

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」及び副機能種別「一般病院1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および10月20日～10月21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	慢性期病院	認定
機能種別	一般病院1（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院
該当する項目はありません。
- ・機能種別 一般病院1（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

医療法人光洋会が運営する、一般病棟42床（うち地域包括ケア病床26床）、療養病床68床を有する病院である。外来診療では内科、循環器内科、呼吸器内科など、内科分野の診療科が多いことが特徴である。病院の基本理念は経営理念として、また、基本方針は運営理念として定められ経営および運営の根幹としている。新型コロナウイルス感染症には、2020年12月に発熱外来を設置し、PCR検査機器も導入している。情報システム構築にも慢性期医療主体の病院としては積極的に取り組み、2006年6月にオーダーリングシステム、2015年2月に電子カルテを導入している。情報開示はホームページが中心であるが、直近の病院情報を提供し、更新も積極的に行われている。病院機能評価は2002年に初回審査を受審し、更新審査を継続してきた。今回の受審では、これまでと比較して病院の進歩・発展を確認することが出来た。多くの項目に関しては一定の状況にあると評価されたが、いくつかの項目に関しては課題も示されているので、職員の総力を挙げての取り組みに期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は明文化され、院内外への周知が各種媒体を通じて行われている。中・長期計画に基づき、年度の事業計画も策定されている。意思決定会議の結

果や、各種会議・委員会の情報伝達は適切に行われている。情報の管理・活用は、電子カルテの導入もあり効果的に運用されている。文書管理に関しては承認の仕組みなど含め、文書管理規程の内容の充実を期待する。

各資格職に関しては法定の必要数を満たしているものの、より一層の充実を求めて、看護師・介護職員などの充足を目指している。人事・労務管理では総労働時間の把握が行われており、有給休暇の取得率も適切である。労働安全衛生委員会は定期開催され、健康診断の受診率も医師を含め100%である。ほぼすべてのワクチン接種が病院負担で実施されている。職員からの意見や要望、就業支援に対しては取り組みされている。年間研修計画が立てられ、法定の研修や必要性が高い研修も実施されている。能力評価では看護部門、リハビリテーション部門が個別の取り組みをし、それ以外の職種では人事考課を活用している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、種々の媒体を通して周知を図り、診療記録の開示にも応じている。説明・同意およびセカンドオピニオンの方針に関して院内業務管理規程に記載されており、同席者のルールも定められ、説明後の反応も患者・家族の面談記録に適切に記録されている。入院時患者基本情報をもとに診療に必要な情報を収集し、関係部署と情報共有している。また、生活管理のパンフレットを活用し、患者・家族が理解できるよう工夫している。患者の支援体制では、地域医療連携室に看護師や社会福祉士を配置し適切に取り組まれている。個人情報保護に関する各種規則が制定され、周知も行われている。病院としての倫理的課題は明確であり、病院として検討する仕組みも確立している。今後、必要時に病院としての検討を積極的に行うことを期待する。

病院は最寄り駅から徒歩圏内で、来院者の駐車場も用意されている。面会はオンライン面会も可能となっている。病院内はバリアフリー化され、廊下には障害物など一切置かれておらず、患者の安全な移動に配慮されている。病棟・病室の診療・ケアに必要なスペースは確保され、環境は整備されている。ただし、入浴設備やトイレなどは課題もあり、今後の対応が望まれる。受動喫煙防止の観点から院内・敷地内は全面禁煙としている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見は、意見箱や患者満足度調査により収集している。結果は運営会議で報告され、意見箱への回答は掲示しフィードバックしている。多職種参加の種々のカンファレンスによる情報共有・検討の体制がある。臨床指標を収集しているものの、病院の特性・機能を踏まえた上で、臨床指標の収集・分析の継続ならびに広報活動など、継続的に取り組まれることを期待する。業務改善委員会が中心となって、前回の指摘事項を参考に各部署の取り組み活動がある。新たな診療・治療方法や技術を導入する際は、診療管理会議において院長を含めた常勤医師4人で承認・決定する体制であるが、導入に関して倫理・安全面にも配慮して、議論・検討する体制の構築を期待したい。

