

# 総括

## ■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 2」及び副機能種別「リハビリテーション病院」・「慢性期病院」を適用して審査を実施した。

## ■ 認定の種別

書面審査および 9 月 26 日～9 月 27 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
機能種別	リハビリテーション病院（副）	認定
機能種別	慢性期病院（副）	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。
- ・機能種別 リハビリテーション病院（副）  
該当する項目はありません。
- ・機能種別 慢性期病院（副）  
該当する項目はありません。

### 1. 病院の特色

貴院は 1991 年開院後、救急告示病院や労災保険病院の指定を受けられた。1998 年に療養型病床群を設置し、2000 年に療養型病床群を増床された。また、臨床研修病院の指定を受け、ハワイ大学医学部医学教育部教育提携病院の認定を取得された。その後、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟を開設した。現在、急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟、地域包括ケア病棟とケアミックス型の病院機能を有し、地域に根ざした医療を運営方針として、医療サービスを提供している。さらに、循環器内科、心臓血管外科、脳神経外科、創傷ケアセンターなどが専門性の高い先進医療にも積極的に取り組んでいる。

この度の訪問審査では病院長を中心に、職員が一丸となって質改善に取り組んでいる様子が伺えた。病院の役割・機能に照らし、一層の取り組みが期待される項目も認められたため、本報告書を活用して質改善に取り組むとともに、さらなる地域医療への貢献が期待される。また、病院の新築移転計画もあり、ますます発展するよう祈念したい。

## 2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針はわかりやすく明文化され、基本方針の定期的な検討も行われている。病院内外への周知も適切である。病院管理者・幹部は地域医療構想はじめ、病院新築移転、人材確保などの課題を明確にし、その解決にリーダーシップを発揮している。幹部会議が病院運営の意思決定会議であり、決定事項はイントラネットや会議で職員に周知している。リスクに対応した病院の機能存続計画の早期策定が期待される。情報の管理・活用の方針は明確であり、医療の質や安全性の向上に役立つ情報活用も行われている。文書管理規程が整備され、文書の作成、発行、承認、保管など文書を管理する仕組みも適切である。

法令や施設基準を満たした人材が確保されているが、病院の規模や運営方針に照らして引き続き、医師、薬剤師、看護師の確保に努力することが望まれる。就業規則や給与規程など人事・労務管理に必要な各種規則や規程が整備され、労働基準監督署に届け出ており、職員への周知も適切である。労働安全衛生委員会が毎月1回開催され、健康診断や職業感染への対応が確実に実施されている。労働災害への対応、メンタルヘルス対策や院内暴力対策も適切である。職員満足度調査や職員互助会などで職員の意見・要望を把握している。就業支援に向けた取り組みや福利厚生への配慮もあり、職員にとって魅力ある職場となるよう努めている。教育研修委員会が全職員を対象とした教育・研修計画を作成し、感染防止や医療安全の研修が確実に実施されている。しかし、受講率には課題があり、eラーニング導入にて一定の成果をあげているが、今後、必要性の高い課題の教育・研修の確実な実施と受講率の向上への取り組みが望まれる。BSCを用いた目標管理や看護部のクリニカルリーダーによって、職員個別の能力評価・能力開発が適切に行われている。

## 3. 患者中心の医療

患者の権利は幹部会議で検討し、「患者様の権利」として8項目を明文化している。患者・家族や職員にはホームページ、院内掲示、入院案内、病院案内などで周知している。患者の希望により他院のセカンドオピニオンを受けることができることの周知が期待される。説明と同意については方針・基準・手順を明文化し、組織的に運用されている。同意書に関しては同席者の署名はされているものの、説明後の患者・家族の反応の記録がないものも見受けられたため、患者・家族への支援とともに記録の徹底が期待される。患者・家族からの相談窓口として医療相談室を設置し、様々な相談に適切に対応している。虐待の疑いがある患者への対応方針も明確である。倫理的課題に対応するため、倫理委員会が設置され、現場と倫理委員会の中間的機能を果たすことを目的とした迅速審議会が組織されている。高齢患者が多いことから、DNARや本人の同意を得られない治療の是非など、現場で解決困難な倫理的な問題・課題については、迅速審査会がより活発に取り組むと、さらに適切である。患者・家族や面会者用の駐車場が確保され、タクシー乗り場も設置されている。無料送迎バスが運行されるなどアクセスに配慮している。コンビニエンスストアやATMを設置し、希望者は出張の理髪サービスを受けることができる。面会時間の設定や携帯電話の使用にも配慮している。廊下や階段などに手摺りが設置さ

