

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8月28日～8月29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、施設・設備・医療機器等の拡充を図るとともに、診療のレベルアップと質の向上に努め、現在に至っている。大阪市西部の拠点病院として、また、救急告示病院として二次救急を担っているほか、周産期・母子医療センターを開設し、地域医療支援病院や大阪府がん診療連携拠点病院、大阪府小児地域医療センターの指定を受けており、地域における使命を果たしている。

病院運営においては、病院長を中心に病院幹部のリーダーシップのもと全職員が一丸となって、医療の質向上に向けて取り組んでいる。病院機能評価を継続的に受審し、今回の審査では、これまで改善に取り組まれてきた成果を確認した。ほとんどの評価項目において適切と判断した。今後も地域住民や医療機関のさらなる期待に応えながら、病院機能の向上を図り、ますますの発展を遂げられることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

患者・家族や地域住民に理念や基本方針を示し、院内外に周知している。病院幹部・役職者の選任プロセスは明確であり、病院の意思決定会議も明文化している。理念・基本方針を基に年度計画と事業運営方針を作成し、これらに基づき各部門・部署で目標を設定している。医療情報システムは病院情報システム運用管理規程に基づいた運用体制を整備し、セキュリティ対応も行っており運用管理は適切である。文書管理規程には、收受や配布、処理、保管、保存、改訂、廃棄等の手順を定めている。

医療法や施設基準に沿った人員を確保し、病院の機能に見合った専門職種のさら

なる確保に向け、本部と協議を重ねながら取り組んでいる。人事・労務管理は必要な就業規則などを整備し、法令に基づいた安全衛生管理体制をとっている。職員やりがい調査や職員意識調査などで職員の声を集約し、魅力ある職場作りに努めている。

職員への教育・研修として医療安全、感染などのほか、必要性の高い課題の研修を開催し、理解度の確認も実施している。人事考課制度を基に上司との面談により能力評価や目標管理を行い、能力開発にも活用している。専門資格取得や研修会参加などの助成制度を設けている。基幹型および協力型臨床研修病院であり、指導医も多く在籍し充実した臨床研修体制である。医師以外の他職種においても専門職種に応じた初期研修に取り組んでいる。学生実習は、医学生、看護、薬剤など多くの学生を受け入れ、カリキュラムに沿って適切に実習が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務を明文化して周知を行い、小児患者の権利も明文化しており適切である。説明と同意に関する指針や手順書は、インフォームドコンセントガイドライン（説明と同意）に定めている。文書同意が必要な診療行為の範囲については、同席が必要な文書一覧に整備している。診療・ケアに必要な情報は、看護師が中心に患者の基本情報を収集している。アレルギー情報は、関係職種で情報共有し、電子カルテのアイコンでも確認できる仕組みになっている。患者支援体制として看護師やMSW等が速やかに患者・家族等からの各種相談に対応している。虐待等に対してもマニュアルを整備し、対応方針と手順を明確にしている。個人情報保護に関する規程を整備し、法律の改定に対する対応も必要に応じて実施している。臨床における倫理的課題についての方針は、明文化され職員に周知している。患者・家族の抱えている倫理的課題について、多職種でカンファレンスを開催し検討している。解決困難な事例に直面した際は、倫理コンサルテーションチームが各種ガイドラインや対応方針等に基づいて支援活動する仕組みがある。

敷地内に駐車場を確保し、院内には24時間営業のコンビニのほか、カフェ、自動販売機、ATM等を設置して利便性や快適性に配慮がなされている。病棟内は静寂が保たれ、採光の良い食堂やデイルームがあり、くつろげる空間が確保されている。病院は敷地内全面禁煙であり、院内掲示等により病院利用者へ周知している。患者への禁煙教育として、禁煙教室も行われている。

4. 医療の質

業務の質改善は「働き方改革・業務改善委員会」において、多職種で問題点を検討し改善に取り組み、QC活動や本部による内部監査も利用している。病院全体で取り組むべき課題は幹部管理会議で検討し全部署で取り組む体制がある。クリティカルパス推進委員会が中心となり、パスの作成、分析、見直しを行っている。QIデータや病院指標を収集し、ホームページに情報公開している。患者・家族からの意見・要望等を受け入れる体制を整備している。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、委員会で倫理面や安全面を含めて検討し、病院長が認可する仕組み

を整備している。新規技術導入後、治療後の経過を報告する体制があり、必要に応じた教育体制を構築している。

診療・ケアの責任体制は明確で、病棟では医師と看護師の責任者、担当薬剤師、退院支援担当者の氏名を掲示板に明示している。病棟責任者は患者カンファレンスや診療回診、病棟ラウンドを行って療養環境の整備状況を把握し、診療・ケアに活かしている。診療記録は「診療録記載に関する規定」に則り SOAP 形式で記載している。診療録の質的点検は多職種で実施し、医師にフィードバックしている。病棟では、医師・看護師のほか多職種で、定期的に治療方針の共有や退院に向けたカンファレンスを活発に行っている。多職種から構成された医療チームが組織横断的に活動している。

