

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および2月2日～2月3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	条件付認定（6ヶ月）
------	-------	------------

■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院

1. 退院時サマリーの迅速な作成に努めてください。（2.1.2）

1. 病院の特色

貴院は1935年に創設された結核療養機関、秋田県衛生会秋田療養院を前身とし、その後一般病床の開設、筋ジストロフィー病床の開設、重心患者受け入れを経て、2004年4月独立行政法人国立病院機構 あきた病院となり、現在は重症心身障害児（者）160床、筋ジストロフィー80床、神経難病94床、結核6床計340床を擁する政策医療を担う病院として、その特殊性からもなくはない病院として存在意義を明確にしている。

今回の更新受審にあたり前回の指摘事項を踏まえ、種々改善に取り組まれてきたことは評価される。しかしながら、地域的な要素、病院機能の特殊性などから難しい課題もあり、引き続き継続的に取り組まれたい事項もいくつか見受けられたことから、今回の評価報告を参考にさらに質向上に向けての取り組みを期待したい。貴院の持つ医療機能の重要性は十分認識されており、これからも政策医療の担い手として貢献されることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針は明確となっており、自院の医療機能のあるべき姿を表す「心のこもった癒しの医療」を理念として掲げている。理念に基づき5項目の基本方針を制定し、理念と共に院内外への周知に努めている。政策医療を担う中での課題もあるが、幹部はその解決に向けリーダーシップを適切に発揮している。病院の意思決定会議は明確にされており、運営に必要な会議・委員会の設置も適切である。データの真正性・保存性の確保は適切に行われているが、今後は得られた情報の活用を望みたい。

医師の充足は重要課題であり、引き続き確保に向けた継続的な取り組みを期待したい。有給休暇の取得などの状況は良好であり、人事・労務管理は適切である。安全衛生委員会の開催、衛生管理者のラウンドなどおおむね適切である。職員の意見・要望は、職場ヒアリング・意見箱などで把握されている。

職員研修への取り組みは適切であるが、院内図書の一元的管理を工夫されたい。業績評価制度に基づく能力評価・開発は苦情を受け止める体制もあり適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、周知も適切である。必要時は見直しの体制もある。説明と同意の方針は明確であるが、手順の明文化、同意書様式の見直しを望みたい。入院診療計画の説明や診察時の面談、患者参加のカンファレンスなどで患者との情報共有は図られている。地域医療連携室を中心とした患者との対話の体制も適切である。個人情報・プライバシー保護も患者の意思に沿った対応がなされている。臨床における倫理的課題の取り組みは、主要な課題への病院としての方針を検討されたい。病棟では毎月の倫理カンファレンスで事例検討が行われており、倫理的課題についての患者・家族に対する対応は適切である。

療養環境や利便性への取り組みは、駐車場の整備、売店の土・日営業、その他長期入院に応じた生活延長上のサービス提供など配慮されており、バリアフリーなど施設の整備も適切である。くつろぎのスペース、移動式介助リフトの設置、車椅子でのエレベーター利用可能なシステム、院内の整理整頓、清潔管理など療養環境の整備は高く評価できる。禁煙推進の取り組みも適切である。

4. 医療の質

患者・家族の意見収集は意見箱が設置されており、内容の検討は病院運営会議などで行われ、掲示によるフィードバックの体制がある。職員が直接聞いた意見なども記録され、対応している。多職種参加のカンファレンスで情報共有を図り、質向上に向けた協議が行われている。症例検討会の開催、死亡全例のデスカンファレンスは評価できる。QC活動による業務の質改善に取り組んでおり表彰制度もあるが、臨床指標の収集・分析やクリニカルパスの運用に取り組むことを望みたい。看護部はBSCでの取り組みが行われている。新たな診療・治療方法や技術の導入は倫理審査委員会で検討する体制がある。

