

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11月13日～11月14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、横浜市で最初の地域医療支援病院に認定され、がん診療連携指定病院、災害拠点病院、横浜市二次救急拠点病院などの指定を受けており、小児・周産期医療においても小児がんやハイリスクに対応できる機能を備えている。現在、「がん診療」「高度先進医療」のさらなる機能を高めるために病院再整備事業が進められている。近年は国際連携などへの取り組みも熱心に行われており地域、国内外からの信頼も厚い。

病院機能評価の更新受審と期中の確認による継続的・体系的な改善活動が行われる中で、特に、臨床検査機能については極めて優れた取り組みがなされており、その他の部門においても専門性を活かした多職種によるチーム医療の実践は貴院の強みともいえる。一方でさらなる充実が期待される事項もある。今回の受審結果が、貴院の診療機能や医療安全の向上に少しでも役立てることを願うとともに、貴院の益々の発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

患者や職員に分かりやすい理念および基本方針が明文化され、毎年見直しの検討がなされている。また、若い職員によるプロジェクトチームを立ち上げ、次世代の理念の策定を推進している。院長はじめ病院幹部は、理念・基本方針を基にした運営方針を毎年作成し、現状の問題点や優先的に取り組むべき課題を職員に示すとともにリーダーシップを適切に発揮されている。また、済生会の5か年中期計画を基に、各部門の行動計画書が作成され、四半期ごとの達成度評価がなされている。患者の診療情報は電子カルテの運用規約に基づき、データの真正性・保存性の確保がされており、医療の質と安全面では様々な改善事例が確認された。文書管理に関し

では、管理責任部門および文書規程が整備され、文書類は電子ファイルにて保管されており、最新版の閲覧ができる仕組みが構築されている。

医療法による配置基準は適切であり、病院機能に見合った人材確保に努力されている。今後の課題として、事務職員と診療情報管理士の増員についても検討中であり、充実されるよう期待したい。人事・労務管理は、就業規則をはじめ、各種規程が整備され、イントラネットなどを活用し周知されている。また、適正な就労の把握に向けたデジタル化による総労働時間縮減が進められており、継続的な取り組みに期待したい。毎月の安全衛生委員会の開催、職場巡視など職場環境の整備は適切に行われており、職業感染への対応、ストレスチェックの実施など適切である。さらに、2018年度は、職場健康管理室が設置されたことで、メンタル対策を含む健康相談などの実施も可能となり、評価される。職員の意見や要望は、職員満足度調査により把握され、就業意欲の向上につながられている。

職員への教育・研修では、人材開発室、チーム医療総合教育センター内の教育企画部などにより、教育・研修の一元管理に向けた活動が確認された。全職員の能力・業績評価は、内規に従い一次評価、二次評価の仕組みがあり、昇給の機会も確保されている。チーム医療総合教育センターとの連携による院内資格制度や医師を含む個々の臨床能力の評価など、医療の質の向上に向けたさらなる充実が期待される。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明確に定められ、院長が権利擁護の啓発に努めている。説明と同意は、明文化された手順に沿って行われており、主な検査、処置、手術の説明文が作成されており、患者に理解しやすいよう工夫がされている。今後は、同席者を必要とする際の運用面にも期待したい。相談支援体制として、福祉医療相談室をはじめ各種相談室が設置され、患者・家族の支援が円滑に行われており、虐待等の疑いがある場合の対応も適切である。個人情報保護に関する方針やマニュアルなどが整備されており、USB等の使用制限や診療データ抽出時の匿名化など患者情報を保護する運用体制はあるが、引き続き、医師を含む全職員への教育と定期的なモニタリングなどの充実が期待される。主要な倫理的課題を検討する委員会に医療倫理委員会があり、日々発生する倫理的課題については、病院としての対応を定めた医療倫理マニュアルが作成され、多職種で議論する場があり、そこで解決できなければ臨床倫理検討部会で審議される仕組みがある。入院時には、患者本人・家族の倫理的課題を適切に収集するほか、医療現場での倫理的な事柄は、多職種の病棟カンファレンスで検討されており、検討された事例もあり適切である。

病院利用者の来院時のアクセスについては、病院案内やホームページで案内され、駐車場・駐輪場などの必要なスペースが確保されている。また、患者の利便性に配慮された設備や院内のバリアフリーも適切である。病院内は老朽化や狭隘化などの課題はあるものの整理整頓が行き届き、病室・トイレ・浴室の清潔性や安全性は工夫を重ねて清潔性が保持されている。受動喫煙に向けた取り組みでは、敷地内禁煙の方針が明確であり、職員向けの禁煙外来の開設、禁煙講演会の開催、職員の

