

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1月30日～1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
------	-------	----

■ 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

貴院は第二武田病院として現在地に開設され、その後、医仁会第二武田病院、医仁会武田総合病院と改称し、京都・乙訓医療圏の伏見区東部の中核となる総合病院として、地域医療を支えている。病院機能評価は初回認定を受けて以降、今回が5回目の受審となり、医療の質の改善と医療機能向上に意欲的に取り組んでいる。

その努力は、年間救急車受け入れ件数4,400を超える救急告示病院としての地域医療貢献、わが国初の体外衝撃波治療の導入に始まる高度で先駆的な医療の追求、初期臨床研修の指導や中国人看護学生受け入れにみられる優れた医療人の育成などの取り組みに顕れている。また、初期臨床研修についても卒後臨床研修機能評価を受けている。「私たちは常に思いやりの心もち、患者さんに信頼される病院でありたい」という経営理念に基づいた医療は、地域の医療機関、医療関連施設と連携・協働しながら、伏見区東部の厚い信頼を得ている。

今回の病院機能評価受審では、病院長や幹部のリーダーシップのもと、信頼し合う職員が一丸となってほとんど全ての領域で適切と考えられる成果を上げていることが確認された。その一方で、計画的に施設・設備の拡充や改築を進めているものの、いくつかの問題点も存在するという認識も共有できた。また洛東・洛南のベッドタウンに位置する病院の性格上、高齢化が進む地域社会に向き合うことも課題の一つである。明るく活気のある病院が、今後とも高度な診療・ケアの提供を通じて住民の健康度を高めて行かれることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院長、看護部長、事務長は各自が分担する業務の課題を明確に把握しており、人材育成にも注力し、明るく活気のある病院で安全で質の高い医療を提供できるよ

う指導力を発揮している。病院グループ全体の経営理念「思いやりの心」および基本方針の下、病院の方針が定められ、明文化されている。病院の年度目標や年度計画は、5年間の中期目標・中期計画と連動して作成されている。職員の就労意欲を高める取り組みとして、師長等多職種の部門責任者が、院長や幹部職員と部署目標の達成や要望などを話し合う機会が毎年持たれている。院内感染対策、医療安全管理など法令に基づく委員会や、各種会議や委員会等の運営規程は整備され、議事録等も確実に残されている。病院内の情報管理には医療情報技師、診療情報管理士も配置され、患者情報の漏洩対策やパスワード管理などはおおむね適切に行われている。総務部が担当する文書管理では電子媒体への対応を明文化されたい。

人材面では、各職種とも法令上の必要数を確保している。看護師の確保に向けては、中国人資格取得者を採用する特色ある取り組みを行っている。また、職種を問わず、育児短時間勤務、育児に関する特別休暇、病後児保育事業、夜間保育を含む院内保育所等の整備など、就業支援に向けた取り組みが実施されている。人事管理および労務管理の規程は制定・周知されているが、有給休暇取得率に関する職種間の偏りについては今後の取り組みを期待したい。職員の安全衛生では、健康診断の受診率向上、感染予防対策の個人防護用具の着用ルールの徹底、手術室でのホルマリンの使用環境の整備等については努力を期待したい。メンタルヘルス対応として臨床心理士によるサポート体制を整備している。

職員への教育・研修のための費用は直近の2年間で2倍以上となっている。医療安全や感染対策の質向上に向けた取り組みには積極的であるものの、職員の2回以上出席率はそれぞれ低い水準にある。すでに工夫も行われているが、さらに組織的に取り組み、100%の出席率を目指されたい。医師・看護師の能力開発は推進され、2016年度には14名の認定看護師が在籍している。その他の職種に関しても認定資格等の取得、専門的研修の受講等が推奨されている。院内講習制度として、AHAプロバイダ、ICLS、BLSコースを開催し、救急医療に関する能力向上に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

「武田病院グループの理念と基本方針」に沿って、患者の権利は明文化されており、貴院の個人情報保護方針とともに、利用者および職員に周知されている。診療記録の開示規程も策定されており、診療現場における説明と同意、医療に関する情報提供、医療相談、セカンドオピニオンの実施など患者の権利擁護への取り組みはおおむね適切に実践されている。また、診療情報の共有と医療への患者参加を促す取り組みも適切に行われている。患者相談窓口を設置し、看護師や医事課員、MSWを含む多職種による連携体制が整備されている。児童・高齢者・障害者虐待についても所要の対応手順を規定し、虐待等対策委員会も設置されており適切である。

