

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」・「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6月5日～6月6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	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 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1960年に右京診療所として開設の後、増床や名称変更を経て2019年に現在地に新築移転し、現在は許可病床411床の総合病院として運営している。地域の急性期医療を担う中核病院であり、救急医療では「断らない救急」を運営方針に掲げて多くの救急車搬送患者を受け入れている。また、2001年に臨床研修指定病院、2012年に京都府がん診療推進病院の指定を受けるなど、着実に病院機能の充実・強化を図ってきた。また、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟を設置して幅広い診療機能を確保し、地域の様々な医療ニーズへの対応に努めている。

病院機能評価の2005年の初回認定以来の継続受審に加え、ISO9001認証の取得や卒後臨床研修評価機構の認定など、継続的に第三者評価を受けて質改善活動に活用している姿勢は評価できる。また、病院長をはじめ幹部職員のリーダーシップのもと、職員が一体となって計画的に質の改善に向けて取り組む活動とともに、病院の移転に当たり近隣医療機関や地域住民との信頼関係の構築への懸命な取り組みが

奏功し、地域にとって「なくてはならない病院」として様々な役割や機能を発揮していることが確認できた。今後も病院理念を大切にして地域への医療提供に取り組み、貴院がますます発展していくことを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を明文化し、院内・外に広く周知している。病院運営の意思決定会議である常務会を月2回開催し、決定事項は部門管理会議などで伝達しているが、運営実態に整合した組織図の整備などを期待したい。中期計画に沿って年次事業計画を策定し、進捗状況を月次で把握して必要な検討を行っている。電子カルテ等の医療情報システムは運用規程や各種ガイドラインに基づいて管理し、種々のセキュリティー対策を講じている。文書管理規程に基づいて各種文書を管理しているが、保存年限の設定などの管理体制の充実が期待される。

法令等で定める必要人員を確保のうえ職種ごとに定数管理し、人材確保に向けて多様な採用活動を行っている。人事・労務管理に必要な規則・規程を整備し、出退勤等の就労管理や医師・看護師業務のタスクシフトを進めている。職員の健康診断の実施や労働災害への対応等の職員の安全衛生管理に努め、職員の意見・要望を労使協議会等で把握し、リフレッシュ休暇などを運用して魅力ある職場となるよう努めている。

職員への教育・研修では、全職員を対象に医療安全研修等を行っているが、患者の権利擁護等に関する教育・研修の実施体制づくりが期待される。職員の能力評価は到達度評価表を用いて行い、各部署では力量チェックシートなどにより職員の能力開発に取り組んでいる。臨床研修医や看護師等の専門職種の初期研修を研修プログラムに沿って行うとともに、医学生や看護学生などの病院実習を受け入れ、院内掲示により患者・家族に理解・協力を依頼している。

3. 患者中心の医療

「患者様の権利章典」と「こどもの権利章典」を明文化し、院内・外に広く周知している。説明と同意取得に関する方針に文書同意を必要とする医療行為を具体的に示している。入院案内や患者用クリニカル・パスなどを活用して、患者・家族の医療への参加を促すとともに、ACP スクリーニングシートにより患者・家族の意向の聞き取りを行っている。「ちいき総合サポートセンター」内に相談窓口を設置し、社会福祉士や看護師が患者・家族からの多種多様な相談に対応している。患者の個人情報、個人情報保護方針に基づいて管理しているが、離席時の電子カルテシステム端末のログアウトの徹底を期待したい。主要な倫理的課題への対応方針を明確にし、臨床上的倫理的課題は多職種カンファレンスの協議や倫理コンサルテーションチームの介入により検討し、解決困難な課題は倫理委員会において審議している。

病院施設は2019年に新築してバリアフリーを確保し、シャトルバスの運行や患者用駐車場の整備などによりアクセスを確保している。診療・ケアに必要なスペースを十分に確保し、院内は整理整頓が行き届き、寝具類も清潔に保管している。敷

