

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9月29日～9月30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

貴院は130床（一般病床40床、療養病床90床（地域包括ケア病床32床、医療療養58床））の病院で、介護医療院や人間ドッグなどの機能も併設している。今回の病院機能評価の審査は、更新審査であり、病院の進歩・発展を確認することが出来た。審査結果を利用して、医療の質の向上への取り組みを継続されることを期待したい。

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、病院案内やホームページ、入院案内、広報誌などの媒体に掲載している。病院管理者・幹部の病院運営に関するリーダーシップは、病院の将来像として中長期計画が策定され、それをもとに各部門・部署の年度計画を作成している。運営上の課題に関して病院長、看護部長、事務長が共通の認識を持ち、解決に向けて取り組んでいる。組織運営は、病院の意思決定会議は経営運営管理会議である。病院運営に必要な会議・委員会が組織され、適宜開催されている。指揮命令系統が明確になるよう、病院の組織図および会議・委員会組織図の見直しが望まれる。情報管理は、情報の管理・活用の方針が規定されている。文書管理は、文書管理規程が制定され、発信、受付、保管、保存、廃棄の仕組みなども規定されている。手順書・マニュアル等の承認の仕組みは、文書管理規程に定めら

れている。

人材確保は、各資格職に関して、医療法や健康保険法（施設基準）の法定必要数は満たしている。技能実習生を受け入れている。人事・労務管理は、各種規程・規則は法人全体で統一化され、就業規則等は労働基準監督署に届け出ている。職員の安全衛生管理は、衛生委員会は毎月開催されている。労働災害の手続きは手順書に従って行われている。職員にとって魅力ある職場づくりは、職員満足度調査を定期的に実施している。就業支援に向けた取り組みとして、夜勤専門看護師、育児短時間勤務、災害時の学童保育の受け入れなどがある。職員への教育・研修は、法人本部の教育委員会作成の年間計画に基づき実施されている。必要性の高い研修として医療安全や感染防止など法定の研修や、ハラスメント、虐待、関連法規、患者の権利などが実施されている。職員の能力評価・能力開発は、看護部門、薬剤部門がラダーシステムを採用し、それ以外の職種でも、評価する仕組みが構築されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、明文化し、病院案内、入院案内、ホームページ、院内掲示等で周知に努めている。説明と同意は、「インフォームドコンセントマニュアル」に同意書が必要な行為や処置、検査などが定められている。同席者の手順が整備されている。患者支援体制は、相談窓口が設置されている。担当する職員を配置し、院内外の専門職や諸機関との調整、地域との連携を行っている。患者の個人情報とプライバシーの保護は、個人情報に関する基本方針の他、規則・規程も定められている。面会や電話の取り次ぎへの対応や、病室入口の患者氏名の表示の有無も希望を踏まえて対応しており、プライバシーに配慮している。臨床における倫理的課題への取り組みは、倫理委員会が設置され、随時開催されている。主要な倫理的課題について、病院としての方針が定められている。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、病棟では日常的に患者の療養環境や身体抑制について検討している。必要な症例には多職種で検討を行っている。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は、病院は市街地に立地している。駐車場が用意されている。入院生活に必要な日用品類は外部業者と契約している。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、病院内はバリアフリーとなっており、全館、車椅子での移動が可能である。1階や病棟の受付はオープンカウンターとなっており、車椅子などでも利用できるようになっている。療養環境の整備は、診療やケアに必要なスペースは確保され、くつろぎのスペースとして食堂・デイルームがある。受動喫煙の防止は、敷地内禁煙が実施されている。職員の喫煙率は健康診断の際に確認している。

4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善は、患者・家族からの意見や苦情は、意見箱や患者満足度調査から得ている。接遇委員会にて分析・検討が行われ、意見箱への回答は院内掲示をしている。診療の質の向上に向けた活動は、医局会での症例検討以外に、入院7日以内に開催される新患あるいは転棟患者のカンファレンスにお

