

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「緩和ケア病院」・「慢性期病院」・「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7月22日～7月23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	緩和ケア病院（副）	認定
機能種別	慢性期病院（副）	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2
該当する項目はありません。
- ・機能種別 緩和ケア病院（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。
- ・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、2013年の開院以来、医療・保健・福祉・教育など多分野を全国で展開する蔡会グループの病院として、24時間の救急医療体制を整備し、地域の急性期医療ニーズに幅広く応えてきた。また、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟、慢性期病棟を有するケアミックス病院として、地域のクリニックや介護施設、在宅部門と連携し、切れ目のない医療を提供している。さらに、集中治療室やDSA血管撮影装置、ハイブリッド手術室を整備し、低侵襲循環器治療やがん免疫療法外来など、専門性の高い医療にも対応できる体制を備えている。看護師や療法士など医療従事者の養成にも積極的で、同法人の大学・専門学校の学生実習や近隣学校の教育支援を行うほか、EPA看護師の育成にも取り組み、多文化職場づくりを進めている。

病院機能評価は3回目の受審となるが、審査を通じて医療の質改善に取り組む姿勢が確認できた。今回の受審が貴院の今後の発展に少しでも役立つことができれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念をわかりやすい内容で明示している。病院運営の意思決定は幹部会議にて行っており、決定された事項は所属長や医師が出席する会議にて周知している。年度事業計画に基づいて部署ごとに目標を設定し、年度末に達成度評価を行っている。病院幹部は、職員の就労意欲を高めるため日々努力している。院内で取り扱っている情報システム等を一元的に管理し、停電時や障害発生時の対応フローを整備している。院内の文書については、文書管理台帳の整備と一元的な管理が望まれる。

学校訪問やインターンシップ制度の導入などを通じて人材の確保に努めている。人事・労務管理はおおむね適切に行われているが、職員の健康診断において毎回数名の未受診者がいるため、勤務調整を行い受診しやすい体制を整備するとともに、未受診者に対する督促を強化されることが望まれる。院内保育所の設置や職員寮の整備など、職員にとって魅力ある職場となるよう積極的に取り組んでいる。職員への教育・研修として、全職員向けの研修や新入職員研修などを実施している。人事考課制度を導入し、職員個別の能力評価に応じて賞与等の処遇に反映している。専門職種に応じた初期研修プログラムを整備しており、近隣の学校からの学生実習も積極的に受け入れている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は定期的に見直しを行っており、子どもの権利についても策定している。説明と同意に関する方針は明文化されており、マニュアルが整備されている。入院案内には患者氏名の確認や感染対策のお願いなど、協力依頼が記載され患者参加を促している。患者の理解を深める支援として、診療科別のわかりやすい医療情報ポスター掲示を行っている。医療福祉相談室を設置し、専門資格を持った職員が多様な相談に応じている。個人情報の取り扱いに係る方針を作成し、個人情報保護に関する院内規程を整備している。病室に患者名を表示しないなど現場でもプライバシーに配慮されている。倫理についての方針は明文化されているが、現場で検討された倫理的課題について組織的な検討を継続的に行える仕組みの整備が望まれる。また、研修会やカンファレンスなどを通じて、職員個々が倫理的課題への認識向上が図れるような取り組みを期待したい。

障害者用駐車場や車いす、廊下、階段、トイレ等への手すりの設置など、バリアフリーを確保している。病院内は採光にも配慮され全体的に明るく、病棟・外来とも診療・ケアに必要なスペースが確保されている。敷地内禁煙の方針を徹底し、患者へは禁煙外来を実施するなど支援している。

4. 医療の質

職員および患者から意見・要望を収集し、質の向上委員会や患者サービス接遇委員会で継続的に検討し解決に結びつけ、多くの改善実績を残している。収集された臨床指標については、ベンチマークを実施するなど継続的な改善活動につなげることが望まれる。意見箱を設置しており、患者から収集した意見を組織的に検討して回答・対応策を院内掲示でフィードバックしている。新たな診療・治療方法、技術の導入や薬剤の適応外使用などは、各診療科で協議・検討した後に必要に応じて外部委員も参加する倫理委員会にて審査する体制がある。

