

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 4 月 22 日～4 月 23 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、急性期から回復期リハビリテーションまでを担う、大阪府泉州地域の中核病院である。専門性の高い病院が少ない地域において、整形外科を主としながら急性期から在宅療養支援まで、幅広くカバーしている。特に、急性期から回復期まで同一の主治医およびリハビリテーションスタッフが対応することで、一貫したリハビリテーション治療が可能な体制を構築している。基本方針は「患者さまの立場になってその気持ちを充分理解した医療を行う」とし、患者の立場に立った医療を病院全体で推進している。近年では救急車受入れ件数や整形外科手術が年々増加しているため、医療人材を確保しながら増加する需要に対応している。また、脊椎外科センター、関節外科センター、内視鏡センター、下肢静脈瘤治療センターといった専門領域のセンターを構築することで横断的治療体制を敷き、専門性の高い医療を提供し、地域の信頼を高めている。

今回の病院機能評価の受審は、初めての受審であったが、今後も病院全体として継続した質改善活動に取り組み、さらに高いレベルでの医療を継続して提供し、ますます地域に貢献されることを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針を具体的かつわかりやすく策定し、院内各所に掲示することで職員・患者へ周知している。病院の幹部職員には任期があり、人事評価が行われている。病院の意思決定は運営会議で行われ、結果は職制を通じて職員に伝達・周知されている。中長期計画およびそれに連動した年度方針が示され、計画的な組織運営がなされている。また、病院幹部は病院の課題を適切に把握し対応策を講じ

ている。情報管理は適切な体制で実施され、セキュリティ対策も講じている。文書管理規程を整備し、規程およびマニュアル類を一元管理している。

病院の役割・機能に見合った人員を確保している。採用計画は総務課が中心となり調整し、理事長および病院長の承認を得る仕組みである。人事・労務管理に関する諸規程は整備され、必要な届け出は協議のうえ、適切に処理されている。職員の声は意見箱やグループウェアで収集し、適切に対応している。職員の教育研修は総務課が病院全体の研修計画を取りまとめている。また、必要性の高い研修も適切に実施している。職員の能力評価や能力開発は組織的かつ計画的に行われている。専門職種に応じた基本的な能力を身につけるための初期研修が、専門職種単位で実施されている。学生実習を受け入れる各職種において、指定されたカリキュラムに沿った実習が行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利についての周知は、病院案内への記載や職員への周知など、一層の工夫を期待したい。説明と同意に関する方針が定められ、文書同意が必要な診療行為の範囲・同席者ルールなどは明文化されている。患者・家族への情報提供は絵図や模型、パンフレットなどを活用した情報の提供により、患者の主体性を促進している。患者相談に関する周知は、入院案内やホームページにて行っているが、患者相談窓口へアクセスしやすいよう、案内表示や周知方法の検討が望まれる。個人情報保護に関しては、規定に基づいた運用を継続していくことを期待する。臨床倫理の指針が定められ、倫理的な課題を共有・検討する場として臨床倫理委員会が組織され、解決困難な場合にさらに審議する仕組みもある。診療・ケアにおける倫理的課題に対し、倫理カンファレンスにて情報の整理や方向性等が検討されるなど、倫理的な課題に対して誠実に対応している。

施設・設備は、患者が来院しやすい環境が整備され、入院中においても生活に必要な設備、備品が用意されている。病棟・外来ともに診療・ケアに必要なスペースは確保されるなど、療養環境が整備されている。患者・職員への受動喫煙の防止は一層の取り組みを期待する。

4. 医療の質

業務改善は病院全体として進行中である。業務改善委員会を中心に活動し、活動内容を運営会議で評価する仕組みがある。症例検討会は様々なレベルで実施されている。クリニカル・パスは、委員会を立ち上げて作成・運用しているが、適応率は高くない。貴院の強みである整形外科手術症例は良い適応のため、拡充することを期待する。患者、家族からの意見、要望を収集するために意見箱を設置し、回答については専用掲示板を設けてフィードバックを行っている。新しい療法や技術を導入する際は、病院として審査し、その過程における詳細な記録を残すことが望まれる。

