

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」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10日～12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2

機能種別 リハビリテーション病院（副）

■ 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。

1. 病院の特色

貴院は、奈良県の玄関口に位置する奈良市の北部の平城地域にあって、奈良県奈良医療圏の中核病院として機能している。1973年に平城診療所を開設し、1982年には総合病院高の原中央病院を開設した後、急性期から回復期まで地域に根差した医療を進めてきた。以後、幾度かの増改築を経て、24時間体制の二次救急医療の拡充および地域医療・救急医療体制の充実に努めてきた。さらに、地域の医療機関と協力し役割を分担しながら、地域との絆を大切にして「真に求められる医療」の提供に努めている。

病院機能評価については、今回で5回目の受審であるが、前回の認定からこの度の審査まで、院長を中心に幹部・職員が一体となり、継続的質改善に努力している姿に深く敬意を表したい。

本報告書が医療の質の向上に寄与して、貴院が地域住民に益々信頼される病院として発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、わかりやすく院内外に示され、周知している。病院管理者・幹部は運営上の課題を明確にして、その解決に向けて主導的に関わり、病院運営にリーダーシップを発揮している。病院の意思決定機関は経営会議であり、定期的を開催している。実態にあった組織図があり、諸規程を整備し、規程に基づいて会議・委員会を開催し、組織内の情報伝達を適切に行っている。情報管理および文書管理に関する方針を明確にして一元的に管理を行っている。

人材の確保については、病院の役割・機能に応じた医師等のさらなる充実が期待される。人事・労務管理はおおむね適切である。職員の安全衛生管理は、衛生委員会は適正な委員構成となるよう見直しが望まれる。就業支援の取り組みや福利厚生に十分配慮されており、職員にとって魅力ある職場づくりに努めている。教育・研修は、教育委員会が中心となって、おおむね適切に実施しているが、臨床倫理研修は、今後参加者を増やし、職員の倫理感性を深めることに期待したい。人事考課制度があり、部署ごとの目標管理制度を導入し、専門職種の初期研修や能力開発を適切に実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族および職員に周知している。診療記録は原則すべて開示する方針であり、最近での非開示例は見られない。説明と同意の指針があり書式は統一しているが、IABP・透析導入など本来侵襲のあると判断される治療の同意書・説明書の整備が期待される。診療に必要な情報を提供して、患者と情報を共有し、医療への患者参加を促進している。患者相談窓口には社会福祉士・看護師を配置し、多様な相談に一元的に対応するなど、患者支援体制の整備と対話の促進は適切である。また、患者の個人情報・プライバシーは適切に保護している。

院内での倫理カンファレンスを推進するために、日本臨床倫理学会公認の臨床倫理認定士が介入している。今後は、臨床倫理委員会を中心とした活動を継続し、病院全体で課題検討の仕組みを強化するとなお良い。患者・家族の倫理的課題は適切に把握され、必要時は多職種によるカンファレンスで検討している。

来院時のアクセス、入院生活延長上の設備やサービスなどは、患者・家族の利便性・快適性に配慮されている。また、高齢者・障害者への配慮については、院内のバリアフリーがおおむね確保され、必要な場所に手摺りの設置や車椅子等の配備を行っているが、一部の病棟間渡り廊下のスロープや風呂の段差などは、安全に配慮した対応が望まれる。また、トイレ、シャワー室等のナースコールについては、その場で転倒した場合の最善な位置（高さ）あるいは装置（引き紐など）を考慮した設置を検討されると良い。受動喫煙の防止は、敷地内禁煙の方針を院内掲示やホームページ、入院案内等で周知し、適切である。

4. 医療の質

患者・家族の意見等を意見箱や患者アンケート等で収集し、委員会等で検討のうえ改善結果を掲示して、患者・家族にフィードバックしている。診療の質向上については、症例検討会などを、医師を含む多職種が参加して開催している。クリニカル・パス委員会はアウトカムやバリエーション分析を実施し、新規作成や見直しを行っている。臨床指標はDPCデータを用いた情報のみならず自院独自の指標についても公表している。現場からの提案を業務改善委員会において多職種との連携チームを結成し、業務の効率化、改善に取り組んでいる。その成果を発表する業務改善発表会は毎年開催し通算20回を超えている。新たな診療・治療方法や技術の導入、あるいは薬剤の保険適応外使用については、倫理委員会および運営会議において検討し、その可否を決定している。新たな診療・治療開始時には関連する職員に対して、研修会を実施している。

