

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「リハビリテーション病院」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11月11日～11月12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	リハビリテーション病院	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 リハビリテーション病院
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、阪神淡路大震災後の西宮マリナパークシティ開発に伴い、西宮浜南西地区の「西宮マリナパークシティ」に医療法人協和会グループが「地域に根ざし地域に開かれた病院を目ざす」として、診療部門に内科・外科・小児科・リハビリテーション科を設置し、介護老人保健施設を併設する病床数100床の病院を開設した。その後、地域の医療ニーズに応じ、2007年5月に回復期リハビリテーション病棟（病床数50床）、6月に障害者施設（病床数20床）、2011年5月に緩和ケア病棟（病床数30床）、2018年に地域包括ケア病棟（病床数20床後に22床）と地域医療機能の充実を図り変革してきた。

西宮市街地にある多くの急性期病院とは幾分離れた場所にあり、2020年は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の拡大・蔓延に伴い急性期病院の診療も減少し、急性期後の回復期を担う医療機能としては病床利用率の維持は大きな課題となっている。しかし、ISO9001の認証、病院機能評価受審への取り組み、各部門・部署・職員の目標へのチャレンジなど、医療の質向上を目指す取り組みは十分評価できる。介護老人保健施設の取り組みと併せ、医療・リハビリテーション・介護と一貫した関わりのある「その人らしく」生活できるよう支援されていくことを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が明文化され、院内掲示・病院案内・ホームページで院内外への周知に努めている。「地域に根ざした病院」を掲げ、病院長や病院幹部はリハビリテーション・緩和ケア・地域包括ケア・障害者施設と併設する介護老人保健施設を中心に、広域的中核病院構想を目指し、リーダーシップを発揮している。毎月管理者会議を開催し、各会議・委員会は目的を定め、各部署においても事業計画をもとに目標設定し達成度と評価が行われるなど、効果的な組織運営の機能を発揮している。電子カルテが導入され、診療情報およびその他情報も整備され、一元的に管理している。情報セキュリティ基本方針に基づき情報は管理され、データ分析や統計管理等にも活用している。文書管理方針として文書管理手順および文書管理組織図が整備され、文書管理手順に基づき実施しており、適切である。

施設基準に必要な人員は確保し、機能に見合った人材はおおむね確保している。就業規則等院内規程は整備され、就労時間や年次有給休暇取得などが管理され、就労時間の短縮制など働きやすい環境づくりを行っている。職員のための衛生委員会が設置され、毎月適切に開催している。健康診断の完全実施・労働災害手続き・職場の環境づくり・予防接種の実施・ストレスチェックの実施や各種ハラスメントに対応・院内暴力対策も整備が行われており、職場環境・管理への整備は適切である。職員満足度調査の実施し、保育体制や食堂など各種施設の整備、年次休暇の積極的な取得など、職員が継続して働ける環境整備に努めており、対応は適切である。教育委員会が計画から実施、評価までを行っている。感染・医療安全・個人情報保護等必要性の高い課題については出席職員・出席できなかった職員への支援も行っており、教育・研修への対応は適切である。新人研修・院外研修も制度化して適切に行っている。職員の能力評価・能力開発として、人事考課制度に人事評価票および目標チャレンジシートを採用し、目標に応じた達成度を評価している。目標チャレンジシートは各職員が目標達成に向け取り組んでおり、効果も評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され院内外への周知が図られ、権利の擁護に努めている。説明と同意に関する方針は整備され、病状説明時も手順に沿って実施している。入院時には医師・看護師・療法士・社会福祉士（MSW）ほか専門職が必要な情報を収集し共有化を図り、各種カンファレンスに患者・家族も参加し、医療への参加促進が図られている。院内に患者・家族の相談窓口を設置し、MSWが地域医療連携室や病棟に配置され患者支援体制を整備している。個人情報保護として、情報セキュリティ基本方針が定められ、診察室や処置室、相談室等の個室化など患者のプライバシーの保護および個人情報保護に努めており、適切である。倫理審査委員会を設置し臨床における倫理方針を定め、倫理教育の充実と倫理感の醸成を目標に部署内での研修や教育体制を整えているが、病棟等で発生する倫理的課題に対する方針や対応、解決困難な課題を早期に検討できる仕組みづくりと取り組みのさらなる充実を図ることが望まれる。

