

# 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 9 月 7 日～9 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 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、高機能な地域の中核病院であり、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院（高度型）、臨床研修病院、総合周産期母子医療センター等の指定および認定を受けている。

今回の病院機能評価の審査結果を踏まえて、継続的に医療の質の向上に取り組まれることを期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、病院の役割に沿って分かりやすい内容で内外に明示している。病院長は高度急性期病院としての自院の位置づけや医療提供体制など、今後の病院運営の課題や問題点を把握し、その解決に向けて積極的に取り組んでいる。事務部長や看護部長は、人材の育成や働き方改革、地域との連携強化などの課題を認識し、解決や改善に努めている。病院運営の意思決定は、経営に関しては三役会にて、業務運営に関しては管理会議にて行われている。中期事業計画のもとに、単年度事業計画が立てられ、毎月モニタリングを実施し評価している。情報管理は、電子カルテおよび部門システムを中心とした、情報の管理・活用の方針を明確にしている。文書管理は、文書管理規程に基づいて総務課が文書管理を一元化している。

医療法による法定人員や診療報酬上の施設基準の必要人員を確保している。各種支援策により人材確保に努めている。就業規則や処務規程等は整備されている。年次有給休暇の取得率も年々増加傾向にある。安全衛生委員会を毎月開催し、職員の健康診断はほぼ 100%の実施である。

職員の意見・要望は、職員提言箱や病院長ヒアリング等によって把握している。

また、職員満足度調査も実施している。人事課が各委員会と協力し、年間教育研修計画の企画・立案、研修実施、参加実績集計や記録、評価等を管理している。職員勤務評定が行われ、職員の能力評価が行われている。また、能力評価をもとに教育・研修の機会を提供し、能力開発につなげている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は、入院案内およびホームページ、病院玄関などに掲示し、職員や患者・家族に周知している。「インフォームド・コンセントガイドライン」に説明と同意に関する方針、説明と同意を必要とする医療行為、同席者（立会人）の範囲、同席できない場合の対応手順、代理署名ができない患者の場合の取り決め等が明示されている。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、患者が情報を得やすいようにエントランスホールに情報コーナーを設けている。患者・家族からの相談は相談支援センターが対応している。相談支援センターで受けた相談は内容に応じて関係部署と連携および振り分けを行っている。個人情報保護に関する規程が整備され、個人情報管理委員会が中心となり、職員への研修を実施している。臨床における倫理的課題への取り組みは、現場での判断が困難な場合は、臨床倫理委員会に申請する仕組みが整備されている。患者・家族が抱える倫理的な問題を把握した場合、現場において医師・看護師・MSW など多職種でカンファレンスを行い、必要に応じて認知症ケアチームや緩和ケアチームなど専門チームのサポートを得ている。

駐車場は必要台数が停められるように確保されている。院内サービスとしてコンビニエンスストア等が設置されている。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、院内は段差が少なく、バリアフリーを確保している。廊下や階段・トイレ・浴室の手摺りは利用者に配慮した位置に設置されている。療養環境の整備は、診療・ケアのスペースは十分確保されている。受動喫煙の防止は、敷地内禁煙の方針を明示している。禁煙を希望する職員や患者に対しては禁煙教室の案内および禁煙外来を紹介している。

### 4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望は、意見箱で収集している。意見は、相談支援センター会議やホスピタリティ向上委員会で検討され、掲示板やホームページでフィードバックしている。各診療科内や複数診療科間および多職種を交えて症例検討会やカンファレンスを多数行っている。臨床指標をホームページ上で公開している。クリニカルパスの適用率向上や改善を積極的に推進している姿勢は、高く評価できる業務の質改善は、積極的に業務改善活動を行い、QC 活動発表会を行っている。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は、新たな診療・治療方法や技術の導入にむけた検討・承認は、外部委員を含む倫理委員会で行っている。

