

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「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および6月16日～6月17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	緩和ケア病院（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 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1949年に結核伝染病院として開設され、76年という長い歴史を有している。2006年に地域がん診療連携拠点病院、2022年に災害拠点病院の指定を受け、2024年には地域医療支援病院の承認を取得された。川崎市南部地域の中核病院として、がん等の成人疾患医療や緩和ケア医療、二次救急を提供するとともに、川崎市内で唯一の結核専門病棟を持つ病院として地域に大きく貢献している。また、連携登録医からの専用回線「つなぐ・つながる・ホッとライン」を設置するなど、地域医療機関との円滑な連携にも注力している。

この度は病院機能評価の5回目の受審であり、病院長を中心に職員が一丸となって地域医療体制の充実に尽力するとともに、質向上に継続的に取り組んでいる様子が見えられた。評価項目の多くは適切と評価されたが、一方で病院の役割・機能に照らし、さらなる取り組みが望まれる項目も認められた。今後、本報告書を活用してさらなる質改善を進め、「市民に信頼され、市民が安心してかかれる病院」としてさらなる発展を遂げられることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針をわかりやすい表現で明文化し、病院内外に周知している。病院運営の意思決定会議は三役会議であり、その他、病院運営に必要な会議・委員会が

機能している。数値目標や達成目標を示した年次事業計画を策定し、その実績は川崎市立病院運営委員会に報告し、評価を受けている。情報の管理・活用の方針は明確であり、院内の情報を適切に管理・活用している。公文書管理規程に基づき、文書を一元的に管理している。

病院の役割・機能に見合った人材を確保するために、職員配置計画を取りまとめて人材確保に努めている。人事・労務管理に必要な各種規則・規程を整備し、職員に周知している。衛生委員会を設置して時間外労働、健康診断、予防接種などについて検討している。職員満足度調査や職員投書箱で職員の意見・要望を把握し対応している。病院局人材育成計画や職員研修委員会の企画に基づき、職員への教育・研修を実施しているが、さらなる参加率向上に向けた工夫・努力が望まれる。全職員を対象に人事評価制度を導入し、能力評価・能力開発を行っている。基幹型臨床研修病院としての初期研修をはじめ、各職種で研修プログラムを作成し、専門職種の初期研修を行っている。医学生、薬学生、看護学生などの実習を積極的に受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務を明文化し、患者・家族や職員に周知している。説明と同意に関する方針や基準・手順を整備し、侵襲を伴う検査等においては患者・家族に説明し同意書を得ている。同席者ルールについての再検討が望まれる。診療・ケアにおける患者の主体性を促進し、必要な情報を提供・共有している。患者・家族の相談窓口は明確であり、必要に応じて他職種・他部門と連携し、様々な相談に対応している。個人情報保護方針や規程を定め、職員等に周知している。電子カルテの不正アクセスにも対策を講じている。臨床倫理指針を明文化し、倫理委員会を設置している。臨床現場で解決できない問題や重大な課題については、倫理委員会で検討して判断を下す仕組みがある。倫理委員会の役割を職員に周知するとともに、倫理的課題を共有・検討する場としての機能を果たしていくことが望まれる。患者・家族の抱えている倫理課題を把握し、多職種で対策を検討している。

来院時のアクセスをわかりやすく案内し、患者・家族や面会者等に配慮した施設・設備となっている。診療・ケアに必要なスペースを確保し、快適で利便性・清潔性・安全性に配慮した療養環境を整備している。地域がん診療連携拠点病院として敷地内は全面禁煙であり、周知徹底している。禁煙外来を開設するなど、禁煙に向けて支援している。

4. 医療の質

業務の質改善に向けて、市民交流・サービス向上委員会が中心となり、部門横断的な改善活動を継続的に実施している。各診療科の症例検討会のほか、多職種が参加するカンファレンスを実施している。臨床指標を収集しているが、さらなる診療の質改善に向けた分析・活用が望まれる。意見箱やモニター制度、患者満足度調査等で患者・家族の意見・クレームを収集し、医療サービスの質向上に繋げている。新たな診療・治療方法や技術の導入にあたっては、倫理委員会や治験・臨床研

