

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 11 月 27 日～11 月 29 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 3	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
 1. 診療記録の質的点検、および退院時サマリーの早期作成に関して、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（2. 1. 2）
 2. 全職員に対する BLS 研修に関して、貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（2. 1. 8）

1. 病院の特色

貴院は、開設以来、高度救命救急センターの設置や県がん診療連携拠点病院の指定、医療人育成センターの設置、原子力災害拠点病院の指定等により機能を充実させており、高度医療・地域医療・災害医療の実践のみならず、教育病院として医療人の育成にその役割を果たしてきた。さらに、新病院長のリーダーシップのもと、新たな病院風土の醸成を目指して理念・基本方針を大きく変更され、全職員がその決定に参加するプロセスがとられたことは特筆に値する。新しい理念として、「一人ひとりの健康と安心の探求と実現」を掲げ、5 つの基本方針のもとで病院機能の充実に努めている。また、中期目標・中期計画、病院再整備計画、働き方改革への対応、地域医療構想、広報戦略センター等を重点事項として、取り組んでいる。

今回の病院機能評価受審に際しては、初回認定から現在まで職員が一丸となって病院機能の向上に取り組んできたことを随所に拝見することができた。今後も引き続き、継続的な医療の質向上活動に努められ、貴院のさらなる発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明文化され、患者等に公開されるとともに職員に周知されている。病院の将来像が職員に明示され、新たな理念・基本方針策定には全職員が参画して検討しており高く評価できる。病院長は、医療法で定める適正な選考過程のもと任命され、病院運営審議会、病院戦略会議を含めた各委員会が組織され、病院運

営の意思決定を適切に行っている。中・長期計画に基づく年次事業計画を定めて職員へ周知しているほか、部門・部署ごとの目標設定と達成度評価が定期的に行われており、「YUMECO 会議」や「サンクスカード」など優れた独自の取り組みは高く評価できる。院内の医療情報は医療情報部で一元管理し、様々な QI 指標に利用して医療の質向上に寄与している。文書管理については、病院内の文書を一元的に管理する仕組みが構築されている。

役割・機能に見合った人材の確保については、医療安全、医師の負担軽減等を勘案し、増員の必要性を含めて適切に実施されている。人事・労務管理については、必要な規程、規則が整備され、適切に実施されている。職員の安全衛生管理については、労働安全衛生委員会を中心に適切に活動している。職員にとって魅力ある職場となるように、職員の意見も参考に様々な取り組みを展開している。

職員への教育・研修については、年間の企画・立案等が適切に実施されている。職種ごとに資格の特性に応じた能力評価・能力開発の仕組みを整備している。医師や歯科医師の初期研修は、医療人育成センターが所掌して臨床研修の理念や目標を明確に定め、指導体制も適切である。医師以外の専門職初期研修についても、各部門の特性に合わせた研修が用意され、適切に実施されている。学生実習等の受け入れは総務課が所掌し、教育病院として地域における医療人材の育成に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、わかりやすい文体で構成されており、小児患者に対する権利も作成されて、患者・家族や職員への周知に努めている。説明と同意に関する方針や基準・手順書は明文化されており、説明と同意に関する責任者は明確に規定され、マニュアル等の遵守状況は複数の監査により把握されている。診療・ケアに必要な情報の共有については、説明書、冊子、患者用クリニカル・パスなどで患者の理解が深まるよう支援している。患者支援体制では、患者支援センターにより多様なニーズに対応し、適切に機能している。患者の個人情報の保護では、規程に基づき適切に保護・管理されている。臨床の倫理的課題については、臨床倫理委員会と下部組織に臨床倫理コンサルテーションチームが発足して体制が整備されているが、病院として主要な倫理的課題については事例分析を踏まえて方針の整理を期待したい。各部署では看護師を中心に臨床倫理的課題の検討に取り組んでいるが、医師の参加を含めた多職種による検討を期待したい。

患者・面会者の利便性・快適性への配慮は適切に行われている。病棟の療養環境は、処置室やデイルームなどが十分に確保され、院内は整頓されて、トイレ・浴室等の清潔面や安全性も適切である。受動喫煙の防止では、患者向けの禁煙支援がやや不足しているため、積極的な取り組みを期待したい。

4. 医療の質

業務の質改善については、病院長ヒアリング、病院戦略会議や各種委員会で課題を抽出しながら組織的な改善活動を継続しており、具体的な改善実績も認められ

る。独自の取り組みも多数実施されており、高く評価できる。CPC、M&Mカンファレンスなど多くの症例検討会が活発に開催されている。臨床指標・質指標を活用した改善活動はQIセンターが担い、特に、院内ケアプロセス調査を全部門に展開して、院内に診療の質改善を担う人材育成とその文化を根付かせており高く評価できる。患者・家族の意見の活用では、寄せられた意見を活用し、医療サービスの質向上につなげている。新たな診療・治療方法や技術の導入・実施において、病院として管理する体制を構築しており、患者への説明も適切になされている。臨床研究の実施においては、研究者への支援体制が充実している。

