

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11月18日～11月19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

貴院は函館市の高齢化が進む中、道南地域で「看護・介護疲れで犠牲となる患者・家族」を無くしたいとの思いから、主に高齢者を対象とする療養病床100床の慢性期病院として開設し、地域に貢献されてこられた。現在の病棟部門は48床の医療療養病棟1単位、35床の緩和ケア病棟1単位で運営されている。「良質かつ適切で効率的な医療と介護を提供し、社会に貢献すること」の病院理念のもと、特に患者の権利・患者とのパートナーシップの尊重に努めている。2010年以降14年間、身体拘束を一切行っていないことは、病院理念・基本方針が全ての職員に浸透している表れと評価できる。

この度の病院機能評価は初回認定から数えて5回目の受審であるが、病院開設以来、院長の強いリーダーシップのもと全職員が一丸となって、患者の尊厳を重視した医療・ケアに取り組んでいる様子が伺えた。評価項目の多くは適切と評価された。本報告書を活用して更なる質改善に取り組み、地域の慢性期医療と緩和ケアを担う病院として、ますます活躍・発展することを祈念したい。

2. 理念達成に向けた組織運営

病院理念・基本方針をわかりやすい表現で明文化し、院内外に周知している。病院運営の意思決定会議は運営会議であり、その他の委員会・会議の決定事項も含め、各職場長からの報告や院内LANで職員に伝達・周知している。経営計画基本方針書に基づき、部門別改善活動項目を設定し評価している。情報管理規定および文書管理規程を整備し、管理部署等を明確にしている。

医療法による標準人員や届け出た施設基準の必要人員を満たしている。職員の負

担軽減検討委員会を設置し、勤務環境の改善などを検討している。就業規則や給与規程など労務・人事管理に必要な規則・規程を整備し、職員に周知している。労働安全衛生委員会を毎月開催し、定期健康診断をはじめ、特定業務従事者の健康診断などを確実に実施している。委員会・会議での意見集約のほか、意見箱を設置して職員の意見・要望を把握し就業を支援している。

教育委員会が院内研修会年間活動計画を作成し、必要性の高い課題の教育・研修を確実に実施している。医師については院長の面談で評価し、その他の職員は人事考課を実施し人事評価シートを用いて評価している。院外の学会や研修会への参加を奨励し、病院として支援している。看護師や療法士の学生実習を受け入れ、カリキュラムに沿った実習と評価を行っている。

3. 患者中心の医療

「患者様の権利」として5項目を制定し、権利の擁護に努めている。説明と同意に関する方針と手順は、「インフォームド・コンセントガイドライン」や「同意書取り扱い手順」に定め、文書同意が必要となる診療行為の範囲、同席者のルールなどについて明文化している。患者と医療者のパートナーシップの構築のため、「患者さんへのお願い」を示し、医療への患者参加を促している。患者・家族からの相談窓口として医療相談室を設置し、様々な相談に対応している。個人情報保護方針や個人情報保護規程を整備し、職員をはじめ委託業務従事者や実習生に周知している。「臨床における倫理規程」を整備し、毎月倫理委員会を開催している。臨床現場で発生した倫理的課題については、多職種によるカンファレンス等で検討し、現場で解決が困難な事例については、各部門長に報告することで倫理委員会にて検討する仕組みとなっている。

来院時のアクセスをホームページや病院案内に掲載し、院内はバリアフリーであり、廊下や階段、トイレ、浴室には手摺りを設置している。診療・ケアに必要なスペースや患者がくつろげるスペースが確保されるなど、療養環境を整備している。敷地内禁煙の方針のもと、入院のしおりや院内掲示で周知徹底を図っている。

