

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 10 月 30 日～11 月 1 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 3	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院 3

1. 診療の質向上に向けた活動に関して貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（1.5.2）
2. 診療記録の適切な記載に関して貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（2.1.2）
3. 組織運営に関して貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（4.1.3）

1. 病院の特色

貴院は、山口県唯一の特定機能病院であり、高度の医療技術の開発、高度の医療に関する研修や、地域医療における高度救命救急センター、がん診療連携拠点病院として、専門性の高い医療を提供している。また、県内唯一の医育機関として、初期臨床研修医の育成など医療者の教育にも多大なる貢献をしている。中期計画・目標を踏まえ、再開発整備事業も進行しており、新棟開院も予定し、特定機能病院に寄せられる地域住民のニーズや医療者の期待に応えるべく、大規模災害への対応も想定しながら、病院機能の向上に取り組んでいる。

医療の質向上に向けて、外部の評価を積極的に取り入れていく姿勢が定着しており、病院機能評価には事業開始当初より参加し、積極的な姿勢であり評価される。組織運営においても病院長を先頭に、幹部の構成にも工夫を凝らしつつ時宜を得たリーダーシップが発揮できるよう、配慮がなされている。社会情勢の変化や厳しい医療経営・運営の環境下であるが、病院として、運営の健全化と医療の質向上を目指した意欲的な取り組みが認められる。再開発整備事業の進展を踏まえ、特定機能病院として更なる病院機能の向上、地域医療への貢献が期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・目的、目標は明確にされ、その達成に向けた運営管理方針が定着してい

る。病院運営審議会や病院戦略会議などの場において、病院長を含めた幹部が、理念・目的に則った事業計画の検討・検証を行っている。新棟開院を目前に控え、中期計画・中期目標を基軸に、病院の将来に向けての整備計画が着々と進められている。組織内の意思決定から情報伝達、収集面でも、病院戦略会議を活かしつつ、様々な会議体を通じての方針決定・情報伝達など、配慮されている。情報の管理・活用、文書管理については適切な対応が認められる。

人材の確保にも鋭意取り組まれているが、貴院に期待される機能を考慮すると、一部の職種で不足感はある。人事・労務管理の体制は整っているが、働き方改革の今後の進展を踏まえ、一層の工夫・検討が期待される。精神的なサポートについても、相談しやすい体制となっている。職業感染対策については、安全な衛生管理体制に努めており、抗がん剤の曝露防止や健康診断の確実な実施に向けての取り組みが行われている。職員全体の教育・研修計画は、医療人育成センターが中心となり取り組んでいる。医療安全および感染制御を中心に、患者の権利、個人情報保護、接遇、医療倫理などの必要性の高い課題の教育・研修を含めて複数回開催されるなど、職員が参加しやすい工夫がされている。能力評価・能力開発においては、一般的な能力については、管理職や一般職、職種別に能力評価調査表が作成され、評価が行われている。

なお、組織運営において、病院が組織的に、患者に最善の医療を提供することを推進する体制の整備が進められており、今後の実績を確認する必要がある。

3. 患者中心の医療

患者の権利を定め、患者・家族には院内掲示や、ホームページから閲覧が可能な入院案内に記載している。情報の共有として、患者用パス、イラストを多用したわかりやすい説明文書やDVDを活用し、周知に努めている。糖尿病教室や肝臓教室など、様々な取り組みを実施している。診療連携室が医療相談の窓口となり、患者相談、がん相談、肝疾患相談支援など、様々な相談に対応している。個人情報の保護に関する規程・方針が定められ、組織的に個人情報保護に取り組んでおり、院内にも周知されている。臨床倫理委員会を立ち上げ、臨床の倫理的課題を共有し検討する場としている。倫理的課題については各部署においてカンファレンスを開催し検討を実施している。部署において解決困難な倫理的課題は臨床倫理委員会で検討し、内容に応じて生命倫理委員会やIRB、ハラスメント対策委員会で検討される体制となっている。

館内には売店、郵便局などの施設・設備があり、患者・面会者等の利便性に配慮されている。院内はバリアフリーで、車椅子用トイレや洗面設備などが整備されている。廊下や階段の両側に手摺りが設置されている。患者がくつろげるスペースとして喫茶スペースや休憩スペース、各病棟にデイルームを設置し患者・家族が自由に利用できるよう配慮されている。病棟全体は静寂であり、空調が管理され、臭気もなく適切に管理されている。敷地内禁煙が徹底されており、喫煙率の把握や、敷地周辺の巡回・清掃などの検討もなされ、受動喫煙防止によく取り組んでいる。

