

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 8 日～7 月 9 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 1950 年に開院後、公立病院として診療科の拡大や施設整備を重ねながら、地域の求める医療に向き合ってきた。なお、急性期医療、救急医療の充実を図り、市民の生命と健康を守る立場から、小児救急を含む小児医療、周産期医療、救急医療、災害医療の分野にも貢献している。地域医療連携を促進させ、高度医療の技術と整備を図りながら、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院としての機能を果たしている。全国に先駆けて 2004 年に導入した PFI 事業は、医療サービスの向上、より一層のコスト削減を実践し、高度で良質な医療の提供と経営支援機能を発揮している。

病院機能評価の受審は 4 回目であり、今回の審査では前回の指摘事項の改善がみられ、さらなる医療の質向上に取り組んできた状況を随所に見ることができた。一部に課題も見受けられることから、今後も継続的な改善活動に取り組み、さらなる質の向上へ繋がることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針を明文化し、周知している。院長による部門責任者のヒアリングなども行われ、病院管理者・幹部はリーダーシップを発揮している。部門・部署ごとの年度目標の策定と進捗管理など、組織運営は効果的・計画的に行われている。電子カルテを中心に、放射線、薬剤、職員掲示板などの多様な情報システムが活用されている。文書取扱規程に沿い、文書の一元的管理は適切に行われている。

人事・労務管理について、人材確保はおおむね適切に取り組まれているが、今後はリハビリテーション業務の拡大に応える技師の増員に向け、取り組まれない。就業規則、給与規程などが適正に整備されている。臨床心理士との面接等の精神的サポートも実施されている。職員の安全衛生管理は積極的に行われており、抗がん剤の調製・混合作業やホルマリン取り扱い時の作業環境などの課題についても、改善の取り組みが開始された。今後も継続した取り組みが望まれる。所属長による面接、院長によるヒアリング、労使協議等によって職員の意見・要望が把握されている。全職員を対象とする研修を計画的に実施し、院外での研修や研究発表も多くの職種で活発に行われている。職員の能力評価・能力開発はおおむね適切に行われているが、実施状況を病院として把握すること等が望まれる。

3. 患者中心の医療

患者の権利については、院内掲示や入院案内等を活用し、患者・家族への周知が図られている。診療録の開示規程が定められ、診療情報開示判定委員会に諮ったうえで、開示されている。説明と同意の方針は明確であり、基準・手順書に沿って、おおむね適切に行われている。セカンドオピニオンについては、運用手順が整備され、実績もある。患者からの情報収集は的確に行われ、説明時のツールとしてパンフレットや説明文書が活用されている。地域医療連携室に患者サポート窓口、がん相談支援センターを設けて、MSW や看護師等が各種の相談を受けており、患者支援体制は適切である。

個人情報保護条例のもと、利用目的を定めて院内掲示等で周知し、情報の安全性も確保している。療養環境は、利便性・清潔性・安全性に配慮されている。主要な倫理的課題に対する方針は整備され、必要な場合には倫理問題検討委員会などで継続的に取り組まれている。日常的な倫理的課題はカンファレンスで検討され、現場で解決できない課題は、委員会や倫理コンサルテーションチーム等にて組織的に検討しており、適切である。

4. 医療の質

意見箱を設置し、患者・家族の意見を聞き、質改善につなげている。診療の質の向上を目的にクリニカルパスが作成されており、適用率も高く、積極的に活用している。胃癌の手術では、手術内容の説明に加えて、術後のフォローアップについても詳しい説明文書を作成している。TQM や数多くの組織横断的診療サポートチームの活動を介して、病院全体で組織的に質の改善活動に取り組んでいる。

新たな診療・治療方法や技術の導入に関しては、内容に応じて、倫理問題検討委員会、臨床研究審査委員会に諮って病院として承認する手順が定められている。また、適応外使用の薬剤についても同様に、薬事委員会の承認を得て導入している。

病棟、外来等の管理・責任体制は明確にされており、主治医不在時の対応体制も確立している。多職種で構成する栄養サポート・緩和ケア・感染対策チームなどが定期的なラウンドやカンファレンスを実施し、必要に応じて指導や介入を適切に行っている。診療記録の質的点検において、今後さらなる記録の充実を期待したい。

