

# 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」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16日～9月17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

## ■ 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。

### 1. 病院の特色

貴院は、1992年に78床で開設し、それ以降緩和ケア病棟の開設や増床などを行い、地域の医療環境の変化に合わせて病棟再編成が行われている。医療法人崇徳会「長岡医療と福祉の里」の基幹病院として位置づけられ、「急性期治療から在宅医療への橋渡し病院」としての機能を拡充されている。

今回は、コロナ禍の審査となったが、院長を中心に「心温まり安心して治療を受けられる病院」を目指して取り組んでいる姿勢が見られた。ここに訪問審査の結果を報告するが、結果を踏まえ、指摘された事項については見直され、益々地域になくってはならない病院となり発展されることを期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

法人の経営理念、基本方針が作成され、それに沿って病院の基本方針が明示され、病院案内、ホームページ、院内掲示等で患者・家族に案内されている。病院長は、病院が抱える課題および取り組み方針を明確化し、課題解決に向けてリーダーシップを発揮されている。病院運営の意思決定会議が設置され、必要な会議、委員会が開催されており、適切な組織運営がされている。情報システム、院内文書は、それぞれの規程に基づき適切に管理されている。

医療法、施設基準に対する必要な人員は確保されているが、病院の基本方針を達成するための人員の充足に向けて、更なる充実が目指されている。就業規則をはじめとする人事・労務管理に必要な各種規則・規程は整備されている。職員の安全衛生管理は、保健衛生委員会が中心となり、健康診断、労働災害、環境整備が実施されている。職場委員会や職員満足度調査を実施し、職員の意見・要望の把握に努めている。研修広報委員会が毎年、年間教育計画を立てており職員の教育・研修が実施されている。目標管理制度が導入され、個人評価表（コミュニケーションシート）により年3回の面接を行い、個別能力の評価が行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は適切な内容で明文化され、患者・家族や職員に周知されている。また、診療記録は開示規程に沿って適切に開示されている。説明と同意に関する方針ならびに、説明の上で同意を得る手術・検査等の対象範囲、同席基準が明確にされ、統一された書式を用いて患者・家族に説明し理解を促し、同意の署名が得られている。セカンドオピニオンへの対応も明確にされている。患者と医療者のパートナーシップの方針を明確にし、患者の医療参加への啓発を図っている。医療福祉相談室の社会福祉士により患者・家族からの様々な相談に対応されている。また、法人としての「長岡医療と福祉の里”里ネット”インフォメーションセンター」において24時間体制で各種相談に相談員が電話対応する仕組みは評価したい。個人情報・プライバシーは適切に保護されている。日常的に倫理的な課題を共有・検討する場として、主に看護師や介護職が参加して、病棟カンファレンスが行われている。「患者様に関わる倫理的課題の検討」や臨床研究の承認を行う場として、倫理委員会が設置されている。なお、対応に難渋した事案や比較的多く発生する課題について、病院として対応方針を定め明文化されることを期待したい。看護師や相談担当者により患者・家族の抱える倫理的な課題が把握され、各部署において多職種が参加してカンファレンスを開催し対応を検討しており、検討内容も記録している。

最寄駅と法人各事業所間を結ぶ無料巡回バスが運行され、民間バス停留所も近くに設置され、交通アクセス面は充実している。病院内はバリアフリーで、病棟内の廊下は十分な広さが確保されている。診療・ケアに必要なスペースや各フロアには患者がくつろげるデイルーム・食堂スペースを確保し、清潔な寝具類の提供は交換の手順に従って適切に行われている。緩和ケア病棟に設置した喫煙室での喫煙を認めていたが、2010年に病院敷地内全面禁煙を宣言し、院内掲示、入院案内等で周知が図られている。

### 4. 医療の質

「もしも院長」という投書箱を院内7箇所に設置し、患者・家族からの意見を収集し、質改善に向けて適切に対応されている。診療は学会等のガイドラインに沿って行われ、クリニカル・パスも活用されている。今後は多職種参加の症例検討会の開催を期待したい。また、臨床指標については病院の診療特性を反映するような

