

# 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「リハビリテーション病院」・「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 8 月 18 日～8 月 19 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	リハビリテーション病院（副）	認定
機能種別	慢性期病院（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 リハビリテーション病院（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。

### 1. 病院の特色

貴院は創立以降、1952 年に社会福祉法人に認可された後も病院の近代化とともに、地域医療の担い手として発展しつづけてきた。特に、救急医療、腎透析センターなどの充実を図り、睡眠時無呼吸症候群、産婦人科腹腔鏡手術および前立腺肥大症 PVP 手術などにも力を注いでこられた。2013 年に新病院として現在の地に移転した後は、急性期医療の機能の拡充とともに、地域包括ケア、緩和ケア、回復期リハビリテーション病棟、消化器センターの開設など、変化する地域のニーズに即応しつつ社会的使命を全うされようとする姿勢は高く評価される。

この度の受審は、病院長・幹部また法人本部が一体となって、病院機能の向上に努めてこられた。一方で、いくつかの課題も確認されたが、貴院の組織力により迅速な取り組みがなされるものと確信する。各領域の評価所見を参考にされ、医療機能のさらなる充実と貴院の益々の発展を期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念が明文化され、病院案内、院内掲示、ホームページ等で内外に発信している。また、理念達成に向けて、4つの指針が定められ、安全で質の高い医療、あたたかい医療の実践などがわかりやすく示されている。病院長をはじめ幹部は、毎年度、重点項目や運営方針を設定し、将来像を明確に示すとともに、リーダーシップを発揮している。部署ではBSCの運用により、PDCAサイクルが回されている。医療情報は、規定に則りデータの保管を厳正に行い、所管する委員会で各種データの活用方法を検討しながら適切に運用している。文書体系が整備されているが、部門の文書作成承認のプロセスの明確化を図ることを期待したい。

法定人員は確保され、各種施設基準に合った人員配置が行われている。職員の採用は総務課が中心となって取り組んでいる。人事・労務管理や魅力ある職場づくりは適切に行われている。安全衛生委員会は適切に開催されているが、職場巡視についてはさらなる充実が望まれる。

医療安全、感染制御を中心に全職員対象の教育・研修が行われているが、組織として一元的な管理・運用を図り、さらなる充実を期待したい。職員の能力評価については、医師を含む全職員に人事考課を実施しており、業績評価だけでなく個々の能力開発につながる具体的な個人目標の設定が可視化され、その達成に向けた組織的な支援がされている。極めて優れた取り組みであると評価される。

### 3. 患者中心の医療

病院の基本理念のもと、「患者様の権利」として、平等で最善の医療、十分な説明、セカンドオピニオンの保障、医療行為の自己決定権、プライバシーの尊重・個人情報保護など5項目を平易な言葉で明文化している。説明と同意に関する指針を策定し、適宜改訂を行っている。また、説明項目の設定もされている。説明と同意の方針に基づき、診療・ケアについての説明がされており、患者の医療への参加を促進している。また、病棟にはフリーWi-Fi、外来エリアには患者用図書室を設置し患者の理解を深める支援を行っており適切である。患者支援体制として、患者相談窓口を開設し、MSWが常駐している。プライバシー保護にも配慮し、多岐にわたる相談に対し適切に対応している。患者の個人情報・プライバシーの保護は、規定に基づいて実践され、情報システムのセキュリティ確保も適切に行われている。臨床における倫理的課題は、倫理委員会で検討する仕組みがあり、主要な倫理的課題として、DNA、輸血拒否、終末期医療等があり、決定方針に従い継続的に取り組んでいる。臨床現場では、看護師が中心となり、CS委員会で作成した分析シートを用いて事例を検討している。必要に応じて医師や社会福祉士が分析に加わりケアに活かしている。

院内は、患者用駐車場の確保やコンビニエンスストア、入院中の情報収集にも配慮され、Wi-Fiが利用できるなど、利便性に配慮されている。全体がバリアフリー化され、廊下幅の広さや手摺りの設置、車椅子等の点検・整備も適切である。診察室や病室のスペースの確保や静粛性にも配慮され、温度・湿度管理も適切である。病棟内は整理整頓が行き届き、清潔であり、定期的なリネン交換、汚染時の対応手順の遵守など適切である。病院敷地内禁煙であり、生活習慣病教室で外来患者への

