

# 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 21 日～12 月 22 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

貴院は北庄内地域において主として救命救急センターによる三次救急への対応や各診療科における高度専門医療の提供が行われている。また、地域災害拠点病院、基幹型・協力型の臨床研修病院、へき地拠点病院、地域医療支援病院などの多くの役割を持ち、その機能を適切に発揮している。病院再編時に新しい病院理念やそれに沿った倫理要項および運営方針が明確にされ「安心・信頼・高度な医療提供と地域連携」に向け、病院幹部のリーダーシップのもとで、患者家族が安心して医療を受けられる環境や職員が働きやすい環境の整備に取り組まれている。先駆的な取り組みとして ICT の活用により多くの住民が登録している「ちようかいネット」が構築されており、地域の医療機関との患者診療情報の共有が行われている。

将来的な課題とされる急激に進んでいる少子高齢化や人口減少についての検討がなされているが、地域において、今後も必要不可欠な医療機関としてその役割を最適化し、さらに発展されたい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

地方独立行政法人としての新病院の役割に基づく新たな基本理念と倫理要項が定められ、運営方針により具体的な方向性も明示されている。最大の課題である地域の少子高齢化・過疎化における医療供給体制の整備について病院幹部による積極的なリーダーシップが発揮されている。医療情報システムの安全かつ合理的な運用が謳われ、診療現場では医療安全や事務的作業の正確性効率性の向上について、システムが有効に活用されている。

診療機能や新規事業また業務量や施設基準等を勘案し、各部署の職員配置数が検

討され採用活動が行われており、女性医師の就業サポート体制の整備による人材確保にも努めている。人事労務に関する諸規定は組合との合意の下、適切に整備されている。勤怠管理や時間外勤務の申請承認はシステムにより行われ、時間外勤務過多等の場合についてもシステムで確認され、状況の改善について検討されている。衛生委員会において職員の健康管理や職場の安全衛生等について検討され、院内巡視による職場環境の安全性も確保されている。職員調査票に基づく面談や職員アンケートが実施され、業務への希望や待遇等について要望を把握し職員の待遇改善に向け検討している。

全職員が受講すべき研修は、研修委員会により研修項目が確認され年間の院内研修計画が策定されている。また、専攻医の診療責任者との面談や看護部門でのラダーに基づく目標設定面談で能力開発について話し合われ、各コメディカルにおいても専門資格の取得について取り組まれている。

### 3. 患者中心の医療

「患者さんの権利」6項目、「こどものけんり」7項目をわかりやすく表現し明文化され、患者や委託職員を含めた全職員に周知されている。説明と同意については説明の範囲・説明内容・同意の撤回などが解説集に明記され、看護師の同席のもと、適切に実施されている。入院診療計画による説明や各種データを患者自らが閲覧できる仕組み等により患者との診療情報の共有が図られ、地域連携パス対象者には患者個々の診療情報ツールが活用されている。社会福祉士や認定看護師などが患者・家族の多様な相談に応じており、虐待等が疑われる場合の仕組みも整備し対応している。個人情報保護方針に基づき、患者家族の包括的同意のもと、個人情報保護されており、外部からの入院患者への連絡や問い合わせについても患者の希望を確認したうえで対応されている。臨床現場の倫理的課題に対応するため倫理コンサルテーションチームを設置し、精神疾患患者の治療方針の決定事例等を検討し、現場に助言を行っている。解決困難事例は倫理審査に関する委員会へ報告のうえ検討されており、倫理的課題に取り組む体制は整備されている。

院内は清潔が維持され、多くの写真や絵画の展示など療養環境は整備されている。来院時のアクセスやオンライン面会など、入院生活上の利便性への配慮は行き届き、院内のバリアフリーも確保され、敷地内全面禁煙を徹底している。

### 4. 医療の質

患者・家族の意見要望は意見箱や相談窓口また患者満足度調査を通じて収集し、患者満足度向上委員会で検討して具体的な対応や改善につなげている。診療の質向上に向け各診療科で症例検討会を実施しCPCも定期開催されており、クリニカル・パス委員会ではバリエーション分析や新たなパスの承認を行っている。病院機能評価の受審をはじめ業務改善委員会が中心となり、能動的な組織横断的改善活動が適切に実施されている。高難度医療技術をはじめとする最先端技術の導入については病院として検討する仕組みがあるが、自院で初めて実施する一般的な技術についても組織的な検討を経て導入することが望まれる。

病棟の入口に医師と看護師長・退院支援看護師・薬剤師・管理栄養士が明示され、責任体制が明確になっており、看護師長は毎日のカンファレンスや病棟ラウンドにて入院患者の診療・ケアの実践状況を確認している。診療記録記載に関する規程に基づき、必要な記録を電子カルテに適時記載し、質的点検が行われている。緩和ケア・栄養管理・褥瘡対策など、多職種で構成された専門チームが組織横断的に活動しており、各専門職が協働して患者の診療・ケアを適切に行っている。

