

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1月19日～1月20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1949年に診療所として開設され、1950年に病院へと発展した。その後、2014年に現在の病院名になり、2019年には現在地へ移転整備を行った。長年にわたり地域の医療需要に応え、多くの機能や診療科を整備してきた。2024年に紹介受診重点医療機関の指定を受け、地域の急性期医療を担う中核病院として、高い救急応需率を実現している。区内唯一の急性期医療機関として地域医療を支え、臨床研修病院として初期研修医の育成にも取り組んでいる。

2008年に病院機能評価の認定を受け、今回で4回目の受審となる。これまで、病院長を中心とした病院幹部のリーダーシップのもと、理念の実現に向けて、職員が一体となって継続的な質改善に取り組んできた。その成果は院内の随所で確認でき、組織としての取り組みが着実に進展している。今後は、これまでの取り組みをさらに発展させ、診療機能の一層の充実を図ることで、地域医療へのさらなる貢献が期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を病院運営の基本とし、院内外へ周知している。病院幹部の選任過程を明確化し、病院運営の方針は管理職会議で決定している。組織体制や指揮命令を明示した組織図や組織規程を作成し、病院運営等に必要な会議や委員会を設置している。法人中期計画の達成に向けた年度計画を作成し、各部門は目標設定するとともに、業績評価制度に基づき個別面談を実施している。診療情報の管理と活用方針は医療情報システム運用管理規程で明確化し、病院で管理する文書は法人の文書管理規程に基づき総務企画課が担当している。

医療法や施設基準に必要な人材を確保し、人事・労務管理に必要な就業規則や規程を整備している。安全衛生委員会では健康診断受診や職場巡視状況などを確認し、職員の意見・要望は、職員意識・満足度調査や面談などを通じて収集して就業支援や福利厚生の実施に努めている。

全職員を対象とした教育・研修は総務企画課が取りまとめ、業績評価制度で能力開発目標を設定し、管理者が面談を通じて資格取得などを支援している。協力型臨床研修病院として、医師は研修プログラムに則って初期研修を行い、看護師等も教育計画を作成して到達目標を明確にしている。学生実習を受け入れ、実習カリキュラムに基づいて計画を立案し、依頼校と連絡・調整を行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利および「こどものけんり」を明文化し周知している。説明と同意に関する方針・基準・手順と対象となる診療行為の範囲を明確にしている。患者と診療情報を共有すべく、患者の主体的な参加責任を示している。また、医師は病状や検査結果を分かりやすく説明し、模型や図を用いて患者・家族の理解を支援している。患者相談窓口を設置し、看護師やMSW等を配置して各種相談を多職種と連携して対応している。個人情報保護に関する基本方針や規程を整備している。臨床での倫理的課題への対応手順について明文化して運用している。患者・家族が抱える個別の倫理的課題については、日常の診療・ケアの中で把握し、部署内カンファレンスにおいて継続的に検討している。また、対応が困難な事例については、倫理委員会へ相談し、組織的な視点から検討している。

来院時のアクセスは最寄り駅から直結し、駐車場を整備している。病院内はバリアフリーで、廊下や階段に手摺りを設置するなど、高齢者や障害者の移動の安全に配慮している。診療およびケアに必要なスペースを確保し、療養環境の維持・向上に取り組んでいる。敷地内禁煙であり、院内掲示やホームページ等で患者・家族に周知している。

4. 医療の質

業務の質改善に向け、法人の内部監査等の課題を管理職会議で検討し、関連委員会や部門の改善活動につなげている。部門単位のTQM活動は発表会で表彰対象になり、優秀演題は公開している。臨床病理検討会や多職種によるデスカンファレンスなど、症例検討会を積極的に開催して診療の質向上を図っている。診療ガイドラインの参照環境を整備し、臨床意思決定支援ツールを導入して端末で利用できるようにしている。患者・家族の意見は投書箱や患者相談窓口、患者満足度調査などで収集している。該当部署で対応策を検討し、組織横断的な検討が必要な内容は患者サービス向上委員会で確認している。新規医療技術や適応外医薬品使用の導入、臨床研究の開始は、倫理委員会で審議している。

病院正面玄関およびホームページで管理責任者および全医師を掲示し、病棟・外来においても医師や看護師長などの責任者を明示している。病棟看護責任者は業務基準に基づきラウンドを実施し、診療・ケアの実施状況を把握している。診療記録

