

# 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2月20日～2月21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、1951年に開設され、大阪市南部基本保険医療圏の急性期・地域医療を担う中核病院に位置付けられている。稼働病床は、一般病床400床で1日平均約297人の入院患者と約483人の外来患者の診療にあたっている。高度医療機器を備え、地域医療に多大に貢献するとともに、回復期リハビリテーション病床・地域包括ケア病床と地域のニーズに応える病院運営を展開している。日本医療機能評価機構による病院機能評価の受審も4度目であり、受審を重ねるごとに医療の質と安全の向上が図られている。また、協力型臨床研修病院として多数の研修医に加え様々な医療関係職種の育成に携わり、医療・介護に関する教育・啓発活動などにも積極的に取り組んでいる。医療の安全と質の向上を目指す意欲は高く、チーム医療の充実や職員のスキルアップ・キャリア形成を図り、活気ある病院運営に努力されており、良好な状況といえる。今後もさらなる医療の安全と質の向上が図られるよう貴院の益々の発展を祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明確であり、内容についても適切に検討され、院内外への周知も図られている。病院管理者・幹部のリーダーシップは十分に発揮され、課題解決にも積極的に関わっている。病院の中長期計画と年次事業計画は、地域のニーズや各種の病院実績を考慮したうえで作成され、達成度の評価も行われている。一方、リスクに対応する事業継続計画については作成を進めているが、早期の策定と周知が望まれる。情報に関する方針は明確であり、院内の診療に関するデータは一元的に管理され、それらの情報は医療の質向上につながられている。

人材確保については、各種法規上の必要な人材は確保され、病院の規模・役割から見て必要な職種の確保にも努力されている。職員の安全衛生管理については、健康診断受診率は100%であり、職業感染対策や職員の精神的サポートとしてカウンセリングルームを設置するなどの対応が図られている。職員への教育・研修は積極的に行われ、必要度の高い研修についても年間を通して計画的に実施されている。また、新入職員・中途採用者等に対しても充実した体制が整備されている。専門分野の資格取得に対しては、医師・看護部門・コメディカル部門に対して、積極的な支援が見られる。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、ホームページや院内掲示によって明示しており患者・家族への周知にも努めている。職員には研修にて周知し、患者の権利の擁護に努めている。説明と同意についてはおおむね適切に行われているが、病院側の同席者のルールの明確化を期待したい。セカンドオピニオンについては十分な対応が図られている。患者との情報の共有と医療への患者参加の促進は、患者用クリニカル・パス、各種パンフレット、患者情報コーナーの活用等により適切に行われている。患者の支援体制として、患者相談室を設置し、専任の看護師が中心となって各部門と連携を取りながら多様な相談に対応している。個人情報保護は規程が整備され、定期的開催される研修等を通して周知が図られ、遵守も徹底されている。現場での解決が困難な倫理的な事案については、外部有識者も含めた倫理委員会に諮る仕組みが整備されている。

来院時のアクセスは至便であり、患者用駐車場もおおむね必要台数分は確保されている。院内にはコンビニエンスストアやイートインスペースなどが設置され、患者・面会者への利便性に配慮されている。院内は全館バリアフリー構造であり、手摺りや車椅子の設置等、高齢者・障害者への配慮もなされている。外来・病棟ともに十分なスペースが確保され、整理整頓が行き届き、トイレや浴室の安全性・清潔性も確保されている。敷地内禁煙の方針を明確にし、禁煙外来を開設して患者への禁煙教育に注力しているが、職員の禁煙推進に向けた取り組みについては、積極的な禁煙推進に向け一層の取り組みを望みたい。

### 4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望・苦情は、意見箱や満足度調査、退院アンケートなどにより収集されている。また、サービス向上委員会で検討し、迅速に対応して質改善に活用されている。症例検討会、CPC、クリニカル・パス、臨床指標など、医療の質向上へ向けた組織的・継続的な取り組みが適切に行われている。臨床指標については、日本病院会のQIプロジェクトに参加しており、標準的な医療を提供する姿勢も明確である。業務の質改善に関する活動は、TQM推進室で企画・立案を行い、医療の質改善委員会を中心とした複数の組織が運営しており、目標を策定して評価と発表会を行うなど部門横断的かつ計画的に取り組んでいる。新たな技術導入や薬剤の適用外使用については、病院内で審議を経たうえで導入する仕組みである

が、院内ルールの明文化を望みたい。

診療・ケアの管理・責任体制について、ベッドネームに主治医・受け持ち看護師が明記されており、主治医不在の情報も確実に共有できる体制が整えられている。診療録の質的点検の仕組みは整備されているが、開始されたばかりであり、今後の成果に期待したい。医師・看護師を中心に、ICT・NST・緩和ケア・褥瘡チームなどの専門チームや認定看護師の介入等、多職種協働による積極的な患者の診療・ケアが実践されている。

