

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 4 月 24 日～4 月 25 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 1981 年に創設され、法人の名称変更や改修・新棟増築などを経て現在まで 42 年間にわたり、横浜西部医療圏の住民の生命と健康を守り発展し続けている。理念には「『愛し愛される病院』～患者さまの喜ぶ医療を求めて～」を掲げ、その実現のために 5 つの基本方針を定め、安全で良質な医療の提供と地域貢献に取り組む姿勢が確認された。認定施設として初期臨床研修病院、二次救急指定病院、横浜市がん相談医療機関ほか各種学会の教育認定施設の指定を受け、病院の役割・機能では急性期から慢性期・回復期リハビリテーション病棟や在宅医療にも専門性の高いスタッフを備え、その力を発揮している。特に、急性期医療では救急車搬送台数は月約 730 件、2 次医療圏内 10 病院のトップで救急受け入れを行うなど、断らない救急医療を実践していることは高く評価したい。

この度の病院機能評価で特に高い評価を受けたのはリハビリテーション機能における患者・家族への退院支援の取り組みである。今回の受審結果を十分に活用され、貴院の今後の発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針には、急性期から慢性期・在宅に至るまで地域の医療ニーズに応えるべく、良質・安全な医療を提供する姿勢が明確に示されている。職員には理念

に基づいた将来像が示され、各会議等で周知している。病院管理者・幹部は理念に基づいた将来像の実現に向けた病院運営に指導力を発揮している。情報管理の活用方針を定め、電子カルテの安全管理規程に基づきデータの真正性・保存性・見読性の確保に努めている。文書管理は規程に基づき実施している。

法定人員、施設基準などの規定された人員は充足している。就業規則を始め育児・介護、短時間勤務、再雇用等の人事・労務管理に必要な制度を整備し、周知している。労働安全衛生委員会を毎月開催し、職場環境の整備や職業感染の防止等に取り組んでいる。職員満足度調査や年度目標達成のための上司面談を活用し職員の意欲を高める取り組みを実施している。

職員の教育・研修は年間計画を立案し、全職員対象に医療安全、感染制御、個人情報、倫理、接遇、権利、ハラスメント等の研修を実施しているが一層の参加率向上を期待したい。能力開発は各個人の目標設定から自己評価、面接等を通じて自己啓発の支援を実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務、子供の権利は明文化され、病院内外に周知されている。説明と同意の方針は規程に定められている。入院診療計画書、患者用パスにて患者が治療への理解を深め、さらに糖尿病セルフケア教室、術前訪問での説明など患者自身が治療に主体的に参加できる工夫がされている。患者支援体制は患者相談窓口が設置され、経験豊富な職員を配置している。個人情報保護規程を作成し法改正後の見直しが行われている。電子カルテ端末は外部ネットワークと切り離され、患者情報の暗号化、使用済み可搬媒体のデータ消去、不必要なアクセス制限にも努めている。プライバシーへの配慮は患者の意向に沿っている。臨床における倫理的課題については指針を作成し医療倫理委員会を設置している。

患者・面会者は公共バスやタクシー、離れた駐車場からの送迎車の運行など病院にアクセスしやすい工夫がある。また、年中無休の売店の設置、全館 Wi-Fi の利用、待ち時間解消に無料書籍読み放題システムを導入するなど、利便性・快適性にも配慮している。病院内の施設・設備はバリアフリーであり、各所における手摺りの設置、玄関には車椅子を常備している。廊下、デイルーム、病室、浴室、トイレ等患者の療養環境は清潔かつ安全に使用でき、プライバシーが保てる環境を整えている。敷地内禁煙が徹底され、職員の喫煙率の継続的な把握もされている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見は、院内 11 ケ所に設置された意見箱や患者満足度調査により収集し、改善に向けた努力をしている。診療の質向上に向けた取り組みとして、各科症例検討会、合同カンファレンスなどで症例を多職種で多角的に検討している。業務の質改善活動は病院サービス向上委員会やグループの業務点検委員会での活動がある。新たな診療・治療方法や技術の導入は、医療倫理委員会で検討し導入しており、薬剤の適応外使用は医薬品適応外使用審査委員会で検討している。

