

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」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 6 日～7 月 7 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 2	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 2
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は大阪府保健医療財団新千里病院を前身に持ち、2003 年に大阪府済生会千里病院として発足、社会福祉法人として生活困窮者への医療「無料低額診療事業」を開始している。2006 年には大阪府救命救急センターを併合して、豊能二次医療圏の中で一次から三次救急まで対応できる救急医療体制を構築している。また、大阪府がん診療拠点病院、地域医療支援病院、災害拠点病院の指定を受け、「下駄ばきで来れる一流病院」かつ「救急の最後の砦」をモットーに、地域医療連携体制の構築と高度な救急救命医療を実践している。

今回の病院機能評価受審は 4 回目であり、院長をはじめとする病院幹部はリーダーシップを発揮し、安全で良質な医療を目指す継続した活動が確認された。各領域の評価所見や総括に記した内容を参考に、医療機能の一層の充実と医療安全・質の向上に向けた継続した取り組みに期待したい。貴院の理念達成に向けた取り組みの一助になることを願い、地域の中核病院としてますます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

理念を明文化し院内外への周知は適切である。中・長期計画に基づいた年次事業計画を策定し、病院管理者や幹部は病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と迅速な解決に取り組んでいる。幹部の選任過程についても基準を定めて適切に行っている。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、各部門の目標管理の整備等は適切である。電子カルテを導入し、情報システム管理・運営等も適切である。

事務的文書や診療情報、各種基準・手順類、診療関係マニュアル、各部門の文書を一元的に管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理体制を整備しており、職員の安全衛生管理体制は適切である。職員満足度調査を実施し、匿名で直接幹部に意見、要望を伝える仕組みがあり、院内 LAN で要望、意見に回答するなど魅力的な職場づくりに努めている。

全職員を対象とする研修会は、e-ラーニングを活用して実施している。新入職員研修は、理念、安全、感染、接遇、患者の権利など必要な研修を実施している。人事評価制度と連動した職員の能力把握・評価を実施し、専門的能力向上や資格取得支援体制等を適切に整備している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、院内掲示やホームページで周知している。説明と同意に関する方針を定めている。患者への情報提供と医療参加への促進は、デジタルサイネージでの情報提供や各種パンフレットを活用して患者が理解できるように工夫している。患者相談窓口は院内掲示や入院案内等で周知し、相談内容に応じて関連部署と連携して対応している。個人情報保護規程や患者情報の持ち出し規程を整備している。日常的に遭遇する患者、家族の倫理的課題については、看護師が中心となり各部署でのカンファレンスで取り上げ検討しており、現場で解決できない事例は倫理委員会で検討する仕組みがある。

患者・面会者の利便性・快適性、高齢者や障害者への施設的配慮は適切であり、患者にとって快適な療養環境を整備している。病院敷地内禁煙を徹底しており受動喫煙防止は適切である。

4. 医療の質

医療の質の向上を目的に品質管理室を設置し、毎月 1 回の内部監査運営会議で改善活動の企画・運営を行っている。DPC データに基づく臨床指標をホームページに公表しており、自院の特徴や課題・改善点を解説している。患者・家族からの意見や要望は、院内の意見箱、患者満足度調査により把握し質改善につなげている。新たな診療・技術導入、薬剤の適用外使用、臨床研究の妥当性について、外部委員が参加する倫理委員会で検討する仕組みがある。

病棟、外来の責任体制は明確であり、病棟ナースステーション入口に医師・師長・担当薬剤師・退院支援看護師の氏名を掲示している。診療録の質的点検の仕組みがあり、全科の医師の診療録を網羅している。臨床研修指定病院であるので、退院後 2 週間以内 のサマリー作成率 100%を期待したい。組織横断的チーム医療として、救急蘇生チーム、呼吸ケアチーム（RST）、緩和ケアチーム、国際診療支援チーム、褥瘡対策チーム等が積極的に活動している。

5. 医療安全

病院長直属の医療安全管理室に専従の医療安全管理者および専任の医薬品安全管理責任者・医療機器安全管理責任者等を配置し、医療安全管理指針に則って医療安全を確保する体制を整備している。インシデント・アクシデント事例はインシデント管理システムに入力され、アクシデント事例では口頭での報告と別途報告書の提出により、医療安全管理室で掌握している。発生状況や改善策については、メディカルリスクマネジメント部会等の会議や院内 LAN を通じて院内に周知し、事故防止に向けて継続的に取り組んでいる。医療事故発生時の対応手順や原因究明および再発防止に向けた取り組みは明確であり適切である。

