

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4月24日～4月25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2014年3月に病床数149床で開院し、当時からの地域における休日2次救急輪番、夜間外科系救急当番への参画、リハビリテーション医療機関として重要な役割を担っている。当初より診療機能の強化を図ってこられ、急性期医療に積極的に取り組むとともに、地域におけるリハビリテーション機能の充実、医療・介護との連携を促進させ、この地域の地域医療提供体制の推進における重要な役割を担っている。今回の新規受審においては、病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、改善が組織風土として確立し、病院の質向上に取り組まれていることが随所で確認できた。組織的かつ継続的な改善活動が積極的に展開され、地域ニーズに応える姿勢は大いに評価できる。今後とも地域住民・患者の医療ニーズに応える医療提供体制の整備・充実に向け、一層の取り組みがなされることを期待したい。地域住民と関連する医療機関からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院がますます発展されることを祈願する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、地域における病院の役割・使命を明確にしており、院内外へ適切に周知している。理念・基本方針に基づいた年次事業計画が策定され、計画に対する実績評価が行われている。年次の運営計画は、目標管理により部門の目標設

定や個人目標の設定が行われ、評価が実施され、常に PDCA サイクルにより運用する仕組みがある。規定に基づいて、電子カルテや各部門システムの適正な運用に努め、情報の二次活用も積極的に取り組んでいる。文書管理も整備を進め、規定の改定や更新が適切に行われている。医療法や施設基準等に必要な人員確保は適切である。安全衛生委員会が設置され毎月開催されており、職員の職場環境の整備を適切に行っている。全職員参加の必要性の高い院内研修については、学術委員会において年間計画の立案、実施管理を行っている。委託職員についても医療安全、感染対策研修に積極的に参加を促しており、適切に行われている。院外研修や専門学会参加の支援体制が整っている。能力評価・能力開発については、人事評価制度が導入され、評価者との面談により助言や、指導、支援等が行われている。看護師やその他の専門職種においても教育・研修が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、入院案内やホームページ等で周知している。患者への説明と同意については、指針に基づいた説明と同意を行っているとおおむね適切に対応されている。説明と同意書の代理人署名欄に看護師が署名している書類が確認されたが、患者代理人による署名が求められる。入院診療計画書、各説明書、パンフレット、アイパッド iPad、動画などの活用により情報を提供し共有している。患者相談窓口は地域連携室が対応している。、部署内及び各部署とも連携し対応している。個人情報保護規定、機密情報及び情報機器取り扱いに関する規定を整備し、個人情報を物理的・技術的に保護している。主要な倫理課題が規定されカンファレンスで検討している。必要な事例は倫理委員会に申請し検討する仕組みがある。患者・家族が抱えている倫理課題が把握されている。倫理的事例はカンファレンスで検討し、課題解決フローを参照し対応している。患者のアクセスへの配慮、や療養生活上の利便性にも配慮を行っている。院内は広く診療・ケアに必要なスペースが確保されている。患者がくつろげるスペースとしてデイルームが設置されている。浴室や、洗面所、トイレは安全に使用できる。院内・、敷地内禁煙のポスターを正面玄関、各フロアに掲示している。また、入院案内にも掲載しており、適切な管理がなされている。

4. 医療の質

業務の質改善に向け継続的に取り組む目的で、多職種で構成された業務改善委員会を開催している。院内全体の環境整備や、文書管理、や掲示物管理のマニュアル整備など、多種多様な問題を組織横断的に検討している。診療科カンファレンス、多職種カンファレンス、内科合同カンファレンスなどを週 1 回開催している。クリニカルパスはバリエーション分析を実施している。患者の意見は、各病棟や、外来に設置されているご意見箱での収集、患者からの直接の意見で収集している。倫理・安全面などに配慮考慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を導入している。新規治療・治療機器等の導入マニュアルが整備され、倫理委員会で検討している。なお、臨床研究審査委員会と倫理審査委員会の組織図上の位置づけについて検討が期

待される。診療・、ケアの管理・責任体制については、病棟医長、看護師長、病棟担当薬剤師・管理栄養士が明確であり掲示にて周知している。主治医名、受け持ち看護師名は安全ボードに記載されている。診療記録は、診療記録記載マニュアルに従い、診療上必要な情報の収集や記載、日々の医師診察記録、患者への説明の記録などを遅滞なく行っている。多職種カンファレンスで診療・ケアの適切性を検討し協働した取り組みを行っている。専門チームとして ICT、NST、褥瘡の専門チームが設置され活動している。

