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 22 日～10 月 23 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

5 市町村が共同して運営する公立病院である貴院は、急性期医療から回復期、在宅療養支援まで、幅広い役割を担っている。人口減少と高齢化が進行する地域にあって、求められる医療機能に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の整備に向けた取り組みも進められている。5 カ年にわたる経営強化プランを策定し、経営の安定化に努めるとともに、病院機能評価の継続的な受審を通じて、機能的・質的な改善に努力している。以下に今回の審査の総括を述べる。本報告書と併せて、今後の貴院の発展に少しでも役立てば幸いである。

２．理念達成に向けた組織運営

理念、基本方針を設定し、5 カ年にわたる経営強化プランを策定して運営している。電子カルテの掲示板や業務用ネットワークを用いて、必要な情報を速やかに共有している。病院全体の毎年の計画の達成状況を評価しており、部門・部署の年間目標も設定している。電子カルテを導入し、ネットワークセキュリティについては BCP を作成して対応している。法人の文書管理規程に則り、総務課総務係が文書管理担当部署となっている。人材確保計画を立て、院内保育所の開設や奨学金制度など、積極的な募集活動を展開している。人事労務管理に関する各種規程は整備されており、職員はいつでも閲覧が可能である。衛生委員会は、構成メンバー、開催頻度等、法令に沿って実施されている。職員満足度調査を実施し、職員の意見・要望を把握しており、対応実績もある。人材計画・育成検討委員会が職員の教育・研修を管理している。必要な教育研修については、年間計画を立て、受講状況を一元的に把握・管理し、全職員の受講を促すことが望まれる。一部の職種では臨床能力の評価を行っているが、病院としての臨床能力開発の推進に期待したい。職種ごとに

初期研修のプログラムを設けて新人教育を行っている。医学生、看護学生のほか、コメディカルについても学生の実習を受け入れている。

３．患者中心の医療

「患者の権利と責務」および「子供の権利条約」を明文化し、ホームページ等に掲示している。診療録は原則全開示の方針である。同意に関する方針・基準・手順を定め、診療録情報管理委員会が審査・承認・管理している。医師の説明時には看護師が同席し、記録している。ホームページに、患者さんと医療者とのパートナーシップ宣言として、患者・家族が医療に主体的に参加し、医療者と良い信頼関係を保つことが大切であると示している。正面玄関ロビーに患者相談のカウンターを設け、保健医療連携室の看護師、MSW が中心となって患者相談に対応している。研究目的等での患者の診療情報の利用については、倫理委員会の承認を得て、情報管理係がデータを作成し、提供している。倫理委員会は、臨床倫理に関する方針および規程を整備している。輸血拒否患者への対応については、具体的に行動可能な病院の方針を定めることを期待する。患者・家族の倫理的課題は、看護師が議題にあげ、各部署で倫理検討カンファレンスを実施している。現場で解決困難な課題は、倫理委員会に諮ることができる。

患者用、障害者用、職員用の駐車場が整備され、館内はバリアフリーで、外来、入院ともフリーWi-Fi が利用可能である。デイルームや病室の窓から望むオホーツク海の壮大な景観は、患者・家族の癒しとなっている。トイレや浴室の利便性・清潔性・安全性は確保されている。敷地内禁煙で、禁煙外来がある。今年度に禁煙教育の実施が予定されている。職員の喫煙率の低減が期待される。

４．医療の質

業務調整委員会がタスクシフト等を検討している。各部署の業務改善活動の報告を集約し、継続的に検討する体制を作るとなおよい。各種立ち入り検査には迅速に対応している。毎週、各科で多職種を含めた症例検討会が行われている。診療ガイドラインは電子カルテで閲覧可能である。クリニカルパスのさらなる有効活用や、臨床指標を用いた質改善の PDCA サイクルの確立が期待される。毎月開催される医療サービス向上委員会で、患者ご意見箱への対応、外来待ち時間対策、接遇、患者・職員満足度調査の実施と分析などが行われている。新たな診療・治療方法などの導入に際しては、倫理委員会に申請して承認を得る手続きとなっているが、導入後のモニタリングに関する規定がないため、導入後の安全性評価に関するルールの策定が望まれる。

