

## 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「精神科病院」を適用して審査を実施した。

### ■ 認定の種別

書面審査および8月17日～18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： 精神科病院（副）	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。

- ・機能種別 精神科病院（副）

該当項目はありません。

#### 1. 病院の特色

貴院は、秋田市の中心部に立地し、一般病床376床、結核病床22床、精神病床60床、合計458床を抱える秋田周辺二次医療圏の急性期医療を担う中核的病院である。2012年から、運営形態を地方独立行政法人による運営に変更したばかりであるが、がん診療連携推進病院として県の指定を受けるとともに、小児周産期医療や精神科医療、結核医療等、広範囲の医療領域を担当し、公的病院としての使命を果たし、地域から大きな期待が寄せられている。

今回の病院機能評価は更新受審であり、前回の受審以降の継続的な改善活動の成果に対する確認を含め、新たに取り組むべき課題について検討を進めてきたところである。さらなる病院運営の水準向上と人口の高齢化や疾病構造の変化を見据えての病院運営の将来像の検討、また、現時点で計画段階にある新たな病院づくりの早急な進展に大いに期待したい。

#### 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、院内外への周知に努めている。病院長はじ

め幹部職員は病院の使命やあるべき姿を明示し、運営上の課題や解決に向けた取り組みを具体的に計画化している。日常の業務運営にあたっては、組織の先頭に立って活動するとともに、職員の士気の向上と職場の活性化に取り組むなど、適切にリーダーシップを発揮している。病院運営の意思決定は、管理会議で行われ、決定事項は運営会議を通じて院内に伝達されている。組織図は地方独立行政法人としての特色を反映して編成され機能している。事業運営計画は中期目標のもとに、中期計画、さらに年次計画と体系的に整備されており、院内各部門・部署は年次計画を受け、それぞれの実施計画を策定し、業務に取り組んでいる。業務の達成状況の評価は年度末に実施されているが、今後は、年度末の結果評価に止まることなく、業務執行過程での評価の実施を望みたい。電子カルテシステムの導入を機に医療情報の院内ネットワークが整備され、有効に機能している。情報システムの管理運用については、既に運用が始まっているが、安全管理に関する細目規程や運用マニュアル等については、成文化を望みたい。院内の文書は文書管理規程のもとに一元管理されている。法定標準や施設基準に定める人員は充足されているが、より高い機能を発揮して行くためには、引き続き医師、看護師、臨床工学技士、リハビリテーション要員等の確保への取り組みに期待したい。

人事・労務管理はおおむね適切に行われているが、職員の就労管理については、現状の把握・分析を踏まえた対策の検討を望みたい。また、職員の安全衛生管理についても、おおむね適切に実施されているが、衛生委員会の開催頻度について見直されたい。職員の意見・要望の把握に努め、就業支援策も講じられ、魅力ある職場づくりへの取り組みは適切である。職員に対する教育・研修は、量的には豊富に実施されているが、教育・研修の機会を効率的かつ効果的に活用するための、計画的・体系的に取り組む体制づくりについて早急な検討が望まれる。職員の能力評価・能力開発として医師を除く人事評価制度が運用されているが、全職員を対象とする能力評価、人材育成のシステムの構築について検討を期待したい。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、患者・家族、職員への周知が十分に図られている。説明と同意に関する方針は明確で、説明と同意の取得はおおむね適切に実施されているが、同意書の書式の統一や記載内容の充実、同意書を得る範囲の一覧表示の作成等の課題がみられたので、統一性のある充実した説明と同意の取得が行われるよう検討を望みたい。患者との情報を共有し、医療への患者参加を促進するために様々な対策に取り組んでいる。医療相談室が設置され、専門的知識を備えた相談員を配置し、多様な相談内容に対応している。また、相談窓口や相談機能が患者・家族に対し、適切に案内、紹介されている。個人情報保護に関する規程類は整備されているが、電子カルテにアクセスする際のパスワードの管理、病室のドアの開閉等、プライバシー保護の観点からの検討課題が見受けられたため、適切な対応を望みたい。主要な倫理的課題については外部委員を含めた倫理委員会において検討され、必要があるものについては院内ガイドラインとして

