

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9月20日～9月21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1928年に創設された鴻池病院（内科・外科・産婦人科）にはじまり、1965年に精神科病院を新規開設し、その後合併を経て現在の秋津鴻池病院となっている。長期に亘る歴史を有し、地域とともに過ごしてきた医療機関であり、地域に深く根づいている。

現在では、医療を中核においた高齢者等を対象に、法人グループで幅広く医療・介護・福祉を提供する体制を確立している。精神科医療だけではなく内科医療やリハビリテーション等にも積極的に対応し、提供している医療は全般に評価できる。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化されており、入院案内やホームページに明示して、周知に努めている。病院の将来像は中・長期事業計画等で職員へ明示するとともに、目標管理シートにも記載して職員の目に触れるよう工夫されている。病院運営の意思決定機関は経営企画会議であり、毎月開催されている。決定事項等は病院運営会議

に伝達され、各部課に議事録、口頭、院内 LAN で伝達されている。情報管理に関する方針は明文化され、内容も適切である。文書管理に関する規程が整備され、保存・廃棄等の仕組みも適切である。

診療報酬上の施設基準は満たしており、病院の機能から必要とされる人材も充足している。就業規則や育児介護休業、再雇用制度など適切に整備されている。衛生委員会が毎月開催されている。健康診断は 100%実施され、労災等の申請も適切に行っている。働きやすい職場とするため、職員の優れた部分を引き出す「グッジョブカード」制度の活用など、様々な取り組みがなされている。

全職員を対象とした病院教育・研修委員会が整備され、年間計画のもと実施されている。研修内容には、精神科病院として必要性の高い課題が含まれており、病院の事業計画の実践との関連性も確認できる。入職時研修だけでなく、病院教育・研修委員会で主催した研修会を多数実施している。また、資格取得支援も行っており適切である。能力評価は、個人目標管理表を本人と面談のうえで作成している。本人の能力に応じた役割や範囲を上司と協力して策定する仕組みである。この他、新人研修やラダー、キャリア別研修等も通じた能力評価を行うようにしている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、入院案内やホームページなどに明示して、主地に努めている。説明と同意に関する方針は「インフォームドコンセントにおける基本方針」に明記されており、その他にも「高齢者の診療指針」や「人生の最終段階における医療ケア指針」にも定義され、運用されている。初診患者および入院患者に対して、担当の職員が患者・家族から情報を収集し、インテークシートにまとめて多職種で共有できる仕組みとしている。入院患者には疾患別パスが運用され、家族教室も定期的に実施されている。患者・家族の相談窓口は、院内掲示やホームページ、入院案内等で周知されている。個人情報保護に関する規程は整備され、職員研修も適切に行われている。倫理に関する規程が整備され「倫理検討シート」を活用した事例の振り返りが恒常的に行われている。

最寄り駅からやや離れているが、駐車場は広く車での来院環境は良い。無料シャトルバスを運行しており、便数を増やす工夫と路線数の増加など、利便を図っている。院内に段差などではなく、バリアフリーへの細やかな配慮を感じられる。廊下幅も広く車椅子利用者には生活しやすい施設である。診療・ケアに必要なスペースも患者がくつろげるスペースは十分確保されており、快適な病棟、病室環境である。2019 年 7 月から敷地内全面禁煙になっている。

4. 医療の質

患者サポート窓口が整備され、医療相談課で担当している。意見箱は院内各所に設置され、事務長の責任のもとで回収されており、検討・回答が行われている。さらに、看護部では年 2 回、患者・家族にアンケート調査を実施し、患者の意見・要望を聞いている。症例検討会は精神科では月 1 回、内科は週 1 回、各医師の持ち回りで治療困難例や新規患者について検討されている。業務改善事例として、授乳室

