

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 7 月 15 日～7 月 16 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、奈良県東和医療圏における中核的病院として急性期医療、慢性期、保健予防活動と、総合的な活動を展開している。病院の理念には、地域の医療と福祉を支える済生会の精神を実践すべく、患者視点からの医療の提供・質の高い医療の提供を掲げている。また、医療技術の進歩や地域住民のニーズの高度化・多様化に応えるべく、病院が提供する医療機能・サービスの拡充に努め、地域住民からの高い信頼を得ている。現在は、地域医療支援病院・奈良県地域がん診療連携支援病院・災害拠点病院（地域）として、地域の医療機関・福祉施設等との連携を強化しつつ、求められる医療ニーズに総合的に応えている。

病院機能評価を継続的に受審しており、今回の更新受審では、病院長や幹部のリーダーシップの下に職員が一つになって、課題の克服や病院機能の向上、医療の質・医療安全の向上に取り組んできたことが確認できた。患者中心の医療・チーム医療の提供に努力し、多数の専門チームや多職種参加による良質な診療・ケアを実践しており、褥瘡対策やターミナルケア、情報伝達エラー防止などでは、高いレベルでの取り組みが認められた。一方で、患者急変時の対応・診療録の質的点検など、取り組みの一層の強化が望まれる事項も見受けられた。加えて、医療の質・安全向上に向けた組織横断的改善活動、臨床倫理的課題への対応、職員教育などに対しては、病院の主導による活性化を期待したい。各領域の評価所見や総括に記した内容を参考にしつつ医療機能の一層の充実、ならびに医療安全・質の向上に向けた一層の取り組みを継続し、益々発展されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念・基本方針は、院内外への周知が適切に図られている。病院長は、将来ビジョンや現在の課題を職員に発信して共有に努め、病院幹部は役割に応じて課題解決に向け努力しており、それぞれがリーダーシップを適切に発揮している。意思決定会議の開催、委員会規程の整備や運営、組織内の情報伝達、事業計画作成のプロセスなど、組織運営は適切である。情報システム管理規程等に基づいて、データの真正性・保存性・見読性の確保など、適正な情報管理・運用を行っている。医療現場で使用するマニュアル類は院内グループウェアにて一元的に管理されている。

法的に必要な人材は確保されており、病院機能・業務量に応じて増員が図られている。職員の安全衛生管理では、安全衛生委員会を毎月開催し、職員健康診断・予防接種・精神的サポート・労働環境チェック等が適切に実施されている。学会・外部研修等への積極的参加を推奨しており、認定看護師の育成にも積極的である。全職員対象の研修会は、医療安全・感染制御等は適切に実施されているが、患者権利・個人情報保護・医療倫理など、病院として定めた全体研修会の全てに対して参加率向上への積極的な取り組みを望みたい。職員の能力評価・能力開発では、全職員を対象とした人事考課制度を整え、所属長面談を通じて必要なアドバイス・指導が行われている。医師に対しても病院長による面談を行い、能力開発・モチベーション向上に努めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族、職員に周知されている。説明と同意の方針、同席が必要な範囲は明確に定められており、患者の理解と意思決定への支援が適切に行われている。診療・ケアへの患者理解を深めるために、入院案内の工夫や患者用パス等を活用しての説明、患者図書室の設置等の対応を行っている。患者相談窓口は一本化され、看護師・MSW等が様々な相談事案に対応しており、関係部署との情報共有・連携体制を整えている。個人情報保護に関する規程類が整備され、個人情報の物理的・技術的保護など適切である。臨床の現場で判断が難しい倫理的課題の解決に向けては、倫理委員会が積極的に課題を拾い上げ、解決に向けて組織的に取り組んでいく姿勢を掲げ、現場を後押しすることを望みたい。

