

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」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12月23日～12月24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 慢性期病院 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 慢性期病院
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。

1. 病院の特色

貴院は、慢性期や回復期医療を担う目的で2008年に開院され、一般障害者病床、回復期リハビリテーション病床、緩和ケア病床の計400床を有している。病院理念である「最高のホスピタリティ」を目指し、安心・安全で質の高い慢性期・回復期医療の提供に努力されている。また、脳血管疾患や大腿骨頸部骨折などを対象に、自宅復帰を目的としたリハビリテーションに取り組み、重度の障害者や難病患者が安心して長期入院できる体制も構築している。多職種によるチーム医療を推進し、地域社会とも連携を図り、地域から信頼される病院に応えるべく努力されている。その取り組み姿勢は訪問審査でも受け止められ、職員の組織力を高めた日々の活動・努力の成果が表れていると思われ、病院長を筆頭に全職員の努力に敬意を表したい。今回の審査を活かし今後さらなるレベルアップに努められ、地域からの信頼に十分に答えられる病院へ発展されることを祈念したい。

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、病院案内などの掲載や院内掲示により院内外に周知されている。基本方針は見直され、職員にも周知されている。中・長期計画により病床機能など目標とすべき内容を明示し、各課題に向け幹部職員は各自の役割を担い、組織をリードしている。幹部会議が意思決定を下し、責任者会議などを通し

て院内に周知している。年次事業計画なども策定され、目標管理も良好に取り組まれているが、事業継続計画の周知等は今後期待したい。情報管理は法人が基盤を固め、データを含めた管理体制は確立している。文書管理規程に則り管理すべき文書は把握され、マニュアルなどの改訂手順も適切である。

法的に必要な人員は満たされ、就労実態も把握している。病院機能の向上に向け、人材確保と育成に努力されている。就業規則などの規程類や昇格などの手順も整備し、再雇用制度や育児短時間勤務などの制度も確立され、就労環境にも配慮している。衛生委員会の活動は評価でき、職員の健康診断や予防接種などの取り組みも良好である。職員個々の意見を聴く仕組みがあり、夜勤専従の看護師配置など就労支援に取り組んでいるほか、職員食堂でのランチバイキングなど福利厚生面にも配慮されている。全職員対象の院内研修は、個人情報保護などの実施や参加者向上への工夫を期待したい。法人主催の研修や各部門・部署における研修実態、院外研修の活動は適切である。全職員に人事評価が行われ、個々の目標を評価する仕組みがある。各職種で資格取得を推進して学会発表などの支援を行い、地元大学の基礎工学部との共同研究も行うなど積極的に能力開発を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は6項目に見直され、入院案内等への掲載や院内掲示で周知されている。説明・同意に関する規程やセカンドオピニオンの手順なども整備している。入院前に地域医療連携室の社会福祉士等が患者・家族と面談し、診療やケアに対する要望を確認し、その内容は関係部署と共有されている。また、患者・家族にはパンフレットや動画を活用して情報提供し、医療への参加を促す努力も行っている。相談体制は周知され、虐待・暴力への対応手順も纏められている。個人情報保護規程を作成し、利用範囲も明示している。情報システム管理規程に則りID・パスワードによる管理体制も確立し、診察室や検査室の個室化などプライバシー面にも配慮されている。臨床倫理の方針を定め、終末期医療など主要な課題に対し考え方や対応方針を定めている。特に臨床倫理事例検討会は、多職種が参加して毎月開催され、その実績は10年以上あり高く評価できる。各病棟ではカンファレンスにて倫理的課題を検討している。

病院は最寄り駅から徒歩圏内であり、タクシー会社への直通電話も配置しているなど利便性に配慮されている。売店はないが近くにはコンビニがあり、テレビなどが設置されランドリーや理美容も利用可能である。院内はバリアフリーで廊下は広く、病室やデイルームのスペースも十分に確保されている。院内の清潔・不潔を区分し、リネン類も問題なく対応されている。病院が入っている複合ビル全体が禁煙であり、敷地内禁煙を掲示している。職員の喫煙調査の実施を行うほか、豊中市在住・勤務者を対象とした禁煙プログラムにも協力し案内しているなど、評価できる。

