

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 11 月 30 日～12 月 1 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 1937 年に十勝の住民に必要な医療を提供する目的で開設され、増床を繰り返し現在は 300 床の地域の中核病院として、医療の提供とともに福祉、教育に力を入れている。2001 年には地域周産期母子医療センター、2003 年には臨床研修病院の指定を受け、脳神経外科ほかの診療科も増設し、2015 年にスポーツ医学・心臓リハビリテーションセンターを開設、2016 年には北海道がん診療連携指定病院の指定を受けるなど、急性期医療提供体制の拡充を図り現在に至っている。

医療制度の改革や地域医療提供体制の変化に対応し、病院幹部のリーダーシップの、もと「十勝・帯広に必要な医療機関である続ける」という理念にしたがい、全職員が団結し地域に根ざした心のこもった医療、看護、介護の実践に努めるとともに、人材の育成にも積極的に取り組まれている。今回の病院機能評価の認定更新受審にあたり、地域の中核を担うべき機能向上への努力や組織活動が随所に見受けられた。前回受審における指摘事項へも対応される中、今回更新に際し新たな課題も提示させて頂いた。医療機能の標準化や組織体制強化に向け継続的な活動の一助となることを願い、地域医療を担う病院として今後のさらなる活躍を祈念する。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院の理念をわかりやすい表現で明文化し、6 項目の基本方針を定め、院内外へ広く周知している。病院長は全体朝礼などで病院の将来像や方向性を具体的に明示している。病院幹部は経営体力強化や人材育成など重要課題を認識しており、多くの会議や委員会に積極的に参加している。四役会議で病院の意思を決定し、職場代表者会議などで組織内に情報を伝達している。今後は、年度目標の設定や達成度評

価を、病院として確実に実施していく体制の構築を期待したい。文書管理は、重要な文書を一元的に管理する仕組みがあるが、委員会規程やマニュアルの改訂履歴の管理、委員会議事録の管理においては管理方法の見直しを望みたい。

人事・労務管理では、出退勤時刻はタイムカードへの打刻などにより正確に把握し、医師や看護師の負担軽減・タスクシフティングにも取り組んでいる。衛生委員会の開催や職員健診、労働災害の届け出、作業環境測定の実施など、いずれも適正に実施している。職員用駐車場の確保、院内保育園の設置など、就労支援の体制も整っている。

職員研修会は担当の部門や委員会で、それぞれ計画・実施しており、院外研修会や学会への参加の機会も確保しているが、病院として必要な研修を確実に実施できる体制の構築が望まれる。また、看護部ではクリニカルラダーが運用されているが、病院としての体系的な能力評価の仕組みはない。法人本部で人事評価システムの導入を検討中であり、早期のシステム導入を期待したい。

3. 患者中心の医療

患者さんの権利と責任として、5項目が明文化され、見直しも定期的に行っている。説明と同意に関する方針は規定に明記し、同意を取得する範囲を明確にしている。今後は書式の統一が望まれる。患者に氏名を名乗ってもらうなど、医療安全への参加を促し、医療への患者参加に取り組んでいる。患者相談窓口は、がん相談含めて一元化されており、院内掲示などにより周知されている。敷地内全面禁煙で禁煙外来が開設されており、患者・職員への禁煙啓発がなされている。

個人情報保護方針を策定し、ホームページや入院案内で院内外に広く周知している。電子カルテ情報のダウンロードは許可されたデータのみ匿名化して提供する仕組みがあり、個人情報・プライバシーを適切に保護している。現場で解決できない倫理的課題に対しては臨床倫理検討部会で検討する仕組みがある。現場で発生している臨床倫理に関する問題と各現場での取り組みを組織として集約し、院内で活かしていく仕組みづくりを期待したい。館内は、全館を通して整理整頓が行き届き、清潔性を保っている。コロナ禍の対応としてWEB面会を取り入れるなど、療養環境の整備は適切である。

4. 医療の質

患者・家族からの意見・要望などを投書箱や患者満足度調査、退院患者アンケートで収集し改善に努めている。症例検討会を各科で開催し、内容に応じて多職種も参加している。関連学会のガイドラインを遵守し診療の標準化が図られ、院内で活用されるガイドラインをとりまとめている。クリニカルパスは「クリニカルパス委員会」が中心となり、バリエーション分析を行うなどして病院全体としての作成・見直しを開始したところである。病院独自の臨床指標の活用については今後の課題であり、臨床指標の分析を通して病院全体で診療の質向上に取り組むことを期待したい。病院機能評価の受審など積極的に第三者評価を受けることで質改善の取り組みを行っている。病院全体としての組織横断的な質改善活動については、取り組みが

始まったところであり、今後の活性化を期待したい。新たな診療・治療方法、技術の導入については「倫理委員会」で倫理面・安全性から検討する仕組みであり、新たな知識・技術習得のための研修、熟練者の招聘など病院の支援体制がある。臨床研究は「倫理委員会」で審議されているが、倫理委員会の構成員についての検討を望みたい。