診療・ケアの管理・責任体制は、各病棟の入口カウンターに責任医師、看護師長等の氏名を記載したアクリルスタンドを設置している。責任医師・担当医不在時の代理や連絡先も明確にしている。診療録は SOAP 形式で記載し、院内略語集も作成

している。カルテの質的点検を実施している。日常的に多職種によるカンファレンスを行っており、診療録や看護記録で検討内容を共有している。組織横断的多職種チームはNST、緩和ケアチームなど、20以上存在している。

## 5. 医療安全

医療安全推進室を設置し、専従の医療安全管理者を配置している。医療安全管理委員会や医療安全推進会議と連携し、マニュアルの改訂や周知など医療安全活動を行っている。アクシデントおよびインシデントに関する情報は、医療安全管理者のもとに収集されており、必要時には速やかに臨床現場の状況確認を行っている。院内ラウンドを行い、現場での安全対策に関する成果の確認とともに、必要に応じた見直しを行っている。

患者・部位・検体などの誤認防止は、患者自身による氏名と生年月日の名乗りでの確認や、リストバンドのバーコードと電子カルテおよびオーダー帳票等の照合による誤認防止手順を遵守している。医師の指示出し、指示受けは電子カルテ上で、指示業務連携マニュアルの手順に従って実施している。口頭指示は原則禁止としているが、やむを得ない場合に限り、マニュアルに従って実施している。検体検査の結果には緊急報告基準を設定し、担当技師が依頼医に直接電話連絡している。画像診断では読影医が緊急連絡の必要性を判断し、依頼医に直接連絡している。麻薬、劇薬、向精神薬、ハイリスク薬を含む全ての病棟保管薬は、サテライト薬局で病棟薬剤師が看護師と協力して適切に管理・保管している。入院時に全患者を対象に転倒転落アセスメントシートを用いた評価を行っており、リスクの高い患者については予防策を反映した看護計画を策定している。医療機器の安全な使用は、人工呼吸器装着時の設定や作動状況は、臨床工学技士がラウンドして点検している。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードを設定し、全職員に周知している。

## 6. 医療関連感染制御

感染予防対策委員会は、院内感染の発生防止に関する意思決定を担うとともに、下部組織として ICT と AST を組織している。感染管理室には、専従と専任の ICN、感染制御認定薬剤師、認定臨床微生物検査技師等の専門人材を配置し、感染制御の実務を担当している。症状スクリーニングによる感染症の発症や発症疑い情報、病原菌検出の情報は、逐次感染管理室の専従 ICN に報告され、ICN は即座に現場との情報交換や現地調査を行っている。ICT は毎週院内ラウンドを行い、手洗い等の院内感染防止活動の実施状況を把握・評価している。消化器外科の SSI、全病院の UTI、BSI、VAP のターゲットサーベイランスは感染管理室で集計している。

病室入口には消毒剤のほか手袋等の PPE が設置されている。感染性廃棄物は適正な容器に分別投棄し、病棟内の一時保管場所から最終保管場所への搬送する際も安全に配慮されている。抗菌薬適正使用ガイドラインを定め、適正使用に必要な情報を提供するとともに、抗 MRSA 薬やカルバペネム薬の届け出制などを規定している。アンチバイオグラムは電子カルテ端末にも掲載して活用を促している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページ、広報誌を活用して行われている。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携は、地域医療連携室が地域の医療機関からの紹介受入れ、診療予約、検査予約、渉外活動等対応している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、地域住民向けの教育・啓発活動として、新型コロナウイルス感染症流行前は健康増進講座および出前講座を開催していた。コロナ禍においても地域の小中高向けの出前講座は継続している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、受診に必要な情報は、総合案内やホームページ・病院案内・入院案内等をもとに提供している。正面玄関に案内係を配置して来院患者の案内を行っている。外来診療は、紹介状や持参検査データは受付で電子カルテに取り込み、手順に従って問診票や看護師による予診により情報収集している。医師は必要性やリスク等の説明を患者・家族に行い、同意を得て検査を行っている。同意の必要な検査や処置は診療科ごとに定めており、院内で承認された所定の用紙に必要事項を追記しながら患者・家族に説明している。入院の決定は、外来担当医は立案した治療計画について、必要に応じて上級医との相談やカンファレンスでの検討による指導・助言を得て、医学的な入院の必要性を判断している。診断・評価の実施と診療計画の作成は、医師は外来で行った患者の病態や病名の診断、合併症や全身のリスク評価、治療方針等を入院時記録として記載し、入院治療計画を明確にしている。多職種により入院時カンファレンスで診療方針を検討し、個別化した入院診療計画を作成している。患者・家族からの医療相談への対応は、相談対応は「相談支援センター」で窓口を一本化し、相談内容に応じて、担当部署や担当職種に振り分けている。患者が円滑に入院できるように、入院が決まると外来や入退院センターにおいて、入院案内などの資料をもとに入院生活の説明を行っている。