診療・ケアの管理・責任体制は病棟、部門責任者および薬剤師、管理栄養士、リ

ハビリテーション担当者など患者に関わる職種を病棟に掲示している。主治医の役割・機能も明確になっており、患者のベッドネームには主治医と受け持ち看護師名を明記している。診療記録は記載マニュアルに従い SOAP で遅滞なく記載している。NST、RST、褥瘡、緩和ケア、認知症など多職種からなるチームの部門横断的な活動や部署における多職種カンファレンス、診療科間での治療方針に関連したカンファレンスが実施されている。

5. 医療安全

医療安全管理室は院長直属で組織され、副院長を医療安全管理責任者とし、組織図や構成メンバー・安全管理者の役割を明確にしている。医療安全管理指針や各種マニュアルを作成し、定期的な改訂や周知に努めている。院内のインシデント・アクシデント報告は入力方法を周知し情報収集を行っている。重要な事例については医療安全管理室が各部署とともに P-mSHELL 分析等を用い、原因分析と対策立案につなげている。

誤認防止対策では患者本人にフルネームを名乗ってもらい入院患者はバーコード付リストバンド、外来患者は電子カルテ画面と照合している。医師は指示内容を速やかに電子カルテに入力し、看護師は指示受けから、実施、記録に至るプロセスを確実にやっている。検査室からのパニック値や、画像、病理部門における悪性所見等の情報が確実に医師に届けられるよう規程を策定し、運用を構築している。重複投与・相互作用等の薬剤投与に関わるリスク回避を目的として、システム上のチェックのみならず、病棟薬剤師が与薬の実施者へ注意喚起を行い、病棟スタッフも薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している。転倒・転落防止対策では入院時、全患者に転倒・転落アセスメントスコアシートを用いてアセスメントしており、危険度に応じた対策を講じている。医療機器は臨床工学技士が管理し、医療機器マニュアルは電子カルテ内で閲覧でき、作動確認や設定確認を行っている。看護師や研修医の採用時、機器の更新時には臨床工学技士が研修を計画的に実施し、医療機器を安全に使用している。院内の緊急コード「コードブルー」を設定し、職員全体に周知して患者等の急変時に備えている。救急カートは院内で標準化し、蘇生のための整備や配置をし、BLS 講習会は毎年全職員が受講している。

6. 医療関連感染制御

ICT/AST は院内感染対策委員会の下部組織として配置され、院内の感染制御の実働を担っている。全職員向けの研修は Web を活用して年 2 回設定しており、受講率はおおむね 100% である。院内における感染発生状況や耐性菌の検出状況、保健所から得られる院外の流行情報等は、ICT が一元的に収集、把握して管理している。毎月 ICT ニュースを発刊し、職員への情報提供に努めている。ターゲットサーベイランスなどの日常業務を順次拡充している。

院内感染防止マニュアルに基づき、手指衛生、感染経路別予防策、個人防護具の装着を行い ICT ラウンドにより部署巡視や感染対策の実施状況を確認している。抗菌薬の採用、採用中止は随時行い、抗菌薬の適正使用指針を整備している。感染症

専門医を中心として、多職種で構成される AST が毎週適正使用に向けた回診を行い、適時コンサルテーションにも応じている。

7. 地域への情報発信と連携

広報企画室が設置され診療内容や医療サービスの情報、ホームページ、広報誌、年報などを地域へ発信している。また、SNS、動画配信サイトによる病院紹介、職員募集活動などの取り組みも行っている。地域医療機関との連携体制は地域医療連携室が窓口となり、昨年度は 100 件の連携施設に担当者と医師が個別訪問するなど顔の見える連携強化に努めている。また、放射線検査、生理学検査などの検査機器の共同利用も行っている。地域住民や患者を対象とした健康フェスティバル、市民公開講座などを積極的に行っている。旭区で唯一の栄養ケア・ステーションの認定を受け、外部に出向いた講演会や相談会を積極的に実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な手続きや診療機能等の情報はホームページ等で案内され、受付から受診、会計に至る流れは明確である。外来は AI 問診票等を応用して情報を収集し、電子カルテ上で共有している。重要な説明と同意の場に看護師が同席できない場合は、別途機会を設けるよう努めている。