責任医師・看護師および部署のスタッフ名を列記して掲示している。病棟担当の薬剤師と管理栄養士も担当者として列記しておくとなおよい。電子カルテを使用し、回診記録をはじめ必要な記録は適時に記載されている。診療記録の質的点検を行い、退院サマリーも迅速に作成している。多職種によるチーム医療は良好に行われている。各病棟の多職種カンファレンスに、消化器内科・外科の医師が参加して治療方針を検討するなど、医師間の連携も図られている。

５．医療安全

医療安全推進委員会が事故防止対策の検討と対応方法の決定を行い、安全管理委員会が決定された方針のもとで具体的な対応を実行し、セーフティマネジャーが事故防止に努めている。アクシデント・インシデント報告は、医療安全管理者が毎日集計し、安全管理委員会で検討している。事故発生時の対応は、フロー図にわかりやすくまとめられている。原因究明と再発防止の検討を行う事故調査委員会がある。

患者確認は、患者自身に名乗ってもらうことを原則としている。マーキングは、実施するタイミング、部位、印について、標準化できるものは統一するとよい。医師の指示出しから実施に至る過程、および指示の中止・変更への対応は適切である。パニック値の対応についても適切に行われている。麻薬の保管・記録・運用は適切である。薬剤の相互作用、アレルギーなどは電子カルテで管理している。転倒・転落リスクを評価し、危険度Ⅱ以上の患者は床頭台に表示して多職種で共有し、発生率の低減に努めている。医療機器使用マニュアルを整備し、機器管理システムで点検や使用状況を管理している。新人教育や新規医療機器の導入時には研修を行っている。コードブルーを設定し、24 時間対応している。全職員を対象とした BLS 実地訓練を実施し、職員全員が受講している。

６．医療関連感染制御

院内感染対策委員会が毎月開催され、その中の ICT が中心となり感染対策を実施している。手指衛生・環境ラウンドを行い、詳細なマニュアルを整備・改訂している。感染制御部門を独立した部門として組織的に位置づけることが望まれる。感染状況は検査科から ICT 内で共有され、委員会に報告している。薬剤耐性菌や新型コロナウイルス感染症に関する情報は、ICT ニュースで配信している。JANIS にも登録しており、ターゲットサーベイランスのベンチマークとの比較も行われている。

「感染防止マニュアル」に基づき、感染経路別予防策や標準予防策を実施している。感染性廃棄物と汚染リネンは、発生場所で速やかにビニール袋に密閉して処理している。患者の感染症に対して病室に感染症マークを表示しているが、感染経路別に識別できる表示にするとさらによい。抗菌薬の採用・削除は、薬事及び麻薬等取扱委員会で決定している。院内における分離菌の感受性パターンは週報でまとめられ、ICT に報告する仕組みとなっている。特定抗菌薬は届出制であり、使用状況・投与期間は AST で集計し、委員会に報告している。

７．地域への情報発信と連携

広報委員会が毎月開催され、所管事務は経営企画係が担当している。委員会では、ホームページ、広報誌、その他の広報活動について検討し、直近では、ホームページへの病院紹介ビデオの掲載や広報誌のペーパーレス化などが検討されている。広報誌は年 2 回発行している。ホームページでの診療機能や診療科ごとの診療実績の発信は、さらなる充実が期待される。保健医療連携室に退院支援看護師 2 名、MSW4 名、事務 1 名が配置され、前方・後方連携に対応しており、連携医療・

介護・福祉施設の機能等の情報を収集して整備している。連携医療機関に対し、病院長を含めて訪問し、連携上の問題点の把握等、良質・良好な医療連携に努めている。地域の医療機関からの患者紹介に対する返書管理の強化を図ることが望まれる。

市民公開講座および周産期センターによる講演は毎年実施されている。健康診断は、一般健康診断、人間ドック、生活習慣病予防健診、乳がん検診、肺がんCT検診、お手軽脳ドックなどが行われている。ホームページに院内・院外活動が掲載されているが、開催案内を早めにわかりやすく発信するとよい。

