

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 2 月 21 日～2 月 22 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 1943 年に東京慈恵会医科大学附属の診療所として開設され、1946 年に東京慈恵会医科大学附属東京病院分院青砥病院と名称変更され、以後継続して施設・設備の充実や診療機能の拡充を図りながら地域医療に貢献している。2012 年に新病院オープンと併せて、東京慈恵会医科大学葛飾医療センターとして開設された。東京都葛飾区、足立区、江戸川区を 2 次医療圏とする東京都北部に位置し、患者の大部分は葛飾区の住民である。「地域と共生し進化・創造し続ける病院」を目指し、地域包括ケアシステムの中で急性期医療と救急医療体制で重要な役割を担い、それらの機能を強化しながら地域に密着した医療を提供している。

一方、大学附属病院として医療者の教育にも重要な役割を果たし、防災面でも地域の災害拠点病院の承認を得ている。断らない救急、総合診療の強化など 7 つのポリシーを掲げ地域の急性期医療に日々努力しているところであり、中長期計画や年次計画においても BSC を活用したアクションプランを策定し組織運営に取り組んでいる。それぞれの計画やアクションプランの取り組み、それらの実現によりさらに貴院の機能充実が図れるものと期待する。今回の病院機能評価は更新受審であるが、全般的に各項目において一定以上の水準を確保されていることが確認できた。引き続き継続的な医療の質向上への取り組みがなされ、貴院がこの地域で益々発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

大学の建学の精神に基づいた理念および5項目の基本方針が策定されており、内容の検討についても適切に行われ、院内外への周知も適切である。組織運営においては、病院運営に必要な会議・委員会は定期的開催されており、院内への内容の周知も適切である。院長、看護部長、事務部長をはじめ幹部職員は、それぞれの立場で地域医療体制での急性期医療機能のさらなる充実、コロナ禍での患者をスムーズに受け入れるための職員教育、良質な医療を提供するための財政基盤の確立・安定など、課題を明確にしてその解決に積極的に取り組んでいる。院長は毎日開催する院長会議や定期的開催される病院運営会議、各種委員会および中期計画・年次計画等で病院の将来あるべき姿を院内に周知し、その実現に向けて事業計画がBSCとKPI指標を活用して策定され、各部門のアクションプランもSWOT分析を実施し策定され、計画の達成度評価も適切に実施されPDCAサイクルが効率的に展開されている。情報管理および文書管理は適切である。

人事・労務管理は、人材確保、職員の衛生管理も含めて適切である。本院の各科教室からの医師派遣や大学法人本部での一括採用などでスムーズな人材確保が行われている。職員の教育・研修は、大学本部や職員研修委員会が所管しDVD視聴による研修やeラーニングを活用して医療に携わる者にとって必要な研修はおおむね適切に実施されている。職員の能力評価・開発については、医師も含めて全職員に目標管理制度が導入されている。また、医師も含めた全職員にフィードバック面談を行い、能力開発や人材育成につなげている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族および全職員に周知され内容の見直しも定期的に行われている。説明と同意に関する方針があり、セカンドオピニオンについても適切に対応している。診療やケアに必要な情報は、ホームページ、入院案内や各種掲示物等を通して提供している。また、入院案内にリストバンドの装着、転倒への注意、感染防止への協力を明記するなど、医療への患者・家族の参画を促し実践している。患者支援体制は、患者相談窓口を設置して各種相談や苦情・クレームに対応している。虐待等の疑いがある場合には、FAST（家族支援チーム）が対応し、必要に応じて地域の関係機関と連携し適切に対応している。個人情報保護およびプライバシーの保護について規程が整備され、現場での対応も適切である。

臨床における倫理的課題については、9項目の倫理的課題に対する病院の方針が明文化されており、臨床現場で解決困難な問題は臨床倫理検討会議で審議する仕組みがある。病棟や部署における日々のカンファレンスや倫理カンファレンスで解決に向け検討し、記録も整備されている。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮がなされ、院内はバリアフリーである。療養環境については、病室、デイルームなど患者が利用するスペースは広く確保され、整理整頓が行き届き、寝具類などの清潔性も保持され、快適な環境が提供されている。病院敷地内の禁煙が実施されており、受動喫煙防止や禁煙の啓発活動に努めている。

