

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」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26日～12月27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 |
|------|-------|----|

■ 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。

1. 病院の特色

貴療育園は、開園当初からの園生も数多く在園し、小児から高齢者まで年齢層は幅広く、NICU退院後の後方支援機能として重症管理室も設けている。また、熊本県下を主に障害児(者)を受け入れ、障害者も人間として普通の生活を送り、共に暮らすノーマライゼーションを目指した活動結果が表れている。

更新受審であり、質向上への活動は誠実かつ実直な姿勢で取り組まれ、園の機能充実により良き療養環境を提供すべき努力されている点は随所で窺える。各種行事やレクリエーション、リハビリテーションによる生活機能を活性化させ、食事の個別性へのきめ細やかな対応は高く評価できる。また、園生の人権を擁護するコミッティの活動も保護者を安心させている。多くの点で評価できる結果が表れており、さらなる施設機能充実のため、見いだされた課題に取り組まれることを期待している。今後も全施設的活動を継続され、障害福祉における重責を十分に担う施設へとさらに発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

法人の経営理念・経営方針のもと園の運営方針を決定し、園内外への周知も図られている。また、年度初めの全職員対象の研修において説明され、理事長より幹部職員対象に経営方針等についても説明している。短期・中期の事業計画などで将来対応すべき課題を明示し、就労環境の向上にも配慮され、幹部職員は各課題に取り組むと共に組織をリードしている姿勢は評価できる。運営委員会が意思決定機関であり、年度の事業計画・運営方針のもと目標管理を行い、達成状況も評価している。情報周知や会議・委員会の活動は良好であるが、組織図などで一部見直しが望まれる。電子カルテやオーダーリングの管理体制は問題なく、データの真正性なども

確保されているが、部門システムも含めた情報の管理・活用方針を明確にされた方が良い。文書取扱規程などを整備し、今後は各部署の実施状況を一元的に管理・把握する段階である。

人員体制は園の機能に応じ十分な体制を整え、人材確保にも努力され、リフレッシュ休暇の積極的取得など働きやすい職場作りに取り組まれている。就業規則などの規程類は整備され、就労実態も把握されているため、今後もさらなる充実を期待したい。労働安全衛生委員会は機能し、ストレスチェックも行われ精神的サポート体制や院内暴力対策も整い、予防接種も充実させる予定である。熊本県が独自に設定しているブライ企業（働く人がいきいきと輝き、安心して働き続けられる企業）の認定を受け、短時間勤務なども選択可能であり就業支援に積極的姿勢を表している。福利厚生面も評価できる。

全職員対象の研修は、医療安全や感染制御、臨床倫理など必要な課題を含め実施しており、同じ課題を複数回実施し参加しやすい工夫も見られる。目標管理は個人レベルでも行われ、人事考課は上司も含めた複数による評価を行い、評価前や結果時の面談も行い、能力向上に努力されている。看護部など各部門においても独自の仕組みで取り組まれている。

3. 患者中心の医療

園生の権利は明文化され、内容も適切である。コミッティ（園内呼称）という職員を配置し、権利や尊厳を守る活動も見られ評価できる。説明・同意やセカンドオピニオンの方針は明確であり、同席者のルールも定められており、実施内容も記録されている。診療に必要な情報は把握され、園生・家族も参加するカンファレンスを開催し情報共有にも努めている。また、絵カードや写真などを利用し実施内容の理解を深める努力も窺える。相談機能は、園独自のコミッティを配置し、園の機能から保護者からの相談が主であり、多様な相談にきめ細やかに応じている。入園は事務長が各機関との調整を行い、スムーズに受け入れている。虐待や暴力にも目を配り、取り組み姿勢は評価できるが、相談実態の把握と、業務内容から配置体制の充実が望まれる。個人情報保護は規程を定め、情報開示も組織的に検討し、パスワードや外部記憶媒体などの管理も良好である。診療や園生の生活上のプライバシーにも配慮があり評価したい。臨床倫理の方針は策定され、研修会も開催している。今後は、日常的な倫理的課題も認識され、組織的に検討する仕組みを充実されたい。

