

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11月14日～11月15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1986年に開設され、それ以降継続して診療機能の充実を図っている。主に急性期医療を中心として、恵庭市およびその周辺の中核的な病院として地域医療を支えている。法人グループ全体としては、介護老人保健施設、サービス付き高齢者住宅、訪問看護ステーションなどの事業も展開し医療・介護・福祉の分野でシームレスなサービスを展開している。病院の位置する地域は札幌医療圏に属し、医療圏の主要な医療機関の多くは札幌市内に位置しているが、貴院は心臓カテーテル治療や救急受け入れ件数で顕著な診療実績を有しており、病院のある地域での完結型医療を目指してさらなる診療機能の充実を目指して取り組んでいることは評価したい。

「やさしさと温もりのある医療・介護の実践」を理念として掲げ、今後取り組むべき課題や目標は中・長期計画に示されている。今後これらの課題や目標の達成により貴院がこの地域で益々「なくてはならない病院」としてさらに発展することを期待する。

今回の機能評価受審にあたり院長を中心として病院全体で質の向上に取り組んでいることがうかがわれた。評価項目全般にわたりよく取り組まれている印象を受けた。今後、貴院が引き続き医療の質向上に取り組み、この地域でさらに発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針はわかりやすく明文化されており、内容の検討についても適切に行われている。院内外への周知も適切である。病院長、看護部長、事務部長をはじめ幹部職員はそれぞれの立場で診療機能の充実、人員・人材の充実、高齢化社会へ

の医療対応、地域完結型医療の確保などの課題を明確にし、その解決に取り組んでいる。2018年度より4か年の中・長期計画は取り組むべき課題が詳細に示されており、それに沿った、より詳細なアクションプランを各部門が策定している。計画や目標の達成度評価も定期的実施されPDCAサイクルは効率的に展開されている。情報管理および文書管理は適切である。

人事・労務管理、職員の衛生管理はおおむね適切である。職員の教育・研修についても多くの研修が実施されており、おおむね適切である。職員の能力評価は組織的な人事考課制度の導入・確立がなされ、組織の活性化や処遇などに活用されることを期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内外へ適切に周知されている。情報開示、セカンドオピニオンなど権利擁護の状況も適切に実施されている。説明と同意の方針や手順は整備され、同意書を必要とする範囲も定められている。医師の説明には看護師が同席し、患者の反応や理解度を確認している。患者の医療参加促進に向け疾患別パンフレット、クリニカルパス、DVDでの患者教育等を通して相互の情報共有を行うなど適切である。患者支援体制は、地域医療連携室に相談係が設けられ、社会福祉士が配置されている。主要な倫理的課題については、部署内で定期的にカンファレンスを行い記録に残している。倫理原則に照らして多職種で検討して誠実に対応している。院内で倫理的問題を共有できるようなシステムを構築中であり、今後に期待したい。

来院時のアクセスは良好であり、施設・設備は整備され、患者・家族に快適な空間が提供されている。売店やATMの設置などの利便が図られており、障がい者や車椅子対応についても適切に配慮がなされている。療養環境については病室、デイルームなど患者が利用するスペースも広く確保され、快適な空間が提供されている。受動喫煙防止対策については、敷地内禁煙が実施されており適切であるが、患者・職員へのさらなる禁煙教育や啓発を期待したい。

4. 医療の質

患者意見箱の設置や患者満足度調査には適切に対応されている。診療の質向上に向けた取り組みについては、診療科毎、多職種参加型、病診連携型の症例検討会やセミナーが定期的開催されている。また、京都大学QIProjectに参加し診療の質向上を図っている。新規の診療・治療方法や技術の導入に際しての支援体制は整備されており、薬剤の適応外使用に関しては倫理委員会で検討されている。

病棟・外来等における管理責任体制は明確にされている。病棟担当医師、病棟看護責任者は毎日ラウンドを行い、患者の状態を把握し、状況に応じた診療・ケアに努めている。診療記録は電子カルテによりマニュアルに沿った運用が行われている。質的点検については、多職種により組織的に適切に実施されている。研修医の診療に関する指導記録も適時適切に記載されている。多職種協働では多くのチームが活動しており、組織横断的にチーム医療が適切に展開されている。

5. 医療安全

医療安全の組織は医療安全管理委員会、リスクマネジャー部会からなり、医療安全管理者の権限も明確にされている。マニュアルも適宜改訂されている。収集したアクシデント・インシデントは適切に分析され、再発防止策を検討している。成果は、モニタリングし年度を通して定着を確認し評価している。オカレンス報告も提出され対策が立てられている。

