

6. 病院管理体制

(1) 危機管理対策

1) 災害対策室の設置

本院は特定機能病院であるとともに、地域の災害医療拠点として大阪府災害拠点病院の指定を受けている。平成24年4月1日、患者の安心・安全を確保するとともに、院内外の連携強化を図るため、「災害対策室」を設置した。

2) 災害対策室の業務

災害対策室では、①教育・訓練等の啓発活動、②災害予防対策、③安全衛生管理、④備蓄物品の調達・管理、⑤建物・設備等の点検強化、⑥DMATを含む行政機関との連絡調整、⑦大規模災害時の医療支援、⑧防火・防災委員会事務等の業務を行っている。

また、学内の安全衛生管理部や防災センター、エネルギーセンターとの連携や、国立大学附属病院間の相互連携を進めている。

3) 活動実績（令和元年度）

・大規模地震時医療活動訓練

内閣府主導の大規模地震時医療活動訓練が9/7に首都圏で行われた。本院はDMAT1チームを派遣、実動訓練等を実施した。

・近畿・中部ブロック国立大学附属病院間における災害対策相互訪問事業を9/6に滋賀医科大学、10/17福井大学が当番校となり実施した。

・防災訓練の実施

災害発生時の初期対応要領の習得、事業継続計画の内容検証のため、勤務時間外での災害発生を想定した防災実動訓練を12/14に実施した。

・院内施設の特殊性等に配慮した消防訓練の実施

A) 看護師宿舎

新規採用看護師(入居者)を対象に、入居室からの出火を想定し、消火・避難・通報訓練を実施した。

B) 病棟L階ピロティ・共通棟横駐車場

職員を対象とした補助散水栓、消火器を使用した消火訓練を実施した。

C) 病棟2階臨床検査部

入院患者等の安全確保を図るとともに、通報、避難・誘導及び補助散水栓、消火器を使用した初期消火訓練を実施した。

・業務継続計画（BCP）

業務継続計画(BCP)の改訂作業を行った。

(2) 医療安全管理体制

インシデントレポート及び医療クオリティ審議依頼書により、ヒヤリとした経験や重大事態を院内で共有し、リスクマネジメント委員会（医療事故の防止）、医療クオリティ審議委員会（医療の質の審議）、医療事故対策委員会（医療事故への対応）を中心に、中央クオリティマネジメント部、現場のリスクマネージャーと連携しながら、医療における安全性・質の向上と透明性を保った事故対応に努めている。

また、医療安全の7つのポイントを句とイラストにより提示した「いろはうた」ファイルを患者に配付、テレビで無料放映を行うことにより、患者の積極的な医療への参加を支援する取り組みを行っている。

その他、特定機能病院の承認要件の見直しに伴い、院内死亡・死産症例把握システムの構築し運用を開始している。

(3) 感染管理体制

病院感染対策は医療安全上重要な業務である。このため、本院では、病院感染の予防に関する専門の部局として、全国に先駆けて感染制御部が設置された。感染制御部の目的は、①感染症治療体系の構築、②病院感染の防止、③医療者の健康と安全の確保であり、多岐にわたる病院感染対策を実施している。また、地域や国における感染症対策についても積極的に参加し、中心的な役割を果たしている。

(4) 医療機器安全管理体制

医療機器安全管理委員会にて医療機器の管理と安全使用のための啓発活動を行っている。

具体的には、特定機能病院必須管理機器の点検状況の確認、年3回の医療機器・医薬品安全講習会、MRI検査の安全体験研修会、医療機器に関する安全情報の広報、新規に医療機器が導入された時の安全使用研修会の開催と操作に熟練を要する医療機器の定期的な安全使用研修会の開催と実施確認を行っているが、これらの活動は医療機器管理委員会の指示・監視のもと医療機器安全管理室が中心となって行っている。

