

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」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 2 日～12 月 3 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
------	--------	----

■ 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。

1. 病院の特色

貴院は 1953 年に開設され、その後、市立加西病院と改称して開院となった。救急医療機関の告示を受けるとともに、第二種感染症指定医療機関の指定を受けている。また、地域のニーズを捉えて診療科の増設や増床を行い、加西市唯一の急性期病院、救急告示病院として市民の期待に応え、長きにわたり貢献してきている。近年、近隣病院との役割分担により、地域ケア包括病棟の運用を開始し、急性期と回復期の病床再編を行っている。病院建物の老朽化に伴い、病院建て替えの議論の下、新病院建設基本計画が策定されている。

病院機能評価を継続的に更新受審しており、病院長を中心に一丸となって質改善に取り組んでいる様子がうかがえた。評価項目の多くは適切と評価されたが、病院の役割・機能に照らし、さらなる工夫や努力が期待される項目も認められた。本報告書を活用し医療の質の向上が図られるとともに、新病院建設が全職員の結束で成功裏に進み、貴院がますます発展することを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

親しみやすく、わかりやすい表現で理念・基本方針を明文化し、病院の内外に周知している。基本方針を定期的に検討・見直しするなど適切である。病院管理者・幹部は病院の将来像を職員に明示するとともに、運営上の課題を明確にし、その解決にリーダーシップを発揮している。病院運営会議が病院運営の意思決定会議であり、適切に機能している。その他、病院運営に必要な会議・委員会が規程に基づき開催され、議事録も整備している。情報の管理・活用の方針が明確であり、医療の安全や質の向上、業務効率の改善などを目指して情報システムを活用・構築している。文書管理に関する規程や取扱に関する規程を整備し、文書を適切に管理している。

定数配置計画に基づき、法定人員や施設基準を満たした人材を確保している。人員の確保と充実にも努力している。人事・労務管理に必要な各種規則・規程を整備し、職員に周知している。職員の就労管理も適切に行っている。労働衛生委員会を毎月開催するとともに、定期的に職場巡視を行い、職場環境の改善に努めている。公務災害や職業感染への対応も適切である。職員組合との話し合いや会議・委員会を通じて、職員の意見・要望を把握している。就労支援や福利厚生の一環も適切である。

全職員を対象に医療安全、感染制御、医療倫理、接遇などの課題の教育・研修を確実に実施している。欠席した職員への配慮や研修会後の振り返りも適切である。全職員を対象に目標管理制度を導入し、職員個別の能力評価を行っている。さらに、看護部ではクルニカルラダーを導入し、看護実践能力の到達目標をレベル別に明示し評価している。院外の学会や研修会の参加が奨励・支援されるなど、能力開発も適切に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、病院内外に適切な手段で周知している。診療記録の開示にも適切に対応するなど、患者の権利の擁護に努めている。説明と同意については、方針と手順を明文化している。医師は患者・家族が理解しやすいように、模型や絵図等を用いて説明している。説明後も看護師が不安等の軽減に努めている。セカンドオピニオンは地域医療室が窓口で実績もある。患者情報は電子カルテで医療者間において共有する仕組みがある。患者に入院診療計画書や患者用クリニカル・パスを用いて、診療内容等を詳しく説明している。患者に説明と同意や誤認防止等の協力を促すなど、医療への患者参加を促進している。医療介護総合支援センターに患者相談窓口を設置し、専門職を配置して患者・家族からの様々な相談に適切に対応している。個人情報保護に関する規程を整備し、職員に周知している。外来や病棟などでは患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している。

臨床における主要な倫理的課題に対する方針を整備し、職員に周知している。臨床現場で発生した倫理的課題が現場で解決困難な事例は、医療倫理・治験委員会で検討する仕組みが確立している。看護部では倫理に関する教育の機会を設けている。現場の看護師が倫理的問題に直面した際、多職種でカンファレンスを行って検討するとともに、様々な場面で患者・家族に対して誠実に対応している。

