

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8月6日～8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1938年に置賜総合病院として開院以来、山形県南部の置賜二次医療圏の基幹病院として地域の急性期医療を担っている。1958年に米沢市立総合病院として発足し、1965年現在地に移転、米沢市立病院に改称し現在に至っている。2020年には地域医療支援病院に認定されるなど、地域住民の信頼も厚い。2023年11月には地域医療のさらなる充実と医療連携・機能分化を推進するため敷地内に民間病院を合築し、二つの新病院が稼動を開始した。これにより貴院は集中治療室や24時間365日の救急医療を含めた急性期医療を充実させ、またその後のスムーズな医療連携により地域に根ざした医療サービスをさらに効率よく提供するとともに、一部施設を共有するなど双方の効率的な運営にも資していることは高く評価できる。貴院は病院機能評価の認定を継続しており、今回が6回目の更新受審である。受審に際しては、病院事業管理者、病院長の強いリーダーシップの下、職員がチームワーク良く病院機能や診療の質改善に取り組んでおられることが様々な場面で見受けられた。このたびの受審が貴院の安全と質の向上に寄与し、益々発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

医療理念・医療方針は具体的で分かりやすく定め、院内外に周知している。病院運営の意思決定は経営会議でなされ、決定事項は文書や電子カルテなどで職員に周知している。中・長期計画に定めた事業目標と年度ごとの数値目標を年次事業計画とし、達成度を示している。病院情報システムの管理・運用方針は規定を定めて明確にしている。市の文書管理規程を運用しているが、規程・基準・マニュアルなど

を病院として一元管理することを期待したい。法令や施設基準に必要な人員は確保しているが、診療情報管理の質向上のために診療情報管理士の職員配置を期待したい。就業規則や職務・業務分掌などの各種規則や規程を整備し、タスクシェアにも取り組んでいる。衛生委員会を毎月開催しており、衛生管理者・産業医による定期的な職場巡視も行われている。病院長・看護部長・事務局長が週1回院内を巡視し、職員の要望や意見を聴取している。職員研修は、医療安全・感染制御・診療報酬関連以外の全職員の受講を必要とする研修内容の充実に期待したい。人事評価制度は医師を除く職種を対象としており、研修受講や資格取得を支援している。職員の初期研修は採用時研修のほか、各部門が教育プログラムに沿って実施している。各部門で実習生を受け入れカリキュラムに沿って指導しており、患者・家族へも周知している。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、子どもの権利と共に公表している。説明と同意の方針を明文化し、説明後の反応についても適切に記載されている。書式の統一とセカンドオピニオンについて記載されることを期待する。患者参加を促す取り組みとして、意思決定支援シートの活用や、患者参加型多職種カンファレンスを行っている。

「患者サポートセンター」を中心とした多職種による院内外での充実した患者支援活動を行っていることは高く評価できる。個人情報規定に基づくマニュアルで運用手順が定められ、患者・家族への周知も含め適切に運用している。倫理委員会は定期的に検討されている。臨床で多くある倫理課題を把握し、継続的に審議できる仕組みづくりを望みたい。臨床現場において患者・家族が抱える倫理課題について多職種でカンファレンスを行い、その内容は詳細に電子カルテに記載できている。来院時のアクセス案内や駐車場の整備がされている。院内はバリアフリー設計にて高齢者・障害者に配慮している。診療・ケアに必要なスペースが確保され、整理整頓、清掃も行き届き、患者が安全に療養生活をできる環境が整っている。敷地内禁煙として掲示や案内で周知し、健康増進と受動喫煙防止に取り組む体制を整えている。

4. 医療の質

各部署での業務改善活動は活発に行われている。今後病院全体として業務の質改善活動を推進する仕組みを構築し、病院主導で行うことが期待される。パス委員会が定期的開催され新規作成支援と分析がなされ、見直しを行っている。各種臨床指標や質指標が分析され、改善活動に活用されている。患者・家族の意見等は、意見箱やホームページのWEBフォーム、患者満足度調査等で収集しており、患者・家族にフィードバックしている。新たな技術などの導入の仕組みはあるが、申請の全てが委員会の審査を受けるわけではないため、新たな仕組みを設け、モニタリング法も含め一元的な管理の上で導入することが望まれる。病棟掲示板に診療科・看護部門の責任者および関与する職種と氏名、ベッドネームには主治医と診療科が明記され、日勤の担当看護師は、ネームカードをベッドサイドに掲示している。診療記

