

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7月31日～8月1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

貴院は開院以来、地域の基幹病院として高度医療に対応できる機能や体制を整備し、診療内容を質量ともに拡充してきた。現在は札幌二次医療圏において、地域の医療機関と連携し、協調体制をとりながら、年間数多くの救急搬送を受け入れる二次救急医療を担っている。徳洲会グループの基本理念を踏まえ、病院としての理念に基づき医療活動に取り組んでいる貴院は、病院機能評価も継続的に受審しており、この度の審査でも、管理者の強いリーダーシップのもと職員が一丸となつての、安全・良質な医療を目指す取り組みが確認された。例えば、継続的質改善に向けた取り組みでJCI、JMIP、JCEPなど他の第三者評価も積極的に活用されていることは、高く評価される。特に、外国人患者の受け入れについては、通訳者を擁する支援室を設置し、多数の実績を有する。北海道がん診療連携指定病院、札幌市災害時基幹病院、臨床研修病院に指定されている他、先進医療の認可を得て、高難度の医療にも取り組むなど、地域からの期待も大きい。

評価される多くの取り組みの一方、今後の進展が期待される内容もあるが、今回の審査結果を十分に活用され、診療機能や医療安全のさらなる向上が図られるよう、期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念は患者や職員に向けてわかりやすく明文化され、定期的な見直しとともに病院内外への周知も適切に行われている。病院管理者・幹部は、事業計画に基づき策定された病院の将来像や重点項目を職員に明示し、その解決にリーダーシップを発揮している。病院運営に必要な会議・委員会も適切に開催されており、効果的・計

画的な組織運営がなされている。情報の管理・活用の方針は明確である。文書管理体制では、規程に則った院内の仕組みが構築されている。

病院の機能・規模や業務量に見合った人材確保のための努力が見受けられるが、一層の取り組みを期待したい。就業規則をはじめ人事・労務管理に必要な規程類が整備され、職員への周知も適切になされている。衛生委員会が機能しており、職員の健康診断は非常勤医師を含め確実に実施されている。職員の意見・要望は、満足度調査により把握と検討がなされている。就業支援に向けた配慮や福利厚生など、魅力ある職場とするための様々な努力がなされている。全職員を対象とした教育・研修は、委員会が主管して実施されている。職員の能力・業績評価は、人事考課規程に基づき適切に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明確に定められ、患者・家族、職員に周知されている。セカンドオピニオン、日本語を理解できない患者や障害のある患者へのサポート、診療記録の開示も適切に行われている。説明と同意は適切に実践されており、同意書の取得が必要となる診療行為の範囲や方針を整備し、入院案内等に記載して患者・家族に周知されている。情報提供や誤認防止策に関しては患者の協力が得られており、書籍・各種パンフレットを容易に入手できる工夫や健康教室の開催など、疾患や予防に関する情報を得やすい環境整備に配慮されている。患者・家族からの相談に対応する窓口の設置、メディエーター研修を受けた職員の配置などにより、患者からの要望・苦情などの情報が集約・活用されており適切である。改正個人情報保護法に準拠した規程や方針および利用目的などについて、様々な媒体を通して内外に周知している。倫理規程を明文化し、病院としての倫理的課題に対する枠組みが整備されている。倫理コンサルテーションチームの介入や、外部委員を交えた委員会の開催に加え、現場で発生する倫理的課題は、看護師などが問題点を把握・抽出し検討している。部署で解決できない場合は、多職種カンファレンスや、コンサルテーションチームの関与により解決を図っている。

障害者用を含む駐車場が整備され、玄関にはスロープや屋根が設置されている。全館でバリアフリーが確保され、廊下幅も広く、手摺りなども設置されている。車椅子などの備品の管理や修理の仕組みも適切で、院内の整理整頓についても清潔・安全・利便性に配慮しており、いやしの環境づくりにも配慮され、良好な療養環境が整えられている。敷地内禁煙が徹底されており、禁煙を推進している。職員に対しては禁煙勉強会などにて啓発しており、喫煙率は減少している。

4. 医療の質

各病棟に意見箱が設置され、寄せられた意見は委員会を通して各部署へ伝達し、会議で対応策を検討・決定して、改善活動につながる仕組みとなっており適切である。臨床指標に基づく質向上に向けた活動が活発に行われ、病院全体で共有されている。診療ガイドラインやクリニカルパスも適切に活用されており、各種のカンファレンスも適時に行われている。各部署でテーマを決めて改善活動に取り組んでお