患者・家族や面会者の来院時のアクセスに配慮している。洗面・整容、冷蔵庫、電子レンジなどが利用でき、入院中の通信手段も確保するなど、利便性・快適性に配慮している。院内のバリアフリーが確保され、車椅子や歩行器を配備するほか、必要な場所に手摺りを設置するなど、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。病棟にはくつろげるスペースとして、デイルームを設置している。院内は清掃が行き届き、整理整頓されるなど、療養環境を適切に整備している。敷地内禁煙が徹底され、禁煙や受動喫煙防止に向けて適切に取り組んでいる。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は意見箱や患者満足度調査のほか、患者サポート相談窓口において収集し、患者・家族へのフィードバックも適切に行っている。多職種カンファレンスのほか、複数診療科でのCPC、研修医を含むケーススタディなどが実施されている。領域ごとのガイドラインがインターネットで参照できる環境を整備している。クリニカル・パスは定期的に作成・見直しが行われ、適切に運用している。病院機能評価を継続的に受審して質改善に努めている。保健所などの立入検査の指摘事項には、速やかに対応している。臨床研究や薬剤の適応外使用については、医療倫理・治験委員会で検討している。新たな診療・治療方法や技術の導入に向けた組織的な検討が望まれる。

病棟入口に責任者として医師、看護課長、担当薬剤師の氏名を表記している。ベッドネームには担当医、担当看護師、担当リハビリ療法士の氏名を表示するなど、診療・ケアの管理・責任体制を明確にしている。診療記録は基準に基づき、必要な情報が適時に記載されている。診療記録の質的点検の充実が期待される。病棟では多職種による合同カンファレンスが開催され、必要に応じて診療科の枠を超えて治療方針や問題点を検討し、診療・ケアを適切に行っている。NSTや褥瘡対策チームなどの専門チームによる活動が展開され、退院支援も多職種による介入が積極的に行われている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理室を設置し、専従医慮安全管理者を配置している。医療安全管理委員会を毎月開催し、リスクマネージャー推進チームが院内ラウンドやテーマ別の安全対策の実施等に活躍している。電子カルテシステムによりインシデント・アクシデント情報を集約している。院外からの安全情報や事故再発防止に向けた提言等を院内LANで配信している。

患者の確認は患者本人が氏名と生年月日を名乗ることを基本としている。手術、内視鏡検査や心臓血管造影など侵襲の大きな検査や処置実施時には、タイムアウトを確実にしている。検体の確認やチューブの誤認防止対策も適切である。投薬・注射などの指示は電子カルテを用いて確実に行われ、実施状況が確認できるようになっている。病理診断結果や画像診断所見が、オーダーした医師に確実に伝達される仕組みを構築している。麻薬の保管・管理は適切に行われ、重複投与や相互作用、薬剤アレルギーのリスクを回避するため、電子カルテの機能を活用している。抗がん剤は化学療法委員会でレジメン管理・登録され、投与にあたっては薬剤師が積極的に関与している。

入院時に転倒・転落リスク評価を行い、予防対策を立案するとともに、多職種で情報共有し実践している。転倒・転落発生時の対応は手順およびフローチャートで整理し、迅速な対応を図っている。輸液ポンプ類や人工呼吸器の使用中はチェックリストを用いて、勤務帯ごとに作動やアラーム設定等を確認している。さらに、人工呼吸器については臨床工学技士が定期的に出向いて点検を行っている。医療機器に関する研修会も適切に行っている。院内緊急コードを設定し、各部署に表示する

とともに、全職員に周知している。救急カートは院内で統一し、AED とともに必要な場所に配置している。各種蘇生訓練を定期的実施し、職員には年 1 回の参加を義務付け、参加者を把握するなど適切に取り組んでいる。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理室を設置し、感染管理認定看護師を専従配置して医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師とともに感染制御にあたっている。感染症対策に関する委員会を定期的開催し、院内での感染発生状況の把握や課題の検討を行うとともに、対策の実施などの審議を行っている。感染対策マニュアルを整備し、改訂も適宜に行っている。新型コロナウイルス感染症に関しても積極的に情報収集を行い、組織的な感染対策を実施している。日常のサーベイランスは主要な多剤耐性菌などについて確認し、集計・評価している。中心ライン関連血流感染や手術部位感染の発生状況を把握している。インフルエンザのアウトブレイクに適切に対応し、早期に終息させている。

