

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 1」及び副機能種別「慢性期病院」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
機能種別	慢性期病院（副）	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。
- ・機能種別 慢性期病院（副）
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は、1933 年に設立された保証責任利用組合北奥羽病院を前身とし、県厚生連から譲渡後、3 町村による病院組合が設立されて公立野辺地病院と改称された。現在は、2 町 1 村で構成される病院となり、北部上北地域の中核病院としての役割を担っている。「患者の権利を尊重し、安全で心の通った医療を提供します」という病院理念を掲げ、行政や地域の医療機関をはじめ介護事業所などとの連携を強化し、地域のための患者本位の医療を目指して取り組んでいる。人材確保と育成、経営改善を基本方針として、病院長、病院幹部職員を先頭に、野辺地病院新改革プランの達成に向け奮闘されており、評価できる。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念および基本方針は適切に策定され周知されている。病院長や総看護長、事務局長など病院管理者・幹部は、病院運営上の課題を人材確保と育成、経営改善と経営の安定化とし、新改革プランや年次事業計画に盛り込み、機会を捉えて職員に説明するなどして計画達成に努めている。また、年次事業計画の内容を各部署の目標に反映させ、さらに個人目標に繋げているなど、病院管理者・幹部のリーダーシップは適切に発揮されている。病院の意思決定会議として、管理会議が開催され議事録も整えられている。情報管理に関する規程が整備・遵守され、文書管理は適切に行われている。

人材確保では法定等の人員は確保されており、おおむね適切である。人事・労務管理では、就業規程等の周知や労務管理は適切である。職員の安全衛生管理は、衛生委員会が設置され毎月開催されており取り組みの内容もおおむね適切であるが、今後、特定化学物質を取り扱う環境の整備を望みたい。職員の意見や要望の把握については、職員満足度調査や職員ご意見箱を設置し意見等の把握や反映に努められている。

職員への教育・研修では全職員対象の研修会が計画に基づき、おおむね適切に実施されている。なお、研修における欠席者へのフォローなど、受講率向上のための工夫が望まれる。職員の能力評価・能力開発についてはおおむね適切に行っている。

3. 患者中心の医療

患者の権利が明文化されており、院内外への周知を含めて適切である。説明と同意については、インフォームド・コンセントに関する指針が作成されて説明と同意取得が行われ、看護師が同席して患者の理解状況の確認が行われている。患者との情報共有と医療への参加の促進では、入院診療計画書や各種パンフレット等を使用して情報共有が図られ、在宅療養指導なども適切に行われている。患者支援体制では、患者相談室に看護師や社会福祉士を配置し、多様な相談に応じている。患者の個人情報とプライバシーの保護については、おおむね適切である。臨床における倫理的課題については、倫理的課題を共有・検討する場としては、倫理委員会が設置されている。今後、主要な倫理的課題への対応方針の明確化や病棟等の現場では解決困難な事案の倫理委員会での審議などが望まれる。

病院施設は、患者や面会者の病院へのアクセスなどを含めた利便性や院内の快適性に配慮されている。また、車椅子などの配置および点検整備、トイレや浴室の安全性への配慮、障がい者専用駐車場の設置など、高齢者・障がい者に配慮した施設・設備である。なお、病院敷地内禁煙であり、禁煙外来も行われている。職員の喫煙率は減少しているものの低くはない状況であることから、一層の禁煙啓発への取り組みや禁煙推進への支援などを検討されたい。

4. 医療の質

患者・家族からの意見等は、意見箱や患者満足度調査により収集されており、集計・検討のうえ改善策に反映させる仕組みがある。診療の質向上に向けた取り組みについては、医療・看護の質向上委員会を設置し、診療と業務の質向上に向けた検討がされているが、クリニカル・パスの適応率の向上が今後の課題である。新たな診療技術等の導入に向けた検討や薬剤の適応外使用の可否など、必要時には倫理委員会において検討する仕組みがあり、今後は、病院としての方針や具体的な検討手順、指針等も整備されることが望まれる。

病棟における診療・ケアの責任体制は明確にされている。診療記録については、看護領域にとどまらず、診療の記録など全般的な質的点検の充実が望まれる。多職種が参加する各種カンファレンスが開催され、診療・ケアの適切性や退院調整などが検討されている。感染制御チームや栄養サポートチームなどの専門チームも機能しており、皮膚・排泄ケア認定看護師が専門的資格を駆使して活動していることは評価できる。

5. 医療安全

医療安全管理室に医療安全管理者や院内感染管理者などを配置のうえ、医療安全対策委員会および医療安全推進者会議を設置し、カンファレンスや院内ラウンド等の活動が行われている。インシデント・アクシデント報告を収集し改善策が検討されており、改善策の効果は改善報告書により検証されて「一週間報」で周知されている。院外からの情報が収集され職員に周知されているほか、院内の情報は委員会報告の他に「医療安全だより」が発行され職員周知が図られている。

