

# 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 3 月 13 日～3 月 14 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

貴院は孝仁会が擁する病院のうち、脳神経外科・心臓血管外科・消化器外科等の急性期入院診療部門を集約し、高度急性期医療を提供する病院として開設された病院である。脳卒中、心筋梗塞、脊椎脊髄疾患等の急性期治療に 24 時間体制で対応し、ドクターヘリも運航している。また、公益性の高い社会医療法人の認定を受け、地域における自院の位置づけを明確にし、良質かつ適切な医療を提供している。さらに、基幹型臨床研修病院として医師教育にも寄与している。

病院機能評価を継続して受審しており、今回の認定更新のための審査においても、病院管理者・幹部の強いリーダーシップのもと職員が一体となり、病院の質向上に取り組んできた成果が確認できた。なお、一部にはさらなる取り組みが望ましい項目も見受けられたが、質向上への取り組みを継続し、貴院がますます地域において発展されることを祈念する。

### 2. 理念達成に向けた組織運営

理念および基本方針は、道東地域を支える急性期病院としての、また、安全で質の高い高度な医療を提供する姿勢が明確に表現され、院内外への周知も適切に行われている。病院管理者・幹部は病院の将来像を全職員に向けて明確に示している。また、道東地域における急性期病院として、医療の方向・地域における連携・医療のハード面の整備等に、病院幹部を先頭に全職員が取り組んでいる。病院運営の意思決定会議は定期的に行われている。病院開設時から、自社開発した電子カルテを導入し、課題等は委員会や法人本部との連携の中で検討するなど、組織的な対応を図っている。

医療法および施設基準を満たす人員を確保し、病院の状況や業務量を勘案して人員配置計画を作成している。養成学校の訪問や病院見学会を実施するとともに、奨学金制度なども活用し人材の確保に努めている。人事・労務管理は、就業規則や給与規程、育児・介護休業等の諸規程が整備されている。衛生委員会が定期的開催され、休憩室や当直室などの職場環境も良好に整備されている。抗がん剤の調製・混合環境や、作業環境管理も適切である。放射線の被曝量測定も適切に実施されており、医療被ばく低減施設にも認定されている。職員からの意見や要望を把握する手段として、職員満足度調査を実施しており、人事考課における面談等も活用されている。院内保育では24時間保育が可能であり、多様な勤務や休暇制度により就労支援が図られているなど、魅力ある職場作りへの取り組みは適切である。

職員への教育・研修では、欠席者へのフォローの充実化など、一層の取り組みが期待される。全職員に対して業務の能力評価が、明確な基準のもとに適切に実施されている。医師を除く職員については、個々の能力に合わせた目標を設定し、外部研修、専門的資格の取得などが推進されている。医師については院長や各診療科責任者などにより、診療能力や診療実績が把握・評価され、技術向上のための支援もなされている。

### 3. 患者中心の医療

患者の権利として、基本的権利、知る権利、自己決定の権利、プライバシーが保護される権利が明文化されている。診療記録の開示は原則全例開示とし、規程に基づいて開示されている。患者・家族に説明する義務として説明と同意に関する方針・基準を定め、同席者のルールを決めている。診療・ケアに必要な情報は、入院診療計画書やクリニカル・パス等を使用し提供している。患者には、問診票の記載やリストバンドの装着、氏名の名乗り、転倒・転落予防など医療安全への参加を依頼している。患者支援体制として医療相談室にMSWを配置し、患者・家族からの様々な相談に対応しており、院内掲示や入院のしおり等を通じて周知している。

個人情報保護に関する規程が整備され、また、プライバシーの保護について配慮がなされており、おおむね適切である。臨床における倫理的課題について、病院として継続的に取り組む体制が整いつつあり、現場における課題の把握とあわせ、今後の充実を期待したい。

病院は全館でバリアフリーが確保されている。廊下幅は広く、手摺りなども適切に設置されている。各病棟にデイルームを確保するなど、生活の場が整備されている。敷地内禁煙が徹底されており、禁煙外来も実施している。外来、病棟に禁煙推進のパネルを設置している他、入院のしおり等で敷地内禁煙を掲載するなど、周知に取り組んでいる。

#### 4. 医療の質

患者・家族の意見を収集する手段として、院内各所に意見箱を設置している。回答は文書掲示で、また、個人名で寄せられた意見は直接返信するなど、適切にフィードバックしている。診療科単独の症例検討会や複数診療科による合同カンファレンスは定期的に行われ、CPC も開催されている。臨床指標の収集・分析に関しては、一般的な指標の収集・分析以外に QIP に参加するとともに、会議を開催し、循環作動薬の使い方の見直し等の改善に繋げている。新たな診療技術や治療方法等を導入する場合には委員会を検討する手順となっている。これらの審議には、必要に応じて外部委員も招いており、適切なメンバー構成で審議を行っている。承認されると、関係する多職種スタッフに周知するためのカンファレンスを開催している。

