

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「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25日～1月26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	リハビリテーション病院	認定
機能種別	一般病院2（副）	認定

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 リハビリテーション病院  
該当する項目はありません。
- ・機能種別 一般病院2（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は、救急医療の拡充による急性期機能と、リハビリテーション医療への注力による回復期機能の強化および医療と介護の連携による地域包括ケアシステムを構築されている。とりわけ、リハビリテーション医療においては、国内トップレベルの高水準のリハビリテーションの提供が行われるほか、最先端の臨床研究にも取り組んでいる。地域の医療機関・施設、行政との関係も良好で、登録医制度の運用や行政とのまちづくりへの参画、在宅での医療・介護サービス提供のための地域医療連携活動などを展開されている。

この度は更新受審であるが、職員が結束して取り組まれており、医師を中心とした多職種によるチーム医療が十分に実践されていることが確認できた。今後も貴院の機能を存分に発揮され、ますます発展されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を掲げ、病院案内や入院案内、ホームページ等で周知に努めている。病院幹部は常に職員とのコミュニケーションの醸成に努め、働きやすい職場環境整備に注力し、病院運営を牽引している。組織図・職務分掌等により指揮命令、権限は明確である。情報管理の方針は、病院情報システム運用規程で明確にしており、情報漏えいや不正ログイン防止等に対応している。文書の一元管理方法は文書

管理規程に定めている。

役割・機能に見合った人材を十分に確保し、人材採用にも努力している。人事・労務管理に必要な就業規則、給与規程と例規集を活用した就労管理を行っている。職員の安全衛生管理は、病院安全衛生委員会を月次開催し、職場環境の整備などの諸課題を検討している。働きやすい職場環境の向上を目的に年2回管理職による人事面談と職員満足度調査を行い、その結果をフィードバックしている。

職員の教育・研修は、教育研修図書委員会が中心となり年間計画を立案している。職員の能力評価・能力開発は、看護部、リハビリテーション部では教育ラダーを活用し、リハビリテーション部では知識・技術等の認定試験を行うなど適切である。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利、権利の擁護を明文化し、院内外へ周知している。ホームページに臨床治験に対するオプトアウトの明示やDPCデータの開示を行い、患者の利用選択を尊重するなど、患者の権利擁護の取り組みは高く評価できる。説明と同意に関する方針、基準・手順は「各種同意書の運用管理規定」に明記され、医師の説明時には看護師・社会福祉士などが同席して、理解状況の確認などを行っている。入院時には社会福祉士が医療への患者参加を促す説明を行い、協力を得ている。患者支援は、医療相談室と地域医療連携室が協力し、多彩な援助に努めており、患者の生活面での活動代行支援など、幅広い相談と支援に対応している。個人情報保護の病院方針は規程に明示し、患者の入院生活上のプライバシー保護にも努めている。

倫理的課題への取り組みは、考え方や相談フローが整備された「倫理ポリシー」を活用しており、現場で解決困難な課題は、日々のベッドコントロール会議で検討され、最終的には倫理委員会で判断する仕組みである。患者・家族の個別的な倫理的課題は、患者・家族面談およびチームカンファレンスなどで課題収集と認識に努め、多職種チームで対応・検討を行い、記録している。

病院施設・設備は高齢者・障害者に配慮した構造で、患者・家族の利便性・快適性にも十分に適応され、スペースの確保と清掃管理も適切である。患者・職員の受動喫煙防止にも努めている。

### 4. 医療の質

意見箱の運用と外来・入院患者満足度調査を実施し、CS管理委員会での分析を行い、院内各部署で業務改善策を協議している。また、病院幹部と地域の代表者による「モニター会」も継続的に開催している。病棟担当の医師カンファレンスにて、過去1週間の入退院例の転帰が入院時の予測と相違ないか検証し、その結果をデータベース化し、診療の質向上を目指す取り組みを実践しており高く評価できる。院内の部門横断的な改善活動は、ベッドコントロール会議が主体となり取り組んでいる。新たな診療・技術導入は、外部委員を含む治験審査委員会を毎月開催し、客観的データに基づく安全な治験を実施している。

