総括

■　機能種別

主たる機能種別「一般病院２」及び副機能種別「緩和ケア病院」・「慢性期病院」・「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 10 月 15 日～10 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
機能種別	緩和ケア病院（副）	認定
機能種別	慢性期病院（副）	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　一般病院２
　該当する項目はありません。

・機能種別　緩和ケア病院（副）
　該当する項目はありません。

・機能種別　慢性期病院（副）
　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

貴院は開設以来、長きにわたり地域医療の発展に貢献し、地域に根差した病院として地域住民の信頼を得ている。理念として「キリスト教精神に基づく全人的医療を通して、地域住民が心の絆を実感できる病院を目指す」ことを掲げ、第三者評価を通して医療の質向上に取り組んでいる。長い歴史の中で、地域のニーズに応える形で診療機能の拡充を重ね、現在は急性期病棟をはじめ、回復期リハビリテーション病棟、慢性期病棟、地域包括ケア病棟、緩和ケア病棟で構成されるケアミックス病院として診療機能を発揮している。また、関連施設として、介護老人保健施設や透析クリニック、ケアプランセンター、訪問看護・介護ステーション、福祉用具センターなどを整備し、退院後のサービスの充実を図っている。今回の更新受審にあたっては、今後も継続対応が期待される項目も一部見受けられた。今回の受審が貴

院のさらなる発展の一助となり、地域においてますます発展することを心より祈念したい。

２．理念達成に向けた組織運営

理念および理念を実践するための４項目からなる行動指針を策定しており、院内掲示や入院のご案内、病院ホームページ、広報誌等で院内外へ周知を図っている。病院の将来像として、経営指針書（3 年計画）を毎年策定しており、年度初めの経営指針発表会において職員へ周知を図っている。病院運営における重要案件や各部門の課題等は、病院責任者会議で審議する仕組みである。年次事業計画は、計画項目ごとに達成基準を設定し、達成状況は月次決算報告会で審議している。また、年次事業計画を達成するために部門・部署において目標を設定し、達成状況の評価を行うなど、PDCA サイクルが確立している。電子カルテ内の各種情報は、統計資料化して病院責任者会議等への情報提供がなされているほか、病院ホームページでの臨床指標報告などに活用している。全職種を対象に人事考課制度を導入して、「いきいきカード（チャレンジカード）」に業務目標（成績考課）や情意考課を設定し、加点項目として「学会発表」「院外講師」「プロジェクト参加」などを設けている。看護部では、看護師はキャリア開発ラダー、看護補助者は看護補助者ラダーを用いて人材を育成している。

３．患者中心の医療

患者の権利を明文化し、病院ホームページや院内掲示、病院案内、入院のご案内等を通じて院内外へ周知を図っている。診療記録の開示は、患者の求めに応じて全例開示している。説明と同意に関する基本的な考え方は指針として明文化しており、同席基準、同意撤回、診療行為の範囲、意思表示が困難な患者への対応について定めている。入院時に転倒・転落リスクのアセスメントを実施し、評価結果に基づいて患者・家族に具体的に対策を説明するなど、医療者と患者で情報の共有を図っている。1 階ホールに相談窓口を設置し、患者・家族からの各種相談に応じている。相談対応については「苦情・相談対応マニュアル」を整備し、多様な相談に応じている。個人情報保護対策マニュアルや個人情報に関する規程に基づき、個人情報の取り扱いに関する体制を整備している。サーバー室は常時施錠し、許可された者のみが入室可能となっている。倫理委員会を毎月開催し、身寄りのない終末期患者の DNAR に関する判断をはじめ、臨床現場での判断が困難な倫理的課題を検討する場として活用し、継続的に取り組んでいる。通信・情報環境の整備として、病棟には無料の Wi-Fi 環境を整備している。

４．医療の質

病院幹部や職場長が集まる月次決算報告会において、あがってきた課題のうち改善活動が必要と判断されたものは、委員会・専門部会・タスクフォースに振り分けて対応している。質改善活動を継続的に行う組織として、月次決算報告会がその一部を担っている。各診療科での症例検討やキャンサーボード、CPC、合同カンファ

