

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「リハビリテーション病院」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27日～11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2 認定

機能種別 リハビリテーション病院（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 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は横浜市東部に「横浜市立脳血管医療センター」として開院し、超早期のリハビリテーション医療にも対応できる地域の脳卒中疾患の専門病院として開院された。その後、脳血管疾患に加え神経疾患・脊椎脊髄疾患へ医療機能を拡充し、横浜市立脳卒中・神経脊椎センターとして地域医療に貢献されている。特に、脳卒中治療については24時間365日の受け入れ体制を整備し、日本脳卒中学会が認定する「一次脳卒中センターコア施設」にも指定されており、地域に貢献されていることは高く評価できる。病院長は自院の医療機能や地域特性などを踏まえながら、高度で専門性の高い医療提供に取り組まれている。また、病院長のリーダーシップのもとに副病院長、看護部長、管理部長など、それぞれ管轄する部門において指導力を発揮して強固な組織体制を形成している。

今回の医療機能評価更新審査では、各部門における職員の協力のもとに効率的な手法も取り入れながら医療の質向上に取り組まれてきたことがうかがえる。今回の審査結果を参考にして、さらなる医療の質向上に役立てられ、横浜市東部における高度専門医療を担う病院として、ますます発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を明文化し、基本方針は医療機能の変更時などに見直して

いる。病院長は病院の将来像等を職員に明示し、各種の会議や病院長面談等で周知している。病院幹部の選任過程は明確であり、意思決定会議である執行会議を有効に活用して病院運営を行っている。「中期経営プラン」に基づいて年度計画の「アクションプラン」を策定し、各診療科・各部門では年次目標を設定している。医療情報システムの運用管理等の要綱を定め、各種の情報をデータウェアハウスに蓄積し、分析して医療の質や経営改善等に活用している。文書管理の規程を整備し、診療・ケアに関わるマニュアル等も含め院内ポータルサイトで周知している。医療法や施設基準に定められた人員を確保し、医師・看護師の負担軽減にも取り組んでいる。人事・労務管理に必要な規則等を整備し、産業医および衛生管理者による院内巡視を行い、職員の意見・要望を把握して、魅力ある職場となるよう努めている。各部門が企画する研修計画を取りまとめて年次計画を策定し、全職員に対して人事考課を行い、キャリアパスを設定している。また、教育プログラムを策定し、専門職種に応じた初期研修を実施している。学生実習の受け入れ体制を整備し、臨床実習のマニュアルに基づいて実習を行い、評価している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は分かりやすく明文化し、広く周知している。説明と同意に関する方針や手順、説明と同意書が必要な診療行為・検査等の範囲、同席のルールおよび同席者の役割を定めている。診療・ケアに必要な身体所見やアレルギー情報等は、問診票を用いて確認し、多職種で共有している。患者の理解を深めるため、図解や診療計画書、クリニカル・パス等を活用している。地域連携総合相談窓口で患者・家族等からの各種相談に応じ、各部署との連携を図っている。個人情報保護基本方針を定め、診療情報の利用の運用も整備している。倫理審査委員会で倫理指針を定め、日常的に発生し得る課題について、継続的に検討し対応手順を定めている。臨床現場において解決が困難な事案や重大な課題については、倫理審査委員会で議論する仕組みを構築している。医療現場での倫理的課題を把握し、医師を含めた多職種カンファレンスを開催し、事例検討会にて解決につなげている。病院へのアクセスに、無料シャトルバスも運行し、入院生活等に必要な設備や環境を整えている。院内の整理整頓・清掃も行き届き、外来患者および入院患者の利便性に配慮した快適な療養環境を整備している。敷地内全面禁煙を周知し、禁煙外来も開設して禁煙に向け啓発している。