4. 医療の質

投書箱が各病棟に設置され、意見への回答も掲示されている。患者満足度調査は毎年実施しており、経年比較がなされている。診療の質向上に向けて、画像診断検討会は放射線科を中心として関係各科を交えて行われ、死亡症例に対する臨床病理検討会も多職種の参加で開催されている。カンサーボードは臓器別に分けて行われている。診療に関する臨床指標は国立大学病院機能指標を活用しているが、分析した結果を改善に結びつける病院全体としての仕組みの確立が期待される。病院機能評価の継続的な受審に加え、山口大学医学部の附属病院監査委員会や特定機能病院相互ピアレビューも実施し業務の質改善につなげている。クリニカル・パスはアウトカム志向に沿って全面的な見直しが行われている途上であり、今後の成果を期待する。診療の質向上に向けて、継続的に取り組む体制作りが進められているが、今後の実績を確認する必要がある。院内にはサービス向上推進委員会が組織されている。更に活発な活動に繋げるため、多職種による組織横断的な活動が行える、若手の教職員を中心とした部会を設置し、活動を開始した段階にある。特定臨床研究を含めた臨床研究は、院内に臨床研究センターが設置され、研究者への支援を含めた体制が整備されており、オプトアウトを含めた情報公開も行っている。高難度新規医療技術、未承認新規医薬品、適応外医薬品等の導入および使用から継続的評価はおおむね適切である。

診療記録管理については診療録センターが設置され、診療録記載マニュアルが作成されており、電子カルテを活用し、多職種で共有が可能となっている。診療記録の質の向上に向けたワーキンググループの活動が開始し、組織的に取り組む体制作りが進められているが、今後の実績を確認する必要がある。多職種からなる専門チームとして ICT、緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、摂食・嚥下チーム、褥瘡対策チームなどが構成され、コンサルテーションを受け対応している。また、入院前より薬剤師、管理栄養士、事務職員、看護師が情報収集と説明を行い、多職種協働による支援を適切に実施している。

5. 医療安全

医療安全管理部は、医療安全管理責任者や医師、看護師、薬剤師、事務職員で構成されている。病院長とともに医療事故防止に関わる権限が GRM に与えられており、特定機能病院の医療安全に関する承認要件事項に見合っている。インシデント報告の分析や対策が実行されており、医療安全管理委員会、リスクマネージャー連絡会議を通じて、各部署のリスクマネージャーへ伝達され連携されている。

患者確認は、患者自らの名乗りと入院患者はリストバンド、外来患者は受付票の2点で確認をしているなど、誤認防止は適切に行われている。医師からの指示、看護師による指示受けおよび実施までの一連の流れはオーダリングシステムで行われ、各入力者も明確に記録されている。口頭指示は原則行わない方針とし、実施する際の条件や手順が定められている。処方鑑査は薬剤師によって行われるほか、システムにて投与量、アレルギー情報、重複投与や相互作用などが確認されている。注射抗がん剤はレジメン審査・登録が行われており、患者ごとの治療計画が全体と

して把握されている。また、薬剤部では、薬剤チェックシートを用いて内服抗がん剤の休薬期間や検査値がモニタリングされ、適正使用に向けた取り組みが行われている。転倒・転落防止対策は、入院時にアセスメントチェックリストを用いて評価を行い、危険度に応じて標準対策を実施し、患者の状態に合わせて個別に計画を修正し対応しており適切である。病棟や部門で頻用される輸液ポンプ、シリンジポンプ等の機器は ME センターにて中央管理され、安全に使用されている。緊急時対応では、院内救急コードが設定され、院内各部署に掲示し周知が図られている。急変予兆を捉えて対応する仕組みとして RRS が立ち上げられ、運用が開始されている。研修としては、BLS・ICLS 研修がなされているほか、各部署の患者や状況に合わせたプログラムで急変シミュレーションが行われている。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会の委員構成は適正であり、感染制御部の部長、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員は、各部署のリンクドクター、リンクナースと連携して、病院内における感染対策業務を十分に行っている。アウトブレイク発生などの危機管理、連絡体制が機能している。各部署の感染症の発生状況、抗菌薬使用状況は把握され、情報共有されている。感染症治療の抗菌薬選択など、感染制御部へのコンサルトがなされ、アドバイスを受ける体制が整えられている。SSI サーベイランスは心臓血管外科、消化器外科、産婦人科で開始されているが、全般的にターゲティング・サーベイランスの強化が求められる。

