

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「リハビリテーション病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 11 月 30 日～12 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 1 認定

機能種別 リハビリテーション病院（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 リハビリテーション病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1949 年に診療所として開設され、その後大田病院となり、大田区の地域密着型の中核病院として、特に救急医療に尽力しながら運営され、歴史を刻んでこられている。2010 年 5 月に一般病床 139 床、回復期リハビリテーション病床 50 床の新病院となり、救急搬送を断らない病院として東京ルールの幹事病院の役割を担い、救急医療の改善に努めている。また、「無差別平等の医療」の基本方針に基づき、無料低額診療事業、差額ベッド料を取らない入院診療を継続されていることは、高く評価できる。今年のコロナ禍の中、今回で 4 回目の病院機能評価を受審されたことは、医療の質、組織運営のさらなる向上を目指される院長はじめ、病院幹部の方々の意識の高さであることに敬意を表したい。ここに今回の訪問審査の結果を報告させていただくが、いくつかの指摘事項に対して病院内で検討を行い、貴院がますます発展され、地域住民に頼られる病院としてさらに成長されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は明文化され、毎年管理会議で見直しされている。院内掲示、ホームページ、病院パンフレット、入院のご案内等で周知が図られている。院長、総看護師長、事務長は、それぞれの立場で病院の抱える課題を認識され、課題解決のために役割を果たし、リーダーシップが発揮されている。病院運営の意思決定は、月2回開催の管理会議で行われ、職責会議や医局会で報告されている。組織図・各種会議、委員会が設置され、適切に組織運営が行われている。情報管理は、システム活用の方針が明確で適切に管理されている。院内文書の組織的な管理は、文書管理規程が作成されたばかりで、規程に則して管理されることを期待する。

病院機能に合った人材の確保は適切である。人事・労務管理に必要な各種規則・規程は、整備され、職員へ周知されている。労働安全衛生委員会が設置され、定期的な健康診断、感染対策等が実施されている。職員が働きやすい制度があり、夜間保育可能な保育所も運営されている。法人全体の教育研修が計画され開催されているが、病院としての必要な研修を計画する仕組みが構築されることが望まれる。職員の能力評価・能力開発面では、リハビリテーション部門・看護部門では、育成面談等が実施されているが、病院全体としての取り組みを計画されたい。

3. 患者中心の医療

患者の権利宣言を策定し、基本方針を定めている。特に「いのちの平等」を掲げ、無差別平等医療・介護の実践は特記できる。診療録はカルテ開示指針に準拠して開示している。説明と同意に関する方針は、マニュアルが作成され手術や侵襲のある検査などの範囲を決めて使用されている。同意書等の書式の把握と管理については、病院として一元管理できる体制を整備されたい。診療・ケアに必要な情報の共有として、入院診療計画書、検査結果やクリニカルパスなどで対応されている。患者の理解を深めるために同意書等に詳しく図を用いて記載説明した内容を、患者・家族に渡している。患者サポートセンター（医療相談室）に社会福祉士5名が配属され、経済的相談・社会保障制度の相談等、各種相談に対応している。個人情報・プライバシーの保護は、適切に配慮され実践されている。

臨床倫理委員会規定が整備され、適宜改定し、倫理的課題の方針も整備されている。臨床倫理委員会の開催や外部の弁護士が出席した拡大倫理委員会も年1回、開催されている。患者・家族の抱えている倫理的な課題については、日常的にはカンファレンスなどで話し合っている。

病院内は、全面バリアフリーとなっており、必要な場所にいつでも使用可能な車椅子が配置されている。療養環境については、必要なスペースや環境が整備されており、病棟では、デイルームで過ごせるスペースがありくつろげるように配慮されている。トイレ・浴室の利便性や安全性にも配慮されている。病院敷地内は全面禁煙で、患者および職員に対して周知が図られ、付属診療所では禁煙外来が行われている。

4. 医療の質

入院時アンケートや退院前アンケートを行い、患者・家族からの意見を収集し、改善に活用されているが、意見やアンケート結果のフィードバックの方法を検討されると良い。症例検討会は毎週全医師を対象として開催している。クリニカルパス委員会にてアウトカム・バリエーション分析、新規パスの承認や改訂、廃止の検討を行っている。業務の質改善は各種委員会、看護部の業務改善委員会、職場責任者会議などそれぞれの部署で取り組んでいる。業務の質改善が組織横断的に推進されるとさらに充実すると思われる。新たな機器、医療材料は医材委員会で、薬剤の適用外使用は臨床倫理委員会もしくは薬事委員会にて審議している。臨床研究に関する審査は倫理委員会もしくは看護研究実施委員会で審議している。

