

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8日～7月9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. パニック値は、医師に確実に、かつ迅速に報告される体制を構築して運用してください。(3.1.2)
 2. 術中迅速病理診断を行えるよう体制を整備してください。(3.2.1)

1. 病院の特色

貴院は、1986年に開設し、以降、診療機能の拡充を図りながら現在に至っている。病院は道央医療圏に位置し、2次医療圏としては札幌医療圏にある。病院の位置する恵庭市は札幌市、千歳市、北広島市等に接し札幌市を除くと地域の最大規模の急性期病院として地域医療の中核的な病院としての役割を担っている。市内の基幹病院として急性期医療、救急医療等の分野で重要な役割を担い、その機能を十分発揮している。法人全体では、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、付属クリニックなどを展開し医療・福祉・介護におけるすべての面で地域包括ケアの中心的な機能を発揮している。将来の病院運営の道標となる中・長期計画では「Ever Onward!」（限りなき挑戦者たれ）をスローガンとして掲げ、院長を中心に地域医療の確保に取り組んでいる。病院の移転新築も検討されており、計画に示されている目標・計画の達成に組織全体で取り組み、今回の受審結果も参考にし、さらに病院機能の充実を図り、地域になくてはならない病院として貴院がますます発展することを祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は明文化され院内外への周知も適切に行われている。病院の意思決定は病院運営会議で行われている。2023 年度から 5 か年の中・長期計画が策定されており、院長をはじめとする幹部職員はその達成に向けてリーダーシップを発揮している。中・長期計画に沿った各部門の年次計画も策定されている。計画やアクションプランに BSC や KPI 指標の活用も検討されるとさらに良い。人事労務管

理はおおむね適切に実施されている。一般職員ならびに産業医、衛生管理者を含む安全衛生委員会を月1回開催し、有給休暇取得や時間外労働の状況、定期健康診断結果の報告など職員の安全衛生について検討・報告している。

全職員を対象とした必要な研修は、教育委員会が所管し実施する仕組みである。医療安全管理、院内感染制御など医療に携わる者にとって必須な研修は実施されている。職員の能力評価・能力開発においては看護部や医療技術部門の一部で独自の目標管理制度などが実施され、人材育成に活用されている。基幹型臨床研修病院であり若手医師の育成にも取り組んでいる。医師、看護師、療法士、管理栄養士等の養成校から実習を受け入れている。受け入れにおいては総務課が窓口となり、臨地実習契約書等を締結し、患者・家族へも院内掲示等で適切に周知されている。

3. 患者中心の医療

患者の権利・義務を明文化し、権利擁護に努めている。インフォームドコンセントの手順が整備され、セカンドオピニオンにも対応している。診療・ケアに必要な情報の共有にパンフレットの活用、DVD視聴、管理栄養士による壁新聞による指導などが行われている。多職種、多部門との連携により地域医療部と入院支援室が連携して患者・家族の支援を適切に行っている。患者の個人情報、保護方針と規程を定めて適切に保護されており、患者データの二次利用における申請・承認など適切に実施されている。主要な倫理的課題について方針を定め、臨床現場では患者個別の倫理的課題を積極的に検討している。

駐車場の整備、透析患者の無料送迎、Wi-Fiの整備など患者・家族の利便性に配慮されている。売店の設置、ランドリー、CSセットの導入などの配慮もなされている。受動喫煙防止の取り組みは、敷地内禁煙は実施されている。

4. 医療の質

経営・組織・業務改善の仕組みが確立し、内部監査を通して継続的な改善を行い、行政機関の立ち入り検査にも適切に対応している。業務の質向上活動としてTQM活動を継続的に行い改善に取り組んでいる。医療の質向上に向けた取り組みは、診療科ごとの症例検討会を開催し、診療ガイドラインに沿った診療が行われ、全ての死亡症例についての検証がなされている。クリニカルインディケータを集積している。患者・家族からの意見・要望・苦情は、患者満足度調査・意見箱（院長直行便）等から収集し積極的に質改善に活用している。倫理委員会を設置し、新たな診療方法や診断技術、術式の導入、保険適応外薬剤使用に際しては倫理委員会にて承認を得て実施する仕組みがある。

各病棟に責任者として各部門の医師・管理者を含め多数の職員名を掲示している。診療記録はSOAPに準じて遅滞なく記載し情報共有されている。院内には多職種で構成するチームが多数活動しており、専門的な視点で治療・ケアにあたっている。

5. 医療安全

院長直轄の医療安全部門の下で医療安全管理室が設置され、師長の専従医療安全管理者を中心に、多職種の専任職員と共にインシデント・アクシデント報告の収集・分析・委員会への報告・院内周知を行い、関連するマニュアルの整備や院内巡視を行っている。医療事故発生時の対応体制を整備し、地域医療部や医事課に医療メディエーターが配置され紛争を事前に防止する取り組みも行われている。

患者、部位、検体等の誤認防止は、患者に氏名を名乗ってもらうことを徹底し、手術室でのタイムアウトやマーキング・輸液ライン・チューブ類の誤認防止策を実施している。電子カルテシステムを運用し、医師の指示出し、薬剤師の確認、看護師による与薬前のダブルチェック、与薬後のチェックを行っている。必要に応じて指示医師への再確認を行い、指示出し、指示受け、実施確認を適正に行っている。転倒・転落防止についてはマニュアルを整備し、入院時にリスクを評価するとともに、防止策について患者・家族に説明した上で実践している。臨床工学技士は、医療機器の管理とマニュアルの整備を行い、人工呼吸器装着患者のラウンドや医療機器の研修会の開催、医療機器使用手順の動画撮影等安全な医療機器使用の周知に努めている。院内救急コードを設定し、急変時の訓練や全職員対象のBLS研修も実施している。救急カートも看護師・薬剤師と連携しながら管理している。