これらを通じて、患者本位の安全で安心な医療機器の精度管理の維持と、医師、看護師及び技術者が医療機器を安全に正しく操作できるような支援活動をしている。

その他、院内の急変患者への早期対応、救命率向上のため、高度救命救急センター、集中治療部を中心としたCPR（心肺蘇生）チームを編成するとともに、医師、看護師への心肺蘇生教育として一次救命処置（BLS）及び二次救命処置（ACLS）講習も開催している。

(5) 卒後臨床研修

平成 16 年度から施行された臨床研修必修化に対応するため、平成 15 年度より卒後臨床研修センターを設置し、平成 20 年度からは卒後教育開発センターに改組のうえ、卒後の臨床研修、専門医育成、生涯教育まで一貫した教育体制を強化し、本院と大阪地域の関連病院が緊密に連携した循環型の医師キャリア形成システムを構築・運営している。主な業務は臨床研修プログラムの作成と実施、臨床研修指定病院として厚生労働省への申請、研修医採用のマッチングへの参加のための試験実施、研修医の研修状況、精神面を含めた健康状態の管理及び研修評価である。さらに研修管理委員会を通じて、たすきがけ研修病院と連絡を密に取り阪大プログラムの円滑な運営にも努めている。また、全診療科の研修指導医（卒後 7 年目以上の医師）及びたすきがけ病院の指導医を対象とした指導医養成講習会を年 1 回開催し、臨床研修指導医のレベルアップにも力を入れている。

同センターが管理している阪大臨床研修プログラムの特色は、primary care は勿論、移植医療、遺伝子治療など先進医療も実際に体験する機会を持つことであり、若手医師にとって魅力ある研修プログラムとして構築されている。また、2 年間の臨床研修修了者を対象とした専門医育成プログラムも平成 18 年度より開始し全国規模での若手医師の受け入れを行ってきた。平成 26 年度からは、医学科教育センターとの機能的な統合を行い、卒前から卒後まで一貫した医学教育の管理・運営を行っている。

(6) 医療情報・カルテ開示制度

「国立大学病院における診療情報の提供に関する指針」（平成 11 年 2 月）に則り、本院における診療情報の提供に関する実施要項が定められた（平成 11 年 6 月病歴管理委員会）。厚生労働省ガイドラインと個人情報保護法との整合性を図るため、平成 18 年に上記指針が改定され、本院の実施要項についても新たに定められた。開示請求者は診療情報提供申請書により、カルテ等診療情報の提供を申請する。その後、関係の診療科等へ照会し、診療情報が提供される。一連の過程で問題点が生じた場合には、診療情報提供委員会（委員長：病歴管理委員長）が審議し決定する。事務は医事課医事係が所掌している。一方、個人情報保護法による診療情報の訂正、追加、削除や利用停止等の対応も並存しており、この場合、大阪大学総務部総務課文書管理室が担当窓口となる。

(7) 病院情報システム

本院では、平成 5 年の病院移転時に総合的な第 1 期病院情報システムを導入し、その後、平成 12 年、17 年、

22 年にシステム更新を行ってきた。第 1 期システムでは、オーダエントリシステムの対象は検体検査、放射線検査、処方、給食、手術に限られたが、その後対象を拡大し、第 3 期システムですべてのオーダを電子化した。放射線画像については、第 2 期システムより放射線画像の参照画像として PACS 機能を稼働し、第 3 期システムで CT、MRI、病棟撮影の CR 単純 Xp、Angio について、フィルムレスの運用を開始した。平成 22 年に第四期システムに更新し、完全ペーパーレス、完全フィルムレスの運用に移行させた。初療・入院時記録、経過記録、その他の文書を電子化し、同意書、問診票等は、e-文書法に則った形でスキャナ取り込みにより電子化し、スキャンセンターを設置して集中的にスキャンする体制を整えた。指示出し、指示受け、実施記録をシステム運用とし、熱型表を電子化した。放射線部で実施される検査の画像を全てデジタル管理とし、原則的にフィルムを出力しない運用とした。また、各科で行われる超音波検査等の画像も電子データとして管理する体制とした。

