

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「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7月10日～7月11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 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1
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、1980年に和歌山生協病院として開院し、その当初より、外科、人工透析、小児科を開設し、地域における医療ニーズに応じてきた。その後、病床数の増床、地域のニーズに応えるべく、「いつでも、どこでも誰もが安心できるよりよい医療と福祉をめざす」を理念に、地域の高齢者の在宅療養支援を拡充するため、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、その他の介護関連施設を開始し、退院後の生活も含めた地域での生活を支える仕組みの拡充を図ってこられた。診療機能の強化も図ってこられ、救急の受け入れ態勢も整備し、急性期医療に積極的に取り組むとともに、地域における医療・介護との連携を促進させ、この地域における地域医療提供体制の推進における重要な役割を担っている。地域の住民をはじめ、関係医療機関、介護施設、地域包括支援センターも含めた様々な機関との連携も積極的に推進している。

今回の受審においては、病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、改善が組織風土として確立し病院の質向上に取り組まれていることが随所で確認できた。組織的かつ継続的な改善活動を積極的に展開され、地域ニーズに応える姿勢は大いに評価できる。今後も地域住民・患者の医療ニーズに応える医療提供体制の整備・充実に向け、一層の取り組みがなされることを期待したい。地域住民と関連する医療機関からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されること

を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念、基本方針を策定し、院内掲示やホームページへの掲載、職員ハンドブックへの掲載により院内外に周知している。管理会議を病院の意思決定機関として、課題の把握と方針の協議、決定が行われている。年次事業計画が策定され、各部門の目標が立案される仕組みとしている。医療情報システム運用管理規定に基づいた情報の管理により、真正性・保存性を担保している。文書管理規定を定め、起案から決裁、承認、保存の仕組みを整備している。

医療法、施設基準などに必要な人員を確保し、研修医をはじめとした各職種の学生実習の受け入れ等、各職種の採用活動を実施している。就業規則をはじめとした給与規定、法律に基づく各種規定を整備している。労働安全衛生委員会の設置、定期的な開催による課題の対応により職員の労働安全衛生へ対応している。産業医、安全衛生管理者の職場巡視を実施し、労働安全衛生委員会において、巡視結果の報告および改善に向けた検討を行う仕組みを整備している。職場長と職員で行われる面談や労使協議会の実施などにより職員の意見、要望を収集している。

教育委員会が年間研修計画を立案し、実施管理を行っている。他の必要性の高い研修を計画的に実施している。職種がそれぞれの専門職の教育プログラムに沿った能力評価、開発を行い、毎年度能力開発のための目標を立案し、年2回の面談を通して目標の立案、振り返りを実施している。各職種、初期研修プログラムを整備し、計画的な教育を行っている。指導者研修も実施している。医師、薬剤師、セラピスト、管理栄養士等、多職種の実習を受け入れ、カリキュラムに沿った実習を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利9項目を病院の基本方針とともに明文化しており、ホームページ、入院案内、院内掲示等で患者・家族および職員へ周知を図っている。患者への説明と同意に関する指針・基準・手順書は整備されている。説明後は患者・家族の理解度を確認し、必要時は補足説明が行われている。同意書への同席者サインがない状況が散見され、マニュアルに沿った同意書への署名取得を期待したい。患者と医療者間で相互に必要な情報共有時には、多職種が同席し、患者・家族が疾患の理解を深め医療に積極的に参加できるように促している。患者相談窓口としてサポートセンターに患者相談窓口を設置している。相談フローチャートに沿って、多職種で連携して対応する仕組みを整備している。相談窓口はホームページ、入院案内や掲示で公表している。個人情報患者の各運用管理規程等を整備し、物理的・技術的な保護を行っている。個人情報保護方針、個人情報の利用目的を掲示し、患者の個人情報・プライバシーを保護している。臨床における倫理的課題について、臨床倫理の指針・方針・手順が整備され、多職種参加のカンファレンスが組織化され、倫理的課題について継続的な取り組む体制が整備されている。患者・家族の倫理的課題等は認知症問題や終末期ケア、在宅での看取り、経済的な問題等カンファレンスで検

討され対応している。解決が困難な課題は倫理委員会等で検討される仕組みは確立している。

院内はバリアフリーとなっており、駐車場の設置、売店の設置、入院セットの準備など来院、入院生活に配慮している。診療・ケアに必要なスペースは確保されている。療養環境や感染防止の面から汚物処理室の感染性廃棄物の容器の設置場所、汚物処理室内の整理・整頓を期待する。全館、敷地内禁煙を院内掲示などにより推進している。患者、職員への禁煙推進の取り組みも行っている。

