

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」及び副機能種別「一般病院1」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26日～3月27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	リハビリテーション病院	認定
機能種別	一般病院1（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 リハビリテーション病院
該当する項目はありません。
- ・機能種別 一般病院1（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、上尾中央医科グループのケアミックス型病院として1980年の開設以来、地域住民が求める医療機能の整備と拡充に努められ、常に地域に密着した医療活動を展開されて来た。地域に向けた活動では、地域リハビリテーション活動支援としての介護予防教室や認知症予防プログラムによる認知症サポーター養成支援をはじめ、様々な地域活動を実践している。また、病院業務には多職種職員が自主的且つ積極的に参画しており、目標管理手法を用いた組織的、計画的な運営を特徴としている。また、医科グループと病院では、様々な分野の職員研修を実施しており、人材のスキルアップによる医療機能と医療サービスの質向上に継続して取り組んでいる。

今回の病院機能審査は、更新受審であるが、病院長、看護部長、事務長の病院三役と多職種の若い職員が結束して臨まれ、職員同士の連携を見ても風通しの良い職場環境であることが確認できた。貴院が、これからも地域との関係を重んじ、医療と介護の提供を通じた地域住民の健康増進に寄与され、地域貢献されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

信頼と思いやり、礼節による患者中心の医療の実践を理念に掲げ、理念・基本方

針の見直しと年次事業計画は、年度当初、病院長から職員に、方針と内容を伝えている。病院運営は、組織図、会議・委員会機構、職務分掌を設け、指揮命令系統を明確にしている。計画的な組織運営に努め、法人目標と連動した病院目標は目標管理システム運用により、進捗を四半期ごとに確認している。情報管理は、方針と規程を定め、診療情報を中心に院内で発生する情報全般を診療情報管理室が管理している。

病院業務に必要な人材は、毎年4月に院内各部門の責任者と協議を行い、計画的な採用活動を行っている。人事・労務管理は、労働基準法第36条届出を取得しており、働き方改革にも対応している。医師や職員の負担軽減として、医師事務作業補助者による代行入力作業などを行っている。労働安全衛生委員会は、月次開催され、職員の時間外労働の縮減、職業感染防止、職員の精神的サポート、職場環境向上のための諸課題を検討している。魅力ある職場づくりのため、法人グループ主導による職員意識調査とやりがい度調査を行い、職員の意見や要望の収集に努めている。

職員の教育・研修は、医療安全管理や感染対策などの必須研修の他、必要性の高い研修として医療倫理や患者の権利、接遇などの研修を計画的に実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、6項目から成る憲章と、さらに2024年1月に「子どもの患者さんの権利に関する憲章」を新たに制定しており、取り組みは評価される。説明と同意は、方針、基準・手順書を設け、丁寧で分かりやすい説明を心掛けている。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、「パートナーシップに関する方針」を設け、様々な診療場面での患者参画を促す取り組みを実践している。患者支援体制として地域連携課に医療相談室、地域連携室、在宅支援室を設け、社会福祉士、精神保健福祉士、看護師、介護福祉士、介護支援専門員、医療対話推進者等が院内多職種と連携し、専門分野に応じた支援に努めている。個人情報保護は、病院方針とソーシャルサイトポリシーをホームページに明示し、個人情報の取り扱い規程を定め、職員研修を実施している。

病院内はバリアフリーで廊下や階段には手摺を設け、高齢者や障害者が必要とする車椅子や必要備品の管理は総務課が対応している。診療・ケアに必要なスペースも十分に確保しており、病室のドアの開閉についても患者のプライバシーに配慮している。病院は、全館禁煙、敷地内禁煙であり、遵守状況について敷地内ラウンドを行っている。職員の禁煙に関する課題は、労働安全衛生委員会で検討している。

4. 医療の質

受動的な医療サービス改善活動として、意見箱と相談窓口を運用しており、能動的な業務の質改善活動では、業務改善委員会を設けワークアウトチーム活動として年間計画を策定、組織的に対応している。学会等のガイドラインを基準として、標準的な診療とリハビリテーション訓練の提供に努め、Minds ガイドラインライブラリを活用している。クリニカル・パスは、地域連携パスのほか、院内パス63種類

を作成・運用し、適用率は約 50%である。患者・家族の意見や要望を病院運営に役立てることを目的に意見箱を設け、患者満足度調査を実施している。患者・家族の意見や要望によって改善が図られた事例では、院内案内表示の分かりやすさへの工夫がある。また、法人グループのワークアウト大会での改善事例としては、オムツごみの廃棄方法の変更の発表を行っている。

