

# 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10月15日～10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

1970年に開設され、2015年に現在の堺市に移転開院し、新たな病院の理念・経営方針（基本方針）をわかりやすい表現で明文化して院内外に周知している。急性期医療を中心に地域医療機関と連携を図り、地域における中核病院として役割を果たすべく機能強化に努めている。移転開院を機に診療機能の一層の充実を図り、集中治療室の設置や専門別センター化への取り組み、さらには診療支援部門の充実に努めている。新型コロナウイルス感染症患者の受け入れにも協力するなど、医療の質の向上や安全・感染制御などに積極的に取り組んでいる。

病院長のリーダーシップのもとに病院幹部はそれぞれ統括する領域においてリーダーシップを発揮しており、今回の訪問審査では病院が一丸となって取り組んでいる状況が確認できた。一部で課題も見られたため、今後病院機能のさらなる向上に向けた取り組みを期待するとともに、今後の発展に役立てれば幸いである。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・経営方針（基本方針）を具体的かつわかりやすい内容で策定している。地域の中核病院としての役割を果たすために、病院長を中心とした病院幹部は病院運営にリーダーシップを適切に発揮している。中長期計画を基に各部署で年度目標を設定し、目標達成に向けた取り組みを推進し、効果的・計画的な組織運営を実施している。情報システムは、一元的に管理し情報管理に関する方針とデータの有効活用を適切に行っている。文書を管理する仕組みはおおむね適切であるが、一元的に管理する仕組みの構築に努められたい。

人材確保は、法定ならびに施設基準などで定める必要人数を確保・配置している。人事や労務に必要な各種規則や規程を整備し、時間外労働の削減や有給休暇取得率の状況を把握し取得の実施に取り組むなど、人事・労務管理は適切である。職員の衛生管理や職業感染、労働災害、公務災害、院内暴力への対応も適切である。魅力ある職場づくりに病院全体で積極的に取り組んでいる。

教育・研修は、全職員を対象とした教育・研修を企画・立案し適切に実施している。職員の能力評価・能力開発は、医師以外のすべての職種に人事評価制度を導入し、職員の業績評価や行動能力を把握・評価し、キャリア形成に繋げている。診療部門においても、客観的な人事評価制度の導入を推進していくことを期待したい。

### 3. 患者中心の医療

患者権利章典で患者の基本的な権利と責務について明文化され、患者の主体的な医療への参加支援を目指している。説明と同意に関する方針にインフォームドコンセントについて明記し、適宜改訂を行っている。患者の支援体制は、総合支援センターで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っている。個人情報保護等に関する規程を整備し、職員に周知している。また、患者の診療や生活上のプライバシーにも配慮している。

臨床倫理指針の中に基本診療指針・診療原則などを定め、倫理委員会で検討する仕組みを整備し検討している。患者・家族の倫理的課題についてはカンファレンスで Jonsen の 4 分割法を用いて検討している。さらなる職員意識の啓発・向上を目的として、多職種を交えた定期的な勉強会・検討会を継続的に開催することを期待したい。

患者・面会者に対する利便性は、病院玄関前にバス停の設置や、来院者用の駐車場の整備、シャトルバスの運行が行われている。生活必需品、入院に必要な物品および郵便については病院内にコンビニを設置している。院外の道路、駐車場から病院玄関・総合受付まではバリアフリーが確保され、障害者用駐車場の確保も適切に行われている。院内は療養環境の整備に努め、外来、病棟には絵画が展示され、癒しの空間の配慮が行われている。

### 4. 医療の質

患者意見箱の設置や日本医療機能評価機構が実施する患者満足度調査を実施し、結果を分析・検討しており改善に活かしている。症例検討会やカンファレンスを活発に実施し、診療ガイドライン、クリニカル・パスの活用にも積極的である。日本病院会 QI 推進事業に参加し、ホームページで公表している。また、他病院とベンチマークを行い診療の質向上に努めている。業務の質改善は、病院機能評価の受審を通して院内の改善活動につなげるよう努めているが、継続的な業務の質改善活動を期待したい。新たな診療・治療方法や技術の導入は、臨床診療指針で方針を定めている。

外来・各部署・病棟ともに責任者を明示しており、病棟看護師長は、病棟ラウンドを行い、診療・ケアの状況や患者ニーズなどの把握に努めている。診療録記載マ

マニュアルを定め適切に記載している。入院診療録の質的点検を開始しているが、今後継続的に点検を実施することを期待したい。入院時に看護師が転倒・転落、褥瘡など、リスク評価を行い多職種と情報共有し、専門活動に繋げる体制を整えている。病棟では、多職種によるカンファレンスを開催し、褥瘡ケアチーム・NST・RSTなどが定期的にラウンドを行い、専門的立場から診療・ケアのサポートを積極的に行っている。

## 5. 医療安全

安全確保のための多職種による組織体制を整備している。医療安全部門を設置し、医療安全活動を実施している。インシデント・アクシデントの情報収集、分析を適切に実施し、医療安全委員会や安全ニュース等により各部署に周知されている。

