

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 18 日～1 月 19 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

貴院は県立病院であり、県民の命をまもる最後の砦として日々奮闘している。急性期から慢性期、そして緩和ケアにまで幅広く対応する医療活動、多くの医療・福祉関係者が参加する「医療連携懇談会」の開催、地元医師会員による夜間診療への支援などの取り組みは、地域のニーズに応えようとする貴院の姿勢の表れである。

人材確保や財政上の制約の中でも、各部門では創意ある医療活動を繰りひろげている。放射線科医は 1 名であるが、遠隔診断も活用して CT・MRI の読影率は 100% である。病理医不在の中でもテレパソロジーを活用して術中迅速病理診断を実施し、また、臨床工学技士は 1 名であるが、手術室・透析室の業務や医療機器の中央管理を効果的に行っている。インシデントの報告件数は同規模の病院と比較しても多く、患者の安全確保への職員の意識は高い。院長は、看護部長とともに定期的に院内を巡視し、職員との意思疎通を図っている。職場では BSC を活用するとともに、職員の行動を褒め合う活動等による活力ある職場づくりにも取り組んでおり、全職員参加の病院づくりの意欲が認められる。今回いくつかの課題を指摘したが、貴院の組織運営力をもってすれば解決できるものと確信し、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、院内掲示やホームページ等によって周知されている。病院運営の意思決定は月 1 回の管理運営会議で行い、部門・部署ごとに年度目標を策定して進捗管理を行っている。電子カルテシステムを中心に多様な情報システムを活用している。

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ているが、地域の期待に応えられるよう、さらに手立てを尽くして常勤医を確保することを期待する。就業規則などが整備され、各部署の責任者は面接や計画的な業務分担を通じて個々の業務実績を把握している。衛生委員会による院内巡視を行い、予防接種や公務災害の手続きも確実にを行っている。育児・介護休業制度が整備され、職員の共済組合による福利厚生も実施されている。医療安全および感染制御に関する全職員研修を毎年計画的に実施しているが、他の必要性の高い課題に関する全職員研修も実施されたい。年度ごとに、個人目標の設定、所属長による年2回の面接、達成度評価、次年度の課題設定のサイクルを実施し、職員の能力開発に努めている。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内掲示やホームページ等で公表されている。説明と同意の取得は、手順と書式を統一し、図などを用いて丁寧に行われている。外来・病棟にパンフレットなどを配置し、患者の理解と医療への参加を促進している。地域医療支援部に患者・家族向けの相談窓口を設置し、医療ソーシャルワーカーや看護師を中心に多様な相談に応じている。個人情報保護方針を制定し、医療情報システムの外部システムからの遮断やサーバー室への入室制限などを行って個人情報の保護に努めている。病室、相談室、採血室等でのプライバシーへの配慮もなされている。臨床の現場では患者・家族の倫理的課題を把握し、多職種カンファレンスで検討している。

患者用駐車場が整備され、コンビニエンスストアの開設、患者用ラウンジの設置など、患者・面会者の利便性への配慮がなされている。障害者優先の駐車場が整備され、院内はバリアフリーである。診療・ケアに必要なスペースが確保され、清潔なリネン類が提供されている。敷地内禁煙も徹底されている。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望などは、意見箱やインシデント報告等によって把握し、収集した意見や要望は「接遇力向上委員会」で検討している。多職種参加の病棟カンファレンス、クリニカル・パスの活用など、診療の質の向上に向けた活動が行われている。業務の質改善に向けて、病院機能評価の受審準備や5S活動、セル看護提供方式の導入などに取り組んでいる。新たな診療・治療方法や技術の導入は、倫理委員会で審査し、事前研修も行うなど、倫理・安全面などに配慮しながら実施している。

病棟・外来には責任者名を表示し、主治医不在時の対応体制も整備され、診療・ケアの管理・責任体制は明確である。診療記録は適時に記載され、質的点検も行われている。多職種が協働して、病棟カンファレンスや栄養サポート、褥瘡対策などの専門チームの活動を展開している。

5. 医療安全

医療安全部が設置され、院長に権限を委譲された看護師が専従で組織横断的に活動している。医療安全管理委員会をはじめ、多職種からなる安全確保に向けた体制が整備されている。アクシデント・インシデントレポートを収集・分析し、事故防止に向けた継続的な改善活動を行っている。グッドジョブレポートなどで職員の安全に対する意識を高めるよう努めている。

患者確認、検体等の確認、チューブの誤認防止などは適正な方法で行われ、手術時のタイムアウトも確実に実施されている。情報伝達エラー防止対策は適切である。ハイリスク薬の設定、電子カルテシステムの活用、化学療法のレジメン登録など、薬剤の安全な使用に向けた取り組みが行われている。転倒・転落のリスク評価を行い、結果に基づく防止策が実践されている。人工呼吸器などの取り扱い研修を医師・看護師に行い、使用マニュアルおよびチェックリストに沿って、医療機器の安全な使用に努めている。患者の急変時に備え、院内緊急コードを設定するとともに、全職員を対象にBLS・AEDの訓練を実施している。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会が月1回開催されている。同委員会のもとに感染対策部会を設置し、週1回のICTラウンドを実施している。感染対策部会の事務局（感染管理室）を設置して感染制御の拠点としている。SSIについてはJANISに参加し、アンチバイオグラムを把握し、院外の感染情報も感染管理室で収集して職員に周知している。

院内感染マニュアルに基づいた標準予防策を実践している。手指消毒液の使用量のモニタリング結果も良好である。血液・体液の付着したリネン類はビニール袋に入れて他と区別するなど、感染制御に努めている。抗菌薬の使用状況や分離菌感受性パターンは、毎月の感染対策委員会で報告されている。新規耐性菌検出例や特殊抗菌薬の長期投与についても、ICTラウンドの際のカルテ上の記載で主治医にフィードバックされている。

