

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 1 月 29 日～1 月 30 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、明治以来の歴史を有する市立病院であり、村山地域の中核病院として大きな役割を果たしている。今回の審査では、各部門がその専門的な機能を発揮して、病院の使命達成に貢献する姿が認められた。24 時間体制で広範囲な医療機器の管理を実践する ME センターの活動、ICT や AST による活発な感染制御活動などは、その好例である。

術前検討会やがんサージカルボードが定期的に行われ、診療科の枠を超えた治療方針の検討が行われており、認定看護師を中心に多職種が参加して NST・緩和ケアなどの専門チームが積極的に活動している。病棟、ICU、手術室などにも薬剤師や臨床工学技士など多くの職種が関与している。このようなチーム医療も貴院の特長である。病院運営においては、各部門・部署での年度目標の設定と進捗管理に見られるように、事業管理者を中心とする全職員参加の組織運営が行われている。検討が望ましい若干の課題についても、貴院の組織運営の力によって遠からず解決されることを確信し、貴院のますますの奮闘を期待する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針は明文化され、院内掲示、ホームページ等によって周知されている。病院管理者・幹部は病院の将来像を明示し、任務を分担してリーダーシップを発揮している。規程に沿って、部門・部署目標の策定など効果的・計画的な組織運営が行われている。電子カルテを中心に多様な情報システムが活用され、文書の一元的管理も適切に行われている。

医療法および診療報酬施設基準を満たす人員が確保され、就業規程や育児・介護休業に関する規程などが適正に整備されている。衛生委員会が開催され、産業医との面接などの精神的サポートも実施されている。職員の意見・要望は、所属長による面接や労使協議等によって把握され、院内保育所の開設など、魅力ある職場とする努力が払われている。医療安全および感染制御について、全職員を対象とする研修を計画的に実施しており、おおむね適切である。今後、必要性の高い課題への全職員研修の実施が期待される。人事考課制度のもと、部門・部署ごとに所属長による面接を定期的に行うなど、職員の能力評価・能力開発は適切に行われている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、診療記録の開示実績も見られる。説明と同意に関する方針に沿って患者に丁寧な説明がされているが、同席基準の具体化等が望まれる。がん相談室や患者用図書室の設置など、患者との診療情報の共有と医療への患者参加が進められている。社会福祉、がん等の多様な相談に応じ、内容によってはより専門性の高い職種や部署との連携も取られている。

情報システムを外部から遮断するなどして個人情報保護を図り、診察室、面談室等でのプライバシーへの配慮もされている。輸血拒否および臓器提供についての方針が定められており、今後はDNARや終末期医療に関する方針の作成、および現場で発生する倫理的課題の検討の継続が望まれる。

駐車場、売店、カフェテリア、ATMの設置など、利便性・快適性への配慮がなされている。院内はバリアフリーであり、院内各所に車椅子などが設置され、高齢者や障害者に配慮した施設・設備となっている。診療・ケアに必要なスペースが確保されている。敷地内全面禁煙とし、受動喫煙の防止と禁煙の推進が図られている。

4. 医療の質

意見箱を外来や各フロアに設置して、メール等の他のルートからのものと合わせてレベル分けし、改善に繋げている。多くの症例検討会の開催、臨床指標やクリニカル・パスの活用等によって診療の質の向上を図っている。業務の質改善に向けて、各種委員会や各部門・部署が、役割分担に応じて具体的な改善策の実施に向けて機能し、実績を挙げている。新たな診療・治療技術などの導入や臨床研究において、倫理的検討が必要な課題については倫理委員会での審議・検討が行われている。

病院管理者名と各診療科の医師名を表示し、病棟入口には責任医師、看護師長および担当薬剤師の氏名を明示するなど、診療・ケアの管理・責任体制は明確である。診療記録は、電子カルテシステムを運用し、適時に記載されているが、更に、記載内容の充実および質的点検の一層の充実が望まれる。術前検討会やカンサードによって、診療科の枠を超えて治療方針を検討し、認定看護師を中心に専門チームも活動して、多職種の協働による診療・ケアが積極的に行われている。

