

## 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 6 月 27 日～6 月 28 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、2006 年に事業継承した医療法人弘道会芦原病院を前身とし、同年 6 月に医療法人弘道会浪速生野病院に名称変更するとともに、病棟区分の変更を進めるなどの医療機能の強化が図られている。2014 年 12 月には新築移転のうえ、社会医療法人弘道会なにわ生野病院と改称され、全病棟を急性期一般病床とするとともに、救急医療やがん治療への対応体制の強化、集中治療室や高度治療室、人工透析・血液浄化室の設置、手術機能や放射線画像診断機能などの充実・強化を図り、基幹型臨床研修病院や在宅療養支援病院の指定を受けられている。また、上層階に同法人の老人保健施設を併設するなど、病院における診療・治療から老人保健施設での療養、在宅復帰への一連の流れを支援する地域包括ケアシステムの構築を目指した医療を展開しつつ現在に至っている。

今般の病院機能評価は更新受審であったが、「安心・信頼・貢献」を謳う理念のもと、高度な技術等の獲得、人を敬う優しいプロ、地域の人々への貢献の 3 項目の基本方針の実践に向けて協働する職員の姿を随所に拝見することができた。受審準備や訪問審査における気づき、以下に示す所見などを糧によりよい病院創りに取り組み、地域住民の信頼と満足度を一層高め、併せて職員個々の成長を促しながら貴院のさらなる発展の歴史が刻まれることを祈念したい。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念とともに 3 項目の基本方針が明示され、ホームページや入院案内への掲載等により院内外へ周知されている。組織の設置や職務権限等に関する規程の策定とともに、病院運営の意思決定を担う運営会議をはじめとする合議体や委員会が設けら

れ、幹部職員が課題を認識のうえ、改善に取り組む体制が整えられている。中期事業計画に基づく年度ごとの事業計画が策定され、運営方針や目標、施設設備整備計画等が設定されて達成度が評価されている。電子カルテシステム等が導入され医療情報システム運用管理規程等に則った管理・運用とともに、セキュリティ管理や障害時等の対応手順の整備、医療情報の二次利用などが行われている。文書管理規程が定められ、文書の管理・責任体制や発議、稟議・承認、收受・発信、保管などとともに、診療の場で使用するマニュアル等の作成・改訂に関する承認の仕組みが確立されている。

人事・労務管理では、法令等による医師等の配置標準数を満たし、職員採用計画の策定等により診療機能の強化・充実に向けた取り組みが行われている。労務管理に必要な各種規則・規程が整備され、職員代表者との協定締結や届け出、労働時間の管理、時間外労働の縮減に向けた取り組みなどが行われている。職員の安全衛生管理では、労働安全衛生委員会の設置・開催や定期健康診断の実施、職業感染予防、ホルムアルデヒド等の作業環境測定が行われているが、労働安全衛生委員会の委員構成の見直しが望まれる。職員の意見・要望等が職員満足度調査等により把握され、休業後の就業支援制度の整備や福利厚生の実施などに反映されている。

職員の教育・研修では、全職員対象の教育・研修計画が策定され、医療安全や感染制御、人権・倫理、個人情報保護、専門知識の習得などに関する教育・研修が実施されている。人事考課制度が導入され、医師以外の職種は目標提示・評価シート等による能力評価・能力開発が行われているが、医師に関しても人事考課の実施などが望まれる。基幹型臨床研修病院として研修医を受け入れるとともに、看護職など各職種に応じた初期研修が行われている。看護学生等の病院実習が受け入れられ、医療安全等に関する実習前オリエンテーションの後、各職種のカリキュラムに沿った実習・評価が行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の意思を尊重した医療では、「患者さまの権利」として6点が明文化されて院内掲示やホームページなどにより周知され、診療記録の開示も行われている。説明と同意取得に関する指針等に同意取得を要する範囲や手順等が定められているが、説明・同意書の組織的な管理や患者・家族の反応・理解度等の記録の徹底が望まれる。患者との診療・ケアに関する情報共有では、入院診療計画書やクリニカル・パス、各種資料による情報提供が行われている。患者・家族の多様な相談には患者相談窓口・医療相談室による対応が行われているが、窓口の案内方法の検討や虐待等マニュアルの内容充実が望まれる。個人情報保護に関する規程が定められ、情報システム等の管理・運用、臨床研究等への診療情報の活用などが適切に行われている。臨床における主要な倫理的課題への対応方針が明示され、各部署のカンファレンスで解決困難な課題は倫理委員会で検討する仕組みである。

療養環境の整備と利便性では、交通至便な立地であるうえ駐車場が整備されてバリアフリーが確保され、院内には売店や喫茶室等が設けられている。また、診療・ケアに必要なスペースの確保とともに、患者がくつろげる空間が設けられて安全や

清潔、プライバシー等に配慮した環境が整えられている。敷地内禁煙の方針が入院案内等により周知され、禁煙外来診療や禁煙啓発活動、職員の喫煙習慣の把握などが行われている。