## 5. 医療安全

医療安全管理部門を設置し副院長を部門長に定め専従の医療安全管理者として看護師長と各部門から専任の医師・看護師・薬剤師・事務職を配置している。医療安全管理者には必要な権限が付与され組織横断的に活動をしている。医療安全対策委員会は毎月開催され、カンファレンスでは事故防止や原因分析について検討されている。インシデントレポートは具体的な報告事例を示し、提出を喚起しており、対策の効果は聞き取りやラウンドで確認している。

患者確認は小児や意識のない患者についても確実に実施されており、検査・治療部位はマーキングが実施され、タイムアウトやドレーンの誤認防止策も院内統一で実施されている。医師による指示変更は電子カルテ上のオーダーアラートに一覧が出る仕組みで、検体検査のパニック値は技師が直接医師に電話で伝えている。画像検査と病理検査の報告に関しても、未読には電子カルテ上に警告が出る仕組みがあり情報伝達エラーの防止に努めている。麻薬等の保管・管理に関してマニュアルの変更等を行い、適切に管理されている。

転倒・転落防止は全入院患者にアセスメントを行い計画が立案されており、理学療法士による入院前からの指導を開始し防止に努めている。医療機器の使用マニュアルは電子カルテに掲載され必要時閲覧可能となっており、安全使用における研修は計画的に行われている。緊急コードが設定され、救急カートやAEDの設置も患者急変時対応のために適切に整備されている。

## 6. 医療関連感染制御

感染対策部門において感染制御チームと抗菌薬適正使用支援チームを擁し、医療関連感染制御に向けた監視と介入を行い、報告と審議は院内感染対策委員会で行われる体制が確立している。感染のサーベイランス結果をもとに、看護手順の作成や周術期管理の標準化を行うなど、成果を上げている。手術部位感染や人工呼吸器関連肺炎サーベイランスまた術前予防的抗菌薬の投与率等のデータにより、さらに感染制御に向けた有意義な検討を行うことが期待される。

廃棄物における感染性と非感染性は明確に規定区別され、汚染リネンは小袋に入れ汚染物名と日付を記載し指定容器に格納する手順が定められている。抗菌薬の採用削除もASTの意向を踏まえて薬事委員会で検討しており、適切な抗菌薬使用体制が整備されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌や病院ホームページなどを活用して積極的に行っている。広報企画委員会を定期的に開催し、広報誌やホームページの編集・発行を行い、地域住民や医療従事者に向け工夫し編集を行っている。庄内二次医療圏の中核病院として地域連携を戦略的な課題に位置付け強化を図っており「ちようかいネット」は庄内地域の医療・福祉連携のネットワークとして定着し前進している。また、地域医療連携推進法人「日本海ヘルスケアネット」も多くの法人との共同事業を進め地域医療体制構築のための連携を発展させている。紹介率・逆紹介率とも年々向上し、医療関連施設との連携は高く評価できる。地域住民へ向けての公開講座や学習会等が開催され、地域の医療機関・施設等に向けても認定看護師によるコロナ対策指導を含めた多くの講師派遣を行っており、地域への医療に関する教育・啓発活動は適切である。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

病院玄関では、受診手続きの支援や看護師による患者のトリアージまた問診コーナーでの受診前の患者情報収集が行われ、円滑な診療が実践されている。看護ケア外来を設けており、ストーマケア等における患者の生活上のニーズに向け支援している。また、緩和ケアセンター看護師によるがん患者への説明時の同席やがんカウンセリング外来での説明後の支援が行われる等、良質で安全な外来診療の実践として高く評価できる。外来担当医師により入院の判断が行われ、入院時は他科合同多職種により患者を評価して診療計画を立案している。患者・家族からの相談対応は入退院支援センターによるスクリーニング後、各種専門相談員やメディエーター等により行われており充実している。

医師による毎日の回診や看護師による個別性に配慮した看護とケアの展開が行われており、それぞれの病棟業務は適切である。病棟に配置された薬剤師が全患者の持参薬への対応や薬歴管理またアレルギーや副作用情報などの確認を行っている。輸血・血液製剤投与は輸血療法マニュアルを遵守して確実・安全に行っている。手術と麻酔の適応と方法は、当該診療科と関連診療科が術前カンファレンスを行い検討し実施され、術後の対応も適切である。集中治療室ではカンファレンスを実施し、多職種が早期に介入し患者の重症度に応じたケアを実践している。

