

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」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 5 日～12 月 6 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 1	認定
------	--------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 1
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は開設以降、病床の増床および医療の機能の充実と幾多の変遷を経て、院長を中心に地域と一体化した医療・福祉・保健の各活動を展開されてきた。地域医療に対応するため、脳血管障害を含めたりハビリテーションに重点を置きながら、漢方・糖尿病・肝臓・甲状腺・乳腺・リウマチ・神経内科と幅広い医療提供に努めてきたことは、評価できる。さらに、2007 年に緩和ケア病棟を開設し、地域における医療の連携の強化を図り急性期から終末期医療にも対応できる病院作りを行っている。今回の更新受審を機に、院長を先頭に病院の体制および機能を全面的に見直されたことが、随所に確認できた。なお、見直しにより、新たな課題も見つかっており、今後も継続的に改善に取り組み、地域医療に対応した医療サービスを提供できるよう、期待したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念・基本方針等は、明確で見直しも行われ適切である。院長は、病院の現状の課題を人材確保、地域の人口減少および高齢化への対応、在宅支援体制の充実、医療安全および院内感染対策の強化であることを職員に明示し、病院幹部と共にリーダーシップを適切に発揮して、職員の労働意欲を高める努力を図っている。組織運営では、年次計画も適切に策定され評価も行われており適切である。

人材確保では、病院の機能に見合った医師・看護師・薬剤師等の採用による強化策が期待される。就業規則や諸規程は各部署に整備され、安全衛生管理委員会も定期的に開催されている。

全職員を対象とした教育・研修は、教育研修委員会が担当して年間計画の基におおむね適切に実施している。今後は必要な研修の見直しを期待したい。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され、院内掲示・病院パンフレット・ホームページで患者・家族に周知を図っている。患者の請求に基づく診療記録の開示は適正に行われている。説明と同意に関する方針や範囲は明確化され、患者・家族に説明し同意の署名を得ている。また、セカンドオピニオンは、院内に掲示し周知されている。患者と医療者のパートナーシップの方針が明確にされ、患者の医療参加への啓発が図られている。患者の個人情報・プライバシーは、適切に保護されている。患者・家族の抱える倫理的な課題が把握され、各部署でカンファレンスを開催して対応が検討され、その記録がある。解決困難な事例は、倫理委員会において審議する仕組みが整えられている。

療養環境は、古い建物を年々計画的に改修・改善等が行われ、院内は清掃および整理整頓がされ、利便性・快適性が確保されている。診療・ケアに必要なスペースや患者がくつろげるデイルーム・食堂のスペースが確保されている。清潔な寝具類の提供も、手順に従って適切に行われている。敷地内禁煙が実施され、職員喫煙率も低減している。

4. 医療の質

患者・家族の意見・要望は、院内に設置した意見箱で収集され、検討されている。月2回の医局会議において、全医師が集合して救急症例を全例検討し、診療の質向上に取り組んでいる。また、死亡症例検討会を適宜開催している。クリニカル・パスは、適用の充実を期待したい。また、手術前後の輸液や抗菌薬が指定されていないので、治療の標準化のため検討が望まれる。病院機能評価を継続して受審し、業務の質改善に活用している。新たな治療などの導入の実績はないが、導入の際には倫理委員会で議論を行う仕組みがある。

外来・病棟の管理・責任体制が定められ、患者・家族に明示されている。病棟担当医師の回診や病棟看護師の責任者のラウンドが毎日行われている。主治医不在時や時間外での対応および連絡方法の手順なども明確にされており適切である。医師も参加する診療情報管理委員会で診療録の質的点検を行い、指導を行っている。看護記録についても看護記録監査委員会で記録の点検を行っている。多職種協働による診療・ケアは適切に実践されており適切である。

5. 医療安全

医療安全確保のための方針は明確であり、看護師長が専任の医療安全管理者として配置されて必要な管理権限を与えられている。医療安全対策委員会は毎月開催されており、委員会では各部門の責任者による医療安全確保に関する院内状況の把握や、医療安全対策マニュアル改訂の承認が行われているなど適切である。院内のアクシデント・インシデントは、各部門から報告・収集され、再発防止対策等が検討され情報共有されている。

