

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9月17日～9月18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、一般病床376床を中心とする総病床数531床のケアミックス型であり、栃木県両毛医療圏の中核的病院として急性期医療・小児救急医療の提供を継続し、地域住民からの高い信頼を得ている。現在は、地域医療支援病院・栃木県がん診療連携拠点指定病院・地域周産期母子医療センターとして、行政や地域の医療機関との連携を強化しつつ、地域の医療ニーズに総合的に応えている。

今回は4回目の病院機能評価の受審であり、病院長や幹部の強いリーダーシップの下で職員が一つになって熱心に取り組まれており、課題の克服や病院機能の向上に努めてきたことが確認できた。患者中心の医療の提供に努め、チーム医療による診療・ケアを実践し、医療安全・感染制御などへの積極的な取り組みが見られ、特に、栄養管理機能では秀でた機能を発揮していることが確認できた。一方で、さらなる向上が期待される事項も見受けられたが、医療機能の一層の充実、ならびに医療安全・質の向上に向けた一層の取り組みを継続され、益々発展されることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念・基本方針は、院内外への周知が適切に図られており、基本方針は定期的に確認・見直しが行われている。病院長は地域医療支援病院の機能・役割の強化を目指し、地域医療機関・行政機関等との関係強化や院内の様々な改革に精力的に取り組む、病院の将来像や課題を職員に発信し共有化に努めている。病院幹部は役割に応じて課題解決に向けて努力しており、それぞれがリーダーシップを適切に発揮している。意思決定会議の開催、委員会規程の整備や運営、組織内の情報伝達、

事業計画作成のプロセスなど、組織運営はおおむね適切である。医療情報の二次活用については、データの一元管理が可能になって間もないが、今後の積極的な活用が期待される。書類は規程等に基づき適切に管理されており、医療現場で使用するマニュアル類は一元的に管理され、電子カルテ掲示板上で常時閲覧可能である。

法的に必要な人材は確保されており、病院機能・業務量に応じた増員が適宜図られている。人事・労務管理はおおむね適切であり、職員の安全衛生管理面では、安全衛生委員会による定期的なラウンド・職員健康診断・予防接種・精神的サポート・労働環境チェック等が適切に実施されている。職員の意見や要望は、職員意見箱などによって把握され、必要な対応が取られている。

職員の教育・研修では、患者の権利・個人情報保護・医療倫理などの全職員を対象とした研修の実施や、参加率向上に向けた一層の積極的な取り組みなど、研修センターの体制・機能の充実が期待される。職員の能力評価・能力開発は、全職員を対象とする人事評価制度の導入を進めているところであり、速やかな実現を期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利・こどもの権利が作成され、院内掲示やホームページで周知している。患者が公平に医療を受けることができるなど、患者の権利の擁護も確実である。説明と同意に関する方針と手順は明文化され、セカンドオピニオンへの対応も適切に行われている。診療・ケアへの患者理解を深めるために、入院前から患者情報を積極的に収集し情報共有を図っている。患者相談窓口看護師を配置して患者支援体制を整え、各種の相談に対応し関係部署との連携による早期介入などが適切に行われている。各種虐待対応マニュアルも整えている。個人情報保護に関する規程が整備され、個人情報の物理的・技術的保護なども適切である。倫理的課題への対応方針として規程を整え、倫理委員会を設置しているが、診療現場における課題検討はなされているものの、委員会での検討実績が少ない。日常的に生じる臨床倫理に関する課題を積極的に収集し、倫理委員会で審議して知見を積み重ね、職員へ周知や教育を行うなど積極的な取り組みが期待される。

病院へのアクセスは、多数の駐車場台数を確保し、バス・タクシーの乗り場も設けている。院内にはコンビニやレストランなど生活延長上の設備を整えており、患者・家族の利便性に配慮している。院内の廊下には多くの絵画を飾るなど、癒しの空間作りへの取り組みも見られる。院内は全館バリアフリーであり、車椅子など必要な備品が整備され、高齢者や障害者への配慮も適切である。受動喫煙防止への取り組みは、敷地内禁煙、禁煙外来等が実施されているが、栃木県がん診療連携拠点病院であり、地域の模範となるべく職員への禁煙教育活動の一層の強化が期待される。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、病棟スタッフの日々の業務の中での聴取や、意見箱・患者満足度調査などにより収集し、組織的検討を経て改善につなげている。

