

# 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2月15日～2月16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	条件付認定（6ヶ月）
------	--------	------------

## ■ 改善要望事項

・機能種別 一般病院 1

1. 診療情報の一元的な保管・管理について、見直し後の運用に沿って継続的に実践してください。（3.1.6）

### 1. 病院の特色

貴院は開設以来、腎臓・透析医療の専門病院として地域医療に大きく貢献してきた。現在でも「腎臓病治療」と「地域医療」を「2つの治療の柱」として掲げている。透析導入における腹膜透析の推進やオーバーナイト透析への対応、在宅治療のサポート、在宅復帰に向けた治療・リハビリテーション、生活習慣病の予防と早期治療など、その取り組みを具体的に示している。最近では、地域の慢性腎臓病や透析医療機関と連携を深め、地域が一体となった取り組みにも注力している状況を今回の訪問審査でも確認できた。

医療・ケアの質を向上させるために病院機能評価を継続して受審しており、病院幹部職員は地域でのポジションを十分に理解し、常に改善に取り組む姿勢で病院運営にあたっている。今後は、今回の受審結果をもとに改善活動を継続されるとともに、課題に対しては組織的に取り組み、一層の発展へと繋がられることを期待する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針を明確に定め、院内外に周知している。幹部職員は現状の課題を把握し、運営会や管理職会議、各委員会にて課題解決に向けて取り組んでいる。年次事業計画は、上半期と下半期に分けて実施計画を示し、部門別に取り組むべき事項を明確にしている。院内の情報は医療情報科が管理し、有効に活用している。病院組織として必要な文書類や電子カルテ内の文書は、規程を定め管理している。

人員確保に努め、新規採用は病院単独ではなく、法人全体で採用活動を行っている。

る。人事・労務管理に必要な規則・規程を整備し、法人のポータルサイトでいつでも閲覧・確認することができる。職員の安全衛生管理では、職場環境整備や職員健康診断、ハラスメント対策など、労働安全衛生委員会の規則・規程に沿った活動がある。魅力ある職場づくりに向けて職員満足度調査を継続的に実施している。男性職員の育児休暇取得の実績も多い。

全職員に対して必要性が高い教育・研修を計画的に実施し、未参加者に対しては動画視聴やテストを実施して理解度も確認している。人事考課制度を導入しており、キャリア開発の仕組みも確立している。多くの職種で学生実習を受け入れている。各職種で共通する実習前の標準化したオリエンテーションを実施して学生実習を行っている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は「患者さんの権利と職員倫理」として示している。内容については、様々な手段を用いて患者・家族、地域住民および職員に周知している。説明と同意に関する指針があり、同意書の書式は統一している。各種の計画書や冊子・パンフレット、さらに専門チームの働きかけによって、患者の医療への参加を促進している。患者・家族からの相談窓口は入退院サポートセンターが担い、医療福祉相談科とともに、多様な相談に応じ、多職種との連携も図られている。患者相談カンファレンスでは、事例報告等を行い、今後の支援に活かす評価も行っている。個人情報保護に関しては、院内規程および教育・研修を通じて職員へ周知を図っている。倫理的課題に対する方針は、「臨床倫理指針」に明記している。倫理的課題は、情報収集シートやカンファレンスの検討記録など、アセスメントツール以外も加えて、評価・分析する仕組みの構築を期待したい。

院内は診療・ケアに必要なスペースを確保し、施設・設備に関しては点検表を用いて定期的に院内ラウンドを実施し確認している。車椅子等は日常点検を実施し、不具合時の対応体制も確立している。敷地内は全面禁煙であり、院内掲示等で患者・家族に周知している。

### 4. 医療の質

法人本部と連携し、長年にわたってTQMに取り組み、業務改善活動を推進している。改善テーマを設定して、その進捗状況を委員会で確認している。委員会での協議に基づき必要に応じて軌道修正を行い、実績を上げ、PDCAサイクルが確立した一連の活動は秀でており評価できる。多職種参加のカンファレンスを開催し、チーム医療の充実が図られている。医療の標準化などを目的に、診療ガイドラインに沿ったクリニカル・パスを数多く作成している。医療相談や院内に設置している「ホットメール」（意見箱）、患者満足度調査等により患者・家族からの意見や要望を聴取し、医療サービスの質向上に努めている。新たな診療・治療方法等の導入の検討は、医局会がその役割を担っている。

