

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および3月7日～3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	慢性期病院	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1984年の開設より長きにわたり地域医療に貢献され、介護保険施行時に全病床を療養型に変更し、人工透析室も開設している。長期の入院療養が必要な患者にリハビリテーションや人工透析治療にも積極的に取り組まれ、訪問看護ステーションや介護支援センターも併設し在宅療養への支援も行われている。基本理念・行動理念を定め、患者・家族と共に診療・ケアに向き合い、全人的医療の提供を目指し努力されている。また、病院の立地面では交通手段の確保が難しいため、毎日の送迎で難点をカバーされ、病院機能の向上への姿勢は評価できる。

病院機能評価は、今回が4回目の受審となる。時代に適応した病院作りを目指されており、対応すべき課題に取り組む組織力は十分に備わっていると思われる。今後、より安心・安全な医療・ケアを提供できる体制へと充実することを期待するとともに、機能・役割を十分に発揮できる病院へとさらに発展されることを祈願する。

2. 理念達成に向けた組織運営

基本理念・行動理念や基本方針は、病院案内やホームページなどに掲載し周知している。病院長を中心に幹部職員が各課題に取り組み、責務遂行に努力されている姿勢は評価できる。部長会議が意思決定機関の役を担い、実態に応じた組織図を作成し必要な委員会も開催されているが、中期計画やリスク対応の事業継続計画などは検討されたい。院内のコンピューターシステムは、医事会計や調剤・薬剤管理など部門システムが稼働し、院内LANが活用されている。多部門・部署が関与するシステムではないが、大量データを取り扱い、データの保存・真正性などの面から情報管理の方針、取り組み姿勢を明示し情報の有効活用も図る体制を構築されたい。

文書管理規程を作成し、文書の保存期間などを明示しているが、管理対象について検討され、マニュアルなどの改訂を承認する仕組みを明確にされたい。

人員体制は、法的に必要な人員は満たされているが、業務実態などを考慮すると医師や看護・介護職など人材確保に向け継続的に取り組まれており、今後の充実を期待している。就業規則類は整備し昇格や昇給の仕組みも確立している。また、労働時間や離職状況など就労実態を把握し、労働形態にも配慮している。職員の安全衛生面については、衛生委員会の活動は評価でき、職員健診の受診率も良好である。また、肝炎ウイルス検査など職業感染にも対応し、メンタルヘルスケア面では外部の産業カウンセラーによる相談体制を整備し、新採用者は全員面談しサポートしている。職員食堂の改修で環境を向上させ、食費や住宅補助も行い福利厚生面への配慮がなされている。

職員の研修は、医療安全や感染制御などは行われているが、医療倫理や個人情報法保護などは行われていないので、内容を評価する仕組みも含め検討が望まれる。関係する委員会主導の研修であり、全体を取りまとめる教育委員会の機能や外部研修への積極的姿勢など望みたい。目標管理による能力開発の仕組みは評価できるが、目標内容を評価する視点のもと、さらなる取り組みを期待する。

3. 患者中心の医療

患者の権利は他機関のものを引用されているが、貴院の機能から高齢者も対象とした内容を検討し、職員への周知も含めさらなる取り組みを望みたい。検査や治療などにおいて、必要な説明・同意、看護師の同席は確実に行われている。入院前に家族と面談し内容は多職種で共有されている。チームカンファレンスには患者・家族も参加し、透析導入時にはパンフレットを使用して説明され、患者・家族の理解を深める取り組みは評価できる。医療相談は医療連携相談室が担当し、相談内容は個別に管理され、院内 LAN を通して関係職員が確認できる仕組みである。多様な相談に応じられ、虐待や暴力への視点も持たれて取り組み評価できる。個人情報保護の規程は整備され、周知も図られている。臨床での倫理的課題について、現場では多職種で検討されている。倫理委員会の役割を明確にし、主要な課題について方針を定められ、今後、起こり得る課題に向けさらに取り組まれたい。