患者の確認は、患者誤認防止マニュアルに沿って、患者自身に名乗ってもらうことやリストバンドによる確認が行われている。情報伝達エラー防止については、医師の指示出し、看護師による指示受け、実施の流れは口頭指示の手順を含めて確立されている。薬剤の安全な使用については、重複投与やアレルギー等のリスクは適切に回避され、麻薬等やハイリスク薬は適切に表示され、保管・管理されている。抗がん剤のレジメン管理・登録も適切に行われているが、副作用発生時の報告手順を整備し、副作用情報を確実に把握することが望まれる。転倒・転落防止対策は、入院時に全患者を対象にアセスメントし、リスク評価に基づき患者・家族に説明されている。主な医療機器は医療機器安全管理責任者により一元管理されており、臨床現場での研修会の開催を含め適切である。患者等急変時の対応については、院内緊急コードが設定され、必要とされる個所に救急カートが整備されている。

6. 医療関連感染制御

医療安全対策室の院内感染管理者により感染対策や管理が行われている。院内感染対策委員会と感染制御チームが組織され、感染制御チームによるラウンドを実施して、臨床現場の状況確認と課題の把握および対策立案が行われている。感染に関する情報は適切に収集され、院内の感染発生状況や耐性菌の分離状況等は、週間報告書にまとめられ、院内感染対策委員会で報告・検討されている。アウトブレイクへの対応手順も整備されている。

医療関連感染を制御するための活動はおおむね適切に実践されているが、病棟における感染性廃棄物の保管・管理の取り扱いを見直しされたい。抗菌薬の採用・削除は薬事委員会で検討されており、抗菌薬の適正使用指針が作成され、分離菌感受性パターンも定期的に把握されている。抗菌薬の使用状況も定期的に把握されて医師にフィードバックされており、抗菌薬は適正に使用されている。

7. 地域への情報発信と連携

病院として必要な情報発信は、広報誌やホームページにより行われている。広報誌は年3回、各11,000部が発行されて、診療機能や医師含めた新入職員の紹介、お知らせなどの情報が発信されている。また、ホームページの内容もおおむね充実しており、診療機能や外来受診の方法、入院の手続きなどが案内されている。今後さらに、診療実績や臨床指標などが掲載されると良い。地域連携については、地域医療連携室に看護師や社会福祉士等が配置され、紹介患者の受け入れや転院紹介、紹介元への返書対応の一元管理が行われている。また、地域の連携医療機関や介護事業所等との協議会、会議などに参加し、情報共有と地域の状況の把握に努められている。

地域に向けての医療に関する教育・啓発活動としては、各職能団体からの講師要請に応えているほか、病院主催の臨床懇話会への地域の医療・介護事業所の参加呼びかけ、地域包括ケア研修会の開催などが適切に行われている。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

総合受付を設置し、診療受付や相談等に応じている。初診や再来患者、紹介状を持参した患者の手続き含め、受付から外来診療への流れは円滑である。外来診療では患者の情報が適切に収集され、診断的検査は十分な説明のうえ同意を得て実施されている。地域医療連携室が地域の医療・介護施設等との窓口となり、地域の医療機関や介護施設からの紹介患者の受け入れや転院紹介なども適切に行われている。入院の必要性は医学的に判断され、患者・家族に説明のうえ同意を得て入院が決定されている。入院診療計画書は多職種の間での作成され、患者・家族に説明されている。患者相談室に看護師や社会福祉士等が配置され、他職種と連携しながら多岐にわたる相談に応じている。

医師は回診により患者の病態を把握し、カンファレンスにより病棟スタッフとの情報共有が図られている。看護師の病棟業務は、基準・手順に基づき診療補助や日常生活援助、病棟管理業務などが行われている。投薬・注射については、必要性和リスクについて説明されており、手順に沿っておおむね確実・安全に実施されている。抗菌薬の投与中・投与後の観察手順の作成や服薬指導の充実、薬歴管理の実施が今後の課題である。輸血・血液製剤の投与、周術期の対応は適切である。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、リスクに応じた予防対策と治療が適切に行われている。特に、皮膚・排泄ケア認定看護師の専門性を活かした取り組みは評価できる。

栄養管理と食事指導では、入院時に栄養評価を実施し栄養計画が立案されている。症状緩和については、緩和ケアマニュアルが作成されたばかりであることから、今後の充実を期待したい。リハビリテーションは適切に実施されている。身体抑制は必要性を検討し、説明と同意に基づき実施されている。退院支援、在宅継続療養は適切に行われている。なお、ターミナルステージへの対応では、判定指針の整備等が望まれる。

