

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「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12月7日～12月8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	慢性期病院	条件付認定（6ヶ月）
------	-------	------------

■ 改善要望事項

・機能種別 慢性期病院

1. 退院時サマリーの迅速な作成に努めてください。（2.1.2）
2. 患者と一体となったもので確実な患者確認が行われる仕組みを確立し、継続的に実践してください。（2.1.3）

1. 病院の特色

貴院は歴史を有する国立機関として幾多の変遷を経て地域医療に貢献されている。現在ではALS（筋委縮性側索硬化症）、パーキンソン病、多系統萎縮症など神経難病の専門的、中核的病院で、村山地域や山形県全域を医療圏としている。近年ではリハビリテーションの充実に努力され、障害者の社会復帰にも寄与されているなど、地域の信頼を得られていることは高く評価される。

この度の審査は更新受審であるが、早期から改善に取り組まれ多くの項目が一定の水準に達していることが確認された。高い水準を目指す貴院が、「患者中心の医療」を実践の場でどのように展開されているかにも視点をあて評価した。貴院が目指す医療の実現に向けた取り組みの充実と発展を期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念、4項目の基本方針には一貫して、患者中心の医療を目指す地域の基幹病院としての精神が堅持されている。掲げた理念・基本方針を実現するために課題を明確にして職員中心の組織構築を目指し実践されている。社会に役立てる病院を目指し、優秀な人材の確保と育成に努めチーム医療の実践に努力されているなどリーダーシップを発揮されている。最高意思決定機関として幹部会議が設置され、各所属長出席の管理診療会議などを中心とした組織運営が行われ、必要な情報が職員・組織全体に浸透している。情報管理は「病院情報システム運用管理規程」を作成し、患者情報の適正な管理に努めデータの真正性・保存性・見続性を確保している。文書管理は、公文書や会議・委員会議事録、人事関係文書、経理関係文書等は適正に管理されている。

医師の人材確保については引き続き招致活動への努力を望みたい。職員の就労・人事管理は人事給与システムが導入され、個々人の労務管理が一元化できるようになっておりその成果もみられる。安全衛生委員会は定期的開催され、産業医・衛生管理者の選任も適切である。職員の精神的サポートについても適切に行われている。職員用意見箱が設置され、職員満足度調査が行われており、就業支援など多様な勤務形態が可能な体制が構築されている。全職員を対象とした必要性の高い教育・研修課題については「患者の権利」「医療倫理」なども継続的に実施することが望まれる。職員個別の能力の把握と開発については早期から人材育成に取り組み、その成果もみられており適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は、具体的な内容で4項目を明示しており、院内各所への掲示やWEBにも掲載するなど患者の人権擁護に努めている。説明と同意に関する方針が明確にされ、セカンドオピニオンに関して手順を整備している。入院前より患者・家族からの情報を得て、医療者側との相互理解を深めている。また、難病の協会と連携し情報交換や患者自身に講演依頼するなど患者参加を促していることは評価できる。患者支援体制は、患者の病態に沿った対応が患者・家族はもとより在宅医とも適切に行われている。相談内容は集計・分析・評価が行われ、次につながる取り組みとなっており評価できる。個人情報保護方針は国立病院機構の規程に基づき検討され、個人情報の利用目的も記載されており適切である。電子カルテシステムの物理的、技術的保護は適切になされている。難病や重度の障害を持つ患者や終末期の患者・家族が抱える課題を主要な倫理的課題として把握し、現場で解決困難な場合は委員会で検討する仕組みがある。現場では、関わる職員が患者・家族から意向を聞き、倫理的課題の把握に努めている。医療メディエーター研修への参加や外部の医師を迎えて緩和ケアチームで倫理的課題を議論するなど、職場風土や職員の意識の醸成に努力されている。