禁煙教育が行われている。職員への禁煙勉強会も実施され、職員喫煙率も減少している。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見や要望は「患者様の声ボックス」や満足度調査、待ち時間調査、職員からの情報提供により把握され、検討されている。診療の質の向上に向けた活動では、内科症例検討会、キャンサーボード、CPC などがあり、ガイドラインに基づいた診療を行い、ホームページに「病院指標」を掲載している。業務の質改善活動では、BSC 活動に取り組み、体系的な病院機能の評価については、医療機能評価更新受審のプロジェクトチームの取り組みがある。今後は業務の質改善活動を病院として統括する常設の組織体の継続的活動が望まれる。新しい診療・治療方法の導入の可否については、倫理委員会で検討する仕組みがあり、実績もある。

外来診察室および病棟では責任医師・看護課長・担当薬剤師等の氏名を表示しており、主治医不在時の代行医師のルールは明確である。電子カルテを導入のもと、「診療記録の記載と記録すべき項目」および「看護記録マニュアル」に則っておおむね適時記載されている。退院後 2 週間以内の退院時サマリー完成率については診療情報管理部門にて毎日チェックしている。質的点検については、師による質的点検が強化されることが望まれる。多職種で構成した NST・褥瘡チーム・排尿ケアチームが、適宜介入している。緩和ケアもがん化学療法認定看護師が配置されるなど、チーム医療は適切である。

#### 5. 医療安全

院長直属に医療安全管理室を設置し、専任の医療安全管理者を配置している。週 1 回の医療安全カンファレンスが行われ、多職種から構成された医療安全管理委員会で報告審議されている。安全確保に向けた体制は確立している。アクシデント・インシデントレポートは、電子カルテから報告する仕組みである。

患者・部位・検体・チューブ等の誤認防止は、「医療安全管理マニュアル」に基づき実施されている。処方箋・指示箋は確実に記載されている。口頭指示は原則しないことになっているが、やむを得ない場合は確認様式で記載し、後に医師が自分で入力している。麻薬は法令を遵守して、適切に施錠保管されている。ハイリスク薬も、適切に管理されている。抗がん剤はレジメン管理され、投与時の取り違えや誤認防止のための方策が実施されている。入院患者全員に入院時、転倒・転落のリスク評価を実施し、適切な看護ケアが提供されている。医療機器は臨床工学技士により一元管理されており、機器の使用法に関する研修も行われている。院内緊急コードを設定し周知されている。

#### 6. 医療関連感染制御

院長直下に医療関連感染対策室が位置付けられ、専従の ICN が室長に任命されている。感染防止委員会に、病院全部門が参加し、ICT は ICD、ICN、薬剤師、検査技師がチームとして活動している。ICT は週 1 回巡視して、感染状況の把握、環境評

価、高度耐性菌に対するモニター患者への介入をそれぞれの立場で行っている。JANIS にも参加している。主要な医療感染の発生状況は、中心静脈ラインと尿路留置カテーテル関連感染について把握されている。

