

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14日～9月15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1991年に開院以降、これまで機能・規模の充実を図りながら大きく発展してきた。経営母体は独立行政法人労働者健康安全機構であり、全国にある労災病院の中でリーディングホスピタルとしての位置づけにあるが、神奈川県北東部の高度急性期病院としての重要な役割もある。指定・認定施設に関しても「地域がん診療連携拠点病院」「災害拠点病院」「救命救急センター」「小児救急拠点病院」「地域医療支援病院」「地域周産期母子センター」など、地域における急性期病院としての役割が大きい一方で、臨床研修指定病院・歯科医師臨床研修指定病院として優れた医療従事者の育成施設としても期待されている。

今回の病院機能評価では、院内の数多くの診療科・部門・疾患別センターにおいて高度な医療が日々実践されていることや、多職種からなる数多くの医療専門職チームが組織横断的にチーム医療を行っている姿が垣間見られた。折しも、新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ対応などで苦慮していたことが予想される状況下、救急搬送依頼に対して断らない姿勢のもと、病院の職員が一丸となって診療に立ち向かい救急車搬送件数を伸ばしていることは高く評価したい。そのような対応ができているのも、院長を中心とする執行部のリーダーシップの賜物とも言えるが、何よりも多くの職員が地域住民のために質の高い医療を提供しようとする高い使命感によるものと考えられる。今回の受審が貴院の益々の発展に向けて、何らかの助言や支援につながるものとなることを願っている。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針は明文化され周知が図られている。院内の意思決定機関は

幹部会であり、そこでの内容事項は運営会議を通じて関係職員に通知される。組織図や職務規程などは明文化され、必要な会議や委員会等が設置されている。SWOT分析結果を反映させた中長期計画が幹部会で協議され、年次計画は病院全体と部署ごとに分けて立案・実践されている。それらの達成度評価は院長・幹部面談や所属長面談の場で実施されている。院内の情報システムは経営企画課で一元的に管理され、コンピューター室のセキュリティ環境などにも問題はない。文書管理業務には総務課が関わり、院内規程や各種業務マニュアルなどは院内ポータルサイトに掲載されている。

法定人員等は確保されている。就業規則や給与規則などは院内ポータルサイトにも掲載され、勤怠管理システムのもと、労働基準法第36条に基づく協定なども適正に締結されている。安全衛生委員会は定期的開催されている。職員の意見や要望は個人面談や職場懇談会などの場で収集・反映されている。職員満足度調査も年1回行われ福利厚生にも工夫が図られている。

職員向けの教育・研修等には職員研修管理委員会が適切に関わっている。職員の能力評価・能力開発は適切になされ、職種ごとのキャリアパス構築や院内資格制度の活用がなされている。医療専門職の初期研修は各プログラムに沿って適切に行われ、医師・歯科医師に対しては医師臨床研修センターが主導的な役割を担っている。医療専門職の学生実習にも対応している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され関係者への周知が図られている。診療記録の開示にも適切に対応している。説明と同意に関する方針・手順等は医療安全対策マニュアルに明記され遵守されている。同意書を必要とする医療行為の範囲も定められ標準化された書式が作成されている。診療・ケアに必要な情報は各種パンフレットやクリニカルパス書式などで提示・提供されている。患者サポートセンターには種々の相談窓口が用意され、入退院調整支援室での入院前面談・退院時相談や医療福祉相談室での経済的相談・各種制度説明のほか、がん相談、両立支援相談、医療安全相談などに一元対応している。虐待などへの対応フローも適切である。個人情報保護への対応は適切に行われ各種規定類も遵守されている。電子カルテ内の情報を持ち出す際のルールも定められ、個人認証時のパスワード管理もなされている。臨床倫理に関しては、多職種で構成された臨床倫理委員会と倫理コンサルテーションチームが有効に機能している。特に、倫理コンサルテーションチームには臨床倫理認定士が数多く参画し、診療現場からのコンサルトに迅速に対応している点は評価したい。また、看護現場では Jonsen の 4 分割法などを利用した議論が積極的になされている。

院内の施設や設備等の安全性・利便性・快適性などへの配慮は適切であり、病棟内には患者・家族がくつろげる場も用意されている。築30年超えの建物ではあるが、院内各所で療養環境に配慮した工夫がなされている。受動喫煙防止への対応も適切である。