病棟の主治医や診療部門の責任者および、病棟の看護責任者は明確であり、病棟では当日の担当者を掲示し、患者・家族に分かりやすく明示している。主治医が不在時の対応も整備されている。診療記録の内容は適切であり、医師の2週間以内の退院時サマリー作成率は100%である。今後、多職種における質的点検体制の充実を期待したい。必要に応じ診療協力体制は確立しており、多職種参加の合同カンファレンス、リハビリテーションカンファレンスなど各種カンファレンスがあり、情報共有を図っている。また、褥瘡・感染・嚥下の専門チームを編成している。

5. 医療安全

医療安全の方針は、院内安全対策委員会の規程に明文化されている。院内安全対策委員会は多職種で構成され、定期的開催されている。また、同委員会では、アクシデント・インシデント報告に基づき、情報を分析し対策を立案している。

患者・部位等の誤認防止は、フルネーム呼称、および患者本人が名前を名乗ることを基本としている。医師の指示については電子カルテ上で適切に運用されており、口頭指示は、口頭指示受けチェックリストに基づいて復唱ならびに複数で確認して実施している。薬剤の安全使用について、ハイリスク薬の使用や保管は適切であり、注意喚起にも努めている。転倒・転落リスクは、適切に評価され、危険度に応じた転倒・転落防止対策を講じており、適切である。医療機器は看護師が毎日点検を行い、整備された状態で病棟にて保管・使用されている。使用方法の教育は、新規医療機器の導入時や年1回の勉強会、また、必要時はその都度開催されている。救急カートは、病棟、外来に配置し日常点検は看護師薬剤師による点検が定期的に行われている。BLSとAED訓練は、全職員対象に定期的実施されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が毎月開催され、種々の報告のもと対策や検討が行われている。メンバーが数人ごとに分かれ、チェック表に基づいて他部署の環境ラウンドを定期的に行っている。院内感染対策マニュアルの改訂も行われている。微生物サーベイランスを実施し、院内の感染発生状況の把握や院内感染防止活動に努め、感染制御に活用する体制を構築している。

必要な場所にPPEが整備されており、感染性廃棄物や汚染リネンの取り扱いなどは、適切に対応されている。抗菌薬の使用数は集計・把握され、院内感染対策委員会でフィードバックしている。指定抗菌薬の届け出数は少なく、エンピリックセラピーを避け、適正な抗菌薬の使用に努めていることは評価できる。

7. 地域への情報発信と連携

外部への広報の主な媒体はホームページであり、外来診療や入院などの詳細が案内されている。福岡県の医療機能情報提供サービス「ふくおか医療情報ネット」にも、病院の状況が掲載されている。広報誌はホームページにも掲載しており、冊子としても発行をしている。診療実績や臨床指標の情報発信では、各種データが作成されているため、今後、積極的に外部発信されることを期待する。地元・地域の医

療機関や福祉施設の状況は、「病病連携ネットワーク」や「連携室の担当者の会」などから情報収集を行い把握している。地域の医療関連施設との連携については、リモートなども活用している。紹介先・紹介元の連携の実績は集計されており、連携のための業務マニュアルも定められている。病院や施設間の紹介・逆紹介は、地域医療連携室が担っている。地域の健康増進に寄与する活動として、従来、病院祭の場で健康診断、公開講座、健康教室などを開催していた。現在、コロナ終息後の取り組みとして地元の公民館で健康教室開催の準備に取り組んでいる。地域の医療関連施設等に向けた医療知識などの支援としては、看護師、リハビリテーションスタッフ、MSWなどが生活のポイント、認知症の予防などに関する研修の実施などがある。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に必要な案内は、受付付近の掲示やホームページ上でも詳細に掲載されている。また、入院に必要な情報も同様にホームページ上に掲載されている。内科の専門外来を含めて適切に診療が行われている。コロナ禍で開催困難になった糖尿病教室に替わり、多職種で毎月資料を作成して糖尿病患者に配付している 侵襲的検査として、各種内視鏡、造影CT等を実施している。種々の情報を基に多職種による入院判定会議で入院の決定をしている。入院時、病状や患者・家族の要望や各種のリスク評価を行い、多職種で診療計画書を作成している。また、入院し、一般病棟から療養病棟に転棟後も1週間以内にカンファレンスを開催し、改めて入院診療計画書を作成している。入院時診療計画書に基づき多職種協働でのケア計画書を作成し、説明のうえ同意を得ている。看護計画は定期的に再評価と計画の見直しを行い、患者・家族の意見・要望を看護計画に反映させている。患者・家族からの医療相談は、看護師・社会福祉士が院内外のスタッフと調整・連携をしている。入院担当看護師が、入院生活全般について具体的に説明し、患者・家族の要望等に対応している。

