

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 8 月 1 日～8 月 2 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
------	--------	----

■ 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。

1. 病院の特色

貴院は 1936 年に兵庫県立西宮懷仁病院として現在地に開院された。その後、兵庫県立西宮病院と改称し、幾多の増改築を経て、兵庫県阪神南医療圏の急性期医療を担う中核病院として発展してきた。

この間、臨床研修病院、西日本支部基幹移植検査センター、地域医療支援病院、兵庫県がん診療連携拠点病院、救命救急センター、地域周産期母子医療センター、地域災害拠点病院、DPC3 群等の指定や認定を受けて、地域の医療機関とその機能分担を明確にして、地域完結型の医療を実現するために努力されている。

患者さんを中心としたチーム医療を推進し、医療の質改善を図るべく、院長を中心に幹部・職員が一体となって日夜努力している姿に深く敬意を表する。この度の病院機能評価の受審が、継続的な質改善の一助になることを期待し、地域住民に益々信頼され、安心してかかる病院として発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

「高度で、良質な医療を提供する」とした理念と基本方針を明文化して、院内外に周知している。基本方針の内容は定期的に見直されている。院長は、会議や委員会などを通じて自院の将来像を明確に示して、幹部は、部門・部署ごとに目標を定めて、職員に目標意識を持たせ、労働意欲を高める工夫をするなど、リーダーシップを良く発揮している。病院の意思決定機関は幹部会であり、定期的開催され、審議・決定されたことは運営部会議等を通じて職員に周知している。兵庫県第 4 次病院構造改革推進方策等と整合性を持った年次事業計画の策定や BCP の策定を行い、病院の組織運営を適切に行っている。組織図については指揮命令系統が一部不

明確なところがあり、各部門の位置づけがより明確になることを期待する。

病院の情報は情報管理室にて管理統括されている。活用の方針は診療情報管理に関する規程に基づき明確にされ、医療の質や安全性・効率性が確保されている。文書も一元的管理がされており、適切である。役割・機能に応じた人材確保の点で、引き続き薬剤師・MSW等の充実に向けた努力や工夫が行われることに期待したい。人事労務管理についても、おおむね適切であるが、時間外労働縮減の取り組みを行っているが、未だ改善されない部門もあり継続した努力が望まれる。職員の安全衛生管理および就労支援は適切に行っている。教育・研修はおおむね適切に実施しているが、教育研修委員会が病院全体の年間計画を作成し、各研修の実施や参加状況等を把握して評価と管理を行うなど、活動を強化することが望まれる。職員の能力評価・能力開発については適切に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利として定められている7つの項目は、診療案内・入院案内やホームページに明記されており、その内容についても定期的に見直しを行っている。患者への説明と同意の取得は適切に行われているが、説明と同意が行われる範囲や医療者の立ち合い基準についての整備と文書管理の組織的な検討が望まれる。セカンドオピニオンへの対応は適切である。診療・ケアに必要な情報は、入院案内等の多様な手段で周知している。治療や処置についての説明は文章と図を使用し、理解を深める工夫がされているなど、理解への支援を積極的に行っている。地域医療連携センターが相談窓口となり、看護師、社会福祉士が種々の相談に対応している。各種虐待に対する方針・対応の整備も適切である。また、患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している。

臨床における倫理的課題については、宗教上の輸血拒否等、病院の対応方針を明文化している。倫理委員会と臨床倫理コンサルテーションチームでの検討後は速やかに現場にフィードバックするなど、継続的に取り組んでいる。患者・家族の倫理的課題については、日々のカンファレンスで検討され、解決困難な倫理的問題は、臨床倫理コンサルテーションチームにおいて適切に対応している。

来院時のアクセスは駅、バス停も近く、駐車場の設置など利便性を十分に確保している。生活延長上の設備、携帯電話の使用のほか、利用者への多種サービスが行き届いている。高齢者や障害者には車椅子の配備のほか、エレベーター、エスカレーター、トイレ・浴室など設備上の配慮がなされており、おおむね適切である。

診療・ケアに必要なスペースはおおむね確保され、患者の癒しへの配慮がなされており、おおむね適切である。敷地内は全面禁煙とし、入院案内や掲示による案内に加え、院内外の巡回を行い徹底に努めている。職員の喫煙率は低く、教育的掲示や禁煙教育などの啓発は適切である。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望を収集する意見箱を設置し、関連部署の協議や会議等での報告、患者・家族や職員へのフィードバックの仕組みがあり、適切である。