診療・ケアの管理・責任体制はおおむね明確となっている。診療記録はマニュアルに基づき、おおむね適切に記載されている。退院時サマリーの 2 週間以内の作成率は 100% であり評価できる。多職種が参加するカンファレンスとして、リハビリテーションカンファレンスや患者支援カンファレンス、部門別カンファレンスなどがあり、積極的に多職種が協働している。

#### 5. 医療安全

医療安全管理に関する会議が定期的に行われ、必要な規程やマニュアルはおおむね整備されている。院内のインシデント・アクシデント情報は収集され、データ化されている。今後、収集されたデータの分析と再発防止策の検討について取り組みを期待したい。

患者確認は、誤認防止対策マニュアルに沿って、患者本人による氏名や生年月日の申告を基本とし、入院患者はリストバンド、外来患者は外来受付票も、併せて活用している。意思表示が出来ない場合の手順も明文化している。電子カルテ・オーダーリングシステムによる手順で処方され、薬剤師により重複処方、投与禁忌、配合の可否、アレルギーなどが確認されている。麻薬・向精神薬・ハイリスク薬等を含む定数配置薬剤等の保管・管理を手順に沿って実施している。

入院時に全患者を対象に、転倒・転落アセスメントを行い、リスクの高い患者については予防策を含め看護計画に反映させ、患者・家族への説明が行われている。また、定期的な評価の実施や多職種との情報共有も図られている。院内緊急コールが設定され、各部署に周知徹底されている。救急カート内の薬品や物品は院内でほぼ統一され、看護師による日々の点検と薬剤師による定期点検が実施・記録されている。除細動器は臨床工学技士が定期的にチェックしている。

#### 6. 医療関連感染制御

感染対策に関する委員会と、院内感染防止の担当部署の下、ICT および AST が組織されている。また、看護部の感染対策委員会、感染対策スタッフ会が組織され、連携して活動・機能している。自院における分離菌・菌種別薬剤感受性・MRSA 等、各薬剤耐性菌出現頻度などを把握し、部門別サーベイランスとして CLABSI を実施している。

手指衛生については、速乾式消毒剤の使用状況を把握し、適正使用と使用促進に取り組んでいる。個人防護用具については、必要とする部署や病棟で装備が徹底されている。

抗菌薬の適正使用指針を整備し、特別な抗菌薬使用については届出制にしている。院内における分離菌感受性パターンを把握し、起炎菌の同定、感受性試験に基づいた抗菌薬の選択を行っている。院内における抗菌薬の使用状況について AST 薬剤師が常時モニタリング・把握し、結果を医師にフィードバックし、必要時指導している。

## 7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信として患者や地域住民向けの広報誌、医療機関向けの広報誌を定期的に発行し、各診療科の紹介や診療体制の変更、患者向け講演会、介護予防に関わる情報を発信している。ホームページでは病院機能や医師の紹介、診療スケジュール等などが案内されており、診療実績も紹介されている。地域の医療機関との連携促進として、紹介患者の受け入れや情報提供、逆紹介、患者相談などが行われている。地域の医療機関間における電子カルテや画像情報、検査結果などの診療情報連携システムにも参加し、各医療機関との連携を積極的に行っている。

地域の健康増進に寄与する活動として、定期的に専門医による地域住民対象の講演会を、各地区で開催している。また、地域の老人クラブへ出向き健康講座を開催している。さらに、地域の医療関連施設等に向けた教育・啓発活動として、地域医療講演会を開催している。

## 8. チーム医療による診療・ケアの実践

診療科の紹介や外来担当医表などは、ホームページやパンフレットで案内されている。紹介入院については、受け入れを円滑に行う手順が整備されている。診療科ごとに、医学的判断に基づいた入院の適応が検討され、必要時は他診療科医と協議する仕組みが確立している。入院の決定に際しては、入院の必要性が患者に十分に説明され、患者の希望にも配慮している。入院が決定すると MSW が入院前説明を実施し、入院後は看護師が入院生活に必要な病棟のオリエンテーションを行っている。患者の病態に応じた医学的評価に基づいて、クリニカル・パスなどを活用するとともに、患者・家族の希望にも配慮し、入院診療計画を迅速に作成している。診断的検査の適応は、担当医が医学的に判断しており、手順に基づき対応している。

医師は日々回診し、診療記録に患者の病態や検査結果の評価などを適時記載している。必要の都度または要請に応じて、患者・家族と面談し、疾患・病状などについて説明し了解を得ている。病棟看護師長は日々ラウンドを行い、患者の療養環境や患者の状態を把握するとともに意見・要望を聞き、スタッフの支援や他部門との調整などに努めている。薬剤師は全対象入院患者の薬歴管理、持参薬管理ならびに服薬指導やリスクなどの説明を行い記録している。

重症患者や手術患者で集中治療が必要な患者は ICU、SCU で治療を行っている。必要時、各種認定看護師、薬剤師、MSW などが随時介入・対応できる体制が確立している。

孝仁会グループ内には高度急性期・急性期・回復期リハビリテーションなど機能の異なる施設があり、スムーズな転院ができる体制となっている。在宅に向けては、多職種で行われるカンファレンスで検討を重ね、地域の医師とも情報を共有し、継続した診療・ケアを実践している。

