

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12月10日～12月11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1908年に相澤医院として設立されて以降、増床と機能の強化を図ってこられた。地域医療の発展と充実に積極的に取り組んでおり、松本医療圏と周辺の医療圏を対象に、近隣の大学病院や医療機関と連携しながら高度急性期医療と救急医療に日夜取り組んでおり、地域の中で極めて重要な役割を担っていることは高く評価できる。

今回の受審においては、病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、医療の質向上と病院運営におけるガバナンスの強化に積極的に取り組まれていることが確認できた。質の高い取り組みが随所で見受けられたのも、日頃よりの不断の努力の結果と推察される。今後も引き続き、従前どおりの積極果敢な改善活動を推進され、より高い目標に向け邁進されることを期待したい。地域住民や多くの医療機関からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されることを祈願する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、職員や院外への周知も適切に行われている。病院運営においては、院長直轄の部門横断的なプロジェクトチームが設置され、目標達成に向けた諸施策が講じられており、病院の将来像や経営方針は職員に明示されている。また、職員の就労意欲を高めるための仕組みや工夫が随所で見られ、効率的かつ実効性の高い組織運営に病院長をはじめとした病院幹部が率先して取り組んでいる。病院運営におけるリーダーシップは高いレベルで発揮されており高く評価される。病院組織は効果的かつ計画的に運営され、情報の有効活用やシステム管理、および文書管理も適切に行われている。

人材の確保では、適正人員の確保に継続的に取り組んでいるが、貴院の役割・機能に鑑み、引き続き必要な人材確保に取り組まれない。人事・労務管理では、各種規程が整備され、適正な就労管理に向け取り組んでおり適切である。魅力ある職場づくりでは、諸施策が講じられ、福利厚生 of 各種制度も整備されている。職員の教育・研修は、年間計画が策定され、e-ラーニング等を活用しながら教育・研修の充実に取り組んでいる。また、院外研修や学会参加への支援、および図書機能も充実しており適切である。職員の能力の把握や能力評価では、評価制度の活用により適正な評価に取り組むとともに、院内資格の導入にも積極的に取り組んでおり適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は適切な内容で定められ、定期的な見直しも行っている。院内・外への周知や診療記録の開示にも適切に取り組んでいる。説明と同意に関する方針・基準・手順は明文化され、セカンドオピニオンへの対応も適切になされている。患者との診療情報の共有や医療への患者参加の促進は、様々な取り組みや工夫がなされている。また、患者図書館には、病院担当者の他に患者代表の相談員が配置され、患者や利用者の要望に沿う支援がなされており、患者満足度調査でも良い評価を得ている。患者支援体制として、患者相談室と医療福祉相談室が設置され、充実したスタッフにより多様な相談に応じており、虐待への対応体制も適切である。個人情報保護規程が整備され、個人情報保護や患者のプライバシーへの配慮に適切に取り組まれている。臨床における倫理的課題については、現場で解決困難な事例に対して、外部委員も含まれる倫理委員会で審議されている。

療養環境は、利便性や快適性に配慮され、くつろげるスペースも十分確保されており、高齢者等への対応等も含めて全般的に適切である。なお、貴院は地域がん診療連携拠点病院でもあることから、職員の喫煙率の一層の低減に向けた取り組みを期待したい。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、患者満足度調査や投書箱への意見などにより把握に努めている。患者満足度調査は毎月行われ、結果はホームページに掲載され、経時的な推移も公開されている取り組みは高く評価できる。投書箱への意見は毎日回収され、関連部署において検討されている。診療の質向上に向けては、30 を超えるカンファレンスが定期開催され、9 種類ものカンサーボードも定期開催されている。学会ガイドラインは最新版への切り替え提案が行われ、389 種類のクリニカル・パスも利用率が高く、診療の質向上に向けた活動が高い次元で実践されており秀でている。医療サービスや業務の質改善に向けては、組織横断的に進める目的で病院品質会議や QI 室などの組織体が設置され、100 項目以上の活動テーマを定め継続的に取り組んでいる。また、院内 QI コンベンションを開催し、優れた活動への表彰などにより職員のモチベーション向上にも取り組んでいる。さらに、2013 年には JCI 認証も取得するなど、業務・医療サービスの質改善活動を高い次元で継

続的に実践している。先進的な技術導入の際には、その準備過程を病院としての重要プロジェクトに指定し、質の高い品質管理手法を用いながら支援している。また、新技術導入後にはそれらが安全に実施されていることを監視・監督する体制も整えているなど、優れた取り組みがなされている。

