

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6月16日～17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

該当項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1944年に済生会山形産院として14床で開設された。その後、増床と機能の充実を図ってこられ、現在に至っている。現在は許可病床数473床を有し、1日約730人の外来患者、約370人の入院患者の診療にあたっている。

2004年にはPET/CTセンターを設立し、2010年には地域周産期母子医療センターの認定を受けるなど、医療機能の高度化にも取り組んできている。また、整形外科や小児科、新生児医療を強みとした急性期医療を提供する一方、1998年には「健康増進センターめぐみ」を開設し、地域住民の健康増進と予防医療にいち早く取り組んでおり、幅広く地域医療の充実を推進していることは高く評価できる。

病院運営においては、病院長や病院幹部の強力なリーダーシップの下、幹部・職員が一体となって医療の質向上に取り組んでいる。

今回の訪問審査では一部の業務において課題も見られたが、今後も継続した質改善の取り組みを期待したい。そして、貴院が目標としている、現在強みとしている診療機能のさらなる強化、急性期医療を目指す中での特色ある診療機能の構築を是非実現されたい。今後、地域住民や医療機関の大きな期待に応えながら、地域の中核病院としてますます発展されることを祈願する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針にあたる「済生会山形済生病院の向かうべき途」は明文化され、見直しや検討も定期的に行われており、病院の内外への周知も適切である。病院の将来計画は職員に明示され、病院幹部は運営上の課題を認識し、解決に向けた取り組みもさ

れている。

意思決定会議である「管理経営委員会」が毎月開催され、重要な委員会も規程通りに開催されている。5年間の中期計画が策定され、BSCに基づいた部門目標や個人目標の管理も行われており、組織運営は適切である。情報管理は体制が整備され、情報の共有・活用を積極的に推進している。また、データの真正性や保存性の確保にも努めている。人員の確保では、病院機能を維持するため計画的な人員確保に取り組んでいる。

人事・労務管理では規則・規程が整備され、適宜見直されている。ただし、有給休暇の取得率向上に向けた一層の取り組みが望まれる。職員の安全衛生管理は、「衛生委員会」の確実な実施や健康診断、メンタルヘルスへの対応など全般的に適切である。魅力ある職場づくりでは、職員の意見・要望の把握に努め、福利厚生も充実しており適切である。

職員の教育・研修は、必要性の高い課題など、研修の計画的な実施と受講率の一層の向上に努められたい。職員の能力評価・能力開発では、人事考課制度のさらなる充実を期待したい。

以上、理念達成に向けた組織運営は、一部の課題が見られるものの、おおむね適切である。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族や職員に周知されている。また、診療録の開示もマニュアルに沿って適切に対応している。説明と同意に関する方針は明文化され、書式も統一されている。患者との診療情報の共有は、クリニカル・パスや患者参加型看護計画の活用など、患者への情報提供と共有が図られている。患者支援の体制は、相談窓口に充実したスタッフが配置され、周知もされており適切である。また、虐待への対応もマニュアルが整備され、職員に周知されるなど適切に対応している。患者の個人情報やプライバシー保護については、おおむね適切である。

倫理的課題への対応は、方針が定められ「倫理審査委員会」での審議も行われているが、倫理的課題についての院内での共通認識を高める取り組みも期待したい。

療養環境の整備では、アクセスなどの利便性に十分配慮し、病院内の各種の設備やサービスも充実している。また、玄関に介護スタッフを配置するなど、高齢者や身体障害者に配慮した対応がされている。療養環境は十分なスペースが確保され、患者がくつろげる環境も整備されている。また、整理整頓が行き届き、トイレや浴室の安全性・清潔性も確保されているなど、療養環境は適切である。

禁煙への取り組みは、敷地内禁煙と禁煙外来の導入および禁煙指導が適切に行われている。

以上、患者中心の医療は、一部の課題が見られるものの、おおむね適切である。

4. 医療の質

患者の意見・苦情は、意見箱などにより収集され、各部署で検討されたのちに掲示されている。ただし、意見の回収から掲示まで約2か月程度要しており、回収頻度の見直しも含めて掲示までの期間短縮を期待したい。患者満足度調査は入院・外来ともに毎年実施され、分析・検討されており適切である。