患者の確認は、患者自身による名乗りや ID 番号およびリストバンド等の確認などにより行われている。また、各部署で誤認防止対策が、手順に従って実施されている。口頭指示は手順が明確となっており、適切に行われている。ハイリスク薬は指定され適切に表示を行っている。調剤システムを用いて重複投与や相互作用などをチェックしている。入院時に全患者を対象に転倒・転落リスク評価が実施され、看護計画の立案や実施、評価、見直しが行われており、転倒・転落防止対策は適切に行われている。医療機器に関する研修は、新機種導入時や新採用者研修などで行われている。医療機器の作動確認・注入量確認は、看護師によりマニュアルに従いチェックシートを用いて実施されている。患者等の急変時の院内緊急コードが設定され、応援体制が定められている。また、全職員を対象とする BLS 研修が毎年定期的に行われている。

6. 医療関連感染制御

感染対策委員会は月 1 回定期的に行われ、院内感染対策の最終決定機関となっている。感染対策の専任看護師を配置し、各職種による ICT を構成して、定期的な会議と環境ラウンドを行っている。感染防止対策加算 2 を取得し、加算 1 の病院との合同カンファレンスに定期的に参加し、院外での流行情報を入手している。また、他県からの情報収集も行っている。アウトブレイクの基準は明確となっており、臨時の感染対策委員会の開催や保健所への連絡などの手順は明確である。

標準予防策に基づき感染経路別予防策が手順に従って適切に実践されている。感染性廃棄物の取扱い、今後、適切な処理の方法を検討されたい。抗菌薬の適正使用についてガイドラインを基に抗菌薬の乱用を防いでいる。細菌検査室が毎月検出菌と感受性の結果を報告しているが、年間集計を行い、自院の分離菌感受性パターンを把握し、臨床現場に情報提供を行うことが期待される。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信は、広報誌およびホームページにより、分かりやすく広報されている。地域医療連携室および相談室が中心となり、地域連携協議会等と連携し、地域の医療関係施設一覧表により、紹介・逆紹介が適切に行われている。地域への医療活動は、医師が中心となり地域への健康推進のために各種の啓発活動が、積極的に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

初診で来院患者には問診表を準備し予審を行い、トリアージや診察の優先判断など行われており、外来診療は適切に行われている。地域医療連携室が窓口となり地域の医療機関や介護・福祉施設等からの紹介患者が円滑に受け入れられ、返書も確実に行われている。診断的な検査は説明と同意を得て安全に行われているが、負荷心電図検査を行う場合に、医師が立ち合う体制の検討が望まれる。入院の決定も適切で、入院後の診療治療計画書・看護計画等も速やかに立案され、各職種が協働して病棟業務を適切に行っている。

医師の病棟業務は適切に行われている。看護業務は基準・手順に沿って適切に実施されている。病棟の投薬・注射の実施はおおむね適切であるが、服薬指導はハイリスク薬を服薬する患者などを中心に実施が望まれる。輸血の実施は適正使用基準に従って行っている。術前・術後カンファレンスを開催し、手術方法や麻酔方法の検討を行っている。患者・家族に手術・麻酔に関する説明を行った上で、同意書を取得して実施されている。褥瘡・栄養管理・症状緩和は適切である。リハビリテーションカンファレンスを開催し、進捗状況などの共有を図っている。身体抑制は、同意書により患者・家族に必要性や方法、解除の目安などを説明し同意を得たうえで適切に実施している。退院調整の手順に従い、入院早期からの情報収集に基づき多職種カンファレンスで検討のうえ、退院に向けた個別的な計画が立案され支援されている。カンファレンスにおいて医師による判断をもとにターミナルステージであることが多職種で共有され、診療・ケア計画の立案が患者・家族の意向を尊重して行われている。