病棟責任者は病棟業務を総合的に把握し、毎日病棟ラウンドやモーニングミーティングで情報伝達と注意喚起に努めている。診療記録は、電子カルテを運用して管理の一元化と情報の共有化が図られ、チーム医療の実践に活用している。多職種からなる専門チームが活動しており、病棟では医師がリーダーシップを発揮し、専門性の高い看護師、療法士、社会福祉士等が協働して診療・ケアを実践している。

## 5. 医療安全

専従医療安全管理者は診療部副部長が担い、医療安全組織体制は、医療安全重点事項の把握と提案事項などの承認権限のある医療安全協議会が統括している。下部組織として情報収集・再発防止検討・教育研修を中心に、各部署の安全委員で構成された医療安全管理委員会がある。インシデント・アクシデントレポートは報告システムを活用して収集し、レベル 3b 以上は、医療安全カンファレンスで RCA 分析を行っている。

誤認防止対策は医療安全マニュアルに整備し、フルネームの名乗りやリストバンド装着、3点認証を実施している。情報伝達エラー防止対策は、電子カルテを運用し、医師の指示出し・指示受け・実施は、実行内容をカルテ上で医師が確認する手順を励行している。薬剤師はカルテ情報を基に併用禁忌や重複投与などのリスク回避に努め、また、ハイリスク薬の表示や麻薬の保管・管理も適切である。転倒・転落防止はアセスメントと個別評価を行い看護計画に反映しており、入院時に多職種で環境設定を行い、個別対応方法を職員に周知している。医療機器は安全に使用・管理され、患者等の急変時対応は救急カートや AED を整備し、対応訓練を適切に実施している。

## 6. 医療関連感染制御

感染防止委員会は多職種から構成され、感染防止対策マニュアルの作成と定期的な改訂・見直しに努めている。ICD・ICN をそれぞれ配置しており、ICD は院内各部署の職員に対し積極的に感染対策の助言を行い、ICT が定期的なラウンド活動を行っている。院内感染情報は感染防止委員会が取りまとめ、月 1 回収集・報告され、院外情報も定期的に報告されている。院内分離菌把握と菌種別の薬剤感受性検査は、病棟別で把握し、継続的な感染症に対する分析と検討を加えている。

必要な場所に PPE を設け、「ケア別 PPE 一覧表」を明示している。速乾性手指消毒剤を病室入口に設置し、職員は携帯用消毒剤を使用している。感染性廃棄物や汚染リネンの取り扱いも適切である。抗菌薬の適正使用に関する指針を作成している。毎月、抗菌薬使用患者の状況一覧を作成し、感染防止委員会に報告している。抗 MRSA 薬およびカルバペネムなどの特定抗菌薬は届出制で、バンコマイシンの TDM は全例に薬剤師が介入している。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院情報の地域発信は、ホームページ、広報誌、デジタルサイネージなど様々なツールを活用している。病院年報も発行しており、広報誌はホームページからの閲

覧も可能である。地域医療連携室を設け、入退院調整看護師を含むスタッフを配置して、地域の診療所、病院、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、施設等との相互の情報交換に努めている。脳卒中連携ネットワークの運営や地域連携実務者協議会などに参加している。また、地域の開業医と良好な関係を構築しており、開業医との登録医制度を運用して、患者の入院や必要な検査紹介予約にも対応しているなど、地域の医療機能・医療ニーズの把握と他の医療関連施設等との連携は高く評価できる。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動として、継続的に地域住民を対象とした健康教室を開催している。特筆すべき事例として、ヘルスケアとエイジングをコンセプトとした超高齢社会の活気あるまちづくりを目指し、大阪市城東区などとともにスマートエイジング・シティの理念を踏まえたまちづくり協定を締結している。地域住民や行政、社会福祉協議会などと協働した住民の孤立防止と要介護者、災害弱者への支援事業に取り組んでいる。多彩な地域活動を展開しており、高く評価できる。

