

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」及び副機能種別「一般病院 1」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 8 月 24 日～8 月 25 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	慢性期病院	認定
機能種別	一般病院 1（副）	認定

## ■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院  
該当する項目はありません。
- ・機能種別 一般病院 1（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

病院は総病床数 135 床で一般病床の他、地域包括ケア病床、医療療養病床を有している。医療としては急性期・回復期・慢性期医療の分野を担い、救急告示病院、専門外来、訪問診療にも取り組んでいる。理念は 2015 年、病院の新築移転に合わせて作成されている。理念達成への取り組みは中期経営計画を作成し、関連して具体的な事業計画、部門・部署の計画、個人目標への展開とつながり、職員個々にも経営に参加意識を抱かせる仕組みになっている。情報システムでは早期から電子カルテシステム、部門システムなどを導入している。また、病院の厨房はオール電化の調理機器を整備し、地元野菜を使用した地産地消の取り組みなど、地域と密着した食事の提供をしている。

今回の更新審査では、一定の水準にあると評価された項目も多いが、いくつかの課題も示されているので、病院長を中心として、職員全体で改善に向けて取り組み、今後ますます発展されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針および行動基準が明文化され、院内外に周知されている。中期経営計画、事業計画は、病院長自ら資料を作成し職員説明会を開催している。意思決定会議である戦略会議が定例で開催され、事業計画の業績報告など重要課題が審議

されている。組織図は指揮・命令系統が明確に示されている。3年ごとに中期経営計画が作成され、年次事業計画には達成目標や数値目標も示されている。病院内で取り扱う情報は、情報システムの管理や情報漏洩、セキュリティの対策も規程に沿って対応している。文書管理規程が改訂され、おおむね一元的な文書管理が行われている。

総労働時間や有給休暇の取得率は、勤怠システムで把握されおおむね平均化している。職員の健康診断受診率は良好で、ワクチン接種、ストレスへの対応やハラスメント対応も適切である。職員の意見や要望は所属長との個人面談が行われ、福利厚生の各種制度も充実している。年間教育・研修計画があり、受講率もおおむね高いものとなっている。

職員の能力評価に関しては、能力開発カードを用いて行われている。併せて職能等級制度、目標管理制度、人事考課制度とも関連し運用している。学生実習の受け入れの窓口が定められ、研修医・看護師・療法士（理学・作業・言語）などの分野の学生を受け入れている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利はリスボン宣言に則って6項目を明文化しており、現場では職員に浸透している姿勢が見受けられた。説明と同意に関する方針や手順は明確である。患者の理解を深める取り組みとして、印刷物や動画作成など各種対応されている。相談窓口が設置され、ホームページや病院案内でわかりやすく周知されている。個人情報保護関連の案内は入院案内やホームページで詳細に説明されている。臨床研究に関しては倫理委員会で検討する仕組みが確立している。各病棟にて倫理的課題は認識され、多職種が参加するカンファレンスで話し合いが行われている。

病院は最寄りのJR駅や市営バスのバス停から徒歩圏内である。また、入院生活に関しては各種媒体できめ細かく案内されている。診療やケアに必要なスペースは確保され、トイレの利便性や浴室の機能も患者の特性を踏まえ配慮されている。病院内や敷地内は禁煙となっている。

### 4. 医療の質

病院機能評価の受審ではプロジェクトチームを発足した。また、業務改善に関わるGQ (Good Quality) プロジェクトも推進し、事業計画目標の達成や挑戦課題の具体化の進展を図っている。診療の質の向上に向けた活動では、症例検討会や多職種カンファレンスを頻回に開催している。患者・家族からの意見・要望等は、各病棟などに設置している意見箱から収集している。意見・要望等はサービス向上委員会で話し合われ、内容によっては戦略会議に諮る場合もある。新たな診療・治療方法および、医薬品・医療材料等の適応外使用に際しては、倫理委員会で審議し決定している。看護研究も含めた臨床研究についても倫理委員会で審議されている。

外来・病棟の主治医や診療部門の責任者および、病棟の看護責任者は明確である。診療記録は関連する職種が、電子カルテシステムに適時必要事項を記載している。副院長が詳細に点検項目を定めて診療録を質的点検し、その結果を医局会でフ

ィードバックしている。多職種参加のカンファレンスや、専門チームによる褥瘡、感染、栄養サポート、行動制限などが活動している。日頃から多職種が協働して取り組むシステムが確立しており適切である。

## 5. 医療安全

医療安全戦略会議や医療安全管理委員会および、下部組織のリスクマネジメント部会は毎月開催されている。医療安全管理委員会は情報を分析し、対策を立案している。組織的には看護部長室に医療安全管理室が設置され、医療安全管理者を中心に必要な委員会、会議が招集されている。

