

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9月14日～9月15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1920年に日本赤十字社山口支部病院として創立以来、地域医療に営々と貢献され、2020年に100周年を迎えた歴史ある公的病院である。山口県の中央に位置し、山口・防府二次保健医療圏の中にあつて、地域の医療機関との連携を積極的に推進し、自院の機能を明確にした病院運営がなされている。貴院では地域医療支援病院、災害拠点病院、小児救急医療拠点病院および地域周産期母子医療センターの指定を受け、高機能の医療提供体制を整備している。特に、小児救急医療拠点病院として長きにわたり取り組まれ、重症度の高い小児急性期医療に積極的に対応されていることは高く評価できる。

現状では病棟等の老朽化に伴い、新病棟建築に向けて対応しているところであり、様々な制約のもとで病院運営が行われていることがうかがえる。そのような状況の中にあつて、2020年4月に新たに就任された病院長の強力なリーダーシップのもとに副院長、看護部長、事務部長等の病院幹部はそれぞれ管轄する領域においてリーダーシップを発揮されている。職員も総じて明るく、医療の質の向上に前向きに取り組まれていることは高く評価したい。また、新病棟完成の折には、療養環境、職場環境をはじめ医療提供体制全般の充実が期待されることから、今後も日本赤十字社の基本精神のもとに、地域医療支援病院の使命でもある医療連携を推進し、高機能で重症度の高い医療を提供する地域の基幹病院としてさらなる発展を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

2020年4月の病院長交代を契機に、これまでの理念・基本方針をもとに見直しを行い、院内外への周知に努めている。また、理念・基本方針は、患者の立場に立った医療の実践に関わる内容で、医療サービスの方針についても明確にしている。さらに、病院の将来像についても病院長から全職員に対して明示している。将来像を具現化するために、3年間の中期目標を策定し、年次事業計画を立案のもとに各部門では実現のための目標管理も行っている。また、各種学会・研修会への参加の奨励や専門資格取得への支援を行うなど、職員の就労意欲を高める組織運営を行っており適切である。病院運営における意思決定のプロセスは明確になっており、必要な会議・委員会を開催し、病院運営を計画的で効果的に行っている。情報の管理・活用の方針を明確にして、データの真正性、保存性を確保したうえで情報を統合的に管理している。電子カルテシステムを導入して間がなく、運用上の課題はあるものの得られた医療情報をもとに、医療の質や効率性の改善に活用されており適切である。日本赤十字社の規程に基づき、文書の一元管理が行われ、文書の管理担当部署も明確になっている。

法令や施設基準等に必要の人材を確保して、病院運営がなされている。一方、貴院の規模や機能および臨床研修病院、地域医療支援病院であることを踏まえると、常勤病理医の確保が望まれる。また、放射線治療の専従医の配置や業務量からみると画像診断を行う放射線科医の増員を望みたい。人事・労務管理に関する規則・規程等を整備しており、職員への周知も図られている。2019年に客観的な就業管理が可能なシステムを導入し、的確に就業状況を把握できる体制を確保している。さらに、日本赤十字社の勤務評定制度のもとに人事評価を実施しており、職員の就労のモチベーションを高めていることは評価できる。職員の安全衛生管理については、衛生委員会を設置し適切に活動している。健康診断も確実に実施しており、職場環境にも配慮している。職業感染への対応や職員の精神的なサポートについても、適切に対応できる仕組みを構築している。職員満足度調査等の実施により職員の意見・要望を把握し、職員が意欲をもって仕事に取り組むための就業支援、福利厚生への配慮も行われており適切である。