病棟・外来の診療・ケアの管理・責任体制は明確であり、掲示により周知されている。診療記録は、指針に則り電子カルテに必要事項が適時に記載されているが、診療記録の質的点検および退院時サマリーの早期作成について継続的な実践が望まれる。専門チームが連携して診療・ケアを行っている。多職種が協働するワーキンググループ活動や早期リハビリテーションの実施状況など、入院から退院まで多職種による適切な支援が行われている。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制が確立し、院内外の情報収集と検討、医療事故への対応等が適切に行われている。医療安全管理責任者、医薬品、医療機器、医療放射線の各安全管理責任者が任命され、医療の質・安全管理部に医師、薬剤師、看護師の医療安全管理者が専従配置されている。インシデント、オカレンス、死亡症例等の情報を収集して検討しており、再発防止策は職員に周知のうえ実施状況が確認されている。また、医療安全に関する評価指標を設定し、医療安全目標の進捗状況进行评估している。医療事故発生時の手順が決められ、再発防止に向けた検討が行われている。医療事故調査委員会の設置実績があり、外部委員のみで構成した事案もある。

患者誤認防止対策はリスクマネジメントマニュアルを遵守し、リストバンドを活用して患者確認が実施されている。手術患者のマーキング、手術時挿入のチューブ類の確認も適切である。情報伝達エラー防止対策では、医師の指示は確実に伝達される方法が構築されており、口頭指示の手順も明確である。画像診断や病理検査結果の未読防止対策に工夫している。薬剤の安全使用に向けて、ハイリスク薬等の管理や研修の実施を含めて適切に取り組まれている。転倒・転落防止対策は、入院前の患者支援センターから評価を開始し、患者に対する対策や入院環境の整備を実施している。医療機器は中央管理され、臨床工学技士が管理・メンテナンスを実施し、必要時には部署への研修も担っている。院内急変対応は、急変コールが設定されて職員に周知のうえ運用されているが、全職員に対するBLS研修について改善策の継続的な実践が望まれる。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、感染制御部長を兼ねる病院長の下に必要な人材を配置しており、ICTやAST活動を含めて充実している。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討では、感染対策に関する多くのデータを収集し、改善活動に活

用している。院内の感染発生状況は適切に把握されており、JANIS などの全国データベースと比較して耐性菌対策に務めている。デバイス関連感染等のターゲットサーベイランスは全病棟を対象に適切に実施されている。

標準予防策への対応は、感染制御部によるテーマを決めた定期的なラウンドを通して評価されている。感染対策リンクスタッフの活動や定期的な学習会の開催があり、院内の感染対策活動に結びついている。抗菌薬の適正使用については、感染制御部に専従している薬剤師が AST に参加しており、薬剤部と連携して抗菌薬の使用を確認し、使用状況、感染部位、培養結果等の評価をしている。一定の期間を過ぎた抗菌薬処方オーダーにはアラートが出る仕組みになっており、医師へのフィードバックも適時に実施されているなど、抗菌薬は適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

広報戦略センターが主導し、病院情報を地域に提供している。また、広報誌やウェブサイトのほか、ソーシャルメディアを積極的に活用して診療情報やイベントを発信している。さらに、ホームページでは外来案内や診療科情報などを定期的に更新し、医療広告ガイドラインに従って地域に必要な情報を適切に提供している。地域の医療機能と医療ニーズの把握および連携においては、患者支援センターが中心的な役割を果たしており、迅速な紹介元への回答管理だけでなく、連携医療認定機関への定期的な訪問等を積極的に行い、適切な連携を確立している。地域の健康増進に寄与する取り組みとしては、公開講座や啓発活動が行われ、医療関連施設向けには感染対策に焦点を絞った研修も実施されている。また、動画投稿サイトやラジオを通じて広範な医療教育・啓発活動も展開されており、地域内での役割を果たしている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者には受診に必要な情報が案内され、待ち時間の配慮についても適切に行われている。外来診療は、安全に配慮し、看護師の IC への同席等が適切に実施されている。診断的検査は必要性が医学的に判断され、十分な説明と同意の下で施行されている。医師は医学的判断に基づき、適切に入院適応を決定している。診療計画は、診断目的や評価に基づいて多職種が個別性に配慮して作成し、クリニカル・パスも活用している。患者支援センターの患者相談窓口では、患者・家族からの相談を一括して受け付け、各専門職種や専門チームと連携する仕組みが機能している。入院の際は、患者支援センターで入院の説明・オリエンテーションが適切に実施されている。

医師業務は適切に行われ、チーム医療のリーダーとしての役割を発揮している。看護師は多職種・他部門と連携し、手順を遵守して病棟業務を適切に行っている。投薬・注射は、薬剤師が積極的に関わり、確実・安全に実施されている。輸血・血液製剤はマニュアルに従って確実・安全に実施され、記録も確実に行われている。手術・麻酔は、適応・術式の検討や説明と同意取得が適切に行われ、術前評価や合併症予防、周術期の患者管理も適切である。集中治療室等では、責任医師・主治