の整備、巡回バスの路線の増加、改善、院内表示、掲示の改善など数多くの事例がある。新たな診療技術としては2年前よりクロザリルの投与が開始されている。

入院時オリエンテーションでは、患者・家族に主治医・病棟責任者・担当看護師を明確にしている。ナースステーションの入口に当日の担当者も明示している。診療録記載ルールが明文化され、それに基づいた記載がなされている。多職者が参加し、診療科の枠を超えた治療方針が検討される「パス会議」が週1回開催されている。診療・看護・リハビリテーションスタッフ・精神保健福祉士など、職種を越えて患者の利益を尊重するために会議が開催されている。

5. 医療安全

医療安全委員会・医薬品安全委員会・医療機器安全委員会が整備されている。日常的な医療安全活動は医療安全管理者を中心に、チェックリストを活用しながら安全ラウンドが定期的に行われている。アクシデントレポートの集計分析も適切に行われ、システムエラー改善策も検討されている。院内研修も定期的に行われており、参加できなかった職員へのフォロー体制も整っている。

患者の確認は誤認防止マニュアルを基本にした手順で実施している。ダブルチェックと患者に自ら名乗ってもらう協力を依頼し、自ら名乗れない患者に対しては、付き添い者にリストバンドの確認やカルテで復唱して確認している。処方に関する記載方法などは医薬品集に定めた方法でなされている。医師の指示、中止、変更の伝達に関する手順に沿って適切に行われている。アレルギーは入院時に聴取され、カルテ内などに明示されている。転倒・転落リスク評価は患者特性に沿って配点された「転倒・転落アセスメントスコアシート」を活用して行われている。入院時、転棟時、状態変化時にリスク評価を行い、危険度に応じた看護計画が立案されている。医療機器使用手順、看護基準が適切に使用されている。人工呼吸器使用の際には「呼吸療法認定看護師」の指導の下に管理され、8時間毎に点検を行っている。院内緊急コードは身体急変と暴力行為に分かれて設定されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会は月1回開催されている。各病棟は週1回、ほかの部署は月1回感染ラウンドが行われている。感染の発生状況があれば報告され、緊急時には臨時の院内感染対策委員会にて対応を協議されている。アウトブレイク時の対応手順も整備されている。

病棟における標準予防策、1処置1手袋、手洗いは徹底している。感染性廃棄物は適切に分別されており、指定の容器は業者が安全に回収・搬送する仕組みとなっている。抗菌薬使用指針が内科医と薬剤師の協働で作成されている。必要に応じて改訂され、指針に基づき使用されている。抗菌薬の使用状況は定期的に医師にフィードバックされている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページには多くの情報が掲載され、見やすいものになっている。駅前に地域ケアセンターブランチを整備し、地域への情報発信の基地にしている。いろいろなデイケアやリハビリテーションなどに関する情報を発信している。その他に「蜻蛉」は年2回発行され、職員向けの「鴻池会報」は毎月発行されている。さらに、地域ケアセンターで公開研修会を30回以上開催して、周知と啓発に努めている。

リハビリテーション担当者は自治体事業に参画し、病院長は地域医療構想調査委員を担っており、情報把握と連携を図っている。脳卒中については県脳卒中地域連携パス、大腿骨頸部骨折については近隣病院の地域連携パスに参加している。

精神科医療機関として、児童福祉や生活保護行政への協力や健康相談会への医師派遣なども行っている。認知症サポート医6名での研修会等の講師活動を行い、リハビリテーションスタッフは自治体の介護要望活動等に協力している。その他、看護師による活動も確認できる。認知症疾患センターの指定を受けており、行政と協力して認知症初期集中支援チームのサポートを行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診および半年以上未受診の患者は、問診票と相談課のスタッフによるインテークがなされ、その後医師に情報が提供され診察される仕組みである。任意入院は同意能力の判断を各医師が確実に実施され、記録もなされており、その判定や手続きも適切に実施されている。精神科医師は全員が精神保健指定医であり、適切に病状評価されており、診療録の記載も適切である。入院後速やかに多職種による入院診療計画書を作成している。

行動制限に関するマニュアルは整備され、任意入院患者の開放処遇の制限についても入院時に主治医より説明のうえで同意書を得ている。看護基準・手順は整備されており改定も適時行われている。投薬・注射は安全に投与されている。薬歴はすべての入院患者で把握され、管理している。抗精神病薬のCP換算値を全患者で把握している。作業療法は院内で作成されたパスに基づいて実施されている。