外来・病棟における管理・責任体制を明確にし、診療・ケアの管理責任者を患者・家族に明示している。診療記録は記載マニュアルに基づいて電子カルテに記録

している。診療録および看護記録の質的点検も実施している。多職種で構成した数多くの専門チームが積極的な活動を展開し、多職種による協働体制がある。特に、専門である慢性腎臓病に関しては、患者へのサポート体制が充実しており、多職種でのアプローチもあるなど一連の取り組みは高く評価できる。

## 5. 医療安全

医療安全管理指針と医療安全管理マニュアルを整備し、必要に応じて改訂をしている。医療安全管理者の職務権限を指針内に明文化しており、安全確保に向けた体制は確立している。医療安全カンファレンスでインシデント・アクシデント事例の分析・再発防止の検討を行い、立案した対策の評価は、医療安全管理者と部署のリスクマネジャーのラウンドで確認している。医療事故発生時の対応は、初動体制や報告、緊急対策会議の招集、原因究明や再発防止に向けた協議・検討の場の設置など、医療安全管理マニュアル内に明記している。

患者確認は、患者本人のフルネームと生年月日の名乗りを基本とし、場面に応じて、受診票とリストバンドの照合を行っている。医師による指示出し、看護師の指示受け・実施等の確認は電子カルテで確実にを行っている。ハイリスク薬の表示を再度確認し、院内で統一することを期待したい。また、病棟の配置薬剤の区分けの明確化を期待する。入院時に転倒・転落のリスクを評価し、評価に応じて対策を立案している。医療機器の安全な使用に向けた運用体制がある。患者等の急変時に際して、院内緊急コードを設定している。招集がかかると ICLS の訓練を受けたチームが駆けつける体制を構築している。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策室を設置し、専従の ICN および専任・兼任の ICD 等を配置して活動している。感染対策委員会は、毎月会議を開催し、感染対策の決定機関として機能している。感染対策チーム（ICT）は院内ラウンドを実施し、感染症発症状況を確認して環境改善などを行う役割を担っている。抗菌薬適正使用支援チーム（AST）は外部より感染症専門医をアドバイザーとして招聘し、抗菌薬の適正使用に向けて活動している。

個人防護具は必要な場所に配置し、速やかに使用可能である。患者1人あたりの手指消毒回数を指標として定め、目標値を設定して感染対策の徹底に努めるとともに、サーベイランスを実施し、結果を感染対策委員会で報告するなど、医療関連感染を制御するための活動をしている。抗菌薬の取り扱いについては、適正使用指針を整備している。ASTはカンファレンスを開催して必要があれば主治医に情報をフィードバックし、抗菌薬の適正使用に努めている。抗MRSA薬や広域抗菌薬の使用は届け出制とし、使用状況も把握している。アンチバイオグラムを作成して臨床場面で活用するなど、抗菌薬の安全使用に取り組んでいる。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院広報誌「蒼空」や連携医療機関向け広報誌、透析患者向け広報誌など、多様

な情報を目的別に発信している。広報はホームページを含め、広報委員会が担当している。ホームページには患者・家族に向けた医療サービスの内容をわかりやすく掲載している。さらに、腎不全教室や透析患者向け運動の動画、入院案内の動画などの発信を活用し、地域に的確な情報を発信している。地域の医療・福祉施設等との連携は、地域医療連携室が担当している。定期的に連携医療機関を訪問し、自院の診療体制を紹介するとともに、地域医療機関のニーズの把握にも努めている。逆紹介患者に関しては、紹介受け入れ患者と同様に情報を管理する体制の構築を期待したい。地域の健康増進に寄与する活動では、地域住民を対象にした健康講座を開催している。地域の透析医療機関との情報交換交流会や連携セミナーを開催し、医療知識や技術向上の支援活動を積極的に行っている。

## 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察を受けることができるように、ホームページには受診の流れなどを掲載している。診断的検査は医師が説明を行い、必要時には同意を得て実施している。医師による病態評価や看護師等によるリスク評価とアセスメントを実施して、入院診療計画書に反映している。円滑に入院できるように入退院サポートセンターが対応している。入院時の患者への対応については、センター内に関係する各職種が出向き、必要な説明や持参薬の確認、アセスメントに必要な情報の収集など、患者・家族に負担がなく、かつ確実な対応体制である。

