

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」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3月12日～3月13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 慢性期病院 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 慢性期病院
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

貴院は慢性期医療・ケアを主とした病院として開設され、法人が急性期から在宅療養に至る医療ネットワークを構築する中での慢性期医療・リハビリテーションを提供する機関としても活動している。胃瘻や酸素療法など基礎疾患を有する患者を受け入れており、急性期治療後のリハビリテーションをチームで集中的に行い、高次脳機能障害や嚥下機能にも積極的に取り組んでいる。急性期病院や地域との緻密な連携を図り、社会・在宅復帰へのサポートも熱心に行われている。この活動は、社団理念や病院の基本方針および病院の使命に表されている。この方針・使命を果たすべく、病院機能をより発揮させるための職員の努力は敬意を表したい。また、病院の役割・機能を組織に浸透させ、組織力を高め、導いている幹部職員の姿勢と共に応えようとする職員の姿勢も同様に称賛できる。

病院機能評価は早い段階から受審しており、今回の審査においても、多くの点で適切な取り組みが確認できた。これは職員の努力・工夫による活動成果が表れていると思われる。特に回復期リハビリテーション病棟において、ドライブシミュレーターを活用した自動車運転再開や生活機能向上を目指した積極的な取り組みは特筆に値する。今後も患者の病状・障害に応じた医療・ケアやリハビリテーションを提供し、地域の住民や医療機関・施設から信頼され、病院機能を十分に発揮されると共に職員が誇れる病院へとますます発展されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

法人理念、病院の基本方針・使命は明示され、パンフレット類やホームページなどに掲載している。また、新採用の入職時研修でも説明されるなど、院内外への周知は良好である。院長や幹部職員は、担当領域での課題に連携して取り組み、チーム力を活かすため組織をリードし、専門職取得への支援にも幅広く応じている。経営会議で意思決定され、院内の情報周知は良好であり、委員会活動なども評価できる。組織活動を導く中長期計画なども策定し、目標管理も行い計画的に組織を運営している。現在、オーダーリングや医事会計システムなどの部門システムを稼働させ、電子カルテ稼働に向け計画を遂行させている。アクセス権限などでデータ管理を行い、データの真正性や保存性は確保され、サーバーの管理体制も確立している。管理すべき文書を明確にされ、法人全体で管理する体制であり、文書・書類の受付や発信などの対応は適切に取り組まれている。

人材面では、法的に必要な人員は確保され、病院の機能向上のため医師などの充実を図るべく計画的に採用活動を推進している。前回受審に比べ人員体制が充実した職種も多くあり、活動成果が表れている。就業規則など必要な規則は整備されている。有給休暇の取得状況など、労務環境も問題なく適切である。職員健診や労災手続き、インフルエンザワクチン接種などの感染防止への取り組みは適切である。人事考課や目標管理での面接を行い、看護部では職員満足度調査を行うなど職員の意見・要望を確認する仕組みはあり、状況に応じ対応している。また、育児短時間勤務など柔軟な就労環境にも配慮し、福利厚生面も整っている。

法人で入職時などの研修を行い、部門毎の研修実態は評価できる。学会発表や研修会などへの参加は積極的に活動され、旅費なども補助されている。図書室はいつでも利用でき、書籍・雑誌の一元管理も行われている。目標管理や各部門の研修体制は評価でき、職能資格制度による専門職としてのスキルアップを図っている。看護部や療法部、栄養課ではラダー制も導入し、人材育成を図っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利および責務は明文化されており、院内掲示や入院案内などの掲載で周知すると共に、職員には採用時のオリエンテーションなどで説明している。説明と同意に関する方針も明文化されており、セカンドオピニオンにも対応できる仕組みである。診療・ケア時の面談や検査データの説明などで必要な情報を患者・家族と共有し、理解を深めるための努力も払われている。患者・家族の相談は地域連携部が担当し、入院前は地域連携課、入院後は健康相談課が支援している。相談体制は周知しており、日曜日の実施の利用については利用者目線に沿ったものであり高く評価できる。個人情報保護に関する規程が整備され、診療情報の管理体制も確立している。プライバシー面でも診察室などは個室であり、病棟の対応も評価でき適切である。入退院の拒否や自己判断が困難なケースなど主な倫理的課題は方針を定めている。臨床現場では、多職種で倫理的課題を検討しており、検討事例もある。倫理カンファレンスや委員会の活動もみられ、解決に向けた継続的・組織的な取り組みは良好である。