レンスなどの組織横断的なカンファレンス、多職種によるカンファレンスなど、多くの症例検討を実施している。診療ガイドラインは診療科ごとに常時参照可能な状態で整備している。患者・家族からの意見・苦情・要望を収集する手段として、1階ホールに「皆さまの声」としてご意見箱を設置している。また、「患者アンケート」を毎月実施している。新たな診療・治療方法や技術の導入は倫理委員会で審議する仕組みであり、「高難度新規医療技術および未承認医薬品等の導入に関する運用規程」を整備している。医薬品の適応外使用は倫理委員会と薬事委員会で審議する仕組みである。臨床研究は臨床研究審査委員会で審査され、病院ホームページ上で公開している。多職種で構成された栄養サポートや褥瘡、排尿ケアの各チームは、毎週、院内ラウンドとカンファレンスを実施し、組織横断的な活動を実践している。

５．医療安全

院長直轄の組織として医療安全管理室を設置している。各部署には医療安全担当者をリスクマネジャーとして配置している。アクシデント・インシデント報告は、電子カルテシステムを活用して収集している。医療安全管理室は収集した情報を分析し、さらにリスクマネジャー会でインシデント報告の内容分析および具体的な対策を検討している。医療安全管理者は、改善検討事例や改善状況を現場ラウンドで確認している。医療事故発生時の対応については、医療安全管理マニュアルに基づき体制を整備している。手術室、血管造影室では、サインイン・タイムアウト・サインアウトを実施している。病棟における口頭指示は原則禁止とされ、緊急時の口頭指示については、病院として統一した基準を設けるなど、エラー防止の具体的な対策を構築している。医療機器の使用に関する教育・研修は、看護師の新採用時、新機種導入時および各部署のニーズに沿った内容や依頼に応じて臨床工学技士が研修を企画・実施している。患者急変時の院内緊急コードを設定し、急変対応ができる仕組みを整備している。救急カートは、薬剤・備品類を院内で統一している。

６．医療関連感染制御

感染対策室は院長直属の組織で、専従看護師を配置するほか、専任の医師や薬剤師を配置している。感染防止委員会は、院長や看護部長、事務長をはじめ、各部署の責任者で構成されている。JANIS などの各種サーベイに参加し、他の病院の結果と自院を比較することで客観的な評価を行い、それに基づいた新たな計画を立案し実行している。院内感染防止マニュアルを整備し、標準予防策および感染経路別予防策を実践している。感染制御チーム（ICT）は毎週環境ラウンドを行い、手指消毒剤の使用量のモニタリングや手指衛生の実践状況を評価している。各部署の必要箇所には個人防護具を配置し、適切に使用している。感染性廃棄物はその性状に応じて分別し、廃棄している。抗菌薬適正使用支援チーム（AST）は病棟回診を行い、院内全体の抗菌薬の使用状況や耐性菌の出現を常に監視している。特別な抗菌薬は届け出制であり、その必要性と患者側の要因を AST が確認する仕組みとなっている。大学病院から感染症専門医が来院し、院内の抗菌薬の使用状況をチェックし

たり、個別の症例の相談にアドバイスしたりしている。抗菌薬適正使用に対するマニュアルを整備し、アンチバイオグラムを作成している。

７．地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、行事・広報委員会と医療連携課を中心に行っている。広報誌「あかつき」を発行し、患者・家族および地域医療関連施設など、院内外に広く配布している。また、医療連携課が「医療連携ニュース」を配信し、病院情報の積極的な提供を行っている。医療連携課を中心に、連携する地域の医療機関や介護施設等への定期的な訪問を実施している。必要に応じて医師が同行し、情報交換を行うことで、顔の見える関係の構築に努めている。大阪脳卒中医療連携ネットワークや地域医療連携パス研究会に参加している。返書は電子カルテで一元管理している。紹介・逆紹介の実績を集計することにより、連携状況を可視化し、地域の医療機関との連携強化に取り組んでいる。地域を対象とした教育・啓発活動として、地域住民を対象にコメディカルが中心となって「無料健康セミナー」を開催している。また、医師を中心に実施する「市民公開講座」を開催している。そのほか、地域の緩和ケア研修会等では、認定看護師などが講師を務めている。地元である此花区の新たな価値の創出を目的とした「ウェルビーイング此花」会議にも初回から参加し、地域貢献に努めている。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

