

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」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 25 日～8 月 26 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 |
|------|--------|----|

■ 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。

1. 病院の特色

貴院は、2013 年 7 月に開設され、2016 年に救急医療を担う病院として社会医療法人の認定を受け、急性期医療を担う病院として地域医療に貢献されている。

今回の病院機能評価の訪問審査では、法人理念の「安心・信頼・貢献」の実現に向けて病院全体がワンチームとなり取り組まれている状況を確認することができた。審査結果を踏まえて、継続的に医療の質の改善に取り組み、更に発展されることを期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は、法人全体の理念・基本方針を明文化しており、病院案内、入院のご案内、ホームページ、広報誌、院内掲示で患者・家族等に案内している。病院管理者・幹部の病院運営に関するリーダーシップは、毎年、病院長年頭所感として年度目標、計画が表明され、各部署に掲示している。院長、看護部長代理、事務長は病院の課題を認識し、解決に向けてそれぞれの立場からリーダーシップを発揮している。効果的・計画的な組織運営は、運営会議で病院運営の意思決定を行い、部署代表者会議で決定事項等の情報伝達を行っている。法人全体の長期計画に各事業所の計画があり、計画内容に基づいて年次事業計画や主な目標が策定されている。情報管理は、医療情報システム運用管理規定を整備し、情報の管理が行われている。情報システムの新規導入等は運営会議に提案され、法人内で検討のうえ決定している。文書管理は文書管理規定が策定され、受理文書および外部発送文書の管理について明記している。会議・委員会規程や各種マニュアル等、院内で作成される文書を網羅し、管理責任部署で一元的に管理するよう規定の見直しを望みたい。

人材確保は、医療法や各施設基準に則した人員を適切に確保している。人事・労務管理は、必要な規則・規程を整備している。職員の安全衛生管理は、毎月、労働安全衛生管理委員会を開催している。健康診断を適切に実施し、非常勤医師の健診状況も把握して管理している。職員にとって魅力ある職場づくりは、毎年、職員満足度調査を実施し、集計・分析された内容を部署代表者会議・運営会議等で検討している。職員への教育・研修は、学術委員会により全職員に対する院内研修会予定表が作成され、計画的に実施している。職員の能力評価・能力開発は、人事考課の目標設定時に、職員個別に所属長と面談を行い、個人の能力を考慮した目標設定をしており、能力開発、育成計画に役立てている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、院内各所の掲示や、病院案内・入院のご案内およびホームページに掲載し、患者・家族に周知を図っている。説明と同意は、説明と同意の書式は院内で統一しており、わかりやすい同意書が作成されている。患者との診療情報の共有と医療への患者参加は、各種説明文書やパンフレットなどを用いて、病状や手術および検査等について丁寧に患者・家族に説明している。患者支援体制は、医療相談室が設置され、業務内容、対応時間等をわかりやすく示している。患者の個人情報とプライバシーの保護は、個人情報保護規程があり、個人情報保護方針に基づき、病院として個人情報を確実に保護する体制となっている。入院病室の氏名表示は、病室内側に掲示し、廊下から見えないように配慮している。臨床における倫理的課題への取り組みは、倫理委員会が設置されており、倫理的課題の共有や検討する場としての役割を担っている。患者・家族の倫理的課題等の把握と対応は、病棟などの臨床現場において多職種でカンファレンスを行い、記録を残して情報共有している。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は、最寄り駅から徒歩圏内にあり、病院前にバス停が設置されている。駐車場台数を増加し、屋根付きの駐輪場を設置するなど、アクセス面に配慮している。高齢者・障害者に配慮した施設・設備は、病院入口から1階フロア、各階への導線は、すべてバリアフリーとなっている。必要な箇所に点字ブロックや手摺りを適切に設置している。療養環境の整備は、診療・看護ケアに必要なスペースや患者のくつろげるスペースがあり、癒しの環境などを確保している。受動喫煙の防止は、敷地内全面禁煙の方針である。職員の喫煙率は、年々減少している。

4. 医療の質

患者・家族の意見を取り入れた質改善は、意見箱を設置し、毎週回収し、回答文を掲示している。入院・外来別で患者満足度調査を行っている。診療の質の向上に向けた活動は、内科・外科・脳神経外科等では多職種が参加する症例検討会を毎週開催している。クリニカル・パスが活用されている。臨床指標は定期的に集計・分析しており、ホームページでも公開している。業務の質改善は、病院機能評価を継続して受審することにより、体系的な病院機能の向上に取り組んでいる。倫理・安