立地的に公共機関の利用が難しい面から、送迎バスの運行は充実している。また、グループの急性期病棟とのシャトルバスも運行している。売店は年末年始・盆以外は無休であり、ポストやATMも設置している。また、新聞購読や宅配も利用できるなど、入院生活のサービス環境は整っている。玄関等ではスロープを設置し、車椅子用トイレは左右の障害に応じたものであり、安全性のための手摺りの設置も良好である。診療・ケアに必要なスペースは確保され、食堂や談話室は患者・家族がくつろげる場所であり、空調なども管理している。院内は整理整頓され、清潔・不潔の区分も明確である。敷地内禁煙を徹底しており、職員対象に禁煙の研修会を開催するとともに、喫煙実態も把握している。

4. 医療の質

意見箱に投函された意見・要望に対しては、関係部署や患者サポートカンファレンスで検討し、対応内容は周知している。退院時アンケートは3か月毎にまとめられ、医療サービス改善に繋げている。転倒・転落発生率などの臨床指標は把握され、各部署で評価・検討している。病院機能評価の受審に向け、準備委員会を立ち上げ計画的に質改善を図っているが、受審後も組織横断的な取り組みとして継続されると良い。新たな医療機器の導入時は研修を行い、臨床研究への倫理的検討も行っている。

診療・ケアの責任体制は整い、病棟では看護師長によるラウンドで状況を把握し、主治医不在時の対応も確立している。入院時に必要な診療情報や回診内容などの記録は適切である。入退院カンファレンスや病棟ミーティングなどは多職種が参加し、退院前カンファレンスはケアマネージャーやサービス事業所も出席している。NSTやICTなど多職種によるチーム活動も機能している。

5. 医療安全

医療安全部に専従の看護師を医療安全部長として配置し、委員会やカンファレンス活動を通して安全確保への組織体制を確立させている。医療安全部長が組織活動をリードし、院内で発生している安全情報は収集され、分析も行っている。再発防止に向けた対策やその効果の確認などの取り組みも評価できる。

患者・検体などの誤認防止は、看護基準などに対策内容を明記し、本人確認はIDバンドなどを活用している。また、チューブの誤認防止も表示の工夫により一目で分かるようにしている。情報伝達エラー防止は、処方など全てオーダーリングで指示し、指示出伝達の一連の流れも確立しており、指示変更や中止、口頭指示も同様に問題なく適切である。ハイリスク薬や抗精神病薬などの管理は良好であり、薬剤アレルギーや禁忌薬の情報も共有している。

転倒・転落防止は、全入院患者にリスク評価を行い、危険度に合わせ対策を講じ、再評価も行われている。医療機器の使用マニュアルは整備され、職員研修も行っている。臨床工学技士が使用中の機器を確認するためラウンドも行い、医療機器の安全使用に向け努力されている。院内緊急コードを設定し、召集訓練も行うなど急変時の体制も評価できる。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会を整備されており、下部組織の ICT も機能している。ICT はリンクナース（リトル ICT）とも連携が図られ、活動をサポートする体制が確立している。院内の感染状況や新規耐性菌の検出状況などを把握し、情報共有のうえ感染防止に向け検討・対応されている。院外の感染情報も収集しており適切である。

病棟では、病室前に手指消毒用の速乾式消毒薬を設置し、啓発のオリジナルポスターを掲示している。1 処置 1 手袋の実践を徹底し、個人防護用具も着用している。感染性オムツやリネン、感染性廃棄物の取り扱いも感染防御に配慮している。抗菌薬はマニュアルに則り使用しており、初回使用時の観察も行っている。抗菌薬の使用量なども医師にフィードバックされ、特殊の抗菌薬は届出制である。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌は法人で作成し、病院では 500 部程を患者・家族、関係機関などに配布している。法人全体のパンフレットで病院を紹介し、入院案内などのパンフレット類も作成している。ホームページでは診療実績を掲載し、法人で 5 年毎に業績集を発行しており、多くの点で評価できる。

地域連携部が連携機能を担い、地域の医療機関や施設などの情報は把握している。また、北河内圏域地域リハビリテーション地域支援センターの役割も担い、医療機関や在宅支援機関・各施設、行政などとの連携促進の要として活動している。地域連携パスも受け入れ、連絡会などにも積極的に参加されるなど、活動実績は評価できる。

