

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院3」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および3月6日～3月8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 3

条件付認定（6ヶ月）

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
 1. 業務の質改善に向けた活動を実践してください。(1.5.1)
 2. 診療の質の向上に向けた取り組みを実践してください。(1.5.2)
 3. 高難度新規医療技術に関する実績等の説明と適切なモニタリングを実施してください。(1.5.4)
 4. 院内共通略語集の作成と、複数の意味をもつ略語が診療記録に使用されないよう、明確な運用を図ってください。(2.1.2)
 5. 適切な RRS 体制の構築と BLS 研修の徹底を図ってください。(2.1.8)
 6. 輸血・血液製剤の説明・同意書に製剤の種類と想定使用量を明記してください。(2.2.11)
 7. 診療科等で独自に購入した医療機器を組織的に管理してください。(3.1.7)
 8. 職員健康診断の徹底を図ってください。(4.2.3)

1. 病院の特色

貴院は、1983 年（昭和 58 年）に香川医科大学付属病院として開設され、県内唯一の大学病院・特定機能病院として優れた臨床医や研究者の育成、新しい医療の研究・開発促進、そして地域の高度医療の確保に努められ、2003 年（平成 15 年）に香川大学と統合のうえ香川大学医学部付属病院と改称されている。その後も、医学・医療の進歩・発展や医療環境の変化などに応じて、診療科の増設・再編とともに血液浄化療法や外来化学療法、内視鏡診療部門の設置などの様々な機能強化を図りつつ、がん診療連携拠点病院や臓器提供施設、肝疾患や難病、アレルギー疾患の診療連携拠点病院、地域災害拠点病院などの指定・承認を受けるなど、地域医療における中核的な役割を果たしてこられた。また、最新の医療提供に向けた手術支援ロボットの導入やハイブリッド手術室の整備、救急医療支援センターの設置を進めるなど、医療機能の拡充・強化が図られている。さらに、医学部附属の医育機関と

して「ささえる、つながる、リードする」のキャッチフレーズのもと、高度な知識・技術および厳しい倫理観と豊かな人間性を身に付けた優れた医療人の育成にも力を注ぎ、幾多の人財を輩出するとともに地域の医療の確保と向上に大きな役割を果たしつつ現在に至っている。

今般の医療機能評価の更新受審においても、「患者さんの人権を尊重し、良質・安全な医療を提供するとともに、医学の教育・研究を推進し、医療の発展に寄与します」と謳う基本理念のもと、「良質・安全な医療の実践」や「高い能力を持つ医療人の育成」などの基本方針の実践に向けて取り組む職員の姿を随所に拝見できた。受審準備や訪問審査において気づかれたこと、以下の所見などを糧としてよりよい病院創りに努め、患者・家族に寄り添い信頼と満足度を一層高め、併せて職員個々の成長を促しながら貴院の発展の歴史が刻まれることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院組織の運営では、「患者さんの人権の尊重」などを謳う理念とともに、5項目からなる基本方針が明示され、ホームページや入院案内への掲載等により院内・外への周知が図られている。病院長の選任が適切な手続きに基づいて行われ、組織の設置や所掌等に関する規程の策定とともに、病院運営の意思決定を担う病院運営委員会などの合議体が設けられ、また、副病院長の管轄分野が明確にされるなど課題を認識のうえ改善に取り組む体制が整えられている。計画期間6年間の中期目標・中期計画に基づき各年度の重点事業や目標等が定められ、各部門・部署の活動に反映されている。電子カルテシステム等が導入され、規程・手順等に則った管理・運用や医療情報の二次利用とともに、高度な情報セキュリティ対策が整備されているなど高く評価できる。法人文書管理規則に基づいて文書の起案、稟議・承認、收受・発信、管理、保存が行われ、診療の場で使用するマニュアル等の作成・改訂に関する検討・承認のプロセスが明確にされている。

人事・労務管理では、法令等による医師等の配置標準数を満たし、人材の採用・増員計画の策定や採用募集等による医療機能の強化・充実に向けた取り組みが行われている。労務管理に必要な各種規則・規程が整備され、労働基準法に基づく協定の締結や届け出、労働時間の管理等が行われている。職員の安全衛生管理では、安全衛生委員会の設置・開催や衛生管理者等の職場巡視、職業感染予防等が行われているが、職員定期健康診断の受診徹底が望まれる。診療科ヒアリングや職員満足度調査等により職員の意見・要望等が把握され、休職後の職場復職支援や院内保育所の設置、福利厚生の実施などに反映されている。

