

# 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7月19日～7月20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

貴院は山口県下関市に所在する地域中核の急性期病院であり、高度な急性期医療を提供する体制を整備している。臨床研修病院、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、災害拠点病院などの多数の指定を取得しており、特に、地域母子周産期医療センターとして重要な役割を担っている。また、ロボット手術の導入をはじめとする先端医療に注力し、最新の医療機器を保有し、治療に役立てている。

病院機能評価を継続的に受審しており、前回受審時の指摘事項に対し、改善に取り組む、病院全体として継続した質改善活動に取り組んでいることを確認した。今回の病院機能評価の受審が貴院のさらなる発展につながることを願う。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念・基本方針は具体的かつわかりやすく策定している。病院の意思決定機関は明確であり、病院運営が適切に行われている。また、決定事項は職員に周知されている。中期事業計画およびそれに連動した年次事業計画が策定され、計画的な組織運営を行っている。幹部職員は病院の実態を把握したうえで課題を認識し、対策を検討している。診療情報は電子カルテなどの統合的情報システムに基づいて管理している。文書管理規程を整備し、規程およびマニュアル等の文書を一元的に管理している。

職員の採用活動を計画的に行っている。人事・労務管理に関する諸規程を整備し、必要な届け出を行っている。職員の就労支援や福利厚生は適切に整備されている。職員の教育・研修は教育委員会を中心に計画し、実施しているが、今後研修内容のさらなる充実や参加率の向上に向けた取り組みを期待したい。職員の能力評価

や能力開発は組織的かつ計画的に行っている。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は、専門職種ごとに実施している。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利と責務を定め、ホームページや院内、入院案内などに示している。説明と同意に関する方針、基準・手順を整備し、一元管理している。診療・ケアに必要な情報は電子カルテで共有している。相談窓口を設置し、各種医療相談や苦情対応等に対応し、関係部署と連携して有効に機能している。虐待が危惧される患者等への対応としてマニュアルを整備し、職員研修も実施している。個人情報保護に関する方針やマニュアルを整備し、個人情報管理委員会が機能し、必要に応じて検討する体制を整備している。電子カルテシステムのセキュリティ対応を図り、診療情報などの利用に際しては規程に基づいて対応している。主要な倫理的課題についての方針を定め、組織的に検討する仕組みを整備している。

病院敷地内には駐車場を確保し、館内には必要な物品が購入できる売店やレストランを設置するなど、患者・面会者等の利便性・快適性に配慮している。病院全体として清潔で快適な療養環境を整備している。敷地内禁煙の方針を掲げ、ホームページや院内掲示、入院案内等に明示している。職員の喫煙率を把握し、禁煙外来を実施するなど、患者や職員を対象に禁煙啓発活動に適切に取り組んでいる。

### 4. 医療の質

医療の質および業務改善として、病院長主導の TQM 活動を開始しているため、継続的な活動により今後の成果を期待したい。各診療科では多数の症例検討会が行われているが、多職種が参加して組織横断的な取り組みも期待したい。患者・家族の意見等は、アンケート調査や提案箱、窓口等を通して収集し、対応している。最新の医療機器を備えて先進的な医療を実施しており、併せて組織的な検討体制の充実も期待したい。

病棟では診療・ケアの管理・責任体制を明確にしている。診療録の質的点検については、点検対象の拡大と体制の充実を期待したい。多職種で構成される専門チームは組織横断的に活動し、診療やケアを実践している。

### 5. 医療安全

医療安全管理委員会やカンファレンスを継続的に開催し、医療安全マニュアルを整備している。医療安全環境ラウンドや各部署内のポスターや標語の掲示など、職員に対して日常的に安全に関する啓発活動を行っている。アクシデント・インシデントの報告体制を整備し、カンファレンスや医療安全管理委員会で情報を共有し検討している。医療事故が発生した際の対応手順などを定め、必要に応じて、医療事故調査委員会を招集する仕組みを構築している。