患者の確認は本人に名乗ってもらうことを基本とし、リストバンドや予約票を用いて目視やバーコードでも照合している。検査・治療部位の誤認防止対策として左右マーキングやタイムアウトを実践している。医師の指示出し、指示受け、実施の確認や指示変更・中止は電子カルテ上で適切に運用している。薬剤の安全な使用に向けた対策は、ハイリスク薬を定義し、ハイリスク薬一覧を作成し安全な使用・管理を行っている。全入院患者に転倒・転落リスク評価を行い、危険度に応じた予防対策を講じている。転倒・転落によるアクシデント発生時には、部署内で検証して再発防止に努めている。院内緊急コードを設定し、患者の急変対応を行っている。また、RRS を導入して活動を開始している。

6. 医療関連感染制御

委員会を設置し、収集した感染情報をもとに審議して感染対策を協議している。週 1 回 ICT ラウンドを行い、その結果を職員にフィードバックしている。院内感染対策マニュアルを定期的に改定している。アウトブレイクの基準を定めて、アウトブレイク時には臨時の感染対策委員会を開催し対応している。微生物サーベランスでは、耐性菌の検出を適切に行い、ICT と AST が協働して抗菌薬の適正使用へ向けた活動を行っている。JANIS や J-SIPHE に参加し、院外の感染情報の把握や比較検討も行っている。部門別サーベランスは、CLABSI、CRI、CAUTI、VAP の把握・分析を行い、SSI は下部消化管手術について把握・分析を行い、今年度から整形外科手術についても開始する予定である。

感染対策マニュアルに標準予防策、感染経路別予防策等を整備しており、遵守状況は ICT やリンクナースが巡視して確認している。抗菌薬の採用・中止は薬事委員会で決定している。抗菌薬使用に関するガイドラインを整備し、活用している。年 1 回アンチバイオグラムを作成し院内の感受性の状況の把握を行い、医師にフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

広報誌やホームページ、SNS を通じて、必要な情報を地域、患者、連携病院等にわかりやすく情報発信している。広報誌を発行し、近隣駅の改札口や院内各所に設置し、ホームページにも掲載している。患者支援センターに地域連携機能を有し、専従 1 名を配置して連携医療施設の訪問行など積極的な活動を行っている。地域

の医療機関 50 施設とネットワークで接続し、ICT 連携で病院の診療情報の共有を行っている。医療に関する教育・啓発活動は、患者や地域住民に対して市民公開講座や各種疾患の教室などを開催し、地域住民の健康保持増進活動に寄与している。また、地域の各病院の救急医療チームが技術を競う千里メディカルラリーを主催して、医療従事者の技能向上と情報交換の場を作る等の積極的な活動を行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者の円滑な受診に配慮している。外来診療に関する業務はプライバシー保護を含め適切であり、確実・安全な診断的検査については、同意書を用いて必要性和リスクを説明している。入院は医学的基準に基づき医師が判断、決定し、患者へ十分な説明と入院することへの同意を得た上で、入院調整を行っている。医療相談や円滑に入院できる体制を整備している。

