

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10月6日～10月7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1914年に東北・北海道地方で初めての赤十字病院として開設された。その後、増床を重ねながら移転し、現在の地で地域医療支援病院、災害拠点病院、救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院、エイズ治療拠点病院、総合周産期母子医療センターとして機能を発揮している。大火・地震および噴火災害時に救護班を出動させ、海外においても地震発生時に救護班の出動や難民救護等を行っており、世界の災時から人を救う活動と精神が引き継がれてきた。また、日常的に、ドクターヘリ、救命救急、周産期母子医療、神経難病等の秋田県の政策医療、人間ドックや健康診断の予防医学に貢献している。院内は患者のための患者支援センターを設置し、絵画や作品に囲まれた療養空間が人の心を癒している。地域はもとより広域的に、今後も救急医療や災害医療救護、高度医療や教育を展開し、人道・博愛の赤十字精神に基づいた医療の提供がされることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

人道・博愛の赤十字精神に基づいた自院の理念を定め、実現のための基本方針を明確にしている。院長・幹部職員は自院の抱える課題の解決に向けて対応し、リーダーシップを発揮している。実態に応じた組織図や処務規程を整備し、中長期経営計画や年次事業計画が明確に立てられている。「日本赤十字社文書取扱規程」等をもとに、組織的な文書管理を適切に行っている。

病院の役割・機能に見合った人材の確保に努めている。「就業規則」「嘱託臨時パート就業規則」等を整備し、グループウェアで職員への周知を図っている。職員の精神的サポートのために、外来に公認心理師対応のストレスドックを設け、体制

を整備している。ホルムアルデヒド、E0Gなどの作業環境測定は定期的に行われ、管理区分も適切である。職員満足度調査や組合からの要望により、職員からの意見を吸い上げ、対応している。

職員研修委員会が、医療安全、院内感染対策、保険診療、労務管理、防災、メンタルヘルスなどの研修を取りまとめ、年間計画を立て実施している。看護部においてはキャリア開発ラダーやストーマケア・IV ナースの院内認定看護師制度があり、能力開発を適切に実施している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は「患者の皆様の権利」として周知されている。説明と同意は、全科共通のものと各診療科に応じた検査や手術の基準があり、代諾者の範囲も明文化されている。すべての説明に看護師が同席し、同席できなかった場合は、患者の反応を記録に残すように努めている。入院診療計画書、検査・手術の説明書・パンフレットなどで患者に情報が提供され、患者と医療者で共有されている。患者支援センターの社会福祉士や看護師が多様な相談に対応しており、虐待への対応もマニュアルに沿って行っている。患者の個人情報・プライバシーについては規程およびマニュアルが整備され、適切に保護されている。臨床倫理の指針として、宗教的輸血拒否に対する基本的方針は周知されているが、さらに主要な臨床倫理における課題についての方針を明確するとよい。現場においては倫理カンファレンスが開催され、患者・家族の倫理的課題に適切に取り組んでいる。

院内にはコンビニエンスストアやレストラン、図書コーナーなどを設置し、随所に絵画が展示され、不安を抱える患者が安らぐ空間の工夫がされている。入院の部屋は、多床室においても、ベッド毎に窓があり、個室の感覚で快適に過ごせる計らいがある。敷地内禁煙をポスター掲示などで周知し、禁煙外来も設置している。今後は、職員の喫煙状況の把握を行い、禁煙の推進を図るとよい。

4. 医療の質

患者・家族の意見等は意見箱や面談、電話、患者満足度調査などで収集し、回答を院内に掲示している。患者サポートチームカンファレンスで情報共有と改善策が検討され、質改善に活用している。診療の質向上に向け、各診療科で症例検討会を実施しており、CPCも開催している。なお、クリニカル・パスについては、バリエーション分析の拡大やアウトカム指標の見直しなどを望みたい。また、病院の機能や診療特性を考慮した臨床指標の設定に期待したい。病院機能評価の受審をはじめ、5S活動など組織横断的改善活動を実施している。新たな診療・治療方法、手術などの技術を導入する場合は倫理委員会で検討している。

病棟の入口に医師と看護師長の責任者の明示がされている。看護師長は毎日のカンファレンスや病棟ラウンドにて入院患者の状態を把握している。診療記録の記載に関する指針・規程を整備し、必要な診療記録を電子カルテに適時記載している。緩和ケア、栄養管理、褥瘡対策、患者サポートなど多職種で構成された専門チームが組織横断的に活動しており、患者の診療・ケアを適切に行っている。

5. 医療安全

医療安全管理室には室長の副院長と専従の看護師長を配置している。医療安全管理委員会と医療安全幹事会が定期的開催され、カンファレンスとラウンド等が行われている。院内のアクシデント・インシデントの収集と分析が実施され、院外からの情報収集に合わせ情報発信が行われており、安全確保に向けた検討は適切である。