7. 地域への情報発信と連携

診療内容や医療サービス等の情報は、ホームページ、フェイスブック、ツイッターなどによって発信し、町の広報誌にも毎月病院情報を掲載している。診療実績も、ホームページに掲載するとともに、年1回発行の「病院概要」でも詳細に公表している。積極的な紹介・逆紹介に取り組んでおり、近年は逆紹介率の伸びが大きく2019年度は51.2%に達している。連携医療機関向けに広報誌「サフラワー」を発行し、計画的な訪問活動も行っている。病院主催の「医療連携懇談会」は多くの医療・福祉・介護・行政の関係者による交流の機会となっている。患者・家族を対象として「パーキンソン病教室」などを開催するとともに、地域からの要望に応じて、看護師などを講師として派遣している。介護・福祉施設の職員を対象に「エンドオブライフ研修会」「ケアマネジメント研修会」などを開催し、地域の介護力向上に貢献している。院内の症例検討会は地域の開業医にも案内し、救急救命士の教

育も実施するなど、医療に関する教育・啓発活動は適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

問診票等で情報を収集して外来診療を行い、患者の同意を得て診断的検査を実施している。入院は医学的根拠に沿って決定し、多職種が参加して診療計画を作成している。患者・家族の多様な相談に応じ、入院決定時と入院時のオリエンテーションによって患者は円滑に入院できる。病棟薬剤師による服薬指導、看護師による6Rの確認などにより、投薬・注射を確実・安全に実施している。輸血・血液製剤投与の際には、開始後5分間および15分後の観察を確実に行っている。麻酔担当医の術前・術後訪問、合併症対策の実施など、周術期の対応は適切である。重症患者の管理については、さらなる安全策を検討されたい。

褥瘡対策チームも関与して褥瘡の予防・治療を実施し、患者の状態に応じた栄養管理、摂食・嚥下への支援を行っている。緩和ケアチームと連携し、患者の様々な症状の緩和に努めている。患者の病態やリスク、リハビリの目標などを含む計画に沿ってリハビリテーションを確実・安全に実施している。身体抑制にあたっては、適宜に早期解除の検討を行っている。入院決定時から、患者の症状や退院後の生活に合わせて円滑な退院と継続療養への支援を実施し、ターミナルステージには、家族の意向や患者のQOLに配慮した診療・ケアを提供している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部では、処方鑑査、疑義照会、調剤後の確認を確実に行っている。臨床検査部門は、当直体制で24時間対応し、病院機能に必要なすべての検査を実施している。画像診断部門では遠隔診断も活用しており、専門医によるCT・MRIの読影率は100%である。

栄養管理部門は、適温給食に配慮し個別対応にも心掛けている。リハビリテーション部門は多職種が参加するカンファレンスも行い、多様なリハビリテーションを提供している。診療情報管理部門は、電子カルテシステムを活用し、診療記録の量的点検も確実に実施している。医療機器管理部門は、医療機器を中央管理し職員への研修も適宜実施している。洗浄・滅菌部門は、一次洗浄も含めて業務を中央化し、各種インディケータを用いて滅菌効果を確認している。

病理診断部門は、テレパソロジーを利用して術中迅速病理検査を実施している。輸血・血液管理部門は、発注から廃棄までを輸血検査システムで一元的に管理している。手術・麻酔部門は、年間143例の全身麻酔を実施し、清潔・不潔区域のゾーニング等も適切に実施している。救急医療部門は、年間661例の救急車搬送患者を受け入れている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、業務実績や損益状況等の経営実績を毎月把握し、経営戦略会議での検討に付している。医事業務はマニュアルに沿って確実に行われ、未収金は個別に管理し、督促や催告、弁護士への回収委託を計画的に実施している。委託

業者の選定は一般競争入札を基本とし、委託業務の実施状況は報告書等で把握している。

空調機器、電気設備等が整備され、中央監視室において施設・設備の稼働状況の監視、事故・トラブル発生時の対応を行っている。廃棄物の処理も適切に行われている。診療材料等の管理は、各部署への定数配置、バーコードシールによる使用分の把握・発注・検収・払い出し等、効率的に行われている。

火災発生時および大規模災害への対応マニュアルが整備され、防火・防災訓練は定期的に実施されている。日赤の災害救護班への参加体制も整え、緊急時の連絡体制も確立している。警備員を24時間配置し、院内巡視、施錠管理、出入り監視等の保安業務を実施している。医療事故発生時の対応マニュアルが定められ、患者対応、迅速な報告などの初動体制も明確である。重大事故の際には事故調査委員会を開催する仕組みが整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

看護部においては、研修指導者およびプリセプターを配置し、卒後1年間の新人教育をプログラムに沿って実施している。医学部や薬学部、看護学校等の学生実習を積極的に受け入れている。いずれも派遣元との協定のもと、カリキュラムに沿った実習を実施している。実習に際しては医療安全や感染制御に関する教育を行うとともに、患者・家族への説明と同意の取得も行っている。

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	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	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	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	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	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	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	B
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	A
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	B
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	B
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	B
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	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	B
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： 2019 年 4 月 1 日 ～ 2020 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2020 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： 山形県立河北病院

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： 山形県西村山郡河北町谷地字月山堂111

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	170	130	-50	60.5	16
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	6	6	+0	0	0
総数	176	136	-50		

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	50	+10
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	20	+0
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

エイズ治療拠点病院, DPC対象病院(Ⅲ群), 在宅療養支援病院

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： 0 人 2年目： 0 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
 オーダリングシステム ☒ 1) あり ☐ 2) なし PACS ☒ 1) あり ☐ 2) なし

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

I-2-2 年度推移

2