診療記録は、記載マニュアルに則って電子カルテ上に記録しており、カルテには患者の病態、回診記録や検査結果の評価などが適時記載されている。また、質的点検はチェックリストに基づき実施され、医師記録は医師による点検を行っている。点検結果のフィードバックも適切である。多職種協働の活動は、各専門職の介入計画を一元管理した治療方針を共有しており、質の高い医療の提供を目指し、患者および診療情報の交換と共有を積極的に行っている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理指針に明文化され、医療安全専従看護師を配置している。院内のインシデント・アクシデントの報告は、タイムリーに共有される仕組みで発生情報の収集と分析を行い、対策を検討している。転倒事例は 48 時間以内に多職種でカンファレンスを開き、対応を検討している。医療安全管理に係る重大事案や医療事故発生の原因究明と再発防止策は、医療安全対策委員会に付託し、検討を行う仕組みである。

誤認防止は、医療安全マニュアルにルールを明記しており、採血や注射時はバーコード認証を行い、指示内容とラベルおよび採血管は、検査ラベル発行一覧と照合したチェックを行っている。医師の指示受けや実施状況は電子カルテ上でリアルタイムの確認が可能である。口頭指示受けは、手順を定めて遵守しているが、口頭指示を受ける際に用いる電子カルテ上のテンプレートは、フリーの記述式である。向精神薬および麻薬の保管・管理は適切である。オーダーリングシステムおよび薬剤部門システムは、アレルギー、重複投与、過量投与などに対する回避機能を有している。医療機器の使用マニュアルを明文化しており、保守点検は年 2 回実施している。医療機器使用中の動作確認などもルール化されている。院内緊急コードは、コードブルー、コードホワイトを設定し、全職員が BLS 研修に定期的に参加しており、参加率は 100%である。

6. 医療関連感染制御

感染制御対策の検討・立案を行う感染対策委員会の委員長は病院長であり、必要な対策を迅速に決定することが可能な体制である。また、決定した対策の実行を統括するため病院長直轄の組織として感染対策室を位置付けている。権限移譲の明確化を図るために、院長不在時等における権限移譲についても規程内に明文化している。院内における日々の感染症発症者等の状況を把握し、必要に応じた対策を迅速に検討、実行している。ICT は耐性菌検出、抗菌薬使用量、手指消毒剤使用量実績等々の情報を収集し、月次毎の各データを感染対策委員会の場で適切に検討している。

医療関連感染制御に関するマニュアル・指針は整備されている。マニュアル、指針に沿った手洗いを行い、手指消毒剤を配置している。職員個々に手指消毒剤を携帯し、使用量のモニタリングを行っている。院内抗菌薬は、適正使用指針を定め、抗菌薬の適正な使用に取り組んでいる。指定した抗菌薬は届け出制とし、使用の適切性を感染制御認定薬剤師らがチェックしている。また、同一抗菌薬が7日以上に渡って投与された場合には、ICTが行う抗菌薬ラウンドの介入、指導の対象としている。

7. 地域への情報発信と連携

病院情報の地域への発信は、広報誌を年3回発行し、公開講座を2023度実績で44回開催している。広報誌の編集発行とホームページの更新管理は、多職種で構成する広報委員会が担当している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と地域連携活動は、地域連携課が担い、連携先医療機関や介護施設の情報をリスト化し、患者の紹介・逆紹介が迅速に行えるよう配慮している。連携先医療機関との前方連携と介護施設・事業所、障害者支援事業所との後方支援に積極的に取り組んでおり、連携上の課題抽出を目的に地域の病院・クリニックへの定期訪問活動を行っている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動として、病院では地元の大和市からの委託事業である地域リハビリテーション活動支援や認知症予防プログラム、神奈川県健康支援プログラム等に参加・登録している。また、言語聴覚士は市内の失語症友の会に参加し、助言・協力している。リハビリテーションスタッフが近隣の介護老人保健施設、通所介護事業所、グループホーム等に出向き、機能訓練指導員と協働して施設利用者のアセスメントや訓練計画の立案・見直しを支援している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来診療は、原則予約制であり、予約方法をホームページで説明している。患者が必要とする担当医、診療時間等の外来案内も詳細内容を明示している。侵襲度の高い項目であると指定された検査の実施には、説明と同意書を用いて、同席者を配置したうえで同意を得て実施している。入院の検討は、入院判定会議でリハビリテーション適応と全身管理を行う際の課題の検討を経て決定している。リハビリテーション総合実施計画書とリハビリテーションプログラムは、多職種の初期評価とアセスメント結果に基づいてカンファレンスを行い、作成している。医療相談は、相談内容に応じた各職種との情報共有とカンファレンスを行い、適切に対応している。