褥瘡に関しては全入院患者にリスク評価が行われ、予防と発症後のケア体制も整えられており発生率が抑えられている。看護師の評価とNSTの介入により嚥下に問題がある患者は嚥下サポートチームによる支援が行われ、食べやすい食事が提供されている。症状の緩和では、がん診療サポートチームや心不全ケアサポートチームによるチーム医療が実践されている。リハビリテーションに関しては、入院前から廃用症候群発症リスクを評価して、入院後早期から実施できる体制がとられている。身体抑制は十分な観察と検討のもとで行われ、抑制患者の低減に向けて取り組まれている。

入退院支援センターは入院前から退院困難要因のスクリーニングを行い、入院後は多職種での退院支援カンファレンスを早期から実施し調整が行われており、退院

支援へ取り組みは適切である。大腿骨頸部骨折や脳卒中および心不全などは退院転院後の地域連携パスを運用しており、退院後の診療における継続性は良好である。ターミナルステージでは患者・家族の意向を確認し QOL 向上のためのパンフレット等を活用し丁寧な対応が行われている。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理では処方鑑査と調剤鑑査等を確実に実施し、採用品目数の削減にも努めている。臨床検査では精度管理・緊急検査対応・異常値パニック値への対応が適切に行われ、安定したデータ管理や課題解決に努めており、安全で質の高い検査を実施しており高く評価できる。放射線科医による CT・MRI・核医学の読影率は高く迅速な報告が行われている。栄養部門では衛生管理のもと適時適温給食を適切に実施している。リハビリテーション部門では主治医・療法士・病棟の連携のもと、急性期の業務を積極的かつ安全に実施している。診療情報部門では診療情報を一元管理し、全退院患者の量的点検を実施している。医療機器は臨床工学技士が一元管理し、夜間・休日もオンコール体制で対応している。洗浄・滅菌では使用済み器材の洗浄から滅菌保管までをワンウェイで安全に実施している。

病理診断部門は外部施設との連携を強化して適切な診断精度を確保している。放射線治療では放射線治療専門医と医学物理士が治療計画を作成し安全に実施している。輸血・血液管理は輸血システムを導入して安全管理と廃棄率軽減に努めている。手術麻酔機能については確実・安全な麻酔管理となるよう、今後も継続した取り組みが望まれる。集中治療では認定看護師を配置し入退室基準に従い適切に重症患者を管理している。救急医療では三次救急医療機関として応需率 100%を維持しており、多数の患者を受け入れ地域に大きく貢献している。

#### 10. 組織・施設の管理

地方独立行政法人会計基準に従って会計処理を行い、病院機構中長期目標に基づき各部門の要望も踏まえて予算を編成している。運営委員会や経営会議等で予算の執行状況を把握し適切な財務・経営管理に努めている。医事部門では窓口の収納業務や診療報酬請求事務また施設基準や未収金の管理などを適切に行っている。委託した業務の実施状況や業務の質を適宜把握し、委託業務従事者の研修も行う等効果的な業務委託が行われている。管理課の管轄のもとで、施設・設備の日常点検や計画的な保守管理を実施している。薬品と診療材料の購入はそれぞれの担当委員会での審議を経て行い、SPD によって払い出しや在庫管理などを効果的に実施している。

地域災害拠点病院として、消防計画や災害対策マニュアルまた BCP を策定し、大規模災害時の訓練や必要な設備備品の確保また DMAT の編成などが行われている。常時警備員を配置して保安・警備業務体制を維持している。医療事故発生時の対応マニュアルを定め迅速な報告と患者家族への対応や説明等の体制が整備されている。

## 1 1. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修はプログラムに沿って実施され、救急症例検討会や臨床病理カンファレンスへの参加も行われており、研修内容の記録評価や指導者評価等も実践されている。看護部門ではプリセプター制度による初期研修が行われ、各コメディカルにおいてもプログラムを整備して初期研修を実施している。

学生実習の受け入れは多職種にわたり多くの実習生を受け入れており、必要なオリエンテーションが行われ、カリキュラムに沿った実習や評価が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	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	A
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	S
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	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	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	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	S
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	S
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	A
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	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	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	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	A
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 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： 地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 都道府県

I-1-4 所在地： 山形県酒田市あきほ町30

## 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	626	581	-45	80.8	11.6
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	14.4	35
総数	630	585	-45		

## 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	16	+0
集中治療管理室 (ICU)	8	+0
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	2	+0
人工透析	20	+0
小児入院医療管理料病床	16	-2
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), へき地拠点病院, 救命救急センター, がん診療連携拠点病院 (地域), エイズ治療拠点病院, DPC対象病院 (II 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： 11 人 2年目： 10 人 歯科： 2 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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	1,272.80	1,420.63	1,410.20	89.59	100.74
1日あたり外来初診患者数	91.30	125.15	122.14	72.95	102.46
新患率	7.17	8.81	8.66		
1日あたり入院患者数	464.52	512.30	522.23	90.67	98.10
1日あたり新入院患者数	40.12	44.60	45.66	89.96	97.68