診療・ケアの管理・責任体制は、責任者の明示、ベッドネーム、担当者の掲示、交代時の挨拶と自己紹介など患者に分かりやすい体制がある。医師はじめ各職種のカルテ記載はおおむね適切であるが、医師カルテの質的点検の体制については検討を望みたい。また、退院時サマリーの作成について、規程の整備、業務フローが策定され推進体制は整備されたが、改善途上であるため引き続き作成率の向上に向けて取り組まれない。多職種協働は、各種カンファレンス、チーム活動、委員会活動を通し適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全に向けた体制は、院長を委員長とする医療安全管理委員会が設置されている。委員会を中心に医療安全に関する情報の収集・分析、必要な対策の検討が行われており、組織的な医療安全の体制は確立している。また、医療安全管理室があり、医療安全管理室会議でアクシデント・インシデントの対応、カンファレンスの実施、マニュアルの整備、院内ラウンド、ニュース発行など具体的な活動を行っている。

誤認防止についてはマニュアルが整備され、顔写真・バーコード付きネームプレートを活用するなどしている。情報伝達エラー防止は、電子カルテ上で問題なく遂行されている。ハイリスク薬は可視化され、救急カート・病棟配置薬の管理も適切である。転倒・転落防止については、入院時のリスク評価およびその後の見直しの体制は適切であり、危険防止の環境調整も適切に行われている。医療安全管理室会議によるラウンドや骨折リスク一覧表による管理など評価できる。医療機器は臨床工学技士および看護師による点検・確認が行われ、臨床工学技士による研修等も実施されている。患者の急変への備えは、救急カートの整備、緊急コードの設定・訓練、AED・BLS 訓練などが行われており適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染防御に向けた体制は、院内感染対策委員会が毎月開かれ、各報告をもとに対策・検討が行われている。感染制御室があり、ICT も組織されている。ICT ラウンドに基づく感染制御室会議での検討・分析の体制も整っている。院内の微生物サーベイランス、アンチバイオグラムの作成も適切であり、地域の合同カンファレンスへの参加もある。なお、患者層を踏まえると多数の人工呼吸器が稼働しており、人工呼吸器関連肺炎など人工呼吸器に関連した感染状況の把握を期待したい。

実践的な活動は、評価キットを用いた手洗い評価、手指消毒剤のモニタリングなどが行われており、ビニールエプロンの色による移動制限など工夫した取り組みを行っている。抗菌薬の使用は、エンピリックセラピー回避の対策、血液培養時の 2 セット実施など適切に管理されている。

7. 地域への情報発信と連携

情報の地域への発信は、ホームページ、広報誌などで行われておりおおむね適切であるが、診療実績や臨床指標の公開については今後積極的な取り組みを期待したい。地域医療連携室において地域の状況把握、連携は適切に行われている。地域ケア会議を通しての幅広い情報共有体制が構築されている。地域に向けての教育・啓発活動については、自院の特性を生かした研修会やイベントなど種々の取り組みが継続的に実施されている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療に必要な情報はホームページで紹介されており、患者の受け入れはスムーズに行われている。発熱外来など病態に応じた体制も整っており、外来診療も適切に実施されている。侵襲的検査は安全・確実に実施されており、自院で不可能な場合の紹介体制も整っている。入院の決定は、重症心身障害者、神経難病それぞれ事前情報や事前診察に基づき会議・ミーティングで受け入れを検討している。診療計画は患者・家族の要望を踏まえ入院時に多職種で作成されており、ケア計画に反映されている。見直しの体制も適切である。医療相談は地域医療連携室が窓口となり各種相談に応じるとともに、専門職種・専門部署との連携を含め対応している。入院にあたっては事前に必要事項の説明が行われ、入院時のオリエンテーションも分かりやすく行われている。

