

# 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 7 月 9 日～7 月 10 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 2011 年に道からの移管を受けて設立され、現在は急性期医療を担う機関として良質な医療の提供に努めている。地域における自院の役割・機能を明確にして連携機能を高め、地域医療に貢献し信頼を得られていることは、高く評価される。特に病院の機能水準を高めるために、病院幹部はもとより職員自らが「考え、実践する」風土が定着しつつあり、理念達成に向けた取り組みが展開されている。

この度の病院機能評価受審にあたり、早期から業務の改善に向けた取り組みが行われており、多くの項目が一定の水準に達していると評価された。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、どのように改善していくのかを含め、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が今後も期待される。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針が明文化され、良質で安全な医療の実現など患者中心の医療を目指す病院としての精神が堅持されている。病院管理者・幹部は、患者中心の医療を実現するために改革プランを作成し、年度ごとに評価を行い経営の安定と機能の向上を図っている。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している。また、研究・研修など専門性の向上に向けても指導力を発揮されている。病院の将来に向けて課題を明確にし、人材の育成など、次の世代を見据えた組織的な取り組みが行われている。情報管理担当者が配置され、情報を管理・活用するための規程の策定、データの真正性や見読性など統合管理への取り組みも明確に行われている。文書管理も適切に行われている。

地域の急性期医療を担う中核的な機関として、必要な人材の確保や育成に努力している。特に、医師の確保には特段の配慮がなされており、成果も見られる。人事・労務管理は、病院企業団の各種規程に基づき適切に行われている。衛生委員会の設置・活動は行われており、産業医による職場巡視のほか、定期健康診断の実施、職業感染防止に向けた予防接種の実施検討や、職員の精神的なサポートへの取り組みなどが実施されている。職員満足度調査やアンケート調査を実施し、意見や要望に基づいた福利厚生の実施に努めている。また、ワークライフバランスなどの取り組みも積極的に行っている。

全職員を対象とした教育・研修への取り組みは、人材計画・育成委員会が年間計画を策定し「医療安全」「感染管理」を中心に教育・研修が行われている。院外への研修についても奨励されている。職員個別の能力の把握と開発については、全職員の評価制度の導入が検討されているので、人材育成型の制度の確立が期待される。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、HP上に掲載されている。説明と同意に関する方針は明確であり、書式や説明内容は統一されている。看護師が同席のもと説明・同意が実施されている。また、患者の反応について、電子カルテ上のシステムを利用して共有しやすくする工夫をしている。セカンドオピニオンについても適切に取り組まれている。入院のご案内、問診票等を用いて患者と診療情報を共有し、患者の医療への参加を促している。相談機能は患者の病態に沿った取り組みが適切に行われている。患者の個人情報保護に関する方針が定められ、マニュアルに沿って適切に管理され、患者のプライバシー保護にも適切に取り組んでいる。

臨床倫理への対応として、病院長直轄で倫理委員会を設置し、幹部会議の内部委員会として月1回開催している。臨床倫理に関する方針なども整備され、倫理的課題に対応した事例の検討が組織的に行われている。また、部署で倫理課題が発生した際は、職員が所属長に相談し、病棟カンファレンスや週1回開催の多職種が参加する院内カンファレンスなどで検討している。

公共交通バスの停留所が設置されている他、交通弱者に対し無料送迎バスを運行するなど、利便性に配慮している。また、冬期は除雪、融雪など特段の配慮がなされている。院内はバリアフリーとなっており、身障者用駐車場も確保されている。高齢者や障害者にも配慮しており、各トイレ、廊下等には手摺りが取り付けられ、洗面所も利用しやすくなっている。病院内には、診療・ケアに必要なスペースが確保され、清潔・安全性・利便性が確保されている。デイルームや病室は採光が良く、窓からの景色は患者へ癒しを提供し、療養環境は適切である。敷地内禁煙を実現しており、受動喫煙防止に向けた対応は適切である。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見収集は、患者満足度調査および意見箱により行われている。意見は、医療サービス向上委員会や関係部署で対応策を検討されており、回答も掲示されている。診療の質向上に向けて、多職によるカンファレンスや画像カンファレンスなどが開催されている。業務の質向上は、多職種で構成された医療サービス向上委員会が組織横断的な活動に取り組んでいる。新たな検査の導入は、病院としての導入方針が明確に示されており、遵守されている。

病棟入口に、病棟担当の医師・看護師等の全員の氏名が明示され、診療ケアの責任体制は明確になっている。また、責任者や主治医は毎日病棟内ラウンドを実施し、診療やケアの実施状況の把握を行っている。診療録の質的点検を2020年2月より開始しているので、今後も継続して取り組まれることを期待したい。他職種協働においては、NST・ICT・褥瘡委員会責任者が部署の相談や回診を行い、治療・ケアに介入している。また、週1回開催する院内カンファレンスでは医師・看護師・薬剤師・PT・栄養士等の多職種が参加し、患者情報を共有し、個別の診療・ケアに繋げている。

