

## 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6月19日～6月20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1953年に結核療養所として開設されて以来、札幌市南東部の地域ニーズに応じて医療機能を転換し、急性期病院として発展してきた。近年は、地域医療支援病院、地域周産期母子医療センター、北海道がん診療連携指定病院などの指定を受け、地域における中核的な医療機関として重要な役割を担っている。今回の訪問審査では、病院長をはじめ病院幹部のリーダーシップのもと、多職種が協働して患者中心の診療・ケアを実践している姿が確認できた。また、より高い医療の質を目指し、多くの部門で改善活動に継続的に取り組んでいる点も評価できる。今回の受審を契機に、地域からの信頼をさらに高めつつ、貴院が一層の発展を遂げることを期待する。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

貴院は、「地域の人々を中心にした質の高い医療・介護を提供し、地域から信頼される病院になります」との理念のもと、患者の権利の尊重、安全の確保と説明と同意の重視、地域連携、保健予防、地域医療機能の推進の5項目からなる基本方針を明文化し、職員への周知を図っている。病院長をはじめ幹部職員が経営課題に応じて役割を分担し、管理者会議や各種委員会を通じて方針の実践に取り組んでいる。事業計画に基づき各部署で目標が設定され、経営企画委員会で進捗が管理されている。情報システムは規程に基づき一元的に管理され、新システムの導入も計画的に行われている。文書は文書管理規程に基づき総務企画課が管理している。人材確保に向けて定数を法人と協議のうえ設定し、規程整備や勤怠管理システムの導入、長時間労働への対応、職場環境の巡視などを通じて働きやすい職場づくりに努

めている。教育は年間計画に基づき実施され、e-learning の活用や新人教育、実習受け入れなどを含め幅広く行われている。専門性向上の支援や業績評価も制度化され、職員の能力開発が図られている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利および子どもの権利宣言は毎年見直され、患者・家族・職員に周知されている。説明と同意は指針に基づき丁寧に実施され、ポケットマニュアルで職員にも周知されている。診療録は規程に基づき開示され、セカンドオピニオンや ACP に関する支援も行われている。総合支援センターを設置し、医療福祉相談、地域連携、退院支援を一元化して対応している。看護師や医療ソーシャルワーカーが相談内容に応じて関係職種と連携できる体制が整備されている。個人情報取り扱い規程に基づき、診察時の呼び出し方法や氏名表示にも配慮されている。臨床研究と倫理的課題の討議は委員会で機能を分けて検討をしており、現場では患者・家族の倫理的課題について多職種で検討が行われている。院内は清潔で静寂が保たれ、快適な療養環境が整えられている。アクセス環境や駐車場の整備に加え、コンビニや食堂など利用者向けの設備も充実している。敷地内禁煙を周知し、禁煙教育や啓発にも取り組んでいる。

### 4. 医療の質

内部監査室の指摘や患者の要望を受け、多職種による業務の質改善が行われている。病院機能評価受審準備ワーキングにより、体系的な病院機能の検討が行われ、症例検討会を通じてガイドラインに基づいた診療が実践されている。クリティカルパスのバリエーション分析も行われ、医療の標準化が進められている。DiNQL への参加により看護の質的評価が行われているが、病院全体としての臨床指標を定め、継続的に質改善を進める仕組みの構築が望まれる。院内には意見箱を設置し、患者・家族からの意見を収集して対応策を立案、管理会議への報告やホームページでの回答公表も行われており、質改善へ向けて活用されている。新たな診療技術や保険適応外薬剤の使用に際しては、倫理・安全面に配慮した仕組みが整備され、実践されている。臨床研究においても倫理的検討と支援体制が整っている。病棟では医師や看護師長が毎日ラウンドを行い、責任者の氏名も明示されている。診療記録は遅滞なく記載され、退院時サマリーも適正に作成されている。多職種による記録の質的点検が進められている。多職種から構成された専門チームが定期的にラウンドを実施し、患者の診療・ケアに関わる情報交換やカンファレンス、アドバイスなどを実施している。

### 5. 医療安全

病院長直轄で医療安全管理部を設置し、多職種で構成された体制のもとマニュアル改訂やインシデント事例の検討を行っている。インシデント・アクシデントは医療安全管理委員会で共有され、改善に活用されている。医師からの報告割合が少ない状況にあり、今後の報告促進に向けた取り組みが望まれる。医療事故発生時の対

