

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「精神科病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 12 月 14 日～12 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
機能種別	精神科病院（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 精神科病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1936 年に伝染病院として川崎市立病院が開院された。その後、幾多の変遷を経て、1945 年に現在の名称である川崎市立川崎病院に改称している。80 有余年に亘る歴史の中で自治体病院としての役割を担い、救命救急センター、地域周産期母子医療センター、地域災害拠点病院等の指定を受けるなど、高度で専門的な医療サービスを提供している。また、地域医療支援病院として、地域の医療機関と相互連携を図っている。さらに、地域の救急医療の要として「断らない医療」を実践している。様々な学会認定施設も取得しており、1968 年には臨床研修病院の指定を受け、長年に亘り多くの医師を育成している。

2006 年に病院機能評価を初回受審後、継続して受審されており、職員が一体となって医療の質向上に取り組んできた成果が確認できた。今回の受審が、地域住民の方々の貴院に寄せる期待と信頼に応えるものとして結実し、地域においてますます発展されることを心より祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と病院運営方針は、自治体病院としての使命や地域の基幹病院としての役割を果たし、患者を中心にした信頼される医療を提供する具体的な姿勢が表現されている。院長は医療機能の再編やチーム医療の推進など、病院の運営方針や進むべき

方向を全職員に明示し、事務局長や看護部長などの幹部職員も課題を把握し、その解決に努めている。中期経営計画を定めて課題や取組事項を明確にするとともに、中期経営計画に基づく病院の年次計画や部門目標を設定し、病院の意思決定機関である三役会議等で達成状況进行评估している。

法令等による医師や看護師、薬剤師等の配置標準数は満たされており、施設基準に基づいた必要人員も確保されている。採用、昇格、異動は基準に基づき適正に行われており、会計年度任用職員を含めて全職員に対して人事評価制度を導入してモチベーションの向上に努めている。職員衛生委員会を毎月開催し、産業医や衛生管理者等の出席状況も良好である。産業医および衛生管理者による毎月の職場巡視も実施している。院外の学会・研修会出張規程や専門資格取得支援体制等は整備されている。全職員を対象にした人事評価制度を導入しており、部署の目標に基づき、職員個々が目標を毎年設定し、上長との面談を通じて能力評価・開発が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利については、院外へ向けてはホームページ・入院案内などへの掲載や、病院玄関への掲示などにより、院内へ向けては研修会や院長との懇話などの機会を利用して、擁護するよう努めている。説明と同意に関する方針は明文化され、自ら意思を表明できない場合の手順も明確である。入院診療計画書やクリニカル・パスを活用し、患者自らの疾患に関する理解を促している。また、入院案内には名前の確認やリストバンドの装着について掲載するなど、医療安全活動への参加を促している。

患者・家族からの様々な相談に対応するために、患者総合サポートセンターに相談窓口が設置され、MSW やがん相談支援センター職員、医療対話推進者の講習を受講したアドボガシー職員等が連携して対応にあたっている。また、がん相談支援センターでは、自院の患者以外にも多数の相談を受けており、評価できる。個人情報保護に係る川崎市の条例や院内規程を整備している。外来診察室や病室、面談室などのプライバシーも配慮されている。

多職種および院外有識者で構成する倫理委員会を組織化し、定期的に検討を行っている。「臨床における倫理指針」を設け、輸血拒否や脳死判定、終末期患者の治療などに対する病院としての方針を明確にしている。また、日常的に発生する倫理的課題に対し、現場での対応が困難な場合には、多職種で構成する臨床倫理コンサルテーションチームが関与して検討が行われている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は、毎年行われる入院・外来患者満足度調査や、各病棟や外来フロアに設置された意見箱などにより収集されている。さらに、モニター会議を開催し、参加者を地域住民から公募で募り、病院運営や患者サービスの向上に関する意見、要望等を広く聴取している。各診療科において症例検討会を活発に行っており、特に消化器系疾患や神経系疾患では内科系と外科系の診療科による合同