標準予防策を遵守し、PPE の着脱訓練も定期的に行っている。感染性廃棄物や血液や体液等が付着したリネン類は、マニュアルに沿って取り扱っている。抗菌薬の採用・採用中止に関する検討が行われ、適正使用に関する指針を整備している。院内の薬剤耐性菌の検出時は電子カルテで職員がわかるよう工夫し、迅速に対応している。毎週、抗菌薬の使用状況を確認し、抗菌薬の長期投与を抑制するなど、抗菌薬の適正使用に向けて適切に取り組んでいる。

7. 地域への情報発信と連携

病院の診療内容や医療サービスはホームページ、病院案内、広報誌などでわかりやすく発信している。「病院だより」を年 2 回発刊し、加西市住民全戸に配布するほか「地域医療室だより」を地域の医療関連施設等に送付している。ホームページなどの更新は速やかに行われ、最新の情報を提供している。診療実績や学術活動を年報やホームページなどで公表しているが、自院の診療内容に特化した臨床指標や質指標の公表が期待される。

医療介護総合支援センター内に地域医療室を設置し、地域の医療関連施設等の状況を把握している。開業医や施設等を定期的に訪問し、地域の要望等を把握するとともに、連携強化に努めている。北播磨圏域 ID リンク絆ネットや地域連携パスを活用している。患者や地域住民に向けて「チョイ耳待合広場」や出前講座を実施している。さらに、地域医療市民フォーラムやホスピタルフェアを開催し、講演や座談会、健康チェックなどを行っている。地域の医療関連施設等に向けて、がん診療連携研修会や認知症セミナーを開催するなど、医療に関する教育・啓発活動を積極的に展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療では紹介患者は受付で紹介状や画像を確認し、電子カルテに取り組むことで円滑に診療できるよう工夫している。診断的検査の選択・実施、診断の流れは

適切であり、侵襲的な検査は十分な説明と同意の下、確実・安全に実施されている。医学的な判断に基づき入院の必要性を検討し、患者の希望にも配慮して入院の決定を適切に行っている。医師は診察所見や検査結果を勘案しながら、患者の病態に応じた診断と評価を適切に行い、速やかに診療計画を作成している。患者・家族からの相談は患者サポート窓口を設け、院内掲示や入院案内等で周知している。

医師は毎日、病棟回診を行って患者個々の病態の把握に努めている。多職種カンファレンスを適宜開催するとともに、チーム医療が適切に実施されるようリーダーシップを発揮している。看護師は入院時に収集した情報やリスク評価をもとに、ニーズを把握して看護計画を立案し、適切に実践している。輸血・血液製剤投与は血液製剤の使用指針等に基づき、確実・安全に実施している。投与中、投与後の患者の状態・反応の観察も適切に行っている。手術の必要性の判断は主治医が行い、術前カンファレンスで手術および麻酔の適用等を検討している。麻酔科医と手術室看護師は術前・術後訪問を行い、合併症の予防に努めるなど、周術期の対応を適切に行っている。重症患者の管理にあたっては、疾患および重症度に応じてCCUや病棟の観察ベッドなどを選択し、多職種で診療・ケアを適切に行っている。

全入院患者に褥瘡発生リスク評価を実施し、体圧分散寝具の使用や体位交換、ポジショニング、スキンケアなどを適切に行っている。低栄養患者にはNSTと協力して介入している。入院時に栄養スクリーニングを行い、栄養管理計画書を作成している。食物アレルギーは電子カルテで情報共有し、管理栄養士が個別に対応している。苦痛緩和のマニュアルを整備し、疼痛については客観的に評価して継続的なケアを行っている。必要に応じて緩和ケアチームにコンサルテーションして、支援を行う仕組みがある。身体抑制を行わないことを基本としている。身体抑制に関する指針や手順を定め、抑制中は定期的に観察し、解除に向けて適切に取り組んでいる。

医療介護総合支援センターに入退院支援室を設置し、専任の看護師や社会福祉士等が入院時から、退院調整マニュアルに沿って退院支援を適切に行っている。診療・ケアの継続に必要な患者情報は、退院時サマリーを提供するほか、地域連携パスも活用している。ターミナルステージの判断は複数の医療者で総合的に評価している。終末期の診療・ケアにおいては、療養環境の整備や家族の面会などにも配慮している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師がすべての患者の持参薬の鑑別・管理を行っている。院内医薬品集を整備し、薬剤に関する情報収集および関連部署への周知を積極的に行うなど、薬剤管理機能を適切に発揮している。中央検査科では自院で必要な検査項目を24時間体制で実施している。検査結果は迅速に報告され、パニック値の取り扱いも適切である。放射線科では夜間・休日のCTやMRI撮影にも適切に対応している。画像の読影は遠隔診断で行われ、CTやMRIの読影率は100%である。