路線バスの停留所を病院敷地内に誘致し、福祉車両や障害者用のスペースを確保した駐車場が整備されているなど利便性の向上に配慮されている。病院の出入口は段差がなく、自動ドアや手摺りの設置がなされ、トイレ、浴室、洗面所についても車椅子で利用しやすいよう配慮されている。病棟は診療・ケアに必要なスペースが確保されており、患者がくつろげるスペース、広々としたデイルーム、患者の目線に合わせたステーションのカウンターの高さなど療養環境は高い水準である。敷地内全面禁煙であり、ポスターを掲示しているほか、入院案内に記載し患者に周知している。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望・苦情は、意見箱のほか患者満足度調査により収集されている。意見や要望は幹部会議で情報共有の上、医療サービス向上委員会で検討され、回答は毎月院内の廊下等に掲示されている。診療の質および業務の質改善に積極的に取り組んでおり、特に病院を挙げてQC活動を展開していることは評価

できる。薬剤の適応外使用を開始する際は、外部委員も交えて倫理・安全面についての検討を行っており、臨床研究などの倫理審査も適正に行われている。

診療の責任体制は、病棟長や病棟看護師長などが明示され、主治医や看護責任者の不在時の対応も周知されている。電子カルテを導入し、診療記録の質的点検の取り組みが開始されたところである。退院時サマリーは100%の作成に向けて継続的に取り組むことが望まれる。多職種によるカンファレンスをはじめ、ICT、NST、褥瘡ラウンドが行われ、必要に応じて皮膚科や歯科、精神科など診療科間の診療協力も行われており、患者の診療・ケアにあたっている。

5. 医療安全

医療安全に関する体制は医療安全管理委員会、副院長を室長とする医療安全管理室、リスクマネジメント部会が設置されている。医療安全管理委員会は月1回開催され、医療安全管理室検討部会は専従の医療安全管理者が週1回開催して、反復事例や警鐘事例報告について検討している。インシデント・アクシデント報告は、インシデント報告分析支援システムにより収集・分類され、障害レベルの高い事例では、なぜなぜ分析を行い再発防止策やマニュアル運用の検証など検討している。共有すべき事例などは「医療安全管理室だより」として病院全体に周知するなど啓発活動に努力している。

誤認防止対策は、患者誤認防止が確実に行われる仕組みを確立し、継続して実践することを望みたい。薬剤等の処方や検査などの指示出し・指示受けは、電子カルテ上で行われておりシステム面でエラー防止策が講じられている。薬剤の安全な使用に向けた対策では、ハイリスク薬の管理が徹底されている。転倒・転落のリスク評価を行い、個別対応策を実施し、認知症ケアチームラウンドも関与し対策の強化に努めている。医療機器は、人工呼吸器、輸液ポンプ、シリンジポンプ、モニター等があり使用マニュアルに則り使用されている。臨床工学技士が毎日ラウンドし、設定条件や作動確認を行い看護師と情報交換している。院内救急コードを定めており、マニュアルも整備され緊急時に対応できるようにしている。緊急時召集訓練とBLS研修についてはさらなる充実が望まれる。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制が整備されており、尿路カテーテル感染などの医療関連感染の発生状況のモニタリングにも着手している。現場には、PPEが適所に配置され、手指消毒剤使用量のモニタリングを行い、手指消毒の遵守に努めている。感染性廃棄物の取り扱い、血液・体液の付着したリネンや寝具の取扱いは適切である。抗菌薬の適正使用に関する指針は薬剤部で整備し、必要時の見直しも行われており、アンチバイオグラムなどのデータ作成にも取り組んでいる。

