

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 4 月 25 日～4 月 26 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

貴病院は、市民の命を守る病院として、診療機能の強化・充実を図りつつ地域の医療・保健・福祉活動の向上に貢献してこられた永い歴史と実績のある医療機関である。その後も、病棟の増築や増床、診療科の増設、高度・先進医療機器の整備などを進めるとともに、医療の高度化や医療需要の増大・多様化、地域のニーズなどに対応すべく救急告示病院や地域災害拠点病院、地域がん診療連携支援病院などの指定を受け、さらに、訪問看護ステーションや消化器内視鏡センターなどの開設、内視鏡手術支援ロボットの整備、放射線治療棟の建設などに取り組まれてきた。そして、独立行政法人市立大津市民病院となり、地域・住民の健康に資する予防医学からがん等に対する高度・先進医療、救急医療、地域医療機関との連携などに至るまで幅広い医療を担う拠点としての役割を果たしながら現在に至っている。

今般の医療機能評価の更新受審においても、「信頼の絆でつながる、市民とともに歩む健康・医療拠点」であろうとする病院理念のもと、市民の命を守る・地域医療を守る病院を目指す基本方針の実践や市民の信頼向上に向けて職員一丸となって取り組む姿を随所に確認できた。受審結果を参考にさらにより病院づくりに取り組み、患者や地域住民の信頼と満足度を一層高めながら職員個々の成長を促し、貴院のさらなる発展の歴史が営々と刻まれることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念や基本方針が明確に示されている。組織運営では、病院の組織体制や職の設置、分掌業務等に関する規程の策定とともに、病院運営の意思決定を担う経営会議などの必要な会議・委員会が設けられ、中期計画や年度事業計画の策定、目標

設定と達成度評価、リスクに対応する病院の機能存続計画の策定などが行われている。情報管理については、電子カルテシステム等が導入され、新たな情報システムの導入や適時の更新、各種情報の活用方針等が検討されている。文書管理の仕組みでは、文書管理規程や公印規程に則り、各種文書の管理や稟議・承認・決裁による意思決定、文書の管理・保管など適切に行われている。

人事・労務管理の領域では、法令等による医師等の必要人員を満たし、毎年度の人員体制計画の策定や広報・募集などにより必要な人材確保に向けた取り組みがなされている。労務管理については、必要とされる職員就業規則や各種規程が整備され、職員代表者との協定締結や届け出、労働時間の管理や年次有給休暇の取得率向上、タスクシフトに向けた取り組みなどを行っている。職員の安全衛生管理では、衛生管理者の選任や安全衛生委員会の設置と開催、職員定期健康診断の実施、職業感染予防、ホルムアルデヒド等の作業環境測定などが適切に行われている。魅力ある職場環境の整備については、職員労働組合との交渉や各種会議、面談などにより職員の意見・要望等が把握され、院内保育所の設置・運営や短時間勤務の制度化、休憩室の整備、福利厚生の実施などに反映されている。職員の教育・研修では、法人研修や職場研修、自主研修に体系化され、新採用職員研修や医療安全・感染制御、医療倫理などに関する研修が行われている。職員の能力評価・能力開発では、全職員を対象とした人事評価制度が導入され、職種ごとに年度計画や部門・部署目標等を踏まえた職員個々の目標設定と評価者による育成指導、目標の達成度評価などが行われている。また、看護職におけるクリニカルラダーによる能力開発が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利綱領が明文化され、院内掲示や入院案内、ホームページへの掲載などにより周知されており、診療記録の開示も適切に行われている。説明と同意に関する方針が定められ、同意取得を要する範囲や説明すべき内容、同席者の基準などが明文化されている。患者との診療情報の共有や参加促進では、入院診療計画書などによる説明とともに種々のパンフレットの提供、転倒・転落防止への協力要請等により患者参画が促されている。患者支援体制の整備と対話の促進では、患者相談支援室が設けられ、相談内容に応じて専門職種と連携しつつ、社会福祉相談やがん相談など多様な相談への対応が行われている。個人情報・プライバシーの保護については、個人情報保護方針が定められ、電子カルテシステム等の管理・運用、診察室や処置室の環境整備や病棟などにおけるプライバシーへの配慮などが行われている。臨床における倫理的課題への取り組みでは、主要な倫理的課題への対応方針が定められ、医療倫理委員会の下部組織として倫理コンサルテーションチームを設け、臨床における倫理的課題に関する相談支援や困難事案への介入などを実施している。

