

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1」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1日～10月2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1（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1（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1974年に神代外科胃腸科医院として開設された。その後、医療環境の変化に対応して病床数や病棟構成等を再編し、2004年に回復期リハビリテーション病棟を開設、2015年に新築移転した。現在は、回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床、一般病床を整備し、さらに訪問サービス事業所やグループホーム、小規模多機能ホーム等を併設している。「安心と生きがいを、患者さんとそのご家族に深めていきたい。」を基本理念とし、急性期治療から在宅生活までを一体的に支える「地域包括ケア」の中核を担う病院として、チーム医療を提供されている。

今回の受審に際し、院長を中心に各部署の職員が現状の課題を認識し、その解決に真摯に取り組む姿勢が確認された。近隣の急性期病院や介護・福祉事業との連携に積極的に取り組み、院内でも部門部署間が協働してチーム医療を実践し、在宅復帰を目標に充実したリハビリテーションを提供されていた。今後も部門部署間の協力やコミュニケーションを一層活発にし、病院の役割と機能を十分に発揮することで、地域社会と共に歩む医療機関として信頼を得て発展していくことを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念・基本方針を明文化し、院内外に周知している。病院運営の意思決定は執行部会議で行い、各種会議・委員会は規程に基づき実施している。中・長期計画に基づき年次事業計画・収支計画を策定し、病院目標・部門目標を設定している。各部署では活動報告書を作成し発表会を通じて成果を共有している。情報管理・情報セキュリティ方針を明確にし、文書管理規程を策定している。病院運営に必要な人員を確保し、就業規則や再雇用制度等を整備している。労働安全衛生委員会を開催し、職場環境の整備に努めている。職員やりがい度調査を実施し、意見・要望を病院運営に反映するとともに、就労支援や福利厚生の実施に努めている。

教育研修委員会を設置し、職員の教育・研修を年間計画に基づいて実施している。人事考課制度を導入し、運用規程を策定して人材育成・能力開発に努め、院外の学会・研修会の出席を支援している。リハビリテーション科の初期研修は個別に計画し、臨床知識や技術、チーム医療を学び、指導者による実技・臨床・OJT・OFF-JT研修で育成している。看護部では、クリニカルラダー・プリセプター制度による研修を行い、e-ラーニングを導入している。学生実習を受け入れ、養成校の教育カリキュラムに沿った実習を行い、評価所見をフィードバックしている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を定め周知している。インフォームド・コンセントに関する指針を整備し、同意が必要な項目を定め、その中でも侵襲的な処置については、説明者の署名と共に患者・家族の同意署名を取得している。入院中は定期的にインフォームド・コンセントを行い、患者が治療方針の決定に参加できる仕組みがある。地域医療連携室に社会福祉士・看護師を配置し、患者・家族の相談等に対応している。個人情報管理委員会を設置し、個人情報保護の指針・方針を明確にするるとともに、個人情報の利用目的を定め、周知を図っている。倫理委員会を設置し、研究倫理・臨床倫理・新たな診療導入に関して検討を行うとしている。臨床現場で比較的多く発生する倫理的課題への対応についても明示している。患者・家族の状況変化に合わせて発生する倫理的課題をその都度、多職種カンファレンスで検討し、ジョンセンの4分割法で分析している。解決困難な課題は、倫理委員会に申請し病院方針を答申する仕組みがある。

患者用駐車場・駐輪場を設置し、無料シャトルバスを運行し患者・家族の交通の利便性を高めている。診療・ケアを安全に実施するための必要なスペースを確保し、患者が主体的に活動に取り組める環境を整備している。全館禁煙・敷地内禁煙であり、その旨を院内掲示やデジタルサイネージ等で周知に努め、入院時にも説明している。

4. 医療の質

業務改善委員会は、業務の質向上を目的に中・長期計画に基づいて目標を設定し、その達成状況を評価して課題を抽出している。診療の質の向上に向け、入院時および病棟カンファレンスに加え、症例検討会と回診を実施し、多職種で治療方針

を共有している。診療ガイドラインの閲覧環境を整え、クリニカルパスや地域連携パスを運用している。FIMや実績指数などのアウトカム指標を集積し、診療目標に反映して多職種で共有している。多職種によるサービス向上委員会を設置し、外来・病棟の意見箱への投書は委員長に報告されている。緊急案件は迅速に対応し、患者や家族へ回答している。患者満足度調査も実施し、結果を掲示している。新たな治療の導入や医薬品の適応外使用、臨床研究の承認については、執行部会議で協議し、実行の可否を決定している。病棟・外来の管理体制は、診療マニュアルと看護管理マニュアルを整備し、運用している。院内マニュアルに沿って、必要な情報を電子カルテで一元管理し、多職種で情報を共有している。診療録管理委員会を開催し、規定の点検項目を確認している。患者担当チームは多職種で構成され、患者の個別課題に対応する仕組みがある。患者担当チームを多職種で構成し、患者の個別課題に対応する仕組みがある。解決困難な課題には褥瘡対策やICT、NSTなどの専門チームが横断的に介入し、多職種で協働して質の高い診療・ケアを提供している。

