

# 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2月12日～2月13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

貴院の歴史は、1942年に創設された軍事保護院傷痍軍人療養所山陽荘に端を発し、1945年に国立療養所山陽荘として新たな歩みを始め、結核診療に取り組むほか、重症心身障害児の診療を中心に地域医療に取り組んできた。2004年には独立行政法人国立病院機構に移行し、2008年には現名称である山口宇部医療センターに改称している。現在は「肺がんを主とする専門的診療」や「喘息、COPD、間質性肺炎、結核などの呼吸器疾患の専門的診療」「重症心身障害児(者)の専門的診療」の3つの専門的診療を柱に取り組んでいる。結核診療にあたっては、山口県唯一の結核入院病床を有する施設として行政と連携し、力を尽くしている。

病院機能評価は継続的に受審しており、今回の認定更新にあっても、職員が一体となって医療の質に取り組んできた成果が確認できた。本報告書の活用による一層の医療の質向上と、貴院のさらなる発展を心より祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は、様々な手段により院内外へ適切に周知を図っている。毎年、理念達成のために目標を策定し、理念の組織への浸透に取り組んでいる。院長をはじめ幹部職員は、各自の役割に沿った課題を明確にして、経営状況の把握と対策、地域連携、人材育成、看護師教育等に取り組んでいる。意思決定の会議を定期的に行い、重要事項の決定や報告、審議を行っている。また、5年間の中・長期計画「将来戦略2020」を定め、毎年度の事業計画に具体化している。電子カルテシステムや各種情報は、経営企画室や診療情報管理室で適正な管理に努めており、データの真正性や見続性、保存性を確保している。文書管理についても、発信から廃棄までの仕組みを明文化し、適切に行っている。

法定に定められた職種および人員を適切に確保するとともに、病院機能を発揮するうえで必要な職種や人材を確保し配置している。就業規則などの人事・労務管理に必要な規程・規則を整備し、職員はイントラネットにて最新の情報を閲覧することができる。安全衛生委員会を毎月開催し、職場環境や職員の健康管理、長時間労働の縮減などを報告し検討している。仕事と育児・介護の両立支援プログラムやワークライフバランス支援ガイドブックを作成し、短時間勤務、育児休業などの制度も整備している。

全職員を対象とした研修は、教育研修委員会にて企画・管理している。研修は年間計画に基づき実施され、各回の参加者を把握している。医療安全、感染対策は複数回実施するなどして参加率を高める取り組みを実施している。院外の研修・学会等の参加規程を整備し、参加を奨励している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利が定められ、適切に院内外に周知されている。説明と同意に関する方針や基準・手順の検討、書式の管理が適切行われている。患者への情報提供は、医師・看護師など多職種からの説明や各種パンフレット、入院診療計画書等で行われている。また、患者誤認防止のための患者氏名の名乗りやリストバンドの装着、転倒・転落を防止するための安全確認など、患者の主体的参加が促されている。患者・家族からの様々な相談に対応する窓口として、地域医療連携室に患者相談窓口が設置され、入院案内や院内掲示、ホームページ等で分かりやすく案内されている。

院内には、売店や食堂、ATM、コインランドリーなど各種設備が充実しており、売店に来ることが困難な入院患者のために訪問販売も行っている。さらに、遠方から入院している患者の家族のために敷地内に宿泊施設も完備している。玄関入口にある総合案内には案内係を配置し、必要なサポートを行っているほか、院内はバリアフリーが確保され、高齢者・障害者への配慮がされている。診療・ケアに必要なスペースを十分確保し、病棟のデイルームには患者・家族がくつろげる十分なスペースが確保されているなど、療養環境が整備されている。また、病棟のラウンジや病院の窓から見える海や景色が患者・家族のいやしとなっている。敷地内禁煙を実施しており、呼吸器疾患を中心とする医療を提供する医療機関として、毎年「呼吸器フォーラム」を開催するなど、禁煙教育・啓発活動に努めている。

### 4. 医療の質

外来や病棟等に意見箱を設置するとともに、苦情担当者（専門職）を配置し、患者・家族の意見・要望等を収集している。収集した意見は毎月開催している医療サービス向上委員会で検討を行い、改善策を講じてサービス向上に努めている。診療科横断的な症例検討会は多職種の参加を得て随時開催されている。また、クオリティーマネジメント委員会により国立病院機構の臨床評価指標を選択し、数値目標を設定して質改善を図る取り組みが実行されている。経営評価委員会は、経営改善を課題として部署ごとの目標管理とその評価を行っている。臨床研究に関しては、倫