6. 医療関連感染制御

感染対策防止部門を設置し、専従ICN1名を配置している。感染防止委員会を毎月開催し、ICTは毎週、院内をラウンドしている。地域医療連携ミーティング・ラウンドを行い、委員会として「ICTニュース」を発行し、感染制御マニュアルの整備・改訂も適切である。院内微生物サーベイランスを行い、中心ライン関連感染、尿道カテーテル関連感染を把握し、検討している。アウトブレイクの定義を明確にし、発生時の報告体制や各手順などを作成しており適切である。

現場での医療関連感染を御する活動は、標準予防策を遵守し、感染性廃棄物の処理も適切である。抗菌薬の適正使用に関する指針の整備があるほか、特殊な抗菌薬は届出制として使用状況を定期的に把握している。培養検査や感受性検査は外部委託であるが、24時間受付対応可能である。また、院内の分離菌のアンチバイオグラムは毎年更新して、各診療科へ情報提供し、抗菌薬の適正使用に役立てている。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌、病院案内、ホームページなどを活用し、必要な情報を発信している。地域との連携は地域医療連携室が担当し、紹介・逆紹介・依頼検査など連携機能を発揮している。紹介元への迅速な受診報告や速やかな返書により適時情報が提供されている。病院主催で「病診連携セミナー」の実施により地域の医療機関との連携強化に努めている。健康意識の向上や疾病予防知識の普及向上を図るため院内糖尿病教室、人間ドック、企業健診などが実施されている。市民に向けた健康啓発活動はコロナ禍で一時中断していたが健康講座の実施など再開に向けて取り組みが始まったところである。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

受診に必要な情報は、ホームページや院内掲示等で案内し、スムーズな受診を支援している。外来診療および入院の決定は適切に行われている。診断的検査はその必要性が医学的に判断され、内容や効果、リスクを患者・家族に説明して希望に配慮しながら同意を得て実施している。入院後は速やかに患者基本情報が収集され、各種アセスメントと結果を踏まえ、必要な治療方針が計画され実施されている。入退院支援室の開設により入院時の説明や情報聴取時に患者からの各種相談を受けやすくなり、必要に応じて院内の関連部署と連携を図っている。医師および看護師の病棟業務は適切に実施されている。投薬・注射は3点認証にて実施している。

医師は、患者・家族に薬剤の必要性和リスクについて説明し、同意を得て処方している。輸血・血液製剤投与および周術期の対応は適切である。重症患者の対応はスタッフステーションの近くの病室で患者の治療と看護を実施している。褥瘡の予防・治療、栄養管理及び症状緩和は適切に行われている。リハビリテーションについては必要性を評価し、患者・家族の希望に沿った目標を設定し安全なリハビリテーションを実施している。リハビリテーション実施計画書にリスクの説明および記載が必要である。身体拘束は、早期の解除に向けて評価・検討している。患者・家族への退院支援、必要な患者に継続した診療・ケアについては適切に実施している。ターミナルステージの患者には主治医が中心となり多職種で検討し、患者・家族の希望にも配慮しながら適切に対応している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能は、温・湿度管理、持参薬の鑑別・管理、処方鑑査、抗がん剤の調製・混合など適切に実施している。医薬品集の整備も適切になされている。臨床検査機能は、パニック値の報告体制は、主治医または主治医に代わって検査・治療が可能な医師に、確実に、かつ迅速に報告する体制を構築するよう引き続き改善が望まれる。画像診断機能は、迅速な検査実施・報告に努めている。栄養管理機能は、衛生管理を徹底し、適時・適温の食事提供や個別対応・行事食の提供など適切である。リハビリテーション機能は、適切に発揮されている。診療情報管理機能において量的点検は退院時全件確実に実施され、同意書等は長期署名システムにより電子カルテで適切に保管されている。医療機器は一元管理しており、日常点検・定期点検も計画的に実施されている。看護師への教育にも積極的である。洗浄・滅菌機能は外部委託で手術室師長が管理している。各種インディケーターを用いて質保証を行い、リコールへの対応手順も明確である。

病理検査機能は、術中迅速病理検査ができる体制を整備するよう引き続き改善が望まれる。輸血・血液管理機能および手術・麻酔機能は適切である。救急医療はSKKシステムを掲げ救急活動を行っており地域の中心的な役割を担っている。

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、監査は法人監事および公認会計士によって行われている。必要な財務諸表は作成され、予算の策定は各部門の要望

を聴取して病院運営会議での検討を経て法人理事会で承認・決定されている。予算の執行状況や経営状況も毎月把握され、院内への周知体制も適切である。医事業務は窓口業務、レセプト、未収金対応など適切に行われている。委託業務については、委託の是非の検討や業者の選定および業務の遂行状況の把握など適切に行われている。

施設・設備は、病院担当部署や委託業者により実施され緊急時の対応体制も適切である。建物は清掃も含め維持・管理が行き届いている。物品管理は、SPD が導入され適切に行われている。

防災マニュアル・BCP の整備、停電時の対応や水・食料品の備蓄も行われており、大規模災害を想定した訓練も実施され災害発生への対応は適切である。保安業務は、夜間は警備会社への委託により安全が確保されている。緊急時の連絡・応援体制も明確にされており適切である。

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	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	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	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	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	A
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	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	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	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	B
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	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	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	C
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	C
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	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	B
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： 2022 年 4 月 1 日 ～ 2023 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 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： 社会医療法人 北晨会 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	+0	67.6	11.8
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	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	150	+150
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： 1 人 2年目： 2 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

I-2-2 年度推移2