

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 9 月 15 日～9 月 16 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、医療法人東和会が開設する地域医療支援病院であり、救急医療、内視鏡外科等を中心に地域の急性期医療を担っている。応需率 98%の救急医療、年間数千件の地域からの CT、MRI 撮影依頼に応え翌日には読影結果を報告する活動（オープン検査）など、貴院の使命にふさわしい実績である。

この度の訪問審査では、院内の各部署では、どうすれば病院がもっと良くなるかとの意欲や工夫が認められた。消化器内科・外科・放射線科医による合同カンファレンス、365 日継続に努めるリハビリテーション、医療材料や器材等を一手術ごとに取り揃える物品管理などは、その好例である。病院運営では、毎月全体朝礼を開催するなど、病院幹部はリーダーシップを発揮しており、職員の福利厚生の実、就労意欲増進のための取り組みも見られた。今回、いくつかの課題を指摘したが、貴院の組織風土をもってすれば、遠からず課題は解決できるものと確信し、今後のますますの奮闘を期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針・中期ビジョンが明示されており、毎月の全体朝礼にて、理事長、病院長から直接職員に伝達されている。病院幹部間で課題が共有されており、リーダーシップが発揮されている。毎年度アクションプランが策定されており、部署ごとに目標管理がなされている。電子カルテが導入され、データの真正性、保存性、見読性も確保されている。

職員満足度調査が定期的実施され、委員会等で検討・改善し、職員にフィードバックされている。宿舎、保育所、職員食堂等が整備され、広い休憩室が複数設置

されている。福利厚生のアウトソーシングにより、各種サービスが利用できる他、職員同士が褒めあうシステムが構築されており、魅力ある職場作りに対する取り組みは秀でている。人事評価制度が導入されており、能力に応じた人材育成を図っている。各部門において、ラダーやスキルアッププログラムを作成し、キャリア形成支援に取り組んでいる。全職員を対象とした教育・研修については、医療安全、感染対策、個人情報保護、倫理、ハラスメント研修等が開催されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利および子供の権利を明文化し、改定も適宜行っている。患者への説明書・同意書の書式や運用を一元的に管理する仕組みを整備されたい。診療計画書、各種説明書などを活用し、患者との診療情報の共有を図っている。看護師や医療ソーシャルワーカーを中心に、患者・家族の多様な相談に応じている。個人情報保護に関する規程を整備し、研修や院内ラウンドによって、個人情報の保護に努めている。臨床における倫理的課題に関する方針を定め、臨床現場では「もやっとメモ」を用いて、多職種での倫理カンファレンスを実施している。

患者用駐車場の整備、コンビニエンスストアの設置など、入院患者・面会者の利便性・快適性への配慮がなされている。院内の床は平坦で、壁には手摺りが設置され、玄関ホールでは看護師や事務職員が案内を行うなど、高齢者・障害者への配慮もなされている。診療・ケアに必要なスペースを確保し、廊下には絵画を展示するなど、療養環境の整備に努めている。敷地内禁煙の徹底、禁煙外来の開設など、受動喫煙の防止および禁煙の推進に取り組んでいる。

4. 医療の質

患者・家族の意見・苦情を意見箱や「相談・苦情対応記録」によって集約し、対応している。EVE 分析を行うとともに大学の QIP 事業への参加によって、診療分析・ベンチマークを実施し、医療の質の向上を図っている。東和会グループの業務改善大会への参加、院内での QC 活動や「おみごとプロジェクト」などにより、継続的な業務改善に取り組んでいる。倫理委員会での承認、診療科部長による判定等を経て、先進的医療や新しい技術の導入を積極的にすすめている。

病棟の掲示板に診療・看護の責任者名、病棟担当薬剤師名等を掲示し、主治医不在時の代行体制も整えるなど、診療・ケアの責任体制は明確である。医師、看護師の診療記録は、診療記録記載マニュアルおよび看護記録基準に基づいて電子カルテに記載されている。内容の点検も組織的・計画的に実施され、記載者にフィードバックされている。診療科ごとのカンファレンスや NST などの専門チームには、多くの職種が参加し、協働した診療・ケアを実践している。