り、結果を年次大会で発表して、優秀賞を投票で決めている。また、JCI などの第三者評価も積極的に活用されており、組織横断的、継続的な質改善の取り組みについては高く評価できる。新たな医療の導入の際には、安全面と倫理面から検討された上で、会議にて最終決定がなされている。関係する各職種のトレーニングも計画的に行われている。

外来・病棟の診療・ケアの管理・責任体制は明確である。スタッフステーション入口には診療責任医師名、看護師長名、担当薬剤師名、担当社会福祉士名を明示し、主治医や担当医も患者・家族にわかりやすく表示されている。診療記録は記載基準に基づき適切に記載されている。診療科や職種の枠を超えた感染対策、褥瘡対策、栄養サポートなどの専門チームの診療・ケア活動やカンファレンスなどに、計画的に取り組まれているが、さらに活発な活動を期待したい。

5. 医療安全

医療安全についてのマニュアルが整備され、適宜改訂されている。院内のインシデント・アクシデントは、それぞれのフローチャートに沿って速やかに報告する仕組みがあり、多くの収集実績がある。部署での事例分析を行い、医療安全管理室へ報告している。

マニュアルに、患者確認の識別子や手順が定められている。また、手術を含む侵襲的処置を行う時のマーキング・タイムアウトの手順が明文化され、実施・記録されている。チューブの誤認防止対策も、統一したルールがあり実践されている。情報伝達エラー防止対策では、指示出し・変更・中止手順が明確であり、口頭指示もマニュアルに明記され適切に行われている。薬剤の安全使用では、ハイアラート薬が定義され、管理・保管も適切である。抗がん剤のレジメン管理なども適切である。外来で転倒・転落の危険性の申し出があった場合や入院時に、転倒・転落のリスク評価を行っている。リスクがある患者には周囲から注意が向けられる仕組みがある。医療機器の使用では、新入職者に輸液ポンプ・シリンジポンプの研修を行っている。心電図モニターなどのアラーム設定は医師が行い、アラーム状況確認はチェック表に基づいて行われており適切である。急変時対応では、院内緊急コードが設定され、RRS もあり、RRT が要請に応じている。救急カートの点検・記録も適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

感染対策室に ICN が配置され、感染制御チーム（ICT）が適切に感染制御の実務を担当している。抗菌薬適正使用支援チーム（AST）が設置され、抗菌薬の適正な使用を指導している。感染対策に関する委員会は、ICT および AST からの報告に基づいて感染制御活動方針を検討し適切に決定している。院内感染対策のマニュアルも整備されている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は ICT が中心となっている。微生物サーベイランスを適切に行い、JANIS に参加している。アウトブレイクは院内定義が明文化され、活動実績もある。保健所等からの情報も院内で共有・活用され適切である。周辺の医療機関との連携による地域の感染制御にも取り

組んでおり、医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は適切である。

標準予防策があり、PPE の使用基準や手順が遵守され、その状況を ICT が把握・評価・指導している。手指衛生の遵守を課題として ICT がラウンドし、手洗い確認や知識・認識を強化するための指導・啓発活動を行っている。抗菌薬については、各診療領域での抗菌薬使用ガイドライン、手術時予防的抗菌薬使用ガイドライン等が整備され、AST の関与もある。抗 MRSA 薬等の特定の抗菌薬は届け出制で、投与期間に関しては AST や病棟薬剤師が注意を払っており適切である。

