

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12月12日～12月13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 条件付認定（6ヶ月）

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院2
 1. 退院時サマリーの確実かつ迅速な作成に努めてください。（2.1.2）

1. 病院の特色

貴院は1987年11月に開院し、急性期病院として地域における急性期医療ニーズに応えてきた。その後、2006年に一般病棟入院基本料10対1（200床）を取得し、地域のニーズに応えるべく、急性期医療を中心に透析治療も行っている。2019年には病床数を200床から199床へ変更し、2020年に地域包括ケア病床を開設することで、地域の高齢者の在宅療養支援を拡充した。2023年には訪問看護を開始し、退院後の生活も含めた地域での生活を支える仕組みの拡充を図ってこられた。診療機能の強化も図ってこられ、救急の受け入れ体制も整備し、急性期医療に積極的に取り組むとともに、地域における医療・介護との連携を促進させ、この地域における地域医療提供体制の推進における重要な役割を担っている。地域の住民をはじめ、関係医療機関、介護施設、地域包括支援センターも含めた様々な機関との連携も積極的に推進している。

今回の受審においては、病院長をはじめ病院幹部の強いリーダーシップのもと、改善が組織風土として確立し、病院の質向上に取り組まれていることが随所で確認できた。組織的かつ継続的な改善活動を積極的に展開され、地域ニーズに応える姿勢は大いに評価できる。今後とも地域住民・患者の医療ニーズに応える医療提供体制の整備・充実に向け、一層の取り組みがなされることを期待したい。地域住民と関連する医療機関からの多大なる信頼と期待に応えながら、貴院が益々発展されることを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念、基本方針を策定し、掲示や職員研修での講義など院内外に周知してい

る。理事会を病院の意思決定機関として、課題の把握と方針の協議、決定が行われている。年次事業計画が策定され、各部門の目標、個人目標が立案される仕組みとしている。病院情報システム運用管理規定に基づいた情報の管理により、真正性・保存性を担保している。文書管理規定を定め、起案から決裁、承認、保存の仕組みを整備している。

医療法、施設基準などに必要な人員を確保し、各職種の採用活動を積極的に実施している。就業規則をはじめとした給与規定、法律に基づく各種規定を整備している。衛生委員会の設置、定期的な開催による課題の対応により、職員の労働安全衛生へ対応している。定期的な職員やりがい度調査の実施などにより職員の意見、要望を収集している。

教育推進委員会が年間研修計画を立案し、実施管理を行っている。今後、他の必要性の高い研修の計画的な実施の検討を期待したい。各職種がそれぞれの専門職のラダーに沿った能力評価、開発を行っている。各職種、初期研修プログラムを整備し、計画的な教育を行っている。指導者研修も実施し、看護師や療法士をはじめ、多職種の実習を受け入れ、カリキュラムに沿った実習を行っている。

3. 患者中心の医療

患者さんの権利を明文化し周知している。請求に従い診療情報開示を行っている。「説明と同意に関するガイドライン」を作成し、説明の範囲を明確にしている。「心臓病教室」を隔月で開催するなど医療への患者参加の取り組みは適切である。患者相談窓口として患者サポートセンターを設置し、看護師のセンター長を専従で配置し、対応の手順に沿って、多職種で連携し対応している。患者の個人情報、個人情報保護に関する規定、個人情報保護マニュアル、医療情報システム運用管理規定により病院として保護する体制を整備している。「臨床倫理規程」を定めているが、研究倫理と臨床倫理を分けた規定を期待したい。

院内はバリアフリーとなっており、駐車場の設置、喫茶室や売店の設置、入院セットの準備など来院、入院生活に配慮している。療養環境は、温度・湿度の管理も快適に保たれ、清潔な環境である。受動喫煙防止への取り組みは、全館、敷地内禁煙を院内掲示などにより推進している。今後、患者、職員への禁煙推進のための取り組みの継続を期待したい。患者・家族の倫理的課題への把握において、家族がDNARを希望した場合は重要な倫理問題と捉え、患者の意思確認の方法などの手順化を期待したい。

