

## 総括

### ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」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 8 日～7 月 9 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 1 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 1  
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

貴院は開設以降、2003 年には療養機能病床の必要性が高まり、一般病床を回復期リハビリテーション病棟、特殊疾患療養病棟に区分けしている。2007 年には新館メディアケアプラザが増築され、リハビリテーション施設の拡大・充実がなされ、現在の 3 種類の病棟編成となっている。自然環境に恵まれた立地条件の中、温泉を利用した温水プール、大浴場、足湯・手湯の設備を整備し、リハビリテーションを中心に「思いやりのある心で信頼される優れた医療を目指します」という理念の実現に努めている。また、運営方針の「優れた医療人の育成」として専門医・認定医、認定看護師、診療看護師の育成にも注力している。職員が働きやすい職場環境作りのために、ワークライフバランスの取り組みも実践されている点は評価できる取り組みである。今回の訪問審査の結果、課題に挙げられた点について検討し、今後の改善につなげていかれることを期待したい。また、本館の建て替え、電子カルテ導入等、大きな課題を抱えておられるが、温泉力を活用して、地域医療に貢献されることを期待する。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念と運営方針が明文化され、ホームページや病院案内、入院案内、院内掲示、広報誌等で周知されている。病院管理者・幹部は、病院の課題をそれぞれの立場で解決にむけて、リーダーシップを発揮している。運営に必要な会議・委員会が開催され、事業計画、収支予算案が策定されて、計画的に運営されている。検討中である BCP の作成を進めることを期待したい。現在導入している情報システムはあるが、診療機能全体としてのシステムとなるよう、今後の方針を委員会等で検討されると良い。文書管理規程は策定されているが、規程に基づいた組織的な管理ができる体制の構築を期待したい。

医療法・施設基準に対する法定人員は確保されている。人事・労務管理に関する各種規則・規程は整備され、必要な改定は随時行われ、職員へ周知が図られている。職員の安全衛生管理はおおむね適切に行われている。頻度は少ないもののホルムアルデヒド製剤を使用する場所については、適切な作業環境の整備を期待したい。働きやすい職場環境作りのため、ワークライフバランスの取り組みが行われ、育児休業の取得奨励、子育て手当、ベビー手当が支給されている。医療安全・感染管理に対する全体研修は適切に実施され、e-ラーニングを導入し、教育・研修を受ける仕組みが準備されている。年2回人事考課制度に基づく育成面談が実施され、キャリア別研修会や資格取得支援の制度があり、職員の能力評価・能力開発は適切に行われている。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、ホームページや院内掲示で患者・家族・職員へ周知されている。説明・同意に関する方針と手順は、説明・同意に関する書式の標準化に向けた取り組みを期待したい。患者用のクリニカルパス、入院診療計画書、各種パンフレット、リーフレットを活用し、疾患や治療経過について説明され、患者の理解を深めるための支援に取り組んでいる。地域医療連携室に社会福祉士が配属され、患者・家族からの相談に対応されている。患者の個人情報・プライバシーは、個人情報保護方針が明記され、適切に保護されている。臨床現場で倫理課題が生じた際は、緩和ケア認定看護師が対応し、緩和ケアチームが協働する仕組みがあり、活動実績がある。輸血拒否やDNARの対応は、組織として規定しているが、その他、日常の現場で生じている倫理課題についても、必要時は倫理委員会で検討する等、組織課題としての取り組みが望まれる。

駐車場・駐輪場を確保し、最寄り駅間との無料シャトルバスが運行されている。院内はバリアフリーとなっており、療養中の利便性・快適性へは適切に配慮されている。診療・ケアに必要なスペースが確保され、トイレや浴室等は清潔で安全性に配慮され、安全かつ良質な療養環境が整備されている。温泉を活用した足湯や大浴場もあり、患者のいやすとなっている。敷地内禁煙が宣言され、周知されている。禁煙外来が実施され、禁煙外来による禁煙達成率の経年推移状況がホームページに実績データとして掲載される等、禁煙推進活動は評価できる。