究倫理審査委員会で適切に審議している。

病棟や外来に診療・ケアの管理・責任者の氏名を掲示し、患者・家族へ明示している。電子カルテ上の診療記録は適時わかりやすく、SOAP形式記載している。診療記録の質的点検については、病院規模に応じた件数の点検が望まれる。多職種によるカンファレンスや複数の専門チームによる組織横断的なチーム活動が、積極的に行われている。

5. 医療安全

医療安全管理委員会が機能し、医療安全管理責任者や医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者が配置され、責任・権限も明確である。アクシデント・インシデント報告書は、医療安全管理室が集約・統計処理を行い、医療安全管理委員会で毎月報告している。報告事例はRCA分析を用いて分析し、事故予防等に活かしている。医療事故発生時の対応手順を明確にし、職員に周知している。重大な医療事故では医療事故防止対策委員会を招集し、再発防止策を講じている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策として、医療安全管理マニュアルに状況と場面ごとの確認方法を明文化している。画像診断・病理検査レポートについては既読管理システムを導入・運用し、未読については依頼医あるいは依頼科医に確実に報告している。薬剤部が主導して各部署における薬剤の安全な使用に向けた対策を実施している。全入院患者に転倒・転落のリスク評価を行い、危険度に応じた看護計画の立案と対策を実施している。医療機器を安全に使用するためのマニュアルを整備し、臨床工学技士が専門性を活かして職員研修を実施している。院内緊急コードを設定し、必要な場所に救急カートを配置している。全職員がBLS研修を確実に受講することが望まれる。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄部門として感染対策室を設置し、専任のICDである感染症内科医師や専従のICNに加えて、薬剤師や臨床検査技師を複数名配置している。感染症内科医師を委員長とし、多職種で構成される院内感染対策委員会および下部組織である感染部会を毎月開催して、院内における感染症の発生状況や対策などを具体的に検討している。ICTが中心となって、院内の感染発生や耐性菌の検出状況などの情報を、主に臨床検査科と連携して把握している。JANISとJHAISに参加して病院全体でのCLABSI、CAUTIの発生状況をモニタリングしている。SSIに関しては外科症例に加えて、整形外科症例にまで拡大している。

感染管理に関する指針や院内感染対策マニュアルを整備し、現場における手指衛生や個人防護具の着用、感染経路別予防策を適切に実践している。手指消毒の5つのタイミングの遵守率については、ICNがICTラウンドの際などにアプリを用いた直接観察法でチェックしている。抗菌薬適正使用支援チームが抗菌薬の使用状況をモニタリングし、担当医にフィードバックすることで抗菌薬の適正使用を促進している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はホームページ・広報委員会が担当し、病院案内、入院案内、ホームページ、広報誌、病院年報、SNS など様々な手段で地域住民や近隣医療機関に定期的に発信している。地域の医療ニーズについては、地域医療支援病院運営会議や連携登録医への訪問、アンケート調査等を通じて把握している。また、登録医や関連医療機関の職員が参加する年2回開催の「地域交流の会」においても意見や要望を収集するとともに、連携強化に努めている。

地域の健康増進に寄与するために、がん・総合健診センターで人間ドック、がん検診、特定健診などの健康診断事業を行っている。市民公開講座、がんサロン、糖尿病教室等を開催しているほか、町内会や企業・学校等からの依頼に応じて講師を派遣する出前講座を実施している。地域の医療従事者を対象に緩和ケア研修会やセミオープンのかんサーボードを開催するなど、地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を積極的に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページ、院内掲示、広報誌などでわかりやすく案内している。医師は紹介状などの情報を電子カルテに入力し、診察時は患者からの氏名と生年月日の名乗りで患者誤認を防止している。医師は医学的根拠に基づいて入院治療の必要性を判断し、患者・家族の同意を得た上で入院を決定している。医師は患者の病状・病態を評価し、治療方針を決定している。患者の個別性に配慮した多職種による入院診療計画書の作成が望まれる。医療安全・相談受付に看護師を配置して相談内容のトリアージを行い、多様な相談に対応している。入院決定時から入院生活に関する説明を行い、病棟においてもより詳細な説明を行っている。