応はマニュアルに手順が明記され、フロー図を用いて現場対応や連絡体制が示されている。患者誤認防止に向けた確認行動は全部署で統一され、電子カルテによる指示・実施の流れも確実である。病理診断や画像読影の未読対策にも工夫が見られる。薬剤の安全使用では、抗がん剤のレジメン管理や薬剤取り違い防止が実施されているが、ハイリスク薬の口頭指示に関しては、さらなる統一对応が望まれる。手術室での麻薬の定数管理についても、薬剤師による点検頻度の見直しと適正配置が求められる。転倒・転落対策は全患者にアセスメントを行い、リスクに応じた計画を実践している。医療機器はME部が管理し、安全な使用が確保されている。臨床工学技士による点検と緊急時対応、コードブルー体制や救急カートの標準化・点検も適切に実施されている。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策室を設置し、専従のICNと兼任のICD等を配置している。感染対策委員会は病院長を含む多職種で構成され、感染に関する課題を討議している。ICTは週1回の院内ラウンドを実施し、情報収集と感染防止策の立案を行っている。感染制御マニュアルを整備し、必要に応じて改訂している。院内の感染症状況はラウンド情報と分離菌情報を感染制御支援システムにより一元的に集約・分析し、各種サーベイランスや外部の流行情報も踏まえて院内に周知している。パンデミック時の対応をあらかじめ明文化しておくことが望まれる。また、人工呼吸器関連肺炎を含む広範なターゲットサーベイランスの実施も期待される。標準予防策および感染経路別予防策が実践されており、ICTやリンクナースが中心となり手指消毒の推奨や使用状況の調査など、実効性のある活動が行われている。多職種を巻き込んだ手指衛生向上のさらなる推進が望まれる。抗菌薬の適正使用に関するマニュアルを整備し、ASTが耐性菌情報を基に抗菌薬の使用調整を助言している。今後は使用状況の分析結果を全医師にフィードバックする仕組みの構築が期待される。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の情報発信は、内容が充実したホームページを中心に行われており、診療内容やイベント情報、診療実績などが地域住民や医療機関向けに適切に発信されている。情報は定期的に更新されており、病院案内や広報誌、入院案内等の印刷物の配布も行われている。地域の医療機能やニーズの把握、他医療機関との連携については、総合支援センターを中心に積極的に取り組んでいる。地域協議会を設置し、医療機関代表者や住民との意見交換を通じて地域の声を反映しているほか、医師と総合支援センターの担当者がクリニック等の連携施設を訪問し、関係強化に努めている。糖尿病教室、マタニティヨガ、地域講演会、健康まつりなどの活動に加え、公式YouTubeでの健康講話配信や啓発ポスターの作製など、地域住民への教育・啓発活動も多岐にわたる。また、医療・介護関係者を対象とした事例検討会や出向き研修会も実施しており、知識共有と連携の深化が図られている。今後も双方向的な連携体制のさらなる強化が期待される。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診や入院に必要な情報は、ホームページや入院案内に掲載されている。紹介患者の受診についても、院内で連携体制と手順が明確になっている。外来診療では患者情報が適切に収集され、病態に応じた診療が適切に行われている。侵襲的な検査は説明と同意のもとに行われ、検査の実施中・実施後の患者の状態が記録されている。鎮静剤を用いた検査では評価基準に基づいた観察が行われている。入院の必要性を医学的に判断し、十分な説明と同意がなされ、患者・家族の希望にも配慮している。多職種が関与して患者の病態に応じた入院診療計画書を速やかに作成し、各種リスク評価を確実に実施している。総合支援センターが相談窓口となり、多彩な相談に対応している。相談内容については医療安全ミーティングで報告し、多職種で情報共有している。予定入院・緊急入院に関わらず、患者、家族が安心して入院できるように関わっている。医師は、毎日の回診により患者の病状を把握し、多職種カンファレンス等を通じて治療方針を検討し、随時患者・家族との面談に応じるなどリーダーシップを発揮している。看護業務は看護基準・手順に明文化され、患者の個別性に合わせたケアに努めている。薬剤投与の必要性和リスクの説明、服薬の確実な実施、抗がん剤や抗菌薬投与中の患者観察など手順に沿って適切に実施している。インスリンのスライディングスケール指示を院内で標準化するとさらに良い。輸血はマニュアルに従って施行され、血液製剤の投与中の患者の状態と輸血後の治療効果は診療記録に記録されている。輸血同意書に製剤名の量の記載することおよび輸血投与終了時に患者名、血液型、製造番号と副作用の有無を記載することの徹底が望まれる。周術期の対応は病棟と手術室の医師、看護師の連携の下で適切に行われている。重症患者は高度治療室及び各病棟の重症者個室で管理が行われ、多職種の職員によるチーム医療が提供されている。全入院患者の褥瘡発生リスクを評価し、ハイリスク患者に対して、褥瘡予防ケアを実践している。栄養スクリーニングで栄養管理計画が必要な患者をピックアップし、NSTが関わっている。疼痛・疼痛以外の症状に対する看護基準・手順に沿って対応している。リハビリテーションは医師の依頼に基づき、患者・家族の希望に配慮した実施計画を立案し、確実・安全に実施している。身体拘束最小化チームを立ち上げ、身体拘束率の低減を進めている。退院支援に向けて多職種で情報共有し、患者・家族の意向を確認して退院支援を実施している。退院後も訪問指導やかかりつけ医との連携をとるなど積極的に医療・看護ケアの継続に関わっている。ガイドラインなどに基づき、必要に応じて緩和ケアチーム、がん化学療法認定看護師等と実践している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、処方・調剤鑑査、持参薬管理、注射薬の調製、温湿度管理、医薬品情報の収集・提供など、適正な管理体制が構築されている。臨床検査部門では、検体・生理・微生物の各領域で必要な検査を実施し、迅速かつ正確に結果を報告している。画像診断機能もニーズに即応した体制、安全性の高い撮影・読影体制が整備されている。食事提供においては、ドライ環境の維持、専用設備の活用、嗜好調査に基づくメニュー改善など、質の向上に向けた工夫が見られる。リハ