まとめられ共有が図られている。倫理委員会にはメンバーとして外部委員が加わっているが、役割・機能に応じた積極的な活動と関与に期待したい。臨床現場で発生する患者・家族の倫理的課題については、多職種によるカンファレンスを開き課題の解決と共有に努め、解決困難な課題については、倫理委員会等で検討されている。

療養環境は患者・面会者の利便性に配慮されて整備され、入院生活も患者本位に配慮した運用が実践されている。病院建物は1984年に改修され、移動通路や待合スペース、病棟設備等については、バリアフリー対応の整備が行われており、車椅子が配置され、車椅子用トイレも設置され、総合案内では病院職員による来院者支援への取り組みも行われている。診療・ケアに必要なスペースは確保され、適切に管理されているが、病棟の廊下には移動障害となる物品が置かれたままになっていたため、整理整頓の徹底が望まれる。病院は敷地内禁煙を方針に受動喫煙防止対策の徹底に努めているが、貴院はがん診療連携推進病院であり、結核病床を抱えた病院であることから、引き続き強力な取り組みに期待したい。

#### 4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望については、投書箱の設置や患者満足度調査により、把握に努めている。把握された意見・要望に対しては、医療機能・患者サービス向上委員会等において組織的に検討され、満足度調査結果の院内周知も図られているが、投書箱の設置数や設置場所等については、患者・家族の立場に立った細かい配慮と工夫が望まれる。症例検討会は外科および乳腺外科を中心に多職種参加によるカンファレンスが実施されているが、内科系についても横断的症例検討会の開催が望まれる。CPCについても年間開催回数が少なく、今後の検討課題である。また、臨床指標およびクリニカル・パスの活用についても今後の課題として積極的な取り組みに期待したい。院内各部門・部署等における医療サービスの質改善への個々の取り組みは認められるが、院全体としての体系的、継続的かつ組織横断的な質改善活動の組み立ての強化と実践を望みたい。病院として先端治療導入への取り組みは積極的であり、事前準備の取り組みも行われているが、導入に際しての院内検討が一部の当事者のみで行われており、倫理委員会等、当事者以外のメンバーを加えた検討が望まれる。

病棟・外来ともに管理・責任体制は明示され、診療・ケアの各責任者は日常的に開催されている多職種カンファレンス等により、実施状況の的確な把握に努めている。診療記録は電子カルテシステム運用となっているが、記載基準が整備され、適切に記載されている。質的監査への取り組みもみられるが、退院時サマリーの早期作成率については、引き続き100%達成を目指した強力な取り組みに期待したい。各診療科による院内相談体制が機能するとともに、症例検討会やカンファレンスによる情報の共有、専門チームの関与など、多職種協働による診療・ケアが実践されている。

## 5. 医療安全

病院長直轄の医療安全推進室を中心に必要な人員が配置され、専従の医療安全管理者には活動の裏付けとなる権限も付与されている。また、医療安全に関するマニュアル類も整備され、医療安全対策委員会や作業部会が適切に機能している。インシデント・アクシデント情報は、医療安全推進室に集約され、分析した上で再発防止策等の検討・立案が行われている。医療安全に関する院外の情報活用への取り組みも認められるが、医師、薬剤師からの情報提出状況については、実情を把握した上で検討を望みたい。患者・部位・検体などの誤認防止対策については手順・方法等がマニュアルとして整備され、おおむね適切に実施されているが、患者誤認防止ルールについては、十分に徹底されるよう取り組みの再確認と強化を望みたい。

電子カルテシステムが運用されており、医師による指示出し・指示受け・実施は確実に行われ、口頭指示や代行指示についても手順が明確になっており、情報伝達エラー防止対策は、適切に講じられている。薬剤の重複投与や相互作用、薬剤アレルギーへの対応、さらには、ハイリスク薬管理についても適切な配慮が払われリスク回避対策が立てられているが、病棟に保管されている麻薬の管理については保管庫の鍵管理の適正化について対応を求めたい。転倒・転落対応マニュアルが整備され、入院時のリスク評価に基づいて、患者個々の状況に応じ対処しており、転倒・転落事故発生時の対応手順も明確になっている。医療機器は中央管理に移行中であり、新たに導入された管理システムの機能の発揮と適切な運用が期待される。なお、審査日当日みられた臨床工学室の整理等の課題については、早急な取り組みを望みたい。院内緊急コードの設定、救急カート等の配置、BLS訓練など緊急時対応に必要な訓練等、いずれもがおおむね適切に実施されている。

