総括

■　機能種別

主たる機能種別「精神科病院」及び副機能種別「リハビリテーション病院」・「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

■　認定の種別

書面審査および1月21日～1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	精神科病院	認定
機能種別	リハビリテーション病院（副）	認定
機能種別	慢性期病院（副）	認定

■　改善要望事項

・機能種別　精神科病院
　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。

・機能種別　慢性期病院（副）
　該当する項目はありません。

１．病院の特色

貴院は、奈良県南和保健医療圏の御所市において、長年にわたり精神科医療をはじめ、内科医療やリハビリテーション医療に取り組み、幅広い年代の疾患を対象に医療を提供する地域に根ざした病院である。精神科の先進的医療に積極的に取り組み、統合失調症に対するクロザピン投与や早期のアルツハイマー型認知症患者の治療薬レカネマブも導入している。病床は、精神科病床の一部を計画的に休床し、精神科急性期治療病棟、精神療養病棟、認知症治療病棟の編成とし、一般病床は地域包括ケア病棟、医療療養病棟、回復期リハビリテーション病棟の機能により、395床の病床が稼働している。

主機能の精神科外来は、統合失調症や認知症、気分障害などの精神疾患に対応し、子供外来では児童精神疾患の治療にも取り組んでいる。再発防止から就労支援を目指す精神科デイケアや退院後の生活機能の維持を支援する訪問看護も実施している。

認知症疾患医療センターや系列の介護老人保健施設、地域ケアセンターなどの各

機能との連携により、地域包括ケアシステムを確立し、地域から厚い信頼と支持を得ている。今後も組織力の益々の発揮により、地域貢献がさらに進展することを期待したい。

２．理念達成に向けた組織運営

法人の理念・病院の基本方針を明文化し、院内掲示や病院案内、ホームページなどへの掲載により病院の内外に周知している。病院運営に必要な会議や委員会を定期的に開催している。中期計画に基づく年度目標を策定し、部門目標の設定により病院経営への参画意識を高める組織運営を行っている。情報の管理や活用の方針は明確であり、安全管理の徹底と効率的な運用を図っている。文書管理は規程に基づき、病院として管理すべき文書を明確にし、合理的に一元管理を行っている。

人事・労務管理は、必要な人材確保に努力し、就業規則などの諸規程を整備している。衛生安全委員会により、職員の健康管理や職場の環境整備を実施している。病院教育研修委員会が主導し、必要な教育・研修を計画的に実施し、学会や院外での研修会への参加も奨励している。人事評価により職員個々の能力評価を行い、キャリアアップに向けた支援を行っている。学生実習等は、医師をはじめ、薬剤師、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、作業療法士、理学療法士、臨床心理士などの実習生を受け入れ、カリキュラムに沿った実施と評価を行っている。

３．患者中心の医療

患者の権利は明文化し、院内への掲示や入院案内、ホームページなどへの掲載により病院の内外に適切に周知を図っている。説明と同意の方針は明確であり、患者・家族が理解できるよう工夫して説明を行っている。カルテ開示やセカンドオピニオンへの対応体制は確立している。患者の支援体制は、地域連携室・医療相談課の精神保健福祉士、社会福祉士、看護師などにより、他職種や院外機関との連携により多様な支援を行っている。個人情報保護の方針は明確であり、規程に基づき適切な対応を行っている。

倫理的課題は、病院として検討が必要な課題は、倫理委員会で議論する仕組みである。病院は、緑豊かな静寂な環境に立地し、公共交通機関のバス停から間近であり、近鉄などの主要駅から送迎バスを運行している。車での来院者に対応して駐車場を整備している。院内はバリアフリーにより高齢者や障害者が利用しやすい環境づくりに努め、整理整頓されたくつろぎの環境を安全に配慮して提供している。受動喫煙の防止は、敷地内禁煙を徹底している。

４．医療の質

業務の質改善は、病院機能評価による取り組みを継続し、改善活動の実施と評価をしている。診療の質向上に向けては、医局での事例検討会や多職種でのカンファレンスを定期的に開催し、情報の共有により質の向上を図っている。患者・家族の意見の活用は、外来や各病棟に設置の意見箱を通じて意見や要望を収集し、収集された意見は法人本部長の責任の下、関係部署の検討により、回答をフィードバック

