

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院2」及び副機能種別「リハビリテーション病院」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23日～10月24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
機能種別	リハビリテーション病院（副）	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。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1912年に多くの地域住民の協力のもと、私立塩釜病院として開設され、112年という長い歴史のある病院である。宮城県の中央に位置する仙台医療圏において救急・急性期医療を中心に地域に貢献するとともに、2000年に回復期リハビリテーション病棟を開設し、宮城県を代表するポジションに位置するまでになっている。1996年に臨床研修指定病院の認可を受け、地域医療を担う医師の養成にも注力している。2007年に地域医療支援病院の認可、2008年に地域災害拠点病院の認定を受け、地域の中核病院として様々な取り組みを行っている他、経済的に困難な患者を受け入れて無料定額診療事業に取り組むなど、人に寄り添った病院として地域に大きく貢献している。

このたびの訪問審査は初回認定から数えて5回目の審査であるが、院長を中心に職員が一丸となって質改善に取り組んでいる様子が見え、評価項目の多くが適切と評価されたが、病院の役割・機能に照らし、さらなる取り組みが期待される項目も認められた。本報告書を活用して質改善に取り組み、「質の高い医療と安全性で地域から頼られる病院」として、ますます発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針をわかりやすい表現で明文化し、病院内外に周知している。病院運営の意思決定会議は管理部会議であり、その他必要な会議・委員会が設置され機能している。中長期計画に基づき年度事業計画を策定するとともに、BSCによる部門・部署ごとの目標を設定し、達成度を評価している。情報の管理・活用の方針は明確であり、院内の情報が適切に管理・活用されている。文書管理規程を整備し、管理すべき文書を一元的に管理している。

各部門での人員に関する検討・報告を受けて、管理部会議で診療機能に必要な人員確保について確認・検討を行い、人材確保と充実に努めている。就業規則や賃金規程など人事・労務管理に必要な規則・規程を整備し、職員に周知している。労働安全衛生委員会を設置し、定期健康診断をはじめ必要な健康診断を確実に実施している。職員の意見・要望は職場会議や全職責者会議で集約している。院長、看護部長、事務局長による職場ラウンドを週1回実施している他、全職員集会を年2回開催し、意見交換を行っている。

職員への教育・研修については必要性や内容を管理部会議で検討し、年間計画に基づき確実に実施している。診療科科長が個々の医師の診療能力や診療実績を把握している。看護部門、技術部門、事務部門の全職員を対象に目標管理による職員個別の能力の評価を行っている。基幹型臨床研修病院として研修プログラムを整備し、研修医の研修・指導を行い、多職種で評価している。各職種において研修プログラムやラダーなどを利用した初期研修を行っている。実習受け入れに関する規程に基づき医学生、薬学生、看護学生をはじめ、多くの実習生を受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し病院内外に周知するとともに、職員でも共有している。診療録開示の体制を確立し、権利の擁護に努めている。説明と同意に関する方針は坂総合病院総合マニュアルに明記されている。文書同意が必要となる診療行為の範囲は、侵襲的な検査や手術など12項目の内容が定められている。同席できなかつた場合の患者・家族の理解確認と記録の徹底が望まれる。患者が治療方針の決定に参加できるように入院診療計画書、患者用クリニカル・パス、画像や絵図などを用いて診療情報を患者と共有している。ACPを推進するために倫理委員会で新たに取り組んだ「わたしのきぼう手帳」は、意思決定支援の積極的な取り組みとして評価できる。地域医療連携センターに患者相談窓口を設置し、患者・家族からの様々な相談に対応している。個人情報保護方針や個人情報保護に関する院内規程を整備し、個人情報を適切に保護・管理している。主要な倫理課題として輸血拒否患者への無輸血治療やDNARの取り扱いなどが明記されている。臨床現場で生じた倫理的な困難事例については、倫理コンサルテーションチームの臨床心理士が窓口になり、臨時の倫理委員会を開催して問題解決を図る仕組みがある。患者・家族の抱えている倫理的課題は入院時の情報や入院中の状況から看護師等が把握し、多職種カンファレンスで検討している。