全面などに配慮した新たな診療・治療方法や技術の導入は、導入に際しては安全面などについて組織的に検討して対応し、記録に残している。

診療・ケアの管理・責任体制は、病棟では病棟医長と病棟看護師長が明記されており、外来では診療医の氏名を患者にわかりやすく明示している。診療記録の記載は、おおむね適切である。質的点検については、仕組みを整備することが望まれる。多職種が協働した患者の診療・ケアは、NST、褥瘡委員会、ICTなどの専門チームが設置されている。日常的に多職種が協力・連携して組織横断的なチーム医療を展開している。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、医療安全管理委員会を毎月開催している。医療安全カンファレンスを週1回開催しており、インシデント・アクシデントレポートを題材にしたディスカッションや、ラウンドした際の指導内容などを詳細に記録している。安全確保に向けた情報収集と検討は、インシデント・アクシデント報告書は、組織横断的に迅速に収集されている。安全ラウンドや各部門における問題点の分析、改善案、実施評価などを行い、再発防止に取り組んでいる。

患者・部位・検体などの誤認防止は、入院患者の誤認防止には、リストバンド装着による認証システムを導入して活用している。また、患者自らによる姓名の名乗りや、薬剤処方におけるダブルチェックなどにより誤認防止に取り組んでいる。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、医師による確認は電子カルテ上で確実に言い、指示変更も適切に行っている。口頭指示は原則行わない方針であるが、やむを得ない場合は手順に沿って適切に対応している。薬剤の安全な使用は、重複投与・過量投与や相互作用・アレルギー等のリスクは、電子カルテ上の警告画面や薬剤師がチェックを行って回避している。ハイリスク薬を明確に表示している。転倒・転落防止は、全入院患者を対象に、リスク評価を実施し、危険度に応じた個別性のある看護計画を立案している。医療機器の安全な使用は、医療機器操作マニュアルを整備している。人工呼吸器等の使用中の動作点検は看護師と臨床工学技士がそれぞれのチェックシートを用いて点検しており、正常に動作できるように確認している。患者等の急変時の対応は、院内緊急コードを設定している。BLS訓練を定期的に行っている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、院内感染防止対策委員会を毎月開催している。ICTが毎週院内をラウンドしており、結果はICTミーティングや院内感染防止対策委員会で検討され、現場にフィードバックしている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討は、院内の分離菌・耐性菌検出情報や感染発生状況はICTミーティングで定期的に検討し、「感染情報レポート」として月単位でまとめており、院内感染防止対策委員会に報告している。

医療関連感染を制御するための活動は、速乾性手指消毒剤を携帯しており、必要時に迅速に使用できるよう配慮している。感染性廃棄物の分別や院内の運搬、汚染

リネンの分別・表記など、標準予防策を遵守している。抗菌薬の適正な使用は、抗菌薬の適正使用に関する指針を整備しており、特別な抗菌薬は届出制になっている。院内における分離菌感受性パターンや抗菌薬の使用状況は定期的に把握・検討しており、必要な場合には医師にフィードバックと助言している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、病院独自の広報誌は、地域の開業医等を対象とした内容を3か月ごとに発行している。また、患者・家族を対象として、診療内容・各部門紹介等の情報を掲載して毎月発行している。年報を毎年度作成している。地域の医療機能・医療ニーズの把握と医療関連施設等との連携は、寝屋川市地域連携部会等に地域医療連携室、院長が積極的に参加し、地域の医療機関との連携を図っている。施設間の紹介・逆紹介への対応は、地域医療連携室が病院の窓口として対応し、紹介の受け入れ・逆紹介等を一元的に管理している。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、コロナ禍以前は、市民公開講座として健康づくり応援教室を年3回程度実施していた。現在は開催が困難な状況であるが、パンフレットの配布や広報誌で健康啓発情報を発信している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診察を受けることができるように、総合案内カウンターを設置しており、外来診療時間帯は、総合案内コンシェルジュが配置され、患者・家族の誘導および緊急患者の対応を行っている。外来診療は、診察に必要な患者情報は、問診票や診療情報提供書および看護師・医師の問診にて収集している。地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者の受け入れは、地域医療連携室が担当となり、担当医、外来責任者、ベッドコントロール担当者の協力のもと、円滑に入院の受け入れを行っている。診断的検査の確実・安全な実施は、診断的検査の必要性を適切に判断し、説明後に同意を得て実施している。侵襲的検査の場合には同意書を取得している。検査は業務手順に沿って確実・安全に行われている。適切な連携先への患者の紹介は、社会福祉士が窓口となり、入院後速やかに患者・家族の療養希望などのニーズを把握し、病状説明とともに転院先の病院や施設を紹介している。入院の決定は、入院の決定は必要に応じて医師間で相談し、医学的な判断に基づき適切に決定している。患者・家族への説明後に入院の同意を得ている。診断・評価の実施と診療計画の作成は、患者の病態に応じた診断・評価に基づいて、多職種による入院診療計画書を迅速に作成している。患者・家族からの医療相談への対応は、医療相談室の社会福祉士が対応している。患者が円滑に入院できるように、入院が決定した患者には、外来において入院案内や必要書類の説明などを行い、入院時には病棟案内している。患者・家族が抱える不安や心配事にも耳を傾け、不安解消に努めている。