患者の確認は、フルネームの名乗り、生年月日の確認とリストバンドの照合で確認を実施している。検体等のバーコードやリストバンドの照合、手術室においてはタイムアウトや部位のマーキングを実施しており、検体・部位の誤認防止にも取り組んでいる。情報伝達エラー防止対策は、処方箋・指示箋の記載、医師の指示出し・実施確認、指示受け・実施が、電子カルテ記載ルールに則って行われ、検査結果のパニック値も確実に担当医へ知らせる仕組みを確立している。薬剤の安全な使用に向けては、ハイリスク薬の注意喚起や重複投与のリスク回避など、薬剤の安全な使用に向けた対策に取り組んでいる。転倒・転落防止に向けた取り組みは、入院時アセスメントシートを用いて全患者を評価し、危険度に応じて看護計画を立案し防止対策が実施されている。各種医療機器に関する使用マニュアルを整備し、安全に使用するための教育を計画的に実施している。患者の急変時対応は、救急カートが全部署統一され、職員緊急招集の仕組みが整備されており、BLS や ACLS 等の研修を実施している。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、病院長直轄の感染対策室を設置し、院内感染管理者として ICN1 名を配置し、ICT、AST を組織している。院内感染防止対策委員会を毎月開催し、医療関連感染制御の活動を決定している。感染対策マニュアルは改訂を重ね、電子カルテのトップページで閲覧可能となっている。院内の感染発生状況は、院内分離菌、感受性、各種耐性菌の出現頻度などを把握し、アンチバイオグラムの年1回作成している。ターゲットサーベイランスとして SSI を実施しているが、以前に実施されていた BSI、UTI についても再開し、医療関連感染制御に向けて活用されることが期待される。

感染対策に関するマニュアルが整備され、手指衛生等のスタンダードプリコーションが励行されている。感染性廃棄物や汚染リネン類の管理も手順に沿って実施されている。抗菌薬の適正使用に関する指針を適正使用ガイドラインとして整備し、AST が主治医へ指導・アドバイスを行うとともに、抗菌薬使用状況に関して医師への定期的なフィードバックを実施し、抗菌薬を適正に使用している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域の医療機関や患者・家族にとって必要な情報は、病院ホームページ・病院のご案内・広報誌などにより発信し、年報を毎年発行している。地域連携機能は総合支援センターの医療連携室が中心となって十分に発揮している。病診連携や病病連携を強化するための懇談会や連携会を主催し、開業医アンケートなどを実施し地域の医療機関の声やニーズの把握に努めている。地域住民への教育や啓発活動は、現在新型コロナウイルス感染症の影響により開催が困難な状況であるが、院外では地域住民に参加してもらう市民公開講座、幼稚園・小学校での出張検診、出張 BLS 訓練、市民マラソンやスポーツ大会への救護支援などを行っている。院内では糖尿病教室や母親教室、小児科医による発達障害児の支援など、多様な試みを実施しており適切である。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診のために必要な情報は、病院ホームページなどにより案内し、円滑な診療が図られるよう努めている。外来診療では、患者情報を電子カルテで共有し、説明書を用いるなど分かりやすくする工夫を実践している。主治医は診断的検査の必要性を検討し患者・家族にその内容を説明し、同意取得の上実施している。入院の決定は医学的判断に基づき外来担当医が行い、入退院支援センターで看護師が入院に必要な手続きなどを説明し安心した入院生活が送れるよう配慮している。入院後早期に患者基本情報を収集し、入院診療計画、看護計画、栄養計画などを作成している。総合支援センターでは、相談内容により適切な担当者が対応している。

医師は毎日回診して病態を把握し、チーム医療のリーダーとして役割を発揮している。看護師は入院時に患者の身体的・精神的・社会的なリスクを診断し、看護計画の立案と患者・家族への説明を適切に行っている。投薬・注射は薬剤の必要性和リスクを医師が説明し薬剤師が支援して確実・安全に実施している。輸血は医師が輸血適応を検討し、患者へ説明し同意を得たうえで投与しており、手術においても手術適応と術式を検討し、主治医が患者・家族へ説明し、同意を得て適切に対応している。一般病棟で対応困難な重症患者や術後ハイリスク患者を ICU で、急性期脳血管障害は SCU に、それぞれ入退室基準に則って管理している。

入院時に全患者に褥瘡リスク評価を行い、リスクに応じた適切なケアに繋がっている。管理栄養士は栄養管理計画書を作成し看護師と共有している。臨床診療指針の緩和ケアの項目を整備し、疼痛管理・症状緩和を行っている。リハビリテーションは、リハビリテーション科医師が評価を行い、確実・安全に実施している。身体抑制は、医師より身体抑制に関する説明を行い、同意を得て実施している。

