

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「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 10 日～3 月 11 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 1	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 1
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 1974 年に開設された「見初診療所」を前身として、1982 年に 50 床の「宇部協立病院」となった。増床や医療生活協同組合の設立などを経て、一般病床・地域包括ケア病床・療養病床を有し急性期から在宅医療まで幅広い機能を持つ多機能型病院となり、現在に至っている。生活協同組合員はもとより地域住民にとって必要不可欠な存在であり、「いのちの平等」の観点から無料低額診療事業も展開している。

病院機能評価を継続して受審しており、今回の審査では、前回審査時に検討が望まれた課題の多くが解決されたうえ、取り組みの進展により様々な点で充実が図られていることが確認できた。引き続き組織的な改善活動に取り組むことで、貴院がますます地域医療に貢献し発展を遂げられるよう祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明確であり、日本医療福祉生活協同組合連合会の「いのちの憲章」も明示し職員への啓発や患者・家族への周知努力が適切に行われている。病院管理者・幹部は各種委員会へ積極的に参加しリーダーシップを発揮しており、自院の課題を明確に提示し問題解決に向け奮闘している。病院運営の意思決定会議で決まった内容は文書で各部門・部署に周知されている。中期事業計画は 2025 年まで

を見据えた計画が策定され、それに基づき年次事業計画や部門・部署の目標が定められている。達成度の評価は毎年の職員総会で共有されている。情報の管理・活用については、情報システム課を立ち上げ、組織的に対応する体制が構築されており、今後の方針として持参薬管理システムの導入などが検討されている。文書管理では、規程の再検討が望まれる。

医療法や施設基準等における標準数を満たしているが、さらなる充実を図るため継続的な求人がなされている。人事・労務では就業規則・給与規程などが整備され、必要に応じて改定されており、院内 LAN でも内容を確認できる。職員の安全衛生では健康診断および特殊健康診断が実施され、労災事故の報告や労災保険の手続き、および院内暴力マニュアルや精神的サポート体制等も整備されており適切である。魅力ある職場づくりに向け、全国民主医療機関連合会の各種厚生制度や、総合厚生見舞金制度がある他、職員の過半数が加入する労働組合もあり、職員の処遇改善に向け機能している。全職員への教育・研修はおおむね適切に行われているが、今後は職員の理解度の把握などについてさらなる工夫を期待したい。職員の能力評価や開発は「育成面接記録」の活用により把握しているが、今後は組織として一定の基準を策定し能力評価を行い、能力開発へ向けた仕組みを構築することを期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化されており、院内掲示やパンフレット、ホームページ等への掲載により周知に努めている。説明と同意についての病院方針と対象範囲が定められている。医療への患者参加の促進は、医療者側からの情報提供と入院診療計画書や患者用パスの利用により適切に行われている。患者支援体制では社会的資源に関する相談等、多様な相談を受けており、相談依頼が行いやすい環境や仕組みがある。基本方針に沿って規程を策定し、個人情報保護に努めており、検査や処置等の場面におけるプライバシーへの配慮も適切である。臨床倫理に関しては、組織としての臨床倫理課題に対する方針の明文化について課題が見受けられ、自院の特性を踏まえ考えられる課題への病院としての方針を定めることを期待したい。現場では重要な課題については4分割法を使って、患者や家族の倫理的課題の背景を探り解決に向けた検討が行われる仕組みがあるが、今後は記録面での充実を期待したい。

患者・家族の利便性では、駐車場・駐輪場を整備し、敷地内に路線バス停があり病院前に乗り入れている他、シャトルバスの運行もあり、患者の通院を支援している。全館でバリアフリーが確保されている他、高齢者や障害者にとっても支障のない施設・設備が整備されている。診療およびケアに必要なスペースは十分に確保されており、浴室やトイレでは快適性ととも安全面への配慮が行き届いている。敷地内禁煙であり、禁煙外来も実施している。

4. 医療の質

患者・家族の意見を積極的に収集する姿勢が見られ、意見箱から回収された意見は委員会で検討して、返答を院長名で掲示している。外来・入院患者のアンケートも実施しているが、経年的に比較検討するなど工夫を期待したい。診療の質については、医師会議、臨床病理会議、糖尿病グループ会議等を開催し質の向上へ繋げている。各種臨床指標が収集されているが、今後は十分な活用を期待したい。部門横断的な改善活動ではTQM大会を実施し、改善結果の報告、意見交換を行っている。他、病院機能評価も定期的に受審し、継続的な質改善に取り組んでいる。新しい知識・技術については研修会や学会等に参加し習得しており、支援も行われている。