感染制御室では、感染対策マニュアルを整備し、標準予防策、感染経路別予防対策の周知活動を行っている。手指衛生の徹底としては、消毒薬の個別使用状況のモニタリングに加えて、直接観察を定期的に行い、データをフィードバックしている。抗 MRSA 薬と広域抗菌薬（カルバペネム系）は届け出制としている。周術期予防抗菌薬の使用状況のほか、院内での経時的な使用実態、長期使用、投与量、De-escalation などの状況が、ICT を中心として多職種で共有されているなど、抗菌薬の適正使用に向けた取り組みが行われている。必要時には ICT による介入や助言のほか、相談にも応じている。院内のみならず、周辺地域も含めアンチバイオグラムを作成し情報提供する取り組みが行われている。

7. 地域への情報発信と連携

広報戦略センターを設置して、地域住民や臨床研修医等に対する戦略的な情報発信の強化に着手している。広報誌や病院ガイドなどのパンフレットが作成されており、ホームページには各診療科の診療実績や、臨床指標が掲載されている。ケーブルテレビで放映された最新の治療を紹介する映像をホームページにアップして視聴可能とするなど、工夫が認められる。診療連携室は、患者相談と退院支援・後方連携を担い、前方連携は医事課が担当している。紹介患者の事前予約の仕組みがあり、地域で患者の診療情報を共有する医療情報連携基盤（EHR）型の診療連携情報システムが運用されている。病院長による地域の医療機関訪問がなされるなど、連携の強化に努力している。地域に向けての教育活動として、地域の医療機関に毎年

多くの医師を派遣している。また、診療各科は、研究関連や各種疾患対策支援事業に関連した地域セミナーを多数実施している。公開講座の実施もある。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページやパンフレット、院内掲示等を活用し、患者・家族が来院時に必要な情報が得られるよう配慮されている。総合案内では、患者の状態に応じた診療科の案内を行っているなど、円滑な受診手続きがなされている。外来診察では、患者に関する情報は、看護師が問診票を用いて収集し、診察前に電子カルテに記録しているなど、外来診療は適切に行われている。入院の必要性は医学的判断に基づいて判断されており、必要時には入院前に診療科のカンファレンスで検討され、入院治療の方針が決定されている。入退院支援センターで患者情報の詳細が把握され、希望内容が確認されている。患者相談窓口は一元化され相談に対応している。担当者は社会福祉士、看護師、精神福祉士であり、多様な相談に対応している。がん相談では、ハローワークや産業保健総合支援センターと連携し就職支援相談を実施しており、肝疾患相談支援室として相談員を配置し相談対応と情報提供を行っている。主治医の毎日の回診、病棟医長の定期的な回診、科長の毎週の回診で患者の状態は把握され、診療の方針が決定されている。看護師は、看護部の理念に基づき患者を適切に評価し、ケアを提供している。病棟での薬剤は、全病棟で共通した確認方法で準備が行われ、病棟には薬剤師が常駐し、適時、持参薬確認や服薬指導、薬歴管理が行われている。手術・麻酔の適応については各外科系診療科の術前カンファレンスで検討され、症例によっては臓器別の関係診療科と放射線科を交えたカンファレンスも行われている。麻酔科医は術前診察し情報の収集、麻酔の説明を行い、同意を得ている。術前、術後の情報伝達も確実に行われており適切である。疾患や重症度に応じて、ICU、CCU、NICU、救急専用病床および一般病床などの病床選択が行われている。必要に応じて関係職種やチームが関与しており、重症度に応じた診療・ケアが適切に行われている。入院患者全員に栄養評価を実施して、必要時栄養管理計画書を作成し栄養状態を管理している。疼痛の評価はNRSを用いて評価し、評価結果および患者の希望を基にケアを行い、効果をモニタリングしている。症状などの緩和は適切に行われている。リハビリテーションの必要性は主治医が判断し、リハビリテーション部に依頼を行い、その後リハビリテーション専門医が診察・評価をして処方を行い、疾患ごとの指標を定めて実施するなど、リハビリテーションは確実・安全に実施されている。身体抑制はおおむね適切に行われているが、観察の頻度や記録の仕方について手順が改められたところであり、確実な運用を期待する。入院前より入退院支援センターにおいて「退院困難な要因スクリーニング」を実施しており、必要な情報は診療情報提供書や看護情報提供書、リハビリテーションサマリーなど活用し提供され、退院支援は適切に行われている。ターミナルステージの評価プロセスは、診療チームのカンファレンスで行われており、多職種が参加するカンファレンスで情報共有、方針の検討がなされ、ターミナルステージへの対応は適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