れ、外来や病棟に貸し出し用の車椅子の他、歩行器やシルバーカーも必要数配備するなど、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。療養環境については環境管理規準に基づき適切に管理されている。なお、個室の窓が全開となるため、安全上の配慮があると、さらに適切である。敷地内全面禁煙であり、入院案内などで周知している。職員の喫煙率の低減に向けて禁煙教育や禁煙希望者への支援など、より積極的な取り組みが望まれる。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は、退院時アンケートと意見箱などで収集している。収集と改善のプロセスはおおむね適切である。各診療科では定期的に事例検討会を行い、死亡症例の検討会も行っている。クリティカルパスの適用率は必ずしも高くない、継続したクリティカルパスの作成・見直しが期待される。業務の問題点や課題に取り組む QC 活動や BSC 活動に積極的に取り組み、業務の改善事例の発表会を開催し、職員全員で共有するなど、業務の質改善の取り組みは適切である。初めて行う治療方法や技術については、幹部会議や医局会で検討し、必要時には倫理委員会で倫理・安全面から検討して導入している。病棟のナースステーション入口に病棟責任医師、責任看護師、担当薬剤師などの氏名が明示されている。ベッドネームには主治医が記載され、病室入口には日々の受け持ち看護師が明示されるなど、責任体制を明確にしている。診療記録は電子カルテを使用し、SOAP 形式に則った内容で適時記載されている。なお、2010 年に電子カルテが導入されているが、2014 年 11 月改訂の診療記録記載要項の内容は電子カルテ対応になっていないため、要項の根本的な改訂が望まれる。入院時に看護師による患者のアセスメントが行われ、必要時には褥瘡予防、感染防止、栄養サポートなどの各種専門チームが情報共有し活動している。多職種が参加した組織横断的な意見交換が行われているが、一部記録がない事例も見受けられたため、効率的・効果的な記録を行い、診療・ケアにつなげていくことが期待される。

#### 5. 医療安全

病院長直属の部署として医療安全管理室を設置し、専従の医療安全管理者として臨床工学技士 1 名を配置している。各部門には医療安全管理講習会を修了した職員をリスクマネージャーとして任命し配置している。医療安全管理委員会や各部門に定例部会を設置し、その他の関連会議も活用しながら役割を分担して組織的に活動している。アクシデント・インシデント報告は医師を含む多職種から積極的に報告され、内容に応じて RCA 分析を行っている。患者・部位・検体などの誤認防止対策では、患者自身による名乗りと生年月日の確認、ラベルや書類との指差し確認など多様な手段を組み合わせ活用しており適切である。電子カルテで医師の指示や処方が入力されている。医師の指示出し・実施確認や指示受け・実施も適切に行われている。口頭指示は原則禁止しているが、やむを得ない場合は、口頭指示受け用紙を使用し手順に沿って実施している。パニック値の報告は手順に沿って適切に行われているが、確実に患者に説明されるような検討と取り組みがあると、さらに適切

である。麻薬・向精神薬などの使用と保管・管理は適切である。抗がん剤はレジメン登録・管理され、薬剤師の積極的な関与の下で投与されるなど、薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している。転倒・転落防止対策、医療機器の安全使用、患者急変時の対応はいずれも適切に実施されている。

## 6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に関する体制については、病院長直属の部署として専従 ICN1 名を配置した院内感染管理室を設置している。院内感染防止対策委員会のメンバーに全職種の代表者が含まれていないため、検討が期待される。専従 ICN の権限が必ずしも明確ではないため、明文化することが期待される。2019 年 4 月に感染防止対策加算 1 を取得していることもあり、今後ますますの活動が期待される。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討については、JANIS の検査部門と SSI 部門に参加するとともに、BSI サーベイランスや手指衛生サーベイランスを実施し、実績も出している。今後、感染症対策ソフトを導入予定とのことであり、導入後の活用が期待される。医療関連感染を制御するための活動では、院内感染防止対策マニュアルの遵守を徹底している他、ICT ラウンドや感染防止対策スタッフにより日常的に実践している。個人防護用具の設置と活用、感染性廃棄物や汚染リネンの取り扱いも適切である。抗菌薬の使用については、抗菌薬の選択や周術期の予防的抗菌薬使用などの基準が規定され、広域抗菌薬や抗 MRSA 薬は届け出制としている。抗菌薬ラウンドも行っており管理するなどおおむね適切である。