4. 医療の質

運営会議が院内で組織横断的な業務の質改善を調整している。サービス向上委員会でも、部門間の業務調整により現場の質改善を実践している。看護部では年間計画に目標管理を導入し、活動の質向上を目指している。診療の質の向上に向け、デスカンファレンスを実施し、臨床指標として主に統計データを採用してホームページで公表している。医師と診療放射線技師による症例に関する検討会のほか、外部の放射線診断専門医による放射線症例検討会を長年継続している。意見箱の設置や患者満足度調査を実施し、患者・家族の意見・要望を把握し適切に対応している。新たな診療・治療方法や技術の導入、医薬品の適応外使用および臨床研究については、倫理委員会で検討する仕組みである。

各部署の掲示板に全部署の責任者と担当者を表示し、外来には診療体制を掲示している。病棟には全医師と全看護責任者を表示しているほか、各病室の当日の看

護・介護職の担当者をホワイトボードで掲示している。診療記録は、医師の記録管理マニュアルをはじめ、各職種がそれぞれのマニュアルに基づいて適時に必要事項を SOAP 形式に準拠し記載している。多職種で入院診療計画を作成し、各種カンファレンスで情報共有するとともに、課題を検討している。残存機能向上委員会は、残存能力向上に関し、組織横断的な役割や活動を担い、チーム医療を推進している。

5. 医療安全

医療安全管理委員会を設置し、医療安全管理者や医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者を選任している。医療安全管理者は看護部の事故防止対策委員会に参加するほか、合同の院内ラウンドを実施し、結果を現場へフィードバックしている。アクシデント・インシデント報告の促進を目的に、インシデント 0 レベルでの「気づきレポート」提出にも取り組んでいる。事例検討には SHELL 分析や RCA 分析を用いて対策を検討している。医療事故対応マニュアルを整備し、対応手順を明確にしている。医療安全管理マニュアルに患者誤認防止やチューブ誤認防止、口頭指示などの手順を定めている。

患者確認は名乗りや複数の職員で確認を基本とし、検体のラベルや薬包でも確認している。指示出し、指示受け、実施、確認まで一連の過程は明確であり、変更・中止指示にも適時に対応している。重複投与や相互作用、アレルギー情報等は薬局のシステムで管理し、処方時には薬剤師が確認・対応している。疑義照会や副作用発現の把握と対応、服薬指導等についても薬剤師が積極的に対応している。転倒・転落防止に向け、入院時および状態変化時にアセスメントシートを用いてリスクを評価し、リスクに応じた看護計画を立案している。院内緊急コード訓練と急変時対応のシミュレーションを実施しているほか、全職員を対象に BLS 研修を実施している。

6. 医療関連感染制御

感染防止対策部門に院内感染対策委員会と感染制御チームを設置している。院内感染対策マニュアルを整備し適時に改訂している。重要な感染症発生時の対応やアウトブレイクの対応をマニュアルで規定している。院内外の感染流行情報の収集・分析や院内周知、近隣病院との合同カンファレンスや相互訪問等を積極的に行っている。

速乾式手指消毒剤を必要な箇所に設置し、手洗いについて掲示している。院内感染対策委員会が速乾式手指消毒剤の使用量をモニタリングし、手指衛生の励行状況を確認し、フィードバックしている。感染症発生時には経路別感染対策に沿って対応している。院内感染対策マニュアルに抗菌薬適正使用を定め、J-SIPHE 北海道道南地域連携グループによるアンチバイオグラムを院内で閲覧可能とし、処方時の参考に供している。

7. 地域への情報発信と連携

病院の広報については、総務課とサービス向上委員会が中心となって取り組んでいる。病院の提供する医療サービスはホームページ、病院案内、入院のしおり、広報誌などで情報発信している。さらに、臨床指標をホームページで公表している。地域の人口統計や高齢化率などの医療ニーズをMSWが収集しているほか、連携先医療機関をリスト化している。道南地域医療連携協議会に参加し連携を図っている。紹介状一元管理マニュアルを整備し、紹介状管理手順を明確にしている。紹介元への返信はMSWが管理・集計している。地域における予防医療や健康増進に寄与するため、健康診断や各種予防接種を実施している。療法士が町会の医療講演会で転倒予防教室を行っているほか、管理栄養士が高齢者を対象とした講演を行っている。がん診療に携わる医師や緩和ケアに従事する医療従事者を対象とした「緩和ケア研修会」に、医師を講師として派遣しているほか、南渡島地域包括緩和ケアネットワーク会員総会の医療・介護・福祉関係者を対象とした講演会に、緩和ケア認定看護師を講師として派遣している。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

