

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「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 6 月 27 日～6 月 28 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 1	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は 2007 年に開設され、2010 年には社会医療法人の認可を受けて経営基盤を確固なものとするなど、体制強化を図っている。その後も、関西医科大学連携病院とともに開放型病院や在宅療養支援病院の認可を受けるなど、発展を続けている。また、2011 年の東日本大震災や 2016 年の熊本地震、2018 年の西日本豪雨災害に際して J-MAT を派遣して災害医療にも尽力されるなど、救急・急性期医療を中心に産婦人科・小児科医療などの領域も含めて、医療技術の進歩発展や医療環境・患者ニーズの変化等に応じた医療機能の充実と地域医療への貢献に努めながら地域の拠点病院としての役割を担いつつ現在に至っている。

今般は病院機能評価の更新受審であったが「安心・信頼・貢献できる病院」との理念の実践に向けて、医療の質向上や安全の確保、良好・快適な療養環境の向上などに努める取り組みを随所に拝見することができた。訪問審査における気づきや以下に示す所見を糧に、さらに患者さんや地域住民の安心と信頼、満足度を高められ、併せて職員の成長を促しながら、さらに良い病院づくりに邁進され、貴院の発展の歴史が刻まれていくことを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

組織運営とリーダーシップの領域では、「安心、信頼、貢献できる病院」を目指す理念とともに、高度な技術や専門知識の習得など 3 項目の基本方針が明文化され、ホームページや病院案内、院内掲示などにより院内外への周知に努めている。病院長の年頭所感や朝礼、各種会議、院内研修などの機会を捉えて将来ビジョンや運営方針、諸課題への取り組み目標等が示され、幹部職員は診療機能の向上や医療

安全などの課題の改善に取り組まれている。また、職員の労働意欲向上に向けた部門目標の設定や達成度評価、ベスト職員表彰が行われるなど、適切なリーダーシップの発揮が認められる。病院運営の意思決定会議のほか、必要とされる会議・委員会が設けられており、情報伝達体制も整備されている。中長期計画を踏まえた年次事業計画の策定や部署ごとの目標設定、達成度評価などがおおむね適切に行われているが、病院組織図の見直しやリスクに対応する病院の機能存続計画の早期完成が望まれる。情報管理については、電子カルテやオーダーリング、PACSなどのシステムが導入され、データの真正性等の確保やセキュリティ管理などが適切に行われている。文書の組織的管理では、文書管理規程に稟議・承認や決裁、收受・発信記録などの取り扱いが定められて実践され、臨床現場で使用するマニュアル等の作成・改訂なども適切に行われている。

人事・労務管理の領域では、法令等による医師や看護師等の配置標準数を満たし、施設基準等に基づく人員体制が整えられている。労務管理では、必要な規則・規程等が整備され、職員代表者との協定締結や就労管理が適切に行われている。職員の安全衛生管理では、労働安全衛生委員会の開催や職員定期健康診断等の実施、放射線被爆量の測定や労働災害への対応等がおおむね適切に行われている。職場環境の整備については、職員の意見・要望等は職員満足度調査等により把握され、就業支援や職場環境の改善、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、学術委員会により全職員対象の教育・研修計画が策定され、医療安全や感染制御等に関する研修とともに、医療従事者に必要とされる患者の権利擁護などの研修、専門的な技術研修等が行われている。また、欠席者へのフォロー、院外の教育・研修機会の活用・支援なども適切に行われている。さらに、月例院内研修では5年余にわたり職員の業務改善事例等の発表が続けられているなど、積極的な教育・研修への取り組みは高く評価できる。職員の能力評価・能力開発では、医師を除く職員を対象に人材育成型の人事考課や看護職員のクリニカルリーダー等による能力評価・開発が行われているが、医師に関する能力評価・開発に関する仕組み作りへの取り組みが望まれる。