医療安全マニュアルに各種誤認防止対策について詳細に定め、遵守している。原則として口頭指示は禁止としているが、口頭指示が出された場合には実施基準に基づき対応している。麻薬保管庫の鍵はリーダー看護師が所持し、管理している。入

院前に転倒・転落防止に向けた指導や入院時に転倒・転落リスク評価を行い、患者・家族へ説明するとともに看護計画に反映している。医療機器使用マニュアルや日常点検項目は、ME 機器管理システムに整備し、輸液ポンプやシリンジポンプは、使用前、使用中、使用後の点検を行い記録している。BLS および ACLS を計画的に実施し、各部署で急変時のシミュレーションを行っている。急変時に備え、救急カートは看護師や薬剤師で協働して点検している。

## 6. 医療関連感染制御

日常の感染対策は感染対策室が担っている。院内感染防止対策委員会を毎月開催し、感染状況を確認している。また、院内感染防止対策マニュアルを適宜改定し、職員に周知している。ICT による環境ラウンド、AST による抗菌薬適正使用ラウンドなどにより、院内の感染情報を的確に把握している。部門別サーベイランスについてはさらなる取り組みを期待したい。

手指衛生キャンペーンや手指衛生週間などの企画、手指消毒剤の使用量調査などを通じ手指衛生の徹底を図っている。特殊な抗 MRSA 薬や広域抗菌薬の使用に際しては届出制としている。AST による抗菌薬適正使用ラウンドで抗菌薬の使用状況を把握し、適正な使用に向けて指導している。

## 7. 地域への情報発信と連携

診療機能に関わる情報提供として、広報誌や年報などを発行し、連携協力機関へ配布するとともにホームページにも掲載している。また、院内の医療サービスに関しては、病院案内や入院案内、院内掲示、デジタルサイネージなどで広報している。地域医療連携室は地域の医療ニーズを把握するとともに、院外の関係施設との連絡調整等に当たっている。また、他の医療機関との連携強化に向け訪問活動を行い、状況に応じて各診療科医師も同行している。地域住民を対象とする医療に関する教育・啓発活動として、認定看護師による健康講座やがんサロンなどを開催している。また、地域の医療従事者を対象に、定期的に地域医療研修会を開催し、認定看護師を講師として派遣する出張講演等を実施している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来受診に必要な情報はホームページや各種掲示物などで案内し、来院した患者の円滑に外来診察につなげている。診断的検査を実施する場合は医師が必要性とリスクについて説明し、同意を得て実施している。また、診察所見・検査データなどに基づき入院の必要性を判断している。入院診療計画書については、記載内容のさらなる充実を期待したい。患者・家族からの多様な相談には多職種が連携して対応している。円滑な入院につなげるよう説明や案内を行い、病棟オリエンテーションを実施している。

医師は多職種と回診し、患者の病態を把握して結果を診療録に記載し診療上の指導力を発揮している。看護提供方式はPNSを導入し、看護サービスの平準化を図っている。入院時に各種リスク評価やアセスメントを実施し、病棟内や多職種カンファレンスで情報を共有している。輸血・血液製剤の投与の際は輸血適正使用指針に則って実施している。手術・麻酔の適応は各診療科で検討し、手術前や術中・術後の安全確認とともに合併症予防対策を行っている。重症患者はHCUまたは病棟の回復室にて、多職種が関与して管理している。全入院患者に褥瘡危険因子評価を実施し、手順に沿って対応している。多職種で患者の栄養状態を評価し必要な食事指導を行い、患者の摂食・嚥下機能に応じた対応に努めている。症状緩和はマニュアルに基づいて患者の訴えを把握し、評価している。リハビリテーション総合実施計画書については、個別性を踏まえ、各項目の記載を充実させることを期待したい。身体拘束を実施する際は必要性を検討し、説明と同意を得て実施しており、最小化に向けて解除に取り組んでいる。入院時から退院後の生活を踏まえた支援を開始し、多職種で患者の状態や家族の状況に応じた退院支援を行っている。退院後の継続した診療・ケアのため、情報を共有し、在宅療養支援につなげている。患者の意思決定支援委員会が中心となりACPを推進している。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では、注射薬を1施用ごとに取り揃え、薬剤師がクリーンベンチでTPNを調製・混合している。調剤薬局とトレーシングレポートも活用し連携している。臨床検査部門では、必要な精度管理など適切に行っている。パニック値は主治医に確実に伝達し、記録に残している。CT、MRI、核医学検査の読影結果は迅速に報告しており、依頼からの待ち日数はなく、緊急検査にも対応している。患者個別のアレルギー、嗜好の情報を把握し、選択メニューを用意するなど、食事の提供には患者の個別性に応じて対応している。リハビリテーション実施前後の評価を行い、連続性の確保に努めている。診療録に関する規定に基づき、電子カルテシステムで診療情報を一元的に管理している。医療機器は一元管理し、年間計画に沿って定期的な点検を行い、記録している。手術室、透析室、アンギオ室、HCUの生命維持装置も毎日ラウンドし点検している。洗浄・滅菌においては、手術室師長を責任者とした管理体制を構築している。