病棟では医師同士が連携して業務を行い、他職種ともカンファレンスなどで情報を共有している。看護師はリスク評価をもとにアセスメントし、看護計画を立案・評価している。病棟薬剤師が薬剤管理指導を行い、入院患者の内服薬服用について自己管理の可否をアセスメントしている。輸血の適応と血液製剤の種類は医師が決定し、必要性やリスクを患者・家族に説明し同意を得て実施している。手術・麻酔の適応・方法は各診療科で決定し、主治医・麻酔科医がそれぞれ患者・家族に説明し同意書を得ている。重症患者はHCU・CCUや一般病棟個室で管理し、多職種がケアに関与している。全入院患者を対象に、褥瘡リスクチェックシートを使用してスクリーニングを行っている。栄養管理では多職種が連携して評価や検討を行い、計画書を作成して患者の状態に応じた食事指導や支援を行っている。緩和ケアマニュアルを整備し、がんサポートチームと連携して症状緩和に努めている。リハビリテーションは主治医からの依頼を受けて、リハビリテーション専門医が病態に応じた目標や実施計画を立案し、確実・安全に実施している。

身体拘束は、人権を配慮して必要性を評価し、リスクなどの説明と同意を得て実施しているが、患者個々の状態に応じた実施方法の説明が望まれる。退院に向けて多職種で相談や指導を行い、連携先に必要な情報を提供している。退院後も継続し

た診療・ケアが必要な患者には、カンファレンスや訪問により患者の意向や症状等に合わせた在宅療養支援を行っている。DNARの指針や「人生最終段階における適切な意思決定に関する指針」が整備され、ターミナルステージの判断は主治医が中心となり診療科の医師とともにしている。

<副機能：緩和ケア病院>

緩和ケア外来・入院の受診に必要な情報・手続きは、ホームページに掲載されている。緩和ケア病棟では医師や看護師を中心に療法士、管理栄養士、薬剤師、地域医療部のスタッフ等が、それぞれの専門性を発揮しながら協働し、患者・家族を支えるチーム医療を円滑に進めている。入院時の感染症データの情報を得る体制作りや個々の患者病態に配慮した入院診療計画書の検討が期待される。外来受診から入院決定までの過程や運用に関わる手順を整備し、病態に応じた柔軟な体制を構築している。症状緩和に関しては患者・家族の意向を重視しながら、病状の進行に合わせた症状緩和に努めている。スピリチュアルなニーズの把握と適切な援助に繋げるように、専門チームが一丸となり尽力している。最期までその人らしく過ごせるよう、多職種と外部ボランティアの協力で患者の希望を叶えつつ、患者のQOL向上に向けた取り組みは高く評価できる。入院中の主治医が在宅訪問診療を継続するなど、切れ目のない支援体制も整備している。終末期には、患者・家族の意向を尊重した最善の療養環境の整備に努めている。逝去時はエンゼルケアの参加など、家族の思いと生前の患者の意思に添った個別性のあるケアを実施している。遺族ケアとして手紙の郵送や遺族会を開催し遺族を支援している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では処方鑑査と疑義照会、調剤鑑査を確実に実施している。注射薬は1施用ごとに取り揃えて払い出し、抗がん剤や高カロリー輸液の調製・混合はすべて薬剤師が実施している。臨床検査科では、迅速かつ精度の高い検査業務を提供している。パニック値は直接依頼医に電話連絡し、検査システムに内容、時間、連絡先などを記録している。放射線技術科では画像検査を迅速に実施し、放射線診断専門医による読影レポートのほとんどが翌診療日に作成されている。患者の食事は選択メニューや季節感のある行事食を取り入れ、工夫したメニューで提供している。嗜好調査や委託業者連絡会を実施し、献立や調理方法の改善に取り組んでいる。リハビリテーションは、リハビリテーション専門医の関与により、入院後早期に開始している。診療情報管理室に診療情報管理士を配置し、診療情報を二次活用するために病名はICD-10、手術名はICD-9-CMでコード化しているほか、病院指標やクリニカルインディケーターの収集を行っている。医療機器は臨床工学技士がすべて一元的に管理している。夜間・休日はオンコール体制で緊急対応している。中央滅菌室における洗浄・消毒・滅菌・供給までの一連の業務は適切に行われ、リコール発生時のトレーサビリティも明確である。