教育・研修については、教育研修推進室運営委員会のもとに教育研修委員会を設置し、医師の臨床研修を除く教育・研修について一元管理している。また、医療安全や感染対策等の必要性の高い研修については、それぞれ主管する委員会主導のもと計画的に実施しており適切である。職員の能力評価・能力開発については、医師をはじめ全職員について、能力の把握・評価が行われている。看護部門では、日本赤十字社看護師キャリア開発ラダーに基づいて、能力評価、能力開発を行っており適切である。一方、コメディカルおよび事務部職員については、体系的な能力開発のプログラムは設定されていないので、今後キャリアパスを明確にして取り組まれることに期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化されており、文書による患者・家族、職員へ周知、権利擁護、請求に基づく診療記録の開示なども含めて適切に対応している。説明と同意を求める範囲やセカンドオピニオンの手順を定め、おおむね適切に運用できている。患者への情報提供は、入院案内や入院診療計画書を活用し、患者が主体的に入院生活を送られるように工夫がなされており、情報コーナーやボランティアによる図書コーナーも整備されているなど適切である。患者・家族からの相談は「患者相談窓口」で受け入れ、時間外でも病棟や事務当直者が柔軟に対応している。プライバシーに配慮した相談室を用意し、事例に応じて各部署と連携しながら幅広い患者支援を行っている。個人情報保護に関する運用については、日本赤十字社が定める個人情報保護規程等に基づいて適切に対応している。患者・家族の抱えている倫理的な課題を把握し、院内で検討する仕組みも明確になっている。解決困難な課題については、倫理コンサルテーションチームが助言する仕組みが確立しており、臨床における倫理的課題についての取り組みは適切である。

敷地に隣接して路線バスの停留所があり、来院者用の駐車場も整備されている。院内には、コンビニ、ATM、コインランドリー等があり、有料テレビ・冷蔵庫や理美容など入院生活に必要な各種設備・サービスが整っている。院内はバリアフリーとなっており、トイレも高齢者や車椅子利用者が安全に使用することができる。車椅子や歩行器はよく整備されたうえで提供されており、職員やボランティアによる受診支援など、ハード・ソフト両面の配慮が行き届いている。老朽化した施設を整理整頓を行うなど工夫し、快適な環境づくりに取り組んでいる。受動喫煙の防止に対する方針を明確にし、来院者への周知が適切に行われている。ニコチン依存症外来を開設し禁煙啓発に積極的に取り組んでいる。

4. 医療の質

院内に意見箱を設置し患者満足度調査を定期的実施して、患者や家族からの意見を職員全員で共有し、質改善に積極的に取り組んでいる。回答は、病院長の承認を経て院内掲示によって公表も行っているなど適切である。診療の質の向上に向けた活動については、CPC の開催回数不足や症例検討会での内科医・外科医・放射線治療医合同の検討会の開催などを充実されたい。また、クリニカル・パスのバリエーション分析や一部重要な臨床指標が未把握で、院内各部署での利用がないことなどについて、今後の取り組みが期待される。継続的な業務の質改善の取り組みは、連続した病院機能評価受審など、おおむね適切であるが、病院機能評価以外の院内での取り組みは部署ごとであるので、病院全体の取り組みに格上げし、全部署が対象となればさらに良い。新たな診療・治療方法や技術を導入する手順において、倫理委員会に申請すべき内容についてより明確に表記するよう検討し、申請対象となる職種についても医師のみでないことを明確にされたい。

診療やケアの責任や管理体制は明確で、主治医や病棟責任者は毎日、診察やラウンドで患者や家族の状況を把握しており適切である。診療記録の適切な記載では、診療録記載マニュアルは医師版・看護師版が個々に作成されているが、薬剤師・リ

ハビリスタッフ・診療放射線技師・臨床検査技師・MSW など他職種のマニュアルは存在しないため、病院全体での1冊のものの作成を検討されたい。多職種で構成された感染制御、呼吸サポート、栄養サポート、認知症ケア、緩和ケアチームなどの専門家チームが、定期的に病棟ラウンドや不定期な依頼も受け支援を行うなど、組織横断的に活動しており、適切である。