病棟の責任者として医師、看護師、薬剤師の氏名が病棟の入り口に掲示されている。診療の記録、退院時サマリーの2週間以内の記載、略語の使用などは適切に行われている。医師による診療録の質的点検について診療情報管理委員会での検討を進め、自院に即した点検事項による質的点検を開始されたい。褥瘡チーム、ICT、症例検討会、緩和チーム、認知症向上委員会、IV ナース委員会などにより多職種が協働して患者に関わり、診療・ケアを実践している。

5. 医療安全

安全確保のための方針と組織体制については、医療安全管理者が役割・権限を持ち活動し、医療安全管理委員会が開催されている。医療安全管理者は、研修を受講して資質の向上に努めており、院内の安全確保に向けた体制は確立されている。院内のアクシデント・インシデントの情報が収集され、医療安全推進委員会において分析・検討のうえ、再発防止対策が取られている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は、氏名を名乗ってもらう方法やリストバンドで確認している。手術の左右がある場合には、前日に複数名での確認とマーキング、手術室ではタイムアウトなどの方法が手順に沿って実施されている。病理検査結果が主治医に、さらに患者自身に伝わったかをリストを作成し電子カルテで確認していることは高く評価できる。薬剤の安全使用に向けた対策としては、ハイリスク薬一覧表の作成とハイリスク薬の表示が行われ、医療安全研修会にてハイリスク薬の周知が図られた。また、救急カート内での一般薬と劇薬の区分けも適切に行われ、改善がなされた。転落のリスク評価は、入院時と決められた期日に評価を実施している。看護計画でリスク評価や計画立案・実施・評価・見直しを適宜行っている。転倒・転落防止マニュアルと予防策の手順書が作成され運用されており適切である。臨床工学技士が人工呼吸器等の医療機器を中央管理している。院内緊急コードの設定や救急カートの院内統一が図られ配置されている。BLSは毎月訓練され、受講者にはバッジを配布するなど工夫し、患者の急変時に適切に対応している。

6. 医療関連感染制御

感染症対策委員会は毎月開催され、院内感染担当は院長直轄としている。ICD、ICN、薬剤師、検査技師は ICT を組織し、感染管理に関する一定の権限が院長から委譲されている。ICT は週 1 回院内の感染発生状況の把握と院内のラウンドを実施している。微生物サーベイランスと医療関連サーベイランスとして CRBSI、UTI、SSI を実施している。これらのデータは全日本民医連 QI 委員会に報告している。アウトブレイクの発生の把握、対応手順は明確である。

手指消毒や個人防護用具の着用など、感染防止対策は手順に従って実施されている。感染性廃棄物は、院内での一時保管はなく、委託の清掃従業員により保管庫に適切に搬送されている。血液、体液の付着したリネン・寝具類の取り扱いなども手順を決めて対応されている。医療関連感染を制御するための活動は、適切に実践されている。感染管理担当の ICN・薬剤師は全抗生剤使用患者についてモニターし、ICT 回診において必要に応じて主治医へ抗生剤変更等の勧告を行っている。血液培養は 24 時間実施可能で、2 セット実施率は約 90% である。

7. 地域への情報発信と連携

広報委員会が設置され、ホームページの管理、広報誌作成を行っている。広報誌「健康のかけはし」は、1,700 部が年 4 回発行され、院内配布、法人関連施設（診療所等）、連携登録医の開業医等に配布されている。DPC データの情報発信はされているが、地域住民・患者にわかりやすい診療実績をホームページや広報誌を利用し、情報発信されることを考慮されたい。患者サポートセンター（地域連携室）に看護師 6 名、事務職 2 名が配置され、地域の医療機関との連携を中心に活動している。地域との医療機関、介護施設等との連携は適切に図られ、医療連携セミナー等へ積極的に参加されている。連携登録医制度があり、現在は地域の 73 施設の開業医が登録され、連携が図られている。