7. 地域への情報発信と連携

広報は、担当部署が住民および関係医療機関向けの活動を行っている。定期発行の広報誌は、医療講座の参加者や関係医療機関へ配布されている。また、ホームページを中心に診療時間、外来休診情報、治療実績、講演会情報など必要な情報が都度更新され、わかりやすく情報が発信されており適切である。入退院支援センターが、主に外来、入院患者の紹介受け入れや逆紹介への対応、医療・介護施設への退院支援を担っている。地域の医師会ネットワークへの参加や救急隊との意見交換会を実施し、連携を行っている。地域の医療機関の診療科、診療時間などの情報を収集し、ホームページに掲載する等、紹介できる体制が整備されており適切である。地域における自院の役割を明確にし、専門医による住民対象の講演会を、定期的に各地区で開催しており、回数・参加者も多い。専門的医療から予防分野も含めた啓発活動に熱心に取り組んでいる。医師を中心に、地域の市民センター、コミュニティセンター、介護施設など地域での講演を数多く、かつ継続して実施しており評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページにおける、受診に必要な情報は外国語にも配慮されている。総合案内では、アセスメント系の看護師の配置や救急外来看護師による応援体制などがあり、緊急性に応じた優先度の判断も即座に行われている。待ち時間調査の実施や対策も取られている。外来診療では、患者に関する情報等を適宜収集している。侵襲を伴う検査や治療に関しては文書で同意を得ている。侵襲的な検査の際にはあらかじめ説明し同意が得られ、実施時には患者確認、検査部位の確認、安全性の確保が適切に行われている。入院の決定は担当医による医学的判断に基づき、説明後に同意を得て行われている。入院決定後は入退院支援センターに引き継がれる体制が構築されている。患者・家族の要望にも配慮された入院診療計画書が、多職種により迅速に作成され、説明されている。入退院支援センターでは、様々な相談に対応できており、内容により専門職種や関係する部署や機関に繋げている。また、入退院支援室では、患者が円滑に入院できるための入院手続きや入院案内の体制が確立しており、緊急入院時の対応も円滑に行われている。

主治医は日々回診して患者の病態を把握しており、検査や画像診断の結果と評価も確実に記録されている。医師をはじめ、多職種によるカンファレンスが定期的あるいは必要時に行われている。看護基準・看護手順、勤務表作成基準があり、定期

的に改訂している。看護記録は看護理論に基づいており、身体的・心理的・社会的側面から把握と援助がなされ記録されている。投薬・注射は安全に行われている。輸血は適応の判断、説明と同意、血液型・交差試験、患者確認、輸血時の観察、副作用への対応などが、手順に則って適切に行われている。周術期の対応は、手術・麻酔の説明と同意、患者・部位確認、遺残防止、覚醒の確認、肺動脈血栓予防策など、適切に行われている。ICU、HCU、重症用病室が重症度に応じて選択され、多職種が参加したチーム医療が適切に行われている。褥瘡マニュアルがあり、すべての入院患者に対して褥瘡リスクアセスメント評価を行い、リスクの高い患者に対しては褥瘡対策チームとNSTが介入し、ラウンドカンファレンスも行われている。栄養評価に基づき、食事内容や多様な食事形態の選択を行い、患者の状態に応じた栄養管理や摂食・嚥下障害への支援が行われている。症状緩和については、マニュアルやガイドラインを整備し、患者の訴えや疼痛評価スケールを基に、関係職種の介入や事前指示などで適切に対処している。必要な患者には、日曜・休日もありリハビリテーションが継続されており、安全対策も確実である。身体抑制は原則として実施しない方針であるが、実施せざるを得ない時は説明・同意を経て、観察・アセスメントを行い、早期解除に努めている。入退院支援室の看護師と社会福祉士が中心となり、早期から介入が必要な患者を把握し、多職種にて計画的な支援を行っている。在宅支援や継続的な治療や処置が必要な患者には、関係職種間の情報共有により、継続した診療・ケアを適切に実践している。退院前後の訪問指導も行われている。院内方針に基づいたターミナルステージの対応が実施されており、多職種によるカンファレンスで患者・家族の意向を尊重したケアを実施している。デスカンファレンスは看護師が中心となって行われ、必要時医師も参加している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、病棟薬剤師の配置、日当直体制、疑義照会の対応記録、調剤鑑査、注射薬の1施用ごとの払い出し、薬剤師による抗がん剤の調製・混合など適切である。臨床検査機能は、医師を中心に24時間体制で必要な検査を提供しており、内部・外部の精度管理、患者誤認防止、パニック値の報告なども適切に行われている。画像診断機能では、適宜の撮影のための技師の配置は評価できるが、読影率の向上が期待される。栄養管理機能では、食材の搬入から保管、下処理、調理、盛り付けおよび配膳に至るまで、一連の作業で衛生管理が徹底されている。リハビリテーション機能では、医師が配置され、療法士や看護師との情報共有も確実に実施されており、リハビリテーションの継続性についても評価できる。診療情報管理機能では、病名や手術名のコーディング、量的点検が実施され、新規患者登録における二重登録防止の仕組みもある。電子カルテのシステムダウンに備えたマニュアルが整備されており、適切な運営がなされている。病棟使用の人工呼吸器、輸液ポンプ類などを中央管理し保守・点検している。貸し出し・返却はバーコード管理が中心であり、夜間・休日の貸し出し体制も整っている。外来・病棟での使用済み器材は専用容器で中央材料室に運ばれ、洗浄・滅菌されており、ワンウェイ化され交差しないよう配慮されている。