いて、患者の検討や情報共有に努めている。収集している臨床指標を公開されることを期待したい。業務の質改善は、前回受審時の指摘事項を参考とした各部署の取り組み活動がある。部門横断的な改善活動として、BSC 的取り組みや TQM 活動等を継続的に実施し、PDCA サイクルの推進を期待したい。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入は、医師や他のスタッフが院長に諮って承認決定する体制であるが、倫理・安全面にも配慮して、関連部署との実質的な議論・検討をすることが望まれる。

診療・ケアの管理・責任体制は、ベッドネームには主治医、担当看護師が明示されている。当日の勤務者は詰所前の掲示板に氏名を掲示している。主治医不在時の対応は定められている。診療記録の記載は、医師・看護師などの各職種の記載は適切である。質的点検については、多職種で実施することを検討されると良い。多職種が協働した患者の診療・ケアは、入院時カンファレンス、転棟時カンファレンスなど多職種参加のカンファレンスがある。各委員会や褥瘡回診、認知症ケアチーム、NST などのチーム活動も多職種で実施されている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理委員会が月 1 回開催されている。医療安全管理室はレポートの検討や医療安全ニュースの発行、医療安全ラウンドを行っている。安全確保に向けた情報収集と検討は、全部署からインシデント・アクシデントが報告されている。現場や医療安全管理室、委員会で対策が検討されている。対策ごとに適切なタイミングで成果確認や見直しが行われている。

患者・部位・検体などの誤認防止は、本人確認はフルネームの確認や、生年月日を言ってもらっているほか、付き添い者への確認、ダブルチェックを実施している。情報伝達エラー防止は、医師の指示出し・指示受け・実施の確認や指示変更・中止は、適正に運用されている。原則として口頭指示は行わず、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。薬剤の安全な使用は、劇薬・ハイリスク薬を可視化して注意喚起に努めている。転倒・転落防止は、入院時全患者に転倒・転落のリスク評価を行っている。危険度に応じた対応策が定められ、再評価を 1 か月ごとに行っている。医療機器の安全な使用は、輸液ポンプやシリンジポンプでは始業時と終業時の点検が実施され、使用中は看護師により各勤務帯で点検と記録がされている。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードが設定されている。AED 訓練、BLS 訓練は全職員を対象に毎年実施されている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染防止対策委員会を月 1 回開催している。下部組織の ICT や感染リンクナースが情報収集・分析・指導などの活動を行い、毎週チェック表に基づいて各部署の環境ラウンドを行っている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、分離菌状況、薬剤感受性分析、耐性菌検出状況等を把握している。また、年 1 回アンチバイオグラムを作成している。JANIS や J-SIPHE に参加している。

医療関連感染を制御するための活動は、1 処置 1 手袋が実践されており、PPE の設置、着用も適切である。感染性廃棄物はルールに則り処理されている。手指消毒剤は各病室や必要な場所に設置され、使用期限や使用量のモニタリングが行われている。グリッターバグの使用により、手指衛生技術向上にも努めている。抗菌薬の適正な使用は、抗菌薬使用マニュアルを整備し、感染防止対策委員会に抗菌薬の使用状況を毎月報告し、フィードバックしている。特殊な抗菌薬は届け出制とし、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