7. 地域への情報発信と連携

必要な情報は、ホームページ、病院案内、入院案内、年報のほか、高次脳機能障がい支援センターパンフレット、認知症疾患医療センターパンフレットなどで院内外に広く発信され、自院の役割・機能が明確となっている。医療連携機能は山形県全域に及んでおり、特に患者の紹介医、退院後の在宅医との連携は病態に沿ってきめ細かく行われている。近年では協力医制度を取り入れ地域開業医とも連携している。自院の役割・機能を発揮して、「てんかん」「神経難病」「認知症」「高次脳機能障害」などに関する講演会が定期的に開催されている。また、神経難病看護研修や喀痰吸引研修等を行い、在宅医療を支援している。さらに、山形県と連携して「在宅難病患者災害時移送システム」に参加しているタクシードライバーの講習を行うなど幅広い取り組みを行っている。

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、ホームページなどでわかりやすく案内されている。受付から診察、検査などの流れはスムーズで、患者の状態に応じたスタッフによる行き届いた配慮がなされている。診断的検査は安全に配慮して実施しており、造影検査は同意書を取得したうえで実施している。入院患者の受け入れは地域連携室を窓口とし、入院に関わる調整や病室の選定が行われており、入院患者をスムーズに受け入れる体制がある。患者の病態に応じた診断・評価を行い、その結果を踏まえて患者の病状に合わせた診療計画を適切に作成している。入院診療計画に基づき患者・家族の意向を反映した各ケア計画が作成され、患者・家族への説明と同意が行われている。医療相談内容は多岐にわたり対応している。入院前の面談や入院案内等を用いて患者に必要な内容を説明して円滑な入院に努めている。

個々の患者の回診などは主治医が原則毎日行っており、主治医不在時のバックアップ体制も確立している。パートナーシップ、受け持ち制で看護・介護が実践されており、看護基準、手順、看護管理マニュアルが整備されている。長期入院患者が大部分であり、個々の患者の病状に合わせて生活支援も含めた診療・ケア計画を作成し実践している。投薬・注射の確実・安全な使用に向けて6R確認を徹底しており、抗菌薬の使用時の観察手順も確立している。重症患者の管理は適切に行われる体制がある。褥瘡委員会が月1回開催され、褥瘡状態の評価、治療の継続や変更が検討されている。入院時に全患者に栄養アセスメントを実施し、医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士で摂食・嚥下状態を評価している。必要時にVF検査を行い、食事内容や食形態を検討し、個々の病態に沿って経口摂取、低栄養改善や褥瘡予防に努力しており高く評価できる。

患者の苦痛についてはフェイススケールで把握し、疼痛緩和ケアチームの介入などもあり、症状緩和に努めている。リハビリテーションは各職種が協働して生活支援に取り組んでおり、意思伝達が困難な患者に対して補助具の工夫を行うなど適切に取り組んでいる。日常的に食堂での食事摂取、食前体操に努力し、重症心身障害児（者）病棟では、参加人数を縮小し、レクリエーションや行事などを積極的に行い療養生活の活性化に努力されている。

身体抑制中の観察やカンファレンスを行い、抑制の必要性や解除について多職種で検討し、早期解除や一時解除に努力されている。入院時に在宅生活の可能性について意向を把握し、退院調整計画書を作成、目標設定している。家屋調査や退院前訪問を行い、多職種による退院前カンファレンスを開催し、必要な処置やケア方法など具体的な指導が実践されている。ケアの継続に必要な情報としてサマリーが提供されているほか、自院の訪問診療などで人工呼吸器装着患者にも継続した診療・ケアが実施されている。ターミナルステージは療養生活の中で多職種が捉え、カンファレンスで話し合い、状況を共有している。必要時、緩和ケアチームの介入があり診療・ケア計画を立案している。デスカンファレンスは多職種で行われ、振り返りも行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能はおおむね適切であるが、注射薬の1施用ごとの取り揃えはより確実な運用の検討が望まれる。また、病棟での薬剤関連業務に薬剤師の一層の関与を期待したい。臨床検査機能は、適正な精度管理のもとで手順が確立した検体検査が実施されており、脳波検査などの検査も可能である。画像診断機能は、CT・MRIについては放射線科医が読影レポートを作成しており、院外の医療機関からの検査依頼にも積極的に対応していることは評価できる。栄養管理機能は、大量調理マニュアルに沿って食材の検収、調理・配膳・下膳・食器洗浄・保管が衛生的に行われている。特に、摂食・嚥下機能に配慮した食形態の開発に努力されている。リハビリテーション部門は必要な人員が確保され、入院患者の多様なニーズに応えられる体制であり、病棟カンファレンスにも積極的に参加して適切に取り組んでいる。診療情報は電子カルテの導入により一元的に管理され、1患者1IDであり、診療記録の閲覧・貸し出し規程が制定されている。また、診療情報や臨床指標などへの二次的利用も行っている。医療機器安全管理責任者は副院長が務めており、臨床工学技士により管理され、定期点検、使用前中後点検、修理などの対応がなされている。洗浄・滅菌業務は業者に委託しており、滅菌の質保証を含め適切に行われている。

