

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「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 2 月 21 日～2 月 22 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 | 緩和ケア病院（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 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1956 年に医療法人松本病院として病院を創立し、その後、名称を西奈良中央病院とし現在に至る。時代の変遷と共に、組織や病院機能、病床数の変更を行い、現在では許可病床数 166 床を有し、社会医療法人として救急医療に重点を置いた医療を展開している。また、一般病床・地域包括ケア病床・緩和ケア病床・透析施設を活用し、地域の各医療機関との連携を推進している。さらに、健康管理センターを設置し予防医療にも貢献している。法人内には診療所・介護老人保健施設・訪問看護事業・居宅介護支援事業を展開している。一連の運営形態を整え、地域住民が安心して生活できる役割を担っている。

早期から第三者評価による医療の質向上活動に熱心に取り組んでおり、今回が 4 回目の病院機能評価受審となった。質向上への機会となる視点で受審されている。多くの点で努力や工夫が窺われ、職員の取り組み姿勢は共感が持てる。地域の中核病院としての役割を十分に担っており、地域と共に歩まれている。今後も引き続き組織的な改善活動を継続されたい。

2. 理念達成に向けた組織運営

法人理念および病院基本方針を明文化し、多様な手段を講じて内外への周知に取り組んでいる。病院幹部のリーダーシップは各種委員会に積極的に参加し、力を発

揮している。また、病院将来像を3ヶ年計画で定め、問題解決に向け日々奮闘努力されている。組織運営では、意思決定機関が適切に機能し、年次事業計画が策定されている。また、部門部署の目標設定が行われている。達成度の評価は通期で行われ共有が図られている。病院の情報管理は電子カルテと各部門のシステムが連動し、機能している。院内LANの活用で情報共有に寄与している。文書管理規程が定められ、管理責任者を明確にして運用している。

人事管理はおおむね適切に管理されている。労働時間や休暇取得は確実に管理されている。職員の安全衛生については、衛生委員会を設置し、産業医や衛生管理者を選任して健康診断および特殊健康診断が実施されている。職員の意見は専用の意見箱を設置し、理事長・院長に直接届く仕組みがあり、対応すべき内容は直接指示が行われ問題解決を図っている。また、「快生会ニュース」で職員に周知している。

教育委員会と各種委員会が連携し、各種の教育研修会が実施されている。院外での必要な教育研修への参加は部門長の承認で参加可能である。職員の能力評価・開発については、人事考課で適正に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化されており、院内掲示やホームページ・入院案内へ掲載し患者・家族に周知を図っている。診療記録は開示規程に沿って開示されている。説明と同意に関する病院の方針が策定され、侵襲を伴う手術や検査、処置および治療など3項目のカテゴリーを規定している。医療への患者参加の促進では、医療者側からの情報提供として入院時オリエンテーションを行っているほか、入院診療計画書が活用されている。多数のクリニカルパスが運用されている。患者支援体制は、地域医療連携センターが担っている。社会福祉士や看護師などが活動し、多様な相談に応じている。個人情報保護規程が整備され、利用目的を周知している。臨床倫理に関しては、主な臨床倫理課題の診療方針として、自己判断不能患者への治療中止に関する基本手順、がん告知など6項目が定められている。

外来駐車場を整備し、透析患者は専用の車両で送迎を行っており、患者・家族の利便性へ配慮している。病院は全館でバリアフリーが確保されており、高齢者や障害者へ支障のない施設・設備が整備されている。診療およびケアに必要なスペースは十分に確保されており、浴室やトイレでは快適性とともにも安全面にも配慮が行き届いている。敷地内禁煙を継続し、受動喫煙防止の支援を行っている。

4. 医療の質

意見箱を設置し積極的に患者・家族の意見を収集している。回収した意見は患者サービス向上委員会で適切に対処されている。各科で症例検討会が行われている。デスカンファレンスやリハビリテーションカンファレンス等では多職種が参加して症例検討が行われている。臨床指標に関するデータが収集・分析されており、診療の質向上への取り組みが行われている。患者サービス向上委員会等により継続的に業務の質改善が図られている。各種立入検査の指摘事項には迅速に対応している。