病理診断は病理専門医と細胞検査士が協力して質の高い診断を実践している。放射線治療については、放射線治療専門医と診療放射線技師が連携し、治療計画の作

成と放射線治療を適切に実施している。輸血・血液管理については認定輸血検査技師を中心に、血液製剤の保管・供給・返却・廃棄などを適切に実施している。手術・麻酔は術者と麻酔科医が看護師、臨床工学技士、薬剤師など多職種スタッフと協力して円滑・安全に実施している。HCU・CCUは機能に応じた人材を配置し、入退室基準に則った運用を行っている。救急センターは断らない救急体制を掲げて365日24時間、すべての救急患者の受け入れを目指している。

10. 組織・施設の管理

年度予算は各部署とのヒアリングや職員配置計画、設備投資の予定を織り込んで編成している。予算の執行管理としてデータ分析を行い、対策や今後の方向性を検討している。レセプトの作成・点検は医事課職員が行い、医師も請求内容を点検している。返戻・査定は医師と対策を協議し、再審査請求にも対応している。病棟稼働率、診療科別損益、疾患別損益などの資料を作成・分析し、三役会議に報告して病院経営に活用している。

業務委託の導入ならびに契約終了時の継続の要否は、各部署で業務内容や委託の範囲、業務実績の評価を行い、判断している。自院の役割・機能に見合った施設・設備を整備している。施設・設備の管理は庶務課管理系の所管のもと、24時間体制で業務委託し適切に管理している。医療機器や医療消耗品の購入は、必要性や採算性、保守費用を含めて妥当性を評価し、川崎市立川崎病院との共同購入も検討しながら、納入業者を決定している。病院事業継続計画を策定して訓練を行っているほか、災害拠点病院として災害時医療の実働訓練を実施するなど、災害時等の危機管理への対応を適切に行っている。保安業務は庶務課管理系が所管し、24時間体制で業務委託している。業務内容を警備業務マニュアルで明確にし、確実に実施している。

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	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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	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	B
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	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	B
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	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・注射を确实・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を确实・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	栄養管理と食事支援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确实・安全に実施している	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	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	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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	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	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	購買管理を適切に行っている	A
-------	---------------	---

4.6 病院の危機管理

4.6.1	災害時等の危機管理へ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
-------	---------------	---

機能種別：緩和ケア病院（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	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	緩和ケアに必要な診断的検査・処置を确实・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
2.2.7	診療計画と連携したケア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	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を确实・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を确实・安全に実施している	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 と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	S

2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化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	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	臨死期への対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024年 9月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 川崎市立井田病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2、緩和ケア病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 市町村
 I-1-4 所在地： 神奈川県川崎市中原区井田2-27-1

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	343	343	+103	77.2	15.3
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床	40	40	+0	35	63.9
感染症病床					
総数	383	383	+103		

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)		
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	21	+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	45	+45
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床	23	+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

地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域), がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(DPC標準病院群)

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： 7人 2年目： 5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