病棟や外来における診療・ケアの管理・責任体制は明確化されている。診療録管理に関する責任体制は整備され、記載基準に基づき電子カルテにより一元化されている。多職種による診療・ケアの実践では、各病棟では毎週、多職種により治療方針および退院計画等について合同カンファレンスが行われ、薬剤師や管理栄養士、MSW も病棟配置されている。NST・褥瘡対策・緩和ケア等の多職種で構成された医療チームも積極的に介入しており、多職種およびチームの協働体制は適切である。

5. 医療安全

医療安全推進室が副院長の下に設置され、4名の専従職員が配置される充実した体制が整備されている。また、病院幹部で構成される病院品質会議を筆頭に、医療安全管理会議と安全関連の3つの委員会が組織されている。責任体制と権限は明確化され、課題の共有や検討も適宜行われている。マニュアルも随時改訂され、専従の安全管理者は必要な研修を修了しているなど、安全確保の体制は適切である。院内のインシデント・アクシデント情報は、毎朝、医療安全管理者により点検され、問題のあるケースは直ちに現場に確認し、要因の検討と対策の実施がなされている。提出された事例のうち、警鐘事例については部署責任者および安全管理者によりRCA分析と対策を行い、安全管理ニュース等で周知される。安全管理ラウンドも毎週実施され、対策の実施状況の把握と評価が行われている。院外からの情報も職員に周知されるなど、安全確保に向けた情報収集が適切に行われている。

患者確認は名乗ってもらうことを原則とし、リストバンド等でも確認しており、チューブの誤認防止、タイムアウト、部位確認、検体の確認方法なども手順化されている。情報伝達エラー防止では、電子カルテシステムにより指示を確実に伝達する仕組みが整備され、パニック値や異常値の確実な連絡体制も整備されている。薬剤の安全使用に向けた取り組みでは、麻薬・向精神薬の安全使用と適正な保管・管理がなされ、重複投与等の防止、抗がん剤のレジメン管理も適切に行われている。転倒・転落防止対策は、入院時に全患者にスクリーニングが実施され、介入計画の立案・実施がなされるとともに、患者の状態に変化がある際には再評価されている。医療機器に関する規程は整備され、中央での一元管理が徹底されている。また、職員への研修なども計画的に行われている。患者急変時の対応では、救急コール規程が整備され、BLSや患者急変時の訓練も計画的に実施され、BLSは2年ごとの更新研修が行われている。救急カートやAEDの整備状況も適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御の体制は、病院長直轄部門として多職種が参加する感染対策委員会および事務局機能として専任ICD、専従ICN、専任看護師、薬剤師で構成される感染対策室で構成されている。ICTとASTは、院長直轄の特定医療チームとして

各部署に配置されたリンクナースとともに積極的に活動している。医療関連感染管理指針も必要な内容を含み適宜更新されているなど、感染制御の体制は適切である。院内での感染症発生状況は、速やかに ICN を介して感染対策室に報告され、必要に応じて緊急感染対策委員会が召集され、迅速な判断や対応が行われる仕組みが確立している。院内の感染モニタリング指標は複数項目が規定され、病院品質会議と連携して経時的な把握に努めている。院外からの情報収集も適切に把握されている。また、地域の医療機関との間で感染防止対策合同カンファレンスが開催され、地域のリーダー施設としての役割を果たしている。さらに、JANIS に登録し主要な医療関連感染状況を把握しているなど、感染制御に向けた情報収集と活動は適切である。

医療関連感染制御の活動では標準予防策が実践され、速乾性手指消毒薬の使用状況を定期的に監視カメラ等でモニタリングするなど、手指衛生の徹底を促している。ICT ラウンドによる定期的な点検も行われ、感染性廃棄物等の分別廃棄等も徹底されており適切である。抗菌薬の採用・採用中止は 1 増 1 減を基本に、関連する会議・委員会にて検討され、抗菌薬の適正使用に関する院内マニュアルも整備されている。特殊な抗菌薬は届け出制であり、培養検査や感受性検査は迅速に行われ、定期的に院内のアンチバイオグラムも分析されている。院長直轄の AST も長期使用例や血培陽性例などへ介入を開始するなど、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