理審査委員会が審査を行って、臨床研究を適切に支援している。

外来・病棟責任者として担当責任医・師長の氏名が明示され、病棟には薬剤師等担当職種の氏名も明示されている。各勤務帯の担当看護師は、勤務開始時に患者訪問して挨拶を行い、患者が安心して療養できるように配慮している。診療記録は電子カルテの機能を利用して必要な情報が適切に記載されている。診療録管理規程には医師、看護師、他医療職に向けた記載基準が明示されている。診療記録の質的点検は頻度、対象数、他科医師を含めた評価者選定、フィードバック手順など、いずれも適切である。緩和ケアや呼吸器ケア、NST、摂食・嚥下、褥瘡対策、ICT等多職種で構成するチームがあり、コンサルテーション・多職種カンファレンス・ラウンド等で専門的な視点で介入をしている。がん・呼吸器・重症心身障害の専門的診療機能を持つ病院として、複数の認定看護師が活動しており、人材確保・育成が積極的に行われている。

## 5. 医療安全

医療安全管理者は専従で配置され、職種・職位を問わず医療安全対策の改善と指導ができる旨がマニュアルに記載されるなど、権限が付与されている。医療安全管理委員会の下部委員会にリスクマネジメント委員会を置き、決定事項は各部署のリスクマネージャーからの伝達や電子カルテの掲示板等で周知している。提出されたインシデントは、医療安全管理者が集計し、リスクマネジメント部会で分析・検討のうえ、再発防止策を討議している。

誤認防止は「患者に名乗ってもらうこと」を基本とし、リストバンド着用の患者に対しては「患者認証システムによる3点認証」を行っている。リストバンド着用のない外来や各部門では部門ごとに基本スケジュールとの照合や、生年月日の確認で患者の誤認防止対策を行っている。医師の指示出し、指示受けおよび実施確認は電子カルテシステムを用いて記録されている。画像診断や病理診断の報告は電子カルテの画面上に別枠で表示され、主治医が確認するまで継続して表示されるなど、注意喚起が促されている。抗がん剤のレジメン管理は厳格に行われ、麻薬や向精神薬、ハイリスク薬等の保管・管理および鍵管理も適切である。転倒・転落アセスメントは入院患者全員に行っており、転倒レベルに応じた計画を作成している。医療機器安全管理マニュアルを作成しており、機器の使用中的設定などは点検チェックリストを用い看護師が行い、医療機器を安全に使用している。院内緊急コードを設定し、患者急変時に対応できる体制が整備されている。また、定期的なBLS研修が全職種対象に毎年行われている。

## 6. 医療関連感染制御

感染管理については、全体を統括する感染対策委員会とICT、ASTが整備され、それぞれ専門職種で構成されている。専従のICNは地域のICN協議会に参加して中心的な役割を担い、行政とも連携している。また、地域感染対策ネットワークを構成し、地域の情報を速やかに収集しているなど、その活動は高く評価できる。院内での感染状況は各種培養の結果、抗菌薬使用届の他にも各職種から疑わしい症例の

報告が感染対策委員会に集約されている。収集したデータは委員会で分析され、対策立案および実施について記録されている。

院内感染対策マニュアルを整備している。速乾式消毒剤は個人の使用量のチェックを行い、手指衛生はマニュアル遵守状況をラウンドで確認している。抗菌薬の採用や採用中止に関しては ICT、AST のデータをもとに感染対策委員会で検討し、薬剤委員会で最終決定している。抗菌薬の使用は届け出制であるが、全てを ICT、AST が把握している。培養結果に基づく感受性パターンはアンチバイオグラムとして電子カルテ上に表示し、抗菌薬の使用状況の評価・適正使用に活用している。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報委員会が設置され、病院情報の提供方法や内容について検討している。病院のホームページには入院手続き、診療担当表、臨床指標など様々な情報が掲載されている。地域における自院の位置づけが明確に設定され、地域医療連携室を介した積極的な紹介および逆紹介が行われている。紹介患者の受け入れ後の段階ごとの返答も適切に行われている。院長や副院長、地域医療連携室長、室員が連携医療機関を定期的に訪問し、地域のニーズを収集している。