食事は適時・適温で提供され、選択メニューや行事食の導入にも配慮している。理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が配置され、入院患者に対して各種リハビリテーションを実施している。訓練の連続性も確保している。電子カルテ導入の下、1 患者 1ID で診療情報を一元的に管理しており、診療記録の量的点検にも適切に取り組んでいる。医療機器は臨床工学技士が医療機器管理システムで一元管理し、使用後の点検を確実にを行うとともに、定期点検を計画的に実施している。洗浄・滅菌業務は手術室課長の管理の下、スタッフが交代で業務を行っている。各種のインディケーターで評価し、リコール体制も確立している。病棟で使用した器材は現場での一次洗浄を行わず、直接、中央材料室に搬入する仕組みの検討が期待される。

病理診断は非常勤病理医と細胞検査士で行い、病理診断結果は約 5 日で電子カルテに報告している。病理診断報告書や標本などの保存・管理は適切である。輸血用血液製剤の保管・管理は中央検査科が担当し、24 時間体制で対応している。血液製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄が円滑に行われ、使用された血液のロット番号の記録・保存も適切である。手術室は 4 室稼働し、緊急手術を含め年間約 1,200 件の手術を行っている。術中患者管理が適切に行われ、麻酔覚醒時の安全性が確保されるなど、手術・麻酔機能を適切に発揮している。加西市唯一の救急告示病院として、年間約 6,000 名の救急患者を受け入れている。救急搬送は原則断らない方針で、二次救急に適切に対応している。

10. 組織・施設の管理

中・長期計画に基づき、単年度の病院の事業会計予算書を作成している。会計規程や会計基準に沿って会計処理を適切に行い、定期的に会計監査が行われている。毎月、経営状況を把握・分析するなど、財務・経営管理を適切に行っている。診療報酬請求業務では医事課職員によるレセプト点検のみでなく、医師が請求内容を点検している。レセプトの返戻・査定への対応も適切である。業務委託については、委託の是非の検討や委託業者の選定が適切に行われている。委託業務の実施状況の把握など、効果的な業務委託を行っている。

自院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、24 時間体制の業務委託で適切に管理されている。現在、新病院建築に向けて計画中である。薬剤は薬剤部で管理され、診療材料等の管理は SPD 方式で業務委託している。在庫管理や使用期限の管理も適切に行われている。

消防計画をはじめ、大規模災害に備えて BCP を策定し、定期的に防火・防災訓練を実施するなど、災害時の対応を適切に行っている。夜間・休日の保安業務は業務委託され、施錠管理や院内巡視などが確実に行われている。日々の業務実施状況も把握されている。医療事故発生時の手順を明確に示し、職員に周知している。原因究明や再発防止に向けた組織的な検討が行われ、訴訟に対応する仕組みも適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、病院の臨床研修プログラムに沿った初期研修を行っている。毎月1回開催する臨床研修管理委員会において、初期研修医の代表も交えてプログラムの改修も行っている。初期研修医の評価をEPOC2で行うなど適切である。看護師の新人教育は集合教育と現場教育で行うとともに、時期別・到達目標と具体的行動を示し、評価表を用いて評価している。医療技術部の各現場では日当直ができることを目標に、評価表を活用して新人教育を適切に行っている。

看護師やリハビリ療法士をはじめ、医療技術部の各部署で多くの学生実習を受け入れている。受け入れにあたっては医療安全、感染制御、個人情報保護などの教育を行うほか、事前に患者の了解を得ている。カリキュラムに沿った実習、指導、評価が行われるなど、学生実習を適切に行っている。

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	B

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B
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	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	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	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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
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	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	A
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	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	A
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	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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 年 6 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：市立加西病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：市町村

I-1-4 所在地：兵庫県加西市北条町横尾1-13

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	193	193	-67	89	17.9
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	6	6	+0	44.9	9.6
総数	199	199	-67		

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	73	-18
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		

I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院(Ⅲ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： 4 人 2年目： 6 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