している。新たな診療・治療方法や技術の導入は、クロザビン治療手順を整備し、実施している。また、レカネマブ投与に関する取り組みを精神科医局で検討の上、開始している。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟責任医師と主治医を明確化し、主治医不在時のサポート体制を整備の上、周知している。また、看護業務内容や責任範囲を明文化したマニュアルを整備し、職員に周知している。診療記録の記載基準は、診療録管理委員会にて検討している。医師記録の質的点検は、副院長が評価表を用いて実施し、看護記録は、質改善委員会にて点検している。多職種協働によるケアは、多職種カンファレンスを定期的に開催し、治療方針の共有により、必要な課題の検討を行っている。

５．医療安全

医療安全確保に向けた体制は、医療安全推進委員会の定期的な開催により、課題の検討を行っている。インシデント・アクシデントを定義づけ、適時の収集と情報の共有に取り組んでいる。転落・転倒に焦点をあてて取り組み、データを全国レベルと比較して病院の要因を分析の上、改善を図る取り組みも行っている。医療事故等への対応は、臨時の医療安全推進委員会の開催により、事故原因の究明や再発防止に向けての検討を行っている。重大事案に対応する院内事故調査委員会による調査体制も整備している。

誤認防止対策は、患者の名乗りや名乗れない場合は複数の職員による確認により、患者誤認防止を実施している。薬剤の安全な使用は、薬剤に関する研修を定期的に実施している。転倒・転落防止対策は、危険度の評価により適切に個別対応を行っている。医療安全推進委員会で転落・転倒をクローズアップして検討し、病院が一丸となって転倒予防に取り組む体制である。患者の急変時などの対応は、院内緊急コードの設定により緊急招集を行う体制を整備している。

６．医療関連感染制御

医療関連感染制御は、院内感染対策委員会を組織し、下部組織として ICD である医師を責任者とした院内感染防止対策チーム（ICT）があり、院内ラウンドを通じ、現場での感染管理状況を定期的にチェックしている。院内での感染症の発生状況は、分離菌と抗菌薬感受性、抗菌薬使用状況を院内感染対策委員会で取りまとめ、協議している。院外の感染症発生状況や対応は、感染対策担当看護師が収集し、院内感染対策委員会に報告している。また、地域基幹病院の連携病院として、感染対策向上加算に基づく相互訪問、合同カンファレンスに参加し、対策向上に努めている。

アウトブレイクを定義し、発生時には ICT が主導して対策を検討している。抗菌薬の適正使用は、抗菌薬の適正使用ガイドラインを整備し、ガイドラインに従って使用している。特別な抗菌薬は届出制とし、使用状況は薬剤部門から ICT に報告している。投与が長期間に及ぶ場合は、薬剤部でチェックの上、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

病院の診療機能や医療サービスに関する事項など、受診に際して必要な情報は、ホームページ、広報誌、病院ニュースなどで、わかりやすく発信している。また、病院年報を発刊し、連携先に配布している。地域連携室・医療相談課の精神保健福祉士等により、定期的なあいさつ回りや連携会議に参加するなど、地域の医療ニーズや関係機関の情報を把握し、連携強化を図っている。地域への健康増進活動は、地域住民を対象とした健康教室の定期的な開催、健康相談会への医師派遣や自治体の自立支援協議会への講師派遣、認知症研修会への認知症サポート医・認定看護師の派遣など、数多くの活動を実施している。認知症疾患医療センターによる認知症に関する専門的な医療知識や技術等の習得を支援する取り組みも行っている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

外来診察は、医事課職員と外来看護師により受け入れを行い、紹介患者は、地域連携室・医療相談課の精神保健福祉士などとの連携により受け入れを行っている。入院形態ごとの管理や入院中の処遇は、精神保健福祉法に則り適切に行っている。患者・家族からの相談は、精神保健福祉士などが多様な相談に対応し、院外機関との連携も適切に図っている。病棟での投薬・注射にあたっては、副作用などのリスクを医師から患者に説明し、薬剤の準備および投薬はダブルチェックの体制で安全に実施している。

