

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院1」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および7月29日～7月30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
------	-------	----

■ 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。

1. 病院の特色

貴院は大阪市内の高齢化率や一人暮らしの割合が高い地域において、急性期、地域包括ケア、慢性期の病床を有し、また、法人全体では介護老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護・福祉サービスを展開し、地域に密着した医療を提供している。継続して地域の医療需要や国の医療政策等の動向に応じた病床再編を行いながら、将来を想定した病院の在り方を検討していることは評価できる。

医療や業務の質の向上については、継続した病院機能評価への取り組みや受審が行われている。今回の審査において、評価項目全般にわたり一定の水準を確保されていることが確認できた。一方、さらなる向上のため、取り組みが必要と思われる項目も見受けられた。今後、今回の審査の結果も参考にされ、さらに質の向上を図り、地域医療への貢献と地域でより信頼される病院として貴院が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

病院理念および5項目の基本方針を明文化している。内容の検討や見直しについては定期的に行われている。病院長、看護部長、事務部長をはじめ幹部職員はそれぞれの立場で高齢者医療や救急医療など診療の充実、安全・安心な看護の実践、病院の将来の役割やあり方などの課題に向けて積極的に取り組んでいる。重要事項の決定や検討は運営会議で行われ、役職者会議などを通じて院内に周知されている。病院の将来のあるべき姿を示した中・長期計画は2020年度から3か年の目標や計画が示されており、年次計画も取り組むべき課題や目標が文書で示されている。病院の全体計画に沿った各部署・部門の計画も策定されている。情報管理について臨床指標や医療の質評価指標などの把握および活用体制の充実を期待したい。文書管理に関する規程が整備され、文書管理は適切に行われている。

医師、看護師をはじめとする医療スタッフの確保、職員の安全衛生管理および福利厚生など、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。医師、薬剤師、看護師については奨学金制度が設けられている。医療安全管理、感染制御、医療倫理、個人情報保護などの研修は、おおむね適切に実施されている。また、2021年度よりeラーニングも導入されている。職員の能力評価・開発は目標管理制度が導入され、面談等が行われ人材開発や組織の活性化等に活用されている。

3. 患者中心の医療

病院の基本理念と運営方針に沿った「患者権利憲章」が明文化され、患者・家族や職員への周知に努めている。患者の権利に基づく診療記録の開示請求については、原則すべて開示している。説明と同意についての方針と対象範囲は明確であり、統一した書式で行う仕組みが確立している。医師の説明時の同席基準は明確であり、説明後の患者の反応や理解度について記録されている。医療への患者参画の啓発を図り、入院診療計画書や患者用クリニカル・パスの交付などにより患者との診療情報の共有に取り組んでいる。患者支援体制は、医療福祉課の地域連携室に必要な人員を配置し多様な相談に対応し、院内外との連携を図りながら適切に行われている。個人情報保護に関する規程が整備され、現場での対応も適切に行われている。臨床における倫理的課題は、輸血拒否など4項目について病院の方針が定められているが、現場で解決困難な倫理的課題へ病院としての対応方針を定めるなどの継続的な取り組みを期待したい。療養環境については病室、デイルームなど患者が利用するスペースも確保され快適な環境が提供されている。受動喫煙防止対策については敷地内禁煙が実施され、禁煙外来なども実施されている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望は、意見箱や患者満足度調査により収集し適切な対応がなされており改善に活かされている。診療の質の向上に向けた取り組みは、医局において各診療科の医師が集合して退院患者の振り返りを行い、テーマごとの検討なども行っている。また、院内学術発表会を毎年開催するなどの取り組みもある。臨床指標としては、主に手術件数を集計しているが、検査件数など自院の特徴を示す臨床データの集計を期待したい。業務の質改善に向けて、病院機能評価を継続的に受審している。新たな診療・治療方法などの導入の際に倫理的な審査を行う場については最近取り決められたところであり、継続的に取り組まれることが期待される。

診療・ケアの管理・責任体制は明確である。医師の診療記録の質的点検は、項目を定め医師が関わって年間数十件を行っている。看護記録の質的点検についても適切に実施されている。また、退院時サマリーの2週間以内の作成率が直近で向上しており、今後も継続的に取り組まれることを期待するとともに、作成率が100%になる期間の短縮に向けた取り組みについても期待したい。病棟における多職種カンファレンスは定期的に行われ、協働して診療・ケアが実践されている。多職種からなる多くの専門チームが組織横断的に活動している。

5. 医療安全

医療安全確保のための方針は明確で、安全管理責任者の役割と権限を明示している。医療安全管理委員会が毎月定期的開催され、委員会では各部門の責任者による医療安全確保に関する院内状況の把握や、医療安全対策マニュアルの見直しおよび改訂が検討され、安全確保に基づいた院内ラウンドも定期的に行われている。院内のアクシデントおよびインシデント報告は、インシデントレポート管理システムにより各部門から収集し、医療安全管理委員会で再発防止対策等を検討し情報共有している。院外の安全に関する情報は日本医療機能評価機構などから収集し、職員への周知が行われている。