８．チーム医療による診療・ケアの実践

診察呼び出し番号を確認できるアプリを導入している。外来診療では、問診票を用いて誤認防止に努め、安全な診療を実施している。診断的検査の必要性とリスクは医師が適切に説明し、実施している。入院の必要性を医学的に判断し、入院を決定している。医師は看護師と協働して迅速に入院診療計画書を作成している。相談内容に応じて、適任者が適切に相談対応している。外来と病棟の看護師が連携し、円滑な入院に努めている。主治医は毎日回診し、多職種と協働して診療を行っている。看護計画はヘンダーソンの看護理論に基づき立案し、患者ニーズに対応している。抗がん剤や抗菌薬投与時は、患者の状態観察を行い、安全を確認している。輸血・血液製剤は「輸血療法マニュアル」を整備し、安全な投与に努めている。手術・麻酔の説明を行い、同意を得たうえで、合併症予防等の安全に配慮している。重症患者は重症個室または観察室で、生体モニターを用いて管理している。

看護部では褥瘡予防の徹底に取り組み、新規発生率は年々減少傾向にある。入院時に全患者に栄養スクリーニングを実施し、毎日の昼食時にミールラウンドで喫食状況を把握している。症状に応じた評価スケールを用いて、症状緩和に努めている。主治医のリハビリテーション処方に基づき、療法士が実施計画を立て、評価・見直しも行っている。身体拘束の三原則を厳行し、患者の人権と尊厳に配慮している。患者の意向を尊重し、在宅支援につなげている。在宅療養に移行するケースが多く、多職種カンファレンスで必要なケアについて検討している。ターミナルステージの判断は、多職種カンファレンスで決定している。

９．良質な医療を構成する機能

処方鑑査、疑義照会、調剤鑑査は適切に行い、注射薬の病棟への払出しは１施用ごとである。臨床上必要な検査項目の実施が可能であり、パニック値報告、検査の精度管理、検体の取扱いも適切である。既往歴、アレルギー歴、血液データの事前チェックなど、画像診断オーダーから撮影に至る過程は適切である。食材の検収から一連の調理業務はワンウェイで行われ、衛生面への配慮がなされている。入院患者を中心に、適切な計画に基づいたリハビリテーション訓練が行われている。スタッフ間の情報共有も良好である。診療情報管理は、タイムスタンプを取得し、電子情報を原本として管理している。機器管理システムを活用して台帳を作成し、医療機器を一元的に管理している。ボウィー・ディックテストを毎日実施し、各種イン

ディケーターで滅菌の質保証をしている。

病理診断は全件外部委託であるが、迅速診断はテレパソロジーで実施している。輸血製剤の発注から廃棄までの過程は、マニュアルに沿って適切に行われている。手術スケジュール管理、清浄度管理は適切に行われ、麻酔科医が安全に配慮して退室を判断している。救急部門は各科の医師が持ち回りで担当し、地域の二次救急病院として救急疾患に対応している。

１０．組織・施設の管理

予算を編成し、執行状況を毎月管理している。病院会計準則に基づく会計処理を行い、財務諸表を作成している。財政収支分析を行い、経営改善の手立てを検討している。受付から会計までの流れは適切である。保険請求に対する査定・返戻は、保険診療委員会で検討し、再請求に努めている。施設基準は、人員異動に伴い確認を行っている。委託業務の実施評価は担当部署が行っている。委託業務従事者も、病院が実施する医療安全等の教育研修を受講している。事故発生時の対応手順は定められている。

施設用度課が担当し、施設・設備の長寿命化計画に則って保守点検を実施している。医療ガス安全管理委員会は毎年開催され、麻酔科医が委員長を務めている。医薬品は薬事および麻薬等取扱委員会、医療消耗品は医療材料管理委員会で検討して購入している。医療機器は、3 年間の調達計画を立て、予算に組み込んでいる。建物は免震構造で、高台に立地しているため、海が近いが津波や水害のリスクは小さい。災害、パンデミック、情報セキュリティに対する BCP が作成されている。保安業務は委託されており、施設用度課が所管している。夜間の出入り口は施錠され、入館者はインターホンで連絡して解錠してもらい、来館目的等を記帳し、入館証を受け取っている。