地内禁煙の方針は徹底しているが、患者の受動喫煙防止に向けた啓発とともに禁煙外来の周知や体制充実などが期待される。

4. 医療の質

業務の質改善に向けて病院機能評価などの第三者評価を継続的に受審しているが、組織的に業務改善に取り組む仕組みを構築し、PDCA サイクルを回すことが期待される。診療の質の改善に向けた活動として、診療科ごとの定期的な症例検討会や多職種でのカンファレンスの開催、臨床指標を用いた現状把握や他施設とのベンチマーク分析を行っている。患者・家族からの意見や要望を相談窓口や意見箱、患者満足度調査などで収集し、医療サービスの改善につなげている。新たな診療・治療方法や技術の導入は、診療部門会議で審議して妥当性を判断しているが、倫理・安全面の審議等を含むより具体的な手順を整備すると良い。

病棟・外来等における管理・責任体制を明確にして診療・ケアの責任者氏名を掲示し、病棟看護師長は、日々の回診やラウンド、カンファレンスなどで診療・ケアの実施状況を把握している。診療記録は基準に基づいて、おおむね適時に記載しているが、診療記録の質的点検に関する体制の充実が期待される。多職種で構成する認知症ケアや褥瘡対策などの多様な専門チームが組織横断的に活動し、また、日々、様々な多職種カンファレンスを活発に開催して診療・ケアの質向上に取り組んでいる。

5. 医療安全

病院長直轄の医療安全管理部を設置して医療安全管理責任者や専従の医療安全管理者等を配置し、ミーティングの開催や医療安全対策の評価、医療安全管理指針の見直しを行っているが、医療安全管理者等の権限の明文化を期待したい。インシデント・アクシデント報告を収集し、医療安全管理者が速やかに内容を確認している。手術室ではオカレンス報告を行い、死亡事例はすべて医療安全担当医師から病院長に報告して必要な検討を行っている。医療事故等の発生時の対応手順を医療安全管理指針やマニュアルに定めている。

患者の確認は氏名と生年月日の名乗りやリストバンド認証、外来基本票との照合などで実施し、手術時の患者や部位の確認はサインイン・タイムアウトを実施して誤認防止に努めている。処方や注射等のオーダー、医師の指示出し・看護師の指示受けは、電子カルテを用いて行い、抗がん剤はすべてレジメン登録し、薬剤師が調製・混合している。全入院患者を対象に転倒・転落のリスク評価を行い、評価結果に基づいて患者ごとに対策を立案している。患者等の急変時の院内緊急コードを設定し、早期警戒スコアを運用して患者の急変時に対応しているが、一次救命措置訓練と AED の訓練は全職員を対象に計画的に実施し、受講者を把握・管理する体制の整備が期待される。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の医療安全部門に専従の感染管理認定看護師などを配置し、感染対策委員会や感染対策チーム会議の毎月開催、感染制御チーム（ICT）のラウンドなどを実施して医療関連感染制御に向けて取り組んでいる。ICT ラウンドや ICT リンクナースなどを通じて感染制御に関する情報収集を行い、連携施設との相互ラウンドや合同カンファレンスにより院外の情報も収集し、ニュースレターなどで職員に向けて情報発信している。

院内感染対策マニュアルを整備して感染経路別予防策や手指衛生手順、個人防御具の使用、感染性廃棄物や血液・体液の付着したリネンの取り扱い等を明文化している。なお、2024 年度から手指衛生推進チームを立ち上げて遵守率の測定を開始しているが、今後の遵守率の向上が期待される。抗菌薬の採用・採用中止は、ICT 会議で検討し、薬事委員会で決定している。特定の抗菌薬については、感染対策担当医師がオーダー状況を確認して必要に応じて介入するとともに、抗菌薬適正使用支援チームが毎週ラウンドを行って適宜、医師にフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