4. 医療の質

意見箱を院内 6 ケ所に設置し、内容は関係部署にフィードバックされ、患者サービス委員会で対応している。患者満足度調査も行われ、適切に取り組まれている。多職種が関与する臨床倫理事例検討会を発展させ、診療ガイドラインや地域連携クリニカル・パスなどの活用を図っているが、臨床指標の内容については検討を期待したい。ISO9001 取得を更新し、医療サービス提供において、適切な管理体制を確立し運用することにより、他部署間の内部監査を通じて業務の質改善に取り組んでいる。新たな医療機器の導入や更新時は研修を通して周知され、院内の認証制度の導入などで確実な技術導入を図っている。また、臨床研究への対応も良好に取り組まれている。

診療・ケアの責任体制は明確であり、病棟師長は巡視により診療・ケアの実施状況を確認し、患者・家族の意見も聞き入れて実態を把握している。医師は、入院時や回診時、治療経過などで必要な情報を診療録に記録している。また、退院時サマリーの作成および診療記録の質的点検も適切に実施され、必要に応じた多職種カンファレンスが開催されている。認知症ケアチームや栄養サポートチームなどの専門チームが活動しており、多職種による活動実態は評価できる。

5. 医療安全

医療安全対策部門として医療安全対策室が設置され、医療安全対策委員会と医療安全管理委員会が役割に応じ機能している。各部署の責任者がリスクマネージャーとなり、マニュアルは毎年見直されている。アクシデント・インシデントレポートを収集し、内容を分析の上、対策を講じている。対策の効果を検証し、院外情報も周知している。

患者の誤認防止はネームバンドなどで確認し、部位や検体などの誤認防止策もマニュアルに則り実施されている。情報伝達エラー防止は、指示出し・指示受け・実施の経過が記載され、電子カルテ上で緊急性を判断している。指示の変更・中止や口頭指示の対応も的確であり、主治医不在時の連絡体制も確立している。薬剤は、緩和ケア病棟を除いて麻薬の定数配置はなく、向精神薬の管理も適切である。また、アレルギーや禁忌薬剤などの情報は共有され、安全使用に向け努力されている。転倒・転落防止策は、定めた時期にリスクアセスメントを行い、危険度に応じ対策を講じている。発生時の対処内容も良好であり、チームラウンドで実施確認し防止に努めている。医療機器は使用部署で管理し、臨床工学技士による点検も行われている。看護職を対象に人工呼吸器などの安全使用に関する研修も行われ評価できる。院内緊急コードを設定し召集訓練が行われ、救急カートは必要部署に配置し、全職員対象の BLS 研修も行われている。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会は毎月開催され、ICD や日本環境感染学会員を含め多職種参加のもと機能を発揮している。ICT ラウンドは毎週行われ、法人内でも組織横断的な感染対策委員会が活動し情報共有している。院内外の感染関連情報として収集すべき

項目を明確にされ、JANIS にデータを提出している。アウトブレイクの対応も問題なく行われているが、貴院の特徴から尿路カテーテル関連感染についても把握されるところな良い。

各部署における感染制御活動は適切であり、感染予防マニュアルに沿った予防策が講じられている。また、感染性廃棄物も適切に処理されている。抗菌薬の採用・中止は組織的に検討され、広域抗菌薬は届出制であり、使用前の培養や使用目的の確認などに対応され、適正使用に向けて適切に取り組まれている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌は 2020 年 8 月に創刊号を作成しており、ホームページは随時更新し、診療実績も掲載している。病院案内や入院案内なども作成され、年報も 2020 年に作成されている。なお、広報誌の配布や継続的な取り組みについては今後期待したい。地域連携パス会議や地域ケア会議など多様な会議に参加し、積極的な地域連携に臨んでいる。また、医療圏の人口などの情報も把握され、紹介・逆紹介の実績も同様に把握している。紹介への返答においては、実態を確実に確認できる一元管理の手法を検討されると良い。地元団体からの依頼に応じ、健康講座を年 2 回開催している。また、認知症サポーター養成講座では認知症認定看護師が講師を務めているなど、健康関連の地域活動は評価できる。今後、関連機関などを対象に貴院の強みを活かした研修会を開催されるとさらに良い。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

開設時から一般外来は行っておらず、緩和ケア外来など僅かな受診実績であり、予約制で対応している。患者の誤認防止や容態急変時の体制も確立している。侵襲的検査における説明・同意書の内容は見直されたところであり、継続的な実施を望みたい。入院患者の受け入れ方針や入院判定基準は明確であり、多職種による入院判定会議で検討している。入院時、多職種でカンファレンスを行い、その内容を入院診療計画書に反映させ、患者・家族の意見も確認し、転倒・転落や褥瘡などのリスク評価なども行っている。入院診療計画書を基にケア計画が作成され、患者・家族の要望を反映させる仕組みがある。また、患者の状態に応じたケアを提供するため、標準看護計画を活用している。社会福祉士が多様な相談に応じ、必要な情報は関係職種で共有している。入院前の面談や入院時オリエンテーションも分かりやすく説明され、円滑な入院が行われている。

