

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 7 月 30 日～7 月 31 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

貴院は患者に高度で専門的な治療、患者の状態に合わせて、医療・看護を提供する機関として設立された。脳卒中・神経脊椎センターと名称を変更し、血管内治療センター、脊椎脊髄疾患センターを設置している。膝関節疾患センターの開設も予定している。

「中期経営プラン 2019-2022」を基本とする経営戦略を展開しており、院長をはじめ幹部職員はそれぞれ課題を明確に認識し、職員に経営参画意識を持たせるなど、リーダーシップを適切に発揮している。「断らない救急」を掲げて、脳血管疾患の救急車搬送や t-PA 使用率は横浜市中でトップ水準であり、側弯症の運動器学校検診や神経難病支援にも貢献している。その中でも、回復期リハビリテーション病棟、最新で多様な機器が利用できるリハビリテーション部門、多数のリハビリテーション専門医師・スタッフを擁するリハビリテーション機能は、急性期から回復期までの一貫した医療・ケアを提供し続けており、高く評価できる。

今回の更新審査においても、さらなる発展・改善への意欲が確認されたので、働き方改革や業務の質改善に向けて、組織的な活動が行われることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針を明文化しており、周知・見直しも適切に行われている。病

院管理者・幹部は役割の分担と統合を行い、職員の組織運営・経営参画意識を高め、意見を集約し、課題を克服すべくリーダーシップを発揮している。病院運営の意思決定は執行会議で行われるが、会議資料は院内ポータルに掲載して職員に周知している。年度計画、部門・部署目標の達成度評価を行い、組織運営は効果的・計画的に行われている。電子カルテシステムの適正な運用や、患者の診療情報の統合的な管理・活用が行われており、情報管理に関する方針と体制は確立している。

医療法および施設基準を満たす人員を確保しており、さらに、採用計画に基づいた人材の増員や確保、職員の業務負担軽減に取り組んでいる。各種予防接種、職員への精神的なサポート体制および院内暴力対策などの職員の安全衛生管理は適切である。福利厚生も充実しており、職員にとって魅力ある職場となるよう努力している。

「横浜市職員人事考課実施要領」等を運用して、職員の能力評価・能力開発を行う仕組みが確立している。組織運営で必要度の高い課題（医療安全、感染制御、個人情報保護）の教育・研修は計画的に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化しており、市民・患者・家族はホームページや院内各所の掲示、入院のしおりで周知している。また、職員必携の「安全管理ポケットマニュアル」に、病院の基本方針や医療安全・感染対策のポイントとともに掲載している。問診票や説明用紙などで患者と診療情報を共有しており、医療安全の協力も求めるなど、医療への患者参画は適切である。また、患者は地域医療連携総合相談窓口で、担当の職員に介護福祉、医療安全、療養生活に関わる相談を行うことができる。診療場面では説明と同意のプロセスを適切に踏んでいる。

個人情報の取り扱いに関する方針は明確であり、診療上、生活上の患者プライバシーへの配慮は適切である。医の倫理指針と主要な倫理的課題についての対応は明文化している。臨床現場では生命維持装置の装着などについて、カンファレンスで検討しているが、倫理審査委員会での検討実績はない。職員のさらなる意識の向上につなげるため、日常的に行っている考査を集約して倫理審査委員会で検討したり、臨床倫理に関する研修会を増やしたりすると、さらに良い。

貴院へのアクセス改善、患者・面会者の利便性・快適性の向上、あるいは高齢者・障害者の利用しやすさなどに配慮して、療養環境を整備している。病棟のすべての車椅子トイレが、どちら側に麻痺があっても利用可能な設計であることや、廊下の木製ベンチ、病棟の色分けなどの配慮があり、適切である。敷地内禁煙であり、職員にも禁煙を推奨しており、受動喫煙防止のための努力はおおむね適切である。

4. 医療の質

意見箱や総合相談窓口の意見や要望は、病院管理者の指示のもと、担当部署で検討されている。共有スペースの掲示板で回答を確認でき、個別にフィードバックを受けることもできる。前日に救急外来から救急病棟へ緊急入院した患者を対象に、