喫煙状況の職種別把握、就業規則等の規程での勤務時間中の喫煙禁止、喫煙者の職員応募禁止など極めて秀でた取り組みであると評価される。

4. 医療の質

患者・家族の意見は、院内に設置してある意見箱の皆様の声と、患者満足度調査等から収集しており、対応策については院長まで報告された後に、院内掲示やデジタルサイネージ等で毎月公開している。診療の質の向上に向けた活動は、各診療科で、多科・多職種による症例検討会が定期的開催されているほか、学会の診療ガイドラインを参照し、患者の状況に合わせて適切な治療が行われている。また、病院の全部署を対象とした年間計画発表会が年3回開催され、業務改善委員会も積極的に活動している。医療倫理委員会の下部組織として臨床倫理検討部会が設置され、「新たに行う診療行為」や「保険適応外医薬品使用」などの審査が月1回以上の頻度で慎重に検討されている。

診療・ケアの責任体制は、病棟の責任者名や各職種担当者名が掲示され、患者・家族に明示している。医師の診療指針や看護管理マニュアルも整備され適切である。なお、ベッドネームの英語略語を分かりやすい表示へ検討されるとより良い。医師の診療記録、看護記録、注射薬の指示や内服薬の処方、各種検査依頼などは、診療録記載マニュアルに則って記載されている。多職種カンファレンス、インフォームドコンセントの実施記録も電子カルテ内に記入され、情報共有が行われている。病棟では定期的な多職種カンファレンスやチーム活動が活発に行われており、多職種で協働して患者の診療・ケアが適切に展開されており評価できる。

5. 医療安全

院長直属の危機管理センター内に医療安全室があり、専従の看護師と事務職員が配置されている。検討組織として医療安全管理委員会と実働レベルのセーフティマネージャーが設置されている。全職員対象の研修の参加率は高く、安全の取り組みは適切である。インシデント報告は、電子システムに発生部署が入力すると医療安全管理者が確認し必要時現場に出向いて検証され、分析検討が行われている。患者の取り違え防止対策はおおむね適切であるが、時間外で採取した手術室や内視鏡室の検体については安全上、保管場所の工夫が望まれる。指示出し・指示受け・実施確認は電子カルテシステムによる院内統一の運用手順で実施されている。口頭指示も原則禁止であるが、やむを得ない場合は口頭指示書を発生させ、伝達エラーが生じないように工夫されている。

薬剤重複、相互作用は、処方時調剤時に警告が出るシステムを導入し、アレルギーに関しても電子カルテ上でチェックされ、リスク回避が行われている。ハイリスク薬に関しても他の薬剤と区別できるようにラベル管理されている。転倒・転落防止対策では、入退院センターで転倒のリスク評価を行い、患者指導も早期から介入し、転倒・転落発生時の対応も手順に沿って行われ適切である。医療機器は全て中央管理がなされ、依頼があると臨床工学技士が病棟に持参する。医療機器の職員教育も定期的実施され適切である。患者急変時の院内救急コードは設定され、BLS

の講習はチーム医療総合教育センターの「BLS 部会」が定期的に全職員に実施している。救急カートの管理も適切である。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の副院長が責任者である危機管理センターが設置され、その部門として感染管理室があり、専従の ICN が配置されている。感染制御チーム (ICT)、抗菌薬適正使用支援チーム (AST) による週 1 回のラウンドが実施され、問題点などは院内感染防止対策委員会で検討されており、感染対策マニュアルについても必要に応じて適時改訂されている。監視菌発生状況や手指消毒薬消費量などの情報は毎週 ICT ニュースにて周知されている。医療関連感染では、中心静脈ライン血流感染、尿路カテーテル感染、人工呼吸器関連感染、手術部位感染が把握されており、アウトブレイクに対するマニュアルの整備やアウトブレイク発生時の対応も適切である。

感染性廃棄物の管理も手順に沿って実施されている。AST が機能しており、抗 MRSA 薬やカルバペネム薬などの特殊抗菌薬は届出制とし、不適切使用などフィードバックされている。抗菌薬の使用状況、毎週 1 回の AST 巡回、適切な抗菌薬選択などについても現場の医師にフィードバックを行っており、医療関連感染制御に向けた取り組みは適切である。