平成 28 年 1 月には、4 回目のシステム更新を行い、第 5 期病院情報システムを稼働させた。第 5 期システムはデータ二次利用を前提とした情報収集（アクティブデータコレクション）と収集した情報の分かりやすい提示（クリニカルダッシュボード、問題点自動抽出機能、患者状況管理画面）の実現に向け準備した。また、紙記録をスキャンしていた処置記録、透析記録の電子化、機能面に問題が指摘された看護システムの大幅な改良、助産記録の拡充、NICU システム、診療記録リアルタイム監査システムの導入を行った。さらに、本院の診療記録を連携する病院、診療所に公開する地域連携システムを導入し、運用を開始した。

本院では、院内の臨床活動評価、臨床研究を支援するために、平成 7 年よりデータウェアハウスを構築し、臨床データを蓄積している。現在では、文書やテンプレートで登録したデータ、画像レポート、生理検査、病理検査レポート等も構造化データとしてデータウェアハウスに蓄積し、プロジェクト毎に臨床研究用のデータベースを設定し自動抽出できる仕組みを導入し、データの二次活用を進めている。さらに、臨床研究中核病院として、連携する複数の医療機関から電子的に臨床研究データを収集する Clinical Data Collection System (CDCS) を運用している。本院第 5 期システムでは電子カルテでテンプレートを使用して登録された臨床データは、CDCS に自動抽出されるため、データの二重入力をせずに、研究用データを出力することが可能である。

(8) 診療録管理

従来、本院の診療録は紙を媒体に記録してきた。外来

診療では、しばしば一人の患者を複数科が診察することがあるが、一患者一カルテ方式をとることで情報共有を可能としてきた。しかし、診療録の配送業務に人手がかかり負担となっていた。入院診療では、一患者に多くの専門職が関わるチーム医療体制が整うにつれ、一つしかない診療録に必要な時にアクセスしにくい状況が発生していた。病院情報システムの導入以来、一部の診療情報をコンピュータ管理としてきたが、紙に重要な記録が残る場合、結局は紙の診療録の確認が必要となり、電子化のメリットが少ないだけでなく、重要な記録の見落としを誘発するリスクがあった。こうしたことから、平成22年4月1日から、診療録及び診療諸記録を全て電子媒体で保存する体制に切り替え、電子媒体の記録を正として扱うこととした。

職員が作成する文書は、直接コンピュータ入力することが原則となるが、他院からの紹介状、問診票、同意書・説明書、システム化が困難であった一部の記録は、紙に記録される。これらはスキャンして電子化し、電子署名、タイムスタンプを付与し、e-文書法に則った形で保存している。

診療録の監査についても、電子カルテに対応した体制に移行した。量的監査については、入院や手術イベントに対して必要な記録の有無を、診療情報管理士がシステムにより全件確認できるようにした。退院時サマリ、研修医記載の経過記録のカウンターサイン、手術記録については月に1度実施し、監査結果を病棟医長と病歴管理委員に報告している。質的監査については、診療情報管理士による日々の点検に加え、3ヶ月に1度、病歴管理委員の医師による自科と他科の入院記録のピアレビューを行っている。平成30年度より画像読影医、病理医が重要フラグを付与したToDo通知について未消去一覧の抽出とリスクマネージャー、病歴管理委員への報告を開始した。また、画像の「予期せぬ重要所見」については全件カルテを閲覧し、適切な対応が行われているかの監査を開始した。さらに、インフォームドコンセントについても、適切なカルテ記載が行われているかの監査を開始した。

(9) クリニカルパス

クリニカルパスは、診療グループで検討された統一的な医療を提供することで医療水準を一定以上に保つこと、無意味な診療内容の多様性を廃することで安全な医療が提供できること、患者に入院中の診療予定の提示が可能となること等のメリットがある。本院では、クリニカルパス委員会を設置して、クリニカルパスの普及に努めてきた。またクリニカルパス委員長、3名の医師（診療科から年度毎に順に選出）と6名の看護師及び診療情