医師は、毎日患者を診察し、回診の結果と評価をカルテ内に記録し、病院業務の様々な場面でチーム医療における指導的役割を果たしている。看護師・看護補助者による病棟業務は、看護基準・手順を活用し、個々の入院患者の求めに応じた看護・ケアを提供している。投薬・注射は、誤配薬を防ぐために、入院患者の内服処方基本的には一包化しており、ベッドサイドでの確実な服薬確認を実践している。褥瘡の予防・治療は、褥瘡チームに専任の皮膚科医がメンバーとして加わり、定期的な褥瘡回診を行っている。栄養管理は、入院時、MNA-SFを用いた栄養スクリー

ニングを行い、必要に応じて NST が介入と管理栄養士による栄養管理計画書の作成が行われている。症状の緩和方法は、基準・手順をマニュアル化している。理学療法、作業療法、言語聴覚療法の各療法の実施は、入院後速やかに初期評価およびリスク評価を行い、計画に基づく系統的な理学療法訓練を実施している。また、定期的にカンファレンスを実施し、プログラムの妥当性を検討している。障害別の基準プログラムを用意し、療法士の経験年数による技術差を生じさせないように、適切な評価に基づく標準的訓練の提供に努めている。患者のベッドサイドに ADL 表を表示し、チームで患者の ADL 状況を共有し、患者個々の活動に応じた生活機能の向上を目的に車椅子自走、介助傳保歩行などに積極的に取り組んでいる。身体拘束は、看護基準や拘束マニュアルを整備、活用している。マニュアルに基づく切迫性、非代替性、一時性の身体拘束三原則を確認している。退院計画の検討は、定期面談前に多職種で行っている。退院後の安全な生活に向け、療法士を主とした看護師・MSW の同行により早期に家屋調査を行い、社会資源の活用等、住宅改修、福祉用具の提案を行っている。

<副機能：一般病院 1>

初診患者は、各科の間診票に記載を行い、事前に看護師が観察とトリアージを行った上で、診療の優先順位を考慮している。外来での侵襲的検査は、医師の説明時にメディカルクラークが同席し、患者・家族の署名を得て行っている。他の医療機関からの入院依頼は、地域連携室が紹介患者の全体把握を行っている。また、ベッドコントロール会議で空床管理を行い、入院待機期間の短縮に努めている。自院での治療が可能な範囲を明確にし、他院での治療が必要な場合には紹介先を決めている。外来診療における入院の決定は適切である。医師は入院後速やかに他職種と共同した入院診療計画書を作成しており、可能な限りクリニカル・パスを適用している。看護計画・栄養計画書・リハビリテーション総合実施計画書の作成は適切である。医療相談は、必要に応じて入院後速やかに地域連携室が対応しており、院内の患者の診療情報の共有を図り、地域のカンファレンスにも積極的に参加している。入院決定時の案内や入院当日の病棟オリエンテーションは、冊子を用いて行っている。

医師は毎日回診を行い、スタッフとの情報共有を図りながらチーム医療の中心者として病棟業務に対応している。看護師は、患者・家族の個別ニーズを把握し、看護計画に反映させており、詳細な看護業務基準と看護業務手順を策定し看護業務の規範としている。内服薬は、配薬カートを用いて患者誤認を防いでおり、一般注射薬の調製・混合は使用現場にて看護師が実施しており、抗がん剤および TPN は薬剤師が薬剤部内で調製・混合している。輸血マニュアルを設け輸血療法を安全に実施しており、輸血療法実施時には、患者の観察項目と観察のタイミングを定め、安全な実施に努めている。手術および麻酔方法は、手術前に患者・家族に十分な説明を行ってから同意を得ている。常勤麻酔医が術前訪問とリスク評価を行い、手術室担当看護師も術前訪問をしている。手術室からの退室基準を定め、覚醒確認を行った上で退室しており、病棟内の重症者等療養環境病床で重症患者を管理している。褥