患者・部位等の誤認防止は、フルネーム呼称および患者本人の名乗りを基本としている。電子カルテ上で、指示出し・指示受け・実施・確認まで一連の過程を伝達し、変更・中止指示にも適時対応している。口頭指示は原則禁止で、その都度医師へ指示入力を依頼している。病棟における麻薬、向精神薬等の保管・管理を手順書に定めている。重複投与・相互作用・アレルギー情報等は電子カルテ画面上に表示し、薬剤師が確認・対応している。転倒・転落リスクが高い場合は危険度に応じた予防対策を実施している。必要時は離床センサーを選択し、転倒・転落の事故に繋がらない対策が講じられている。医療機器は中央管理され、使用前点検、使用中点検、定期点検が行われている。救急カートの日常点検は看護師と薬剤師によって毎日行われている。院内緊急コードはドクターコールが定められ、BLS や AED の訓練は全職員対象に年 1 回定期的の実施している。

## 6. 医療関連感染制御

各部門の責任者で構成する院内感染防止対策委員会を毎月定例開催している。病院長直属の医療安全管理室内に院内感染防止管理部門を設置している。この部門が感染制御部会として病院長から感染管理に関する権限を付与され、実働部隊として機能している。重要な感染症の発生時には、臨床検査科から感染制御チーム、主治医、発生病棟の師長の 3 者へ報告があり、連絡網で院内全体に情報が伝わる仕組みである。

必要な場所に個人防護具が整備され、速乾式消毒剤は感染対策委員会でモニタリングされている。感染経路別予防策については、病室の前に掲示され標準予防策の徹底が行われている。汚染リネンの取り扱いは、発生の都度袋に入れ密封し指定の場所に廃棄している。透析センターでは回路・ダイアライザーの廃棄が適切に行われている。院内の抗菌薬の採用について、感染制御チームが中心となり薬剤耐性の観点から検討している。最近では経口第 3 世代セフェム系抗菌薬の大部分を採用中止とした実績がある。抗菌薬使用マニュアルでは、術前の適正使用薬剤投与を定め、確実に実施している。

## 7. 地域への情報発信と連携

情報発信としては病院案内、入院案内、ホームページ、広報誌、各部署からの個別発信などがある。診療実績として直近5年間の外来患者数、一般病棟平均在院日数、紹介率・逆紹介率、手術、内視鏡、救急関連の実績がホームページに掲載されている。地域の医療関連施設等の状況については、山口県の地域医療構想調整会議から、地域の人口動態・高齢化率・疾病構造・救急医療などの情報が得られている。施設間の紹介・逆紹介については、地域連携室が窓口となり、地域連携室業務マニュアルに従って、紹介元、紹介先の情報を把握し、連携の実績もまとめている。他の医療機関や保健・介護・福祉施設等との円滑な連携関係のため、介護出張予防講座やリハビリ専門職の相談派遣事業等を行っている。地域の医療関連施設等に向けた支援としては、認知症の講演会および、褥瘡や栄養指導などを実施している。その他にも近隣施設に職員を派遣して褥瘡等の勉強会を開催するなど、医療知識や技術習得の支援を行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

入院・外来受診に必要な情報はホームページや入院案内にきめ細かく案内されている。外来診療では資料やリーフレット、模型等を利用してわかりやすい説明がされている。検査の必要性が検討され、患者・家族へ内容や意義を説明した後、同意の上で実施している。外来経由の入院は全例受け入れることを原則とし、最終的な可否は医学的判断に基づいている。患者の病状を診断・評価をして診療方針を決定している。入院診療計画書は多職種が関与している。患者・家族からの相談は、看護師や社会福祉士が担当し相談内容は多職種と共有されている。入院担当の看護師により、患者が円滑に入院できるようオリエンテーションしている。

医師は毎日の回診や患者・家族への説明、必要な指示出し、書類作成も迅速に対応している。看護師・介護福祉士は病態の把握とケアを、看護基準・手順に基づき実施している。医師や病棟看護師が必要なアセスメントを行っているが、今後、精神状態の評価には医師の他、多職種の関与も期待したい。生活リハビリテーションを重視し、療法士のみならず医師、看護師など多職種が関与している。今後は、認知機能検査のさらなる活用を望みたい。行動制限の基本方針に沿って身体抑制は行わない方針である。身体抑制中の観察は毎日行い、転倒・転落ラウンドにて解除に向け取り組んでいる。入院時や入院中に、退院先や退院後の療養も含めた、患者・家族の意向を確認し支援している。

### <副機能：一般病院>

受診者は外来基本票を持ち運びスムーズな診察、検査、会計ができている。患者の情報集は紹介状、問診票等で収集し電子カルテにて管理している。紹介患者の受け入れは、地域連携室、医師、看護師間で診療情報提供書などを確認している。診断的検査は内視鏡検査、造影検査等であり、検査の必要性やリスク等を医師が説明し同意を得ている。入院については医学的判断の基に医師が決定するが、患者の状況により柔軟に対応している。入院時、医師は入院診療計画書を作成し、薬剤師や