#### 4. 医療の質

継続的質改善のための取り組みでは、病院機能評価受審に向けた診療・業務の質改善に関する部門横断的な改善活動が活発に行われている。診療の質向上に向けた職種横断的なカンファレンスの開催や診療ガイドラインの利用環境の整備、クリニカル・パスの活用等が行われているが、臨床指標の分析に基づく診療の質向上への活用等が望まれる。患者・家族の意見・要望等は、意見箱や患者満足度調査等により収集され、関係部署等の検討を経て意見等に対する回答が院内掲示等によりフィードバックされている。新たな診療・治療方法等の導入については、関係職員の研修や実施機関の見学などが行われ安全面に配慮されているが、倫理・安全面における審議等の規程のさらなる整備が望まれる。

診療・ケアにおける質と安全の確保に関しては、診療・ケアの管理・責任体制が明確にされ、病棟の診療・ケアの責任者が明示されてベッドネームには主治医と担当看護師名が表示されている。診療記録は、診療記録記載基準に従って必要な情報が適時に記録され、診療記録の質的点検や略語集の作成等が行われている。多職種協働による診療・ケアでは、医療安全や感染制御、栄養サポート、褥瘡対策、呼吸サポートなどの多職種構成の専門チームが組織され、介入やカンファレンス、部署ラウンドなどの組織横断的な活動が行われている。

#### 5. 医療安全

患者の安全確保に向けた取り組みでは、院長直轄の医療安全管理室が設置され、専任医療安全管理者や専任の医薬品・医療機器・医療放射線安全管理責任者等を配置して安全確保に向けた体制を確立し、医療安全管理委員会等を開催している。アクシデント・インシデント情報の収集体制が整備されて事例分析や再発防止策の検討などが行われ、部署ラウンドにより改善状況が評価されている。重大事故発生時の緊急対応マニュアルが定められ、速やかな報告等の初動対応や発生原因の究明や再発防止対策を検討する体制が整えられている。

患者・部位等の誤認防止対策は、患者本人の名乗りやリストバンド等による確認、手術部位のマーキングや手術室等でのタイムアウトなどが実践されている。医師の指示出しや看護師による指示受けは電子カルテシステムを用いて行われ、検査結果や所見の確実な連絡などが行われている。薬剤の安全使用に向けた麻薬等の施錠管理や受け払い、ハイリスク薬への注意喚起、抗がん剤のレジメン管理等が行われている。入院時に全患者を対象に転倒・転落リスクの評価が行われ、危険度に応じた予防策の実施、転倒等発生時の速やかな対応等が行われている。医療機器は中央管理され、臨床工学技士による点検整備や職員の研修などが行われている。患者等の急変時の対応では、院内緊急コードの設定や救急カートの整備・点検などとともに、全職種対象のBLS訓練などが行われている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた取り組みでは、院長直轄の院内感染防止対策室に専従の院内感染管理者などが配置され、各部門の代表者による院内感染防止対策委員会の開催とともに、感染制御チームの環境ラウンド、抗菌薬適正使用支援チームによる抗菌薬の適正使用に関する評価・支援、感染対策マニュアルの作成・改訂などが行われている。院内の感染発生状況等の把握に基づいてラウンドが行われて必要な対応が図られ、診療機能に応じた医療関連感染サーベイランスの実施や厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業への参加、ベンチマークなどが行われている。

医療関連感染を制御するための活動では、感染対策に関する指針・マニュアルに沿って標準予防策や感染経路別予防策が実践され、手指衛生や個人防護具の着用の徹底、血液・体液等により汚染された寝具類の管理、感染性廃棄物の分別廃棄や管理などが行われている。抗菌薬の採用・削除は薬事審議委員会で審議され、抗菌薬の予防的投与のクリニカル・パスへの記載、抗菌薬適正使用支援チームによる使用状況の把握や適正使用への注意喚起と指導などが行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携では、ホームページの運用とともに連携医療機関向け広報誌や年報、法人広報誌の発行などによる情報発信が行われている。ホームページには理念・基本方針をはじめ、診療機能や提供する医療サービスの案内、初・再診や入・退院の手続等が紹介されているが、臨床指標等に関する情報の発信が望まれる。地域医療連携室が設けられ、地域医療機関との医療連携やニーズの把握、紹介患者の受け入れ、CT・MRI 検査の予約受け入れなど、連携強化に向けた種々の取り組みが行われているが、患者紹介に伴う紹介元医療機関への治療内容等の報告に関する取り扱い方針の明確化が望まれる。