診断的検査は説明と同意が行われている。説明と同意書にはセカンドオピニオンについて記載がある。担当医は適切に診療方針を決定し、入院の適応を判断している。病床管理の担当看護師を配置し、柔軟に入院を受け入れている。患者相談は患者相談窓口で対応する体制になっている。相談内容はフローに基づき対応しており、部署で相談を受けた場合も相談・連絡ができる体制がある。夜間・休日の緊急入院時にも病床管理が行われ、入院の手続き、入院オリエンテーションが実施されるなど、患者がスムーズに入院できる体制が構築されている。

医師はリーダーシップを発揮し、カンファレンスや担当看護師との情報交換等を通じて情報を共有し、チーム医療を実践している。看護師は固定チームナーシングを導入し、身体的・社会的・精神的ニーズを把握するとともに、看護計画を立案して必要な援助に努めている。各病棟に病棟薬剤師が常駐し、入院患者全員の薬歴を管理し、服薬指導も指導可能な患者ほぼ全例を対象に実施している。輸血・血液製剤の投与は輸血マニュアル沿って、安全・確実に実施されており、患者・家族への説明と同意も確実に得て実施している。周術期の対応および重症患者の対応について多職種で適切に行っている。褥瘡対策ではマニュアルを作成し、全入院患者に危険因子評価を行い、適宜マット等を選択できる仕組みがある。また、危険因子を認めた患者には褥瘡対策チームが介入し治療を遅滞なく実施している。栄養管理では MNA 評価（簡易栄養状態評価表）をもとに食事形態の選択や食事指導が行われており、がん化学療法施行中の全患者に介入を行っている。症状緩和は緩和ケアチームを中心に活動している。専従のリハビリテーション医が担当医と協議し、病棟担当の療法士や看護師と情報共有を密に行い、リスク・ベネフィットを考慮したリハビリテーションを提供している。在宅療養支援は入院早期より、医師、看護師、退院

支援担当者を含む多職種でカンファレンスを実施しており、在宅移行後もサマリーの活用などにより情報共有している。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

リハビリテーション科外来にて痙縮など専門的治療をしており、外来リハビリテーションもリスク管理に配慮して行っている。回復期リハビリテーション病棟は、リハビリテーション科専門医のほか複数医師が分担して主治医担当している。業務基準・手順が整備され、看護師・看護補助者の病棟業務は適切である。リハビリテーションプログラムは多職種にて立案され、カンファレンスにて定期的な見直しもしている。365 日間リハビリテーションを提供しており、理学・作業・言語の各個別療法はリスク管理に留意しながら実施している。薬剤師業務は薬歴管理・服薬指導などを行っている。栄養管理は管理栄養士を中心に多職種協働で実施している。社会福祉士を中心に相談業務と退院支援を適切に行っている。24 時間の生活状況をよく知る病棟看護師が退院前の自宅訪問調査に同行し、質の高い環境設定を目指す取り組みは高く評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は薬剤師が必要に応じて疑義照会を実施し記録されている。臨床検査機能は、体制の整備、結果の報告、精度管理などが適切に行われ、各病棟での採血実施は高く評価できる。画像診断機能として CT・MRI は常時撮影可能で、翌営業日以内に 100%読影を完了している。報告書管理チームによる未読防止の取り組みに加え、重要所見は放射線診断医が直接電話連絡を行っている。栄養管理機能は、嗜好に応じた選択メニューの実施、行事食、病態に応じた個別対応がされている。リハビリテーションは病棟と密な連携を取るために半年毎の部署固定制を採用しているにも関わらず、多数の療法士を確保することで、365 日継続したリハビリテーションを提供している。さらに、訪問リハビリテーションにも着手するなどリハビリテーション機能は極めて高く評価できる。診療情報は、電子カルテにより一元化しており、診断名や手術名のコード化、量的点検も適切に行っている。医療機器は中央管理され日常点検と定期点検を計画的に実施し、夜間・休日はオンコール体制で対応している。また、医療機器は機種を標準化し、教育も実施している。中央滅菌室は、確実な滅菌の質保証に努めており、リコール対応、滅菌の記録も適切である。