5. 医療安全

院長を委員長とした多職種で構成する医療安全管理委員会を設置するとともに、各部署のリンクスタッフを配置した医療安全推進委員会を設けている。医療安全管理者に必要な権限を付与し、医療安全ラウンドやインシデント・アクシデント報告の集計・分析、医療安全管理対策マニュアルの改訂も行っている。院内のインシデント・アクシデントは、電子カルテで組織的に報告・収集している。患者影響レベルに応じてSHELL分析し、再発防止への対応を行い、ラウンドで確認している。医療事故発生時の対応基準等を整備している。

誤認防止は、医療安全管理対策マニュアルの誤認防止対策に基づき実施している。患者確認は名乗りを基本とし、リストバンドや外来基本票等を活用するとともに、タイムアウトや3点認証を実施している。情報伝達エラー防止には電子カルテ機能を活用し、ハイリスク薬はリストを病棟・外来・薬局に常備するとともに、薬品名を認識しやすいよう明示している。入院時、全患者を対象に転倒・転落アセスメントを実施している。危険度に応じ看護計画を立案し、多職種で実践している。医療機器は医療機器安全管理責任者が一元的に管理している。医療安全管理対策マニュアルに急変対応手順を明確に定めている。院内緊急コードを設定し、BLS訓練を行い、各部署に応急手当普及員を配置して有事に備えている。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の院内感染防止対策委員会と下部組織として多職種職員で構成するICTを設置している。標準予防策や抗菌薬の使用法などを明記した感染症防止対策マニュアルを整備し、全職員に周知するとともに、電子カルテ上でいつでも参照できる体制である。ICTはラウンドを行い、院内各部署の感染対策状況等を確認している。近隣の地域医療支援病院と連携して院外の感染症流行情報を把握し、職員にメールで通知している。標準予防策や感染経路別予防策について、全職員を対象に

した研修を実施し、ICT と院内感染防止対策委員がラウンドして遵守状況を確認している。個人防護具は必要な場所に設置し、定められたタイミングで使用している。速乾性手指消毒剤を病室入口に設置し、個人でも携帯している。部署毎に消毒剤の使用量をモニタリングし、手指衛生の徹底に努めている。

抗菌薬の使用指針を定め、主治医は指針に則って、細菌培養検査や薬剤感受性の結果に応じて抗菌薬を使用している。特定抗菌薬は届け出制としている。薬剤科では抗菌薬の使用状況を把握し、院内感染防止対策委員会や薬事委員会で報告している。抗菌薬の適正使用に向け、院外の専門医も関与して院内感染防止対策委員会で検討し、必要な提言を行っている。院内における分離菌の検出状況を集計し、アンチバイオグラムを作成する体制を整備している。

7. 地域への情報発信と連携

地域へ病院情報を発信すべく、多職種参加の広報委員会を設置し、医療・介護・福祉機関向け広報誌を発行するとともに、ホームページや SNS も活用している。地域の医療・介護福祉機関と連携し、患者の入退院を円滑に行うため、地域医療連携室を設置して社会福祉士と看護師を配置している。前方支援と後方支援、医療相談の一体的管理を行っている。急性期病院・診療所との情報共有を図り、連携病院や診療所を訪問し連携を深めている。グループ法人内介護サービス事業と医療介護連携会議を開催するとともに、地域の介護保険サービス施設・慢性期病院との合同勉強会を開催し交流を深め、地域のケアマネジャーとは緊密に連携している。

地域に対する教育・啓発活動として、糖尿病教室を開催し、糖尿病専門医や療士等の多職種が講義を行っている。さらに、地域の集いの場として認知症カフェを開催し、健康運動指導士による認知症予防体操や音楽療法士による認知症予防音楽などを実施している。SNS を活用し自宅から同時に視聴・参加できる環境も整えている。健康推進会・体力測定会で認知症予防についての講演および栄養相談を行い、地域の交流サロンの依頼により、褥瘡予防・フレイル予防・感染症対策などの出張講座を実施している。中学生・高校生を対象に、職場体験・看護体験学習を行う等、地域に対する教育・啓発活動を多面的に展開していることは高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

一般外来と外来リハビリテーションを行い、診断的検査は必要性和リスクを説明したうえで実施している。入院判定会議を多職種で開催し、結果は紹介元に迅速に連絡している。多職種による入院時評価に基づき、入院診療計画書等を作成している。多職種で定期カンファレンスを行い、リハビリテーションプログラムや目標を患者・家族の希望と臨床経過に応じて適時見直している。患者相談窓口として地域医療連携室を設置し、多様な相談に対応している。入院は院内手順に沿って行われている。医師は業務マニュアルに則って医学的管理を行い、看護・介護職は固定チームナーシングで診療の補助や日常生活を援助し、薬剤師は必要な服薬指導を適時実施している。