病院へのアクセスをホームページや広報誌、入院案内等で案内している。院内はバリアフリーが確保され、高齢者や障害者にも配慮した施設・設備となっている。診療・ケアに必要なスペースや患者がくつろげるラウンジ等が確保されている。病棟・病室は静寂であり、空調、採光、照明などに配慮がある。敷地内全面禁煙の方針が明確に定められ、禁煙に向けた患者教育や職員の禁煙推進に取り組んでいる。

4. 医療の質

業務改善委員会や接遇・環境改善委員会で部門横断的な業務の改善に取り組むなど、病院が主体となって継続的な質改善活動に取り組んでいる。症例検討会や診療科横断的なカンファレンスを定期的で開催し、多職種で検討を行っている他、クリニカル・パスを有効に活用するなど、診療の質の向上に努めている。多くのQI指標を分析・検討することで継続的に質改善に取り組んでいる。患者・家族の意見・要望は投書箱や患者満足度調査から収集し、質改善に活用している。地域の中核となる病院として新しい診療技術・治療を積極的に導入している。新規医療や薬剤の適応外使用、臨床研究については担当する委員会等で検討し、安全に配慮して実施している。

病棟の入口に責任医師、看護師長、医療安全担当者、感染リンクナースを表示し、掲示板に病棟担当の入退院支援看護師・療法士・薬剤師・管理栄養士を掲示している他、当日の受け持ち看護師の氏名を掲示している。多職種で共有できる診療録を作成し、全診療科の質的点検を実施することで、より良い診療録の作成に努めている。退院サマリーは決められた期間内に速やかに作成している。多職種で構成した専門チームであるICT、AST、NST、RST、褥瘡対策チーム、認知症ケアチーム、緩和ケアチーム、身体拘束最小化チームなどが組織横断的に活動している。

5. 医療安全

医療安全委員会が機能し、医療安全管理者や医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者が配置され、責任・権限も明確である。インシデント・アクシデント報告書は医療安全対策室が集約・統計処理を行い、医療安全委員会で毎月報告している。報告事例はSHELL分析を用いて分析し、事故予防等に活かしている。ミスを最小限にする「グットジョブ報告書」を積極的に推奨し効果を出している。重大医療事故発生時の対応手順は医療安全マニュアルに明記され、職員ハンドブックにも簡略化したものを掲載し、各職員が緊急時に対応できるよう備えている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策として、医療安全マニュアルに状況と場面ごとの確認方法を明文化している。医師の指示出し・看護師等による指示受け・実施確認は、電子カルテのオーダリングシステムを活用し適切に行っている。全病棟に配置した薬剤師が各種業務を担当し、麻薬・向精神薬や抗がん剤を含めた薬剤の適正な使用・保管・管理に努めている。全入院患者に転倒・転落のリスク評価を行い、危険度に応じた看護計画の立案と対策を実施している。医療機器を安全に使用

するためにマニュアルを整備し、臨床工学技士が専門性を活かして職員研修を実施している。緊急事態に備えて院内緊急コードを設定し、必要な場所に救急カートを配置している。

6. 医療関連感染制御

感染制御の実務を担う部門として院長直轄の感染制御室を設置している。日常実務はICD、感染対策管理者である専従ICN、専任の薬剤師と臨床検査技師が担当している。病院管理者をはじめ、各部門長で構成する感染対策委員会を毎月開催し、院内の現状把握と対策の検討・立案を行っている。ICTは定期ラウンドや各部署からの報告、電子カルテシステムの活用などを通じて院内の感染発生状況を把握している。ターゲットサーベイランスはCLABSI、CAUTI、SSIについて発生状況を把握するとともに、J-SIPHEに参加し検討している。