初診受付時は、緊急性の高い患者を見逃さないために手順を整備し、看護師によるトリアージを経て重症度に合わせて対応している。入院適応ならびに治療方針は医学的な判断をもとに診療科内で協議したうえで患者・家族への説明を行い、患者の状態を考慮して入院日を決定している。入院時には病棟看護師がオリエンテーションを実施し、施設の案内、療養上の注意点、入院生活に関する留意事項、医療安全への配慮と協力依頼などを説明している。病棟看護師は、転倒・転落や褥瘡のリスク、栄養状態、退院困難要因等を評価し、患者の身体的・心理的・社会的ニーズを把握したうえで、結果に応じた看護計画を立案・実践している。病棟担当薬剤師は、入院患者の持参薬管理や重複投与、相互作用、アレルギー、副作用の発現等の把握などを担っている。重症患者やリスクの高い術後患者は、HCU で対応している。HCU では多職種によるカンファレンスや主治医の回診時に、患者情報の共有を図っている。退院支援は医療連携課が担い、医師や看護師、療法士、社会福祉士、退院支援看護師などの多職種による退院支援カンファレンスを開催し、早期から患者・家族の意向に沿った退院支援を行っている。

＜副機能：回復期リハビリテーション病院＞

回復期リハビリテーション病棟への他院からの転院は医療連携課が窓口となり、多職種入院判定会議にて判定している。院内転棟の場合は、急性期病棟における各科のカンファレンスで情報を共有し、その結果を多職種入院判定会議で検討している。身体機能、高次脳機能および ADL を医師や看護師、療法士、社会福祉士など多

職種で評価している。また、リハビリテーションの目標を設定し、これに基づいた方針を立てて、リハビリテーションプログラムの作成を行っている。医師は看護師や療法士等と機能、ADL の向上に向けて、適宜リハビリテーションに関する指示を変更している。医師は原則として毎日病棟を回診して病棟スタッフと適宜情報交換し、基礎疾患に対する治療、合併症に対する治療を行っている。全入院患者に対し、口腔・栄養スクリーニングを実施し、病棟専任管理栄養士が中心となり、言語聴覚士、看護師などと多職種で情報共有しながら、栄養方法の選択や食形態・摂取方法の工夫について支援を行っている。入院当初から退院支援について検討しており、必要に応じて退院前訪問や家屋評価、退院前カンファレンスを開催し、退院後の関係者を交えて意見交換を行っている。

＜副機能：慢性期病院＞

医療連携課が入院相談窓口を担当している。「転入院療養受け入れフローチャート」を作成し、入院基準と受け入れ不可の基準を定めている。療養病棟への入院は、レスパイト入院以外は、一般病棟での病状チェック後に療養病棟へ転棟する体制となっており、判定会議において療養病棟への入院を検討している。医療連携課の看護師が療養病棟の医療相談を担当し、多職種による療養会議に参加し、情報共有と院内連携を図っている。医師は患者の全身状態、検査データ、栄養評価、褥瘡評価を総合的に判断し、代謝障害や栄養障害を診断している。必要に応じて NST が介入し、専門的支援を行っている。認知機能は HDS-R を用いて評価し、精神症状がある患者は精神科医師が診察を行っている。看護師は摂食・嚥下機能を評価し、必要に応じて言語聴覚士が再評価を行っている。管理栄養士は、ミールラウンドにより喫食状況を把握し、必要に応じて栄養食事指導を実施している。季節の飾り付けを患者とともに作成するほか、誕生日カードの作成や、患者の娯楽に応じたテレビ・ラジオ、家族との対面面会などにより療養生活の活性化を図っている。

＜副機能：緩和ケア病院＞

緩和ケア科の外来は、緩和ケア病棟へ入院を希望した紹介患者の面談と緩和ケア病棟から退院した患者の継続診療を実施している。入院判定会議は紹介患者の面談当日に開催し、多職種で入院の適否を判定している。患者状態を考慮して入院の優先順位を決定し、満床の場合には一般病棟で入院を受け、緊急の対応を行い転棟待機としている。入院当日に、患者・家族の要望を反映させた診療計画を立案し、DNAR の説明を含む入院後の療養に対する意向を確認のうえ、同意を得ている。緩和ケア科医師全員で入院患者の病棟回診を毎日朝・夕で行い、患者とのコミュニケーション、医師同士の意見交換を実践している。看護師は日常生活援助において、患者の状態に応じた入浴や患者 QOL を維持するための援助などを行っている。退院の意向調査は入院前から行い、日々のカンファレンスの中で、家族の状況、社会資源の利用の可能性などについて情報共有し、患者の病状と予後を判断しながら退院の実現性を検討している。退院後も定期的なフォローアップを行い、急な病態変化には救急外来で対応し、必要時には直接緩和ケア病棟へ入院できる体制を整備して