5. 医療安全

医療安全管理部が設置され、情報収集や、カンファレンス、安全ラウンドなどの活動を行っている。医療安全管理委員会の開催や、マニュアルの見直しは適切である。アクシデント・インシデントを収集し改善策を検討している。改善策の効果は安全ラウンドなどで検証して再発防止、重大事故防止に繋げてがっている。院外からの情報収集と周知、院内独自のニュースの発行と周知が行われている。医療事故発生時の対応手順は整備されている。発生原因や、再発防止も含め協議する仕組みがあり適切である。患者誤認や、情報伝達エラー防止対策として、リストバンド、生年月日で患者確認を実施している。輸血・点滴はバーコードによる3点認証を実施している。左右・部位はマーキングで確認している。手術、内視鏡検査時はタイムアウトを実施している。指示出し・指示受け・実施確認は電子カルテシステムによる院内統一の運用手順で実施している。口頭指示がある場合は口頭指示書に記載し、電子カルテに指示入力があることを確認後、口頭指示書を医療安全管理部に提出している。薬剤の安全な使用に向け、ハイリスク薬には青色の印を付け、院内全部署で認識できるようにしている。ハイリスク薬に関して薬剤師が看護師対象の研修会を実施するなどの取り組みがある。している。リスクアセスメントを実施し危険度に応じた転倒転落防止対策が行われている。患者の移動方法や車椅子使用状況などの情報は安全ボードに記載し職員が共有している。医療機器の使用前・中・後の点検、管理の仕組みを整えており、適切な管理のもと安全に使用している。緊急コールが設定され周知しているが、緊急コール発動時に迅速に対応できるように召集訓練を計画的に実施することが望まれる。救急カートは院内7か所に配置され緊急時に使用できるよう点検している。BLS 訓練は近年、召集訓練は実施されていないため、緊急コール発動時に迅速に対応できるよう、おらず今後は計画的に実施し緊急コール発動時に迅速に対応できるように訓練を実施することが望まれる。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制では、院内感染対策委員会（ICC）は病院長を委員長として毎月開催し、情報共有や課題審議を適切に実施している。感染対策指針等に感染管理者の権限などを明確にすることが期待される。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。耐性菌発生時は検査部より主治医、発生病棟、ICT に連絡が入るようになっている。指定抗菌薬は届出制とし、使用状況を ICCICC に報告している。標準予防策に基づいた手指消毒、個人防護具の使用が徹底されて

いる。感染性廃棄物の分別や、取り扱い及び、汚染されたりネンのはの管理なども安全に取り扱いされている配慮されている。抗菌薬の利用は、院内における分離菌の感受性パターンはを ICT がによって把握され、院内 LAN 上に情報を掲載している。抗菌薬剤の使用に当たっては、抗菌薬適正使用マニュアルに沿って適正に使用されている対応されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院における広報活動は、地域連携室が広報誌を担当し、医師紹介などの記事を作成し発行している。年3回、各1500部発行し、連携医療機関、関係機関などへ郵送で配布している。病院ホームページは、各部署で担当を決めて記事の更新を行う仕組みとしている。病院ホームページにより、病院の方針、診療内容、診療実績、各種イベントの紹介等の情報発信を行っている。ホームページでは休診情報やイベントの情報等、最新の情報を発信している。地域連携業務は、地域連携室が前方連携、後方連携、入退院支援を担当している。地域の連携医療機関への広報誌の郵送配布や紹介による返書の管理も行っている。脳卒中連携パス、大腿骨頸部骨折地域連携パス会議、回復期リハビリテーション連携の会など、地域の連携会にも積極的に参加し、連携の促進や在宅医療との連携も促進している。緑区地域の医療と介護を支える会の幹事を担い、区内の医療、介護機関との連携もはかつて図っている。地域の自治体での体操教室の実施や地域住民向けの健康増進を目的とした健康教室の開催など、積極的に実施している。コロナ禍においても、オンラインの活用により、継続的に実施した実績がある。地域のお祭りなどの行事にも救護支援や子供ロコモチェックなどのブースを開設解説するなど、積極的な啓発活動を実施してに取り組んでいる。地域のスポーツ団体への支援活動も行うなど、より地域に身近なところで、積極的な活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

