

## 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 17 日～10 月 18 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	条件付認定（6 ヶ月）
------	--------	-------------

### ■ 改善要望事項

#### ・機能種別 一般病院 2

1. 全身麻酔手術では、1 名の患者に対して 1 名の医師（執刀医・助手以外）が確実に麻酔管理を行うよう工夫してください。（3. 2. 4）

#### 1. 病院の特色

貴院は「地域の人々に信頼される病院を目指す」ことを理念に、地域の関連施設との連携体制を構築して「安心できる良質な医療の提供」と「心ふれあう人間味豊かな対応」を実践している。病院機能評価を受審するなど、継続して病院機能の向上に努めており、各診療科では高度医療が提供され、初期臨床研修や各種学会の教育施設の役割も果たしている。

安全対策や感染防止については部門が設置され、多職種が関わり安全文化の醸成や感染防止に取り組んでおり、患者サポートや緩和ケア等においても患者・家族の不安や不満を取り除き安心して快適に医療を受けることができる体制の構築に努めている。また、総合案内に病院長をはじめとする病院幹部が直接患者・家族の言葉に耳を傾けるなど、率先したリーダーシップも発揮されている。

地域住民の高齢化や将来的な医療供給体制の整備について自院の役割が検討されているが、今後も新たに発生する課題や人材確保等に対応し、地域から求められる医療の提供についてさらなる充実を期待したい。

#### 2. 理念達成に向けた組織運営

公的病院としての基本理念・方針が明確になっており、患者・家族および職員への周知も適切に行われている。幹部職員は、外来患者の案内や受診における支援に参加して病院職員のあるべき姿を示すなど、積極的なリーダーシップを発揮している。中期計画に基づく年次別計画および部門別組織目標等が明確化されており、達成状況の把握も行われている。

法令上の必要な職員数は確保されており、看護師等の専門職種における採用も計画的に実施されている。職員総数は規定されているが、業務量に見合う適正人員や病院機能、将来の質向上を考慮した人材確保に努められたい。就業規則をはじめとした各種規則・規程は整備されており、必要な届け出も適切に行われている。また、出退勤がICカードで管理され、時間外勤務における申請と承認も適切に行われている。衛生委員会が毎月実施され、公務災害の防止や職場の労働環境改善および職員の健康増進等について検討されている。職員の精神的サポート体制の整備や有資格者の配置による職員の安全確保等、職場の安全衛生管理体制は適切である。

教育委員会において年間の職員研修計画が策定され、重要な研修会については欠席者に対してフォローも行われているが、研修の振り返りや評価を随時委員会で行い、より効果的な職員研修会にされることを期待したい。面談による能力評価と業績評価が実施され、能力開発についても個々の職員のプログラムが検討されており、専門分野における資格取得に対する補助が病院の方針として行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化され、院内外への周知が図られている。説明と同意に関する方針が明文化され、同席のルールも明確であり適切に実施されている。患者への支援体制は専門職による患者相談窓口が設置され、医療福祉相談室において多様な相談に対応するとともに、院内外との連携を図り患者支援にあたっている。個人情報保護については、今回の受審を機に、電子カルテ内の患者情報の閲覧と持ち出しに関して運用手順が改定されている。外来や病棟における患者へのプライバシー配慮は行き届いている。臨床研究の実施については倫理委員会が審査し、現場で日常的に発生する倫理的課題は病棟カンファレンスや関係する多職種で協議され、解決策を講じている。現場で解決できない課題は倫理委員会で検討する仕組みはあるが、病院全体での継続的な検討や支援体制の充実が期待される。

来院時のアクセスや交通誘導員による車の乗降時の支援および高齢者障害者への配慮が適切に実施されている。院内はバリアフリーが確保され、診療ケアに必要なスペースや患者・家族がくつろげるスペースも整備されており、適切な療養環境となっている。受動喫煙防止のため敷地内全面禁煙となっているが、受動喫煙防止に関して職員や患者および住民に向けた積極的な啓発と教育活動を実施されたい。

### 4. 医療の質

投書箱や患者満足度アンケート等における患者・家族の意見や苦情は、組織的に検討され、改善に活かされており、対応策が外来に掲示されている。症例検討会や合同カンファレンスおよび死亡症例検討会などを多職種の参加により活発に開催して、診療の質向上に努めている。多くのクリニカル・パスを運用し臨床指標としての自院のデータも公開している。患者サービスの改善活動として、携帯電話の院内使用やWi-Fiの院内環境等を整備している。新たな診療・治療方法や技術の導入に際しては、病院長の判断と許可のもとで研修派遣や必要な技術習得・器械整備・専門家の招聘などを病院として支援している。