駐車場等が規模に応じ整備し、バス停も近く、送迎バスも巡回し来院時のアクセ

スは確保している。生活用品等は自動販売機や近くのストアでの供給、テレビ・新聞等による情報入手、携帯電話などによる通信手段は整備しており、療養中の利便性・快適性に配慮している。施設内はバリアフリーが確保され、両側に手摺りを設置するなど高齢者や障害のある方の安全性への配慮があり、適切である。病棟は病室や廊下が整理・整頓され、患者・家族がくつろげるスペースがあり、浴室・トイレなど十分な広さが確保されており、療養環境は整っている。敷地内禁煙およびニコチン依存症患者の治療・管理が行われ、受動喫煙防止の徹底および禁煙推進が図られている。

4. 医療の質

相談窓口や意見箱が設置され、患者・家族からの意見・苦情やアンケート調査を患者サービス向上委員会等で医療サービスの向上に活用しており、適切である。地域連携パスの活用や院内の胃瘻造設パスが運用され、在宅復帰率の公開など臨床指標に基づくデータにより診療の質向上の取り組みを行っている。ISO や病院機能評価への取り組みなど体系的な組織の評価・検討を行い、業務の全般的な質改善活動が行われており、適切である。新たな技術や機器等の導入に関しては、倫理審査委員会規定において倫理・安全面を審議し取り組むこととしており、病院の方針や具体的な手順を明文化し検討することが望まれる。

外来・病棟とも担当医師や看護師等管理・責任者が掲示され、当日の勤務者も表示されており、体制は明確である。診療記録は電子カルテで運用され、情報共有化が図られており、質的点検が診療・看護とも実施している。質的点検に関しては療法士も実施されると良い。入院時に多職種による評価とカンファレンスを行い、患者情報を共有した上で診療・ケアを行っている。褥瘡発生時は多職種で構成したNST 委員会が介入し、協働体制を適切に発揮している。

5. 医療安全

医療安全対策委員会が設置され、病院長を責任者とする多職種で構成された組織体制が整えられている。委員会マニュアルが適宜改訂され、全職種を対象にした院内勉強会の企画などを行っている。リスクマネージャーは部署ごとのインシデント・アクシデント報告書の収集や分析・対策の立案を行い、病棟ラウンドではセンサー類やベッドサイドの靴の位置、ベッドストッパーなどを確認し再発防止策に努めている。

入院時に患者誤認防止のため、フルネームでの名乗りを基本としてリストバンドを着用し、名乗れない場合には付き添い者に確認している。外来では生年月日の申し出と、受付時に発行される外来基本票を活用している。また、放射線などの検査時や採血時などにおいても適切に誤認防止対策がなされている。情報伝達エラー防止対策は電子カルテ上での運用があり、指示出し・指示受けなど診療・看護等の間で実行され、医師による確認が行われており、口頭指示は原則行わないこととしている。入院患者への薬剤投与は病棟担当薬剤師が薬剤の保管・管理全般を行い、看護師への使用上の注意点も薬剤師より情報が提供されており、薬剤の安全な使用体

制は適切である。全入院患者に転倒・転落アセスメントスコアで評価し、転倒リスクが高い患者に対しては看護計画を立案し定期的に評価されている。病棟で使用している医療機器は、看護師の勤務交替時に設定状況等についてチェックされている。院内緊急コードを設定し、番号を見やすい場所に掲示している。救急カートの整備や年1回のBLSの院内研修など、医療安全に対する体制は適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する対策マニュアルが整備され、多職種で構成されている感染症防止対策委員会を開催している。ICTは定期的に院内ラウンドを行っており、感染制御に向けた体制は整備されている。院内感染情報は月1回開催する委員会で収集され、JANISの情報や院外からの情報を集積し、継続的な感染症に対する分析と検討が行われ対策を立て実施している。各病室の入口にPPEと速乾式消毒剤が設置され、使用状況がモニタリングされている。職員は個人用速乾式消毒剤を携帯し手指衛生を徹底している。職員一人一人に正しい手洗いとPPE着脱の実践確認を行い、標準予防策の徹底に努めている。抗菌薬使用指針が整備され、毎月抗菌薬を使用する患者の状況が感染防止対策委員会に報告され対応している。抗MRSA薬などの特定抗菌薬は届出制であり、TDM（血中薬物濃度モニタリング）を行い適正な使用が行われており、適切である。