診療・ケアの管理・責任体制はおおむね適切であるが、スタッフステーションの入り口に掲示している責任者の表示は、患者に関わる各職種の責任者の名前を掲載することを検討されたい。医師の診療記録および看護記録は適切に記載している。2週間以内の退院時サマリーの作成も適切に対応している。診療録の質的点検は今後の充実が期待される。多職種カンファレンスにて多角的な検討を行い、患者の診療・ケアを多職種協働で適切に行っている。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全推進室に、看護師の専従医療安全管理者、専任の医薬品安全管理責任者・医療機器安全管理責任者を配置し、安全確保の体制を整備している。アクシデント・インシデントは電子カルテの報告システムで収集し、RCA分析を行い、再発防止策を策定している。

患者確認は、患者自身による氏名・生年月日の名乗り、患者識別バンドの装着、タイムアウトの実施などにより、誤認防止を図っている。マーキングは、主治医が各々独自のマークで印を付け実施しているが、各科統一したマークにされると良い。情報伝達エラー防止では、運用規程が確立しており、検査結果のパニック値も迅速に報告されている。重要な画像診断に対する確認漏れの防止対策として、電子カルテに未読・既読管理システムを構築し適切に対応している。薬剤の重複投与、相互作用、投与禁忌やアレルギーなどは電子カルテにアラーム機能により対策を講じている。薬剤師の処方鑑査も適切に実施されている。なお、麻薬やハイリスク薬は、保管方法や取り扱いについて、管理体制の見直しが期待される。入院患者全員に転倒・転落のリスク評価を行い、危険度に応じた対応策を実施している。医療機器の管理は、マニュアルに沿って臨床工学技士が点検・整備を行っている。輸液ポンプ・シリンジポンプの作動確認は看護師がチェックリストを用いて確実に行っている。また、臨床工学科と看護部が連携して職員研修を行い、安全な使用に努めている。患者の急変時に対応する緊急コードの活用、全職員へのBLS訓練の徹底など、患者の急変時に備えている。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染防止対策室を設置し、専任の感染対策認定薬剤師を中心に、院内感染防止委員会および感染制御チーム（ICT）、実践委員会を整備し、院内の感染に関する情報収集と分析・検討を適切に行っている。新型コロナウイルス感染症に対しては、発熱外来を設置して自院でPCR検査が行える体制を確保している。今後は感染対策専門医師（ICD）や感染管理認定看護師（ICN）の配置が期待される。ICTは院内ラウンドによる包括的サーベイランスとともにJANISに参加してターゲットサーベイランスも実施し、感染発生状況を把握・検討して感染防止に努めている。インフルエンザやノロウイルスなどのアウトブレイクに対する手順マニュアルも定めている。

標準予防策を確実に実施し、病室の入り口には速乾性手指消毒剤を配置し、使用状況についてはICTメンバーで定期的にモニタリングし、結果をフィードバックして改善に繋げている。バイオハザードマーク付きの感染性廃棄物の容器と蓋の表示が統一されていないところが一部の病棟で見られたため、分別表示の統一が望まれる。また、浴室脱衣所の感染性廃棄物の取り扱いと清掃管理も徹底されたい。ICTが院内の感染情報を収集し、分離菌感受性を検討して医師に適切な抗菌剤の使用を指導、フィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページの定期的な更新や広報誌の定期発行などによって、住民向けの様々な催しの案内や医療サービスの内容、受診や入院の手続き、種々の診療実績などの情報を発信している。また、登録医向けに診察担当表の発送や診療案内・年報の発行などの情報発信を適切に行っている。

地域の医療機関等との連携については、地域医療連携室により地域の医療機関・施設の機能等の把握と情報連携、紹介患者の受け入れ、紹介元医療機関への受診報告などが適切に行われている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動に関しては、住民向けの様々な講演会の開催や自治会の催しへの参加のほか、地域医療機関向けの講演会やカンファレンス開催などの取り組みを適切に行っている。

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、院内外への表示や掲示にて明確にしている。受付手順に沿って、初診・再診の手続きを適切に行っている。紹介患者の受け入れは地域医療連携室が適切に行っている。緊急性に対応した各科との連携、インフルエンザなどの感染症患者の受け入れも手順に従って適切に行っている。外来では患者問診票や看護師による予診などから情報収集し、診療に反映され、医師からの患者への説明と同意は適切になされている。医師は診断的検査の必要性を説明して、看護師が同席して同意を得ている。特に、侵襲的な検査中は患者状態を観察・計測し、経過観察用紙を用いて記録している。入院の必要性は医学的に判断し、患者への説明と同意は同席者とともに確認して決定している。入院時には、入院計画や看護計画を立案し、入院診療計画書には医師や看護師だけでなく、薬剤師・栄養士・リハビリ療法