外来と病棟では、診療と看護の管理責任者を患者・家族に明示しており、主治医または担当医師の回診や病棟責任者のラウンドが毎日行われている。診療記録指針に基づき各職種が適時必要事項を電子カルテに記載しており、年間約 300 件の医師の診療記録について病院長と副院長および診療情報管理士が質的点検を実施して、結果を現場へフィードバックしている。感染対策・抗菌薬適正使用支援・栄養サポート・緩和ケア・褥瘡対策・認知症ケア・退院支援・糖尿病透析予防などの多職種による専門チームがあり、多職種協働の診療・ケアが行われており、診療の質向上への取り組みは適切である。

## 5. 医療安全

院長直轄の医療安全管理室が設置され、室長に副院長を兼任で配置し、看護師を専従の医療安全管理者としている。医療安全管理対策委員会の下に医療安全管理室会議や各部会が設置され、各部署には医療安全対策委員とリスクマネージャーが任命され安全な医療提供のための体制が整備されている。インシデント等の報告と検討が行われ、グループウェアやヒアリング通信などで職員への周知徹底が図られている。

患者・部位・検体などの誤認防止対策では患者本人が氏名と生年月日を名乗ることを原則とし、受付票やリストバンド等との照合が実施されている。血液検査のパニック値や迅速病理診断の結果は担当者から主治医に直接連絡され確実であり、薬剤の安全な使用に向けた対策も実践されている。転倒・転落防止対策や医療機器の安全使用については適切に対応されている。患者急変時の対応において夜間帯は緊急コードを使用不可としているため、日中と同等の機能が発揮できる手順を整えることが望まれる。

## 6. 医療関連感染制御

院長直属の感染対策室を設置され、権限を与えられた感染対策室では感染制御の実務部隊として活動する ICT と抗菌薬適正使用支援チームを中心にその役割を果たしている。ICT は院内の各種サーベイランスや院外からの感染に関する情報を収集・分析しており、JANIS にも報告している。AST はアンチバイオグラムを作成し、院内の抗菌薬の使用状況を把握している。これらの情報は院内感染対策委員会においてさらなる検討が加えられ、院内で活用されている。

感染対策に関するマニュアルは適宜更新され、各部署で手指消毒や個人防護具の着用を実施しており、感染性廃棄物や感染性リネンの処理等も適切に行われている。また、抗菌薬適正使用マニュアルが整備され、カルバペネムなどの抗菌薬を届け出制としており、周術期に使用する抗菌薬も定めるなど、抗菌薬の適正使用に努めている。なお、SSI の実施は一部の手術に留まっているため、病院全体での把握へ向けた取り組みを行うことが期待される。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は広報誌や病院案内により行われている。また、ホームページも適時更新し、診療科等の紹介と合わせて診療実績や病院情報および臨床指標等について地域へ発信されている。地域医療連携室を設置し、紹介元医療機関や関係施設、逆紹介医療機関や関係施設と医療および福祉業務等の連携を推進している。地域連携ニュースが発行され、病院長と副院長による連携施設への訪問活動が行われている。また「地域連携セミナー」の開催を行うなど、顔の見える連携業務の実践に努めており適切である。

地域に向けた教育啓発活動は、地域交流推進委員会を設置して計画的に行っている。出前健康講座は医師等が講師になり、社会福祉協議会や公民館等からの依頼により実施され、糖尿病患者会や母親教室も毎月開催している。地域の福祉・介護施設等へ向けては食事援助や口腔ケア等の実習を主体とした研修会に看護師・介護職員を参加させるなど、教育・啓発活動を適切に行っている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診方法を各種媒体で周知しており、来院した患者が円滑に診察を受けられるよう病院幹部等による受診時の声掛けや支援が積極的に行われている。検査の説明から入院の決定、リハビリテーションを含む治療の方針、身体抑制の必要性などが十分に検討され、それらの必要性について説明し、患者・家族の要望も踏まえて診療を進めている。また、入院時には転倒・転落や褥瘡および栄養状態などの評価を実施しており、適切な診療計画を協働して立案している。侵襲的な検査や薬剤の投与、輸血手術などの行為においては、患者の安全性を確保したうえで実施されている。各病棟でのカンファレンスや多職種による医療チームの横断的な活動により、患者中心の医療を適切に展開している。円滑に入院できるよう看護師と医事課職員が対応しており、医療相談等により入院生活や退院に向けた適切な支援が行われている。

