

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「リハビリテーション病院」・「慢性期病院」・「緩和ケア病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 1 月 28 日～1 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 1	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
機能種別	緩和ケア病院（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
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。
- ・機能種別 緩和ケア病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、大阪市城東区に 1951 年に開設された地域医療に貢献している病院である。病棟は病床数 265 床規模で一般病床、障害者施設、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟が稼働している。診療科は 16 科目を標榜している。病院機能評価を更新受審しており、前回の審査で指摘された項目が改善されるなど、病院の質向上、安全な医療提供に向けて準備しており、評価できる。特に、栄養管理機能、救急医療機能、職員の能力開発、財務・経営管理、物品管理、回復期リハビリテーション病棟の生活機能の維持・向上に向けての積極的な多職種協働で取り組みは秀でており、高く評価できる。今後も良質な医療の実践や地域医療の質向上に向けた取り組みを継続され、さらにご発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、院外への周知が図られている。戦略目標を明確にしている。新病院完成（2023 年度中の完成予定）を目指し、その実現に向けて病院幹部はリーダーシップを発揮して取り組まれており、評価できる。組織図、職務分掌、会議・委員会規程、職務権限規程は整備されている。戦略目標、短期目標を基に部門・部署目標を策定している。目標設定から達成度評価に至る PDCA のサイクルは確立している。リスクに対応する病院の機能存続計画は策定されている。診療情報の総合的な管理・活用方針は明確に示されており、IT システムは計画的に導入されている。文書管理規程、文書保管規程は作成されている。文書は管理部署、保管場所、保管期限、廃棄を明記して管理している。

施設基準などの法定人員は確保されている。常勤画像診断専門医、常勤麻酔科医を確保しており、評価できる。就業規則、給与規程などの諸規程は定期的に更新されている。時間外労働の削減、休暇取得推進、職員の定着率 UP など、就労状況の改善に努められているが、さらなる取り組みに期待したい。職員の安全衛生管理については、おおむね適切に行われているが、臨床検査室における作業環境については見直されたい。職員にとって魅力ある職場となるよう、お互いを認め合う職場環境づくり（Good Job 賞）を実施して年 2 回職員表彰が行われている。全職員を対象とした教育・研修は年間スケジュールに沿って適切に行われている。業務命令、出張扱い、参加費用補助、時間的配慮の支援により積極的に院外の学会発表、学会・研修会の参加を推奨している。医師はじめ各部門・部署職員は各種学会の認定資格を取得している。また、病院支援のもとに職員は積極的に各種資格の取得を目指しており、高く評価できる。

3. 患者中心の医療

患者の権利と責務については明文化を行っている。説明と同意に関する方針は明確にされており、統一された書式を用いて患者・家族に説明し理解を促し、同意の署名が得られている。患者と医療者のパートナーシップの方針を明確にし、患者の医療参加への啓発を図っている。社会福祉士は入院時には病棟訪問を行い、病棟回診に同席するなど、患者に寄り添った対応を行っており、評価できる。個人情報保護に関する規程は整備されている。電子カルテシステムのパスワードの管理、院内 IT 機器と外部ネットワークの完全分離は適切に行われている。倫理的な課題を共有・検討する場として倫理審査委員会が設置されており、臨床倫理問題、重要倫理問題への対応や臨床研究・治験について検討されている。看護師や相談担当者により患者・家族の抱える倫理的な課題が把握され、各部署において多職種が参加してカンファレンスを開催し対応を検討しており、検討内容も記録している。

患者の生活延長上のサービスは充実している。入院中の生活に関する取り決めは、入院患者の視点に立って作成されており、患者・面会者の利便性・快適性に配慮している。一部の病棟廊下の手摺りやトイレについては、利用者に配慮した工夫等を期待したい。診療・ケアに必要なスペースや各フロアには患者がくつろげるダイニング・食堂スペースを確保し、清潔な寝具類の提供は交換の手順に従って適切

に行われている。トイレ・浴室の清潔が保たれており、院内は整理・整頓されている。敷地内全面禁煙の方針を明確にしている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望を収集している。対応策や回答は記名者へのフィードバックや外来に掲示するなど、適切に対応している。週1回各科の医師が参加し、画像所見を中心に意見交換を行う症例検討会を実施している。臨床指標に関しては、2020年11月より日本病院会のQIプロジェクトに参加している。日本医療機能評価機構の病院機能評価を更新受審している。年1回院内研究改善発表会を開催し、各部署が発表を行っている。新たな診療・治療方法・診療機器の導入が申請された場合には、倫理審査委員会での審査を受ける仕組みがある。