4. 医療の質

業務の質改善は医療・介護の質向上委員会が担っているが、医師の参加も含め病院全体で改善活動の仕組みを構築することを期待する。診療の質の向上に向けた活動では、クリニカルパスの作成と活用をさらに推進するとともに、臨床指標を診療現場に周知し活用するなどの継続的な改善活動が望まれる。患者・家族の要望は、投書箱等により収集している。意見は、外来の掲示板で回答を行っている。患者満足度調査を実施し、結果から改善策の検討を行う仕組みがある。診療・ケアの責任範囲は職務規定に明確に定められている。

入院患者のベッドネームには主治医名・受け持ち看護師名が記載され患者・家族に周知されている。診療記録は、診療録管理委員会を毎月開催し、すべての常勤医師を対象に多職種による質的点検を実施して診療記録の質の確保に努めている。多職種によるカンファレンスが積極的に開催され、部署間が協調・協力してチームで患者の診療・ケアの向上が図られている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理責任者として病院長が任命されているが、実践のリーダーとして専任の看護師が活動している。各部署から6名の医療安全管理担当者が配置されている。安全確保に向けた情報収集と検討は、院内の医療安全に関する情報を組織的に収集し、レポートの内容、背景、要因を集計している。

患者・部位・検体などの誤認防止対策は適切に行われている。情報伝達エラー防止対策は、指示出し・指示受け・実施・実施確認のプロセスは電子カルテ上で確実に行われ、パニック報告も適切である。薬剤の安全な使用に向けた対策について、麻薬・向精神薬の保管・管理を厳重に行い、抗がん剤をはじめとしたハイリスク薬は薬剤師が適切に関与し、薬剤を安全に使用する対策を実践している。転倒・転落防止対策について、「転倒・転落アセスメント・シート」を使用したリスク評価を行っている。患者個々に合わせた個別性のある防止策が立案・実施され、実施結果の評価・見直しも行っている。医療機器の安全な使用について、機器を使用する職員への教育・研修は年間教育計画に沿って臨床工学技士により実施されている。チェックシートを活用した日常点検、設定条件、使用中の作動確認等安全に使用するための体制が確立している。患者等の急変時は、院内緊急コードとして、「エマージェンシーコール」が設定されている。緊急時の対応シミュレーション訓練や緊

急招集訓練について、全職員を対象に定期的、計画的に実施することを期待する。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染制御部門として院長直轄の医療安全管理部門内に設置し、ICT とリンクスタッフ部が定期的に感染防止活動を行っている。医療関連感染制御に向けた情報収集は、院内感染防止対策委員会で医療関連感染制御に向けた情報を報告している。医療関連感染制御について、病棟スタッフステーション内の点滴ミキシング台近くに感染性廃棄物の容器が設置されている。抗菌薬の適正使用について、抗菌薬使用指針を整備しアンチバイオグラムを毎年更新するとともに、ICT が毎週ラウンドして抗菌薬の適正使用に努めている。

7. 地域への情報発信と連携

病院における広報活動は、患者、関係機関向けに法人機関紙を年6回2,300部、病院機関紙を年3回から4回9,000部発行している。広報誌、病院ホームページにより、病院の方針、診療機能、診療担当医一覧、診療実績、休診情報等、最新の情報を発信している。地域連携業務は、サポートセンターの入退院支援部門、相談室部門が、紹介患者の受入れ、返書管理、検査紹介手続き、紹介・逆紹介件数等の管理を行っている。地域の医療機関との連携を強化するため、連携医療機関とのカンファレンスや院内会議で地域からの要望の共有や対策を検討している。地域の連携会議、情報交換会にも出席し、関係機関との情報を共有し、病病連携の促進や在宅医療との連携も促進している。地域への医療に関する啓発活動として、地域住民向けに健康相談、BLS 講師の派遣を行っている。地域の医療関連施設等向けには、認定看護師等による学習会、事例検討会や交流会を開催している。各種健康診断、がん検診、人間ドックなどの保健予防活動も実施している。専門職による地域への啓発活動を実施し、地域と病院との連携促進に向けた活動を展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

病院の外来は予約外来とし、一般外来は隣接診療所が担当している。発熱外来や救急受入れについて、一般、予約外来とは別に窓口を設け対応している。外来患者情報は問診やサポートセンターで収集し確実に電子カルテで共有しており、他院での治療が必要な場合には速やかに紹介先を調整し、かかりつけ医機能を適切に発揮している。紹介患者は原則断らない方針で、診療情報提供書をもとに医師が入院受け入れの可否を確認している。入院決定後は新患カンファレンスで適切な入院受け入れが行われている。診断的検査は十分な説明と確実な同意を得て実施している。高度医療や専門外の医療が必要な場合は、他の医療機関での受診が必要なことを患者・家族に説明し、同意を得て紹介している。診療の継続性を担保するために、診療情報提供書や看護要約、検査結果、画像データ等を提供している。入院の決定は、外来担当医が医学的判断に基づいて検討し患者・家族の希望を聞きながら十分な説明と同意を得て、内科・外科・リハビリテーション科の長が入院を決定している。医師の病態に応じた診断・評価のもと、看護師・薬剤師・療法士・管理栄養士