## 6. 医療関連感染制御

感染管理室には感染管理認定看護師が配置され、院内感染対策委員会のもと、院内感染対策チームの活動を中心に感染対策マニュアルを整備し、院内感染制御活動を実践している。また、感染防止対策加算1を算定し、他病院との連携活動にも取り組んでいるが、医師の感染制御研修への参加率向上には強力な取り組みを望みたい。各種サーベイランスの実施により、院内の耐性菌や感染発生状況の情報が収集され、分析結果が院内にフィードバックされている。院外の情報も的確に把握、収集され活用されている。アウトブレイク発生時の対応も適切である。院内感染防止マニュアルに基づき、感染防止対策が行われ、院内感染対策チームやリンクナースによる部署ラウンドと実施状況の確認・指導が実施されている。使用後リネンや感染性廃棄物の収集容器の保管場所については、一部に不適切な扱いがみられたので対応を求めたい。抗菌薬の使用状況は適宜チェックされ、院内感染対策チームによる介入など適正使用のための仕組みが機能しており、分離菌パターン情報も定期的に提供され、起炎菌や感染部位の特定についても検討されるなど、抗菌薬の使用は適切である。

## 7. 地域への情報発信と連携

病院の診療内容や医療サービスについては、広報媒体を活用して地域に発信されているが、診療実績の情報発信への取り組みは限定的かつ消極的である。発信情報内容の充実と発信方法・手段について検討されたい。地域医療連携室が中心となって、地域の医療関連施設等の状況の把握と連携活動促進に努めており、患者紹介業務も円滑に行われているが、患者紹介率の一層の向上が望まれる。地域住民に対する健康増進活動や教育・啓発活動は活発に行われており、地域の医療関連施設等に対する教育や支援活動にも積極的に取り組んでいる。

## 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院内掲示や広報媒体により提供され、受診から会計に至る手続も適切に案内されている。外来診療は、患者情報は電子カルテシステムによる一元管理のもと適切に収集され、説明と同意の取得および安全な診療への取り組みも適切である。診断的検査は医師により必要性が判断され、必要性とリスクに関する説明後、安全に実施されている。説明と同意については、様式や記載事項、説明内容の充実について検討を期待したい。入院の必要性は医師が医学的判断に基づき決定し、患者・家族の希望等を的確に把握し、入院時に種々のアセスメントを実施の上、入院診療計画書が作成されている。患者・家族からの相談には専門知識を持った相談スタッフが対応しており適切である。

病棟では、医師を中心に多職種を交えた回診が定期的に行われ、患者情報の共有が図られている。看護師の病棟業務は、病棟運営基準や看護実践基準・手順等に則り行われ、患者ニーズの的確な把握・他職種との情報共有も適切である。病棟担当薬剤師の関与は適切であり、薬剤師による注射薬の調製・混合および投薬時の確認5原則の徹底等、投薬・注射の安全実施への取り組みはおおむね適切である。輸血・血液製剤の投与は適切である。手術の適応と方法については、多職種カンファレンスにおいて検討され、麻酔科医、看護師による術前訪問や術後ケアは適切に行われている。患者ごとに褥瘡リスク評価が行われ、高リスク者に対しては褥瘡予防計画が立案され、褥瘡予防対策の実施が適切に行われている。全入院患者に対する栄養アセスメントや、栄養改善計画等も実施されている。リハビリテーション専門医による診察後、患者・家族の要望も踏まえて早期からの急性期リハビリテーションが確実・安全に行われている。身体抑制については、抑制を必要と認めた医師および看護師の抑制開始の記録や抑制方法や部位などの重要事項が未記載の例が認められたが、指摘を踏まえ、説明・同意取得手順と書式等を改善し、基本的事項の記録の徹底が図られた。退院支援については、患者・家族の状況の変化等を見極めながら、関係機関等の連携に努めた支援活動に取り組んでいる。在宅療養支援の必要性が予測される場合等には、地域医療連携室と病棟が中心になって地域の関係機関・施設との連携に取り組んでいる。