職員の教育・研修では、全職員対象の教育・研修計画が策定され、医療安全をはじめとする教育・研修が実施されているが、統括部門における必要な教育・研修の企画などの取り組みが期待される。医師については大学の人事評価制度が適用され能力評価されているが、他の職種を含む病院方針に基づく公平・公正な能力評価・能力開発に取り組むことが期待される。医科基幹型・協力型、歯科管理型の臨床研修病院として研修医を受け入れるとともに、看護職など各職種に応じた初期研修が行われている。医学生や看護学生など多くの病院実習が受け入れられ、医療安全等

の実習前オリエンテーションの後に、各職種のカリキュラムに沿った実習・評価が行われているが、受け入れに関する契約・協定内容の見直しをすとなお良い。

3. 患者中心の医療

患者の意思を尊重した医療では、8項目の患者の権利や7項目からなる子どもの患者の権利が明文化されてホームページなどにより周知され、診療記録の開示も手順に基づいて行われている。説明と同意に関する方針・手順等が明確に定められ、病状等の説明時の同席基準もあるが、一部説明・同意書の内容の見直しが期待される。診療・ケアに必要な情報の患者との共有では、患者誤認防止等への協力要請や病状説明時の絵・図解の利用等の工夫、患者用図書室の活用などが行われている。患者・家族の多様な相談への対応窓口が設けられ、がん相談などの内容に応じた専門職による支援体制が構築されている。個人情報管理規則等が定められ、電子カルテシステム等の管理・運用、臨床研究等へのデータ活用に伴う取り扱いなどが適切に行われている。主要な倫理的課題に対する方針が定められるとともに、臨床の場面で発生する倫理的課題の各部署での検討が行われ、解決困難な事案は臨床倫理委員会に上申のうえ病院方針を審議する仕組みが構築されている。

療養環境の整備と利便性では、バス停留所やタクシー乗降場、駐車場が整備され、院内にはコンビニエンスストア等が設けられている。また、診療・ケアに必要なスペースが確保され、デイルームなどの広さや清潔、安全、プライバシー等に配慮した環境が整えられている。敷地内全面禁煙がポスター掲示やホームページ等により周知され、禁煙外来診療や患者の禁煙指導、職員の喫煙習慣の把握や禁煙支援などが行われている。

4. 医療の質

継続的質改善のための取り組みでは、病院機能評価の継続的な受審や ISO15189 の認証取得などが行われているが、医療サービスに係る課題を主体的に洗い出して改善を図る取り組みが望まれる。診療の質向上に向けた診療科や臓器別カンサーボードの開催、クリニカル・パスの活用などが行われているが、臨床指標等を分析・評価のうえ診療の質向上に活かす体制の構築などが望まれる。患者・家族の意見・要望等は、意見箱や相談窓口への申し出等により収集され、関係部署等の検討を経て意見等に対する回答が院内掲示によりフィードバックされている。高難度新規医療技術や未承認新規医薬品の導入は、高難度新規医療技術等評価委員会により審査・承認が行われているが、説明・同意書の見直しやモニタリング規程の整備などが望まれる。

診療・ケアにおける質と安全の確保に関しては、診療・ケアの責任体制が明確化されて診療科医師や看護責任者、病棟薬剤師が明示され、ベッドネームには主治医と担当看護師が表示されている。診療記録の記載では、診療録記載マニュアル等に沿って必要な情報が記録され、退院時サマリーの迅速な作成等が行われている。多職種協働による診療・ケアでは、褥瘡対策や排尿サポート、緩和ケアなど多職種で構成する多くの専門チームが組織されて組織横断的な活動が展開されるとともに、

診療科の枠を超えた症例検討会やカンファレンスの開催などの組織横断的な診療・ケアが行われている。

5. 医療安全

患者の安全確保に向けた取り組みでは、副病院長の医療安全管理責任者の統括のもと、医療安全管理部に専従の医師・看護師等が配置されて医療安全管理に向けた体制が確立されるとともに、医療安全管理委員会等が開催されている。安全確保に向けたインシデント・アクシデント等の情報収集体制が整備され、リスクマネージャー会議や医療安全管理委員会により原因分析や再発防止策の検討、院内への安全情報の発信などが行われている。医療事故等の発生時の対応手順が定められ、速やかな報告や原因究明・再発防止対策を検討する体制が整えられている。