## 7. 地域への情報発信と連携

広報誌「あまらめ〜」を毎月 4,000 部発行する他、毎年年報を作成している。ホームページでは受診の流れや各診療科の紹介、診療実績や病院指標などをわかりやすく掲載し、適時、広報委員会で更新内容を検討している。積極的に情報公開や情報発信しており適切である。地域医療連携室において「庄内地域医療連携の会」を主催する他、定期的に関業医を訪問し、情報発信や要望の把握に努めている。さらに、紹介率・逆紹介率を維持・向上するために、紹介患者の円滑な受け入れに取り組むとともに、紹介元への来院報告を全例行っている。なお、今後、担当医師からの返書管理に取り組むなど、さらなる信頼関係の構築と連携強化に努めると、さらに適切である。地域に向けて医療講演会を年間 186 回開催し、参加人数は 5,100 名を超えている。院内に留まらず地域からの依頼を受けて学校や企業、公民館や温泉施設など参加しやすい場所で出前講座を行っている。患者・地域住民だけでなく行政や企業、医療福祉関係者などに向けた教育・啓発活動も極めて積極的であり、秀でた取り組みとして高く評価できる。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来での既往歴やアレルギーなどの患者に関する情報収集は医師に任されている。がんの告知や手術の説明・同意など重要な面談時に、看護師など職員の同席が困難なこともあり、重要な面談時のフローについての検討が望まれる。侵襲的な検

査・処置は必要性和リスクについて十分な説明を行い、同意の下に確実・安全に実施している。入院の決定では治療の無理強いをせず、考える時間を取って説明し、同意を得るなど患者の心情に配慮している。入院診療計画書は多職種で作成され、医師からの説明後に交付している。医療相談室には4名のMSWが配置され、他部署と情報共有しながら多様な相談に対応している。急性期病棟では毎日早朝回診が行われ、朝のうちに当日の治療方針が決定されている。入院患者の急な状態変化などは、適時、看護師から主治医に報告されている。なお、地域包括ケア病棟の回診頻度についての検討が期待される。

投薬・注射については抗がん剤や中心静脈栄養のキット製剤も含め、すべて薬局で調製・混合している。服薬の確認なども確実・安全に実施している。輸血・血液製剤投与は必要性和リスクについての説明・同意の下に、患者の状態・反応の観察・記録を行いながら確実・安全に実施している。周術期の対応では主治医などが手術・麻酔の適応と方法について検討し、十分な説明と同意の下に手術を行っている。麻酔科医師による術前・術後訪問の実施や、看護師による術後訪問の対象についての検討が期待される。重症患者の管理では患者の重症度に応じてCCUに準じた病室や各病棟内の個室が選択され、医師、薬剤師、看護師、リハビリ療法士、臨床工学技士など多職種が適切に関与している。褥瘡の予防・治療は入院時のリスク評価に基づき取り組み、個別性に配慮したケアが実践されている。症状緩和では疼痛の評価をNRSやフェイススケールを活用して行い、ケアにつなげている。症状緩和マニュアルや症状別ケア基準の整備・活用が期待される。

リハビリテーションの必要性の判断は主治医が行い、リハビリテーション処方箋を記載するが、具体的なゴールなど記載内容の充実が期待される。リハビリテーション総合実施計画書には転倒以外のリスクの記載が少ない。患者・家族への説明と記載についての検討が期待される。身体抑制はマニュアルに沿って実施・観察・記録・評価されている。抑制の回避・軽減・解除に向けた検討は看護師中心に行われており、多職種によるカンファレンスなどで行われると、さらに適切である。身体抑制に関する組織的なディスカッションや継続的な教育が期待される。ターミナルステージへの対応については、2018年に「人生の最終段階における医療とケアの決定プロセスに関する指針」を整備したが、ターミナルステージの判定などではより具体的で実践可能な指針に近づけることが期待される。

#### <副機能：リハビリテーション病院>

回復期リハビリテーション病棟入院料3の承認を受けている40床の病棟である。年間約170名の入院・入棟があるが、大多数は自院の急性期病棟からの転棟や外来からの入院である。入院・入棟は看護部長を委員長とする病床管理委員会で検討し、その可否が決定されている。委員会の規程は明文化され、手順はマニュアルに整備されている。しかし、入院の判定基準は診療報酬算定の基準を掲げているのみであり、自院の有する診療機能に応じた入院・入棟基準を関連多職種によって検討し整備することが望まれる。病棟主治医は整形外科からの入院例は引き続き整形外科医師が担当し、その他はすべて病棟専任医師が担当する仕組みである。関連多