褥瘡予防は、入院時に全患者を対象にリスクアセスメントを行い、必要な患者には多職種による対応が行われている。栄養管理と食事支援は、入院時に栄養スクリーニングを実施し、食物アレルギーの把握や栄養状態のアセスメントを行い、摂食・嚥下機能が低下した患者には食事形態を検討し、言語聴覚士や理学療法士、作業療法士と連携して摂食・嚥下訓練を行っている。リハビリテーションの実施は、病棟作業療法士を配置し、急性期リハビリテーションとして、精神科作業療法を実施している。入院時の医師処方および患者観察に基づき、病状鎮静後に GAF で評価の上、リハビリテーション計画書を作成し、患者に説明している。慢性期のリハビリテーションは、病状・生活能力を FIM にて評価し、生活機能訓練計画を作成し、集団プログラムを実施している。隔離・身体拘束は、隔離拘束に関するマニュアルに則り対応を行っている。退院支援は、退院支援委員会で多職種により退院に向けた検討を行う体制であり、患者や家族から退院後の生活の希望を聴取し、意向に沿った支援を行っている。ターミナルステージの対応は、患者や家族の意向を尊重し、内科病棟や多職種との連携により、最終段階まできめ細かな対応を行っている。

＜副機能：リハビリテーション病院＞

外来では外来リハビリテーションを実施している。診断的検査は、安全に実施しているが、嚥下造影検査（VF）の同意書を作成することが望まれる。入退院支援に力を入れており、奈良県が評価している「面倒見のいい病院」のランキングではトップレベルにある。精神疾患を有する患者や認知症患者のリハビリテーション入院

を積極的に受け入れている。患者・家族の希望を取り入れた入院診療計画書を多職種で作成し、医師が説明している。地域連携室・医療相談課が患者・家族からの医療相談に対応している。回復期リハビリテーション病棟では、内科医師、リハビリテーション科専門医が必要な助言を行っている。

褥瘡対策チームは回診を行って褥瘡の予防・治療を行っている。精神的苦痛がある患者には、精神科医師と臨床心理士が対応している。365 日リハを提供し、理学療法士と作業療法士は遅出を、言語聴覚士は早出を行って生活場面に介入している。写真や動画を用いた自主訓練指導、家族への介護指導を積極的に行っている。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。退院 2 週間後の訪問と退院 3 か月後の電話調査を行い、退院後の患者・家族に必要な助言を行い、回復期リハビリテーション病棟の質の改善に努めている。

＜副機能：慢性期病院＞

入院受け入れ方針を定め、多職種による入院判定会議で入院を決定している。多職種で入院診療計画書を作成し、診療計画を具体化した看護計画などを作成している。地域連携室・医療相談課の社会福祉士は病棟担当制をとり、入院前面談から介入し多様な相談に対応している。医師は患者の病態を診断・評価し、回診や面談を行っている。また、多職種カンファレンスに参加し、チーム医療におけるリーダーシップを発揮している。看護・介護職は、看護基準・手順などを整備し、患者の状態に応じた日常生活援助と診療の補助業務を行っている。

褥瘡の予防・治療では、褥瘡ケアマニュアルを整備し多職種協働により効果を上げている。リハビリテーション・ケアでは、入院患者全員にリハビリテーションを 365 日実施し、食事介助に療法士も参加し「口から食べる」ことに取り組んでいる。また、排尿自立ケアマニュアルを整備し、排尿自立委員会が活動している。離床プログラムによる集団アクティビティを実施し、療養生活の活性化につなげている。「身体拘束廃止に関する指針」を整備し、身体拘束は原則実施しない方針とし実施例は少ない。ターミナルステージへの対応では、「人生の最終段階における医療・ケアに関する指針」に沿って、患者・家族の意向を尊重した診療・ケアを多職種で行っている。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、業務マニュアルを整備し、薬歴を参照して処方鑑査・調剤鑑査を実施するとともに、持参薬の鑑別などを行っている。臨床検査機能は、機能に見合った体制により、一般血液検査、CRP、血ガス、電解質・INR、HbA1C、尿一般を業務手順に則り実施している。画像診断機能は、診療機能に見合った画像診断体制により、一般撮影、CT 検査を実施し、読影は各医師が行うが、必要に応じて放射線科医師に相談・確認できる体制である。栄養管理機能は、調理室内の衛生管理の徹底に努め、患者の特性を考慮し、食事形態に工夫した食事を提供している。リハビリテーション機能は、精神科病棟において、作業療法士、理学療法士による精神科作業療法、ADL 訓練、嚥下訓練の実施体制を整備している。診療情報管理機能