病理医と細胞検査士による体制で必要な病理診断を提供しており、内部・外部精度管理、患者・検体誤認防止、術中迅速検査、剖検、CPC の開催、ホルムアルデヒドの管理なども適切に行われている。放射線治療は医師、放射線治療品質管理士かつ医学物理士および看護師による体制で行われており、医師により治療計画が作成され 3DCT シミュレーションを実施し、リニアック (IMRT) による頭頸部がん、乳がんをはじめ必要な放射線治療に対応している。輸血・血液管理機能は責任医師が定められ、認定輸血検査技師を中心に 24 時間対応されており、輸血の保管・払い出し・返却・廃棄の他、適正使用や廃棄率の低減にも取り組んでいる。全身麻酔は全例が麻酔科管理で行われ、覚醒・退室の判断、病棟への搬送、術後の観察なども安全に行われている。ICU は責任医師を中心に、各科の協力体制で円滑なベッドコントロールが行われている。救急医療機能は、救急医を中心に、年間数多くの救急患者を 24 時間体制で受け入れている。病床稼働率が高くベッドコントロールに苦心する中で、ERHCU の活用や地域医療機関との連携により断らない救急を実践しており、高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

会計処理では決算による財務諸表を作成し、外部監査も実施されている。各部署からの要望も取り入れ、次年度の事業計画が策定され、会議で実績報告・分析・対策が検討されており適切である。医事業務では、窓口収納業務が合理的に行われている。レセプト点検の仕組みもあり、査定・返戻に対しては、会議を通じて医師へフィードバックがなされている。未収金の対応や施設基準の遵守体制も適切に行われている。業務委託については、委託業者の選定が適切に行われ、委託業者から品質管理データの提出を受け、委託業者に対する評価表を提出し、改善を促す仕組みがあり適切に管理されている。施設・設備は、主要なライフラインの年間計画に基づく点検が実施され、日常点検もなされている。設備に関する災害時など緊急時の対応手順も、災害時マニュアルが策定され各部署へ周知されるなど適切である。物品管理は SPD により運営され、内部牽制機能も有している。購入物品の選定は委員会で検討される仕組みがある。

災害時マニュアルが策定され、緊急時の責任体制を明確化して各部署に周知されている。自家発電の動作確認もなされ、3 日分の燃料も蓄えられて、近隣業者との連携も取られている。災害時、グループ病院からの支援を受けられる体制も整備されている。保安業務は、防災センターに警備員が配置され、定時の巡視および施錠管理を実施している。医療事故への対応では、手順が整備されており、発生時には直ちに病院長へ報告され、調査委員会の開催・検討とともに、必要に応じて第三者を交えた検証を行う体制が構築されている。

11. 臨床研修、学生実習

研修医については、計画に則った研修が実施されており、指導者評価も実施されている。看護部では、新人と現任それぞれの初期研修プログラムによって、指導者との定期的な面談による進捗、達成度の評価がなされている。薬剤部では指導者認

定を受けた薬剤師が、プリセプターとして教育に当たる体制が取られている。法人内施設間の異動、研修も含めたプログラムによるキャリアアップ形成を実施しており適切である。学生実習は医師、看護師、療法士、薬剤師等を受け入れている。養成校とのカリキュラム調整が行われ、必要な課題が確実に実施されるよう取り組まれている。医療安全や感染対策などの院内ルールや守秘義務の遵守などを徹底している。

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	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	S
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	S
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	A
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	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	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	B
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	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	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	A
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	S

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	B
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	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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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：医療法人徳洲会 札幌東徳洲会病院

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：北海道札幌市東区北33条東14-3-1

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	325	325	+0	96.9	11.9
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	325	325	+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)	10	+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)	16	+4
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	1	+0
人工透析	38	+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	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

DPC対象病院 (II 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： 10 人 2年目： 11 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
 オーダリングシステム ☒ 1) あり ☐ 2) なし PACS ☒ 1) あり ☐ 2) なし

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移2