

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「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 3 月 2 日～3 月 3 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	緩和ケア病院（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 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1950 年枚方市特別会計国民健康保険直営市民病院として 26 床で開設され、診療科や病床数の増加、2004 年の地方公営企業法全部適用を経て現在に至っている。病院の理念である「心のかよう医療を行い、信頼される病院」を実践するために、病院の大きな柱である救急医療においては「断らない医療」を合言葉に対応し、特に小児救急においては早い時期から体制の充実を図って拠点病院としての役割を果たしている。また、地域の中核病院として安全で高度な医療を提供することに加え、大阪府がん診療連携拠点病院や災害医療センターとしての役割を果たすために日々取り組んでいる。TQM 活動を通じた病院全体としての継続した医療サービスの質向上や、地域医療支援病院として地域における医療連携の推進や医療従事者の育成にも励んでいる。

貴院は、2007 年に病院機能評価を受審し、認定を受けて以来今般 4 回目の受審となる。その間、院長や病院幹部のリーダーシップのもとで職員が一丸となって継続的な質改善に取り組んでこられた成果が随所で確認できた。一方で若干の課題も見受けられたことから病院の理念実現に向けて、今後さらなる診療機能の充実を図り、地域医療に益々貢献していくことに期待している。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と基本方針を定め、院内外に周知している。院長は病院の主要な課題や活動方針を全職員へ明示し、四半期の目標を記載したポスターを掲示して目標達成に取り組んでいる。病院の最高意思決定機関である経営企画会議を毎月開催し、管理運営会議や診療科代表会議を介して決定事項などを組織全体に伝達している。病院運営に必要な委員会は開催目的や審議事項を明確に定めて開催している。診療情報は医事課が一元的に管理し、病院指標や臨床評価指標などを策定して質の向上に活用している。院内規程やマニュアルは電子カルテで閲覧できる環境を整備している。

病院運営に必要な人員は計画的に確保している。就業規則や給与規程などによって適正な人事・労務管理を維持している。衛生委員会を毎月開催し、年休取得の状況や健康診断の受診促進にも取り組んでいる。育児短時間勤務や夜勤免除などを導入し、職場満足度調査を実施して働きやすい職場環境を整えている。

全職員を対象とした医療安全や感染対策、個人情報保護、接遇、ハラスメントなどの研修は教育研修委員会が中心となって計画的に開催している。患者の権利に関する研修についても研修計画に盛り込むことに期待したい。総合評価制度に伴う職場長との面談を通じて能力評価や要望を把握し、能力開発に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は小児患者への権利を含めて明文化し、院内掲示やホームページ、職員ハンドブックにより院内外に周知している。説明と同意に関する基準は明確に定めており、医療安全管理室で一元的に管理している。ホームページや各種用紙を用いて患者参加を促進しており、小児科ではプレパレーションを実践して理解を深めている。患者・家族からの相談には、相談窓口で看護師らが常時対応している。虐待対応マニュアルを整備し、CPT（子ども虐待院内対策チーム）も設置している。診療情報は電子カルテ端末のUSB接続制限や申請による複写許可などによって個人情報保護を徹底し、タッチパネル式の病室表示などプライバシーにも配慮している。臨床における倫理的課題および方針を明確に定め、臨床倫理カンファレンスでの検討や解決困難事例を倫理委員会で検討する仕組みがある。小児患者の家族に対する代理意思決定支援や独居高齢者患者の治療方針決定等、倫理的課題に対して多職種で検討している。

病院へのアクセスは良好で駐車場も多数準備し、コンビニエンスストアやコインランドリー等を設置して利便性や快適性を確保している。院内はバリアフリーとなっており手摺りの設置など安全性に配慮している。病棟の病室や廊下、デイルーム、トイレ等は清潔状態を保っている。敷地内禁煙を院内掲示等で周知しており、禁煙外来の開設や職員へ禁煙講座の実施などに取り組んでいる。

4. 医療の質

意見箱などで収集した患者・家族からの意見はサービス向上委員会で検討し、エントランスで意見に対する回答を掲示している。多数のカンファレンスを通じて症例を丁寧に検討しており、ガイドラインを反映したクリニカルパスを活用してい