来園は自家用車が多く、駐車場や駐輪場は整備されている。遠方からの面会者には、市を結ぶ面会バスの定期的な運行があり、宿泊室の整備も充実している点は園機能の十分な発揮に向け努力している点である。売店はないが徒歩数分にあるコンビニエンスストアを利用でき、園生の生活に支障ない設備を整えている。園内のバリアフリーは確保され、車椅子での移動も容易に行えるが、車椅子は個人所有も多くあり、歩行器と共に管理体制を充実されたい。

診療・ケアに必要なスペースは確保され、快適な療養環境を整備している。トイレの利便性・安全性・清潔性を保持している。また、浴室は温泉を利用した浴槽の

床面が移動する可動式浴槽も設置し、園生の特性に応じた対応ができるよう配慮している。全館禁煙であり、禁煙表示や職員対象の研修も行っているが、職員への積極的アプローチを期待したい。

4. 医療の質

意見箱は園内2所に設置し、対応内容は周知している。また、保護者との面談において要望を把握し、園生や保護者への満足度調査も実施され、結果を園内に掲示している。意見・苦情には丁寧に対応し、その取り組みは評価したい。ケースカンファレンスやリハビリテーションカンファレンスが定期的に行われ、臨床指標に関するデータを収集し、分析に基づく改善策も実行されている。業務の質改善面は、病院機能評価の受審などを通して、部門横断的な改善活動に取り組んでいる。パルス透視設備や近赤外光式脳イメージング装置など新たな診療技術を導入しており、新規導入時の情報収集や組織的検討は行われている。

主治医や診療部門の責任者、病棟の看護責任者は明確であり、看護師長は病棟ラウンドにより園生・家族の要望を聴取し、看護ケアの実施状況などを確認し職員をサポートしている。医師など各職種は、診療録記載基準に則り記録され、医師や看護師、リハビリテーション療法士の診療録は質的点検も行われている。多職種協働によるチーム医療・ケアは推進され、各カンファレンスも実施し連携機能を発揮している。また、NSTなどの専門チームの活動も評価できる。

5. 医療安全

医療安全の方針は策定され、医療安全管理委員会やリスクマネジメント部会などを定期的開催し、園内ラウンドにより状況確認している。マニュアル類も定期的に改訂し、委員会の体制を充実させている。院内情報の検討に基づく対策を評価する仕組みも確立し、良好に取り組まれている。

具体的対策において、園生・部位・検体の誤認防止は、園生の特性から氏名・検査内容のダブルチェックを行い、ベッドサイドでも本人を確認できる工夫がなされている。情報伝達エラー防止は、指示出し・指示受け・実施・実施確認の一連の流れは確実に行われている。時間内外を問わず全ての指示出し・指示受けは電子カルテで行い、口頭指示は行っていない。病棟の配置薬は、看護師・薬剤師がルールに則り管理し、ハイリスク薬の保管も良好である。今後、副作用の情報収集への積極的姿勢を示されたい。転倒・転落防止は、リスク評価を行い予防策も講じており、リスクに基づくケアプランの充実を図られたい。医療機器は人工呼吸器などを整備し、臨床工学技士が毎日巡回し、安全使用に向け努力されている。救急カートは各病棟に配置され、院内緊急コールなど急変時の体制も確立している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は毎月開催され、ICTが月1回部署ラウンドを行っている。また、院内感染対策指針も適宜改定している。院内外の感染情報を収集し、委員会に報告されている。検体材料の分離菌を把握し薬剤感受性もチェックしており、今

後はアンチバイオグラムを作成し、耐性菌の状況を現場に発信する体制となればさらに評価できる。

各部署において必要な場所に個人防護用具を整備しており、速乾式消毒剤は使用状況をモニタリングしている。感染性廃棄物や汚染リネンの取り扱いは問題ないが、布エプロンの使用があり、使用・管理手法は検討の余地がある。抗菌薬は適正使用指針が作成・改定され、院内肺炎診療ガイドラインなど最新情報も把握されている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌である「浜木綿新聞」は、2ヶ月毎の発行を基本とし毎回500部作成し、関係機関等に配布されている。療育園のパンフレットやDVDは、2020年の新築移転後に新規に作成予定であり、ホームページの更新に配慮されたい。毎年、活動実績を纏めた事業計画書も作成し、関連機関に配布している。行政や関連機関との連携は良好であり、入所状況は毎月、児童相談所に報告されている。ただ、紹介に対する返答を確認する仕組みがなく、地域の障害実態など園の機能に関連する情報把握への取り組みを充実されたい。地域活動は、法人が記念事業の一環として文化講演を開催し、校医や学校健診も行っている。特定健診など一般の健診は、グループの医療機関で行っている。今後は園機能を活かした地域活動の工夫を期待したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