診療・ケアの管理・責任体制は、入院診療計画書やベッドネームに主治医および受け持ち看護師の氏名が明記されている。ナースステーション入口には医師を含め、看護責任者や病棟に関わる職員の氏名が明示されているなど適切である。診療記録は適切に記載されており、監査も実施されている。多職種が協働する医療提供チームとして、医療安全ラウンド、褥瘡回診、ICT、糖尿病、摂食・嚥下などがあり、高い専門性を発揮して活動している。

5. 医療安全

医療安全管理委員会とその下部組織として医療安全部門会議、現場での実行部隊として各部署のリスクマネジャーで構成されるリスクマネジャー会議が設置され、適切に機能しており、安全についての指針やマニュアルを整備している。安全確保に向けた情報収集と検討では、転倒・転落報告が多いことを踏まえ、対応判断のフローチャートを作成し、現場での判断の標準化を図り効果を検証しているなど、改善事例もある。

患者・部位・検体の誤認防止策として、リストバンドによるバーコード認証の仕組みがあり、氏名、生年月日とのトリプルチェック体制が構築されている。手術時のタイムアウトは、関与する多職種で行われている。情報伝達エラー防止対策は、口頭指示も含め適切に機能している。薬剤の安全な使用に向け、ハイリスク薬の保管・管理や、重複投与、相互作用、アレルギー等についての電子カルテ上でのチェックを行っている。

転倒・転落防止対策では全患者にリスク評価を行い、危険度2以上で看護計画を立案しケアに反映している。発生時には速やかに再評価し、対策の再検討が行われるなど適切である。医療機器安全管理責任者（副院長）の下、現場管理である医療機器は保管場所の師長等によって点検されている。院内緊急コードが定められ、救急カートの点検も行われているが、今後は定期的な訓練や職員の受講状況の把握などさらなる取り組みを期待したい。

6. 医療関連感染制御

感染管理認定看護師を中心に、感染対策委員会と下部組織のICTが組織されており、感染対策のマニュアルも定期的に改訂され周知されている。院内の感染状況は病棟や検査室、ICTラウンド等で把握し、ICTニュースにより情報発信している。

各種サーベイランスを実施しデータ収集も行っており、院外の感染情報についても、認定看護師協議会等に参加しタイムリーに収集している。

医療関連感染を制御するための活動として、手指消毒に関しては速乾式手指消毒剤のモニタリングが ICT によって行われ、評価されている。現場での感染性廃棄物、汚染リネンの取り扱いも適切である。抗菌薬は指針を遵守し使用されており、院内の分離菌データも把握している。術前の抗菌薬予防投与も全例行われている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は組合機関紙を活用している。多くの部数を発行し、組合世帯に配布しているが、病院の特性・機能・診療実績等が発信されるよう、検討を期待したい。地域医療連携は相談業務と兼務で、前方および後方連携業務を担当しており、地域の医療機関や介護系施設の情報を収集している他、医師会の地域連携推進懇談会へ積極的に参加し地域のニーズを把握している。今後、速報・返書管理の一元的な機能や、逆紹介の管理に関して、検討を期待したい。

地域への健康活動は、新型コロナウイルス禍による制限がある中、糖尿病教室の運用では電話や個別訪問で調整を行い対応している。また、医師による「在宅医療」の出前講座を行政の依頼で開催している他、感染管理認定看護師が地域の医療機関や教育機関に出向き、コロナ対応の感染防御の支援を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者について、窓口業務が機能し、熱発者の対応やトリアージも適切に行われている。診療体制は、午前は主に一般外来、午後は専門外来という方針で、かかりつけ機能および専門医機能を担っている。地域の関係機関からの患者受け入れは、地域連携在宅医療科が設置され、連携がおおむね適切に図られている。診断的検査は説明し同意を得て実施している。適切な連携先への紹介では、全患者に入院時の情報収集を行い患者・家族の意向や退院困難な要因などを把握し、情報共有が図られている。転院先への情報提供は主治医によって行われ、必要に応じて多職種からも行われている。入院の決定は、医師の医学的判断により行われており、患者家族の希望にも沿うような検討を行っている。診断・評価と診療計画の作成では、医師をはじめ多職種が役割を果たしている。患者・家族の医療相談については、内容によって専門の各部署に振り分け、より適切な対応が図られている。夜間緊急入院の決定の場合を含め、円滑な入院に対応している。