は適時に記載し、多職種で構成する診療録管理委員会が質的点検を行い、結果を検討してフィードバックしている。多職種カンファレンスを開催して継続的かつ一貫した支援につなげ、NST や ICT、AST、リハビリテーション、緩和ケア、糖尿病、褥瘡対策などの多職種チームが部門横断的に活動し、専門性を活かして介入している。

5. 医療安全

医療安全管理室は副院長が室長を兼務し、専従の医療安全管理者が組織横断的に活動している。医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者の役割を明確化している。各部署に医療安全推進者を配置し、医療安全管理委員会や医療安全ミーティング、医療安全部会を開催している。医療安全管理指針および医療安全管理マニュアルを整備している。インシデント・アクシデント報告は電子媒体で作成し、医療安全カンファレンスを随時開催して、必要に応じて RCA による分析を行っている。医療安全管理者はラウンドを行い、改善策の実施状況と成果を確認している。報告文化を醸成のためレベル 0 報告を促し、「グッドヒヤリ賞」として院長表彰を行い、安全意識の向上につなげている。院外の医療安全に関する情報を収集し、院内ニュースとして周知している。医療事故発生時のマニュアルや対応フローを整備している。

患者確認は名乗りを基本とし、医師の指示は電子カルテで受け付け、ハイリスク薬はリスト化と明示で他の薬剤と区別して管理している。全入院患者対象に転倒・転落アセスメントを実施し、結果に応じて看護計画を立案している。医療機器安全使用のための取り扱いマニュアルを整備し、新規機器導入時等に教育・研修を実施している。院内緊急コールを設定し、全職員対象の BLS 研修を医療安全管理室が中心となって実施している。

6. 医療関連感染制御

病院長直轄の感染管理室を設置し、専従の感染管理認定看護師を感染管理者として権限を付与している。感染症対策指針や院内感染対策マニュアルを整備し、感染対策委員会を開催するとともに、多職種からなる ICT を設置している。感染症の発生状況は、感染管理者に連絡が入る体制となっている。CLABSI ならびに下部消化管手術や脊椎手術について、SSI サーベイランスに参加している。院外の連携医療機関の感染状況についても情報交換し、合同カンファレンスも開催している。提携している介護施設に対して、予防策などを指導・助言している。

手指衛生の徹底に向けて各部署をラウンドし、遵守状況の確認やフィードバックに加えて、速乾式手指消毒剤の使用状況をモニタリングしている。看護師は携帯用の速乾式手指消毒剤を個人持ちとし、モニタリングを開始している。感染経路別予防策は多職種に分かりやすい表示を作成し、病室入口に掲示している。抗菌薬適正使用マニュアルを整備し、抗 MRSA 薬やカルバペネム系などの広域抗菌薬を届出制としたうえで、AST が使用状況をモニターして必要時に介入・提案している。院内分離菌の薬剤感受性パターンを把握し、アンチバイオグラムとして情報発信してい

る。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページや SNS、診療科案内で行い、総務企画課がこれらの管理・発行を担当している。広報委員会を開催して掲載内容や更新を確認し、ホームページでは診療内容や医療機能、各部門紹介などを分かりやすく発信している。病院指標は DPC データから作成し、ホームページで公開している。地域医療連携室が前方・後方連携を担い、地域の医療機能やニーズを把握しながら、多くの医療機関・福祉関連施設等と連携している。地域医療懇話会を開催し、紹介・逆紹介を適切に推進している。紹介元への返書は、来院時・入院時の第 1 報を地域医療連携室が行い、必要に応じて診療科へ督促するなど、確実な対応を行っている。健康管理センターを設置し、生活習慣病健診や人間ドック、がん検診など健康増進に寄与する活動を行っている。地域住民向けには、港区健康フェスタなどで疾病予防の講演会を行い、港区男性介護者の集い、すこやか応援 FESTA、池島地域女性会、港区まちの保健室などにも参加している。さらに、市民公開講座や糖尿病 DAY での講演、地域の医療機関・介護施設向けの学習会など、多様な教育活動を実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報はホームページに掲載し、外来診療では問診表や聞き取りなどの情報を収集している。侵襲的検査は必要性・リスクを説明し同意を得ている。医師は医学的に入院の必要性を検討し、治療方針を立案して多職種で入院診療計画書を作成している。地域医療連携室に患者相談窓口を設置して多様な相談に対応し、入退院支援看護師が収集した情報は病棟看護師と共有している。