#### 5. 医療安全

病院長直轄で「医療安全室」が設置され、兼任の医師・薬剤師、専任の医療安全管理者等が配置されている。安全管理上の問題発生時には、所属長への連絡体制が整備され、各部署のセーフティマネージャーが対応している。医療安全室ではカンファレンスや、医療安全推進委員会を含む5つの委員会で対策等の立案・振り返りが実施されており、安全確保に向けた体制は適切である。「インシデント・アクシデント報告」が安全管理室に提出され、専任の医療安全管理者が毎日の集計と現場確認を行っている。報告されたインシデント等は、医療安全室カンファレンスや関連委員会等で多職種により検討し、対策に繋げている。分析は分析ソフトを用い、主にRCAを活用し、振り返りと予防に向けた対策が策定されている。院外の安全に関する情報提供や地域関連病院との連携もあり適切である。

誤認防止対策は、患者に名乗ってもらうことを基本に、バーコード認証やタイムアウト等を確実に実施している。部位確認やチューブ誤認対策も安全対策マニュアルに基づいて行われている。医師の指示、看護師の指示受けは電子カルテ上で適切に行われている。病棟での薬剤管理も適切である。転倒・転落防止対策は、危険度評価を全ての入院患者に実施し、介入計画を立案している。医療機器については中央管理化しており、臨床工学技士がマニュアル整備や研修計画に積極的に関与している。患者の急変時には院内緊急コードにより、職員が参集する仕組みがある。

#### 6. 医療関連感染制御

院長を委員長とする院内感染対策委員会が毎月開催されており、看護部にリンクナース委員会が設置されている。また、各種感染制御マニュアルが整備されている。微生物サーベイランス、目的別サーベイランスが適切に行われ報告されている。感染症サーベイランスの結果は週間レポートして委員会に報告されている。

医療関連感染の制御については、マニュアルに基づいた対応が各部署で実践されている。各部署には個人防護用具が配備され、汚物処理対応や汚物リネンの取り扱いも適切である。また、徹底した手指消毒の実施に努めており、感染症等への対策もポスター表示や注意喚起を職員や患者へ行っている。抗菌薬適正使用基準が定められ、特殊な抗菌薬は届け出制で使用されている。アンチバイオグラムが作成され、活用されている。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信はホームページをはじめ病院案内、入院案内、広報誌など多くの情報が良く検討され、発信されている。必要に応じた更新もなされ、診療実績や臨床指標なども分かりやすく発信されている。早期から地域医療に取り組んでおり、保健医療連携室が中心となって紹介患者の受け入れと情報提供などを行っている。

地域連携に必要な情報は、医療圏内の医療情報ネットワークや地域の連携会議などで収集され、連携する医療や介護施設・薬局等との情報交換や情報共有がなされており評価できる。

地域に向けた医療に関する教育・啓発活動は、健康増進活動や健康講座など頻回に行っており、医師をはじめ多くの職種が参加している。医療・福祉機関向けには毎年地域看護研修会、地域感染管理カンファレンスなど、地域住民も参加できる講座も開催している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報などの案内はホームページなどで分かりやすく案内されており、来院した患者は速やかに受診できる体制が整っている。外来診療部門も適切に運営されている。入院の決定にあたっては、医師が患者・家族に入院の必要性を説明したうえで、同意を得て決定している。複数医師が在籍する診療科は診療科部長が入院・主治医を決定している。情報提供書、外来での病態、症状等の診断評価に基づいて迅速に入院診療計画書が交付されている。入院中の患者・家族からの相談事項は、病棟担当にMSWが配置されており、毎日、看護師等と情報を共有して対応している。総合案内受付で、外来患者・家族からの相談を受け、適任の専門職者に振り分け対応している。

医師は主治医制を採用しているが、回診はチーム制で部長医師を含む全員で毎日行っている。回診後の診療録の記載も的確に行われている。固定チームナーシング・継続受け持ち体制等を取り、患者の日常生活の把握、身体面・心理面・社会面の把握や援助を行っている。注射薬は個人別1日分で1施用毎に搬送されている。内服薬は薬局で服用時ごとに仕分けされており、高齢者には対面で飲み込みを確認している。輸血の必要性は主治医が判断し、必要性を患者・家族へ説明したうえで同意を得て実施されている。実施前・中・後のバイタルサインは電子カルテに記載している。手術は、主治医により説明がなされ、患者・家族の同意を得たうえで実施されている。麻酔は麻酔科専門医の説明と同意の下で実施されており、麻酔科