立地的に交通機関がないため、駅や主要箇所を巡回する送迎車を運行させている。売店は外来診療に合わせ運営し、ランドリーや理美容の利用も可能であり、入院生活に支障ない設備を保持している。新聞・宅配も利用でき、現状では携帯電話の利用場所は設けていない。院内はバリアフリーであり、車椅子用のトイレも各階に設置しているが、車椅子や歩行器などを点検する仕組みは検討の余地がある。病室やデイルームなどのスペースは問題なく、空調や採光、照明も同様である。ベッド・マットの清掃、トイレ・浴室の清潔性・安全性も良好である。敷地内禁煙を徹底し、禁煙推進委員会の活動は評価でき、積極的な姿勢は職員の喫煙が低率であることにも示されている。

4. 医療の質

意見箱は各階に設置しており、最近の投書実績はないが、対応手順は確立している。患者満足度調査は、外来・入院・在宅を対象に実施し、実績も纏められ改善事例もある。症例検討会や抄読会は医局で開催され、各種の診療ガイドラインも活用され評価できるが、慢性期病院特有の臨床指標を定期的に確認し、今後の質改善に役立てられることを期待したい。業務改善は、TQM 活動において院内 TQM 大会を開催するなど積極的姿勢で臨み、数々の改善事例があり高く評価したい。新たな治療・技術面は、心臓・大血管リハビリテーションの導入などの実例があり、各職員が知識・技術取得のため努力されており、積極的な取り組みは評価したい。

外来は診療担当医を明示し、病棟には病棟師長やスタッフが掲示されている。ベッドネームにも主治医やプライマリー看護師などを明示し、主治医不在時や休日・夜間の体制は確立している。診療録は、必要な情報はほぼ記録されているが全体回診時の記録については注意を払われたい。また、質的監査は今後の検討が望まれる。毎週、医師や看護師など多職種で回診し、協働でチーム医療を推進している。チームカンファレンスには患者・家族も参加しており評価できる。

5. 医療安全

安全管理委員会は定期的で開催され、マニュアルも作成されているが、医療安全管理者などの職責・業務内容の明確化を望みたい。看護部の職員には、ポケットサイズのハンドブックを配布し、事故発生時の対応や夜間・休日の転倒・転落時の対処方法などを分かりやすく纏められており評価できる。また全職員への配布はさらに評価できる。インシデント・アクシデントは収集・分析・防止策の検討が行われており、今後は再発防止策を評価するとさらに良い。

具体的な防止策において、患者・検体などの誤認防止は、患者の名乗りを基本とし、名乗れない場合にも対応されている。指差呼称マニュアルも整備し、看護職員は誤認防止のためイエローカードを携帯している。情報伝達エラー防止では、処方箋や指示箋はルール通りに記載され、中止・変更も確実に実施している。医師の指示出し・指示受け、確認や口頭指示も問題なく、適切に対応されている。薬剤は、重複投与や相互作用は薬剤師より連絡され、アレルギーや禁忌薬も把握し、ハイリスク薬も表示されている。取り違え防止への配慮も窺え、安全使用に向け努力・工夫されている。転倒・転落防止は、入院時にリスク評価を行い、内容により評価期間を定め対応されているが、マニュアル遵守を望みたい。医療機器は、機器使用前・使用中・使用後の注意事項や使用方法を明確にされ、機器の管理も良好であり、取り扱いの研修も行われ評価できる。急変時の対応は、緊急コードを設定し連絡手法も確立されているが、BLS・AED の研修や召集訓練は検討の余地がある。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が活動し、マニュアルも作成され組織体制は確立しているが、マニュアルの内容は、具体的な対応手順を焦点とし再考されたい。また、院内

の感染症の発生状況を毎月把握し情報伝達されているが、MRSA など特定菌種のサーベイランスは行われておらず、血流感染など主要な医療関連感染も同様であり、サーベイランスの充実を図られたい。院外の情報把握・周知はさらなる工夫を望みたい。

