

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 11 月 16 日～11 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

貴院は医療・福祉宣言として「安全・安心で納得のいく医療・福祉の推進」を始め「地域住民と共に住みやすい街づくり、及び成長する職場・病院づくり」を掲げこれを理念として運営され、地域医療を守り安心して住み続けられる街づくりに貢献することを目標としている。また、市内はもとより隣接する市町からの救急患者へ対応し呼吸器・循環器・消化器を始めとする各種の専門医療を提供しており、各診療科の他新興感染症や緩和ケアにおける病棟を運用し地域の医療ニーズに適切に答えている。

地域の医療関連施設との連携体制が構築され、専門的治療や検査のための紹介患者の受け入れを始め急性期後の退院患者の継続的な医療介護のための連携体制も整備されている。また地域住民の健康増進のための健康相談会の開催や近隣の医療関連施設への専門職の派遣等による教育啓発活動にも積極的に取り組まれ地域を支援している。今後の病院運営の方向性について地域住民や職員と共に検討し地域に必要な医療機関としてさらに発展されることが期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明文化し院内外へ周知している。病院幹部の選任方法や意思決定機関、組織図、職務分掌等を整備している。中長期計画の整備や年次事業計画が

策定され、病院長および各幹部による担当業務の課題把握と取り組みが適切に行われている。電子カルテを導入し情報システムや診療情報管理体制を整備し、経営管理や臨床研究等にも活用している。文書管理規程を策定し診療情報管理や日常文書管理体制を整備している。

医療法等を満たす人員を配置している。人事・労務管理体制を整備し、労働実態の把握を行い就業規則等の整備が行われている。安全衛生委員会を開催し健診の実施・超過勤務の把握・精神的サポート体制等の整備や作業環境の確認を行っている。職員意見の聴取や福利厚生設備・制度の充実等魅力ある職場作りに努めている。

医療安全・感染対策研修会等の全職員向け院内研修が実施され外部の学会研修会等の参加支援を行っている。全職員対象に目標育成面接を実施し、さらに能力開発や教育支援の体制が整備されている。基幹型臨床研修病院として初期臨床研修医を教育し、看護師・医療技術職等の初期研修体制を整備している。また、医学生や看護学生等の多職種の学生実習を積極的に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利を定め、適宜見直しを行っている。また、患者・家族および職員に周知している。説明と同意を要する診療行為の範囲は定められている。患者が必要な診療やケアに関する情報は、入院診療計画書や検査・処置等の説明を通じて患者や家族へ提供され、図や文書を活用した理解を促す工夫も行われている。また、患者図書室において疾患や治療等について閲覧することができる。患者相談課が窓口となり様々な相談に専門職が対応する仕組みが機能している。「個人情報の利用目的」が明示され患者の包括的同意の下での個人情報が保護されている。臨床における倫理的課題の方針や対応手順等が定められ、委員会を通じて組織的・継続的に取り組む仕組みがある。患者・家族の抱える倫理的課題は病棟におけるカンファレンスや各部署の多職種で検討し、必要時委員会に倫理コンサルテーションを依頼して解決に向け取り組んでいる。

無料巡回バス等により来院時のアクセスに配慮している。院内はバリアフリーが確保され、入院生活に必要な設備や診療・ケア及び患者や家族がくつろぐために必要なスペースが十分あり、利便性・快適性が確保されている。敷地内は全面禁煙となっており、院内外へ周知している。

4. 医療の質

病院機能に関する問題点は病院機能改善委員会で把握検討し、改善に向け検討内容を院内に周知している。各種立入検査の指摘事項等にも適切に対応している。診療科毎の症例検討会や複数の診療科の合同カンファレンスを定期的に開催している。また、全死亡例についてカンファレンスを行う等診療の質向上に努めている。投書やメール等による患者・家族の意見・要望に対しては当該部署で改善に向け検討し対応方針を院内に周知し、患者家族へも掲示板でフィードバックしている。新規の診療・治療方法や技術の導入に関する規程を整備している。薬剤の適応外使用

に関しては薬事委員会で検討され、臨床研究における倫理的審査も適切に行われている。

外来および病棟における診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、各部署において医師・看護師・薬剤師などの責任者氏名を掲示している。時間外にも主治医・担当医師に連絡し対応できる体制を整備している。医師・看護師・各コメディカルはマニュアルに則り診療記録を適切に記載し、診療録の質的点検結果が行われ医師へフィードバックしている。定期的に病棟カンファレンスを開催し退院支援・栄養摂取・終末期・がん治療等に関する課題を多職種で検討しており、チーム医療が良好に機能している。

5. 医療安全

医療安全室には専従の医療安全管理者が配置され組織横断的に活動できる権限が付与され、業務内容に応じた年間目標も策定している。医療安全管理者は全てのインシデント・アクシデント報告書を確認し、必要な事例に対して現場確認・分析・改善策の検討提案を行っている。重大事象については医療安全管理者および責任者へ連絡され、医療安全検討会が招集され集団的検討が行われる体制である。

