

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「精神科病院」及び副機能種別「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10月13日～10月14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	精神科病院	認定
機能種別	慢性期病院（副）	認定

■ 改善要望事項

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

1. 病院の特色

貴院は岡山県の瀬戸内海側に位置しており、2013年より現在の場所で精神科認知症と医療療養に特化した病院運営を行っている。市内には市民病院と貴院の2つの病院があり、一般急性期は市民病院、慢性期医療と認知症は貴院と役割分担が行われている。また、各病棟には家族控室が設置されており、患者・家族に寄り添う医療が行われている。特に、褥瘡対策を重点に実施され、自動体位変換装置が数多く利用されており、療養環境としては機能回復訓練、カンフォータブル・ケアを中心に多職種でカンファレンスが行われている。

今回の病院機能評価の更新受審にあたり、院長をはじめ幹部職員を中心に組み込まれたことが随所に見られた。今後も理念である「入院させたい、入院したい、心の満足が得られる病院」を目指して継続した取り組みが行われることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、基本方針は社員総会で定期的な見直しが行われている。院内外にはホームページやパンフレットで周知を図っている。病院管理者は院長、看護部長、事務部長を中心に課題を明確にしており、職員の就労意欲を高めるために奨学金制度等を整備している。病院の意思決定会議は運営会議で3か年の中長期計画があり、それに基づき各部門の年間活動計画が策定され、年2回評価さ

れている。病院のリスクに対応する事業継続計画については、災害等を想定し策定することが期待される。情報管理はシステム委員会を中心にシステムの導入や検討が行われている。文書管理に関する規程が作成されており、保存文書目録も整備されている。

人材の確保は、総務課が担当して各種求人活動を行っている。就業規則は周知されており、有給休暇は適切に取得されている。安全衛生管理委員会が毎月開催されて議事録も残されている。健康診断やストレスチェックも実施され、職員の精神的なサポートも対応している。魅力ある職場となるよう職員用の意見箱の設置や職員食堂、医療費の福利厚生への配慮がなされている。教育研修は教育委員会が年間計画を策定し、必要性の高い課題として接遇に取り組んでおり、入職時・新人の教育研修体制も整備されている。職員の能力開発は、個別的、客観的な評価の実施と能力開発の方針や仕組みに関する体制の整備が期待される。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内やホームページに記載され周知されている。職員には入職時と年1回の倫理委員会の研修会で周知されている。診療録の開示の手順は整備されている。患者・家族への説明は医師により行われ、専門用語などは使わず、患者・家族へわかりやすく伝えられている。地域医療連携室に精神保健福祉士、看護師が配置されて患者・家族からの相談を受けている。カンファレンスへの患者・家族の参加が積極的に勧められている。

病院としての倫理的課題を明確にし、接遇会議で教育研修等が企画され、毎日の理念の唱和時にその日の接遇目標が周知されており適切である。倫理的な課題は、家族の面会時に積極的なコミュニケーションを図ることにより、患者の思いや家族の抱える問題などが把握されている。

敷地内に市営バスの乗り入れがあり、入院時の準備品を無料で提供するなど、家族や面会者の利便性に配慮されている。携帯電話の利用もできる環境が整備されている。院内はバリアフリーで歩行器や車椅子等が整備されている。デイルーム、廊下、病室とも十分な広さと明るさが確保されている。トイレは清潔に保たれ臭気もなく適切である。浴室の給湯設備の温度設定が安全な範囲の温度に設定されるとさらに良い。敷地内禁煙としており、職員に対しても禁煙推進の啓発活動が実施されている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見は、意見箱から収集されて広報・CS委員会で検討され、掲示にてフィードバックがされている。症例検討会は多職種が参加し、検討されている。診療ガイドラインは病院独自で作成され運用されている。パスは認知症退院支援パスがあり、職員用と家族用に作られ利用されている。臨床指標として平均在院日数や稼働率等が把握されており、運営会議で検討されている。業務改善委員会が月1回開催され、改善につながった項目も多数あり適切に活動されている。回想法など非薬物的治療技術を持って治療にあたっている。臨床研究を行う場合には倫