褥瘡の予防・治療、栄養管理と食事指導、患者・家族への退院支援、継続した診療・ケアは、いずれも適切である。周術期の対応、症状などの緩和については、今後さらなる検討が期待される。

## 9. 良質な医療を構成する機能

薬剤管理機能については処方鑑査、疑義照会対応、調剤鑑査、必要な患者の持参薬の鑑別・管理などをおおむね適切に実施している。採用医薬品集については、定期的な改訂が期待される。画像診断機能については、放射線科専門医および診療放射線技師等を配置し、運営・管理している。画像読影率は CT・MRI・RI・PET-CT のいずれも 100% であり、診断結果を翌診療日以内に報告している。必要な画像については専門医がダブルチェックしている。

リハビリテーション機能については、訓練室に療法士を配置し、病棟スタッフと緊密に情報共有して、訓練を立案し、必要な設備・環境の整備・点検のもと、安全に配慮した訓練を実施している。積極的に早期から訓練を開始し、大型連休を含め訓練の休止がないよう、当番制で毎日平日と同様の継続した訓練を実施しているなど、全病院的ニーズに応じたリハビリテーションを提供している。

手術・麻酔機能については、常勤・非常勤の麻酔科医の他、看護師、看護補助者が配置され、手術を安全に実施している。手術スケジュール管理は麻酔科と看護部で調整し、緊急対応も同様に調整している。手術当日は誤認防止のための確認や、タイムアウトなどで本人、手術部位、手術法などの確認が行われている。

集中治療機能については ICU、SCU が設置され、手術の有無や重症度に応じて活用されている。重症患者管理に精通した医師が常時勤務する体制が確保され、看護体制も整えた上、他部署からの応援体制も整備されている。救急医療機能については、地域の基幹病院として断らない医療を基本に、脳脊髄、心大血管、循環器疾患を中心に多くの救急患者に対応している。脳神経外科、循環器科は消防とのホットラインを有し、迅速な初療を実践している。

臨床検査機能、栄養管理機能、診療情報管理機能、医療機器管理機能、洗浄・滅菌機能、病理診断機能、輸血・血液管理機能については、いずれも適切である。

## 10. 組織・施設の管理

会計は病院会計準則に則って適正に処理されている。月次決算を行って財務諸表を作成し、監査法人による会計監査を受けている。医事業務では、窓口の収納業務などがマニュアルを遵守して合理的に行われている。レセプト点検では、レセプトチェックソフトの活用、各医師における点検において、病名チェックや症状詳記がなされている。業務委託の導入に際しては、手順に沿って、導入の是非も含めて決定している。委託開始後は、各委託業者と適宜意見交換をするなどして質の担保に取り組んでいる。医療ガスの日常点検は、各病棟でチェック表に沿って実施している。設備に関する災害時の緊急時の対応手順を整備し各部署へ周知している。物品管理は規程に則り実施されている。SPD方式が導入され、効果的な発注・搬送・在庫管理に努めている。

災害時の対応では、マニュアルを策定し、2018年の北海道胆振東部地震による停電災害を教訓にしたマニュアルの更新も適切に行っている。医療事故発生時の対策として、事故発生時の対応手順や組織的な検討体制、マスコミ対応などが明確になっている。

## 11. 臨床研修、学生実習

初期研修医については、臨床研修管理委員会が開催され、計画に則った研修が実施されている。看護部においては、新人と現任それぞれの研修プログラムに則り、指導者による定期的な面談によるプログラムの進捗、達成度の評価がなされている。リハビリテーション部では段階的発展を目指した詳細なカリキュラムを作成し、プリセプターにより適切な教育がなされている。その他、薬剤部、臨床工学科、診療放射線部も初期研修プログラムを作成し、実施・評価している。

学生実習については、看護学生を受け入れている。実習を開始するにあたっては、患者・家族に十分な説明を行い、同意を取得して協力を得ている。開始時には各所属長によるオリエンテーションがあり、医療安全や感染対策などの院内ルールや、プライバシー保護や守秘義務の遵守などを周知徹底している。

# 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	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	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	B
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	B
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	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	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	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	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	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	診断的検査を確実・安全に実施している	B
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	B
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	B
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	B
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	A
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	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	A
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	B
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	B
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 1 月 1 日 ～ 2017 年 12 月 31 日  
 時点データ取得日： 2018 年 8 月 1 日

# I 病院の基本的概要

## I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 社会医療法人孝仁会 釧路孝仁会記念病院

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： 北海道釧路市愛国191-212

## 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	235	235	+3	89.1	17
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	235	235	+3		

## 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)	10	+0
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)	12	+12
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	20	+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

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： 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 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	2年前	3年前	昨年度	2年前
	2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数	150.02	154.66	158.73	97.00	97.44
1日あたり外来初診患者数	22.26	24.07	26.12	92.48	92.15
新患率	14.84	15.56	16.46		
1日あたり入院患者数	219.92	213.39	215.63	103.06	98.96
1日あたり新入院患者数	13.36	12.82	12.97	104.21	98.84