地域への情報発信は、病院案内や入院案内、年 3 回発行される広報誌、ホームページ、年報など多様な媒体により行われている。ホームページは充実した内容で掲載され、年 1 回見直されている。地域に必要とされる情報の発信および院内各部署からの情報発信の要望などを広報企画室が取り纏めており、地域への情報発信が積極的に行われている。地域医療連携の取り組みでは、地域医療連携室に充実した職員が配置され、紹介患者の円滑な受け入れや紹介率・逆紹介率の維持・向上、地域医療機関への訪問、返書管理等の業務に取り組んでいる。登録医への訪問は、組織的かつ定期的に行われ、情報発信や要望の収集を積極的に行っている。返書管理は徹底されており、来院時や入院時、転棟時、退院時、死亡時には状況報告の返書を必ず出すこととしている。2001 年に民間の医療機関として全国で 3 番目に地域医療支援病院の認定を取得するなど、地域医療機関との連携強化を図るための様々な工夫や取り組みが高いレベルで行われており高く評価できる。地域に向けての教育・啓発活動は極めて活発に行われており、市民健康講座が年 20 回以上、地域への出前講座が年間約 180 回以上行われている。また、市民公開講座の内容は、過去数年分の内容が動画でホームページに掲載されるなど、不参加者への情報提供にも努めている。糖尿病教室もほぼ毎月開催されるなど、地域住民の疾病予防、健康増進に寄与する取り組みが高いレベルで展開されている。地域の医療従事者に対しても、病院のシミュレーションセンターにおいて地域の医療従事者や介護従事者を対象とした研修が行われ、地域医療機関との勉強会なども活発に実施されている。地域に向けた教育・啓発活動は全般的に秀でており、高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページや院内掲示などにより案内され、総合案内には看護師やフロアアテンダントが配置されており、適切に案内されている。外来診療は情報収集が適切に行われ、説明と同意の下で行われている。診断的検査の適応は安全に十分配慮して行われ、入院の決定は医学的判断に基づき行われている。病態に応じた診断と評価に基づき入院診療計画書が作成され、説明と同意なども適切に行われ、クリニカル・パスも積極的に活用されている。患者・家族からの医療相談に対応する体制は十分整備され、円滑に入院できる仕組みも整っている。

医師と看護師は、各々の役割と責任に応じた病棟業務を適切に行っている。投薬・注射は病棟薬剤師の関与の下、確実・安全に実施される体制が整備されている。輸血・血液製剤投与は、厚生労働省のガイドラインに基づき、安全・確実に行われている。周術期の対応では、患者に分かりやすい内容で説明が行われ、同意取得の下で安全に十分配慮しながら実施されている。重症患者への対応は、重症度に応じてICUや重症観察室などが選択され、チーム医療の下で適切に管理されている。褥瘡への対応、栄養管理・食事指導、症状緩和への対応は、多職種による専門チームの関与等により積極的に取り組まれている。リハビリテーションは、必要性や目標、リスク等の評価がなされ、確実・安全に実施されている。身体抑制は必要性がカンファレンスで検討され、医師の指示の下で施行されており、回避・軽減・解除に向けた取り組みもなされている。患者・家族への退院支援、および患者への継続した診療・ケアでは、院内・外の専門職種や関連施設と密接に連携しながら実施されている。ターミナルステージへの対応は適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査や調剤鑑査、疑義照会、持参薬の鑑別、服薬指導などが適切に行われている。注射薬の1施用ごとの取り揃え、抗がん剤やIVHなどの調製・混合、院内医薬品集の整備・更新などにも適切に取り組んでいる。臨床検査機能は、機能が適切に発揮される体制が確立され、検体取り違い防止や検査機器の点検、精度管理も適切に行われている。また、パニック値は確実に依頼医に伝達する仕組みも徹底されており、2交代勤務体制により必要な検査類が24時間実施可能であるなど、機能が適切に発揮されている。

画像診断機能は、常勤専従の放射線科専門医4名が配置され、診断機器も充実しており、異常発見時の指示医への連絡体制も確立しているなど、機能が適切に発揮されている。栄養管理機能は、常勤専従の管理栄養士により患者の特性・嗜好に応じた食事提供に積極的に取り組んでおり、調理室内の衛生管理も徹底されている。調理を行う委託会社においても、満足度評価が実施され高い目標を掲げるなど、良質な食事の提供に向けた取り組みは評価できる。リハビリテーション機能は、充実した体制の下で、主治医との連携や多職種との情報共有が密に行われ、患者の個別性を重視したリハビリ計画の作成、連続性への配慮など、質の高いリハビリが提供されており高く評価できる。診療情報管理機能は、充実したスタッフの下で診療情報の管理や疾病統計の作成、診療情報の二次利用に積極的に取り組んでいる。医療