7. 地域への情報発信と連携

病院が提供できる医療サービスや院内情報が、病院案内や広報誌および病院ホームページを通じて発信されている。診療実績を掲載した年報が作成され、地域の医療機関や介護施設、地元医師会等に継続的に配布されている。地域医療連携室が設置され、社会福祉士を配置し、近隣の医療機関など医療関連施設との連携を図っている。医療関連施設の機能や状況が把握され、紹介入院患者や退院患者の紹介率・逆紹介率ともほぼ100%で連携室の機能は適切に発揮されている。地域市民の健康増進活動として、毎年継続的に「まちの保健室」を開催し、血圧測定や骨密度・血管年齢測定を実施、医師や看護師・その他専門スタッフの講演が行われている。

「夏祭り」や「西宮浜桜祭り」には、地域住民を対象に料理教室や栄養相談などのイベントを開催している。緩和ケアに関する講座・講演・症例検討会の実施、患者・家族との家族会が行われており地域医療に貢献している。また、禁煙外来の実施とともに車ステッカーによる禁煙推進は効果的であり、医療に関連する教育・啓発活動は高く評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療内容・時間等が掲示され、受付窓口の対応も良く、紹介患者や退院後の継続的リハビリテーション患者が主となるが、初診時の問診票聴取など診療は円滑に行われている。診断的検査は医師の指示で適時行える体制であり、嚥下造影検査など侵襲性の高い検査は事前に検査の内容・必要性・方法・リスクが説明され同意書を取得し適切に実施している。入院判定基準は明確であり、急性期病院の紹介が多く

連携室のMSWが必要な患者情報を収集し多職種からなるベッドコントロール会議で判定している。入院後に医師・看護師が共同し患者・家族の希望も入れ、入院診療計画書が作成され、医師により説明と同意を得て実施している。入院後3週間以内に多職種によるカンファレンスが行われ、総合リハビリテーション実施計画書を作成し、患者・家族への説明が行われている。リハビリテーション入院診療計画書の作成時には療法士の参加と記録記載も望まれる。また、看護記録への記載の充実を図られると良い。リハビリテーションに関する評価が多職種で行われ、総合リハビリテーション実施計画書を毎月作成し、定期的なカンファレンスの実施、医師によるリハビリテーション処方箋が発行され、継続的なリハビリテーションプログラムを作成している。入院前・入院中・退院に至るまでMSWが積極的に患者に関わり、医療機関や介護施設等の社会資源との連絡調整、経済的問題や介護保険制度、退院後の生活など多様な相談に対応している。入院前から患者・家族の意向を確認し、多職種で情報共有が行われており円滑な入院対応ができています。

病棟担当医師は毎日回診し、多職種によるカンファレンスや情報交換を行い適切な治療方針を出し、患者・家族に面談説明し診療業務を行っている。看護部の基本方針・部署目標を掲げ、固定チームナーシング方式で継続した看護を提供している。基本方針に看護師と看護補助者さらに介護福祉士の業務手順が整備されているが、疾患に対する看護計画の立案とともに、介護福祉士が専門性を発揮できるよう期待したい。病棟担当薬剤師が配置され、持参薬管理・調剤上の薬剤管理・患者誤認防止など手順が遵守されており、確実・安全な対応が行われている。輸血等の使用必要時は輸血マニュアルに沿い、確実・安全に実施している。入院患者の褥瘡発生リスク評価によりベッドマットの選択やポジショニングの検討など予防に努め、発生時はケアの継続とともにNSTの介入による補助食品検討など早期治癒に努めており、対応は適切である。管理栄養士は栄養スクリーニングとアセスメントを行い、個別の栄養管理計画書を作成し、週1回の評価を行い退院後の生活を見据えた栄養管理・指導を行っている。日々の患者の痛みの訴えや表情の観察し疼痛の評価により対応は行われているが、症状緩和に対する病院方針や取り組みの基準・手順を明確にすることが望まれる。