での検討会が開催されている。さらに、病理医などを加えた複数科での開催も行っている。業務の質改善として、各部署の職員が自主的に、また自由な発想で課題を掲げて活動するための研究会などが毎年行われており、高い成果を上げたものは表彰もされている。新たな診療・治療法や技術の導入には、その内容により倫理委員会を中心に薬事や化学療法、医療材料等委員会等で審査を行っている。臨床研究は治験審査・臨床研究倫理審査委員会において検討している。

医師や看護師、管理栄養士などの多職種によって入院診療計画書を作成し、入院早期からチーム医療を開始している。医師を含む多職種で構成する緩和ケアや褥瘡対策、感染対策などの委員会を設置し、その直下に組織化されたチームが週1回の現場ラウンドを行いながら診療・ケアに参画している。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理委員会と医療安全管理室を設置し、医療安全管理者の役割を明確に定めている。医療安全管理委員会の下部組織である医療安全管理部会は、具体的な事案について分析検討をしている。医療安全管理マニュアルは適宜改訂されている。アクシデント・インシデントレポートは、当事者が早期に報告している。早期に対応すべき事案については医療安全管理者に連絡する仕組みが確立しており、迅速に情報を収集し、医療安全管理室にて協議を行っている。

患者確認は、名前を名乗ってもらう事を原則とし、併せて外来では受診票のバーコードで患者確認を行い、入院患者はリストバンドで確認している。注射投薬の患者認証は、リストバンド等の3点バーコード認証を行っている。手術室では、サインイン、タイムアウト、サインアウトを適切に実施している。各種チューブ類の誤認防止策は、医療安全管理マニュアルにあり、ルートの識別や管理手順を取り決めて行っている。医師は電子カルテシステムを活用して、処方箋の発行、指示のオーダーを行い、関連部署に伝達している。また、看護師は確実に指示受け・実施をしている。

薬剤の重複投与、相互作用のリスク回避は、電子カルテのチェック機能と調剤前の処方チェックで行っている。副作用についてはすべて把握し、PMDAへの報告も適切に行っている。

6. 医療関連感染制御

感染対策室専従の感染管理認定看護師（ICN）が中心となり ICT と AST を組織し、ICT と AST が合同で週1回、各部署のラウンドを行っている。また、院内感染対策委員会の下部に感染対策部会を置き、ICT・ASTの活動報告や委員会での検討事項が院内全部署へ届く体制を構築している。院内感染対策マニュアルや抗菌薬使用ガイドラインは適宜見直し、必要に応じて改訂を行っている。院内の感染発生状況は、常時感染対策室へ報告され、ICTが対応している。定期的に KAWASAKI 地域感染制御協議会を開催し、地域での情報共有を行うのみでなく、依頼があれば ICN が他施設へ出向いて指導や研修を行っている。アウトブレイクについては、マニュアルに定義・対応手順・公表のルールなどを整備している。

ICTの定期的なラウンドにより、標準予防策の遵守や感染患者の対応について確認している。感染性廃棄物や汚染リネンの取り扱いは、病棟や各部署で適正に行われている。抗菌薬使用ガイドラインを定め、ASTが中心となって抗菌薬の使用・採用中止に関する検討を行っている。院内における分離菌感受性パターンを把握し、年1回アンチバイオグラムを発行し、電子カルテ上で各部門に情報発信している。抗菌剤使用状況は菌の分離状況と合わせて常に把握し、主治医には必要に応じ de-escalation を促している。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会・部会を設置して、一元的に情報発信を行っている。ホームページや「診療のご案内」、入院案内、広報誌、待合室等に設置したデジタルサイネージなどによって、診療内容、外来受診や入院の手続き、医療サービスなど様々な情報が発信されている。連携促進のために患者総合サポートセンターが設置され、紹介患者の受け入れや情報提供、逆紹介、患者相談などが行われている。各診療科責任者および事務担当者が連携先医療機関を定期的に訪問するとともに、地域医療支援病院として医療・行政・住民等から広く意見を聞くなど地域ニーズを把握している。

地域住民に向けた教育・啓発活動として、市民公開講座を年6～7回程度開催するほか、糖尿病教室を毎月4回開催している。2020年度はCOVID-19の影響で通常開催は困難なため、YouTubeを利用した講座を開催している。また、介護・福祉施設等で働く職員向けに、感染管理認定看護師による出前講座を開催するなど、地域の施設に向けた専門的な医療知識・技術に関する支援に取り組んでいる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