療養環境の整備と利便性では、駐車場やタクシー待機場所の整備が行われ、院内にはコンビニエンスストアやレストラン、理髪店等が設けられるなど、患者・家族等の利便性や生活延長上の設備・サービスへの配慮が適切になされている。また、

院内・外ともにバリアフリーに配慮され、廊下やトイレ、浴室など必要な個所への手摺りの設置や車椅子の準備など、高齢者や障害者に配慮した施設・設備が整えられている。療養環境については、診療・ケアに必要なスペースが確保され、デイルームなどの患者がくつろげる工夫や静寂・清潔・安全等への配慮など適切な環境が整えられている。受動喫煙の防止では、敷地内禁煙とされ、ホームページや院内掲示、入院案内への掲載などにより周知され、患者への禁煙啓発や禁煙外来の受診推奨、職員への喫煙習慣の把握などが行われている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望を意見箱により収集し、患者相談支援室の会議で情報共有のうえ当該部署へ対応策の検討を依頼しており、検討結果の回答案は管理者ミーティングで報告し、病院長の承認を経て外来へ掲示し、患者・家族にフィードバックしている。診療の質向上に向けた活動では、複数診療科によるカンファレンスや臨床病理検討会などが開催され、関連学会の診療ガイドラインやクリニカル・パスの活用などが行われている。業務の質改善では、病院機能評価の項目に沿った医療サービスの向上等への取り組みが行われている。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法等の導入については、各診療科の判断による申請に基づき医療倫理委員会における審議が行われており、薬剤の適応外使用は薬事委員会において審議し、新規医療機器の導入は医療機器選定委員会において検討している。

診療・ケアにおける質と安全の確保に関しては、病棟・外来における管理・責任体制が明確化され、病棟責任医師や病棟看護師長、担当看護師、薬剤師等が明示され、主治医不在時の対応なども適切に行われている。診療記録の記載については、マニュアル等に従って必要な情報が記録されている。多職種協働による診療・ケアでは、多職種参加のカンファレンスの開催とともに、RRS や NST、摂食・嚥下、緩和ケア、認知症ケア、術後疼痛管理など多職種からなる医療専門チームが組織され、定期的なラウンド等による組織横断的な診療・ケアが適切に提供されている。

5. 医療安全

病院長直轄に医療の質・安全管理室が設置され、専従の看護師を医療安全管理者として配置するほか、医療安全管理対策委員会を多職種で構成し医療安全確保およびアクシデント防止等について協議するなど、医療安全確保に向けた体制が確立されている。安全確保に向けたインシデント・アクシデント情報の収集体制が整備され、重大な事案や早急な対応が必要な場合には、医療安全管理者による現場での確認・対応を行っている。

患者・部位等の誤認防止対策では、フルネームでの呼名と患者からの名乗りを原則とし、各部署で実践しているほか、手術患者の部位確認については左右マーキング方法を院内標準化し、入室時サインインや執刀前タイムアウトを実施して患者や手術部位等を確認している。情報伝達エラー防止対策については、医師の指示出しや指示受け・実施などの手順が遵守され、血液・生化学検査のパニック値や放射線画像診断で緊急の報告が必要な場合については、依頼医師に直接連絡し、連絡がつ

かない場合は他の医師または診療部長に連絡する仕組みである。薬剤の安全な使用に関しては、処方入力時には、重複投与や相互作用、アレルギーなどのリスク回避のために電子カルテ上にアラートが表示される仕組みである。転倒・転落防止対策では、入院時に転倒・転落アセスメントが行われ、患者の状態に応じた防止対策を立案し、患者・家族の理解を得ながら実践している。医療機器の安全な使用については、使用する職員への教育や指導、使用時の作動確認、臨床工学技士のラウンドによる点検等が行われている。患者等急変時の対応では、院内緊急コードの設定と職員への周知徹底、救急カートの整備や定期的な点検、BLS 訓練などが行われている。万一、医療事故が発生した場合の対応については、救命措置や病院長等への報告、患者・家族への説明などの対応、原因究明や再発防止対策を検討するための体制などが適切に整えられている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた取り組みの領域では、病院長直轄の感染管理室に専任 ICD や専従の院内感染管理者等が配置され、感染対策委員会が各部署代表などの多職種で構成され、ICT や AST により定期的な環境ラウンド等を行い、課題を現場と共有のうえ必要な取り組みを実施している。また、看護部感染防止検討委員会による現場の巡視も行っているほか、指針やマニュアル類は整備しており、適宜改訂している。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討では、院内の感染発生状況が収集・把握され、耐性菌が検出された場合は ICT の耐性ラウンドを実施し、現場での感染防止活動を行っている。院外の感染発生状況は、感染症発生動向調査のデータを利用してメールによる院内周知を行っている。