入院後多職種による初期評価・リスク評価を行い計画に基づく系統的なリハビリテーションを確実・安全に実施している。1年365日の理学療法が行われ、作業療法では高次脳機能や精神・心理面を含めた評価の上で社会復帰に向け安全な訓練に努めている。言語聴覚療法として摂食嚥下障害に対する評価や嚥下造影検査が行われ、高次脳機能障害患者へのアプローチやリハビリテーションが行われている。生活機能向上に向け、多職種でカンファレンスを行いADLの状況や目標を共有し365日リハビリテーションが行われている。身体抑制は行わない方針であるが、やむを得ない場合は患者・家族の同意の下、毎日抑制部位の観察を行いながら、解除に向けた対応を行っている。多職種で退院後の生活を見据えた退院支援計画書が作成され、家屋調査や退院困難要件の解消、必要な処置や介護方法を家族に伝えるなど、退院支援カンファレンスを行い在宅復帰に向け努めている。退院後に継続したリハビリテーションや訪問サービス等が必要な場合、安心して受けられるように連携施

設への情報提供や電話連絡による生活状況の確認等が行われ、継続した診療・ケアを実施しており、適切である。

<副機能：緩和ケア病院>

緩和ケア病棟は、がん終末期の患者が身体的にも精神的にも安らぎを得られる病棟を目指している。病棟は細かな配慮が行き届き、落ち着いた雰囲気でも過ごしやすい病棟になっている。緩和ケア外来は緩和ケア内科医師と緩和ケア病棟看護師が病棟内のカンファレンス室で入院面談を行っており、速やかに入院判定会議を行い入院や転院までの待ち日数を減らす努力を行っている。入院後は医師・看護師を中心に多職種によるチームで、患者・家族の個別の要望に対応した計画を作成している。薬剤師は持参薬確認、薬歴管理を行っており、看護師に対して薬剤についての注意喚起を行っている。管理栄養士は患者の嗜好調査を行い、少量でも経口摂取ができるよう工夫した食事を提供している。療法士は日常生活動作の自立性保持のために必要なリハビリテーションを実施している。

症状緩和については日本緩和医療学会のガイドラインなどに準じて治療方針を整備し、多職種による日々のカンファレンスにおいて症状緩和のための検討を行い実施している。退院支援については退院前に退院支援カンファレンスを開催し、患者・家族の希望に沿った在宅支援を行っている。退院後の病状悪化に対する緊急対応は平日のみならず、夜間・休日も適切に行っている。QOL向上の取り組みとしては、季節の催し、ボランティアによるドッグセラピー、ハーブセラピー、演奏会などを行っており、希望に応じて病棟スタッフが病院周辺の散歩などの外出の手伝いを行うなどの取り組みがあり、評価できる。臨死期におけるケアは患者・家族の希望を尊重し多職種で情報共有して検討し、病状の変化に応じた対応を行っている。逝去後は約3か月後に遺族に手紙を送り、年1回の遺族会を開催し遺族の心情に配慮した対応を行っており、適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では調剤業務手順や調剤内規に基づき処方鑑査や調剤鑑査が行われ、医薬品集も整備され、医薬品安全情報も院内に提供されている。疑義照会や調剤過誤も把握され、注射薬の1処方ごとの取り揃えが行われている。臨床検査では、血液生化学・一般検査および尿検査が院内で行われ、その他の検査は外部に委託している。精度管理やパニック値の迅速な報告など仕組みが確保され検査機能を発揮しており、適切である。画像診断では、一般撮影装置・テレビ装置・CTによる検査が行われ、画像読影も主治医および放射線科医により行われている。院内でできない検査は、他の病院で検査ができるように整備されており、機能は適切である。栄養管理では、栄養科マニュアルに基づき適時・適温配膳、献立調整・選択食の実施により、患者に喜ばれる食事提供に努めている。褥瘡・嚥下状態を評価し患者個別の対応を行うなど、機能を発揮している。リハビリテーションでは、早期に多職種による評価が行われ、目標設定・プログラム作成を作成し速やかに開始している。365日、1日平均6単位以上実施され、多職種でのチームで患者へ対応している。

