

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 3 月 9 日～3 月 10 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、公立学校共済組合を母体として組合員のメンタルヘルスや健康増進への取り組みを通して職域への貢献を高めているとともに、阪神医療圏の中核病院であり、地域医療支援病院・地域がん診療連携拠点病院の指定を取得して、地域医療の充実に多大に寄与している。診療内容については、地域の多様なニーズに的確に対応するため検査・診断・治療から、地域での療養支援に至るまでの総合的な医療を提供している。また、呼吸器・消化器内視鏡・生活習慣病・救急診療等をセンター化して、診療科の枠を超えた組織横断的なチーム医療を展開している。地域との連携は積極的であり、地域医療連携プロジェクトを立ち上げ、近隣施設への幹部・担当職員による頻回な訪問を実施して、顔の見える連携に努力している。

病院機能評価も継続的に受審するなど、安全・安心な医療の提供に努力し、職場や職員の就労環境の向上を目指すとともに人材の育成にも尽力している。患者から期待される病院運営に努力しており、今後のさらなる発展が期待される。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念は自院の使命をわかりやすく表現しており、基本方針は理念達成に向け実行すべき内容を具体的に示している。意思決定会議は部局長会議であり、運営上必要な会議・委員会は規程に基づいて開催している。会議・委員会の決定事項は、運営会議で承認された後、各会議を通して各部署の職員に周知している。院内は電子カルテシステムを基幹システムとして、院内の各部門システムと連携して医療情報を統合的に運用している。電子カルテの真正性・見読性・保存性は、適切に機能を発揮している。院内の文書管理は規程に則り行われ、病院として管理すべき

文書については明確であり、適切に運用している。

人事・労務管理については、就業規則等の労務管理に必要な制度を整備し、周知にも努めている。安全衛生委員会を毎月開催し、安全な職場環境の向上を図っている。作業環境測定の結果は良好であり、公務災害の手続きも適正である。

全職員を対象とした教育・研修は、院内研修委員会で計画し、医療安全・感染制御等自院にとって必要な研修を確実に実施している。全職種に人事評価を実施し、職員個々の能力の把握に努め、各専門職種の資格取得を推奨するなど人材育成に努めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利はわかりやすい文言でまとめており、病院ホームページや入院案内などで周知に努めている。説明と同意については、インフォームド・コンセントに関する指針にルールを定めている。セカンドオピニオンは、地域医療福祉センターが担当し、希望者への対応も適切である。患者・家族からの相談については、地域医療福祉センター内に総合医療相談室を設置し、患者・家族からの様々な相談に対応している。外来・入院患者だけでなく、他院通院中の患者の相談にも応じているなど、評価できる。院内で発生する個人情報の取り扱いについては、個人情報保護方針を患者・家族に明示している。臨床における倫理的課題についての方針は明記してある一方、倫理委員会での臨床倫理に関する検討事例は少ないので、倫理委員会の継続的な取り組みを望みたい。

来院者の駐車場は必要台数を確保し、最寄り駅から無料シャトルバスを運行してアクセスの至便性を高めるなど、患者・家族、面会者等の利便性や生活延長上の快適性の向上に院内全体で努力しており、評価できる。敷地内禁煙であるなど、地域がん診療連携拠点病院として受動喫煙の防止に取り組んでいる。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望などは、院内に設置した意見箱や患者アンケート調査、外来満足度調査、総合医療相談室などの様々な手段で意見を収集している。診療の質向上に向けた取り組みの一つである ER セミナーでは、救急領域の個々の病態に即した活発な議論を行い、緊急対応における医療の質の維持につなげている。TQM 委員会では、病院機能評価への取り組みが継続的に行われており、病院全体で病院機能評価受審に向けて活動している。医療サービスの質の向上、患者満足度の向上等の取り組みを審議・立案・意思決定することを目的として病院活性化推進室を設置し、全職員・部署から病院活性化策を募集し3つの推進プロジェクトとして公表・実施する取り組みは、全職員の業務の質改善への意識の向上を高めており、評価できる。自院における新しい診療、治療方法の導入や臨床研究の実施に際しては、複数の外部委員を含めた倫理委員会にて審議し、数多くの臨床研究を実施している。

病棟では、多職種によるケースカンファレンスや退院支援カンファレンス等を積極的に開催し、NST、RST、褥瘡対策、緩和ケア、認知症・せん妄ケア、呼吸ケア等

多数の専門チームなどが組織横断的に活動している。

5. 医療安全

副院長を室長として医療安全管理室を設置し、組織横断的に医療安全防止活動に取り組んでいる。医療安全管理委員会は、各部門の責任者のリスクマネージャーを委員として、各部門から提出された業務改善計画の検討と周知事項を共有し職員にフィードバックしている。アクシデント・インシデントの報告は、電子カルテ端末から報告できる仕組みで毎日確認している。必要に応じて現場確認やヒアリングで状況を把握している。収集したデータは、委員会で分析し再発防止策の検討や会議体で定期的に報告している。院外からの安全に関する情報は、日本医療機能評価機構や PMDA 等の安全情報、近隣の連携病院から情報を収集し、事故防止に向けた取り組みに活用している。