診療の質向上に向けた取り組みでは、キャンサーボードなど多職種によるカンファレンスが積極的に開催され、診療の質向上に向けた取り組みも見られる。また、各種臨床指標の収集・分析も行われ、診療の質向上に向けた組織的な取り組みも今後計画されている。

医療サービスの質改善の取り組みでは、「サービス向上委員会」において多職種による多面的な検討が行われ、患者だけでなく職員へのサービスにも取り組んでおり評価できる。今後は「機能評価委員会」の継続的な取り組みも期待したい。

新たな治療の導入時には、関係するスタッフにより倫理面を踏まえた検討がされているが、導入の妥当性を組織的に検討・承認する場の設置も望まれる。

診療・ケアにおける質と安全の確保では、診療・看護ともに管理・責任体制が明確になっている。診療記録の記載方法や内容は適切であり、診療記録の質的監査や退院時サマリーの作成率も適切である。

各診療科では、多職種によるカンファレンスが開催され診療・ケアの充実について検討しており、NST・緩和ケアチーム・ICTなどの専門チームによる介入も見られ適切である。

以上、医療の質向上に向けた取り組みは、患者・家族の意見への対応など、一層の取り組みを期待したい。

5. 医療安全

安全確保に向けた体制では、医療安全管理室に専従のジェネラルリスクマネージャー（GRM）が配置され、「医療安全管理委員会」や「医療安全管理部会」も機能している。ただし、医療安全対策マニュアルについては、作成と改訂に関する仕組みの再構築、および周知徹底と遵守の仕組みを構築されたい。

安全確保のための情報収集では、インシデント・アクシデント情報がリアルタイムにGRMにより収集され、RCAなどによる分析、再発防止対策の検討が行われている。また、検討結果は各部署にフィードバックされる仕組みが機能している。

患者の誤認防止については、患者自身に名前を名乗ってもらう以外にも、ベッドネームやリストバンドのバーコードなどを用いて行われていたが、入院患者のリストバンドの装着は統一した装着手順が明文化されていなかったため、安全管理マニュアルの見直しが図られ、リストバンドの運用方法が新たに作成され、24時間発行できるよう新しい運用が開始されたので、今後の定着を期待したい。

情報伝達エラー防止対策は、電子カルテによる指示と実施が確実に行われ、口頭指示

を含めて適切に実施されている。薬剤の安全使用では、重複投与の回避やアレルギー・副作用への対応、麻薬管理、抗がん剤のレジメン管理など、安全使用への取り組みは適切である。転倒・転落防止では、アセスメントシートによるリスク評価がされ、結果は看護計画に反映されている。また、リスクレベルに応じた対策が講じられ、患者・家族への指導も行われており適切である。

医療機器は、マニュアルが整備され、定期的な点検も実施されている。ただし、ME機器を使用する職員への計画的かつ継続的な教育の実施および各部門で一定期間保管されている機器の点検方法の充実が望まれる。

患者の急変時の対応では、召集訓練やBLSなどの定期的な訓練の実施が望まれる。

以上、医療安全は、マニュアルの整備や患者誤認防止対策の継続的な取り組み、医療機器管理の充実などに努められたい。

6. 医療関連感染制御

医療安全管理部門に感染管理室が組織され、専従のICN1名が配置されている。

「院内感染対策委員会」が月1回開催され、マニュアルは定期的に見直されている。

ICTラウンドがICN中心に毎週実施され、月2回のICT会議において報告・検討し、MRSAや緑膿菌、クロストリジウム・ディシフィルなどについても定期的に報告されている。また、リンクナースによる環境ラウンドの報告や改善計画の提出を求めている。MRSAのアウトブレイクに際してPCRを用いた遺伝子タイピング検査が行われた実績もあり、感染発生状況や抗菌薬の使用状況も委員会で報告されている。細菌レポートを作成し関連部署の責任者に毎週メール送信するとともに、外部の感染症情報や地域の流行状況を全職員にメール配信するなど、情報収集と共有化が積極的に行われている。さらに、手指消毒の使用量調査と病棟での順位の公表、近隣の基幹病院との連携体制の構築、近隣5病院による合同カンファレンスの開催など、感染制御のための情報収集と検討は高いレベルで実施されている。