病棟には責任者および担当者が明示されており、主治医不在時は代行医師が掲示され、周知している。看護師長不在時も代行者が決められており、役割が引き継がれている。診療科共通の略語および診療科ごとの略語をまとめた略語集を電子カルテに掲示し、全職員が利用可能としている。診療記録の質的点検は、医師の経過記録8項目、看護師の経過記録の3項目など全60項目について診療情報管理委員会のメンバーが点検を開始したところである。多職種からなる専門チームは組織横断的に患者を支援している。定期的にラウンドやカンファレンスを行い、方針やケアについて検討している。

5. 医療安全

医療安全対策室は病院長直属で副院長を医療安全管理責任者とし、専従の看護職が各種報告を掌握して医療安全対策マニュアル等を整備するなど、組織的に推進している。インシデント・アクシデント報告を収集し、原因分析と対策の立案を行い周知徹底している。医療事故発生時の対応マニュアルを定め、初動体制も明確になっており、事案に応じた適切な対応を行っている。

患者誤認対策は、患者本人にフルネームと生年月日を名乗ってもらうことを基本とし、ネームバンド等による確認を行うなど確実な誤認防止に取り組んでいる。入院時、全患者に転倒リスクのアセスメントを行い、転倒転落防止の対策の立案、見直しを行っている。医療機器に操作手順や管理方法を添付し、看護師等への教育も行い安全に使用している。院内の緊急コード「コードブルー」を設定し、職員全体に周知して患者等の急変時に備えている。臨床検査のパニック値に関しては、報告すべき項目と基準値が明確に定められており、該当する結果は担当医へ直接電話で報告している。全病棟に担当薬剤師を配置し、薬剤の安全な使用に向けた各種の介入を適切に実施している。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が定期的開催され、多職種で感染対策に関する情報共有が図られている。病院長直属の院内感染対策室が管理を担い、ICTは環境や抗菌薬適正使用のラウンドを実施、血液培養陽性や耐性菌検出時には即時にサーベイランスを行い、迅速な対応を図っている。感染対策マニュアルや抗菌薬適正使用ガイドラインは整備・改訂され、情報端末で随時閲覧可能である。抗MRSA薬やカルバペネム系薬などの使用は薬剤師が適正性を確認している。全職員対象の研修や職種別研

修を実施し、感染防止の啓発を継続している。地域感染制御協議会への参加を通じて、院外との情報共有・連携も適切に行っている。

感染対策マニュアルに基づき、手指衛生、感染経路別予防策、個人防護具の装着などについて、感染対策委員会等を中心に教育している。感染専任看護師とともに多職種で構成したリンクスタッフが毎週職場ラウンドを行い、各職場へ遵守状況をフィードバックしている。抗菌薬適正使用ガイドラインが整備されており、情報端末から随時閲覧可能で、職員は適正使用の参考として活用している。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌を年3回発行し、患者および医療福祉関連施設に配布している。また、医療福祉関連施設には外来担当表と地域連携ニュースを送付するなど、最新の情報提供に努めている。近隣の町内会と定期的に意見交換会を行い、病院からの情報提供を行っている。地域連携室が患者支援センターに再編されたことを契機に体制を整え、地域の医療福祉機関訪問を積極的に行っている。連携医登録制度を設け、医療機器の優先利用や定期的な情報提供等の利便性を図るとともに、近隣の医療施設と不整脈治療に関するネットワークを形成するなど自院の強みを生かした連携を図っている。一方、自院で対応できない診療領域では、専門の医療施設との円滑な連携に注力している。

健康管理センターを設置し、川崎市の健康診断の受託や生活習慣病予防検診等、地域住民の健康増進に取り組んでいる。地域住民向けの糖尿病教室を毎月開催し、コロナ禍以前に開催していた健康教室に代わり、医師が専門分野で病状の開設を行う「健康のためのヒント」を発行してホームページや町内会の掲示板に掲示している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