「院内感染防止マニュアル」を整備し、感染制御チームによるラウンド巡視により、標準予防策の遵守状況を確認しており、適切である。AST は毎日、抗 MRSA 薬使用例、血中感染などの結果を回診し、特定患者を検出している。非常勤の感染症内科専門医が週 3 回、抗菌薬使用について助言しており、長期使用や不適切投与の場合は、直ちに担当医に通知し改善を促している。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院広報誌を定期発行し、患者や地域の医療機関などに配布している。医療連携課が「暁の明かり」を地域の医療機関などに配布している。ホームページには病院指標・臨床指標が掲載されるなど、多岐にわたる方法により情報発信がされている。地域連絡室が中心となって前方・後方連携が行われている。医療介護支援マップ作成における連携、連携ネットワークやパス研究会への参加、転院前面談としての紹介元訪問の実施の他、開放病床を利用するクリニックとの病診連携会など地域の医療ニーズの把握や連携に工夫がされている。院内では地域住民を集めて糖尿病教室、介護保険教室、糖尿病デー、看護の日行事などを開催し医療に関する教育・啓発活動を実施している。さらに、地域の医療、介護、在宅サービス従業者へ此花区ケア向上研修会、緩和ケア研修会なども開催している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者情報を確実に収集し、安全に配慮しながら外来診療および診断的検査を実施している。入院は医学的判断に基づいて決定している。患者情報は電子カルテシステムにより、適時に収集、記録され、患者への説明、指導や患者の署名なども残されている。診療計画書は医師による診断の結果、看護師、薬剤師、リハビリテーション療法士、管理栄養士等により記載があるが、定型的な表現が目立つため、充実されたい。社会福祉士 4 名による相談窓口が設置され、相談内容により、関連の専門職に振り分けている。記録も取られ、他の職員との情報共有を図っている。

医師の回診は毎日行われ、その都度記載があり方針が定められている。コメディカルスタッフや家族を含めたカンファレンスを主催している。日常生活援助や診療補助業務が適切に行われており、看護師は病棟業務を適切に行っている。必要性和リスクについては吟味され、電子カルテシステムを通じて、服薬指導、薬歴管理の内容を薬剤師と医師が共有している。輸血・血液製剤投与は、医師が必要性和リスクを文書により説明した後、同意の署名を得ている。検査体制も含めて緊急輸血に迅速に対応し、確実・安全に実施している。術前・術中・術直後の診療・ケアは定められた手順を遵守して適切に行われているが、手術室看護師の術後訪問については、さらなる充実を期待したい。重症度などに応じて、HCU・重症個室・個室などの病床選択が行われ、必要な医療機器が整備・使用されている。関連職種の関与もあり、重症患者の管理は適切に行われている。

全入院患者に褥瘡リスク評価を実施し、多職種からなる褥瘡対策チームが活動している。栄養状態は病棟看護師が評価し、管理栄養士は栄養管理計画表を作成し、患者の状態にあった食事を提供している。緩和ケアマニュアル等を整備し、疼痛についてはNRSを用いて評価し、継続的なケアを行っている。リハビリテーションの必要性は主治医が判断し、目標とする運動能力に対し実施上の適応をリハビリテーション療法士が設定して実施計画書が作成される。行動制限（身体抑制）の基準を整備し、実施前には、医師と看護師でカンファレンスを行い、必要性を検討している。実施中の観察や不要な抑制の解除に向けた取り組みなどを行っておりおおむね適切である。病棟看護師は入院時にスクリーニングを行い、早期の退院支援を開始している。施設内の地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、療養病棟へ転棟後、それぞれの病棟で患者・家族の意向を尊重した退院支援を行っている。転院や在宅支援の場合は、退院前カンファレンスを開催し、かかりつけ医、主治医、ケアマネジャー、訪問看護師等で情報を共有している。ターミナルステージの判断は医師の判断をもとに患者や家族の意向を聞き、多職種で検討されており、適切である。

#### <副機能：リハビリテーション病院>

受審に必要な情報は適切に周知されており、円滑な受診が可能である。診断的検査は、主治医による必要性の判断と、必要に応じて患者・家族への説明と同意を得て実施している。回復期リハビリテーション病棟の患者は、院内外から受け入れている。入院療養計画は多職種にて適切に立案されている。カンファレンス記録、リハビリテーション総合実施計画書にて、予測されるADLゴール目標の記載を充実されると良い。相談業務は、社会福祉士を中心に適切に行っている。入院についても円滑な入院ができるように工夫されている。

回復期リハビリテーション病棟は2名の医師が主治医を担当し、リーダーシップを発揮している。看護師・看護補助者の基準・手順も適切に整備されている。薬剤師は持参薬鑑査を行い、その内容を医師と共有している。