医師は回診と記録を適切に行い、患者・家族への説明・同意も行い、主治医不在時の対応も適切に行っている。看護・介護の役割分担は看護管理基準に記載され、患者・家族の心身・社会面のニーズは、入院時患者基本情報を用いて把握している。種々の評価を行い、長期療養患者の定期的な検査を実施している。投薬・注射は安全・確実に実施されているが、観察記録方法については検討を期待したい。輸血・血液製剤投与を確実に安全に実施し、投与中の患者の状態・反応を把握し記録されている。重症度に応じた診療・ケアを実践しており、重症患者は適切に管理されている。褥瘡の予防・治療については、入院時および週1回リスクを評価し、医師も含めた多職種による褥瘡チームで適切に対応している。全患者に初期栄養スクリーニングを基に情報収集し、栄養管理計画書を作成し定期的に再評価が行われている。症状緩和の方針や手順は定められ、疼痛については、フェイススケールにより苦痛の程度が把握されている。今後、緩和ケア認定看護師の更なる活躍を期待する。ほぼすべての患者にリハビリテーションを提供し、摂食・園芸機能障害のある患者には嚥下機能の評価が行われ、回復が期待できる患者に可能な鍵玲経口摂取

を推進する取り組みも行っている。コロナ禍において、面会はオンライン面会を実施している。院内全体で週2回院内デイサービスが行われている。認知症患者の対応については、高齢者・認知症看護マニュアルが作成され、認知症ケア専門士3名が在籍しており、相談し対応できる体制になっている。身体抑制を行わないことを前提としているが、医療上不可避な場合は患者・家族に同意を得て実施している。入院時や入院中に、退院後の患者・家族の意向を確認している。退院前より、退院後の療養支援に向け取り組まれている。退院先の医療機関や施設には、医師や看護師、療法士、薬剤師などから適切な内容のサマリーが提供されている。また、訪問診療や訪問看護などの在宅療養支援へと繋げている。ターミナルステージ判定基準に基づき、主治医が患者・家族に説明を行っている。全症例デスカンファレンスを実施して、多職種で振り返りが行われている。

<副機能：一般病院1>

受診に必要な情報は適切に提供されており、手順に沿って患者の受け入れが行われている。患者情報は収集され、検査・処置は安全に実施されており、外来診療は適切に行われている。地域の施設等からの患者の受け入れについては、地域医療連携室が窓口となり適切に対応している。診断的検査は説明と同意のうえで確実・安全に実施されており、検査中・検査後の患者状態・反応の観察・記録も適切である。他の医療関連施設への紹介は、患者・家族の意向に基づき行われている。入院の決定は医学的な判断に基づき、患者・家族への説明と同意のうえで行われている。患者に関する各種情報は収集され、多職種が関与して診療計画が迅速に作成されている。各種医療相談については地域医療連携室の担当者が対応している。入院手続きの説明や入院時の病棟オリエンテーションは適切に行われている。