医師は回診し、看護師は患者の身体的・心理的・社会的側面のニーズを把握して必要な援助を行っている。病棟専任薬剤師は薬歴管理を行い、服薬指導を行っている。輸血開始後はベッドサイドで観察し、バイタル測定を行い記録している。手術・麻酔の適応は、主治医・麻酔科医が術前診察で決定し、HCU では多職種が日常的に介入して機能を発揮している。褥瘡対策マニュアルを整備し、具体的な予防対策などを標準化している。管理栄養士はミールラウンドを行い、個別性に配慮した対応を行っている。症状ケアマニュアルを整備し、対応手順を明確にしている。療法士は患者個別のゴール設定を行い、必要なリハビリテーションを実施している。身体拘束の基本方針を定め、多職種と連携して退院支援計画を立案し、在宅療養を見据えた退院調整を行っている。ターミナルステージでは、患者・家族の意思を確認し、多職種で方針を決定している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は在庫管理に努め、疑義照会は薬剤師会と事前に書面を締結して迅速に対応できるように努めている。臨床検査部門は多くの有資格者を擁しており、パニック値は医師へ直接連絡し、その内容と医師の対応を記録している。画像診断体制を

整え、読影は各科の依頼に応じて診断・治療に活用している。栄養部門では外部のセントラルキッチンで調理した食事を搬送し、再加熱して適時適温で提供している。リハビリテーション部門では、疾患別の訓練プログラムを作成し、セルフトレーニングの資料を配布して訓練の効果を高めている。診療情報は1患者1ID番号で管理し、診療記録の量的点検は全退院患者対象に実施して結果をフィードバックしている。医療機器管理システムを活用し、貸し出し状況を把握して中央管理している。洗浄・滅菌の過程はワンウェイ化し、各種インディケーターで滅菌精度を管理している。

病理診断はセンター化し、報告書は既読管理している。輸血・血液管理は、認定輸血検査技師が発注から返却までを管理し、指針に沿った手順書・マニュアルを整備している。手術室は麻酔科医の部長が管理し、抜管基準と帰室基準を整備している。HCUの集中治療専門医は入室患者の管理を支援し、診療・ケアの責任は各担当医が担っている。救急患者の受け入れ方針と手順を周知し、専従専門医師がホットラインで対応して高い応需体制を維持している。

10. 組織・施設の管理

予算は前年度実績をもとに収益は医事課、費用は経理課が作成し、管理職会議で確認後、理事長が承認する仕組みである。財務諸表は病院会計準則に基づき作成し、外部監査と内部監査を受けている。医事業務では多様な支払いに対応し、レセプトは入院全件・外来は必要時に医師へ点検依頼している。返戻・査定は検討後、担当医へフィードバックしている。施設基準は医事課が責任部署となり、総務課・看護部と連携して管理している。委託業務は経理課が所管し、委託業者との定例会議を通じ業務の質向上に取り組んでいる。

施設・設備は総務企画課が管理し、中央監視室に有資格職員を配置して常時対応している。購買管理は経理課が所管し、医薬品やSPD管理の診療材料、高額医療機器の選定と購入は、関係する委員会・会議で審議・検討を行い、承認を受ける仕組みを整備している。特定保険医療材料の診療報酬請求状況も医事課と連携し、突合を実施している。

地震災害等を想定したBCP確保を策定し、消防計画と防災訓練計画を定め、避難訓練と消防訓練を実施している。停電時対応マニュアルを定め、自家発電機や2系統の受電設備に加え、食料品と飲料水、医薬品を備蓄・確保している。保安体制を整備し、院内巡視と院内各所の施錠・確認は、委託契約の仕様書で定めた手順で実施している。日々の業務内容は業務管理日誌に記載し、報告している。

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	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	A
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	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	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	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	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	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	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	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	A
-------	---------------	---

年間データ取得期間： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2025 年 11 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人地域医療機能推進機構 大阪みなと中央病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 独立行政法人地域医療機能推進機構

I-1-4 所在地： 大阪府大阪市港区磯路1-7-1

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	275	229	-46	72.5	13
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	275	229	-46		

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	-4
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	11	+9
人工透析	21	+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		
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		
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： 0 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

[illegible]

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
		2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数		398.87	395.54	442.85	100.84	89.32
1日あたり外来初診患者数		36.97	37.81	42.91	97.78	88.11
新患率		9.27	9.56	9.69		
1日あたり入院患者数		181.06	169.98	175.75	106.52	96.72
1日あたり新入院患者数		12.58	11.60	11.51	108.45	100.78