4. 医療の質

業務の質改善に向けて医療の質管理委員会が設置され、各種課題の検討や対応策の立案などにあたっている。また、病院全体および部署ごとにバランススコアカードが有効活用されている。各種立入検査にも適切に対応し、第三者機関による評価・受審対応にも積極的である。院内では症例検討会が数多く行われ、ガイドラインに準拠した日常診療が展開されている。クリニカルパスも有効活用されており、その適用率は87.7%と極めて高い。臨床指標・質指標に関しても、DPCデータ指標だけでなく、病院で独自に定めたクリニカルインディケータや労働者健康安全機構臨床評価指標などの採用・活用がなされている。患者・家族からの意見・要望・苦情などは、意見箱や各部署・各窓口での直接の訴え、患者満足度調査などから情報収集され、その検証と対応策の検討がなされている。新たな診療・治療等の導入時には、高難度新規医療技術評価委員会での審議や臨床倫理委員会での議論が行われている。薬剤の適応外使用を含む未承認新規医薬品等の導入は、臨床倫理委員会での審査を経て行われている。臨床研究実施時の対応なども適切である。

病棟入口には管理責任者の氏名が掲示され、診療科の責任医師と病棟師長はそれぞれの役割を果たしている。ベッドネームには主治医と受け持ち看護師の氏名が明記され、主治医不在時の対応や受け持ち看護師の勤務交代時の対応なども適切である。診療記録は電子カルテで運用され、院内マニュアルに沿った対応がなされている。診療記録の質的点検には診療情報管理室が関わり、毎月3診療科のカルテを各科6件ずつ点検している。院内には多職種で構成された医療専門職チームが数多く、術後疼痛管理チームやCIEDsチームなど近年新たに動き出したものもあるので、今後の活動強化が期待される。

5. 医療安全

医療安全管理室が設置され、医療安全管理者が中心となり医療安全関連業務の実務にあたっている。医療安全対策マニュアルも整備され、定期的な見直しや検証が行われている。医療安全管理室会議や医療安全委員会なども有効に機能している。インシデント・アクシデント報告は医療安全管理室に集約化され、その内容の検証と対応策の検討が行われている。医療事故発生時の対応は院内の運用手順のもと行われ、必要に応じて医事紛争調査委員会・医療事故調査委員会が開催されている。

患者誤認・検体誤認・部位誤認等の防止策が定められ遵守されている。指示出し・指示受けは電子カルテ上で行われており、バーコード認証等を活用し確実に実行される仕組みがある。口頭指示に関して口頭指示メモが使われており、使用済みメモを指示医が確認し電子カルテに入力する流れが徹底されている。画像診断報告書と病理検査結果の未読・既読対応はシステム上で行われている。臨床検査結果のパニック値に関しても担当医・担当診療科に確実に情報伝達されている。医薬品安全管理責任者は期待される役割を確実に担い、医療関係者への薬剤関連情報の周知・伝達に努めている。病棟内には薬剤師が配置され、医師の処方に対する疑義照会等への関与のほか、病棟看護師への情報提供などに努めている。麻薬等の保管・管理は適正に行われ、注射用カリウム製剤などハイリスク薬使用時の対応等も適切

である。抗がん剤使用はレジメン管理のもと行われている。転倒・転落のリスク評価と対策は院内手順に沿って実施され、転倒・転落予防パスなどが利活用されている。輸液ポンプ・シリンジポンプ類はMEセンターで中央管理され、必要時の払い出しや回収などが適切になされている。院内の人工呼吸器使用患者に対しては、RST・臨床工学技士によるラウンドも行われている。院内緊急コードであるハリーコールの運用手順が整備されRRSも有効に機能している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けて院内に感染管理室が設置され、感染制御チーム（ICT）と抗菌薬適正使用支援チーム（AST）がリンクスタッフ会とも協働して対応している。感染対策委員会は毎月開催され、感染対策マニュアルの改訂なども適時検討されている。医療関連感染情報の収集・把握はICTを中心に行われ、必要に応じた対応策が随時取られている。培養検査結果に基づいたターゲットサーベイランスが部門・部署を定めて実施され、複数領域でのSSIも検証されている。

標準予防策や手指衛生、個人防護具の使用手順、感染性廃棄物の取り扱い方法などは、感染対策マニュアルに則り適切な対応がなされている。針刺し事故に対する対応配慮も適切である。抗菌薬の適正使用に関しては、ASTが中心となり、広域抗菌薬等のde-escalationや抗菌薬の適正使用期間の設定に助言等を行っている。周術期のクリニカルパスにおける抗菌薬使用にも適切な助言・介入を行っている。外来で使用される経口抗菌薬の適正使用に関してもASTが積極的に介入している。アンチバイオグラムの確認も半年ごとに行われている。