医師の病棟業務は、回診し、患者の病態変化を把握したうえで必要な指示を出している。病棟看護師は、療養生活を含めた患者支援の立場から、必要な部門との連絡調整を計画的に実施している。病棟担当薬剤師は全ての入院患者の薬歴管理と、約70%の患者の服薬指導を実施している。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施は、輸血に際しては、患者名や製剤の種類と型、投与方法等を複数で確認し、投与前後の観察を輸血療法マニュアルに従って記録している。周術期の対応は、医師は手術適応・術式等をカンファレンスで検討し、麻酔科医は術前診察や毎朝のカンファレンスで麻酔方法の検討と共有化を行っている。重症患者の管理は、ICUの入室基準・退室基準は、遵守している。

入院時に褥瘡のリスクアセスメントを行い、看護計画に反映するとともに、必要に応じた対応策を実践する体制を整備している。栄養管理と食事指導は、入院時に看護師が主観的包括的栄養評価を行い、嚥下機能に問題がある場合は看護師と言語聴覚士による評価を行っている。患者が訴える疼痛や不快・苦痛な症状の緩和は「緩和ケアマニュアル」に基づいて行われている。専門的な介入が必要な場合は緩

和ケアチームやリエゾンチームに依頼し、専門的緩和ケアを提供している。主治医からの依頼を受けたリハビリテーション科医は診察・リスク評価を行い、療法士の評価と患者の希望や社会的背景を考慮して実施計画を作成している。身体抑制は、原則として行わない方針であるが、必要時には「行動制限(身体抑制)に関する基準」に基づいて実施している。患者・家族への退院支援は、早期から多職種が退院後の生活も見据えた支援を始めている。継続した診療・ケアの実施は、退院後の継続療養先に応じて、脳卒中やがんなどの地域連携パス、診療情報提供書、看護サマリーなどを活用して、入院中の経過や退院後に必要な治療・ケアの情報を共有している。ターミナルステージへの対応は、各種認定看護師や緩和チームの介入も含め、多職種によるチーム医療を実践している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査・疑義照会・調剤・調剤鑑査を適切に実施している。疑義照会事例については、集計・分析の上、医師にフィードバックするなど医療安全対策に活用している。注射薬は1施用ごとに取り揃えて払い出し、抗がん剤は休日を含め100%薬剤師が安全キャビネットで作製している。病棟薬剤師は入退院センターの専従薬剤師と協力して、全ての入院患者の持参薬を鑑別し、代替薬の提案を含む持参薬報告を作成している。臨床検査機能は、検査技術部ではISO15189の認定を取得している。検査部門全体として、迅速かつ安全な検査が実施できる体制を整えていることは評価できる。画像診断機能は、CT、MRI、核医学検査はほぼ100%翌診療日までに専門医が読影している。栄養管理機能は、調理室は清潔・不潔の区分が明確にされ、温・湿度は適正に管理されている。嗜好調査は年2回実施し、調理師と管理栄養士が協働して創意工夫した食事を提供している。リハビリテーション機能は、運動器、脳血管疾患、心大血管疾患、呼吸器領域の入院急性期リハビリテーションに加え、がん領域の様々な病態に対応するリハビリテーションや、廃用性障害防止に関する活動を強化している。診療情報管理機能は、診療情報は電子カルテにより一元管理されている。診療録の量的点検を実施しており、入院患者全件に実施している。医療機器管理機能は、人工呼吸器や輸液ポンプおよびシリンジポンプなどの主要な医療機器について一元的に管理している。洗浄・滅菌機能は、各滅菌装置の稼働ごとに滅菌効果を確認しており、リコール対応手順も整備されている。