5. 医療安全

医療安全に関する組織体制は副院長が統括責任者であり、各部長級で構成する医療安全管理委員会とリスクマネジャーで構成する医療安全担当者会議を設置しており、適切に機能している。医療安全担当者会議では、各部署のインシデント等の事例検討や具体的対策について協議し、事例分析も行っている。また、医療安全対策マニュアルは年1回以上の改訂を行っているなど適切である。院内のアクシデント・インシデントレポートは当事者が早期に入力し、事案の原因等は職場管理者が確認し報告している。また、医療安全管理者は早期に対応すべき事案については迅速に情報を収集し、幹部へ報告している。医療安全に関するニュースは毎月発刊し、院内データや自院、他院の事例について注意喚起事項を周知している。さらに、毎月、時系列事象関連図での分析を行い、再発防止策検討での成果事例もあるなど適切である。

誤認防止対策について、患者が氏名を名乗ることを原則とし、各部署でのリストバンドやバーコード認証での患者確認が行われている。放射線科での撮影後のダブルチェックや手術部位のマーキング、手術室でのタイムアウトも行われ記録にも残しているなど、適切に対応している。情報伝達エラー防止では、処方箋・指示箋は統一され、指示受けと実施が確実に行われており、口頭指示マニュアルも遵守されている。略語集も作成されており、未開封の病理・画像診断のレポートや異常検査値は確実に連絡される体制にある。重複投与、相互作用、アレルギーのリスクなどを確実に回避する手順が整備されている。がん化学療法レジメン委員会による抗がん剤の管理・登録体制は整備されている。

転倒・転落防止対策については、入院時に全患者を評価し、危険度に沿った対策を実施しているほか、転倒・転落防止チームを編成し、多職種による事例検討と再発防止策が採られており適切である。医療機器の安全な使用については、使用する職員への教育は輸液・シリンジポンプ等の取り扱い研修が計画的に行われ、医療機器マニュアルも充実している。また、機器の設定条件の確認とその伝達も確実に行われており、医療機器を安全に使用する体制が確保されている。院内緊急コードを「ハリーコール」と設定して、適切に対応する仕組みがある。また、RRSを導入し、RRS 事例検討会も開催されている。さらに、BLS への研修には全職種が参加し、患者の急変時に対応できる能力向上に努めている。

6. 医療関連感染制御

ICD を委員長とする院内感染対策委員会を設置しており、適切に機能している。ICT や AST 回診で院内感染状況を把握し、指摘事項は月 1 回の委員会に報告されている。感染防止マニュアルでアウトブレイク対応や ICD 権限がフローチャートに明示され、必要に応じた改訂も行われており適切である。起炎菌・耐性菌の把握、感受性結果の検討などが行われており、アウトブレイク対応、JANIS 参加による他施設との比較、地域連携等の取り組みは適切である。HCU、NICU の集中治療部門を有する施設であり、目的別サーベイランスで BSI、CRI、VAP に関して病院全体の把握に期待する。

ICT の定期的なラウンドにより標準予防策の遵守や感染患者の取り扱いについて確認している。手指衛生についての周知は速乾式消毒剤の使用状況をリンクナースが把握し、毎月データ化し使用を促している。感染性廃棄物は病棟や各部署で適正に取り扱っている。また、汚染リネンはビニール袋に入れ、使用済みランドリーボックスに入れる取り扱いが徹底されている。抗菌薬の適正使用については、院内指針が整備されており、感受性試験に基づく抗菌薬の選択、特殊抗菌剤の届出制・許可制、周術期予防的使用の遵守、TDM の活用などを含めて、抗菌薬適正使用の体制は整備されている。

7. 地域への情報発信と連携

広報手段や内容は「広報委員会」で定期的に検討している。広報誌を定期的に発刊し、地域の医療機関や患者・住民へ広く配付している。さらに、ホームページでは、病院の特色や受診案内、診療科の紹介、診療実績などの情報を発信するなど、必要な情報を地域等へわかりやすく発信している。