感染制御の活動としては、手指衛生にICTが関与し、速乾式消毒剤のモニタリングと部署へのフィードバックが行われている。感染経路別の予防策については、文献を活用し感染患者の個室ドアに貼付する表示に工夫を凝らしているが、表示内容にはプライバシーへの配慮を検討されたい。

抗菌薬の使用状況は薬剤部で把握され、ICTに報告されている。また、医師へはICDからフィードバックされるなど、抗菌薬は適正に使用されている。「薬事委員会」にICTメンバーが入っていることも評価できる。

以上、医療関連感染制御への取り組みは、情報収集と検討が高いレベルで行われており高く評価できる。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、「ホームページ委員会」「広報誌編集委員会」「年報編集委員

会」により活発に行われている。患者や地域住民向けの広報誌「健康百話」は約5年前より2か月に1回発行され、医療機関向けの広報誌「なでしこだより」も年に2～3回発行されている。ホームページは受診の流れや病院機能などがわかりやすく紹介され、診療実績や医療の質評価も詳細に案内されているなど、完成度の高い内容である。

地域医療機関の情報把握や連携の推進、紹介・逆紹介の推進は積極的に行われている。また、「病診連携委員会」が2か月に1回開催され、地域医療連携業務の質向上に取り組んでいる。地域における患者情報の共有にも取り組み、地域連携ネットワークには50施設が参加しており、今後基幹病院も含めてさらに拡大予定となっている。紹介元医療機関への返書も適切に管理され、来院時の返答は100%実施している。今後は、入院時や手術時、退院時の返答も確実にを行うなど、一層の取り組みを期待したい。

地域の健康増進に寄与する活動では、1998年に「健康増進センターめぐみ」を開設し、地域住民の健康増進と予防医療にいち早く取り組んでいる。65歳以上の地域住民を対象とした無料の健康運動教室を毎月1回開催するなど、運動療法等により地域の健康増進に大きく寄与していることは高く評価できる。

また、一般市民向けの広報誌「健康百話」や講師派遣、地域の医療従事者に対する研修会「なでしこ勉強会」も実施されており、医療に関する教育・啓発活動に積極的に取り組んでいる。

以上、地域への情報発信と連携は、全般的に適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

来院患者への対応は、受診に必要な情報がホームページや掲示物などで適切に案内され、待ち時間への配慮もされている。外来診療は、患者情報が適切に収集され、様々な指導が行われている。診断的検査では、説明と同意は患者用のパスが用いられ適切に実施されている。入院の決定と診療計画の作成は適切である。患者・家族からの相談は、入院時から多様な相談に対応し、充実した医療相談が行われている。円滑に入院できる仕組みは、DVDなどの活用により理解しやすい説明がされ、オリエンテーションも適切に行われている。

医師と看護師の病棟業務は適切である。投薬・注射は、病棟薬剤師が全病棟に配置され、服薬管理指導や確実・安全な投薬・注射に取り組んでいる。輸血・血液製剤の投与は、成人患者への対応は適切であるが、NICUにおける誤認防止対策の手順を整備されたい。周術期への対応は、患者への説明内容の標準化と誤認防止対策に一層取り組まれたい。重症患者への対応は適切である。

褥瘡の予防・治療は発生リスクがアセスメントされ、積極的なチーム医療が展開されており適切である。栄養管理と食事指導、および症状緩和は適切である。リハビリテーション機能は、早期リハビリテーションへの取り組みや充実した評価など、充実した体制の下で急性期リハビリテーションが高いレベルで行われている。

身体抑制の対応は、同意書の記載内容と用語の統一が望まれる。退院支援への取り組

み、継続した診療・ケアへの対応は適切である。ターミナルステージへの対応は、患者のQOLに配慮した対応や積極的なカンファレンスの実施など、その取り組みは評価できる。

以上、チーム医療による診療・ケアでは、急性期リハビリテーションへの対応は高く評価できるが、いくつかの課題が見られるため、今後の一層の取り組みを期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤部門および院内全体の薬剤管理におおむね適切に対応している。臨床検査機能は体制が確立し、緊急検査への対応や内部・外部の精度管理、パニック値への対応なども適切に行われている。