4. 医療の質

患者・家族からの様々な意見や要望はご意見箱や患者満足度調査等によって収集し、関連部署にて分析・検討のうえ、患者サービス検討会にて回答の院内掲示の判断を決定している。ご意見箱への投稿数に対して院内掲示が少ないため、積極的な患者・家族へのフィードバックを期待したい。また、回答掲示場所についてもさらに分かりやすい場所を検討されると良い。診療の質向上に向けた取り組みは、全診療科横断的かつ多職種参加の診療カンファレンスとして、CPC と術前合同カンファレンスが開催されている。診療の質の向上に対して臨床指標などの収集・分析により定常的に検討する仕組みの構築が望まれる。業務の質改善に向けた取り組みとして、BSC 活動で組織横断的に業務改善の取り組みが行われ、また、病院機能評価受審など積極的かつ継続的に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入および臨床研究に際して、大学直轄の倫理委員会で審査、承認された事案に関して院内で十分な検討を行い倫理・安全面などに配慮している。

病棟における管理責任体制は明確にされ、患者・家族にも明示されている。診療記録はマニュアルに基づき、適切に必要な事項が記載されている。診療録の質的点検について、点検カルテ数、点検担当者、点検項目、監査結果のフィードバックの方法などの見直しを期待したい。多職種からなる専門チームが定期的に活動し、カンファレンスにて情報を共有しながら診療・ケアが行われている。医師は各診療科の枠を超えたカンファレンスやCPC などによって、より質の高い診療・ケアにつなげる体制を確立している。それぞれの専門性を発揮して患者の診療・ケアに適切に取り組んでいる。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全推進室を設置し、副院長を室長として権限が付与された医療安全管理者を配置している。マニュアルが整備され、適宜改訂されている。セーフティマネジメント委員会や各種ワーキンググループと協働し、課題解決に向けた活動を行っている。アクシデントやインシデント、オカレンス報告を分析し、安全確保に対する取り組みを病院全体で実践している。インシデントレベル 3b 以上の事例はRCAを行い対策につなげている。

患者・部位・検体・チューブ類の誤認防止対策は適切に実施されている。情報伝達エラー防止対策は、電子カルテのオーダリングシステムにより、指示出し・指示受け・実施までの一連の流れは適切である。検査結果の報告について、報告書未読チェック機能はあるものの、特に画像診断の報告書の未読についてさらなる取り組みが望まれる。麻薬・向精神薬・毒薬の管理、ハイリスク薬の明示や取り違え防止対策は適切に実施されており、電子カルテ・オーダリングシステムにより重複投与、相互作用、アレルギーなどのリスク回避を行っている。転倒・転落のリスク評価を行い、対策を講じており、転倒・転落発生時は対応手順を定め迅速に対応している。

医療機器の研修は、e-ラーニングも活用して実施している。医療機器の安全点検や人工呼吸器の作動確認は、看護師と協働して臨床工学技士も実施している。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードを設定し、全職員が迅速に対応できるようにしている。RRS も機能しており、救急カートは標準化され看護師と薬剤師により点検されている。BLS の講習も実施されており、急変時への対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染対策室が設置され、専従の ICN や専任の ICD が配置されている。感染対策委員会が毎月開催され、感染制御チーム (ICT) や抗菌薬適正使用支援チーム (AST) を整備し、院内の感染に関する情報収集と分析・検討が適切に行われている。新型コロナウイルス感染症に対しては、Team COVID として関係全診療科からなる組織が別途編成され、様々な局面での速やかな対策立案・遂行の中心的役割を担っている。今後、ターゲットサーベイランスでは、SSI の診療科の拡大および VAP、UTI の積極的な取り組みや感染対策への活用が望まれる。