医師・看護師は病棟業務を適切に行っており、カンファレンス等を通じて情報を共有している。投薬・注射は、必要性和リスクを説明し、手順に沿って確実・安全に行われている。輸血・血液製剤投与は、ガイドラインを遵守して、説明と同意のうえで確実・安全に実施されている。重症患者はナースステーションに隣接する部屋に収容され適切に管理されている。褥瘡の予防・治療については、多職種が関与して取り組んでいる。栄養管理と食事指導については、管理栄養士をはじめ関連職種で連携して取り組んでいる。症状緩和は、緩和ケアマニュアルが作成されており、フェイススケール等の標準的な評価方法や治療方法に基づいて対応している。リハビリテーションについては、必要性が評価され、目標設定や訓練計画が策定のうえ、患者・家族に説明され同意を得ている。リハビリテーションは実施前後の評価も行われ、病棟との情報共有も適切である。身体抑制は、基準に従い、説明と同意のうえに手順に沿って実施されている。抑制中の観察・記録や解除に向けた検討も行われているが、身体抑制の実施が必要最低限となるための検討が望まれる。退院支援については、入院後早期から行われるカンファレンスで検討されており、適切な退院支援が行われている。継続した診療・ケアについては、患者・家族の意向を聞き、同意のうえで適切な施設に紹介している。ターミナルステージへの対応も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、処方鑑査および調剤鑑査が適切に実施され、疑義照会も記録されている。臨床検査機能については、検体検査は院内検査と外部委託であり、異常値、パニック値への対応も適切に行われている。画像診断機能に関しては、主治医と非常勤の放射線科専門医による読影体制である。造影検査時は必ず医師が立ち会い、緊急体制も整えられている。栄養管理機能では適時・適温への対応と、個々に応じた工夫が行われている。下膳車の検討、天蓋箇所清掃などは、今後の取り組みを望みたい。リハビリテーション機能については、医師の指示により評価基準などに基づき計画書を作成し実施している。診療録管理機能については、電子カルテが導入されており、部門システムとの一元化や、従来の診療記録の管理も適切である。医療機器安全管理責任者には副院長が選任され、各医療機器は使用場所で管理・使用され、業者による定期点検も計画的に実施されている。洗浄・滅菌業務は、各種インディケータの使用やリコール規程も整備され適切である。

病理診断機能については、病理検査は全て外部委託であり、病理診断報告書のファイリングや診断結果の報告体制は適切に行われており、診断結果は、迅速・確実に医師に報告される体制が構築されている。輸血・血液管理機能については、輸血実施マニュアルに則りに輸血が行われ、輸血療法委員会で輸血関連の使用状況の把握や検証を実施している。

10. 組織・施設の管理

予算管理に関しては年間の予算書が策定されており、月次決算も実施されている。会計処理については病院会計準則を適用している。医事業務はマニュアルに定められ、レセプトの作成・点検や施設基準の確認、未収金の管理も適切に行っている。委託業務は業者の選定、実施状況の把握、事故発生時の対応も適切である。

施設・設備に関しては、年間の保守管理計画があり、緊急時の対応も整備されている。物品管理では、診療材料など新たな購入物品の選定は、所定の手続き後に購入している。検収における内部牽制の仕組み、在庫の実地棚卸も適切に実施されている。

火災発生時の防災マニュアルが整備され、夜間・休日を想定した総合避難訓練の実施や組織体制も整っている。保安体制は、職員である夜間守衛や警備会社のシステムで対応している。防犯カメラが設置され、病棟のモニターで確認できるようになっている。医療事故の組織的な対応のため医療事故調査委員会が設置され、原因分析や対策立案および、改善、評価を行うシステムを確立している。訴訟に対応する手順書等も整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

2020年度から実習生を受け入れていないため、評価対象外とする。

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	B
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	B
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	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	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	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	A
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	B
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	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	B
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	NA
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	NA

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	B
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	NA
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

機能種別：一般病院 1（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	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	NA
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	B
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

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 4月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 医療法人光洋会 赤間病院
 I-1-2 機能種別 : 慢性期病院、一般病院1(副機能)
 I-1-3 開設者 : 医療法人
 I-1-4 所在地 : 福岡県宗像市石丸1-6-7

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	42	42	+0	95.2	22.3
療養病床	68	68	+0	98.2	187.1
医療保険適用	68	68	+0	98.2	187.1
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0			
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	110	110	+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	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)	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	0	+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	26	+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	0	+0
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 :

肝疾患診療連携拠点病院, 在宅療養支援病院

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