療養環境の整備・利便性については、敷地内に駐車場を必要数確保し、玄関には総合案内を設置している。院内にはコンビニエンスストアなど生活延長上の設備を整え、患者・家族の利便性向上に努めている。全館バリアフリーであり車椅子等の必要備品が整備されるなど、高齢者や障害者への配慮も適切であり、院内の絵画・風景写真等の展示やクリスマスコンサート等の開催など、患者・家族に安らぎを与える環境作りについても配慮している。受動喫煙防止への取り組みは、奈良県地域がん診療連携支援病院として、地域の手本となるように積極的な取り組みを期待したい。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、スタッフの日々の業務の中での聴取や、意見箱・患者満足度アンケートなどにより収集し、管理会議での検討を経て改善につなげている。診療の質の向上については、各科診療検討会やCPCなど多くの検討会が開催され、学会作成の診療ガイドラインを積極的に活用して標準的治療に取り組んでいる。クリニカル・パスの活用は積極的であるが、バリエーション分析・見直しの再開を期待したい。今後、委員会等にて診療情報の分析・評価を行い、診療の質の改善・安全性の向上につなげていくことが期待される。業務の質改善は部分的に行われているものの、QC活動などの組織横断的な活動の展開を期待したい。新たな治療法・技術導入などは、管轄する委員会等で検討されているが、倫理・安全面からの検討をより確実にすべく倫理委員会に付議し、審議するようにルールの見直しが見られる。

診療・ケアの責任や管理体制は明確であり、主治医・病棟師長は毎日の回診・ラウンドにより、患者・家族の状況を把握している。診療録にはマニュアルに従い、必要事項が適切に記載されている。今後、医師による診療録の質的点検を開始し、十分なフィードバックを行うように取り組まれない。併せて退院時サマリー記載率のさらなる向上にも期待したい。院内では診療科や職種を超えた連携や、活発な多職種カンファレンス、必要時の各専門家チームの介入など、多職種が組織横断的に協働しての診療・ケアが実践されている。

5. 医療安全

医療安全体制は、院長直轄の医療安全推進室に専従の医療安全管理者を配置し、組織横断的に活動できる権限を付与している。医療安全推進委員会を毎週開催して、事例の情報収集・分析・検討・改善策の立案を行い、緊急事案への迅速な対応等に努めている。マニュアルの適宜改訂や医療安全管理委員会等の開催なども適切である。インシデント・アクシデントレポートは全職種に報告を求めているが、報告風土（医療安全文化）の醸成に向けての積極的な取り組みや、ポジティブレポート提出による各種の情報収集を通して安全確保体制のさらなるレベルアップを期待したい。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は手順が遵守され、手術室ではタイムアウト等が適切に実施されている。処方・指示などの情報伝達は、統一した手順で遅滞なく安全・確実に実施され、緊急指示や口頭指示への対応も適切である。電子カルテシステム活用して、読影報告・病理報告等の未読医師に確認の連絡が入るシステムを整えており評価できる。薬剤の安全管理面では、向精神薬・ハイリスク薬の管理や、重複投与・アレルギー関連薬などのリスク管理は適切である。副作用情報・疑義照会の一元管理や、電子カルテと照合しての処方鑑査などを通じて、プレアボイドに努めている。転倒・転落防止対策は全患者への評価を行い、高危険度の患者にはカンファレンス等にて防止策を講じて多職種との情報共有を図りつつ対処している。医療機器管理は、臨床工学技士による使用前点検、看護師による動作中の確認、問題発生時の報告・相談体制など適切であり、マニュアル整備や点検記録・使

用中の記録など安全な使用に努めている。患者急変時の対応は、院内緊急コードを設定しており、適切な周知と実働がある。救急カートは院内統一仕様で多職種が協力して整備を行っている。BLS・AED 訓練については、受講状況の把握など組織的な対応が望まれる。

6. 医療関連感染制御

院内感染制御体制は、病院長直轄の感染管理室を設置し、専従 ICN を中心とする ICT・AST が定期的にラウンド・カンファレンスなどを実施し、必要な介入や現場への指導を行っている。感染管理室の活動を、より積極的かつスムーズすることを目的に、ICN の役割と権限を明文化し職員周知を図ることが期待される。院内感染防止対策委員会を毎月開催し、院内感染マニュアルを適時改訂し職員に周知している。情報収集面では、ICN が ICT・AST と共にデータ分析を行い、日常の微生物サーベイランス等を実施しており、JANIS への参加などにより院外情報収集にも努めている。今後 SSI・VAP・BSI・CRI へのサーベイランスの拡大が期待される。アウトブレイクの予防に努めるとともに、発生時には感染管理室が起点となって ICT メンバー等と共に迅速に対応する体制を整えている。