地域等への分かりやすい情報発信では、ホームページや病院案内、広報誌を活用して病院機能や診療内容、受診方法、イベント開催案内など様々な情報を発信している。また、連携施設向けに「各診療科のご案内」をメール配信し、医師の紹介や治療実績、治療方法等を定期的に案内している。紹介受診重点医療機関であり、外来診療は完全予約制として地域の診療所との医療連携に努めている。多くの連携登録医療機関の訪問活動や実務者交流会、オンライン懇談会などを通じて地域の医療機能や医療ニーズを把握し、紹介患者の受診予約や受診当日の受け付け、返書管理を行い、紹介・逆紹介率の向上に取り組んでいる。地域に向けた教育・啓発活動として、地域イベントへの職員派遣や健診事業を実施するとともに、地域自治会への職員派遣による医療懇談会の毎月開催、近隣の小・中・高校へ出向いての「いのちの授業」など、様々な取り組みを行っている。地域の医療機関・医療従事者に対しては、懇話会や内科疾患・アルコール問題勉強会、外部講師を招いての定期的な公開カンファレンス、毎月開催の WEB 学習会「京都民医連中央病院の窓」など、多様な取り組みを行っており高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報をホームページ等で分かりやすく案内し、患者情報を問診や紹介状で収集し共有して外来診療を進めている。侵襲的検査を施行する際には患者・家族へ説明のうえ文書による同意を得ている。入院の必要性は医師が医学的に判断し、患者の希望を聴取したうえで決定し、予定入院患者のオリエンテーションには動画コンテンツを活用している。入院診療計画書は、入院後速やかに作成して患者に交付している。主治医・担当医は、毎日の回診で患者の病態を把握して電子カルテに記録し、看護師は看護管理基準や看護基準・手順に則り、必要な援助を行っている。投薬・注射は、患者氏名や薬剤名、投与量・方法・時間を確認して確実・安

全に実施し、ハイリスク薬の投与中・投与後の観察基準も明文化している。輸血の適応はガイドラインに従って判断し、緊急輸血にも対応している。全身麻酔手術の患者はリスク評価や説明・指導を行って合併症予防に努め、リスクの高い術後患者や重症内科患者はHCUで管理している。皮膚・排泄ケア認定看護師による褥瘡の予防・ケア、栄養状態改善への支援、症状・疼痛の緩和、身体拘束の最小化への取り組み、退院支援と継続した診療・ケア、ターミナルステージへの対応は何れも適切である。リハビリテーションは、患者個別の状態の申し送りなどにより担当以外の療法士でも安全に実施できる体制を確保しており高く評価できる。

<副機能：リハビリテーション病院>

51床の回復期リハビリテーション病棟を運営している。自院の整形外科からの術後患者、近隣病院からの脳卒中や大腿骨頸部骨折の患者、廃用症候群の患者が中心であり、人工透析が必要な患者も受け入れている。転・入院の相談窓口を地域医療連携課が担い、依頼に応じて担当医師や病棟看護師長、社会福祉士、理学療法士で判定会議を行い、速やかに受け入れている。ケアプロセス調査は脳卒中の事例であったが、理学療法や作業療法のほか経管栄養からの離脱、排尿自立支援、装具処方を行い、入院中に腰痛の悪化で目標が変わったものの、疼痛対策や精神科リエゾン、住居の問題なども含めて自宅退院を目指して多職種でチーム医療を実践していた。リハビリテーション部門では、運動器や脳血管疾患、呼吸器、心大血管、廃用症候群、がんのリハビリテーションに取り組んでおり、様々な機器を活用してリハビリテーションを実施している。余暇支援チームの活動、身体拘束最小化に向けた取り組みもよく工夫し、退院後訪問なども行っている。