地域連携室が窓口となり「地域健康講座」を定期的で開催している。城南保健生活共同組合が開催する大田・品川健康まつりに参画し、健康相談等に対応している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は、基本的に付属の診療所が担当している。外来透析室・時間外患者・外来リハビリテーション・内視鏡検査が稼働している。患者サポートセンターの地域連携室が窓口として、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、また、患者・家族のニーズを確認して、他の病院や施設に紹介している。侵襲性や危険性の高い検査、内視鏡、造影剤使用撮影は、説明と同意マニュアルに基づき、患者・家族に説明し同意を得て実施されている。付属診療所等からの予定入院の場合、病棟責任医師は入院前に患者・家族と面談し、入院の説明を行い、患者の希望を把握している。医師は入院時に病状説明書を用いて看護師の同席のもと説明し、同意を得ている。地域連携室と退院支援看護師が協働して患者・家族からの医療相談に対応している。特に、社会的な問題を抱えている患者が多く、経済的

な相談が多くなっている。患者が円滑に入院できるように、入院生活について事務担当・看護師が説明している。

医師・看護師はそれぞれの立場で病棟業務を適切に行っている。注射薬は、1 患者 1 施用ごとに病棟に供給され、薬剤師による薬剤情報の提供が行われている。抗がん剤・麻薬など投与後にリスクのある薬剤は、看護師が患者状態の観察・確認を行っている。輸血は、患者・家族に必要性和リスクについての説明を行い、同意を得て安全に実施されている。周術期の対応および術後等の重症患者の対応は、適切に行われている。

褥瘡対応としては、褥瘡対策委員会が毎月開催され、褥瘡マニュアルが整備されている。全入院患者に対して入院時アセスメントが実施され、評価されている。入院時に全患者に栄養スクリーニングを行い、栄養管理計画書を作成し、必要な患者には NST が介入し適切に実践されている。症状緩和に対する方針や手順書が、看護基準の中に整備されている。患者にとって苦痛で不快な症状や痛みについては、主治医の指示や体位の工夫などで症状緩和に努めており適切である。医師は各療法士・看護師と共同してリハビリテーションの計画、リスクなどについて患者・家族に説明を行い、患者・家族の要望も含めた実施計画書を作成して同意を得ている。身体抑制に関する大田病院の方針と運用手順が決められ、医師の指示のもと対応している。患者の各勤務帯のチェックと解除に向けたカンファレンスが実施されている。身体抑制に関する同意書の取り扱い方や使用期間の定めなど検討が望まれる。

退院支援看護師が入院時から退院支援が必要な患者に関わり、ケースカンファレンスや退院調整カンファレンスが行われ、関係部署と情報が共有されている。退院支援計画に基づいて退院・転院の説明と同意を得たうえで、法人内の訪問診療、訪問看護、居宅支援専門員などへ連携が密に行われている。連携先で必要な情報は、医師、看護サマリーが提供されており退院支援が適切に行われている。終末期医療に関するガイドラインが作成され、それに応じて判断し、多職種による診療・ケア計画が立案され実施されている。患者の希望も確認し、適切に運用されている。