5. 医療安全

安全管理室に看護師を配置し、安全管理委員会のもとに各委員会とリスクマネージャー会議を組織するなど、安全確保に向けた体制を確立している。院内で発生したアクシデント・インシデントは、安全管理室に報告され、内容に応じて調査・分析・対策の立案と実施が行われている。バーコード認証の活用、タイムアウトの実施などにより誤認防止が図られている。電子カルテを活用し、悪性が疑われる所見は主治医が確認したことをチェックするなど、情報伝達エラー防止対策が講じられている。

病棟への薬剤師の配置、抗がん剤のレジメン管理など、努力されているが、麻薬を含む薬剤の適正管理が更に徹底されるとよい。入院時、全患者に転倒・転落アセスメントを実施し、結果に応じた対策を講じているが、患者の状態に変化があった際の再評価の実施を期待する。医療機器については、ME センターにおいて臨床工学技士が中央管理を行い、機器の条件設定やアラーム設定管理も確実に実施している。患者の急変時に備えて、院内緊急コールや救急カートが整備され、BLS 訓練も全職員が受講している。

6. 医療関連感染制御

感染制御部門に ICN が配置されており、感染対策に関する委員会が開催され、感染制御に関するマニュアル・指針も作成されて適宜改訂されている。院内での感染発生状況が把握され、JANIS にも参加している。日々の ICN ラウンドに加え、ICT ラウンドが計画的に実施され、内容のフィードバックも行われている。AST 活動も認定薬剤師を中心に活発に実施されるなど、感染制御に向けた情報収集と検討では、秀でた実績を挙げている。

標準予防策の実行が徹底され、個人防護用具が各部屋や汚物室等に配備されている。感染性リネンや廃棄物は、決められた方法で適切に処理されている。ICT ラウンド等により、継続的な感染制御活動が行われている。院内における分離菌感受性パターンは把握されている。指定抗菌薬は許可制で管理され、AST による指摘・指導事項は電子カルテ記載等でフィードバックされている。手術前の予防的抗菌薬使用もほぼ 100%実施されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院の機能や医療サービス、DPC データ等の診療実績に関する情報は、病院案内や入院案内、広報誌、ホームページなどを利用して発信されている。ホームページの内容は会議で検討され、院内の体制変更や病院からのお知らせが定期的に更新されている。地域の医療機関からの依頼による画像検査、開放病床の活用、ネットワークを通じた電子カルテの閲覧などに取り組んでいる。地域医療支援病院として、報告書や診療情報提供書の発行状況を確認し診療科に督促するなど、診療科別、地域医療機関別に実績を管理して対策を検討し、高い紹介率、逆紹介率の実績を有している。

患者や地域住民を対象とした市民公開講座などを計画に基づき開催し、地域の健康増進、啓発に積極的に取り組んでいる。地域の医療機関に対しては、連携機関を対象としたものをはじめ、がんや脳卒中の疾患別の検討会や、救急、褥瘡、薬局、介護施設といったテーマ別、業種別の検討会を開催するなど、様々な機会の提供がなされている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

他科医師への相談も容易な環境で、外来診療が行われている。診断的検査は患者の同意を得て実施し、入院は患者の希望も確認して決定している。入院オリエンテーションを入院前と入院時に行い、入院後速やかに多職種が関わって診療計画を作成するとともに、患者・家族からの様々な相談にも応じている。服薬指導等は薬剤師により速やかに実施され、バーコード認証等を利用して投薬・注射が確実・安全に実施されている。輸血・血液製剤投与では、投与中・投与後の観察も確実に行われている。手術前には、術前カンファレンスや麻酔科医の術前診察が行われ、タイムアウト等により安全が確認されている。スクリーニング結果に基づいて、褥瘡の予防・治療や栄養管理が取り組まれ、患者の訴えや客観的な評価に基づいて疼痛等の緩和が図られている。