各診療科では定期的にカンファレンスを実施しており、また、多職種でのカンファレンスも定期開催しており、適切である。多くの臨床指標を積極的に収集し、経年データを HP に公開して、組織的な診療の質改善へとつなげている。クリニカル・パスを各診療科で運用しており、診療の質向上に向けた活動は適切である。患者サービス向上委員会では患者からの意見を積極的に吸い上げ、それらの意見をもとに部門横断的に関係部署で協議を進め、業務の質改善に取り組んでいる。

新しい診療・治療を導入する際には、医療安全部門スタッフ参加のもと、各診療科や各委員会において検討がなされているが、特に侵襲性の高い診療・治療の新たな導入については、医療安全部門が主催する委員会等で検討するなど、さらなる組織的対応がなされると、安全性の確保が期待でき、さらに良い。

病棟や外来における診療・ケアの管理・責任体制は、主治医、担当看護師が明確であり、各自の役割も明示している。電子カルテを運用し、医師、看護師のほか多職種が関与して必要な診療記録を作成しているが、カルテ記載の質的点検については、病院全体として診療記録の点検を行う組織的体制の確立が望まれる。多職種による診療・ケアの実践では、NST、緩和ケアチーム、褥瘡防止対策チームなど組織横断的な専門チームが活動している。また、複数科の医師が合同カンファレンスで治療方針を決定するなど適切である。

5. 医療安全

医療安全部は診療支援担当の副院長のもとに位置付けられ、安全部長として医師、専従の医療安全管理者として看護師長が配置されている。医療安全管理者の役割は医療安全対策マニュアルに記され、院長からの権限が付与されたうえで、活動を行っている。今後、さらなる委員会としての機能の発揮のため、リスクマネジメント部会の出席率を向上させる取り組み等を検討されると良い。医療安全の研修についても出席率が低いことから、組織的な対応による医療安全文化醸成のための体制強化が望まれる。

院内のインシデント・アクシデントはタイムリーに報告、把握できる仕組みであり、医療安全部からの啓発により、医師の報告件数は 2019 年度上昇している。今後、合併症、偶発症などを把握する仕組みの確立が課題である。収集している院内外の事例については分析、検討、院内への情報提供により、自院の安全対策の確認、見直しなど組織での有効活用につなげることが望まれる。誤認防止対策は医療安全対策マニュアルに定めている。患者確認は患者に名乗ってもらい、診察券・リストバンドなどと照合し対応できている。チューブ誤認予防対策として薬剤別に識別シールを貼る工夫をしている。手術部位は前日医師が皮膚ペンでマーキングし、患者へもマーキング方法について文書で説明し協力を得るなど、対応は適切である。指示出しから指示受け、実施に至るまで確実にやっている。緊急時の口頭指示は、口頭指示メモのテンプレートを用いて、パニック値は直接指示医、指導医等に報告している。しかし、放射線診断の読影報告を依頼医が確認したことを把握できる仕組みの確立が当面の課題である。

麻薬・向精神薬は、法令に基づいて管理し、薬剤部門システムと、病棟担当薬剤師の関与により各種のリスクを回避して、薬剤を安全に使用している。全入院患者に転倒・転落リスクアセスメントを行い、標準予防策を実施している。リスクアセスメントは定期的に再評価し、看護計画の見直しを行っている。必要時認知症スクリーニングを行い、認知症ケアチームにより薬剤調整など、治療的側面からも転倒予防対策を実施しており対応は適切である。医療機器管理マニュアルに従い、医療機器の使用前点検、作動点検を看護師が実施している。人工呼吸器の設定条件はカルテの指示をもとに確実な引継ぎを行う仕組みがあり実践している。生体監視モニターのアラーム設定は基準値を定め、適正に管理されている。院内緊急コードを設定し職員に携行カードにより周知している。救急カートの標準化と適正配置、定期点検を行っている。全職種対象に定期的なシミュレーション訓練を行っており、急変対応に備え適切に対応している。

6. 医療関連感染制御

ICT が医療関連感染制御の中核を担い、院長直下に配置された専従者には必要な権限が与えられている。院内感染対策委員会が感染対策に関わる諸事項を決定している。全職員向けの研修参加率は、98%を上回っており、医療感染制御に向けた体制は確立している。ICT は各種サーベイランス情報や耐性菌情報、流行情報など感染制御に関する院内外の情報を収集し、一元的に把握している。この情報をもとに分析を行い、対応策を検討している。手指衛生については手指消毒薬を携帯し、定期的に使用量を確認・フィードバックしている。個人防護具の設置および使用はおおむね適切であるが、今後さらに感染防止対策の観点から、排泄物や汚染リネンなどの運用・管理を検討されると良い。

抗菌薬の採用・削除は、ICT、AST の意見が反映されている。抗菌薬適正使用指針を整備し、不適切と思われる使用に対しては AST からのアドバイスがあり、これに従い、薬剤を変更しており、適切である。また、抗 MRSA 薬とカルバペネムは届け出制となっており、届け出率は 100%である。

