

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 8 日～8 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 1951 年に国家公務員の共同職域病院として開設され、70 年にわたる歴史を刻んできた。この間、施設・設備、医療機器等の充実を図るとともに、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院などの指定を受け、地域医療連携体制や救急医療、先進的医療の整備に努めてきた。大阪国際がんセンターや大阪重粒子線センターとのシームレスな地域医療連携を展開している。「高度な医療と温かい人情の調和を目指します」をモットーに掲げ、3 項目の理念と 2 項目の基本方針に基づき運営をすすめてきた。患者本位の高度な医療の提供と地域連携を明確に示し、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療を基軸にし、循環器疾患や脳血管疾患の三次救急も担う基幹病院であり、住民から厚い信頼を受けている。

今回の病院機能評価の受審にあたり、病院長や幹部・職員が一丸となって準備をすすめ、訪問審査においても取り組みの成果を十分に確認できた。審査の結果、ほとんどの項目で適切な医療機能を維持している。引き続き各領域の評価内容を参考に、より高いレベルを目指して医療機能と質の向上に向けて一層の発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針を明文化しており、見直しや院内外への周知は適切である。病院管理者や幹部は、病院経営状況の周知、担当分野の課題の把握と解決への取り組みなど、リーダーシップを発揮している。意思決定会議や会議・委員会の運営、情報伝達、中期計画や事業計画の策定、各部門の目標管理体制の整備などは適切であるが、BCP の策定が望まれる。電子カルテを導入し、情報システムの管理・運用、シ

システム障害への重層的対応体制、安全確保への配慮等も適切である。院内外の公文書等、各種基準・手順などを一元的に管理する仕組みがある。

医療法や施設基準に必要な人材を確保している。人事・労務管理については、育児短時間勤務、育児・介護休業等の諸規程を整備しており、職員の安全衛生管理もおおむね適切に取り組んでいる。職員アンケートや職員面談による意見の聴取と職場環境への反映、福利厚生の実施等で魅力的な職場作りに努めている。

院外の教育・研修への参加体制を整備し、新人研修等も適切に行われている。全職員を対象にした教育・研修は年間教育計画を策定して実践している。勤務評価制度で職員の能力把握・評価を実施し、専門的な能力の向上や資格取得支援体制を適切に整備している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を4項目にまとめ、責務とともに明文化し、患者・家族および職員に周知を図っている。説明と同意の範囲を診療業務指針に定め、説明後の患者・家族の反応も記録している。治療歴やアレルギー等の情報の提供、誤認防止対策として氏名を名乗ること、リストバンドの装着の協力などを明記し、患者の医療への参加を促している。患者・家族からの相談、外部からの問い合わせ等の窓口を設けて、院内外の関連部署との情報共有および連携を図っている。個人情報の取り扱いに関する規程を定め、プライバシーの確保にも努めている。臨床倫理に関する基本方針を定め、倫理審査委員会で検討する体制を整備している。病棟等では Jonsen の4分割表を用いて多職種で倫理的課題を検討している。

院内にはコンビニエンスストア、ATM、ランドリー、理美容等の日常生活を支援する設備が整備されている。全面的にバリアフリー化されており、病室は安全で生活のしやすさに配慮した適切な療養環境である。病院敷地内は全面禁煙とし、院内各所の掲示による周知や敷地内の見回りにより禁煙および受動喫煙の防止を徹底している。

4. 医療の質

意見箱を設置し、投書には病院管理者が目を通して必要に応じて関係する部署の職員を招集して検討し対策を実施し、投書から改善された事例もある。多職種参加のカンファレンスの開催、主要な診療ガイドラインの活用、各種臨床評価指標の収集・分析など診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる。業務改善発表会の開催やCS向上委員会の活動のほか、病院機能評価受審に向け受審準備委員会を中心に各部門でのマニュアルの整備や業務の見直しなど、業務の質向上に取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術および臨床研究は、原則として倫理審査委員会に諮ったのちに実施し、倫理・安全面などに配慮して導入している。また、病院にとって必要な知識・技術の習得や資格の取得に対しては積極的に支援している。

病棟、外来等、各部署の責任体制は明確であり、医師の不在状況が分かる体制も整えている。患者に関する必要な情報は、診療記録として多職種が電子カルテに適時・適切に記載している。医師を含めた多職種による質的点検を取り入れ、結果は