主として臨床研究に関する倫理的審査の場として年4回開催される武田グループの倫理委員会があり、臨床における倫理的判断を必要とする課題は貴院内の臨床倫理委員会において審議されている。現場で日常的に行うカンファレンスの検討対象に倫理的課題が意識して取り込まれている。

患者や家族の病院へのアクセスに支障はなく、入院患者・面会者への利便性や快適性は十分に配慮されている。一部の病棟の段差、通路の狭隘など、建築の経年変化による不具合も見かけられる。改築までは、現場での工夫や整理整頓を行うなどの配慮で対応することが望まれる。サービス向上委員会による院内巡視が定期的に行われているが、禁煙活動の推進に向けては更なる取り組みも期待したい。

4. 医療の質

各種相談窓口の設置や相談担当者の配置を行っており、意見箱等に寄せられた意見・苦情への対応の検討はサービス向上委員会などで組織的に行い、結果は患者・家族にフィードバックされている。意見が多数寄せられた場合には、定期的に研修を実施するなど質改善に繋げている。また、日本病院学会が主導するQIプロジェクトへの参加とともに、クリニカルパス導入へ積極的に取り組み、CPCも定期的に関催されている。臨床実績はホームページから公表されている。新たな手技・治療の導入に関しては各学会での診療ガイドラインの運用を原則として行い、実施施設への見学や指導医招聘などの手順を踏み、貴院における安全な実施に繋げた実績がある。薬剤の適用外使用については倫理委員会での検討をより推進されたい。

診療・ケアの管理・責任体制は明確である。また、多職種で構成されたNST、RST、褥瘡対策、緩和ケアなどの専門チームが有効に機能し、外科カンファレンスやがんボードなども実施しており、多職種が協働した診療・ケアは適切に行われている。

診療記録、看護記録、注射・内服処方および各種検査等の指示は、診療録管理規程に則り記載・実施されており、かつカンファレンス、インフォームドコンセントの実施記録も記載されている。さらに、院内統一用語集を策定し適宜改訂もされている。診療記録の質的監査は診療録監査マニュアルに沿って診療録管理委員会が2か月に1回開催され、退院時サマリーの退院後2週以内の作成率も100%と優れている。

5. 医療安全

医療安全対策部門では、医療安全管理委員会の下部の5つの委員会が機能分担しながら事例検討や情報共有などを行っている。安全確保に関するマニュアルは毎年改訂されている。努力の結果、報告件数が増加したインシデント・アクシデント報告は、医療安全管理者が点検し、医療安全対策室で事項・内容等を整理・分析し、再発防止策の検討に繋げている。外部情報は、部署へ紙媒体で配布するとともに電子媒体で職員に周知している。2018年1月から電子端末からレポートの入力が可能となり、さらに全職種にわたる報告文化の醸成を期待したい。

電子カルテおよびオーダーリングシステムが整備されており、患者・部位・検体など誤認防止対策、情報伝達エラー防止対策、転倒・転落防止対策、医薬品の安全使用に向けた対策は、いずれも現場でおおむね遵守されている。手術に際しては、タイムアウト手順に基づいた対応を行っているが、マーキングの方法については医療

安全対策室が主導して統一することが望まれる。医療機器は臨床工学部が管轄・管理し、年2回の全体研修に加えて部署単位の研修も適切に実施されている。職員の緊急時の訓練は、救急医学会認定のインストラクターが主体となって、BLS コースを月2回、ICLS コースを年2回開催するなど、患者等の急変時対応は適切に準備されている。

6. 医療関連感染制御

感染対策部門は、医療安全対策室内に医療安全対策部門とともに設置されている。院内感染管理者である感染管理認定看護師（ICN）は、医療安全管理者や他の認定看護師とともに、医療安全対策室内で情報共有を行いながら医療関連感染制御の活動を行っている。院内感染対策委員会も毎月開催され、委員会、ICT、院内感染管理者、それぞれが明確な権限を持って取り組んでいる。

院内感染対策マニュアルは院内外の情報を参照しながらタイムリーに改訂されている。ICT ラウンドは耐性菌保有患者、職員のマスクの装着状況・手指消毒の徹底、5S などを確認するとともに、患者の療養環境にも力点を置いて実施されている。許可制および届け出制の抗菌薬に関する介入、施設内アンチバイオグラムを作成、血液の2セット培養提出率や予防的抗菌薬投与実施率の高さ、アウトブレイク疑いの事案への対応実績、いずれからも組織的な取り組みが行われていることが認識できる。