全病棟に薬剤師を配置し薬剤管理機能の向上が図られている。薬剤部内においては、薬剤に応じた温度、湿度管理が適切に行われている。院内外の医薬品情報が積極的に収集されており、医薬品安全管理責任者の指示のもと、医薬品の適応外使用の状況が医療安全管理委員会において定期的に報告されているなど、薬剤管理機能は適切に発揮されている。検体検査は高度救命救急センターに対応するため 24 時間体制で対応している。内部精度管理は毎日実施しており、日本医師会、CAP に参加し、日本臨床衛生検査技師会の精度保証施設認証書も交付されている。撮影 CT 画像は院内で 100%読影され、重要・緊急な所見の場合には主治医に連絡することが決められている。食材の搬入・検収・保管から下拵え、調理、盛付け、配膳の流れはワンウェイとなっている。温冷配膳車を用い、適温食の提供を図り、下膳・洗浄・乾燥・保管も適切に行われている。リハビリテーションは、部として独立し、責任医師および責任療法士は明確であり、心大血管、運動器、呼吸器リハビリテーションを実践している。各種カンファレンスや医療チームに参加し、チーム医療に貢献している。診療録センターを中心に、診療記録は電子カルテにより一元管理されている。量的点検は、詳細なチェック項目のもと実施されている。診断名・手術名のコーディング、がん登録などが行われ、診療情報の詳細な分析結果が各委員会で定期的に報告されている。臨床工学技士が ME 機器管理センターおよび手術部、循環器内科等、必要な部署に配置され、夜間も 30 分以内に対応可能なオンコール体制が整備されている。管理対象の医療機器は保守管理計画に基づいて点検が行われる体制が整備されている。滅菌材料室は、看護師長により管理され、各部署からメッセンジャーにより回収された物品は、個人防護用具を着用して洗浄が行われ、回収から払い出しまでの工程も清潔・汚染区域を明確にして進められており、洗浄・滅菌機能は適切に発揮されている。

常勤専従病理専門医、専任・非常勤の医師、細胞検査士が配置され、年間 16,000 件余りの病理検査に対応している。ただし、術前病理報告のダブルチェック率は様々な工夫により向上しつつあるが更なる充実が望まれ、がん連携拠点病院としての機能を発揮するためには人員の充実が望まれる。放射線治療では、体幹部定位放射線治療、強度変調放射線治療、動体追跡照射を行い、小線源治療では子宮がんに対して腔内照射を行うなど、役割と機能に見合う高度な治療が行われている。日本輸血・細胞治療学会認定医と認定輸血検査技師を含む検査技師を配置し、輸血の依頼に 24 時間対応している。院内からの輸血関連の相談に積極的に対応するなど、適正で効果的な輸血治療の実施に向けた取り組みが行われており、輸血・血液管理機能は高く評価できる。手術部部長を責任者として年間 4,300 件余の手術・麻酔に対応している。麻酔開始時のサインイン、手術開始時のタイムアウト、手術終了時のサインアウトが規程に則って行われている。麻酔覚醒も基準に則った対応がなされており適切である。独立した集中治療室に専従医師のほかに、各科のローテーション医師が配属され 24 時間常駐している。入退室基準が定められ、個々の在室患者についてのミーティングが行われて検討されている。高度救命救急センターとして 365 日、24 時間体制で診療を行っている。他診療科の応援体制も

