

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12月15日～12月16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100周年を迎え、移り変わる地域医療の変遷と多様化する患者ニーズに対応するべく、地域に根ざし信頼される病院を目指してこられた。村山医療圏域の生産性人口の減少と加速する高齢化社会における病院の役割を把握され、急性期・回復期・慢性期まで幅広く地域に密着した医療が継続的に行われている。特に、リハビリテーションには積極的に取り組み、リハビリセンターの開放的で明るい空間がより一層リハビリテーションの可能性を引き出し、患者に寄り添った機能的なプログラムの工夫に努めており高く評価できる。関連施設は、精神科病院、一般科病院、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、看護専門学校、保育園を整備され、その中核機能として適切な病院機能を発揮されている。

この度の病院機能評価の更新審査においては新たな課題も見受けられたが、医療の質向上に向けて職員一丸となって継続的に取り組まれてきた活動を通じて、さらなる成長を遂げることを期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念・基本方針は明文化され院内外に広く周知されている。院長・幹部職員はリーダーシップを発揮し、中・長期計画に基づいた課題の把握に努め、年度計画においてビジョンと方向性を職員に周知している。組織体制に基づく職務分掌は整備され、院内会議・委員会規程に基づき定期的に様々な課題の検討が行われているが、記録と伝達方法の充実を望みたい。また、リスクに対応する病院の機能存続計画について策定の充実を期待したい。情報管理は、診療情報に関する方針に基づきIT推進室が整備され、電子カルテ導入に向けた検討も行われている。文書管理規

程が整備され、病院内外の文書管理は一元的に行われている。

医療法、施設基準等に必要な人員は適切に確保されている。人事・労務管理では、就業規則をはじめとする人事関連の各種規則・規程が整備され、有給休暇取得状況や時間外勤務を組織的に把握している。安全衛生委員会が毎月行われ、衛生管理における課題の解決や産業医による院内巡視が定期的に行われている。職員の意見・要望は多岐にわたり把握され、魅力ある職場の形成について主体的に取り組んでいる。さらに、職種間のコミュニケーションの垣根を超えた就労意欲の高揚に工夫した取り組みは高く評価できる。

職員への教育・研修は、病院として総括的な計画の策定と実施状況の把握を望みたい。職員の個別能力は、人事考課で個人目標の管理が行われ把握・評価している。

3. 患者中心の医療

患者の権利および責務は明文化され院内外に周知されている。患者が理解できる説明と同意は適切に行われているが、病院としての方針・手順などの機能的な充実に望みたい。患者との診療情報の共有として、クリニカル・パス、DVD、パンフレットを用いており、医療への患者参加を促している。患者支援体制として、地域医療連携室内に患者サポート窓口を設け、多岐にわたる相談に対応している。個人情報保護規程に方針が整備され、病棟・外来のプライバシーは適切に保護されている。臨床における倫理に関する方針が策定され倫理委員会は行われているが、臨床現場における積極的な課題を抽出する仕組みなどさらなるカンファレンスの充実に望まれる。

患者・面会者には来院時のアクセスに配慮され、生活延長上のサービスの利用など利便性・快適性が確保されている。院内のバリアフリーは確保され、高齢者・障害者への配慮に努めている。療養環境に必要なスペースは十分確保され、院内は隅々まで清掃が行き届き、整理整頓され適切である。敷地内禁煙を遵守し、職員の喫煙状況は経年的に把握され改善傾向である。

4. 医療の質

患者・家族の意見等は、意見箱や患者満足度調査で収集している。組織的な検討が行われ、掲示板等でフィードバックしている。診療の質向上に向けた活動として、地域連携パスに積極的に取り組んでいるが、クリニカル・パスの作成・評価・見直しの充実に望まれる。また、病院全体としての臨床指標の公表も望みたい。業務の質改善については、ワーク・ライフ・バランス検討メンバーを立ち上げ、現場の課題、意見を吸い上げ改善につなげる取り組みが行われている。新たな診療・治療方法や技術は、倫理委員会で検討し導入される仕組みとなっている。

診療・ケアの管理・責任体制は明確にされているが、病棟責任医師の表示を検討されたい。診療記録は適切に記載され、質的点検も適切に行われている。各診療科で多職種を含めたカンファレンスが行われ、医師が診療科を超えて相談できる環境にあり、質の高い医療の提供体制を整えている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全対策室を設置し、医療安全管理者を専任で配置している。医療安全管理指針が作成され、医療安全対策委員会を中心に各部署のリスクマネージャーによる医療安全対策カンファレンスで再発防止策が検討され、院内ラウンドも行われている。インシデント・アクシデントレポートの収集・分析・検討が行われ、実施状況や効果を院内に周知している。