患者・部位等の誤認防止対策は、患者本人の名乗りやネームバンド等による確認、手術室等でのタイムアウト等が実践されているが、手術部位のマーキングルールの徹底が望まれる。医師の指示出しや看護師等の指示受け、実施確認などが電子カルテシステムを用いて確実に行われ、やむを得ない場合の口頭指示などが適切に行われている。薬剤の安全使用に向けたアレルギー情報の共有とリスク回避、カリウム製剤の適切な取り扱いなどが行われている。入院時に転倒・転落アセスメントが行われて危険度に応じた対策が講じられ、関係職員間のリスク共有、転倒等発生時の手順に則った対応などが行われている。医療機器は中央管理され、臨床工学技士による点検整備や人工呼吸器使用中の動作確認、関係職員の教育・研修などが行われている。患者等急変時の対応では、院内緊急コードの設定、救急カートの整備や点検などが行われているが、院内迅速対応システムの体制構築や一次救命措置訓練の全職員の速やかな受講が求められる。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた取り組みでは、感染制御部感染対策室が設けられて感染管理医師や感染管理認定看護師等が配置されるとともに、感染制御委員会や感染制御チーム、抗菌薬適正使用支援チームが組織されて院内感染対策活動や感染対策マニュアルの作成・改訂などが行われている。アウトブレイクの定義や対応手順等の整備、医療関連感染サーベイランスへの取り組み、近隣医療機関との合同カンファレンスなどが行われている。

医療関連感染を制御するための活動では、感染対策マニュアルに沿った個人防護具の着用、速乾性手指消毒薬の使用と使用量モニタリング、汚染された寝具類の適切な取り扱い、感染性廃棄物の所定容器への分別廃棄などが行われている。感染制御部のもとに抗菌薬適正使用支援チームが組織され、抗菌薬使用の届け出・許可制の実践、血液培養検査の実施とモニタリング、必要に応じた抗菌薬処方医師への介入などが適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携では、患者・家族や地域向けの広報誌、医療機関向けの病院案内などの発行が行われ、ホームページには外来受診や入院の案内などとともに、病院の機能や特徴、各部門の取り組み、診療実績や臨床指標などが紹介されている。県内唯一の特定機能病院かつ地域の中核病院として、地域の医療機関との連携強化への積極的な取り組みが行われており、地域の医療関連施設の状況やニーズの把握、紹介患者の受け入れと紹介元への報告、逆紹介など連携強化に向けた種々の取り組みが行われている。地域の健康増進に寄与する取り組みとして糖尿病などの各種教室の開催、市民公開講座や「イキイキさぬき健康塾」などの各種セミナーの開催、小・中学生対象のがん教育のサポートなどの取り組みのほか、医療従事者向けの各種医療職による出前講座の開催など積極的な教育・啓発活動への取り組みが行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報がホームページや院内掲示等により案内され、総合案内による支援や病態・緊急性等に応じた対応などが行われている。診察時の患者確認等が手順に則って行われ、他診療科へのコンサルトなども行われている。診断的検査の必要性等が医学的に判断され、必要性やリスク等を説明のうえ同意を得て安全に配慮しつつ実施されている。入院の必要性は診察や各種検査等に基づいて医学的に検討され決定されている。各種アセスメント等に基づき多職種により入院診療計画書が作成されている。患者・家族からの相談窓口が設けられ、多種多様な相談等への対応やがん相談等に関する専門職種の対応が行われている。入院に際しては入院中の注意事項や施設・設備の案内などが行われている。定期的な医師の回診により患者の病態等が共有され、治療方針の決定や必要な指示などの指導力の発揮、患者・家族との面談などが行われている。看護師の病棟業務では、患者ニーズの把握や各種アセスメントのもとに看護計画が立案・実践されている。投薬・注射ではアレルギー一歴の確認などが行われ、与薬原則の6Rが遵守され安全に配慮して行われている。輸血・血液製剤の投与は、手順書に則り行われているが、説明・同意書への記載内容の改善が望まれる。手術・麻酔の適応検討や説明と同意取得、術後退室などの周術期の対応、重症患者の管理、褥瘡の予防と治療、栄養管理と食事指導、症状等の緩和、身体拘束の最小化、退院支援や継続した診療・ケアに向けた支援、ターミナルステージへの対応は何れも適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、処方箋に疾患名や腎機能別の容量等が表記され、処方鑑査から調剤、抗がん剤の調製・混合、注射薬の患者別1施用ごと取り揃え供給などが行われている。臨床検査では、迅速な検査と結果報告、精度管理等、パニック値に関する確実な伝達などが行われている。画像診断では、厚い体制がとられ、放射線診断専門医による読影報告、緊急を要する所見の速やかな伝達などが行われている。栄養管理では、調理室内の清潔管理や温・湿度管理などが適切に行われ、適時・適温配