手術部位は、手術部位マーキングマニュアルに則って誤認防止に取り組んでいる。医師の指示出しから看護師による指示受け、実施に至るプロセスは、電子カルテ上で確実に行われている。緊急性・重要性が伴う画像診断や病理結果は診断医から直接依頼医に連絡されている。全入院患者に、転倒・転落リスク評価が実施されており、転倒・転落が発生した場合の対応手順も定められている。院内緊急コードを設定し、緊急時に対応できるようにしている。BLS は全職員が受講し、受講修了者にシールを交付するなど受講が奨励されている。

6. 医療関連感染制御

院内感染防止対策委員会は毎月定期的に行われ、感染対策マニュアルの改訂等を必要に応じて随時見直しを行っている。ICT は週 1 回多職種で院内ラウンドを行い、その結果は電子カルテや ICT ニュースで職員に周知している。新興感染症発生時の入院経路、病棟のゾーニング設定などについてもマニュアルを作成し、医療感染制御に対応している。ターゲットサーベイランスは SSI・BSI・UTI・VAP を行っており、JANIS へは検査部門と SSI 部門が参加するとともに、JHAIS のベンチマークデータも活用し院内感染対策に活かしている。

標準予防策および感染経路別防止策を遵守して、医療関連感染を制御するための活動を実践している。手指衛生の評価は、擦式手指消毒薬払い出し量調査で行い、各部署へ結果をフィードバックしている。抗菌薬の採用・採用中止は、AST/ICT からの提言を受け、薬事委員会で審議・決定している。抗菌薬使用指針・マニュアルを整備し、院内分離菌の状況や耐性菌検出率、アンチバイオグラムなど、抗菌薬の適正使用に必要な情報は電子カルテで常に閲覧可能とし、適正使用を促す工夫を行っている。院内の抗菌薬使用状況は、多職種で構成された AST カンファレンスで毎週検討し、医師へ助言している。

7. 地域への情報発信と連携

病院が提供する医療サービスや実績などは、広報委員会が中心となり、広報誌・ホームページ・病院案内・入院案内・年報などの媒体を通して提供している。ホー

ムページには、受診・入院に関する情報、各種医療サービス、各診療科の診療実績などを掲載するなど、地域住民・医療関連施設に必要な情報を発信している。地域医療福祉センター内の地域医療室では、患者紹介窓口として入院支援室・退院支援室・総合医療相談室と相互連携を図り、前方連携・後方連携を行っている。集患・地域医療連携プロジェクトを立ち上げ、各種データに基づき近隣施設に幹部による訪問を行っている。担当職員は、診療情報提供書や来院報告などの返書を持参し、年間延数千件の医療機関を訪問することにより、顔の見える連携を強化している。また、地域医療機関に対し病院の医療や連携に対する満足度のアンケート調査を実施し、その結果をすべての医療機関にフィードバックしているなど地域医療のニーズを把握し、積極的な連携を行っている活動は、極めて高く評価できる。地域住民向けの市民健康講座はWEB講座として配信し、医療従事者向けの研修会・講演会なども積極的に開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示等で案内し、初診・再診・紹介患者案内・会計の窓口はわかりやすく設置されている。入院適応の判断は、各種ガイドラインを参考に医学的判断で行い、必要に応じて他診療科の医師とも協議している。入院の決定は、医師が患者・家族への病状説明後に同意を得て行っている。

医師は休日も含めて必要な病棟回診を行い、合併症や副作用の発生など治療の進捗状況を把握・評価の上、病棟看護師や患者・家族と情報共有を行い、必要な指示出しや処置、診療録の記載を行っている。看護師は、看護基準・看護手順、看護管理基準を整備し、基準・手順に即した看護業務を行っている。入院時にリスク評価を行い、必要に応じて多職種と情報共有や専門チームと連携している。看護管理者は、日々のラウンドを通じて看護の実施状況の確認と指導を行い、安全・感染管理に留意して病棟管理業務に取り組んでいる。薬剤師は持参薬を含め入院患者の薬歴管理を行い、服薬指導率は100%である。投薬の必要性やリスクについても、薬剤師が事前に患者説明を行っている。院内にはHCUを備えており、人工呼吸器使用患者には、多職種からなる呼吸ケアチームが定期的に介入して適切な治療の提案・実施を行っている。リハビリテーション総合実施計画書のリスク評価は、患者の病態に応じた評価に向けての工夫を検討されたい。ターミナルステージの判断を行う際は、策定された指針を基に個々の患者についてその適応を多職種で評価するよう徹底されたい。

