

# 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 10 月 17 日～10 月 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
------	--------	----

## ■ 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

貴院は開設以来、高度医療から在宅医療まで継続したケアを実践し、地域住民の健康増進と安心に繋がる医療を提供してこられた。理念である「革新に満ちた医療への挑戦と新たな組織価値の創造」を具現化すべく、PET-CT やがん遺伝子診断、IMRT（強度変調放射線治療）、FUS（MR ガイド下集束超音波治療）など、最新の医療機器の導入とともに高度な医療技術の提供が早期に導入されている。また、AI を活用した遠隔画像診断支援などのネットワークが大学病院やグループ病院と構築されている。医療情報管理のサービスも提供が開始され、医療費の後払いや予約管理、診療情報の閲覧ができるアプリケーションを北海道で初めて導入し、医療 DX の先駆けとなっている。

今回は 6 回目の受審であるが、マトリクス組織が功を奏し、職員が一丸となって病院の質向上・改善に取り組んでこられた成果が確認できた。病院の役割・機能に照らし、本報告書を活用した医療の質向上に向けてさらなる工夫や努力を期待するとともに、貴院のますますの発展を祈念したい。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念と基本方針は明文化され、院内外への周知は適切である。病院の意思決定機関である経営戦略会議が定期的開催され、決定事項は診療運営会議等により周知されている。運営実態に合った会議体や委員会の開催により情報共有と意思疎通に努めており、病院運営は適切に行われている。病院幹部は現状の課題を認識しており、課題解決に向けて中・長期計画が策定され、定期的な評価が行われている。各部門においても、評価・見直しを行う PDCA サイクルが構築されており、計画的な

組織運営がなされている。情報システムの管理は、情報システム管理規程に則って行われ、医療情報の有効活用にも積極的に取り組んでいる。文書管理は、文書管理規程に基づき一元管理が行われている。

人材の確保では、必要人員の確保に向けた組織的かつ計画的な取り組みが行われている。人事・労務管理では、労働時間や時間外勤務時間の管理、有給休暇の適切な取得に取り組んでいる。職員の安全衛生管理では、職員の健康診断が毎年行われ、非常勤医師の受診確認も適切に行われている。職員満足度調査等を通して職員の意見・要望が把握され、就業支援制度の充実に向けて取り組むなど魅力的な職場づくりに努めている。

職員の教育・研修ならびに職員の能力評価と能力開発への取り組み、専門職種に応じた初期研修は適切である。学生実習では、カリキュラムに沿った実習について学校側との連携を図りながら適切に行われている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内外への周知や診療記録の開示などの権利擁護も適切である。説明と同意の方針や手順は整備され、同意を求める範囲や同席の基準などが明確にされている。医療への患者参加の促進については、入院案内やホームページなどに入院時の注意事項などが掲載されて協力が促されている。患者サポートセンター内に医療相談窓口が設置され、各種医療福祉相談への対応がなされている。患者の個人情報の取り扱いでは、個人情報保護規程が策定され、プライバシーポリシーをホームページに掲載して周知している。主要な倫理的課題として、終末期医療や臓器提供、輸血拒否等への対応方針が明文化されている。臨床現場では、倫理的課題について多職種カンファレンスで検討されており、解決困難な課題は臨床倫理コンサルテーションに諮ることができる。

来院時のアクセスはホームページ等で案内され、院内はバリアフリー環境が整備されているが、手摺りを使用しやすい状況への配慮が望まれる。診療・ケアに必要なスペースが確保され、患者・家族がくつろげる環境も整備されており、療養環境は適切である。敷地内は全面禁煙であり、入院案内や院内掲示等により周知されている。

### 4. 医療の質

業務の質改善では、意見箱などから得られた意見を踏まえて医療の質向上委員会で改善策が検討されているが、能動的で組織横断的な取り組みが継続できる体制の構築を期待したい。診療の質向上に向けた活動は、症例検討会や臨床病理検討会などが開催され、診療ガイドラインも積極的に活用されている。患者・家族からの意見・要望等は、意見箱や患者満足度調査等から収集され、検討結果が院内掲示等でフィードバックされている。新たな診療・治療方法や技術の導入、医薬品・医療材料の適応外使用に際しては、倫理面や安全面などについて医の倫理審査委員会で審査する仕組みが構築されている。