現場での感染対策は、各職員が消毒剤を携帯し手指衛生に努めているが、使用実態の把握を望みたい。また、個人防護用具の使用基準や血液汚染のリネン類の対応は、マニュアルに明記されるなど、取り組みを期待する。抗菌薬は、投与前に培養検査を実施し、使用指針に基づき対応され良好である。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌は年4回（1回1,500部）発行し、患者・家族や連携機関・施設などに配布されている。ホームページは作成しているがより頻回な更新が望まれ、診療実績や臨床指標の掲載も検討を望みたい。地域の医療機関や施設との情報交換が行われ、地域連携の会合にも参加されているが、地域の人口動態や診療圏分析なども定期的に確認されたい。紹介が主であることより、紹介や逆紹介について返答も確認できる一元管理を目指し、また、管理対象は外来も含め取り組まれることを期待したい。特定健診や企業健診が行われ、地域で開催する健康教室に療法士を派遣し、予防リハビリなどの指導を行っている。また、院内では地域住民を対象に「美味しく簡単、減塩食」と称し食事教室を開催している。医師や管理栄養士の講師派遣も行われ、病院機能を地域貢献に役立てている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療内容や時間、診療体制など必要な情報は掲示され、初診や紹介患者の対応も良好である。外来診療は、問診や説明、指導など適切に行われている。侵襲的検査はシャント造影などが説明・同意のもと安全に行われ、より正確な記録への意識を高めるとさらに評価できる。入院は、受け入れできない事例を明らかにし、それ以外は全て受け入れる方針で臨まれ、毎週開催する入退院調整会議で決定されている。患者の病態に応じ診断・評価が下され、多職種による入院診療計画書が作成され、看護計画やリハビリテーション実施計画なども連動・作成し、説明のうえ同意を得て実施している。医療相談はMSWが全入院患者に関わり、多岐にわたる相談に応じ情報共有も図られている。MSWが入院前から面談し必要情報を把握され、入院時は病棟看護師により入院案内を使用し、入院生活などを分かりやすく説明されている。

毎週、全医師と多職種による全病棟の回診が行われ、患者の状態を確認し課題を検討している点は高く評価したい。また、主治医は毎日回診し内容は診療録に記録し、医師の活動は評価できるが、全医師の回診時の検討は、診療録や看護記録への記載を充実されたい。看護・介護職は、看護基準や手順は整備され、患者ニーズも把握し看護・介護の調整機能も働き、他職種との連携も良好である。代謝障害などの身体疾患は、毎日の状態観察と定期的な血液検査などで把握に努め、異常時の対

応も適切である。また、栄養障害などにもきめ細やかに対応されている。投薬・注射は、安全・確実に行う仕組みが確立し、今後の服薬指導への取り組みを期待する。輸血は、適正使用指針に基づき実施され、説明・同意も良好であり輸血後の感染症検査も行われている。重症患者には、看護師詰所の近くの病室で対応し、状態に応じた治療が行われている。入院時、全患者に褥瘡発生リスク評価を行い、評価結果に応じて治療が行われ、褥瘡予防にも取り組まれている。栄養管理は、管理栄養士による栄養管理計画書を作成し、言語聴覚士による嚥下機能訓練も評価され、食事指導も含めその取り組みは評価できる。

疼痛評価はペインスケールを使用する手順は遵守が望まれ、疼痛以外の症状緩和について、使用基準や適用手順を作成されたい。リハビリテーションは、各療法士が共同して実施し、患者の残存機能の向上に努めている。レクリエーションは年間計画を立案しているが、生活リズムの確立や療養生活の活性化を図る取り組みについて、今後さらなる活動を期待したい。身体抑制は、抑制しないことを原則とし、止むを得ない場合、医師の指示のもと説明・同意を得て実施している。退院において、退院先への情報提供は行われ、退院前には多職種によるカンファレンスも開催している。また、近隣への退院の場合、退院前カンファレンスに退院先の職員も参加し情報交換を行っており評価できる。ターミナルステージの判定は多職種で検討しているが、記録は十分ではない。また、臓器提供や在宅での看取りの手順も整備されたい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方・調剤鑑査は全例で実施し、疑義照会も適切に対応している。注射薬は1施用ごとに取り揃え、調製・混合における注意喚起も行われている。持参薬は全て薬剤科で管理し、薬剤の採用・削減は薬事委員会が機能し、薬剤管理も良好に行われている。今後は、中断していた服薬指導の再開を望みたい。臨床検査機能は、検体検査と生理検査について、外来・入院とも適宜対応している。外部委託検査との連携も良好であり、異常値やパニック値も主治医に報告する仕組みが確立されている。精度管理も同様に確実に実施し精度を保たれている。画像診断機能は、入院患者の撮影は柔軟に対応し、誤認防止など安全面にも留意されている。診断は専門医の関与はないが、遠隔診断を利用し画像診断の質の担保を図り、適切に機能を発揮されている。