機器管理機能は、中央管理が徹底され、管理対象の機器も広範に及んでいる。専門資格の取得にも積極的であり、医療機器の専門性の追求や安全使用に向けた取り組みは秀でており高く評価できる。洗浄・滅菌機能は、病院の規模・機能に見合った適切な機能が発揮されている。

病理診断機能は、常勤専従の病理医3名の下で、高い病理診断精度の確保に取り組むとともに、CPCや病理解剖を含め病理業務全般を精力的に行っている。また、院内で定期開催される9種類ものカンサーボードやその他の合同カンファレンスに数多く参加し、病院全体の診療の質向上に大きく貢献しており高く評価できる。放射線治療機能は、確実・安全に治療を行う体制と仕組みが整備され、治療機器の品質管理・精度管理も適切に行われている。輸血・血液管理機能は確実・安全な輸血療法が行われる体制・仕組みが整備されている。手術・麻酔機能と集中治療機能は、地域の中核病院として急性期医療と救急医療に積極的に取り組む中、数多くの重症患者を受け入れており、充実した設備・機器の下で機能が十分発揮されている。救急医療機能は、専従救急医11名が在籍し、総合内科医の支援も受けながらいわゆる北米ER型救急診療を行っており、年間約36,000名の救急患者（うち救急車搬入約6,600名、ドクターヘリ搬入120名）を受け入れている。救急受け入れ要請を断らないという方針のもと、救急搬入依頼応需率は約99%に達しているなど、極めて質の高い救急医療機能を発揮しており秀でている。

10. 組織・施設の管理

予算編成は手順に基づき策定され、予算の執行状況や会計処理、財務諸表の作成も規程に基づき行われている。また、会計監査や経営状況の把握も適切に行われている。医事業務は、窓口収納業務やレセプト請求業務は手順に基づき実施され、施設基準の遵守に向けた取り組みや未収金への対応も適切に行われている。業務委託の是非や業者決定のプロセスは明確であり、委託業者との定期的な会議により情報共有に努めている。業務の質改善のために品質目標が設定され、四半期ごとのモニタリングや年度末の品質年次評価もなされている。また、委託職員への教育・研修では、ほぼすべての委託職員が病院主催の多くの研修会に出席している。委託業務を病院運営の重要な一部と捉え、委託業務の質向上と委託職員の教育・研修に熱心に取り組む姿勢は高く評価できる。

施設・設備の管理体制は明確化され、年間点検計画や日常点検の記録も整備されている。また、医療ガス設備の保守点検状況、病院建屋および設備等の更新計画も整備されているなど、施設・設備の管理状況は適切である。購入物品の選定や物品購入のプロセスは明確化され、在庫管理も適切である。災害時や大規模災害時への対応体制では、訓練や備蓄、停電時の設備、通信手段など充実した体制が整備されている。保安業務は24時間体制がとられ、警察OBの職員も配置されており、院内巡視や夜間・休日の入館管理も徹底されている。医療事故発生時の対応手順が整備され、原因究明や再発防止策が検討される仕組みも整備されており適切である。

1.1. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修では、医学研修部門の下に研修医グループ、指導医・指導者グループ、卒後臨床研修センター、事務課などが組織され、指導医の下、充実した研修体制が整備されている。指導医・指導者と研修医の相互評価、および看護部門と臨床検査部門からの研修医評価も行われている。また、外部委員も参加する臨床研修管理委員会が定期的に行われ、研修プログラムの検証など、臨床研修機能の充実に向け検討されている。さらに、研修医へのサポートも充実した体制で取り組んでいる。看護部門、および診療技術部門においても計画的な育成プログラムが整備されているなど、専門職種の育成が計画的かつ適切に行われている。学生実習はほぼすべての職種で約330名の学生を受け入れている。契約書の記載内容が確認され、カリキュラムに基づいた実習が計画的に行われている。必要な教育も病院全体、また部署ごとに行われ、患者・家族との関わり方のルールも決められている。実習中の事故についても適切に対応する仕組みが整備されるなど、学生実習の受け入れは適切である。

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	S

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	S
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	S
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	B
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	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	S
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	S
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	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	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	S

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 7月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人財団慈泉会 相澤病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 長野県松本市本庄2-5-1

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	456	456	-4	84.9	11.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	4	4	+4	81.4	2.4
結核病床					
感染症病床					
総数	460	460	+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	10	+0
集中治療管理室 (ICU)	4	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	4	+0
ハイケアユニット (HCU)	8	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	12	+0
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	72	+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		
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, 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(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： 5人 2年目： 12人 歯科： 0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

