

# 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 10 月 6 日～10 月 7 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、1886 年に開設された三友舎を前身とし、1910 年に三友堂病院と組織を改められている。その後、幾多の変遷を経ながら病棟の増設や医療機器の整備など、診療機能の強化・充実を図り 130 余年にわたり地域の医療に貢献してきた。近年は 23 診療科を標榜し、中核的病院として二次救急を中心とする急性期医療をはじめ、地域包括ケアや緩和ケア医療に至るまで幅広い医療を担う拠点としての役割を果たしつつ現在に至っている。

この度の病院機能評価の更新受審においても、「信頼と融和で築こうよい病院」の病院理念のもと、質の高い医療の提供や社会への貢献を実践しようと医療の質の一層の向上や医療安全の確保、良質な療養環境づくりなどに職員一丸となって取り組む姿が随所に確認できた。2023 年度には新築移転が予定されているが、今回の受審準備ならびに受審結果を糧としてさらに良い病院創りに取り組み、患者や地域住民の信頼と満足度を一層高め、あわせて職員の成長を促し貴院がさらに発展することを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明確にされ、ホームページや入院案内等への掲載、院内掲示などにより院内外へ周知されている。病院長は、各種会議等の機会を捉えて新病院の構想や運営方針、諸課題への取り組み目標を示すなどリーダーシップを発揮している。副院長、看護部長、事務長等の幹部職員は課題の明確化と目標設定などに取り組み、適切に役割を果たしている。組織運営では、組織や職務権限等に関する規程、組織図が作成されている。病院運営の意思決定会議などの必要な会議・委員会

が設置されており、中・長期計画や事業計画の策定、目標設定と達成度評価などが行われている。情報管理は、電子カルテシステム等が導入され、セキュリティ管理、システム障害時の紙媒体運用の検討などが適切に行われている。文書管理は、文書管理規程に則り、各種文書の管理や稟議・承認による意思決定、文書の管理・保存をはじめ、診療の場で使用するマニュアル等の作成・改訂に関する承認も適切に行われている。

人材の確保は、法令等による必要人員を満たしている。必要人員の積算による採用計画の作成と採用募集などに取り組まれている。ただし、貴院の診療機能等を勘案すると、なお一層の取り組みが望まれる。人事・労務管理は、規則・規程が整備され、労働基準法第36条に基づく協定の締結や届け出がされている。職員の安全衛生管理は、安全衛生委員会の設置と開催、職員定期健康診断の実施、職業感染予防、ホルムアルデヒドの作業環境測定などがおおむね適切に行われているが、安全衛生委員会の委員構成の見直しが望まれる。職員の意見・要望等は職員満足度調査などにより把握し、短時間正規職員制度などが整備され、福利厚生の実施への取り組みも行われている。

職員の教育・研修は、法人の教育研修委員会により全職員を対象とした研修や階層別研修、新採用職員研修が企画、実施されている。職員の能力評価・能力開発は、医師については業績等を踏まえた能力評価が行われている。その他の職員については人材育成型の人事考課制度が導入されている。看護部門においては、クリニカルラダーに基づく教育体系が整えられている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、ホームページや入院案内、院内掲示等により院内外に周知されている。職員に対しては、入職時研修や職員ハンドブック等で浸透が図られている。説明と同意に関する方針が定められ、説明のうえ同意署名が必要な範囲が明確にされている。外来では問診票等を用いて患者から情報を得て診察を行い、検査結果や薬剤情報などを患者・家族に伝えて情報共有が図られている。入院が決定すると外来で入院診療計画書や患者用クリニカル・パスを用いて説明し、患者の理解と医療への参加が促されている。患者サポート相談窓口に専従者が配置され、社会福祉制度や退院先の調整など多様な相談に対応している。個人情報保護は、個人情報保護規程等が定められている。臨床研究等に医療情報を利用する場合は、「データ持ち出し申請書」による申請・承認手続きがとられ、診療情報管理室において匿名化のうえ複製されている。臨床における倫理的課題への取り組みは、日常的に起きる倫理的課題への対応の支援を担う臨床倫理コンサルテーションチームが立ち上げられている。病棟等の検討では解決困難な事案を臨床倫理委員会において審議する仕組みの確立を期待したい。