7. 地域への情報発信と連携

医療機能や診療サービス、診療実績、行事予定などの情報は、ホームページへの掲載や広報誌などを利用して積極的に発信されている。また、地域医療機関向けの広報誌も発行されている。地域の医療機関との連携業務は前方連携を地域医療連携室が、後方連携は入退院調整支援室と医療福祉相談室が主導している。各診療科の部長と事務職員による地域の医療機関訪問にも積極的であり、登録医療機関へのアンケート調査や地域医療支援委員会での意見交換なども行われている。域医療介護ネットワークシステムにも参画している。地域の健康増進に寄与する活動としては、地域住民向けの市民公開講座や各種団体からの要請に応じた出張講座、糖尿病教室の院内開催、がんサロンでのミニ講演などが行われている。地域の医療関連施設向けにも、医師による講師派遣やリソースナースによる出張研修などが行われている。勤労者メンタルヘルスセンターでは「心のメール相談」に数多く対応している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診や入院手続きに必要な情報はホームページや入院案内などに掲載されており、総合案内には看護師を常駐配置するなどの対応配慮がある。外来診療における情報収集は医療面接や診療情報提供書などによって行われ、必要に応じて説明と

同意のもと各種も検査が行われている。侵襲的検査の実施にあたっては標準化された書式による説明が行われ、実施中のモニタリングなども適切になされている。入院の決定は医学的判断のもと行われ、予定入院の患者には入院前面談が原則実施されている。院内で使用される入院診療計画書は患者用パスを兼ねている。外来1階の患者サポートセンターには各種の相談窓口が用意されている。

医師は担当患者の診察を毎日行い、患者・家族との面談対応では主導的な役割を担っている。病棟看護師は入院前面談の情報もふまえて看護アセスメントを行い、患者・家族の要望にも配慮した看護計画の立案と実践に努めている。投薬・注射は確実かつ安全に実施されており、注射用抗がん剤の調製・混合は薬剤師が適正な環境のもと行っている。輸血の適用と実施はガイドライン等に準拠して行われている。手術の適応判断や術式等の選択は診療科内のカンファレンスで検討され、患者・家族への説明と同意取得のもと手術が行われている。麻酔科医による術前診察や手術室看護師による術前訪問・術後訪問も行われ、多職種で構成された周術期管理チームも機能している。院内には重症患者を集中的に治療・管理できる病床が多数あり、患者の病態と重症度に応じた病床選択が柔軟になされている。特に、ICUでは多職種カンファレンスが毎日開催されており、部署としてのRRSへの取り組み対応などを含め高く評価できる。褥瘡のアセスメントやケア対応などもマニュアルに沿って実施され、皮膚・排泄ケア認定看護師や皮膚・創傷管理チームなどによる介入等も適切に行われている。入院患者の栄養管理はSGA結果をもとにして、管理栄養士が総合的に判断し対応している。栄養不良が著しい患者にはNSTによる介入が随時行われているほか、嚥下機能の把握には言語聴覚士も積極的に関わっている。症状緩和への取り組みも緩和ケアマニュアル等に沿って適切になされている。リハビリテーションは担当医からの依頼のもと、リハビリテーション科の医師がその必要性を判断して、セラピストとともに現状評価と目標設定を行い実践している。身体拘束に関する定義や運用手順などは院内マニュアルの中で定められ、身体拘束時の患者観察を含め適切な対応が取られている。患者・家族への退院支援には入退院調整室が主に関わり、早期からの退院調整作業が進められている。転院先の医療機関でも継続した医療・ケア等が必要な際には、当該施設宛の診療情報提供書や看護サマリーなどが活用されている。ターミナルステージの判断基準は緩和ケアマニュアルに明記され、予後予測スコアなども活用しながら、多職種での検討が随時なされている。DNARの指示に関しても、医療安全対策マニュアルの中で運用手順が定められている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師による処方鑑査、疑義照会、調剤後の確認などは確実に行われ、持参薬に関しても、手術患者を中心に薬剤師による入院前チェックが行われている。中央検査部・輸血部としてISO15189の認証を受けており、中央検査部では24時間対応で迅速な検査結果報告に努めている。パニック値への対応などは適切である。中央放射線部では在宅読影システムなども活用しつつ、CT・MRI・核医学検査でのダブルチェックをほぼ100%実施しており、画像診断報告書の未読対応にはシステム上で

の把握と検証を行っている。給食業務は委託業者によって行われており、一連のプロセスは HACCP に沿って適切に対応されている。栄養管理面では、管理栄養士が中心となり日々の改善対応に努めている。中央リハビリテーション部には専従のリハビリテーション科医が常駐し広範囲にわたるリハビリテーションを主導しているが、療法士の増加に伴い休日等の新規患者に積極的に関わっていることや、ST が他部署・他職種とも協働し嚥下機能回復の強化に努めていることなどは高く評価できる。診療情報管理室では電子カルテを中心とする各種の診療関連情報を取り扱っており、診療記録の量的点検などにも適切な対応がなされている。院内で保有する医療機器は ME センターで一元管理されており、医療機器のメンテナンス・供給・回収には委託職員が関わっている。使用済みの機器や器材等の洗浄・消毒・滅菌業務は中央化され、手術室看護師長による管理のもと、委託業者による一連の対応が適切に行われている。