地域に向けた教育・啓発活動では、患者や地域住民の健康増進に寄与する活動として、医師による講演会や療法士による公民館での健康講演会、看護の日イベントにおける健康・介護に関する相談対応や展示などが行われている。また、地域の医療従事者向けとしては医師による講演会や専門医療技術の紹介、災害医療に関する研修などが行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診等に必要な情報がホームページ等で案内され、総合案内による受診相談への支援や病態・緊急性等に応じた対応などが行われているが、定期的な待ち時間調査や対策の検討が望まれる。患者情報が問診票により収集されて診察が行われ、結果が患者・家族に説明されている。医師により診断的検査の必要性等が判断され、患者・家族の同意を得たうえで安全に配慮しつつ行われている。入院の必要性は医学的に判断され、患者・家族の希望等にも配慮して決定されている。病態の評価に基づいて入院診療計画書が作成され、患者・家族の同意が得られている。患者・家族からの相談窓口には社会福祉士等が配置され、多様な相談等への対応が行われている。入院決定後は入院案内に沿った説明や患者情報の収集等が行われ、入院当日に

は病棟で入院中の注意事項や施設・設備の案内などが行われている。

主治医による日々の回診により患者の病態等が把握され、治療方針の決定や指示などの指導力の発揮、患者・家族への説明などが行われている。看護師の病棟業務では、各種アセスメントやニーズの把握のもとに看護計画が立案・実践されている。病棟薬剤師が配置され、持参薬管理や服薬指導などが行われている。輸血・血液製剤の投与、手術・麻酔の適応検討や説明、術後退室などの周術期の対応、重症患者の管理、褥瘡の予防と治療、栄養管理と食事指導、症状等の緩和、リハビリテーション、身体拘束の最小化への取り組み、退院支援や継続した診療・ケアの支援、ターミナルステージに向けた対応は、いずれも適切に行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では、処方鑑査や疑義照会、調剤・調剤鑑査、持参薬の鑑別等の一連の業務、注射薬の患者別1施用ごと取り揃え供給などが行われている。臨床検査では、診療機能に応じた検査体制が整えられ、検体の取り扱い防止や緊急検査への対応、迅速な結果報告などが行われている。画像診断では、時間外・休日も含めた対応体制がとられ、放射線科医師による読影と報告などが行われている。栄養管理では、調理室内の清潔管理や温・湿度管理などが適切に行われ、適時・適温配膳、患者の特性や嗜好等を踏まえた献立の工夫・検討などが行われている。リハビリテーションでは、365日体制でリハビリテーションが提供され、使用機器の点検や管理も適切に行われている。

診療情報管理では、電子カルテによる1患者1IDによる一元的な管理や病名等によるコーディング、診療記録の量的点検などが行われている。医療機器管理については、機器の中央管理や臨床工学技士による点検・整備、貸し出し管理などが行われている。洗浄・滅菌業務は中央化され、各部署から搬送された器材の洗浄・滅菌、各種インディケーターによる滅菌の質保証等が行われているが、必要な資格者の配置が望まれる。病理診断検査は業務委託で行われている。放射線治療や輸血・血液管理、手術・麻酔、集中治療、救急医療についてはいずれも適切に機能發揮されている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、予算を事業計画や経営実績の分析、各部門・部署のヒアリング等を踏まえて編成し、病院会計準則に則った会計処理を行って経営状況が分析している。また、所定の財務諸表の作成が行われて外部監査法人による会計監査が行われている。医事業務では自動清算機の導入等による利便性の向上が図られ、レセプトの作成・点検、返戻・査定の分析などの診療報酬請求事務、未収金管理等が適切に行われている。業務委託の導入や更新では、経済性等の効果を勘案して委託の是非や委託業者の選定等が行われ、院内各部署により業務実施状況の点検・評価などが行われている。

施設・設備の管理では、病院の規模や診療機能に応じた施設・設備が整備され、日常の管理・運用や定期保守点検、医療ガスの安全管理、感染性廃棄物の院内最終

保管場所での管理などが行われている。医薬品や医療器械、医療材料等の選定が法人本部や関係委員会の審議、稟議・承認を経て調達され、医療材料は院内物流管理システムによる各部署への供給、在庫の定数管理や使用期限管理などが行われている。病院の危機管理では、地震災害等を想定した防災・業務継続計画や消防計画・地震防災応急計画等が策定され、災害発生時の指揮・命令体制や初期対応、緊急連絡体制等が定められている。保安業務では、委託警備員等による院内巡視や施錠管理、防犯カメラによる監視などが行われている。

# 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	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	B
1.1.5	患者の個人情報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	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	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	B
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	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	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	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	B
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	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	B
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	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	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	
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	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	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	B
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	B
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	災害時等の機器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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2024 年 3 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人弘道会 なにわ生野病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 大阪府大阪市浪速区大国1-10-3

### 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	173	173	+0	77	14.3
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	173	173	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	4	+4
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	30	+10
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

### I-1-7 病院の役割・機能等

DPC対象病院 (DPC標準病院群), 在宅療養支援病院

### 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： 3 人 2年目： 2 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 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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	380.23	368.98	353.40	103.05	104.41
1日あたり外来初診患者数	52.78	55.78	48.98	94.62	113.88
新患率	13.88	15.12	13.86		
1日あたり入院患者数	135.51	142.05	143.40	95.40	99.06
1日あたり新入院患者数	9.67	9.76	10.24	99.08	95.31