駐車場やタクシー乗降場が整備され、院内には売店や食堂、ATM等が設けられるなど、患者・家族や面会者等の利便性や生活延長上の快適性などへの配慮、工夫がなされている。院内外のバリアフリーが確保され、必要な個所へ手摺りが設置されている。病棟廊下に置かれた器材の格納場所の設置や整理整頓が望まれる。療養環

境は、診療・ケアに必要なスペースが確保されて静寂が保たれ、ラウンジなど患者・家族がくつろげる工夫や清潔・安全等への配慮など適切な環境が整えられている。敷地内全面禁煙で、ホームページや入院案内、ポスター等の院内掲示により患者・家族、職員等に周知されている。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見等は、意見箱や患者満足度調査、窓口への申し出の記録等で収集され、関係部門での改善策の検討を経て、検討結果や対応内容が院内掲示によりフィードバックされている。診療の質の向上に向けた活動は、症例検討会が活発に開催され、病理検討会も開催されている。各種診療ガイドラインやクリニカル・パスが活用されている。業務の質改善は、病院機能向上委員会による改善活動が展開されている。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法等の導入は、法人の倫理委員会において審議し、必要に応じて病院運営会議で審議・承認する仕組みである。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟担当の医師や看護師長、薬剤師等が表示されている。病棟の診療責任者名の掲示が望まれる。診療記録は、記載基準に基づき必要な情報が記録されている。診療記録の質的点検が開始されたところであり、質的点検の内容や点検方法の検討、多職種による点検への取り組みが望まれる。多職種協働による診療・ケアは、診療科の枠を超えたカンファレンスが行われている。栄養サポートチーム（NST）や緩和ケア、褥瘡対策など多職種からなる医療チームが活動している。

#### 5. 医療安全

安全確保に向けた体制として、医療安全管理室が設けられ、専従の医療安全管理者等が配置されている。医療安全管理委員会は毎月開催されている。インシデント・アクシデントは、各部署から報告システムで報告されている。医療安全ラウンドでは安全対策の実践状況などの確認が行われ、各職場へのフィードバックや情報共有が行われている。

患者確認・誤認防止マニュアルが整備され、患者・検体・チューブ・ドレインなどの誤認防止手順が明記されている。患者本人による名乗りやリストバンドによる確認、手術部位のマーキング、手術時のタイムアウトなどが実践されている。医師の指示出しから指示受け・実施、実施確認の手順が遵守されている。口頭指示はやむを得ない場合に行われ、指示受けはルールに則って行われている。検査結果のパニック値、画像診断の緊急を要する所見の医師への連絡は、電話等で行われている。麻薬・向精神薬等の保管・管理やハイリスク薬への注意喚起、重複投与やアレルギー等のリスク回避などがおおむね適切に行われている。病棟の時間外用の麻薬保管庫の必要性等について再検討が望まれる。入院時に全患者を対象に転倒・転落アセスメントが行われ、リスクに応じた看護計画が立案され、定期的な評価が行われている。医療機器の安全使用マニュアルが整備されている。臨床工学技士は毎日ラウンドし、使用中の人工呼吸器などの点検と使用済みの医療機器の回収などを行

っている。患者等の急変時への対応として、院内緊急コードが設定され、職員に周知が図られている。職員を対象とするBLS訓練が行われている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制として、院内感染対策室が設けられ、専従の院内感染管理者（ICN）が配置されている。院内感染対策委員会が毎月開催され、感染制御チームが実働部隊として活動している。院内の感染症発生状況等が把握され、情報共有されている。微生物サーベイランスが行われ、BSI と UTI サーベイランスは継続されており、JANIS にも参加している。アンチバイオグラムが毎年作成され、抗菌薬の採用等に活用されている。アウトブレイクの定義と対応、院外の流行情報の把握と周知などが行われている。