医療の質の向上に関しては、院内での各種カンファレンスは適切に開催され、診療実績として各科のDPC上位5疾患のデータをホームページに公開している。今後、臨床指標の比較分析による診療の質向上に期待したい。業務の質改善は、病院長あるいは管理者会議において業務改善が必要と判断された場合には、病院長が課題ごとにワーキンググループを設置して実行している。新たな診療・治療方法の導入や保険適応のない未承認薬の使用の際には、倫理委員会・臨床倫理部会が適切に審査を行っている。

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、主治医不在時の連絡体制も確立している。診療記録は電子カルテ運用であり、診療録記載マニュアルに従って適切に作成され、診療録記載内容の質的点検も実施されている。なお、質的点検については、今後対象症例数を増やす体制を整えられると良い。診療科や職種を超えた連携や、活発な多職種カンファレンスの実施、必要時に各専門家チームの介入がされるなど、多職種が組織横断的に協働しての診療・ケアが実践されている。

5. 医療安全

医療安全対策室は、室長の副院長と医療安全管理者の看護師が配置されている。医薬品安全管理・医療機器安全管理・医療放射線安全管理も構成員間の業務分担や権限移譲が適切に行われ、組織体制は確立している。医療安全管理マニュアルは定期的に改定され、電子カルテ内で容易に閲覧でき、医療安全対策委員会や部会も定期的に開催されている。院内のアクシデント・インシデントは、レポート報告システムを導入して報告基準も定めるなど、報告件数の増加に努めている。医師からの報告件数を増加すべく、より積極的な取り組みが期待される。事例分析システムを活用した事例分析やデータ分析を行い、対策を立案し委員会・研修会等にて周知している。院外の医療安全情報も収集し院内安全活動に活用している。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は手順が遵守され、手術室ではマーキング・タイムアウト等が適切に実施されている。処方・指示などの情報伝達は、手順を統一し安全・確実に実施され、緊急指示や口頭指示への対応も適切である。麻薬・ハイリスク薬の保管・管理、薬剤の取り違い防止は看護師・薬剤師で適切に取り扱われ、相互作用・アレルギーの注意喚起は電子カルテシステムで適切に行われている。転倒・転落防止対策は全患者に評価を行い、ハイリスクの患者には看護計画を立案し、多職種との情報共有を図り対応している。医療機器管理は、臨床工学技士が機器を一元管理し、マニュアル整備・機器の点検・使用中の記録など、安全な使用に取り組み、看護師への教育・研修も適宜実施している。院内緊急コードはEMコールを整備しており、救急カートは内容を標準化し看護師・薬剤師等が協力して整備を行っている。BLS・ACLS講習も定期的実施している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御体制は、専従のICNを中心に医師・臨床検査技師・薬剤師・事務職からなる院長直轄の院内感染対策室および、各部門の代表者を加えたICT・

AST が現場での権限を持って有効に活動している。ICT・AST はそれぞれ毎月ラウンドを行い、感染対策や抗生剤適正使用などの指導・助言を行っている。病院幹部が参加する院内感染対策委員会を毎月開催し、感染対策マニュアルを適時改訂し、全職員向けの研修会を行っている。感染発生状況の把握は、ICN が検査室と連携して行い、特定微生物の検出状況・薬剤感受性を毎週、院内感染対策室に報告している。サーベイランスは BSI・UTI で実施されており、SSI は今後の実施を期待したい。JANIS への参加などにより外部情報収集にも努めている。アウトブレイクへの対処フローを整備し、新型コロナウイルス患者を早期より受け入れ、日々変わるガイドラインにも適切に対応している。

院内感染の制御活動については、ICT の定期ラウンドで現場における医療感染制御の実践状況を評価し、感染対策実行委員会などのワーキング活動が活発に行われている。感染経路別予防策の指導、手指衛生、個人防護用具の着用が徹底されており、感染性廃棄物の取り扱いや、汚染リネンの交換・搬送などを感染管理マニュアルに準拠して適切に実施している。抗菌剤の採用・削除は、AST からのアンチバイオグラム結果や抗菌薬使用状況などを勘案したアドバイスに基づき薬事委員会が決定している。分離菌の感受性は AST が把握し、委員会に報告している。抗菌剤の使用はマニュアルに沿って適正に行われ、特定抗菌薬は届け出制であり、使用状況・投与期間を AST が把握し、担当医にフィードバックする体制を整えている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信には広報委員会が関与しており、診療内容や医療サービス情報はホームページや広報誌などを通じて必要な情報を地域に適切に発信している。今後、臨床指標の発信内容の充実に期待したい。地域の医療関連施設等との連絡機能は地域医療連携室が担っており、診療・検査予約、紹介患者受け入れ、返書管理など、円滑な紹介患者の受け入れ・逆紹介を行っており、加えて、医師の協力を得て開業医訪問や症例検討会を実施し、地域の医療ニーズの把握に努めている。