医・多職種の協働により重症患者の管理が適切に行われている。褥瘡の予防・治療では、全入院患者に褥瘡リスクアセスメントを実施し、認定看護師と専門チームも関与して適切なケアが行われている。入院患者の栄養管理は、入院前の情報収集から入院後の支援計画や評価など適切な支援につなげている。症状などの緩和は、緩和ケアマニュアルを整備し、必要時に専門・認定看護師と専門チームも関与して適切に実施している。

リハビリテーションは、主治医とリハビリテーション科医師が連携し、目標設定や実施計画が立案されて適切に実施されている。身体抑制は、倫理的配慮から患者・家族への説明と同意の取得、実施時の観察と記録とともに実施率からも適切である。退院支援は、入院前から患者支援センターが早期介入し、退院後の診療・ケアの継続も適切に支援している。退院後は、転院先への情報提供として診療情報提供書に看護、栄養、リハビリテーションの情報提供書などが活用され、適切な継続支援につなげている。ターミナルステージへの対応では、多職種のカンファレンスを開催して診療チームとして判断し、患者・家族の意向にも沿うように取り組んでいる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門での日常業務は、処方鑑査、調剤、調剤鑑査、払い出しに至るまで適切な対応がとられている。注射薬の1施用ごとの取り揃えも適切である。臨床検査機能は、検体検査・生理検査等で迅速に結果を提供できる体制が整備されており、パニック値は医師へ迅速・確実に報告されている。画像診断部門は高機能な体制が確立し、必要な検査が迅速に実施されており、画像診断の質確保に努めている。栄養管理機能については、衛生管理を含め、患者の特性に応じた対応などが適切に行われている。リハビリテーション機能では、必要なリハビリテーションを適切に実施し、担当療法士は主治医・病棟スタッフとの連携を図り、連続性への配慮もおおむね適切である。診療情報管理は診療録センターで一元管理されており、診療録の量的点検も全ての退院患者に実施されている。医療機器管理機能については、人工呼吸器、輸液ポンプ、放射線診断・治療機器等を含め、全ての医療機器が一元的に管理されている。洗浄・滅菌機能については、洗浄から滅菌、搬出まで器材の交差はなく、質保証も確実になされている。

病理診断機能では、検体交差を防止して多くの病理診断を実施する体制が整備されており、診断の質確保にも努めている。放射線治療部門は、機能に見合う専門的な人員の確保と治療装置が整備され、緊急照射も含めて必要な放射線治療を提供している。輸血部はISO15189やI&Aの認証を受け、救急患者にも対応できるように輸血・血液製剤等を管理している。手術・麻酔機能では、麻酔の覚醒基準や退室基準なども整備され、機能に見合う設備と人員を有して高度治療が実施されている。集中治療機能は、集中治療室等において多職種が適切に関与し、重症患者の管理が確実にされている。救急医療機能は、高度救命救急センターとして24時間365日、県内全域の三次救急に対応する体制であり、特に県内の救急医配置・育成にも力を尽くしているなど、高く評価できる。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、会計処理が適正に行われ、予算編成や毎月の予算執行管理、経営分析などが適切に実施されている。医事業務は、業務マニュアルに沿って窓口業務が適切に行われ、返戻や査定への対応、施設基準管理、経営判断に資するデータ提供などが適切に遂行されている。業務委託については、委託の是非、履行確認、教育研修などの業務管理が適切に行われている。

施設・設備については、再開発整備事業に基づき施設改修計画が立案され、実施されている。購買管理では、病院で使用される医薬品、診療材料、高額医療機器等の購入プロセス全体において、品質管理と在庫管理が適切に行われている。

災害時等の危機管理への対応では、災害拠点病院、原子力災害拠点病院として各種マニュアルを制定して職員に周知しており、各種の定期的訓練も実施している。保安業務では、院内の保安体制は総務課が所掌し、安全管理監とともに保安体制の強化を図っている。

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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	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	A
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	S

1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	S
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・治療方法や技術を開発・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	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	C
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	C
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	B
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	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	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	A
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B
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	B
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	S

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	S
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	S
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	B
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	B
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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 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 8 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 山口大学医学部附属病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3

I-1-3 開設者： 国立大学法人

I-1-4 所在地： 山口県宇部市南小串1-1-1

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	713	694	-36	93.74	12.4
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	43	29	-14	71.03	39.7
結核病床					
感染症病床					
総数	756	723	-50		

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	20	+0
集中治療管理室 (ICU)	16	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)		
脳卒中ケアユニット (SCU)	6	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	11	-3
周産期集中治療管理室 (MFICU)	6	+0
放射線病室	2	+1
無菌病室	23	+0
人工透析	13	+2
小児入院医療管理料病床	41	+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		
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：

特定機能病院, 災害拠点病院 (地域), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (都道府県),
 エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院 (大学病院本院群),
 総合周産期母子医療センター, 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： 10 人 歯科： 6 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