#### 4. 医療の質

院内に6ヶ所設置している「投書箱」により、患者・家族からの意見・要望を収集し、入院患者には、コミュニケーションカードを配布し、改善に活用している。毎週、新入院患者検討会の治療方針の検討や情報の共有が行われ、全死亡症例のデスカンファレンスが行われている。クリニカルパスは作成され使用されているが、クリニカルパス委員会における新規作成・見直し等の検討を期待する。ワークライフバランス委員会で医療従事者の業務改善を検討している。診療用放射線の安全管理に係る医療法施行規則の改正内容を把握し、保健所からの指摘と共に適切に対応されるよう期待したい。新たな診療・治療方法への対応は、適切に行われている。

病棟の医師、看護師の責任者名を、患者・家族に適切に伝わるような表示を期待する。紙カルテによる診療であるが、判読できる文字で必要な情報が記載されている。外来カルテの診療録の記載について適切な記載となるよう、診療記載マニュアル等の整備が望まれる。NST・ICT・褥瘡対策チーム・緩和ケアチーム・人工呼吸器管理チーム・診療チームが設置され、チーム回診を行い、治療・ケアの介入を実施している。専門チームに限らず、ALS患者や呼吸器装着患者の生活支援、在宅支援等、部署間における診療・ケアの協働と継続が行われている。

#### 5. 医療安全

医療安全管理部門があり、院長が統括し、専任の医療安全管理者（看護師長）を配置している。医療安全対策委員会、部門内会議が開催されている。リスクマネージャーを各部門に任命し、自部署のインシデントに対応している。医療安全対策マニュアルの改訂は随時行われ、履歴も残されている。インシデント関連の報告書は、「ヒヤリハット報告書」と「事故報告書（レベル3b以上）」があり、医療安全管理部門に提出され、集計・分析・対策をしている。院内ラウンドを行い、取り組み中の対策等の評価を行っている。各部門では、リスクマネージャーや医療安全担当看護師等が中心となり、インシデント事例のSHELL分析や対策を実施・評価している。

患者誤認防止では、患者自身にフルネームを名乗ってもらい、ラベルの患者名、リストバンド、注射処方箋等による確認を行っている。入院カルテは、指示出し、指示受け実施などは適切に実施されているものの、外来カルテについては今後記載の標準化が期待される。検査結果のパニック値については、検査技師が主治医および病棟に速やかに報告する仕組みがあり適切である。薬剤の安全な使用に向けた対策はおおむね適切であるが、ハイリスク薬の表示については見直しが望まれる。全入院患者は、「転倒転落アセスメントフローチャート」を用いてリスク評価され、危険度に応じた予防策が立案・実施されている。輸液ポンプ・人工呼吸器等の医療機器は、臨床工学技士により一元管理され、安全に使用されている。院内救急コードが設定され、一斉コールで職員が参集する仕組みが構築されている。救急カートは病棟・外来に配備されており、カート内の医薬品等は標準化が図られ、看護師と薬剤師により点検されている。

## 6. 医療関連感染制御

院内に感染症対策委員会が設置され、下部組織として ICT があり、院内の各部門の感染防止対策の実施状況の把握や指導を行っている。ICT ラウンドを実施し、院内の感染発生状況の把握と対応策の検討を行っている。