<副機能：緩和ケア病院>

緩和ケア病棟21床を医師2名、看護師19名の体制で運営している。多職種カンファレンスやウォーキングカンファレンスなどで入院患者の病状や治療方針を共有し、多職種がそれぞれの専門性を発揮しながら、協働して診療・ケアを行っている。リハビリテーションを行い、日常生活動作の維持や生活機能の維持・向上に取り組んでいるが、緩和期のリハビリテーション介入機会を広げていくため、リハビリテーション提供体制の強化を期待したい。患者の症状緩和は、評価ツールを用いて9項目について経時的に毎日記録して診療・ケアに活用している。がん疼痛やせん妄、鎮静、嘔気・嘔吐など主要な症状に対するマニュアルやケアの指針を作成し、適宜、改訂して症状緩和に役立っている点や、難治性せん妄に対して精神科リエゾンチームが介入し成果を挙げている点は高く評価できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では日・当直体制を整えて必要な薬剤管理業務を行い、注射薬はクリーンベンチを、抗がん剤は安全キャビネットを用いて、薬剤師が安全な環境下で調製・混合している。臨床検査機能でも診療機能に応じた検査を365日24時間体制で実施し、検査機器の保守点検や内部・外部精度管理を実施して検査精度を担保

している。画像診断機能では、放射線科医師が診断結果を全例ダブルチェックし、24時間以内に報告書を作成している。栄養管理機能では、温冷配膳車を使用して適時・適温で食事を提供し、管理栄養士や調理師がベッドサイド訪問を行い、美味しい食事の提供に努めている。リハビリテーション機能では、療法士が回診や多職種カンファレンスに参加して患者情報を収集し、365日体制でリハビリテーションを提供している。診療情報は電子カルテシステムで一元的に管理し、同意書等の紙媒体記録はスキャニングして電子保存している。医療機器は臨床工学課で中央管理し点検・整備している。洗浄・滅菌業務では、使用済みの器材を専用密閉容器で搬送し、中央材料室で洗浄・滅菌している。

病理診断機能では、組織診・細胞診検査のほか、術中迅速組織診断や病理解剖を実施し、既読管理システムにより報告書の既読状況を確認している。輸血用血液製剤は自記温度記録計付きの専用保冷庫で管理している。手術室では全手術症例のオカレンス報告制度を運用し、集中治療が必要な患者はHCUに収容し管理している。

「断らない救急」を掲げて24時間体制で救急搬送患者を受け入れ、不応需例を検証して応需率向上に努めている。

10. 組織・施設の管理

予算は、各部署から人員や機器等に関する要望を聴取して原案を作成のうえ法人本部の承認を経て編成し、予算執行管理や収支分析等を行い、公認会計士による会計監査を受けている。医事業務では、受付から会計に至る一連の業務を診療事務課が担当し、レセプト点検には医師も関与し、査定・返戻への対応は委員会で協議している。未収金は手順を定めて督促を行っている。業務委託の可否は管理企画室の検討を経て常務会で決定し、業者の選定は契約規則に基づき競争入札などにより公正に行われている。

施設・設備の管理を、防災センターに24時間体制で常駐するスタッフにより行うとともに、長期修繕計画を策定して計画的に各種設備の更新や改修を実施している。医薬品の新規採用時には一増一減を原則とし、後発医薬品を含めて薬事委員会で選定している。診療材料等は院内物流管理方式で定数管理し、棚卸や定数見直しを実施している。

病院施設は耐震構造であり、防災マニュアルや病院の機能存続計画を策定して定期的に災害訓練を実施し、患者用の食料・飲料水を備蓄している。保安要員が24時間体制で院内・外の定時巡回や出入口・院内各部署の施錠管理、鍵の貸出管理などの保安業務を行っている。

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	B
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	B
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	B

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	B

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	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	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	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	S
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	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	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	S
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	B
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・処置を确实・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	S
2.2.14	投薬・注射を确实・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を确实・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	B
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：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： 2023年 4月 1日 ～ 2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025年 3月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 公益社団法人京都保健会 京都民医連中央病院
 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)、緩和ケア病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 公益法人
 I-1-4 所在地： 京都府京都市右京区太秦土本町2-1

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	359	319	-40	88.7	12.7
療養病床	52	52	+0	92.6	16.1
医療保険適用	52	52	+0	92.6	16.1
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	411	371	-40		

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)	12	+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	65	+0
小児入院医療管理料病床	10	+0
回復期リハビリテーション病床	51	+0
地域包括ケア病床	52	+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	21	+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)

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： 4人 2年目： 5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