患者の確認は、患者自身に姓名を名乗ってもらうことやリストバンドでの確認などにより行われている。手術室における誤認防止対策については、手順の明文化とともにその遵守が期待される。情報伝達エラー防止対策は、オーダリングシステムにより適切に実施され、画像診断や病理診断での悪性所見の確認体制などはいずれも適切に行われている。薬剤の安全な使用に向けた取り組みでは、麻薬、ハイリスク薬、薬剤の重複投与、アレルギーのリスク回避など確実に行われている。抗がん剤については医師と薬剤師が協働してレジメン登録を行っている。転倒・転落防止では、入院時に全患者を対象に転倒・転落リスク評価を実施し、危険度レベルごとに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。転倒・転落が発生した場合の対応も適切である。医療機器の安全使用については、使用する職員を対象に新機種の導入時や新規採用者研修時に教育・研修を行っている。医療機器の作動確認は、看護師がマニュアルに従い使用中チェックシートを用いて実施している。患者急変時の対応は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。救急カートは病棟・外来などに配置し内容は統一されているなど、患者等への急変時対応はおおむね適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、病院長参加の院内感染対策委員会が毎月開催され、実働部隊として ICT が組織されている。ICT ラウンドが毎週実施され、感染制御に向けた環境ラウンドなどを行っている。他病院との合同カンファレンスに参加するなど、感染状況の把握を積極的に行っている。院内感染対策ニュースを発行して職員への周知が図られている。

現場での感染制御の活動は、手指衛生のための流水での手洗い、個人用の速乾性手指消毒剤の導入や各所に設置している速乾性手指消毒剤の使用状況のモニタリングを実施している。また、汚染したリネンや寝具類の取り扱いは適切に行われている。抗菌薬の適正使用は、自院の分離菌感受性パターンを把握し年間の集計を行っている。広域抗菌薬と抗 MRSA 薬の 6 種類を届け出制の抗菌薬として指定している。自院で抗菌薬ガイドラインを作成しており、手術開始前の予防的抗菌薬投与は薬剤名を指定して対象手術の 100% に実施している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への必要な情報は、ホームページ、病院案内、広報誌などで発信されている。広報誌は年3回定期的に発刊され、地域の医療機関や患者・家族に情報発信されている。活動実績をまとめた年報の発刊も毎年行われている。患者・家族や地域の医療機関にとって、貴院を選択する際に有益な診療実績などの発信について、ホームページの掲載も含めて今後のさらなる充実を期待したい。地域連携機能は、地域連携室にて紹介患者の受け入れおよび退院支援などの業務が行われている。返書管理、紹介元や紹介先のデータのとりまとめ等も適切に行われている。

地域住民や患者・家族への教育や啓発活動は、院内での糖尿病教室などが開催されている。今後、院外での市民公開講座や講演会など地域に向けた積極的な健康教育・啓発活動を期待したい。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者が円滑に診療を受けられる体制は、総合受付、診察順番表示装置の設置、看護師によるトリアージなどで適切に運営されている。外来診療は、初診患者には予診票が準備され、記入が不十分な場合には看護師が追加で問診を行っている。地域連携や患者支援業務は地域連携室が担当している。患者・家族の意向や退院困難な要因などを把握し、多職種によるカンファレンスにおいて情報共有が図られている。医師は、診断的検査の必要性を判断して実施し、侵襲の高い検査については説明書を準備し、書面で説明して同意を得ている。入院の決定は担当医が行い、患者・家族の希望を聴取し、入院日や病室を決定し弾力的に病床を活用している。患者・家族からの医療相談は医療福祉課で多様な相談に対応し、記録も適切に行われている。

医師は毎日病棟回診を行い、患者の病態把握を行っている。また、カンファレンスを週1回開催し病棟スタッフと情報共有を行っている。看護師の病棟業務は、業務手順に基づき、看護師による診療の補助業務や患者の日常生活援助が安全・安楽に配慮しながら行われている。薬剤師は、抗凝固薬使用患者や糖尿病患者を中心に服薬指導を行い、抗がん剤の調製・混合はすべて安全キャビネットを使用して実施している。輸血については主治医が必要性和リスクを検討の上、患者に説明し同意を得て実施している。輸血の手順や患者観察、記録も適切に行われている。周術期の対応は、患者への説明と同意、手術室看護師による術前訪問などいずれも適切である。

褥瘡の予防については、全入院患者に褥瘡リスク評価を行い、評価に基づいて多職種参加の褥瘡対策委員会が関わり、予防と治療方法が検討・実施されている。栄養管理と食事指導は、栄養状態がアセスメントされ患者に見合った栄養管理が行われている。症状緩和については基準・手順が整備され適切に実施されている。リハビリテーションの確実・安全な実施にあたっては、主治医が必要性を判断し、患者・家族の背景や希望を参考にして、指示箋を立てている。今後、リスク評価と中止基準の記載や医師と療法士の協議の記録の充実等が期待される。身体抑制に関する手順により身体抑制を適用する場合は、医師の指示のもとに行い、医師や看護師

