

# 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 29 日～6 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 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、中河内二次医療圏で初の地域医療支援病院に認定され、以後、オープンカンファレンスや各種の研修会、講師派遣、登録医制度の充実などに積極的かつ継続的に取り組み、病診連携を重視した運営のもと地域完結型医療を推進している。社会医療法人として公益性を高め、大阪府がん診療拠点病院として指定されている。また、救急指定病院として 24 時間体制を整備し、中河内二次医療圏で高齢化率が一番高い東大阪市の急性期基幹病院の一つとして機能している。さらに、適切な治療を効率良く提供するためのクリニカル・パスを活用するとともに、NST などチーム医療も機能している。

今回、6 回目の医療機能評価受審に際し、病院管理者や幹部、職員が協働して、組織的かつ継続的に準備に取り組み、ほとんどの項目で水準を満たした適切な機能を保有している。今後、各領域・項目の評価所見や総括で指摘した内容を参考に、医療機能および質のさらなる向上に向け、一層の努力を期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針を明文化し、院内外へ周知している。病院組織は幹部の選任過程を可視化し、役割に応じ諸会議や委員会等を通じて病院の運営に貢献している。病院の中長期期計画に基づく年次事業計画および部門・部署ごとの目標は進捗管理され、達成に向け一体的に取り組んでいる。院内で発生する情報に対し、DPC 分析ソフトを活用するとともにベンチマークを行い、DPC 係数変動の要因分析等を詳細に実施して増収に繋げている。また、代行入力マニュアルを作成し、基準と手順を整備している。情報規則に基づいて、各種文書の保管・保存・改訂・廃棄等の管理の

仕組みを定めている。

医療法や診療報酬、施設基準等で定められた医師・薬剤師・看護師・管理栄養士等の必要な人員数を確保し、配置している。求人・採用時には、各部署の業務を一覧して工数管理を行い、必要性の根拠を明確にしている。人事・労務管理においては必要な各種規則や給与規程等を整備し、就業マネジメントシステムを導入して最適化を図っている。職員の安全衛生管理においては、衛生委員会が効果的に機能している。職員にとって魅力ある職場となるよう福利厚生の実施に努めている。

業務遂行上で必要な教育・研修は、病院および法人が一体となった体制を構築し実施している。職員の能力評価・能力開発には人事考課を効果的に活用しており、各種の認定・指導資格取得者を養成し継続して更新できている。基幹型臨床研修病院であり、指導医の下で臨床研修プログラムに基づく研修を行っている。学生実習に対する受け入れ方針は明確であり、施設総務課が窓口として機能している。実習に際しては、実習指導者を明確に定め、実習の質確保に努めている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化して院内各所で掲示しており、病院案内等にも記載して周知している。説明と同意は、絵や図を使用して患者にわかりやすい内容になるよう努めている。患者と診療情報の共有に向け、入院案内や入院診療計画書、クリニカル・パス、検査・手術の説明書などで情報共有している。患者支援体制として患者相談窓口を設置し、多職種と連携して、相談記録も含めて適切に対応している。個人情報保護に向け、院内で使用する電子カルテや業務端末など通信機器のネットワークセキュリティを確保し、安全な院内ネットワークを構築している。病院として倫理の要綱を整備し、現場で解決困難な倫理的課題の検討は倫理委員会で議論している。

利用者の安全性・利便性・快適性に向けて駐車場を整備し、無料送迎シャトルバスを運行している。院内には売店やATM、ランドリー、食堂等を整備し、入院中に必要な生活延長上のサービスは院内で賄える環境が整っている。療養環境については、病棟では、全体的に明るく柔らかな雰囲気を出している。病棟の病室・廊下・面談室・処置室など、診療・ケアに必要なスペースは確保され、空調も適切に管理している。受動喫煙防止に向けて敷地内禁煙を実施し、院内掲示や入院案内、ホームページ等で患者・家族や職員に周知している。患者の健康推進のための禁煙外来や、高校生への喫煙に関する講演を行っている。

### 4. 医療の質

業務の質改善に向けて、病院全体で毎年BSC活動に取り組んでいる。各部門から提出された活動の評価は経営会議で行い、優秀な部署については毎年院長表彰を行っており評価できる。診療の質の向上にはクリニカル・パスを活用し、毎月開催するパス委員会で多職種によるバリエーション分析を実施し、評価や見直しにより精度を高めている。患者・家族の意見・要望は、意見箱やホームページの問い合わせフォームなど多角的に収集して検討し、駐車場の拡充などの具体的な取り組みに繋げて

いる。新たな診療や治療方法の導入時は、診療科部長の判断により関連部署の勉強会などの取り組みを行っている。

病棟の入口に責任者名として、看護課長・薬剤師・管理栄養士などを明記している。病棟看護課長は適時に病棟を巡回し、看護の提供状況を確認している。診療録規約が定められ、診療録監査基準も作成されている。研修医の診療録記載については、指導医のカウンターサインがあり確認されている。多職種協働については、栄養サポート・感染対策・褥瘡対策・緩和ケア・呼吸器ケアチームなどが組織され、効果的に活動している。特定看護師を救急外来やICUなどに配置し、専門的能力が発揮されるなど多職種が協働で診療・ケアを展開している。