医、手術室看護師による術前、術後訪問が実施されている。重症患者は、スタッフステーション内の重症観察室で、診療・ケアが行われている。

褥瘡のリスク評価が全患者に実施され、評価結果に基づいて診療計画書が作成されている。NST が褥瘡回診も週 1 回実施し、適切なケア管理がされている。栄養管理については、管理栄養士が入院患者に対し入院当日または翌日に面談を行い、栄養管理計画書の作成や医師・看護師へ報告がされている。症状緩和は、終末期医療マニュアルなどに則り実施され、疼痛レベルは NRS での評価等を使用し症状緩和に努めている。主治医からのリハビリテーション依頼により、リハビリテーションが実施され、必要性や目標設定、具体的な訓練の内容、リスク等が説明されている。身体抑制は基準に沿って適切に実施され、抑制開始時から看護計画を立案している。カンファレンス等で抑制解除を検討し、早期解除に向けて介入をしている。入院早期に退院支援スクリーニングを行い、退院支援看護師や社会福祉士による介入を行う体制が整えられている。ターミナル患者に関しては、各種マニュアルを遵守して、誠実に対応している。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、薬剤管理指導、処方鑑査と疑義照会、調剤と鑑査などいずれも適切に行われている。採用医薬品は適宜見直しを行っており、削減に努めている。検査機能は検体検査・生理検査ともに適切に発揮されている。画像診断機能は、遠隔診断で外部の医療機関に依頼している。月 1 回オンライン上でカンファレンスを開催しており、技術的な指導も受けている。

栄養管理機能は全患者に栄養アセスメントが実施され、患者の特性や嗜好が把握されている。また、患者個々の摂食機能については NST も介入し、個別対応が行われている。行事食への取り組みや季節食などを定期的の実施するなど、配慮されている。リハビリテーション機能は、理学療法士 5 名で実施されている。リハビリテーション総合実施計画書が作成され、患者・家族の要望も記載されている。中止基準も明確にしており、遵守されている。診療情報管理は診療録が電子化されており、紙媒体の過去診療記録も一元管理されている。医療機器管理機能は、臨床工学技士 7 名が業務を分担し、管理している。人工呼吸器をはじめ、医療機器は中央管理され、保守点検が行われている。洗浄・滅菌機能は、中央材料管理室により洗浄・滅菌の一元化が図られている。看護師長・副看護師長を配置し、洗浄・滅菌についての学習会を行い、専門資格も取得している。日々の滅菌保証やリコール手順も明確化されている。

病理診断機能は全例外部委託で行われており、病理報告書は臨床検査室を経由して依頼医に方向されている。術中迅速病理検査も遠隔診断で行われている。輸血血液の発注・保管・払出・廃棄業務および保冷库の温度管理は適切に行われている。常備輸血用血液は、緊急時に備え最低限確保している。手術・麻酔機能は、タイムアウトを麻酔導入前、執刀前、退出時に行い、結果を術中看護記録に記載して適切に行われている。救急医療機能は地域医療の中心的役割を担っており、適切に機能が発揮されている。

## 10. 組織・施設の管理

財務経営管理は、各部門とのヒアリングに基づく予算の作成と執行が適切に行われている。会計処理は病院会計準則に基づいて実施され、財務諸表も作成されている。会計監査の仕組みもあり、経営健全化推進委員会において達成度を評価する仕組みもある。医事業務の手順は確立されており、レセプトの査定状況も医師の関与の下、適切に取り組まれている。業務の委託については、業務内容や価格などを考慮し適切に業者選定がなされている。

施設・設備の管理は適切に行われている。エネルギーや防災システムは全体を監視する機能を有している。感染性医療廃棄物の処理についても適切に行われている。物品管理については、医療衛生材料はSPD管理となっている。現場の意見を聞きながら購入・管理にあたっており、棚卸も毎月行われている。

火災を想定した対応マニュアルの策定と訓練が行われており、地震など大規模災害に向けた対応は紋別市と連携した防災計画が検討されている。停電時の対応についても適切である。病院は災害拠点病院であり、DMAT研修も終了しているなど評価できる。食料や飲料水の備蓄は現在3日以上が確保されている。保安業務は昼夜間の緊急時の連絡・応援体制は明確に整備されており適切である。また、施錠や出入りのチェック、夜間の院内の巡回も適切に実施されている。医療事故への対応は、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、速やかに状況が掌握・対応でき、患者・家族への説明なども慎重に行われ、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。

## 11. 臨床研修、学生実習

看護部門は新人研修プログラムに沿って研修が行われている。また、教育指導者についてはプリセプター研修、アソシエイト研修も行われている。学生の実習の受け入れは医学生、看護、社会福祉学科など各学校からの受け入れが行われ、学校との協定に基づき医療安全や感染制御なども適切に実施されている。

# 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・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	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	B
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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	B
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： 2018 年 4 月 1 日 ～ 2019 年 3 月 31 日  
 時点データ取得日： 2019 年 11 月 30 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	+10	63.5	10.3
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	2	2	+0	0	0
総数	150	113	+10		

## 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	6	+0
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	+10
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)、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

## 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

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
	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	323.84	356.22	351.19	90.91	101.43
1日あたり外来初診患者数	47.14	50.22	54.16	93.87	92.73
新患率	14.56	14.10	15.42		
1日あたり入院患者数	66.69	67.28	64.68	99.12	104.02
1日あたり新入院患者数	4.59	4.73	4.06	97.04	116.50