輸血・血液製剤投与はマニュアルに則って実施している。入院時、全患者に対し褥瘡発生リスク評価や栄養スクリーニング等を行い、結果に応じ多職種で対応している。症状などの緩和に向け、看護マニュアルに疼痛や呼吸器・消化器症状などの対応手順を整備している。理学・作業・言語聴覚療法に必要な評価を行い、患者の状態や課題を把握し、リハビリテーションで獲得した機能を活動性の拡大につなげている。退院支援に向け、病棟専従の社会福祉士や退院支援看護師が面談を行い、退院前には退院指導連携カンファレンスに院内外の多職種も参加し、切れ目のない診療・ケアの提供につなげている。

＜副機能：一般病院 1＞

受診に必要な情報を多様な媒体で案内し、円滑な受診に努めている。外来診療は、かかりつけ医機能の役割を果たし、地域の各種施設から地域医療連携室を通じて受け入れている。侵襲性の高い検査については必要性和リスクを説明し、患者の状態に応じて、患者・家族の同意を得て他の医療機関に紹介している。入院は医学的判断に基づき、患者・家族の同意を得て決定し、入院治療計画書を作成している。

医師は回診を行い、看護師は身体的・心理的なニーズを把握し看護計画を作成している。抗菌薬や輸血・血液製剤投与はマニュアルに則って行い、重症患者は個室病棟で管理している。入院時のリスク評価として、栄養、褥瘡のリスクアセスメントを実施し、結果に応じて多職種や医療チームで対応するとともに、症状緩和にも努めている。リハビリテーション実施時に患者の状態確認やバイタルチェックを行い、評価も適宜行っている。身体拘束の最小化に努め、入院時より退院支援計画書を作成して退院を支援し、継続した診療・ケアに向け、院内外の多職種と連携している。意思決定支援マニュアルを整備し、全患者に ACP を説明している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、入院時に全症例で持参薬の鑑別を行い、薬品鑑別報告書に院内採用薬との対応を併記し報告している。臨床検査技師は、血液検査や心電図、超音波エコー検査などを実施し、異常値やパニック値は主治医に報告する体制である。診療放射線技師は、画像検査を依頼医のオーダーに沿って適時に実施し、検査後は放射線学会専門医による読影レポートを主治医が適時確認できる体制を整備している。栄養管理では、HACCP を順守し、選択メニューや行事食を提供しメニューの充実に努めている。回復期・外来・通所や訪問リハビリテーションを行い、多職種による評価に基づいてリハビリテーション実施計画書を作成し、質の高いリハビリを提供している。診療情報は 1 患者 1ID で一元的に管理し、量的点検は全件行い、診療録管理委員会に報告している。医療機器は、医療機器安全管理責任者である診療放射線技師が管理台帳を用いて一元的に管理している。洗浄・滅菌を中央化し、各種インディケーターで滅菌の質を保証している。

病理診断結果は、指示医が署名のうえ電子カルテに取り込み確認している。輸血用血液製剤は、臨床検査科が医師と看護師の監督のもと発注から返却までの一連の過程を管理している。地域の中核病院として、24時間切れ目のない診療体制を構築し、体動困難事例も、早期から社会福祉士と連携することで積極的に受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理における年次事業計画・予算を策定し、収支の検討や対策は法人本部会議・執行部会議にて行われている。病院会計準則に準じた財務諸表を作成し、監事・税理士法人による監査が行われている。医事業務は、受付から会計まで円滑な対応を行っている。施設基準管理は点検を行う体制を整えている。委託業務の実施状況は、業務報告書の提出等を求め確実な把握に努めている。施設・設備の法定点検・自主点検が行われている。医療ガス設備は、法定点検を実施し医療ガス安全管理委員会を開催している。

医薬品の新規採用は薬事委員会で検討し、医療材料・消耗品は総務課が主管してSPD業者へ委託している。各部署の使用状況は日報で報告され、適正管理に努めている。医療機器の購入は、各部署からの申請書に基づき実施している。一定金額を超える購入希望品については、仕様等を相見積もりにより比較検討し、執行部会議・院長決裁を経て購入する仕組みがある。消防計画を整備して合同訓練を実施し、緊急時の連絡体制も整っている。非常用電源を設備し水・食料等の備蓄も確保している。防火・防災マニュアルを整備し、さらに大規模な災害を想定した病院・事業継続計画（BCP）を策定している。保安業務については、24時間防犯システムによるセキュリティ管理が行われている。保安規程に基づき施錠管理し、監視記録も保存している。

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	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	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	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	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
1.3.3	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	A
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	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	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	A
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	A
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	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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	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	NA
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	
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	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 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：一般病院 1（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	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療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	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	NA
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	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	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A

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	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2025 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：医療法人三井会 神代病院

I-1-2 機能種別：リハビリテーション病院、一般病院1(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：福岡県久留米市北野町中川900-1

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	42	42	+0	98.5	24.3
療養病床	58	58	+0	99.9	82.9
医療保険適用	58	58	+0	99.9	82.9
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	100	100	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	58	+25
地域包括ケア病床	36	+4
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

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

