

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院3」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23日～1月25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3	条件付認定（6ヶ月）
------	-------	------------

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院3
  1. 担当部門による高難度新規医療技術の実施後および未承認新規医薬品等の使用後の定期的なモニタリングを継続的に実施し、実績を積み上げてください。（1.5.4）
  2. 中心静脈栄養輸液の調製・混合が薬剤師によって無菌的に行われるよう努めてください。（3.1.1）

### 1. 病院の特色

前身の大阪府立成人病センター時代から60年以上にわたって、国内有数のがん診療を提供してきた歴史をもつ病院である。2006年には自治体病院として初の特定機能病院の承認を受けており、その他にも大阪府がん診療連携拠点病院、がんゲノム医療拠点病院などの役割を担っている。2017年に現在地に新築移転した際に「大阪国際がんセンター」と名称を変更し、併設の研究所や次世代がん医療開発センターとも協力しながら、さらに質の高いがん診療を提供している。

総長、病院長をはじめ病院幹部が強いリーダーシップを発揮して、病院職員が一人丸となって、理念である「患者の視点に立脚した高度ながん医療の提供と開発」の実現に向けて質の向上や業務改善の活動を展開しており、今回の訪問審査においても様々な場面でその成果を確認することができた。これらの活動を今後も継続して、さらに優れた病院として日本のがん診療をリードして行くことを心より期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針が定められ、患者・家族、職員に広く周知されている。中期・年度計画として数値目標を設定して課題解決に取り組んでいる。病院幹部の役割と権限は明確で、それぞれの担当分野でリーダーシップを発揮している。センター運営会議をはじめ必要な委員会が整備され、円滑な病院運営を行っている。病院部長会

議の構成、組織図上の専門技術職の位置付けについては検討が期待される。医療情報システムの更新は計画的に実施されており、医療安全や患者サービスの向上を目的としたシステム機能改善の努力がなされている。文書管理規程に則り、文書分類が定められ、文書管理番号を付番して、保管場所や保管年限等の情報が記録・管理されている。

職員の採用は法人本部が一括して行い、傘下の5病院に配属されている。コメディカルスタッフについては増員が望まれる職種があるため、今後の充実を期待したい。人事・労務関連の諸規則が定められ、職員向けポータルサイトで容易に閲覧可能である。職種全般に勤務時間がやや長い傾向があり、今後も継続的な働き方改革の推進が期待される。安全衛生委員会は毎月実施され、健康診断や職業感染対策、特定化学物質の作業環境測定などが適切に行われている。職員の満足度調査や意見箱の設置などにより、職員の意見が収集され、対応が図られている。職員の状況に応じた勤務制度が整備され、休業後の復帰支援もなされている。

全職員を対象とした教育研修は年間計画を立て、実施されている。参加率や教育効果を高める工夫をさらに継続して実施することが期待される。「人事評価制度」を全職員の能力把握と能力開発に役立てており、職種別に院内認定制度等を設けている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明示され周知されている。説明と同意に関する方針、基準・手順書が整備され、患者の意思を尊重した説明同意が実践されている。医療に関する情報は、患者・家族、院内医療者との共有にとどまらず、ピアサポーターとの交流を含めた多彩な支援がなされている。相談窓口を設置し、ホームページ等で案内して多様な相談に応じている。個人情報の取り扱いや管理に関する規程が整備され、漏洩の防止を図り有効な活用を促進する手順が確立している。主要な倫理的課題についてアプローチ方法が定められ、臨床倫理委員会に申請する仕組みが構築されている。倫理的課題の収集と把握は様々な場面で行われ、多職種によるカンファレンスで検討し、課題解決につなげている。

患者・面会者の利便性、快適性への配慮は、施設・設備が充実しており、秀でた状況であり高く評価できる。障害者専用駐車スペースを確保し、バリアフリーに配慮した施設であり、廊下等には手摺りを整備している。デイルームや病室、廊下は広さ、清潔性、快適性に優れ、安全で衛生的な療養環境が維持されている。病院の敷地内は全面禁煙としているが、職員の喫煙率の分析と禁煙に向けた活動に期待したい。

### 4. 医療の質

患者・家族からの意見・苦情は、院内に設置している意見箱などによって収集している。診療科の枠を超えた多くの症例検討会が開催され、臨床指標の収集・分析も適切に行われている。イノベーションセンターを設置し、部門横断的な業務改善活動が活発に行われている。体系的な病院機能の評価、各種立入検査の指摘事項へ

の対応も適切である。高難度新規医療技術および未承認新規医薬品の導入にあたっては適切な承認プロセスを経ており、患者・家族への説明と同意も手順に沿って行われている。実施後のモニタリングについては、さらなる検討が望まれる。