全診療科医師と多職種が参加するモーニングカンファレンスを毎朝行うなど、情報共有と診療の質向上に努力している。回復期リハビリテーションで使用している患者・家族用リハビリテーション MAP はクリニカルパスと同じで、リハビリテーションの流れを患者・家族が理解しやすくしている。業務の質改善に対して取り組まれているものの、今後さらに組織横断的な活動となると、より実践的である。貴院の社会的役割や診療規模を勘案すると、倫理面を考慮した新たな診療・治療方法の積極的な導入が期待される。

外来・病棟とも責任者を明記しており、診療・ケアの管理・責任体制が明確である。必要な診療情報を電子カルテに適時・適正に記載しているため、今後は退院時サマリーの退院後 2 週間以内作成率も CT、MRI の報告書作成率と同様に 100% を目指されたい。多職種カンファレンスや全医師参加のモーニングカンファレンスのほか、多職種で構成された専門チームが積極的に診療・ケアを行っていることは評価できる。

5. 医療安全

院長直属の組織として医療安全管理室を設置し、専従の安全管理者を中心とする医療安全確保に向けた体制が確立している。医療安全管理マニュアルの改訂も実施し、毎年 1 回、各種マニュアルの改訂のポイントをまとめて職員に周知する機会を設けていることも、意識向上と安全確保の取り組みとして評価できる。患者の確認は、氏名と、リストバンド、診察券、伝票などを組み合わせて実施している。手術室や検査室ではタイムアウトやマーキングによる誤認防止策を行っており、リスクの高い手術室以外の治療や検査にもタイムアウトを広げている。院内の誤認や事故事例を継続的に把握するシステムがあり、対策や分析結果はすべての部署へ情報共有している。薬剤部ではプレアボイド報告の取り組みがある。注射薬の中止などの変更も投与直前まで、リストバンドやバーコード使用によるアラート機能が作動している。パニック値については医師に直接連絡するルールであり、口頭指示の際に使用する単位も統一しているなど、安全に配慮した伝達システムを構築している。麻薬やカリウム製剤、向精神薬、ハイリスク薬等の保管・管理は適切で、薬剤師、看護師、医師で薬剤を安全に使用する取り組みを実践している。

入院時に全患者に転倒・転落のリスク評価を行い、計画に基づいた防止策と患者・家族への説明が行われている。院内の医療機器は臨床工学技士が管理し、新しい医療機器導入時の研修、モニターアラームコントロールチームによるラウンドなどの活動を医療機器の安全な使用に繋げている。院内の緊急コードは急変時のコールと院内暴力発生時のコールを設定しており、救急サポートチームの組織横断的活動や全職員の BLS 研修などで患者等の急変時に備えている。

6. 医療関連感染制御

院長直属の感染対策委員会および感染対策チーム（ICT）を設置しており、委員会と ICT の役割、アウトブレイク時に ICT が行える業務を明示している。ICT が中心となって院内外の感染関連情報を積極的に収集するとともに、月 1 回開催する感

染対策委員会でその活動を中心に報告し、職員向けの情報発信も行っている。現場では、適宜改訂している感染対策マニュアルに則って標準予防策を実践しており、モニターした実施状況は職員へフィードバックしている。また、ICTは抗菌薬の適正使用指針の整備、遵守に積極的に取り組んでいる。血液培養検体の2セット提出率および血液培養結果、予防的抗菌薬の執刀前1時間以内の使用率などを把握し、抗菌薬の選択・変更を支援している。抗MRSA薬や広域抗菌薬などには特定抗菌薬を設定し、その一部には処方制限をかけて運用しており、抗菌薬を適正に使用している。