病理診断は、細胞診も含めて全て外部委託で対応しており、委託先の精度管理の状況も把握し病院の機能に見合った体制が整備されている。輸血用血液製剤は、必要時に取り寄せて使用する手順であり、保管管理や使用時の手順が適切に整備されている。

10. 組織・施設の管理

予算の執行状況や収支見込は、幹部会議、月次決算評価会、経営改善検討委員会で評価・検討する仕組みである。会計処理は病院会計準則および国立病院機構会計規程に基づき適切に行われている。医事業務は、窓口出納、診療報酬請求、未収金回収など適切に行われている。施設基準の遵守状況も月ごとに検証されている。業務委託にあたっては、費用対効果や必要性を検討し競争入札によって決められている。業務日誌により業務実施状況の確認を行っているほか委託業者と定期的に話し合いを行い、問題発生時の担当者への連絡体制も整備されている。

施設・設備の管理は、中央監視室が迅速に対応する体制となっている。物品管理は、企画課が中心となり現場のニーズに基づき検討・選定が行われている。発注・検収は内部けん制が機能し適切である。定期的な棚卸により在庫状況や使用状況も把握されている。

防災マニュアルや災害対策マニュアルが整備され、緊急連絡網も策定されている。停電時の非常用発電は3日間の燃料を確保しているほか、患者・職員を含め3日間以上の非常食、飲料水などを備蓄している。警備・保安要員が配置され、業務日誌により状況が把握されている。緊急時の連絡体制も整備されており、夜間・休日の施錠や出入りのチェック、院内の巡視もマニュアルに沿って適切に行われている。紛争の恐れがある事案、訴訟が発生した場合のいずれについても、速やかに状況を掌握して対応でき、並行して原因究明や再発防止に向けた取り組みも速やかに行われる仕組みである。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習は、看護師、理学療法士、作業療法士、保育士の学生の受け入れが行われている。実習校から提供された予防接種状況の確認がなされ、職種ごとに医療安全・感染管理の実習前のオリエンテーションが実施されている。いずれもカリキュラムに沿った実習と評価が行われている。学生実習の受け入れ時には、個人情報保護契約書を取り交わしている。

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	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	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	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	C
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	C
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	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	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	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	S
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	A
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	A
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	A
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

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	B
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	NA
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	NA

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	C
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	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 9 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 独立行政法人国立病院機構 山形病院

I-1-2 機能種別： 慢性期病院

I-1-3 開設者： 独立行政法人国立病院機構

I-1-4 所在地： 山形県山形市行才126-2

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	300	300	+22	88.7	291.9
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床					
結核病床			-30		
感染症病床					
総数	300	300	-8		

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		
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

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

	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	52.67	55.63	56.59	94.68	98.30
1日あたり外来初診患者数	7.16	7.29	4.43	98.22	164.56
新患率	13.60	13.11	7.82		
1日あたり入院患者数	266.30	280.56	279.13	94.92	100.51
1日あたり新入院患者数	0.89	2.13	2.33	41.78	91.42