地域への情報発信は、外部への広報の主たる媒体はホームページとなっており、外来診療や入院などの診療の案内、健診などが詳細に掲載されている。広報誌はホームページにも載せているほか、冊子として年 6 回発行している。慢性期医療に関する臨床指標はデータとして作成されているので、外部にむけた情報の発信について検討を望みたい。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携は、地元・地域の医療機関や福祉施設の状況は、経理部長と地域連携室が連携して情報を収集し、把握している。病院や施設間の紹介・逆紹介は、地域連携室と経理部長が連携して担っている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、糖尿病教室や公民館で生活習慣病予防教室を年 4 回実施していたが、現在は、コロナ禍にあって実施が難しい状況である。今年は、「生活習慣病予防教室」の開催を予定している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、外来受診に必要な情報の案内は、受付付近の掲示やホームページ上にも詳細に掲載されている。外来診療は、内科、皮膚科の専門外来を含めて適切に診療が行われ、フットケアや種々の指導も実施している。診断的検査の確実・安全な実施は、侵襲的検査・処置として、上部消化管内視鏡検査や下部消化管内視鏡検査、造影 CT 等を実施している。実施する場合には必要性和リスクの説明を行い、同意を得ている。入院の決定は、医師、看護師長、リハビリ療法士、薬剤師等が検討して、入院を決定している。入院受け入れ基準、受け入れ困難基準が明文化され、受け入れ不能の対応も適切である。診断・評価の実施と診療計画の作成は、入院時に病状や患者・家族の要望を踏まえた上で、診療計画書を作成している。その後も中間カンファレンスやリハビリカンファレンス等に多職種が参加して、種々の評価が行われている。診療計画と連携したケア計画の作成は、患者・家族の要望は計画に反映されている。ケア計画の評価、見直しは適時行われている。患者・家族からの医療相談への対応は、医療相談室・地域連携室が相談窓口となって対応している。相談内容により専門職種や担当者に振り分けて相談に対応する仕組みがある。患者が円滑に入院できるように、入院前の面談時に医療相談室・地域連携室の相談員により、病院パンフレット、入院のご案内を使用して患者・家族の不安や疑問への対応、入院の準備などの説明が行われている。

医師の病棟業務は、回診し、医学的管理を行い、診察と記録を実施している。病棟の多職種カンファレンスなどで、治療方針の伝達・確認を行っている。看護・介護職の病棟業務は、看護と看護補助者の業務は明文化されている。患者情報はカルテやカンファレンスで他職種に共有されている。投薬・注射の確実・安全な実施は、薬歴管理は全例実施され、服薬指導も実施している。入院患者の内服薬は、1包化して薬局から病棟に届ける運用となっている。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施は、輸血の必要性とリスクについては書面を用いて適切に説明と同意が実施されている。投与中の患者の状態・反応の把握は、テンプレートを用いてバイタルサインを含めた記載がされている。褥瘡の予防・治療は、入院時、全患者に褥瘡診療計画書が作成されている。リスクに合わせた対応をしている。褥瘡がある場合、週1回皮膚科医と多職種で褥瘡回診があり、多職種で治療効果の判定・検討をしている。栄養管理と食事指導は、入院時に全患者に栄養管理計画が作成されている。管理栄養士はミールラウンドを行っている。症状などの緩和は、疼痛や苦痛、不快症状の緩和、精神的なケアについては「看護基準」に則り対応している。慢性期のリハビリテーション・ケアは、医療療養病棟のほぼ全員の患者にリハビリ介入がある。療養生活の活性化と自立支援は、生活リズム確立のため可能な患者は食堂で毎食、食事を摂っている。身体抑制を回避・軽減するための努力は、抑制を行わないことを前提とした基本方針が定められている。患者・家族への退院支援は、入院前より退院の可能性についてアセスメントし、必要な患者に退院支援計画書を作成している。継続した診療・ケアの実施は、地域連携室が中心となり、連携協力医療機関との調整や連携先の訪問看護・介護サービスにつなげている。自院からは訪問診療が提供されている。ターミナルステージへの対応は、多職種で検討している。多職種によるメモリアルカンファレンスが実施されている。

〈副機能：一般病院1〉

外来から入院、退院までのケアプロセスは適切に行われており、投薬・注射、輸血等の業務や各種職務分担に関しても適切に行われている。さらに、症状の緩和、身体抑制、褥瘡の予防・治療、退院支援、在宅支援についてもそれぞれマニュアルが作成され、マニュアルに則って実践し記録も残されている。退院時の患者支援のために患者ごとの疾患について、各患者に合わせた退院後の療養についての小冊子を作成している。退院支援への非常により取り組みであり、今後さらに充実されることを期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、劇薬、ハイリスク薬等は適切に管理している。持参薬は全て鑑別し、薬歴管理も全例で実施している。調剤鑑査や処方鑑査、疑義照会も実施されており、疑義照会の記録も適切である。臨床検査機能は、検尿、検便、CBC、生化学等には院内検査で対応している。院内検査や検査センターからの異常値やパニック値は、医師や看護師に直接電話連絡している。画像診断機能は、CT検査や造影CT、VF検査を実施している。主治医の読影以外に放射線科専門医による遠隔診断