病理診断機能では悪性の組織検査結果は、オーダー医に直接電話連絡され、結果報告書をコピーし、主治医、診療科部長、内視鏡センター長に配布している。また、確認後、報告書を返却して確認状況を把握し誤認防止に努めている。輸血管理部門は院長直轄に位置付けられ、輸血療法委員会の委員長である副院長の麻酔科医が輸血に関する責任医師である。血液製剤の発注・保管・供給などの業務は臨床検査科の検査技師が関与している。手術・麻酔機能は、麻酔科医管理の下、おおむね適切に行われている。集中治療機能は、HCU 床、SCU 床を運用し、人員配置や医療機器の整備、療養環境など適切に発揮されている。救急医療機能は「断らない医

療」を方針とし年間約 8,200 件の救急車受け入れがある。応需率は約 64%であるが、医療圏内で貴院の受け入れは突出して多い。

10. 組織・施設の管理

予算編成は事業計画に沿って作成・管理され、財務諸表の作成、会計処理・監査も実施しており四役会に毎月の収支状況が報告・分析されるなど組織的な経営改善に取り組んでいる。医事業務における窓口収納業務やレセプト作成・点検、返戻・査定は適正に行われている。委託業務の遂行状況は、担当者による院内ラウンド、日報や報告会で把握している。

施設・設備管理は計画的に実施され、緊急時の連絡体制も明確である。院内の清掃、医療ガス管理、廃棄物の処理についても適切である。物品管理は院内 SPD システムが導入され、年 2 回の棚卸により定数の見直しや使用期限切れのチェックも適切に行われている。ディスプレイ製品の再利用は行っていない。

消防計画や緊急時の連絡体制は整備され、災害訓練の実施、自家発電・通信手段の確保、食料・水などの備蓄状況も適切である。保安業務は、日勤体制となっているが、常勤職員として警察 OB を採用している。院内巡視は定期的に行われ、病院の出入り口に監視カメラを設置して院内の保安に努めている。医療事故発生時の対応手順は、医療安全管理指針のフローチャートで職員に明示している。重大事故発生時は医事相談会にて審議のうえ基準に沿って医療事故調査委員会が開催される仕組みである。病院賠償責任保険にも加入している。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として指導医体制で「横浜旭中央総合病院初期臨床研修プログラム」が運用されている。研修医およびプログラムの評価は PG-EPOC に基づいており、研修医から指導医の評価として独自の評価方法も取り入れている。医師、看護師を含む全ての医療職には系列グループの強みを生かした教育システムが充実しており、病院独自のプログラムに基づいた研修も実施されているなど、専門職としての初期研修は優れている。学生実習等は総務課が窓口となり、実習生は看護師、薬剤師などを受け入れている。受け入れに際し、健康状態や予防接種状況などが確認され、医療安全、感染制御など病院共通事項について事前オリエンテーションが行われている。また、実習中の事故への対応を含め、実習依頼施設と契約書が交わされている。各部署では「実習マニュアル」に沿った実習が行われ、実習指導者研修を受けた職員による指導・評価が行われている。

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	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	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	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	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	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	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	B
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	A
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	B
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	B

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	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	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	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	B
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	B
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	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	A

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	S
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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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：医療法人社団明芳会 横浜旭中央総合病院
 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：医療法人
 I-1-4 所在地：神奈川県横浜市旭区若葉台4-20-1

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	457	457	+60	78.2	14
療養病床	58	58	-60	94.7	140.5
医療保険適用	58	58	-60	94.7	140.5
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	515	515	+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)	8	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	9	+9
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	32	+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	58	+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(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： 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-2-2 年度推移

2