

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 12 月 20 日～12 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 1956 年に開設し、その後は増床と機能の充実を図ってこられた。急性期医療と救急医療の提供に取り組み、特に小児救急においては小児救急センター的な機能を有している。地域の中核病院として、地域住民の健康増進に寄与する活動も高いレベルで取り組むなど、地域医療の中で重要な役割を担っている。

今回の受審においては、病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、病院機能の質向上に積極的に取り組んでこられた成果が随所で確認できた。そして、貴院の目標とする急性期・地域包括ケア・療養といった病床機能を一層充実させるとともに、救急医療機能や地域医療連携がさらに強化されることを期待したい。地域住民や地域医療機関の多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されることを祈願する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、職員や院外への周知も適切に行われている。病院の将来像は職員に周知され、病院幹部は病院運営上の課題を認識し、解決に向け取り組んでいる。また、TQM 活動を通しての部門目標の設定、達成度の評価等など、職員の就労意欲を高める取り組みもなされている。病院組織は効果的かつ計画的に運営されており、情報管理と文書類の一元管理も適切である。

必要な人材を確保するための取り組みは計画的に行われているが、地域の中核病院でもあり、病院機能を維持・発展させるための人材確保に引き続き取り組まれない。人事・労務管理および職員の安全衛生管理におおむね適切に取り組まれている。魅力ある職場づくりでは、就業支援や福利厚生 of 各種制度は充実している。

職員の教育・研修は年間計画が策定され、学会・研修会等の参加も支援されている。職員の能力の把握や能力評価はおおむね適切に行われ、専門分野の資格取得に対しては費用の助成制度も整備されており適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、病院の内外への周知についても積極的に取り組んでいる。説明と同意に関する方針・基準は明文化され、同席者のルールや書式等の管理も行われている。なお、セカンドオピニオンへの対応については、貴院から他院への手順を明確にし、院内掲示されるとさらに良い。患者との診療情報の共有、および医療への患者参加の促進は、様々な取り組みや工夫がなされており適切である。患者支援のための体制は充実しており、MSW や看護師などを中心に多様な相談に応じている。個人情報保護に関する方針や規程が定められ、職員への周知や個人情報の物理的・技術的保護も適切である。臨床における倫理的課題については、倫理委員会などで検討する仕組みは整備されている。

療養環境では、患者・家族の利便性や快適性が確保され、高齢者や身障者にも十分配慮されており、院内の療養環境も全般的に整備されている。受動喫煙防止では、敷地内禁煙が導入され、職員の喫煙率低減にも積極的に取り組んでおり適切である。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望は、意見箱や入院・外来でのアンケート等により把握に努めているが、意見の回収から掲示までの期間の短縮を検討されたい。診療の質向上に向けては、多職種や複数の診療科が参加するカンファレンスやカンサードボードが定期的開催されている。なお、クリニカル・パスも積極的に活用されているが、パスの精度向上に向けたさらなる取り組みを期待したい。QC 活動は 30 年以上にわたり病院全体で取り組んできており、医療サービスの質改善に向けた取り組みは高いレベルで行われている。今後は、QC 活動をさらにステップアップさせるとともに、計画的かつ継続的な質改善に取り組まれることを期待したい。新規に行う診療・検査、薬剤の適応外使用については、倫理委員会での検討を経て理事会で判断する仕組みが整備されている。

病棟や外来における診療・ケアの管理・責任体制は明確化され、各病棟・部門の責任者も明示されている。診療記録は、記載基準やマニュアルに基づき適切に記載されている。多職種による診療・ケアの実践では、NST・緩和ケアサポートチーム・ICT・褥瘡対策チームなど、多職種からなる専門チームの定期的なラウンドが行われ、協働して患者の診療・ケアに取り組んでおり適切である。

5. 医療安全

専従の医療安全管理者が医療安全管理室長として配置され、権限も付与されている。医療安全に関するマニュアルは整備され、医療安全に係る会議・委員会も組織されており、発生事例の検討や周知が行われている。安全確保に向けた情報収集で

は、電子媒体で報告が行われ、収集したデータの分析等も適切に行われている。立案された対策の有効性は、統括リスクマネージャーが発生部署をラウンドして確認している。医療安全の啓発のために「医療安全カレンダー」が作成され、毎月注意事項を各部署伝えているなど、安全確保のための情報収集と継続的な改善への取り組みは適切である。

患者や部位などの誤認防止マニュアルが整備され、誤認防止週間を設定し啓発活動にも取り組んでいる。情報伝達エラー防止では、電子カルテシステムにより指示が確実に伝達される仕組みが整備されている。薬剤の安全使用では、病棟での麻薬の保管・管理等は適切である。転倒・転落防止対策と医療機器の管理は適切に行われている。患者急変時の対応では、緊急時コールが設定され、救急カートの整備状況や全職員対象の AED、BLS の訓練も適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