いる。

９．良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤に応じた温湿度管理を適切に実施している。抗がん剤や高カロリー輸液等の調製・混合を薬剤科で安全かつ確実に実施している。臨床検査機能は、生化学検査や免疫検査、血液検査、輸血検査、一般検査、細菌検査、病理検査、生理検査に対応している。また、日本臨床検査技師会の外部精度管理に参加するなど、検査の信頼性確保に努めている。画像診断機能は、患者確認や検査内容の疑義確認、造影剤投与などについて、医療安全管理マニュアルに沿って安全に実施している。栄養管理機能は、臨床栄養科の職員を対象とした衛生教育を毎月実施し、食中毒予防等に努めている。リハビリテーション機能は、手術後早期から多様な病態に対応したリハビリテーションを提供し、外来リハビリテーションも積極的に実施している。診療情報管理機能は、診療記録の量的点検を全退院患者対象にチェック表に沿って実施しており、点検の実施記録および不備内容について患者ごとに記録を残している。医療機器管理機能は、機種ごとに型式や購入年月日、使用期限などを把握し、医療機器管理ソフトで管理しており、定期保守点検計画に沿って点検を実施している。洗浄・滅菌機能は、使用部署での一次洗浄はせず、洗浄、組立、滅菌、保管の行程はワンウェイで実施し、清潔、不潔の動線が交差しない運用としている。病理診断機能は、大学病院と連携し、週３日、非常勤の病理診断医が常駐している。不在時にはテレパソロジーを活用し、迅速な対応を可能としている。輸血・血液管理機能は、輸血部門システムを導入し、血液製剤を一元管理している。手術・麻酔機能は、サインイン・タイムアウト・サインアウトを実施し、観察項目を定めて術中の患者安全に努めている。集中治療機能は、HCU を整備し、主治医に加え、循環器内科部長が診療支援に関与している。救急医療機能は、患者受け入れ時は、専用シートに沿って看護師が患者の状態を把握し、トリアージを実施している。受け入れ困難事例は、救急運営会議で検討している。

１０．組織・施設の管理

会計処理は、社会福祉法人会計基準に加え、病院会計準則に基づき行っている。予算編成は、法人本部の総務課、経理課および事務長が中心となり作成している。予算の執行状況については、月次決算報告会において実績および分析結果を報告している。返戻・査定に対しては、医事課内で情報を共有し、対応策を検討したうえで、医局会議へフィードバックしている。業務委託に関しては、事務長および法人本部の総務課が中心となり管理している。業務の質については、委託業者と面談を行い、確認している。物品購入は法人本部の用度課が管理しており、購入金額に応じて購入委員会でその必要性や経済的効果の妥当性を検討している。物品については、医療材料管理システムにより在庫管理を行っている。棚卸は年２回実施し、期限切迫品の確認もあわせて行い、不良在庫の発生防止と削減に努めている。建物は免震構造であり、消防計画や風水害マニュアル・停電時対応マニュアル、大規模災害マニュアル等を整備して職員に周知している。停電時に備え、自家発電装置を設

置するとともに、燃料供給会社と緊急時給油業務委託契約を締結し、優先的に供給を受けることができる体制となっている。

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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	B
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
1.3.3	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	B
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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	B
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	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	B
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	B

機能種別：緩和ケア病院（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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	緩和ケアに必要な診断的検査・処置を確実・安全に実施している	A
2.2.5	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.6	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.7	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	患者主体のケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理 と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	リハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.19	自律支援および QOL 向上に向けて取り組んでいる	A

2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	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	臨死期への対応を適切に行っている	A

機能種別：慢性期病院（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	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	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	B
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	栄養管理と食事支援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	B
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	B
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B

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	B

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	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	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
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	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	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	B
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： 2024 年 6 月 1 日 ～ 2025 年 5 月 31 日
時点データ取得日： 2025 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 ： 社会福祉法人大阪暁明館 大阪暁明館病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)、慢性期病院(副機能)、緩和ケア病院(副機能)

I-1-3 開設者 ： その他法人（社会福祉法人等）

I-1-4 所在地 ： 大阪府大阪市此花区西九条5-4-8

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	372	372	+0	81.86	19.17
療養病床	90	90	+0	91.25	367.78
医療保険適用	90	90	+0	91.25	367.78
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	462	462	+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		
集中治療管理室（ICU）		
冠状動脈疾患集中治療管理室(CCU)		
ハイケアユニット(HCU)	4	+0
脳卒中ケアユニット(SCU)		
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	20	+0
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	102	+0
地域包括ケア病床	46	+0
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	21	+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 ：

