

# 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11月12日～11月13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1985年にひかりクリニックとして開設し、1987年に現在の摂津ひかり病院へと改称・発展した。「ひかり」には二つの思いが込められており、一つは「地域に医療のひかりを」という地域への貢献、もう一つは「太陽と月のひかり」を象徴する24時間の受け入れ体制である。訪問診療・看護・リハビリなど在宅療養機能が充実しており、多くの来院患者に対して自宅から病院までの送迎サービスを提供していることから、地域住民にとってまさに医療の「ひかり」となっている。

今回は4回目の病院機能評価受審であり、さらにISO9001の品質マネジメント認証も取得するなど、病院全体で医療の質向上に取り組んでいる。常勤医師による「ケースカンファ」には多職種が参加し、術前訪問も手術に関わる多職種で実施している。こうした職種間の垣根が低く、風通しの良い職場環境の中で、職員一人ひとりが同じ方向性を持ち、病院をより良くしようとする強い意欲が感じられる。これからも地域住民に信頼される病院として、貴院がさらに発展していくことを期待したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

「ひかり」をテーマにした理念と基本方針を整備し、毎年度病院目標を策定している。病院の意思決定は運営会議で行い、中期計画をベースに年度計画を策定し、病院事業計画を定めている。達成度確認・評価をマネジメントレビューにて実施し、PDCAサイクルで管理している。院長は職員の就労意欲や経営参画意識の醸成に注力し、職員がより幸せに働ける環境づくりに取り組んでいる。院内で取り扱う情報および文書は、規程を定めて管理している。診療機能に見合った人員を確保

し、就業規則や職務・業務分掌の規則・規程を整備している。人事考課を実施して処遇に反映し、医師や看護師の働き方改革に向け、年度ごとに目標を策定して進捗を管理している。職場巡視は産業医と安全衛生委員会メンバーで実施し、ストレスチェックを行い、院内のアンケートボックスを通じて産業医へ相談できる体制も整えている。職員の意見・要望については、職員満足度調査の実施に加えて職員意見箱も設置し、日頃から声を拾える体制を整えている。

全職員向けの教育・研修の企画・立案・予算確保等は教育委員会が担当し、職員の能力評価・能力開発は基本的にラダーを利用している。理学療法士の学生実習を受け入れ、臨床実習指導者講習会を修了した指導者が依頼元指定のカリキュラムに沿って実施している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利と責務を明文化し周知している。説明・同意に関する指針・手順を定め、治療方針は医師が説明し同意を得て、患者・家族の反応を記録に残している。医療相談室には社会福祉士を配置し、相談内容に応じて院内外の多職種と連携している。個人情報の管理規程や保護方針を策定し、職員ハンドブックに記載するとともに研修会を開催している。倫理的課題に対する方針を明確にし、臨床倫理委員会を設置し規程を策定している。臨床現場での倫理的問題は、多職種カンファレンスで臨床倫理の4分割法を用いて検討している。解決困難な倫理的課題については、臨床倫理委員会に申請し、解決に向けて検討する体制を整えている。

外来患者用送迎バスや車椅子対応の送迎車を運行し、必要な患者を door to door で送迎する体制を整え、安心して通院できる点は高く評価できる。買い物代行サービスを提供するとともに、外国人对応については翻訳サービスを活用して支援している。院内は整理・整頓され、空調、採光、照明を配慮した静かでくつろげるデイルームを整備している。禁煙外来を開設し、敷地内禁煙を実施している。ホームページや入院案内、院内掲示にて周知し、敷地内巡回も実施している。

### 4. 医療の質

職員は院内で気づいたさまざまな事象を記載・提出し、責任者会議で病院幹部は内容を吟味するとともに、必要に応じて速やかに対策を講じている。院長、副院長をはじめとする常勤医師が多職種で「ケースカンファ」を開催し、全入院患者の情報を各職種で共有し記録として残している点は評価できる。診療ガイドラインを活用し、臨床指標については褥瘡対策委員会の月別集計結果を可視化している。患者・家族の意見は意見箱やオンラインアンケートで収集し、各部署が作成した対応策を責任者会議で共有したうえで院内に掲示している。患者満足度調査も実施し、意見内容の傾向と対策を分析して各部署に周知している。

新たな診療・治療方法や技術の導入、薬剤の適応外使用、臨床研究について、臨床倫理委員会で審査・検討する仕組みがある。診療・ケアの責任体制を明示し、病棟担当の多職種も表示している。看護師長は病棟ラウンドを行い、環境整備や患者のケア実施状況などを把握している。診療記録に必要な情報は遅滞なく記載され、