病棟・外来における管理責任者の役割や権限は定められており、責任者による回診やラウンドにて患者のニーズの把握やケアの評価を行うなど、診療・ケアの管理

責任体制は明確である。診療録の質的点検は、評価項目の見直しや点検件数を増やすことを期待したい。多職種で構成されたカンファレンスの開催や、栄養サポート・緩和ケアなどの専門チームによるラウンド、必要に応じた介入など、多職種が協働して診療・ケアにあたっている。

5. 医療安全

リスクマネジメント委員会と病院長直属の医療安全管理室が中心となり、安全確保に向けた取り組みを行っている。今後は医療安全管理者の権限等を明確にすることを期待する。インシデント・アクシデント報告は医療安全管理者が速やかに確認し、分析や対応策を立案している。今後は医師の報告件数を促進する取り組みを期待する。医療安全管理マニュアル内に医療事故対応が盛り込まれており、体制についても整備されている。

患者確認はマニュアルに沿って複数媒体で行い、手術時のタイムアウトやマーキングも確実にやっている。画像所見未読管理についても適切に行われている。麻薬やハイリスク薬の管理・使用について、薬剤部を中心に一元管理されており、安全に向けた対策が実践されている。転倒・転落防止対策は、入院時にリスク評価を行い、危険度の高い患者は個別の計画を立案するなど、適切に対応している。医療機器の安全な使用については、臨床工学技士による職員への教育・研修を行い、点検や確認を実施している。院内救急コードを設定し、全職員対象のBLS訓練や部署シミュレーションも実施している。

6. 医療関連感染制御

感染制御チームが中心となり、感染制御に向けた体制を確立している。感染制御に関する情報収集は適切に行われており、評価および周知も適切である。院内感染対策マニュアルに基づき、感染管理対策上の取り扱い手順の遵守に取り組んでいる。

抗菌薬の使用は、ガイドラインに準拠して適時の改訂を経た抗菌薬適正使用の手引きを整備し、基本的な考え方から empiric therapy、症候別・疾患別・病原菌別・周術期などの適正使用法を明示している。細菌検査室は菌分離の結果を感染対策部に速やかに伝達し、院内での菌検出と抗菌薬感受性を把握している。抗 MRSA 薬など指定抗菌薬を届出制とし、使用量調査などの管理を実践している。

7. 地域への情報発信と連携

近隣の関係医療機関に対して「地域連携だより」を年4回発行している。ホームページには整形外科の手術実績を掲載するなど、地域への情報発信を適切に行っている。地域の開業医との連携は地域連携室が中心となり、紹介患者の受け入れ、返書管理などを行い、逆紹介においては、医療機能情報を踏まえた連携病院マップを作成し、患者にわかりやすく案内している。また、定期的で開催される岸和田市病病連携会議にも出席しており、地域の情報交換や交流も行っている。

地域に向けて医療に関する教育・啓発活動として、地域のケーブルテレビやラジ

才番組を通じた医療・健康情報の発信を行っている。また、定期的に開催される地域の医療機関が集まる会議の中で、自院の専門的な治療内容について講演を行うなど情報発信に努めている。

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でわかりやすく表示されている。医師・看護師だけでなく、多職種介入による外来診療体制が構築されている。外来での化学療法や透析、リハビリテーションとも適切に連携を取り、診療を行っている。侵襲を伴う検査は、医師記録・看護記録ともに詳細に記載されている。入院の決定は、医師の指示の下、多職種による説明・入院手続きおよび案内が行われている。多職種による患者情報の共有を入院前から積極的に行い、診療計画書が作成されている。医療相談は、相談窓口担当者により相談内容に応じて担当者に振り分けられ、相談内容は関係者間にて共有されている。入院時は事務手続きや書類、入院生活に関する説明が行われ、医療安全にも配慮した円滑な入院の仕組みが整備されている。

医師はオンコールによる切れ目のない診療が行われており、多職種でのカンファレンスによる情報共有も行われている。病棟看護は看護基準や看護手順に則り、パートナーシップナースングシステムで適切に看護サービスを提供している。投薬および注射は、病棟専従薬剤師を中心に、服薬指導や抗菌薬投与後の副作用確認などを行っている。輸血・血液製剤の投与に関しては適切に業務が実施され、記録されている。周術期は、常勤麻酔医が1名であるため術前訪問・審査に限りがあるが、その状況下で情報伝達に工夫して対応している。看護師による術前・術後訪問は課題として認識されているため、活動を継続されたい。重症患者の管理を各病棟で行わず、院内2か所のHCUに集約し、かつそれぞれに常駐医師を配置している事は評価できる。