臨床指標を設定し診療の質向上に活用されたい。部門横断的な改善活動は、病院機能向上委員会で適切に行われている。ISOの取得や病院機能評価の受審により継続的に業務の質改善に努めている。各種立入検査の指摘事項には迅速に対応しており、業務の質改善への取り組みは適切である。新たな診療・治療方法や技術の導入については、病院の方針や具体的な検討手順等の明文化が望まれる。

外来・病棟の管理・責任体制を定め、診療と看護の管理責任者を患者・家族に明示している。また、病棟においては担当医師の回診や看護師長のラウンドが毎日行われ、ベッドネームには主治医と担当看護師を明記している。診療記録は、記載基準に沿っておおむね適切に記載されているが、診療記録の質的点検の仕組みを整備されたい。褥瘡対策委員会、NST委員会、リハビリカンファレンス、退院支援カンファレンスなどが行われて、多職種が参加した診療・ケアを実践している。また、各病棟や外来においても、医師や看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士などが必要に応じてケースカンファレンスに参加するなど、多職種協働による診療・ケアが実践されており適切である。

## 5. 医療安全

医療安全確保のための方針は明確であり、医療安全管理者を中心に毎月の委員会や毎週のカンファレンス、院内ラウンド等医療安全活動は適切に行われており、安全確保に向けた体制は確立されている。院内のアクシデントおよびインシデント報告は、各部門から収集し、医療安全カンファレンスで再発防止対策等を検討し情報共有している。

患者の確認は、患者自身に姓名を名乗ってもらうことやID番号の確認、リストバンドやベッドネームの確認などで行われている。検体の取り違い防止では、検体を並列で取り扱わないことやラベル発行時および貼付時の確認などが徹底されている。チューブの誤認防止についても手順に従って確認が行われており、種々の誤認防止対策が適切に実践されている。情報伝達エラー防止については、医師の指示出しや看護師の指示受け・実施、結果報告が手順に沿って確実に実行されており適切である。薬剤の安全な使用については、重複投与・アレルギー等のリスクは適切に回避されている。麻薬等は適切に保管・管理されているが、ハイリスク薬の適切な表示が望まれる。医療機器は、使用前・中・後のチェックシートを用いて安全に使用している。また、機器使用中の患者の観察内容を記録し、病棟で勤務者が交代する際の引き継ぎ手順も遵守されている。入院時に「転倒・転落リスク評価」を実施し、危険度レベルごとに随時再評価して看護計画の立案や実施、評価、見直しを行っている。危険度が高い患者は、状態に応じた対策が行われている。患者等の急変時の院内緊急コードが設定され、救急カート、AEDは必要な箇所に配置されている。BLSが毎年定期的に行われており、患者急変時の対応体制は整備されている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御については、感染対策委員会や ICT が組織され、ICT による院内ラウンドも毎週行われている。院内感染対策マニュアルが策定され、必要に応じて見直し改定されており、医療関連感染制御に向けた体制は確立している。院内の感染発生状況等は定期的に把握・検討され、ICT や感染対策委員会で分析・検討されている。

手指衛生や個人防護用具の着用は、標準予防策に基づき手順に従って行われている。汚染したリネンや寝具類の取り扱いは適切に行われている。抗菌薬については、適正使用指針が作成されており、分離菌感受性データ等が定期的に把握・検討されている。また、抗菌薬の使用状況も定期的に把握され医師にフィードバックされており、抗菌薬は適正に使用されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