9. 良質な医療を構成する機能

処方鑑査は調剤システムを用いて実施しており、疑義照会も行っている。注射薬は薬剤部において1施用ごとに取り揃えを行っている。臨床検査機能、栄養管理機能、診療管理機能は、各々おおむね適切に機能を発揮している。画像診断は、タイムリーに実施している。CTの遠隔読影システムを導入しているが、読影診断の質の確保のためにも読影率について検討を望みたい。リハビリテーションは、3連休以上にならないように体制が確立されている。質を確保するために、代表的疾患に対するプログラムを作成することが望ましい。医療機器はME室で保管され、医療機器類のリスト化、点検・更新などの記録がされて適切に一元的に管理されている。高温高圧蒸気滅菌装置の日常の始業前点検のボウイー・ディックテストと化学的インディケーターについては、滅菌の質保証の点から、それぞれ適切に実施されることが望まれる。

病理検査は外注検査されている。悪性の検査結果が報告された場合には、検査技師から直接医師に報告されている。血液製剤の発注・保管・供給は適切に行われている。消化器外科を中心に手術を実施している。全身麻酔は非常勤の麻酔科専門医が担当し、術中管理を行っている。救急病院として年間300台弱の救急車を受け入れている。自院で受け入れ可能な限り受け入れを行い、地域の救急医療ニーズに応えている。

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、監査は法人監事によって行われている。必要な試算表および財務諸表等は、適切に作成されている。予算の策定プロセスも各部門の要望を聴取して、事務局長により立案され、理事会および全体会議で承認を得ている。診療実績・月別収支など報告および評価も理事会と全体会議で行われている。医事業務は、窓口業務、レセプト、未収金の管理の対応などおおむね適切に管理されている。委託業務や業者の選定は経済性や業務遂行能力などの評価を行い、検討・決定が行われている。施設・設備の管理および物品管理は、適切に行われている。

防災対策マニュアルが整備され、火災や大規模災害発生時の対応体制は適切に整備されている。保安全管理は総務課が管轄し、業務日誌も確実に記載されている。緊急時の連絡網も整備されており、保安業務は適切に実施されている。医療事故への対応は手順が整備され、事務局長が窓口となり、適切に対応できる体制が確立されている。

11. 臨床研修、学生実習

学生実習は、医師の他看護師・薬剤師・理学療法士・理学療法士・栄養士・社会福祉士医療事務等と多くの職種を受け入れている。受け入れは各部門で担当者を明確にし、それぞれカリキュラムを策定し、各職種の実習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	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	B
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	B
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	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	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	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	地域の保健・医療・介護・福祉施設等から患者を円滑に受け入れている	A
2.2.4	診断的検査を確実・安全に実施している	B
2.2.5	適切な連携先に患者を紹介している	A
2.2.6	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.7	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B

2.2.8	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.9	患者が円滑に入院できる	A
2.2.10	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.12	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.13	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.14	周術期の対応を適切に行っている	A
2.2.15	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.16	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.17	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.18	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	B
2.2.20	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	A
2.2.21	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.22	必要な患者に在宅などで継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.23	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	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	B
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	B
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	B
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	B
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	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	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 8 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人ときわ会 ときわ会病院

I-1-2 機能種別：一般病院1

I-1-3 開設者：医療法人

I-1-4 所在地：青森県南津軽郡藤崎町榑亀田2-1

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	107	107	+0	78.5	21.4
療養病床	42	42	+0	77.4	73.7
医療保険適用	42	42	+0	77.4	73.7
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	149	149	+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		
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	42	+0
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	24	+0
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

在宅療養支援病院

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： 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%	
	昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
年度(西暦)	2018	2017	2016	2018	2017
1日あたり外来患者数	116.23	115.68	117.80	100.48	98.20
1日あたり外来初診患者数	9.84	10.46	10.88	94.07	96.14
新患率	8.46	9.04	9.24		
1日あたり入院患者数	117.02	109.92	113.85	106.46	96.55
1日あたり新入院患者数	3.37	3.09	3.25	109.06	95.08