診療・ケアの管理・責任体制が明確にされ、診療・看護および各職種の責任者が

掲示されており、主治医不在時の連絡方法を定めて周知されている。診療記録は、電子カルテシステムによりマニュアルに則って適時に記載され、診療記録の質的点検を実施して主治医へのフィードバックも行われている。多職種協働による診療・ケアについては、多職種からなる専門チームが編成され、カンファレンスが適宜行われている。また、多職種によるリハビリカンファレンス、栄養カンファレンス等の開催のほか、患者の状態により診療科の枠を超えた協議や治療方針の検討が行われているなど適切である。

## 5. 医療安全

安全確保に向けた体制は、病院長直轄の医療安全管理部の下に医療安全対策科が設置され、多職種で構成されたリスクマネージャー会議や医療安全推進チーム等が活動しているが、医療安全対策科の構成等について検討を期待したい。インシデント・アクシデントの分析と再発防止策、安全情報の周知、医療安全ラウンド等は適切に行われている。医療事故等への対応として、医療事故発生時に組織的に対応する手順が定められている。

患者・検体などの各種の誤認防止対策が定められ、患者確認は本人の名乗りを基本とすることや名乗れない場合の対応も明確にされている。指示出し・指示受け、指示の実施・確認等の情報伝達エラー防止対策は確実に行われている。薬剤の安全使用に関するハイリスク薬の規定や表示・取り扱いは適切である。転倒・転落防止対策は、アセスメントスコアシートによる評価に基づいて看護計画が立案されている。医療機器についても使用マニュアルに沿って安全に使用されている。患者等急変時の対応として院内緊急コードを設定して周知されており、一次救命措置やAEDの訓練は全員が受講しているほか、救急カートは定期的に点検・整備されている。

## 6. 医療関連感染制御

病院長を責任者とする感染管理部の設置とともに、多職種で構成された院内感染対策委員会および感染制御チーム・抗菌薬適正使用支援チームが組織され、ミーティングやラウンド、フィードバックなど実効性のある活動が行われている。院内の分離菌・薬剤感受性・耐性菌発生状況の把握・分析と対策の検討とともに、手術部位感染や尿路カテーテル関連感染のサーベイランスが行われている。また、地域の連携病院との合同カンファレンスで情報交換が図られている。

感染対策マニュアルに基づき、速乾性手指消毒剤や個人防護具が病室入口に設置され、看護師は手指消毒剤を携帯して標準予防策が実施されている。感染性廃棄物等の分別・管理や血液・体液の付着したリネン類の取り扱いも適切に行われている。抗菌薬の使用については、抗菌薬使用指針を整備しており、抗菌薬適正使用支援チームにより抗菌薬使用状況がモニタリングされ、使用指針を逸脱した症例に対して適宜、介入や指導が行われている。手術時予防的抗菌薬は、クリニカル・パスにより診療科ごとに推奨抗菌薬の投与が行われている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、地域医療連携推進課が中心となり広報誌の発行やホームページの管理などが行われている。広報誌には病院からのお知らせ、診療科の担当医師や診療内容の紹介のほか、医療に関するタイムリーな情報も掲載されている。地域の医療機関との連携は地域医療連携室が中心となり、医療機関の機能やニーズの把握、連携登録医療機関への訪問や情報発信が行われている。また、地域医療連携室にダイレクト回線が設置され、紹介元への迅速な受診報告を行うなど、紹介患者の受け入れ管理が行われている。地域に向けた医療に関する教育・啓発活動については、市民公開講座の開催と併せて、動画配信サービスによりがん治療や認知症の予防、最新の心臓手術などの動画を配信し、地域住民が医療活動に身近に触れられるように取り組んでいる。さらに、検診センターでは人間ドックや脳ドック、がんドック、保険組合の健康診断が実施されるなど、地域の健康づくりと疾病の予防に寄与する活動が行われている。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に関する情報がホームページにわかりやすく掲載されており、外来フロアではサポートが行われて円滑な受診に努めている。外来診療では、患者に関する情報が問診票により収集されて共有され、担当医が必要に応じて上級医や他科医に相談できる体制が確立されている。診断的検査の必要性の判断、侵襲的検査の説明と同意取得、観察と記録は適切に行われている。入院の決定は医師により医学的判断に基づいて行われ、入院診療計画書は多職種により作成されており、患者・家族に説明のうえ同意が得られている。医療相談では、医療ソーシャルワーカーによる多様な相談への対応が行われている。入院後はオリエンテーションを行い、適切な病室確保に努めている。

医師や看護師の病棟業務は適切に行われている。内服薬や注射薬の投与は、薬剤師の関与のもとに確実・安全に実施されている。輸血療法はガイドラインに基づいて実施されているが、同意書の記載内容の充実を期待したい。周術期においては、手術適応や術式選択、説明と同意の取得、合併症予防策などが適切に実施されている。重症患者の管理は、病態に応じて必要な診療・ケアが行われている。

褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事支援、症状緩和については、多職種と情報共有しながら適切に行われている。リハビリテーションは、必要性和リスクなどについて患者・家族へ説明のうえ同意を得て、入院早期から安全に実施されている。身体拘束は、身体抑制対応マニュアルに沿って行われている。退院支援は、多職種カンファレンスで退院後の方向性や支援内容が検討されている。継続した診療・ケアの実施、ターミナルステージの対応は適切に行われている。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、処方鑑査や調剤鑑査、疑義照会、持参薬の鑑別等が手順に則り行われている。臨床検査機能は、診療機能に応じた検査や内部・外部精度管理が行われ、パニック値については、迅速かつ確実に医師に伝わる仕組みを構築してい

る。画像診断機能は、24 時間体制でタイムリーな撮影が行われているなど適切である。栄養管理機能についても、HACCP に基づいた管理が行われており適切である。リハビリテーションは、早期から開始され、プログラムに沿って 365 日実施されている。診療情報管理機能は、1 患者 1ID 番号による管理や診療記録の量的点検が行われているなど適切である。医療機器は、臨床工学技士により一元管理され、日常点検や定期点検が適切に行われている。洗浄・滅菌業務は中央化され、洗浄の質保証や滅菌の精度保証が確実に実施されているが、単回使用医療機器の適正使用に向けた検討を期待したい。

病理診断機能は、テレパソロジーも導入して診断が行われ、標本の保管や薬品類の管理も適切である。放射線治療機能は適切に発揮されている。輸血・血液管理は、輸血療法委員会を隔月で開催し、血液製剤の使用状況や副作用の発生などを検討している。手術・麻酔機能は、スケジュール管理や清潔管理、術中管理なども適切である。集中治療機能は入退室基準が遵守され、多職種の積極的な関与があるなど適切である。救急医療機能では、機能に見合った体制が整備されており、地域の救急医療を支える機能が発揮されている。

## 10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、法人本部が示す中期計画の方針に基づいて事業計画が策定され、会計処理が適切に行われて経営状況の分析や課題の抽出がなされ、公認会計士による会計監査が実施されている。医事業務では、レセプトの点検や返戻・査定の対応、窓口収納業務、未収金への対応などが適切に処理されている。業務委託については、業務日誌等で業務の履行状況が確認され、委託業者との協議などで業務の質の確保等が行われている。

施設・設備管理は、年次保守点検の計画に沿った対応が行われ、設備故障時などの緊急連絡体制も整備されている。購買管理については、診療材料等は、必要性や安全性、規格などの検討を経て調達され、物流・在庫管理には医療材料物流システムが導入されているほか、高額医療機器等は組織的に検討されている。

災害時等の危機管理では、災害時対応マニュアルや大規模災害対策マニュアルが策定され、緊急時の連絡・責任体制が整備されている。避難訓練の実施や非常用発電機の整備、非常用食糧の備蓄なども取り組まれ、災害発生時に迅速に対応できる体制が整備されている。保安業務は、防災センターに人員を配置し、定期巡回や防犯カメラによる監視、時間外・休日の出入口の保安対応などが行われている。

# 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	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	患者の個人情報適切に取り扱っている	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	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
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	B
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	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	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	栄養管理と食事支援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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	B
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
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	B

#### 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	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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	A
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	A
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	A
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 購買管理を適切に行っている A

---

## 4.6 病院の危機管理

---

4.6.1 災害時等の危機管理へ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

---

年間データ取得期間： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2023 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： 社会医療法人北斗 北斗病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 北海道帯広市稲田町基線7-5

## 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	267	267	+50	62.1	10.9
療養病床	0	0	-50	0	0
医療保険適用	0	0	-50	0	0
介護保険適用	0	0	+0	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	267	267	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	6	-2
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	12	+3
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	21	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	50	+4
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	0	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

## I-1-7 病院の役割・機能等

地域医療支援病院, DPC対象病院 (DPC標準病院群)

## 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： 3 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

## -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

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2022	2021	2020	2022	2021
1日あたり外来患者数	181.52	192.39	187.45	94.35	102.64
1日あたり外来初診患者数	11.52	12.49	12.57	92.23	99.36
新患率	6.35	6.49	6.70		
1日あたり入院患者数	165.97	151.82	193.89	109.32	78.30
1日あたり新入院患者数	15.24	14.65	15.92	104.03	92.02