医師の病棟業務は、患者・家族への説明など業務マニュアルに沿って適切に行われており、看護・介護職を含め多職種が連携して病棟業務を遂行している。長期にわたる入院患者が多いため、医師は定期的な検査で患者の状態把握に努め、栄養管理にも配慮している。臨床心理士の関わりもあり心身両面から診療・ケアに取り組んでいる。投薬・注射は禁忌、相互作用の確認がなされ、顔写真による誤認防止策、注射のバーコード3点認証など安全・確実に実施されている。輸血もバーコード3点認証など安全・確実に実施されている。重症患者の管理は、重症度に応じた診療・ケアの院内基準を整備し、観察室対応も実施している。全患者に褥瘡リスク評価が実施されており、皮膚科医師を含めたチーム回診が行われるなど適切に予防・治療に取り組んでいる。栄養評価、管理栄養士のミールラウンド、症状緩和における観察、疼痛治療に関わる麻薬の使用など適切に行われている。ほとんどの患者にリハビリテーションが実施され、摂食機能への歯科医師の関わり、カフアシストを用いた呼吸器リハなど評価できる。自立支援の取り組みは児童指導員や保育士の関わりもあり適切である。抑制はやむを得ない場合に限っており、抑制中の観察・記録も行われている。退院支援は患者・家族の希望に沿った支援が適切に行われており、退院後の継続診療においても看護サマリー等各種資料の提供、レスパイト入院の受け入れなど適切にフォローされている。入院当初からターミナルを前提とした長期入院が多くあり、入院診療計画もターミナルステージを考慮して作成されている。患者・家族の意思確認は適切に行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理は、処方・調剤などの薬剤業務は適切に実施されており、持参薬鑑別、薬歴管理も実施されている。医薬品情報の更新、DI ニュースの発信も適切である。臨床検査は、院内検査、外部委託があるが精度管理は適切に行われている。画像診断はPACSが導入され、必要時は専門医の遠隔読影が可能である。造影検査時は医師の立ち合いのもと実施している。栄養管理における適時適温の食事の提供やアレルギー対応、衛生管理など適切である。リハビリテーションは、全ての療法士がパーキンソン病リハビリテーションプログラムの研修を受け、自院患者の特性に対応している。また、患者の機能回復に努め、学会にも多く発表していることは評

価できる。診療情報管理は、2021年4月に診療情報管理室の設置、診療情報管理士の配属がなり規程の整備を含め体制が構築されたことから、定着化および今後の活動に期待したい。

医療機器は、臨床工学技士が電子カルテ上の機器管理システムを活用し適切に管理されている。日常点検も適切である。洗浄・滅菌は中央化されており、インディケーターの実施、リコール規程など適切である。病理はすべて外部委託であり、報告書、標本の管理は検査課で適切に行われている。輸血は検査科が担当し、短期間保管・迅速供給の体制である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、国立病院会計規程に則った会計処理が行われており、予算策定の過程、経営状況の把握、外部会計監査の体制などが整備されている。医事業務は外部委託であるが、契約に則った業務が行われており、レセプトへの医師の関わり、査定返戻の対応、未収金管理、施設基準のチェックなどいずれも適切に行われている。業務委託は契約審査委員会で検討されており、業者の選定・評価など適切である。

施設・設備はエネルギー・防災管理室により定期的な保守・点検が行われている。物品管理は、発注・検収の体制、在庫確認、期限管理など適切である。

災害時の対応は、マニュアル、BCPの整備、訓練の実施、非常時用の備蓄体制など適切である。保安体制は、マニュアル、緊急連絡網が整備されており、防犯カメラの設置、男子職員による当直体制など適切に行われている。負担軽減に向けた業務委託は検討に値する。医療事故への対応は、指針の整備、専従の医療安全管理者の配置、事故発生時の院内体制、弁護士への相談体制などいずれも適切である。

11. 臨床研修、学生実習

医師、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、介護福祉士、保育士、医療事務等多職種の実習受け入れがある。各学校との協定に基づき、カリキュラム調整、実習評価が行われている。患者・家族への説明・承諾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	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・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	B
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	B
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	S
1.6.4	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	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	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	A
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	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	B
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	栄養管理と食事指導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	A
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	A
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	B
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	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	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	NA
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	NA

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	B
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	C
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	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	B
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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 年 11 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人国立病院機構 あきた病院

I-1-2 機能種別： 慢性期病院

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 秋田県由利本荘市岩城内道川字井戸ノ沢84-40

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	334	334	+0	98.6	588
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神病床			+0		
結核病床	6	6	+0	12.9	47.2
感染症病床			+0		
総数	340	340	+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		
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		
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		
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

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： 人 2年目： 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

平成27年度推移		実績値			対 前年比%	
	年度(西暦)	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2019	2018	2017	2019	2018
1日あたり外来患者数		55.35	54.16	58.70	102.20	92.27
1日あたり外来初診患者数		3.50	3.55	3.53	98.59	100.57
新患率		6.32	6.55	6.02		
1日あたり入院患者数		331.04	329.81	326.41	100.37	101.04
1日あたり新入院患者数		0.55	0.95	0.93	57.89	102.15