

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」・「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12月16日～12月17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
機能種別	慢性期病院（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。
- ・機能種別 慢性期病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は独立行政法人国立病院機構の一つとして運営され、武蔵村山市において主として骨・運動器疾患および脊髄損傷に関する医療を提供しており、消化器や内科歯科等においても地域医療を担っている。特に一般病院では対応が困難である骨・運動器疾患および脊髄損傷に関しては専門的な医療を提供しており、手術による高度な治療を始めとして回復期におけるリハビリテーションの提供、脊損患者を中心とした難病や重度肢体障害者へのADL向上に向けた積極的な治療が行われている。

組織運営では、病院幹部を中心に意思決定を行う体制が整備されており、その他、専門分野の検討を行うための委員会組織も整備され、機能している。また、病院の基本方針に基づき各部署各職員が目標を立てて評価するなど、組織運営が適切に行われている。

現状のコロナ禍では感染防止等において厳しい病院運営が求められているが、病院の理念方針に基づき組織体制をさらに強固なものとし、貴院の特徴を活かした発展的な医療提供が行われることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は明文化され、院内外に周知されている。病院幹部は病院の現状や今後の方向性および将来像等について職員へ明示しており、その実現に向けたリーダーシップを発揮している。現状のコロナ禍における病院の診療体制の再編や患者への感染防止に向けた協力依頼等が、病院幹部の指導とリーダーシップにより適切に行われている。幹部会議などを通じて意思決定や具現化が行われており、各委員会において専門分野における病院の状況が把握・検討されており、適切に組織運営が行われている。院内で取り扱う情報の統合的管理および文書管理については、おおむね適切である。

各部署に必要な人員が確保されており、病院機能の充実にに向けた人材確保も適切に行われている。国立病院機構による就業規則を始めとした各種規程が整備され、各部署への配備などを通じて職員へ周知されている。労働安全衛生委員会により業務上の事故や職員の健康管理等について検討されており、職員からの意見要望の聴取による出産・子育て・時短等の就業支援体制も適切である。

各部署の教育計画により入職時研修が計画され、必要な項目についての教育・研修が行われているが、全病院職員が最低限理解習得すべき必要な項目についての年間研修計画を明確にして計画的な院内研修を開催されたい。職員の能力評価・能力開発を目的とした面談において、自己目標の確認やそのバックアップ方法等について上司との意見交換が適切に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、入院案内や院内掲示などを通じて周知されている。説明と同意に関する指針が整備され、適切な対応がされており、患者の理解度の確認も行われている。セカンドオピニオン外来が設置され、受け入れは行われている。患者自身の診療への参加を促進するために、診療計画書やクリニカル・パスを活用した診療情報の説明が行われ、患者が診療ケアにおける知識を得るための図書室も設置・活用されている。地域医療連携室では、社会福祉士や精神保健福祉士およびMSW等を配置して多様な相談に応じている。患者の個人情報保護については、包括的同意により行われる体制が整備され周知されており、患者のプライバシー保護にも適切に配慮されている。

臨床における倫理的課題について、主要な指針が明文化され、解決困難な場合には臨床倫理委員会で検討する仕組みがあるが、臨床現場での倫理的課題に対する多職種間カンファレンスの定期的開催や研修会の実施など、より積極的アプローチが望まれる。

患者や面会者の利便性・快適性への配慮、高齢者や障害者等の受診への支援、療養環境の整備等については、適切に対応されている。禁煙への取り組みも行われているが、患者に向けた禁煙啓発の取り組みと職員への禁煙推進活動への積極的な対応を期待したい。

4. 医療の質

意見箱等により、患者・家族からの意見要望の収集や患者満足度調査などが行われ、組織的に検討のうえで現場にフィードバックされている。診療科内でのカンファレンスは積極的に行われているが、院内横断的なカンファレンスの活発化が期待される。