病棟・外来などの責任体制は明確で、医師と看護師が協働し、日々患者のニーズや課題を把握して問題解決を図っている。診療記録には必要な情報が適時・的確に記載されており、質的点検も適切に行われている。病院として使用できる略語も定めており、看護サマリーおよびカンファレンス記録の充実にも取り組んでいる。NST、ICT、AYA 世代サポートチームなど多くの多職種によるチームが課題に応じて参集し、課題解決につなげている。

## 5. 医療安全

医療安全管理部門が病院長直轄部署として設置され、医療安全推進に向けた諸活動を行っている。死亡事例は管理者である総長まで速やかに報告されている。インシデント・アクシデント報告は医療安全管理部門会議で確実に把握され、審議内容や医療安全に関する情報は担当医療安全管理者会議で各部署に周知されている。

外来系の部署では患者・部位確認は確実に実施されているが、入院時の患者確認は2 識別子での徹底を期待したい。医師の指示出し、指示受け・実施確認、画像・病理診断の未読防止などが適切に行われている。やむを得ない場合の口頭指示もルールに則って適切に行われている。常備配置薬の削減等に適切に取り組んでいる。転倒・転落防止対策が各部署・部門で徹底されている。医療機器の使用には臨床工学技士が中心的に関わり、現場での確認、教育や指導が適切に行われている。緊急対応システムとして CPR コールが設定され、RRS を含めて運用されており、職員の BLS 研修も ICLS 看護師の活用で確実に実施されている。

## 6. 医療関連感染制御

感染制御の部門として病院長直轄の「感染症センター」が設置され、専従の ICD・ICN を含む多職種のメンバーが各部署に配置されたリンクスタッフと協力して活動している。毎月の感染対策委員会で検討された内容は確実に周知され、マニュアルも電子カルテ内で全職員が閲覧可能である。ICT は院内の感染発生状況の把握、分析や対策の立案、地域の感染情報の把握、職員への指導・研修など様々な活動を行っている。サーベイランスに関しては、最近 SSI が 22 術式に拡大され、VAP、UTI についても本格的な実施が開始されたところであり、今後の継続的な実践が期待される。

ICT による院内ラウンドが行われ、手指衛生の周知徹底や PPE の確実な着脱、感染性廃棄物の分別・処理等が適切に行われている。抗菌薬については、フォーミュラを策定して不要な薬剤を削減した取り組みは優れた活動である。周術期の予防的抗菌薬使用に関しては、クリニカルパス委員会と連携して標準化している。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の提供する医療サービスに関しては、病院案内、入院案内、ホームページ、広報誌、年報などにより発信している。テレビ、ラジオ、新聞等のメディアにも積極的に対応し、病院の診療機能などの情報を発信している。地域医療連携室では、地域の医療機関等の状況を把握し、連携を円滑に行うために必要な人員を配置して対応している。紹介患者に対する返書管理では、速やかに送付することと、各診療科の返書タイミングの状況を把握することを期待したい。地域の健康増進に寄与するため、患者や地域住民を対象に医師が講演しているほか、地域の医療機関等の医療従事者向けには、症例検討会などを開催している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来は原則紹介患者の診療を徹底しており、待ち時間の低減や待ち時間の苦痛を軽減する対策について様々な工夫がなされている。外来診療における患者情報は情報提供書や予診などにより適切に把握され、説明と同意は患者支援に十分配慮されて行われている。侵襲的検査の説明と同意、実施前の問診、鎮静時の観察手順など、診断的検査は安全に実施されている。入院の必要性は適切に決定されており、病床の決定に際しては患者の状態や希望に配慮されている。入院診療計画書は多職種が関与して迅速に作成され、患者の個別性にも配慮して看護計画が立案されている。医療相談機能としては主になんがん支援に関することに対応しており、院内外の専門職種と連携が図られている。患者の円滑な入院に向けて、入退院支援センターにて入院支援看護師を中心に多職種が連携して支援を行っている。

医師は、回診の実施、患者・家族との面談、多職種との連携、迅速な書類の作成など病棟業務を適切に実施している。看護師は、基準・手順に則って病棟業務を適切に行っている。抗がん剤や抗菌薬投与中の観察手順を定めて、記録を残している。輸血は説明・同意のもと誤認防止にも配慮して運用されている。手術・麻酔の適応や方法の検討、説明と同意、術前・術後訪問、合併症予防、麻酔覚醒時の対応など、周術期の管理はいずれも適切である。ICU、HCU、一般病棟重症観察室を整備し、合併症にも対応できる診療体制を整備して重症患者の管理を行っている。褥瘡の予防・治療では、医師、皮膚・排泄ケア認定看護師など多職種による褥瘡対策チームが効率的に機能している。入院患者の栄養管理は、管理栄養士のアセスメントのもと患者の状態に応じた食事指導や摂食嚥下支援がなされている。苦痛のスクリーニングが行われ、多職種による緩和ケアチームも関与して症状緩和に取り組んでいる。リハビリテーションは、リスク評価のうえ患者の要望にも配慮して計画が立案されている。計画書のリスク欄の記載については、具体的なリスクの記載が期待される。身体抑制の実施の際は、規程に沿った対応がなされている。入院患者の退院に向けて、退院支援看護師と病棟看護師、関係職種が協働して患者の状態に応じた退院指導がなされている。入院前の情報が入院中、退院後も継続して共有され、継続看護が実践されている。ターミナルステージへの対応では、患者の全身状態、患者・家族の意向に基づいて多職種による検討が行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