褥瘡のリスク評価は適切に実施され、数は少ないが褥瘡の治療も適切に行われている。管理栄養士の患者の個別性に配慮した支援を行っており、適切である。疾患および症状別の看護基準と手順が整備されており、疼痛に関してはNRSなどを用いて評価している。系統的な理学療法・作業療法・言語療法が365日提供され、多職種協働で患者支援をしている。患者の生活機能向上のため、積極的な離床への取り組みなどが多職種協働で実施されている。身体抑制はやむを得ない場合に限りの実施となっている。社会福祉士を中心とする退院に向けた支援も適切である。

#### <副機能：慢性期病院>

ホームページに外来担当一覧や毎月休診・代診の一覧を掲載している。療養病棟への紹介状は地域連携室、療養病棟担当医師が患者情報を共有し、面談後に外来受診をする仕組みになっている。入院の決定は、療養病棟受け入れ判定基準に沿って行っており、転棟時は改めて入院診療計画書を作成している。患者を身体的・精神

的・社会的側面から再度課題を確認し、看護計画を初め、他職種の視点からケア計画を立案している。患者・家族の相談については、医療福祉相談室を案内し、適切な説明がなされている。患者面会が困難な現状では、相談の機会であるオンライン面会時や医師の定期家族面談時などを活用することで、対応遅れにならないよう留意している。患者の円滑な入院に向けて、療養病棟独自の入院患者説明用冊子を用いて、説明事項の補足をするなど、不安軽減と理解を深める効果につなげている。

療養病棟担当医師は2名1組で日常業務をこなし、歯科往診医師とは「歯科往診ノート」にて情報共有をしている。看護基準・手順に看護課長・係長などの役割を明文化している。療養病棟医師回診や看護師・介護職による日々のケアなどにより、患者の病状把握を適切に実施し、多職種間の情報共有やケアの充実に努めている。誤薬防止に向けて、内服薬・注射薬の準備から投与までの一連行為は手順に沿って実施している。療養病棟での輸血事例は少ないが、必要発生時はガイドラインに沿って実施している。重症患者はナースステーション近くの個室に収容し、必要に応じて一般急性期病棟への転棟を随時実施する病棟運用基準がある。週1回皮膚科医師、皮膚・排泄ケア認定看護師、薬剤師、管理栄養士で構成する褥瘡チームの回診がある。摂食・嚥下機能に課題のある患者には、医師が言語聴覚士の介入を依頼し、嚥下評価後、食形態を検討して食事量の増加につなげる仕組みやNST回診がされている。身体抑制に関するマニュアルがあり、実施中は各勤務帯で抑制部位の観察や効果検証を実施・記録し、療養病棟では解除に向けて毎日カンファレンスを開催している。患者・家族が退院後の療養生活の環境をどのように考えているかを、医師や看護師などが随時確認をし、家族背景を考慮しつつ効果的な服薬指導・栄養指導などを計画している。担当ケアマネージャーや施設関係者などに退院カンファレンスへの参加を要請して、情報共有を図り、退院時は関係職種よりサマリーを渡して治療・ケアの継続に活かしている。療養病棟担当医師は、延命治療に関する家族の意向が入院経過中に変わる事もあるので、1～3ヶ月毎の定期面談時に必ず確認をしている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤の温湿度管理は適切に行われ、薬剤の採否は薬事委員会で一増一減を原則に決定している。臨床検査機能は、常勤専従医の管理・責任の下、必要な検査の大半は院内で実施し、検査結果を迅速に報告している。休日・時間外のニーズにも対応している。画像診断は、CT・MRIはできる限り当日の撮影を行っている。診断結果は当日に返却され、夜間・休日は翌日に返却されている。画像専門医を交えた部内勉強会を隔月に1回行い画質の向上を図っている。栄養管理は、嗜好調査・残食調査が実施され、調査結果から食材を変更するなど調査結果が生かされている。リハビリテーションは、療法士を中心に、症例ごとの状態変化に応じた治療プログラム立案が行われ、継続的に実践計画の改善が行われている。診療情報は電子カルテシステムにより、1患者1IDで一元管理されており、量的点検も実施されている。医療機器は、マニュアルを整備し、医療機器管理ソフトにて一元管理している。洗浄・滅菌は、使用済み器材は、一次洗浄をせず、中央材料室に搬入している。各種