4. 医療の質

病院機能評価受審を継続しているが、業務の質改善への一層の取り組みを期待したい。クリニカル・パスの利用や集計した臨床指標の分析、活用によるさらなる診療の質の向上を期待したい。患者・家族の要望は、意見箱、ホームページのお問い合わせフォーム等により収集している。意見は医療安全管理室が集約して、医療安全カンファレンスで検討し、外来の掲示板で回答を行っている。高難度新規医療技術等評価委員会を立ち上げて新規医療技術の検討を行うこととする院内規則を制定

した。新規医療技術導入後のモニタリングの体制の規定とともに、医療倫理委員会の委員構成の検討を期待したい。

病棟や外来における診療・ケアの管理・責任体制は明確になっている。診療録については、記載の規則を基に適時で可読性の高い記録を行い、継続的に質的点検を行うことを期待したい。2週間以内の退院時サマリー記載率向上に向けて、引き続き改善が求められる。院内には多職種で構成された専門チームがあり、チームごとの回診に加え、多職種カンファレンスが毎週開催されている。

5. 医療安全

医療安全管理室を設置し、副院長、専任の医療安全管理者が配置されている。医療安全管理室では、毎週のミーティングと院内ラウンドを実施している。インシデント・アクシデント報告は電子媒体により、医療安全管理室が収集している。専任の安全管理者は現場で指導するなど、迅速に対応している。収集したデータは医療安全管理委員会等で分析を行っている。医療事故発生時の対応手順をフローとして整備し、発生から医師、管理者、患者・家族への連絡、医療安全管理者への連絡の流れを整備している。

誤認防止対策では、手術部位のマーキングの方法について再考を期待したい。電子カルテシステムを用いた指示伝達を行われており、口頭指示や検査結果の伝達エラー対策も実施している。麻薬保管庫の鍵の単独管理やハイリスク薬の情報提供、カリウム製剤の定数配置の削減、副作用報告の体制が整備されている。転倒・転落防止対策は適切である。病棟で使用する医療機器は安全な管理方法で使用されている。患者急変時の対応は適切である

6. 医療関連感染制御

感染管理部門が置かれ日常的に活動している。委員会、ICTの運用も含め、感染制御の体制が適切に整備されている。感染制御に向けて情報収集を適切に行っている。今後のさらなるデータの活用を期待したい。

感染制御に関する活動は感染管理認定看護師を中心に活動しているが、手指衛生遵守率が低値であるため、向上に向けた活動を期待したい。抗菌薬は薬事審議委員会で採用の判断を行っている。カルバペネム系、抗MRSA薬の使用は届け出制としており、ASTが適正使用を評価している。

7. 地域への情報発信と連携

病院における広報活動は、広報戦略委員会が担当し、患者、関係機関向けに年2回発行する広報誌の内容の検討、ホームページの更新の検討を行い、休診情報やイベントの情報等、最新の情報を発信している。ホームページには診療実績も公表している。地域連携業務は、患者サポートセンターの連携室に専従職員1名を配置し、紹介患者の受け入れ、返書管理、検査紹介手続き等の管理を行っている。地域の診療所との連携を強化するため、院長、患者サポートセンター長が連携医療機関への定期的な訪問を実施している。協力医療機関契約を結んだ連携施設との患者情

報の毎月の共有、地域の関係機関との連携会議へも参加している。地域への医療に関する啓発活動として、地域住民向けに健康セミナーとして、ヘルスフェスティバルを年1回開催している。働く女性の参加にも考慮した日曜日の乳がん検診としてマンモグラフィーサンデーも毎年実施している。その他、心臓病教室の定期的な開催や看護部では、地域の高校生を対象とした「ふれあい看護体験」の継続実施、他の専門職種も参加し、地域への啓発活動を実施している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

正面玄関入口に総合案内を設置して受診科相談、案内を行っている。外来診療での情報収集や判断、安全確認や情報交換は適切である。侵襲的検査は説明、同意の下、必要な監視、評価、記録を行っている。入院決定は担当医により適切に行っている。所見や情報提供、検査結果に基づき適切に診療計画が作成されている。患者・家族の相談窓口は、患者サポートセンターで対応している。社会福祉士4名、看護師4名、医療事務職員1名が多様な相談に応じている。予約入院、緊急入院共に患者が円滑に入院できるような仕組みになっている。カンファレンスや回診を行い、検査結果の確認や説明を随時行っている。