## ＜副機能：精神科病院＞

診療は初診、再来ともに予約制であり、円滑な診察が可能となっている。精神科救急の受け入れも適切である。患者に関する情報の収集、説明と同意の取得は適切に行われている。診断的検査の必要性の判断や患者・家族への説明と同意の取得には他科医師の協力も得て取り組んでいる。多職種参加によるカンファレンスにおいて入院形態の変更や退院に向けた協議が実施されている。医療相談は、院内専門チームが関与し対応している。入院生活や入院手続きについては、入院前に入院案内により説明され、入院時には病棟オリエンテーションが行われている。人権擁護の観点から入院形態に応じた開放的な処遇を基本とし、患者個々の病態や環境的要素等から特に配慮が必要な場合は個別に評価し対応している。医師は毎日回診を行い、病態の把握に努めており、他職種とはカンファレンスを通じ情報の共有を図っている。看護師は診療補助業務に従事するとともに、患者・家族からの様々なニーズを把握し、他科・他職種とも連携して対応に努めている。安全性に配慮した投薬や輸血・血液製剤の投与が行われている。電気けいれん療法の基準・手順は整備され、十分な説明の後、適切に実施されている。麻酔科医による身体評価および検査の実施、術前訪問による調査の実施、実施後の臨床的評価、実施頻度・回数の検討に至る治療プロセスは優れており、高く評価できる。褥瘡のリスク評価を行いリスクレベルに応じた予防対策や治療が適切に行われている。管理栄養士による栄養状態と摂食・嚥下機能に対する評価が行われ、個々の患者の状況に応じた対応策の検討と取り組みが実施されている。

一般的な作業療法は実施されていないが、疾病教育やアドヒアランスの向上、集団認知行動療法への参加の促しなどが、精神科的な急性期のリハビリテーションとして実施されている。隔離状態にある希死念慮や自殺の危険のある患者に対するミーティングを頻回に開催し、患者の状態の把握・評価、隔離に対する評価などが多職種により検討され、早期の隔離解除、自殺企図、希死念慮等の難題の改善に取り組んでおり、高く評価したい。患者・家族の意向や退院後の生活環境や療養環境などを的確に把握し、退院支援計画が立案されている。退院後も継続的な診療・ケアが必要な患者には、退院支援計画に沿って、関係医療機関・施設、関係する社会資源等との連携を視野に退院後療養環境づくりに取り組んでいる。

## 9. 良質な医療を構成する機能

調剤業務や疑義照会への対応、注射薬の供給は適切に行われ、薬剤情報の収集および院内提供にも適切に対応している。薬剤の温・湿度管理および院内医薬品集の整備にも取り組んでいるが、採用医薬品の品目削減には検討が望まれる。臨床検査室は整備され、一部の検査項目を除いて自院で実施しており、24時間体制で緊急検査にも適切に対応している。画像診断部門は夜間・休日体制が整備されており、緊急検査依頼にも的確に対応している。放射線科医による読影が迅速に行われているが、主治医も読影に加わり、ダブルチェックが実施されており、画像診断機能は適切に発揮されている。食事は

適時適温かつ嗜好や安全性など患者の個別性に配慮し提供され、調理業務も基準・手順に従って行われているが、調理場の温度管理については、適正な室温が維持されるよう工夫を望みたい。リハビリテーション部門では、主治医の依頼に基づき専門医が診断し、計画立案のもとに訓練の連続性に配慮したリハビリテーションが実施されている。専門性の高い療法士の育成に取り組み機能のレベルアップを図っており、リハビリテーション機能は適切に発揮されている。診療情報管理には電子カルテシステムが運用されており、導入前の紙保存の診療記録も適切に管理されている。診療記録の量的監査が実施され、診療情報のデータベースとしての機能も適切に発揮されている。医療機器管理は中央管理に移行中の段階であるが、新管理システムが運用開始しており、今後の利便性や安全性確保の向上が期待される。医療用具・材料の滅菌業務は中央化され、業務担当看護師と看護補助者によって行われている。滅菌精度の保証、および作業エリアの動線管理はともに適切に行われている。