## 5. 医療安全

医療安全の確保に向けた検討は、室長の副院長と専従看護師1名を配置した医療安全管理室を中心に、組織横断的な活動が実践されている。インシデント・アクシデントの報告・収集・分析・対策の検討が適切に行われている。

患者誤認防止対策は、医療安全管理マニュアル内に患者確認・検体確認等が定められ、周知・実践され、処方箋・指示箋への記載や指示出し・指示受け・実施確認等についても適切に行われている。緊急かつ重要な検査結果・画像は、検査技師や読影医から主治医に速やかに報告するシステムであるが、医師から患者への説明実施の確認が可能な体制の構築も望まれる。薬剤の安全な使用に向けた対策はおおむね適切に実践されているが、麻薬・毒薬等については適切な管理に努められたい。転倒・転落防止対策については、医療安全管理室での量的分析、転倒防止チームでの事例分析等による転倒再発防止策の標準化に取り組んでいる。医療機器の安全な使用に向けて、機器を使用する職員への研修の開催・医療機器操作ポイントの周知・担当者の育成等、医療機器の安全な使用に向けた取り組みが実施されている。院内緊急コードが設定され、BLS研修は新入職員全員に行われ、他の職員へはフォローアップ研修が行われるなど、患者の急変時対応に適切な対応が図られている。

## 6. 医療関連感染制御

病院長直属部門として感染制御室が設置され、ICTは週1回のAST・ICTラウンドおよび感染レポートの作成・周知を行い、必要な権限も付与されている。マニュアルは随時改定が行われ、地域の医療機関との研修会、相互評価ラウンドについても定期的に行われている。院内外の感染関連情報の収集・分析・周知は、感染制御室により行われ、治療困難例に関する院外への相談体制も整備されている。一方、人工呼吸器関連による肺炎、手術部位感染の発生状況が把握されていないため、検討されることを期待したい。

医療関連感染制御の活動として、感染制御室で標準予防策・感染経路別対策の規程を作成し周知もされている。病棟等では、標準予防策・手指衛生・PPE着用が実行され、感染リンクナースが実施状況・手技について評価し、リンクナース委員会等で共有している。抗菌薬投与前の培養検査が適時行われ、抗菌薬の使用状況はASTにより主治医へフィードバックされている。周術期の予防的抗菌薬については、具体的かつ詳細な使用指針を追加整備されるとさらに良い。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報委員会が中心となり、広報誌やホームページで診療機能や診療実績を積極的に発信している。約 130 か所の連携登録医施設があり、紹介患者の検査結果や画像 CD を紹介元へ直接届ける取り組みがなされている。また、年 1 回開催する登録医総会などの場を活用して、地域の医療ニーズや状況の把握に努めている。さらに、区内の医療機関情報を院内の掲示板で案内するなど、かかりつけ医からの紹介受診を推進し、地域の中核病院として医療関連施設との連携を積極的に推進している。今後は、さらなる連携強化として、逆紹介率についても把握されることを期待したい。地域に向けた教育・啓発活動については、公開医療講座や糖尿病教室などを数多く開催し、地域イベント等への職員の講師派遣にも積極的に対応している。地域の医療従事者向けに、消化器病フォーラムや循環器フォーラムを開催している。

## 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されており、院内の掲示等においても見やすく、分かりやすく案内されている。外来の各診療科において必要な情報は、随時医師に報告されているなど、診療までの体制は整備されている。侵襲性の高い検査には書面で同意を得ており、同意書を必要とする検査は説明と同意マニュアルに明記されている。入院の必要性と目的についての医師の説明とカルテへの記載は適切に行われている。病棟に空床がない場合にも弾力的な病床活用が行われている。入院診療計画は、患者の病態に応じた診断や評価が行われ、検査・治療計画・看護計画を含めて作成され、説明と同意の取得も行われている。患者相談室に専任看護師が配置され、相談内容によってそれぞれの専門職が患者・家族からの様々な相談に応じている。