「地域医療連携室」を中心に開業医との連携を積極的に推進し、病院長自らも訪問活動に参画している。また、アンケートを実施し、開業医や住民から寄せられた要望を連携推進の施策立案に活用している。返書管理もおおむね適切であるが、情報提供の内容やタイミングが充実するとさらに良い。

健康生活支援や介護方法、災害時対応など、住民視点の幅広いテーマの講演を市民公開講座や出張講座で数多く展開している。院内には 4 つの患者会が構成され、様々な運営支援を行っている。医療従事者に対する各種研修会を継続して開催しているほか「ブラックジャックセミナー」「ふれあい看護体験」など、次世代の医療専門職の育成を目指した社会貢献活動にも意欲的である。病院全体が一丸となって地域に向けた教育・啓発活動を行っており、その企画力と実績は模範的水準であり、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適切に案内しており、初診、再診、会計などの手続きも明確になっている。また、紹介患者については地域医療連携室が適切に関与しており、発熱など患者の病態の変化や緊急性がある場合などは、外来フロントの看護師等によって対応しており適切である。外来における患者情報収集や説明・同意の手順は

整備されており、診察・検査・入院の流れは適切である。

医師間の相談体制や看護師による入院サポート体制も機能している。医師・看護師による説明と同意のもと、患者の希望や病状などに配慮した入院決定が行われており、上級医や他科医との連携も良好である。看護部が空床状況を一元的に把握しており、毎日のベッドコントロールミーティングで効率的な活用が検討されている。関連職種の協働により、画一的でなく患者の個別性に配慮した入院診療計画書が作成されている。医療相談窓口は一本化され、MSW が常在し、多様な相談に応じ、記録もなされている。担当者が解決できない相談は、各専門職に繋げる仕組みもあり適切である。入退院支援センターで「入院のご案内」を用いて入院に必要な情報提供を行い、不安の軽減に努めているなど適切である。

医師間の連携体制が整っており、症例カンファレンスでは関連職種との情報交換が適切に行われている。患者や家族との面談やインフォームド・コンセントは適宜行われており、医師事務作業補助者の活用によって医師の業務負担軽減が図られている。看護師は、入院時に各種リスク評価に加え、患者・家族の入院治療に対しての心理的、社会的ニーズの把握を行い、身体的ケアの必要性も手術や患者の病態変化に応じて判断し実施している。また、日替わりのチームリーダーは能力評価レベル3以上の者であり、患者担当も能力に応じた分担を行うなど、看護師は病棟業務を適切に実践している。

薬剤師による服薬指導、薬歴管理、持参薬管理、抗がん剤調製などの業務を適切に実施している。輸血・血液製剤の投与を確実・安全に実施する手順では、ガイドラインに沿った医師による検討、患者への説明と同意書の取得、血液センターが隣接している利点を考慮した最小限の定数配置、輸血実施手順マニュアルに則った観察、輸血後感染症検査の実施、副作用報告などがなされており適切である。周術期の対応はおおむね適切である。重症患者の管理はおおむね適切に実施されているといえるが、廊下を隔てた個室で人工呼吸器管理をする場合にはアラームを頼って病状を把握せざるを得ない状況にあるので、再検討のうえより適切な対応が望まれる。

入院時に全患者を対象に褥瘡発生リスク評価を行い、危険因子スコアに応じた対策を立案し、再評価している。褥瘡チームのラウンドによりケアの妥当性などを検討している。褥瘡状態の記録も写真などを用いて適切に記録している。入院時に看護師が、食物アレルギーの有無や栄養アセスメントを行い、経過表で管理栄養士と情報共有している。管理栄養士は栄養管理計画書を作成し、食形態の選択や栄養相談、栄養指導を行い、必要時はNST や言語聴覚士の介入も行われており、栄養管理を適切に行っている。疼痛や不快な症状については、緩和ケアマニュアルに則り症状緩和が行われており、適切である。リハビリテーションの実施については、リハビリ専門医師と関連職種の連携のもとに実施計画を適切に策定している。また、リハビリ実施前後に評価を行い、病状の変化に伴う計画の変更にも対応している。マニュアルにリハビリ中止基準が明記されており、個別性に応じた安全対策も講じており適切である。安全確保のための身体抑制は、基準を定めおおむね適切に行われている。

