

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 9 月 29 日～9 月 30 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 1940 年の開院以来、中空知地域の基幹病院として、機能・規模の充実を図りながら発展し、救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センター、災害拠点病院等の指定を受け、高度で専門的な医療サービスを提供している。また、周辺医療機関と医師が不足した場合の相互派遣の医療連携協定を締結するなど、精神科を含め 28 診療科、498 床の病床を有し、地域医療の基盤を担っている。また、2004 年に医師卒後臨床研修を開始し、2010 年には卒後臨床研修評価機構認定を受けるなど、医師をはじめとして地域の医療職の育成の中心となっている。

2005 年に医療機能評価機構の初回認定を受けたのち、今回は 4 回目の受審となるが、前回の訪問審査時の課題の多くが改善されており、組織的かつ継続的な改善活動が積極的に展開されてきたことは大いに評価できる。これらの取り組みを継続し、貴院が掲げる「良質の医療、心かよう安心と信頼の医療を提供する病院。地域に根ざし、地域に愛され、貢献する病院」として、病院幹部の強いリーダーシップのもと、個々の職員が能力を最大限に発揮し、地域においてますます発展することを心より祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念や基本方針を明文化し、広く周知している。病院幹部は、地域のニーズを踏まえた施策を通じてリーダーシップを発揮している。意思決定会議である「管理運営会議」を毎月開催するなど、病院規模や機能に見合った組織体系となっている。病院全体で情報管理の IT 化を推進し、臨床指標の公表など患者サービスの向

上に向けて各種データを活用している。文書管理規程を策定し、管理台帳を作成して管理する体制が取られており、おおむね適切であるが、今後はより実効性の高い管理体制となることを期待したい。

診療機能や地域のニーズに即した人材を確保している。就業管理システムで職員の就業状況を把握し、有給休暇の取得状況等を適切に管理している。職員衛生委員会を中心に職場環境の点検および向上に努め、有害物質の曝露防止も適切に行っている。全職員対象の必須研修は複数回開催するなどしているが、必要性の高い研修において参加率にばらつきがあるので、今後、全職員が参加できるよう工夫されると良い。人事評価制度を全職員に適用し、公平な人事評価を行っている。専門資格の取得や自己啓発のために必要な支援を積極的に推進し、職員のモチベーション向上に取り組んでいる。

3. 患者中心の医療

患者の権利を明文化し、患者・家族へ周知している。説明と同意に関する方針や手順を定めている。説明・同意書の書式が見直されたところであるので、今後は基本的な書式の標準化などに取り組まれると良い。周術期外来、看護外来、臨床検査技師による検査相談室を設置し、患者と医療者の情報共有を図っている。地域医療連携室・がん相談支援センターの社会福祉士やがん認定看護師、医療メディエーター等が患者・家族の相談支援を行っている。個人情報保護方針を定め、規程に基づいて適切に個人情報の保護を行っている。ACP 委員会の理念のもとに日常診療における倫理的課題として DNAR の決定のプロセスなどを検討している。現場では臨床倫理シートを用いてカンファレンスを実施するなど、倫理的課題に誠実に対応している。

入院患者のリモート面会を実施する等、患者・面会者の利便性・快適性に配慮している。院内のバリアフリーを確保し、高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている。病室は診療・ケアに必要なスペースとくつろげる空間が確保され療養環境は適切である。敷地内全面禁煙の方針を明示し、禁煙治療・教育を積極的に推進している。職員の喫煙率は年々減少傾向であるが、一部の喫煙率の高い職種などへの禁煙指導・教育を強化されたい。

4. 医療の質

院内各所に設置した「意見箱」への投書や患者満足度調査などから、患者・家族からの意見や要望、苦情などを収集・検討し、改善に取り組んでいる。症例検討会として毎週キャンサーボードを開催し、研修医を含む医師のほか多職種が参加している。パスに専従の看護師を配置するほか「パス委員会」が中心となり作成・見直しを行い診療の標準化・効率化に努めている。臨床指標は 20 項目をホームページ上に公開するなど診療の質向上に向けた取り組みは適切である。病院全体として BSC に取り組み、病院方針に従い部署ごとに目標を設定し評価を行うなどその仕組みは定着している。新たな診療・治療にあたっては、新たな知識・技術習得のための研修、熟練者の招聘など病院の支援体制がある。

病棟・外来ともに診療責任者と看護責任者が明示されている。主治医や看護師長の不在時には、代行者による管理・責任体制が整備されている。診療記録の記載にかかわる略語については、できるだけ使用しない方針であり、使用可能な略語について病院統一のものが規定されている。今後、内容の見直しとともに職員への周知を期待したい。また、医師の診療録について質的点検を行い、結果は診療録管理委員会で報告されているものの、医師へのフィードバックは今後の課題となっている。2週間以内の退院時サマリー作成率については、さらなる向上が期待される。緩和ケア、NST、褥瘡、退院支援、など多職種が協働して患者の診療、ケアを行っている。