回復期リハビリテーション病棟では、患者・家族教室を 2 か月毎に開催し、多くの人達が参加している。介護未経験者を対象とした講習会開催は、ホームページで案内している。医師や看護師、療法士は、行政の研修会や専門学校などの講師を引き受けており、難病患者の在宅療養指導には作業療法士や言語聴覚士を派遣しているなど、地域活動は評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者の多くは入院患者の歯科受診であり、受付や会計はスムーズに対応され、紹介入院にも配慮されている。外来診療における診療記録や説明・同意などは適切である。検体検査や生理検査などの診断的検査は、確実・安全に実施されている。入院は入院前に MSW が患者情報を確認し、入院判定医の判断のもと院長などに情報を周知し、速やかに受け入れている。多職種で検討した入院診療計画の内容は、看護計画やリハビリテーション計画などに反映させたうえで、実践している。各計画の説明・同意も行われており評価できる。医療相談は、各病棟に配属した社会福祉士が主に応じられ、院内外の関係者との連携・調整にも努力している。入院前から医療相談員が患者・家族と面談し必要な説明を行い、入院時の看護師によるオリエンテーションも実施している。さらに入退院コントロール看護師も入院前訪問を行い、スムーズな入院に向けた職員の努力・工夫は評価したい。

主治医はほぼ毎日回診し、全身状態などを確認したうえで診療行為の指示を出しており、カンファレンスにも参加している。看護・介護職の役割・分担は明確であり、介護福祉士も専門職として活動できる体制である。教育体制も同様に確立し、患者・家族の心理的・社会的ニーズなどはケア時に把握され、必要な支援も行い衛生面や備品の管理も良好である。投薬・注射は確実に実施され、持参薬の管理も行っている。注射薬の調製・混合もダブルチェックで確実に安全な実施体制である。輸血はマニュアルに基づき実施し、説明・同意や記録類も適切である。重症患者には病状に応じ良好に対応している。入院時、全患者に皮膚状態の評価を行い、褥瘡リスクに応じた手段を講じている。また、多職種チームによる褥瘡回診も行い、予防・治療への実直な取り組みは評価できる。栄養評価も入院時に行い、摂食・嚥下評価や栄養指導も行われ、VF 検査なども実施し NST の活動実態も評価できる。症状緩和には、がん疼痛治療マニュアルなどを整備し、苦痛・疼痛緩和に適切に対応している。

リハビリテーションは多職種の評価をもとに計画書を作成し、看護師や介護福祉士も関与している。試験外泊は行われ、認知症患者への配慮は良好と判断できる。身体抑制を行わないことを前提とし、抑制が必要な場合の対応は問題なく、回避・軽減・解除に向け週 1 回、多職種で検討している。入院時に患者・家族の意向を確認し、在宅復帰は早期から関与され、多職種で支援し連携は良好である。また、必要時、診療情報提供書などで情報を退院先に提供している。リビングウィルやターミナルケアについても確認し、終末期ケアや看取りの取り組みは適切である。

<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では、療養病棟と同じ行為もあり多くの点で前向きに取り組まれている姿勢は評価できる。診断的検査は確実に実施されている。医師を含む多職種で合同評価を行い、入院診療計画書とリハビリテーション総合実施計画書は入院当日に作成し、患者・家族に説明されている。リハビリテーションのプログラムは適切に作成し、退院後の社会生活復帰も視野に入れて計画している。

MSW を中心に多様な相談に応じる体制であり、医師や看護・介護職は各自の役割を果たすため努力されている。投薬・注射には薬剤師の関与が有効に働き、確実に安全に実施し、栄養管理も管理栄養士や NST を中心に多職種が連携し積極的に取り組まれている。また、褥瘡対策も図られ予防に努めており、症状緩和への支援も良好である。

理学療法・作業療法・言語療法は、各計画に基づきモーニングケアやイブニングケア、食事訓練にも関与し、365 日実施している。評価や計画内容などは適切であり、院内のドライブシミュレーターを活用し、自動車学校とも連携した自動車運転再開への積極的な取り組みは高く評価できる。病棟では介助方法を多職種で統一しており、生活行動回復看護技術（NICD）の院内研修を行い、実施事例もあり生活機能向上を目指した取り組みも高く評価できる。身体抑制は実施基準に則り対応し、抑制減に向け取り組まれている。入院時から退院に向けた活動を行っており、退院支援に向けた取り組みは適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、調剤や監査、持参薬の識別、疑義照会などは適切であり、院内医薬品集も毎年改定し、DI ニュースで情報周知している。臨床検査は、院内ブランチラボによる検体検査を実施し、精度管理も行われている。また、パニック値の報告体制も整備され適切に取り組まれている。画像診断は、機能に応じた機器を整備し、時間外はオンコール体制である。患者誤認にも配慮し、放射線科専門医の読影と共に主治医による読影結果の確認もほぼ全例行っており評価できる。栄養管理は、建物の老朽化は否めないが、清潔に使用し空調などの設備も良好である。食材搬入から食器の洗浄・乾燥までの一連の流れにおける衛生面も問題なく、清潔・不潔も明確にされている。適時適温を保持し、嗜好調査も行い個別対応は良好であり、行事食や嚥下訓練食への取り組みは評価できる。