<副機能：リハビリテーション病院>

回復期リハビリテーション病棟は、日本リハビリテーション医学会専門医 3 名（受験予定含む）の配置により、より高い専門性を持って運営されている。転倒しても骨折しにくい床や徹底した転倒予防アプローチで、この 10 年間に骨折は 1 例のみ、嚥下内視鏡や完全側臥位法による摂食嚥下に対するアプローチ、介護福祉士の積極的な配置と飲水強化、離床チームの取り組み、地域連携室への看護師配置など多くの優れた取り組みが行われている。特に、医師のリーダーシップと多職種による生活向上に向けたアプローチは高く評価できる。今回、初めて副機能としてリハビリテーション病院を受審したこともあり、多くのマニュアルの改定や整備がなされている。今後、地域包括ケア時代となる 2025 年に向かって、リハビリテーションに関する分野の充実がより望まれる時代となっており、回復期リハビリテーション病棟が病院全体の業務改善にも深く関わり、その推進的な役割を果たされることを期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理としては、内服薬の処方鑑査、調剤および調剤鑑査はそれぞれ別の薬剤師がダブルチェックを行い、持参薬は全て病棟担当薬剤師が鑑別している。注射薬剤は1施用ごとに払い出している。薬剤の採用と品目削減の検討は薬事委員会にて審議されている。検査機能は、検体検査、生理機能検査のほとんどが院内で実施可能であり、夜間・休日も24時間体制で対応している。検査結果は通常60分、緊急時は30分で報告している。異常値やパニック値は、速やかに主治医に電話で連絡している。画像検査は、夜間・休日も24時間体制で検査が可能である。読影体制は、非常勤医の読影日以外は至急読影を含めて外部遠隔読影を利用している。患者の食事は、クックチルスシステムが導入され、給食センターから搬送された食材を加熱・冷却して適温で食事が提供されている。衛生管理も適切である。リハビリテーションは、兼任医師1.4名と各療法士25名にて急性期および外来のリハビリテーションを行っている。リハビリテーションの連続性に関しては3日以上空けないようにリハビリテーションを提供している。診療情報管理は、診療情報管理室で一元的に管理され、コーディング作業、退院カルテの量的点検が適切に行われている。医療機器は、臨床工学技士が中央管理を行い、日常的な点検や定期的な点検が実施されており、適切に運用されている。洗浄・滅菌機能は、中央材料室で適切に実施されている。

病理診断は、非常勤病理診断医と認定病理検査技師1名で、組織診、細胞診が実施されている。輸血は、検査部門が窓口となり、発注・保管・供給・返却が適切に行われている。手術機能は、手術スケジュールが手術室医長と看護師で適切に生まれ、手術中の患者状態の監視、観察は適切に行われている。救急機能は、東京ルールの幹事病院として、断らない医療をもとに、救急車の受け入れを積極的に行っている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算作成、予算と実績の把握・分析まで事務部門が中心となり行われている。財務諸表作成、会計処理、会計監査は、適切に実施されている。窓口の収納は、入退院の会計収納が主となっている。保険請求は、医事課が窓口となり、担当医師の確認後、提出されている。減点・査定への対応は、減査定委員会で処理されている。業務委託は、事務長が窓口となり業者対応を行っている。

施設・設備管理は、施設課が担当し、日常点検・保守管理が計画に基づき実行されている。診療材料は、SPD業者により発注・納品・払い出し業務が行われ、管理されているが、総務課担当者の関与を期待したい。災害時の対応は、災害対策委員会が毎月開催され、消防計画に基づく訓練が実施されている。防災・危機管理マニュアル、大規模災害初期対応手順が作成され、区主催の合同緊急医療救護所訓練や、広域災害の防災通信訓練に積極的に参加されている。災害備蓄品も適切に準備されている。災害、特に大規模災害を想定した取り組みは、大いに評価できる。保安体制としては、監視カメラが設置され、夜間・休日は、事務当直・警備当直の2名体制で業者に委託し、適切に実施されている。医療事故発生時の対応としての仕

組みは、適切な対応手順が構築されているが、事故発生後の明確なマニュアル・フローチャート等で明文化し、職員が理解できる体制を整備されたい。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として臨床研修委員会が設置され、1年目、2年目の研修医の受け入れが行われている。リハビリテーションの各療法士・看護師・社会福祉士の各学生の受け入れを行い、受け入れ時には、受け入れ部署でオリエンテーションを実施し、各学校のカリキュラムに合わせた実習を行い、担当者が評価している。実習中の事故に関しては、契約書内で明文化され、学校担当者と調整し対応している。

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	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	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	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	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	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	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	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	A
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	B

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	A
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	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	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	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	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	B
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	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 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 S

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 B

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	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	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	B
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
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	S

2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
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

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： 2020 年 3 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：城南福祉医療協会 大田病院
 I-1-2 機能種別：一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)
 I-1-3 開設者：医療法人
 I-1-4 所在地：東京都大田区大森東4-4-14

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	189	189	+0	93.1	17.5
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	189	189	+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	40	+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	50	+0
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		
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),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： 3 人 2年目： 2 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

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
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	125.41	119.64	119.12	104.82	100.44
1日あたり外来初診患者数	6.45	3.83	4.03	168.41	95.04
新患率	5.14	3.20	3.38		
1日あたり入院患者数	176.47	179.36	178.53	98.39	100.46
1日あたり新入院患者数	7.50	7.75	7.80	96.77	99.36