録の質的点検の体制の構築が望まれる。感染対策・安全対策・認知症ケア等の専門チームが組織横断的に活動し、臨床の多職種カンファレンスでは、各専門職が積極的に意見を出し合い、患者の診療・ケアの方向性を熱心に検討していることは高く評価できる。

5. 医療安全

医療安全管理室に医療安全管理者を専従配置し、医療安全管理委員会と医療安全推進委員会を定期開催している。インシデント・アクシデントレポートを収集し、事例に応じて分析し対策を講じている。医師からの報告数の増加を期待したい。医療安全マニュアルに基づき事故対応手順を職員へ周知し、医療事故発生時には指針に沿って対応している。説明支援、事故調査委員会、法的備えなど、組織的な体制を整えている。患者確認はリストバンドや三点認証で実施している。手術部位確認は規定の再検討を期待する。電子カルテ上での指示変更や中止時の手順を定めている。口頭指示は専用の用紙を用いて受け、使用できる単位を定めている。高濃度カリウム製剤は全てプレフィルド製剤である。抗がん剤はレジメン管理されている。麻薬保管庫の鍵管理は適切に行われている。転倒・転落は、患者の評価から対策の実施、発生時対応も明示している。医療機器教育は看護師と臨床工学技士が対応し、医療機器管理マニュアルが整備されている。患者等の急変時の院内緊急コードを設定している。全職員対象のBLS研修は現在取り組み中のため、今後は定期的な研修規定を策定し速やかな実施を期待したい。

6. 医療関連感染制御

感染対策室には専従の感染管理認定看護師、ICD（インフェクション・コントロール・ドクター）、薬剤師などを配置している。院内感染管理者には必要な権限が付与されている。ICT（感染対策チーム）、AST（抗菌薬適正使用支援チーム）を組織し、定期的に院内ラウンドを行い結果を各部署にフィードバックしている。院内感染予防対策マニュアルを整備し、電子カルテなどで常時参照可能である。各種薬剤耐性菌サーベイランスを行い、JANIS や J-SIPHE に参加している。CAUTI、CLABSI、SSI、VAP の発生状況を把握し、アンチバイオグラムを作成している。アウトブレイクの定義を定め、発生時の対応手順を定めている。地域の他の医療機関と感染管理に関してカンファレンスなどを行っている。標準予防策に関する遵守状況は評価している。経路別予防策、廃棄物の取り扱い、感染性リネンの取り扱いも規定に従い実施している。抗菌薬の採用はAST・ICTも関与している。届け出制の抗菌薬を定め、ICT・ASTは抗菌薬に関するコンサルテーションを常時受けている。抗菌薬の使用状況を把握し、医師に抗菌薬適正使用についてフィードバックしている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌や市報、ホームページを通じて病院概要、診療内容や医療サービス内容を発信し、地域との関係強化と住民への情報提供に努めている。