院内感染対策マニュアルに基づき、各部署には速乾性手指消毒薬や個人防護用具が配備され、汚物処理は適切に行われている。血液・体液の付着したリネンの保管方法や場所も適切である。抗菌薬の採用と削除は、薬事審議委員会および院内感染対策委員会が関与して決定している。抗菌薬の使用は感染対策マニュアルのガイドラインに従って適切に行われ、使用状況が定期的に医師へフィードバックされている。指定抗菌薬の使用は届け出制で運用されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報委員会がありホームページでの情報提供や広報誌の作成が行われている。広報誌は年 4 回発行され、院内での配布や地域で連携する開業院や病院、福祉施設等へ配布されている。相談業務と地域連携業務を担当する地域医療連携室に社会福祉士 4 名、事務職 1 名が配属され、地域の医療関連施設の機能や情報を収集しファイルに保管し、紹介時に患者・家族への情報提供の資料としている。施設間の紹介・逆紹介への対応は、地域連携室が一元管理し、紹介・逆紹介の施設名や件数についての情報管理が行われ、統計が取られている。地域の現状や問題点把握のために、年 2 回開催のつなぎ地区地域ケア会議に参加し、生活習慣病勉強会や「住民のための糖尿病教室」を院内で実施している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受付マニュアルに基づき、医事課受付にて初診患者・再診患者・紹介患者をそれぞれ区分けし、円滑に診療を受けられる体制が整備されている。外来診療は、担当医師により適切に実施されている。地域の医療関連施設からの紹介は、適切に受け入れており、紹介に対しては、患者来院時も含め、段階に応じた返答と情報提供を行っている。また、患者・家族の了解を得て、適切な他施設へ紹介されている。診断的検査は、説明し同意後に実施されているが、説明同意書の様式は検討し見直されると良い。患者・家族からの医療相談は、地域医療連携室の社会福祉士が対応している。相談内容により医師や看護師等の適切な対応者に振り分け、相談の継続性と解決を図っている。入院時は、病棟看護師が患者を案内し、病棟オリエンテーションを行っている。予約入院・緊急入院とも、迅速に病床が決定され、必要な説明を実施している。

医師・看護師は、病棟業務を適切に行っている。投薬・注射、輸血・血液製剤の投与は、おおむね適切に実施されている。入院時に全患者に対して褥瘡のリスク評価が行われ、評価結果に基づいた看護計画の立案や褥瘡診療計画書を策定し、治療経過を記載している。栄養管理は、入院患者の栄養スクリーニングシートが作成され、管理栄養士が評価・管理を行っている。症状緩和は、緩和ケアチームマニュアルに準じて、がん・非がん患者に積極的に実施されている。「身体抑制 0」を目標

とし、抑制患者の減少に取り組んでいる。医師は身体抑制フローチャートを記載し、看護師とのカンファレンスで抑制の必要性の判断をしている。退院支援シートにより、退院困難な要因について評価し、退院支援看護師や社会福祉士による介入が行われている。退院後は、「在宅療養スクリーニングシート」の活用、同法人の通所リハビリテーションや訪問看護ステーションとも連携し、継続した診療・ケアを提供している。ターミナルステージは「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関する当院の方針」等に沿い、医師・看護師・薬剤師等で多職種カンファレンスを行い、医療者間で十分な確認を実施して決定している。

#### ＜副機能：リハビリテーション病院＞

急性期病院からの転院相談は、地域医療連携室で受け、多職種でのベッドコントロール会議または病床管理会議で入院適応の判断がなされている。リハビリテーション処方、各職種の初期評価のあと、担当者会議があり、問題点を確認し、リハビリテーション総合実施計画書を作成し、患者・家族に説明する流れになっている。カンファレンスは定期的に行われている。医師はリハビリテーションに関する指示・処方、回診、原因疾患や併存症の医学的管理を行っている。看護師も日常生活動作能力や摂食・嚥下機能の向上に向けて多職種と連携してチーム医療に取り組んでいる。また、内服薬の自己管理に向けても「内服薬自己管理シート」があり、患者の状態に応じて在宅復帰へ向けて取り組まれている。褥瘡対策や栄養管理等については、多職種のチームで取り組まれている。侵襲的検査に嚥下造影検査があるが、説明と同意のもと、医師を中心に多職種で施行、嚥下機能を評価している。リハビリテーション部門は、脳卒中や大腿骨頸部骨折、人工関節置換術後などの回復期リハビリテーションばかりでなく、呼吸器疾患、神経難病、がん、生活習慣病などにも対応している。独自の高次脳機能障害スクリーニングや認知関連行動アセスメントでの評価も導入されている。リハビリテーション療法士は、院内での多職種連携、チーム医療に貢献している。多職種が連携して一体的に取り組む仕組みが随所に見られることは評価できる。

### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、温・湿度管理、処方鑑査、疑義照会等はおおむね適切に行われている。臨床検査機能は、検査機器がシステム更新され、検査項目の増加、迅速な結果報告に繋がっている。画像診断機能は、撮影はタイムリーに実施され、夜間・休日もオンコール体制で24時間、365日で対応されている。放射線専門医や遠隔画像診断などの利用を検討し、画像診断の質を担保されることを期待したい。栄養管理機能は、管理栄養士3名の管理のもと、委託業者と連携を取り、安全で食しやすい状態での食事が提供されている。食思不振の入院患者に対して食形態を考慮し食事を楽しみ、食べられるようになり退院するなど工夫した食事を提供している。

リハビリテーション機能は、リハビリテーション療法士が、主治医・病棟スタッフと密に連携を取り、早朝に入院患者に対するADL訓練を実施している。新人教育プログラムがシステム化されており、また、積極的に学会発表を行っている点は評

価できる。診療情報機能は、診療情報管理室で一元管理され、退院カルテの量的点検は、チェックリストに基づき全例実施されている。医療機器の管理は、臨床工学技士により一元管理され、機器の標準化が図られ、マニュアルが整備されている。洗浄・滅菌は全部委託で、専門業者へ外注している。適切に機能を発揮するための仕組みがあり、滅菌の質を保証した器材を現場に供給している。病理診断機能、輸血機能は、検査部門が窓口となり適切に行われている。二次救急輪番病院として自院で対応可能な救急は積極的に受け入れている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、事務部長・総務課が担当し、病院会計準則に基づいた財務諸表が作成され、毎年の会計監査も適切に実施されている。医事課業務は、マニュアルに基づき、受付業務、収納業務、保険請求業務が適切に実施されている。業務委託の必要性や業務委託会社の変更は、幹部会議で検討されている。日常業務の実施状況の把握は、納品書、業務日誌、業者担当者との面談等で行われている。

施設・設備は、施設係による日常点検及び各専門業者による定期的な保守点検が実施されている。診療材料は、定数管理で物品が配置され、使用された物品は毎日担当者によりチェックされ納品されている。棚卸は年2回実施され、デッドストックの把握が行われている。災害対応マニュアルが整備され、消防計画に基づき年2回、火災・災害訓練が実施されている。

緊急連絡網があり、大規模災害発生フローチャートが作成されている。夜間・休日時間帯は、業務委託の警備員が配置され、保安業務を担っている。医療事故等への対応としては、医療安全対策マニュアルに重大事故に対する報告・対応フローが明記され、発生時には、医療安全管理者が報告を受け、病院長に速やかに報告するシステムとなっている。病院長は事故内容に応じて緊急対策会議等を招集し、原因究明と再発防止を検討する仕組みとなっている。

## 11. 臨床研修、学生実習

臨床研修病院の協力施設として地域医療や訪問診療の研修医を年間約10名程度受け入れている。看護部門は3校、リハビリテーション部門は、県内外の4校から実習生の受入れを行っている。臨床実習手引きの作成や臨床実習指導者会議にも参加し、積極的に学生実習を受け入れている。院内の各場所に実習生受入れ病院であることの案内掲示を行い、患者・家族に理解を求めている。担当部門にてオリエンテーションを実施し、患者・家族の了解のもと実習が開始されている。

# 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	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	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	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	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	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	B
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B
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	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	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	B
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

## 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	B
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	B
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	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	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	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	B

# 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	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	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	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
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	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 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： 特定医療法人 盛岡つなぎ温泉病院  
 I-1-2 機能種別： 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)  
 I-1-3 開設者： 医療法人  
 I-1-4 所在地： 岩手県盛岡市繫字尾入野64-9

## 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	48	48	+0	89.8	15.4
療養病床	120	120	+0	87.8	328.4
医療保険適用	120	120	+0	87.8	328.4
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	2	2	+0	7.8	3.4
感染症病床					
総数	170	170	+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		
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	48	+0
地域包括ケア病床		
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(準備病院)

## 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



## 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