9. 良質な医療を構成する機能

温度管理が必要な薬剤については、冷蔵庫の温度を担当者が毎日チェックして記録し、抗がん剤の調製は曝露対策に配慮し、薬剤部の安全キャビネットでも休日も含めて全て薬剤師が行っている。常勤の放射線診断医を配置し、CT・MRI・シンチは放射線診断医が全件読影している。画像診断所見は通常2～3日以内に作成しているが、早急に報告すべき所見は直接依頼医へ報告している。早期リハビリテーションに積極的に取り組み、主治医や看護師を含めた多職種での定期的なカンファレン

スを通して、情報共有とともに適宜プログラムの評価と改善を行っている。診療情報については診療情報システム運用管理規程に則り、電子カルテを中心に電子カルテの3要素を確保し、1患者1IDにより一元的に管理している。診療記録の量的点検は全件実施している。洗浄・滅菌業務は、一次洗浄を中央化しており滅菌の質の保証を確実に実施している。

輸血・血液管理部門は臨床検査科内にあり、輸血療法委員会委員長である整形外科医師が責任医師となり、夜間・休日も24時間体制で輸血検査、輸血管理を実施できる体制が確保されている。手術室は眼科などの局所麻酔用と全身麻酔用とに区別し、ヘパフィルターも定期的に交換され、手術エリアの清潔管理が保たれている。内視鏡室の病理検体を入れるホルマリン瓶の使用数等の管理は徹底されたい。応需不能事例を掲示板で共有し、夜間休日の円滑な救急患者受け入れに向けて医師が意見を出し合い、次回以降のスムーズな応需につなげている取り組みは、救急医療の充実化につながり評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、予算管理・会計処理・会計監査・経営状況の把握など、適切に実施している。レセプトの作成・点検ならびに返戻・査定は、医師が関与するとともに保険診療適正化委員会でDPCコーディングの検討や査定等の分析を行い、再審査につなげている。未収金は、マニュアルに沿って回収の努力をしている。委託業者の選定や見直し等については、業務委託担当部署で検討し部局長会で審議・決定している。実施状況は、業務日報と業務内容に対する要望等を検討する毎月開催の定例会で把握している。購入物品の選定に関しては、医薬品は薬事委員会、医療材料は医療材料委員会、医療機器は設備整備選定委員会で検討し、SPDによる管理を実施している。ディスプレイ製品の再利用は行っていない。

消防計画や災害対策マニュアルを整備し、定期的な訓練を実施している。医療事故発生時の対応手順は、明確であり、職員ハンドブック等を通して職員に周知を徹底している。訴訟発生時には顧問弁護士を交えて検討する体制があり、病院賠償責任保険にも加入している。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型および協力型臨床研修病院として、臨床研修管理センターが中心となり初期臨床研修医への対応を行っている。医科・歯科の指導医がマンツーマン方式で指導医となり、研修医の研修全般の相談等に応じる体制がある。研修医の評価はEPOC2を使用し、指導医・看護師による評価を実施し、臨床研修管理委員会が最終判定を行っている。看護部門では、厚生労働省のガイドラインに沿った研修プログラムを作成している。計画的・段階的にステップアップを目指した研修を行い、プリセプターによる支援を含め、看護師全員で新人を支える体制を組んでいる。医療技術部門および事務部門においても新人研修プログラムを策定している。

学生実習は医学生・薬剤師・看護師・臨床検査技師など多種・多数の学生実習を受け入れている。学校・大学の担当者と調整し、実習内容・評価をはじめとし、守

秘義務、実習中の事故、抗体価検査結果やワクチン接種の証明の事前提出など予め対応方針を取り決め、その上でカリキュラムに沿った実習を実施し、実習生の評価を行っている。

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	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
1.4	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	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	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	B
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	B

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	B
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	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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2022 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 公立学校共済組合 近畿中央病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 共済組合及びその連合会

I-1-4 所在地： 兵庫県伊丹市車塚3-1

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	445	398	+0	53.6	9.2
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	445	398	+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	3	+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)	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	12	+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		
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

地域医療支援病院, がん診療連携拠点病院(地域), 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： 6 人 2年目： 5 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
	2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数	726.14	664.20	783.33	109.33	84.79
1日あたり外来初診患者数	82.59	66.84	77.41	123.56	86.35
新患率	11.37	10.06	9.88		
1日あたり入院患者数	243.05	213.41	280.40	113.89	76.11
1日あたり新入院患者数	24.49	20.90	28.00	117.18	74.64