医師の病棟業務は、回診や診察で得られた情報や検査結果等により、患者の病態を的確に把握している。看護師の病棟業務は、入院後には速やかに患者・家族の意向を反映した初期看護計画を立案し、ケアを実践している。投薬・注射の確実・安

全な実施は、投薬・注射の必要性和リスクについて、説明と同意を行い、手順に沿って確実・安全に投与し、記録に残している。抗がん剤や抗菌薬初回投与時の観察手順は明確になっており、手順に沿って適切に観察・記録されている。輸血・血液製剤投与の確実・安全な実施は、輸血の必要性和リスクを十分に説明し、同意書を取得している。投与中・投与後の観察を手順通りに実施し、記録に残している。周術期の対応は、手術・麻酔の適応や方法を検討し、主治医と麻酔科医により患者・家族に説明を行い、同意書を取得している。麻酔科医は術前に診察し、患者の状態を確認している。術後の搬送は看護師2名で行っているが、必要時には医師も付き添っている。重症患者の管理は、HCU または ICU で、それぞれの入退室基準を定めて実施している。褥瘡の予防・治療は、入院時に全患者に対して褥瘡発生のリスク評価を実施しており、褥瘡対策に関する診療計画書を作成している。栄養管理と食事指導は、入院時に全患者に対して管理栄養士がアセスメント評価を行い、栄養管理計画書を作成しており、多職種が協働して問題点の抽出を行っている。症状などの緩和は、患者の訴えを把握して丁寧に対応している。リハビリテーションの確実・安全な実施は、主治医がリハビリテーションの必要性について判断し、療法士とともに目標設定や訓練計画を策定している。身体抑制は、やむを得ず身体抑制が必要な場合には、患者・家族に説明し、同意を得た後に実施する手順を遵守している。

患者・家族への退院支援は、入院時にスクリーニングを行い、積極的な退院支援が必要と判断した患者には、地域連携室や病棟看護師が介入して課題解決に着手し、多職種カンファレンスを開催している。継続した診療・ケアの実施は、地域連携室が窓口となり、患者・家族の希望を確認しながら自宅退院や介護施設およびリハビリテーション施設を紹介している。ターミナルステージへの対応は、多職種による診療やケア計画を立案し、個別性の高い患者・家族の支援に取り組んでいる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬局内の温・湿度は適切に管理されており、記録に残している。処方鑑査や疑義照会および調剤後の確認は、手順を遵守して確実に実施している。抗がん剤や高カロリー輸液の調製・混合は薬剤師が行っている。持参薬の鑑別・管理は手順に沿って確実に行っている。注射薬は1施用ごとに払い出すことを望みたい。臨床検査機能は、検体検査や生理機能検査は業務手順に沿って実施している。異常値やパニック値の対応手順を明確にしている。内部および外部精度管理を適切に実施している。画像診断機能は、各種撮影は業務手順を遵守して行われている。放射線科医により、院内すべてのCTおよびMRI画像と、他施設からの依頼で撮影した画像が読影されている。栄養管理機能は、調理は清潔な厨房内で行っている。保温・保冷配膳車を利用し、配膳専用のエレベーターにて安全で衛生的な食事を提供している。リハビリテーション機能は、業務マニュアルに沿って必要なリハビリテーションを適切に実施している。リハビリテーションは休日を含めて毎日行っており、定期的にプログラムの評価・改善を行っている。診療情報管理機能は、電子カルテによる診療を行っており、患者IDの入力により迅速に検索、閲覧