整備され、救急要請は断らない方針で、他院での受け入れ困難症例を積極的に受け入れており、三次救急要請についてはほぼ全例を受け入れている。ドクターカーやドクターヘリは広域をカバーし、300件を超える患者がヘリで搬送されている。先進救急医療センターの機能は秀でており高く評価する。

10. 組織・施設の管理

予算書は、機器備品購入・施設整備・各職種の人事採用・事業計画と一体化した検討を図ったうえで、詳細に作成されている。財務諸表は国立大学法人会計基準、国立大学法人財務会計基準則に準じた会計処理が行われている。詳細なデータが、病院戦略会議や病院運営審議会で報告・検討が行われている。医事業務は、受付、会計、収納業務など適切に行われている。レセプトの点検、返戻、査定への対応は、診療部各科医師と一体となって、実践的に取り組まれている。医事業務は適切に行われている。業務委託は契約事務取扱要項に基づいて、関連部門と業務内容を検討のうえで選定されており、コスト削減・業務効率化・委託範囲等、総合的に検討されている。また、委託職員に対する教育・研修は、全職員を対象とした院内教育にも参加できる体制が整備されている。

病院施設・設備のメンテナンスは管理運営係が担当し、年間保守計画を立てて実施している。施設・設備に関する問題は24時間・365日、防災センターが窓口となって対応している。購入物品の選定は、医療材料選定委員会が行い、必要に応じて、採算性の確認もなされている。SPDセンターによる使用量の把握、発注・検収・在庫補充がなされている。物品の管理は適切になされている。

火災訓練を行い、県および空港が行う防災訓練にも参加している。DMATは7チームを保有している。緊急時の責任体制、連絡網は明確になっている。停電時の自家発電機は平常時の電力量をほぼカバーできる容量がある。防災マニュアルは整備されており、災害時対応はおおむね良好に取り組まれている。保安業務は、監視カメラ配置および館内巡視を実施し、保安警備日誌にて報告されている。医療事故発生時の対応はリスクマネジメントマニュアルに明記され、発生の際には医療安全調査委員会で検討を行い、必要に応じて第三者を加えた検証が行われる体制が整備されている。発生した事故については、外部への公表を含めて検討されるとともに、再発防止に向けた組織的な取り組みが行われている。

11. 臨床研修、学生実習

医療人育成センターが設置され、研修医・専門医支援部門、コメディカル育成支援部門などが活動している。研修医は全方向型自由設計コースと小児科・産婦人科・周産期コースのプログラムを設け、指導医講習会受講済の指導医が臨床研修を遂行している。看護師や薬剤師等を含む360度の研修医評価と、研修医から指導医の評価も実施され、研修記録はEPOCにより管理されている。臨床以外の医療安全や感染制御に関する病院活動についても学ぶ機会を与え、研修医の満足度が高く、7～8割が後期研修に残っている。歯科医師の研修も適切に実施されている。看護師やコメディカルの初期研修プログラムも用意され、初期研修は充実した内容と評

働ける。医学生、看護学生をはじめ医療技術、事務等、多くの学生実習を受け入れ、医療従事者の育成支援に貢献している。実習生受け入れ時には、受託実習生受入規則に基づいて申請手続きが行われワクチン接種を必須とするなど、安全・感染面でのチェックも行われている。また、実習カリキュラムについては、実習生のアンケート調査などを収集し評価なども行われている。実習中の事故に対する仕組みも整備されている。

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	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	B
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	B
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	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	B
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	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	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	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	C

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	B
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	B
1.6.4	受動喫煙を防止している	B

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	C
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	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	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	B
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	B

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	B
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	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	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	B
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	B
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	S

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	C
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	A
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	B
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	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	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	B
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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 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： 山口大学医学部附属病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 国立大学法人

I-1-4 所在地： 山口県宇部市南小串1-1-1

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	685	666	-19	89.79	14.1
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	51	51	+0	57.89	50.5
結核病床					
感染症病床					
総数	736	717	-19		

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	20	+0
集中治療管理室 (ICU)	12	+0
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)	12	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	-6
放射線病室		
無菌病室	7	+0
人工透析	9	+0
小児入院医療管理料病床	40	+0
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	2	+0
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

特定機能病院, 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(都道府県), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院 (I 群), 総合周産期母子医療センター, 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： 12 人 2年目： 8 人 歯科： 2 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

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移2