病理診断部門には常勤専従の病理医1名と非常勤医師が配置され、病理診断は遅滞なく行われており、細胞検査士による細胞診も適切に行われている。放射線治療部門は非常勤の放射線治療担当医と放射線治療品質管理士3名が配置され、必要なときは、非常勤医の対応も可能となっている。輸血全般を管理する医師が配置され、輸血療法管理委員会業務等に従事しており、血液製剤の保管・供給・返却・廃棄等の業務は、検査部門により、適切な設備で手順通りに行われている。手術・麻酔科部門は活発に機能しており、弾力的なスケジュール管理のもとに、円滑安全に手術・麻酔が実施されている。集中治療室が設置され、入退出基準が定められておりおおむね適切に運用されているが、ICU担当医師の判断により、重症患者や術後侵襲の大きい症例等については入室を認めるなど医療必要度に応じた弾力的運用にも取り組んでいる。救急医療機能は、内科に加えて小児科の対応体制も整えられており評価される。

## 10. 組織・施設の管理

予算管理および会計事務は適切に行われ、的確な経営状況の把握・分析のもとに財務・経営管理が行われている。医事業務は一部が業務委託されているが、全般的に業務の基準・手順が確立されており、受付から会計事務、診療報酬請求事務、未収金管理事務等は適切に実施されている。業務の委託については、委託の業務内容や委託の是非、委託業者選定まで、組織的に検討され、決定されている。また、業務に対する管理監督は担当者を明確に、密接な連絡体制のもとに、業務の質と確実な履行の確保に努めている。施設・設備は年間の保守管理スケジュールに沿って確実に実施されており、日常の施設・設備管理も中央管理室中心に適切に実施されている。夜間緊急時の対応は明確になっており、院内清掃および廃棄物管理もおおむね適切に行われている。物品の調達・管理体制は適切に整備されており、一部にSPD物品管理システムを導入し、物品調達および在庫管理の効率化を図っている。

災害対応マニュアルが整備され、広域も含め防災訓練が実施されている。また、停電

時対応および災害備蓄の確保も適切である。警備業務は業務委託され、警備員と防犯カメラによる警備が行われている。警備の業務内容は明確になっており、日常的には支障なく行われているが、病院の保安管理に関する規程と警備業務のマニュアルについては、成文化し確実な業務遂行が実施されるよう検討されたい。医療事故発生時の対応手順はマニュアルとして整備され、医療安全対策室が中心となって対応し、必要があるときは、医療安全対策委員会で原因の究明と再発防止策を検討する仕組みとなっている。訴訟に至ったときの対応も手順が明確になっている。

#### 1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院であり、フルマッチで研修医を確保しており、指導スタッフ、研修プログラムともに充実し、研修医評価や指導医評価も適切に実施されている。臨地実習生受け入れにあたっては、実習依頼元と協定を締結し、実習内容や実習を進める上で必要な取り決めを明確にして取り組んでおり、医療・福祉分野の人材育成に貢献している。



# 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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	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	A
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	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	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	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	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	A
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	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	B
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	B
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

## □ 理念達成に向けた組織運営

### 評価判定結果

#### □□□ 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	□
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	□
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	□
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	□
4.1.5	文書を一元的に管理する仕組みがある	A

#### □□□ 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	□
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	□
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	□
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	□

#### □□□ 教育・研修

4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	□
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	□
4.3.3	医師・歯科医師の臨床研修を適切に行っている	□
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	□

経営管理

---

4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	<input type="checkbox"/>
-------	------------------	--------------------------

---

4.4.2	医事業務を適切に行っている	<input type="checkbox"/>
-------	---------------	--------------------------

---

4.4.3	効果的な業務委託を行っている	<input type="checkbox"/>
-------	----------------	--------------------------

---

 施設・設備管理

---

4.5.1	施設・設備を適切に管理している	<input type="checkbox"/>
-------	-----------------	--------------------------

---

4.5.2	物品管理を適切に行っている	<input type="checkbox"/>
-------	---------------	--------------------------

---

 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	<input type="checkbox"/>
-------	-----------------	--------------------------

---

4.6.2	保安業務を適切に行っている	<input type="checkbox"/>
-------	---------------	--------------------------

---

4.6.3	医療事故等に適切に対応している	<input type="checkbox"/>
-------	-----------------	--------------------------

---

## 機能種別：精神科病院（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	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	電気けいれん療法（ECT治療）を適切に行っている	S
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A



2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2.2.21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	NA
2.2.22	隔離を適切に行っている	S
2.2.23	身体拘束を適切に行っている	A
2.2.24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.26	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： 2014年 4月 1日 ～ 2015年 3月 31日  
 時点データ取得日： 2015年 5月 1日