病理診断機能は、専従の病理医や細胞検査士を配置し、術中迅速診断、組織診断、細胞診など必要な病理診断を実施している。放射線治療にはIGRT機能のあるリニアックを配置し、関係診療科と連携して照射法や適応を検討している。輸血部門は臨床検査科内に設置し、規程に沿って輸血用血液製剤の発注から保管、破棄までの管理を行っている。手術室の清潔管理や安全管理も適切である。救急医療機能は、二次救急患者を受け入れ、地域の救急医療の中心的な役割を担っている。

## 10. 組織・施設の管理

予算管理は経営管理課が所管し、院内および法人が定める手順に沿って予算が審議・決定されている。会計処理は社会福祉法人会計に則り行われ、財務諸表等も適正に作成されている。受付対応や窓口収納業務、診療報酬請求業務などの医事業務は医事管理課が主管して実施している。レセプトは、チェックシステムおよび医事課職員と医師で全件を点検し、保険診療査定委員会で返戻・査定への対応を検討している。未収金への対応も適切である。委託業務の必要性について審議し、適切に業者を選定し、委託業者との意見交換や報告書提出により委託業務の質を評価している。

施設・設備の保守や点検を計画的に実施し、緊急時の対応も整備している。購買管理業務は主に施設管理課が主管し、購入物品等の選定には医療材料委員会と薬事委員会などが関わっている。診療材料、その他物品の購入を適切に管理している。診療材料はSPD業務を委託し、委託業者を含めて新規採用材料の検討、価格や定数の見直し、在庫確認を実施している。火災や大規模災害を想定した対応体制を整備し、非常時の食料品などを備蓄している。保安体制と日々の管理体制を確立し、不測の事態に備えるとともに防犯カメラによる監視体制を整備している。

# 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	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	患者の個人情報を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	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	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	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	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	B

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	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	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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	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	B
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	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	
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	A
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	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	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： 2021 年 4 月 1 日 ～ 2022 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2023 年 2 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 山口県済生会下関総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 山口県下関市安岡町8-5-1

### 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	373	373	+0	84.8	11.3
療養病床	0	0	+0		
医療保険適用	0	0	+0		
介護保険適用	0	0	+0		
精神病床	0	0	+0		
結核病床	0	0	+0		
感染症病床	0	0	+0		
総数	373	373	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	12	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	37	+0
小児入院医療管理料病床	35	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

### 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, がん診療連携拠点病院 (地域),  
 DPC対象病院 (DPC標準病院群), 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： 8 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

[illegible]

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	762.46	726.50	844.22	104.95	86.06
1日あたり外来初診患者数	80.40	75.09	87.11	107.07	86.20
新患率	10.55	10.34	10.32		
1日あたり入院患者数	315.02	310.63	336.52	101.41	92.31
1日あたり新入院患者数	27.92	26.55	28.92	105.16	91.80