園内では療養担当規則で定められた情報などを掲示し、入園の受け入れもスムーズに行われている。侵襲的検査は安全に行われ、実施・観察手順も整備されている。入園の受け入れ基準は明文化され、児童相談所や市町村の入所判断を経て、多職種で構成する入所判定会議で最終決定する仕組みが確立している。入園時、医師など多職種により入院診療計画書を作成し、見直しも行われ家族に報告されている。ケア計画は多職種共同で検討し、園生や家族の要望にも配慮され説明・同意も良好に行われている。コミッティが相談窓口となり、多様な相談に応じている。園内外との連携・調整を図り、相談内容も記録されている。入園時のオリエンテーションはきめ細やかに行われ、園生個別の1日のスケジュールや年間・月間行事なども説明され適切である。

医師は各カンファレンスに参加し、各スタッフとの情報共有を図り、チーム医療へのリーダーシップを発揮されている。看護・介護の役割は分担され、病態把握やケアは良好に行われ、園生や家族の心理・社会的ニーズも把握し支援されている。身体状況や心身状態を適切に把握し、個別性に配慮し多職種でケアを実施している。投薬・注射は手順に則り安全に行われ、園生の状態・反応の観察なども良好に取り組まれている。輸血を実施する体制も確立している。重症事例は、病棟で診る場合と転棟・転院の場合について医師を中心に決定し、家族とも相談している。褥瘡は定期的に評価し、褥瘡チームの活動も良好であり、重症度に応じNSTも介入している。褥瘡と同様に入園時に栄養スクリーニングを行い、摂食・嚥下障害にも多職種で対応している。園生毎に適正な摂取エネルギーを確認し、特性に応じた食事

形態にも配慮され評価したい。

症状などの訴えは、コミュニケーションツールを使用するなどして適切に判断している。また、園生特有な不快・苦痛症状にも多職種で取り組み適切である。リハビリテーションは、QOLや社会性・生活面への配慮を中心に組み込まれ、個性を重視し車椅子を制作している点も評価したい。また、コミュニケーションの幅を広げる工夫も行い、摂食・嚥下機能も評価され良好に取り組まれている。療養生活の活性化の面では、長期間の療養生活となるため個別のスケジュールに沿って支援している。2018年度から看護師や生活指導員・支援員、リハビリテーション療法士などの固定担当制を導入し、機能・能力の維持向上に積極的に取り組まれている。家族の面会が困難な場合、多職種が協力し逆面会を行い、一時帰宅させる外出・外泊にも取り組み、療養生活への活性化に向けた支援活動は高く評価できる。身体抑制は行わない方針であるが、実施の場合の手続きや実施内容は問題なく、解除に向け努力されている。園生の病態から積極的な退園支援は難しい状況であるが、退園に向けた各職種の支援活動は良好であり、必要な情報も提供されている。ターミナルステージの判定は終末期ガイドラインに明記され、家族の意向も尊重し良好に対応されている。また、逝去後の振り返りも行われ評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬歴を確認し処方・調剤鑑査は行われ、疑義照会も記録されている。注射薬は1施用ごとに取り揃えられ、良好に取り組まれている。臨床検査機能は、血算や検尿、心電図、超音波検査を園内で行い、系列の病院や検査会社との連携は良好で、精度管理やパニック値の対応も評価できる。画像診断機能は、一般撮影と嚥下造影、食道・胃造影を行い、撮影時は職員が付き添い安全性も確保されている。被曝量を低減する機種を導入するなど工夫も見られ、適切に対応している。栄養管理機能は、園生の特性により保温食器を利用し、年間を通しての献立の検討は入園期間が長い面への努力が表れている。定期的な行事食の提供、誕生日の希望メニューや食事形態の工夫などを行っている。嚥下食も様々な工夫に取り組み、美味しい食事提供への姿勢は高く評価したい。リハビリテーション機能は、生活機能訓練やコミュニケーション、摂食・嚥下機能、社会との接点などを目標に取り組んでいる。各職種との情報も共有し、園生全員に実施され適切に対応している。