5. 医療安全

医療安全管理部の医療安全管理室に専従看護師を配置し、院長特任補佐の医療安全管理責任者のもと、医療安全業務に従事している。医療安全管理指針に基づく医療安全管理マニュアルを整備している。インシデントレポート、院内ラウンド等から得られる情報を分析検討し改善対策等を周知している。院外の医療安全に関する情報は、日本医療機能評価機構や JCHO 本部からの外部機関が発出する情報を利用し、イントラネット上で周知している。医療事故発生時の対応手順は医療安全管理マニュアルを作成し、連絡体制や対応手順を明確にしている。

患者確認の方法は、入院患者は本人によるフルネーム名乗りとリストバンドでの確認、外来患者は本人によるフルネームと生年月日での名乗りを基本としている。医師の指示入力により、各部署はオーダー画面で指示受けし実施している。重要な検査結果などを直接医師に報告する体制を構築している。薬剤アレルギーや重複投与などはシステムで管理し共有している。転倒・転落防止対策として、入院決定時にアセスメントを行い、入院後のケアに活かすとともに、入院案内を用いて転倒・転落予防のオリエンテーションを行っている。病棟で使用する輸液ポンプやシリンジポンプ等は中央管理している。院内急変コードを設定し、RRS を導入して RRS チームによる病棟ラウンドも実施している。救急カートの薬品や物品は院内で統一し、看護師・薬剤師が連携して管理している。

6. 医療関連感染制御

院内感染予防対策委員会は委員会規程や医療関連感染指に則って開催している。感染管理室を病院長直属の医療安全管理部に位置づけて、ICD、ICN に感染症専門医や薬剤師を配置している。組織横断的に感染予防や感染症の早期発見、早期介入を行っている。院内の感染発生状況は薬剤耐性菌、SSI、CRBSI、CAUTI、VAP などのサーベイランスを院内の横断的チームなどと連携して実施している。また、院内外での感染状況を注視して ICT ニュースなどを駆使して周知を図っている。所属するグループや地域の保健所を中心とした圏内医療機関との感染対策に関するネットワークで情報共有をしている。

感染対策マニュアルを整備し、感染経路別の予防策の必要な患者に対しては、病

室前にピクトグラムで明記し、病室内に必要な個人防護具を整備している。手指衛生は手指消毒剤の使用量をモニタリングしている。感染性廃棄物等の取り扱いはマニュアルに遵守している。院内の感染発生状況は、中央検査部と情報を共有して管理しており、適切な検査が実施できる体制である。抗菌薬使用は、感染対策マニュアルや抗菌剤適正使用マニュアルで規定している。特定抗菌薬使用中はASTで効果や治療期間のモニタリングを実施している。ASTカンファレンスを開催して、継続・終了・中止・変更を提案している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の情報発信については、医療機関および患者・地域住民向けの広報誌を発行して病院活動の紹介や疾患に関する情報等を提供するとともに、ホームページへの掲載を実施している。また、各診療科や各部署の取り組みや実績等を「病院年報」に掲載して院内や連携医療機関等に配付している。地域医療支援病院であり、地域の医療ニーズや行政の意向を把握するとともに、地域医療機関や福祉関連施設等との連携強化に努めている。地域連携パスや地域医療ネットワークシステムの活用により、連携登録医療機関は拡大しており、紹介率も向上している。地域住民の健康診断、生活習慣病健診、がん検診などに積極的に取り組み、疾患別に腎臓病、糖尿病、心不全などをテーマに教室を開催している。さらに、出産・育児支援についても出産前後の体調管理や日常の過ごし方などアドバイスを受けられるシステムを構築し、地域の健康増進に寄与している。そのほか、行政との共催による健康講座をはじめとして院外で行われる各種講演についても多くの職員を派遣している。地域の医療従事者に対しても積極的に研修会を行っており、地域に向けての医療に関する教育と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

受診に必要な情報は、病院ホームページや院内掲示により周知している。診察前に必要な情報を収集して共有し、患者へのサポートや説明も適切である。侵襲を伴う検査は説明書を用いて同意を得て実施している。入院は上級医や専門領域の医師にも相談し、患者の状態や要望に配慮して決定している。入院時問診で患者の情報や種々のリスクを評価し、医師が入院診療計画書を作成し看護師等が追記している。患者・家族からの医療相談には、くらしと医療の相談窓口が対応している。入院決定後に入退院センターでクリニカル・パスや冊子を用いて入院中の生活について説明している。