健康増進活動については、市民公開講座や健康講座を開催するなど地域に向けて健康増進活動を推進しており、医療従事者向けには、各種勉強会や在宅連携会を開催するなど、地域に向けた教育・啓発活動を積極的に展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を適切に案内しており、総合案内に看護師を配置するなど円滑な受診につなげている。外来では、患者情報を問診票・電子カルテにて共有し、患者氏名をフルネームで確認して誤認防止に努め、安全な外来診療を実施している。診断的検査は、必要性・リスクなどを説明のうえ同意を取得し、検査前の服用薬・アレルギー・体内金属等の確認は確実に行われている。検査は、手順に基づく機器の準備、患者の観察と記録、医師の立ち合いなど、安全に配慮して実施されている。入院は医学的な判断に基づいて決定され、患者・家族の療養上の希望に配慮しながら同意を得ており、円滑な入院に向けての仕組みを整えている。診療計画は、医師・看護師など多職種の協働により入院後速やかに作成され、各種リスク評価を

確実に実施しており、クリニカル・パスの適用状況も適切である。

主治医は、毎日の回診により患者病状を把握し、定期的な多職種カンファレンスを通じて治療方針を検討し、病棟看護師との情報交換を適時に行うなど、リーダーシップを発揮している。看護師は患者のニーズを把握し看護基準・手順に沿ってケアを実施しており、外部のナースングスキルを導入して看護の質向上に努めている。抗がん剤など高リスク薬の使用時の説明と同意、服薬指導・薬歴管理は適切に実施され、ハイリスク薬は看護師のダブルチェック体制を徹底し、抗菌薬初回投与時、抗がん剤や血液製剤投与時の投与中・投与後の観察・記録も適切である。輸血は「輸血療法マニュアル」に従い、必要性を説明し文書で同意を得た後に実施されている。手術は患者・家族に十分に説明し同意を取得後、適切に誤認防止対策を行い安全に行われている。重症患者の管理は、多職種が積極的に関わり重症度を勘案して必要な診療・ケアを提供している。

褥瘡管理、栄養管理は、アセスメント・対策・実践・評価・多職種介入などが適切に実施されている。症状緩和の方針や手順は、「緩和ケアマニュアル」に定められており、疼痛スケールにはNSRとVASを用いて把握し、薬物療法による疼痛緩和の効果を評価している。症状を訴えられない患者には、表情の観察や家族の話などから評価して症状緩和に努めている。全術後患者への疼痛スケールの適応を検討されると良い。身体抑制は、スクリーニング等により必要性が判断され、抑制中の患者状態の観察や解除に向けた検討が適切に行われている。

退院支援、退院後の継続的な診療・ケアについては、入院時から多職種が介入して療養指導や関係機関との調整などが行われており適切である。ターミナルステージの判定は診療科医師が判断し、患者・家族の意向を尊重し、多職種や緩和ケアチームが介入したケアを実践しており、看護師にエンド・オブ・ライフ・ケア教育を行うなど、尊厳を保つケアに取り組んでいる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬局内の温・湿度管理、持参薬の鑑別と管理、処方鑑査、処方医への疑義照会、調剤後の調剤鑑査等が適切に行われている。抗がん剤やTPNは、薬剤師が適切に無菌調製し、注射薬の病棟への払い出しは、1施用ごとになっている。医薬品採用は1増1減を原則として削減の努力がされている。臨床検査機能では、時間外も含めて自院の機能に必要な検査を確実に実施し、結果は適切な時間内に報告され、パニック値や異常値の報告も確実である。画像診断は、タイムリーに実施され、オーダーから撮影、読影報告に至る過程は適切である。予期せぬ所見も含め、放射線診断医による読影結果が遅滞なく報告されている。栄養管理機能は、調理室の清潔が保たれ、患者のアレルギー情報は入院時に確実に把握され安全面への配慮がなされている。また、患者の嗜好に応じた食事の提供、地産地消の取り組み・郷土料理の提供など、病院ならではの工夫が見られ秀でている。リハビリテーションは、入院患者を中心として計画に基づいた訓練が行われ、主治医との連携や医療スタッフとの情報共有が適切に行われ、数量的な評価・計画の見直しが行われ、リハビリテーションの連続性への配慮がなされている。診療情報管理体制につ

