

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5月26日～5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 一般病院2 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 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

貴院はクリニック、訪問看護ステーション、ケア施設の他、体力科学研究所を有する法人グループの中核を担う病院で、急性期医療、回復期リハビリテーション、地域包括ケアに対応している。整形外科の専門病院として開設された沿革があり、循環器や糖尿病などへの対応が拡大しているものの、依然として整形外科機能およびリハビリテーション医療機能が突出しており、当該領域において地域で果たす役割も大きい。SDGs 未来都市の指定を背景に、病院としてもSDGs 宣言を発出して、地域医療の向上に法人として寄与していく姿勢を明確に打ち出している。

これまでの病院機能評価の指摘事項にも真摯に向き合い、院内で継続的に改善に取り組んでいることが窺えた。今回の機能評価における評価所見も参考にさせていただき、今後のさらなる病院の向上に役立てていただければ幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念、基本姿勢、基本方針が定められ、定期的な見直しがなされ、周知も図られている。SDGs 宣言に病院としても参加しており、SDGs17ゴールのうち、6ゴールに関連した病院の宣言を発出している。病院の中・長期計画、年次事業計画、部門・部署ごとの目標管理は、病院の統一した方式で実施し、個別具体的な目標設定と定期的な進捗管理が執行部のリーダーシップの下で実施されている。電子カルテ

システムはベンダーと協議し、機能の見直しが実施され、システムの2重化やバックアップデータの保管などデータの保存性も確保されている。文書管理規程は策定され、管理担当部門が定められているが、院内文書の一元管理を強化することが期待される。

施設基準や法定の人員は十分に確保されており、機能向上のための人材確保の努力は継続して行われている。人事・労務管理に関わる諸規程は整備され、職員の出退勤は、ICカードやタイムカードを用いて客観的に把握されている。衛生委員会は適法に実施され、職場環境の安全性、職業感染への対応、メンタルヘルスへの対応等が適切に実施されている。職員の意見箱や個別の面談など職員の意見を聴く機会が設けられ、対応した改善の実績もある。教育推進会議が職員に必要な教育・研修の検討を行い、計画的に実施している。職種ごとに能力評価を実施しているが、病院としてクリニカルプリビレッジに関する方針が定められておらず、部門・部署に能力開発が委ねられているので、今後の取り組みに期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、患者・職員へその周知を図っている。説明と同意の様式は病院として標準化しているが、範囲が狭く説明の内容が医師に委ねられているため、説明書への必要記載事項の見直しを行い、説明書の確認と承認を行うことが期待される。心臓病教室、糖尿病教室などを定期的で開催し、患者の疾病理解を深めるための活動を積極的に実施している。患者支援体制として、患者サポート相談窓口を設け、看護師、社会福祉士等が窓口となり、様々な相談を受け、必要な職種へつなぐ体制をとっている。虐待への対応は高齢者、障害者等についての対応マニュアルが整備されている。個人情報保護方針、利用目的は明示され、患者の診療情報利用手順における個人情報保護についても適切に管理されている。現場で解決できない倫理的課題は倫理委員会にあげて外部委員を交えて討議する体制が構築されている。倫理に関する研修会を積極的に開催し、意見交換や改善行動にまで発展させている。倫理事例検討を行い、倫理的課題に取り組む姿勢が定着してきており評価できる。

自家用車で来院できるよう駐車場台数を確保し、バス・タクシーの乗り場も設けている。院内にはコンビニエンスストアやレストランなど生活延長上の設備を備え、患者・家族の利便性に配慮している。院内は全館バリアフリーであり、車椅子など必要な備品が整備され、高齢者や障害者への配慮も適切である。廊下には不必要なものは一切なく整理整頓され、掃除も隅々まで行き届いている。受動喫煙防止対策については敷地内禁煙が実施され、禁煙外来の実施や患者・職員への啓発・教育は適切に行われている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、意見箱や患者満足度調査などにより収集し、組織的検討・分析を経て改善につなげている。診療の質の向上は、医療の質向上検討会で定常的に分析・検討しており、臨床指標も診療情報管理課が統括管理し、診療

機能の向上を図っている。なお、今後さらに、臨床指標を用いた質改善の PDCA サイクルを機能させていくことを期待したい。業務の質改善は、病院事務部が統括し、病院運営部長会が部門横断的に活動しているほか、診療の質を目的とした医療の質向上検討会や、業務の負担軽減を目的とした役割分担推進検討会でも定常的に分析・検討している。新たな診療・治療方法や技術の導入にあたっては、定期的に関行される倫理委員会で審議され、導入に際しての倫理・安全面に関しては十分な審議が行われている。