退院後の継続ケアが必要な場合には、退院調整看護師・MSW が中心となって医師・看護師等の多職種とのカンファレンスや院外との調整を行い、支援内容を確認している。ターミナルステージへの対応は、終末期医療に関するガイドラインに基づき実施している。患者・家族の心理過程に配慮した療養環境の考慮を行っている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、持参薬の鑑別・管理、処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会を手順に沿って適切に行っている。検体検査はブランチラボで、生理機能検査、輸血検査を病院所属の臨床検査技師がそれぞれ確実に実施し、内部・外部精度管理も適切である。画像診断検査は、CT、MRI など緊急検査に積極的に対応し迅速な撮影に努め、専門医による読影率もほぼ 100% で、画像診断機能は適切である。

食事は適温適時で提供され、病室訪問や多彩な季節メニューや個別対応の実施などが行われている。リハビリテーションは、急性期に加えて、回復期および通院リハビリテーションなど広範なニーズに対応している。診療情報管理機能は、1 患者 1 カルテを採用し、診療情報の一元管理や取り違え防止策、閲覧ルールなどセキュリティ管理の徹底がなされている。量的点検の実施は見直しがなされ、点検体制の整備や実施に関する職員への周知が行われている。医療機器管理は、中央化し一元管理されている。医療機器の受け払いや医療機器ごとの点検、定期点検などを記録している。中央滅菌室はワンウェイ化し、使用済み機器の一次洗浄を行っている。滅菌効果の確認も、物理的・化学的・生物学的インディケータを使用している。

病理標本作成を外部委託し、非常勤の病理診断医が診断・報告する仕組みである。悪性所見等が判明した場合は技師が電話で依頼医へ報告し、見落としを防止している。プレパレート、ブロックは臨床検査科で保管し、ホルムアルデヒドの管理も適切である。輸血・血液管理機能は、病院長を委員長、責任医師として輸血療法委員会を定期開催し、輸血療法の効果・副作用等を報告・承認し、適正使用の推進を図っている。麻酔科医が手術室管理責任者として緊急手術も含めて多くの手術に適切に対応している。集中治療機能を整備し、重症患者の治療にあたり、多職種が積極的に関与している。二次救急告示病院として 24 時間断らない救急を基本方針として体制の構築を図っている。医師のみならず多職種が当直体制で対応している。虐待事例にはマニュアルを整備し対応している。

## 10. 組織・施設の管理

病院会計準則に基づいて会計処理は適切に行われている。会計監査は外部の公認会計士により実施している。経営状況は法人の会議等で月別収支や予算の執行状況を報告し、院内では各所属長会議や医局運営会議などで各種医事統計等を報告・把握・分析している。医事業務は、外来業務を全面委託で実施し、未収金の対応も適切である。査定・再審査請求は組織的に検討し適切に対応している。業務委託の検討及び業者選定は業務の遂行能力や経済原理などに基づいて行われており、委託業務の実施状況把握と評価は部署の担当者により適切に行われている。

施設・設備の管理は委託会社職員が毎日 24 時間常駐し、保守および点検は適切に実施している。廃棄物の回収・処理を適切実施している。物品管理は委託業者による SPD 管理方式により行われ、新規材料導入時は組織的な検討体制がある。ディスプレイ製品の再利用は一部のものについて安全性や感染制御について組織的に検討して行われている。

災害時の対応は、災害訓練が実施され、備蓄倉庫に必要な物品が保管されている。保安業務は警察官 OB と委託会社の警備員の 24 時間常駐により適切に実施されている。医療事故発生時の対応は、医療安全マニュアルを整備している。事例は医療安全対策室で集約し原因分析を行い、医療安全委員会で再発防止策を検討している。重大事故発生時は、医療事故調査専門委員会を立ち上げ対策している。また、医療メディエーターの有資格者の養成に取り組んでいる。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院であり、1・2 年目の研修医がたすき掛けも含めて 5 名在籍している。医師の初期研修は、臨床研修管理委員会のもとでプログラムに沿って実施されており、臨床研修委員会や症例検討会等を通じて、研修医と指導医との意見交換を図っている。また、指導医やプログラム責任者が定期的に研修医と個別面談を行い、要望等を聴取している。看護師や薬剤師などについても初期研修プログラムが策定されているが、全職種についてさらに詳細な研修内容や目標の達成期間などの明確化を望みたい。

学生実習の受け入れは、体制を整備し、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、リハビリ療法士等の養成課程から実習生を受け入れており、医療安全管理、感染管理、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	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	B
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	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	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	B
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	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	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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	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 3 月 31 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人清恵会 清恵会病院

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： 大阪府堺市堺区南安井町1-1-1

## 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	286	286	+0	83.2	14.8
療養病床	50	50	+0	90.8	87.9
医療保険適用	50	50	+0	90.8	87.9
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	336	336	+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)	5	+0
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	8	+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	45	+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： 3 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

年度(西暦)	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	362.23	431.00	421.32	84.04	102.30
1日あたり外来初診患者数	63.40	86.64	96.63	73.18	89.66
新患率	17.50	20.10	22.94		
1日あたり入院患者数	283.61	294.48	296.15	96.31	99.44
1日あたり新入院患者数	14.99	17.00	18.02	88.18	94.34