慢性期ではADLの向上、意欲の向上を主目的として音楽療法、外出の促し、レクリエーション参加の促し、地域移行支援プログラムへの参加、ピアサポート、SST、疾病教育と幅広く実施されている。さらに、嚥下機能の低下した患者には嚥下体操も実施している。また、作業療法士が他職種の援助が必要と考えた患者に対して、理学療法士の援助、言語療法士には嚥下機能援助などをコンサルテーションする仕組みがある。慢性期のリハビリテーションとしては極めて優れた療法を実施しており、高く評価できる。

隔離と身体拘束についての方針・手順は明文化されている。循環障害・血栓予防の対策も適切に行われている。退院カンファレンスは家族を含め患者と多職種にて開催される。相互に評価したうえで退院支援を行っている。退院前訪問も多職種にて実施されている。精神科訪問看護・訪問リハビリ・精神科デイケアを行っており、多様な活動が患者の個別性を尊重して行われている。

<副機能：リハビリテーション病院>

急性期病院からの紹介患者は医療相談課が窓口になり、事前に家族による病院見学・面談を行い、医療ソーシャルワーカーが急性期病院へ訪問・面談を行っている。入院判定は判定会議にて多職種で判定され、迅速に対応されている。リハビリテーションに関する評価は多職種で行われ、定期的な多職種を交えたカンファレンスが実施されている。回復期リハビリテーション病棟には社会福祉士が配置され、チームの一員として対応している。看護・介護職は病棟業務を適切に行っている。持参薬管理は入院時に行い、その内容はカルテで共有されている。

入院後速やかに初期評価、リスク評価がなされ、計画に基づく系統的なリハビリテーションが実施されている。通常のリハビリテーションに加えて、在宅復帰の質的向上を目指して、週3回理学療法士2名が「夜リハ（19時～20時30分）」を行っており、高く評価できる。作業療法についても、週2回作業療法士3名が「夜リハ（19時～20時30分）」を行っており、高く評価できる。

退院前には院外の支援スタッフを交え、退院前カンファレンスを開催している。積極的に家屋調査が実施されるなど、適切に行われている。退院後の生活やリハビリテーションに関する指導・支援も行われている。さらに、予測立案した生活様式やケアプランが円滑になされているかを確認する目的で、療法士による退院2週間後訪問や退院3か月状況調査（電話）を行い、退院支援に活かしており、高く評価できる。

地域の施設などとの連携もあり、患者・家族のニーズに基づき、外来リハビリテーション、通所・訪問リハビリテーションの活用など、多職種で検討された計画に沿って在宅療養支援が実施されている。

<副機能：慢性期病院>

療養病棟患者の約4割は他病棟からの転入である。入院当日主治医の診察が行われている。患者・家族の要望を聞き取りながら、診療方針を説明したうえで、入院時診療計画が作成されている。看護師・療法士・栄養士・社会福祉士は各々リスク評価を行ったうえで各ケア計画を立案し、入院時合同カンファレンスにて情報共有を図っている。在宅復帰を目標に早期に退院支援を展開し、福祉制度の利用や経済的支援を行うため、院内外の関係機関と連絡調整を図っている。入院前に、入院手続きや必要物品等の説明を行い、病棟見学も行われている。

主治医は、毎日病棟を訪問して回診を行っている。看護基準・手順は整備され、看護職と看護補助者の役割分担は明記されている。患者のニーズは「ゴードンの11項目」で抽出され、必要なケアを看護・看護補助者と協働して提供している。入院時持参薬を確認し、服薬歴管理や服薬指導を行っている。退院時に主に家族や施設職員へ服薬指導を行っている。全入院患者に褥瘡治療計画書の評価項目に沿って評価が行われ、計画立案している。入院時栄養評価が行われ、患者の嗜好や嚥下機能を把握して栄養管理計画を立案し、嚥下機能に合わせた食形態を準備して「口から食べる」を支援している。