院内感染の制御活動は、ICT ラウンドや感染経路別対策などが適切に実施され、現場では院内感染防止マニュアルに基づき、標準予防策の徹底や汚染リネン・寝具類の取り扱い、個人防護用具の着用などの感染防止対策を実施している。抗菌薬使用指針が整備され、届け出制も含めて抗菌薬の使用方法が遵守されている。抗菌薬の使用状況は、AST・ICT にて把握・分析され、医師に必要な助言が行われている。

7. 地域への情報発信と連携

2015 年に地域医療支援病院に認定されている。地域への情報発信は、ホームページや広報誌「まほろば」にて、病院機能やサービス・診療内容などの最新情報を広報している。済生会病院 QI プロジェクト参加のために抽出された医療の質・安全に関するデータの公開を検討されることが期待される。地域の医療関連施設等との連絡機能は地域連携室が担っており、スムーズな情報共有の下に、円滑な紹介患者の受け入れ・逆紹介に繋げている。近隣の医師を登録医として組織し定期的な訪問を行っており、病診連携協議会や地域連携カンファレンス等を開催するなど、地域医療機関との連携に努めている。地域への教育・啓発活動として、地域住民向けの市民公開ミーティングや、医療機関向けの「病診連携研修会」等を定期的に開催しており、今後も開催形式等に工夫しつつ、積極的な啓発活動を継続することを期待したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報を適切に案内しており、総合案内に看護師を配置するなど円滑な受診につなげている。外来では、患者情報を問診票・電子カルテなどで共有し、検査は必要性を主治医が判断し十分な説明と同意のもと、手順に基づく機器の準

備、患者の観察と記録など、安全に配慮している。入院の必要性は医学的に判断され、患者・家族の希望も入れつつ多職種が関与し速やかに入院診療計画書を作成し、各種リスク評価を確実に実施している。入院前のサポートや当日オリエンテーションも適切である。患者・家族からの医療相談には適切に対応している。

主治医は、毎日の回診により患者病状を把握し、多職種カンファレンスを通じて治療方針を検討し、随時患者・家族との面談に応じるなど、リーダーシップを発揮している。看護師は患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握しつつ、多職種と連携して看護計画を立案し看護基準・手順に沿ったケアを行っている。抗がん剤などハイリスク薬の使用時の説明・同意取得、病棟薬剤師による服薬指導や薬歴管理は適切に実施されており、抗菌薬初回投与時、抗がん剤投与中・後の観察や記録も適切である。輸血は、必要性・リスクを分かりやすく説明し同意書を得て、マニュアルを遵守しつつ適正・安全に実施されている。周術期の対応は、麻酔科医・手術室看護師が術前訪問で情報共有を図り、全身麻酔は全て管理麻酔が行われ安全を担保している。重症患者の管理は多職種が積極的に関わり、重症度を勘案しつつ必要な診療・ケアを提供している。褥瘡管理、栄養管理は、アセスメント・対策・実践・評価・多職種介入などが適切である。症状緩和は、学会ガイドラインに準拠して実施されている。身体抑制は、適応基準と手順を定め、医師が必要性を判断し、患者状態の観察や解除に向けた検討など適切である。退院支援、退院後の継続診療・ケアは、入院時から多職種が介入しての指導や、関係機関との調整など適切である。ターミナルステージの判定と対応はマニュアルに準拠して決定され、医師・多職種がカンファレンスを開き、地域での介護支援連携を図るなど、患者・家族の意向を尊重しつつ優れた対応を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、24 時間体制で薬剤師を配置し、抗がん剤や TPN は薬剤師が適切に無菌調製し、注射薬は 1 施用ごとに取り揃えている。臨床検査機能では、医師の指示のもとに必要な検査を実施し、基幹病院としてのニーズに応じる検査がなされ、パニック値は迅速に主治医に報告されている。画像診断は、緊急ニーズへの対応体制を整えており読影はダブルチェックである。放射線科医は、被曝低減の目的で依頼医への助言を行うなど画像診断の質の担保に努めている。栄養管理面では、清潔・衛生的な調理環境を整え、アレルギー情報を確実に把握しており、食欲不振者への代替えメニューの提供など患者目線での対応をしている。リハビリテーションは、病態に応じた目標設定や実施計画を立案し、必要性やリスクの説明・同意取得の下に、入院早期から療法士が介入し、多職種で作成した実施計画に基づく訓練が行われているが、連続性の確保に向けての工夫を期待したい。診療情報管理機能では、診療情報の一元管理や、量的点検など適切である。今後、QI を活用した医療の質向上に向けた組織横断的活動の推進部署として診療情報管理室の活躍を期待したい。医療機器管理機能は、臨床工学室での点検体制、貸し出し管理、故障・トラブルへの迅速な対応など適切である。洗浄・滅菌業務は、中央材料室の責任体制を明確にし、回収から保管までの一連の業務を実施しており、滅菌の質保証も適切