る。紹介患者の受け入れ、診療情報の報告、逆紹介、返書の管理などの業務を行い、「OKI-net」や地域連携パスを活用して円滑な連携を推進している。地域の医療ニーズの把握や関連施設との連携に努めている。地域住民に向けた健康啓発活動として出前講座で医療や介護に関する教育・啓発活動を行っている。医療従事者向けに年間12回の講演を開催している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報をホームページや入院案内で地域に発信している。外来担当医は必要に応じて容易に他の診療科にコンサルトできる。侵襲的な診断的検査は説明と同意を取得し適切に行われている。入院は医学的必要性を判断して決定している。入院診療計画書は多職種で個別性に配慮して作成されている。多職種で構成される患者サポートセンターで入院前オリエンテーションを実施している。医師は診療におけるリーダーシップを適切に発揮している。看護師は手順に則り看護業務を適切に実施している。病棟薬剤師は持参薬鑑別・服薬指導などを行っている。輸血・血液製剤は、各種指針や院内のマニュアルに沿った対応がなされている。麻酔は麻酔科医が関与して、事前の診察と説明を行っている。ICUなどを活用し地域の重症患者を受け入れている。褥瘡発生リスクを評価し多職種で褥瘡回診を実施している。管理栄養士が積極的に食事支援を実施している。疼痛などの症状を評価し、必要時緩和ケアチームが対応している。リハビリテーションは多職種で実施計画書を作成し早期から実施している。身体拘束最小化に向けて、最小化チームで取り組んでいる。患者サポートセンターと連携して、適切に退院支援を行っている。カンファレンスなどで計画を立て退院先の関連施設へ引き継いでいる。ターミナルステージのケアを多職種で適切に実践している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は薬剤適正使用の情報を提供し、抗がん剤を全て調製するなど薬剤管理は適切である。臨床検査部では検体検査のほか生理機能検査や輸血血液の管理業務に関わり24時間体制での検査ニーズに応えている。に努めている。専門性の高い急性期のリハビリテーションを実施している。診療記録は電子カルテシステムにより、1患者1IDで運用・管理を行っている。医療機器は一元管理され、安全に使用できる体制である。滅菌業務の工程はワンウェイ化され、各インディケータを確実に実施している。病理部門では、病理医1名の体制で年間5,891件の組織診検査が行われている。輸血部門では専任臨床検査技師が輸血・血液製剤を一元的に運用している。2名の麻酔科医が全身麻酔・硬膜外麻酔・腰椎麻酔に直接関与し、2023年度は3,135件の手術に対応している。集中治療部門としてICUが存在し、医師が24時間体制で対応している。救急科が一次・二次救急機能を担い各診療科が協働して適切な救急診療を行っている。

10. 組織・施設の管理

予算は市の定める経営強化プランと実績を踏まえ作成し、市の承認を経て決定し

ている。毎月の経営会議で執行状況を評価している。受診受付、収納、診療報酬請求などの医事業務は、業務手順に沿って適切に実施している。業務マニュアルに基づき返戻・査定、未収金対応を行い、施設基準の確認を行っている。外部委託は選定基準と医療関連サービスマーク制度の認定等を条件に総合判断し、業務会議や現場評価で実施状況を把握している。契約・研修体制も整備されている。竣工後2年が経過し、病院の機能に応じた施設・設備を整備し、総務課施設担当が主管して委託業者とともに保守計画や日常点検を実施している。医薬品、医療材料および医療機器の購入は各委員会で審議・承認し、SPD活用により効率的な発注・納品及び払い出しを行っている。SPDデータを使用した共同購入など、経費削減と適正運用に努めている。事業継続計画は災害時とサイバーセキュリティ対策を整備している。消防計画に沿って定期的に訓練を行っている。災害拠点病院を目指して準備中であり、職員用の備蓄の検討も期待したい。防災センターに24時間体制で保安員を配置し、防犯カメラの監視や巡回管理などを行っている。職員は権限を設定したセキュリティカードで入退室している。

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	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	S
1.1.5	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	B
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	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	S
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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	B
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	B
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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	購買管理を適切に行っている	A
-------	---------------	---

4.6 病院の危機管理

4.6.1	災害時等の危機管理へ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
-------	---------------	---

年間データ取得期間： 2024年 4月 1日 ~ 2025年 3月 31日
 時点データ取得日： 2025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 : 米沢市立病院
- 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 : 山形県米沢市相生町6-36

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	263	263	-59	89.4	10.9
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	263	263	-59		

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	0	+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)	18	+18
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	5	-12
小児入院医療管理料病床	30	+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		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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, DPC対象病院(DPC標準病院群)

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 : 1人 2年目 : 4人 歯科 : 0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
- オーダーリングシステム 1) あり 2) なし PACS 1) あり 2) なし