＜副機能：慢性期病院＞

急性期病棟（一般病棟）の後方機能と在宅調整を行う病棟として運営されている。入院時から医師をはじめとする多職種により診療計画が立案され、毎日の主治医回診、多職種参加型のカンファレンスを軸にチーム医療が行われている。

入院の決定、医療相談、医師や看護師、介護職の病棟業務、重症患者の管理、褥瘡、栄養管理、慢性期のリハビリテーション、身体抑制の回避・軽減、退院支援の取り組みはいずれも適切に行われている。症状などの緩和では、新たに策定された「緩和ケアマニュアル」の徹底による緩和ケアの充実が望まれる。なお、薬剤師による薬歴管理、療養生活の活性化を図るための計画、ターミナルステージの判断基準の策定と複数の医療者による判断、逝去後のケアの振り返り（デスカンファレンス）活動について、今後の検討を期待したい。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能では、処方鑑査や疑義照会、調剤後の確認が、業務手順に沿って適切に行われている。なお、注射薬の患者別1施用ごと取り揃え、薬事委員会の委員構成の再検討など、今後に期待したい。臨床検査機能や画像診断機能、栄養管理機能、リハビリテーション機能は体制を含め、いずれも適切に機能発揮されている。診療情報管理では、さらなる量的点検の充実が望まれる。医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能については、適切に機能が発揮されている。

病理診断機能は全て外部委託処理であるが、手順に沿って適切に行われている。輸血・血液管理機能は適切に行われている。手術・麻酔機能はおおむね適切に機能が発揮されている。救急医療機能は救急患者の受け入れ方針や手順は明確であり、緊急入院や時間外・休日の対応体制も整備されており、おおむね適切に発揮されている。

10. 組織・施設の管理

財務・経営管理については、地方公営企業会計制度に則り会計処理が行われ、予算作成のプロセス、経営状況の把握・分析なども適切である。医事業務は窓口受付や料金収納、診療報酬請求、未収金管理などの業務が適切に行われている。また、業務委託は適切に行われている。

施設・設備管理について、日常点検から定期点検、保守管理も適切に行っている。物品管理については物品の選定・購入等も適切に行われている。災害時・緊急時の対応、時間外・休日等の保安業務についてもいずれも適切である。医療事故等対応については、医療事故発生時の報告体制、院内事故調査委員会の開催の仕組みが整備されているなど、適切である。

1 1. 臨床研修、学生実習

学生実習等については、医学生や看護学生、療法士を目指す学生などの病院臨地実習が受け入れられている。受け入れ窓口は総務グループが担当し、実習の受け入れから必要な書類の確認が行われている。全ての実習生に、個人情報保護や医療安全、感染制御、実習中の事故発生時の対応などについて、あらかじめ説明が行われているなど、適切な学生実習等が行われている。

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	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
1.4	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	B
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	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	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	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	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	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	A
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	A

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	B
2.2.19	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
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	B

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	B
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	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	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	B
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	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

機能種別：慢性期病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

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	診療計画と連携したケア計画を作成している	A
2.2.7	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.8	患者が円滑に入院できる	A
2.2.9	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.10	看護・介護職は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.11	患者主体の診療・ケアを心身両面から適切に行っている	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	NA
2.2.14	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.17	症状などの緩和を適切に行っている	B
2.2.18	慢性期のリハビリテーション・ケアを適切に行っている	A
2.2.19	療養生活の活性化を図り、自立支援に向けて取り組んでいる	B
2.2.20	身体抑制を回避・軽減するための努力を行っている	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	B

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 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： 公立野辺地病院
 I-1-2 機能種別： 一般病院1、慢性期病院(副機能)
 I-1-3 開設者： 市町村
 I-1-4 所在地： 青森県上北郡野辺地町鳴沢9-12

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	120	113	+0	77.5	19.3
療養病床	31	31	+0	50.8	224.3
医療保険適用	31	31	+0	50.8	224.3
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	151	144	+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	4	+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	6	+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	43	+30
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

へき地拠点病院

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： 2 人 2年目： 1 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

[illegible]

2. 年度推移	年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
		昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前
		2018	2017	2016	2018	2017
	1日あたり外来患者数	322.00	316.20	355.33	101.83	88.99
	1日あたり外来初診患者数	25.91	24.64	28.55	105.15	86.30
	新患率	8.05	7.79	8.03		
	1日あたり入院患者数	108.79	113.62	122.90	95.75	92.45
	1日あたり新入院患者数	3.97	3.72	3.85	106.72	96.62