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： 1 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

診療科名	医師数（常勤）	医師数（非常勤）	1日あたり外来患者数（人）	外来診療科構成比(%)	1日あたり入院患者数（人）	入院診療科構成比(%)	新患割合(%)	平均在院日数（日）	医師1人1日あたり外来患者数（人）	医師1人1日あたり入院患者数（人）
内科	5.9	1.63	44.09	8.69	77.81	20.06	15.20	38.09	5.85	10.33
呼吸器内科	1.9	0.8	26.19	5.16	26.59	6.85	4.07	39.29	9.70	9.85
循環器内科	3	0.8	39.99	7.88	26.84	6.92	2.01	22.68	10.52	7.06
消化器内科（胃腸内科）	4	1.43	27.76	5.47	19.32	4.98	5.65	9.80	5.11	3.56
神経内科	0	0.29	4.37	0.86	0.00	0.00	3.98	0.00	15.06	0.00
糖尿病内科（代謝内科）	3	0.28	29.20	5.75	31.72	8.18	0.70	47.16	8.90	9.67
血液内科	0	1	4.22	0.83	6.70	1.73	1.70	48.42	4.22	6.70
皮膚科	1	0	16.64	3.28	0.73	0.19	5.52	19.00	16.64	0.73
感染症内科	0	0.38	0.33	0.07	0.00	0.00	7.22	0.00	0.87	0.00
小児科	2	0.44	43.19	8.51	0.00	0.00	15.70	0.00	17.70	0.00
精神科	0	0.16	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
外科	3	0.97	10.30	2.03	7.73	1.99	4.70	18.03	2.60	1.95
循環器外科(心臓・血管外科)	0	0.05	0.37	0.07	0.00	0.00	0.00	0.00	7.44	0.00
泌尿器科	2.95	1.67	47.96	9.45	25.57	6.59	3.81	17.29	10.38	5.54
脳神経外科	3	0.2	24.84	4.90	28.48	7.34	7.09	28.92	7.76	8.90
整形外科	4	1.48	50.31	9.91	30.83	7.95	6.48	26.14	9.18	5.63
形成外科	0	0.21	2.72	0.54	0.00	0.00	7.52	0.00	12.97	0.00
眼科	2	1.04	24.42	4.81	1.35	0.35	4.68	1.73	8.03	0.44
耳鼻咽喉科	0	0.6	14.25	2.81	0.44	0.11	13.43	6.35	23.75	0.74
産婦人科	5	1.32	44.51	8.77	11.55	2.98	6.61	5.35	7.04	1.83
リハビリテーション科	2.9	0	10.64	2.10	78.25	20.17	0.22	77.82	3.67	26.98
放射線科	2	0.23	3.20	0.63	0.00	0.00	83.37	0.00	1.44	0.00
麻酔科	3	0.19	2.79	0.55	0.00	0.00	0.49	0.00	0.87	0.00
病理診断科	0	0.68	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	1	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	1	0.44	9.92	1.95	1.60	0.41	63.49	2.45	6.89	1.11
緩和ケア科	3	0	1.32	0.26	12.37	3.19	17.36	26.25	0.44	4.12
膠原病内科	0	0.15	1.38	0.27	0.00	0.00	1.24	0.00	9.17	0.00
禁煙外来	0.1	0	0.10	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.99	0.00
骨粗鬆症外来	0.1	0	0.03	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.27	0.00
腫瘍内科	0	0.44	2.49	0.49	0.00	0.00	0.27	0.00	5.67	0.00
在宅	0.15	0.05	3.17	0.62	0.00	0.00	0.00	0.00	15.84	0.00
健診科	3	0.81	16.78	3.31	0.00	0.00	0.02	0.00	4.40	0.00
脳神経内科	0	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
研修医	1									
全体	58	17.76	507.49	100.00	387.87	100.00	8.10	24.35	6.70	5.12

I-2-2 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
年度(西暦)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	507.49	494.94	491.20	102.54	100.76
1日あたり外来初診患者数	41.11	43.48	52.88	94.55	82.22
新患率	8.10	8.79	10.77		
1日あたり入院患者数	387.87	387.42	369.99	100.12	104.71
1日あたり新入院患者数	15.93	15.41	14.32	103.37	107.61