医師は回診やカンファレンスへの参加などを通して、チーム医療におけるリーダーシップを発揮している。看護提供体制は PNS と機能別の併用であり、看護基準・手順が遵守されているが、手順書が定期的に見直されるとよい。投薬・注射では看護師、薬剤師が薬剤の準備を行い、実施時には看護師によるダブルチェックを行っている。服薬確認については院内の基準が設定され遵守されている。輸血・血液製剤投与では開始時の副反応のチェックを行い、安全な投与に努めている。周術期の対応や重症患者の管理は適切に行われている。褥瘡の予防・治療では、入院時に全患者を対象として評価しており、必要時には地域の皮膚科の医師による支援、WOC

看護師の支援が得られる連携体制も整備されている。管理栄養士はアレルギーの再確認や嗜好確認なども含め評価しており、必要に応じて栄養管理計画書を作成し、電子カルテ内にて情報を共有している。症状などの緩和では様々な取り組みを実践しているが、今後は症状緩和の基準や手順の見直しを期待したい。

患者入院後リハビリテーションの必要性をチェックし、その後、医師から指示を受け評価やゴール設定を行い、総合実施計画書を作成して、患者・家族に説明し同意を得てリハビリテーションを実施している。やむを得ず身体抑制を行う場合は妥当性について検討し医師の指示の下で開始されている。今後は記録面の充実を期待したい。退院支援は、地域連携在宅医療科の看護師と社会福祉士、病棟の退院支援看護師らが中心となり、計画に取り組んでいる。必要な患者に対する、在宅などでの継続した診療・ケアも、適切な取り組みがみられる。ターミナルステージへの対応では、終末期医療に関する組織の方針や、ターミナルの各時期に応じた治療計画やケア計画の基準・手順について、検討を期待したい。

<副機能：慢性期病院>

外来診療、診断的検査の実施についての対応は適切である。療養病棟への入院は、全て他病棟からの転棟患者であり、基準・手順に沿って、多職種が参加するベッド管理会議等で対象患者が決定される。入院時に病状や患者・家族の要望を踏まえた上で診療計画書を作成しているが、今後、CGA やクリニカル・パスの作成も課題として検討するなどの取り組みを期待したい。診療計画と連携したケア計画の作成では、多職種参加のカンファレンスを開催し、ケア方針を確認するとさらによい。患者・家族からの相談は病棟看護師長等が聞き取り、院内の関係職員と必要な調整を行い対応しており、相談内容は電子カルテに記載して共有している。

入院時、前病棟から看護サマリーと転棟チェックリストにより患者の引き継ぎを行っている。医師は毎日病棟を訪問し、診察・記録や患者・家族への説明を行っている。看護・介護職は患者のニーズを把握し病棟業務を行っているが、基準・手順の見直しを期待したい。患者主体の診療・ケアの心身両面からの実施では、医師は定期的に検査を行い患者の病態を把握し、管理栄養士は SGA を用いて評価して褥瘡回診等で栄養障害の管理を確認している。認知機能の評価も行われており、必要時精神科医の介入がある。投薬・注射では重複投与や禁忌疾患の有無を確認し調剤しており、電子カルテに検査術前休薬マニュアルなど薬に関する重要事項をわかりやすく掲載し、薬剤の安全使用を促している。輸血・血液製剤投与、重症患者の管理はともに適切である。入院時、全患者の褥瘡発生のリスクを評価し褥瘡対策に関する診療計画書を作成しており、必要時には皮膚科医の往診体制がある。管理栄養士は入院時、患者を訪問し食物アレルギーや嗜好の情報を得ている。

慢性期のリハビリテーション・ケアでは、入院時に歯科衛生士の介入があり、口腔ケア回診を行っている。また、言語聴覚士が嚥下機能評価を行い、嚥下回診を多職種で行い機能回復を図っており、経管栄養から経口摂取可能になった事例がある。理学療法士は座位訓練・移乗訓練を行い、離床促進を図っている。療養生活の活性化については、寝食分離の方針のもと食事を食堂で実施できるよう取り組んで

いる。季節の行事として花火鑑賞・クリスマス・七夕・花見・書初めを行い、毎日食前の嚥下体操や口腔体操を行っていたが、新型コロナウイルス禍のため中断しており、感染防止対策のもと再開されることを期待したい。