である。

病理診断業務は、常勤専門医が統括し、良好な病理作業環境の下での標本作製プロセスは安全・確実である。病理診断レポートも迅速であり、未読・既読のチェックは病院独自のシステムにて安全を担保している。放射線治療機能は、放射線治療医師（非常勤）が主治医と情報共有しつつ必要な治療を提供しており、治療計画や計画線量確認等は適切であり、緊急時の対応も可能である。輸血・血液管理業務は、明確な体制のもと、輸血療法委員会にて諸問題を検討、情報共有しつつ適切かつ安全に実施されている。手術・麻酔機能は、常勤麻酔科医師 1 名・非常勤 0.8 名を配置して緊急手術にも適切に対応しており、麻酔科医による術中管理・タイムアウト等が確実に実施されている。集中治療機能では、多職種カンファレンスの開催や、必要に応じての専門ケアチームの介入、入退出基準の整備など適切である。救急医療機能は、地域の 2 次輪番基幹病院として、救急搬送応需率は高く、断らない救急を実践している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、公益法人会計等に沿った処理が行われ、予算管理、毎月の経営状況などが適切に把握され、会計監査は法令に則り適切に実施されている。医事業務は、窓口収納業務、レセプト作成、返戻・査定対応、未収金対応など、いずれも適切であるが、施設基準の順守体制の強化を図られたい。業務委託は、選定・契約・評価の責任部署を明確にしており、定期的な会議等を通して委託業務の質を確認している。施設・設備の日常点検や保守管理は計画的に行われており、緊急時の連絡体制や、院内清掃、医療ガス管理、感染性廃棄物の処理等も適切である。物品管理については、購入品の選定や発注・検収の手順は明確であり、定期的な棚卸による在庫管理・使用期限確認・定数見直しが適切に行われている。ディスプレイ製品の再使用は行われていない。

災害拠点病院（地域）として、BCP や防災マニュアルを整備し、夜間・休日の責任体制や緊急時の連絡網、職員の行動基準を周知しており、DMAT（2 チーム）を編成しているなど、災害への対応体制を適切に整えている。保安業務は、緊急時の連絡体制など院内保安体制を整備し、日々の状況の把握などが適切に行われている。医療事故への対応手順は明確であり、医療安全推進委員会・医療安全管理委員会では原因を究明し再発防止策を立案する体制を整えており、紛争化防止への取り組みも適切である。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型の臨床研修病院であり 6 名の初期研修医が在籍し、45 名の指導医による研修を実施している。臨床研修医の教育プログラムや指導・評価体制が整備されており、指導医による評価のもとにシミュレーター実習も取り入れ、適切な研修が行われている。看護部門ではプリセプターシップ制度、キャリアラダー・クリニカルラダー制度等に基づく教育プログラムを整備しており、コメディカル各職種においても、「職種別成長ブック」を活用して到達状況を評価しているなど、各専門職種

の初期研修は適切に行われている。学生実習は、医学生・看護学生・薬学生など多職種 of 学生を受け入れている。実習指導者がカリキュラムに沿って実習を行っており、実習中の事故対応、個人情報保護、医療安全や感染防止の教育・指導などが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	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	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	B
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	B

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	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	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	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	B
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	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	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	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

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： 社会福祉法人恩賜財団済生会中和病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 奈良県桜井市阿部323

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	320	320	+0	65.1	14.2
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	4	4	+0	0	0
総数	324	324	+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	3	+0
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	+8
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	8	+8
人工透析		
小児入院医療管理料病床	20	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	48	+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

地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域)(都道府県), 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： 4 人 2年目： 2 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