抗がん剤の調製は薬剤師が適切に行っているが、中心静脈栄養輸液の調製・混合は病棟において看護師により行われていることがあるため、引き続き薬剤師による無菌的な調製・混合の対象の拡大が望まれる。検査室内での作業手順が整備され、精度管理、検体交差の防止、パニック値への対応などが適切に行われている。画像検査は安全に配慮して行われ、確実・迅速な読影および結果報告が行われている。入院患者の食事は適時適温に配慮し、選択食や行事食の提供、患者への個別対応が行われている。リハビリテーションは、病棟との情報共有が適切になされ、連続性も確保されている。診療記録は電子記録を原本とする運用で、記録の量的点検も適切に行われている。医療機器を中央管理し、24時間体制で安全な管理、適正使用に努めている。洗浄・滅菌機能は、トレーサビリティシステムが導入され、各工程でリリース基準を定めて厳密な管理が行われているなど、高く評価できる。

検体交差のない作業工程を整備して多くの病理診断を行っており、がんセンターの病理部門として、その機能を十分に発揮している。放射線治療部門は充実した体制で、国内トップの実績を有するIMRTを含め質の高い診療を実践している。血液製剤の保管、払い出し、回収が適切に行われ、廃棄率は各製剤とも改善している。手術・麻酔機能は、確実なスケジュール管理のもと、がんに対する高難度な手術を医療安全管理部門と協力しながら実施している。集中治療室は、各診療科、多職種連携のもと、がん専門医療機関として十分な機能を発揮している。かかりつけ患者を中心に、虐待への対応を含め、がん専門医療機関として救急医療機能を適切に発揮している。

## 10. 組織・施設の管理

地方独立行政法人会計基準に則り会計処理が実施され、データ分析に基づく経営改善の努力がなされている。部門別目標管理の仕組みがあり、年度計画に反映されている。入院・外来の診療の流れは円滑で、診療報酬請求事務は適切に実施されている。患者負担金の後払いシステムの導入など、患者の利便性への配慮もなされている。業務委託の必要性が検討され、法人本部規程による一般競争入札で業者選定が行われている。業務の実施状況も定期的に把握されている。

施設・設備の管理は、保守点検年間計画表をもとに行っており、業務報告書等で確認している。診療材料等の購入物品の選定は、診療材料委員会で検討し決定している。

消防計画を毎年策定して消防署に提出しており、消防訓練を実施している。保安業務では、警備職員が24時間常駐しており、夜間の出入り口は1箇所にしていく。医療事故が発生した際や可能性がある場合には、速やかに医療安全管理部門ならびに病院長、総長まで報告される仕組みとなっている。

### 1 1. 臨床研修、学生実習

医科の初期臨床研修は、診療科の指導医による評価を EPOC2 に則って実施している。看護師は、厚生労働省の新人看護職員研修ガイドラインに沿って実施しており、その他の職種についても新人教育プログラムなどにより研修を実施し、当直業務が可能な評価も適切に行われている。職種によっては大阪府立病院機構の 5 病院共通の初期研修プログラムも活用されている。

医学生、看護学生、薬剤師、臨床検査技師などの学生実習に対応し、がん医療従事者に対する専門教育も定期的に行われている。

# 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	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	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	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・治療方法や技術を開発・導入している	C
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	S
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	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	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	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	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	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	B
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	C
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	S
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	B
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	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	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： 大阪国際がんセンター  
 I-1-2 機能種別： 一般病院3  
 I-1-3 開設者： 地方独立行政法人  
 I-1-4 所在地： 大阪府大阪市中央区大手前3-1-69

## 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	500	500	+0	84.5	8.5
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神病床			+0		
結核病床			+0		
感染症病床			+0		
総数	500	500	+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
集中治療管理室 (ICU)	10	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		+0
ハイケアユニット (HCU)	16	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)		+0
新生児集中治療管理室 (NICU)		+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		+0
放射線病室	1	+1
無菌病室	37	+0
人工透析		+0
小児入院医療管理料病床		+0
回復期リハビリテーション病床		+0
地域包括ケア病床		+0
特殊疾患入院医療管理料病床		+0
特殊疾患病床		+0
緩和ケア病床		+0
精神科隔離室		+0
精神科救急入院病床		+0
精神科急性期治療病床		+0
精神療養病床		+0
認知症治療病床		+0

## I-1-7 病院の役割・機能等

特定機能病院, がん診療連携拠点病院(都道府県), DPC対象病院(II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： 0人 2年目： 1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