職種によるカンファレンスは定期的開催され、医師も参加してリハビリテーションの方針や進捗状況の把握などが適切に行われている。書類の多くは看護師が患者・家族に説明・交付しているため、医師が直接説明・交付するよう努められるよう検討されると良い。

褥瘡の予防・治療は褥瘡対策フローチャートを用いてリスクアセスメントを行い、必要な患者には創傷ケアチームが適切に関与し、回復期リハビリテーション病棟では褥瘡の新規発生は近年認められていない。多角的な取り組みの成果であり高く評価できる。栄養管理は入院時の栄養評価に基づき、必要な対応策を立案して取り組み、持ち込み褥瘡の改善や居宅復帰への促進などに成果をあげており評価できる。理学療法、作業療法、言語聴覚療法は 365 日体制で訓練が確実・安全に実施され、居宅生活にも配慮した訓練も実施されており評価できる。身体抑制では医師のより頻回の抑制状況の把握と解除への関与が期待される。

#### <副機能：慢性期病院>

自院の急性期医療の後方機能や自宅退院への調整として、療養病棟が機能している。入棟時から医師をはじめとする多職種にて診療計画が立案され、毎週の主治医回診、多職種参加型カンファレンス、リハビリカンファレンス、ターミナルカンファレンスなどを軸にチーム医療が適切に行われている。医療相談、投薬・注射、輸血療法、褥瘡予防、栄養管理、身体抑制は適切に行われている。症状緩和では高齢者に多くみられる症状などについて抽出し、症状別ケア基準として明文化することが期待される。リハビリテーションでは ADL 拡大や自宅退院の可能性を追求し、ポータブルトイレでの排泄自立を目標とした訓練を進め自宅退院を可能としている。療養生活の活性化および生活支援、自立支援に向けて介護福祉士の専門性をさらに発揮できるよう検討されることが期待される。2018 年に策定された「人生の最終段階における医療とケアの決定プロセスに関する指針」を基に、終末期医療にチームとして適切に取り組んでいる。今後は ACP の取り組みをさらに進められることが期待される。

#### 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は薬剤師の人数が必ずしも十分ではなく、病棟薬剤業務実施加算は取得していないものの、病棟担当者を決めて 1 日 1 時間から 2 時間は病棟業務を行うなど努力している。持参薬の鑑別、注射薬の 1 施用ごとの取り揃えや調製・混合は適切に行われている。採用医薬品の品目削減に向けた検討が期待される。臨床検査機能は臨床検査技師 8 名の配置の下に必要な検査項目が実施され、迅速な結果報告に努めている。パニック値や検査後の検体の取り扱いなども適切である。画像診断機能は緊急検査に対し、CT、MRI 検査とも短時間で対応している。画像診断は遠隔診断を依頼しているが、検査当日または翌診療日にはほぼ全例読影されており適切である。栄養管理機能は調理、配膳、食器洗浄などすべて病院職員が行い、患者の特性や嗜好に応じた食事提供をしている。グループ内の調理コンテストで高い評価を得るなど、質の高い食事提供の実現に努力している。リハビリテーション機能

は外来、入院、訪問リハビリテーションに対応し、地域の開業医からの依頼も直接受けている。連休など長期休暇の対応では2日以上は訓練を中止することなく、連続性を確保するなどリハビリテーション機能を適切に発揮している。

診療情報管理機能は診療情報管理室に診療情報管理士等を配置し、診療記録の量的点検、サマリーの作成管理、がん登録、NCDなどに積極的に取り組んでおり適切である。医療機器の管理は臨床工学技士の配置の下に一元管理され、点検整備や機器の標準化が図られている。職員教育にも専門性を発揮して適切に取り組んでいる。洗浄・滅菌は看護部の手術・中材部門の体制であり、確実な滅菌の質保証と既滅菌物の保管・管理が行われている。洗浄・滅菌のゾーニングも確立している。病理診断機能はすべて外部委託となっているが、必要な手順書などが整備され、病理診断報告書や標本の保管・管理も適切に行われている。輸血・血液管理は整形外科部長が責任医師となり、専従臨床検査技師が発注・保管・供給などの業務を適切に行っている。輸血同意書に医師による予定使用量の記載や、輸血準備量の適正化のためのT&S導入などについての検討が期待される。手術室は非常勤麻酔科医師7名と看護師4名などが配置され、手術室3室で年間約750件の手術に対応している。スケジュール管理や麻酔覚醒時の安全性の確保も適切である。年間約11,200名と多くの救急患者を受け入れており、救急車の応需率も90%以上と地域の救急医療に貢献している。