入院時全患者に褥瘡リスク評価を行い、入院早期から褥瘡対策を行っている。入院時に全患者に対して栄養評価が行われ、栄養管理計画に基づき、栄養・食事指導や適切な食形態の提供を行っている。症状緩和の基本的方針や手順などが緩和ケアマニュアルに定められ、必要に応じて緩和ケアチームが介入する仕組みとなっている。リハビリテーションは、必要性和リスクを適正に評価したうえで安全に実施されている。身体拘束の方針は明確であり、必要性・リスク・実施方法・解除基準などが整備され、多職種にて検討して同意を得たうえで実施するなど、最小化に向けて取り組んでいる。入院早期より退院後を見据えた医療を展開し、多職種で連携して患者・家族の意向を確認しながら退院支援を行っている。入院中から退院に向けた多職種での検討や、ケアマネジャーなども含めたカンファレンスを実施している。ターミナルステージは、総合的な医学判断を行い、全死亡症例に対して事故性がないか確認している。

9. 良質な医療を構成する機能

病棟専従薬剤師を中心に、麻薬やハイリスク薬の管理を行っている。臨床検査機能は、精度管理、パニック値の対応を含めおおむね適切である。画像診断検査機能は、常勤放射線診断医および放射線技師を中心に、土日休日にも必要に応じた画像診断を行っている。栄養管理は、食品衛生管理マニュアルなどが整備され、適切に運用されている。リハビリテーションは、診療科医師との連携の下、適切なリハビリテーションを提供している。診療記録は、1患者1ID、電子カルテにて管理されており、患者情報の管理についても運用管理規定に則り運用されている。医療機器は、一元的な中央管理体制の下、保守・点検を行っている。洗浄・滅菌業務は中央材料室で実施し、滅菌精度を保証している。

病理部門では常勤医がいないため、すべての過程で複数の技師によるチェックが実施されている。輸血・血液管理機能は適切に実施され、廃棄率にも改善傾向が見られる。常勤麻酔医が1名であるが、定型化した手術を予定通りに終わらせることで、並列麻酔や手術延長とならないよう工夫している。麻酔科医の不足は全国的であるが、常勤医の招聘に努められたい。集中治療室は院内2か所に集約し、それぞれに常勤を配置することにより、効率的な治療を目指している。救急専門医を招聘し、応需率の改善を図ったことは評価される。

10. 組織・施設の管理

病院会計準則に沿った会計処理を行い、決算報告書が作成されている。予算管理も適切に行われている。医事業務は手順書が整備され、未収金マニュアルも作成されている。効率的な業務委託が理事長など経営陣により承認され、適切に運用されている。

施設・設備の保守や点検が計画的に実施され、緊急時の対応についても整備している。高額医療機器購入や新規医薬品は、委員会において審議されている。また、その他の物品購入については購買業務手順が定められており、適切に運用されている。災害時等の危機管理への対応としてBCPを作成し、火災や大規模災害を想定した対応体制が整備され、訓練も実施している。保安体制は整備されており、不測の事態への対応や防犯カメラによる監視体制の強化が図られている。

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	B
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	B
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	B
1.1.5	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	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	B
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	B
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	B
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	B
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	B
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	B

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	B
2.1.2	診療記録を適切に記載している	B
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	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	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	B
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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	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	
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	B
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	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 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 12 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名：医療法人大植会 葛城病院
 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：大阪府岸和田市土生町2-33-1

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	243	243	+0	69	15
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	243	243	+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)	14	+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		
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	90	+0
地域包括ケア病床		
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)

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
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	494.68	494.59	454.15	100.02	108.90
1日あたり外来初診患者数	65.47	56.97	53.62	114.92	106.25
新患率	13.24	11.52	11.81		
1日あたり入院患者数	177.07	177.89	208.52	99.54	85.31
1日あたり新入院患者数	12.11	12.01	11.99	100.83	100.17