膳、患者の嗜好等の個別性に配慮した食事提供が行われている。リハビリテーションでは、主に急性期の専門性の高いリハビリテーションが行われており、連続性への配慮や取り組みもみられる。診療情報管理では、1患者1IDによる一元的な管理や診療記録の量的点検、病名や手術名のコーディングなどが行われている。医療機器管理については、機器の一元管理や臨床工学技士による点検・整備等が行われているが、診療科等で購入した医療機器を含めた一元管理が望まれる。洗浄・滅菌業務では各部署から搬送された器材の洗浄・滅菌、滅菌の質保証などが行われている。

病理診断は、検体交差の予防や確実な病理診断、迅速診断と依頼医への確実な報告、標本管理などが行われている。放射線治療では、リニアックによる高度な治療提供のための活動が積極的に行われているなど高く評価できる。また、集中治療機能では、高度な集中治療とともに、意識のない患者に対して行われた治療が後日確認できるように工夫されているなどの秀でた取り組みは高く評価される。輸血・血液管理や手術・麻酔、救急医療の各機能については何れも適切に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算編成が事業計画や経営状況、各部署へのヒアリング等を踏まえて行われている。また、国立大学会計基準に基づいた会計処理が行われて予算執行状況や経営状況分析が行われ、所定の財務諸表が作成されて業務監査および監査法人による会計監査が行われている。医事業務では受付窓口業務が業務マニュアルに沿って行われるとともに自動支払機等の導入による効率化が図られ、レセプトの作成・点検、返戻・査定の分析などの診療報酬請求事務、未収金管理等が適切に行われている。業務委託の是非等が関係委員会等による審議を経て決定され、委託業者は一般競争入札を原則として選定されており、業者との会議等により業務実施状況の点検・評価などが行われている。

施設・設備の管理では、病院の規模や診療機能に応じた施設・設備が整備され、日常の管理・運用や定期保守点検、医療ガスの安全管理などが行われているが、感染性廃棄物の院内最終保管場所での取り扱い方法の見直しが望まれる。医薬品や診療材料等の選定が関係委員会で行われ、診療材料については院内物流管理システムによる各部署への供給、在庫の定数管理や使用期限管理などが行われている。高額医療機器は委員会審議を経て法人本部による判断のうえで整備されている。

病院の危機管理では、病院機能存続計画とともに災害対策マニュアルや消防計画が策定され、災害医療派遣チームや自家発電装置の整備、災害時対応の食料や飲料水の備蓄などが行われている。保安・警備業務は、委託警備員による院内巡視や施錠管理、防犯カメラによる監視、緊急時の対応などが行われている。

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	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
1.3.3	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	B
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	C

1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	C
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・治療方法や技術を開発・導入している	C
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	C
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	C
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	C
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	B
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
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	C
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	B
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	S
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	S
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	S
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	B
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	C
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	B
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	B
-------	-----------------	---

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
-------	---------------	---

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 12 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：香川大学医学部附属病院

I-1-2 機能種別：一般病院3

I-1-3 開設者：国立大学法人

I-1-4 所在地：香川県木田郡三木町大字池戸1750-1

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	587	575	-12	72.7	10.2
療養病床	0	0	+0	0	0
医療保険適用	0	0	+0	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	26	26	+0	62.7	64.7
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	613	601	-12		

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	22	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+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)	6	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室	2	+0
無菌病室	19	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	38	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
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	3	+1
精神科隔離室	1	+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

特定機能病院, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (都道府県),
 エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院 (大学病院本院群),
 総合周産期母子医療センター

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： 32 人 2年目： 17 人 歯科： 3 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