電子カルテシステムを運用し、規定に従って記載されている。診療録の質的点検を「診療情報委員会」を中心に行っているが、点検結果の個別医師へのフィードバックを確実にすることで記録の質向上を期待したい。2週間以内の退院時サマリー作成率は約80%にとどまっていたため、多くの初期研修医が在籍する基幹型の臨床研修病院として継続的な100%のサマリー作成を求めたい。

5. 医療安全

院長直属の医療安全対策部門があり、医療安全対策室を設置し室長として専従の看護師長を配置している。医療安全管理者は、組織横断的に活動できる権限を与えられ、専任のメンバーとともに、週1回のカンファレンスとラウンドを行い、インシデントレポートの内容確認と手順の遵守状況の確認などを行っている。また、医療安全対策委員会を月1回開催し、インシデント・アクシデントの報告・検討と安全情報の共有などを行っている。

誤認防止対策は、患者による氏名と生年月日を名乗ることとネームバンドでの認証、検体のバーコード認証などが行われている。画像・病理検査の報告については、院内メールや紙面、電話で知らせて確実に伝わるよう努めている。カリウム製剤の病棟配置の必要性和使用頻度に見合った数量の検討を望みたい。転倒・転落防止対策は、全入院患者に、成人用と小児用と分けてリスク評価が行われている。医療機器は臨床工学技士により中央管理され、機器を使用する職員への教育も行われており安全に使用されている。患者急変時の対応として、院内緊急コードの設定やシミュレーション訓練、BSL研修、救急カートの整備などが行われている。

6. 医療関連感染制御

院長直属の院内感染対策室に医師2名、看護師2名、薬剤師、臨床検査技師を配置し、ICTとASTを構成している。院内感染対策委員会を毎月開催し、院内感染対策室からの報告を受けるとともに、課題について審議、決定している。感染防止対策マニュアルにはICT、ASTの業務とともに権限についても記載し、適宜改訂している。SSIのサーベイランスは着実に対象を増やし、現在3科、9術式に至っている。アウトブレイクの定義は明確で、適切な対応手順を整備している。

マニュアルに基づいた、個人防護具や手指衛生および感染経路別予防策が実践され、医療関連感染を制御する活動は適切である。ASTは細菌検査室、薬剤部からの情報をもとに毎週カンファレンスを開催し、抗菌薬の使用について検討し、現場の医師への指導を定常的に実施している。抗菌薬の適正使用に関する指針は、手術症例に対する予防的抗菌薬投与も含め詳細に記載し、適宜改訂している。アンチバイオグラムは年2回更新し、職員に配信している。

7. 地域への情報発信と連携

地域への情報発信と連携については、医療機関向けの広報誌を定期発行しホームページには診療実績や各種のデータが公開されている。ホームページ以外にフェイスブックやInstagram、ユーチューブなどの SNS を有効に活用し地域住民に情報を発信している。

地域の医療関連施設との連携では、通常で紹介・逆紹介の連携にとどまらず地域の医療機関との診療情報共有システムに参加しているほか、調剤薬局を活用した在宅療養患者の情報収集や、行政と協力して「入退院時の連携ルール」を策定し介護とのスムーズな連携を図っている。また、地域への医療支援として医療過疎地への医師派遣や眼科無料巡回診療を行っている。

地域への教育・啓発活動については、地域の医療機関などを対象に毎月病診連携 WEB 講演会を実施しているほか、地域の心臓リハビリ患者を対象とする教育講座やスポーツでの怪我防止のため学生や指導者向け講演会を毎年開催するなど、地域の医療・保健・福祉の充実に貢献している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

患者の円滑な受診に向け体制を整備している。外来診療においてスポーツ外来や心臓リハビリテーションは夕方に診療枠を設定し、学校や職場への復帰、継続を支援している。侵襲的検査の際の説明と同意書の取得は適切である。多職種で診療計画を作成し、入院診療計画書に個別的な内容を含めて記載している。医療福祉相談室が窓口となり、多様な相談に対応している。入院決定に際しては、患者支援センターにて入院の説明を行っている。

医師は毎日患者の状態を把握、記録しており、看護師は看護基準・業務基準に基づき入院時の情報収集・アセスメント・計画立案・実践・評価の一連の看護過程を行っている。輸血中の患者の状態の観察・記録を確実に行うなど、輸血・血液製剤を確実に安全に投与している。手術に関する説明・同意書の取得は確実であり、麻酔科医は術前診察を行うなど、周術期の対応は適切である。