診療情報管理では、診療情報管理士が1名配置され電子カルテにより運用を行っている。1患者1IDで診療情報を一元的に管理し、診療記録の量的な点検や診断名等のコーディングが行われ機能を発揮しており、適切である。医療機器管理では、中央材料室で一元管理され、医療機器安全管理責任者による日常点検と臨床工学士による定期点検が実施されている。洗浄・滅菌は全て外部委託で対応され、品質報告書の提出により滅菌の精度保証はされており、適切である。

病理診断では、内視鏡検査が行われ病理検体取り扱いマニュアルや病理結果の速やかな報告体制が整備されており、機能は適切である。輸血の業務安全管理は、輸血マニュアルに沿って安全に行なわれており、適切である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は毎年度予算が立案され、財務諸表は法人本部で監査法人による外部監査を受けているなど、おおむね適切である。医事業務は、医事課業務対応手順に基づき、総合案内・受付窓口および会計業務・診療報酬請求業務・未収金請求および管理業務等が行われており、適切である。委託業務の内容（業務手順・業務の質向上・従事者の対応など）を定め、年1回の評価を実施し、選定の見直し・継続更新を図っている。施設・設備に関わる整備が行われ、日常点検・保守点検等は事務部用度課で管理している。医療ガス安全管理委員会が年1回開催され、建物の経年劣化への対応も適切である。感染性廃棄物の最終保管場所は整備され、マニフェストの保管も適切である。医療材料等の供給はSPDを採用し中央材料室で効率的に行われ、使用期限の管理体制が整備され、医薬品等の補充・保管・棚卸の実施も適切である。

災害時対応マニュアルに沿って火災避難訓練の実施や連絡体制が整備され部署ごとに自主訓練も行っている。災害時を対象とした事業継続計画（BCP）は作成され、災害時対応研修への参加は見受けられるが、地域住民を含めた災害時対応訓練が行われると良い。夜間・休日は事務当直者が配置され保安業務に携わっている。出入口の施錠は全て電子錠とし、監視カメラにより監視できる状態にあり保安体制は確保されており、おおむね適切である。医療事故発生時は医療安全対策委員会と法人本部の医療安全委員会が連携し対策・原因究明等を行っている。訴訟対応手順も整備しており、医療事故等への対応はおおむね適切である。

11. 臨床研修、学生実習

新入職員を対象とする入職時研修および法人本部で全職種・全施設を対象とした新入職職員の研修を実施している。看護部はクリニカルラダーを活用しているほか、各療法士は法人本部の初期研修に参加している。初期研修を行う職種については限られているため、初期研修の方針・計画および体制の整備等が望まれる。

理学・作業・言語聴覚の各療法士・看護師・栄養士・社会福祉士の学生実習を受け入れている。各実習校からの実習依頼や病院側の承諾など契約が交わされ、受入マニュアルに基づき実施している。

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・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	S
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	B
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	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	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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	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	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

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	NA

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	B
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	専門職種に応じた初期研修を行っている	B
4.3.4	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	B
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

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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人協和会 協和マリナホスpital

I-1-2 機能種別：リハビリテーション病院、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：兵庫県西宮市西宮浜4-15-1

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	122	122	+42	81.6	57.5
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	122	122	+42		

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	50	+0
地域包括ケア病床	22	+22
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	30	+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

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： 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
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	50.70	55.50	55.93	91.35	99.23
1日あたり外来初診患者数	6.50	5.49	6.13	118.40	89.56
新患率	12.82	9.89	10.95		
1日あたり入院患者数	99.80	96.19	67.04	103.75	143.48
1日あたり新入院患者数	1.64	1.60	1.13	102.50	141.59