ホームページには、では受診に必要な最新の情報を掲載している。感染症や急変患者への対応も適切に行われている。外来診療は初診患者に関する情報収集は問診票や紹介状などが活用されており適切である。地域連携室が地域の医療機関や施設からの紹介、入院に対応している。検査受付や診察室内では、患者に名前と生年月日を名乗ってもらうことで患者誤認を防止している。入院の決定は、外来担当医が入院の必要性を医学的に判断し、医師が入院の説明を行い、患者・家族の同意を得ている。入院診療計画書の作成にあたっては、多職種が協働と共同して迅速に診療計画がを立案されしている。入院診療計画書の看護計画においてやや画一的であるのについては、患者の、個別性の反映が期待される。地域連携室に相談窓口が設置され社会福祉士、入退院支援看護師が多様な相談に適切に対応している。入院手続きは入院窓口で対応し、外来で収集した患者情報は病棟に提供し、受け持ち看護師による入院オリエンテーションが行われており、患者は円滑に入院できる体制である。医師は毎日回診を行い、患者の状況を把握して、診療録に適切に記録している。看護師は看護基準・手順に基づき診療の補助及び日常生活援助を行っている。

われている。入院時に栄養アセスメント、転倒転落・褥瘡発生リスクが評価され対策されている。病棟担当薬剤師を配置しており、薬歴管理、服薬指導などを実施している。注射薬調製時において調製者以外の看護師とダブルチェックを実施し、6Rを確認している。輸血に際しては、患者名、製剤の種類と型、ロット番号、投与量や投与方法等を複数人で確認している。また投与開始後の観察ルールが遵守され、輸血終了後の患者状況を記録している。術前カンファレンスにおいて手術適応を検討し、患者・家族に説明し同意を得ている。全身麻酔は麻酔科医が担当し、術前に全例麻酔科外来で術前評価ならびに適切な説明後に麻酔同意書を得ている。術後の患者や重症患者は、ナースステーション近くの観察室等で適切に管理している。褥瘡発生リスクアセスメントにより計画が立案され対策を行っている。スキントピア、医療関連機器圧迫創傷への対応では、はマニュアルを作成しリスク評価や発生状況を把握し対策することが望まれる求められる。栄養状態がアセスメントされ、計画書を作成して栄養管理を行っている。必要な患者への栄養指導は継続した取り組みが期待される。症状の緩和に対して、マニュアルが作成され、疼痛は客観的に評価し麻酔科医や薬剤師が関与して対応している。リハビリテーションは、病態に応じた目標・実施計画書を作成し、患者・家族の要望に配慮し、同意を得て、リハビリテーションを入院早期から実施している。急性期病棟および回復期リハビリテーション病棟では、365 日リハビリテーションを継続している。身体拘束については、必要性を評価し説明と同意に基づき拘束を開始対応している。身体拘束の最小化の基準を規定したマニュアルの整備と運用が望まれる求められる。退院支援は、入院時に作成されるスクリーニングをもとに入退院支援看護師、社会福祉士が患者・家族の要望に添った退院支援対応を行っている。退院指導が実施され、必要な患者に対しては退院前訪問が実施されている。在宅への退院後の生活への支援体制として、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション等を希望する患者への対応も適切に行われている。ターミナルステージは主治医が判断し多職種で共有し計画を立案している。公認心理士、終末期ケア専門士が配置され、患者・家族とのカンファレンスにて意向を尊重した看取りへの意思決定を支援している。