院内感染対策マニュアルに基づいた感染対策が実践されている。手指衛生や個人防護用具の着用など標準予防策や感染経路別予防策が実践されている。血液・体液等による汚染リネン類の処理、感染性廃棄物の分別などが適切に行われている。抗菌薬の適正使用は、抗菌薬使用に関するガイドラインが定められている。院内の分離菌や感受性情報は、院内感染対策室に集約のうえ現場へフィードバックされており、特殊な抗菌薬の使用は届け出制とされるなど適正に使用されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、法人概要（年報）や入院案内、広報誌などが発行されている。ホームページでは、病院理念・基本方針をはじめ、外来受診の手順や入退院の手続き、提供する医療サービスの内容などが発信されている。地域の医療機能・医療ニーズの把握と連携は、地域医療連携相談室による地域の医療機関への訪問等による連携強化の取り組み、医療機関・施設等からの紹介患者の受け入れや逆紹介、地域の病診連携ネットワークへの参画などが行われている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、コロナ禍により集合研修や対面活動が制限されているが、医師の講演や健康体操などの動画を作成し、DVD、YouTube、ケーブルテレビジョンによる配信などが行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、外来受診に必要な情報がホームページに掲載され、再来患者や紹介患者には原則として診療予約制がとられている。外来診療では、問診票や診療情報提供書等により患者情報が収集され、検査等の説明と同意取得などが適切に行われている。診断的検査は、内容や必要性、リスク等を説明のうえ同意を得た後に行われている。入院は、診察や検査結果等により判断され、患者・家族に説明され同意を得て決定されている。病状に応じた診断と評価を行い多職種により入院診療計画書を作成のうえ、患者・家族に説明し同意を得ている。患者・家族からの医療相談は、地域医療連携相談室が患者サポート窓口を兼ねており、多岐にわたる相談に対応している。入院が決定すると入院支援室において入院前の説明が行われ、入院に向けた支援がなされている。

医師の病棟業務では、毎日の回診や診療科のカンファレンスが行われている。医師は多職種カンファレンスに参加し、病棟スタッフとの情報交換や治療方針の検討、指示などを行っている。看護師の病棟業務は、看護基準・手順が整備されており、固定チームナーシングの看護方式とキャリアラダーを考慮した業務分担により、日常生活援助や診療補助業務が実践されている。薬剤師により必要な患者への服薬指導と、全入院患者を対象とした薬歴管理が実施されている。抗がん剤や抗菌薬の投与時は、テンプレートを用いて観察や記録が行われている。輸血・血液製剤の確実・安全な投与は、テンプレートを用いて、投与前、投与中、投与終了時に患者の観察を行っている。手術・麻酔の適応の検討や説明と同意取得、術前・術後の訪問、手術部位のマーキング、タイムアウトなどが適切に行われている。重症患者の管理は、病態に応じて多職種カンファレンスが行われ、ICT、RCT、NST 等の専門チームが介入している。全入院患者に褥瘡危険因子の評価が行われ、ハイリスク患者には褥瘡予防対策診療計画書によるスキンケアや除圧が行われている。全入院患者に栄養スクリーニングによる栄養アセスメントが行われ、必要時は栄養管理計画書を立案して定期的に評価している。症状などの緩和は、症状別・疾患別看護基準に沿ってケアが提供されている。がん性疼痛に対しては、WHO 方式がん疼痛治療法に沿って疼痛緩和が行われている。リハビリテーションは、病態に応じて目標が設定され、病棟でベッドサイドから早期リハビリテーションが実施されている。総合実施計画書には、リスクや患者・家族の要望についても記載され、同意を得て実施している。安全確保のために身体抑制が必要と判断された場合は、マニュアルに沿って医師が患者・家族に説明し、同意を得て医師の指示のもと行われている。退院支援は、入院早期からの情報や全入院患者の退院支援スクリーニングに基づき、個別性のある計画が立案され、支援されている。退院後に在宅療養を希望する患者には、退院時情報提供書や看護サマリーによる情報提供がなされている。ターミナルステージへの対応は、所属診療科医師や看護師とカンファレンスで情報共有し、診療・ケア計画が患者・家族の意向を尊重して立案されている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤に応じた温・湿度管理とともに持参薬の鑑別や処方鑑査・調剤鑑査・疑義照会、院内医薬品集の作成、注射薬の患者別1施用ごとの取り揃えなどが行われている。臨床検査機能は、一般、血液、生化学、血清検査について院内で対応している。内部精度管理が毎日実施され、外部精度管理は日臨技等の審査を受けている。画像診断機能は、CT、MRI、血管撮影装置が整備されている。読影は、非常勤医師と遠隔診断で対応している。栄養管理機能では、適時・適温での配膳や調理室内の清潔管理、食事の評価・改善などが適切に行われている。リハビリテーション機能は、脳血管疾患や運動器、心大血管疾患、呼吸器のリハビリテーションが行われている。365日途切れることがないリハビリテーションの展開により連続性が確保されている。診療情報管理機能は、診療情報が電子カルテシステムに記録され、患者固有のIDにより一元的に管理されている。全退院患者の診療記録の量的点検や不備・是正がチェックリストを用いて行われている。医療機器管理機