5. 医療安全

院長を医療安全管理責任者に定め、専従医療安全管理者が迅速な対応を展開している。アクシデント・インシデント報告書は、医療安全管理者が集約・統計処理を行い情報発信している。医師からの報告は減少傾向であり、医師が自ら提出する安全文化の醸成を期待したい。

患者の確認はフルネームで名乗ることを原則としている。口頭指示は原則禁止としているが、やむを得ない場合はマニュアルに従い、口頭指示実施用紙を活用している。緊急性のある画像・検査結果については担当医師に速やかに連絡するほか、画像・病理の未読レポートについては、指示医に連絡し対応を促す体制になっている。麻薬の保管・管理は適切であり、抗がん剤は安全キャビネットを用いてすべて薬剤部で調製している。

転倒・転落防止については、入院患者全員に転倒・転落リスクアセスメント評価を行い、高リスクの場合、看護計画を立案しケアを行っている。人工呼吸器、輸液・シリンジポンプ、モニター等の機器は操作手順書、使用中・使用后点検チェックリストが整備され、使用前点検や使用中、設定変更時の作動確認を実施しながら安全に使用している。患者急変時の「ドクターコール」を設定し、RRTが直接参集するシステムである。院内にはAEDと救急カートを適切に配置し、院内蘇生研修も定期的に行っている。

6. 医療関連感染制御

院長直轄の感染対策推進室があり、専従のICNが中心となり、室長のICD、薬剤師、臨床検査技師等が活動している。院内感染対策マニュアル、抗菌薬使用ガイドラインを整備している。院内感染対策委員会のほか、ICTやASTを組織し、会議録・活動記録を適正に管理している。ICTは環境ラウンド、抗菌薬適正使用ラウンドを定期的に行い、院内感染対策委員会で情報を共有している。院内感染発生状況はICNが毎日確認し、緊急の対応が必要な細菌については検査室から感染対策推進室へ直接報告され、対応について協議決定している。BSI、SSI、VAP、UTIのサーベイランスを実施して院内の感染情報を毎週発行するほか、地域の感染症の流行情報を収集しICTニュースを発行している。アウトブレイクについては、マニュアルに定義・対応手順・公表のルールなどを整備している。

標準予防策の感染経路別予防策に基づき、医療関連感染に関する制御活動を展開している。速乾性手指消毒薬は全病室や適切な場所に設置し、使用量を計測している。个人防护用具を適切な場面で使用している。抗菌薬使用ガイドラインを定め、院内感染対策委員会が抗菌薬の採用・採用中止に関する検討を行っている。院内における分離菌感受性パターンを把握し、年1回アンチバイオグラムを作成している。抗菌剤使用状況は菌の分離状況と合わせて常に把握し、主治医には必要に応じてde-escalationを促している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌・医学雑誌・ホームページなどにより行っている。ホームページには各診療科の紹介や実績の掲載、薬剤部・地域連携室などの部門が紹介され、動画を配信するなどの工夫がある。地域医療連携室を中心に、かかりつけ医の登録や、「そらねっと」「砂川みまもりんく」などの診療情報共有システムの活用、検査の共同利用など、医療関連施設との連携を推進している。

地域・住民へ向けて、がん市民講座や出張乳がん講座等を開催している。地域の医療関連施設等に向けた研修会などのほかに、中高生への救急講習会や性教育等を実施するなど、医療に関する教育・啓発活動を適切に行っている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診の際の案内票を工夫するほか、総合案内での受診支援も行き届いている。医師は必要な情報を収集した上で、検査・治療方針等を患者・家族に説明し同意を得ている。入院の決定は診察結果や患者情報を検討・判断の上で行い、必要時は上級医や複数科と検討する仕組みがある。入院が決定した患者には入退院支援センターが関わり入院後の看護計画に反映させている。入院診療計画書に多職種の間わりがあると、なお良い。転倒・転落、栄養、褥瘡等のリスク評価を確実にしている。相談窓口として地域医療連携室にがん相談支援センター、患者相談窓口を設置している。

全病棟に薬剤師を配置し、持参薬確認や薬歴管理・服薬指導にあたっている。輸血前には患者名、輸血の種類などをダブルチェックするとともに、輸血中の患者の状態の観察・記録を確実にしている。手術の適応はカンファレンスで検討され、必要時には他科へコンサルトする体制がある。入院時に褥瘡発生危険因子のリスク評価を行い高リスク等の場合には計画を立案してケアを実践している。全入院患者に栄養アセスメント評価を行い、必要時は多職種で構成されたNSTが関わる体制を構築している。疼痛は、フェイススケールを用いて症状を把握している。リハビリテーションは療法士が多職種スタッフと協議し、確実・安全なリハビリ提供に努めている。身体抑制は、説明・同意を得て、医師の指示のもと開始している。抑制した場合の患者の観察・記録は適切である。