3. 患者中心の医療

患者の意思を尊重した医療の領域では、「患者様の権利」として自己決定権など6項目が明文化され、ホームページや入院案内などにより周知に努めている。説明と同意に関する方針や説明のうえ同意を得る医療行為の範囲が明文化され、検査・治療等に関する説明と同意取得も行われており、セカンドオピニオンの手順なども適切に整えられている。患者との診療情報の共有や参加促進では、入院診療計画書や患者用クリニカル・パスなどによる情報共有、人工透析の動画を活用した説明などの工夫がみられる。患者支援体制の整備と対話の促進では、医療相談室の社会福祉士により社会福祉制度や退院先調整、退院後のケアなどの多様な相談等への対応が行われており、相談内容の記録や関係職種との情報共有、虐待等が疑われる場合の対応手順の整備なども適切に行われている。個人情報・プライバシーの保護については、個人情報保護規約等が定められ、パスワードの管理や診療情報を利用する

際の取り扱い、診察・療養生活などにおけるプライバシーへの適切な配慮がなされている。臨床における倫理的課題に関しては、主要な倫理的課題への病院方針が定められ、倫理委員会が設置されている。

療養環境の整備と利便性の領域に関しては、患者用駐車場の整備、売店や自動販売機、公衆電話などの生活延長上の設備やサービスなどへの適切な配慮がみられる。また、施設全般のバリアフリーが徹底され、必要とされる箇所には手摺りが設けられている。車椅子でも利用できるトイレや洗面台の整備など、高齢者や障がい者等の利用への配慮とともに、診療やケア、患者のくつろぎスペースが確保され、清潔・安全管理、療養環境の整理整頓などが徹底されている。受動喫煙の防止については、敷地内禁煙の周知がなされ、患者や職員への禁煙啓発、職員の喫煙習慣の調査などへの取り組みが行われている。

4. 医療の質

継続的質改善のための取り組みの領域では、患者・家族の意見・要望等が意見箱や患者満足度調査などにより収集され、関係部門や会議等での対応の検討を経て対応内容等の回答がフィードバックされており、意見等の反映実績も認められる。診療の質向上に向けた活動では、問題症例の検討会の開催のほか、各種診療ガイドラインの活用、クリニカル・パスの活用、臨床指標の収集・分析などの取り組みがみられる。業務の質改善への取り組みでは、救急車不応需症例の要因分析による改善への取り組みなどが見られる。倫理・安全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入については、心血管カテーテル検査・治療の導入に向けた知識・技術の習得・訓練や倫理委員会等における審議などが認められる。

診療・ケアにおける質と安全の確保の領域では、外来・病棟の管理・責任体制が定められ、責任者氏名の明示のほかベッドネームには主治医が明記され、勤務帯毎に担当看護師の挨拶があるなど適切である。診療記録の記載については、電子カルテが導入されており、記録の一元化や略語の標準化が図られている。また、日々の診察内容等が速やかに記録されるとともに、無作為抽出による診療記録の質的点検が行われている。多職種協働による診療・ケアでは、院長回診や褥瘡対策委員会、NST 委員会等の活動、多職種カンファレンスの開催などの多職種協働による診療・ケアが実践されている。

5. 医療安全

患者の安全確保に向けた取り組みの領域では、専従の医療安全管理者が配置されて必要な管理権限が与えられている。医療安全管理委員会が定例的に開催されており、医療安全に関する院内状況の把握やマニュアルの見直し改訂などが行われている。また、インシデント・アクシデント報告が収集され、リスクマネジメント部会において再発防止対策等が検討され、遵守状況の評価や効果検証などが適切に行われている。

診療・ケアにおける安全の確保の領域に関しては、患者の名乗りやリストバンド、ベッドネームによる誤認防止が行われ、手術室でのタイムアウト、検査室での

部位確認や検体の並列取り扱い禁止などが手順に従って実施されている。医師の指示出しから実施までの状況が電子カルテ上で確認され、口頭指示の手順、画像診断や病理診断結果の確実な報告などの情報伝達エラー防止対策が適切に実践されている。薬剤の安全使用に関しては、重複投与等の処方鑑査やアレルギー情報の確認、麻薬やハイリスク薬等の保管・管理や点検などが適切に行われている。転倒・転落防止対策では、入院時に全患者を対象にリスク評価が行われ、危険度に応じた看護計画が立案・実施されている。