診療情報管理機能は、電子カルテ稼働により紙カルテの管理は容易に行え、貸し出しも適切に管理されている。退園者も少なく、退院時サマリーは経過報告としてまとめられているが、量的点検の仕組みを確立することが望まれる。医療機器管理機能は、臨床工学技士の一元管理のもと、日常・定期点検を行っている。業者による保守点検も行われ、緊急時の体制も確立している。洗浄・滅菌において、洗浄はマニュアルに準拠し、専用シンクにて洗浄・消毒が行われている。ディスポーザブル製品の利用により、滅菌が必要な場合は関連病院に依頼している。輸血管理機能は、ここ数年行われていないが薬局が管理し、台帳記録も含め適切である。

10. 組織・施設の管理

予算は各部署の要望を確認のうえ作成され、月次決算により運営委員会において、進捗状況の把握などを行っている。財務諸表の内容は問題なく、会計監査も適切に行われている。医事業務は、医事課職員は病棟に配置し、レセプト作成や未収金管理も適切である。業務委託は、委業者選定は問題ないが、業務を評価する仕組みを検討されたい。

施設の日常・保守点検は行われ、清掃は職員が実施している。緊急時の連絡体制は確立し、廃棄物の処理も良好である。物品管理は、診療材料や消耗品は用度が担当し、医薬品や給食材料は関係部署が対応している。発注・搬入は内部牽制機能を持たせ、在庫調整も行われ、ディスプレイ製品は再利用していない。

火災や震災などの対応手順は整備され、防火避難訓練も行われている。長時間停電を想定し、4時間の自家発電装置による電力供給の訓練も行い評価できる。備蓄は食料や飲料水は十分に備蓄され、ディスプレイの食器や紙オムツなど療育園の機能を考慮した取り組みも評価できる。日中の保安体制は施設管理の担当者が行い、時間外や日祭日は他職員が対応している。園内外の各所に防犯カメラを設置し、保安体制を整えている。医療事故発生等の対応については、訴訟など重大な事故は発生していないが、医療事故発生時の対応手順は整備されており適切である。

11. 臨床研修、学生実習

看護学校や保育・療法士の養成校からの実習を受け入れている。受け入れマニュアルを整備し、実習カリキュラムや評価などは問題ないが、園の規則や遵守事項などを定めた方針は明確にすることが望まれる。

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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | 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 | B |
| 2.1.6 | 転倒・転落防止対策を実践している | B |
| 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 | NA |
| 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 | B |
| 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 | A |
| 2.2.13 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | NA |
| 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 | S |
| 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 | 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 | NA |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | B |

| | | |
|-------|-----------------|---|
| 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 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： 社会福祉法人慈永会はまゆう療育園

I-1-2 機能種別： 慢性期病院

I-1-3 開設者： その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地： 熊本県天草郡苓北町志岐1059

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 | 110 | 110 | +0 | 98.3 | 11276 |
| 療養病床 | 60 | 60 | +0 | 98.2 | 21513 |
| 医療保険適用 | 60 | 60 | +0 | 98.2 | 21513 |
| 介護保険適用 | | | | | |
| 精神病床 | | | | | |
| 結核病床 | | | | | |
| 感染症病床 | | | | | |
| 総数 | 170 | 170 | +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 | | |
| 集中治療管理室（ICU） | | |
| 冠状動脈疾患集中治療管理室（CCU） | | |
| ハイケアユニット（HCU） | | |
| 脳卒中ケアユニット（SCU） | | |
| 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 | | |
| 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 | 60 | +0 |
| 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

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

[illegible]

| 2. 年度推移 | 年度(西暦) | 実績値 | | | 対 前年比% | |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | 昨年度 | 2年前 | 3年前 | 昨年度 | 2年前 |
| | | 2017 | 2016 | 2015 | 2017 | 2016 |
| 1日あたり外来患者数 | | 1.00 | 1.00 | 1.00 | 100.00 | 100.00 |
| 1日あたり外来初診患者数 | | 0.75 | 1.00 | 1.00 | 75.00 | 100.00 |
| 新患率 | | 75.00 | 100.00 | 100.00 | | |
| 1日あたり入院患者数 | | 167.07 | 166.12 | 167.85 | 100.57 | 98.97 |
| 1日あたり新入院患者数 | | 0.01 | 0.01 | 0.02 | 100.00 | 50.00 |