理委員会で検討する体制が整備されている。

診療・ケアの管理・責任体制は病棟・外来とも明確にされ、掲示されている。ベッドネームに主治医、担当看護師名が記載され患者に伝えられており、主治医が不在の場合は代診の医師が決められ、適切に対応している。医師の記録の質的点検は退院時サマリーと転科時の2つがあり、それぞれの点検項目に従い、実施されている。入院後は速やかに多職種が参加したカンファレンスが開催されている。精神科病床での身体的治療には内科医が、内科病棟の精神科的治療には精神科医がそれぞれ往診する手順になっている。また、患者の安全を確保するために食事介助、見守りなど、精神保健福祉士や事務職が参加する応援体制が整えられており適切である。

5. 医療安全

医療安全管理委員会が月1回開催されている。職員への医療安全に関する院内研修会および医療安全推進者の外部研修も適切に行われている。インシデント・アクシデントレポートの収集・分析・対策が行われ、医師からのインシデント・アクシデント報告の積極的な参加があるとさらに良い。

患者確認は、意思表示できない患者には確認方法を工夫し、職員2名で再確認する方法が実施されている。指示出し、指示受けは適切に実施されている。ハイリスク薬は品目を明確にして管理されている。アレルギー反応については、初診時に精神保健福祉士が確認され、電子カルテ上に記載されている。病棟在庫の配置薬は薬剤師が確認しているが、配置薬の種類と数の軽減を検討されたい。また、毎日の配置薬の確認は看護スタッフが確実に記録を残すことが期待される。入院時に全入院患者に対して、転倒・転落アセスメントスコアによる評価が行われている。看護計画が立案され、病室、履物、病室内のレイアウト、睡眠薬の使用などが多職種によるカンファレンスで評価・検討され、対策の見直しが行われている。医療機器は外来看護師により管理され、日常点検、定期点検が計画表に沿って実施されている。身体的急変時、精神症状による危険暴力発生時ともにハリーコールで対応する手順が作成され、訓練が実施されている。特に、身体的急変時の対応としては、「急変時についての意思確認書」が入院時に確認されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会を中心に、各部署の感染に関する実務を担当している。委員会のメンバーは、月に1回すべての部署をラウンドし、その内容を委員会に報告している。指針が整備され必要な改訂がされており、適切に運営されている。院内の感染の発生状況が集計され、ICDを中心に分析と検討がされている。

標準予防策および感染経路別予防策マニュアルが整備されており、病棟スタッフは個人防護用具を着用するなど、医療関連感染を制御する体制がある。抗菌薬の適正使用は基準が整備され、使用状況も医局会で各医師に伝達フィードバックされている。分離菌感受性パターンにより適宜抗菌薬の採用の変更も行われて、届け出制となっている。

7. 地域への情報発信と連携

医療サービスに関する広報は、ホームページやパンフレットで行われ、広報・CS委員会で情報の定期的な更新が行われている。診療実績の発信は今後を期待する。地域医療連携室に看護師、精神保健福祉士、事務助手が配置され、地域の医療機関や疾病別の医療機関の連携状況が把握されている。紹介・逆紹介への対応は一元的に把握されており、紹介先、紹介元の医師、連携室へはがきやFAX等で確実に返答されている。

