

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「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3月8日～3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	慢性期病院	認定
------	-------	----

■ 改善要望事項

- ・機能種別 慢性期病院
該当する項目はありません。

1. 病院の特色

貴院は1982年に開設され、歴代の病院幹部と職員の努力により、地域における存在感を発揮し続けてきた実績がある。県の中部医療圏域における人口減少、人口構成変動による医療・介護ニーズの変容にあわせて、病院の機能と構造の計画的な転換をすすめてこられた。現在では病床数をダウンサイジングする一方、一般病棟、障害者施設等病床、医療療養病棟をバランスよく配置する構造としている。さらに医療圏域内においては人工透析を必要とする患者数が年々増加し、要望や要求が高まっていることを踏まえ、透析装置の拡大とスタッフ体制の充実をすすめ、圏域内の医療機関における最大透析可能患者数の総計を上回る状況を築くに至っている。さらには、ケアプランセンターと通所リハビリテーションの介護事業所を併設し、入院から在宅までの継続したケアを提供しており、外来は透析を含め土日診療を開設以来実施するなど、地域になくてはならない病院として住民に信頼されている。本報告書が、貴院の一層の発展の一助になれば幸甚である。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と5項目の基本方針はわかりやすい内容であり、病院の内外に明示している。病院幹部は病院の将来像と課題を共通認識とした上で、特に職員の年齢構成に鑑み、後継者への世代継承の問題意識を高く持っている。病院の意思決定会議は病院管理会議であり、毎週開催され周知もなされている。情報システム管理規程が整備され、電子カルテおよび各部門システムが運用され、文書管理規程も整備されている。

人材は、医療法および施設基準上必要な各職種は確保され、就業規則は整備され、紙媒体および院内 LAN にて周知している。労働安全衛生委員会は定期開催され、常勤職員の健康診断受診率は 100% であり、メンタルヘルス支援の仕組みもあり、労働災害発生時は労基署への手続きがなされている。インフルエンザ、B 型肝炎ワクチンは病院補助にて実施している。職員の意見や要望は「目安箱」にて把握し、病院運営に反映、職員アンケートも行っている。

院内研修委員会において、全職員対象の研修計画と委員会計画が立てられ、病院として必要性の高い研修を実施している。人事考課制度が導入され、能力評価と目標管理が実施されており、職員の能力開発に一定の効果を発揮している。

3. 患者中心の医療

患者の権利は「患者憲章」「患者さんの権利」「患者さんへのお願い」という形で明記され、院内掲示と職員ハンドブックで周知している。診療録管理規程に説明と同意に関する方針が定められており、同意書の書式も一元化され適切に管理している。医療者側から患者への情報提供は、パンフレットや動画の活用のほか、透析患者対象の療養手帳を作成するなど、工夫している。患者支援は、相談窓口がわかりやすく明示され、社会福祉士と看護師が退院支援や経済的課題の支援にあたっている。また、患者サポートカンファレンスが多職種により毎週開催されており、チームでの患者支援の実績もみられる。個人情報保護規程は制定されており、各部署への配布と職員研修を実施し、療養環境におけるプライバシー保護もなされている。

「宝陽病院臨床倫理の方針」として、5 項目の指針が設定され、臨床場面で生じる倫理的課題は各病棟で随時検討し、病院として検討する場として倫理委員会がある。なお、今後は倫理委員会における倫理的課題についての検討実績を蓄積され、病院としての方針がより見直されていくことを期待したい。

院内はほぼバリアフリーであり、近年、感染対策の観点から個室増設の改修工事を行い、手摺りも整備するなど配慮されている。食堂・談話室は車椅子で利用できるスペースが確保され、洗濯機、乾燥機、冷蔵庫などが設置され療養環境の整備に努めている。敷地内禁煙の方針と現況は良好で、周知もなされている。

4. 医療の質

意見箱にて意見を収集し、対応策を立案しており、具体的な改善実績もあり、掲示でフィードバックしている。多職種の症例検討会が 3 か月に 1 回開催され、褥瘡発生率、転倒・転落による重傷事故発生率、身体拘束比率、肺炎発生率等がホームページに掲載されている。なお、臨床指標は PDCA サイクルをまわして質の改善に寄与し、その結果を評価するシステムを構築するとなお良い。医療機能評価の継続的な受審を含め、病院の質改善に継続的に取り組んでおり、立ち入り検査の指摘事項に対しても迅速に対応している。医薬品の適応外使用の際は、薬事委員会と倫理委員会で検討している。