誤認防止対策は、生年月日を含めた患者による名乗りとリストバンド認証、検体のバーコード認証などが行われており、適切に実践されている。医師の指示出し、看護師の指示受け・実施確認はオーダリングシステムを使用し、マニュアルの手順通りに行われている。口頭指示の手順も明確であり情報伝達エラー防止対策は実践されている。病棟や手術室における麻薬の管理は、おおむね適切に行われている。転倒・転落防止対策は、全入院患者に、成人・小児用と分けてリスク評価が行われ、リスクに応じて適切に実践している。医療機器は臨床工学技士により中央管理され、機器を使用する職員への教育も行い安全に使用されている。患者急変時の対応として院内緊急コードの設定や迅速対応チームの実働、BSL 研修、救急カートの整備などが適切に行われている。

6. 医療関連感染制御

病院長を長とする院内感染対策委員会が月 1 回開催されており、臨時開催の実績もある。ICD、専従 ICN、感染制御認定薬剤師からなる院内感染対策チーム（ICT）は毎週のラウンドにて情報を収集し、各部署に対し実践的な提言ができています。アウトブレイク発生時の対応が定められており、制御実績もある。JANIS に全部門で参加しており、集中治療部門におけるターゲットサーベイランスが実施されている。院外感染情報については、県の感染症情報センターや厚生労働省からの情報を感染対策室が収集し、院内へ発信している。

マニュアルに基づき个人防护用具の着用や手指衛生により感染経路別予防策が実施されている。血液などに汚染されたりネン類はアクアフィルムに入れて汚染ランドリーボックスに収納するなど適切に取り扱われ、感染性廃棄物は、清洗室とスタッフステーションなどで適切に分別廃棄されている。抗菌剤使用指針を作成し、適宜改訂している。抗菌剤の適正使用についてはその指針に則り行われている。抗菌剤使用前の血液培養 2 セット採取率は基準の 90% 以上であり指針が適切に運用されている。漫然とした抗菌剤の継続投与に対しては、感染制御薬剤師等から注意喚起がなされるシステムが確立している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はホームページや広報誌、病院案内、病院年報などの広報媒体で行われ、多種多様な情報を掲載している。ホームページは、各部署から企画調査課に申請して行う仕組みで、随時更新されている。各種診療実績はホームページや病院年報等で公表しているなど、広報活動は活発である。患者支援センターで業務マニュアルに沿って、連携施設との紹介・逆紹介の対応および検査予約受付と結果

報告などを行っている。返書の管理も適切に行われるなど地域医療連携を適切に行っている。新規開業施設等を訪問して地域のニーズを把握し、意見等を聴取している。患者や地域住民に向けて、市民公開講座、糖尿病教室、院内看護の日、NICU卒業生親子の会などを開催している。地域の医療関連施設等の職員に向けては、地域連携のつどい、周産期医療研修会、糖尿病診療連携検討会、NST勉強会、摂食嚥下セミナー、病院と救急隊員との出張事例検討会、みんなのがん教室、緩和ケア研修会、放射線療法・化学療法研修会などを開催している。受講方法もオンデマンド配信やオンラインを活用するなど教育啓発活動を活発に展開している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受付時間や受診の流れなどをホームページ等にて案内し、問診票等から適切な情報を収集している。診断的検査を行う場合には、医師が必要性とリスクを十分に説明し、同意を得て実施している。入院の決定は医学的検討に基づいて判断され、入院診療計画書は、入院後早期に多職種が関与し、個別の病態や患者・家族の要望も踏まえ作成されている。患者支援センターにおいて、多職種が社会福祉相談、在宅療養に関する相談、がん相談等の各種相談に対応している。

医師は毎日回診を行い、患者の状態を把握している。また、患者・家族への治療方針の説明、同意の上での適用も十分なされている。看護基準・病棟業務基準が整備され、看護サービスが提供されている。専門・認定看護師が多数育成され、適所に配置されて看護ケアの向上に努めている。病棟薬剤師が配置され、入院患者の持参薬確認のもと服薬指導が実施されている。輸血・血液製剤投与は、整備した輸血療法マニュアルを遵守し、医師が説明書を用いて説明し、同意を得た上で実施している。周術期の対応については術前カンファレンスや術前訪問が実施され、十分な安全性を確保している。重症患者の管理は患者の重症度に応じた病床を選択し、多職種が早期に介入している。褥瘡のリスク評価・計画・実践が行われ、褥瘡対策チームの介入など適切に対応している。必要時に管理栄養士は栄養管理計画を立案し、栄養管理チームの回診やカンファレンスが行われている。疼痛はNRSで評価され「がん緩和ケアガイドブック」に基づいて疼痛緩和が行われている。主治医の判断で入院早期からのリハビリテーションが実施されている。行動制限のフローチャートに基づいて身体抑制の説明と同意を行っている。患者支援センターの在宅療養支援では、関係機関やケアマネージャーと連携し、退院・転院調整や在宅療養における退院支援を適切に行っている。患者支援センターの在宅療養支援や訪問看護によって安心して療養が行われる体制を整備している。ターミナルステージへの対応は、患者・家族の意向を尊重し、緩和ケアチームの介入もあり適切に対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