医師は原則、回診を毎日実施して患者の状態を把握し、各カンファレンスで情報交換を行っている。看護師は看護部運営基準などにに基づき、状態に応じたケア提供に努めている。管理栄養士によるミールラウンドなどで栄養管理に努め、患者の活動係数に基づいて多職種によるリハビリ栄養にも取り組んでいる。また、認知症ケアチームの回診なども実施され、オンライン面談を行うなど心身両面からケアを遂行している。安全な薬剤の準備のもと投薬・注射を確実に実施している。輸血の必要性とリスクは説明され、実施時は複数職員で必要事項を確認している。患者の状態や副作用の確認も良好である。重症患者は、各病棟で個室を中心に病床運用し、

重症度に応じた必要な診療・ケアが行われている。

褥瘡のリスク評価を行い、必要な場合は褥瘡の診療計画書を作成し、褥瘡チームによる褥瘡回診が行われ、治癒事例もある。栄養アセスメントも同様に行われ、栄養管理が必要な場合は適切に対応され、ミールラウンドで喫食状況を確認している。症状などの緩和は疼痛評価により緩和を図り、精神的苦痛にも配慮されている。嚥下機能訓練や排泄機能障害への対応により、経口摂取移行や膀胱留置カテーテル抜去の事例もあり、リハビリテーション・ケアは適切に取り組まれている。寝たきりの患者が多いため、貼り絵やカラオケなどで離床を促す工夫がなされ、外出・外泊の実現にも取り組んでいる。身体抑制は行わない方針であるが、必要な場合は適切に行われている。退院支援は患者・家族の意向や課題を把握し、関係職種が介入し状況に応じて支援されている。退院後の療養生活支援に必要なサービス提供も調整され、必要な情報は連携先に提供されている。また、在宅療養を支援するためレスパイト入院も受け入れている。医師がターミナルステージを判断し、患者・家族の意向は尊重され、ターミナルケアの移行は適切であり、看取り期の療養環境にも配慮され評価できる。

<副機能：リハビリテーション病院>

外来はリハビリテーション科など予約患者に限られ、ボツリヌス毒素療法などを行うのみである。侵襲的検査における説明・同意などの充実を図られたい。入院経路は外部の急性期病院からの転院が殆どであり、迅速に受け入れている。入院診療計画やリハビリテーションプログラムは作成され、家族参加のもとリハビリカンファレンスを行うなど積極的な患者支援に取り組まれているが、退院時のゴール設定など多職種支援の共通目標を明確にし、記録を整備されることが望まれる。患者・家族からの多様な相談は社会福祉士が適切に対応し、スムーズな入院にも配慮されている。数人の医師が主治医を担当し、患者の多職種支援にリーダーシップを発揮している。リハビリテーション科専門医が常勤し、装具診などに専門性をもって関わり、必要時に相談できる体制がある。看護・介護職は、基準や手順整備のもと多職種と協働し、患者支援の充実に向け努力されている。投薬・注射は薬剤師も関与され、確実・安全な実施であり、褥瘡予防や治療も適切に行われている。栄養管理・食事指導や症状緩和も同様に関係職種が努力・工夫され、患者の状態に応じ良好に取り組まれている。リハビリ療法士は、計画に基づいた系統的リハビリテーションを365日実施し、患者の個別性に配慮しながら動作指導を行っている。また、退院後の生活状況も想定した支援も行っており評価できる。生活機能の維持・向上に向け、離床を促すなどの努力は評価できる。身体抑制はおおむね良好に対応されているが、抑制による二次的障害の有無の確認は、各勤務帯に確認されると良い。入院中から患者・家族の希望を確認し、目標を設定して多職種が退院に向けて支援している。また、退院後もリハビリテーションが必要な場合など、状況に応じて必要なサービス提供に努力・工夫され適切に取り組まれている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、注射薬は1施用毎に、内服薬は1回量包装としている。処方鑑査を行い疑義照会にも対応し、調剤後の鑑査も実施している。疑義照会などはDIニュースで周知し、プレアボイド症例にも積極的に対応され、副作用への対応も良好である。高齢患者の増加に伴い、薬剤師の専門性を生かしポリファーマシーへの対応を深められるとさらに良い。臨床検査機能は、殆どの検体検査や生理検査が行われ、血清など一部は外部委託している。異常値やパニック値の報告体制は適切であり、内外の精度管理も評価できる。画像診断機能は、診療機能に必要な画像診断装置を備え、患者の誤認防止も図られている。読影は放射線科医とのダブルチェックが行われ、緊急時はオンコールで対応している。栄養管理機能は、調理全般は外部委託しており、栄養科内の連携は良好である。ニュークックチルシステムを導入し、調理2日前のものを再加熱で配膳されている。管理栄養士は昼食時のミールラウンドや嗜好調査を行い、食材の搬入から配膳、食器の洗浄・保管までの一連の流れにおける衛生面には配慮され、適切に機能を発揮されている。リハビリテーション機能は、積極的にリハビリテーションを提供し、他職員との情報交換のためカンファレンスにも積極的に参加している。診療情報管理は、署名が必要な書類も全てスキャンし電子カルテで全ての内容が確認でき、2017年以降は電子カルテ、それ以前は紙カルテでの確認である。診療記録などの記録や書類の確認は行われ、疾病別退院患者などの統計も作成されている。医療機器管理は、人工呼吸器などを保有しおおむね標準化され、配置部署が日常点検などで管理している。また、臨床工学技士による点検も行い、医療機器管理責任者により一元管理している。洗浄・滅菌は、全て外部委託しており、院内では使用済み器材の一次洗浄を行っている。