各病室の入り口に速乾性手指消毒剤を設置し、個人用の携帯容器も活用して必要時に手指衛生を行っている。感染経路別の予防策は適切に実施され、感染性廃棄物や感染性のリネンは規定通りに取り扱っている。抗菌薬の適正使用では、AST が院内の感染状況を収集し、投与開始後も適正使用に関して適切に介入している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌、病院パンフレット、ホームページ、入院案内、診療のご案内等で実施している。広報誌の「葛飾医療センターニュース」は年 4 回各 2,000 部発行し、地域の医療機関への配布や院内に配置している。ホームページには、受診の流れや入院の案内、診療科・部門紹介などの情報が分かりやすく掲載されており、地域への情報発信が適切に行われている。登録医療機関は 190 施設あり、顔の見える連携として、診療科部長等による年間 20 回程度の連携医療機関への訪問、年 1 回の地域連携フォーラムでは域医療機関の要望・意見の収集に努めている。地域の医療従事者向けに医療連携フォーラムを年 1 回開催し、専門的な医療知識や技術等に関する講演や意見交換による情報共有を行っている。2021 年 11 月には、オンラインで開催するなど新たな取り組みもしている。ICT を活用し、Web 予約システムや地域連携システム、認定登録医マッピングシステム等を導入し、地域包括ケアシステム構築に向けた積極的な取り組みを行っている。地域住民向けに各診療科医師による公開セミナーや市民フォーラム等、専門性を活かした教育・啓発活動も行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合受付の設置、予約制の導入など外来患者が円滑に診療を受けられる体制が整備されている。地域の医療機関などからの紹介患者の受け入れは、医療連携室により実施されている。救急患者も含め受診から外来でのアセスメント、入院の適応、柔軟な入院病床の運営に至るまでのプロセスは適切で円滑に行われている。医師は

診断的検査の必要性を医学的根拠に基づいて判断し、侵襲的な検査は患者に必要性とリスクが十分説明された後に同意書を作成し実施している。医師の診断と多職種の評価により適切に入院診療計画書が作成されている。医療相談は、相談内容に応じて社会福祉士や看護師が連携しながら対応し記録されている。入退院・医療連携センターを設置し患者が円滑に入院できる体制が整備されている。

医師は多職種が参加するカンファレンスで情報共有し、患者・家族との面談を行うなど適切に病棟業務を行っている。看護師は看護基準や看護手順に基づき、診療の補助業務や日常生活援助を行い、看護師個々の能力に応じた業務分担も行っている。薬剤師は全入院患者の持参薬を確認し、服薬指導や薬歴管理などを行っている。輸血・血液製剤投与は、マニュアルに沿って適切に実施されており、輸血中・輸血後の観察・記録も適切である。手術・麻酔に関する説明・同意の取得の際の看護師の同席、手術室看護師の術前・術後訪問に関しては看護師の重要な業務と位置付け確実にを行う体制が望まれる。重症患者は、重症度に応じてICUや一般病棟で医師と多職種が協働して診療・ケアを実施している。褥瘡の予防・治療に関しては、リスク評価が行われ、評価結果に基づいた対策が取られている。栄養管理と食事指導では、栄養評価により患者に見合った栄養管理が行われている。緩和ケアマニュアル等を整備し、マニュアルに沿って症状などの緩和に取り組んでいる。緩和ケアチームが介入する体制があり、認定看護師との連携を図るなど協働して症状緩和に努めている。必要なリハビリテーションは速やかに開始され確実・安全に行われている。安全確保のための身体抑制は、基準に則り人権を尊重して対応し、実施中の観察や早期解除に向けた取り組みは適切である。患者・家族への退院指導、必要な患者への継続した診療・ケアへの支援は適切に実施されている。ターミナルステージへの対応では、ガイドラインに基づき意思決定支援も含めチームアプローチが行われており適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤業務は処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会、抗がん剤の調製・混合、持参薬鑑別、薬剤情報管理、注射薬の取り揃えなど多岐にわたる業務を実施し、薬剤部および院内すべての薬剤管理に薬剤師が関与し、薬剤管理機能を適切に発揮している。臨床検査機能は、迅速な報告、精度管理、時間外体制等適切に発揮されている。画像診断機能は24時間体制で緊急時の撮影にも対応し、放射線科医5名が配置され迅速な診断が実施されている。栄養管理機能は、衛生管理が行き届いた環境で調理が行われ、食材の受発注、調理工程、配膳・下膳、食器洗浄、設備点検等の一連の作業は手順に沿って適切に行われている。リハビリテーション部門は多職種と連携し急性期リハビリテーションを適切に行っている。診療情報管理機能は、病名や手術名は標準的な方法でコーディングされ、量的点検も適切に実施されている。点検結果は医師や委員会等を通じて適切にフィードバックされている。なお、貴院の規模・機能を勘案すれば人員体制のさらなる充実も期待したい。医療機器は臨床工学技士により一元管理がなされ、時間外の対応も適切に行われている。洗浄・滅菌機能は中央化され、滅菌の質保証やリコール規程の整備など適切である。