4. 医療の質

医療の質改善活動は、各部署や各委員会が個別業務の課題に対応し、多職種で院内業務関連プロジェクトにも取り組んでいる。各診療科は各種症例検討会を行っている。多職種参加カンファレンスは、ICU および病棟等のカンファレンスや血管内治療カンファレンス、CPC があり、クリニカル・パスや地域連携パスの活用も推進している。患者・家族からの意見・要望等は、相談窓口や意見箱、満足度調査などから収集し、医療サービス向上委員会で検討し、改善につなげている。新たな診療や治療方法の導入や臨床研究に対する倫理的審査は、倫理審査委員会（迅速審査含

む)にて審議する仕組みである。新規医療機器導入などではスタッフの教育、研修を事前に行う体制は確立している。病棟の医師、看護師の責任・管理体制を明示し、看護師長は病棟ラウンドを行い、部署の状況や患者の病態、ケアの実施状況を確認し、カンファレンスやミーティングで情報の共有に努めている。診療記録は診療録管理要項に従い記載している。各病棟に多職種の担当者を定め、チーム医療を展開している。多職種が協働する多くの専門チームは、ラウンドカンファレンスと要請に応じた介入を行い、患者に関わる諸問題の早期把握に積極的に関わり、良質なケアの提供に努めている。

5. 医療安全

副病院長を安全管理責任者として、安全管理対策委員会および医療安全管理室を設置している。医療安全管理者として専従の看護師、専任の医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者を配置し、各部署にはリスクマネジャーを任命している。医療安全管理室カンファレンスを開催し、医療安全管理対策委員会やリスクマネジメント部会と連携している。アクシデント・インシデント報告を収集し、医療安全管理者は関連部署を訪問して速やかに対応し、リスクマネジメント部会では、ImSAFERで分析して再発防止策を検討している。院内外の医療安全に関する情報は、院内ポータルサイトで配信している。医療事故発生時の対応フローや連絡体制などを明確にしている。患者確認は、氏名・生年月日の名乗りを基本とし、受付票との照合やリストバンドのバーコード認証なども実施している。指示出しと指示受け、実施、医師の実施確認などの手順を確実に実践している。病棟および手術室における麻薬保管庫は、看護部管理基準を改訂し、責任の所在を明確にして管理している。入院時に全患者に転倒・転落のリスク評価を行い、リスクの程度に応じた看護計画を策定している。病棟等で使用する医療機器の研修を計画的に実施し、臨床工学部で中央管理している。院内緊急コードを設定し、救急カートは院内で統一して看護師と薬剤師で点検している。全職員を対象としたBLSとAEDの訓練等も実施している。

6. 医療関連感染制御

病院長直属の感染対策部門を医療安全管理室内に設置し、専任のICNおよび兼任のICD、感染制御専門・認定薬剤師を配置し、必要な権限を付与している。ICTはICNとICDに加え、非常勤の感染症科医師や各部署の代表者で構成している。感染対策指針や感染対策マニュアルを整備し、適宜改訂している。院内の感染発生状況は、細菌検査結果や発生部署からの報告をもとに把握し、ICTで集約・分析して感染対策委員会で検討している。主要な感染症ごとにアウトブレイクの定義を規定し、対応手順を整備している。また、地域の医療機関や施設とも連携し、院外の感染症情報を入手して、必要な情報を院内LANやICTニュース等で関連部署に報告している。感染対策マニュアルに基づき、標準予防策および感染経路別予防策を実践している。ICTは手指消毒剤の使用量のモニタリングを行い、手指衛生の実践状況の評価してフィードバックしている。計画的な手指衛生研修や直接観察法による指

導を行い、手指衛生の遵守に努めている。抗菌薬の新規採用・削除は、感染制御専門認定薬剤師を中心とした ICT で検討後に薬事審議会で決定している。抗菌薬適正使用指針を整備し抗菌薬全般の使用状況を常時監視している。特別な抗菌薬の使用時には、感染制御専門・認定薬剤師や非常勤の感染症科医師が確認し助言している。また、アンチバイオグラムの結果をフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