7. 地域への情報発信と連携

患者・住民、地域医療機関向けの広報誌を発行し、ホームページの維持・更新も定期的に行っている。ホームページ上でも診療実績のほか臨床指標を公開し、円滑に受診するための案内を掲載するほか、病院の近況紹介など様々な最新情報の発信に取り組み適切である。地域医療連携は地域医療連携センターが担当し、紹介受け入れ・逆紹介、MRI・CT 等の検査受け入れ手順などを明確にして地域の病院・診療所と連携し、登録医の情報を把握している。連携施設からの紹介・逆紹介に関連した業務を円滑に行い、紹介元に迅速な返書や情報提供を行っている。連携施設を訪問して「顔の見える」関係づくりに努め、他施設の意見や要望を聴取してニーズ把握に尽力しており、適切である。

地域や各種団体の依頼に応じて住民や医療従事者を対象とした医療講演を様々なテーマで開催している。知識や技術向上に向けた専門研修の開催、地域の医療従事者との情報交換や質向上に向けた「地域連携懇談会」、公開症例検討会の開催など、地域に向けた活発な教育・啓発活動は評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者の立場に立って、円滑な診察を受けることができる仕組みが整備されている。外来では安全・感染・誤認防止に配慮し、必要時には上級医、他科医師へ相談している。検査の必要性がその都度カンファレンス等で判断され、安全性に配慮した運用が着実に実施している。医学的判断に基づいて入院の適応を決定し、患者・家族の希望にも配慮しながら同意を得ており、がんの告知を行うような状況では、可能な限り看護師が同席している。医師の病態評価をもとに他職種が協働して速やかに入院診療計画を作成し、説明を行っている。患者相談窓口において相談内容に応じた適切な窓口案内されている。患者・家族の意思が尊重される対応がなされており、医療相談は適切に対応している。入院前後の必要なオリエンテーションは適切に実施されており、安心して入院生活が過ごせるよう支援している。緊急入院時の患者・家族の対応も含め適切である。

医師は、多職種カンファレンスや担当看護師と情報交換を行い、患者・家族との面談で、治療経過や治療方針を説明している。看護師の病棟業務は業務基準をもとに実施され、看護提供体制はPNSで職員間の支援体制がある。実践能力評価はクリニカルラダーを使用し、能力にあった役割分担をしている。薬剤師は入院患者全員の薬歴を管理し、ハイリスク薬を使用している患者を中心に服薬指導を行っている。看護師・薬剤師を中心に、安全・確実な投薬・注射を実施している。輸血時には輸血の必要性や実施に伴うリスクを患者に説明し、同意書を得て実施している。

術前訪問は全身麻酔患者全例に対して行っており、入院前評価時に効率的に術前管理が行われている。手術後は退室基準に準じて退室しており、患者の病室移送に際しては主治医が同伴する体制が取られているなど、周術期の対応は適切に行われている。ICUは、患者の重症度により看護配置の病床を使い分ける運用を行い、ICU病床のコントロールを行っている。毎朝多職種合同でカンファレンスを開催し、協働したケアを行っている。

全入院患者に褥瘡リスクアセスメントを行い、必要時予防ケア計画を立案し実施している。また高機能マットレス使用などの予防機器を効果的に使用している。褥瘡発生時は褥瘡ケアチームの診療が速やかに受けられており、体制、アセスメント、予防ケア・治療ともに適切である。栄養管理と食事指導については、患者の状態に応じた対応が適切に行われている。症状緩和については、緩和ケアマニュアルに沿った援助が適切に行われている。リハビリテーション処方に基づいて実施計画を立案し、必要性とリスクについて説明のうえ同意を得ており、実施にあたっては、患者・家族の希望に配慮し、中止基準も明確である。身体抑制の患者の状況から医師が判断し、患者・家族に説明と同意取得を得て、医師の指示で実施している。

身体抑制中は早期解除に向けた観察と検討を適切に行っている。入院時に退院支援スコア表を用いて退院支援の必要な患者を抽出し、多職種カンファレンスで患者・家族の意向を踏まえた支援や療養先の選定を行っており適切である。在宅療養支援の必要な患者には、主治医や看護師等、院内外の関係者による退院前カンファレンスを行い、在宅療養に必要な社会資源を調整し、患者・家族が望む在宅療養が実現できるように努めている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門の薬剤管理を適切に行い、病院全体の薬剤使用や管理を適切に行っている。臨床検査機能および画像診断機能は、ともに適切に発揮されている。栄養管理部門は、調理、配膳・下膳、食器の洗浄・保管など一連の業務が適切に行われ、安全面および衛生面に配慮した食事を提供している。リハビリテーション部門では、早期離床を目的としたリハビリテーションを多く実施している。今後は、在院日数の短縮に伴い、休日の訓練体制について検討することを期待する。