5. 医療安全

院長直属の医療安全管理室を設置し、専従の医療安全管理者を配置している。アクシデント・インシデントレポートは日々収集され、重要案件については、早急に調査、分析し対策を講じている。インシデント報告の中から、特に危険を未然に防

げた事例について「グッドジョブ」として院内に発信している。

患者確認は、本人に名乗ってもらうことを原則とし、入院患者にはリストバンドを装着してバーコード認証を行っている。手術部位の左右誤認防止に向けて、該当部位にリストバンドを装着し、タイムアウトでも確認している。電子カルテを活用し、口頭指示は原則禁止として、情報伝達エラーの防止を図っている。抗がん剤のレジメン管理、処方鑑査、麻薬保管庫の鍵管理など、薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している。転倒・転落のリスク評価を全入院患者に実施し、リスクに応じた対策を講じている。臨床工学技士により、作動中の医療機器の点検、使用後の保守点検等が行われている。新人研修や小規模学習会での職員教育にも努めている。患者急変に備えて緊急コールを設定し、救急カートの配置、BLS 研修にも取り組んでいる。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会を毎月開催して感染対策を審議し、ICT ニュース等で院内に周知している。感染対策室に ICN の専従看護師 1 名、その他多くの専任職員を配置し、広域抗菌薬の使用状況や血液培養陽性例等を把握し、ICT および AST ラウンド、カンファレンスを通じて日々の感染対策を実践している。ICT による環境ラウンドや、血液培養陽性の検出情報等を駆使し、院内の感染情報を的確に把握している。JANIS 検査部門・SSI 部門にも参加し、CRBSI や VAP・UTI のサーベイランスを積極的に実施している。

手指消毒をはじめ標準予防策を適切に実践している。手指消毒液の残量測定を院内にフィードバックすることにより、効果が表れている。個人防護用具を必要な場所に配置し、感染性廃棄物も適正に分別・投棄している。指定した広域抗菌薬・抗 MRSA 薬を届け出制とし、使用状況を把握している。AST が活動し、血液培養陽性患者や指定した抗菌薬使用患者を中心に、週 1 回の抗菌薬適正使用ラウンドを実施している。抗菌薬のデエスカレーション、熱源精査、診断への助言など、抗菌薬適正使用の指導も行っている。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容、医療サービス等の情報は、ホームページ、病院広報誌等によって発信されている。診療実績も、ホームページ等で公開され、地域のお祭りなどに参加し市民との交流を図るなど、地域への情報発信は適切に行われている。積極的な紹介・逆紹介に取り組んでいる。紹介元への医師の返書は患者来院の当日に作成し、連携医療機関向けに月刊情報誌の発行、計画的な訪問活動も行っている。「地域連携の会」によって医療・介護関係者との交流を深め、アンケートによる意見集約も行っている。院外からの検査依頼に積極的に対応し、年間 2,200 件以上の MR、1,400 件以上の CT の実績が見られ、医療関連施設等との連携は、秀でている。

地域住民を対象に「市民公開講座」を継続的に開催するとともに、地域からの要望に応じて、医師、看護師など多くの職種を講師として派遣している。地域の医療従事者を対象に「地域医療従事者研修会」を定期開催し、医師および専門職による

最新の医療技術の紹介や研修を実施など、医療に関する教育・啓発活動は適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者は円滑に受診でき、担当医が上級医や他科医に相談しやすい環境も整っている。侵襲性のある検査は患者への説明と同意のもと実施し、実施中の急変にも備えている。入院は医学的根拠に基づいて判断し、入院診療計画書は医師をはじめ多くの職種が関与して作成している。患者・家族からの多様な相談に応じ、入院決定時に入院生活に必要な事項を説明している。確実・安全な投薬・注射の実施に努めているが、抗菌薬使用時のより十分な観察と記録を望みたい。輸血は、患者への説明と同意を経て実施し、投与中・投与後の患者の観察も行っている。麻酔科医は術前訪問を実施し、基準に基づいて抜管・退室を行うなど、周術期の対応を適切に行い、重症患者はHCU等を活用して管理している。