正面玄関入り口に総合案内を設置し、看護師が病状に応じて診療科を案内している。感染症が疑われる患者に対しては、エリアを区別するなど、適切に対応している。外来担当医は、診療情報提供書や外来診察および各種検査の結果などから患者に関する情報を収集した上で診断し、病名・病態とその治療方針等を患者・家族に説明し同意を得たことを診療録に適切に記載している。侵襲を伴う診断的検査を実施する場合には、その必要性や検査に伴うリスクなどを説明し、患者の同意を得て行っている。入院の決定は、外来での診察結果や患者情報を検討の上で行い、患者・家族の要望に配慮し、十分な説明を行って同意を得ている。入院診療計画書は看護師等と協働し速やかに作成し、説明し同意を得ている。また、入院時に転倒・転落、栄養、褥瘡、深部静脈血栓等のリスク評価を確実にしている。入院生活に関する説明は、入院案内やホームページでの案内に加え、入院センターの看護師による入院前面談によって適切に行われている。

医師は原則として毎日病棟回診を実施し、必要に応じて診療科内でのカンファレンスや、他診療科医師が参加するカンファレンス、多職種とのカンファレンスを実施し、医師間および多職種との情報共有に努めている。退院支援計画書は全症例に立案し、必要な退院指導は内容によって各専門職が行っている。退院後も継続的に診療・ケアが必要な場合は、地域の訪問看護ステーションや担当ケアマネジャーな

どと情報交換を行い、また在宅療養を担う医療機関と退院時共同指導などを行う仕組みとなっている。

＜副機能：精神科病院＞

総合病院の精神科として合併症治療とリエゾン医療の役割を担い、身体科と連携を図っている。医療保護入院については、マニュアルが整備され、精神保健指定医による患者への告知を含め電子カルテの記載、精神保健福祉法上必要な書類の記載が行われている。退院後生活環境相談員の選任や退院支援委員会の開催も適切に行われている。措置入院患者の処遇は精神科看護マニュアルに沿って、入院手順や処遇が確実・適切に行われており、措置症状消退による早期の入院形態変更の取り組みも適切に行われている。

開放的な処遇に係る患者への説明は入院時に医師から行われている。任意入院患者は申し出時に看護師が開錠し、外出が適宜行われている。郵便物の受発信は遅滞なく行われ、携帯電話は棟内の決められたエリアで使うことができ、面会時のプライバシー保護に十分配慮されている。

行動制限としての隔離の実施や身体拘束については精神保健福祉法を遵守したチーム医療が適切に実施されている。退院前カンファレンスには家族を含む院内外のスタッフが参加し、患者個々の状態に応じた支援がある。患者への継続した診療・ケアについても対応部署との連携が図られ適切に実施されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、処方鑑査、調剤鑑査、入院患者の薬歴管理、持参薬の鑑別・管理などが適切に実施されている。今後は、注射薬の1施用毎の取り揃えや、服薬指導の充実に期待したい。臨床検査機能については、検体交差防止に配慮するなど、確実な実施に努めており、おおむね適切に機能を発揮している。画像診断機能については、三次救急を担う病院として、24時間体制で診療放射線技師の当直体制が組まれており、緊急のCT、MRI検査等に対応している。緊急を要する異常所見については直接依頼医へ報告が行われている。マンモグラフィー撮影は女性技師が行う配慮が実践されている。栄養管理機能については、業務や衛生管理に関するマニュアルが整備されており、適切に対応されている。リハビリテーション機能については、病棟においても多職種カンファレンスに参加し、連休中のリハビリテーションの進め方など、情報共有に努めており、適切である。

診療情報管理機能については、診療情報は電子カルテシステムおよび部門システムにより一元的に管理されている。医療機器管理機能については、各種機器を一元管理しており、適切である。洗浄・滅菌機能については、使用済み器材の一次洗浄は中央材料室で行い、室内はワンウェイ化されている。オートクレーブの始動前テストや生物学的インディケーターは初回に行い、記録している。滅菌物の現場での保管・管理等を中央材料室がラウンドし、看護師の立会いのもとで確認している。