ビリテーションは急性期からの連続的対応が可能な体制となっており、関係部署との連携も図られている。診療情報は電子カルテ上で1患者1IDにより一元管理され、同意書等の文書もスキャン・タイムスタンプ付きで管理されている。医療機器はME部門が中央管理し、保守点検も計画的に実施されている。医療器材の洗浄・滅菌は中央材料室で一元化され、品質管理も徹底されている。病理検査においては、病理業務支援システムを導入して検体交差を防止し、第三者評価による診断精度の確保が図られている。危険薬剤の管理も適切であり、全体として病理診断機能は高く評価できる。輸血療法では、製剤の適切な管理がなされ、廃棄率低減の工夫も認められる。手術については、麻酔科部長と手術室師長による枠管理の下、術中管理はチェックリストを用いて実施され、清浄度の確保や退室基準の遵守が行われている。地域周産期母子医療センターの一部として設置されたNICUでは、早産児や低出生体重児に対し、専門スタッフによる集中ケアが提供されている。さらに、高度治療室では術後重症患者等に対して多職種による集中管理が行われている。救急体制については、日中の総合内科医によるトリアージに加え、夜間・休日にも各診療領域の当直体制により、消化器、呼吸器、循環器、小児、外傷等、幅広い二次救急に対応できる体制が整備されている。

#### 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は経理課が所管し、予算執行状況は管理会議で報告され、患者数など計画値との乖離についても検討が行われている。財務諸表は法人の会計規程に基づき作成され、会計監査は外部監査法人が実施している。医事業務は医事課が担当し、窓口業務等は外部委託されている。レセプト点検には診療科医師も関与し、精度向上に取り組んでいる。未収金管理は経理課長を責任者として適切に対応している。委託業務は毎年点検・見直しが行われ、履行状況は各部署が日誌や報告書で確認し、質の評価や苦情対応にも活用している。施設・設備の管理は総務企画課が主管し、業務委託により24時間体制で運用されている。物品管理は経理課が担当し、新規医薬品・消耗品の採用には関連委員会の審議・承認を経ている。SPDシステムを導入し、在庫管理の効率化が図られている。災害救急告示病院として、全体および部門別の事業継続計画を策定し、災害対応体制の強化に努めている。保安業務も業務委託により24時間体制で実施されている。

# 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 | 患者の個人情報を適切に取り扱っている                    | B |
| 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             | S |
| 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                 | B |
| 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                  | 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 | 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  | A |
| 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             | 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      | 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    | 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  | B |
| 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  | S |
| 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 | B  |
| 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      | S  |
| 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                         |   |
| 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             | A |
| 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 | 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             | 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                | 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 | A |
|-------|------------------------|---|

---

|       |               |   |
|-------|---------------|---|
| 4.6.2 | 保安業務を適切に行っている | 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 11月 25日

## I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人地域医療機能推進機構 北海道病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人地域医療機能推進機構

I-1-4 所在地： 北海道札幌市豊平区中の島一条8-3-18

## 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   | 304   | 304   | -8         | 69.2     | 11.5      |
| 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   | 10    | 5     | -5         | 0        | 0         |
| 感染症病床  | 0     | 0     |            |          |           |
| 総数     | 314   | 309   | -13        |          |           |

## 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)      | 4     | +4        |
| 脳卒中ケアユニット (SCU)     |       |           |
| 新生児集中治療管理室 (NICU)   | 9     | +1        |
| 周産期集中治療管理室 (MFICU)  | 3     | +3        |
| 放射線病室               |       |           |
| 無菌病室                |       |           |
| 人工透析                |       |           |
| 小児入院医療管理料病床         | 18    | -15       |
| 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       |       |           |
| 障害者施設等入院基本料算定病床     |       |           |
| 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

地域医療支援病院, DPC対象病院(DPC標準病院群), 地域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： 6人 2年目： 4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