地域における活動は、中央公民館等で認知症の専門的な知識やケアについての支援を継続的に実施している。また、中学生の職場体験も継続的に実施されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来は予約制であり、ほぼ待ち時間はない状態で対応されている。また、外来患者の不穏時や身体的な急変時等については、処置室等で対応することとしている。初診時は精神保健福祉士がインテイクを行い、初診医が診察する仕組みである。精神科医と内科医の連携も密に行われている。対応可能な検査はCT、レントゲン、ECG、エコー検査等で、血液検査はすべて外注としており、自院で行えない検査は関係医療機関に紹介している。任意入院と医療保護入院の判断の基準は、理解力、認識能力、倫理的思考の可否、選択の実施の可否の4項目に沿って判断されており、適切に実施されている。行動最小化委員会は月1回開催され適切に管理されており、年2回の研修会へは内科療養病棟のスタッフも参加されている。入院診療計画書はほとんどその日のうちに主治医、担当看護師、精神保健福祉士、療法士、必要であれば、栄養士などの多職種による個別的な計画書が作成されている。家族への病状説明は適切に実施され、家族の希望などを主治医が電話にて連絡している。退院支援パスが活用されている。地域医療連携室で転院や受診・入院相談や各種制度に関する家族からの相談に応じている。必要に応じて医師・看護師、その他の職種と連携が図られている。入院相談時には家族面談が行われ、入院生活について説明されている。病棟見学にも対応し、入院環境に馴染んでもらい不安を軽減させる取り組みが行われている。郵便物の発信は手順が整備されており、受信時には患者へ届けた記録もある。

看護基準・手順、看護管理マニュアルが整備されており、看護師は各種リスク評価と全身的評価を基に看護計画を立案しケアが行われている。家族の面会時に看護師による積極的な声掛けが行われ、患者の状態説明と家族のニーズの把握が行われている。褥瘡対策は入院時にブレデンスケールによりリスクアセスメントが行われ、計画により耐圧分散マットやエアマットが使用されている。管理栄養士は病棟を訪問し患者の食事状況を確認するとともに、看護師との情報交換で検討が行われている。認知症を持つ高齢患者の疼痛把握に関する指針が決められ、向精神薬による副作用数値評価スケールや苦痛・疼痛の視覚的アナログスケールも整備されている。認知症患者のBPSDの改善を目的として、薬物治療と並行して作業療法や生活機能訓練などの種々の非薬物治療が実施されている。慢性期のリハビリテーションとして集団活動の中で様々な取り組みが行われている。主に認知症患者の不安の軽

減、生活リズムの確立、居心地の良い空間の確保などが主目的で実施されている。病院の方針として転倒防止としての身体拘束は行わない取り組みが進められている。行動制限を最小化する教育研修が行われ、職員への意識付けも積極的に行われている。

入院前から退院を視野に入れて情報の収集や確認が行われている。家族の意向も確認され、転院や施設への入所の場合は地域連携室が施設を探し調整を図っている。家族の要望を踏まえ、居宅介護支援事業所の紹介や担当ケアマネージャーとの連携が図られ、退院後の調整が行われている。逝去時は医師による病状説明が家族へ行われ、看護師や看護補助者間で検討されている。職員間の情報共有は行われているが、明確なデスカンファレンスは行われていないため開催が期待される。

<副機能：慢性期病院>

入院患者の多くは急性期病院からの転院と他病棟からの転入が多くを占めている。患者の受け入れ方針は明文化され、地域医療連携室が入院の窓口となり、入院前家族面談を行い決定されている。入院時は、病院救急車で搬送を行い、迅速に入院病棟に案内している。入院診療計画は、入院当日に患者・家族に説明と同意が行われている。ケア計画は、多職種が関与して計画立案し、定期的な見直しが行われている。