玄関入口に看護師を配置するなど、来院患者が円滑に受診できるようにサポートしている。侵襲性の高い検査への説明と同意、看護師のケアと記録が確実になされている。患者・家族からの医療相談は、患者支援センターが窓口となり、がん相談や退院先の調整など様々な相談に対して多職種で対応している。入院案内は患者支援センターにて、多職種で連携して患者が不安なく入院できるように配慮している。看護師は患者の身体的・精神的・社会的なニーズを把握し、多職種と協働して転倒転落防止や褥瘡ケアなどを実施している。輸血の適応は、輸血取り扱いマニュアルに則り患者に説明し、同意書を取得している。手術および麻酔に関しては、それぞれ主治医と麻酔科医によって説明を行い、同意を得ている。ICUへの入室は、入退室基準に基づき決定している。褥瘡対策フローチャートに沿って寝具が選択できる仕組みを整備している。入院時、全患者に栄養スクリーニングを実施し、必要に応じて言語聴覚士が嚥下機能向上を支援して患者に合わせた食事を提供している。多職種からなる緩和ケアチームは、定期的に病棟ラウンドを行って介入が必要な患者の支援を行っている。

身体拘束は極力実施しない方針だが、必要な場合は説明と同意を得て実施し、拘

束中は毎日多職種による解除に向けたカンファレンスを行っている。早期から退院に向けた検討が行われており、患者・家族に意向を確認しながら多職種で退院支援を行っている。在宅療養の方向性の検討は早期より多職種で開始されている。ターミナルステージの定義、判断基準を明確にし、患者・家族の意思を尊重している。

<副機能：緩和ケア病院>

緩和ケア科外来は設置されていないが、各診療科の外来では定期通院の緩和診療に対応している。緩和ケア病棟では、医師、看護師を中心に多職種が専門性を発揮しながら協働し、患者・家族を支えるチーム医療を円滑に進めている。患者の受け入れから入院決定までの過程や運用に関わる手順を整備し、病態に応じた柔軟な体制を構築している。症状緩和に関しては、各種ガイドラインに準じて緩和に対する方針を整備している。患者・家族の意向を重視しながら、病状の進行に合わせた症状緩和に努めている。病棟の看護師を中心にイベントを企画するなど、患者・家族の気持ちを緩和する対応や患者の QOL 向上に向けた生活機能の自立等の支援に取り組んでいる。

終末期には、患者・家族の意向を尊重した最善の療養環境に努めている。退院支援を含め、退院後も患者・家族の希望に沿った支援ができる体制を整備している。臨死期・逝去時には、家族の思いと生前の患者の意思に添った個別性のあるケアを実施している。逝去後の遺族支援や遺族会は、感染対策のため中断していたが徐々に再開予定であり、今後も継続することが期待される。

<副機能：慢性期病院>

療養病棟入院判断基準が定められており、多職種参加の判定会議を開催している。医師、看護師、管理栄養士など多職種により入院診療計画書が作成され、診療計画と連携したケア計画を立案して説明と同意を得ている。看護・介護職は、AOI 方式固定チームナーシングおよび PNS 方式によって病棟業務を行っている。医師は、定期的な検査を実施して全身管理を行い、緩和ケアチームが精神面のフォローを行っている。病棟薬剤師の配置があり、病棟の薬剤管理および薬剤の適正やリスクに対して専門的立場で関与している。重症患者の管理は、個室提供による環境調整を行っている。形成外科医師および皮膚・排泄ケア認定看護師を中心とした褥瘡対策チームの活動があり、全入院患者にリスクアセスメントを行っている。栄養管理は、血液検査等から栄養状態の評価を行ったうえで栄養管理計画書を立案している。症状別緩和ケア実施プロトコルが整備され、苦痛・疼痛の客観的評価が行われている。療養病棟入院患者全員に、維持期リハビリテーションの提供が行われており、療養生活の日課となっている。