## 5. 医療安全

医療安全に関する体制は医療安全委員会が機能し、医療安全管理者や医薬品安全・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者の役割を明文化している。医療安全対策推進チームにより、継続的に現場の状況が把握されている。インシデント・アクシデント情報は、報告用紙に記載され、医療安全部で収集しデータ化している。医療事故等に備え、医療事故院内調査対応手順や発生時対応手順等を整備し、患者・家族のニーズに対応するため医療メディエーターを2名配置している。

患者・部位・検体などの誤認防止対策として、医療安全マニュアルに状況と場面ごとの確認方法を明文化している。情報伝達エラー防止対策には電子カルテを活用したシステムが機能し、医師事務作業補助者が電子カルテ上で代行入力した指示は、医師により確実に承認される仕組みを構築し実施されている。薬剤の安全な使用に向け、薬剤のアレルギー・禁忌情報は電子カルテの患者情報に登録され、重複処方や併用禁忌薬処方を未然に防ぐ仕組みが構築されている。転倒・転落防止対策として、入院時に全患者対象に転倒・転落アセスメントシートを用いて危険度評価を行い、看護計画を立案して予防策を実施している。医療機器の安全使用には臨床工学技士の専門性を活かし、全看護師を対象に職員研修を実施している。患者等の急変時の対応体制を整備し、BLS研修を年2回全職員対象に実施しており、緊急招集訓練も定期的に実施している。AEDは各救急カートに設置し、看護師や臨床工学技士が点検・整備している。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向け、病院長直轄の医療安全部に感染対策室を設置し、権限のあるICDを中心とするICTが院内の感染制御を担っている。ICTはICD・ICNに加え、感染制御認定薬剤師を含む薬剤師、微生物検査担当の臨床検査技師、臨床工学技士、事務職から構成され、各職種が分担して病棟と院内各部門の回診を行い、感染予防対策を実施している。院内の感染症発症や薬剤耐性菌の検出状況は、ICTのもとに収集・分析が行われ、感染対策委員会を通じて職員に周知されている。

医療関連感染の制御に向けては、指針やマニュアルを整備し、各部署の感染リンクナースも関与しており、手指衛生や個人防護具の着用、感染経路別の予防策の定着などを図っている。抗菌薬の適正使用には、抗菌薬使用マニュアルに基づいて、

ASTは届け出が必要とされる9種の使用例と血液培養陽性患者を対象に、使用抗菌薬の評価や治療介入を行っている。ASTの取り組みとして、直近5年間でESBLs感染に対して狭域第2世代セフェム系薬の使用を推奨し、カルバペネム系薬の院内使用量を減少させ、緑膿菌に対するカルバペネム系薬の感受性が有意に改善した事例があり、ASTが推進した抗菌薬の適正使用による成果として評価できる。

## 7. 地域への情報発信と連携

施設総務課が患者・地域住民・関係機関向けに広報誌を年4回発行し、地域連携課が地域の医療機関向けに「地域連携だより」を年数回発行している。ホームページは随時更新し、外来や受診案内、DPCに基づく病院指標や診療実績、医師の活動実績、採用情報、各種活動案内、地域の医療関係者向けの情報、病院機能評価受審結果公表などをわかりやすく掲載している。地域の医療機能・医療ニーズの把握には地域連携部が機能し、地域の医療機関を渉外担当の事務職員が毎月訪問し、脳卒中ホットライン強化のために脳外科診療部長が継続的に訪問している。登録医ホットライン電話なども導入しており、紹介率・逆紹介率は毎年向上している。地域医療支援病院運営委員会などを通じ、連携のさらなる充実に向けた継続した取り組みは高く評価したい。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動については、市民公開セミナー「健康教室」を毎年開催し、院内では、がん患者会やがん患者サロン、理学療法士による転倒予防の体操指導などを実施している。さらに、地域連携課が企画して地域の医療従事者向けのセミナーを開催し、オープンカンファレンスも開催している。認定看護師の講師派遣のほか、感染制御チームが地域の医療機関や高齢者・障害者施設からの感染対策相談に応じ、訪問指導を行うなど、地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は適切である。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院した患者の円滑な診察に向けてホームページや院内掲示などを活用するとともに、病院正面玄関にサポート要員を配置し、トリアージや相談対応、案内・誘導など支援している。内視鏡や造影を伴う画像検査など侵襲を伴う検査実施時には、文書を用いて説明を行い、同意を得ている。外来担当医は病態や検査結果に基づいて入院を決定し、入院の根拠を診療録に記載している。入院時に各種のスクリーニングを実施し、入院診療計画書を迅速に作成している。病棟での患者・家族の相談希望には、病棟担当の社会福祉士がいつでも対応できるよう体制を整えている。