病理診断部門では常勤病理医 2 名の体制で良好な作業環境のもと診断がなされている。放射線治療は非常勤医師による対応であるが、本院との緊密な連携により適切に機能が発揮されている。輸血部門では、輸血・血液製剤の保管、管理、使用はマニュアルに沿って安全に実施している。手術・麻酔機能は、緊急手術も含め常勤麻酔科医により適切に発揮されている。集中治療機能では、ICU を有効に活用して多職種が積極的に関与し治療がなされている。救急医療機能は、病院のビジョンとして救急医療体制の強化、病院のポリシーとして「断らない救急」を掲げているが応需率が低いことが課題である。地域の中核病院であり、体制の充実等によりさらなる応需率の向上が望まれる。

10. 組織・施設の管理

予算案は大学本部の指示に基づき作成し、病院運営会議で承認後、大学本部で承認、決定される。会計処理は学校法人会計に基づき行っており、会計監査は内部監査に加え、大学全体で監査法人による外部監査も実施している。月次収支実績等の評価・分析は毎月病院運営会議で実施されており、組織的な管理・運営を実践している。医事業務は業務課が管理し、職員と委託業者が分担して行っている。窓口業務、会計処理およびレセプト作成業務等は適切に行われており、減点・査定・返戻に関しては、健保・DPC コーディング適正化委員会で毎月医師へフィードバックが行われ、対応策を検討する仕組みがある。未収金については金額等の把握・管理を行い、督促等の対応も適切に行われている。委託業者の選定は関係部署と大学グループ法人である慈恵実業で協議され、院長決裁後、大学の承認を得ている。実施状況の把握や評価も行っており、委託業務のより良い品質を求めた対応がなされている。

施設・設備の管理は、委託業者により 24 時間の監視・対応体制がとられ、日常点検と計画的な保守管理を実施している。廃棄物は感染性廃棄物を含め、分別・処理・運搬、最終処分場の確認等も適切に行われている。

医療事故発生時の対応は、医療メディエーターを配置し患者・家族に誠実に向き合う体制が整備されている。事故発生時の手順、原因究明や再発防止策を組織的に検討する委員会規程も整備されており、顧問弁護士が関与する仕組みがあり、賠償責任保険の加入など適切になされている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院であり、研修管理委員会が設置され、研修プログラムに沿った教育体制を整えている。初期研修医の診療業務の範囲を明確にし、指導医の養成や指導医・看護師・研修医の三者による相互評価も実施し、改善に努めている。医師以外の職種についても初期研修が体系的に実施されており、病院全体で初期研修内容およびプログラムを把握し、管理している。また、達成目標に対する評価・確認については、リフレクションシートや確認テストによる評価が実施されている。

学生実習は、医学生のほかに、看護師や薬剤師等多くの職種で受け入れている。職種ごとに実習指導担当者を設け、カリキュラムに沿った実習や評価が行われてお

り、有事の際はセキュリティマネジメントマニュアルに則り対応している。依頼先との契約書や実習生個人との誓約書等も締結し、実習生の患者・家族との関わり方や個人情報保護、実習中の事故対応等、依頼団体ごとに取り決めている。各部門の研修オリエンテーションでは、医療安全や感染制御、個人情報保護に関する教育、ワクチン接種の確認等についても確実にを行っている。

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	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
1.4	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	B
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	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	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	A
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
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	B
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	B
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	B
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	B

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	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	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	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 9 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 学校法人

I-1-4 所在地： 東京都葛飾区青戸6-41-2

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	371	371	+6	75.7	11.1
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	371	371	+6		

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	8	+2
集中治療管理室 (ICU)	12	-2
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
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		
人工透析	30	+0
小児入院医療管理料病床		
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
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

災害拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(Ⅲ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： 11 人 2年目： 11 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