5. 医療安全

医療安全管理室は院長直属で診療局次長を医療安全管理責任者とし、専従の看護師を医療安全管理者として配置している。院内のインシデント・アクシデントにおける再発防止策は医療安全管理委員会や医療安全推進部会で周知し、対策実施後の評価も適切に行われている。患者誤認防止のための確認は、患者本人に名乗ってもらい、職員が復唱することを基本としている。入院時に転倒・転落スクリーニングを用いてアセスメントし、看護計画を立案しており、危険度に応じて対策が行われている。患者教育も行われており、転倒・転落が発生した場合も、適切に対応している。一方で、病状変化時や内服変更時などに再評価を行う手順を作成するなど、評価の仕組みを検討されると、なお良い。

医療機器については、臨床工学技士が休日以外は毎日、病棟ラウンドを実施し、医療機器の設定状況の確認が行われている。また、院内の緊急コードが設置されており、職員全体に周知されている。救急カートは迅速な運用ができるよう整備されているが、点検済みの表示等の工夫をすると、さらに良い。BLS 研修や AED 講習は職種によって受講に偏りがあるので見直されたい。麻薬、向精神薬、劇薬、毒薬は厳重に施錠できる場所で保管しており、手術室における麻薬管理も適切に行われており、おおむね適切である。

6. 医療関連感染制御

感染制御チーム (ICT) は院長直轄で専従の感染管理認定看護師、感染制御医師、抗菌化学療法認定薬剤師、専任の臨床検査技師を核として構成している。抗菌薬適正使用支援チーム (AST) も構成され、地域連携の合同カンファレンスや協議会も主導的に実施しており、感染制御に向けた体制は適切である。

院内感染情報は ICT、AST により継続的に収集しており、対応は迅速に行われている。収集データの分析、院外の感染情報の提供、アウトブレイク対応も適切である。ICT および専従 ICN の定期的なラウンドにおいて、院内発生感染症の把握や感染対策の徹底状況を積極的に確認している。さらに行政とともに感染症の勉強会を行うなど、感染制御に向けた取り組みは優れている。

抗菌薬の採用・中止に関しては、感染対策室、薬事委員会で決定し、抗菌薬適正使用マニュアルも作成しており、遵守している。血液培養陽性患者には AST の速やかな介入が行われており適切である。術直前の予防的抗菌薬投与率がやや低く、クリニカルパスの見直しと AST の関与を期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

地域住民・医療機関向けに自院の診療機能等を掲載した情報誌を発行している。新年度には医師紹介や診療実績をまとめた冊子を地域医療機関へ配布している。さらに診療実績を含めた病院の動態を網羅した年報を作成し、ホームページでも公開するなど、地域への情報発信は適切である。フェイス to フェイスを掲げ、地域医療連携担当者は医療機関への訪問を行っている。専用デスクで電話での紹介患者の受け入れを行うとともに、翌日以降の受診予約にも対応しており、評価できる。救

急隊とは定期的にカンファレンスを行い、循環器内科においては専用の救急ホットラインを設けている。

「心臓の病気」「がんの知識」「手足のむくみ」などをテーマに年6回市民公開講座を開催し、医師・看護師・MSWによる出前講座は年20回程度行っている。大阪府教育委員会と共同で、医師が中学生に向けた「がん教育」の講義を実施している。認定看護師は地域の訪問看護師に同行し、専門的ケアの指導にあたり、感染管理認定看護師は依頼を受けて施設や事業所に出向き指導を行うなど、地域に向けた教育・啓発活動は適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院に際しては、入退院支援センターが窓口となり、医師が医学的判断のもと、円滑な受け入れを行っている。服薬の確認、患者の状態や反応の観察も適切に実施している。また、投薬・注射についても確実・安全に実施している。周術期の深部静脈血栓・肺塞栓の予防には、周術期血栓対策部会が組織されるなど、積極的な取り組みがある。褥瘡対策においては、医師も含めた褥瘡対策チームが毎週ラウンドを行い、褥瘡治療も遅滞なく対応し優れている。症状緩和については、マニュアルの整備、緩和ケアチームの組織横断的な活動、がん性疼痛に対するケアなどが適切に行われている。リハビリテーション実施計画書は医師による指示や評価が適切に行われているが、早期リハビリテーション体制の検討に期待したい。