診療とケアの責任体制は各部署で医師と看護師長の責任者名が明示され、担当する管理栄養士や療法士なども各計画書などを通して患者・家族に周知されている。診療記録は電子カルテを用いて適時に必要な記載がなされているが、診療録の質的点検システムの構築と画像レポートの確実な記録と保管について検討が望まれる。

多職種による患者の診療とケアについては、医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・療法士などで構成される各種専門チームが組織され、定期的なラウンドやカンファレンスなど適切な活動が展開されている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、病院長直下の医療安全管理室を中心として委員会および会議が設置され、適切に運営されている。インシデント事例等はシステムで医療安全管理室に報告され、全職種から発生事例を円滑に収集できる仕組みを構築している。職員の安全に関する意識を高めるための工夫として報告書を提出しやすい仕組みが整備され、安全週間を設け「川柳やカルタ」などで職員を巻き込んだ安全に関する取り組みが行われている。

患者取り違え防止や治療部位誤認防止など、各種手順が定められ、遵守されている。医師の指示出しと実施確認は確実に行われているが、口頭指示についてはマニュアルの遵守が望まれる。各種検査のパニック値は直接主治医に報告されているが、画像読影報告書の未読および既読管理体制については検討が望まれる。薬剤は薬剤師と看護師により安全使用に配慮した管理がなされている。また、転倒・転落リスクを評価したうえで、危険度に応じた看護計画が立案・実施されており、転倒・転落防止に取り組まれている。

医療機器は取り扱う看護師が安全に使用できるようマニュアルの整備や研修を臨床工学技士が実施しており、人工呼吸器使用時にも設定条件や作動状況の確認が適切に行われている。緊急コードが設定され、各部署に掲示されており、救急カートの管理も適切に行われている。職員の BLS 研修が計画的に実施されている。

6. 医療関連感染制御

感染管理の体制は、病院長直轄の感染対策室が設置され、専従の感染管理認定看護師を配置しており、委員会には各部門のスタッフが参加のもと組織され、組織横断的な感染防止対策が実践されている。マニュアルに基づき感染対策室と ICT で回診とカンファレンスを毎週実施し、感染症への早期介入を行っている。SSI・カテーテル関連 UTI・耐性菌・手指衛生のサーベイランスも実施され、発生状況の把握と検討が行われている。

手指消毒薬や個人防護用具は適切に使用されており、感染管理認定看護師とリンクナースが協力して手指衛生の徹底に向けて取り組んでいる。汚染されたりネンや感染性廃棄物も適切に分別管理されている。院内で検出された病原体の情報を集約してアンチバイオグラムが作成され医師にフィードバックされており、それに基づき抗菌薬は適正に使用されている。

COVID-19 に対しては、院長をトップとした組織体制のもと院内の方針を決定し ICT がマニュアルを作成して全職員で対応している。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービス、診療実績等の情報はホームページや広報誌などで発信し、地域の連携医療関連施設や登録医療機関、行政組織等に配布している。ホームページは適宜更新しており、地域への情報発信は適切に行われている。

地域の医療施設等との連携機能は地域医療連携室が担当し、関連施設などの状況把握が十分になされており、連携手順に基づき相互の情報交換に努めている。また、顔の見える連携を目指し、近隣の医療機関や介護施設への訪問も行われており、地域の医療関連施設との連携は適切である。

地域の健康増進に寄与する取り組みとして、市民公開講座や看護部主催の出張講座およびリハビリ専門職員を派遣するリハビリ啓発活動などが実施されている。また、看護の日やキッズお仕事体験等のイベントも開催されている。さらには、地域の医療・介護・福祉従事者を対象に情報交換会が開催され、地域リハビリテーション支援事業や高次脳機能障害支援普及事業として病院主催の研修会と講義が数多く開催されるなど、地域への医療に関する教育・啓発活動は適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