医師は多職種と協力して診療にあたり、チーム医療のリーダーとして機能している。看護基準や手順を整備し、アセスメントをもとに看護計画を立案してケアを実施・評価している。投薬・注射および輸血・血液製剤投与は確実・安全に実施している。手術・麻酔の適応・方法等は術前カンファレンスで検討している。管理栄養士は病室を訪問し、嚥食状態を確認するとともに、必要時には食事形態の変更等にも対応している。疼痛および症状緩和に関して、緩和ケアマニュアルを整備している。

主治医や関係職種、および患者・家族からの情報をもとにリハビリテーション計画書を作成している。身体抑制が必要な場合は、必ず医師が説明し同意書に署名を得ている。抑制実施後は解除に向けて常時検討を行っている。入院時の退院支援スクリーニングにより退院困難の要因を把握し、退院支援を行っている。腹膜透析、在宅透析患者には在宅へ訪問して対応しているなど、継続した診療・ケアを実施している。人生の最終段階の判断は、多職種からなる医療・ケアチームで検討し、状態に応じて環境にも配慮している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では処方箋の鑑査、疑義紹介、調剤後の確認は確実に実施している。注射薬の供給体制では、1施用ごとの払い出し率の向上に向けた取り組みを期待したい。臨床検査科ではチーム医療のメンバーとして業務に取り組み、機能を発揮している。画像診断は病院の役割・機能を発揮し、他の医療機関からの検査依頼も積極的に受け入れ、地域医療に貢献していることは評価できる。管理栄養士と委

託業者とが連携し、衛生面に配慮した食事を提供している。リハビリテーションでは、多職種と連携して患者の状態を把握し、療法士間でも情報を共有して方針を決定し、訓練を実施している。診療記録の量的点検は点検項目を定めて実施している。診療情報の一元的な保管・管理について、見直し後の運用に沿って継続的な実践が求められる。医療機器は臨床工学技士による日常点検や業者による保守点検を行い、一元的に管理している。滅菌業務では、中央材料室はワンウェイであり、清潔と不潔は交差していない。各種のインディケーターを用い、滅菌の質保証を確認している。

病理診断は外部委託であり、悪性所見などの異常がある場合は、速やかに担当医に連絡し、連絡したことを確認できる仕組みも整備している。輸血関連業務は臨床検査科が担当し、血液製剤は専用保冷庫で保管・管理している。廃棄率については、低減に向けて、さらなる取り組みを期待する。複数の常勤麻酔科医を配置し、手術・麻酔機能を発揮している。地域で求められる救急医療体制があり、受け入れ状況も委員会で検討している。

#### 10. 組織・施設の管理

予算は、現場からの意見等を聴取し数値や目標を定め、予算案を起案している。月次で予算比較を行い、運営会で課題等を検討し、改善策を講じている。監査体制については、外部の監査法人に依頼している。診療報酬請求においては医師がレセプト点検に関与し、返戻・査定については組織的に対応している。マニュアルに則って未収金にも対応している。委託業務の状況は、委託業者との定例会や病院の委員会への出席で業務の質を管理している。病院側からの必要な教育・研修を計画的に実施するとともに、委託業者が自身の従業員に実施している研修状況も把握することを期待する。

施設・設備の管理は業務委託しており、管理責任部署は経営管理科である。施設の経年劣化の把握と安全管理のために定期ラウンドを実施している。診療材料等はSPDを導入しており、外部業者が院内に常駐して管理している。医薬品は薬事委員会で選定を行い、医療機器の購入・更新は院内で審議し、法人理事会で承認する仕組みが確立している。

災害時の対応では、BCPや防災安全対策マニュアル等を策定し、BCPは適宜見直しも行っている。保安業務は業務委託しており、24時間体制で管理している。

# 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	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	患者の個人情報を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	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	B
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	S

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	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	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	B
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	S
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	A
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	栄養管理と食事支援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	A
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	C
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	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	
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	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	B

## 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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2023 年 6 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人愛仁会 井上病院

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： 大阪府吹田市江の木町16-17

## 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	127	127	+0	68.2	17.4
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	127	127	+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)		
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	200	+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	33	+0
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), 在宅療養支援病院

## 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： 0 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

I-2-2 年度推移2