多職種による退院前カンファレンスの実施、退院後の調整、認定看護師による同行訪問など、継続した診療・ケアは適切である。病院全体でターミナルステージの方針の検討を行い、緩和ケアチームを含む多職種でカンファレンスを行い対応しているが、ターミナルステージの判定の基準について検討を期待したい。延命治療の希望を取る仕組み、ドナーカード保持者への対応のルール・実施手順を作成するなど、検討されたい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は適切であるが、疑義照会を集計し分析するなどより積極的な活用ができると、さらに良い。リハビリテーションは適切に行われているが、入院患者全体のリハビリテーションの必要性の評価が望まれる。臨床検査においてパニック値等は、主治医へ適切に連絡している。臨床工学技士および委託職員の業務を含め医療機器管理業務の再検討をされたい。中央材料室はPFI事業により全面委託されており、ワンウェイ化され、確実な滅菌の質保証に努めている。

病理部門では、悪性腫瘍標本はすべてディスプレイ上で複数の担当でチェックする仕組みを導入し、病理診断の精度を確保している。放射線治療には独自の系統的評価システム、データファイリングシステムを開発し、各プロセスの安全確認と治療精度が最適な状態で治療が行われている。地域がん診療連携拠点病院としての医療の質向上に放射線治療部門は大きく貢献しており、極めて優れた機能を発揮している。

輸血・血液管理部門においては輸血在庫の確実な把握があり、時間外・休日の対応体制を整備しており、おおむね適切である。集中治療部門は、毎朝、カンファレンスが開催され、入退室基準も定められており、適切である。救急医療部門は、断らない救急を目指して尽力しており、適切である。

10. 組織・施設の管理

電子カルテを用いて、診療情報の一元的な管理が行われ、停電時でもサーバーおよび電子カルテ端末は稼働できる体制が図られている。24時間体制で窓口収納業務を行い、患者・家族の利便性を図っている。業務委託において委託業者に求める基準は文書で詳細に基準化されており評価できる。委託している業務の質の評価は、事務局とSPCが協働し事業評価部会やモニタリング委員会等で定期的に行っている。

年次保守計画に基づいて保守管理が行われ、日常点検も担当者により実施されている。院内の清掃は行き届き、建物や設備は病院機能に応じた管理が適切に行われている。医療材料はSPDによる供給であり、診療材料検討委員会で申請に基づき採用可否の検討を行い、一増一減を図っている。ディスプレイ製品の再利用はなく、物品管理は適切に行われている。

自院でのトリアージ訓練は毎年行っており、消防・行政等と共同の総合防災訓練にも定期で参加し災害対応体制は適切である。夜間の訪問者は必ず警備員の常駐する窓口で受け付けを行うなど、保安体制は適切である。医療安全マニュアルに事故発生時の対応を定め、弁護士との相談体制も整備され、医療事故等への対応は適切に行われている。

11. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修の計画と方針は明確であり、計画に沿って適切に行われている。研修医が行うことができる医療行為は明確化されている。研修医への評価は指導医と看護師等で行い、患者からの評価も導入予定である。指導医への評価も研修医、看護師で行っており、適切である。看護師初期研修においても計画や指導、評価体制は整備・実施されている。医師、看護師以外の職種において研修スケジュールに沿った初期研修が行われている。

医師、看護師、薬剤師、栄養士、臨床検査技師など多数の学生実習を受け入れている。実習カリキュラムや評価は、学校の基準に従い行っている。医療安全、感染防止、個人情報保護についての教育は、受け入れ部署でオリエンテーション時に行っている。実習生の患者受け持ちについては患者・家族から同意を得ている。緊急時の連絡体制も明確であり、実習生の受け入れは適切である。感染への配慮において、看護部では実習生受け入れ時に予防接種等の確認ルールを定め実施しているが、他の職種でも確認が必要な予防接種等を検討し組織的な対応に期待したい。

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	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	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	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	B
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	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	B
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	B

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	B
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	S
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	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	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	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	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	B
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	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： 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： 八尾市立病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 大阪府八尾市龍華町1-3-1

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	380	380	+0	91.8	10
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	380	380	+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)	6	+0
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)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室	2	+0
人工透析	2	+0
小児入院医療管理料病床	33	-5
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		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	0	+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

地域医療支援病院, がん診療連携拠点病院 (地域), DPC対象病院 (Ⅲ群), 地域周産期母子医療センター

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： 6 人 2年目： 4 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-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移2