瘡予防は、入院患者全員に危険因子のスクリーニングを実施し、DESIGN-R を用いたステージ分類を行い予防・治療に努めている。入院患者全員に栄養スクリーニングとして、SGA を用いた評価を行い、適宜 NST が介入し、栄養管理計画書を作成している。症状緩和の方針に基づき、疼痛に関する評価はフェイススケールを用いている。また、がん性疼痛には、緩和チームがカンファレンスを行っている。医師は、リハビリテーション処方を行い、実施に伴うリスクおよび中止基準を記載している。リハビリテーション総合実施計画書は、主治医と担当セラピストが記入し、説明の上で患者・家族に渡している。身体拘束は、安全対策小委員会の身体拘束班が把握しており、身体拘束開始の際には必ず医師が指示記載を行い、説明の上で同意を得ている。入院患者には、入院後 5 日以内に退院支援スクリーニングシートを用いた多職種評価を行い、退院支援に努めている。退院後の生活に課題がある患者には、入院後と退院前の 2 回の家屋調査を実施し、退院に向けた準備を行っている。倫理に関する規定に終末期医療に関するガイドラインが記載され、ターミナルステージの判断プロセスを明確にしている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、注射薬は 1 施用で取り揃え払い出している。調製・混合が必要な TPN 輸液製剤は、全て薬剤師がクリーンベンチ下で払い出しており、カリウム製剤の調製・混合にも関与している。臨床検査機能は、夜間・休日においても臨床検査技師の日当直体制によって、全ての検査が 24 時間実施可能な体制である。画像診断機能において、重大な所見レポートは、安全対策担当者がリストアップを行い、依頼医による検査オーダーなど次の段階へのアクションの有無までを追跡・督促する体制であり、評価できる。栄養管理機能は、調理室の衛生管理と調理従事者の健康管理を行い、食事提供は大量調理マニュアルを活用している。リハビリテーション機能は、総勢 79 名の療法士が在籍し、頻回のカンファレンスなどを通じた適切な情報共有に努め、質の高いチーム医療を展開している。診療情報管理は、電子カルテ運用による診療情報・診療記録の体系的・一元管理に対応しており、量的点検はチェックシートを活用している。洗浄・滅菌機能は、清潔不潔の交差防止に努め、各種インディケーターを活用し、既滅菌物の管理を行っている。

病理診断機能における病理診断検査は、全て外部委託で行っており、検体受け付け・外部委託・報告書の受領と配信など一連業務は担当者を定め、手順に則って実施している。輸血・血液管理機能では、輸血管理に関する検査や発注・受渡し等の一連の業務を臨床検査技師が担当、24 時間実施可能である。手術・麻酔機能は、手術室 2 室を保有し、年間約 1000 件の手術を実施している。常勤麻酔科専門医 1 名が在籍し、全身麻酔および硬膜外麻酔手術は全て麻酔科医が麻酔管理している。救急医療機能は、救急告示病院として年間約 1400 件の救急患者を受け入れており、地元医療圏の夜間・休日救急輪番制度にも参加している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、年次事業計画と連動する形で院内各部署の意見・要望のヒアリング

を行い、病床稼働と診療単価等の経営資料の振り返りを含め策定している。経営状況の把握は、試算表で月次収支の確認を行い、経営課題の抽出と検討を行っている。医事業務における保険請求業務は、レセプトの病名確認や返戻・査定業務に医師の関与を得ている。施設基準の遵守は、総務課が必要人員配置基準を管理し、医事課が施設基準に係る各種数値管理を担当している。委託業務の是非の検討と委託先の選定は、委託業務管理規定に基づき、見積もりやグループ病院の実績などを比較・精査している。

施設・設備の管理は総務課が管理し、夜間・休日は警備員が対応している。また、対応困難時は、総務課職員のオンコール体制である。電気、ガス、水道、医療ガス、防災設備等の日常点検と保守点検・検査は年間の保守計画表に基づき管理し、点検結果報告書を残している。購買管理における医薬品の採否と購入は、薬事審議委員会で決定している。医療材料、医療消耗品は、法人グループの医療材料購入に関する指針に基づき購入している。指針以外の材料購入は、申請書による評価を行い、購入の可否を検討している。

災害時の対応は、消防計画を設け、防災マニュアルには火災発生時や停電時の対応や地震対策を含めており、院内各部署に配布し周知に努めている。保安業務は昼夜を問わず連続しており、警備会社だけに頼ることなく病院職員が協力して事務当直業務を行っている状況は、火災や地震、様々な自然災害、防犯上の観点からも病院運営全般におけるリスク低減と危機管理の面からも高く評価できる。

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	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	S
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	A
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	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	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	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

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	
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	S
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	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	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	S

機能種別：一般病院 1（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	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	栄養管理と食事支援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	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

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 年 11 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：医療法人社団哺育会 桜ヶ丘中央病院
 I-1-2 機能種別：リハビリテーション病院、一般病院1(副機能)
 I-1-3 開設者：医療法人
 I-1-4 所在地：神奈川県大和市福田1-7-1

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	171	171	+0	86.5	40
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	171	171	+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	86	+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	40	+0
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 (DPC標準病院群)

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

[illegible]

2. 年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	265.24	278.15	250.56	95.36	111.01
1日あたり外来初診患者数	53.03	54.18	49.64	97.88	109.15
新患率	19.99	19.48	19.81		
1日あたり入院患者数	147.24	148.56	153.31	99.11	96.90
1日あたり新入院患者数	3.67	3.65	3.84	100.55	95.05