さらに、周辺医療機関と連携した取り組みも確実に実施している。なお、各部署の物品・設備管理を医療関連感染制御の視点から見直し、職員の清潔意識の強化、PPE のマニュアルに沿った設置、感染性廃棄物の分別ルールの修正や遵守状況のチェックなども実施している。

7. 地域への情報発信と連携

病院案内、広報誌、ホームページなど各種媒体で、診療内容やサービス等に関する情報を地域へ情報発信している。診療実績はグループの年報を作成し、定期的な更新は総務課が行っている。いずれの患者向け機関紙や医療関係者向けニュースも定期的に刊行され、またホームページもタイムリーに更新されており、適切である。

地域の医療関連施設等の状況把握および連携機能強化は地域医療連携室が担い、紹介・逆紹介の推進にも努力し、紹介元施設への返書管理は100%の報告が実施されるなど地域の医療関連施設等との連携は適切である。宇治久世医師会の「宇治久世あんしんカード」の連携病院の中核を担い、地域住民が夜間・休日の発症・急変時に安心して医療を受けられるように貢献していることは評価できる。地域住民向けの公開講座や、医療従事者向けの研修会・講演会などが積極的に行われている。病院でのコンサートが年1回盛大に行われ、かつ24年間継続できていることも評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来から入院、さらに退院、療養継続までの業務は、個別にアセスメントされた患者の特性や状態を電子カルテで共有し、多職種が診療・ケアに意欲的に従事している。患者が円滑に診察を受けられるように、初診時には総合受付窓口職員、再来対応としてナースングローディネーター等が案内を行っている。外来診療においては予診票や「診療情報提供書」が利用され、看護師は予診から得られた情報にもとづいてトリアージを行っている。主要な診療科は18時前後から夜診を行うことによって、患者サービスとともに午前あるいは救急医療センターへの患者集中の回避を試みていることは高く評価できる。病床コントロールには看護部が適切に関与し、弾力的に運営されており、必要に応じて集中管理できる病床も選択されている。

診断的検査の必要性とリスクについて説明と同意が適切に実施されている。入院直後に患者基本情報の収集と各種リスクアセスメント（栄養、転倒・転落、褥瘡など）が行われ、多職種が関与する入院診療計画書が適時に作成されている。以後も病棟では多職種が参加するカンファレンスなどで情報共有を図り、診療計画が適切に作成・実施されている。退院後を見通して、各病棟に退院支援専任者、地域医療連携室・相談窓口には社会福祉士など必要な職員が配置され、院内関係部署や院外機関などと連携・調整する仕組みもある。

医師・看護師の病棟業務は適切に行われている。投薬・注射、輸血・血液製剤の投与、周術期の対応、褥瘡の予防・治療、栄養管理・食事指導、症状緩和、リハビリテーション、重症患者の管理、身体抑制・行動制限は、いずれも手順化して適切に行っている。外来通院に際しては、安心して継続した診療・ケアを受けることができる仕組みとして、認定看護師を中心とした看護外来（糖尿病透析予防外来、フットケア外来など）がある。

がん患者に対しては、生活のしやすさに関する質問票などを用いて状態を把握し、必要に応じてがん性疼痛看護認定看護師、緩和ケア認定看護師が介入している。緩和ケアチームとしての積極的な働きかけもあり、部署の看護師や主治医、臨床心理士などが協働して、患者・家族の意向を尊重したケアを提供している。臓器提供の意思確認については、事前確認の方法について検討されることが望まれる。

9. 良質な医療を構成する機能

良質な医療を提供するための設備・機器などが整い、人員もほぼ充足している。貴院の基本方針として人材教育を重視することで、部内教育も充実し、現場の診療・ケアで専門性を発揮している。

全病棟に薬剤師が配置され、24時間体制で薬剤師が院内の薬剤管理に対応している。1施用毎の薬剤取り揃え・払い出し、処方鑑査、ハイリスク薬の表示や注意喚起などにも継続的に努力されている。臨床検査における検体採取、ラベリング、整備された機器による検査実施、機器精度管理、異常値やパニック値への対応など、各検査プロセス全体の質は適切に担保されている。画像診断部門は緊急症例の