地域住民の健康増進に寄与するために、肺がん検診や呼吸器ドック等の健診業務に取り組んでいる。地域住民向けの市民公開講演会として「がんフォーラム」「呼吸器フォーラム」を開催し、地域住民への健康啓発活動を展開している。また、一般市民を対象とした講演会（スピーカーズバンク）として多くの演題を用意し、依頼に応じて出前出張を行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

病院正面玄関横に総合案内を設置し、患者の目的に応じて対応している。紹介患者が来院する際は、地域医療連携室が情報を事前に把握し、予約調整を行っている。患者に関する情報収集は問診票を含めて詳細に記録されている。造影 CT や気管支鏡など侵襲度の高い検査では施行の必要性が診療記録に記載されている。また、患者への説明内容が記載され、同席時や事後の看護師による患者反応の記録も適切である。

受診および診察記録、さらに必要な検査を踏まえて入院の適否が速やかに決定されている。医師、看護師ともに患者データを詳細に収集・記録し、方針決定に役立っている。入院診療計画書は主に医師が作成し、看護師等、その他の職種では患者を別途評価し、それぞれ説明書を作成している。地域医療連携室に患者相談窓口とがん相談支援室が設置されており、看護師・社会福祉士が年間 6,000 件以上の相談に対応している。時間内の予約入院・予定外入院は、入院支援看護師が説明し、入院生活・手術・検査の説明や患者の不安・心配事等を聴取している。対応内容は電子カルテに記載され、病棟やカンファレンスで共有されている。時間外の緊急入院は、外来看護師が入院の説明を行っている。

診療体制は主治医制であるが、各科ともチームとして活動している。主治医による毎日の回診に加え、科全体でのカンファレンスも多職種で適宜開催されている。治療法の選択などの決定時には複数科の間で検討され、情報を共有している。受け持ち看護師が中心に看護過程を展開し、患者参加型の看護計画を実践している。薬剤管理指導は年間 7,000 件以上実施され、記録は電子カルテ上で共有されている。薬剤の病棟での調製・混合は看護師が実施し、病棟薬剤師は必要に応じて指導している。輸血は担当医が適切に判断し、実施している。リスクを含めた患者への説明は説明書発行だけでなく、診療記録にも正しく記録されている。手術適応は内科、外科、放射線科の医師によって集学的に検討され、予定手術の場合は看護師、療法士など多職種が加わったカンファレンスが行われている。重症者は重症患者管理用の病床を使用し、適切に管理されている。

褥瘡対策マニュアルを作成し、入院患者全員にリスク評価を実施している。また、入院時に栄養状態をアセスメントし、摂食・嚥下機能等に応じた食形態、方法が選択されている。緩和ケアマニュアルに沿って、疼痛の評価、がん性疼痛などの不快症状に対する疼痛・症状の緩和が実施されている。患者の状態に応じて、比較的早期からリハビリテーションの介入が計画、実施されている。休日は看護師と連携し、継続的なリハビリテーションの提供に努力している。身体抑制の手順があり、身体抑制の必要時は医師・看護師でのカンファレンスで検討し、医師の指示のもとに実施されている。

地域医療連携室に退院支援看護師が配置されており、支援が必要な患者には早期から看護師・地域連携室・MSW が情報を共有し、患者・家族の意向や相談を受けながら退院・転院に向けて対応している。退院前には必要に応じて、在宅医・ケアマネジャー・訪問看護師等との多職種合同カンファレンスを開催している。ターミナルステージの判断は、各診療科がカンファレンスで検討している。また、ACP ワーキンググループを作り、ターミナルステージの対応について検討を重ね、家族の意向を踏まえ、療養環境等に配慮している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、薬剤に応じた温・湿度管理が適切に行われ、薬品の採用や採用中止は薬剤委員会で決定されている。注射薬は 1 施用毎に供給されており、処方鑑査や調剤鑑査も適切に実施されている。臨床検査機能については、検体検査結果は速やかに報告されており、パニック値は依頼医に直接電話報告する手順となっている。画像診断機能については、CT 撮影が年間約 8,000 件実施されているが、ほぼ全例が 1～2 日で読影され、注意喚起付きのシステムを通して依頼医へ報告されている。また、悪性などの読影結果によっては読影医から主治医へ直接報告している。

栄養管理機能については、調理室は清潔・不潔区域が区分され、清掃が行き届いている。また、食材の検収から調理・配膳・下膳・食器の洗浄・保管に至るまでの一連のプロセスは衛生的に管理されている。療法士はリハビリテーション計画書を作成し、日々の記録も電子カルテ上に記録され、主治医を含む病棟スタッフと情報