報管理士でパスコア委員会を組織し、運用の検討、新規のクリニカルパスの監査、職員教育の業務を担っている。職員教育は、1回の講習会の形では参加できない職員が多く出てしまうことから、e-Learningで教育することとし、パスコア委員会で教育用コンテンツを作成した。

平成25年から紙のクリニカルパスは使用しておらず、電子クリニカルパスのみで運用している。令和元年度に新たに作成されたクリニカルパスは36件であり、合計376件の電子クリニカルパスが運用されており、令和元年度の全入院患者に対するパス適応率は47.5%であった。

地域連携パスについての取り組みも行っている。地域連携パスは、共通の診療計画を元に他医療機関と患者情報を共有し、連携して診療を行うことを目的としている。地域連携パスの中でも特に5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）については、地域がん診療連携拠点病院の要件の1つに挙げられている。クリニカルパス委員会にがん診療地域連携パス小委員会を設置し、5大がんに前立腺がんを加えた6種のがんについて、地域連携パスの様式を作成し、運用方法を検討してきた。平成22年度から肺がん、乳がんについて、平成23年度から、胃がん、肝がん、大腸がんについて運用を開始した。令和元年度は胃がん術後連携パスの患者用小冊子の改版を行った。また、がん以外では、脳卒中の地域連携パスを運用している。

(10) 人事労務

病院人事労務に関する事項、教職員の負担軽減及び処遇改善に関する事項等を検討するため、平成22年4月、病院人事労務委員会が病院長の直轄機関として設置された。

これまで、医員の給与単価の改訂、夜間看護等手当の増額、特任助教（常勤）の雇用枠創設、医療技術職員に係る特例職員への雇用等を検討し、実施した。

令和元年度は、薬剤部の研修生制度を廃止し、令和3年度から教育内容の充実と処遇の改善を図ったレジデント制度を導入することを決定した。

また、医員ポストの配分について、病院長のリーダーシップの下、戦略的に医員枠を配置できる新たな制度を創設した。

(11) 診療体制

診療体制の整備充実、将来計画、病室の配分及び有効使用等に関して、診療体制検討委員会が中心となり審議・検討している。令和元年度は3回開催した。主な審議事項は以下の通り。

- ・各診療科の診療体制及び看護師の配置について

- ・責任病床数（各診療科が受け入れた1日あたり平均入院患者数実績を基礎数とし、診療科の増床希望等を反映させた病床数）について
- ・病棟グループ制（センター、臓器別、機能別、場所、稼働率の平均化の観点からグループ化）について
- ・ベッドコントロール（病床を効率的に運用するための管理・調整）について
- ・ICUの医師支援体制について

(12) 経営企画

1) 財務・管理に関すること

令和元年度は、病床稼働率の向上に取り組んだ。各診療科に対して、新入院患者数、稼働率等の経営指標の推移を示した資料を毎月送付することと併せて、病院長ヒアリングで病床稼働率の向上を経営の第一の指標として掲げることを各科に伝え、適宜稼働率の向上に向けたヒアリングを実施したことで、新入院患者数は1.7人/日の増加となり、病床稼働率は約1%の増となった。

また、平成30年度から引き続き、病院の総支出額のうち大きな割合を占める医療費削減への取り組みを継続した。医薬品・医療材料購入費の削減を目的に、価格交渉の徹底に一層注力するとともに、国立大学附属病院における共同調達に参加し、医療材料消耗品の一部について統一化を図ることにより、より廉価な共同調達品への切り替えを進めた。

2) 施設整備・環境に関すること

平成29年度から順次進めてきた手術室増室計画（20室→21室）が完了し、10月から新たに整備を行ったハイブリット手術室が稼働開始した。これらの手術室増により、全身麻酔下手術枠のハイボリューム化につながり、より高度な医療への対応が可能となった。

(13) 患者サービス

患者サービス推進室において、病院運営に不可欠であるホスピタリティ・アメニティの向上や患者サービスに資する取り組みを推進している。

患者サービス検討委員会では、新規企画事項の決定及びご意見・苦情等の検討・対応を協議している。