MRI や CT を全て当日枠で検査しており、心臓・脳血管カテーテル検査を含めた全検査に 24 時間対応できる体制を整えている。給食業務では選択メニュー、行事食、残食量調査による不人気メニューの変更等を行い、患者の嗜好に配慮した食事提供が行われている。リハビリテーションは急性期病棟と地域包括ケア病床を有する病院の部門としての役割を適切に担っている。診療情報は診療録管理室が担当し、2 週間以内の退院時サマリーは作成率 100%と適切である。臨床工学部には 20 名超の臨床工学技士が配置され、ME センター・透析室・手術室・病棟などでの医療機器の管理業務を行っている。主要機器は中央化され、夜間・休日の貸し出しシステムも電子化されている。器材等の洗浄業務はおおむね適切である。

病理部門は年間 150 件を超える術中迅速検査を自施設で行い、細胞診は外部委託している。輸血・血液管理業務、手術・麻酔機能も適切に発揮されている。集中治療機能を有する ICU、CCU は看護師の人員配置や医療機器の配備・整備など療養環境は適切である。医療機器は、毎日臨床工学技師による点検が行われている。救急部門は地域救急機関との研修会を開催し、「断らない方針」を地域に伝える努力を行っている。虐待対応に関しては対応マニュアルも整備されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理に関しては、年度事業計画に基づき、月次の予算計画に対して、勘定科目の予算との対比、前年比等収支管理資料を毎月作成して検証が行われている。レセプト点検、査定項目の原因や再審査請求などの検討、未収金への対応等にも能動的に取り組んでいる。監査役による会計監査が実施されているが、2018 年度から外部監査法人の会計監査を受ける予定である。経営・運営上の課題の抽出やその改善方法の立案について、幹部会議等で病院として検討する仕組みが機能している。

各種業務委託、購買施設管理部が担当する施設・設備の管理、グループ関連企業に委託する物品管理も適切に実施されている。さらに、物品の統一化、購入データとレセプト請求データの突合、物品に発生した不具合等についても、グループ内の各購買担当部署と連携しながら取り組み改善に繋げる仕組みが確立しており、物品管理に向けた体制は模範的である。ディスプレイ製品の再利用は一切しない方針が徹底されている。

「防災マニュアル」等が整備され、職員は初動対応に備え、災害対策関連の訓練等を定期的に行っている。医薬品や食料品・飲料水の備蓄、水害対策の土壌や防水板等の整備、ライフラインに対応した給電システム等、充実した体制・設備等が確保されている。保安体制は、防犯ブザー・不審者の侵入を防止する防犯カメラ等の設置やスタッフ応援体制の確立が図られ、警察 OB が防犯トラブルの対応窓口として配置されている。「院内事故発生時対応マニュアル」に医療事故発生時の報告・対応手順が明記され、重大事故発生時には、患者の治療を優先した誠意ある対応を行うという方針のもと、患者・家族への説明から、事故原因の分析・改善を行うまでの手順等が整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医科の基幹型・協力型臨床研修病院、歯科の単独型臨床研修施設の指定を受けている。研修指導体制は適切で、研修管理委員会は年3回開催され、研修評価や研修終了判定が行われている。研修指導医連絡会が毎月開催されていることは評価でき、研修医への対応・評価も日常的に行われている。また研修医の意見、希望の把握に努め、EPOC以外に研修医の同僚評価も行われており、適切にフィードバックされている。研修環境は適切に整備され、臨床研修の第三者評価の認定を受けており、研修医を病院全体で育てる取り組みがある。

看護師、薬剤師、臨床工学技士、セラピスト、管理栄養士、臨床検査技師、医療事務、診療情報管理士、救命救急士などの病院実習が行われている。対象の学校側との契約、医療安全管理・感染管理に関する事項や個人情報の取り扱いについてのオリエンテーションも徹底している。また、実習後には評価基準等に基づいた評価を行うなど、計画に沿った病院実習が適切に行われている。なお、病院として22名の中国人看護師育成が行われていることは特筆すべきである。

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病院の方針を決定している	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	B
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	医療サービス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	B
1.6.4	受動喫煙を防止している	B

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	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	B
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	急性期の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	B
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	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	文書を一元的に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	A
4.3.3	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	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	S
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： 2016年 4月 1日～2017年 3月 31日
 時点データ取得日： 2017年 10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 医仁会武田総合病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 京都府京都市伏見区石田森南町28-1

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	500	434	-26	86.7	14.8
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	500	434	-26		

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	+0
集中治療管理室 (ICU)	5	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	5	+0
ハイケアユニット (HCU)	4	+4
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+3
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	2	+1
人工透析	44	+0
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	60	+60
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： 6人 2年目： 6人 歯科： 1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