医師は毎日回診を行い、病棟カンファレンス等で情報を共有している。看護師は入院時の患者情報や各種スクリーニングから患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握して、患者のケア計画を策定し、多職種と共有しながらケアを実践している。薬剤師が持参薬管理、服薬指導、服薬管理指導を行い、薬剤の必要性やリスクについて説明している。輸血の適用はガイドラインに準拠し、必要性を検討したうえで患者に説明している。輸血後感染症検査については対象患者リストをもとに医師が判断する仕組みがある。周術期の対応は、安全な手術に向けて多職種参加の術前カンファレンスを行っており、術前訪問、説明と同意、術中管理、術後搬送まで適切に実施している。重症者の管理については、重症度に応じて ICU と救急専用病床を選択し、救急医を中心として多職種の専門性を活かしたチーム医療を実践している。褥瘡の予防・治療については、褥瘡対策マニュアルに則って予防・治療計画を策定し、実践している。栄養管理、症状緩和は適切であり、リハビリテーションは中止基準を定めて、安全に実施している。退院支援や退院後の継続したケアについては、入院前より患者支援センターが介入して患者の状況に応じた退院支援を行い、退院後は多職種による継続した診療・ケアを行っている。ターミナルケアについては、厚生労働省等のガイドラインを基に、終末期や延命処置等に関する病院の考え方やマニュアルを整備し、対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については、院内医薬品集を定期的に更新し、注射薬は 1 施用毎に取り揃えて払い出しを行い、抗がん剤は薬剤部で全て調製している。臨床検査機能については、必要な臨床検査を院内で迅速に実施しており、パニック値の医師への連絡も適切である。画像診断機能については、放射線科で日当直体制をとり、休日・夜間の CT・MRI、緊急カテーテル検査に対応している。栄養管理機能については適時・適温かつ衛生面に配慮した食事提供を行い、年 2 回患者アンケートを実施して患者の意見を取り入れた献立に努めている。リハビリテーション機能は、入院早期からリハビリテーションを開始し多職種カンファレンスで方針を決定している。診療情報管理機能については診断名のコーディングやがん登録を行っている。

医療機器管理機能では、臨床工学技士が 24 時間体制で救命救急センターや手術室においても緊急手術等に備えたバックアップ体制をとっている。洗浄・滅菌機能では、滅菌の質保証を適切に実施している。

病理診断はダブルチェック体制を整備し、診断結果を迅速に報告している。輸血・血液管理を手順に沿って適切に実施している。手術・麻酔機能については麻酔標榜医が全身麻酔を管理し、緊急手術にも柔軟に対応できる体制を整備している。集中治療機能については、ICU に救急救命センターの専任医師が 24 時間常駐し、集中ケア認定看護師、救急看護認定看護師、専門看護師および多職種が連携して高度集中医療を提供している。救急医療機能については、救急搬送応需率が高く、ドクターカー出動によるプレホスピタルケア、災害救護・国際医療救援活動を含めて秀でている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、財務諸表を適切に作成し監査法人による会計監査や法人本部による内部監査を受けている。予算編成は事業計画に基づき、各部署の意見をもとに策定し、経営企画会議、四役会議を経て確定している。予算の執行状況を把握し毎月検討、分析している。医事業務は、受付から窓口収納までの一連の業務を適切に実施している。返戻・査定、再審査請求、未収金についても対応手順を定めて適切に対応している。業務委託は委託業者の選定を適切に行い、業務の実施状況を適切に把握している。

施設・設備は年間計画に基づく保守管理、日常点検、トラブルへの対応を行い、医療ガス管理、感染性廃棄物等の管理を適切に行っている。購入物品の選定は機器整備委員会や診療材料使用検討委員会等で検討している。発注と検収者を明確に区別し内部牽制機能が働いている。

地域災害拠点病院として DMAT を編成して災害支援を行っている。各種災害の対応マニュアルや BCP（事業継続計画）の策定、情報セキュリティ対策のフローチャートやシステムダウン対策のマニュアルを整備して、院内に周知している。研修を受講し、院内では震度 6 強を想定した実動訓練を実施している。保健所や行政、地域の医療機関と災害時の協定を締結している。保安業務は業務委託の警備職員を配置し、夜間・休日の出入口の管理、来訪者への対応、定期的な院内巡視および施錠管理などの保安業務を行っている。

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	B
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
1.3.3	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	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	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	A
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	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	B
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	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	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	A

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
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	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	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	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	
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	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	専門職種に応じた初期研修を行っている	A
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	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	B

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

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2023 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： 社会福祉法人恩賜財団済生会支部 大阪府済生会千里病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 大阪府吹田市津雲台1-1-6

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	333	218	-10	68.7	9.6
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	333	218	-10		

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	24	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	-2
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)	0	-3
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		
地域包括ケア病床		
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

地域医療支援病院, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, DPC対象病院 (DPC標準病院群)

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： 9 人 2年目： 6 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 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	480.34	483.79	462.96	99.29	104.50
1日あたり外来初診患者数	93.68	89.29	83.19	104.92	107.33
新患率	19.50	18.46	17.97		
1日あたり入院患者数	222.79	224.41	248.34	99.28	90.36
1日あたり新入院患者数	20.98	21.35	23.40	98.27	91.24