病棟医長、看護課長、薬剤師、MSW の氏名は明示されている。看護課長は患者のラウンドを毎日行い、患者の症状や必要なケアの実施状況を確認している。診療記録は、電子カルテシステムを運用し、SOAP 形式に従い、必要な情報を適時に記載し、質的点検も行っている。今後は略語集の作成に期待したい。様々な多職種で構成されたチームによる患者ケアが提供されている。糖尿病・心臓リハビリテーションには疾病管理 MAP を導入し、治療・ケアの質的向上を目指しており適切である。

5. 医療安全

院長直属の医療安全対策室が設置され、権限の付与された専従の医療安全管理者を配置するなど安全確保に向けた体制を整備し、事故発生時の原因究明や再発防止に向けて取り組んでいる。医療安全管理マニュアルは適宜改訂されている。インシデント・アクシデント報告を電子媒体に変更し、40%程度報告件数が増加している。また、他職種からの報告を定期的に診療部にフィードバックするなど、医師からの報告の促進に努めている。

患者・部位の誤認防止対策は、各種マニュアルを整備し、各部署において適切に実践されている。検査のパニック値の連絡先は、確実に医師に伝達するルールとなっている。口頭指示は原則禁止としているが、実施時にはマニュアルに沿って口頭指示受けメモを用いて行われている。処方変更時は情報伝達エラーに配慮した運用となっており、電子カルテシステムの改修も進めている。麻薬、ハイリスク薬等の管理・運用は適切に行われている。転倒・転落防止対策は、入院時の歩行状態の評価と、その結果に基づく対応策の立案と実施など適切である。医療機器は、臨床工学技士による点検・管理が行われ、研修も必要に応じて実施されている。また、設定条件の確認や使用中の作動確認も行われているなど、安全に使用されている。院内緊急コードを設定し、職員に対しての周知も適切に行われている。全職員を対象とした BLS 訓練を定期的実施しており、受講状況も把握されている。救急カートの薬剤や物品は院内で統一され、看護師および薬剤師による点検も適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止委員会、院内感染防止対策部門会・リンクナース会が組織され、中枢と現場が連携している。ICT と AST が構成され、定期ラウンドが行われている。感染制御に関するマニュアルが整備され、感染関連の研修会が年 2 回開催されており、全職員が参加している。ターゲットサーベイランスは一部の SSI と尿路感染

症に限られているため、今後さらなる充実を期待したい。

新型コロナウイルス感染症の対応として、入館時の体温測定やマスク着用の推進などを適切に行っている。標準予防策の遵守、手指衛生への取り組み、PPEの整備、病棟での感染性廃棄物取り扱いや、血液・体液の付着したリネン・寝具類の分別などが適切に行われている。速乾式手指消毒剤を医師・看護師・療法士、事務職員、業務委託職員に至るまで全員が携帯し、部署毎の使用量をモニタリングし、目標値水準で使用量を維持していることは高く評価できる。抗菌薬の採用・中止はICTや院内感染防止対策委員会で検討され、抗菌薬適正使用指針も作成されている。アンチバイオグラムが1年に1回集計され周知がなされている。ASTが週1回カンファレンスを実施し、すべての抗菌薬の使用状況が監視されている。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービス等の情報はホームページや広報誌などにより適切に発信されている。なお、診療科ごとに手術症例数等を掲載するなど、患者に分かりやすい診療実績の表示についても検討を期待したい。医療連携支援課が設置され、診療予約、検査予約、紹介患者受け入れ、返書管理などの業務を行っている。また、地域の医療機関を訪問し医療ニーズの把握に努めており、連携および協力が円滑に行われている。医療従事者向けには、職種単位で教育・啓発活動を展開している。地域の健康増進活動は、出前講座等を推進しているほか、小学校に出向いての講義などもあり、適切に活動している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診察待ちの直近3人までの受付番号が表示される他、携帯電話への呼び出しサービスや、診察室扉へのおおよその待ち時間表示など、待ち時間への配慮がなされている。受付番号による呼び出しと診察室内での患者の自己呼名による患者確認が行われ、プライバシーへの配慮と取り違え防止が実施されている。診断的検査は確実・安全に実施しているが、侵襲を伴う内視鏡検査・手術においては、経時的なカルテへの記載、実用的なマニュアルやチェックリストの作成など検討されたい。入院サポートセンターが患者・家族に対する入院オリエンテーションとベッドコントロールに関与している。入院計画書が多職種によって作成され、入院治療に関する説明が行われている。患者用クリニカル・パスも作成され、活用されている。入院時にはNANDAに基づく情報収集が行われ、せん妄・褥瘡・転倒等について評価が行われている。患者相談については、内容や活用した社会資源、連携先など詳細な記録がされ、院長に報告されている。入院サポートセンターで必要書類の説明や患者の情報収集を行い、患者は円滑に入院できている。