主治医・担当医の回診は毎日実施され、患者の病態把握と記録が行われている。また、病棟スタッフとの連携を図り、チーム医療におけるリーダーシップを適切に発揮している。看護師は、基準・手順に沿って業務を行い、多職種と連携しながら患者・家族を中心とした看護を実践している。退院支援にあたっては、退院支援チームと訪問看護師やケアマネージャーも参加して、退院前カンファレンスを行い、患者・家族の希望を取り入れて転院先等の調整にあたっている。退院後の診療・ケアでは、計画を立案し退院後もいつでも病院が受け入れる姿勢であり、患者・家族やかかりつけ医も安心して在宅で療養生活ができる支援体制に大きく寄与しており、高く評価出来る。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、医薬品の管理、疑義照会、副作用の情報収集などおおむね適切に実施されているが、注射薬の 1 施用ごとの取り揃え率についてはさらなる向上を期待したい。臨床検査業務の運営は適切であり、異常値やパニック値の取り扱いも規程通りに実施され、精度管理も適切に実施されている。画像診断は、優良な画像診断機能に努め、読影専門医 2 名によるダブルチェックが行われ、読影結果は翌診療日までに報告されている。CT および MRI の読影率は 100%である。

栄養管理では、喫食調査や嗜好調査の実施、アレルギーのチェック、従事者の健康管理および食材の冷凍保存など、いずれも機能が適切に発揮されている。リハビリテーションは、主治医、病棟、関連部門との多職種カンファレンスが定期的に行われ、方針の確認や実施計画の見直しが行われている。必要性の高い患者に対しては、365 日体制でリハビリテーションが実施されるなど、連続性も確保されている。診療情報管理では、診療記録の量的点検や ICD コーディング、疾病統計の作成、がん登録実務などが行われている。医療機器は臨床工学科で一元管理され、標準化と安全対策が講じられているなど、努力されている。

病理診断機能は、精度確保に努力しており、検体誤認防止対策・所見報告も適切である。輸血業務はマニュアル化された手順で実施されおおむね適正であるが、FFP の廃棄率については低減に向けて検討が望まれる。手術・麻酔機能は、基準・手順が整備され、スケジュール管理・清潔管理・術後管理を適切に対応している。救急医療機能は、二次救急指定病院であり、各診療科が連携して救急患者の受け入れに努力している。

## 10. 組織・施設の管理

予算や財務諸表の作成、会計監査、月次の経営分析などは適正に行われている。医師によるレセプト点検や未収入金の督促など、医事業務は適切に実施されている。委託業者は法人本部で選定し、担当部門で委託業務の実施状況が把握されているが、定期的に委託業務の質を検討・評価する仕組みの構築を期待したい。施設・設備は 24 時間体制で管理され、緊急時の応援体制や緊急連絡網が整備されている。医薬品や診療材料の購入については、委員会で採用の可否を決定するなど、購入・選定プロセスは適切である。ディスプレイ製品の再利用については、再使用の合理的な理由や安全性の根拠を明確にして、限定的に行うことが望まれる。

災害時の対応では、年 2 回の防火訓練に加え、地元医師会と合同による大規模災害訓練を定期的実施しており、非常用発電機の設置や水・食料の備蓄など災害時の対応を適切に行っている。保安業務は、院内主要箇所に防犯カメラを設置し、院内巡視・出入口の施錠管理などを常時複数名の体制で適切に実施している。医療事故発生時の手順は周知が図られており、緊急事故対策委員会や院内事故調査委員会を開催する仕組みが整備されている。紛争化の恐れのある事案は医療安全管理室が中心となり、情報を一元的に管理して対応する仕組みが確立している。

## 11. 臨床研修、学生実習

協力型臨床研修病院であり、教育研修センターが設置され、研修医の教育指導や環境整備など日常的なサポートが手厚くなされている。研修の方針や目標、プログラムおよび研修医が単独で行うことが可能な診療行為などが明文化され、研修医への 360 度評価、指導医評価、到達度の確認なども適切に行われている。医師以外の専門職種でも、職種ごとに初期研修の年間教育プログラムを策定し、チェックリストを用いた評価を実施するなど、初期研修の充実に努めている。

多くの職種で学生実習を受け入れており、実習生の受け入れに必要な事項を規定し、各部門で契約内容や必要書類のチェック、オリエンテーション、契約書類の保管などが適切に実施されている。

# 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	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	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
1.4	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	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	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	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	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	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	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	S
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	B
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	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	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	B
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 年 10 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人景岳会 南大阪病院

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： 大阪府大阪市住之江区東加賀屋1-18-18

## 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	400	400	+0	74.2	21.2
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	400	400	+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)	8	+0
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		
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	42	+0
地域包括ケア病床	48	+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

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： 5 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

## 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

		実績値			対 前年比%	
		昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)		2018	2017	2016	2018	2017
	1日あたり外来患者数	482.91	519.99	532.01	92.87	97.74
	1日あたり外来初診患者数	48.80	51.77	56.38	94.26	91.82
	新患率	10.10	9.95	10.60		
	1日あたり入院患者数	296.68	299.14	286.37	99.18	104.46
	1日あたり新入院患者数	16.08	16.81	16.08	95.66	104.54