外来・病棟の管理・責任体制を定め、診療と看護の管理責任者を患者・家族に明示している。診療記録は電子カルテシステムを用いて判読しやすい記載となっている。各病棟や外来においても、医師や看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士などが必要に応じてケースカンファレンスに参加するなど、多職種協働による診療・ケアが実践されており、適切である。

5. 医療安全

医療安全確保のための方針は明確であり、医療安全管理者、安全管理責任者として役割と権限を明示している。院内のアクシデントおよびインシデント報告は、各部門から所定の報告書により収集し、医療安全カンファレンスで再発防止対策等を検討し、情報共有している。種々の誤認防止対策が適切に実践されている。

医師による処方・指示と看護師による指示受けと実施は適切である。口頭指示は基本的に禁止としておりほぼ行われていないが、口頭指示の手順は明確である。入院時に全患者を対象に「転倒転落防止についてお願い」の協力を説明、併せて「転倒・転落リスク評価」を実施し、入院後1週ごと、危険度レベルごとに、随時再評価して看護計画の立案や実施、評価、見直しを行っている。医療機器を使用するにあたり使用する職員を対象に、臨床工学技士が年間計画により教育・研修を行っている。患者等の急変時の院内緊急コードを設定し、全館放送による該当場所への応援体制が定められている。救急カート、AED、DCは必要な箇所に配置している。全職員を対象とするBLS研修を、応急手当普及員の資格を持つ職員が中心となって、毎年定期的に行っている。

6. 医療関連感染制御

毎月院内感染防止対策委員会を開催し、病院長も出席して院内での感染対策の最終決定機関となっている。感染対策の実働部隊としてICTを組織し、ICD・ICNを中心として定期的な会合を持ち、また週1回各職場のICTラウンド（環境ラウンド）を実施している。医療関連感染制御に向け、他病院との相互ラウンドや他病院との合同カンファレンスを実施し、情報収集と検討を行っている。また、院内感染サーベイランスに積極的に取り組んでいる。今後、アウトブレイク発生時のマニユ

アルやフローの整備などが望まれる。

手指衛生のための流水手洗い場所を整備し、速乾式消毒剤の使用状況を ICT とリンクナースでモニタリングしている。個人防護用具は必要な場所に準備しており、標準予防策に基づき手順に従って着用している。また、汚染したりネンや寝具類の取り扱いは、所定の容器で指定場所に収納し、適切に運搬処理している。抗菌薬の適正使用の指針を作成している。自院で指定した広域抗菌薬は届け出制としている。アンチバイオグラムを作成して臨床現場に提供し、抗菌薬選択の参考となっている。抗菌薬の長期投与には ICT ラウンドでの把握とフィードバックを行っている。

7. 地域への情報発信と連携

病院案内、パンフレット、入院案内、ホームページを活用して広報活動が行われている。特に、広報紙は年 4 回発刊し、患者、関係機関・施設、病院所在地域 23 町会の町内回覧板に添付して全戸回覧を実施している。また、病院連携強化誌として、「地域連携だより」月 1 回を発刊して連携診療所に送付している。施設連携強化誌として「かけはし通信」は、3 か月ごとに発刊して連携施設に送付している。地域医療連携室に専従担当者を配置している。定期的に連携医療機関への訪問を実施して顔の見える地域連携を実施されており、評価できる。地域医療連携室で紹介・逆紹介状況を一元的に管理する仕組みは整備されている。