組織診・細胞診・迅速組織診などの業務対応が適切に行われている。病理診断報告書の未読対応なども適切に実施されている。放射線治療部門では質の高い放射線治療が安全・確実に実施され、放射線治療品質管理士・医学物理・がん放射線療法看護認定看護師などが専門性を各々発揮している。輸血部は院内の輸血・血液管理業務に適切に関わっており、アルブミン製剤を含む一元管理のほか廃棄率の低減に向けた対応などに努めている。手術室は 12 室で年間 8,607 件（2022 年度）の手術に対応しており、手術室内でのサインイン・タイムアウト・サインアウトなどのプロセスも遵守されている。ICU は closed ICU として機能しており、患者情報は電子カルテシステムとリンクした重症患者管理システムで一元管理されている。救命救急センターでは 1～3 次の救急医療対応を 24 時間 365 日体制で行っている。コロナ禍でも数多くの救急患者を受け入れ、救急車搬送件数も経年的に増加している。横浜市の小児救急拠点病院にも指定され、ドクターカーの稼働準備を進めるなど積極的な対応姿勢が見られることなどから高く評価したい。

10. 組織・施設の管理

予算編成は中期計画や年度計画、基本方針などを参考に策定され、労働者健康安全機構本部との協議の中で最終決定されている。会計処理は病院会計準則に基づいて行われ、財務諸表等が適切に作成されている。会計監査は内部監査と外部監査が適正に実施されている。診療報酬請求業務を含む医事業務は全て業務委託化されている。レセプト点検に関しては、医事委託職員と点検専門の嘱託職員が担当医との連携のもと適切に対応しており、返戻および査定された事例の把握・分析などは保険対策委員会の中で行われている。未収金への対応も概ね適切になされている。病院経営に資する診療実績や収支データなどは経営改善会議等に情報提供され有効活用されている。業務委託の決定や業者選定、契約更新の判断などは幹部会の中で審議され、業務内容の質と経済的効果を勘案して決定されている。

施設・設備等の管理は業務委託化されており、中央監視室では 24 時間 365 日、設備等の監視・確認がモニター盤によって行われている。医療ガスの管理や院内清掃、廃棄物処理なども適正に実施されている。院内で使用する診療材料と一般消耗

品の物流管理にはSPDシステムが利用され、医薬品の管理は薬剤部が、その他の物品購入には会計課が関わっている。また、診療材料の採用判断には診療材料委員会が、医薬品の採用可否は薬事委員会が、高額医療機器の導入判断には医療機器等整備計画委員会が関わっている。各種物品の在庫確認や診療材料等の使用期限確認は毎月行われ、全体の棚卸確認は年1回実施されている。

夜間・休日の責任体制や緊急連絡網などは、災害対策マニュアルの中に明記されている。病院建物は耐震構造であり、自家発電装置の設置とともに3日分の燃料が備蓄され、非常時用備蓄として患者用・職員用に食品と飲料水が各々3日分用意されている。保安業務は業務委託化され、防災センターに配置された保安要員が定期的な院内巡視と院内各所の監視カメラを用いて不審者の侵入防止に向けた監視業務を行っている。院内暴力等の発生時対応として、緊急コードが利用できる仕組みも確保されている。

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	A
1.1.5	患者の個人情報を適切に取り扱っている	B
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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	B
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	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	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	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	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	S
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	S
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	A
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	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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	B
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	購買管理を適切に行っている	A
-------	---------------	---

4.6 病院の危機管理

4.6.1	災害時等の危機管理へ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
-------	---------------	---

年間データ取得期間： 2022年 4月 1日～2023年 3月 31日
 時点データ取得日： 2023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： 独立行政法人労働者健康安全機構 横浜労災病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 独立行政法人労働者健康安全機構
 I-1-4 所在地： 神奈川県横浜市港北区小机町3211

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	650	650	+0	74.5	10.3
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	650	650	+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	29	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	0	
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	12	+0
人工透析	9	+0
小児入院医療管理料病床	36	+2
回復期リハビリテーション病床	0	
地域包括ケア病床	0	
特殊疾患入院医療管理料病床	0	-2
障害者施設等入院基本料算定病床	0	
緩和ケア病床	0	
精神科隔離室	0	
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	0	
認知症治療病床	0	

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), 小児救急医療拠点病院, 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(DPC標準病院群), 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： 20人 2年目： 13人 歯科： 2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