研修広報委員会により、広報誌が年 6 回発行され、ホームページの更新も適切に行われている。FM ながおかの広報ラジオ番組「知っとく・すとか」を利用した情報提供、発信を行っている。地域の医療機関、福祉・介護施設等との連携窓口として地域医療連携室が活動している。地域で開催される定期的な医療関連施設等との定期的な会合に参加し、連携強化が図られている。2014 年から三ツ郷屋学舎会と名称付けした地域住民対象、地域の医療関係者に向けてテーマを分けて交互に勉強会・研修会が開催されている。また、地域医療講座として患者・地域住民を対象として医師による講演会を行っている。長岡市や保健所からの依頼を受け、オレンジカフェ（認知症カフェ）への職員派遣を行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者が円滑に診療を受けることができるように、ホームページに受診の流れについて詳細に説明されている。外来診療は適切に行われている。地域医療連携室が自院の機能や役割に応じて、地域の医療機関や介護・福祉施設等からの紹介患者を円滑に受け入れている。診断的検査は十分な説明と同意のうえで確実・安全に実施されている。地域医療連携室の担当者が患者の病態等を把握し、地域の医療・介護施設などの最新情報をもとに、患者・家族のニーズおよび病態に対応可能な施設が紹介されている。入院の決定は医学的な判断に基づいて行われ、患者・家族には十分に説明し同意を得ている。患者に関する各種情報は適切に収集され、診療計画が迅速に作成されている。計画については患者・家族の要望にも配慮するとともに説明し同意を得ている。社会福祉士の相談員が、患者・家族に向けた相談支援を行っている。入院に伴う提出書類の説明や病院の方針、入院中の決まり事などの説明が行われ、円滑に入院できている。

医師および看護師は、病棟業務を適切に実施している。投薬・注射は、必要性和リスクが説明され手順に沿って実施されているが、抗菌薬等の初回投与時など、特に注意を要する場合の観察手順を整備し観察記録を残しておきたい。輸血・血液製剤はガイドラインを遵守して、十分な説明と同意のうえで確実・安全に投与され

ている。全入院患者に対して褥瘡リスク評価に基づいてNST・褥瘡対策委員会が関わり、褥瘡の予防と治療方法が検討・実施されている。管理栄養士により、必要な患者に栄養管理計画書の作成と栄養方法の選択を行っている。症状緩和については標準看護計画をもとに個別に看護計画がたてられ対応している。リハビリテーションについては、必要性が適切に評価され、目標設定や訓練計画が策定されて患者・家族に説明され同意を得ている。

身体抑制に関する手順により、医師や看護師が患者・家族に必要性や方法、解除の目安などを説明したうえで同意を得て実施している。退院調整の手順に従い、入院早期から患者の状態に基づき多職種カンファレンスで検討のうえ、退院に向けた個別的な計画が立案され支援されている。病棟看護師、社会福祉士、介護支援専門員たちが中心となり、在宅で継続した診療・ケアが提供されている。「ターミナルケアマニュアル」の終末期判定基準に基づき、カンファレンスにおいて主治医による判断をもとにターミナルステージであることが多職種で共有され、診療・ケア計画の立案が患者・家族の意向を尊重して行われている。

#### <副機能：リハビリテーション病院>

回復期リハビリテーション病棟において、大腿骨頸部骨折連携パスのほぼ全例、復職・復学を希望する脊髄損傷・高次脳機能障害患者を積極的に受け入れている。診断的検査は同意書の必要な検査も含めて確実・安全に実施されている。一般病棟に準じて入院判定が行われている。回復期リハビリテーション病棟への入院決定に回復期リハビリテーション病棟専任の多職種が関与されるとさらに良い。診察所見、初期評価、リスク評価などを基に多職種参加の入院診療計画書が適切に作成されている。多職種参加のケースカンファレンスでリハビリテーション総合実施計画書を作成し、定期的な見直しもされており適切である。