入退院支援センターで、入院前から退院支援シートを用いて情報収集し、院外の職員も参加する退院支援カンファレンスを開催するなど、退院支援に取り組まれており適切である。継続した診療・ケアへの対応では、退院時サマリーを活用し、情報共有を図っている。また、院内外のスタッフと退院前カンファレンスを開催し、転院先へは、医師や看護師だけでなく薬剤師や管理栄養士、リハビリスタッフからも情報提供がなされており、適切である。DNAR や終末期の判定が明文化され、症状・疼痛緩和に関する方針も明確にしている。DNAR の意向は尊重され、カルテ内の重要事項となっている。また、多職種カンファレンスを開催し、患者・家族の意向に沿った療養環境やケアを提供しており、ターミナルステージへの対応は適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、調剤業務、病棟業務、抗がん剤の調製、DI 活動など適切に発揮されている。今後は、服薬指導の推進、注射薬 1 施用毎の取り揃えや内服薬 1 回量包装の完全実施に向けて、病棟薬剤師のさらなる関与を期待したい。臨床検査機能は適切である。画像診断機能では、タイムリーな実施と迅速な報告が行われている。また、ダブルチェックによって読影の質、医師による造影指示や MRI 撮影条件の調整によって画像診断の質は確保されており、安全管理体制等を含めて画像診断機能は適切に発揮されている。栄養管理機能では、安全・衛生管理が行き届いた環境で調理が行われ、選択食や行事食などのアメニティも充実している。管理栄養士が主体となって患者から直接要望を聴き、可能な限り個別性を重視した食事の提供を目指すなど、普段から食の改善に積極的に努めている。リハビリテーション機能では、医師と療法士の連携のもと、患者の問題点を抽出し、訓練プログラム立案等に還元している。疾患ごとの標準的プログラムを作成し、継続性や安全性も確保できており、リハビリテーション機能は適切に発揮されている。電子カルテシステムを中心に院内の情報が集約され、管理も行き届いている。また、データの活用方針は明確であり、実務や経営分析に利用されていることなど、診療情報管理機能は適切に発揮されている。

医療機器は一元管理し使用後は速やかに返却され、日常点検も行われている。また、機器の定期点検はシステム化され、次回点検月について機器への表示を行い、医療機器については標準化した対応となっているなど適切である。中央材料室はワンウェイであり、各種インディケーターを用いて滅菌の保証を担保している。委託責任者は滅菌技士資格があり、責任者である副看護部長と随時連絡相談ができる体制も確保している。

病理診断機能は常勤医の確保はないものの、3 名の非常勤病理専門医により随時ダブルチェックもなされ、危険性の高い薬品類は部門内・院内の該当箇所で鍵管理がなされており適切である。放射線治療機能では、治療計画作成と計画線量確認には放射線治療医が関与しており、始業前線量チェック、月 1 回の線量校正が専門技師によって行われ、治療装置は年 2 回の保守点検を受けている。装置の保守・管理も定期的に行われており、診断用放射性同位元素の保管・管理も適切である。輸

血・血液管理機能は、血液センターが隣接していることと救急患者の緊急時輸血に備えることとの双方を考慮し、加えて T&S 法も導入した必要最小限の在庫と電子化されたロット番号の管理、廃棄率低減への取り組みなど、適切に実施されている。