褥瘡のリスク評価・計画・実践が行われ、褥瘡対策チームが適宜介入している。栄養状態の改善が必要な患者に対して NST が介入し、嚥下状態に問題がある場合は、摂食嚥下サポートチームが介入し食形態を検討している。リハビリテーションを早期から確実に安全に実施している。特に心臓リハビリテーションは循環器病棟に隣接したスペースで開始し、療法士が循環器内科医と連絡を取り合い安全に行っている。抑制解除に向けた取り組みは行われているが、医師を含めたカンファレンス記録、解除指示の漏れが散見されたので徹底されたい。退院支援部門として患者支援センターに MSW と看護師を配置している。外来診療、入院後早期からの退院支援、在宅診療と一連の情報は電子カルテで共有し、退院後も継続し診療、ケアにあたっている。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤科での注射処方1施用毎の払い出しがされており、新薬の採用は1増1減のルールを徹底し、医薬品集は毎月更新して職員に配信している。臨床検査科は日当直制で休日時間外のニーズにも対応し、検査結果の報告は通常時・緊急時ともに迅速に行っている。画像診断部門は24時間体制で緊急検査に対応し、読影は常勤医師および遠隔診断で行い速やかに報告している。

栄養管理機能は厨房内の衛生面での安全が確保されており、アンケート調査などを行い献立の改善に努めている。リハビリテーション部門は急性期を中心に幅広く対応している。診療情報管理機能としては電子カルテを導入し、システムダウン時の対応も周知している。医療機器は、臨床工学技士により整備・点検などの一元管理が行われている。病棟・外来で使用した器材の滅菌は外注し、手術室で使用した器材については滅菌の質が各インディケーターにより保証されている。

病理診断機能は、常勤病理医2名で、病理検査検体、報告書の保存・管理を的確に実施している。なお、細胞診は現在外注となっているが、院内での検査実施に向けた体制整備を期待したい。輸血・血液管理機能は、輸血の発注・保管・供給は夜間・時間外を含め必要時に迅速に行われている。常勤の専従麻酔科医が3名で、効率的な手術室運営に努めており、手術麻酔機能は適切である。「診療可能な患者については断らない」方針のもと、救急患者を受け入れており、受け入れ不能例については院長がチェックのうえ必要時確認を指示している。ドナーカード保持者への対応、小児・高齢者の虐待事例に対する手順は明確であり、救急医療機能は適切である。

10. 組織・施設の管理

予算編成は病院が主体で予算を編成したのち法人理事会で決定され、予算の執行状況は定期的に確認され職員にも周知し、内部・外部による監査を適正に実施している。全レセプトの点検を医師も行い、返戻・査定も医師と協議し組織的に取り組んでいる。医療費の支払いが24時間365日可能で未収金回収は法律事務所に委託するなどの対策がなされている。業務委託は必要性や費用対効果などが検討され、委託契約書・仕様書に基づき委託先を決定している。委託職員は全職員の参加が義務付けられている研修会に参加している。

施設・設備の管理は、担当課や委託業者により保守点検等を実施し、医療ガス安全管理委員会は年1回以上開催している。物品管理については、医薬品は薬剤科で管理し、診療材料はSPD管理で調達、在庫管理、搬送を行い、ディスプレイ製品の再利用を禁止している。

各種災害マニュアルが整備され、防災訓練も年2回実施しているほか、ハザードマップで浸水地域のため止水装置の設置を行ったが、業務継続計画（BCP）が準備中のため早期の策定を望みたい。また、備蓄食料について患者分は確保されているが、職員分についても適切な食数の確保を望みたい。医療事故発生時の対応手順を定め、事故調査委員会では原因究明と再発防止に向けた検討を行う仕組みもあり、医療事故等へ適切に対応している。

1 1. 臨床研修、学生実習

臨床研修病院の基幹型として、適切にプログラムに沿った研修が実施されているほか、研修医・指導者の相互評価が行われ、年2回の360度評価もあわせて行われている。また、初期研修医が単独で行ってはいけない医療行為については明文化されている。看護師など医療専門職も職種ごとに指導者が定められ、初期研修として系統的な教育計画に基づき育成が行われている。

学生実習の受入については、担当部署が明確であり、予防接種状況は確認され個人情報保護契約を取り交わしされている。また、各職種で指導者が明確になっておりカリキュラムに沿って実習・評価が実施されている。

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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	B
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 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： 社会福祉法人北海道社会事業協会帯広病院

I-1-2 機能種別： 一般病院2

I-1-3 開設者： その他（公的）

I-1-4 所在地： 北海道帯広市東五条南9-2

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	300	300	+0	64.3	10.4
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	300	300	+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）	14	+14
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	18	+0
小児入院医療管理料病床	34	+0
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床	34	-14
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）、地域周産期母子医療センター

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： 5 人 2年目： 6 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

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
	2020	2019	2018	2020	2019
1日あたり外来患者数	636.68	701.37	710.65	90.78	98.69
1日あたり外来初診患者数	61.41	67.58	65.04	90.87	103.91
新患率	9.65	9.64	9.15		
1日あたり入院患者数	193.13	224.79	230.23	85.92	97.64
1日あたり新入院患者数	17.02	21.58	20.47	78.87	105.42