医療関連感染を制御するための活動では、感染防止対策の遵守状況や環境確認のためにリンクナースが各病棟をラウンドし、ICT では病棟以外の部署の環境ラウンドや耐性菌が検出された病棟への耐性菌ラウンドを行っている。病棟においては年 1 回の手指衛生行動の直接観察や評価・指導を行っており、血液・体液による汚染リネン・寝具類は密閉のうえ搬出している。抗菌薬の適正使用に関しては、抗菌薬の採用・削除が薬事委員会において審議のうえ決定しており、マニュアルが作成されて特別な抗菌薬の使用は届け出制とするなど適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携では、ホームページや広報誌、年報などの様々な媒体を活用して情報の発信が行われ、ホームページでは病院の特徴や事業概要、診療内容、診療実績や指標などがわかりやすく発信されている。地域の医療機能・医療ニーズの把握と連携については、地域の医療状況やニーズの把握とともに、医療機関や介護・福祉施設との連携・調整を図っている。また、医療機関や福祉施設への積極的な訪問活動に加え、地域医療連携推進協議会の開催による病診連携の強化を図っており、紹介患者は地域医療連携室で一元管理し、担当医師からの受診時の返書や治療後の報告書を迅速に作成・送付しているなどの取り組みが行われている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動に関しては、地域医療連携室や看護部門が

中心となり、医療・介護・福祉に関する研修会など多岐にわたる活動を行っており、地域住民の健康増進に寄与する市民健康講座の開催とともに、医療従事者を対象に講義や研修会・意見交換会を実施している。さらに、医療に関する動画配信にも取り組み、救急救命士の実技指導等も実施するなど、地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報や手続きがホームページ等で案内され、総合案内職員等による高齢者・障害者等の受診支援が行われている。外来診療では、円滑な診療に配慮した体制を構築している。診断的検査は医学的根拠に基づいて判断され、侵襲的な検査の実施にあたっては、看護師の同席を原則とし、必要性和リスクを十分に説明した後に同意を得ている。入院の必要性は診察や検査結果などの情報を総合的・医学的に判断し、患者・家族に必要性を説明し同意を得たうえで決定されている。診察所見や検査結果などに基づいて入院診療計画書が作成されている。患者・家族からの相談には、各種福祉制度や入院生活、退院先調整、退院後の在宅医療に関する相談などの多様な相談への対応を行っている。入院に際しては入院生活に関するオリエンテーションとともに、褥瘡や栄養状態の把握、転倒・転落リスクのスクリーニングを行っている。

医師の病棟業務では、毎日の回診やカンファレンスにより患者の病態等が多職種間で共有され、治療方針の検討や必要な指示などの指導力が発揮されている。看護師の病棟業務では、看護師マニュアル等に沿って患者の看護実践に取り組んでいる。病棟薬剤師による薬歴管理や薬剤管理指導、観察の必要な薬剤に関する投与時の状態観察等が適切に行われている。輸血・血液製剤の確実・安全な投与では、医師は、輸血マニュアルに従い輸血の必要性や血液製剤の種類、期待される効果と副作用について患者・家族への説明を実施し、同意を得て指示を出している。周術期の対応は、主治医から患者・家族に手術の適応や方法、合併症および輸血の必要性等を説明し、同意を得ている。重症患者には、重症度に応じた病床選択と診療・ケアを行っている。褥瘡の予防・治療については、個々の患者のリスクに応じて予防対策を講じており、栄養管理では、入院時に全入院患者に対してSGA評価を用いた栄養アセスメントを実施している。リハビリテーションでは、主治医の処方に基づき初期評価後に実施計画を立案し、多職種と協議のうえ総合実施計画書を作成している。地域医療連携室では紹介先病院や施設の機能・特徴等を把握し、患者の状態や患者・家族の希望に沿った退院支援を行っており、在宅療養が必要な患者には、スムーズに在宅療養に移行できるよう支援している。終末期のケアにおいては、緩和ケアチームの介入や緩和ケア病棟への転棟なども検討している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、麻薬等の薬剤管理や薬剤に応じた温・湿度管理、調剤と鑑査、持参薬の鑑別と管理などの業務が行われている。臨床検査機能では、診療機能に応じた検査対応体制が整えられている。画像診断機能では、24時間体制に