リハビリテーションでは、実施時のリスクの想定、実施前後の評価も確実に行われている。身体抑制は、おおむね適切に行われているが、医師の関与の充実等が期待される。入院時からの退院支援と、継続した診療・ケアの確保に向けた援助が行われ、患者・家族も参加するカンファレンスも開催されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬局では、注射薬の1施用ごとの取り揃えを100%実施している。臨床検査室はパニック値等の通知を、主治医が未確認の場合にも対応している。画像診断部門では、放射線技師の能力開発に努めている。給食業務室は、嗜好調査等の結果を食事に活かしているが、患者満足度の向上に取り組まれるとよい。リハビリテーション室は、術前からのリハビリテーション等に取り組んでおり、おおむね適切である。医療情報管理室はがん登録にも取り組んでいるが、診療記録の量的点検の充実が期待される。MEセンターは機器使用の研修も実施するなど秀でた実績を挙げている。中央材料室では一連の業務をワンウェイ化している。

病理診断部門は迅速に結果を報告しているが、ホルマリンの管理において徹底が期待される。放射線治療部門は、治療医と専門技師が協力してシミュレーションし、計画線量を確認している。輸血室は24時間ニーズに対応しており、おおむね適切に機能を発揮している。手術室では退室基準の整備が期待される。ICUでは多職種が日常的に関与し、救急部門は、断らない方針のもと、年間数多くの救急搬送に対応している。

10. 組織・施設の管理

経営状況の分析結果や抽出された課題は、事業管理者を中心に対策が検討され、経営の健全化への努力がなされている。医事業務は手順に沿って実施され、未収金の管理、督促も確実に行われている。委託業務は、業務ごとに日々の報告が行われ、定期的な検討の場において情報共有や課題の検討されている。施設・設備の24時間での管理体制が構築され、保守管理および日常点検も、マニュアルや保守計画に沿って実施されている。院内の清掃、感染性廃棄物の保管、処理も適正に行われている。物品の在庫量はSPDシステムによって管理され、使用期限の確認、棚卸も定期的に行われている。

災害拠点病院として、委員会を中心に各種マニュアルが整備され、夜間を想定した訓練、多数傷病者の受け入れ訓練などが実施されている。保安業務は24時間の対応体制が構築され、保安要員が配置されている。

医療事故発生情報は、現場の責任者からの報告やアクシデントレポート等によって、速やかに把握されている。原因究明と再発防止策が調査委員会で検討する仕組みも整備されている。

11. 臨床研修、学生実習

全新入職員を対象としたオリエンテーション、医療安全、感染管理の教育、実習が年間計画に沿って行われている。医師の初期研修は臨床研修センターを中心に運用、指導医の育成がなされ、研修医と指導医の相互評価なども適切である。看護師もクリニカルラダーに沿った研修計画を立て、指導者の育成にも取り組んでいる。その他の技術職、事務職においても、チェックリスト等を用いた計画的な初期研修を実施している。

学生臨床実習センターを設置し、医学生、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士など、多くの専門職種に対する学生実習が行われている。カリキュラムの内容に沿った評価も個別に実施され、必要に応じて学校にフィードバックされている。電子カルテの使用や個人情報の守秘といった事項については共通のオリエンテーション資料を活用し、説明をするなど、学生実習の受け入れは適切である。

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	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	S
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	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	B
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	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	B
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	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	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	B
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	B
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	S
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	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	B
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	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	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	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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 山形市立病院済生館

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： 山形県山形市七日町1-3-26

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	528	528	-57	80.2	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	528	528	-57		

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	+0
集中治療管理室 (ICU)		
冠動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	17	+0
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	2	+0
人工透析	42	+0
小児入院医療管理料病床	45	+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), がん診療連携拠点病院 (地域), 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 (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： 4 人 2年目： 4 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
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	757.59	763.48	788.00	99.23	96.89
1日あたり外来初診患者数	74.58	76.00	88.95	98.13	85.44
新患率	9.84	9.95	11.29		
1日あたり入院患者数	420.41	413.64	424.23	101.64	97.50
1日あたり新入院患者数	30.58	31.49	32.95	97.11	95.57