健診、予防接種、企業健診、人間ドック、乳がんセミナーの開催を行っている。毎月健康教室、新築マンションへの出張講座、温泉出張ボランティア講座を開催している。お祭りへの救護班の派遣、看護の日健康まつりの開催、音楽祭の参加、大阪市一斉清掃「クリーン UP」作戦への参加、中学生職場体験、小・中・高校生の職場インタビュー、病院体験ツアーの開催などを行っている。これらは、地域住民の健康を支援する活動として、評価できる。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来運営の手順は明確化されており、初診・再診・会計の手続き、専用の地域連携室窓口による紹介患者の対応、緊急患者の対応などは適切に行われている。待合室では常に看護師がトリアージを行い、診察の優先順位を変更している。自院の機能や役割に応じた、地域の医療機関や介護・福祉施設等からの紹介患者を円滑に受け入れている。侵襲的検査を行う場合には、説明後に同意を取得している。患者の病態等を把握し、地域の医療・介護施設などの最新情報をもとに、患者・家族のニーズおよび病態に対応可能な施設が紹介されている。入院の可否は適切に行われている。患者の入院後、速やかに多職種で入院診療計画書を作成し、説明している。社会福祉士の相談員は病棟に待機し、医療スタッフとカンファレンス参加などで情報共有が図ったうえで、患者・家族に向けた相談支援を行っている。入院後の病棟においては、入院マニュアルに従って詳細に案内されている。

病棟責任者は、毎日の病棟内ラウンドにおいて患者・家族や施設・設備に関する状況の把握に努めるなど、適切な病棟管理業務が行われている。抗がん剤と中心静

脈栄養注射の調製・混合は薬剤部において薬剤師が実施している。入院患者への服薬指導は、必要性を判断して実施している。抗菌薬の初回投与の際には、観察項目を定め、十分な観察を行って記録にとどめている。輸血・血液製剤を使用する場合には、必要性和リスクを説明して同意を得ている。緊急輸血はオーダーから輸血実施まで約1時間程度で可能である。投与中・投与後の観察は、観察項目を定めて十分な観察を行い、記録にとどめている。手術の麻酔に関しては、麻酔科医師による術前リスク評価を実施している。麻酔科医による術前・術後訪問と、手術室看護師による術前・術後訪問も実施している。全入院患者に対して褥瘡リスク評価が行われ、評価に基づいて多職種参加の褥瘡対策委員会、WOC看護師と褥瘡対策チーム、NSTが関わり、褥瘡の予防と治療方法が検討・実施されている。管理栄養士により入院患者の栄養アセスメント、アレルギーを把握し、多職種カンファレンスによる患者の状態の把握・評価に基づき、必要な患者に栄養管理計画書の作成と栄養方法の選択を行っている。症状緩和については症状別看護マニュアルにより標準看護計画をもとに個別に看護計画を立案し、対応している。リハビリテーションの必要性の評価は担当医が行い、処方を行っている。身体抑制に関する手順により抑制適用時や抑制解除に関するルールが規定されている。退院調整の手順に従い、入院早期から患者の状態に基づき、多職種カンファレンスで検討のうえ、退院に向けた個別的计划が立案され支援されている。退院後は訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問薬剤指導、訪問栄養指導が行われ、在宅で継続した診療・ケアが提供されている。カンファレンスにおいて医師による判断をもとにターミナルステージであることが多職種で共有され、診療・ケア計画の立案が患者・家族の意向を尊重して行われている。

<副機能：リハビリテーション病院>

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示板等で周知されている。リハビリテーション科の外来は、整形外科術後の患者を中心とした外来リハビリテーションの管理と、ボツリヌス毒素療法が目的の患者がほとんどである。回復期リハビリテーション病棟の入院は、約7割が運動器疾患、その他約3割は脳血管疾患であり、廃用症候群は少ない。病棟への入院経路は、外部の急性期病院から6割、病院内部から4割であり、入院決定は入退院統括部の担当看護師が病棟担当医と相談して決めている。今後は、多職種による会議体での検討を期待したい。入院療養計画書は、合併症管理と患者・家族の意向にも配慮して、作成されており、おおむね適切である。リハビリテーションプログラムは多職種による患者評価に基づいて作成されている。医師は患者・家族と随時面談し、治療方針、経過等を説明している。看護師・看護補助者は、職務規定、基準・手順も整備され、日々多職種と協働しながら、患者支援にあたっている。療法士は計画に基づいた系統的リハビリテーションを365日実施し、患者の個別性に配慮しながら動作指導を行っている。

病棟配置の社会福祉士は、さまざまな医療相談に対応し、入院の前方・後方支援においても中心となって、院内外の支援者・社会資源との調整・連携を図っている。薬剤師は日々の薬剤管理業務を適切に行っている。管理栄養士は多職種と協働