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	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	B
1.1.5	患者の個人情報を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	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	B
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
1.3.3	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	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	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	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	B
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	A
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	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	B
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	B
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	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	栄養管理と食事支援を適切に行っている	B
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	B
2.2.18	身体拘束（身体抑制）の最小化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	B
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	B
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	
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	B
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	B
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	B
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	B
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	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	B
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： 2024 年 4 月 1 日 ～ 2025 年 3 月 31 日
時点データ取得日： 2025 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 ： 広域紋別病院

I-1-2 機能種別 ： 一般病院2

I-1-3 開設者 ： 都道府県

I-1-4 所在地 ： 北海道紋別市落石町1-3-37

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	148	111	+0	70.8	18.4
療養病床			+0		
医療保険適用			+0		
介護保険適用			+0		
精神病床			+0		
結核病床			+0		
感染症病床	2	2	+0	36.6	6.3
総数	150	113	+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	12	+6
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	18	+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		
地域包括ケア病床	20	+0
特殊疾患入院医療管理料病床		
障害者施設等入院基本料算定病床		
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),へき地拠点病院,エイズ治療拠点病院,DPC対象病院(準備病院),地域周産期母子医療センター,在宅療養支援病院

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

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	0	0.3	6.25	1.89	0.00	0.00	4.54	0.00	20.84	0.00
循環器内科	0	0.98	23.70	7.15	0.00	0.00	0.95	0.00	24.19	0.00
消化器内科（胃腸内科）	2	0.53	19.21	5.80	5.11	6.39	5.27	0.00	7.59	2.02
腎臓内科	0	0.3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
血液内科	0	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
皮膚科	0	0.1	7.38	2.23	0.00	0.00	15.83	0.00	73.83	0.00
小児科	3	0.2	54.12	16.34	4.26	5.33	31.35	0.00	16.91	1.33
精神科	1	0.1	21.29	6.43	0.00	0.00	2.53	0.00	19.36	0.00
心療内科	0	0	0.00	0.00	3.28	4.10	0.00	0.00	0.00	0.00
外科	2	2.67	14.95	4.51	31.13	38.93	8.86	6.54	3.20	6.67
乳腺外科	0	0	1.36	0.41	0.00	0.00	14.80	0.00	0.00	0.00
泌尿器科	0	0.35	8.64	2.61	0.00	0.00	4.53	0.00	24.68	0.00
整形外科	2	1.22	45.10	13.61	21.66	27.09	11.37	0.00	14.01	6.73
眼科	0	0.85	30.11	9.09	1.10	1.38	9.48	0.00	35.42	1.30
耳鼻咽喉科	0	0.44	24.75	7.47	0.00	0.00	17.54	0.00	56.26	0.00
産婦人科	1	0.93	9.21	2.78	0.23	0.29	21.84	0.00	4.77	0.12
麻酔科	1	0.35	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
救急科	0	0.52	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
総合診療科	1	2.25	37.59	11.35	13.19	16.49	20.67	0.00	11.57	4.06
脳神経内科	0	0.15	3.47	1.05	0.00	0.00	1.42	0.00	23.16	0.00
人工透析	0	0	24.14	7.29	0.00	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00
研修医										
全体	13	12.29	331.29	100.00	79.98	100.00	13.37	16.81	13.10	3.16

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)	2024	2023	2022	2024	2023
1日あたり外来患者数	331.29	343.48	342.72	96.45	100.22
1日あたり外来初診患者数	44.28	50.86	0.44	87.06	11,559.09
新患率	13.37	14.81	0.13		
1日あたり入院患者数	79.98	77.98	71.88	102.56	108.49
1日あたり新入院患者数	4.77	4.74	4.77	100.63	99.37