## I 病院の基本的概要

### I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 市立秋田総合病院  
 I-1-2 機能種別： 一般病院2、精神科病院(副機能)  
 I-1-3 開設者： 地方独立行政法人  
 I-1-4 所在地： 秋田県秋田市川元松丘町4-30

### 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	376	376	0	83.0	13.9
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	60	60	0	61.8	45.4
結核病床	22	22	0	31.0	98.4
感染症病床					
総数	458	458	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)	6	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		
人工透析		
小児入院医療管理料病床	25	-20
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	60	+60
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：

肝疾患診療連携拠点病院、DPC対象病院(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： 8人 2年目： 11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

診療科名	医師数 (常勤)	医師数 (非常勤)	1日あたり 外来患者 数(人)	外来診療 科構成比 (%)	1日あたり 入院患者 数(人)	入院診療 科構成比 (%)	新患割合 (%)	平均在院 日数(日)	医師1人1 日あたり 外来患者 数(人)	医師1人1 日あたり 入院患者 数(人)
呼吸器内科	3	0.5	75.24	6.1	41.09	11.54	15.86	28.19	21.5	11.74
循環器内科	3	1.4	92.08	7.47	28.53	8.01	2.24	17.63	20.93	6.48
消化器内科(胃腸内科)	9	1.0	114.04	9.25	46.07	12.94	7.65	12.35	11.4	4.61
神経内科	1	0.2	19.82	1.61	3.31	0.93	5.75	23.44	16.51	2.76
糖尿病内科(代謝内科)	3		82.97	6.73	9.21	2.59	0.7	20.01	27.66	3.07
皮膚科	2		66.35	5.38	3.22	0.9	11.66	16.42	33.18	1.61
小児科	6	1.8	80.32	6.51	16.7	4.69	45.93	6.02	10.3	2.14
精神科	6		86.24	6.99	37.26	10.47	2.22	46.18	14.37	6.21
外科	9	0.1	33.14	2.69	33.82	9.5	2.6	14.99	3.64	3.72
循環器外科(心臓・血管外科)	1		6.94	0.56	2.73	0.77	3.43	16.46	6.94	2.73
泌尿器科	6	0.1	112.23	9.1	27.58	7.75	3.44	13.58	18.4	4.52
脳神経外科	1	0.5	15.96	1.29	10.21	2.87	20.9	25.44	10.64	6.81
整形外科	3	0.6	64.6	5.24	34.39	9.66	13.47	21.33	17.95	9.55
眼科	1	0.6	22.44	1.82	0	0	4.89	0	14.03	0
耳鼻咽喉科	2		52.6	4.27	11.95	3.36	27.42	11.33	26.3	5.98
産婦人科	5		39.74	3.22	18.87	5.3	7.78	10.05	7.95	3.77
リハビリテーション科	1		102.77	8.33	0	0	0	0	102.77	0
放射線科	1	0.5	52.45	4.25	0	0	5.48	0	34.97	0
麻酔科	3.5	0.8	10.15	0.82	0.12	0.03	1.53	1.95	2.36	0.03
病理診断科	1	0.1	0	0	0	0	0	0	0	0
臨床検査科	1		0	0	0	0	0	0	0	0
救急科	2.5		0.16	0.01	0.04	0.01	50	2.17	0.06	0.01
歯科口腔外科	1		31.55	2.56	0	0	19.93	0	31.55	0
血液・腎臓内科	4		48	3.89	25.56	7.18	7.53	39.53	12	6.39
乳腺・内分泌外科	2		23.42	1.9	5.36	1.51	5.46	11.15	11.71	2.68
総合診療科	1		0	0	0	0	0	0	0	0
健康管理センター		0.4	0	0	0	0	0	0	0	0
研修医	19									
全体	98	8.6	1233.21	100	356.01	100	9.8	16.34	11.57	3.34

I-2-2 年度推移

年度	実績値			対前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2014	2013	2012	2014	2013
1日あたり外来患者数	1233.21	1254.29	1234.06	98.32	101.64
1日あたり外来初診患者数	120.87	124.11	108.53	97.39	114.36
新患率	9.8	9.89	8.79		
1日あたり入院患者数	356.01	346.81	366.55	102.65	94.61
1日あたり新入院患者数	21.83	19.98	20.71	109.26	96.48