栄養管理機能は、食材搬入から配膳まで一連の流れは衛生面に配慮され、調理室などはドライ仕様であり、温度・湿度も良好な管理である。手洗いや消毒設備も問題なく、適時適温を確保されている。嗜好調査は全患者に聞き取り、選択食や行事食にも配慮され評価できる。年2回はバイキングスタイルで食事を提供し、受付近くに毎食のディスプレイを置き、家族などにも分かる工夫が見られ高く評価したい。リハビリテーション機能は、状態観察や評価によりリハビリテーション総合実施計画書を作成し、患者・家族への説明・同意に基づき実施されている。また、他職種との情報共有も図られ、休日は交代で実施するなど患者のADLが低下しないよう留意している。一方、身体機能の経時的評価を検討されるとさらに評価できる。

診療情報管理機能は、診療情報管理士が兼務で対応している。カルテの貸出管理や症例のデータベース化、カルテの量的監査の仕組みなどはさらなる検討を望みたい。

医療機器は使用部署で管理し、日常点検は手順に則り実施され、臨床工学技士も定期点検を行っている。休日・夜間の異常時の体制も確立し評価できる。滅菌・洗浄機能は各病棟で行われ、既滅菌物の保管は病棟で適切に保管されている。病棟では滅菌時の各インディケータを確認しているが、透析室では滅菌の精度保証について検討が望まれる。輸血管理は関係部署が連携し、指示・発注・保管・実施の一連の行為は安全・確実に実施している。予定輸血を前提としており廃棄はなく、適切に機能を発揮されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理において、予算は作成されているが、年度事業計画を反映させ実績との比較による進捗状況を確認する体制へと充実を図られたい。財務諸表の内容は問題なく、月次決算による経営実態を確認し、状況分析のもと課題が検討されている。入院費は口座振替も行い、会計への支払は時間外や日祭日でも対応可能である。レセプト作成には医師も関与し、査定内容も確認・検討され未収金管理も問題なく、医事業務は良好に取り組みされている。業務委託は、業者選定は業務内容や業者の実績などを総合的に判断し、問題があれば対応されている。実施状況を確認・評価する仕組みはさらなる工夫が望まれる。

施設・設備は、営繕担当が担当業務の年間計画を作成しているが、日常・保守点検の年間計画を策定し、計画に基づく実施・確認の体制となればより確実な整備体制となる。医療ガスは委員会を開催し、定期点検も行われている。また、清掃は臭気が気にかかる点はなく、廃棄物の保管・管理も良好である。医薬品や診療材料などの管理は、薬剤科や看護部など関係部署が直接管理し、発注・検収も行われている。使用期限を確認し、使用量の把握により在庫調整を行い、棚卸は年2回実施している。ディスプレイ製品の再利用はなく、新規導入は関係部署で検討されている。災害時の対応マニュアルは整備され、防火避難訓練も行われている。非常用発電機を整備し、食料や飲料水は3日分を備蓄している。保安体制は、当直専従者を中心に365日体制を構築され、緊急時の連絡体制も確立している。重大な事故は発生していないが、委員会による対策・検討を行う仕組みである。

11. 臨床研修、学生実習

看護師や療法士の養成校からの実習を受け入れ、受け入れ基準などを整備している。実習内容や評価は、養成校の要望も受け入れ良好に対応している。また、医療安全や感染制御、個人情報保護などにも指導され、適切に行われている。

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	B
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・プライバシーを適切に保護している	B
1.1.6	臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している	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	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	B
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	B
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	B
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	B

1.5.3	医療サービス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	B
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	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	B
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	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	B
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	B
2.2.6	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	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	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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	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	B
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	NA
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	NA
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	NA

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	B
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	B
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	B
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	B
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	B
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	B
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	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	B
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	B

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	B
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	B

年間データ取得期間： 2017年 1月 1日～2017年 12月 31日
 時点データ取得日： 2018年 1月 10日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人みなみ 粕屋南病院
 I-1-2 機能種別： 慢性期病院
 I-1-3 開設者： 医療法人
 I-1-4 所在地： 福岡県粕屋郡宇美町神武原6-2-7

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					
療養病床	206	206	+0	80.3	302.6
医療保険適用	206	206	+0	80.3	302.6
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	206	206	+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		
集中治療管理室 (ICU)		
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	40	+10
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

--

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