医師は多職種と積極的に関わり指導性を発揮しており、看護・介護業務も適切に行われている。投薬・注射はほぼ安全・確実に実施されている。褥瘡の予防・治療、栄養管理・指導が行われ、個別の疼痛に対して看護師・療法士がチームとして取り組んでおり、疼痛緩和はほぼ適切に行われているが、疾患別に障害に関連した疼痛を把握し、具体的なリハビリテーションの進め方などを考慮した症状緩和に対する方針・手順の整備を期待したい。歩行訓練を中心としたリハビリテーションが実践されており、理学療法は確実・安全に実施されている。作業療法は日常生活動作のみならず、復職希望への訓練など、きめ細かな個別的な取り組みが行われ、言語聴覚療法は経口摂取やコミュニケーション障害への取り組みが行われている。患者の生活機能の維持・向上を目指したケアもおおむね適切である。なお、朝夕の更衣の取り組みの位置づけを高め、積極的な活動を期待したい。安全確保のために身体抑制は適切に行われている。在宅復帰に向けて課題を明確にした訓練を行い、退院支援が行われており、必要な患者への継続した診療・ケアは適切に行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、処方鑑査・疑義照会・調剤後の確認が行われ、注射薬の調製・混合の大部分は薬剤師が行っている。薬局内の温湿度の確認を行い、記録を残されたい。臨床検査については、必要な検査が業務マニュアルに沿って確実・安全に行われている。画像診断については、各種撮影は業務マニュアルに沿って行われ、おおむね常勤放射線科医により読影されている。患者への食事提供は直営で実施され、清掃の行き届いた厨房施設で調理・配膳が行われている。必要なリハビリテーションが業務マニュアルに沿って実施されており、診療情報は医療企画情報室で管理されている。医療機器は病棟で一元管理が行われ、「医療機器管理手順」に基づき、定期的に点検されている。中央滅菌材料室では、器材を使用現場から所定のコンテナで回収し、洗浄・滅菌が行われている。滅菌の質保証は手順に沿って適切に行われている。

病理診断はすべて外部への委託であり、結果報告書の管理も含め適切に行われている。輸血・血液製剤は、ガイドラインを遵守して、業務マニュアルに沿って投与され、使用状況等は臨床検査・輸血療法委員会で検討されている。救急患者の受け入れ方針や手順は明確になっており、病院の機能に見合った救急医療機能のもと患者の受け入れが行われている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、事務部長が中心となり毎年度「事業計画並びに予算」を作成し、理事会で承認されている。法人事務局にて財務諸表が作成され、公認会計士により法人全体の会計監査が行われている。医事業務は、窓口業務、レセプト請求業務等が業務手引きに沿って適切に実施されている。業務委託は必要性が検討されたうえで委託されている。購買管理規程があり、年1回取引評価表（継続）にて、委託業社の継続の可否を検討している。

施設・設備の管理は、施設管理課にて日常点検、年間の保守点検が適切に行われている。診療材料の受発注管理は、中材担当者が行い、診療材料は定数管理され、年2回の棚卸で不良在庫の確認が行われ、物品管理は適切に実施されている。毎月防災委員会が開催され、消防・防災訓練は年2回開催されている。地震時の広域災害マニュアルが作成されている。院内に防犯カメラが6台設置され、医事課・夜警室で監視されている。休日・夜間は、時間外事務担当者が2名勤務し、夜勤室業務マニュアルに基づき対応している。医療事故等に対しては、医療安全管理規定に、医療事故発生に伴う対応のためのフローチャートが作成されている。事故発生時は、事故内容に応じて病院幹部会議が招集され、対応される仕組みであり適切である。

## 11. 臨床研修、学生実習

医学生の地域医療臨床研修、看護師・リハビリ療法士・薬剤師・検査技師・栄養士・社会福祉士・医療事務の学生実習を受け入れている。各学校との受け入れ契約は総務課が窓口となり契約書を交わし、ワクチンの接種、健康診断の実施確認を行

っている。実習受け入れは、それぞれの担当者によりオリエンテーションが実施され、患者・家族の同意のもと実習が開始されている。看護学生実習用の学生用実習室が準備され、臨地実習指導会議により、実習中の検討、評価が行われている。

# 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	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	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	B

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	B
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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	B

## 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	B
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

---

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 6月 1日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人崇徳会 長岡西病院  
 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)  
 I-1-3 開設者： 医療法人  
 I-1-4 所在地： 新潟県長岡市三ツ郷屋町371-1

## 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	74	74	-46	77.6	22.1
療養病床	166	166	+46	91.3	69.6
医療保険適用	166	166	+46	91.3	69.6
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	240	240	+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		
回復期リハビリテーション病床	60	+0
地域包括ケア病床	55	+55
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	29	-3
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

--

## 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