医師は毎日回診を行い、定期的な多職種カンファレンスにおいてリーダーシップを発揮している。看護師の病棟業務は、各種ニーズの把握、看護計画に基づいたケア、管理業務などが適切に行われている。注射薬は1施用ごとにセットされ、入院内服薬は一包化されている。薬品アレルギー情報は電子カルテ登録され、抗菌薬投与時の観察も行われている。輸血・血液製剤の投与は、輸血療法マニュアルに沿っ

て、确实・安全に実施されている。周術期の対応は適切であるが、サインインからタイムアウトの実施記録が确实に残るための工夫を期待したい。手術後に濃厚な全身管理が必要な患者や、内科系の重症患者は、急性期一般病棟に重症患者用個室を確保し、重症度に応じた治療・ケアが行われている。

褥瘡の予防・治療は、専任の皮膚科医師および専任看護師を中心に適切に行っている。栄養状態はSGAで評価し、栄養計画・指導を行っている。喫食・嗜好調査も実施し食の楽しみを提供できるよう努力している。疼痛以外の症状別看護はあるが、疼痛マニュアルがないので整備を期待したい。リハビリテーション科専門医が全例リハビリテーション計画に関与し、365日切れ目ない体制でリハビリテーションを実施している。身体抑制の同意書は期間・理由・方法・リスクなどを説明し取得している。入院7日以内に多職種による初期カンファレンスを行い退院支援が必要な患者に対して早期から関わりスムーズに退院支援を実施している。退院後も継続した診療・ケアが提供されるよう必要な情報が適切に提供されている。必要時、家屋調査を行い、安心して在宅に戻れるよう支援している。終末期の判断・ケアは多職種で実践しているが、院内の統一したマニュアルが整備されればさらに良い。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

受審に必要な情報は適切に周知されており、円滑な受診が可能である。外来リハビリテーションは患者のリスク管理に配慮して、様々な疾患に対して実施している。侵襲的検査は、患者・家族への説明と同意のもとで実施されているが、検査時のバイタルの観察記録を充実されたい。回復期リハビリテーション病棟の患者は院内外から受け入れており、入院判定も多職種で行っている。入院診療計画書は多職種により作成されている。入院時には、医師をはじめ多職種が初期評価を行い、多職種カンファレンスを実施し、本人・家族の希望も取り入れて支援計画を立案している。病棟配置の社会福祉士を中心に相談業務を適切に行っている。円滑な入院に向けて説明の手順が整備され、職員の連携も適切に行われている。

リハビリテーション科専門医を含む数名の医師が主治医を担当している。業務基準や看護・介護の基準・手順も適切に整備され、看護師と補助者が患者支援をしている。薬剤師は、患者の個別性に配慮しながら適切に対応している。褥瘡のリスク評価は適切に実施され、治療も皮膚科医を含む多職種の関与で行っている。管理栄養士は個々の患者の栄養評価・嗜好調査を行い、多職種と連携しながら、患者の食支援を行っている。理学療法は運動分析に基づいた詳細な装具処方等が行われ、作業療法は早出によるモーニングケアの評価を必要な患者に行うなど、適切である。摂食・嚥下機能も含めた言語療法が提供され、入院当日から喫食場面に介入するなど、必要な支援が適切に行われている。患者の生活機能向上のため、積極的な離床への取り組みなどが多職種協働で実施されている。身体抑制はやむを得ない場合に限り、同意を得たうえで実施している。退院に向けては、生活期支援者とも連携しながら退院支援を進めており、退院後の支援者への引き継ぎも適切に行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