<副機能：リハビリテーション病院>

開院と同時に回復期リハビリテーション病棟をたちあげ立ち上げて 10 年間、懸命に多職種によるチームアプローチを展開し、機能回復と ADL 向上をめざして奮闘している。回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の取得、日本リハビリテーション医学会専門医の配置、日本回復期リハビリテーション病棟協会セラピストマネジャー 2 名、認定看護師 1 名の取得が実現したことがチームビルディングの大きな推進力になっている。診療所時代からの伝統を受け継いだ外来通院リハビリテーションの旺盛な取り組み、地域連携 ICT ツールや病院の LINE コミュニケーションアプリのアカウントを用いた DX へむけて向けての前向きな取り組みは優れている。一方で、入院診療計画書や FIM 評価、疼痛評価、スキントピアや医療関連機器圧迫損傷に関する基準・手順については再検討や工夫の余地がある。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、温・湿度管理、持参薬の鑑別・管理、処方鑑査、疑義照会、TPN 調製・混合など適切に実施している。持参薬鑑別、注射薬の1施用ごとの取り揃え、医薬品集の整備も適切になされている。臨床検査機能はおおむね適切に發揮しされている。パニック値の検出時には速やかに主治医に直接電話で報告している。画像診断機能は、時間外もオンコール体制でタイムリーな画像診断を実施している。外部読影機関に依頼した読影レポートも翌日まで迅速には依頼医に報告している。造影剤を使用する撮影の場合は、必ず医師が待機する決まりであるなど適切な対応がある。リハビリテーション機能は、リスク評価や患者・家族の要望を考慮したリハビリテーション総合実施計画書を多職種カンファレンス後に作成している。標準的な疾患でリハビリテーションプログラムを作成し、明確な中止基準を設定し、適切にリハビリテーションを実施している。情報管理機能は、診療情報保管規定に基づき、電子カルテによる診療情報の一元管理が適切になされている。医療機器管理機能は、医療機器安全管理者は臨床工学技士であり、中央管理システムにて院内の医療機器を一元管理している。医療機器安全管理者は院内ラウンドを実施して機器の安全使用を確認している。夜間・休日の対応は規定されている。洗浄・滅菌機能は、使用済み機材の洗浄・滅菌は中央化されている。始業時点検、物理的・化学的・生物学的インディケーターインディケーターがモニターされるなど、滅菌の質が保証されている。なお、未滅菌機材と滅菌済み機材は一部エリアで交差しており、時間の工夫や動線区域の表示などの工夫が求められる望まれる。単回使用医療機器が再使用されており、製造販売業者によって再製造された SUD に限定するなどの対策が求められる。病理診断機能は、病理検査は外部業者に委託している。検査室では外注検査依頼書とラベルリングされた検体（瓶）を照合確認し、外注検査に提出している。クラス3以上の報告をパニック値に関する規定がありとし、そのクラス3以上の報告があった場合は、直接依頼医師に報告書を直接手渡ししている。輸血・血液製剤管理機能は、輸血用血液製剤の発注・保管・供給・破棄などは、院内の臨床検査技師が一元管理している。麻酔科部長を委員長とした輸血療法管理委員会を定期的に行い、課題について検討し職員に情報を周知している。手術・麻酔機能は週22回の手術室ミーティングで、麻酔科、診療科、看護部でスケジュール調整を行い、手術関連情報を共有して業務上の課題を検討している。誤認防止対策、タイムアウト、サインアウトも手順に従って確実に実施している。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に則って行われている。予算は、年次事業計画に沿って立案される仕組みがある。月次実績は、運営会議で報告、対策の検討が行われるなど、PDCA サイクルの仕組みがある。会計監査も適切に実施している。医事業務は窓口業務、診療報酬請求、レセプトの返戻・査定の対応を行っている。レセプトには医師も関与し、査定・返戻は診療報酬検討委員会で原因の分析、協議を行い、運営会議で周知を図っている。未収金は未収金管理マニュアルを整備し適切な

管理が行われている。業務委託の管理は、委託業者との業務内容の確認が行われ、業務範囲、損害賠償の範囲が契約書により明確にしされ、定期的な委託業者との打ち合わせの実施による質の管理も行われている。病院機能に見合った施設・設備が整備されている。日常点検や月次点検、定期的な保守点検などを計画的に実施している。物品購入管理は、医療材料や物品については、申請による承認の仕組みで管理が行われている。発注後、納品、検収が行われ、内部牽制機能も整備しており、購入から納品、検品、部署への配置までのプロセスは適切である。火災や災害発生に対応する大規模災害時対策マニュアル、BCPなどが整備され、緊急時の責任体制は明確になっている。保安業務は24時間の保安体制を構築している。保安業務マニュアルを策定し、毎日定時の院内巡視や施錠管理等の保安業務を実施している。

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	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	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	A
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	B
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	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	B
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	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	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	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	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	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：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	B
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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 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：医療法人社団淳英会 おゆみの中央病院

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：千葉県千葉市緑区おゆみ野南6-49-9

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	170	170	+0	82	25.8
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	170	170	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	60	+0
地域包括ケア病床	60	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院 (DPC標準病院群), 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： 0 人 2年目： 1 人 歯科： 0 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	294.46	301.30	246.37	97.73	122.30
1日あたり外来初診患者数	40.87	69.10	44.28	59.15	156.05
新患率	13.88	22.94	17.97		
1日あたり入院患者数	143.76	147.10	134.02	97.73	109.76
1日あたり新入院患者数	4.28	4.26	3.75	100.47	113.60