病理診断機能は、殆どが細胞診であり外部委託である。至急の検査報告なども適切に対応されている。輸血・血液管理は、検査科で一元管理している。血液管理や実施記録なども適切であり、輸血療法委員会で副作用などを検討している。

10. 組織・施設の管理

予算は法人本部と調整し作成している。病院は職員の勤怠や請求書の確認などを行い、給与や経理処理は法人本部が対応している。財務諸表は作成され、結果は幹部会議や責任者会議で報告され、監査法人による監査を実施している。医事業務では、患者受付や窓口会計が適切に行われ、入院費の支払いはクレジットカードなどの利用が可能であり、収納業務も適切である。また、レセプトの作成プロセスや施設基準の確認実態も評価でき、未収金管理も良好である。業務委託の業者は法人本部も関与し選定されている。毎年、委託業務の評価を行い、業務従事者は感染制御の院内研修などに参加されている。事故発生時の体制も確立している。

病院は複合ビルでの運営のため、電気や水道などの設備はビル全体で保守されている。医療ガス設備の点検は行われ、医療ガス安全管理委員会も機能している。院内の清掃や廃棄物の処理も適切に対応している。診療材料はSPDシステムで供給され、物品管理委員会にて購入の有無を検討している。在庫は確認され、ディスプレイ製品の再利用は行っておらず、適切に管理されている。

ビル全体の保安はビルの防災センターが行い、365 日 24 時間体制で警備している。病院内の保安は、時間外は事務当直者、時間内は日勤者が担当し、病院の出入口は電子ロックされ、防犯カメラも 11 ケ所に設置している。医療事故発生時の連絡体制は確立し、院内医療事故調査委員会が組織される仕組みである。訴訟など重大な事故は発生しておらず、組織体制は整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習受け入れ要綱や学生実習指導手順を整備し、実習時の留意点も明確にしている。大学からの依頼が主であり、看護部やリハビリテーション科、薬剤科など多部署で受け入れている。また、医療安全や感染制御の説明なども適切に行われている。

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	B
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	S
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	B

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	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	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	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	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

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	B
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	B
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

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	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	B
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	NA
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	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

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 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：医療法人協和会 千里中央病院

I-1-2 機能種別：慢性期病院、リハビリテーション病院(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：大阪府豊中市新千里東町1-4-3

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	400	400	+0	93.5	139
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	400	400	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	100	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
特殊疾患病床	0	+0
緩和ケア病床	25	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+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

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	5.77	7.25	7.86	79.59	92.24
1日あたり外来初診患者数	1.29	1.09	1.08	118.35	100.93
新患率	22.38	14.98	13.79		
1日あたり入院患者数	375.13	368.19	367.38	101.88	100.22
1日あたり新入院患者数	2.45	2.23	2.37	109.87	94.09