医師の診療録は定められた評価基準に基づき多職種で質的点検を行っている。種々のカンファレンスで多職種が情報共有しながら、目標達成に向けてケア計画を実践している。また NST・褥瘡対策委員会・ICT など多職種で構成された委員会と専門チームが連携し、治療やケア、退院支援、自立に向けての介入などを行っている。

## 5. 医療安全

医療安全に関する指針・運営基準を定め、医療安全部門の下部組織としてリスクマネジメント委員会と医療安全対策部会を設けている。医療安全管理者研修を修了した理学療法士が実質的なリーダーを務め、医薬品・医療機器・医療放射線の各安全管理責任者は、組織横断的に活動できる権限が付与されている。マニュアルは適宜見直している。インシデント・アクシデント事例の報告体制を整備し、収集・集計するとともに、対策の遵守状況を継続して評価している。医療安全対策部会は、チェックリストを用いてラウンドしている。アクシデントの分析はケースに応じて「なぜなぜ分析」を実施している。院外の医療安全に関する情報を収集して発信し、自院の事例は全体朝礼などで周知している。医療事故対応マニュアルを策定し、迅速に対応できる体制を整備している。

患者確認は、名乗りを基本とし、リストバンド確認や3点認証、マーキングなどを行っている。医師の指示出しと看護師の指示受けは電子カルテ上で行い、ハイリスク薬を定義し、ラベルで注意喚起している。転倒・転落防止マニュアルに則り、危険度に応じて対策を立案し、多職種で共有し実践している。使用中の医療機器の日常点検と管理は、チェックリストを用いて使用部署で行い、使用前後の点検・管理は医療機器安全管理責任者が実施している。院内緊急コードを設定し、全職員を対象に急変時招集訓練と BLS 訓練を行っている。

## 6. 医療関連感染制御

各部門の責任者からなる院内感染対策部会を開催し、その下部組織として多職種からなる ICT を設置している。院内感染対策の指針やマニュアルを整備し、網羅的にわかり易く情報を記載している。ICT のメンバーは部署ごとのチェック表を用いて環境ラウンドを行い、耐性菌発生動向を収集・集計している。CLABSI、CAUTI のサーベイランスを行いフィードバックしている。

各病室入口に擦式アルコール手指消毒薬を設置するとともに、職員に携帯式消毒薬を配布し、1 処置 1 消毒を徹底している。また個人の携帯式消毒薬の使用量をモニタリングし、分析と個別指導を行っている。ゴーグルは個人管理であり、マスクは常時着用している。ケアに必要な个人防护具を必要箇所に配置し、PPE の確実な使用を実践している。抗菌薬の採用・中止については薬事委員会で判断している。抗菌薬の適正使用に関するガイドラインを整備し、届出抗菌薬を定め、ICT は使用状況と継続の是非を検討し、必要に応じてデ・エスカレーションの提案を含めた介入を行っている。アンチバイオグラムを作成し、電子カルテ端末付近に掲示して情報提供している。さらに、感受性試験結果をまとめたレポートを作成して周知している。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院に関する地域への発信は、ホームページや広報誌、情報パンフレット、院内掲示板、病院年報等で行い、情報は定期的に更新しホームページは随時更新できる体制となっている。地域医療連携部職員が医療機関や施設を直接訪問し、医療ニーズの把握と情報交換を実施している。関連施設との病院・施設会議で情報共有を行うことで連携を図っている。顔の見える関係づくりが構築できており、病院・施設間での紹介・逆紹介が円滑に遂行できている。定期的な介護・医療連携推進会議で地域の医療ニーズや事例を検討し、院内外の多職種で情報共有している。紹介・逆紹介患者は地域医療連携部で一元的に管理し、返書などの関連書類も適切に取り扱われている。また、保健所の連絡網に参加し、情報交換を密にしている。健康管理センターを併設し、住民の健康診断、生活習慣病検診、がん検診等を実施している。院内では栄養教室や放射線診断等に関する外来者向けセミナーを開催し、院外では感染症ネットワークなどの会議に参加して講義も行っている。また障がい者施設に医療職を派遣し健康指導を行っている。中学生や高校生の看護体験等の学校研修を開催し、将来の医療職を目指す若者の発掘に貢献している。市民公開講座を開催し、コミュニケーションセンターで市民向けの健康講座を実施している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報をホームページ等で案内し、各部門が連携して円滑に患者を受け入れている。初診患者情報は問診票を活用し、各種アレルギー情報を電子カルテ上で情報共有している。紹介患者の情報を事前に取得し、緊急入院依頼についても速やかに受け入れている。侵襲的検査は安全・確実に実施し、医学的判断に基づいて入院を決定している。入院診療計画書を多職種で迅速に作成し、患者・家族からの各種相談に多職種と連携して対応している。医師、看護師は適切に病棟業務を実施し、薬剤師はチェックシートを用いて服薬指導と薬歴管理を行っている。