診療情報管理では診療情報を一元的に管理し、疾病統計の作成や診療記録の量的、質的点検などに取り組んでいる。医療機器管理マニュアルに則り機器を中央管理しており、保守・点検を適切に実施している。夜間・休日のトラブル発生時の対応も明確である。洗浄・滅菌業務は業務委託され、中央化されている。洗浄、滅菌の工程は、洗浄評価、各インディケーターによる滅菌の質保証、リコール時のフローも明確であり、機能は適切である。

病理診断機能は適切に発揮されている。また、放射線治療部門では、乳がんや、食道がん、婦人科がんなどを中心に年間 180 名程度の新患を受け入れており、放射線治療機能は適切に発揮されている。さらに、夜間・休日を含めた輸血・血液管理機能を適切に発揮している。周術期においては、年間 5,000 件以上の手術、年間 2,000 件以上の全身麻酔手術を行っており、医師が術前訪問を実施している。手術前のマーキング、タイムアウトも手順通りに実施している。退出基準に沿って、退室時に主治医が同伴して安全に帰室しているなど、手術・麻酔機能を適切に発揮している。ICU10 床のほか HCU、SCU、NICU を有し、ICU は救急専用病床として集中治療機能を適切に発揮している。

救命救急センターは 24 時間体制で患者受け入れを実現し、年間 4,000 件以上の救急車搬入患者と時間外受診患者に対応している。三次救急のみの受け入れだけでなく、地域の実態に合わせて二次救急も積極的に受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院会計準則に基づいた会計処理を行い、予算管理を確実に実施している。幹部会等で経営状況の把握と分析をしており適切である。窓口収納業務や診療報酬請求業務、未収金督促への取り組みなど、医事業務を適切に行っている。委託業務は、対象業務の種類や範囲などを総合的に検討してプロポーザル方式や一般競争入札等にて選定している。委託職員については、社内教育の内容確認に加え、感染対策や医療安全などの院内研修参加の仕組みもあり適切である。

施設・設備管理は経理課が担当し、日常・定期点検や保守管理は適切である。清掃、廃棄物の処理を業務委託し、適切に管理している。物品の管理は院内 SPD 方式で一元的に管理し、購入手順を明確にし、定数管理・棚卸による在庫の適正化が図られている。ディスプレイ製品は再使用しない方針として遵守している。

病院の危機管理については、災害時対応マニュアル作成と定期的な訓練を実施している。DMAT 編成、十分な能力を有する自家発電装置や通信手段の確保、食料、水、医薬品の備蓄、BCP 策定なども行われており、災害時対応は適切である。

保安業務の責任・管理体制は、緊急時および夜間・休日の連絡・応援体制、院内暴力発生時の緊急放送も整備しており、病院および委託職員が適切に対応している。訴訟が発生した場合、医療事故発生時のマニュアルに沿って、院長を中心に速やかに関係者が集まり医療安全審査会を開催し、訴訟担当者を総務部長とし、病院局顧問弁護士も参画する仕組みがある。なお、病院賠償責任保険および産科医療保障制度に加入し訴訟の備えとしている。

1 1. 臨床研修、学生実習

臨床研修医の初期研修は基幹型臨床研修病院としてプログラムが整備され、教育研修を進めている。研修医の評価は指導医の評価に加え、研修先の看護師による評価も行っている。その他の専門職では段階別教育プログラムを設定し、レベルに応じた達成目標を基準に、プログラムに沿って研修が進められている。

学生実習では、看護師、薬剤師、栄養士など様々な養成校の実習を積極的に受け入れている。各学校と実習契約を交わし、医療安全や感染対策、守秘義務などの必要な教育を含めたオリエンテーションのもと、事前に養成学校と協議したカリキュラムに沿って現場指導者が実習を履行し、成果を評価している。学生の予防接種の実施状況や健康状態の把握、情報保護に関する誓約や実習中の事故対応など、学生実習を適切に行っている。

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・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	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	B
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	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	B
1.6.3	療養環境を整備している	B
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	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	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	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	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	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	A
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	B
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	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	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

年間データ取得期間： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 年 3 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 兵庫県立西宮病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院2
 I-1-3 開設者： 都道府県
 I-1-4 所在地： 兵庫県西宮市六湛寺町13-9

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	400	400	+0	86.1	9.6
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	400	400	+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	10	+10
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)	4	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	3	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	5	+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		
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, DPC対象病院 (Ⅲ群), 地域周産期母子医療センター

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： 10 人 2年目： 10 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