より X 線撮影や CT・MRI 撮影を行っており、放射線診断専門医による迅速な読影報告を行っている。栄養管理機能では、調理室内の清潔管理や温・湿度管理、適時・適温配膳、食事の評価・改善などが適切に行われている。リハビリテーション機能では、がん・心大血管疾患・脳血管疾患・運動器・呼吸器・廃用へのリハビリテーションが実施されている。診療情報管理機能では、診療情報の 1 患者 1ID による一元的な管理や診療記録の量的点検、診療記録の貸し出し管理などが行われている。医療機器管理機能については、医療機器の一元管理や臨床工学技士による点検・整備、使用中の機器の把握や点検などが適切に行われている。洗浄・滅菌業務は、使用済み器材はコンテナボックスで、手術器材は専用ダムウェーターで材料滅菌部に搬入し、洗浄・滅菌から払い出しに至る一連の業務をワンウェイ化した環境で行っている。

病理診断機能では、病理検査室での検体・標本の保存・管理に問題はなく、ホルムアルデヒド・キシレンの管理や作業環境測定も適切である。輸血・血液管理は、緊急時も含めて 24 時間体制で、輸血用血液製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄を迅速かつ円滑に行っており、手術では手術安全チェックリストを用いた術前・術中・術後での患者の安全管理を行っている。

10. 組織・施設の管理

経営管理では、各年度の予算を運営実績の分析や各部署からの意見・要望等に基づいて取りまとめ、月次の決算数値・経営指標や収支分析などの財務諸表を作成して経営会議等に報告し、現状把握と課題検討、改善に向けた協議などを行っている。また、公認会計士による年 2 回の会計監査を行い、決算を含めた財務諸表の評価を受けているなど適切である。医事業務では、効率的で正確な窓口業務を行っており、レセプトの返戻・査定の分析・検討などの診療報酬請求事務、未収金管理等が適切に処理されている。業務委託に関しては、業務委託の是非に関する検討や業者選定などが契約等審査委員会において審議のうえ決定され、定期的に業務実施状況を把握したうえで、業者との連絡会を毎月開催し、継続的な改善を図っている。

施設・設備管理では、病院の役割や診療機能に応じた施設・設備が整備され、日常点検や保守管理、医療ガスの点検・安全管理、感染性廃棄物の回収・運搬、院内最終保管場所での管理などが行われている。物品管理では、医薬品や医療機器、診療材料等の選定が関係委員会で行われ、診療材料等については院内物流管理システムにより院内倉庫から各部署への供給、在庫定数管理、使用期限管理などが行われている。

危機管理においては、防火防災計画や災害マニュアルに災害発生時の責任体制や各職員の役割分担、緊急連絡体制等が定められ、非常用発電装置の整備、患者・職員用の食料・飲料水の備蓄などが行われている。保安業務では、保安担当者による院内巡視や施錠管理、防犯カメラによる監視などが適切に行われている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として初期臨床研修プログラムが整備され、指導医のもと、

数種類のシミュレーターによる手技教育なども取り入れた臨床研修を行っている。指導医の研修指導記録や評価も適切に記載しており、臨床研修医の評価には EP0C2 を採用して多職種による 360 度評価を行っている。看護職では、新人看護師には 1 年間で到達すべき目標を設定し、中途採用者についても経験に応じた育成プログラムを整備している。医療技術部門では、各職種別に新人教育プログラムを用いた育成環境を整備しており、到達すべき目標を明確にしている。また、医学生や看護学生をはじめとする病院実習が受け入れられており、実習開始時には医療安全や感染防止、個人情報保護等に関するオリエンテーションを行い、職種ごとに実習プログラムおよび評価基準を設けて、実習指導と評価を行っている。学生が特定の患者を担当する場合は、入院案内で周知するほか、患者に実習生を紹介して承諾を得るなど、学生実習等は適切に行っている。

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	B
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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	B
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	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	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	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	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： 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： 市立大津市民病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 地方独立行政法人

I-1-4 所在地： 滋賀県大津市本宮2-9-9

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	393	341	-45	89.5	14.7
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	8	8	+0	71.5	7.5
総数	401	349	-45		

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	22	+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	+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	0	+0
小児入院医療管理料病床	20	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
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	12	-8
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
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, 災害拠点病院 (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： 11 人 2年目： 10 人 歯科： 1 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