輸血・血液製剤投与は適正使用指針に基づいて実施している。手術適応は診療科で検討し、併存症リスクのある患者については内科と連携するとともに、必要に応じて他院へ紹介している。重症者の管理には多職種が関与し、褥瘡予防や栄養管理、疼痛緩和の取り組みも適切である。主治医がリハビリテーションの必要性を判断し、理学療法を早期に開始している。病院の方針として、患者の人権を尊重し身体拘束は行わないことを基本姿勢としている。全入院患者を社会福祉士が訪問し、患者の希望を把握し退院支援を行っている。在宅退院に向けて早期から介入し、院内外の多職種と連携している。ターミナルステージは判断基準に基づき最終的に主治医が判断し、患者・家族の意向を尊重している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門は、処方鑑査や疑義照会、持参薬の鑑別、注射薬の1施用ごとの払い出しなどを確実に実施している。臨床検査部門は、ニーズに対応した検査を実施し、精度管理やパニック値報告手順も適切である。診療放射線技師は画像診断レポートのチェックを行い、異常所見はオーダー医師に直接報告している。栄養管理部門は

適時・適温の食事提供を行い、行事食にも取り組んでいる。リハビリテーション部門は、急性期から慢性期まで一貫したリハビリを提供し、通所リハビリや訪問リハビリにも取り組み、地域のニーズに応えている。診療情報を一元管理し、診療記録の量的点検には診療情報システムに組み込んだ点検機能を用い、チェックシートに基づいて全例を確認している。医療機器安全管理責任者である病棟師長が医療機器の安全使用に向けて対策を立案し、「機器カルテ」を作成して一元管理している。洗浄・滅菌業務は中央化し、各種インディケータで滅菌の質を保証している。

病理報告書は臨床検査技師が内容を確認し、悪性が疑われる所見などがある場合は医師へ報告して署名確認後に電子カルテへ登録している。輸血・血液管理は検査部門が担当し、血液製剤の発注・保管・管理を適切に実施している。手術室の清潔管理、薬剤・機器管理、術中患者管理など適切に行っている。救急告示病院であり、病院機能に応じた救急車搬送患者や救急患者を受け入れている。

#### 10. 組織・施設の管理

病院予算は、各部署の申請に基づき予算会議を行い、院長・事務長・看護部長会議で承認し、会長が決裁している。収支分析により原価計算を行い、病院会計準則による財務諸表等により経営管理を行っている。グループ合同会議や運営会議で毎月の実績と進捗管理を説明し、全体朝礼で報告している。医事会計では、支払い方法の多様化に対応し利便性を向上させている。レセプトの作成、点検、返戻・査定はマニュアルに基づいて処理している。施設基準を遵守すべく、事務長が各部署にデータを求め確認している。委託業者との契約は事務長が管理し、業務内容の評価項目を定め、適正に遂行されているか確認している。委託業者と定期的な連絡会を開催し、業務内容の報告と意見交換を行っている。設備担当職員は、設備の日常点検や定期的な法定点検の業者への依頼・立会いを行っている。省エネルギー対策として、LED照明器具の設置や太陽光発電等を整備している。医薬品の選定は薬事委員会で行い、医薬品購入システムを導入し、必要最小限の在庫としている。医療消耗品については、発注と検品に内部牽制が機能している。災害時の危機管理としてBCPを策定し、定期的に訓練を実施している。緊急連絡網を整備し、大規模災害時の職員参集の基準を定めている。保安体制を整備し、院内見回りと施錠管理を行っている。業務内容は事務当直日誌に記録している。

# 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	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
1.3.3	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	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	S
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	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	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	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	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	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	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	B
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	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： 2024年 7月 1日 ~ 2025年 6月 30日  
 時点データ取得日： 2025年 7月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名 : 摂津ひかり病院
- I-1-2 機能種別 : 一般病院1
- I-1-3 開設者 : 個人
- I-1-4 所在地 : 大阪府摂津市鳥飼八防2-3-8

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	50	50	+0	86	37.6
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	50	50	+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	2	+0
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		
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	47	+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 :

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 : 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
- オーダーリングシステム  1) あり  2) なし PACS  1) あり  2) なし