は、診療録管理委員会による管理体制として、点検項目一覧表に則り、量的点検も実施している。

病理診断機能は、症例は極めて少ないが、消化管内視鏡検査での生検検体の病理診断を外部委託にて実施している。輸血・血液管理機能も症例は極めて少ないが、輸血療法ガイドラインに則り輸血を実施する体制であり、輸血療法委員会の開催により実施状況や課題を検討している。救急医療機能は、平日夜間・日祝日における県下の精神科救急輪番を担当している。輪番日には、精神保健指定医、精神保健福祉士、外来看護師が当直し、放射線技師はオンコールによる対応体制としている。

１０．組織・施設の管理

財務・経営管理は、年次事業計画に基づく、設備投資や各部門目標達成に伴う費用、固定費の見極めなどを実施し、前年度実績を加味して予算編成を行っている。月次財務諸表の 3 期比較などによる経営分析を実施するとともに、定期的な外部監査の実施による経営管理を行っている。医事業務は業務マニュアルに則り、窓口収納業務からレセプト請求に至る一連の業務を適切に行っている。未収金管理は組織的な認識により未収金が発生する可能性を確認した時点から活動する体制を整備している。施設・設備の管理は、法人の管財用度課の管理の下、委託先の施設総合管理会社によって、法人内の建物・設備などの日常点検や定期点検を実施し、緊急時に対応する連絡体制も整備している。院内清掃や廃棄物の管理、医療ガスの安全管理も行っている。

病院の危機管理は、大規模災害対策と関連付けた病院機能存続計画（BCP）を整備し、大規模災害を想定した訓練などを実施し、計画の見直しを行っている。非常食や飲料水は、患者用・職員用ともに 3 日分を備蓄している。病院の保安業務は、事務日当直者が担当し、委託先の警備会社と連携して管理を行っている。

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	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	患者の個人情報を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	B
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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA

2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	NA
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.22	隔離を適切に行っている	A
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.26	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	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	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	B
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	S
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	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	S

機能種別：慢性期病院（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	B
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	B
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	S
2.2.16	栄養管理と食事支援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	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	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	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： 2024 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 ： 医療法人鴻池会 秋津鴻池病院

I-1-2 機能種別 ： 精神科病院、リハビリテーション病院(副機能)、慢性期病院(副機能)

I-1-3 開設者 ： 医療法人

I-1-4 所在地 ： 奈良県御所市大字池之内1064

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	40	40	+0	81.7	44.5
療養病床	81	81	+0	88.6	109.5
医療保険適用	81	81	+0	88.6	109.5
介護保険適用					
精神病床	423	274	-149	77.85	229.6
結核病床					
感染症病床					
総数	544	395	-149		

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	39	+0
地域包括ケア病床	40	+0
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
緩和ケア病床		
精神科隔離室	10	+0
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床	46	+0
精神療養病床	120	+0
認知症治療病床	52	+0

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： 0 人 2年目： 0 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

診療科名	医師数（常勤）	医師数（非常勤）	1日あたり外来患者数（人）	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数（人）	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数（日）	医師1人1日あたり外来患者数（人）	医師1人1日あたり入院患者数（人）
内科	6	4.34	26.08	21.28	104.75	26.45	9.48	79.16	2.52	10.13
皮膚科	0	0.2	0.53	0.43	0.00	0.00	3.70	0.00	2.66	0.00
精神科	12	1.88	91.51	74.66	291.21	73.55	4.63	229.57	6.59	20.98
整形外科	0	0.2	0.81	0.66	0.00	0.00	0.81	0.00	4.06	0.00
眼科	0	0.05	0.44	0.36	0.00	0.00	2.96	0.00	8.88	0.00
リハビリテーション科	1	0	3.19	2.61	0.00	0.00	25.03	0.00	3.19	0.00
放射線科	0	0.1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医										
全体	19	6.77	122.58	100.00	395.96	100.00	6.16	152.77	4.76	15.37

I-2-2 年度推移

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	122.58	120.50	116.04	101.73	103.84
1日あたり外来初診患者数	7.55	9.49	8.00	79.56	118.63
新患率	6.16	7.88	6.90		
1日あたり入院患者数	395.96	431.54	424.78	91.76	101.59
1日あたり新入院患者数	2.49	2.77	2.80	89.89	98.93