患者、部位、検体等の誤認防止は、入院患者のリストバンド装着、患者本人による氏名の申告等を定め遵守している。情報伝達のエラー防止対策は、医師の指示出しから看護師の指示受け・実施、医師の実施確認の手順が定められ適切に行われている。ハイリスク薬の表示や管理対策は適切に行われ、抗がん剤はレジメン登録・管理を徹底している。入院時に全患者に転倒・転落アセスメントスコアシートを用いて、リスク評価を実施している。医療機器使用マニュアルが整備され、臨床工学技士が毎日病棟をラウンドし、使用中の人工呼吸器などの作動状況を確認している。患者急変時の院内緊急コードが設定され、日中および夜間の対応も定められており、救急カートの管理も適切である。BLS 研修は全職員を対象に行われ、急変時の対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会（ICC）は院長が委員長として実効しており、感染対策チーム（ICT）が実働する組織として ICC 直下に構成されている。院内各部署に配置された感染リンクナースと連携することで感染制御の体制を確立している。地域の医療機関で開催する院内感染対策カンファレンスにも積極的に参画して情報を共有し、院内に周知している。感染サーベイランスは、手術部位感染、中心ライン関連血流感染、尿カテーテル、人工呼吸器関連肺炎を実施し、耐性菌検出の監視を継続して検出時の具体的な感染対策の立案・実行をして指導している。

手指消毒薬の使用量や手洗い実施回数等を調査し、手指衛生に対する意識向上に努めている。血液・体液曝露が危惧される状況では、個人防護用具が適切に使用されている。感染性廃棄物の取り扱いや血液・体液の付着したリネン類の取り扱いも適切に行われている。院内の取り決めに従い抗菌薬が使用されており、採用・削除は薬事委員会で検討され、使用指針も定められている。抗菌薬の長期投与・是正に向けた ICT の関与も適切に行われている。

7. 地域への情報発信と連携

情報発信は広報委員会が中心となり、定期的に広報誌、院内広報誌を地域や患者・家族、関連機関に向けて発信している。ホームページは定期的に更新し、行事案内や医療サービス内容、受診案内等を掲載している。病院全体の診療実績や診療科目別の臨床指標の発信の充実を望みたい。医療関連施設との連携は医療福祉連携室が担当し、地域連携委員会を開催し地域医療を円滑に進めるための検討が行われている。医療圏域内の脳卒中、大腿骨頸部骨折の地域連携パスの受け入れ病院として、機能的に充実している。入退院支援や返書管理も適切に行われている。患者・

地域住民向けとして、毎週、療法士を中心に健康教育を行うほか、地域の公民館等を借りて予防講話が行われ、コロナ禍以前は多数の参加があった。医療機関・介護施設職員向けに、認知症疾患医療センターが主催でケアマネージャーや介護施設職員を対象とした認知症対応の勉強会を行うなど、様々な教育・啓発活動が行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、病院案内、ホームページ、院内掲示等で周知している。定期的に外来アンケート調査の項目に待ち時間の設問が設定され、組織的な分析や検討が行われている。診断結果や治療方針を患者や家族に説明する際は、診療録で共有されるとともに多職種での情報共有も行われ外来診療は適切に行われている。診断的検査は主治医が判断し、必要性やリスク等の説明を行い、患者や家族の同意を得て安全性に配慮し診断的検査を確実に実施している。入院適応や治療方針は、医学的な判断をもとに診療科の医師で協議したうえで患者や家族への説明が適切に行われている。患者の病状、病態に合わせた医学的な判断に基づき、多職種で入院治療計画が策定されクリニカル・パスも活用されている。入退院支援、地域医療連携、医療福祉相談の窓口が一本化され、病棟ごとに社会福祉士を配置し多職種と情報共有しながら様々な相談に対応している。外来で入院のご案内を配布し、入院後は各部署でパンフレットを用いてオリエンテーションが行われている。医師は必要な診察や面談を行い、看護師は看護管理基準、看護業務基準・手順を遵守し、カンファレンス等で多職種と情報共有するなど病棟業務は適切に行われている。薬剤師は、持参薬管理、薬歴管理、服薬指導や抗がん剤の調製・混合など確実かつ安全に実施している。輸血の適応と血液製剤の種類については、主治医が必要性とリスクについて患者・家族に説明のうえ同意を得て実施している。