脊髄疾患等の整形外科の患者を中心に多職種による専門的なチーム医療が行われている。外来では、患者が身に着けた受診票を併用して確実な本人確認が行われ、適切な患者情報の収集や説明と同意に基づいた診療が実践されており、自己注射等の専門性の高い患者指導も行われている。

外来での情報をもとに、カンファレンスにより治療方針と入院や手術の必要性が最終決定されている。入院決定後は入院支援室でのオリエンテーションにより、アレルギーや内服薬の確認また口腔スクリーニング等がなされている。必要時には入院前の麻酔科受診が行われ、薬剤師や管理栄養士等も介入している。退院後の生活や経済的不安には病棟や地域医療連携室の MSW が病棟カンファレンスで情報を共有して解決に向けた取り組みにつなげている。

重症患者は病棟の観察室や重症個室または HCU で適切に管理されている。リハビリについては、主治医・リハビリ医師・療法士により専門的なリハビリが実施されており、リハビリ室以外の病棟でも積極的な訓練が行われている。終末期医療については、病院としての方針やターミナルステージの判定基準およびドナーカード保持者への対応手順の整備が期待される。

<副機能：リハビリテーション病院>

リハビリテーション科専門医等により、リハビリテーションセンターと回復期リハビリテーション病棟の診療や運営が行われ、質の高い専門性が発揮されている。外来でも通院リハビリだけでなく、痙縮治療や装具フォローといった質の高い診療が行われており優れた内容となっている。

回復期リハビリテーション病棟では、リハビリテーション科医師全員が出席する新入院カンファレンスが行われ、医師の診療の質向上が図られるとともに、他職種の指導にも役立っている。広く多機能なリハビリテーションセンター訓練室が整備されており、機器のメンテナンスや装具処方についても適切に行われている。一方、療法士による入院判定の意思決定への関与や介護福祉士による介護の専門性の確立、また、行動制限の開始解除に関する医師の指示やADL向上に向けての症例ごとのチームアプローチといった点については、よりよい病棟づくりに向けて検討の余地がある。これらの点についても多職種で十分な検討を重ね、さらに質の高いリハビリテーション機能の発揮に向けた取り組みが期待される。

<副機能：慢性期病院>

慢性期病棟である骨運動器病棟は、脊髄損傷患者のリハビリテーションに特化した病棟となっており、入院判定は専従の社会福祉士が紹介元から情報を収集し、医師が患者を診察後に病棟看護師と社会福祉士が面談して患者・家族の意向を確認している。入院後速やかに入院診療計画書や各職種別のケア計画を立案して、患者・家族の同意を得ている。

医師は指導力を発揮して診療を行い、看護師も患者病態に合わせたケアチームを編成し看護を提供している。投薬・注射、栄養管理、身体抑制も適切に実施されている。脊損という病態もあり、入院時から多くの患者に褥瘡があるが、皮膚・排泄ケア認定看護師を中心とした多職種で構成する褥瘡対策チームが活動して適切なケアと治療を行っている。

リハビリテーション・ケアについては、独自の詳細な回復期ケアマップを作成し、患者のリハの進捗状況に合わせた訓練を実施して成果を上げている。排尿障害に対しても皮膚・排泄ケア認定看護師を含む排尿ケアチームが排尿ケアマニュアルを活用し適切に取り組んでいる。

自立支援に向けて入院初期から患者の不安や恐怖を傾聴し、きめ細かな精神的ケアを実践している。また、入院医療のゴールを明示して脊損後の生活様式の理解と受容を図っており、障害受容が困難である病態にも関わらず、高い在宅復帰率を実現していることは高く評価できる。入院早期から退院調整看護師がスクリーニングシートにて情報を収集し多職種で定期的に退院の可能性を検討し、退院前には介護専門員などを含めた調整会議を開催し適切な退院支援が行われており、退院後も半数の患者は半年ごとに外来で診察し必要に応じた診療計画の見直しを行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤、臨床検査、放射線部門は適切に運営され、夜間・休日はオンコール体制がとられている。CT や MRI の読影における専門領域は医局カンファレンスでチェックされ、一部は放射線診断医による遠隔診断が行われている。栄養管理機能は、患者の希望や特性に応じた個別対応が行われ、厨房や職員の衛生管理も適切である。リハビリテーション機能は多くの専門医と各療法士が充実しており、定量的な評価や個別性を重視した訓練が適切に実施されている。