など多職種の協働により診療計画を作成している。

サポートセンターの相談室が、退院先の調整・介護・福祉サービスの利用や医療費、社会的資源に関する相談、意見・苦情、在宅支援などにも対応している。相談内容によっては「MSW 守秘」に登録し個人情報に配慮したシステムが採用されている。入院は、外来に専任の看護師が配置され入院生活の基本的な情報が説明されている。入院病棟では病棟の特殊性を踏まえたオリエンテーションが行われている。受付から外来、病棟の連携によりスムーズに入院できる仕組みが整えられている。医師は、数多くのカンファレンスを通して多職種と連携し、チーム医療のリーダーシップを発揮している。看護システムは、固定チームナーシング、日替わり受け持ち制が採用され、役割に応じた業務分担が行われている。申し送りやカンファレンスでニーズを把握して問題点を抽出し患者・家族の要望が反映された看護計画が立案され、看護ケアを実践している。病棟に薬剤師を配置し、持参薬鑑別、処方鑑査、薬歴管理、必要な服薬指導を確実にやっている。抗がん剤や初回抗菌薬の投与時は十分な観察と記録をするなど、確実に安全な投薬・注射に努めている。輸血・血液製剤投与は、厚生労働省の各種指針に沿った輸血マニュアルに則り実施している。手術の適応や術式は「外科カンファレンス」で協議・決定し、執刀医師が麻酔も含めて十分な説明と同意を得て全身麻酔以外の手術を実施している。3床の重症管理室を設置し、多職種協働で介入し適切に管理している。褥瘡の予防・治療は、入院時に全患者対象に「褥瘡診療管理記録」を使用しリスクを評価している。DESIGN-R 方式で褥瘡の程度が評価されている。体位変換による徐圧の方法・頻度の検討や確実な実施、体圧分散寝具の利用、ベッド・マットの工夫など積極的な褥瘡予防対策が実践されている。栄養管理は、全患者の栄養状態の評価、摂食評価や食物アレルギーの有無を聴取されている。患者の嗜好を重視した食品選択や疾患の機能障害者、高齢患者への栄養補助食品の活用など摂食状況に応じてきめ細かな食形態が工夫されている。症状などの緩和は、疼痛スケール VAS・フェイススケールを活用し、客観的に評価している。症状の評価は、患者の訴えを傾聴・表情の変化を読み取るなど、コミュニケーション能力を強化し精神面へのサポートが積極的に行われている。リハビリテーションは、全例専門医により評価・処方され、患者の個別性に配慮して実施計画を立案し、説明と同意を得てリハビリテーションを実施している。身体拘束は、主治医より必要性や方法、リスク、使用用具、部位などが説明され同意を得て実施している。開始後は早期から患者・家族の不安軽減や人権への配慮のための回避・軽減・解除に向けた積極的な取り組みが行われている。患者・家族への退院支援は、患者・家族の意向を記録したスクリーニングシートや入院時の面談により退院困難要因を抽出し、個別性のある具体的な支援計画が立案されている。退院時には、在宅療養に向けての環境調査が必要な場合は療法士による退院前訪問、家屋状態の確認等を行っている。ターミナルステージの判断プロセスは院内で定め主治医により判定されている。在宅での看取りを希望する場合には、訪問診療医師や訪問看護師と協働して適切な支援が行われている。課題が残る死亡事例に関してはデスカンファレンスで振り返りを行っている。臓器提供意思の確認・対応手順も整備されている。