る。業務の質改善への取り組みとして TQM 活動を継続的に行っており、院内に定着化した改善例が見られる。

新たな診療技術の導入や未承認薬剤の使用に際し、院内で安全性や妥当性および倫理性を検討している。病棟廊下に診療科責任医師や病棟師長、担当薬剤師を表示しており、ベッドネームには主治医および担当看護師を表示して診療・ケアの管理・責任体制を明確にしている。様々な職種が意見交換しながら協力し合うチーム医療を展開し、NST や ICT、褥瘡、認知症ケア、緩和ケアなど専門的チームを整備して積極的に介入する体制となっている。

5. 医療安全

医療安全管理に係る組織やマニュアルを作成し、医療安全管理者が活動できる権限を明確に定めるなど安全確保に向けた体制を整えている。安全対策意識の向上を目的に、「お気づきレポート」と称した医療事故分類レベル「0」のインシデント報告を開始している。院内外の安全に関する情報収集を行い、分析した結果を院内で検討して職員に周知している。

患者自身にフルネームを名乗ってもらうなど、患者の協力を得て誤認防止対策を実践している。手術室や血管造影室、内視鏡室等ではタイムアウトを実施しており、手術の際のマーキングは診療科ごとに定めた方式に基づいて実施している。指示の伝達、変更、実施確認はシステムを用いて行いエラーを防止している。病理や画像診断の報告も確実に医師に伝達する体制を構築している。麻薬や向精神薬は個別の保管庫で適切に管理している。ハイリスク薬は取り扱いの注意点を周知しており、抗がん剤は投与前に薬剤師がレジメン登録の情報と確実に照合している。転倒転落アセスメントスコアシートを用いたリスク評価に基づき看護計画を立案するなど転倒転落防止策を実践し、事故発生時には速やかに対応する体制を整えている。医療機器を安全に使用するために、関連職種が機器の使用方法の習得に努めている。患者等の急変に備えて CPR の研修・訓練を全職員対象に実施するなど、院内職員全てが対応できる環境を整えている。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策部門を設置し、専従の ICN や専任の ICD を配置している。ICT が定期的に活動しており感染防止対策の立案と実施状況の把握、指導、マニュアルの整備を行っている。感染防止対策委員会や淀川南感染防止対策地域連携合同カンファレンスを開催している。感染防止対策部門は培養検査の結果や発熱・下痢等の状況を把握しており、感染症の院内サーベイランスを行って JANIS にも参加している。耐性菌発生やアウトブレイクへ対応しており院外の情報収集や院内への情報提供を行っている。

医療関連感染を防止するため手指衛生や感染防止対策の習得に努めている。血液汚染等のリネン処理や輸液点滴セットの廃棄については、感染リスクを考慮した処理方法に見直すことが望まれる。AST が院内の抗菌薬使用状況を監視し、随時指導している。抗菌薬の使用指針を定めている。

7. 地域への情報発信と連携

患者や地域の医療機関に向けて広報誌を年4回発行しておく。ホームページには病院の理念や基本方針、患者の権利、病院概要、外来・入院の案内、病院指標、診療科や部門の紹介、採用情報、病院年報、取り組みを動画も交えて掲載し、それぞれ分かりやすく充実した内容となっている。市の広報誌にも市民公開講座の案内や市民向けニュースを随時掲載している。地域医療連携では、地域医療支援病院運営委員会の開催、CT・MRI等各種検査や施設の共同利用を行っている。地域の健康増進を図るため各種の健康診断を実施している。教育・啓発活動として、住民対象の市民公開講座や出前講座を実施している。医療従事者向けには「くらわんかフォーラム」や「地域医療連携懇談会」、感染管理認定看護師による高齢者施設や障害者施設への出前研修、年間9～12回程度の研修会をWebと対面の混合形式で開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