感染管理に関する指針やマニュアルが定められ、現場における手指衛生や个人防护具の着用、感染経路別予防策が適切に実践されている。新採用職員には手指消毒や个人防护具の着用についての指導を行っている。抗菌薬の採用・採用中止については薬事委員会で審議している。抗菌薬の適正使用のマニュアルを整備し、適宜改訂している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスはホームページ、広報誌、病院紹介冊子、SNS等で情報発信している。ホームページには病院の方針・機能・設備・体制・活動状況を掲載している他、外来の受診手順、入院手続き、診療実績など患者が病院を選択するために必要な情報が提供されている。広報誌は医療の特集などの専門的な情報から、職場・職員の紹介など身近な情報が掲載されている。地域との連携については、地域医療連携課の職員を中心に訪問活動を実施している。医師の同行訪問も行い、顔の見える関係を構築している。地域医療の質向上の役割を担う地域医療支援委員会を開催し、三師会・行政等からの意見・要望をとらえている。市民公開講座をはじめ、ICLSコースや指導者養成ワークショップ、がんサロン、NST専門療法士実地修練、認定看護師会でのセミナー、地域連携の会での医師・医療従事者に向けた講演など、患者・地域住民や地域の医療関連施設等に向けて様々な教育・啓発活動を積極的に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページなどでわかりやすく案内している。患者に関する情報収集はじめ、外来プロセスは適切である。侵襲的検査は説明と同意に基づき、確実・安全に実施している。入院の必要性や適応については外来担当医が医学的判断に基づき検討・判断している。医療相談課が患者・家族からの多様な相談に対応している。医師は毎日回診を行い、患者病態を把握して必要な指示を行うとともに、チーム医療におけるリーダーシップを発揮している。看護師はリスク評価をもとにアセスメントし、看護計画を立案・評価している。医師が投薬・注射の必要

性とリスクを説明し、病棟担当薬剤師が薬歴管理や服薬指導を適切に行っている。輸血療法はガイドラインに準拠し、安全に実施している。手術・麻酔の適応が十分に検討され、術前・術後は多職種で安全な管理に努めている。患者の重症度に応じて弾力的に ICU・一般病棟の運用を行い、多職種によるチーム医療を実践している。全患者を対象に褥瘡リスクチェックシートを使用してスクリーニングを行っている。特定行為看護師でもある WOC が包括的な医師の指示のもと、専門的なケアを実践し治癒促進に寄与している。病棟担当管理栄養士がスクリーニング結果や摂食・嚥下などの情報をもとに栄養管理計画書を作成している。疼痛に関しては NRS やフェイススケールを使用して評価し、疼痛アセスメントを行っている。リハビリテーションは主治医からの依頼を受けてリハビリテーション科専門医が担当療法士と計画書を作成し、早期から訓練を実施している。身体拘束の判断は緊急かつやむを得ない場合に、医師を含めた多職種で判断・決定しているものの、観察の記録の充実が望まれる。入退院支援課の看護師と社会福祉士が所定の病棟を担当し、病棟リンクナースと連携を取りながら退院支援を行っている。在宅療養の方向性は退院支援看護師を中心とした退院支援カンファレンスで多職種が検討している。緩和ケアマニュアルや DNAR の指針、さらに、「人生最終段階における適切な意思決定に関する指針」が整備されている。ターミナルステージの判断は主治医が中心となり診療科の医師とともにしている。

<副機能：リハビリテーション病院>

2000 年の回復期リハビリテーション病棟開設以降、多職種連携による機能回復と ADL 向上を目指したチームビルディングに取り組まれた成果が随所で見られる。リハビリテーション専門医 5 名が原動力となり、発症早期からの下肢装具療法、痙縮治療、自動車運転評価、免荷式トレッドミルによる歩行訓練、上肢電気刺激装置による訓練、VE や VF などの摂食・嚥下機能評価など専門性の高い診療が行われている。医師のリーダーシップは遺憾なく発揮され、秀でている。一方、生活の場で行える ADL をしている ADL へ近づけるためのアプローチが多職種協働で行われ、病棟での起立歩行訓練や趣味活動など様々な工夫が成果を上げている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は処方鑑査や疑義照会を確実に実施し、注射薬は 1 施用ごとに取り揃えて払い出している。抗がん剤や TPN の調製はすべて薬剤師が行っている。必要な医薬品情報の周知などを確実に行う体制を構築している。臨床検査は 24 時間迅速かつ的確な検査を実施し、診療側の期待に応えている。パニック値は依頼医や対応可能な医師に迅速・確実に報告する体制を構築している。放射線室では当日の依頼検査は 24 時間体制で対応している。放射線科専門医が CT や MRI の読影に積極的に関与し、翌診療日までに報告している。管理栄養士が昼食時に病室を訪問し、患者の要望や摂食状況などを確認している。検査や食札への書き込みも参考に、美味しい食事を提供できるように努めている。リハビリテーション科はリハビリテーション科専門医と専門性を持った療法士が心大血管、脳血管、運動器、呼吸器各疾患に対応