新たな診療・治療方法や技術の導入については、申請・検討手順等が明確になっており、倫理委員会で適正に検討されている。また、臨床研究や学会発表の際の倫理的な審査の体制が整備されている。

診療・ケアの管理体制は、病棟の責任体制として、ステーション入口に病棟責任医師名・責任看護師名・薬剤師名・療法士名・入退院支援担当者など多職種が明記されている。診療記録は、記載基準に沿っておおむね適切に記載されている。診療記録の質的点検については、毎月 30 件の診療録をチェック項目に沿って点検している。チーム医療活動としては、NST・ICT・AST・DDST および褥瘡ラウンド、入退院支援チームなどがあり、緩和ケア認定看護師や認知症認定看護師、呼吸療法認定士などを活用し、より専門性の高いチーム活動となっている。

5. 医療安全

医療安全の体制として、院長直轄の医療安全管理室が設置され、月 1 回開催の医療安全管理委員会、下部組織として看護部の MRM 小委員会が有機的に活動している。安全確保に向けた情報収集と検討は、レベル 3 以上の事例をアクシデントと規定し、医療安全管理者が中心となり、医療安全管理委員会で検討している。

患者誤認防止策としてリストバンドによるバーコード認証の仕組みがある。また、検体などの確認や、画像検査時の患者確認も確実に実施されている。情報伝達エラー防止は、医師の指示出し、看護師の指示受け・実施、結果報告が手順に沿って行われている。薬剤の安全な使用については、重複投与・アレルギー等のリスクが回避されている。麻薬・向精神薬・毒薬は確実に保管・管理している。転倒・転落防止対策は、入院時にリスク評価を行い、看護計画を立案している。評価は、入院時と入院後は 1 週間および病状変化時に行う仕組みが機能している。医療機器の安全使用は、医療機器安全管理責任者の臨床工学技士のもと、医療機器は ME センターと現場で点検・管理されている。人工呼吸器使用中は病棟ラウンドを 1 日 1 回行い、機器の設定条件や使用状況の確認を行なっている。急変時の対応は、院内緊急コードが定められており、手順が整備されている。また、救急カートは看護師と薬剤師が管理している。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御については、感染防止対策委員会や ICT 委員会が組織され、ICT による院内ラウンドが毎週行われている。感染防止マニュアルが整備されており、感染制御に向けた体制が確立している。院内の感染発生状況等は定期的に把握・検討され、感染防止対策委員会や ICT 委員会で分析・検討されており、適切な感染制御活動が行われている。

感染対策マニュアルが定められ、手指消毒は、速乾式手指消毒剤のモニタリングが行われている。汚染リネンは、手順に則り処理している。抗菌薬については、適正使用指針が作成されている。分離菌感受性データや抗菌薬の使用状況等が定期的に把握・検討され、医師にフィードバックされている。抗菌薬は適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、病院案内パンフレットやホームページ、広報誌を活用し、病院の機能や役割の広報を行っている。ホームページでは、診療実績・患者動向の公表が行なわれている。また、年報を作成し活用している。地域の医療機関や福祉施設との連携は、地域連携室が担当となり、看護師・社会福祉士・事務職を配置し地域連携業務を担っている。市医師会主催の奈良市在宅医療・介護連携支援センターに参加している。地域からの紹介患者を多数受け入れ、紹介元への返書は地域連携室が行なっている。地域への健康増進活動では、コロナ禍に伴い活動が制限されたが、Web を活用し病院・診療所等の医師を対象に勉強会を開催している。勉強会には毎回 25 名程度の参加があり、有益な情報を共有している。感染管理者が高齢者施設に出向きコロナ対策で PPE の実践等を指導・教育し、各施設からは好評を得ている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