正面玄関に総合受付を設置して受診方法などを案内し、待ち時間の軽減策として「ホスピジョン・モバイルサービス」を導入している。外来診療は情報収集と治療計画の記録、患者・家族への説明、安全対策を行っている。診断的検査は説明と同意の取得を行ったうえで確実・安全に実施している。入院は担当医が適応を判断し、病院として入院病床を決定している。担当医は病歴や診察所見、検査結果を用いて診療計画を作成している。医療相談は、医療相談・連携室が窓口になり、事務職員や看護師、MSW、臨床心理士等が相談内容によって対応している。入院決定後、医療相談・連携室で入院に関する説明を行い、入院後は多職種が連携して個別に対応し、円滑に入院できる体制である。

医師は毎日の回診で病状や検査結果を確認し、電子カルテやカンファレンスで情報共有や指示を行っている。看護師は患者ニーズの把握や日常援助を行い、病棟業務遂行に努めている。投薬・注射には薬剤師が積極的に関与し、安全対策を行っている。輸血・血液製剤の投与は輸血療法マニュアルに従って決定し、患者に説明のうえ同意を得てから確実・安全に行っている。病棟と手術室の医師や看護師が連携し、周術期の対応を適切に行っている。重症患者は入室基準に基づき重症用個室で管理し、多職種が連携してチーム医療を提供している。入院時に褥瘡発生リスク評価を行い、対象患者には褥瘡予防に向けて対策をとり、褥瘡が発生した場合に早期介入できる体制も整えている。管理栄養士が食物アレルギーや咀嚼・嚥下機能、食思に応じて個別対応を行い、栄養状態に問題のある患者はNSTチームが介入し、改善に向けて多職種で支援している。症状緩和に関する基準・手順を定め、全人的な視点でアセスメントを行って早期より介入している。病棟と緩和ケアチームとの連携を図り、多職種で症状緩和に取り組んでいる。患者の安全確保が困難な場合は、切迫性、非代替性、一時性の3原則に則り検討会を実施し、身体抑制が必要な場合は書面で同意を得ている。身体抑制の解除・軽減に向けた取り組みも行っているが、マニュアルの内容と実際に相違があるためマニュアルを見直すとよい。退院支

援が必要な患者には、早期より多職種で退院支援カンファレンスを開催し、患者・家族が抱える問題解決に向けて検討している。医療相談・連携室を中心に患者・家族の在宅療養に向け、地域の関係者と連携を行って継続した診療・ケアを実施している。ターミナルステージの適応を評価し、患者に合わせたケアが提供できる体制を整えている。

＜副機能：緩和ケア病院＞

近隣のがん治療病院からの紹介が多く、入院での緩和ケアの提供に加えて、在宅医療との橋渡しとしての役割も担い、地域の医療機関との連携を十分に行っている。週5日の外来は全て予約制で待ち時間は少ない。初診時には医師と病棟看護師により十分な時間を取り、緩和ケア病棟の意義や方針を説明して同意を得ている。病棟紹介ビデオの視聴を行っており、入院後の療養生活が容易に想像できるように、看護師が説明を加えている。緩和ケア病棟入棟基準を定めており、毎日の判定会議で患者の状態や希望、社会的因子などについて検討し、受け入れを判断している。入院時に患者・家族の苦痛や希望を傾聴し、多職種カンファレンスでの検討を基に、診療やケアの計画を作成している。緩和ケア科医師と精神科医師が診療を担当しており、毎日の回診とカンファレンスで情報を共有し、症状緩和に関する指示を出している。看護方式は固定チームナーシング継続受持ち制であり、毎日の観察に基づいて患者の病態を把握し、QOL向上のためのケアの見直しに活かしている。