しながら、栄養管理の観点から患者支援をしている。病棟では患者別の「更衣情報シート」、「お食事時の注意」など個々のADL項目についての介助法の表示の工夫や、個々の患者の獲得目標を意識したグループワークなど、生活機能の維持・向上に向けての積極的な多職種協働支援を行っており、高く評価できる。

＜副機能：慢性期病院＞

受診に必要な情報は、ホームページや受付に掲示され、連携医療機関等からの紹介患者は来院前に電子カルテ患者情報登録を行い、紹介専用窓口で受付している。外来診察室では、外来患者の誤認防止やプライバシーに配慮している。侵襲的な検査が必要な場合、主治医が患者・家族に検査の必要性和リスクを説明し、同意書を取得している。慢性期病棟への直接入院はなく、急性期病棟からの転棟であり、急性期治療後の退院調整が主体となっている。地域連携室に診療情報が届き、多職種の担当職員が入院を随時判定している。医師は診断・検査所見より診療計画を決定し、入院時に多職種で患者の病態を評価し、入院診療計画を患者・家族に説明している。入院時に転倒・転落、褥瘡、摂食嚥下などのリスク評価や身体抑制のアセスメントを実施している。入院時のアセスメントをもとに、標準看護計画に個別性が加えられ、リハビリテーション実施計画書や栄養管理計画書を作成している。転入1週間以内に多職種カンファレンスを行い、退院後の生活を見据えた退院支援計画書を作成し、患者・家族に同意を得ている。

患者・家族からの多様な相談内容に対応するため、相談窓口を外来と病棟に設置し、院内の相談や院外の社会資源との調整・連携を行い、相談に対応している。事前に患者および家族に説明し、転棟時のオリエンテーションは看護師により行われ、病室へ案内する際に構造や設備、避難経路も説明している。各病棟に責任担当医が定められ、定期の回診に加えて不在時の代行回診の体制があり、多職種による退院時のカンファレンスにも参加している。病棟の看護基準や看護手順等が整備され、チームナーシングと機能別看護体制で病棟業務が行われている。看護師と介護職によるカンファレンスで患者情報、看護情報等を共有している。言語療法士による摂食機能評価を行い、管理栄養士によるミールラウンドや栄養指導などで栄養管理に努めている。せん妄や認知症高齢者の日常生活自立度も評価し、精神面のケア維持に努め、医師は事前指示を入力するとともに、薬剤を処方し精神科医の往診を依頼する体制がある。病棟に担当薬剤師が配置され、定数内服薬や注射薬を看護師とともに確認・管理している。輸血投与についても確実・安全に実施している。重症患者の管理については、各種疾患の重症患者基準を作成し対応している。

入院時に厚労省の危険因子評価表を用いて、全患者の褥瘡発生リスクを評価している。皮膚・排泄ケア認定看護師と外科医を含む多職種の褥瘡回診で適切に対応している。また、入院時に、全患者対象に栄養アセスメントと摂食機能療法スクリーニングを行い、さらに、全患者の喫食量を把握し、管理栄養士はミールラウンドを実施し、経時的に患者の栄養状態を評価している。疾患および症状別の看護基準と手順が整備され、疼痛・各種症状への評価法や対応等が記載されている。基本的には、リハビリテーションを毎日施行している。言語聴覚士が全患者に摂食嚥下機能

を評価し、食事注意事項用紙を作成している。看護師と担当療法士が排泄・移動能力を評価し、全患者でADL動作を患者の枕元等に提示し情報共有を図っている。介護士や看護師、リハビリ療法士を中心に計画的に日常的なアクティビティを高める取り組みを行っており、療養生活の活性化を図っている。身体抑制を行わないことを前提とし、抑制以外に方法がない場合、医師の指示のもと、必要性和リスク、方法、期間等について、看護師は患者や家族に説明し、同意を得ている。退院時に多職種による退院支援カンファレンスが行われ、退院に向けた課題を明らかにして、退院支援計画書を作成し患者・家族への退院支援を適切に行っている。ターミナルステージの判定は主治医が行い、患者・家族の意向を看護計画に組み込み、同意の上ケアを提供している。看護師が家族の反応や意思を確認し、その後のケアに反映させている。多職種が関与してターミナルステージの治療方針・ケア計画を評価・検討して、グリーフケアの実践や多職種による逝去後の振り返りに繋がれるとさらに良い。