感染制御室は院長直属として設置され、専任の感染制御室副部長（ICD）、専従の感染制御室師長（ICN）、感染制御認定薬剤師、抗菌・化学療法認定薬剤師、臨床検査技師などを配置している。院内感染対策委員会は月 1 回開催され、ICT ラウンドも週 1 回実施されている。感染防止のマニュアルや指針が策定され、適宜改訂されている。また、全部署に配布され、院内 LAN から参照可能である。院内で発生した耐性菌や特殊な感染症情報は適宜情報共有され、各種の感染症サーベイランスも行われ、成果を上げた実績も見られる。南河内感染対策ネットワークにおいて事務局を担い、近隣施設とは地域の感染症の流行、耐性菌検出状況等について年数回カンファレンスを行うなど、活発な活動が展開されていることは評価できる。

感染制御の活動では、PPE の着用や手指衛生が徹底されている。一方で、感染性廃棄物の取り扱いでは、分別廃棄の徹底に取り組まれない。抗菌薬の適正使用に向けては、AST が組織され、抗菌薬長期投与者・血液培養陽性者リストより検討を行い介入している。また、抗菌薬使用指針や周術期抗菌薬マニュアルに基づき、抗菌薬の適正使用に取り組んでおり適切である。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、ホームページや広報誌「とうもろー」、年報など多様な媒体により行われている。ホームページは、診療の流れや各診療科の紹介、診療内容、診療実績などが分かりやすく紹介され、定期的に更新されている。また、「病院ニュース」が毎月 2,500 部発行され、疾病予防や健康増進に関する情報、トピックス、公開講座の内容などが紹介されている。地域医療連携業務を推進する体制が整備され、紹介率・逆紹介率の向上、および紹介患者の円滑な受け入れ、開業医への訪問、返書管理等の業務に従事している。開業医や介護施設等への訪問は、連携室長を中心としてほぼ毎日行われ、情報発信や要望の収集に積極的に取り組んでいることは評価できる。登録医や地域医療機関との情報交換が定期的に行われ、紹介元医療機関の返書もほぼ 100% 出されるなど、地域医療連携への取り組みは適切に行われている。

地域住民への健康増進に寄与する活動では、市民公開講座や地域に向けての健康講座が数多く行われており、積極的に地域に向けての教育・啓発に取り組んでいる。また、毎週行われる糖尿病教室をはじめとして、減塩教室、安産教室など全部で7つの教室が定期的に開催されている。毎月発行される「病院ニュース」においても健康増進や疾病予防に関する記事が掲載され、ホームページでは2009年1月分からすべて掲載されるなど、地域住民への教育・啓発に高いレベルで取り組んでいる。地域の医療従事者に対しても様々な取り組みが活発に行われており、地域に向けた教育・啓発活動は秀でており高く評価できる。

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などにより案内され、総合案内でも適切に対応している。また、待ち時間への配慮もなされている。外来診療、および診断的検査は、説明と同意の下、安全に配慮して行われている。医学的根拠に基づいて入院の必要性が検討され、患者・家族への説明も丁寧に行われている。入院の際には転倒・転落や褥瘡のリスク評価、栄養状態、リハビリの必要性が把握され、入院診療計画書が作成されている。また、病状に応じて定期的に再評価され、計画の見直しも行われている。患者・家族からの多様な相談に対応する体制も十分整備されている。

医師と看護師は、各々の役割と責任に応じた病棟業務を適切に行っている。病棟担当薬剤師が配置され、薬歴管理からハイリスク薬の管理、服薬指導を行い、注射薬は1患者1施用ごとに取り揃えられている。輸血は最新の使用指針に沿って担当医師が判断し、実施に際しては十分な確認と状態観察が行われるなど、確実・安全に行われている。周術期の対応は、説明と同意の下で、術前・術中・術後を通して安全に細心の注意を払いながら実施されている。重症患者や手術後の患者を収容するHCUが整備され、多職種によるチーム医療のもとで重症患者の管理が適切に行われている。褥瘡への対応や栄養管理・食事指導、症状緩和への対応は、多職種の積極的な関与により、適切に取り組んでいる。リハビリテーション実施に際しては、リスクと必要性を勘案し実施され、患者や家族の意向を汲みながら、早期からリハビリテーションが提供されている。身体抑制・行動制限の定義については、看護実践基準にも明記されたい。

患者・家族への退院支援、および患者への継続した診療・ケアでは、病院の内外の専門職種と連携し情報提供しながら適切に実施されている。ターミナルステージの対応では、患者のQOLを尊重したケアが実践され、家族にも十分な配慮がなされており適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査が行われ、1施用ごとの注射薬取り揃え、抗がん剤や高カロリー輸液の薬剤師による調製・混合、薬剤に関する関連部署への情報発信など、薬剤管理の基本的な業務は適切に行われている。臨床検査機能は、24時間体制のもと病院の規模・機能に見合った機能が発揮されてい