看護師など多職種も各計画を作成している。入院時は入院時オリエンテーションマニュアルに沿って円滑な入院がされている。主治医が手術の適応を決定し、手術の実施時に非常勤の麻酔医から麻酔の説明が行なわれている。重症患者は重症度に応じて個室かリカバリールームで対応している。褥瘡は入院時にリスクアセスメントを行い、予防や治療は褥瘡対策マニュアルに基づいている。リハビリテーションの必要な患者は、計画書を療法士が作成し医師の承認後、実施している。各病棟に社会福祉士を配置し、入院当初より各種相談や退院支援などを行っている。在宅支援が必要な患者は、主治医や多職種でカンファレンスを実施し在宅支援を行っている。ターミナルステージの判断がされた場合は、ガイドラインに沿って多職種で支援している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤科における調剤、調剤鑑査は適切で、1 施用ごとの取り揃えや抗がん剤の調製、医薬品集の更新など薬剤師は薬剤管理に広く関わっている。異常値やパニック値の発生時は、電話で依頼医に報告するが、依頼医が不在時でも別の医師へ確実に連絡するよう定めている。画像診断は一般撮影、CT、MRI 等迅速対応が可能な体制である。全ての食事提供をソフト食とし、地元野菜を使用した「地産地消企画」を取り入れている。生活リハビリテーションを重視し切れ目のない提供を心がけている。診療情報管理士が在籍し、診療記録の形式的な点検は全て確認されている。医療機器は中央管理され、人工呼吸器は臨床工学技士が毎日点検している。一次洗浄は中央化されており、滅菌の質保証や化学的インディケーターなどの記録もされている。

病院長が輸血責任医師として、輸血療法の推進を図っている。医師の指示による輸血製剤の発注・保管・供給・返却・廃棄等の業務管理は、管理システムにより臨床検査技師が担っている。手術室のスケジュール管理は手術室の看護師が調整し、緊急手術にも対応している。サインイン、タイムアウトを実施し、術中合併症の予防対策も確実に実施している。救急告示病院として 24 時間、365 日救急業務を行うことを方針としている。

## 10. 組織・施設の管理

中期経営計画に基づき毎年、事業計画書が策定され年間の収支予算が立てられている。会計処理は病院会計準則に準じて処理されている。保険請求業務は一連の流れがフロー図に定められ、返戻・査定などについてはレセプト委員会で協議されている。未収金の管理は関係者による打ち合わせが実施されている。業務委託を検討する場合は、戦略会議となっている。また、一連の業務の管理と確認、評価はそれぞれの業務が行われている部署が、所定の規程に基づき行っている。

施設・設備の管理は庶務課が担当し年間保守点検表も作成されている。特に、外気処理空調機は省エネルギーに配慮した機器である。医療廃棄物の処理では最終処

分地の確認にも赴いている。医薬品の採用については、ジェネリック医薬品への切り替えが積極的に実施されている。また、余剰在庫、期限切れ在庫を発生させない工夫もされている。病院機能存続計画が策定され、「緊急マニュアル」が各部署に配備されている。

停電時の対応として全病室とナースステーションに非常用コンセントを設置している。休日・夜間帯の保安要員は職員が交替で勤務に就いており、防犯カメラは院内の必要箇所に設置され記録も残されている。

# 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	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	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	A
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	A
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	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	診療計画と連携したケア計画を作成している	B
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A

2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	B
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	B
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	NA
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	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	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

---

## 機能種別：一般病院 1（副）

### 2 良質な医療の実践 1

### 評価判定結果

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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	A
2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事支援を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A

2.2.20	身体拘束（身体抑制）の最小化を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	ターミナルステージへの対応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 6 月 1 日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人協愛会 阿知須共立病院

I-1-2 機能種別：慢性期病院、一般病院1(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：山口県山口市阿知須4841-1

### 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	45	45	+0	86.1	16
療養病床	90	90	+0	91.4	66.4
医療保険適用	90	90	+0	91.4	66.4
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	135	135	+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	2	+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)		
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	21	+1
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		
地域包括ケア病床	45	+0
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

在宅療養支援病院

### 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： 0 人 2年目： 0 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 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

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
		2021	2020	2019	2021	2020
1日あたり外来患者数		198.19	19.35	211.32	1,024.24	9.16
1日あたり外来初診患者数		13.63	12.94	16.69	105.33	77.53
新患率		6.88	66.89	7.90		
1日あたり入院患者数		120.96	116.54	122.67	103.79	95.00
1日あたり新入院患者数		3.18	2.75	3.14	115.64	87.58