#### 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページや病院案内で提供している。外来診療は、患者情報の収集と活用による診療計画が立てられ、治療実施などの診療活動は適切である。侵襲性の高い検査は、検査実施の明確な基準を設けており、患者・家族への説明・同意を得たうえで安全に実施している。患者の入院決定は、入院判定基準を明確に示し、急性期病院からの紹介患者などは、医療相談室の社会福祉士が対応している。専門医が中心となり入院時合同評価が行われ、診療計画は、入院当日に患者や家族の希望も加えた上で、多職種スタッフによる入院診療計画書が作成されている。計画書の説明は医師が行い、説明時のカルテ記載もされており、クリニカルパスも活用している。リハビリテーションに関する評価は多職種で行っている。合同カンファレンスで短期、長期目標の設定を行い、リハビリテーション計画を立案している。その後、チームカンファレンスでその内容や目標の見直し、更新に努め、各職種の評価はICFシートを活用した患者の活動や参加レベルなどについて情報共有を行っている。患者・家族からの医療相談や円滑な入院に向けた取り組みも適切である。

リハビリテーション科・神経内科・脳卒中・総合内科の専門医を常勤配置しており、質の高いリハビリテーションの提供と高度の医学的管理が行われ、その取り組みは高く評価できる。看護・介護職のマニュアル、基準・手順を整備し、専門性を踏まえた役割分担を明確にしている。薬剤師は入院時に持参薬管理を行い、その内容は電子カルテで共有しており、服薬状況の確認も行っている。入院時全患者にブレデンスケールを用いた褥瘡リスク評価を実施し、診療計画書・看護計画を作成している。また、WOC ナースを含む褥瘡チームが2週間に1回ラウンドを行い、助言と評価を行っている。症状緩和の基準・手順は緩和ケアマニュアルに整備している。

理学療法・作業療法・言語聴覚療は、入院当日に初期評価、リスク評価がなされ、多職種と協働しながら専門分野に応じた積極的な介入をしており、高く評価できる。多職種で構成された食事支援チーム、更衣支援チーム、入浴支援チームなどが機能向上に向けた支援チームとしてワーキンググループ形式で積極的に活動している。定期的に病棟間ラウンドを実施し、他病棟での有意義な取り組み事例を自病棟に取り入れる活動も行っている。身体抑制は、医師の指示のもと主治医が患者・家族に説明を行い、同意を得ている。必要な退院支援や継続した診療・ケアの実践も適切である。

#### <副機能：一般病院 2>

外来診療は予約制で、紹介患者は地域医療連携室で速やかに予約を取得している。また、認定看護師によるフットケア外来、ストマケア外来、薬剤師による抗がん剤説明などが行われている。侵襲のある検査は看護師の同席のもと、主治医が書面を用いて説明し、同意書を取得している。入院は医師の医学的判断で決定され、入院診療計画書、看護計画、退院支援計画などは、患者個々の評価を行い作成している。医療相談は医療相談室が窓口になり、社会福祉士が対応している。

医師は診療記録を毎日記録し、患者・家族との面談、病棟カンファレンスやチーム活動に参加しており、他職種との情報共有も行っている。看護師は、看護基準、看護手順などを活用し、入院時評価を元に看護計画を作成し病状に応じて更新している。病棟薬剤師は持参薬確認、薬歴管理、服薬指導などを行い、内服薬は病棟看護師が確認後に与薬し、実施記録を入力している。患者の栄養状態は、入院時に管理栄養士が詳しく評価し、食物アレルギーは入院前に把握し、入院後に管理栄養士がその内容を検討している。リハビリテーションは、リハビリテーション科医師が処方を発行している。

退院後の患者の診療、リハビリテーション・ケアのフォローとして同一法人内の外来・通所・訪問の各リハビリテーションの利用提案、地域の関係機関や居宅介護支援事業所への診療情報提供を行っている。ターミナルケアマニュアルにターミナルステージの判断基準があり、急変時の対応方針も明確にしている。

### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、調剤業務手順や調剤内規を作成し、処方鑑査、調剤鑑査を行い、調剤過誤、疑義照会は件数を把握している。検体検査は、血液生化学・一般検査・尿検査および細菌検査でのグラム染色を院内で行い、他は外部委託である。画像診断での造影CT・MRI検査は手順に沿って行われ、読影は放射線科専門医2名が対応し、診断結果報告書の確認については既読管理の運用を開始している。また、開業医からの検査を積極的に受け入れている。栄養管理は、クックチルシステムを導入し、大量調理マニュアルに準拠した食事提供を行っている。リハビリテーションは、多職種による合同評価を基に目標設定やプログラム作成、速やかな訓練を開始している。入院から在宅までの切れ目の無い継続的なリハビリテーションが提供され、積極的な退院支援への取り組みとして在宅への訪問活動を随時行うなど、高く

評価できる。診療情報管理は、診療情報管理士が電子カルテ運用による診療情報管理の一元化に努めている。医療機器管理は、臨床工学技士が一元管理し、貸出・返却システムが確立している。洗浄・滅菌は、物理的・化学的・生物学的インディケータによる日常モニタリングを実施し、保管も適切である。

病理診断は検体の採取と保存から業者への引き渡し、医師への結果報告を届ける仕組み、検体保存の手順は整備されている。輸血・血液管理は、輸血療法マニュアルに沿って輸血を実施しており、輸血用血液製剤の保管も適切である。手術・麻酔は休日・夜間はオンコール体制をとっており、緊急手術も麻酔科医により応需している。集中治療は各科の主治医制で患者の管理やベッドコントロールなどの業務に当たっており、夜間・休日にも直ちに呼応できる体制である。救急医療は、受け入れ困難事例は救急検討委員会で検討している。各科の協力体制が機能し、重症患者への迅速な対応ができています。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、法人管理部経理課と事務部長が協力して業務対応し、予算は年度計画に連動して事業計画評価推進委員会、投資計画委員会において策定、検討している。医事業務は、フロントサービス課が担当し、レセプト請求作成・点検は、医師が確実に関与し、返戻・査定は療養担当規則委員会と医局会で報告・検討し、再審査請求に対応している。委託業者の選定は、医療関連サービスマークやISO取得認定業者を選定対象とするなどの検討を行っている。

施設・設備管理は、担当者が24時間常駐しており、病院施設課との間で緊急時連絡体制が機能している。物品管理は、法人本部資材施設部と病院管理部門が対応しており、物流管理システムによる定数管理を行っている。

災害時の対応は、災害時マニュアルを改訂し、事業継続計画を更新しており、院内各部署の災害時の初期対応を想定した内容とし、その行動計画を事業継続計画に策定している。保安業務は警備会社に委託し、防災センターの24時間常駐職員と病院職員が連携して対応している。医療事故等への対応は、組織全体での対応が可能となるよう医療安全管理体制を構築している。

## 11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、法人本部と病院および院内部署が協働して作成した計画に基づき総合的に実施している。法人全体の入職時研修では病院運営方針や病院諸規則、医療安全管理、医療関連感染制御の説明などを行い、新入職者の職務分担に応じた到達目標の設定と、専門職として必要な臨床上の基本的知識と技術の習得、チーム医療における職種の役割の理解を促している。

学生実習は、研修医、看護師、療法士等の多職種を受け入れており、受け入れ時には病院運営方針や機能、病院諸規則、個人情報保護の守秘義務や医療安全管理、医療関連感染制御、事故発生時の対応、臨床実習の進め方などの事前説明と指導を行っている。

# 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	S
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	S
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	S
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	S
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	S
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	S

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	S
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	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	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	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	S
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	S
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	S
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	S
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	S
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	S
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

## 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	S
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	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	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

## 機能種別：一般病院2（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	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

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 7月 1日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 社会医療法人大道会 森之宮病院  
 I-1-2 機能種別： リハビリテーション病院、一般病院2(副機能)  
 I-1-3 開設者： 医療法人  
 I-1-4 所在地： 大阪府大阪市城東区森之宮2-1-88

## 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	355	331	-24	81.9	27.2
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	355	331	-24		

## 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)	7	+7
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	151	+0
地域包括ケア病床	45	+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		
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： 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