窓口業務が機能し、熟発者の対応やトリアージが行われており、来院した患者が円滑に診療を受けることができる。初診時には AI 問診機や診療情報提供書に基づき、病態に応じた外来診療を行っている。地域からの患者の受け入れは、地域連携室が担っている。診断的検査は十分な説明と同意のうえで確実・安全に実施されている。自院の医療機能を超える場合は患者・家族の意向に沿って他施設を紹介し、紹介先への具体的な情報提供を行っている。入院の決定は医学的な根拠に基づいて判断されている。患者に関する各種情報が収集されており、診療計画が迅速に作成されている。患者・家族の医療相談は、地域連携室と入退院支援室のスタッフが中心となり、「患者支援相談窓口業務フロー」に沿って行っている。

医師はカンファレンス等を通じて病棟スタッフと情報共有し、指導力を発揮している。看護提供体制は、固定チームナーシングであり、日常ケアの経過は電子カルテ内に記録している。投薬・注射は、手順に沿って確実・安全に実施されており、実施記録が残されている。輸血・血液製剤投与はガイドラインを遵守して、確実・安全に実施されている。周術期の対応は、適応と方法が検討され、患者・家族に説明し同意書を取得している。重症患者は、重症室に収容して管理している。褥瘡の対応は、入院時褥瘡リスク評価を実施し、対策の計画・実施が行われている。栄養管理は、栄養アセスメントを実施し、褥瘡対策や NST、嚥下機能評価や嚥下訓練で、チーム医療に寄与している。がん性疼痛に対する麻薬の使用は WHO のラダーを基準としている。リハビリテーションは、必要性を評価し、目標設定や訓練計画が策定され患者・家族に説明し同意を得ている。身体抑制は行わない方針であり、やむを得ず行う場合は同意書を取得して、医師の指示にて開始・解除の手順が遵守されている。退院支援は、入退院支援室のスタッフと病棟の看護師が中心となって行っている。必要な患者への在宅支援は、法人関連の訪問リハビリテーションや訪問看護、地域の訪問診療などを活用し、在宅療養を積極的に支援している。ターミナルステージの判断は、多職種の見解を参考にしながら、主治医が行っている。終末

期の病状説明は主治医が行い、職員間でも情報共有している。また、在宅での看取りを行っている。

＜副機能：緩和ケア病棟＞

緩和ケア病棟は、全室個室で機能が十分に整えられ、落ち着いた雰囲気でも過ごしやすい環境となっている。緩和ケア病棟の入棟や運用に関わる手順を整備している。地域の医療関連施設からの紹介に対して、入退院支援室を中心に病態に応じた柔軟な受け入れ体制を構築している。外来受診時の入院前面談から入院判定会議には多職種で対応し、円滑な入院を可能としている。

入院後は医師・看護師・社会福祉士・薬剤師・管理栄養士・各療法士等の多職種が患者・家族を支えるチーム医療を推進している。症状緩和についてはマニュアルを整備し、医師・看護師を中心に多職種が連携して患者・家族の全人的な苦痛に対応している。新型コロナウイルス感染症流行下の状況でも、感染対策委員会と十分に対策を講じた上で患者・家族の希望を尊重し、面会や外出・外泊、季節の行事等を継続し、患者・家族が可能な限り快適に過ごせる機会を作っている。退院支援については、入院早期から患者・家族の希望に沿った在宅支援を行い、退院後の病状変化等に対する相談体制を整えている。臨死期・逝去時にも細やかな配慮がなされ、患者・家族の希望を尊重した対応を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会、持参薬の鑑別・管理、薬剤情報の収集・周知、薬剤の温・湿度管理などを実施している。臨床検査機能は、必要な検査が業務マニュアルに沿って確実・安全に行われており、24時間体制となっている。画像診断機能は、各種撮影は業務マニュアルに沿って行われており、放射線科医により読影されている。24時間体制で対応している。栄養管理機能は、管理栄養士を配置し、調理業務も直営で行われている。日々の現場では食材の搬入から検収、下処理、調理、盛り付けまで確実に運営され、衛生管理が徹底されている。リハビリテーション機能は、業務マニュアルに沿って実施されている。プログラムの定期的な評価や改善が行われている。電子カルテと各部門システムが連動し診療情報管理機能が発揮されている。量的点検は診療情報管理士によりチェックシートを活用し行っている。医療機器管理機能は、臨床工学技士により各機器の日常点検や年間の保守点検が計画的に行われ、MEセンターのシステムで一元管理されている。器材の洗浄・消毒は中央化され、業務のワンウェイ化が図られている。滅菌の質保証は、各種インディケーターによりモニターされている。リコール規定が策定されている。