ベッドネームに主治医名を記載し、担当する看護・介護スタッフ名は病室内に表示し責任体制を明確にしている。電子カルテによる診療記録は必要な記載がなされており、診療録の質的点検は診療録管理委員会ですべて毎月 10 例ほどピックアップして、多職種で内容をチェックする仕組みである。なお、今後は質的点検に医師のさらなる関与が望まれる。多職種によるカンファレンスや会議が計画的に開催されている。また、褥瘡チーム、栄養サポートチーム、感染対策チーム、医療安全チームが活動しており、多職種協働が行われている。

5. 医療安全

医療安全管理部門として医療安全管理室が設置され、医療安全管理委員会、医療機器管理委員会が開催されている。さらに、各部署のリスクマネージャーが、毎週、医療安全カンファレンスを開催している。院内のインシデント・アクシデント事例から、m-SHELL 分析で課題を抽出し、対策実施、院内ラウンドで対策が評価されている。

患者の誤認防止は、名乗れる患者はフルネームを名乗ってもらい、バーコード認証可能なネームバンドで確認している。口頭指示は原則行わない方針であり、ハイリスク薬は院内で定義された規程に基づき保管・管理され、病棟での管理も良好である。入院時および 1 週間後、1 か月後に「転倒転落防止アセスメントシート」を用いて転倒・転落リスクをアセスメントし、危険度に応じて防止対策を実施している。輸液ポンプ、シリンジポンプ、心電図モニター、人工呼吸器、除細動器を保有し、臨床工学技士による中央管理体制としている。患者急変に備え、院内緊急コードが設定されており、発動方法もわかりやすく掲示されている。また、院内緊急コードを用いた緊急召集訓練が行われるなど、医療安全の体制と実践は適切である。

6. 医療関連感染制御

院内感染対策委員会が定期的に行われている。感染管理担当は検査技師が専任で責務と権限を持っている。委員会の下部組織として、多職種で構成される ICT が組織され、週に 1 回ラウンドしている。院内感染状況は尿道カテーテル関連感染、人工呼吸器関連感染などのサーベイを実施している。アウトブレイクの定義も明確である。

感染防止マニュアルに沿って、標準予防策および感染経路別予防策が講じられている。看護師は擦式手指消毒薬を携帯し、全職員にアイガードを配布している。PPE の正しい着脱方法と手洗いの研修会を開催している。抗菌薬適正使用ガイドラインがあり、周術期の抗菌薬選択、血液培養の必要性等、内容も詳細である。院内の抗生剤使用状況、アンチバイオグラムも毎月の院内感染対策委員会で報告されている。カルバペネム系、抗 MRSA 薬は使用届け出制となっている。

7. 地域への情報発信と連携

地域に向けた情報発信として、広報誌は年 4 回発行され約 120 部が世帯や連携施設に配布されている。病院の特徴や時どきのトピックが掲載され、親近感もわく編

集となっている。ホームページは病院の機能を紹介する工夫に加え、医事統計が掲載されている。地域の医療機関と施設等の機能や連携実績を一元的に把握しており、逆紹介と紹介の実績は年報に反映されている。コロナ禍以前は対面での会合や訪問対話が活発であり、コロナ禍以降もオンラインでの交流や「医療ネット」を用いた情報共有システムを活用している。地域での健康増進活動は、定期的に月2回の健康体操教室、毎年1回の介護予防をテーマにした看護の日のイベント、介護施設への講師派遣の実績があり適切である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

個人情報やプライバシー保護に配慮しながら、外来診療は適切に実施されている。また、病院開設から土日の外来診療を実施して、特に小児科を日曜に診療しており、地域住民の安心感を得ており、地域への貢献として高く評価できる。侵襲的検査は説明・同意のうえ安全に実施している。入院は、医師が患者・家族の説明、同意を得て入退院管理会議へかけており、他施設からの紹介はMSWが情報収集して会議へかけている。入院後は、多職種で作成した入院診療計画書をもとにケア計画を作成している。医療相談室のMSWが入院前から患者情報を収集し、多様な相談に対応している。

診療指針が整備され、医師はそれに則って病棟業務を進めており、看護師は看護基準、看護手順、業務基準等に基づいて良好な病棟業務が実践されている。内服薬は一包化され、分包薬に懸濁時の注意書きを記載するなど安全な投薬に努力している。輸血は安全確実に実施されているが、輸血時の観察については検討を期待したい。褥瘡評価フローに沿ってリスク評価を行い、必要な患者に褥瘡対策に関する診療計画書を作成している。苦痛、疼痛の評価にはフェイススケールを使用しており、訴えが出来ない患者の苦痛にも配慮している。リハビリカンファレンスが開催され、リハビリ進捗や評価、計画の検討が多職種によってなされている。介護福祉士によるアクティビティを高めるレクリエーションを個別に実施しているほか、自立支援として患者自身で洗濯が行えるよう取り組んでいる。身体抑制は原則行わない方針であり、やむを得ず抑制する場合は抑制回避・軽減・解除に向けた検討がなされている。

