域医療連携室が紹介窓口となり、速やかな入院や外来受診の受け入れが適切に実践されている。診断的検査・侵襲のある検査の実施は適切であり、自院で対応できない症例については、患者・家族に説明し同意を得て連携する病院に適切に紹介している。予約入院・緊急入院ともに外来担当医が医学的根拠に基づいて判断し、決定している。主治医は診断結果に基づき、速やかに入院診療計画書を作成している。入退院支援センターの活動により患者が円滑に入院できており、医師、看護師の病棟業務は適切に行われている。病棟担当薬剤師は、全入院患者の薬剤管理と医師の依頼に基づく服薬指導を実施している。注射薬投与時は、看護師が6Rをダブルチェックと指差し呼称で確認している。輸血投与前、投与中・投与後の患者の観察は、輸血実施時副作用観察シートを用いて評価し、記録している。手術症例は、手術適応や麻酔方法について術前カンファレンスを実施し、方針を決定している。重症患者の管理、褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導、症状などの緩和については、適切に行っている。疾患により、クリニカルパスを導入し、早期からのリハビリテーションの介入に努めている。また、リハビリテーションによる日常生活動作の効果判定は、機能的自立度評価表を用いた定量的評価を実施している。行動制限をした場合、看護師は、直後は1時間後に観察し、以降は2時間ごとに行動制限アセス

メント表によりチェックしている。患者・家族への退院支援、在宅などにおける継続した診療・ケアの実施を適切に行っている。病院主治医が在宅の訪問診療を行い、薬剤投与等の緩和ケアを実施していることがあり、個々の患者のターミナルステージの対応を病院の資源を最大限に活用し患者・家族の要求に応えている点は高く評価できる。

#### <副機能：リハビリテーション病院>

外来リハビリテーションは、内科、整形外科外来患者を中心に行われている。入院当日に医師・看護師・MSW・療法士が参加する入院時合同評価が行われ、合同評価表により集約されている。疾患別にリスク管理を明確にするため、合同評価項目に心疾患欄を設けていることは評価できる。各療法士が運動機能、認知機能、高次脳機能、言語機能、摂食・嚥下機能の初期評価を行い、リハビリテーション実施計画書が作成されている。さらに、1週間以内に多職種によるカンファレンスが行われており、リハビリテーションプログラムは適切に作成されている。医師は、毎朝のミーティングに参加するとともに必要な指示と実施確認、検査結果の評価などを適切に行っている。医師や療法士、MSW、看護師、介護福祉士、看護補助者が参加する毎朝のミーティングでADLを情報共有し、看護・介護職は業務を進めている。多職種によるカンファレンスが行われており、理学療法、作業療法は確実・安全に実施されている。また、言語聴覚療法においても、多職種によるワーキンググループが栄養管理フローチャートに基づいて摂食・嚥下機能を評価して、VE・VFの必要性、NST介入の依頼を検討し、食事形態・嚥下姿勢の介助など個別のプログラムが作成され、適切に実施されている。入院時に患者の日常生活、家庭環境を把握し、早期在宅復帰に向け、早出・遅出も含めた多職種の取り組みが行われており、生活機能の維持・向上を目指したケアは適切である。

#### <副機能：精神科病院>

来院した患者が円滑に受診でき、診断的検査の実施中・実施後の観察も適切である。任意入院、医療保護入院、措置入院と入院形態ごとの対応と管理体制を整備している。入院時の計画は、患者の個別性に配慮し速やかに作成している。患者・家族からの相談に適切に対応している。入院案内には入院中の生活に関する内容を掲載し、電話・面会などの取り扱いをマニュアルに定め、携帯電話の持ち込みを認めている。医師は、身体症状の早期発見と専門医へのコンサルテーションを遅滞なく行っている。看護師は、病棟における業務の多職種連携を図り、患者情報の共有、術前術後の看護を実践している。投薬・注射は処方指示箋により確実に実施され、薬剤師を配置し抗精神病薬の評価を行っている。褥瘡の予防・治療は評価、対策が実践され、専門チームが介入するなど適切に行われている。入院時に管理栄養士が栄養計画を立案し、個別的な栄養指導も行っている。多職種カンファレンスで向精神薬の副作用症状の早期発見に努めている。リハビリテーションは急性期から慢性期まで多職種で計画を立案し、実践している。隔離・身体拘束は適切な運用のもと、患者とのコミュニケーションを図り、最小化に努めている。退院支援計画は多