し、質の高いリハビリテーションを提供している。診療情報は電子カルテ導入のもと、1患者1ID番号で一元的に管理している。診療情報を二次活用するため、診断名や手術名のコード化、NCD登録、がん登録などに取り組んでいる。臨床工学技士を各部署に配置し、すべての医療機器を管理している。夜間・休日はオンコール体制で緊急対応している。中央滅菌室における洗浄・消毒・滅菌・供給までの一連の業務は適切に行われている。リコール発生時のトレーサビリティも明確である。

病理部門では迅速かつ正確な病理診断を目指し、有害な医薬品の管理も適切に行っている。輸血部門は安全な輸血に向けて、輸血検査と血液製剤の保管・管理を確実に実施している。手術室では適切なスケジュール管理と運営を行い、円滑・安全に手術・麻酔を実施している。集中治療機能についてはICU入退室基準を明確にし、多職種が連携して集中治療におけるチーム医療を実践している。救急医療機能については地域の中核となる病院として多くの救急患者を受け入れ、地域の期待に応えている。

10. 組織・施設の管理

予算編成の手順は明確であり、予算の執行状況は管理部会議で毎月確認・検討している。経営企画室、診療サービス課、地域医療連携課等が作成したデータを管理部会議等で毎月検討し、経営改善に取り組んでいる。医事業務は診療サービス課が担当し、手順書やマニュアルに沿って窓口業務や保険請求業務を行う他、未収金対応を行っている。

施設基準管理士を中心に施設基準管理委員会で施設基準の検討・管理を行っている。業務委託の契約はスケールメリットを考慮して法人本部が行い、病院では契約書を保管・管理している。委託は単年度契約であり、更新前には法人本部が総務課の取りまとめた委託業者の評価を確認している。自院の役割・機能に応じた施設・設備を整備している。施設・設備の管理は総務課所管のもと、設備管理会社に委託して電気・空調・水道など主要な施設・設備の日常点検を実施している他、年間保守計画に基づき、定期的な点検を確実に実施している。高額医療機器や医療機器の購入は、「機器・備品・保守等の予算申請書」を各部署で作成し、手順に沿って予算に組み込んでいる。高額医療器機等は購入後、採算性を確認する仕組みを構築している。

地震・風水害等に対応する病院機能存続計画を策定し、訓練を実施している。消防計画や災害対応マニュアルを整備し、緊急時の責任体制を明確にしている。保安業務は総務課が所管し、24時間体制で警備会社に委託している。警備員は定期的な院内巡視、施錠管理、来院者の確認を確実に実施している。

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	B
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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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
<hr/>		
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	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	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	B
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	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	栄養管理と食事支援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確実・安全に実施している	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
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	B
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	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	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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	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	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	購買管理を適切に行っている	A
4.6	病院の危機管理	
4.6.1	災害時等の危機管理へ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

機能種別：リハビリテーション病院（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	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	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	S
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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事支援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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A

年間データ取得期間： 2023年 4月 1日 ~ 2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024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 : 公益財団法人宮城厚生協会 坂総合病院
- I-1-2 機能種別 : 一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)
- I-1-3 開設者 : 公益法人
- I-1-4 所在地 : 宮城県塩釜市錦町16-5

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	357	357	+0	83.3	14.5
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	357	357	+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)	6	+0
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	10	+0
回復期リハビリテーション病床	46	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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 :

地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域), DPC対象病院(DPC標準病院群)

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 : 13人 2年目 : 10人 歯科 : 0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
- オーダーリングシステム ● 1) あり ○ 2) なし PACS ● 1) あり ○ 2) なし