#### 10. 組織・施設の管理

予算は毎月の診療運営会議で進捗を管理し、達成状況を職員に周知している。病院会計準則に基づく各種財務諸表が作成され、監査法人による外部監査も実施するなど、財務・経営管理を適切に行っている。窓口の収納業務は手順に基づき、適正に行われている。レセプトの作成など保険請求業務に医師が適宜関与し、返戻・査定や再審査請求にも適切に対応している。施設基準の遵守のための取り組みや未収金への対応も適切である。寝具、洗濯、清掃、設備管理などを外部委託し、問題発生時の連絡体制を委託先と定めている他、連絡用紙を用いて情報共有している。

病院の管理や責任者も明確である。病院の役割・機能に応じた施設・設備が整備され、総務課施設系の管理の下に夜間・休日や緊急時も含め管理体制を明確にしている。医療ガス安全管理部会の開催、各種設備の点検、廃棄物の処理なども適切である。診療材料などは3名の総務課資材係によって定数管理され、効率的に発注・払い出し・在庫管理が行われている。物品購入の過程は明確であり、内部牽制機能が働いている。棚卸が実施され、ディスプレイ製品は再利用しないルールを定めるなど、物品管理を適切に行っている。

火災や大規模災害を想定した大規模災害時の受け入れ訓練を実施している。病院建物は耐震構造であり、自家発電設備を有している。停電時や夜間・休日などの緊急時の対応体制も明確である。

保安業務では夜間・休日は事務職の日当直者が配置され、監視カメラによる監視も行われている。院内の巡視や時間施錠は徹底され、日誌を作成し業務実施状況を報告するなど適切である。医療事故発生時には患者・家族などに誠実に対応することを第一とし、対応手順も適切に整備している。原因究明と再発防止に向けた組織的な検討や、訴訟に対応する仕組みも適切である。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修については2年次の受け入れを行っている。評価はプログラムに沿って実施され、指導医の評価も行われる仕組みがあるなど、臨床研修はおおむね適切に行われている。看護師はクリニカルラダーによる初期研修が実施されている。その他の医療職者の初期研修は、チェックリストなどにより必要なスキルが習得できる仕組みを構築しているが、部署ごとのOJTによる部分も多く、病院全体で医療職者の教育・研修に関与する仕組みがあると、さらに適切である。学生実習は薬剤師、看護師の他、ほぼすべての職種の受け入れを行っている。個人情報の保護や実習中の事故への対応については、各学校と契約書を締結し取り決めしている。医療安全や感染対策など実習に必要な教育も実施するなど、学生実習等を適切に行っている。



# 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	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	S
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	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	B

## 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	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	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	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	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	B

## 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	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

## 機能種別：リハビリテーション病院（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	B
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
2.2.6	リハビリテーションプログラムを適切に作成している	B
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.12	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	NA
2.2.13	周術期の対応を適切に行っている	NA
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	理学療法を確実・安全に実施している	A
2.2.18	作業療法を確実・安全に実施している	A
2.2.19	言語聴覚療法を確実・安全に実施している	A
2.2.20	生活機能の向上を目指したケアをチームで実践している	B



2.2.21	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
2.2.22	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.23	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A

## 機能種別：慢性期病院（副）

## 2 良質な医療の実践 1

## 評価判定結果

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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	B
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	A

2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 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：医療法人徳洲会 庄内余目病院

I-1-2 機能種別：一般病院2、リハビリテーション病院(副機能)、慢性期病院(副機能)

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：山形県東田川郡庄内町松陽1-1-1

## 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	202	148	+0	80.4	16.8
療養病床	122	122	+0	80.3	56.9
医療保険適用	122	122	+0	80.3	56.9
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	324	270	+0		

## 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	63	+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	40	+0
地域包括ケア病床	45	+45
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

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： 0 人 2年目： 1 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

年度推移	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	343.75	341.66	357.13	100.61	95.67
1日あたり外来初診患者数	26.48	25.24	26.73	104.91	94.43
新患率	7.70	7.39	7.48		
1日あたり入院患者数	226.12	213.70	228.60	105.81	93.48
1日あたり新入院患者数	7.47	7.08	7.26	105.51	97.52