職種で作成し、個別的に支援項目を立案している。終末期の意思確認ができる仕組みを構築し、ターミナルケア計画を多職種で作成している。退院前カンファレンスには患者・家族を含む院内外のスタッフが参加し、患者個々の状態に応じた支援がある。患者への継続した診療・ケアについても対応部署との連携が図られ適切に実施している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理について、内服薬の処方鑑査、調剤および調剤鑑査はそれぞれ別の薬剤師がダブルチェックで行っている。臨床検査は、微生物検査を除く検体検査および生理機能検査のほとんどが院内もしくはブランチャボで実施可能である。すべての検査画像について常勤医は非常勤放射線医とダブルチェックで確認している。委託業者と協働してより良い食事の提供に取り組まれている。脳血管疾患・運動器およびがんリハビリテーションに対応し、適切に実施している。診療記録は電子カルテを採用し、診療情報は1患者1IDで一元的に管理している。医療機器は標準化しており、管理は適切に行われている。洗浄・滅菌は、汚染物と清潔滅菌物品の区域を明確にしており、洗浄においても2名がペアとなり物品の取り扱いに注意を払い実践しており高く評価できる。

病理部門では、病理検査システムを導入し、診断レポートの作成、標本等を管理している。小瓶への分注を踏まえ、ホルマリン特有の性質を考慮した換気装置の必要性などの検討を期待したい。輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄は一元管理している。血液製剤の廃棄率が今回0.42%と飛躍的に減少した取り組みは評価できる。手術室での患者状態は、麻酔科医と看護師で情報共有している。救急告知の二次救急病院としての機能・役割を發揮している。

## 10. 組織・施設の管理

地方公営事業法に基づいた会計処理が行われている。経営状況・執行状況の適切性は担保されている。効率的かつ安定した病院運営の推進に取り組まれている。医事業務は、窓口業務、レセプト点検、診療報酬の返戻・査定に対応、施設基準を遵守する仕組み、未収金の催促・回収などの体制は確立している。委託業務の実施状況の把握は、業者との話し合いを持つことで継続的な品質管理に努めている。

病院機能に応じた施設・設備が整備されている。施設管理の担当職員が常駐して、24時間体制で施設・設備の点検・管理が適切に行われている。外来、病棟、管理部門は整理整頓され、清潔感あふれる環境づくりに努めている。購入希望備品の選定から決定までのプロセスはルールに基づいて行われ、発注から納品に至る経緯は内部牽制が働く仕組みが確立しており、余剰在庫、使用期限切れ在庫物品の動向を把握している。

災害に対応するマニュアル・手順書は策定されている。時間外・休日は警備員が常駐して24時間体制の保安業務が行われている。医療事故対応に関するマニュアル・手順が明文化され、対応体制は整備されている。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

医学生を受け入れており、外来や当直、巡回診療、訪問診療、訪問看護ステーションの研修が行われている。看護部では、各病棟や手術室、外来に、看護師長、実習指導者や認定看護師を配置して、看護学生実習計画表に沿って実習指導にあたっている。薬剤科は、認定実務実習指導薬剤師により学生を受け入れている。さらに、療法士や社会福祉士、精神保健福祉士を育成する各学校からの学生実習の受け入れが行われている。これらの学生受け入れ体制は充実しており、高く評価できる。実習生であることが患者・家族に分かるように学校のユニフォームを着用し、実習生の名札を付け、実習開始時には患者に説明し了解を得ている。各学校とは、事前の健康診断、事故発生時の対応について記載された契約を締結している。実習受け入れ部署で医療安全・感染に関するオリエンテーションが実習前に行われている。

# 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	S
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	S
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	A
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	S
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	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	A
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	A
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	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	S

## 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	A
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	S
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	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	S
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	S
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	A
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	S
4.3.3	学生実習等を適切に行っている	S
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	A
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：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	A
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	NA
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	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
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： 2020年 4月 1日～2021年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2021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： かみいち総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)、精神科病院(副機能)

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 富山県中新川郡上市町法音寺51

## 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	148	148	+0	73.1	15
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	51	51	+0	62	110.2
結核病床					
感染症病床					
総数	199	199	+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)		
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	18	+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	48	+0
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		
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：

へき地拠点病院, DPC対象病院(Ⅲ群), 在宅療養支援病院

## 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