在宅への退院調整では、多職種で退院支援会議を開催し、退院後の療養生活支援に必要なサービス事業者を調整している。さらに療養病棟では全症例についてデスカンファレンスで終末期ケアの振り返りが行われており適切である。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能においては、注射薬を1施用ごとに取り揃え、持参薬の鑑別も適切に実施しているなど、適切に機能を発揮している。検体検査の緊急検査は院内で実施し、通常検査は外注であるが、パニック値の規程があり、直接主治医に連絡している。画像診断機能は単純撮影、透視、CT、MRIがあり、造影時には医師が立ち会うことを原則にし、誤認防止や安全対策も適切である。栄養管理機能は、温冷配膳車によって適時・適温の食事提供の配慮がなされ、患者のアレルギーの有無、個々

の食形態や嗜好に応じた個別対応もなされている。リハビリテーションは、主治医がリハビリ処方した患者の評価を行い、理学療法・作業療法それぞれの計画を立ててリハビリを実施し、主治医との連携も緊密である。診療情報管理機能においては、傷病名のコーディングがなされ、病院年報に反映させており、診療録の量的点検も実施されている。医療機器は中央管理されており、臨床工学技士による定期点検、保守点検の計画と実績が把握されている。洗浄・滅菌機能は病院に必要な体制と取り組みがなされている。

病理診断機能は、採取した検体は外注に依頼し、結果が悪性の場合は主治医に直接連絡している。輸血・血液管理機能は輸血療法委員会があり、発注状況や使用状況、廃棄率が報告されている。廃棄低減に向けた取り組みもなされている。手術・麻酔機能はスケジュール管理が行われ、患者誤認防止は適切でタイムアウトも実施している。

10. 組織・施設の管理

経営管理は月次損益状況、半期および年度の決算がなされており、月次で損益計算書と貸借対照表も作成され、管理会議等で分析と評価を行っており、年度決算は外部の公認会計士による監査も行っている。医事課では、受付から会計窓口までの窓口業務や収納業務は手順に即して適切に行われ、レセプト業務も医師との協働の手順としている。未収金の対応も回収の努力に努め、かつ経済的困難が背景にあるケースについては社会福祉士との連携も確認できる。

施設・設備は総務課の管理下で、保守点検と改修計画が予算化され、実施されている。なお、中期的な改修計画についても検討することを期待したい。物品はSPDを採用し、新規導入においては法人本部と調整のうえ決定している。

防災マニュアルは整備され、防災訓練は消防署立ち会いのもと適時に実施されており、緊急連絡網も整備している。大規模災害を想定した対応マニュアルが整備され、さらに自院の立地から河川氾濫に対するマニュアルも具体的である。また、自家発電機は定期点検が実施されており、食料、飲料水の備蓄もおおむね適切である。保安業務は夜間を含め事務職員によって適切になされている。重大事故が発生した際は病院の方針に基づき院内事故調査委員会を設置する規程が明確であり、医療賠償保険、法人としての訴訟問題に関わる備えもあり適切である。

11. 臨床研修、学生実習

リハビリ療法士の学生実習を受け入れており、医療安全、感染制御に関する教育および個人情報保護についても実習前教育がなされている。カリキュラムは確立しており、実習中の事故対応と仕組みも整備している。

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	B
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	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	A

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	B
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	B
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	S
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	A
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	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	A
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	A
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	B
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	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	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	NA

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	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	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	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 12 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社団医療法人 啓愛会 宝陽病院

I-1-2 機能種別： 慢性期病院

I-1-3 開設者： 医療法人

I-1-4 所在地： 岩手県花巻市石鳥谷町新堀第15地割23

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	112	112	+0	89	99.5
療養病床	45	45	+0	91.3	445.1
医療保険適用	45	45	+0	91.3	445.1
介護保険適用					
精神病床					
結核病床					
感染症病床					
総数	157	157	+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	25	+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		
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

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： 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

年度(西暦)	実績値			対 前年比%	
	昨年度 2020	2年前 2019	3年前 2018	昨年度 2020	2年前 2019
1日あたり外来患者数	66.57	74.75	73.27	89.06	102.02
1日あたり外来初診患者数	3.07	5.38	5.91	57.06	91.03
新患率	4.61	7.19	8.06		
1日あたり入院患者数	139.74	142.64	59.41	97.97	240.09
1日あたり新入院患者数	1.04	1.25	1.33	83.20	93.98