感染対策に関する講演会に出席しなかった職員に適切な伝達、注意喚起を行うなど、医療関連感染制御に向けた取り組みは適切である。病棟における感染性廃棄物容器の設置場所や運用の把握と改善など、細かいICTラウンドの課題もある。今後も、感染対策に関する問題点を把握して対策を立て、その効果を検証する活動の継続や充実を期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページには貴院の機能や診療科、受診の手続き等を掲載し、随時更新している。近隣医療機関向けには、地域連携総合相談室が「NEWS LETTER」を年3回、各2,000部発行するなど、広報活動を行っている。市民、利用者の立場からも、変化する病院機能や医療サービスの内容に簡単にアクセスできる広報誌（紙）の発行や見やすいホームページの充実を期待したい。地域連携総合相談室は定期的に連携先医療機関を訪問するとともに、症例検討会の開催、リハビリテーション交流会の企画などを行っている。脳卒中ホットライン、整形外科ホットラインがあり、施設間の紹介・逆紹介の手順は明確であるが、返書作成率が向上すると、さらに良い。市民講座、出張講演により年間に3,000名ほどの市民が参加する企画が開催されるなど、地域の健康増進を図るための教育・啓発活動は適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報をホームページ等に公開しており、外来診療、診断的検査、入院の決定、円滑な入院、投薬・注射、手術・治療、輸血・血液製剤投与、急性期リハビリテーションを確実・安全に実施している。医師や看護師による病棟業務は適切であり、円滑に推進されている。重症患者の管理、褥瘡の予防と治療、栄養管理と食事指導、症状緩和、安全確保のための身体抑制、ターミナルステージへの対応等が、薬剤師、各療法士、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、管理栄養士、社会福祉士、事務職員などのチーム・ダイナミクスで、手順を整備・遵守して提供されている。

診療・看護・リハビリテーションの計画も分かりやすく説明しており、医療相談への対応、患者や家族への退院支援、継続した診療とケアの実施、退院後を見通した地域連携も適切である。専門看護師による看護外来の設置、看護介入の必要性を判断するために外来看護師が全例に行う退院後初回外来スクリーニング、薬剤師による定時内服薬の服薬タイミングごとの薬剤カート内へのセット・監査、あるいは

手術室看護師の術前・術後訪問や主治医・麻酔科医・病棟看護師の3名体制で行う術後患者搬送などの取り組みは高く評価できる。電子カルテシステムに導入されたばかりのクリニカルパスの適用率の向上や療法士が参加する褥瘡対策チームの充実などとなるよう、今後の取り組みに期待したい。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

リハビリテーション領域では365日体制のリハビリテーションを提供している。リハビリテーション科医師は毎日外来診察を行い、装具作製でも処方と適合判定を行っている。一般病棟にも急性期担当の理学療法士2名、作業療法士2名を配置し、脳血管疾患の急性期入院からリハビリテーション開始までの平均日数は短い。また、回復期リハビリテーション病棟の在宅復帰率は高い。回復期リハビリテーション病棟では、原則として書類判定のみで直接入院する体制に変更しているが、回復期リハビリテーション病棟の入院に関する基準は明文化されている。医師のリハビリテーション処方と多職種による入院当日の評価によってリハビリテーションプログラムを策定し、ADLは療法士が看護師、介護スタッフと協働してFIMにて採点を行い、診療計画の見直しも適切に行われている。患者・家族用リハビリテーションMAP（クリニカルパス）を作成し、リハビリテーションの流れを理解しやすくするなどの工夫も高く評価できる。

臨床心理士によるメンタルサポートがあり、多段階の嚥下食の提供や、随時、活動量に応じたカロリー（熱量）設定を行うなど栄養管理と食事指導は適切である。毎日、医師による病棟回診が実施されており、組織的に病棟スタッフとの情報共有を密に行なっている。失語症を含む高次脳機能障害で引き続き就労や職能支援が必要な場合には、横浜市リハビリテーションセンターとも連携している。「できるADL」と「しているADL」を分けて採点する体制や、FIMを看護師独自で評価できる体制が整えられるとなお良い。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理、臨床検査、画像診断、栄養管理、医療機器管理、診療情報管理、洗浄・滅菌、病理診断、手術・麻酔、集中治療、救急医療については、自施設内で機能を発揮するために必要な人員や機器、体制を備え、始業前点検や定期的な保守点検を励行しながら良質な医療を構成する機能を適切に発揮している。いずれも、他職種とのコラボレーションによって質を高める取り組みがある。病理医は不在であるが、外部機関への委託、連携医療機関との提携があり、病理診断機能も適切である。放射線治療は施設内で実施していない。