のインディケーターで評価、記録し、滅菌の質保証に努めている。

病理診断は、非常勤病理医、臨床検査技師（細胞検査士）が関連大学病院とのテレパソロジー、外部委託検査も活用して、年間約 5,000 件の病理検査を実施している。輸血・血液管理は、最小単位の院内在庫準備血を置き、厳重な必要最小単位ごとの払い出しなどで、休日・時間外を含めた緊急対応ならびに廃棄率の削減に努めている。手術・麻酔機能は、常勤麻酔科医 3 名、非常勤麻酔科医 0.2 名で年間約 900 件の全身麻酔手術管理を行っており、麻酔科医とリーダー看護師が協働して安全に配慮した手術スケジュール管理を実施している。HCU を一般急性期病棟に併設し、循環器内科医を管理・責任医師とし、必要な患者にケアを実施している。救急医療は、救急学会専門医を管理責任者とし、平日日勤帯は原則として救急科専従医 2 名が対応し、休日・時間外は医師 3 名、看護師 3 名、各診療科オンコールなどで、年間 2,000 人以上の救急車搬入患者を含む 6,000 人以上の救急患者に対応している。

## 10. 組織・施設の管理

予算作りの過程や予算管理は適切であり、経営状況は月次報告会で分析、検討され職員へも開示されている。期中で予算の執行状況が確認され下期に向けての検討がなされている。レセプト作成には医師が参加し、返戻・査定の再請求手段も決められている。未集金に関しては医療福祉相談室と連携し、未集金発生を抑止・発生した場合の収納手段が時系列で決められマニュアル化されている。委託業務の是非や継続、委託範囲は法人本部と協議し選定されている。実施状況は療養環境課が日々ラウンドして確認している。

主要施設・設備の管理は療養環境課が管理しており、感染性廃棄物は一般廃棄物と完全に区分され保管庫には表示および施錠もされている。物品購入窓口は用度課でマニュアルに沿って発注・検収・払い出しが行われている。

防災マニュアルが完備され、火災、風水害、停電、大規模災害などあらゆる災害を想定し自院だけではなく法人本部主導の防災訓練も実施されている。保安業務は 24 時間体制で行われている。院内外にモニターカメラが設置されており、患者の安全確保がされている。医療安全マニュアルに医療事故発生時の対応指針と手順を明確に定め、予期せぬ死亡事例や重大事故などについても適切に対応している。

## 11. 臨床研修、学生実習

看護部は教育委員会が主体となり初期研修計画を立案・実施・評価を行っている。その他専門職種も職種内容の特徴を取り入れた独自の研修プログラムを作成し実施している。学生実習は看護師、リハビリテーション療法士、薬剤師、栄養士、MSW 等、幅広い職種の学生を受け入れている。実習生受け入れマニュアルおよび各学校が設定したカリキュラムに沿って決められた実習指導者により実習が行われている。患者には学生実習受け入れ病院である旨が院内掲示で周知されている。

# 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	B
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	B
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	B
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	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	B
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	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	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	B
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	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	B
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	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	B
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	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	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	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	B
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	B
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	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	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	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	S
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	B
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	B
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

## 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	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	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
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



## 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	A
2.2.6	診療計画と連携したケア計画を作成している	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	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	B
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	栄養管理と食事指導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	A
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	A
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	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 12 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)

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	+22	74.68	37.41
療養病床	90	90	-42	89.7	169.6
医療保険適用	90	90	-42	89.7	169.6
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	462	462	-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		
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	1	+1
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	60	+0
地域包括ケア病床	46	+22
特殊疾患入院医療管理料病床	45	+0
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	21	+21
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(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

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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	490.13	486.64	479.03	100.72	101.59
1日あたり外来初診患者数	52.93	52.70	50.83	100.44	103.68
新患率	10.80	10.83	10.61		
1日あたり入院患者数	391.55	383.87	338.08	102.00	113.54
1日あたり新入院患者数	13.60	13.33	11.95	102.03	111.55