総務課や地域連携総合相談室で地域等に向けた情報発信を推進している。「NEWS LETTER」には、病院の近況や診療科の紹介などを掲載し、「診療のご案内」には、紹介手順や診療科案内などを掲載して地域の医療関係機関に配布している。地域・患者に向けては、病院案内や受診案内などを掲載した「病院」や、症例ごとの治療方法などを掲載したリーフレットを作成・配布している。また、病院の概要や業務実績等をまとめた「年報」も作成している。地域連携総合相談室が前方・後方連携の窓口として、地域の医療・福祉関連施設との連携を推進している。地域の医療関係者等との意見交換会や症例検討会、交流会を実施し、退院困難ケースのグループワークや患者情報の共有などを行い、地域の医療ニーズを把握している。医療機関への訪問も積極的に実施している。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、地域連携総合相談室を中心に推進している。地域住民を対象に、脳卒中の予防などをテーマとした市民講演会を行い、オンラインでも配信し、神経難病や血管障害などをテーマとした出張講演会への講師派遣も実施している。また、地域の医療従事者等に向けては、高次脳機能障害をテーマとしたリハビリテーション交流会や南横浜整形外科セミナー、救急隊への勉強会を開催し、最新の診療状況や課題等を提供するなど、医療に関する知識の普及に努めている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

円滑な受診ができるよう、受診案内などの体制を整備している。外来診療は多職種が協力して行い、造影剤検査や運動負荷試験などは、医師の立会いのもとに安全に実施している。入院決定は、患者の意向を確認して行い、診断・評価のもと診療計画を作成している。患者・家族からの医療相談に対応し、情報提供とともに円滑に入院できる体制を整備している。医師は病棟業務を行い、看護師は看護基準・手順に基づいて、診療の補助や生活の援助などの看護業務を行っている。投薬・注射を確実・安全に実施し、輸血・血液製剤投与については、輸血療法マニュアルに従って安全に実施している。各診療科はカンファレンスをもとに手術適応を検討し、全身麻酔は麻酔科医が担当して術前評価と説明を行い、手術室看護師は術前・術後訪問を行っている。重症患者の管理は、入退室基準を定めて実施している。褥瘡対策マニュアルに基づきリスク評価し、褥瘡対策チームは回診し、褥瘡リンクナースとともに栄養や創処置、マットレス・体位の検討を行っている。栄養管理と食事支援を多職種連携により行い、症状緩和についてもマニュアルを整備して対応している。リハビリテーションは、入院後あるいは術後早期から実施している。カンファレンスで身体拘束の早期解除に向けて検討し、退院支援には多職種が介入し、退院

後の継続的なケアに向けて、必要に応じて退院時や退院後の同行訪問などを行っている。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