手術・麻酔機能は 4 名の麻酔科専従医師を配置し、看護師をはじめとする他職種と協働してスケジュール管理、清潔管理、術中患者管理がなされており、麻酔覚醒時の安全性も確保されており適切である。集中治療機能はほぼ適切であるが、HCU の入室基準は建物の老朽化に伴う制限された中での基準であることからやむを得ないことではある。しかし、病態での記載以外に多くの疾患名が記載されていて現状に合わせた基準ともいえるので、新棟建設後は病態に応じた基準のみを記載されるとさらに良い。救急医療機能はおおむね適切であるが、虐待を見逃さないための職員研修が実施されていないので、今後の取り組みが期待される。

10. 組織・施設の管理

日本赤十字社の会計規則に基づき、財務・経営管理を適切に行っている。予算編成の手順は明確であり、予算・実績の推移が毎月の幹部会議や管理会議に報告され、収支改善の検討が行われている。会計監査は外部監査を導入し、適切に実施している。再来受付機を導入し、待ち時間短縮を図っている。レセプトの点検体制、返戻・査定対応は適切であり、未収金は手順に従って回収に努めている。業務委託の方針は明確であり、委託業者の選定は仕様書や実績をもとに公正に検討されている。各部署からの報告および実地調査によって評価を行い、定期的に選定業者の見直しを行っている。安全管理および感染防止については職員向け研修に参加を求めている。

施設・設備の日常点検は 24 時間体制で実施し、記録を確実にしている。年次計画に設備の更新や定期保守を掲げ、所要資金の予算も計上している。緊急時の連絡体制が確保され、夜間・休日の対応も迅速である。感染性医療廃棄物の処理は、法令に従って適切に行われている。物品管理については、SPD による定数管理システムを導入し、日本赤十字社内での共同購入にも取り組んでいる。定期的な棚卸と使用量データをもとに定数の見直しを行っている。また、ディスプレイ製品の再使用は、病院方針により一切行っておらず適切である。

災害時の対応では、法令で定められた災害対策が取られ、地域の防災訓練等にも積極的に取り組んでいる。また、DMAT を編成し、災害拠点病院として大規模災害時の患者受け入れの手順も明確にしている。災害時の電力や患者用食料・飲料水を適切に確保している。専従の保安要員を配置し、院内巡視や夜間・休日の施錠管理を行い、記録も確実にしている。管理エリアにテンキーロック装置を設け、要所に監視カメラを設置しているほか、警察署への緊急通報装置を設置して保安体制の強化を図っている。医療事故発生時の対応手順は明確になっており、原因究明・再発防止に向けた組織的な対応体制は確立している。また、訴訟が発生した場合の担当責任者も明確して、対応体制を整備しており適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として、毎年研修医を受け入れている。「臨床研修管理委員会」を年1回開催するほか、質の向上に向けた検討を行う場として「指導医専門委員会」を隔月に実施している。研修医の評価は、他の専門職による多面的評価を実施している。一方、看護部およびコメディカル部門でも教育計画に基づく初期研修体制が整備されている。

実習生の受け入れに関する病院方針は明確であり、看護師、薬剤師ほか多くの専門職種の実習生を受け入れている。安全で効果的な実習が実現できるよう指導方法や評価方法について予め検討され、医療安全・感染防止対策はオリエンテーションで周知を図っている。また、実習契約書や誓約書が整備され、患者・家族への周知方法や事前同意の手順も明確になっており適切である。

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	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	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	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	B
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	B

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	B
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	B
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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	B
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	B
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	B
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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 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： 総合病院 山口赤十字病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 日赤

I-1-4 所在地： 山口県山口市八幡馬場53-1

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	427	427	-48	80.5	12.6
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	427	427	-48		

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	8	+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)	9	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室		
無菌病室		
人工透析	27	+0
小児入院医療管理料病床	25	+0
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	25	+0
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, 災害拠点病院(地域), 小児救急医療拠点病院, DPC対象病院(Ⅲ群), 地域周産期母子医療センター

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： 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-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移2