手術に関しては、術前に診療科で手術の適応・術式について検討を行い、患者や家族に説明のうえ同意を得ている。重症患者は重症度に合わせて主治医と看護担当者で合議・検討のうえで病床の選択、運営が適切に行われている。入院時、全患者に褥瘡発生リスクをアセスメントし、必要に応じて褥瘡対策委員会が関与する仕組みである。また、入院時、全患者にSGAによる栄養評価を行い、栄養管理計画書を作成している。栄養指導や必要に応じて栄養サポートチームが関与する仕組みである。症状緩和については方針を明確にし、機能的な充実が望まれる。リハビリテーション機能は、切れ目のないリハビリテーションの提供が行われ、脳卒中や大腿骨頸部骨折の地域連携パスの運用に積極的に取り組むとともに、早期離床に向けた施行も含め患者の病状に合わせて安全かつ確実に実施する体制を確立していることは高く評価できる。身体抑制は継続性などカンファレンスを行い、マニュアルに基づいて適切に行われている。患者や家族への退院支援は、入院時に退院支援スクリーニングを行い、患者や家族の意思を確認しながら多職種で退院支援カンファレンスが行われている。ターミナルステージへの対応は、主治医と看護師で患者や家族の意思を尊重し、療養環境に配慮した診療・ケアを実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、抗がん剤の調製・混合は薬局内で行われ、持参薬の鑑別・管理業務、処方・調剤鑑査は適切に行われている。医薬品の情報収集、疑義照会も適切である。臨床検査機能は、生理検査、検体検査、細菌検査、輸血管理業務に対応しており、オンコール体制である。画像診断機能は、放射線科医により読影が行われ、緊急性のある検査への対応も遅滞なく行われている。栄養管理機能は、厨房での一連の作業、清潔・不潔区分や温・湿度管理、調理済み食品の冷凍保存、職員の健康管理などは適切である。リハビリテーション機能は充実した人員を擁して、脳卒中、運動器、廃用症候群、心大血管、がん等の多様な病態に対応したリハビリテーションを提供し、急性期・回復期・維持期・在宅までのリハビリテーション全般を実践している。診療情報管理機能は、診療情報の一元管理が行われ、量的点検が全件で適切に行われている。医療機器管理機能は、医療機器の貸し出し・返却・使用後の点検・整備等は臨床工学技士による一元管理が行われている。洗浄・滅菌機能は、洗浄・点検・滅菌・保管のすべての工程がワンウェイ化され適切である。

病理診断機能は非常勤病理医1名体制であり、識別番号が付され標本作成に至るまで誤認防止が図られるなど適切な診断に努めている。輸血・血液管理機能は、臨床検査室が担当しており、輸血委員会で輸血業務の管理・検討が行われている。手術・麻酔機能は、手術スケジュール、術中患者管理は麻酔科医と手術室看護管理者で合議しながら適切に行われている。救急医療機能は、医療圏内での要請救急患者はほぼすべて受けており適切である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、病院会計準則に基づいた財務諸表が適切に作成され、予算管理等の経営分析も行われている。医事業務は、窓口の収納業務、返戻・査定が適切に行われ、未収金管理はマニュアルに基づき関連部署との連携体制が確立している。業務委託は、委託業者の定期的な見直しの検討や実施状況の把握について適切に行われている。

施設・設備は、保守計画に基づいた日常点検が行われ、院内清掃、医療ガスの管理、感染性廃棄物の管理が適切に行われている。物品の購買機能と在庫管理・把握、ならびに使用期限の管理は適切に行われている。

災害時の対応はマニュアルが整備され、責任体制を明確化し訓練も適切に行われている。院内の保安業務は適切に行われている。医療事故等への対応は、原因調査・再発防止の検討等を組織的に行う仕組みがあり適切である。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習は、看護師、薬剤師、療法士などの臨床実習を積極的に受け入れている。実習中の事故発生時の対応を明確にした契約を締結し、予防接種状況や保険加入も確認している。医療安全や感染制御などの必要な教育が行われ、個人情報保護の誓約書を確認している。患者・家族に向けての周知は、ネームプレートを着用し、入院のご案内に記載するほか、直接患者に接する場合には同意書を得ている。

カリキュラムに沿った実効性のある実習・評価が行われ、学生実習は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	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	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	B
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	B
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	B
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	B
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	S
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	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	B
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	S
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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 年 7 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人篠田好生会 篠田総合病院

I-1-2 機能種別：一般病院2

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：山形県山形市桜町2-68

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	223	170	-53	71.3	21.5
療養病床	160	160	+0	87.8	148.1
医療保険適用	160	160	+0	87.8	148.1
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	383	330	-53		

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	28	+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	108	+0
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