患者・部位・検体の誤認対策は心臓カテーテル治療などのタイムアウトの実施を検討されたい。情報のエラー防止対策については、電子カルテによるオーダリングシステムが導入され、指示出し・指示受け・実施・確認の一連の流れは適切である。口頭指示の対応も適切に行われている。薬剤の安全な使用は、重複投与、相互作用、アレルギーのリスク回避などおおむね適切に実践されている。転倒・転落防止対策はおおむね適切に実施されているが、骨折や頭蓋内出血の件数が多いため一層の防止対策の検討・実践をされたい。

医療機器の安全使用については、臨床工学技士が中央管理をしている。主な医療機器の研修も行われており、勤務交代時の輸液ポンプ、シリンジポンプ、人工呼吸器の動作状況の伝達もされている。院内緊急コードとしてコードブルーが設定されており、職員への周知に努めている。救急カートの内容も院内統一されており、点検も毎日行われ、薬剤師による点検もされている。BLS 研修も定期的実施され、急変時の対応は適切である。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制は、院長参加の院内感染防止委員会が毎月開催され、実働部隊として ICT が組織され、リンクスタッフを配置している。ICT は必要な権限を付与されており、マニュアル・指針は適宜改訂が行われ周知が図られている。情報収集は、ICT が中心となり、院内外の感染関連情報を集約・分析した後、院内へ周知している。中心静脈ライン関連感染、手術部位感染の発生状況は把握されているが、人工呼吸器関連肺炎、尿路カテーテル関連感染に関しては現在データ集計中であり、今後の継続的な活動に期待したい。

医療関連感染を制御する活動は、感染認定看護師を中心に標準予防策の遵守、感染性廃棄物の取り扱いなどが適切に行われている。

抗菌薬の適正使用は、抗菌薬投与前の培養検査、アンチバイオグラムの活用が適時行われている。抗菌薬の不適切使用、院内感染注意菌や耐性菌が検出された場合の対応は適切である。清潔手術、準清潔手術、準汚染手術等術式別の推奨抗菌薬使用指針の記載を充実されるとさらに良い。

7. 地域への情報発信と連携

地域に対して必要な情報は、ホームページ、病院案内・広報誌・年報などで発信されている。広報誌「恵み野病院だより」は年 6 回定期的に発刊され、地域の医療機関や患者・家族に情報発信されている。診療実績、医事統計、臨床指標などの広報活動については、地域の医療機関や患者・家族が貴院を選択するのに有益な情報

が提供されており評価したい。地域連携機能は地域医療連携室に看護師等の職員が配置され、紹介患者の受け入れおよび退院支援などの業務が行われている。紹介元や紹介先のデータの取りまとめや紹介に対する返書の確認も適切に行われている。

地域住民や患者・家族への教育や啓発活動は、院内での糖尿病教室の開催や院外では健康講演やリハビリ体操などの活動が毎年継続的に開催されており、地域に向けての医療に関する教育・啓発活動は適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者が円滑に診療を受けられる体制は、総合案内に看護師や事務職員を配置し、診察待ち時間の表示、看護師によるトリアージなどで適切に運営されている。紹介患者の円滑な受け入れは、地域医療連携室により適切に実施されている。外来診療は患者に関する情報収集、説明と同意の取得は適切に行われている。外来での看護師、薬剤師、栄養士による療養指導体制は整備されている。診断的検査の必要性の判断、侵襲性のある検査の説明と同意取得は適切に行われている。造影検査や負荷心電図検査などの際にも安全に配慮して行われている。必要に応じて関連する診療科間での協議が行われ、入院の必要性が検討されており、入院に際しての説明と患者の希望への配慮等も適切になされている。患者の病態に応じた診断や評価が行われ、検査計画、治療計画、および多職種間の協議に基づく看護計画、リハビリ計画、栄養計画を含む入院診療計画書が作成されている。医療相談はおおむね適切に行われている。

医師の病棟業務は回診が毎日行われ、診療録への記載も適切である。看護師の病棟業務は看護基準・手順に基づき適切に行われており、患者基本情報の収集と支援、他部署との連携も適切である。投薬・注射は3点認証にて実施されており、病棟薬剤師が配置され、対象患者に薬剤管理指導と薬歴管理を行っている。抗がん剤はレジメン管理・登録され、薬剤師が安全キャビネットで調製している。注射薬の投与、服薬確認も適切に行われている。輸血類はガイドラインに沿って適応が判断され、輸血施行時の確認手順および投与中、投与後の患者観察と記録は適切に行われている。手術適応は、必要に応じて他の診療科や外部の専門医との協議を行ったうえで決定している。重症患者の管理は、各病棟で疾病の重症度、手術後の病態に応じて適切な管理が行いやすい入室基準体制をとっており、多職種が必要に応じて関与している。