関係者にフィードバックしている。病棟では、多職種が参加するカンファレンスを開催し、多職種が協働して患者の診療・ケアを行うことが定着している。

5. 医療安全

専任医師の診療部長と専従看護師である医療安全管理室長が中心となり、多職種で構成されたリスクマネジメント委員とともに、組織内の安全文化の醸成に向けて活動している。インシデントとアクシデント報告は、院内グループウェアを使用して医療安全管理室が収集しており、早い段階で現場の状況を確認している。

患者確認、検体確認、チューブやルート類の誤認防止対策は、院内ルールに則り実施している。臨床検査のパニック値、画像診断や病理診断などで診断結果が悪性の場合、電話連絡、電子カルテや院内メールで結果を伝達している。薬剤の重複投与や相互作用、患者の薬歴・アレルギー歴・副作用情報等が電子カルテに集約されており、必要に応じて警告が表示される仕組みである。麻薬保管庫のスペアキーについては、保管場所や管理について再検討を期待したい。6歳以上の全入院患者に転倒・転落アセスメントを用いて評価し、リスクに応じて対策を立案し、患者の状態変化や回復過程に合わせて再評価や計画変更を実施している。病棟で使用する医療機器の使用マニュアルの整備と機器の一元管理がなされている。患者等の急変時対応としてドクターハリーコールの設置や救急カートの標準化、整備・点検が実施されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が院長出席のもと定期的で開催され、感染対策委員長には必要な権限が付与されている。ICT、ASTが組織され、院内ラウンドを通じて問題点や改善点を各部署にフィードバックしている。国内外の感染に関する最新情報を速やかに収集し、院内メールで全職員に周知している。ターゲットサーベイランスはUTI、CLABSIを実施しており、SSIは消化器外科の下部消化管手術で行っている。今後、さらに積極的なターゲットサーベイランスが行われることを期待したい。

ICTや各病棟のリンクスタッフが中心となり、標準予防策を中心とした手洗い・手指消毒・PPEなどの感染管理活動を行っている。感染性のリネン類や廃棄物も適切に取り扱われている。抗菌薬の使用は、各種ガイドライン等に準拠しており、特別な抗菌薬等の届け出に関するルールもあり、ICT、ASTの監視・制御が働いている。

7. 地域への情報発信と連携

ホームページ、病院案内や入院案内、広報誌、外来のディスプレイにて必要かつ十分な情報を発信している。地域医療連携センターにて前方支援、入退院支援、後方支援を総合的にサポートし、渉外担当の医師と看護師、事務職員が連携機関に定期的に訪問して地域のニーズ等を把握しているほか、脳卒中やがん患者の連携システムを活用するなど地域施設との連携を活発に行っている。コロナ禍で様々な制限があるものの、Webを活用した関連機関との研修や、市民に向けた教育・啓発活動

として「看護の日」を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付から会計までの対応は、電子カルテや再来受付機、自動会計精算機により円滑に行っている。必要な情報を収集し、診断および診療計画の立案、治療の実施に役立てている。医師が患者に検査の必要性、リスク等を説明し、侵襲的検査では同意書を取得し実施している。入院の決定は、患者・家族等に十分な説明が行われた後、同意を得ている。多職種が専門的な視点から入院診療計画に関わっている。患者からの多様な相談に対して、医療相談室が中心となり、必要に応じて他の部署とも連携している。入退院センターで看護師が把握した情報をもとに、薬剤師、管理栄養士、手術室看護師などがそれぞれの役割に応じて説明している。

病棟における医師、看護師の業務は適切である。薬剤師がすべての患者の薬歴管理を行い、情報を関係職種に適時提供している。輸血・血液製剤の投与は、規準に則り輸血中の患者観察を行うなど確実・安全に実施している。手術・麻酔の適応の決定、説明と同意、患者搬送、合併症の予防対策など周術期の対応を適切に行っている。重症度等を評価して病棟・病床の選択を行い、必要に応じて多職種が介入して重症患者の管理を行っている。入院時に褥瘡発生リスク評価を実施し、リスクの高い患者は皮膚科受診や皮膚・排泄ケア認定看護師が早期に介入している。栄養状態に問題がある場合は、管理栄養士が直接訪問して早期に介入を開始している。緩和ケアチームは組織横断的に活動し、がん患者だけでなく慢性心不全や神経難病の患者にも症状緩和のために対応している。

早期から主治医がリハビリテーション指示書を発行し、処方に基づいて実施計画書を作成し訓練を開始している。安全確保のための身体抑制は、事前に説明し同意を得て実施している。入退院センターでは、入院前から退院後の支援の必要性についてスクリーニングし、支援の必要がある患者に早期から介入している。ターミナルステージの判定は主治医を中心に行うが、緩和ケア認定看護師が介入した多職種カンファレンスも開催している。