身体拘束を行わないことを前提とした基本方針が定められ、身体拘束最小化に向けて努力している。退院時には、診療情報提供書や看護サマリー等を送付し、継続した診療・ケアを行っている。緩和ケアマニュアルに沿って、患者・家族の意向に沿ったターミナルステージの対応が行われている。

<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の入院希望患者の家族で見学希望があれば、医療ソーシャルワーカーが対応して受け入れを行っている。入棟後早期に本人・家族に面接し、情報収集後アセスメントを行っている。院内の急性期病棟からの転棟に対しては、事前に回復期リハビリテーション病棟から案内を行った上で柔軟に対応している。看護師・看護補助者の業務マニュアルを作成し、それぞれの専門性を踏まえた役割分担を行い、連携して業務を行っている。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職と病棟看護師が密に連携を取り、「できるADL」と「しているADL」の差をなくす努力を行っている。

入院時、全患者に対して褥瘡リスク評価を行い、リスクが高い患者には形成外科医師や皮膚・排泄ケア看護師が中心に多職種による褥瘡ラウンドを行い、診療・ケアを行っている。退院に向けて患者の社会生活力向上を目指した屋外歩行訓練、調理訓練、復職訓練などを積極的に行っている。退院後継続的な診療、ケアが必要な場合には、多職種で担当者会議を開催し、退院後に必要なサービスを検討して在宅部門と情報共有している。

9. 良質な医療を構成する機能

臨床検査部門については、病院の規模および機能に応じた設備・機器を整備し、ブランチラボにより運営している。栄養管理部門は、定期的に嗜好調査を実施し、毎月行事食、郷土食を提供するなど、飽きない食事の提供に取り組んでいる。診療情報管理部門において、診療情報管理士が中心となって退院患者におけるカルテの量的点検を実施している。医療機器は臨床工学部が中央管理し、日常点検と定期点検を計画的に実施している。中央材料室はワンウェイ化で、使用済み機器の一次洗浄から行い、確実な滅菌の質保証に努めている。

非常勤病理医と臨床検査技師とで多くの組織診・細胞診と迅速凍結切片病理検査、迅速細胞診検査に対応している。輸血製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄は輸血検査担当が輸血管理システムで管理し、24時間対応している。ハイブリッド手術室と無菌手術用手術室を有しており、皮切直前のタイムアウト、閉創時のガーゼカウントや器械カウントを確実に実施している。集中治療室では、管理責任医師を含め多職種で毎朝カンファレンスを実施し、情報と治療方針を共有している。救急告示病院および地域保健医療圏内の二次救急病院、日本脳卒中学会認定一次脳卒中センター、循環器疾患のホットライン対応病院として、24時間365日迅速に対応できる救急体制を整備している。

10. 組織・施設の管理

経営状況は、毎月幹部会議で予算の達成状況や経営分析を行い、課題の検討を行っている。財務諸表等を作成し、法人本部において内部監査と外部監査を実施している。医事業務では、窓口の収納業務を確実にやり、返戻・査定については医師が参加する委員会で対応を検討している。また、未収金対応についても組織的に取り組んでいる。新たに業務を委託する場合は、関係委員会や幹部会で是非を検討し、

委託先の実績・コスト等をまとめ法人本部に協議し、決定する仕組みとなっている。

役割や機能に応じた施設・設備が整備され、中央監視室にて24時間設備の稼働状況を監視している。購入物品の選定に関する手続きを定め、日用品等購入量の多い物品は法人本部で一括購入するなど安価で購入する努力を行っている。物品管理については、SPDシステムを導入し、院内における物品管理の適正化を図っている。災害時の対応マニュアルを整備し、夜間・休日等における連絡体制を確立している。保安業務は、警察・消防のOBを複数名雇用して対応しており、休日・夜間は事務職員が警備している。院内における暴言・暴力発生時には、職員が直ちに駆けつける体制を整備している。

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	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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	B
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	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	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	購買管理を適切に行っている	A
4.6	病院の危機管理	
4.6.1	災害時等の危機管理へ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