退院後も必要な診療やケアを継続して受けられるよう地域の関係機関との連携が図られている。「人生の最終段階の医療・ケアプロセスに関する指針」を整備してターミナルステージの医療を実施するなど、地域の中核病院にふさわしい患者に寄り添ったチーム医療を実践している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は病棟への1施用ごとの払い出しやハイリスク薬の管理および疑義照会への対応等、病棟業務を含め薬剤管理機能を適切に発揮している。臨床検査科では血液や生化学および生理機能をはじめとした各検査に対応している。画像診断についても必要な検査に常時対応して読影医による報告書が作成されており、要望に応えている。給食業務は管理栄養士のもと、保温保冷食器等により適時適温で適切に食事が提供されている。リハビリテーションは兼任医師と療法士で主として急性期リハビリテーションに対応している。診療情報管理は電子カルテシステムにより1患者1IDで一元管理され、入院診療記録の量的点検を全件実施している。臨床工学技

士により、中央管理された医療機器や透析室および手術室の医療機器が適切に管理されている。洗浄・滅菌機能は中央材料室に集約され、返却・洗浄・組立・滅菌・保管までの一連の業務をワンウェイ化している。

輸血部門は責任医師が統括し、緊急も含め専任の臨床検査技師が輸血業務に適切に対応している。手術室では多くの手術を実施し緊急手術へも随時対応しているが、より安全な麻酔を実施する体制の整備が望まれる。二次救急告示病院として、脳外科疾患と心筋梗塞を除くすべての救急患者を対象として 365 日 24 時間受け入れている。地域の救急医療に大きく貢献しており、良質な医療を構成する機能はおおむね適切である。

## 10. 組織・施設の管理

経営状況は月次の財務諸表をもとに毎月把握・検討されており、適切な財務経営管理に向けて努力している。医事業務ではレセプトの作成点検や返戻査定への対応、未収金督促などが適切に行われている。委託業者の選定と評価は公正な基準を定め実施されており、院内の医療安全等の研修会に委託従業員が参加するなど適切である。病院機能に見合った施設・設備が整備され、担当者による日常点検や各種保守点検を計画的に実施する等適切に維持管理している。

医薬品や診療材料等の新規選定や変更については組織的な検討が行われ、配置定数の見直しなども含め適切に管理されている。災害時対応マニュアル等が策定され、災害発生時の総合訓練が定期的に行われている。停電に備えて自家発電機を設置し、患者用の備蓄も適切に行われている。警備員による夜間警備体制が整備されており、要所には防犯カメラを設置するなどの保安業務が適切に行われている。医療事故発生時の対応と対策が明確にされ、患者・家族との対話を重視した対応を行うこととしている。

## 11. 臨床研修、学生実習

各専門職種の初期研修は研修体制とプログラムが整備されており、医師の初期研修は研修医と指導医との意見交換等により研修の充実を推進している。看護部でも多職種参加の新人研修プログラムが整備されるなど、各専門職種に応じた初期研修が適切に行われている。

学生実習の受け入れ体制が整備されており、医師や看護師および薬剤師をはじめとした各職種の学生を受け入れている。実習指導者会議を開催してカリキュラムが随時検討され、実習内容の評価等も適切に行われている。

# 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・プライバシーを適切に保護している	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	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	A

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	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	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	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	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	B
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	C
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	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	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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 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：市立横手病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：市町村

I-1-4 所在地：秋田県横手市根岸町5-31

## 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	225	225	+0	75.6	13.1
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	4	4	+0	0	0
総数	229	229	+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	5	+2
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	15	+0
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	47	+0
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

DPC対象病院(Ⅲ群)

## 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： 2 人 2年目： 3 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

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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	637.55	635.31	645.68	100.35	98.39
1日あたり外来初診患者数	65.11	65.99	69.69	98.67	94.69
新患率	10.21	10.39	10.79		
1日あたり入院患者数	170.01	182.16	171.58	93.33	106.17
1日あたり新入院患者数	12.53	12.69	12.70	98.74	99.92