入院患者の約半数は急性期医療機関からの紹介であり、地域連携総合相談室を一元的な窓口とし、リハビリテーション科部長が随時入院可否を判定している。ケースカンファレンスを軸に、職種間の日常的なコミュニケーションを促進し、病棟生活における患者の活動量の向上や在宅復帰達成に向け連携しチーム力を発揮している。FIMは職種間の共通言語として、看護師の評価や療法士の「できるADL」の評価、測定の信頼性向上に取り組んでいる。診断的検査や投薬・注射を安全・確実に実施し、適切な頻度で栄養評価と管理を実践している。転倒対策や排泄ケア、摂食嚥下障害などの課題解決に向け、多職種が協働している。退院後の生活を想定した支援は入院時から開始し、入院の流れや各職種の取り組みを可視化した患者・家族用クリニカル・パス「リハビリテーションMAP」を活用している。介助指導や患者・家族を交えた生活期スタッフとの退院前カンファレンスを開催し、退院後の医療機関への情報提供など、病棟機能を発揮し、細やかな個別展開を実践している。また、身体障害や高次脳機能障害後遺症に対するリハビリ継続や就労支援も、行政と直接連携するなど注力している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部は薬剤の管理・処方の鑑査などを含めて、薬剤管理機能は高く評価される。検査業務マニュアルやパニック値の取り扱い規程を策定し、臨床検査の各検査プロセスの質は保たれている。画像検査の読影を迅速に行い、夜間・休日は登録した医師のみ閲覧できる高画質のスマートフォンを利用している。食事の提供は衛生的に管理し、喫食量を把握して個別対応を行い、行事食も実施している。急性期リハビリテーションを早期に開始し、優れた在宅復帰率と実績指数を実現しており、その機能は秀でており高く評価できる。診療記録管理要綱を見直し、チェックシートも改定して、全退院患者対象の量的点検を実施している。医療機器は中央管理し、使用後に返却され、点検・整備後に貸し出すシステムである。洗浄・滅菌は中央化し、各種インディケーターで滅菌の質を保証している。病理診断機能では、神経病理関連の診断、特殊染色にも対応し、他院からの診断依頼にも対応している。輸血療法マニュアル・輸血検査マニュアルを策定し、輸血療法委員会で使用状況や副作用を検討している。専従麻酔医を配置し、体制を整備して手術・麻酔機能を発揮している。ICUの入退室基準を明文化し、関連大学のICUと遠隔ICUのサービスを開始し、モニターや生体情報をリアルタイムに共有している。一次脳卒中センターコア施設に指定され、対外的に周知している。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、過去の実績や各部門からの要望等により予算案を作成し、地方公営企業法の会計基準に基づき財務・経営管理を行い、財務諸表を作成している。医事業務は、マニュアルを整備し、受付から窓口収納、診療報酬請求な

どの業務を手順に沿って行い、施設基準管理や未収金管理の体制も整備している。業務委託は、業者選定や委託内容の見直し、実施状況の把握・管理を適切に実施し、委託業務従事者に対して研修への参加を要請し、参加状況を把握している。病院の役割・機能に必要な施設・設備を整備して、年次保守計画のもとに保守管理し、医療ガスについても安全な使用のための体制を整備している。購買管理については、規程に基づき、購入依頼から検収までの業務を実施し、医療材料や薬品等の管理は業務委託による SPD を導入している。防災マニュアルを整備し、災害時における対応体制を確保している。また、BCP に基づいて災害訓練を実施し、非常時における備蓄も確保している。保安業務は 24 時間 365 日体制で実施し、入館者の確認や院内外の巡視のほか、施錠管理や消防設備警報への対応、院内緊急コールに対応している。

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	患者の個人情報を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	B
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	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	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	B
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	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	B
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	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	B
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	B
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	S
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	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	NA
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	B
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	B
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	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	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	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	B
-------	------------------------	---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
-------	---------------	---

機能種別：リハビリテーション病院（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	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	B
2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	B
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	A

2.2.21	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A

年間データ取得期間： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2024 年 6 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 横浜市立脳卒中・神経脊椎センター
I-1-2 機能種別： 一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)
I-1-3 開設者： 市町村
I-1-4 所在地： 神奈川県横浜市磯子区滝頭1-2-1

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	300	300	+0	83.4	30.4
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	300	300	+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	0	
集中治療管理室 (ICU)	6	+6
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	0	-6
脳卒中ケアユニット (SCU)	12	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	
放射線病室	0	
無菌病室	0	
人工透析	0	
小児入院医療管理料病床	0	
回復期リハビリテーション病床	102	+0
地域包括ケア病床	52	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	
障害者施設等入院基本料算定病床	0	
緩和ケア病床	0	
精神科隔離室	0	
精神科救急入院病床	0	
精神科急性期治療病床	0	
精神療養病床	0	
認知症治療病床	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： 1 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
オーダーリングシステム ☒ 1) あり ☐ 2) なし PACS ☒ 1) あり ☐ 2) なし

I-2-2 年度推移2