能は、ME 機器管理室で医療機器を一元管理している。返却後の機器は、清掃・点検・整備が行われ、点検済みのシールが貼付されている。洗浄・滅菌機能は、一部業務委託されており、滅菌の質保証なども適切に行われている。

病理診断機能は、非常勤病理診断医の勤務日に迅速検査が必要な手術が行われており、30 分以内に報告されている。悪性や悪性が疑われる場合は、紙媒体の報告書を担当医に手渡すとともに、電子カルテで追跡して必要に応じて電話連絡されている。輸血・血液管理機能は、薬剤部管理のアルブミン製剤以外の血液製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄等は臨床検査技師により管理されている。廃棄率は、T&S を積極的に取り入れるなど改善されている。手術・麻酔機能は、麻酔科医と手術室看護師によりスケジュールが調整・管理されている。緊急手術へも適切に対応している。救急医療機能は、輪番制に参加するとともに、「断らない」方針のもと救急車搬送を受け入れており、応需率が高い。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算編成が運営実績の分析や事業計画、設備整備計画などを踏まえて行われ、役員会に諮られて確定されている。予算・実績比較や月次収支計算等による経営分析が行われている。決算時には財務諸表が作成され、法人監査役や税理士による監査が適切に実施されている。医事業務は、受付から会計までマニュアルに沿って行われ正確な事務処理に努めている。レセプトの作成や点検、返戻・査定の分析・検討などの診療報酬請求事務等が適切に処理されている。業務委託は、業務の質向上や経費節減、効率化等を考慮して決定している。委託事業者と担当部署のミーティングが定期的に行われ、業務の実施状況や質などの把握・検討が行われている。

施設・設備の管理は、年次保守計画に基づき専門業者との保守契約による定期・法定点検や緊急・障害時のオンコール対応等が行われている。院内の清掃、医療ガスの点検・安全管理、感染性廃棄物の管理・処分などが適切に行われている。物品管理は、医療材料等の選定が医科器械・材料等購入委員会で行われ、院内物流管理システムにより院内への供給や在庫管理、使用期限管理などが行われている。

災害時の対応は、消防計画や災害対策マニュアル、リスクに対応する病院の事業継続計画に災害発生時の対応組織や責任体制、緊急連絡網、避難誘導等の行動計画が定められている。災害訓練や消防訓練の実施、自家発電装置の点検整備・動作確認、災害時対応食料品等の備蓄などが行われている。保安業務は、時間外・休日は警備会社に業務委託されている。日々の業務実施状況は日当直日誌により報告され、病院側責任者が確認している。医療事故等への対応は、医療事故発生時対応マニュアルに医療事故発生時の手順等が定められている。病院賠償責任保険に加入しているなど適切な対応体制が整えられている。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

医師以外の専門職種の初期研修では、各職種において一定期間の教育プログラムが作成され、段階的な教育・育成活動が行われている。学生実習等は、看護師や各種療法士などを目指す学生の病院実習を受け入れている。養成機関との契約に基づきカリキュラムに沿った実習や評価等が各部署の実習指導者のもと適切に行われている。

# 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	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	B
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	A



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	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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	B
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 年 6 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名：三友堂病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：公益法人

I-1-4 所在地：山形県米沢市中央6-1-219

## 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	185	178	-5	75.9	18.7
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	185	178	-5		

## 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)	0	-5
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	20	+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	58	+0
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	12	+0
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),在宅療養支援病院

## 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-2-2 年度推移

2