患者確認は本人によるフルネームと生年月日の申告を基本としている。患者誤認防止の年間目標を策定し、院内各部署で事故防止に努めている。指示出しから指示受け、実施に至るまで電子カルテシステムで確実安全に行われている。麻薬などの保管・管理は管理マニュアルに則り各部署で適切に実施されている。重複投与などのリスク回避は電子カルテ上でアラート表示される仕組みである。入院時に全患者に転倒・転落自己診断とリスクアセスメントを行い判定結果に基づいて危険防止対策を立案しており、発生時には状況の共有と再発防止策の検討が行われている。各種医療機器は臨床工学技士により整備点検されており、人工呼吸器等は臨床工学技士による巡回により設定や安全の確認を行っている。院内緊急コードを設定し院内放送を要請する手順で周知しており、ドクターコール発生後は要請事案報告書に基づき PDCA サイクルを回している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は確立され、院内感染防止対策委員会の運営も適切である。ICT は週 1 回の病棟ラウンドを行い、各種情報の収集を行っている。感染制御に関する職員研修の出席率も 100%となっている。各リンクスタッフは ICT・AST と現場とのつなぎ役として重視され、ICD・ICN が感染制御活動を積極的に実施できる体制が確立している。AST カンファレンスは月曜日から金曜日の朝に行われ、院内感染の早期把握と迅速な対応に努めている。

AST は毎日のカンファレンスの他適宜院内ラウンドを行い、抗菌剤の適正使用に取り組んでいる。抗菌剤の使用に関しては特定抗菌薬 5 種類が届出性で抗 MRSA 薬 2 種類が許可制となっており、使用開始と同時に AST が介入している。AST の介入件数やコンサルテーションの採択率などアウトカム評価も集計している。地域の医療機関との ICT カンファレンスが行われ地域の感染制御をけん引し、院内へのフィ

ードバックも行われている。抗菌薬マニュアルも適切に改定されアンチバイオグラムも定期的に更新されている。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会で病院から発信する情報の収集が行われ、病院広報誌の発行やホームページの更新業務が臨床研究広報課で行われている。ホームページでは受診手順や各診療科の紹介等が行われ、広報誌では各診療部門における専門的な記事等が掲載されている。医療連携・患者支援センター内の連携課や入退院支援課において、前方連携としての紹介患者の受診や入院調整、また後方連携としての退院後の医療介護施設等への転院調整が行われており、地域の関連機関との円滑な連携が図られている。また、地域の医療介護ネットワークに参加し患者の診療データが共有され、画像データの共有もできるシステムが構築されている。地域医療課が中心になり地域住民向けの健康相談会や健康祭りを開催している。健康相談会では各種医療相談が行われ、健康祭りにおいても各専門職による医療・介護・薬剤等の相談や各種講演また医療体験が行われている。各種患者会があり、各担当診療科の医師等による患者支援と教育が実施される等地域に向けた教育啓発活動は積極的に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

病院玄関入口では来院患者の受診に関するアドバイスや支援等が行われ円滑な受診に繋げている。紹介医からの情報が速やかに電子カルテに反映され情報共有が行われ、診察と検査結果の説明も適切に行われている。診断的検査の必要性は医学的な根拠をもって主治医が判断し、説明と同意を確実に得た上で実施している。入院の必要性は診療情報や検査結果などをもとに総合的に判断され、入院決定後は弾力的な病床運用で入院病床が決められている。入院診療計画書は入院後速やかに多職種関与で立案されている。患者・家族や地域住民からの多様な相談に対して患者相談課が窓口となり、相談内容に応じて関連する部署や職種につなぎ適宜連携しながら適切に対応している。入院決定時の医師による患者・家族への病状説明には外来看護師が同席し入院に関する説明を行っている。

医師は毎日病棟回診を行いカルテ記載が速やかに行われている。看護師は看護基準・手順や看護部運営管理また業務基準等を用いて適切なケアを行っている。適時服薬指導や薬歴管理が行われ安全な投薬が行われている。輸血はガイドラインに沿って適応を判断し所定の説明書を用いて同意を取得し、臨床検査技師が24時間体制で対応して患者観察と記録が行われている。麻酔科医が麻酔に関する説明と同意を行い術前診察・術後訪問を全例に実施し、手術室看護師も術前訪問をほぼ全例に実施している。重症患者に対してはICU・HCUおよび各病棟のナースステーションに隣接して観察室を整備しており、それぞれの入退室基準により運用している。褥瘡管理では皮膚・排泄ケア認定看護師を中心に専門的な支援が行われ、予防と治療が適切に行われている。入院患者全員への栄養スクリーニングを基に管理栄養士がアセスメントを行い栄養管理計画書が作成され、患者の病状・食思・食事摂取状況