医師や看護師、薬剤師、療法士、管理栄養士、臨床心理師、臨床宗教師などの多職種が日々のケアに関わり、患者・家族を全人的に捉えている。週1回非常勤の臨床宗教師が患者・家族の思いを傾聴し、スピリチュアルなニーズに対応している。管理栄養士が週1回の栄養カンファレンスに参加し、病態に応じた食事調整を行い個別対応などでQOLの向上を図っている。精神科医師は患者逝去後の遺族ケアにも関わっている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、TQM活動での成果を活かして安全対策や関係職種の業務軽減のための優れた取り組みを行っており高く評価できる。臨床検査部門では診療に必要な検体・生理・微生物検査を実施し、パニック値を含めて迅速で確実な報告を行っている。画像診断機能は、夜間・休日を含め必要に応じた撮像や確実な診断結果の報告、質の管理など適切に発揮している。厨房の衛生管理や教育研修を実施し、給食内容の検討も定期的に行っている。また、患者のニーズに応じて選択食や行事食を提供している。急性期リハビリテーションを行っており、病棟看護師との情報共有や継続実施に取り組んでいる。診療情報は電子カルテで一元的に管理し、全退院患者の量的点検を行っている。停電時やシステムダウン時の対応マニュアルを整備している。医療機器は臨床工学技士が定期的に点検し、安全に使用できる環境を整えている。使用した器材は洗浄・滅菌し、各部署で安全に使用できる体制を整えている。

病理医と細胞検査士が迅速かつ精度の高い病理診断を提供している。放射線治療

は適応判断や患者・家族への説明、計画作成と実施、品質管理を通じて適切に行っている。血液製剤の適正使用を医師に働きかけ、廃棄の減少に取り組んでおり、自記温度計付きの専用保冷库、冷凍庫で適正に管理している。術中の患者管理はWHOのチェックリストに基づいて行い、手術前の訪問や術前術後の申し送り、術後搬送も適切に行っている。「断らない医療」の方針のもとで2次救急医療を実践しており、地域の小児科医療の中核として活発な小児救急医療を提供している。

10. 組織・施設の管理

各部門の要望を聴取して予算案を決定している。会計規程に基づく会計処理を行い、包括外部監査等の監査を受けている。経営状況の検討や経営改善も行っている。レセプト点検は医師と事務職員が行っているが、査定の対応等を検討する委員会の設置に期待したい。業務委託の内容や必要性は定期的に検討し、業者選定は入札や随意契約で行っている。業務の履行状況は日誌等で把握し、病院と委託業者で定期的に課題を協議している。委託職員も医療安全等の研修を受講している。

施設・設備は防災センターで管理し、計画的な保守点検を行っている。日常清掃により清潔を保持している。診療材料や消耗品はSPDで管理している。発注・納品の内部牽制を実施し、使用期限の管理、定数の見直し、棚卸を実施している。単回使用のディスプレイ製品は再使用していない。消防計画や災害医療対策マニュアルを整備している。地震の震度や災害規模に応じて職員の自動参集を行っている。建物は免震構造であり、自家発電設備や燃料備蓄、患者の食料備蓄も整えている。夜間・休日を含め3名体制で保安業務を行っている。医療事故発生時の対応は、事故発生時のマニュアルに手順を定めて職員に周知しており、全ての死亡症例を医療安全管理者が確認している。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院の指定を受けている。指導医がプログラムに基づいて臨床研修を行っている。多職種評価や相互評価を行い、初期臨床研修医が単独で実施可能な医療行為や指導医の監督下で行える医療行為の範囲を明確に定めている。看護局や薬剤、リハビリテーション、放射線、臨床検査、臨床工学、栄養の各部門でも、新規採用者の教育プログラムを整備し、部門内での達成度評価も実施している。医学生をはじめ看護、薬剤、リハビリテーション、栄養、検査、歯科衛生士の各部門で学生実習を受け入れている。受け入れ窓口は総務課が担当し、契約書等を一元的に管理して予防接種や抗体価の状況についても捕捉している。カリキュラムに沿って実習と評価を行っている。医療安全や感染制御、個人情報保護、事故発生時の対応についても各部門でオリエンテーションを行っている。

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	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	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	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	B
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	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	S
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	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	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	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	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	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

機能種別：緩和ケア病院（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	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	緩和ケアに必要な診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体抑制を回避するための努力を行っている	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	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：市立ひらかた病院
 I-1-2 機能種別：一般病院2、緩和ケア病院(副機能)
 I-1-3 開設者：市町村
 I-1-4 所在地：大阪府枚方市禁野本町2-14-1

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	327	327	+0	73.5	10.2
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	8	8	+0	38.5	6.4
総数	335	335	+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		
小児入院医療管理料病床	35	+0
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	20	+0
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, 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： 4 人 2年目： 3 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