機能種別：緩和ケア病院（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	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	緩和ケアに必要な診断的検査・処置を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア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	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	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 と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	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	臨死期への対応を適切に行っている	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	栄養管理と食事支援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	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	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

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	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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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： 2024年 4月 1日～2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025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： AOI国際病院

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)、慢性期病院(副機能)、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 神奈川県川崎市川崎区田町2-9-1

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	208	208	+60	91.4	74.2
療養病床	120	120	-60	99.3	315.6
医療保険適用	120	120	-60	99.3	315.6
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	328	328	+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	1	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	0	-4
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	15	+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	60	+0
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床	60	+60
緩和ケア病床	28	+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：

--

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

診療科名	医師数 (常勤)	医師数 (非常勤)	1日あたり 外来 患者数 (人)	外来診 療科構 成比(%)	1日あたり 入院 患者数 (人)	入院診 療科構 成比(%)	新患割 合(%)	平均在 院日数 (日)	医師1人 1日あたり 外来 患者数 (人)	医師1人 1日あたり 入院 患者数 (人)
内科	4	1.25	75.69	17.48	75.52	24.42	19.36	65.63	14.42	14.38
呼吸器内科	2	0.2	26.18	6.05	63.81	20.63	16.57	50.19	11.90	29.00
循環器内科	6	0.38	47.66	11.01	30.35	9.81	8.93	16.71	7.47	4.76
消化器内科(胃腸内科)	0	0.42	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
腎臓内科	1	0.76	18.94	4.37	0.04	0.01	0.05	10.67	10.76	0.02
神経内科	0	0.07	1.25	0.29	0.00	0.00	6.81	0.00	17.83	0.00
糖尿病内科(代謝内科)	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
皮膚科	0	0.41	25.03	5.78	0.00	0.00	22.24	0.00	61.06	0.00
リウマチ科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
小児科	0	0.77	21.86	5.05	0.00	0.00	56.29	0.00	28.39	0.00
精神科	0	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外科	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
呼吸器外科	2	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
循環器外科(心臓・血管外科)	2	0	2.15	0.50	8.11	2.62	9.02	211.43	1.07	4.05
乳腺外科	0	0	0.50	0.12	0.00	0.00	3.38	0.00	0.00	0.00
消化器外科(胃腸外科)	4	1.53	29.00	6.70	30.39	9.83	19.98	17.91	5.24	5.50
泌尿器科	1	0.42	21.17	4.89	1.96	0.64	9.96	6.21	14.91	1.38
脳神経外科	3	0	18.49	4.27	59.22	19.15	22.55	52.27	6.16	19.74
整形外科	3	1.27	74.22	17.14	24.93	8.06	10.43	26.57	17.38	5.84
形成外科	2	0.2	16.33	3.77	5.94	1.92	17.97	29.10	7.42	2.70
眼科	0	0.3	10.59	2.45	0.00	0.00	15.99	0.00	35.31	0.00
耳鼻咽喉科	0	0.92	26.65	6.16	0.08	0.03	38.60	3.00	28.97	0.09
婦人科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
リハビリテーション科	1	0	0.00	0.00	8.55	2.77	0.00	65.73	0.00	8.55
放射線科	1	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
麻酔科	3	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
病理診断科	0	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
歯科口腔外科	2	0.17	17.23	3.98	0.39	0.13	34.88	2.06	7.94	0.18
緩和ケア科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	0									
全体	39	9.66	432.95	100.00	309.30	100.00	18.98	34.69	8.90	6.36

I-2-2 年度推移

年度(西暦)	実績値			対前年比%	
	昨年度 2024	2年前 2023	3年前 2022	昨年度 2024	2年前 2023
1日あたり外来患者数	432.95	425.54	454.64	101.74	93.60
1日あたり外来初診患者数	82.17	100.84	106.36	81.49	94.81
新患率	18.98	23.70	23.39		
1日あたり入院患者数	309.30	306.64	299.59	100.87	102.35
1日あたり新入院患者数	8.94	8.54	8.25	104.68	103.52