が患者・家族に必要性や方法、解除の目安などを説明した上で同意を得て実施している。抑制実施中は、毎日カンファレンスで早期解除に向けた検討がなされ、解除は医師の指示により行われている。患者・家族への退院支援、必要な患者への継続した診療・ケアへの支援は適切に実施されている。ターミナルステージへの配慮や対応では患者・家族の意向に沿って適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤の保管・管理、処方鑑査と疑義照会などいずれも適切である。臨床検査機能は、必要な検査の実施、異常値への対応、精度管理、検体の保管方法など適切である。なお、パニック値は判明すると直ちに主治医に連絡する決まりとなっている。画像診断機能は、タイムリーな検査の実施、放射線科専門医による読影など画像診断の質が確保されている。栄養管理機能は、施設・設備は清掃が行き届き整理整頓され、温・湿度管理も適切である。また、選択メニューや季節食、行事食が実施されている。栄養管理委員会やNST委員会等で課題が検討され食事の改善に活かされている。リハビリテーションの実施にあたっては、主としてカンファレンスにおいて主治医や病棟スタッフとの情報共有を行っている。必要な患者に長期間リハビリテーションが実施されないことのないように継続性は確保されている。リハビリテーション対象の代表的疾患に対する個別のリハビリテーションプログラムについては今後作成が望まれる。診療情報管理機能は、規程が整備され病歴管理、量的点検など適切に行われている。医療機器は臨床工学技士により一元管理が行われており、夜間・休日の対応体制は手順などが明確にされている。洗浄・滅菌業務は、回収・洗浄・滅菌・保管・払い出しに関する一連の業務は適切に行われている。なお、滅菌の質保証については各種インディケーターを使用している。

病理診断は臨床検査科が窓口となり、主として内視鏡の生検検体を外注している。悪性所見の報告が届いた場合には、直ちに主治医に電話で連絡するシステムとなっている。輸血・血液管理機能は、輸血療法委員会を毎月開催し、廃棄率や輸血後感染症の把握などを行っている。輸血の実施にあたっては臨床検査科が窓口となり、輸血のオーダーから発注・保管・供給・廃棄は適切に行われている。手術室内の清潔管理は適切であり、麻酔覚醒時の安全性の確保に関しては、抜管基準や退室基準を設けている。腰椎麻酔時の管理体制について、安全性の観点から体制の見直し・検討を期待したい。救急医療機能は、救急告示病院として年間数百件の救急車を受け入れている。休日・夜間も対応しており、地域の救急ニーズに応えている。虐待が疑われる場合の対応について、明文化され適切である。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に基づき行われており、監査は法人監事によって行われている。予算管理から執行状況の管理・分析など経営全般に関して適切に管理されている。3か年比較の月次収支、人件費、一般管理費や診療報酬額、診療実績などの医事統計を毎月運営会議や役職者会議等で報告している。医事業務は窓口業務、

未収金の管理対応など適切に行われている。業務委託は、委託業務の遂行状況や質の確認、委託職員への研修の実施など適切に対応されている。施設・設備の管理は、日常点検は担当部署と設備管理委託会社が実施し、年間保守計画に基づく保守、定期的な点検は外部委託にて実施されている。院内の清掃も行き届き医療ガス等も含め適切に行われている。物品管理は SPD が導入され、各部署の診療材料は定数管理が実施されており適切である。

災害時の対応については、マニュアルや施設設備の整備、大規模災害を想定した訓練の実施などが適切に行われている。保安業務は、警備員が夜間常駐し、緊急時の連絡体制も明確にされており適切である。医療事故への対応は手順が整備され、原因究明や再発防止策を組織的に検討する委員会の設置の規定も整備されており、病院賠償責任保険の加入など適切になされている。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習の体制を整備し、看護師、薬剤師、療法士等の養成課程から実習生を受け入れている。窓口は総務課に一元化されており、医療安全、感染制御、個人情報保護などに配慮しながら、カリキュラムに沿って実習や評価を適切に行っている。

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	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	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	B
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	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	B
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	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	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	B
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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	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	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	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	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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 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：医療法人同友会 共和病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：大阪府大阪市生野区勝山南4-16-10

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	108	108	+0	76.4	24.5
療養病床	91	91	-12	94.2	434.2
医療保険適用	91	91	-12	94.2	434.2
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	199	199	-12		

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	14	+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	64	+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

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

[illegible]

2. 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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	156.82	187.00	197.16	83.86	94.85
1日あたり外来初診患者数	11.60	17.69	19.54	65.57	90.53
新患率	7.39	9.46	9.91		
1日あたり入院患者数	168.23	179.55	196.56	93.70	91.35
1日あたり新入院患者数	2.82	3.36	3.82	83.93	87.96