医療機器の安全な使用では、臨床工学技士により動作確認や使用中チェック等が行われ、関係職員への新機種導入時等の教育・研修が行われている。患者急変時の対応では、院内緊急コードが設定され、救急カートの定期的な点検や全職員を対象とする一次救命処置研修が定期的に行われている。医療事故が発生した場合の対応については、事故発生時の救命措置や連絡等の初動体制、患者・家族への説明、関係機関への報告などの対応が適切に定められ、必要に応じた事故調査委員会の開催等の体制も整えられている。

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の領域については、感染対策委員会が定期的を開催されている。感染制御チームの院内ラウンドや感染対策マニュアルの整備・改訂なども適切に行われている。感染制御に向けた情報収集と検討では、院内の感染発生情報や地域の感染情報等の把握と報告、アウトブレイクの基準や対応手順の策定、法人グループ病院での遺伝子タイピング検査等が行われている。

診療・ケアにおける安全の確保に関する領域では、医療関連感染制御に関する手指衛生の励行や速乾式消毒剤の使用量モニタリング、個人用防護具の配置と使用、汚染リネン・寝具類や感染性廃棄物の取り扱いなどが適切に行われている。抗菌薬の適正使用に関しては、適正使用指針が整備されて特定抗菌薬の使用は届出制とされ、必要に応じた長期投与への介入、手術時の予防的抗菌薬投与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の領域では、病院案内や入院案内、広報誌等が発行されるとともに、ホームページに理念・基本方針をはじめ、外来受診や入退院の手続き、各部門の紹介等が掲載されるなど医療サービスの内容等がおおむね適切に発信されている。

地域の医療機能やニーズの把握と連携については、地域連携室により地域医療機関の状況やニーズの把握、紹介患者の受け入れ、地域連携クリニカル・パスの運用などが適切に行われている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動に関しては、地域住民の健康増進等を目的とする市民公開講座や病診連携フォーラムをはじめ、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの啓発活動、高校生の1日看護体験、産後患者対象の悩み相談への対応など、診療機能や専門性を活かした多様な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

外来受診に必要な情報がホームページに案内されている。また、総合案内にコンシェルジュが配置され、受診相談への対応や高齢者等の支援や案内、病態等に応じたトリアージなどの配慮がなされている。外来診療では、問診票や診療情報提供書などから患者情報が収集されて診療に反映され、看護師による診療後の患者状態の確認や理解のサポートなどが適切に行われている。診断的検査の必要性が医師により判断され、侵襲的な検査については、患者・家族に説明のうえ同意を得て確実・安全に行われている。

入院の決定は、外来担当医師が診察・検査結果等に基づく医学的判断のもとに、患者・家族の希望等にも配慮したうえで決定されている。患者の病態を医学的に診断・評価し、患者・家族の要望を踏まえて治療の基本方針が立てられ、多職種による評価や診療計画の作成、患者・家族への説明などが行われている。また、患者・家族から寄せられる多様な相談や要望への対応と記録、入院に際しての療養生活の説明なども適切である。

医師の病棟業務では、回診に伴う記録やカンファレンスによる多職種との情報共有や医学的管理、患者・家族との面談などが適切に行われている。看護師の病棟業務は、業務手順等に基づき診療補助業務や患者の日常生活援助が安全・安楽に配慮しながら行われている。投薬・注射の実施に関しては、病棟担当薬剤師が配置されており、服薬管理指導や持参薬の管理などが行われ、抗がん剤の薬剤師による調製・混合や抗菌薬の投与中の観察なども適切に行われている。輸血・血液製剤の投与は、適正使用指針が遵守されて説明のうえに同意を得て行われ、患者状態・反応の確認と記録なども適切に行われている。