7. 地域への情報発信と連携

病院からの情報は、広報誌・病院年報・ホームページ等を活用して発信している。ホームページは、情報を適宜更新し、診療実績は、病院指標や診療科の専門領域に関する臨床指標を公表している。地域の医療関連施設との連携では、地域の医療機関等を訪問して意見・要望などを収集し、いっしょにネットへの参加や地域連携パスを活用して、地域の医療関連施設の状況把握や連携を図っている。紹介・逆紹介、返書の状況は、地域医療連携室で一元的に管理している。地域の健康増進に寄与する活動では、市民公開講座、健康教室などを開催し、医師、看護師等が講師として活動している。地域の医療関連施設等に向けた専門的な医療知識や、技術等に関する研修会や支援では、看護師等による出前講座を実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療内容や診察時間、診療科の情報など受診に必要な情報はホームページにて案内され、外国人や障害者および紹介患者の受け入れも円滑に行われており、待ち時間短縮にも取り組んでいる。初診患者に関する情報収集は、問診票や紹介状などが活用され、患者への説明は医師によって行われ、カルテ記載も適切である。診断的検査は必要性和適応性が検討され、実施されている。侵襲性の高い検査については、必要性和危険性など十分な説明がなされ、同意を得て、安全に実施されている。

入院の判断は外来医師が適切な問診、診察、検査などを実施した上で行われており、必要時は上級医に相談できるシステムがある。入院の決定についても適切である。患者情報や画像診断および検査結果に基づき速やかに計画書が立案・作成され

ているが、個別性がある記載表現が期待される。医療相談は、がん相談や医療安全相談の窓口も兼ねて地域連携部門が対応している。各種相談室は別棟にあり、分かりにくさを加味して、患者・家族の意向に沿える様、柔軟に適切な職種が対応できるよう工夫がされている。入院決定後は一部の診療科では入退院支援センターで説明が行われており、入院案内の内容についても医療安全および転倒・転落防止の説明が含まれ適切である。医師は毎日患者の状況を把握し、病棟業務を適切に実施しており、週1回の多職種カンファレンスの実施など多職種間での情報交換が行われ、緊密な連携がとられている。

看護師配置は7対1体制で2交代をとっておりパートナーシップ看護体制で病棟業務を適切に運用している。投薬・注射の実施では、誤認防止対策が適切にとられ、服薬指導も実施され、抗がん剤や抗菌薬投与時には状態観察が行われるなど、确实・安全に実施されている。輸血については、輸血療法委員会が輸血療法マニュアルを定め、その適正使用指針に従って輸血の必要性と適応、危険性が判断されている。手術の必要性と適応はガイドラインに従って判断され、患者家族への説明・同意の後に、安全に配慮して行われている。全身麻酔は全例麻酔科医が担当し、麻酔の説明と同意を得て、安全に行われている。ICU病棟では、入室基準に該当する重症患者を対象に、各種モニター監視下で積極的な管理が行われており、ICU専任医師と主治医により24時間即時対応可能な状態にある。

褥瘡の予防・治療や、栄養管理と食事指導、疼痛・症状緩和についても適切である。リハビリテーションは、病態に応じた目標・実施計画書が作成され、多職種カンファレンスなどで情報共有され、安全に実施されている。安全確保のための身体抑制は、方針および実施手順などで明文化され、身体拘束最小化に向けた取り組みを実施しているものの、軽減・解除に向けたカンファレンスや安全確認の検討および記録などのさらなる充実が望まれる。退院支援への対応、継続が必要な診療・ケアへの支援は適切に行われており、ターミナルステージについても緩和ケアチームが積極的に関与しておりマニュアルも整備され適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、処方鑑査、調剤後の鑑査、疑義照会などが適切に実施され、抗がん剤は安全キャビネットで調製されている。採用医薬品は1増1減ルールを定めるなど適切である。臨床検査機能は、「断らない医療体制の維持」を合言葉に、検体検査も生体検査も運営されている。臨床検査技師による一部病棟での早朝採血や早朝担当者による早朝からの業務開始、1歳以上の小児の採血、超音波断層検査の即日実施など、その活動は高く評価できる。画像診断機能は、検査依頼数の増加により検査待ち日数が発生することもあるが、緊急検査に関しては当日対応ができていいる。CT、MRIは全例放射線診断医により読影され、翌日までに報告されており適切である。栄養管理は、適時・適温に配慮され、選択食や行事食の実施、食事の配膳、さらに、調理室内の衛生面、職員の健康管理なども適切である。リハビリテーション機能では、患者・家族の要望に配慮した計画書の作成、多職種が参加するカンファレンスの定期的な開催など、適切に機能が発揮されている。診療情報管理