入院決定後に入退院支援センターを中心に早期から退院支援を行っている。訪問看護ステーションを開設し、24 時間体制で訪問診療、訪問看護を実施するなど、継続診療・ケア提供体制は整備されている。病院全体で ACP の概念を取り入れ治療・ケア方針を決定するほか、デスカンファレンスやグリーフケアも実施している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤部門では、薬歴管理、処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会、DI 業務などを適切に実施している。臨床検査科は必要な検査の実施、迅速な報告、適切な精度管理に努めている。画像診断部門は緊急の検査にも対応し、読影医は画像レポートを適切に作成している。給食業務はニュークックチル方式を採用し、適時・適温の給食に努めている。リハビリテーションは各種リハビリテーションを適切に行い、看護師と協働して継続性を担保している。診療情報は 1 患者 1ID によって一元管理しており、アクセス権限の設定や外部への持ち出し規定を整備・運用している。臨床工学技士は、院内全体の ME 機器のメンテナンスに関与しているものの、一部の機器について、今後さらなる臨床工学技士の直接的な点検の関与が望まれる。滅菌が必要な機材の搬入、洗浄、組み立て、滅菌、保管がワンウェイの工程で適切に行われている。

常勤病理医を 3 名配置し、病理検査検体、報告書の保存・管理は的確で、標本作成の際の誤認防止対策も行われている。治療装置としてリニアックを配備し、必要な放射線治療を提供している。輸血・血液管理機能は、輸血認定技師 2 名を配置し、I&A の施設認定を受けている。輸血の発注・保管・供給は夜間・時間外を含め適切である。手術室では患者・部位確認を手順に沿って実施している。手術機材の動線は一方通行で清潔機材・不潔機材の交差はない。集中治療管理室では主科による担当医制となっており、全身管理は麻酔科医・救急医が担当している。「救急患者を断ることなく受け入れる」方針のもと、2020 年は、救急患者数約 8,000 名、救急車搬入患者約 2,200 名に対応した。応需率はおおむね 100% である。救急隊と病院職員による症例検討会を定期的を開催するなど、救急医療機能は適切である。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理では、地方公営企業法会計基準に従い、砂川市立病院改革プランなどに基づいて、各部門の要望を踏まえて予算を編成している。管理運営会議等で予算の執行状況を把握するなど適切な財務・経営管理に努力している。医事業務は、窓口の収納業務や診療報酬請求事務、施設基準および未収金の管理などを適切に行っている。業務委託は、給食や清掃、医事業務や物品管理などで、業者の選択や業務の管理を行うとともに従事者の教育などを把握し、効率的な業務管理に努めている。

施設・設備の管理は日常点検や計画的な保守管理を行っている。薬品、診療材料などの購入管理は、SPD の活用や在庫管理、すべてのディスプレイ製品の単回使用など、効果的に実施している。地域災害拠点病院として消防計画や災害対策マ

マニュアル、BCP が策定され、必要な設備や備品、DMAT の編成なども適切である。院内の保安・警備業務は 24 時間 365 日の体制を整備している。医療事故発生時の対応手順は明確であり、調査・検証のための会議の招集や原因究明や再発防止策を検討する仕組みが整っている。医療事故調査制度を活用し客観的事実の精査と透明性の確保に努めている。

1 1. 臨床研修、学生実習

医師の初期研修は研修プログラムに沿って実施され、毎月臨床研修管理委員会を開催し、初期研修を推進している。毎週、画像診断レクチャー、日・当直経験症例フィードバック等を実施し、研修医の評価には看護師長等も関わっており、院内のスキルラボの整備や EPOC2 による研修記録・評価等を実施している。看護部門では、初期研修プログラムに基づき新人看護師とプリセプターを支援するハートテクニク看護師を配置している。薬剤師、検査技師、診療放射線技師なども、一人当直を目標に初期研修プログラムを整備している。

学生実習の受け入れ体制を整備し、医師、薬剤師、看護師、検査技師、放射線技師、臨床工学技士等の養成課程から学生実習を受け入れている。必要なオリエンテーションが実施され、カリキュラムに沿った実習や評価が適切に行われている。

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	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	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	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
1.4	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	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	A

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	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	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	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	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	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	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	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	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： 2020 年 4 月 1 日 ～ 2021 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2021 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： 砂川市立病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： 市町村

I-1-4 所在地： 北海道砂川市西4条北3-1-1

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	408	408	+0	70.1	11.7
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	80	80	+0	59.5	44.6
結核病床	6	6	+0	10.3	9.2
感染症病床	4	4	+0	0	0
総数	498	498	+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	18	+0
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	2	+0
人工透析	40	+0
小児入院医療管理料病床	15	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	44	+0
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	8	+0
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、救命救急センター、がん診療連携拠点病院(地域)、DPC対象病院(Ⅲ群)、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： 10 人 2年目： 8 人 歯科： 0 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