医師はリーフレット等を利用してわかりやすい説明を心がけている。主治医は診断的検査の必要性和リスクを患者・家族へ説明し、同意取得の上で実施している。医師が患者の病状により診療方針を決定し、多職種で入院診療計画書を作成している。MSWが入院前に「相談記録」に沿って情報収集し、入院中にも必要に応じて患者・家族と面談し、療養上の心配事や退院に向けての課題の把握に努めている。

主治医は原則として毎日受け持ち患者を診察し、看護・介護職は看護基準や業務手順等に基づき病棟業務を行っている。患者・家族の要望などは日々の報告やカンファレンス等で情報共有している。主治医が投薬の必要性和リスクを説明し、薬剤師は病状や理解力等を看護師と相談し、服薬指導と薬歴管理を行っている。褥瘡の予防や発生率などのデータを多職種で共有し、対策の評価や検討を行い、褥瘡の予防・治療に活かしている。管理栄養士は入院時の栄養スクリーニングをもとに栄養管理計画を作成し、リスクに応じて再評価している。症状緩和の基準・手順を整備し、安楽な肢位の工夫や環境の調整を行っている。療法士は主治医の処方に基づき患者状態を評価した上でリハビリテーションを提供している。看護・介護職は可能な限りベッドサイドやデイルームで座って食事摂取できるよう、車椅子への移乗等の介助をして離床に努めている。身体拘束を実施しないことが職員に定着し、14年間身体拘束を行っていない。MSWが入院前から患者・家族の意向を確認し退院の方向性や課題を検討している。ターミナルステージの判定は主治医が行い、看護・介護職は基準・手順に沿って環境調整や症状緩和に努め、患者・家族の意向に沿ったケアを提供している。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤師は、処方鑑査や疑義照会、調剤・調剤鑑査、持参薬の鑑別・管理、院外情報の収集・発信を適切に行い、ポリファーマシーへの取り組みも積極的である。委託検査機関の精度管理状況は、適宜報告を受けて確認している。パニック値が判明

した場合の主治医への報告・対応は速やかである。レントゲン室は一般撮影、単純CT、X線透視などの検査が可能であり、迅速な撮影を行っている。診療放射線技師は異常・偶発所見等を発見した場合は、主治医へ報告している。食事は適時・適温で提供し、嗜好調査等の結果をもとに調理方法や盛り付けなどを工夫している。リハビリテーションは医師の指示のもと、脳血管疾患等や運動器リハビリテーションなどを実施している。療法士はADLやFIMによる評価で、プログラムを随時更新し、主治医や看護師等の多職種と協働で患者情報を交換して進捗状況を共有している。診療情報は1患者1ID番号で一元的に管理している。診療記録は医事課で入院診療計画書や各種の説明・同意書など、必要事項をまとめたチェックリストを用いて、退院時に量的点検を全件実施している。医療機器は医療機器安全管理責任者と臨床工学技士で一元的に管理している。夜間・休日を含めた機器の不具合等に対する対応手順を整備している。洗浄・滅菌業務の運用手順を整備し、滅菌の質を保証している。

病理診断報告書は主治医へ直接報告される仕組みである。薬局内で輸血用血液製剤を適切に保管・管理している。院長が輸血責任医師であり、輸血用血液製剤の使用状況や廃棄率等は薬事委員会で報告・検証している。