病棟薬剤師が入院患者の持参薬の管理にあたっており、薬剤部ではシステム鑑査、疑義照会が積極的に実施されている。臨床検査は検体検査の迅速な実施・報告と的確な精度管理、安全に配慮した生理検査を実現している。放射線科医による

CT・MRI の読影率は遠隔診断も含めるといずれも 100%であり、迅速な結果報告が行われている。栄養管理機能は、選択メニューや行事食を提供し、個別対応も行い栄養管理に積極的に取り組んでいる。各種リハビリテーションが行われ、多職種によるカンファレンスも実施されている。診療情報管理は、がん登録、量的点検、診療録の開示など多岐にわたる業務を担っている。臨床工学技士により医療機器の整備・点検などの一元管理が適切に行われている。

病理診断は学会や外部施設との連携を強化して、診断精度を確保している。地域がん診療連携拠点病院として、自院だけでなく地域の患者を含めた放射線治療が行われている。輸血・血液管理部門は認定技師が主力となり、輸血システムを導入して安全で確実な輸血管理を行っている。手術スケジュール管理、時間外の手術対応、タイムアウトなどの安全確認含め、手術・麻酔機能は適切に発揮されている。術後レントゲン写真撮影実施について一部再検討を行うと、なお適切である。救急医療は三次救急医療機関およびドクターヘリ基地として地域に貢献しており、直近の応需率は 98.7%と多数の患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

予算策定の仕組みが確立され、予算は月次決算を行って管理している。監査法人等による監査が実施されるなど、適切な経営管理を行っている。医事業務はマニュアルに沿って、会計収納や施設基準の適合確認などが行われ、未収金管理も適切である。医師によるレセプト点検が行われ、返戻や査定、再審査請求にも対応している。業務委託は業務内容の見直しから業者選定までの契約事務が適切に行われており、業務報告書や委託業者との打合せで実施状況を把握している。

施設・設備の管理は職員と委託業者により日常点検と保守管理が行われている。廃棄物の管理や建物・設備の経年劣化等の把握と対応も適切である。物品の購入は競争入札などで業者を選定し、ベンチマークを活用して廉価購入に努めている。

災害対策マニュアル等の整備と職員への周知、災害訓練の実施、災害時の電源供給や燃料の確保、食糧等の備蓄、災害対応車両、物品の配備、災害チームの編成・養成などの体制と取り組みは高く評価できる。保安業務は警備員や事務当直者、警察 OB の職員等で対応し、時間外の来院者の出入管理も適切に行われている。医療事故発生時対応マニュアルが整備され「緊急報告事例発生時の対応および連絡ルート」がポケットブックで周知されている。

11. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として初期研修医 18 名が研修中で、初期臨床研修センターと臨床研修管理委員会で研修の進捗状況等を管理している。研修医の評価は EP0C2で行っている。医師をはじめ看護師、コメディカルの初期研修プログラムが作成され、研修者の習熟度の評価が行われており、研修医においては他職種も評価を行っている。一部の職種において研修プログラムの内容の充実を図ると、さらにより教育体制が整備される。また、指導者の評価および研修内容の評価と見直しに研修者の意見を反映させる仕組みの構築があるとなお良い。

医学生、薬学生、看護学生などの学生実習と救急救命士の実習を受け入れており、ワクチン接種状況等の確認を行っている。実習指導者を配置しカリキュラムに沿った実習と評価が実施されている。医療安全や感染対策の教育の他、実習での注意事項や個人情報保護についての説明が適切に行われている。患者に書面での同意確認が行われており、学生実習を通して医療者の育成に貢献している。

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	B
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・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	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
1.4	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	A
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	A
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	A
1.6.4	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	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	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	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	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	B
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	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	B
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	B
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 S

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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 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： 秋田赤十字病院

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： 秋田県秋田市上北手猿田字苗代沢222-1

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	480	449	-6	86.8	12.7
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	480	449	-6		

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	50	+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)	16	+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)	3	+0
放射線病室		
無菌病室	3	+0
人工透析	30	+0
小児入院医療管理料病床	11	+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		
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), 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(Ⅲ群), 総合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： 10 人 歯科： 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
		2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数		762.66	786.43	758.61	96.98	103.67
1日あたり外来初診患者数		93.43	109.26	109.55	85.51	99.74
新患率		12.25	13.89	14.44		
1日あたり入院患者数		388.91	402.14	399.73	96.71	100.60
1日あたり新入院患者数		31.79	33.50	33.03	94.90	101.42