る。画像診断機能は、診療放射線技師の当直、バックアップ体制により、24 時間対応が可能であり、画像の読影も専門医と依頼医のダブルチェックで読影が行われている。なお、緊急読影に際しては、専門医の対応体制の構築についても検討されることを期待したい。

栄養管理機能は、全ての食事で選択が可能であり、厨房内の衛生管理も徹底されている。特に、嚥下障害の患者に対して、栄養管理室としても様々な取り組みがなされている。患者の嗜好や特性に対しての取り組みを中心として、栄養管理機能は全般的に秀でており高く評価できる。急性期リハビリテーションは早期から開始され、患者情報を共有するとともに、連続性にも十分配慮して行われている。診療情報管理機能は適切に機能が発揮されている。医療機器は、一元管理の下で日常点検や定期点検が実施され、医療機器の安全使用に取り組んでいる。洗浄・滅菌は、病院の規模・機能に見合った機能が適切に発揮されている。

病理診断機能は、常勤の専門医と非常勤医師の下、適正な環境下で多くの病理診断が行われている。輸血・血液管理機能では、輸血時にその都度製剤を払い出すなど適切である。また、廃棄率低減に向け診療科との協議がなされ、廃棄率の一層の低減に取り組まれている。手術・麻酔機能では、麻酔科医が複数の手術の全身麻酔を同時に行うことがないよう徹底されている。集中治療機能は、地域の中核病院として急性期医療と救急医療に取り組む中、機能が十分発揮されている。救急医療機能は、二次救急を担当し、薬剤・検査・画像診断部門は 24 時間体制が敷かれ、各種虐待への対応手順も整備されている。特に小児診療においては、小児救急センター的な機能を有しており高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

予算編成は手順に基づき策定され、予算の執行状況や会計処理、財務諸表の作成も規程に基づき行われている。会計監査が定期的実施され、経営状況の把握も DPC 分析や各種経営指標の分析が毎月実施されるなど、財務・経営管理は適切に行われている。医事業務は、窓口収納業務やレセプト請求業務は手順に基づき実施されている。また、施設基準の遵守については、医事課が窓口となり定期的に遵守状況がチェックされている。未収金の督促・回収も積極的に取り組んでいる。業務委託契約は単年度契約を原則とし、毎年業務委託の是非、および委託業者の評価・見直しが行われている。委託業務の質改善の取り組みや委託業務従事者への教育、事故発生時の対応体制も整備されている。

施設・設備の管理は、年間・月間点検予定表に基づき定期点検や日常点検が確実に実施され、記録も整備されている。医療ガス設備の安全管理や感染性廃棄物の最終保管場所での保管状況も適切である。物品管理は、購入物品の選定や購入プロセスが明確化されており、期限・在庫管理も適切に行われ、ディスプレイ製品も単回使用とするなど、適切に行われている。

災害時への対応は、マニュアルや災害発生時の対応体制が整備され、建屋の構造や備蓄、停電時の対応等も整備されている。保安業務は 24 時間体制が採られ、警察 OB の配置や防犯カメラの設置、夜間・休日の入館管理の徹底等により、保安体

制の維持に取り組んでいる。医療事故発生時の対応手順が整備され、職員にも周知されている。医療事故発生時は、速やかに医療事故対策チームが招集され、原因究明と再発防止に向けた検討が行われる仕組みであり、医療事故等への対応体制は適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として機能しており、研修環境や相互評価システムも整備され、卒後臨床研修に関する第三者評価の認定も取得している。看護部門は、現在は病院独自の人事考課システムによる育成計画で運用している。診療技術部門では、職種ごとに経験年数に応じた達成度目標が設定され、全職種ともメンター制を導入しながら人材育成に取り組んでいる。病院全体として、初期研修や人材育成への取り組みは適切に行われている。

学生実習は、医学生や看護学生を始めとして、薬剤、臨床検査、理学療法などの部門において多くの実習生を受け入れている。カリキュラムに基づいた実習が計画的に行われ、患者・家族との関わり方のルールも決められ、院内掲示等により周知されている。医療安全や感染管理の研修、実習生や実習内容の評価も適切に行われている。契約書の記載内容も確認されているなど、学生実習の受け入れは適切に行われている。

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	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	B
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	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	S
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	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	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	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	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	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	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	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	A
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
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	S
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	B
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	B
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	B
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 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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：医療法人宝生会 P L 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：大阪府富田林市大字新堂2204

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	323	323	+0	73.1	11.8
療養病床	47	47	+0	78.8	334.1
医療保険適用	47	47	+0	78.8	334.1
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	370	370	+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)	0	-4
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	4	+4
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	15	+0
人工透析	55	+10
小児入院医療管理料病床	42	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	38	+38
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： 4 人 2年目： 4 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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	940.38	958.35	971.46	98.12	98.65
1日あたり外来初診患者数	79.44	80.65	89.53	98.50	90.08
新患率	8.45	8.42	9.22		
1日あたり入院患者数	277.23	274.95	264.93	100.83	103.78
1日あたり新入院患者数	22.47	22.38	21.80	100.40	102.66