9. 良質な医療を構成する機能

全病棟に病棟薬剤師が配置され、服薬指導や薬歴管理を行っている。抗がん剤の調製・混合は全例薬剤師が安全キャビネットで行っている。臨床検査技師は患者のプライバシーに配慮しながら業務を実施している。夜間・休日の検査のニーズに対しても日・当直制で対応している。読影結果は翌日までに報告され、CT、MRIの読影率は100%である。依頼医にメールで報告され、未読・既読機能がありチェックがなされている。食材の検収から保管までの一連のプロセスは衛生的に行っており、食材・食品の冷凍保存、残食調査、嗜好調査等も適切に実施している。リハビリテーション機能では、療法士と主治医の日常的な意見交換や多職種によるカンファレンスが行われ、患者の計画に反映している。1患者1IDの一元的な診療情報管理となっており、紙媒体の診療情報についても適切に管理している。また、診療録の量的点検もチェック表に基づき実施している。医療機器は臨床工学室で一元管理

し、定期点検、使用後点検を実施し 24 時間貸出可能としている。器材の洗浄・滅菌は手術室師長が管轄し、委託業者により洗浄、点検、組立、滅菌、保管までの一連の工程を実施している。

病理検査を年間 5,700 件以上行い、術中迅速診断も自院で多数実施し結果は 20 分前後で報告している。放射線治療医を中心として、関係診療科・職種と各症例における放射線治療の適応や照射方法などを検討し実施している。血液製剤の使用状況や廃棄率等を検証し、血液製剤の適正使用を推進している。年間約 1,400 件の全身麻酔手術を実施し、緊急手術も施行しており、規準に基づいて患者の安全管理を実施している。集中治療室に準じた病床を設置し、入・退院基準を定め、重症患者に対して集中治療を実施している。原則断らない救急医療を実践し、24 時間 365 日救急患者を受け入れている。循環器疾患や脳卒中患者に対しては三次救急まで担当している。

10. 組織・施設の管理

予算編成等を含めた会計処理は、国家公務員共済組合法および同施行規則に基づき厳正に行っている。期中の財務分析を毎月実施し、会計監査は連合会本部監事によるものと近畿財務局によるものが別途実施されている。レセプト請求業務は、医師も適宜関与している。未収金は会計課により管理され、回収困難ケースには弁護士に介入を依頼している。業務委託では、委託業者との定期もしくは随時の意見交換、病院研修会への参加を呼びかけ医療安全・感染対策についての教育・指導を徹底している。

施設・設備の日常点検や保守点検は、委託業者にて適切に実施されている。省エネ活動に注力し、電気・ガス等の使用時間を設定するなどの努力がなされている。SPD 委託業者が院内に常駐し、調達から在庫管理まで包括的に管理している。新規の取り扱い物品は院内規程に基づき購入している。

委託業者の職員が常駐し、院内防災センターにて 24 時間体制で全館の防災監視をしている。防犯カメラを多数設置し 24 時間の保安体制を維持している。日々の保安業務は警備日誌に記録され、毎朝保安員より報告がなされている。医療事故発生時の対応手順や原因究明および再発防止に向けた取り組み、訴訟時の対応手順も明確である。

11. 臨床研修、学生実習

各種専門職の研修プログラムを用意しており、適切に初期研修を実施している。特に、初期臨床研修医については研修医の希望をプログラムに取り入れる柔軟な指導や、医師の他に看護師や薬剤師を含めた多職種による 360 度評価を実施している。学生実習は、看護師、薬剤師、臨床検査技師、臨床工学技士、理学療法士等の実習生を受け入れ、カリキュラムに基づいた実習を実施している。感染対策チームと連携し、厳重な感染対策を講じている。

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・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	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	B
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	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	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	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	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	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	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	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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 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： 国家公務員共済組合連合会 大手前病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 共済組合及びその連合会

I-1-4 所在地： 大阪府大阪市中央区大手前1-5-34

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	401	401	+0	66.9	12.8
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	401	401	+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)		
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	4	+0
人工透析	10	+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		
地域包括ケア病床	46	+0
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		
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, 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： 6 人 2年目： 5 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-2-2 年度推移

2022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
	2021	2020	2019	2018	2021	2020		
1日あたり外来患者数	579.82	574.34	645.99		100.95	88.91		
1日あたり外来初診患者数	97.93	98.63	116.57		99.29	84.61		
新患率	16.89	17.17	18.04					
1日あたり入院患者数	268.33	280.27	312.33		95.74	89.74		
1日あたり新入院患者数	20.97	20.50	23.06		102.29	88.90		