医師の病棟業務は適切である。看護師は各々の責任と役割に応じた病棟業務を適切に行っている。投薬、注射の安全な実施についてマニュアルを整備し、薬剤師が関与している。輸血投与はマニュアルに従って行われ、記録は概ね適切である。周術期の対応は検討、説明、観察等適切に行われている。集中治療室はないが、ナースステーション横の病室を重症室としており、適切に運用している。褥瘡予防は適切に行われている。管理栄養士は患者の個別性に合わせた食事提供を行っている。疼痛緩和は各ガイドラインに沿って適切に行われている。定期的にカンファレンスで情報共有を行いつつ、リハビリテーションを確実に実施している。病院として身体制限は原則行わないとする方針を掲げているのは、人権への配慮から高く評価できる。退院支援は後方施設や病院と連携しながら実施している。2023年に開設した訪問看護ステーションと連携し、より診療・ケアの継続性に努めている。ターミナルステージの対応はおおむね適切であるが、DNARの手順、臓器移植やドナーカード所持者の対応手順が明確になることを期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は概ね適切に発揮しているが、疑義照会の事例集積と分析を期待したい。臨床検査は精度管理や報告、安全対策が行われており適切に運用されている。画像診断機能は概ね適切に発揮しているが、必要なダブルチェックが確実になされることを期待したい。給食業務は清潔・不潔のゾーニングを適切に行っており、嗜好調査も実施して質改善に取り組んでいる。病院の方針として主に急性期のリハビリテーションを行っており、手術後や脳卒中、心疾患等の必要な症例に早期から介入している。病歴管理室が診療情報の一元管理を行っている。全退院患者を対象に量的点検を実施しており、病歴管理室がコーディングも行っている。臨床工学技士は毎日担当病棟を巡回し、除細動器やモニターなどの正常作動を確認してい

る。医療機器の点検修理履歴は紙媒体で運用している。中央材料室は、手術室主任が管理責任者を兼務し、洗浄・滅菌機能は適切である。

病理診断機能は外注されているが、検体処理や報告を適切に行っている。病理診断結果は通常7日以内に報告されている。輸血管理はマニュアルに基づき適切に行われており、責任医師が輸血業務の監督を行っている。輸血療法委員会を定期的に開催し、継続的に使用状況や廃棄率の検証を行っている。手術・麻酔は常勤麻酔科医を中心に適切に行っている。救急医療は近隣医療機関との協力体制を組み、適切に機能を発揮している。受け入れなかった症例は救急管理委員会で集計・分析し、振り返りを行っている。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に則って行っており、会計監査を毎月および決算時に実施している。予算も毎年度立案され、予算実績の確認、解決策の検討が毎月行われている。医事業務は窓口業務、診療報酬請求、レセプトの返戻、査定に対応を行っている。査定、返戻は医局会で共有し、分析、協議がなされている。未収金は手順に沿って適切な管理が行われている。業務委託の管理は、委託業者との業務範囲、損害賠償の範囲を契約書により明確にしている。事故発生時の対応手順も整備している。年度での更新の検討を原則としている。

病院機能に見合った施設・設備が整備されている。日常点検や月次点検、定期的な保守点検などを計画的に実施している。故障時等の緊急時の連絡網を整備している。物品購入管理は、医療材料等について、発注後、納品、検収が行われ、内部牽制機能も整備しており、購入から納品、検品、部署への配置までのプロセスを整備している。

火災や災害発生に対応する防災対策マニュアル、BCPなどが整備され、緊急時の責任体制は明確になっている。年2回の消防訓練も実施している。夜間・休日の保安業務は24時間の保安体制を構築している。保安業務マニュアルを策定し、毎日定時の院内巡視や施錠管理等の保安業務を実施している。

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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	B
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	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	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	B
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	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	C
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	B
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
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	B
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	B
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	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	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	
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	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	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	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	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： 2023年 4月 1日～2024年 3月 31日
 時点データ取得日： 2024年 8月 1日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

- I-1-1 病院名： 医療法人溪和会 江別病院
 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： 北海道江別市野幌代々木町81-6

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	199	199	+0	77.9	26.5
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	199	199	+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		
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	65	+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	49	+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：

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： 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