医師は定期的に病棟回診を行い、患者の病態を把握して診療録に記載している。多職種でカンファレンスを行い、診療情報を共有して患者の治療方針を明確にしている。看護師は多角的にリスクを評価して看護計画を立案し、患者・家族へ説明している。投薬・注射の確実・安全な実施に向け、必要な説明や観察が実施されている。輸血・血液製剤投与および周術期は、説明と同意のもと手順に沿って実施され、記録されている。重症患者の管理、褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事支援、症状緩和は、客観的な評価に基づき、カンファレンスなどを通じて最新の情報を共有し、専門性を活かした対応に努めている。

入院早期から脳血管系・運動器系・心大血管系・呼吸器系・がんのリハビリテーションを実施し、患者・家族の要望を取り入れた実施計画を立案している。身体拘束（抑制）は、フローチャートの判断基準に基づき手順に沿って実施している。日々のラウンドにより転院や退院予定者を確認し、週1回の多職種カンファレンスで情報を共有し支援している。退院後に診療・ケア等の継続支援が必要な患者には退院前カンファレンスで多職種により検討し、外来ではストーマ・スキンケア外来などで継続支援を実施している。ターミナルステージの方針は緩和ケアマニュアル明記し、主治医が患者・家族の意向を確認して診療・看護ケアについて話し合い、適切な終末期ケアに繋げている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理においては、必要な疑義照会や持参薬確認、情報提供など迅速に実施している。臨床検査および画像診断は病院機能に相応した体制を整備しており、結果の報告・連絡も的確に実施されている。栄養管理においては、衛生環境を維持しながら患者個別の対応に日々取り組んでいる。リハビリテーションは連続性を確保した体制を構築している。診療情報管理においては電子カルテを導入し、医療情報システム管理規程に基づいて、電子カルテで診療記録を管理している。院内の医療機器管理に向け、臨床工学技士が24時間365日対応する体制を構築している。洗浄・滅菌機能は手順に沿った中央化を推進している。

病理医と臨床検査技師で病理診断を実施しており、病理医が直接電話で依頼医師に結果を伝えている。放射線治療は、対象疾患を明確にして適切な治療計画作成と品質管理を実施している。輸血・血液管理においては輸血療法委員会が機能し、廃棄率の低減が図られている。手術・麻酔は、綿密なスケジュール調整のもと緊急手術にも対応し、患者・手術部位の確認から手術開始時のタイムアウト、閉創時の確認、手術終了、搬送までの一連の手順は適切に行われている。集中治療では、日々の責任医師のもと、毎日多職種でカンファレンスを行い、入退室基準に基づいた運用と治療方針を検討している。救急医療については、救急指定病院として24時間365日対応している。当直医とオンコール医、看護師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、臨床工学技士、事務職員を配置して運用している。不応需件数と症例は毎月の経営会議やICU・救急委員会に報告し検討している。虐待疑い対応の手順も定めており、適切な救急医療機能を発揮している。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、事業計画に基づいた年度予算案を作成し、予算管理のもとに運営している。医事業務は医療情報課職員が担当し、窓口の受付から収納業務までをマニュアルに則って実施している。施設基準の遵守に向け、医療情報課が看護部の協力を得て毎月自主点検を実施し、最新の状態で管理している。業務委託は、施設総務課が契約などを管理し、日報や業務報告書により遂行状況を把握している。業務内容や価格・品質の見直しも適切に実施している。

施設・設備管理は施設総務課が管轄し、経年劣化対応として必要な外壁タイル貼

り替えや防水改修を計画的に実施している。院内の医用テレメータ等の無線チャネルを臨床工学技士が把握し、重複がないように設定を維持・管理している。購買管理には組織的な検討・管理体制を構築している。医薬品・診療材料は毎月棚卸を実施し、不動在庫の調査や定数配置の見直しを行って合同運営会議に報告している。医療材料は SPD システムを導入し、効率的に発注・搬送・在庫管理を行っている。

災害時等の危機管理への対応は施設総務課が管轄し、災害医療協力病院として必要な BCP を作成し、グループウェアで職員に周知している。消防計画や BCP に沿った消火・避難誘導訓練には、夜間想定を加えて年 2 回実施している。食糧・飲料水の備蓄は必要数を院内に分散確保している。保安業務も施設総務課が管轄し、事務管理当直者と受付業務委託および委託保安警備員を配置して、時間外の患者受付や施設巡視などの夜間保安業務を行っている。緊急時の連絡網を整備し、応援体制も明確にしている。

# 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	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	S
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	B
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	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	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	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	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	B
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	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	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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2023 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： 社会医療法人若弘会 若草第一病院

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： 大阪府東大阪市若草町1-6

## 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	230	230	+0	89.7	13.7
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	230	230	+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)	6	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	4	+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		
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

地域医療支援病院, 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： 2 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

	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)	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	184.41	191.42	218.31	96.34	87.68
1日あたり外来初診患者数	36.85	38.29	45.87	96.24	83.48
新患率	19.99	20.01	21.01		
1日あたり入院患者数	206.33	204.26	196.69	101.01	103.85
1日あたり新入院患者数	14.02	13.18	14.81	106.37	88.99