士も参加して記載するなど、適切に診療計画を作成している。なお、クリニカル・パスは、診療科別適用率に格差があり、適用率の低い診療科への介入が期待される。患者・家族の相談は、相談内容によって社会福祉士・看護師が院内外のスタッフと連携して適切に対応している。

医師は、毎日の回診や他科との合同カンファレンス、多職種が介入した検討会などで治療方針や支援方針を検討・決定するなど適切に病棟業務を行っている。看護師は、患者の身体面・精神面のニーズを入院時の患者情報等により把握し、心理的・社会的ニーズを早期に把握して、診療の補助や生活援助に努めている。薬剤師が各病棟に配置され、持参薬管理、服薬指導や薬歴管理などを行っている。入院・退院時の服薬指導率や内服薬の一包化率は高く、さらに内服薬は必要に応じて看護師が直接服薬を確認するなど、評価される。抗がん剤の調製・混合は全て薬剤師が専用調製室で混合し、清潔かつ安全に提供している。輸血の適応は医師が適正に判断し、患者・家族に説明・同意を得て、適切に行っている。また、投与中・投与後の患者状態・反応の観察と記録を確実にしている。手術は術前カンファレンスで検討して、同様に麻酔に関しては麻酔科術前外来を受診し、それぞれ必要性和リスクを十分に患者・家族に説明し同意を得ている。術前・術後の申し送りや患者確認、開創前のタイムアウトを全症例に実施している。重症患者の受け入れは、HCU入室基準により24時間受け入れ体制を整備している。患者は基本的には主治医が受け持つが、夜間・緊急時にはHCUの担当医や当直医などの支援がある。

褥瘡発生のリスク評価を行い、褥瘡チームの介入も含めて予防・ケアを適切に行っている。入院時に、全患者に栄養スクリーニングを行い、栄養計画を作成し個々にあった栄養指導を行っている。疼痛緩和の援助がマニュアルとして作成されており、疼痛緩和ガイドラインでエビデンスに基づいた症状緩和を行っている。リハビリテーションは、医師からの指示を受け、リハビリ療法士が心身・活動評価に基づいて検討を加え、患者・家族の要望を織り込んだ実施計画書に沿って適切に行っている。急性期の入院加療後には、必要に応じて自院の回復期リハビリテーション病棟で継続的なリハビリテーションが維持できる体制を整えている。身体拘束は、身体拘束ガイドラインに沿って、人権に配慮した取り組みが行われている。

退院支援マニュアルのもと、退院支援スクリーニングを実施し、患者・家族の意向を尊重しながら多職種で退院支援を行っている。また、入院時から退院を見据えたカンファレンスを行っている。退院前調整会議（拡大会議）では在宅医・訪問看護師・ケアマネジャー等と連携を図り、継続した診療・ケアを実施している。ターミナルステージへの対応手順等を整備している。患者・家族の意向を尊重した診療・ケア計画を立案し、多職種カンファレンスなどを通じて最善の療養環境の整備に努め対応している。

<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に関する来院患者の診察や退院後の外来診療は適切に対応しているが、診断的検査では嚥下造影検査の手順の見直しと実施が期待される。入院判定および入院診療計画書作成は適切であるが、リハビリテーション総

合実施計画書は、患者・家族の希望について記載の充実を望みたい。医療相談を必要とする患者・家族に対して適切に対応しており、患者は円滑に入院できている。

回復期リハビリテーション病棟の医師業務は適切に実施しており、地域のリハビリテーション医療の指導的立場として今後の活躍が期待される。また、看護・介護職業業務では、介護職の専門性の尊重およびFIMの評価手順は評価できる。褥瘡への取り組みは適切に行っているが、リハビリ栄養については今後の取り組みが期待される。理学療法は初期評価や訓練の充実が期待される。作業療法では高次脳機能評価・スプリント療法・神経リハビリの充実、言語聴覚療法では嚥下機能評価・高次脳機能評価・聴能評価の充実が望まれる。また、身体抑制は、手順を整備し適切に実施されているが、リハビリ療法士の専門性を発揮した取り組みがされると良い。