褥瘡対策チームも関与して褥瘡の予防・治療を行い、食事指導や嚥下訓練も含む栄養管理を実施している。症状などの緩和は、疼痛以外の症状も含めて対処している。リハビリテーションの確実・安全な実施に努めているが、総合実施計画書等のリスク評価欄の記載を充実されたい。身体抑制の早期解除の努力もなされている。入院早期から退院支援を開始し、院外のケアマネージャー等とも連携して継続的な療養を支援している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では、入院患者のすべての注射薬を一施用ごとに取り揃えている。臨床検査部門は、精度管理も適正に実施している。画像診断部門は、読影結果を翌日には報告し、技師の読影診断補助も機能しており、高く評価できる。栄養部門は、衛生面に配慮して食事を提供し、個別対応も心がけている。リハビリテーション部門は、365日の継続実施に努めており、高く評価できる。診療情報管理部門は、がん登録にも積極的に取り組んでいる。医療機器管理部門は、医療機器を中央管理し24時間貸し出し可能な体制をとっている。洗浄・滅菌部門は、一次洗浄も含めて業務を中央化している。

病理診断部門は、外部機関とも連携し確実・迅速に診断結果を報告している。輸血管理部門は輸血製剤管理システムを用いて確実・安全に業務を行っており、おおむね適切である。手術部門は、サインイン、タイムアウト等を確実に実施し、年間4,800件以上の手術を行っている。集中治療部門では、多様な職種や専門チームが積極的に関与している。救急医療部門は、応需率98%で、ホットラインを開設して救急隊の問い合わせに医師が応答しており、適切に機能を発揮している。

10. 組織・施設の管理

経営実績は毎月把握され、病院管理会議での検討に付されるとともに、各部門・部署代表者にも報告されている。医事業務は、マニュアルに沿って確実に行われ、夜間・休日には当直者が受付・会計業務にあたっている。委託業務の状況は客観的

に評価され、医療安全や感染制御の院内研修に委託業務従事者も参加している。

施設・設備の稼働状況は、防災管理室において24時間監視され、日常点検や保守管理も計画的に実施されている。物品管理は、「必要な物を、必要な時に、必要な量を」をモットーに、各部署への定数配置、バーコードシールによる使用分の払い出しが、アンプル単位等の最小量で行われており、高く評価できる。

防災・大規模災害マニュアル等を整備し、定期的に訓練を実施している。部署ごとの訓練も実施し、部署での初動対応も手順化している。警備員および事務当直者が連携して保安業務を適切に実施している。医療事故発生時には、速やかに医療安全管理室に報告され、原因究明と再発防止対策が講じられるシステムが整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

看護部では研修指導者を配置し、卒後1年間の新人教育をプログラムに沿って実施している。同研修では、採血、ルート確保等のシミュレーターを活用するとともに、メンターを配置しており、評価できる。薬剤部では「新入職員研修マニュアル」を作成し、当直勤務に就けることを目標に、研修を実施している。栄養課など他の部門でも独自のプログラムで初期研修を実施しており、専門職種に応じた初期研修は適切に行われている。

医学部、薬学部、看護学校、PT・OT・ST養成課程等の学生実習を積極的に受け入れている。いずれも派遣元との協定のもと、カリキュラムに沿った実習を実施している。看護部では看護協会の講習を修了した指導者を配置し、派遣元からのフィードバックも受けている。実習開始時には、患者・家族との関わり方、医療安全、感染制御、接遇などの教育を各部門で実施している。その内容は、病院として定めた指針に添っており、適切である。

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	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	S
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	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	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	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	B
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	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	安全確保のための身体抑制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	S
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	S
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	B
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	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	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	S
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	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	S
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2019 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：医療法人東和会 第一東和会病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：大阪府高槻市宮野町2-17

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	243	243	+0	86.5	9.45
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	243	243	+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	
集中治療管理室 (ICU)		
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	
ハイケアユニット (HCU)	8	+0
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	20	+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

地域医療支援病院, DPC対象病院(Ⅲ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： 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

2-2 年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数		675.12	669.90	690.88	100.78	96.96
1日あたり外来初診患者数		45.39	45.22	44.71	100.38	101.14
新患率		6.72	6.75	6.47		
1日あたり入院患者数		210.18	224.32	215.11	93.70	104.28
1日あたり新入院患者数		22.22	21.05	19.59	105.56	107.45