画像診断機能は、放射線科医が常駐し、患者安全に配慮した検査が行われている。栄養管理機能は、嗜好調査や患者訪問などにより、食事に対する満足度と喫食率の向上に取り組んでいる。また、厨房内の衛生管理も適切に行われている。患者の嗜好に十分対応するため、今後選択メニューの実施についても検討することを期待したい。

リハビリテーション機能は、充実した体制の下で急性期リハビリテーションが積極的に実施されていることは高く評価できるが、「リハビリテーション部委員会」が数年間開催されていないため、さらなる業務の効率化に取り組まれない。また、実施状況や活動実績などを院内外へ積極的に情報発信することを期待したい。

診療情報管理機能は体制が整備され、統計データの作成や量的監査の実施、委員会活動による円滑な業務の推進などに取り組んでおり適切である。

医療機器管理機能は、中央管理により機器の定期点検や保守点検が行われ、機器の標準化にも取り組んでおり適切である。洗浄・滅菌機能は、滅菌の精度保証や既滅菌物の保管・管理も適正に行われている。

病理診断機能は、常勤の医師は不在であるが、診断の精度が確保される取り組みがされている。また、報告書や標本の保管・管理も適切である。

輸血・血液管理機能は、手順に従い確実・安全に実施されている。手術・麻酔機能と集中治療機能、および救急医療機能は、病院の機能に応じた体制が整備され、それぞれの機能が適切に発揮されている。

以上、良質な医療を構成する機能は、全般的に適切である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理は、予算管理や会計処理、会計監査が規程に基づいて実施され、経営状況の把握・分析も行われており、全般的に適切である。医事業務は、時間外を含めた収納業務が手順に従い行われ、レセプト請求業務や返戻・査定への対応、未収金の督促や損金処理も適切に行われている。業務委託は、業務内容の検討や業者選定が適切に行われ、委託業務従事者への教育にも取り組んでいる。

施設・設備の管理・責任体制は明確であり、保守業務や緊急時の対応体制、感染性廃

棄物の保管・管理なども適切に行われている。物品管理業務は責任部署が明確であり、購入物品の選定方法も明確である。発注・検収業務の内部牽制機能が維持され、在庫管理なども適切に実施されている。

災害時の対応は、消防訓練や避難訓練が定期的に行われ、「防災マニュアル・アクションカード」により災害時の対応が職員に徹底されている。また、災害拠点病院としての要件が満たされ、特に停電時の発電設備の燃料や飲料水は十分確保されている。保安業務では、保安要員が確保され、防犯カメラの設置や緊急時の対応など適切に行われている。

以上、組織・施設の管理は、全般的に適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

臨床研修は、適正な研修プログラムにより適切に行われている。また、研修医・指導医相互の評価が実施されている。研修医の希望も加味して多くの勉強会が開催されているほか、スキルアップセンターにはシミュレーション教育設備が充実しており評価できる。メンタル面を含めたサポートも適切に行われている。

学生実習は、医学・薬学・看護学およびリハビリテーション・栄養・医療事務などの学生を対象に受け入れを行っている。学生実習全体の管理は人事課にて行われ、契約書の管理も適切に実施されている。看護部では、「看護学生実習指導委員会」を毎月開催し、実習内容の充実に取り組んでおり評価できる。患者・家族との関わり方も明確に決められ、学生の健康状態も実習前に確認するなど、学生実習の受け入れは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	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	B
1.1.6	臨床における倫理的課題について病院の方針を決定している	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	B
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	S

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	B
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	医療サービス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	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	B
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	B
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	B
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	B
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	B
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	B
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	B
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	急性期のリハビリテーションを確実・安全に実施している	S
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	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	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
4.2	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	B
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	B
4.3.3	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	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： 2012年 4月 1日 ～ 2013年 3月 31日
 時点データ取得日： 2014年 2月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会福祉法人恩賜財団済生会 山形済生病院

I-1-2 機能種別： 一般病院 2

I-1-3 開設者： 済生会

I-1-4 所在地： 山形県山形市沖町79-1

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	473	473	0	77.2	15.6
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					
総数	473	473	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	増減数(3年前から)
救急専用病床		
集中治療管理室(ICU)	4	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)	8	0
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		
亜急性期入院医療管理料病床		
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：

災害拠点病院(地域)、DPC対象病院(群)、地域周産期母子医療センター

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： 2人 2年目： 1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