や患者の栄養状態を把握し必要に応じて NST に介入を依頼している。リハビリ担当医とリハビリテーション療法士は患者の病態に応じたリハビリテーション実施計画書を作成し実施している。身体拘束基準に身体拘束をやむを得ず実施する際の基準が定められ、医師から家族へ身体拘束の目的・手段等について説明し同意を得た上で実施している。入院 1 週間以内に多職種による退院支援カンファレンスを行い、患者・家族の意向を踏まえた退院支援の方針を定め計画書を作成している。カンファレンスでは退院後の課題を検討し退院先でも継続できるケア方法の工夫など、ケアの継続性を図る具体的方法が検討されている。

＜副機能：緩和ケア病院＞

緩和ケア患者の地域からの受け入れと外来診療は緩和ケア認定看護師が対応し、円滑に行われている。ホスピスケア病棟では病棟師長ががん看護専門看護師と緩和ケア認定看護師の資格を有し、ケアの中心となって緩和医療学会専門医の医師とともにリーダーシップを発揮している。医師・看護師・介護福祉士・薬剤師・管理栄養士・リハビリテーション療法士・MSW の多職種がそれぞれの専門性を発揮しながら、協働して医療・ケアを行っている点は評価される。IPOS の活用「患者像をとらえるワークシート」などにより患者・家族の視点に立ったケアを提供しており秀でた取り組みが実践されている。また病棟独自の看護師緩和ケア教育ラダーがあり、目標面接を年 3 回行い事例発表も組み入れていることは高く評価される。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能においては処方鑑査・疑義照会・調剤鑑査・注射薬の払い出し・薬剤の保管管理が適切に行われている。必要な検査の実施と結果の報告また精度管理など臨床検査も適切に実施している。画像検査では時間外にも適切に対応しており、読影結果を翌診療日までに報告している。栄養管理では清潔安全な作業環境を維持し、温冷配膳車を用いて適時・適温にて食事を提供している。急性期病棟・緩和ケア病棟の患者に対して 365 日体制でリハビリテーションを適切に実施している。患者の診療情報を一元的に管理し、コーディング・がん登録・各種臨床指標の収集を行っており診療情報管理業務を適切に行っている。臨床工学技士が 24 時間常駐し院内ラウンドを行い、緊急時や医療機器トラブルに対応している。中央滅菌室では使用済み器材の回収・洗浄・組立・滅菌・保管業務を適切に行っている。

病理診断では複数の病理医によるダブルチェックの実施や院外の病理医に相談する体制を整備しており、術中迅速凍結切片病理検査および迅速細胞診検査にも対応している。放射線治療では計画の作成やシミュレーションの実施また計画線量の確認を適切に行っている。輸血機能では血液製剤の発注・保管・供給・返却および輸血履歴・検査履歴の管理を適切に行っている。手術室では術中の患者管理および退室基準の遵守等が行われ、スケジュール管理や設備管理も適切である。ICU では 365 日 24 時間体制で麻酔科医が常駐し、主担当科医師と看護師また関連職種が連携して重症患者に良好なチーム医療を提供している。救急患者の受け入れ方針と手順を整備しており、二次救急病院として地域完結型医療に貢献している。

10. 組織・施設の管理

病院の事業計画に基づき収支予算が策定され法人理事会で決定されている。収入は各部門からの意見を反映し支出は大型医療機器の購入等に基づいた検討が行われ管理部会議を経て編成されている。病院会計準則に基づいて貸借対照表や損益計算書等の財務諸表が作成され、公認会計士による外部監査を実施している。経営状況の把握は各種の診療統計や前年比診療実績等を用いて把握分析し、管理部会議で課題の抽出や対策の検討を行っている。医事課では各窓口業務が手順に沿って行われ保険請求業務では医師による入院レセプト全件の確認を実施する等適切な医事業務が行われている。業務の質向上を前提とし効率性等当も勘案した業務委託を実施しており、委託業者との定期的な協議などで業務の質の維持向上に努めている。

施設・設備管理を総務課が主管し管理責任者は総務課長で、日々の作動状況は独自の点検表を用いて管理され定期保守も年間計画に基づいて行われている。管理は24時間体制で有事の際の緊急連絡網も整備されて見やすい場所に掲示されている。薬剤と診療材料の採否や定数は各委員会で検討されている。

災害時体制としてBCPを整備して消防計画も各部署に配布し、各種訓練を実施している。自家用発電機の設置や患者用の食料・飲料水・医薬品を3日分相当備蓄しており災害に備えている。保安警備業務は緊急コールの設定や夜間の当直体制を運用している。また、定時の院内巡視や施錠管理を行い夜間は時間外出入口のみの来訪者受付となっており保安体制を確保している。

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	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
<hr/>		
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	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	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確実・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	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	
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	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：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・処置を確実・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	A
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	S
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	B
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・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	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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 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： 公益社団法人北海道勤労者医療協会 勤医協中央病院

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： 公益法人

I-1-4 所在地： 北海道札幌市東区東苗穂五条1-9-1

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	450	450	+0	80.7	13.4
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	450	450	+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	16	+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)	8	+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	11	+8
人工透析	40	+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	50	+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	24	+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

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： 13 人 2年目： 14 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

I-2-2 年度推移2