病理診断機能は、確定までに時間のかかる症例では中間報告を行っている。病理診断の精度確保のため、組織診断では病理医間によるダブルチェックを行い、細胞診検査では複数の細胞検査士による疑陽性以上の症例は全例病理専門医による判定を行っている。放射線治療機能は、放射線治療装置（リニアック）2台を運用し、一般的な外部照射の他、IMRT、脳定位放射線照射、全身照射を実施している。輸血・血液管理機能は、輸血責任医師や認定輸血検査技師が中心となり、一元的な輸血・血液管理を行っている。手術・麻酔機能は、手術スケジュールは手術室長と師長で調整している。全身麻酔の症例は全て麻酔科標榜医によって麻酔管理を行っている。集中治療機能は、集中治療機能はICU、NICU、GCU、MFICUを有し、多職種が

関与しながら治療にあたっている。MFICU も含め専門・認定看護師、特定行為看護師を含む人員を配置し診療していることは高く評価できる。救急医療機能は、院外と連携しながら、二次救急患者を中心に初療している。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算は前年度の執行状況を参考に作成している。会計処理は月次および年次決算処理により財務諸表を作成している。会計監査は監査法人による外部監査を受けている。経営改善に向け副院長を中心とした複数のプロジェクトが立ち上がり、現状分析と対策を検討し実践できている。病院として経営管理、経営改善の取り組みは高く評価できる。

医事業務は、窓口の収納業務、レセプトの作成・点検、返戻・査定など一連の診療報酬業務を行っている。未収金管理は、マニュアルに沿って督促業務を行っている。業務委託は、契約更新の是非は予算編成時に担当部署の意見を踏まえて検討している。

施設・設備の管理は、年次保守計画に基づき、施設・設備の日常点検や保守管理を実施している。物品管理は、診療材料は SPD 契約をしており、使用した分を SPD 業者より担当部署に定期的に補充されている。

災害時の対応は、BCP および防災マニュアルを整備し、院内周知している。日常の訓練も広域訓練を含め実施しており、災害時対応の体制および準備状況は極めて高く評価できる。保安業務は、防犯カメラが設置され、リアルタイムに確認できる体制が整備されている。医療事故等への対応は、医療事故発生時の対応指針と手順を示し職員へ周知している。重大な医療事故発生時には、事故調査委員会を設置し、原因究明と再発防止に向けた組織的な検討を行う手順を定めている。訴訟時の対応手順も明確である。

#### 11. 臨床研修、学生実習

専門職種に応じた初期研修は、医師、看護師、療法士、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、事務で実施されている。学生実習等は、医師、看護師、療法士、栄養士において学生実習を受け入れている。実習はそれぞれカリキュラムに沿った内容になっている。

# 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	A
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	S

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	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	B
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	S
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	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	S
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	S
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 S

---

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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2022 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： 姫路赤十字病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 日赤

I-1-4 所在地： 兵庫県姫路市下手野1-12-1

## 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	554	554	+0	75.6	9.1
療養病床	0	0			
医療保険適用	0	0			
介護保険適用	0	0			
精神病床	0	0			
結核病床	0	0			
感染症病床	6	6	+0		
総数	560	560	+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	4	+0
集中治療管理室 (ICU)	10	+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)	18	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	24	+12
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	46	-4
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), がん診療連携拠点病院 (地域), DPC対象病院 (II 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： 14 人 2年目： 14 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