褥瘡の予防・治療に関しては、入院時にリスク評価が行われ、評価結果に基づいた対応・対策がとられている。多職種からなる褥瘡対策チーム回診が定期的に行われている。栄養管理と食事指導では、栄養状態がアセスメントされ患者に見合った栄養管理が行われている。疼痛緩和についてはおおむね適切に実施されている。リハビリテーションについては、必要性を評価し、患者・家族が希望に沿った目標を設定し安全なリハビリを実施している。安全確保のための身体抑制については安易な抑制を避けるための取り組みも含めて適切である。患者・家族への退院指導、必要な患者への継続した診療・ケアへの支援は適切に実施されている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤業務は処方鑑査、調剤鑑査、疑義照会、抗がん剤の調製・混合、持参薬鑑別、注射薬の取り揃えなど、多岐にわたる業務を適切に実施している。臨床検査機能は検体検査・生理検査などを行っており、臨床検査技師が24時間常駐し時間外のニーズにも対応している。精度管理、パニック値の報告も適切である。画像診断機能は時間外検査を含めて適切に対応しており、放射性同位元素の核種の保管、管理は適切に行われている。

栄養管理機能はマニュアルも整備され、衛生管理は行き届き、調理室内の温湿度も適切に保たれている。リハビリテーション機能は、機能に見合った人員・施設・設備・機器を備え訓練の継続性を維持しながら実施されている。診療情報管理機能は規程が整備され、病歴管理、量的点検など適切に行われている。医療機器管理は一元管理がなされ時間外の対応も適切に行われ、洗浄・滅菌機能多くは外部委託がなされており、滅菌の質保証も適切に実施されている。

病理診断部門では、病理結果報告書を主治医が確認したかどうかをチェックするシステムが構築されているが、悪性、または悪性が否定できないと病理診断された患者が主治医の説明を受けたことを確認できるシステムを整備されるとさらに適切である。輸血部門では、輸血・血液製剤の保管、管理、使用はマニュアルに沿って安全に実施している。手術・麻酔機能は常勤の麻酔科医により適切に発揮されている。

救急医療機能は、二次救急指定病院となっており、市内の救急の約半数を受け入れ中核的な役割を果たしている。24時間体制で各職種が配置され、他診療科の応援体制も整備されている。自院での対応が困難な患者は、受け入れ可能な施設へ紹介する体制が整備されている。虐待の対応マニュアルは整備されている。

10. 組織・施設の管理

会計処理は病院会計準則に基づき行われており、必要な財務諸表は作成されている。予算策定のプロセス、経営状況の分析・把握なども適切に実施されている。医事業務は窓口業務、レセプト、未収金の管理対応など適切に行われている。業務委託については、委託業職員の業務に必要な研修の参加などおおむね適切である。施設・設備の管理については、院内は十分なスペースが確保され、清掃も行き届いている。物品管理はSPDが導入され、適切に行われている。

災害時の対応については、大規模災害を想定した訓練の実施および飲料水の備蓄を望みたい。保安は警備会社と病院職員により確保され、緊急時の連絡・応援体制も明確にされており適切である。医療事故への対応は手順が整備され、原因究明や再発防止策を組織的に検討する委員会規程も整備されており、顧問弁護士契約や病院賠償責任保険の加入など、適切な体制が整備されている。

1 1. 臨床研修、学生実習

基幹型臨床研修病院として研修医が在籍しているほか、協力型の研修医を受け入れている。指導医と研修医による相互評価や他職種による研修医の評価が実施されており、臨床研修は適切に実施されている。看護部門はクリニカルラダーが導入され、他の専門職についても初期研修プログラムが策定され、新卒者が入職した場合の教育体制や評価についても定められている。

医師、看護師、薬剤師、リハビリ療法士、管理栄養士等の医療関連職の実習生を受け入れている。受け入れにあたっては指導担当者を明確にして養成校との契約に基づき、医療安全管理・感染制御・個人情報保護などに配慮しながら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	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	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	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	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	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	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	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	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	B
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	B
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	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	B
-------	-----------------	---

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	B
-------	-----------------	---

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： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 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：医療法人 北農会 恵み野病院

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：北海道恵庭市恵み野西2-3-5

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	199	199	-1	76.06	11.85
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	-1		

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	8	+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	36	+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	+49
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

DPC対象病院(Ⅲ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： 1 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

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

	実績値					対 前年比%	
	年度(西暦)			年度(西暦)		年度(西暦)	
	2017	2016	2015	2017	2016	2015	2014
1日あたり外来患者数	459.64	450.76	474.09	101.97	95.08		
1日あたり外来初診患者数	41.42	39.90	41.55	103.81	96.03		
新患率	9.01	8.85	8.76				
1日あたり入院患者数	164.01	157.31	158.16	104.26	99.46		
1日あたり新入院患者数	12.76	12.21	11.56	104.50	105.62		