<副機能：リハビリテーション病院>

回復期リハビリテーション病棟では、在宅生活に向け、医師を中心に、看護師、看護補助者（介護士）、療法士、薬剤師、管理栄養士、社会福祉士（MSW）などの多職種チームにより円滑なリハビリテーションが行われている。入院患者のうち、56%が他院からの紹介であり、44%が自院他病棟からの転棟である。いずれも前院からの情報をもとに、地域連携機能を有するサポートセンターが窓口となり、医師、看護師やMSWにて入院判定がなされている。受け入れ判定基準は明確で、回復期リハビリテーション病棟該当患者は原則受け入れ、人工呼吸器装着患者以外の医療度の高い患者は要相談としている。入棟後には、医師の診察とリスク評価後に、多職種が初期評価を行い、入院診療計画や看護計画などを策定し、転倒転落予防や身体拘束最小化および疼痛緩和、褥瘡予防などの対策をとっている。入棟1週以内に多職種カンファレンスを行い、リハビリテーション総合実施計画書を作成し、リハビリテーションを実施している。定期的カンファレンスでは目標やプログラムを適宜見直している。「できるADL」が「しているADL」となるために、介護士も含めた多職種による病棟内集団訓練や季節に合わせた行事への参加をはかり、結果として生活機能向上をはかっている。必要に応じて退院前訪問（家屋調査）を行っている。退院前カンファレンスでは、退院後のサービス利用担当者も参加し、適切な退院支援が行われている。退院後には、患者特性にあわせて、院内の外来リハビリテーションや通所リハビリテーション、あるいは法人内訪問看護ステーションからの訪問リハビリテーションを利用し、在宅での支援を行っている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能について、薬剤師は積極的に医師に処方提案し、ポリファーマシー対策や職員への研修・教育にも大きく貢献しており、薬剤師の専門性を十分に発揮した活動は高く評価できる。臨床検査機能について、臨床検査部門は病院の診療内容に見合った検査体制の整備に努め、内部および外部の精度管理も適切である。画像診断機能についてCTやMRI検査の画像診断は休日の日当直体制を敷くなど緊急検査にも対応しており、専門医による読影率は100%である。給食業務は清潔・不潔のゾーニングを適切に行っており、献立の見直しや改善を実施し質改善に取り組んでいる。リハビリテーション機能は、急性期から回復期・生活期、さらに訪問リハビリテーションまで幅広く、かつ切れ目なく提供する体制を整備している。診療情報管理機能は、診療情報管理室が診療情報の一元管理を行い、診療情報を適切に管理している。医療機器管理機能は、医療機器を中央管理し、定期点検は購入業者によって計画的に行われている。日常点検は点検表を用いて臨床工学技士により行われている。医療機器は機種ごとに標準化され一元管理がされている。洗浄・滅菌は、使用済み器材は、院内統一のルールとして密閉容器で回収され、一次洗浄は中央化している。各種インディケータは適切に使用されている。

病理診断は外部委託により適切になされている。輸血・血液管理機能は、輸血用血液製剤を適切に保管・管理し、輸血管理システムを導入し発注・保管・供給・返

却等を安全・確実に運用している。手術・麻酔機能は、全身麻酔以外の手術に対応しており、術前訪問、術中管理、退室管理も安全で適切である。救急医療機能は、限られた医療資源の中で病院の受け入れ方針を明確にし、地域の1次・2次救急医療に貢献している。

10. 組織・施設の管理

会計処理は生協会計準則に則って行っており、会計監査を実施している。予算も毎年度立案され、予算実績の確認、解決策の検討が毎月行われている。医事業務は窓口業務、診療報酬請求、レセプトの返戻、査定に対応を行っている。査定、返戻は減点査定委員会で共有し、分析、協議がなされている。未収金は手順に沿って適切な管理が行われている。業務委託の管理は、委託業者との業務範囲、損害賠償の範囲が契約書により明確にしている。事故発生時の対応手順も整備している。更新や変更の検討を契約更新時に検討する仕組みとしている。

病院機能に見合った施設・設備が整備されている。日常点検や月次点検、定期的な保守点検などを計画的に実施している。故障時等の緊急時の連絡網を整備している。物品購入管理は、医療材料等について、発注後、納品、検収が行われ、内部牽制機能も整備しており、購入から納品、検品、部署への配置までのプロセスを整備している。火災や災害発生に対応する防災対策マニュアル、BCPなどが整備され、緊急時の責任体制は明確になっている。消防訓練も実施している。夜間休日の保安業務は24時間の保安体制を構築している。毎日定時の院内巡視や施錠管理等の保安業務を実施している。

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	B
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	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	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	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	B
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	B
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	栄養管理と食事支援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	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	S
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	
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	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	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	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： 2024年 4月 1日 ~ 2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025年 4月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 和歌山中央医療生活協同組合 和歌山生協病院
- I-1-2 機能種別 : 一般病院1、リハビリテーション病院(副機能)
- I-1-3 開設者 : その他法人(社会福祉法人等)
- I-1-4 所在地 : 和歌山県和歌山市有本143-1

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	149	149	+0	91.7	24.3
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	149	149	+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	45	+2
地域包括ケア病床	48	+4
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		
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(準備病院), 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 : 3人 2年目 : 3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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