病理診断機能は、外部へ委託し、必要な検査が行われている。輸血・血液製剤の投与は、ガイドラインを遵守して、業務マニュアルに沿って実施されている。手術・麻酔は、各種モニターを装着して安全に配慮して実施されている。麻酔覚醒基準や退出基準も明確になっている。救急患者の受け入れ方針や手順は明確になっており、夜間・休日の体制を整備し対応している。救急症例については、救急委員会

で検討している。

10. 組織・施設の管理

財務・会計では、法人本部の経理課が主となり年次事業計画や各部門の要望を把握し、前年実績を基に立案し、管理者会の承認を経て理事会で最終決定を行っている。予算執行状況は、毎月開催される理事会と管理者会で報告・分析・検討が行われている。財務会計諸表は病院会計準則に沿って行われ、公認会計士の監査を受けている。レセプト作成への医師の関与は的確である。未収金の発生防止や回収促進や、施設基準の適正な維持に組織的に取り組んでいる。業務委託は用度課施設係が担当となり該当部門の所属長と連携し質の担保に努めている。

経年劣化に伴う大規模改修計画は2030年までの長期計画が立案されている。主要なライフライン設備は、用度課施設係による日常点検に加えて専門業者による定期的な保守点検が確実に実施されている。物品管理は用度課用度係が院内元倉庫から、各部署に定期的に払い出している。決裁権限や内部統制が機能している。

消防計画を策定して防火訓練を実施し、大規模災害を想定した備蓄品や、緊急連絡網が整備されている。夜間・休日の保安体制は事務職員と委託警備会社が連携している。定時の巡視や施錠管理が実施されている。医療事故が発生した場合に備えたマニュアルが整備され、院内事故調査委員会が原因究明と再発防止策の検討に組織的に取り組む仕組みが構築されている。

11. 臨床研修、学生実習

看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医事課の実習生を受け入れている。担当者は養成校側と意見交換し、必要な課題が確実に履修できるよう配慮している。開始時にはオリエンテーションを実施して病院の様々なルール等がレクチャーされ、実習中の事故対応が明確化されている。患者・家族に学生であることについて了承を得ている。

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 | A |
| 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 | B |
| 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | A |
| 2.2.17 | 栄養管理と食事指導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 | 安全確保のための身体抑制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 | 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 | 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 | A |
| 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 | B |
| 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：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を確実・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 | 患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている | A |
| 2.2.13 | 投薬・注射を確実・安全に実施している | A |
| 2.2.14 | 輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している | 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・食事指導と提供を適切に行っている | A |
| 2.2.17 | 症状緩和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 | A |
| 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 | 身体抑制を回避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 | 臨死期への対応を適切に行っている | A |

年間データ取得期間： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人松本快生会 西奈良中央病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 奈良県奈良市鶴舞西町1-15

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 | 166 | 159 | -7 | 82 | 12.8 |
| 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 | 166 | 159 | -7 | | |

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 | 80 | +0 |
| 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 | | |
| 地域包括ケア病床 | 34 | -14 |
| 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 | 24 | +0 |
| 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),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： 人 2年目： 17 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 |
| 1日あたり外来患者数 | 355.35 | 380.46 | 428.97 | 93.40 | 88.69 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 31.74 | 26.49 | 12.80 | 119.82 | 206.95 |
| 新患率 | 8.93 | 6.96 | 2.98 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 145.08 | 145.58 | 152.89 | 99.66 | 95.22 |
| 1日あたり新入院患者数 | 9.04 | 8.85 | 9.19 | 102.15 | 96.30 |