退院支援は患者・家族の意向に則り、院内や関連施設と連携し適切に行われている。入院中の経過についてはカンファレンスで情報共有しており、患者・家族の意向を確認して在宅療養支援を行っている。ターミナルステージへの対応では、主治医がDNARについて家族に確認し、患者が望む終末期の対応が行われている。在宅での看取りを希望される場合は、できる限り最短で在宅療養に移行できるよう関係職種と調整し、対応した実績がある。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、法令に則った薬剤の保管・管理や、持参薬の鑑別、薬歴管理、調剤・処方鑑査・疑義照会が適切に行われ記録が残されている。臨床検査機能では安全な検査実施と適切な精度管理に努めている。画像診断機能は夜間・休日もオンコール体制をとり、適時撮影できる体制である。栄養管理機能は管理栄養士を配置し、日々の残量チェックなども踏まえて献立の見直しに取り組んでおり、選択メニューの対応や行事食の提供などにより季節感を演出して満足度を高めている。リハビリテーション機能は術後リハビリ、維持期リハビリ、高齢者維持リハビリ、デイケアと多彩なりハビリに対応しており、院内では連休を作らずリハビリを提供している。診療情報管理機能は、電子カルテと各部門システムが連動し適切に機能している。医療機器管理機能は夜間・休日トラブル発生時の手順も整備され周知されているが、今後、体制面での検討を期待したい。使用済み器材の洗浄・消毒を中央化し、滅菌の質は各種インディケーターによりモニターされており適切である。

病理検査は外部委託で対応しており、悪性の結果などは直接主治医に報告するようになっている。輸血・血液管理では多職種によるタスクシフト、認定輸血検査技師の専門能力を発揮したチーム医療の一環として業務が実施されており、遅延性副作用のチェックや血液廃棄率の低減に向けて、確実に輸血が実施されることを確認してから発注するなど工夫をしている。手術・麻酔機能は整形外科の手術を実施しており、手術前、手術中、手術後管理も手順に則り行われている。救急医療機能は、24時間365日断らない救急の方針のもと、二次救急当番も受け持っている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算については各部門の要望と高額医療機器等の要望を確認し、前年実績をもとに立案して、会議で検討し、組合本部に上申して最終決定を行っている。予算の執行状況を毎月把握し、前年実績や予算と比較検討するなどしており、病棟単位で収入目標管理が行われている。医事業務はマニュアルが遵守され適切に運営されており、レセプトは医事課で抽出したものを医師会議に提示し、病名や必要な詳記を経て作成・点検している。外部委託の是非や委託業者については、事務部門が検討し、会議で承認を得てから決定している。病院で開催する、必要な研修会への出席を求めている他、業者が独自に行う教育・研修も把握もしてい

る。施設・設備は計画に基づき保守点検が行われており、院内の清掃や感染性廃棄物の取り扱いも適切である。物品管理では金額による決済権限も明確で、物品購入の仕組みが構築されている。実地棚卸を行い定数管理に努め内部牽制機能を確保しており適切である。

災害時の対応では防災マニュアルが整備され、夜間等の緊急連絡網も明確であり、大規模災害のマニュアルも整備されている。保安業務の実施状況は日報で報告され確認が行われている。重大な医療事故や訴訟に発展する可能性がある事例について、段階的に対応する仕組みが構築されており、必要時には弁護士と連携する体制もある。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習について、直近2年間は実習生の受け入れはなく、評価対象外とした。

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・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	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	A
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	A

1.5.3	業務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	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	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	B
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	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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	B
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	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	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	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	必要な患者に在宅などで継続した診療・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	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	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	NA
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	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	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	NA
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：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	B
2.2.6	診療計画と連携したケア計画を作成している	B
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	A
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

年間データ取得期間： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 年 11 月 30 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療生活協同組合健文会 宇部協立病院

I-1-2 機能種別：一般病院1、慢性期病院(副機能)

I-1-3 開設者：その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地：山口県宇部市五十目山町16-23

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	105	105	+0	92.2	29.1
療養病床	54	54	+0	91.9	348.4
医療保険適用	54	54	+0	91.9	348.4
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	159	159	+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		
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	52	+30
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

在宅療養支援病院

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： 2 人 2年目： 2 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

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	年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
		昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数		135.56	151.59	151.53	89.43	100.04
1日あたり外来初診患者数		6.78	10.68	10.80	63.48	98.89
新患率		5.00	7.04	7.13		
1日あたり入院患者数		149.87	152.90	145.94	98.02	104.77
1日あたり新入院患者数		3.49	3.74	4.21	93.32	88.84