共有を行っている。診療情報管理機能については、電子カルテシステムおよび部門システムの統合により診療情報が一元的に管理されている。診断名や手術名はコード化がなされ、がん登録や病院統計などの作成に活用されている。医療機器は一元化が図られており、マニュアルに基づいて臨床工学技士が点検している。医療材料について、中央材料室マニュアルとリコール手順を作成している。滅菌は科学的・物理的・生物学的な滅菌精度のチェックを行い、質的保証を行っている。

術中迅速診断は非常勤医師の勤務体制を工夫して年間 100～150 例と自院の悪性腫瘍手術例数に即した適切な対応が行われている。放射線治療機能については、常勤放射線治療医、技師（医学物理士および放射線治療専門技師有資格）、がん放射線療法認定看護師が配置されている。放射線治療の適応は複数科のカンファレンスで決定され、専門医が計画を作成し、シミュレーションを行っている。臨床検査科医長が輸血療法委員長として輸血業務の監督、指導を行っている。輸血マニュアルが整備され、一連の手順が明記され、日々の運用に活用されている。手術室のスケジュールは手術部師長が医師の依頼を調整して決定し、タイムアウトは手順書に従って全例確実に行われている。救急告示病院であり、年間 300 人弱の救急患者を診療している。診療機能に応じて必要な診察を行った後に適切な施設に連絡を取り、医師同乗で救急搬送するという地域ニーズに合った対応を実行している。

## 10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則および国立病院機構が定めた会計規程に則り行われている。内部監査および外部監査ともに受けており、予算と実績の比較分析が行われているなど、経営改善に向けて取り組んでいる。医事業務は受付、収納業務など適切に行われている。返戻、査定については、保険対策委員会で報告・分析するとともに、再審査請求も委員会の中で検討され手順に基づき行われている。委託の対象業務や範囲などについては、企画課と関係部署で検討し、最終的に委託の是非は幹部会議で決定している。委託契約の選定は一般競争入札を原則とし、業務内容によってはプロポーザブル方式を採用している。

施設・設備管理は企画課管理のもと、年間保守計画に基づいた定期点検を実施している。廃棄物の処理に関するマニュアルが整備され、感染性廃棄物の分別・梱包・表示・保管なども適切である。診療材料および薬品の選定は、医療材料等検討委員会や薬剤委員会で品質や価格を検討している。ディスプレイ製品は、病院方針として再利用しない取り決めになっている。

防災対策マニュアルが整備され、防災訓練も実施されている。緊急時の連絡体制・責任体制も確立しており、非常時用の食料の備蓄や入れ替え補充なども適切に行われている。保安業務については、日中は病院職員により行われ、時間外は委託の警備員と管理当直者により院内巡視や緊急時の連絡や対応などが行われている。医療安全マニュアル内に医療事故発生時対応手順が整備されている。訴訟への対応体制も整備されており、医療事故への対応は適切である。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

看護部においては、国立病院機構で導入している能力開発プログラムをもとに、看護職員のキャリア形成を支援し、国立病院機構が担う政策医療を推進できる看護実践能力の向上を図っている。薬剤師や療法士、臨床検査技師、診療放射線技師の初期研修に関しては、各々の職種とレベルに沿った研修プログラムやOJT研修を中心に行っている。

学生実習は、看護師、薬剤師、栄養士、療法士、臨床工学技士、臨床検査技師等の医療専門職種のほか、保育士など様々な職種を受け入れている。臨地実習に際しては、患者への事前説明やプログラムに沿った実習・評価が行われている。実習中の事故発生時対応は、院内の医療安全対策や院内感染対策手順に沿って行い、教育施設への報告が適切に行われる体制になっている。

# 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・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	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	S
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	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	A



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	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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	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	A
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	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	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	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	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 A

---

4.5.2 物品管理を適切に行っている B

---

## 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 B

---

---

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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 年 10 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 山口宇部医療センター

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 山口県宇部市東岐波685

## 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	335	335	+0	80.1	30.4
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	30	30	+0	35	84.5
感染症病床	0	0	+0		
総数	365	365	+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	4	+0
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	25	+0
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： 0 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

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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	121.65	122.16	123.47	99.58	98.94
1日あたり外来初診患者数	8.74	8.59	9.71	101.75	88.47
新患率	7.19	7.03	7.86		
1日あたり入院患者数	279.01	281.32	281.99	99.18	99.76
1日あたり新入院患者数	8.97	7.78	7.89	115.30	98.61