周術期の対応では、手術適応や麻酔の適応が検討され、患者・家族に説明のうえに同意が得られている。術前・術後訪問、サインイン等の安全確認、合併症対策、術後患者の搬送、重症患者の管理等が適切に行われている。褥瘡の予防と治療に関する評価や多職種による取り組み、栄養管理と食事指導、症状などの緩和の実践、リハビリテーションの確実・安全な実施、患者・家族への退院支援、必要な患者への継続した診療・ケアの実施は何れも適切に行われている。なお、安全確保のための身体抑制については、抑制実施方法の提示や医師の関与の充実が望まれるほか、ターミナルステージへの対応では、ドナーカード保持者への対応手順などの明文化が望まれる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、薬剤の温・湿度管理や持参薬の鑑別、医薬品集ファイルの作成、注射薬の患者別1施用ごと取り揃え供給などが適切に行われている。臨床検査機能では、臨床検査技師が生理検査等を担当し、検体検査はブランチラボ体制であるが、診療機能に応じた検査の実施や精度管理、異常値等の確実な連絡などが適切に行われている。画像診断機能では、専従の放射線科専門医が配置され、CT、MRI等による画像診断や読影などが患者誤認防止等に配慮しながら行われるなど、必要な機能が発揮されている。栄養管理機能に関しては、厨房内の動線管理や

温・湿度管理、衛生管理、適温配膳、食事の評価・改善などに適切に取り組まれている。

リハビリテーション機能では、入院時から退院時のFIM改善点数により診療機能や達成度の客観的な評価に努めるとともに、365日途切れることなく、ほぼ全患者にリハビリテーションの連続性が確保されているなど高く評価できる。診療情報管理機能では、診療情報の一元的管理や病名等のコーディング、全退院患者に関する診療記録の量的点検などが行われている。また、医療器機管理機能や洗浄・滅菌機能、病理診断機能、輸血・血液管理機能、手術・麻酔機能、救急医療機能については、何れも必要とされる機能が適切に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

経営管理の領域では、近年の運営状況や収支見込み、設備・備品等の整備要請などの積算により予算が編成され、病院会計準則に則った会計処理が行われ、予算・実績比較等による経営状況分析が行われている。また、決算時には所定の財務諸表が作成され、法人監査部門や監査法人による会計監査が行われているなど、財務・経営管理は適切に行われている。医事業務では、窓口受付や会計収納、未収金管理などの業務手順が作成され、レセプト作成や点検、返戻・査定への対応などとともに適切に処理されている。業務委託は、清掃やリネンなどで行われているが、委託の是非や業者の選定、契約締結手続きなどが法人本部財務部門の審査・承認を経て厳格に行われている。

施設・設備管理の領域では、病院規模や診療機能に応じた施設・設備が整えられ、日常点検や定期保守点検、緊急・障害時対応等が行われ、医療ガスの安全管理、院内の清掃、産業廃棄物や感染性廃棄物の処理などが適切に行われている。物品管理では、医療材料物流システムが導入され、各部門からの購入要請に基づく適否の協議や同種同効品の比較検討等を経て稟議に基づく調達が行われているが、病棟倉庫等の配置場所・数量の明示徹底や定期的な適正在庫定数の見直しを望みたい。

病院の危機管理の領域においては、災害時対応マニュアル等が策定され、地震や火災等の災害時の対応や緊急連絡体制、避難誘導などの行動計画が定められており、自衛消防訓練等が行われている。保安業務は事務当直者により行われており、入・退館者の監視や院内巡視、施錠管理、緊急時の連絡や対応などが行われている。

11. 臨床研修、学生実習

看護師や薬剤師、各療法士、栄養士、医療事務職員などを目指す学生の病院実習が受け入れられ、養成機関の依頼に基づきカリキュラムに沿った実習や評価等が行われている。実習にあたっては、医療安全や医療関連感染制御、院内規程の遵守などに関する教育とともに、特定の患者を担当する場合にはあらかじめ患者・家族に説明のうえ承諾が得られているなど、適切な実習が行われている。

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	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	B
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	B
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	A

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	A
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	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	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	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	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	A
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	栄養管理と食事指導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	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
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	B

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	S
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	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	B
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	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	S
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	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	B
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	B
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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 3 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人弘道会 萱島生野病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 大阪府門真市上島町22-11

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	140	140	-22	85.4	15.1
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	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	140	140	-22		

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)	4	+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	16	+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	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
特殊疾患病床	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

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： 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

I-2-2 年度推移2