いては、診療情報管理課に診療情報管理士を配置して患者の診療情報を一元的に管理している。同意書等の保管方法については見直されるとともに、量的点検の充実など十分な業務が実施できるように、診療情報管理体制の整備が望まれる。医療機器管理は、貸し出し機器の一元的管理、夜間・休日の対応体制、機種の一統など、適切に行われている。洗浄・滅菌業務は、中央材料室の責任体制を明確にし、回収から保管までの一連の業務を実施しており、滅菌の質保証も適切である。職員が自発的に研修会に参加するなど、新規医療機器の導入に対応して確実に業務を遂行しようとする姿勢が見られ、評価したい。

病理診断は、非常勤病理医・細胞検査士により、術中迅速病理検査も実施し、診断結果の執刀医への報告は確実になされている。また、危険性の高い薬品類の保管・管理も適切である。放射線治療では、非常勤の治療医が主治医との情報共有を行い、治療計画を立案し、計画線量の確認・シミュレーションを確実にを行い、患者の同意を得て、安全な治療の提供に努めている。輸血・血液管理部門は臨床検査室内に設置され、輸血療法委員長が輸血業務の監督・指導を担当して安全で確実な輸血療法を実施している。手術・麻酔機能は、常勤・非常勤麻酔科医と手術室看護師が、各科の予定手術や緊急手術を誤認防止に努めながら、安全に実施している。集中治療機能は、循環器内科と腎臓内科を対象としたHCUを設置し、必要な機器・設備を整え、チーム医療を実践している。救急医療機能は、救急患者は全て受け入れる方針を掲げ、各科の協力体制を整備し、水準2の救急医療機関として適切に対応している。なお、救急機能の一層の充実のため、救急専門医の増員を検討されると良い。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院会計準則に沿った処理が行われ、予算管理、毎月の経営状況などが適切に把握され、会計監査は法令に則り適切に実施されている。医事業務は、窓口収納業務、レセプト作成、返戻・査定対応、施設基準の遵守、未収金対応など、いずれも適切である。業務委託は選定・契約・評価のプロセスが明確であり、事故発生時の対応も整備されているが、委託業務従事者の教育状況の確認と必要な指導が期待される。

病院の機能・役割に見合った充実した施設・設備が整備され、日常点検や保守管理は計画的に行われており、緊急時の連絡体制や院内清掃、医療ガス管理、感染性廃棄物の処理等も適切である。物品管理については、マニュアルに沿って購入品の選定プロセスや内部牽制の仕組みを整えている。医薬品・診療材料以外の一般物品についても定期的な棚卸を行うことを検討されると良い。ディスプレイ製品の再使用は一切行われていない。災害時の対策マニュアルやBCPの整備がされており、地域消防本部と連携して毎年の防災訓練の実施、DMATの編成など、地域災害拠点病院の指定を目指して体制を整えている。防犯カメラや院内巡視により館内の安全が確保されているが、面会者の管理方法の見直しを検討されると良い。医療事故への対応手順は明確であり、原因究明と再発防止を目的とした院内有害事象検討会・事故調査委員会等を開催する体制を整えている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型・協力型の臨床研修病院であり、初期研修医が在籍し、指導医により研修を実施している。臨床研修医のプログラムや指導体制は整備されており、指導医による評価のもとに適切な研修を行っている。看護部門ではキャリアラダーに基づく教育プログラムがあり、コメディカル各職種でもそれぞれ新入職員研修計画を作成している。今後は研修センターが介入して、研修内容の確認など一層の充実に向けた指導を行うことが期待される。

学生実習は、研修センターの一元管理のもとに、多職種にわたる学生を積極的に受け入れている。実習責任者を定め、カリキュラムに沿った実習が行われ、医療安全・感染防止に関する教育・指導や、検査実習中の事故対応方法等について実習要綱に記載し、各学校と書面で取り交わしているなど、適切に対応されている。

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	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	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・注射を确实・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を确实・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确实・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	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	S
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	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	B
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	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
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： 2018年 4月 1日～2019年 3月 31日
 時点データ取得日： 2020年 2月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 佐野厚生農業協同組合連合会 佐野厚生総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 厚生連（厚生農業協同組合連合会）

I-1-4 所在地： 栃木県佐野市堀米町1728

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	376	324	+0	85.2	12.8
療養病床	100	90	-5	87.7	35.4
医療保険適用	100	90	-5	87.7	35.4
介護保険適用			+0		
精神病床	51	40	-11	64.1	59.7
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	4	4	+0		
総数	531	458	-16		

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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+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)	4	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	40	+0
小児入院医療管理料病床	20	-12
回復期リハビリテーション病床	0	-50
地域包括ケア病床	45	+45
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	3	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	40	+40
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

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), 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： 5人 2年目： 6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