<副機能：緩和ケア病院>

緩和ケアに関する情報は病院ホームページに掲載されている。緩和ケア病棟入院希望の受付は地域医療連携室が直接来院あるいは電話で担っている。入棟予定となった患者あるいは緩和ケア病棟退院後の患者には「かかりつけカード」を渡しており、緊急受診が夜間休日であっても、対応可能な体制を整備しているなど、適切である。DNAR確認を含め、患者受け入れに関する方針を明確化し、患者・家族に十分な説明と同意が行われている。人生の最終段階において患者・家族が納得のいく治療・ケアを受けることができるように、医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション療法士、管理栄養士などの多職種が、患者の訴えを受け止め、痛みを緩和し、希望を叶えることに専心している。緩和ケア専従医師と緩和ケア認定看護師が協力しリーダーシップをとり、地域医療連携室が積極的に患者を受け入れ、病棟看護師が他部署と連携し患者に寄り添いケアを展開している。

緩和ケア病棟における輸血の対応について規定を策定している。患者・家族の同意を確認し、カンファレンスにおいて効果と限界について合意が得られた場合、実施している。褥瘡については、危険因子評価票を用いて褥瘡発生のリスク評価を実施している。緩和ケア病棟に管理栄養士が配置されており、患者・家族の意向の尊重、栄養アセスメントを行い、嚥下機能への配慮に努め、病状の進行に合わせた栄養管理がなされている。症状緩和については、緩和ケアマニュアルが整備されており、おおむね適切である。多職種カンファレンスのなかで、家族の状況、社会資源の利用可能性などを情報共有し、患者の病状と予後を検討しながら退院支援計画を行っている。患者が通院のうえで症状緩和継続を希望された場合には、定期的に来院診療を予約で行っている。病状変化があった際には再入院、時間外の緊急入院も可能な体制を整えているなど、必要な患者に継続した診療・ケアを実施しており、適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部において薬剤の温・湿度管理は適切に実施している。持参薬は鑑別を行い、貴院で採用の薬剤に変更を行っている。院内医薬品集は電子媒体で保管し、月1回改訂を行っている。注射薬を病棟に払い出しは、患者ごと1施用ごとの取り揃えを実施しているなど、薬剤管理機能を適切に発揮している。検体検査における主要な項目はパニック値を設定しており、パニック値が検出された場合には、直接医師に伝達する決まりとしている。生理検査では、負荷心電図などのリスクを伴う検査では、医師が必ず付き添っている。放射線技師は夜間・休日、緊急時の対応も行っており、MRI・CT検査に関してタイムリーな実施が可能である。栄養管理機能については、病棟訪問を行い、患者の状態に見合った個人対応の食事を提供に努めており、評価できる。特に、嚥下食対応表を作成して、複数の参加施設間で転院先や入所先での食事の参考とする情報連携を行っており、高く評価できる。リハビリテーションの実施にあたっては、主治医と連携をとり、カンファレンスにおいて病棟との情報共有を行っている。回復期病棟では365日休みなく訓練を行い、それ以外の病棟では訓練が3連休以上にならないように調整している。代表的な疾患に対するリハビリテーションプログラムを作成して標準化を図っている。診療記録は電子カルテによる1患者1IDで一元的に管理している。診療記録の量的点検は電子カルテ記載内容の確認手順に沿って全件点検している。医療機器の保管・管理は臨床工学技士により一元管理されており、輸液ポンプやモニターなどの医療機器は計画的に定期的に点検されている。中央滅菌材料室では、手術室や病棟、外来などで使用した医療器材の洗浄・滅菌業務が行われており、使用済み器材は一次洗浄を行わず、所定のコンテナに収納して回収のうえ洗浄・滅菌が行われている。滅菌の質保証は、ボウイー・ディックテストや各種インディケーターによる検証が実施・記録されており、滅菌の質保証が手順に沿って適切に行われている。既滅菌物は、各部署の収納場所に保管・管理され、随時の保管状況や数量の点検も行われているなど、適切である。