全病棟に薬剤師が配置され病棟薬剤管理に関与している。持参薬は入院時に薬剤師が鑑別し電子カルテ登録している。医薬品採用は品目削減も含めて薬事委員会で検討されている。注射薬は全て1施用ごとにセットされ、抗がん剤はすべて薬剤師が安全キャビネット内で調剤しており適切である。臨床検査技師とブランチラボの体制で、検体検査、微生物検査、生理機能検査、輸血管理部門等、臨床検査機能を適切に発揮している。全てのCT・MRI・RI・MMGレポートが放射線科専門医によって原則当日に読影されている。至急読影が必要な検査は電子フラグを介して優先的に読影が行われている。夜間・休日にも必要に応じて専門医が読影する仕組みが整備されている。調理室・調理職員の衛生面や確実な食品アレルギー情報の把握および情報共有など安全面に配慮している。地産地消、手作り、安全な嚥下食の提供等病院としての食に関する方針が明確に示され実行されており、栄養管理機能は高く評価できる。療法士のほかりハビリテーション専門医が在籍し、看護師などと連携しながら各疾患へのリハビリテーションに対応し、専門医がリハビリテーション計画策定に関与している。診療情報管理機能は1患者1IDによる患者情報の一元管理、カルテの量的点検、臨床指標の収集等適切である。医療機器管理機能は、臨床工学士による一元的な管理、夜間・休日のオンコール体制の整備など適切に発揮されている。洗浄・滅菌業務はおおむね適切であるが、滅菌の質保証について検討を期待したい。

病理診断は全面委託しており、検体の採取から保存処理、委託先への引き渡し、保管、結果報告までの手順は適切に行われ、診断精度の確保と各科のニーズへの対応もなされている。輸血・血液管理部門は臨床検査部門の中にあり、消化器内科医師が統括し、現場では臨床検査技師を中心に、必要かつ十分な輸血業務を実施している。常勤麻酔科医1名をはじめ手術室スタッフが協働して手術・麻酔管理を適切に行っている。術中患者の安全管理、麻酔覚醒時、術直後の安全性の確保も問題なく行われている。救急医療においては、緊急入院・緊急手術が少ないことや不応需の実態を分析し、医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師体制の充実など、さらなる応需率向上に向けた取り組みを期待したい。

10. 組織・施設の管理

予算は組織的な検討を経て決定され、基準に基づく会計処理、財務諸表の作成など、財務・経営管理は適切に行われている。医事業務は、窓口収納業務、一連の診療報酬請求、未収金対策などが適切に行われている。業務委託は、ルールに則り是非の判断や見直しが適切に行われている。委託業務従事者に対して教育・研修への参加にも配慮されている。

病院の役割・機能に見合う充実した施設・設備が整備されており、保守管理や日常点検なども適切に行われている。物品管理については、購入品の選定プロセスや、内部牽制の仕組みを整えているが、SPDについては病院としてのチェック機能について検討されると良い。

災害時の対策マニュアルは整備され、法的に必要な火災訓練も毎年行われている。緊急時の責任体制および連絡体制は整備され、大規模災害に備え飲料水や食糧も備蓄されている。保安全管理は、定期の巡視や防犯カメラによる監視などが行われており、日報により記録・管理されている。医療事故発生時の対応手順は定められており、原因究明・防止対策を検討する医療事故調査対策委員会が設置され、外部委員を含む検討体制が整備されている。事故調への報告の必要性の検討や外部公表基準も定められている。

1 1. 臨床研修、学生実習

職種毎の初期研修を行っており、それぞれ研修プログラムを整備している。今後は病院として研修内容の評価・見直し等の仕組みを検討されるとなお良い。学生受け入れを積極的に行っており、各学校との取り決めも適切に管理している。医療安全、感染対策、個人情報保護等について、オリエンテーションにおける説明内容の標準化を期待したい。

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	B
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	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	B
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	B
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	S
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	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	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	B
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	B
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	B
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	B

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	S
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	B
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	B
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	B

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	S
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	A
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	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	B
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	A
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	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	B
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	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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 12 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 特定医療法人社団 勝木会 やわたメディカルセンター

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： 石川県小松市八幡イ12-7

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	200	+0	90.7	14.1
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	208	200	+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	4	+0
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	44	+1
地域包括ケア病床	54	+0
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： 1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	450.60	430.75	415.31	104.61	103.72
1日あたり外来初診患者数	48.12	50.41	49.91	95.46	101.00
新患率	10.68	11.70	12.02		
1日あたり入院患者数	181.91	186.32	189.13	97.63	98.51
1日あたり新入院患者数	10.11	10.39	10.61	97.31	97.93