が可能である。退院診療録は、診療情報管理士が最終点検を行っている。医療機器管理機能は、医療機器は中央管理している。人工呼吸器や輸液ポンプ、シリンジポンプ、除細動器および心電図モニターなどの使用後に点検を行い、安全に使用できる状態で保管している。洗浄・滅菌機能は、使用済み器材の一次洗浄はすべて中央化している。滅菌の質保証が行われており、リコール発生時の対応の手順を明文化している。病理診断機能は、病理診断は外部に委託している。迅速診断が必要と思われる手術は他施設に紹介している。輸血・血液管理機能は、輸血用血液製剤の保管・管理は薬剤部門が担当している。輸血用血液製剤は専用の保冷库・冷凍庫で保管することとした。手術・麻酔機能は、各科の主治医および手術室の師長と常勤麻酔科医により、スケジュール管理が行われている。麻酔覚醒基準・退室基準が明確になっている。集中治療機能は、重症患者はHCUかICUに収容している。入退室基準を明文化しており、運用状況の検討を定期的に行っている。救急医療機能は、24時間365日救急に対応している。脳卒中や心疾患に対する緊急検査、手術が24時間実施可能となっている。充実した救急対応体制と積極的な取り組みは高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算書は法人理事会にて承認されている。病院会計準則に則した会計処理が行われている。会計監査は、毎年外部の監査法人により適切に行われている。経営状況は、運営会議、部署代表者会議で把握、検討されている。医事業務は、各種業務マニュアルを整備して適切に業務を行っている。レセプトの作成に医師が関与する仕組みがある。未収金はマニュアルに基づき、催促・回収されている。業務委託は、委託の是非は事務管理部門で現場状況を確認の上、必要性和費用対効果等を検討し、運営会議で協議し、法人の会議で決裁されている。委託業務の実施状況の把握は関連部門の意見を確認し、定期的に委託業者の担当者と打ち合わせを行っている。

施設・設備の管理は、総務課の施設担当により施設・設備の整備、管理を行っている。物品管理は、診療材料は、各部署定数管理で業者委託がSPDにて管理している。各部署の定数は、使用状況に応じて適宜見直している。ディスプレイ製品の再利用は行っていない。災害時の対応は、消防計画書が作成され、年2回の消防訓練を行っており、通報訓練、夜間発生を想定した訓練を行っている。災害対応マニュアル、停電時対策マニュアルが策定されている。保安業務は、防災センターは、夜間帯等の時間外来館者受け入れ窓口として機能しており、事務当直者が対応している。

医療事故等への対応は、医療事故発生時の対応および報告連絡ルートを明示している。医療安全管理者から連絡を受けた院長は、事案の内容に応じて臨時医療安全管理委員会の開催を決め、原因究明と再発防止に向けた検討を行う仕組みとなっている。医師賠償責任保険に加入して、訴訟等になり得る案件について、医師会と相談して対応している。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習等は、看護部、リハビリテーション科、薬剤科、医事課、社会福祉士の
実習生の受け入れを行っている。実習生等の受け入れに関する規定に基づき、総務
課が窓口となり、各学校と受入契約を交わしている。

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・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 | B |
| 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 | 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 | 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 | B |
| 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 | B |
| 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 | S |

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 | B |
| 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 | 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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人弘道会 寝屋川生野病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 大阪府寝屋川市日新町2-8

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 | 103 | 103 | +0 | 86.4 | 12.8 |
| 療養病床 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 医療保険適用 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 介護保険適用 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 精神病床 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 結核病床 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 感染症病床 | 0 | 0 | +0 | 0 | 0 |
| 総数 | 103 | 103 | +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 | 8 | +0 |
| 集中治療管理室 (ICU) | 8 | +0 |
| 冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU) | | +0 |
| ハイケアユニット (HCU) | 4 | +4 |
| 脳卒中ケアユニット (SCU) | | +0 |
| 新生児集中治療管理室 (NICU) | | +0 |
| 周産期集中治療管理室 (MFICU) | | +0 |
| 放射線病室 | | +0 |
| 無菌病室 | | +0 |
| 人工透析 | 40 | +0 |
| 小児入院医療管理料病床 | | +0 |
| 回復期リハビリテーション病床 | | +0 |
| 地域包括ケア病床 | | +0 |
| 特殊疾患入院医療管理料病床 | | +0 |
| 特殊疾患病床 | | +0 |
| 緩和ケア病床 | | +0 |
| 精神科隔離室 | | +0 |
| 精神科救急入院病床 | | +0 |
| 精神科急性期治療病床 | | +0 |
| 精神療養病床 | | +0 |
| 認知症治療病床 | | +0 |

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： 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-2-2 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 |
| | 2021 | 2020 | 2019 | 2021 | 2020 |
| 1日あたり外来患者数 | 275.19 | 242.14 | 271.66 | 113.65 | 89.13 |
| 1日あたり外来初診患者数 | 47.88 | 28.55 | 27.73 | 167.71 | 102.96 |
| 新患率 | 17.40 | 11.79 | 10.21 | | |
| 1日あたり入院患者数 | 89.03 | 82.96 | 83.64 | 107.32 | 99.19 |
| 1日あたり新入院患者数 | 6.65 | 6.24 | 6.42 | 106.57 | 97.20 |