病理診断は外注で実施しており、組織診断での悪性所見などの報告書が届いた場合には、担当医に直接結果を渡している。輸血の発注・保管・供給・廃棄は検査課が行い、廃棄率の低減に向けた議論を輸血療法委員会で行っている。手術のスケジュール管理は、手術室師長と麻酔科医師、執刀医の間で調整されている。手術が時間外に及ばないように配慮を行っている。術中の患者管理は常勤の麻酔科医師が行い、麻酔時覚醒時の安全性の確保も行っている。病院長の号令の下で、地域で発生する救急患者のニーズに最大限応えるように、救急車を断らない方針を明確にし、救急応需率85%となっている。特に整形外科救急や人工透析患者で入院が必要な患者の受け入れ先として、地域の中での役割を十分に発揮している。7年前には年間救急搬入数が1,000件程度であったが、2019年度は3,500件近くと著増しており、病床規模から鑑みると高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理について、戦略目標、短期目標に基づいた年度予算書が作成されている。病院会計準則に基づいて会計処理は適切に行われている。経営に大きな影響がある事象が発生しても素早い対応、意思決定、実行する経営運営が風土として定着しており、高く評価できる。医事業務については、時間外や休日を含む医事業務・窓口業務の手順は明確にされている。時間外、休日、夜間は医事課職員を配置して対応している。施設基準を遵守する仕組みや未収金の催促・回収する対応体制は確立している。委託業務の是非については業務の質、専門性、効率性の観点から検討されている。委託業者はルールに基づいて適切に選定されている。

病院機能に応じた施設・設備が整備されている。設備・備品の補修・修繕・更新計画、年間の施設・設備の保守管理は計画書を作成し、適切に行われている。保全職員、保安職員により、施設・設備の点検・管理、応急的な修理は適切に行われている。購買に関する議案については関係する各委員会・会議で検討・見直しが行われている。購入希望備品の選定から決定までのプロセスはルールに基づいて行われている。機能的・効率的分類された物品管理の仕組みと週1回の棚卸の実施は、わかりやすい物品管理、正確な余剰在庫、使用期限切れ在庫物品の動向の把握方法として、高く評価できる。

災害時の対応については、消防計画、防災マニュアル、緊急時の責任体制・連絡網、停電時の対応マニュアルは整備されている。小学校で開かれた成育地域活動協議会主催の自主防災訓練では看護師が参加し、講師を務めるなど、地域の災害に対応する姿勢は明確にしており、評価できる。時間外、休日、夜間は保安担当者を常駐して24時間体制の保安業務が行われている。医療事故対応に関するマニュアル・手順を明文化している。院内医療事故調査委員会を中心に事故発生時の初動対応、連絡対応、関係職員の招集など対応体制は明確にしている。

11. 臨床研修、学生実習

看護師、療法士を受け入れている。学生実習について職業教育協定書、受託契約書、誓約書など書面に取り交わし、受け入れ体制は整備されている。実習開始にはオリエンテーションを実施し、患者家族のかかわりについては医療実習への協力について、入院案内に掲示している。また、患者からの誓約書も取り交している。予防接種の確認、実習内容の評価、事故発生時の対応、個人情報保護に対する対応も適切に行われている。

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	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	B
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	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	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	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	B
1.6.3	療養環境を整備している	B
1.6.4	受動喫煙を防止している	B

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	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	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	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	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療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	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	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	B
2.2.20	安全確保のための身体抑制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	必要な患者に在宅などで継続した診療・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

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	S
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	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	NA
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	S

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	A
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
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	S
4.3.3	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	S
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	S
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

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	B
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	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	B
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	A
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	S

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	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	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	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.13	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.14	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	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・食事指導と提供を適切に行っている	A
2.2.17	症状緩和を適切に行っている	B
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	身体抑制を回避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	臨死期への対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人有隣会 東大阪病院

I-1-2 機能種別： 一般病院1、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： 医療法人

I-1-4 所在地： 大阪府大阪市城東区中央1-7-22

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	265	265	+0	84	23.5
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	265	265	+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		
人工透析	55	+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	55	+0
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	30	+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(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
	2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数	198.38	196.17	195.70	101.13	100.24
1日あたり外来初診患者数	36.72	36.28	35.77	101.21	101.43
新患率	18.51	18.49	18.28		
1日あたり入院患者数	231.98	226.90	226.30	102.24	100.27
1日あたり新入院患者数	7.68	7.81	7.55	98.34	103.44