主治医は毎日病棟回診を行い、必要な指示出しが行われている。看護・介護は、ペアで受け持ち制を担当し、連携してケアを提供している。病棟配置薬にアンプル型のアスパラカリウム製剤が配置されており、医療事故防止の観点から病棟配置薬の見直しと改善が行われた。今後病棟配置の必要性についても検討されると良い。褥瘡の予防・治癒促進については、褥瘡委員会が積極的に活動し、自動体動式エアマットレスなど導入し、発症率・有病率を低下させており高く評価できる。慢性期リハビリテーションについては、嚥下訓練や排尿誘導を看護師が行っている。嚥下機能の評価訓練の充実のため、歯科衛生士や言語聴覚士の配置を検討されることを期待したい。また、集団レクリエーションや病棟行事はないため、今後病棟行事や個人イベント、音楽の活用等、療養生活の活性化に向けたさらなる取り組みが期待される。身体抑制については、行動制限最小化マニュアルを作成し、行動制限最小化委員会で実態を把握し検討が行われており、おおむね適切であるが、今後、診療録の記載については見直しが望まれる。ターミナルステージの対応は死亡退院が多く、デスカンファレンスの開催やグリーフケアへの取り組みが期待される。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は温湿度管理が適切に行われており、持参薬についての対応手順が整備されている。注射薬の混合は病棟で行われ、注意点が明文化され、必要な注意点を払い出し時に点滴バックにつけ、病棟へ上げる仕組みである。処方鑑査、疑義照会は適切で記録も行われている。貴院にて実施可能な検査はCT、エコー、ECG、レントゲン等で、血液検査はすべて外注であり、病院規模、患者構成の観点から臨床検査機能を適切に発揮している。栄養管理部門は適時適温管理が行われ、調理室の下

処理から乾燥管理までのプロセスも適切である。リハビリテーション機能については身体機能訓練、認知機能訓練、脳トレーニング、回想法、嚥下訓練など、身体・認知機能の回復の双方を目的に実施されている。診療情報管理については医事課が担当しており、量的点検が行われている。システムダウン時の対応も整備されている。医療機器管理は外来看護師が一元的に管理し、日常点検および定期的な点検が計画・実行されている。

洗浄滅菌は外来で一次洗浄後、オートクレーブによる滅菌が行われ、物理的・化学的インディケータにより質の保証が確認されている。今後、生物学的インディケータの導入やスタッフへのリコール規程の周知徹底が望まれる。

10. 組織・施設の管理

財務経理の予算管理は行われており、財務諸表も作成されている。月次で税理士による会計監査が行われ、運営会議で決算報告が行われて経営状況の把握と分析が行われている。医事業務は医事課と受付に担当者が配置されて収納業務を行っている。レセプトは医事課と医師が連携して点検、返戻、査定の対応がある。未収金は管理体制が整備され、督促の手順も明確にされている。業務委託は業者選定規程に則り、各種認定を参考に委託業務を行っている。

施設・設備は担当者が日常点検を行い、必要に応じて業者へ委託している。事業計画の中に経年劣化項目が盛り込まれて計画的に検討されている。物品管理は基準在庫を設定し、棚卸を定期的に行っており、物品によっては使用期間を定めて管理している。

災害時の対応は、火災から停電時、大災害時まで対応できるマニュアルが整備され EMIS にも参加している。保安業務は平日の夜間は専属の職員で対応しており、日曜日は警備会社に委託し、適切に実施されている。無断離院の場合の対応はフローチャートが作成されており、連絡体制が整備されている。医療事故発生時は発生からマニュアルがあり、原因究明、再発防止のフローチャートも作成され対応する体制がある。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習は看護師の実習の受け入れがあり、医療安全や感染制御の教育が計画されている。指導者評価表によって実習内容の評価も行われている。実習中の事故の対応は学校との取り決めがあり、実習指導者全体会議で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	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	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	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	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	NA
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	A
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	NA
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	B
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	NA
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	B

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	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	B
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	NA
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	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	A
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	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

機能種別：慢性期病院（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	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	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	S
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	B
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	B
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	B

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： 2019年 12月 31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 仁誠会 瀬戸内記念病院
 I-1-2 機能種別： 精神科病院、慢性期病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 岡山県瀬戸内市長船町服部290-5

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					
療養病床	114	114	+0	99.4	563.18
医療保険適用	114	114	+0	99.4	563.18
介護保険適用					
精神科病床	120	120	+0	99.3	1280
結核病床					
感染症病床					
総数	234	234	+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		
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	120	+0

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