診療情報管理機能は、電子カルテにて診療記録が一元管理されているが、以前の紙カルテも適切に保管・管理されている。病棟配備されている医療機器については、ポンプ類の使用後点検を確実に実施する運用が望まれる。洗浄・滅菌は、密封容器を用いて安全に搬送され、洗浄から滅菌保管までワンウェイ化されており適切に管理されている。血液製剤の保管・管理・記録は適切に行われ、緊急輸血にも対応されているが、廃棄率が高い点については検討の余地がある。

手術は整形外科が中心で、その多くが全身麻酔で行われているが、麻酔科医の体制も適切であり、緊急手術にも対応している。急患対応は合併症のない手足および体幹の外傷や疼痛のみとしているが、地域における当院の救急医療に関して果たすべき役割を明確にすることを期待したい。

10. 組織・施設の管理

毎月の収支状況や各種統計資料は報告され、幹部会議等で検討されており財務・経営管理は適切に行われている。窓口収納業務を含む一連の医事業務および施設基準の順守や未収金管理が手順に沿って行われ、レセプトの作成や返戻査定への対応には医師も関わっているなど、医事業務は適切である。業務委託業者の日々の業務状況は口頭や日報の提出により把握され、定期的に業務の質についても確認が行われている。

施設・設備の日常点検と年次保守点検が計画的に行われ、緊急時の連絡体制も整備されている。また、院内の清掃状況や清潔管理は良好であり、感染性廃棄物の最終保管場所の管理なども適正に行われている。診療材料は SPD が導入されており、医薬品の管理担当も明確にされ、不正発注を防止できる内部牽制の機能もある。

消防計画および災害対策マニュアルを整備し、夜間・休日等における責任体制や連絡体制も確立している。病院の建物は耐震構造となっており、停電時の対応体制も整備されている。保安業務は 24 時間 365 日体制で対応しており、夜間・休日の施錠管理や出入口管理などが適切に行われている。医療事故発生時の対応手順や原因究明および再発防止に向けた取り組み、また訴訟時の対応手順も明確であり適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

各職種において新入職員に対する段階的な教育プログラムが整備されており、プログラムに則った研修とその評価が行われている。指導者を配置して、研修内容の評価と見直しを行いながら初期研修を実施している。

医師や看護師を始めとした各専門職の学生を対象に、実習の受け入れが積極的に行われている。実習受け入れにあたっては、各部門において実習指導者を定め学校のカリキュラムや評価基準に沿って実施されている。

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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	B

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	B
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	B
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	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
-------	-----------------	---

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	B
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	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	S
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	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	安全確保のための身体抑制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

機能種別：慢性期病院（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	A
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	A
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	S
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	A

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	A

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人国立病院機構 村山医療センター

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)、慢性期病院(副機能)

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 東京都武蔵村山市学園2-37-1

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	303	303	+0	90.2	22.9
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	303	303	+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)	4	+0
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		
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	50	+10
地域包括ケア病床	50	+6
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

DPC対象病院(Ⅲ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： 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

I-2 診療科目・医師数および患者数

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

[illegible]

I-2-2 年度推移

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前	
	2019	2018	2017	2019	2018	
1日あたり外来患者数	221.95	208.66	192.28	106.37	108.52	
1日あたり外来初診患者数	25.33	25.36	23.39	99.88	108.42	
新患率	11.41	12.15	12.17			
1日あたり入院患者数	274.06	253.82	265.49	107.97	95.60	
1日あたり新入院患者数	9.20	8.11	7.88	113.44	102.92	