患者の約8割にリハビリテーションが指示され、病棟内リハビリテーション室での実施やベッドサイドでの離床プログラムが提供されている。リハビリテーション部が病棟レクリエーションを企画・運営し、365日のリハビリテーション体制で、慢性期リハビリテーションに積極的に関与しており評価できる。

自宅退院の場合は退院前訪問を行い、退院後も看護師・リハビリテーションスタッフが自宅訪問を行い、必要時関係機関に情報提供し調整を図っており評価できる。ターミナルステージへの対応についても適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤室および冷蔵庫の温湿度管理は適切に行われ、記録も残されている。持参薬に関する取り扱いマニュアルがあり、それに沿って実施されている。臨床検査機能および画像診断機能は適切である。栄養管理機能については、適時・適温が実施され、嗜好調査は年4回行っている。選択メニューは週1回実施され、毎週焼き立てパンの提供もあるなど、食事が適切に提供されている。各部署の作業療法士が集い、合同カンファレンスを行いながら必要な患者に必要なリハビリテーションを実施されている。作業療法士、理学療法士での合同の症例検討会を行い、業務の質を高める努力をされている。

診療情報の一元管理や迅速な検索など、仕組みが確立している。診療録はターミナルデジット方式で管理され、アクティブとインアクティブに分けて管理している。医療機器は基準・手順に沿って使用され、使用後は点検整備実施後、当該部署にて管理されている。洗浄・滅菌業務は必要部署で管理されている。一次洗浄から滅菌業務まで基準・手順に沿って実施されている。平日夜間、休日、祝日の精神科救急の当番病院として月に月4～5回の受け入れと、年間20件ほどの受け入れ実績があり、対応は適切である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は法人管轄である。財務諸表の作成、予算管理は適切である。病院会計準則に即した処理が行われている。窓口の収納業務や預り金の管理は適切である。未回収収委員会は毎月開催され、報告・検討がなされており、15年以上にわたり未収入金はない。未回収収委員会では主に事務とワーカーが緊密な連携を行っており、未収が発生する可能性が確認された時点から活動が行われる仕組みである。長期にわたる実績は高く評価できる。委託業者毎に毎月業務遂行状況や問題点を協議する場を設定している。日報・月報は適切に提出され、確認している。業者選定や委託の是非は組織的に検討されている。

施設・設備管理は法人管轄であり、敷地内の老健やグループホームなどを一括して管理している。毎月協議の場を設けて実施状況確認を行っている。医療廃棄物の処理状況についても適切である。物品の選定購入過程は妥当である。使用期限も管理され、在庫保管状況も良好である。

消防訓練などを適切に実施している。緊急時の連絡体制なども明確にしている。大規模災害に備えて、患者・職員分の備蓄が3日分確保されている。事故初期には医療安全委員会に対応することになっている。そのうえで、重大事故の場合は院内事故調査委員会が対応する仕組みである。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習を積極的に受け入れており、2018年度の実績は看護学校80名、リハビリテーション93名、PSW2名の175名である。受け入れにあたっては、学校の用意した感染事故や情報保護についての対応に関する約定も交わされており、適切である。

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	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
1.4	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	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	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	B
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	A
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	栄養管理と食事指導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	S
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	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	S
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	B
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	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	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	S
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	A

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	S
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

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	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	A
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	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 6 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	83.9	42.9
療養病床	81	81	+0	82.1	116.1
医療保険適用	81	81	+0	82.1	116.1
介護保険適用					
精神病床	423	370	+0	85.3	207.1
結核病床					
感染症病床					
総数	544	491	+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	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		
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	51	+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： 人 2年目： 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

2年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数		124.89	123.49	125.34	101.13	98.52
1日あたり外来初診患者数		6.64	6.13	6.51	108.32	94.16
新患率		5.32	4.97	5.20		
1日あたり入院患者数		415.70	409.94	424.85	101.41	96.49
1日あたり新入院患者数		2.86	2.60	2.77	110.00	93.86