入院から、退院支援に向けた業務プロセスや役割分担が明確になっており、家屋評価なども工夫して行われ、適切に取り組んでいる。退院後の継続した診療・ケアは、外来で切れ目のない確実かつ円滑な対応がされており高く評価したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では処方鑑査、疑義照会、副作用報告などを適切に行っている。採用医薬品の品目削減に向けた取り組みもなされている。無菌調製処理時の運用手順を整備し、薬剤師はクリーンベンチを使用して高カロリー輸液製剤等を調製・混合して、全診療科に払い出すこととし、また、配合禁忌などの薬剤情報を院内LANや病棟に配布・掲示し、情報共有している。臨床検査は24時間365日体制を整備し、内部精度管理、外部委託業者の精度管理を適切に行っている。画像診断機能はCT・MRIを設備して、専門医による読影が100%なされている。見落とし防止の取り組みとして未読・既読システムを導入するなど適切に行っている。栄養管理機能は、適時・適温配膳、患者の特性・嗜好に応じた対応を行っている。調理室内の清潔管理、温湿度管理、職員の健康管理、食事の評価・改善なども適切に行っている。

リハビリテーション機能は、十分な人員を配置し、心大血管・脳血管・運動器・呼吸器疾患などのリハビリテーションを行い、適切に対応している。診療情報管理機能では、電子カルテにより診療情報を一元的に管理しているが、量的点検は、監査・点検すべき診療記録の内容を明確に定めるなどして、一層の充実を図ることを期待したい。医療機器は、臨床工学科が一元管理し安全に使用できる体制を確立している。洗浄・滅菌業務は中央化され、滅菌の質保証も行っている。

病理検査業務は標本作成は外部委託しており、病理診断は医大の病理部門に依頼している。病理医の確保もしくは体制の整備が望まれる。輸血検査業務および輸血用製剤は臨床検査室が一元管理し適切であるが、術中・術後の大量輸血患者数が増加しており、T&SやMSBOSを導入して血液製剤廃棄率の減少に努められたい。手術・麻酔機能は適切に発揮している。また、集中治療機能も入室基準・退室基準・HCU業務マニュアルに沿って適切に実施している。救急告示病院で、二次救急指定病院として適切な体制を整備して救急医療を行っている。

10. 組織・施設の管理

中期5か年計画に基づき年次事業計画・投資計画を策定し、予算・実績管理や種々の経営指標の分析等を適切に行っている。医事業務では、窓口の収納業務や診療報酬請求事務などを適切に行っている。業務委託は限定的だが、業者選定は提案内容や経済性などを踏まえて検討し、管理監督を適切に行っている。

施設・設備の日常管理や計画的な保守点検、修繕および医療ガスの安全管理、院内の清掃、廃棄物の処理などを適切に行っている。物品管理では、院内SPDを導入して院内への供給や在庫管理、使用期限管理などを行っている。なお、ディスプレイ製品の再利用については、コスト面のメリットと事故発生時のリスクを考慮し、病院方針を再検討することが望まれる。

災害発生時の連絡体制や職員の行動基準等の初動体制を定め、食料・飲料水の備蓄、災害対応準備を適切に行っている。保安業務は、院内外の巡視や施錠管理、緊急時の対応などを適切に行っている。医療事故等は、院内検証を行い、患者・家族に誠実に対応している。原因究明と再発防止にも組織的に取り組み、適切である。

11. 臨床研修、学生実習

協力型臨床研修病院として、卒後臨床研修プログラムに則った研修医の教育を行う仕組みがある。また、看護部門におけるキャリア開発ラダーによる初期研修のほか、薬剤師や臨床検査技師などについても、一定の教育期間を設定し、専門職種に応じた初期研修を行っている。さらに、看護師や各種医療技術職等を目指す学生の臨床実習を受け入れ、実習にあたっては医療安全や感染制御、個人情報保護などに関するオリエンテーションを開催するなど、学生実習を適切に行っている。

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	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	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	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	B
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	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	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	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	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	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	B
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	A
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	B
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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	B
2.2.17	理学療法を確実・安全に実施している	B
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	B
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	B
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	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	S

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 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：医療法人新生会 総合病院高の原中央病院
 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)
 I-1-3 開設者：医療法人
 I-1-4 所在地：奈良県奈良市右京1-3-3

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	199	199	+0	84.9	15.5
療養病床	50	50	+0	96.9	54.3
医療保険適用	50	50	+0	96.9	54.3
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	249	249	+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)	8	+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	6	+0
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)

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

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	441.85	419.91	424.92	105.22	98.82
1日あたり外来初診患者数	42.27	42.69	42.82	99.02	99.70
新患率	9.57	10.17	10.08		
1日あたり入院患者数	167.37	164.63	166.99	101.66	98.59
1日あたり新入院患者数	11.22	11.84	11.71	94.76	101.11