薬剤管理機能では部門内で安全に業務を遂行する管理体制に加えて、他部門における薬剤管理やチーム医療への関与の姿勢が明確であり、評価できる。放射線診断部門は日本に数台しかない脊柱変形や側弯症診断用のEOSを装備し、Smart MIMASによるCT、MRI検査の遠隔診断を実施しており、その機能を24時間、365日体制で提供している。リハビリテーション部門では豊富なスタッフが、広大なスペースと多様なリハビリテーション機器を利用して、休日のないリハビリテーションを実

施している。理学療法、作業療法、言語聴覚療法部門は、それぞれ独自に年度目標の設定と検証を行うなど、質の向上に努めている点も評価できる。回復期リハビリテーション病棟患者に対して、退院後、療法士がフォローアップ評価指導する試みや、継続担当看護師が在宅療養支援を行う継続的な診療・ケアも優れている。

10. 組織・施設の管理

横浜市医療局病院経営本部が作成した中期経営プランに基づき、年度予算が作成されている。執行会議では毎月の経営状況が報告され、会計処理は横浜市監査委員による監査が行われている。今後は月次予算の作成や部門別損益管理など管理手法の導入も検討されると、なお良い。医事業務は主に業務委託により運用しており、施設基準については、毎月、医事課と総務課で人事の情報を含めて遵守状況を確認している。業務委託は総務課が契約管理を行い、委託業務従事者向けの医療安全、感染防止策、個人情報保護などの定期的な教育も実施し、関連する部署で日常管理を行っている。

施設・設備の管理は年次計画を作成し、計画的に施設・設備の保守管理を行っており、廃棄物の収集・運搬なども含めて適切である。物品管理でも、購入・採用にあたっては安全性や効果などを検討して決定し、毎月の棚卸、年2回の使用期限チェックなども実施している。

災害マニュアルを整備して飲料水、食料、備品などを3日以上保管し、定期的に消防訓練の実施、磯子区内4病院合同のトリアージ訓練への参加を行っている。防災センターには常時3名の警備員を配置しており、院内巡視、出入りの監視、監視カメラなどによる保安業務が行われている。夜間・休日の緊急時の連絡体制も明確である。医療事故発生時には原因究明と再発防止に向けて検証を行う仕組みや、顧問弁護士が参画する相談体制があり、医療事故等に適切に備えている。

11. 臨床研修、学生実習

職種毎に新入職員に対する教育プログラムを整備しており、指導者を配置し、研修内容の評価、見直しをしながら初期研修に取り組んでいる。個々人の獲得した能力の評価に応じて、宿直業務に従事するタイミング等にも配慮しており、適切である。医師の初期臨床研修では協力型病院として機能している。

薬剤師、看護師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士などの学生実習は総務課が主管し、職種ごとに受け入れている。実習受け入れにあたっては、医療安全、感染防止策、個人情報の取り扱いなどについて実習元と取り決めを行い、感染症抗体検査や予防接種などについても具体的に確認しており適切である。

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・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	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	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	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	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	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	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	S
2.2.18	安全確保のための身体抑制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	S
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	S
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	S
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	B
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	B
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

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	栄養管理と食事指導を適切に行っている	S
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	B
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	S

2.2.21	安全確保のための身体抑制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	S

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： 2019 年 3 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 横浜市立脳卒中・神経脊椎センター
 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： 市町村
 I-1-4 所在地： 神奈川県横浜市磯子区滝頭1-2-1

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	300	300	+0	77.6	30.9
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					
総数	300	300	+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	24	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	-6
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	6	+6
脳卒中ケアユニット (SCU)	12	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	102	+0
地域包括ケア病床	52	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

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： 1 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

I-2 診療科目・医師数および患者数

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

[illegible]

I-2-2 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	187.75	186.91	187.16	100.45	99.87
1日あたり外来初診患者数	21.99	20.03	20.07	109.79	99.80
新患率	11.71	10.72	10.73		
1日あたり入院患者数	232.94	244.62	246.64	95.23	99.18
1日あたり新入院患者数	7.54	7.87	7.85	95.81	100.25