が実施されている。栄養管理機能は、保温・保冷配膳車を用いて、適時・適温の食事提供に努めている。リハビリテーション機能は、総合実施計画書を作成してリハビリテーションを実施している。種々の多職種カンファレンスで情報共有や目標設定を検討している。診療情報管理機能は、診療記録はID順に保存され、検索が迅速・容易にできるようになっている。診療記録の量的点検は、全件実施されている。医療機器管理機能は、医療機器は使用場所で管理されている。医療機器点検計画が立案されており、定期点検は業者により実施されている。すぐに使える機器は一目で分かるよう表示がされている。夜間・休日のトラブル時の対応手順が整備されている。洗浄・滅菌機能は、洗浄は中央化している。オートクレーブが稼働し、化学的、物理的、生物学的インディケータが実施されている。リコールの規程も整備されている。

病理診断機能は、病理検査は全て外部委託となっている。病理診断報告書は適切にファイリングされ、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・血液管理機能は、臨床検査室が輸血用血液製剤の発注・受け取り・一時保管・供給を担当している。臨床検査室内の自記温度記録計付き専用保冷庫で一時的に保管し、迅速に供給している。救急医療機能は、かかりつけの内科疾患患者や熱傷患者を中心に受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、各部門の意見・要望を把握し、予算を作成している。年間の予算書が策定され、月次決算が実施されている。毎月、経営状況の把握・分析を実施している。医事業務は、窓口の収納業務など、全般の流れはマニュアルに定められている。レセプトの作成・点検、返戻・査定の一連の対応は医師と連携して適切に対応している。施設基準の確認は所定のチェックを行っている。業務委託は、現在委託している業務は給食、清掃、夜間の管理となっている。事故発生時の具体的な手順が定められ、病院担当者への連絡・指示受けや保険の付保も確認されている。

施設・設備の管理は、年間の保守管理計画が作成され、消防など各種設備機器の定期的な日常点検も行われている。廃棄物の処理は規程に沿って行われており、感染性廃棄物の保管状況を含め適切に対応している。物品管理は、医薬品や診療材料の使用期限は各部署において確認されており、在庫に関しては実地棚卸が行われている。

災害時の対応は、火災発生時の対応として災害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は年2回実施されている。緊急時の責任体制は災害マニュアルに定められている。保安業務は、日中は事務職員が担当し、夜間・休日は委託会社が請け負っている。緊急時の連絡・応援体制は緊急連絡網を整備している。医療事故等への対応は、医療安全管理委員会が設置され、必要に応じて事故調査委員会が臨時開催される。訴訟に対応する手順書等があり、顧問弁護士との契約もされている。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習等は、リハビリテーションの学生の受け入れを行っている。原則、養成校のカリキュラムに沿って実習が行われている。実習生および実習内容の評価は養成学校との協定内容に従って実施されている。

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	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	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	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	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	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	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	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	A
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	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	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	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	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	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	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	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：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	A
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	A
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 6月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人厚生堂 長崎病院
 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： 広島県広島市西区横川新町3-11

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	40	40	+0	66.9	21.4
療養病床	90	90	+0	80.8	295
医療保険適用	90	90	+0	80.8	295
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	130	130	+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	
集中治療管理室 (ICU)	0	
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	0	
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	0	
人工透析	0	
小児入院医療管理料病床	0	
回復期リハビリテーション病床	0	
地域包括ケア病床	32	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	
特殊疾患病床	0	
緩和ケア病床	0	
精神科隔離室	0	
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	0	
認知症治療病床	0	

I-1-7 病院の役割・機能等

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