10. 組織・施設の管理

予算編成は事務長が前年度実績や各部署のヒアリングをもとに予算案を作成し、院長の承認を経て理事会で決定される仕組みである。予算の執行状況は年度予算計画表で毎月把握している。医事業務マニュアルを整備し、レセプトの作成・点検は医事課職員が行い、医師も請求内容を確認している。委託の是非は運営会議で検討している。食事の提供、寝具類洗濯、滅菌消毒、検体検査、清掃を全部委託し、委託業務の履行状況は部署の責任者が確認するほか、業者との定例会を設けている。さらに、業務委託業者評価表を用いて評価している。

貴院の役割・機能に応じた施設・設備を整備し、日常点検や年間計画に基づく定期的な点検が確実に実施・記録されている。物品の購入、配給、保管および什器備品の管理に関して、物品購入管理規程を整備している。全ての物品の棚卸を実施し、在庫量の検討・調整を行っている。

自然災害や新型コロナウイルス感染症のリスクに対応するBCPのほか、サイバーセキュリティBCPを策定している。消防計画や災害時対応マニュアルを整備し、緊急時の責任体制を明確にしている。保安業務は総務課所管のもと、夜間・休日には警備員を配置し、施錠管理や院内巡視等を確実にしている。

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	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	患者の個人情報を適切に取り扱っている	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	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	A
1.3.3	医療事故等に適切に対応している	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	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	A
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる	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	患者・家族の意見を活用し、医療サービスの質向上に向けた活動に取り組んでいる	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	施設・設備が利用者の安全性・利便性・快適性に配慮されている	A
1.6.2	療養環境を整備している	A
1.6.3	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	B
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	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	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	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	B
2.2.15	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.16	栄養管理と食事支援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	B
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	身体拘束（身体抑制）の最小化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	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	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	NA
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	
4.1.1	理念・基本方針を明確にし、病院運営の基本としている	A
4.1.2	病院運営を適切に行う体制が確立している	B
4.1.3	計画的・効果的な組織運営を行っている	A
4.1.4	院内で発生する情報を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	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	A
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 購買管理を適切に行っている A

4.6 病院の危機管理

4.6.1 災害時等の危機管理へ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

年間データ取得期間： 2023 年 4 月 1 日 ～ 2024 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2024 年 7 月 31 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名：医療法人聖仁会 森病院

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：北海道函館市桔梗町557

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	35	35	+0	46.5	63.2
療養病床	48	48	+0	69.4	243.2
医療保険適用	48	48	+0	69.4	243.2
介護保険適用	0	0	-52	0	0
精神病床	0	0	+0	0	0
結核病床	0	0	+0	0	0
感染症病床	0	0	+0	0	0
総数	83	83	+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	0	+0
集中治療管理室 (ICU)	0	+0
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)	0	+0
ハイケアユニット (HCU)	0	+0
脳卒中ケアユニット (SCU)	0	+0
新生児集中治療管理室 (NICU)	0	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)	0	+0
放射線病室	0	+0
無菌病室	0	+0
人工透析	0	+0
小児入院医療管理料病床	0	+0
回復期リハビリテーション病床	0	+0
地域包括ケア病床	0	+0
特殊疾患入院医療管理料病床	0	+0
障害者施設等入院基本料算定病床	0	+0
緩和ケア病床	35	+0
精神科隔離室	0	+0
精神科救急入院病床	0	+0
精神科急性期治療病床	0	+0
精神療養病床	0	+0
認知症治療病床	0	+0

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 2023	2年前 2022	3年前 2021	昨年度 2023	2年前 2022
1日あたり外来患者数	27.87	26.97	25.11	103.34	107.41
1日あたり外来初診患者数	0.95	1.45	1.26	65.52	115.08
新患率	3.39	5.36	5.01		
1日あたり入院患者数	49.60	102.44	113.67	48.42	90.12
1日あたり新入院患者数	0.35	0.50	0.66	70.00	75.76