リハビリテーションは、数多くの療法士を配置し療養病棟と回復期リハビリテーション病棟で活躍している。必要な患者への介入は適切であり、計画や見直しは多職種で取り組まれており評価できる。カンファレンスなどで多職種との情報共有も図られ、機器類の保守・点検も行われている。診療情報管理は、カルテの保管・管理体制は確立し、貸出し機能も発揮されている。退院カルテの量的点検も行い、退院時サマリーの管理も評価できる。医療機器管理は、臨床工学技士が管理責任者となり、人工呼吸器などは中央管理であり、日常点検や使用後点検も行っている。また、院内ラウンドにより使用中の点検なども行い、安全使用に向けた機能を発揮している。洗浄・滅菌機能では、一次洗浄は行わず、中央で洗浄し業者に委託しているが、各インディケーターの実施は問題なく、基準・手順も整備されている。

病理診断は、細胞診による実績があり、外部委託し報告体制も含め適切に機能している。輸血も多くはないが実績はあり、発注から投与までの一連の流れは問題なく、観察や管理体制も評価できる。

10. 組織・施設の管理

病院の予算は策定され、法人で月次決算を行い四半期毎に報告されている。財務面での法人と病院の業務分担は明確であり、収支面での管理体制も確立している。監査法人が会計監査を行い、経営状況を把握・検討する仕組みも機能している。入院費は自動引落しが多く、クレジットカードも利用できる。レセプト作成のプロセスや未収金管理なども問題なく、医事業務は適切に行われている。清掃やリネンなど業務委託は行われ、委託内容は経営会議で検討している。業者とのラウンドなどで業務評価を行い、課題等を検討する仕組みも確立している。

法人で施設・設備の保守計画を策定し、計画に則り実施している。日常点検も行われ緊急時の体制も整備している。また、老朽化に伴う設備の大規模改修を計画的に実施し、設備機能の維持を図り評価できる。病棟の多くの診療材料は、カート交換方式で供給され、その方式の対象外物品は、各部署で管理している。発注・納入の仕組みは明確であり、在庫確認なども適切である。

防災マニュアルを整備し、防火避難訓練も行っている。自家発電装置を整備し、食料や飲料水を備蓄され、対応体制は整っている。病院の立地的・機能的な面が表れている体制として、雪災害・離院離棟対策委員会も活動しており、防火防災委員会と共に災害時の体制確立に向け努力されている。保安体制は、夜間時は警備会社が担当し、院内巡視や出入口の施錠管理を行っている。防犯カメラも設置し保安体制を整備している。医療事故院内調査対応手順を整備し、医療事故への組織体制は確立し、再発防止策を講じる仕組みもあり適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

看護師や歯科衛生士、療法士、管理栄養士、社会福祉士を養成する学校からの実習を受け入れている。実習内容や評価手法などは問題なく、感染制御や個人情報など注意すべき事項も明確にされ、適切に対応している。

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・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	B
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	B

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	B
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	B
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	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	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	栄養管理と食事指導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	B
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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	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	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	NA
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	NA

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	B
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	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	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	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	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	B
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	B
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	A
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	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	S
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	S

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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 10 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人若弘会 わかくさ竜間リハビリテーション病院

I-1-2 機能種別： 慢性期病院、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： 大阪府大東市大字龍間1580

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					
療養病床	500	500	+0	93.2	165.9
医療保険適用	454	454	+36	94.4	129.9
介護保険適用	46	46	-36	86.3	208.9
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	500	500	+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	122	+26
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

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： 1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
1日あたり外来患者数	37.18	42.73	46.35	87.01	92.19
1日あたり外来初診患者数	3.21	3.33	3.34	96.40	99.70
新患率	8.65	7.78	7.21		
1日あたり入院患者数	463.33	476.78	472.90	97.18	100.82
1日あたり新入院患者数	2.82	2.40	2.27	117.50	105.73