医師は病棟でリーダーシップを発揮し、毎日回診を行い、他の医師や看護師をはじめ、他職種との情報共有を積極的に行っている。看護師は、入院時にあらゆる側面から情報収集を行い、看護計画を立案してケアを提供している。投薬・注射は、医師が患者に必要な性を説明し、病棟薬剤師が薬剤情報や副作用について説明している。輸血・血液製剤投与や周術期は、医師が必要性及び適応を判断し、患者に説明して同意を得たうえで実施している。重症患者は集中治療医が管理するICUで、脳卒中患者はSCUで管理している。全患者に褥瘡リスクアセスメントを行い、看護計画

を立案してケアを実施している。入院時に低栄養などのリスクがある患者には、栄養サポートチームが介入している。患者の苦痛や不快な症状は質問票で把握し、マニュアルに基づいて対応している。

リハビリテーションは専門医が診察を行い、適応や開始基準に基づいて処方し実施している。身体拘束等適正化のための指針を定め、身体拘束ゼロ化ワーキングを始動している。患者・家族への退院支援は、マニュアルを整備し、退院困難スクリーニングにより多職種で対応している。退院後も継続療養が必要な場合は、入院中より地域の関係者で退院調整カンファレンスを行い、連携して支援している。ターミナルステージの患者には患者・家族の意向を尊重しながら診療・ケアを実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、ハイリスク薬管理や抗がん剤調製、持参薬鑑別、副作用対応に専門性を発揮している。臨床検査機能では、ISO15189 認証を取得して徹底的な品質管理を行っており、パニック値は必ず医師に報告する体制を整備している。細菌検査は休日も対応し、血液培養陽性例はG染色を行い、遺伝子検査を施行した上で担当医やICDへ報告するなど、感染に対する意識が高く、全般的に優れている。画像診断は、放射線診断科医師が撮影前にオーダーをチェックし、要望に適った画像情報を提供できるかを検討のうえ、必要に応じて撮影プロトコルを追加・修正している。読影結果への報告書管理対策チームによるサポート体制、院内で放射線IV技師認定を受けた技師によるタスクシェアなどの取り組みは評価できる。栄養管理はHACCPに沿った衛生管理マニュアルにより、すべての工程で衛生的な管理を行っている。リハビリテーション開始基準やプログラムの見直しも適切に実施し、他職種との連携は良好である。診療記録は電子カルテによって一元的に管理され、カルテ開示なども運用手順を定めている。臨床工学技士は手術・血液浄化部門など各部署で業務を行い、機器を一元管理している。洗浄・滅菌の質保証はインディケーターで確認している。

病理診断は組織診、細胞診、免疫組織染色、術中迅速病理診断に対応している。精度管理や病理報告書の未読管理の取り組みは高く評価できる。放射線治療は治療計画を多角的に検討し実施している。輸血責任医師が輸血業務全般を管理し、血液製剤の保管や供給は適切に行っている。手術のスケジュール管理を麻酔科診療部長と手術室看護師長が行い、術中の患者管理に努め、覚醒・抜管・退室の基準も明確に定めている。ICUは入退室基準を明確に定め、多職種によるチーム医療を実践している。救急医療は、体制を整備し二次救急病院として機能している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は、各部門とのヒアリングに基づき収支予算を策定し、毎月の経営状況を把握している。貸借対照表、損益計算書等の財務諸表を作成するとともに監査も受けている。医事業務は窓口の収納業務、レセプトの点検作業および施設基準の遵守について適切に対応している。未収金対応についてはマニュアルに沿って適切に

行っている。

業務委託については、必要性や費用対効果を検討した後、導入を決定する仕組みとしており、定期的に評価を行っている。施設・設備管理は、中央監視室で常時、監視および定期点検を行い、不具合にも適切に対応している。医薬品および診療材料の選定は、品質や価格の比較検討を行い決定する仕組みとなっている。SPDを導入し、各部門の在庫管理も適切である。

建物は免震構造で水害に対応した設備を有し、各種災害に対応するマニュアル等を整備し、訓練も適切に実施している。保安業務は、警察 OB 職員と委託の警備員により常時対応し、監視カメラ等も設置して保安体制を強化している。

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	患者の個人情報を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	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
1.3.3	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	B
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	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	B
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	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	S
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	S
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
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	
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	B
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	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	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	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： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 年 5 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人地域医療機能推進機構 大阪病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人地域医療機能推進機構

I-1-4 所在地： 大阪府大阪市福島区福島4-2-78

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	565	505	-20	66.3	9.2
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	565	505	-20		

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)	12	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		+0
ハイケアユニット (HCU)		+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	9	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+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	12	-10
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
障害者施設等入院基本料算定病床		+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 (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： 14 人 2年目： 8 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

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

年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2023	2022	2021	2023	2022
1日あたり外来患者数	1,038.59	1,062.09	1,075.33	97.79	98.77
1日あたり外来初診患者数	73.72	79.60	75.74	92.61	105.10
新患率	7.10	7.50	7.04		
1日あたり入院患者数	386.84	377.89	401.01	102.37	94.23
1日あたり新入院患者数	37.80	36.05	34.20	104.85	105.41