病理診断機能については、すべての病理組織診断、術中迅速病理診断、細胞診を行っており、適切に機能を発揮している。放射線治療機能については、放射線治療専門医および治療専門放射線技師、放射線治療品質管理士、看護師により必要な放射線治療を提供している。診察により治療計画の作成、シミュレーションの実施、治療計画線量の決定、線量の確認を手順に則って行っている。

手術・麻酔機能については、麻酔科部長、看護師長により次週のスケジュールを立てており、陰圧室を活用して緊急手術にも待ち時間をなくすなど柔軟な対応を可能としている。手術室においてはサインイン、タイムアウト、サインアウトを確実に実行しており、術後の覚醒、抜管、退室の基準に沿って実施している。救急医療機能については、専従医師は救急科をはじめ総合内科医等を配置している。応需率は救命救急としてはほぼ常に100%近く、二次救急では約90～96%である。病院の方針である一次から三次まですべての救急患者に対応する方針の実現に、院内のすべての診療科と麻酔科や手術室などの関連部門との連携体制の整備がなされ、全病的な優れた救急機能を発揮しており、高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

地方公営企業法の全部適用病院であり、地方公営企業法に基づいた会計処理がなされている。決算時には、監査事務局や病院局による監査が行われ、監査法人による監査も適宜行われている。受付・料金計算・会計等の各業務が適切に行われている。施設基準は、多項目にわたる施設基準を複数の施設基準担当者により確認作業がなされている。委託業者の選定は一般競争入札、またはプロポーザル方式により、公正かつ適正に行われている。

施設・設備は年間保守計画に基づいた定期点検が実施され、日々の業務日誌は適切に作成されている。感染性廃棄物の院内最終保管場所の管理や最終処分場の視察も適切に行われている。災害対策マニュアルを整備し、訓練等を通して随時改訂している。非常用発電設備が整備され、災害時の通信手段として、衛星電話や市の防災無線等を完備している。食料品・飲料水の備蓄は入院患者用、職員用に加え、帰宅困難外来患者用も備蓄している。

保安業務は防災センターに警備員を配置し、院内巡視や、監視カメラの設置も併せて、24時間体制で院内の保安状況を把握・管理している。暴言・暴力対応マニュアルを整備するとともに、警察OBを採用するなど、不審者や院内暴力等に一体となり対応できる体制が整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として多くの指導医がプログラムに沿って初期研修医の指導にあたっており、2010年にはJCEPの認定を受けている。初期研修医が単独で行える診療行為については基準を明確にしている。院内の様々な職種による初期研修医に対する評価もなされている。看護部においては、キャリアラダーによる教育体制を構築している。また、3年間で自立した看護実践ができる人事育成を目指し、技術演習などの研修の他に、他病院との合同研修なども行っている。薬剤部やリハビ

リテーション科等でもカリキュラムに沿った教育研修が適切に行われている。

医学生や看護師、薬剤師、療法士、管理栄養士、臨床検査技師などの養成課程の学生実習を多くの学校から積極的に受け入れている。臨地実習に際しては、患者への事前説明やカリキュラムに沿った実習・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	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・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	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	B

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	B
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	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	B
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	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	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	B
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	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	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	物品管理を適切に行っている	B
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：精神科病院（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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	B
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	A
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A

2. 2. 20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2. 2. 21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2. 2. 22	隔離を適切に行っている	A
2. 2. 23	身体拘束を適切に行っている	A
2. 2. 24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2. 2. 25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2. 2. 26	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	NA

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 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： 川崎市立川崎病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2、精神科病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 市町村
 I-1-4 所在地： 神奈川県川崎市川崎区新川通12-1

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	663	544	-58	77	12.3
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	38	36	+3	45.2	33.3
結核病床					
感染症病床	12	12	+0	4.6	8
総数	713	592	-55		

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	20	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+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)	12	-6
周産期集中治療管理室 (MFICU)		+0
放射線病室		+0
無菌病室		+0
人工透析	5	+0
小児入院医療管理料病床	41	+0
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
特殊疾患病床		+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), 救命救急センター, DPC対象病院(Ⅲ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： 14 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

I-2-2 年度推移

2