は、診療録の量的点検について退院患者の全例を実施しているが、診療情報管理士のさらなる専門性の発揮が期待される。医療機器管理は、中央管理化がなされ、臨床工学技士が透析室、心臓カテーテル室、ICU、手術室に配属され、機器点検を実施している。機種選定も統一されており適切である。洗浄・滅菌は、業務委託され、病院側との会議は定期的実施されており、洗浄の質、滅菌の精度は保証されており適切である。

病理検査結果は病理医師間で、また病理学会コンサルテーションシステムによって精度管理が行われている。病理検査依頼時の主治医の診断と最終診断が大きく乖離している場合には、紙媒体と PHS を用いて確実に主治医に報告されている。放射線治療は、現在機器の更新中のため放射線治療は休止しているが、治療が必要な場合は医療機関に紹介している。輸血・血液管理機能では、輸血療法委員会の指揮下に輸血の発注・保管・供給が迅速に行われ、毎月の使用状況の報告や血液製剤の廃棄率の把握・報告など、減少させるための取り組みも適切である。手術スケジュールは麻酔科医師と手術室師長が安全に配慮して計画され、その中には緊急手術枠も確保されている。手術に際してはサインイン、タイムアウト、サインアウトが確実にされている。集中治療機能では、管理責任医師と集中ケア認定看護師を含む看護師で運営されており、入退室基準が定められ、主に重症患者の診療、夜間の救急入院、手術後の回復管理などが適切に行われている。救急体制では、救急外来専従医師が夜間・休日を含め、24 時間体制で一次・二次救急患者に対応している。また、断り症例は全て検証されているなど、救急医療体制の機能は適切に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

会計処理は、経理規程に基づいて適正に行っており、毎年、予算書、決算書、財務諸表などを作成している。会計監査を受ける仕組みも確立しており適切である。経営状況は、毎月、確認と分析を行って、経営会議、管理会議に報告している。医事業務は、レセプト請求は医師による点検、返戻・査定は保険委員会で対応している。施設基準の要件は医事課が点検し、未収金は日々把握して督促を実施している。委託業務内容や委託の是非は委員会で検討し、委託業者の選定を実施しており、毎月各業者から提出される月次報告書を確認して、検査調査により委託業者の業務状況の評価をし、院長へ報告している。

病院の役割・機能に応じた施設・設備を整備しており、日常点検・保守管理は計画により実施している。医療ガス設備は定期的な点検を実施し、感染性廃棄物は、マニフェストや最終処分場の確認を行っている。病院再整備推進プロジェクト等を設置し、移転新築を検討している。診療材料の購入物品の選定等は、購買委員会で検討後、経営会議で決定している。また、発注担当者、検収担当者を明確に区分しており、病棟等の各部署の診療材料の在庫管理は、棚卸を実施し定数配置している。なお、ディスプレイ製品の再利用は行っていない。

災害対応では、災害拠点病院としての必要な整備や緊急時の対応体制など適切である。また、DMAT チームを編成しており、食料や飲料水等の必要な備蓄も確保し

ている。保安業務は外部に委託し適切に行われ、防犯カメラの設置や日々の業務状況は日誌により確認している。医療事故発生時の手順については、「医療安全マニュアル」に方針・手順が明示されており、報告体制が適切にとられており、職員への周知も図られている。事故発生時の連絡体制、事故調査委員会の開催、原因究明と再発防止の検討、損害賠償責任保険への加入など、医療事故等への対応は適切に行われている。

1 1. 臨床研修、学生実習

臨床研修病院であり、研修プログラムに沿った研修医への適切な研修を実施しており、指導医全員が必要な養成講座を受講している。医師、看護師、薬剤師等の専門職種の初期研修は、各部署において実効的なプログラムを作成して、必要期間の研修を実施し、実施後の評価をして専門職種の職員を育成している。

医学生・看護師・薬剤師・栄養士等、多くの職種の学生実習を行っている。実習生の受け入れに際しては、協定書や実習中の事故等に対応する取り決めを交わしており、学生実習障害保険の加入、ワクチン接種を確認している。また、実習生が関与する患者・家族への説明・同意書などについても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	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
1.4	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	S

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	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	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	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	B
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	S
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	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	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	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	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

年間データ取得期間： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会福祉法人恩賜財団済生会支部 神奈川県済生会横浜市南部病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 神奈川県横浜市港南区港南台3-2-10

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	500	500	+0	82.7	9.18
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	500	500	+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)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	2	+0
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)	6	+6
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	11	+0
人工透析	6	+0
小児入院医療管理料病床	31	-8
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

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, DPC対象病院(Ⅱ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： 10 人 2年目： 9 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

